رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

مقایسه اثربخشی زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

Comparison of the effectiveness of life therapy and cognitive-behavioral stress management group training on the resilience of patients with type 2 diabetes

عزیزه بیک زاده اسکوئی
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
اصغر نوروزی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
بهرام میرزائیان
استادیار، گروه رواشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

Azizeh Beikzadeh Oskoei
PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
Asghar Noruzi *
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.
2091474029@iau.ir
Bahram Mirzaian
Assistant professor, Department of Psychology, Sar.C., Islamic Azad University, Sari, Iran.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بود. ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از مجتمع تخصصی باغبان (طوبی) انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. جهت جمع آوری داده‌ها از مقیاس تاب‌آوری (CD-RS؛ کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) استفاده شد. گروه‌های آزمایش هر یک برای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله را به‌صورت گروهی دریافت کردند. تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد. نتایج مقایسه زوجی نشان داد که فقط در گروه‌های مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود داشت (P<۰/۰۵)؛ علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی نشان داد که زندگی درمانی نسبت به آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به‌طور معنادار تا مرحله پیگیری دارای اثربخشی بیشتری بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بوده است (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که زندگی درمانی نسبت به آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری تاثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است.

واژه‌های کلیدی: *تاب آوری، دیابت، زندگی درمانی، آموزش مدیریت استرس.*

Abstract

The present study was conducted to compare the effectiveness of life therapy and cognitive-behavioral stress management group training on the resilience of patients with type 2 diabetes. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of this study included patients with type 2 diabetes in Sari in 2024. 45 people were selected by a non-random sampling method from the Baghban Specialized Complex (Tooba) and were randomly assigned to three groups: experiment 1 (15 people), experiment 2 (15 people), and control (15 people). The Resilience Scale (CD-RS; Connor and Davidson, 2003) was used to collect data. The experimental groups each received the intervention as a group for 8 90-minute sessions. Data analysis was performed using the repeated measures analysis of variance statistical method. The results of the paired comparison showed that there was a difference between the pre-test, post-test, and follow-up scores only in the intervention groups (P<0.05). The results of the pairwise comparison showed that life therapy was significantly more effective on the resilience of patients with type 2 diabetes than cognitive-behavioral stress management group training until the follow-up stage (P<0.05). In general, it can be concluded that life therapy had a greater effect on increasing the resilience of patients with type 2 diabetes than cognitive-behavioral stress management training.

Keywords: *Resilience, Diabetes, Life therapy, Stress Management Training.*

نوع مقاله : پژوهشی **دریافت : تیر ۱۴۰۴** **پذیرش: تیر ۱۴۰۴** **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۴**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

مقدمه

امروزه پژوهش در زمینه استرس و افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بسیار مهم است، زیرا استرس به طور قابل توجهی بر شروع و مدیریت بیماری تأثیر می‌گذارد. سطح بالای استرس می‌تواند تولید انسولین را مختل کرده و مقاومت به انسولین را افزایش دهد و در ایجاد و بدتر شدن دیابت نوع ۲ نقش داشته باشد (کلی و اسماعیل، ۲۰۱۵). استرس همچنین با تحریک ترشح هورمون، سطح گلوکز خون را افزایش می‌دهد که کنترل قند خون را پیچیده می‌کند و می‌تواند منجر به نتایج درمانی ضعیف شود (شارما[1] و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، استرس پایبندی به درمان را کاهش می‌دهد و مدیریت مؤثر بیماری را برای بیماران دشوارتر می‌کند (واسانس[2] و همکاران، ۲۰۱۷). تاب‌آوری نقش کلیدی در کاهش پریشانی و افسردگی ناشی از دیابت دارد و در نتیجه سلامت روان و پایبندی به درمان را در این بیماران بهبود می‌بخشد. افزایش تاب‌آوری از طریق مداخلاتی مانند درمان شناختی-رفتاری یا ذهن آگاهی می‌تواند خوش‌بینی و راهبردهای مقابله‌ای بهتر را تقویت کند که برای مدیریت استرس مزمن مرتبط با دیابت ضروری هستند (وجوجوتاری[3] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات همچنین نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس می‌تواند سطح گلوکز خون را کاهش داده و کنترل کلی دیابت را بهبود بخشد و نیاز به مراقبت یکپارچه‌ای را که به جنبه‌های جسمی و روانی می‌پردازد، برجسته کند (پاروینانساب[4] و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، بررسی استرس و تاب‌آوری در بیماران دیابت نوع ۲ و ارائه مداخلات روانشناختی برای این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است.

همچنین افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بسیار مهم است، زیرا توانایی آنها را در مقابله با استرس مزمن و مدیریت موثر بیماری را افزایش می‌دهد (وانگ[5] و همکاران، ۲۰۲۵). تاب‌آوری از سبک‌های مقابله مثبت و رفتارهای مراقبت از خود پشتیبانی می‌کند که برای حفظ کنترل قند خون و پیشگیری از عوارض ضروری هستند. مطالعات نشان می‌دهد که تاب‌آوری بالاتر با سطح پایین‌تر هورمون HbA1c مرتبط است که نشان‌دهنده مدیریت بهتر قند خون و بهبود کیفیت زندگی در این بیماران است (اولایوریا[6] و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، تاب‌آوری واسطه رابطه بین استرس، افسردگی و پریشانی روانشناختی در بیماران دیابت است. بیماران تاب‌آور تمایل دارند خوش‌بینی، تنظیم هیجان و انگیزه را حفظ کنند که این امر خودمدیریتی پایدار و انتخاب سبک زندگی سالم‌تر را تقویت می‌کند (کوسنانتو[7] و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، تاب‌آوری در کنار خودکارآمدی و رفتارهای خودمدیریتی، کیفیت کلی زندگی بیماران را به طور قابل توجهی افزایش می‌دهد (تینگ[8] و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به تعامل پیچیده بین عوامل روانشناختی و فیزیولوژیکی در دیابت، افزایش تاب‌آوری یک جزء حیاتی از مراقبت جامع است که هم سلامت روان و هم مدیریت بیماری را در بر می‌گیرد. این رویکرد جامع در نهایت بیماران را قادر می‌سازد تا با شرایط خود بهتر سازگار شوند، عوارض را کاهش دهند و پیامدهای بلندمدت را بهبود بخشند (پسانتس[9] و همکاران، ۲۰۱۵).

اجرای مداخلات روانشناختی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ضروری است، زیرا مدیریت دیابت نیازمند مراقبت از خود در طول زندگی است که به شدت تحت تأثیر عوامل روانشناختی قرار دارد. مداخلات روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری (CBT)، مصاحبه انگیزشی و آموزش حل مسئله، نشان داده است که سلامت روانشناختی بیماران، پایبندی به درمان و کنترل قند خون را بهبود می‌بخشد و در مطالعات مختلف، هورمون HbA1c را از ۰/۵ تا ۰/۷ درصد کاهش می‌دهد (هاروی[10] و همکاران، ۲۰۱۵). این مداخلات موانعی مانند پریشانی روانشناختی ناشی از دیابت، افسردگی و باورهای منفی در مورد سلامتی را که اغلب مانع خودمدیریتی مؤثر می‌شوند، برطرف می‌کنند (دوهرتی[11]، ۲۰۲۲). آنها همچنین خودکارآمدی، تعیین هدف، مهارت‌های مقابله و حمایت اجتماعی را افزایش می‌دهند که همگی برای کنترل پایدار دیابت بسیار مهم هستند. علاوه بر این، درمان‌های روانشناختی می‌توانند بارهای مرتبط با دیابت را کاهش دهند و

1 Sharma
2 Vasanth
3 Wojujutari
4 Parviniannasab
5 Wang
6 Oliveira
7 Kusnanto
8 Ting
9 Pesantes
10 Harvey
11 Doherty

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

کیفیت زندگی و خطر عوارض را کاهش دهند (سینگای[1] و همکاران، ۲۰۲۰؛ هاروی و همکاران، ۲۰۱۵). علیرغم برخی چالش‌ها در ادغام این مداخلات در مراقبت‌های معمول، گنجاندن آنها توسط دستورالعمل‌های بالینی حیاتی شناخته شده است. حمایت روانشناختی باید در تمام سطوح مراقبت از دیابت گنجانده شود و متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و خانواده‌ها نسبت به اهمیت آن حساس باشند (کالارا[2] و همکاران، ۲۰۱۸).

از طرفی، زندگی درمانی نیز با تجهیز بیماران مزمن به ابزارهای روانشناختی برای مدیریت بهتر استرس و سازگاری با چالش‌های مداوم سلامتی، نقش حیاتی در افزایش سلامت روانشناختی آنها ایفا می‌کند (گرانت[3] و همکاران، ۱۹۹۵؛ فریچ[4]، ۲۰۰۰). برنامه‌های آموزش تاب‌آوری، از جمله رویکردهای زندگی درمانی، اثربخشی خود را در بهبود کیفیت زندگی، خودکارآمدی و توانایی‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نشان داده‌اند و امکان مدیریت مؤثرتر خود را بر شرایط آنها فراهم می‌کنند (لاپین[5] و همکاران، ۲۰۱۴). مداخلات روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی و روان‌درمانی مثبت به طور قابل توجهی تاب‌آوری را افزایش می‌دهند، استرس، اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهند و بهزیستی روانشناختی را بهبود می‌بخشند (جانیترا[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ پینتو[7] و همکاران، ۲۰۲۴). مطالعات مروری نشان می‌دهند که مداخلات روانشناختی مرتبط با تاب‌آوری، اندازه اثر متوسط تا زیادی بر تقویت تاب‌آوری دارند و تأثیرات مثبت کوتاه‌مدتی دارند که تا سه ماه ادامه می‌یابد (کیم[8] و همکاران، ۲۰۱۹). در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که اثربخشی زندگی درمانی بر تاب‌آوری افراد را مورد سنجش قرار دهد؛ اما با وجود پتناسیل‌هایی که در این درمان وجود دارد؛ پیش‌بینی می‌شود که نتایج قابل توجه‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته باشد.

اما در مقابل بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری با آموزش مهارت‌های عملی برای مدیریت استرس و اصلاح افکار و رفتارهای ناسازگار، نقش مهمی در افزایش تاب‌آوری در بین بیماران مزمن ایفا می‌کند (پینتو و همکاران، ۲۰۲۴، ناکائو[9] و همکاران، ۲۰۲۱). آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری را با استراتژی‌های کاهش استرس مانند مهارت‌های آرامش‌بخشی و مقابله‌ای ترکیب می‌کند که به بیماران کمک می‌کند تا احساسات خود را بهتر تنظیم کرده و پریشانی روانی را کاهش دهند (آنتونی[10] و همکاران، ۲۰۰۹؛ دوست[11] و همکاران، ۲۰۲۱). تحقیقات، از جمله مطالعات روی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، نشان می‌دهد که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری با افزایش توانایی بیماران در سازگاری و مقابله با چالش‌های بیماری مزمن، تاب‌آوری را به طور قابل توجهی بهبود می‌بخشد. این آموزش، انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و مهارت‌های حل مسئله را تقویت می‌کند و بیماران را قادر می‌سازد تا با عوامل استرس‌زا به طور مؤثرتری روبرو شوند و سلامت روان خود را حفظ کنند (آناگنوستولی[12] و همکاران، ۲۰۱۹). محیط‌های گروهی همچنین حمایت اجتماعی و تجربیات مشترکی را فراهم می‌کنند که تاب‌آوری را بیشتر تقویت می‌کند. آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری با کاهش علائم مرتبط با استرس و تقویت مکانیسم‌های مقابله، از مدیریت بهتر بیماری پشتیبانی می‌کند و خطر عوارض را کاهش می‌دهد (سود و همکاران، ۲۰۲۱؛ میستریتا[13] و همکاران، ۲۰۱۸).

مقایسه‌ی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری و زندگی درمانی بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت برای شناسایی موثرترین رویکرد برای بهبود پیامدهای روانی و جسمی ضروری است. زندگی درمانی به طور گسترده بهزیستی روانی و مهارت‌های مقابله‌ای را هدف قرار می‌دهد، در حالی که آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به طور خاص تکنیک‌های شناختی-رفتاری را با استراتژی‌های کاهش استرس متناسب با مدیریت استرس مرتبط با دیابت ترکیب می‌کند. آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری اثرات قابل توجهی بر کیفیت زندگی، خودکارآمدی در مدیریت دیابت، پایبندی به درمان و کنترل قند خون نشان داده است و

1 Singhai
2 Kalra
3 Grant
4 Frisch
5 Leppin
6 Janitra
7 Pinto
8 Kim
9 Nakao
10 Antoni
11 Dossett
12 Anagnostouli
13 Mistretta

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

مزایای متوسط تا زیادی در کاهش اضطراب و بهبود تاب‌آوری نشان داده است (دونگ[1] و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، شواهدی از تاثیر زندگی درمانی در افزایش تاب‌آوری بیماران مزمن وجود ندارد. مقایسه‌ی مستقیم می‌تواند روشن کند که کدام روش از افزایش تاب‌آوری بلندمدت در بیماران دیابت نوع ۲ بهتر پشتیبانی می‌کند. علاوه بر این، چنین مقایسه‌ای می‌تواند ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی را در ادغام مؤثرتر مراقبت‌های روانی در مدیریت دیابت راهنمایی کند. با توجه به تعامل پیچیده بین استرس، شناخت و کنترل دیابت، ارزیابی این رویکردها در کنار هم برای بهینه‌سازی مراقبت جامع و بهبود کیفیت زندگی بیمار ضروری است. این مقایسه مبتنی بر شواهد می‌تواند به دستورالعمل‌های بالینی و تخصیص منابع در برنامه‌های مراقبت از دیابت کمک کند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر ساری در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش (تشخیص دیابت نوع ۲، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۵ سال، اعلام آمادگی برای شرکت در پژوهش، عدم سابقه اختلالات روانشناختی، عدم تجربه سوگ در شش ماه گذشته و عدم سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل)، ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از مجتمع تخصصی باغبان (طوبی) انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای خروج هم عبارتند از: شرکت در درمان‌های گروهی دیگر به صورت همزمان؛ غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات؛ عود بیماری و نیاز به بستری؛ عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی و نیاز به جلسات روان‌درمانی فردی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که نام و اطلاعات هویتی آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد؛ همچنین پیشنهاده این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری با شناسه IR.IAU.SARI.REC.1402.350 تایید شده است. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت آموزش قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت سه ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون[2] (RISC-CD): این مقیاس توسط کانر و دیویدسون[3] (۲۰۰۳) طراحی شد و شامل ۲۵ سوال است و در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از ۱ تا ۴ به صورت اصلا درست نیست (۰)، به ندرت درست است (۱)، گاهی اوقات درست (۲)، اغلب درست است (۳) و تقریباً در همه اوقات درست است (۴) ارزیابی می‌شود. بنابراین دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد و نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بالاتر است. آلارسون[4] و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای روایی همگرای این مقیاس را با مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (r=۰/۴۴) و پایایی آن با همسانی درونی آن به روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد. در ایران توسط بخشایش اقبالی و همکاران (۲۰۲۲) این مقیاس ترجمه و اعتباریابی شد، روایی به روش تحلیل عاملی تایید بررسی و ۲۵ آیتم در زیرمقیاس تایید شدند و همه سوالات بار عاملی بیش از ۰/۳۰ داشتند، همچنین پایایی به روش همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

زندگی درمانی: این درمان در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل حسن‌زاده (۱۴۰۰) به‌صورت گروهی ارائه شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات زندگی درمانی ارائه شده است.

1 Dong
2 Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC)
3 Connor & Davidson
4 Alarcón

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

جدول ۱: خلاصه جلسات زندگی درمانی

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه لازم است، ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	طرح سوالاتی پیرامون مفهوم و معنای زندگی، هدف زندگی، الفبای زندگی و اهداف زندگی، ایجاد امید و انتظار درمان و نقش آن در کاهش چالش‌ها و موانع زندگی، و ارایه تکلیف در زمینه تدوین قطب‌نمای یا حوزه‌های زندگی و مشکلات آن و رویکرد حل مسئله (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
سوم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار اعضای گروه، بحث پیرامون شیوه تدوین اهداف رفتاری (جزیی) و غیررفتاری (کلی) و اهداف کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت، آموزش جدول یا ماتریس آیزنهاور، ارایه تکلیف در زمینه تدوین فرم تصمیم‌گیری و اهداف زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
چهارم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم اشتیاق برای زندگی، بیان ویژگی‌های افراد مشتاق به زندگی، بحث پیرامون نقش اشتیاق برای زندگی در سلامت روانی افراد، بحث وگفتگو در مورد الفبای زندگی، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد شوق به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
پنجم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، بحث وگفتگو در مورد مفهوم امید و ناامیدی، بیان نقش امید در زندگی، ویژگی‌های افراد امیدوار، ارایه تکلیف در زمینه شیوه‌های ایجاد امید به زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
ششم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفهوم مدیریت زندگی و چرخ زندگی، بحث پیرامون نقش مفهوم گردونه عافیت در زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین نمودار چرخ زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هفتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، آموزش مفاهیم رضایت از زندگی و مثبت اندیشی وفضا سازی در زندگی، بحث و گفتگو در مورد مفهوم دایره زندگی، ارایه تکلیف در زمینه تدوین دایره زندگی (اجرای کاربرگ‌های مرتبط).
هشتم	بررسی و بحث پیرامون تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی مطالب جلسات قبلی، ارایه بازخورد به اعضای گروه و قدردانی از حضورشان، و اجرای پس آزمون

آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری: این برنامه آموزشی در طول ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس پروتکل آنتونی و همکاران (۲۰۰۷) به‌صورت گروهی ارائه شد؛ همچنین این پروتکل در ایران توسط موتاقی و همکاران (۲۰۲۳) در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ اجرا شده است. در جدول ۲ خلاصه جلسات زندگی درمانی ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری

جلسات	محتوا
اول	اجرای پیش آزمون، آشنایی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر، بیان قوانینی که رعایت آن‌ها در گروه لازم است، ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون زندگی و نتایج آن.
دوم	خودنظارتی: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که سطح استرس خود را پیگیری کنند، عوامل استرس‌زا را شناسایی کنند و ارتباط بین افکار، احساسات و رفتارها را درک کنند. شناسایی افکار ناکارآمد: آموزش به افراد کمک می‌کند تا الگوهای فکری منفی یا تحریف‌شده‌ای را که در ایجاد استرس نقش دارند، تشخیص دهند.
سوم	تنفس دیافراگمی: شرکت‌کنندگان تکنیک‌های تنفس عمیق را برای آرام کردن سیستم عصبی خود و کاهش تنش فیزیکی یاد می‌گیرند. آرام‌سازی پیشرونده عضلات: این تکنیک شامل انقباض و انبساط گروه‌های مختلف عضلانی برای تسکین استرس فیزیکی است.
چهارم	به چالش کشیدن افکار منفی: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که افکار منفی را شناسایی و زیر سوال ببرند و آنها را با افکار متعادل‌تر و واقع‌بینانه‌تر جایگزین کنند. بازسازی شناختی: این شامل تفسیر مجدد موقعیت‌های استرس‌زا از دیدگاهی متفاوت برای کاهش تأثیر منفی آنها است.
پنجم	شناسایی و تعریف مشکلات: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که مشکلات پیچیده را به مراحل کوچک‌تر و قابل مدیریت تقسیم کنند. ایجاد راه‌حل‌ها: آموزش، افراد را به استراتژی‌هایی برای توسعه و ارزیابی راه‌حل‌های بالقوه برای موقعیت‌های استرس‌زا مجهز می‌کند. تصمیم‌گیری: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که تصمیمات آگاهانه بگیرند و اقدامات مناسبی را برای مقابله با عوامل استرس‌زا انجام دهند.
ششم	برنامه‌ریزی فعالیت‌ها: شرکت‌کنندگان تشویق می‌شوند تا برای بهبود خلق و خو و کاهش استرس، فعالیت‌های لذت‌بخش را برنامه‌ریزی و انجام دهند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

	آزمایش‌های رفتاری: این شامل آزمایش رفتارهای جدید در موقعیت‌های واقعی زندگی است تا ببینند چگونه بر خلق و خو و سطح استرس تأثیر می‌گذارند.
هفتم	آموزش جرات‌ورزی: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که نیازها و مرزهای خود را به طور مؤثر بیان کنند، ارتباطات را بهبود بخشند و تعارض را کاهش دهند.
	ایجاد حمایت اجتماعی: آموزش شامل راهبردهایی برای توسعه و حفظ ارتباطات اجتماعی مثبت است.
هشتم	نوشتن خاطرات: شرکت‌کنندگان یاد می‌گیرند که افکار، احساسات و رفتارهای خود را پیگیری کنند تا پیشرفت خود را زیر نظر داشته باشند و زمینه‌های بهبود مستمر را شناسایی کنند.
	مهربانی با خود: آموزش شامل راهکارهایی برای تمرین شفقت به خود و کاهش خودانتقادی است.

یافته ها

در این پژوهش ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه زندگی درمانی (۴۵/۳۲±۶/۳۱)، آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری (۴۷/۲۳±۷/۶۷) و کنترل (۴۵/۷۷±۷/۶۵) بر حسب سال همگون بود. از نظر جنسیت در گروه زندگی درمانی ۹ نفر (۶۰ درصد) مرد و ۶ نفر (۴۰ درصد) زن بودند، در گروه آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) زن بودند. در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) مرد و ۸ نفر (۵۳/۳۰ درصد) زن بودند. میانگین و انحراف معیار مبتلا به بیماری در گروه زندگی درمانی (۴/۱۲±۲/۲۳)، آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری (۵/۳۰±۲/۷۸) و کنترل (۵/۳۴±۲/۴۴) بر حسب سال همگون بود. در هر سه گروه همه افراد از نظر وضعیت تاهل، متاهل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر تاب‌آوری و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تاب‌آوری به تفکیک گروه‌ها

متغیر	مراحل	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
					آماره	معناداری
تاب‌آوری	پیش آزمون	زندگی درمانی	۴۳/۴۲	۸/۰۴	۰/۹۴	۰/۳۷
		آموزش مدیریت استرس	۴۳/۶۳	۷/۴۵	۰/۹۶	۰/۶۵
		کنترل	۴۲/۹۳	۷/۸۶	۰/۹۲	۰/۱۸
	پس آزمون	زندگی درمانی	۹۶/۴۰	۹/۸۹	۰/۹۷	۰/۸۶
		آموزش مدیریت استرس	۹۱/۴۴	۹/۷۸	۰/۹۵	۰/۵۹
		کنترل	۴۳/۸۷	۷/۸۸	۰/۹۸	۰/۹۵
	پیگیری	زندگی درمانی	۷۰/۱۸	۹/۸۶	۰/۹۲	۰/۱۸
		آموزش مدیریت استرس	۹۲/۱۲	۹/۶۴	۰/۹۷	۰/۹۱
		کنترل	۴۴/۳۱	۸/۹۷	۰/۹۳	۰/۳۲

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تاب‌آوری داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله افزایشی بوده است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر تاب‌آوری به تفکیک مراحل سنجش پیش‌آزمون (P=۰/۳۴، F=۱/۰۸)، پس‌آزمون (P=۰/۲۱، F=۱/۴۴) و پیگیری (P=۰/۱۹، F=۱/۸۸) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار نیست؛ بر این اساس در این شرایط در نتایج چندمتغیره آماره اثر پیلایی معتبرتر است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تاب‌آوری (P=۰/۰۱، W=۰/۷۳) معنادار می‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح دارد و با توجه به آماره ۰/۷۹ در اپسیلون گرین هاوس-گیسر؛ شاخص F بر اساس این اپسیلون ارائه خواهد شد. با توجه به ملاحظات مورد نظر در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تاب‌آوری

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۸	۱۵۳/۱۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۱۵۳/۱۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	اثر هتلینگ	۷/۴۷	۱۵۳/۱۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۸	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۷/۴۷	۱۵۳/۱۱	۲	۴۱	۰/۰۱	۰/۸۸	۱

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۱۵۳/۱۱، ۰/۸۸=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای تاب‌آوری در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
تاب‌آوری	زمان	۱۹۰۹۶/۷۴	۱/۵۸	۱۲۰۷۹/۸۰	۱۲۴/۶۹	۰/۰۱	۰/۷۵	۱
	زمان*گروه	۱۱۰۶۲/۴۸	۳/۱۶	۳۴۹۸/۸۳	۳۶/۱۲	۰/۰۱	۰/۶۳	۱
	خطا	۶۴۳۲/۴۴	۶۶/۴۰	۹۶/۸۷				
	بین گروهی	۲۳۱۲۷/۶۳	۲	۱۱۵۶۳/۸۱	۶۱/۶۹	۰/۰۱	۰/۷۵	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تاب‌آوری (P=۰/۰۱، F=۶۱/۶۹، η=۰/۷۵) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر تاب‌آوری

مراحل سنجش		زندگی درمانی		آموزش مدیریت استرس		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۵/۹۸	۰/۰۱	۴۷/۸۱	۰/۰۱	۰/۹۳	۰/۹۴
پیش‌آزمون	پیگیری	۲۶/۷۵	۰/۰۱	۴۸/۴۸	۰/۰۱	۱/۳۸	۰/۳۸
پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷۸	۱/۰۰	۰/۶۷	۱/۰۰	۰/۴۵	۱/۰۰
مقایسه گروهی		زندگی درمانی * آموزش مدیریت استرس		زندگی درمانی* کنترل		آموزش مدیریت استرس* کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۴/۷۳	۰/۰۱	۱۷/۳۰	۰/۰۱	۳۲/۰۳	۰/۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی نشان داد که فقط در گروه‌های مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد (P=۰/۰۱)؛ این در حالی است که در گروه‌های مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است (P<۰/۰۵). نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این است که بین گروه‌های مداخله زندگی درمانی (P=۰/۰۱) و آموزش گروهی مدیریت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

استرس به شیوه شناختی- رفتاری (P=۰/۰۱) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل موجب افزایش تاب‌آوری شده‌اند. علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی نشان داد که زندگی درمانی نسبت به آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به‌طور معنادار تا مرحله پیگیری بیشتر باعث افزایش تاب‌آوری شده است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. یافته اول نشان داد که زندگی درمانی نقش موثری بر افزایش تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته است؛ در بررسی پیشینه پژوهشی در این راستا جهت مقایسه یافت نشد؛ اما پژوهش‌ها دلالت بر این دارند که زندگی درمانی نقش موثری بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنان نابارور (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲)، سلامت روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید (رضایی و همکاران، ۱۳۹۹)، تنظیم هیجان و نگرش نسبت به خوردن در زنان مبتلا به چاقی (محمدیان امیری، ۲۰۲۴)، کنترل ترس و اضطراب در کارگران در معرض خطر (ابوطالبی و همکاران، ۲۰۲۳) و مدیریت خشم زنان آسیب دیده (صیادفرد و همکاران، ۲۰۲۴) داشته است. در تبیین می‌توان بیان نمود که زندگی درمانی با تقویت خوش‌بینی، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه، به بیماران کمک می‌کند تا علیرغم بار بیماری مزمن، انگیزه و تعادل عاطفی خود را حفظ کنند (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲). این تاب‌آوری روانشناختی بهبود یافته با پایبندی بهتر به درمان و بهبود پیامدهای سلامت جسمی مرتبط است. زندگی درمانی همچنین از افراد در ایجاد یک تصویر مثبت از خود و شبکه‌های حمایت اجتماعی که برای تاب‌آوری پایدار بسیار مهم هستند، پشتیبانی می‌کند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۹). زندگی درمانی با توانمندسازی بیماران مزمن برای ایفای نقش‌های فعال در سلامت خود، پاسخ‌های سازگارانه به استرس مزمن را تقویت می‌کند؛ علاوه بر این، تمرکز زندگی درمانی بر ارتباط اجتماعی و اجتناب از مواد پرخطر، از تاب‌آوری پشتیبانی می‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰، ساقاستومه[1] و همکاران، ۲۰۲۲).

یافته دوم نشان داد که آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر است؛ این یافته با پژوهش‌های پینتو و همکاران (۲۰۲۴)، ناکائو و همکاران (۲۰۲۱)، دوست و همکاران (۲۰۲۱) و آنتونی و همکاران (۲۰۰۹) همسو است. در تبیین می‌توان بیان نمود که این درمان افراد را به مهارت‌های عملی برای مدیریت استرس، اصلاح الگوهای فکری منفی و تقویت راهبردهای مقابله‌ای مجهز می‌کند. آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری معمولاً شامل تکنیک‌های آرامش‌بخشی، بازسازی شناختی و مهارت‌های حل مسئله هستند که به بیماران کمک می‌کنند اضطراب، پریشانی مرتبط با بیماری را کاهش داده و تنظیم هیجانی را بهبود بخشند (جویس[2] و همکاران، ۲۰۲۴). تحقیقات نشان می‌دهد که آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری به طور قابل توجهی خودکارآمدی مدیریت بیماری و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. محیط‌های گروهی، حمایت اجتماعی و تجربیات مشترک را فراهم می‌کنند و توانایی بیماران را برای سازگاری با چالش‌های مزمن بیماری بیشتر تقویت می‌کنند (پینتو و همکاران، ۲۰۲۴).

یافته سوم نشان داد که زندگی درمانی نسبت به آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری نقش بیشتر بر افزایش تاب‌آوری بیماران دیابت داشته است؛ در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که به مقایسه این دو مداخله بپردازد. با استناد به مبانی نظری می‌توان اینگونه استنباط نمود که زندگی درمانی به سبب نگاه گسترده‌تر و جامع‌تری که دارد در بیماران مزمن، مؤثرتر از آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری است، زیرا رویکردی گسترده‌تر و جامع‌تر ارائه می‌دهد که به طور همزمان عوامل روانشناختی و سبک زندگی متعددی را مورد توجه قرار می‌دهد (حسن‌زاده، ۱۴۰۰). در حالی که آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری در درجه اول بر بازسازی شناختی، کاهش استرس و مهارت‌های مقابله‌ای تمرکز دارد (ناکائو و همکاران، ۲۰۲۱)، زندگی‌درمانی سلامت هیجانی، معنای مثبت و توانمندسازی را ادغام می‌کند که می‌تواند منجر به بهبود پایدارتر در تاب‌آوری شود. مطالعات نشان می‌دهد که زندگی‌درمانی ممکن است با تقویت هیجانات مثبت، هدف و توانمندسازی، که برای تاب‌آوری پایدار فراتر از مدیریت فوری استرس بسیار مهم هستند، مزایای بیشتری ایجاد کند (صیادفرد و همکاران، ۲۰۲۴). علاوه بر این، زندگی‌درمانی ممکن است از بیماران در ادغام

1 Sagastume
2 Joyce

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

بیماری در زندگی و حفظ انگیزه، که کلید تاب‌آوری هستند، بهتر حمایت کند. دامنه وسیع‌تر زندگی‌درمانی، شامل حمایت اجتماعی و معناسازی مثبت، احتمالاً به اثربخشی برتر آن در ایجاد تاب‌آوری کمک می‌کند (حسن‌زاده و طالبی، ۱۴۰۲).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که زندگی درمانی و آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر بوده است؛ اما زندگی درمانی نسبت به آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری تاثیر بیشتری بر افزایش تاب‌آوری داشته است. در نتیجه، زندگی درمانی و هم آموزش گروهی مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری، مداخلات ارزشمندی برای افزایش تاب‌آوری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند و به طور قابل توجهی در بهبود بهزیستی و مدیریت بیماری نقش دارند. با این حال، زندگی درمانی تأثیر بیشتری بر تاب‌آوری نشان می‌دهد، احتمالاً به دلیل رویکرد جامع‌تر و کامل‌تر آن که به طور همزمان به عوامل هیجانی، شناختی و سبک زندگی می‌پردازد. این نشان می‌دهد که گنجاندن زندگی درمانی در برنامه‌های مراقبت از دیابت ممکن است مزایای بیشتری در تقویت تاب‌آوری طولانی مدت و کیفیت کلی زندگی بیماران داشته باشد.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر ساری به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین در بررسی پیشینه پژوهشی یافت نشد که مشابه عنوان پژوهش حاضر باشد، بر این اساس بررسی همسویی و ناهمسویی یافته‌ها با پیشینه پژوهش با محدودیت همراه بود؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به این موضوع پرداخته شود. همچنین در این مطالعه ابتلای همزمان به سایر بیماری‌های مزمن، سابقه ترومای روانی و جسمانی در گذشته کنترل نشده است؛ پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده کنترل گردد. در زمینه کاربردی پیشنهاد می‌شود که ارائه دهندگان خدمات درمانی باید اولویت‌بندی زندگی درمانی را در نظر بگیرند و در عین حال به استفاده از استراتژی‌های شناختی-رفتاری برای بهینه‌سازی حمایت از افرادی که دیابت نوع ۲ را مدیریت می‌کنند، ادامه دهند و برنامه‌ها و کارگاه‌های آموزشی با توجه به این یافته‌ها برای بیماران ارائه کنند.

منابع

حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). *روان شناسی زندگی (زندگی درمانی)*. تهران: انتشارات ویرایش.

حسن‌زاده، ر.، و طالبی، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی زندگی درمانی بر اشتیاق به زندگی، امید به زندگی و کیفت زندگی در زنان نابارور. *فصلنامه پژوهش های کاربردی در مشاوره*، *۶* (۱)، ۱۹-۳۸. https://www.jarci.ir/article_705015.html

رضایی، ن.، پویا مقدم، س.، نویدیان، ع.، و قلجه، م. (۱۳۹۹). مقایسه تاثیر آموزش روانی و کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی بیماران مبتلا به بیماری های روانی شدید. *پایش*، ۲۰ (۱)، ۷۱-۸۰. https://payeshjournal.ir/article-1-1567-fa.html

Abotalebi, L., Latifi, Z., & Noori, G. (2023). The effectiveness of quality of life therapy on fear and anxiety control in at-risk workers of electricity company. *Current Psychology*, *42*(6), 4663-4671. https://doi.org/10.1007/s12144-021-01816-2

Alarcón, R., Cerezo, M. V., Hevilla, S., & Blanca, M. J. (2020). Psychometric properties of the Connor-Davidson Resilience Scale in women with breast cancer. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *20*(1), 81-89. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.11.001

Anagnostouli, M., Babili, I., Chrousos, G., Artemiadis, A., & Darviri, C. (2019). A novel cognitive-behavioral stress management method for multiple sclerosis. A brief report of an observational study. *Neurological research*, *41*(3), 223-226. https://doi.org/10.1080/01616412.2018.1548745

Antoni, M. H., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2007). *Cognitive-behavioral stress management*. Oxford University Press.

Antoni, M. H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., ... & Blomberg, B. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain, behavior, and immunity*, *23*(5), 580-591. https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.09.005

Bakhshayesh Eghbali, B., Pourramzani, A., Bahadivand Chegini, A. H., Mirniam, L., Hasanzadeh, K., & Saadat, S. (2022). Validity and reliability of connor-davidson resilience scale in patients with multiple sclerosis: a psychometric study in Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, *9*(2), 45-50. http://ajnpp.umsha.ac.ir/browse.php?a_id=404&sid=1&slc_lang=en&html=1

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, *18*(2), 76-82. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/

Doherty, A. M. (2022). Psychological Interventions to Improve Diabetes Self-Management. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, *3*, 931125. https://doi.org/10.3389/fcdhc.2022.931125

Dong, N., Wang, X., & Yang, L. (2023). The short-and long-term effects of cognitive behavioral therapy on the glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *BioPsychoSocial Medicine*, *17*(1), 18. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10165773/

Dossett, M. L., Needles, E. W., Nittoli, C. E., & Mehta, D. H. (2021). Stress management and resiliency training for healthcare professionals: a mixed-methods, quality-improvement, cohort study. *Journal of occupational and environmental medicine*, *63*(1), 64-68. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9093702/

Frisch, M. B. (2000). Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. In *Advances in quality of life theory and research* (pp. 207-241). Dordrecht: Springer Netherlands. https://doi.org/10.1007/978-94-011-4291-5

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]

Grant, G. M., Salcedo, V., Hynan, L. S., Frisch, M. B., & Puster, K. (1995). Effectiveness of quality of life therapy for depression. *Psychological Reports*, *76*(3_suppl), 1203-1208. https://doi.org/10.2466/pr0.1995.76.3c.1203

Harvey, J. N. (2015). Psychosocial interventions for the diabetic patient. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: Targets and therapy*,*8*, 29-43. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4295896/

Janitra, F. E., Chen, R., Lin, H. C., Sung, C. M., Chu, H., Lee, C. K., ... & Chou, K. R. (2024). Efficacy of resilience-related psychological interventions in patients with long-term diseases: A meta-analysis of randomised controlled trials. *International Journal of Mental Health Nursing*, *33*(5), 1388-1406. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38651215/

Joyce, P., Hilliard, M. E., O'Donnell, M. B., Zhou, C., Ellisor, B. M., Perez, S. G., ... & Rosenberg, A. R. (2024). Promoting resilience in stress management for adolescents with type 1 diabetes: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, *7*(8), e2428287-e2428287. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11333977/

Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, *22*(5), 696-704. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6166557/

Kelly, S. J., & Ismail, M. (2015). Stress and type 2 diabetes: a review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. *Annual review of public health*, *36*(1), 441-462. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122921

Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. *Health & social care in the community*, *27*(4), 797-807. https://doi.org/10.1111/hsc.12620

Kusnanto, K., Arifin, H., & Widyawati, I. Y. (2020). A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews, 14(6), 1681-1687. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.035

Leppin, A. L., Gionfriddo, M. R., Sood, A., Montori, V. M., Erwin, P. J., Zeballos-Palacios, C., ... & Tilburt, J. C. (2014). The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. *Systematic reviews*, *3*, 1-5. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24602236/

Mistretta, E. G., Davis, M. C., Temkit, M. H., Lorenz, C., Darby, B., & Stonnington, C. M. (2018). Resilience training for work-related stress among health care workers: results of a randomized clinical trial comparing in-person and smartphone-delivered interventions. *Journal of occupational and environmental medicine*, *60*(6), 559-568. https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001285

Mohammadian Amiri, A., Hassanzadeh, R., & Heydari, S. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Life Therapy on Emotion Regulation and Attitudes Towards Eating in Women with Obesity. *Health Nexus*, *2*(2), 68-76. https://doi.org/10.61838/kman.hn.2.2.8

Motaghi, S., Boogar, I. R., Moradi, S., & Asl, N. S. (2023). The effectiveness of cognitive behavioral stress management on health-related quality of life, diabetes management self-efficacy, and treatment adherence in type 2 diabetes. *Iranian journal of diabetes and obesity*, *5*(1), 14-24. https://doi.org/10.18502/ijdo.v15i1.12207

Nakao, M., Shirotsuki, K., & Sugaya, N. (2021). Cognitive–behavioral therapy for management of mental health and stress-related disorders: Recent advances in techniques and technologies. *BioPsychoSocial medicine*, *15*(1), 16. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8489050/

Oliveira, D., Costa, A., Henriques, A., Curado, M. A., Schmitt, A., & Nogueira, P. (2024). Validation of the Portuguese version of the diabetes self-management questionnaire-revised (DSMQ-R) in people with type 2 diabetes mellitus. *BMC psychology*, *12*(1), 405. https://doi.org/10.1186/s40359-024-01900-9

Parviniannasab, A. M., Faramarzian, Z., Hosseini, S. A., Hamidizadeh, S., & Bijani, M. (2024). The effect of social support, diabetes management self-efficacy, and diabetes distress on resilience among patients with type 2 diabetes: a moderated mediation analysis. *BMC public health*, *24*(1), 477. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18022-x

Pesantes, M. A., Lazo-Porras, M., Ávila-Ramírez, J. R., Caycho, M., Villamonte, G. Y., Sánchez-Pérez, G. P., ... & Miranda, J. J. (2015). Resilience in vulnerable populations with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Cardiology*, *31*(9), 1180-1188. https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.06.003

Pinto, T. M., Veiga, V. M. N., & Macedo, E. C. (2024). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience of adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, *34*(2), 100495. https://doi.org/10.1016/j.jbct.2024.100495

Sagastume, D., Siero, I., Mertens, E., Cottam, J., Colizzi, C., & Peñalvo, J. L. (2022). The effectiveness of lifestyle interventions on type 2 diabetes and gestational diabetes incidence and cardiometabolic outcomes: a systematic review and meta-analysis of evidence from low- and middle-income countries. *EClinicalMedicine*, *53*, 101650. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9475282/

Sayadifard, R., Atashpour, S. H., & Yousefi, Z. (2024). Comparison of the Effectiveness of Quality of Life Therapy, Positive Psychotherapy, and Compassion Therapy on Anger Management in Abused Women. *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, *5*(3), 32-41. https://iase-ijeas.com/article_202184.html

Sharma, K., Akre, S., Chakole, S., Wanjari, M. B., & Wanjari, M. (2022). Stress-induced diabetes: a review. *Cureus*, *14*(9), e29142. https://doi.org/10.7759/cureus.29142

Singhai, K., Swami, M. K., Nebhinani, N., Rastogi, A., & Jude, E. (2020). Psychological adaptive difficulties and their management during COVID-19 pandemic in people with diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, *14*(6), 1603-1605. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.08.025

Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D., & Varkey, P. (2011). Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of general internal medicine*, *26*, 858-861. https://doi.org/10.1007/s11606-011-1640-x

Ting, Z., Huicai, W., Kudelati, Z., Yongkang, G., Alimu, A., Xiaotian, Z., ... & Tong, L. (2025). Exploring the dynamics of self-efficacy, resilience, and self-management on quality of life in type 2 diabetes patients: A moderated mediation approach from a positive psychology perspective. *PloS one*, *20*(1), e0317753. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0317753

Vasanth, R., Ganesh, A., & Shanker, R. (2017). Impact of stress on type 2 diabetes mellitus management. *Psychiatria Danubina*, *29*(suppl. 3), 416-421. https://hrcak.srce.hr/clanak/383204

Wang, P., Li, R., & Chen, Y. (2025). Longitudinal trajectories of psychological resilience and cognitive impairment among older adults: evidence from a national cohort study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *80*(6), gbaf035. https://doi.org/10.1093/geronb/gbaf035

Wojujutari, A. K., Idemudia, E. S., & Ugwu, L. E. (2024). Psychological resilience mediates the relationship between diabetes distress and depression among persons with diabetes in a multi-group analysis. *Scientific Reports*, *14*(1), 6510. https://doi.org/10.1038/s41598-024-57212-w

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.14.6.151]