Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2024, Volume 10, Issue 3 10.22034/IJRN.10.3.115

The Effectiveness of Therapy Based on Quality of Life on Self-Care Behaviors of Patients with Diabetes Type II

Yeganeh Kermani[1], Minoo Miri[2*]

1- MA Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2- Assistant Professor, Psychology Education and Counseling Department, Farhangian University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Minoo Miri, Assistant Professor, Psychology Education and Counseling Department, Farhangian University, Tehran, Iran.
Email: m.miri@cfu.ac.ir

Received: 2022/9/13 Accepted: 2023/8/23

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic disease that can lead to both physical and mental issues, as well as a reduction in self-care behaviors. This study aimed to examine the impact of quality-of-life-based therapy on self-care behaviors among patients with type II diabetes.

Methods: The research method was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group, and the research population included all type 2 diabetic patients in Birjand city in 2021, of which 30 people were selected by purposive sampling and were randomly selected into two experimental (15 people) and control (15 people) groups. The questionnaire on Tobert's self-care behaviors of diabetic patients was used to collect data. The method of implementing the intervention was in the form of quality of life-based treatment training during 8 sessions for the experimental group and the control group remained on the training waiting list. Data analysis was done using univariate and multivariate covariance analysis.

Results: The results showed that before the intervention, there was no statistically significant difference between the average self-care score of the two groups, but after the intervention, there was a significant difference between the average self-care score in the control and experimental groups. ($P<0.05$).

Conclusions: Health professionals can use quality-of-life treatments to enhance self-care behaviors in individuals with type 2 diabetes, in addition to drug therapies.

Keywords: Diabetes Type II, Self-care Behaviors, Therapy based on Quality of Life.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی
بهار ۱۴۰۳، دوره ۱۰، شماره ۳
10.22034/IJRN.10.3.115

اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو

یگانه کرمانی[۱]، مینو میری[۲*]

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.
۲- استادیار گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مینو میری، استادیار گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران.
ایمیل: m.miri@cfu.ac.ir

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/ ۳/۸ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/ ۷/ ۲۳

چکیده

مقدمه: دیابت ازجمله بیماری های مزمنی است که سبب بروز مشکلات جسمی، روانی و کاهش رفتارهای خودمراقبتی می گردد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون با گروه کنترل بود و جامعه پژوهش شامل تمامی بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند در سال ۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی توبرت استفاده شد. روش اجرای مداخله نیز به‌صورت آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در طی ۸ جلسه برای گروه آزمایش بود و گروه کنترل در لیست انتظار آموزش باقی ماند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد قبل از مداخله، بین میانگین نمره خودمراقبتی دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت، ولی بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری بین میانگین نمره خودمراقبتی در دو گروه کنترل و آزمایش وجود داشت ($P<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: متخصصان حوزه سلامت می‌توانند در کنار درمان‌های دارویی افراد مبتلابه دیابت نوع دو، از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در بهبود رفتارهای خودمراقبتی این بیماران استفاده نمایند.

کلیدواژه ها: دیابت نوع دو، رفتارهای خودمراقبتی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی.

مقدمه

دیابت به‌عنوان بیماری مزمن شایع و کشنده خاموش در سراسر جهان مطرح هست (۱). دیابت از گروه بیماری های متابولیک و اختلالی چندعاملی است که با افزایش قند خون یا هیپرگلیسمی مشخص شده و از اختلال ترشح یا عمل انسولین یا هر دو آن‌ها ناشی می شود (۲). دیابت نوع دو شایع‌ترین نوع دیابت است و ۹۰–۹۵ درصد انواع دیابت را شامل می‌شود (۳). شیوع این بیماری در جهان حدود ۴/۶ درصد بوده که بین ۲/۱۰ تا ۸/۳ درصد به منطقه جغرافیایی متغیّر بستگی دارد. تعداد افراد مبتلابه دیابت تشخیص داده نشده است؛ اما انتظار می رود تا سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر برسد (۴). در حال حاضر در ایران بیش از سه میلیون نفر مبتلابه دیابت وجود دارد که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی چنانچه اقدام های مؤثری صورت نگیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون نفر خواهد رسید (۵). عوارض متعدد دیابت نظیر اختلالات قلبی عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی نه‌تنها بر وضعیت جسمی، بلکه بر وضعیت روانی آن‌ها تأثیر منفی می گذارد و سبب محدودیت فعالیت های جسمانی و روان‌شناختی و کاهش خودمراقبتی (Self-care) در آنان می گردد (۶).

خودمراقبتی اقدامات و فعالیت های آگاهانه و هدف داری هستند که توسط فرد به‌منظور حفظ و ارتقای حیات و

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

سلامت انجام می شود و منظور از خودمراقبتی در بیماران دیابتی، تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و بیشتر شدن کیفیت زندگی است (۷). رفتارهای خودمراقبتی عوارض کوتاه مدت و بلندمدت دیابت را کاهش می دهند اما بر طبق پژوهش های انجام‌گرفته، بیش از ۵۰ درصد بیماران مبتلابه دیابت، این رفتارها را انجام نمی‌دهند (۸). به‌عنوان‌مثال پژوهش های صفایی پور و همکاران (۹) و کتما (Ketema) و همکاران (۱۰) حاکی از سطوح نامطلوب رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی بود. بنابراین سطوح پایین خودمراقبتی از جمله مشکلات شایع در میان بیماران مبتلابه دیابت نوع‌دوست که می تواند نتایج منفی در سلامت جسمی و روانی آنان به دنبال داشته باشد (۱۱). بدین جهت بررسی وضعیت و بهبود آن‌ها در این بیماران امری ضروری است.

یکی از روش های درمانی که به نظر می رسد بر ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر باشد، روش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (Quality of life therapy) است (۱۲). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت گیری روانشناسی مثبت استوار است (۱۳). در این رویکرد، اصول و مهارت های معطوف به کمک به مراجع در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه های باارزش زندگی آموزش داده می شوند (۱۴). این رویکرد یک مدل پنج‌ماهه (CASIO) نامیده می شود که عبارت است از: تغییر شرایط، تغییر نگرش، تغییر استانداردها، تغییر اولویت و تقویت رضایت در سایر حیطه ها که در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرح و نقشه هایی برای کیفیت زندگی و مداخلات روانشناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند. سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هفده حوزه اصلی از زندگی است که از سلامتی و عزت نفس شروع تا همسایگان، اجتماع و اینکه چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از حوزه ها افزایش داد، ادامه می یابد (۱۵). در پژوهش‌ها اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو (۱۶)، بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان بیماران (۱۷) تأییدشده است.

به‌طورکلی دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های بهداشتی، پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و ... کنترل نمود که آموزش بهداشت بیماران دیابتی شامل چگونه زیستن با دیابت و چگونگی اصلاح کیفیت زندگی آن‌ها هست (۱۸). لذا با توجه به اهمیت بیماری دیابت، افزایش شیوع دیابت نوع دو، برگزاری کلاسهای آموزشی در خصوص اصلاح رژیم غذایی و بهبود کیفیت زندگی توسط افراد کارآمد و مجرب به بیماران دیابتی در خصوص مسائل مختلف می‌تواند علاوه برافزایش سطح آگاهی بیماران دیابتی موجب ارتقاء کیفی رفتارهای خودمراقبتی و اصلاح کیفیت زندگی آنان گردد، همچنین نیز عدم انجام پژوهشی در جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو این پژوهش بر آن است تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل هست. جامعه ی پژوهش حاضر شامل ۴۳۹ نفر بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند در سال ۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر (تعداد نمونه بر اساس نرم‌افزار G*Power با اندازه اثر ۰/۲۵ و آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر به دست آمد)، به روش نمونه گیری هدفمند (بر اساس قضاوت شخصی و هدف‌های مطالعه) انتخاب و به‌طور تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در طی ۸ جلسه مورد آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل آموزشی را دریافت نکردند. ملاک های ورود شامل تشخیص قطعی دیابت توسط پزشک معتبر و بر اساس جواب آزمایش های متناوب، رضایت بیماران برای شرکت در دوره آموزشی، عدم مشکلات روان‌شناختی بر اساس پرونده سلامت و عدم همزمانی دریافت خدمات دارویی به‌واسطه اختلالات خلقی بود؛ و ملاک خروج از پژوهش نیز استفاده از سایر مداخلات روان شناختی، تکمیل ناقص ابزار پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه در فرآیند درمان بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه زیر بود:

پرسش‌نامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی: این مقیاس ۱۵ سؤالی توسط توبرت و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شد که معیارهای خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم‌درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت (۵ سؤال: سؤالات ۱ تا ۵)، ورزش (۲ سؤال: سؤالات ۶ و ۷)، آزمایش قند خون (۲ سؤال: سؤالات ۸ و ۹)،

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سؤال: سؤال ۱۰)، مراقبت از پا (۴ سؤال: سؤالات ۱۱ تا ۱۴) و سیگار کشیدن (۱ سؤال: سؤال ۱۵) است. در این مقیاس به‌استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفرتا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفرتا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع‌کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ هست. توبرت و همکاران، روایی سازه آن را به روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی این مقیاس را با استفاده از همبستگی بین گویه ها مناسب و از ۰/۴۷ تا ۰/۸۰ گزارش کردند (۱۹). در پژوهش هاشمی و همکاران، روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تأیید قرارگرفته است که میانگین آن ۹/۸۴ بوده است. همچنین در پژوهش آن‌ها پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است (۲۰). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ برای این پرسشنامه گزارش شد.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که بعد از تأیید پروپوزال پژوهش و گرفتن کد اخلاق، بعد از هماهنگی با مرکز انجمن دیابتی‌های استان خراسان جنوبی در شهر بیرجند و ارائه توضیح در خصوص پژوهش، با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین بیمارانی که تمایل به مشارکت در پژوهش حاضر بودند، با رعایت ملاک‌های ورود و خروج تعداد نمونه موردنظر انتخاب و با روش تصادفی ساده در گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، تصریحات لازم در زمینه اهداف پژوهش و روال اجرای آن به همه آزمودنی‌ها ارائه شد. نبود اجبار و حق شرکت یا عدم شرکت در پژوهش برای همه شرکت‌کنندگان تصریح می‌شود. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به‌صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. ابتدا مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. سپس گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در هفته‌ای یک جلسه در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی شرکت کردند، اما در این مدت گروه کنترل درمان روتین دریافت کرد. یک هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی (دو ماه دوره درمان طول کشید) مرحله پس‌آزمون برای هر دو گروه کنترل و آزمایش انجام شد. لازم به ذکر است که تمام جلسات آموزشی با رعایت کامل تمام پروتکل‌ها و دستورالعمل‌های بهداشتی برگزار شد. پس از پایان دوره درمان برای گروه آزمایش بعد از یک هفته، به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، دو جلسه‌ی درمانی هم برای گروه گواه برگزار شد. روش درمانی به کار گرفته شده در این طرح پژوهشی بر مبنای پروتکل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶) توسط محقق برگزار شد (۲۱). خلاصه جلسات درمانی مطابق جدول ۱. بود.

جدول ۱. برنامه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی

جلسه	دستورالعمل
۱	معارفه و آشنایی گروه با یکدیگر، تعریف نقش کیفیت زندگی در سلامت روانی افراد، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی
۲	تشریح ارکان اصلی کیفیت زندگی (اصل غنای درونی، کیفیت زمان و معنایابی)، آموزش استفاده از سه تکنیک (تنفس ذهن آگاهانه، آرام‌سازی عضلانی و زمان نگرانی) در رکن کیفیت زمان
۳	آشنایی با اهداف ارزش‌ها و زندگی معنوی در رضایت از زندگی، مشخص کردن فلسفه زندگی، اجرای تمرین هدف‌یابی، آموزش تکنیک نمایشنامه زندگی، کارکردهای مذهبی و معنوی بودن، آشنایی با اصول تعیین هدف، آموزش برنامه‌ریزی روزانه
۴	بررسی نقش عزت‌نفس در زندگی، تعریف عزت‌نفس بر اساس مدل مبتنی بر کیفیت زندگی، معرفی راه‌های رسیدن به موفقیت، آموزش و ارائه تکنیک موهبت‌ها دستاوردها و استعدادها
۵	تعریف ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش انگاره‌های صلی ارتباط در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، آموزش مهارت‌های ارتقای رضایت خاطر از ارتباط، آموزش فن نامه‌نگاری، آشنایی و آموزش استفاده از فرهنگ لغت احساسات و ارائه تکنیک ثبت افکار، دریافت بازخورد.
۶	تعریف سلامتی مطابق درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، ارتباط شادکامی با سلامت روانی، بررسی عادات غلط در مورد سلامتی، آموزش تمرین اصل پذیرش چیزهایی که نمی‌توانیم تغییر دهیم:
۷	آموزش تفاوت بین فعالیتهای «باید و خواستن» نیاز به بازی و تفریح یعنی چی؟ مشخص کردن مسائلی که باعث تخریب کیفیت زندگی می‌شوند، بررسی رابطه شادی و تفریح، گام‌های مؤثر برای برقراری عادت کردن به بازی و تفریح.
۸	مرور کلی درمان و تأکید بر استفاده از آن در تمام زندگی، پرسش و پاسخ و دریافت بازخورد، اجرای پس‌آزمون.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

در راستای رعایت اصول اخلاقی پژوهش به‌منظور حفظ حقوق آزمودنی‌ها، در زمینه اهداف پژوهش و روش اجرای آن به همه آزمودنی‌ها توضیح داده شد؛ و همه آزمودنی حق شرکت آزادانه در درمان داشتند. همچنین، به همه آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات فردی اخذشده محرمانه می‌ماند و داده‌هایی که انتشار می‌یابد، بدون درج شناسه خصوصی بوده و به‌صورت گروهی و با مکتوم ماندن مشخصات فردی تحلیل شد. در پژوهش حاضر داده¬ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری و چندمتغیری با کمک نرم افزار SPSS-22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

بر اساس نتایج از مجموع ۳۰ نفر شرکت‌کننده در پژوهش حاضر بیشترین نفرات (۱۱ نفر، ۳۶/۶ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس بودند. همچنین ۲۳ نفر زن (۷۶/۶ درصد) و ۷ نفر مرد (۲۳/۴ درصد) بودند. در جدول ۲. یافته‌های توصیفی متغیر خودمراقبتی گزارش شده است. همان‌طور که ملاحظه می گردد. میانگین نمرات گروه کنترل و نمره‌ی سیگار کشیدن در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد؛ اما بقیه‌ی مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی در گروه آزمایش در پس‌آزمون افزایش بیشتری نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های رفتارهای خودمراقبتی در دو مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	رژیم غذایی	۱۱/۸۶	۲/۲۶	۱۶	۲/۶۱
	ورزش	۴/۸۶	۱/۳۵	۷/۴۰	۱/۲۴
	آزمایش قند خون	۵/۱۳	۱/۵۰	۷/۶۰	۰/۹۱
	تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت	۲/۶۰	۰/۷۴	۳/۸۰	۰/۵۶
	مراقبت از پا	۱۰/۲۶	۲/۶۸	۱۵	۲/۰۷
	سیگار کشیدن	۰/۳۳	۰/۴۹	۰/۳۳	۰/۴۹
کنترل	رژیم غذایی	۱۳	۲/۳۲	۱۴/۲۰	۲/۱۴
	ورزش	۵/۵۳	۱/۰۶	۶/۲۶	۱/۰۳
	آزمایش قند خون	۵/۵۴	۱/۱۲	۶/۵۹	۰/۹۸
	تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت	۲/۵۳	۰/۸۳	۳/۶۶	۰/۶۱
	مراقبت از پا	۱۱/۸۰	۱/۶۱	۱۰/۶۰	۲/۰۶
	سیگار کشیدن	۰/۲۷	۰/۴۵	۰/۴۰	۰/۵۱

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که با توجه به عدم معنی‌داری مقادیر به‌دست‌آمده فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (P>۰/۰۵، F=۴/۴۲۰). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس خودمراقبتی (p>۰/۰۵، F=۰/۰۲۹) در گروه ها برابر هست. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها برابر است (p>۰/۰۵، F=۱/۱۲، Box M=۳۰/۸۲).

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	نام آزمون	مقدار مشاهده شده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	سطح معناداری
گروه	پیلاپی	۰/۶۹	۶	۱۷	۶/۲۸	۰/۰۰۱
	ویلکز	۰/۳۱	۶	۱۷	۶/۲۸	۰/۰۰۱
	هتلینگ	۲/۲۱	۶	۱۷	۶/۲۸	۰/۰۰۱
	روی	۲/۲۱	۶	۱۷	۶/۲۸	۰/۰۰۱

یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره در جدول ۳. حاکی از این است که سطح معناداری آماره‌ی F چند متغیره‌ی آزمون هتلینگ از ۰/۰۵ کم تر است؛ بنابراین بین گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	رژیم غذایی	۴۵/۰۷	۱	۴۵/۰۷	۱۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	ورزش	۱۳/۵۴	۱	۱۳/۵۴	۱۰/۲۴	۰/۰۰۴	۰/۳۱
	آزمایش قند خون	۴/۵۷	۱	۴/۵۷	۵/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۹
	تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت	۰/۰۴	۱	۰/۰۴	۰/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۱
	مراقبت از پا	۱۳۴/۸۸	۱	۱۳۴/۸۸	۳۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۸
	سیگار کشیدن	۰/۰۹	۱	۰/۰۹	۱/۰۳	۰/۳۲	۰/۰۴

با توجه به نتایج به دست آمده از جدول ۴. مشاهده می شود که بین همه متغیرها به جز تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت و سیگار کشیدن در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین اندازه اثر در جدول ۴ نشان داد که عضویت گروهی ۴۲ درصد از تغییرات رژیم غذایی، ۳۱ درصد از تغییرات ورزش کردن، ۱۹ درصد از تغییرات آزمایش قند خون، ۵۸ درصد از تغییرات مراقبت از پا و ۴ درصد از تغییرات سیگار کشیدن رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی را تبیین می کند.

جدول ۵. جدول میانگین های تعدیل‌شده در پس‌آزمون

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
رژیم غذایی	آزمایش	۱۶/۴۵	۰/۴۵
	کنترل	۱۳/۷۴	۰/۴۵
ورزش	آزمایش	۷/۵۷	۰/۳۱
	کنترل	۶/۰۹	۰/۳۱
آزمایش قند خون	آزمایش	۷/۵۳	۰/۲۵
	کنترل	۶/۶۶	۰/۲۵
مراقبت از پا	آزمایش	۱۵/۱۴	۰/۵۶
	کنترل	۱۰/۴۵	۰/۵۶

نتایج جدول ۵. نشان می دهد که برای همه ی متغیرها میانگین گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر است؛ بنابراین آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر بود.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر است و میانگین نمره گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافت. نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر با پژوهش‌های مرتبط و نزدیک در این زمینه همسو است به عنوان مثال مطالعه یزدی و همکاران، نشان داد که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر است (۱۶). مطالعه لیو و همکاران، نشان داد که ارتقای کیفیت زندگی موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران سرطانی می‌شود (۲۲). دالا و همکاران، در پژوهش خود دریافتندکه بین کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معناداری وجود دارد (۲۳). و در این زمینه پژوهشی ناهم‌سو یافت نشد.

در تبیین این یافته های می توان این‌گونه استدلال نمود رفتارهای خودمراقبتی اقدامات و فعالیت های آگاهانه و هدف داری هستند که توسط فرد به‌منظور حفظ و ارتقای حیات و سلامت انجام می شود و منظور از خودمراقبتی در بیماران دیابتی، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و بیشتر شدن کیفیت زندگی است (۷). همچنین درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با تأکید بر جنبه های مثبت و ابعاد مختلف زندگی افراد، موجب به وجود آمدن ایده هایی می‌شود که نشان دهنده توانایی کنترل هیجانات در زندگی است و این حس و فرض را در افراد تقویت می کند که زندگی برای افراد قابل‌کنترل است و بدین طریق بیماران دیابتی را در تعیین اهداف برای زندگی و انجام رفتارهای خودمراقبتی جهت بهبودی تشویق می کند؛ درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با توجه به ذهنی بودن به افراد می آموزد که خود فرد عامل شکوفایی و پیشرفت هست و نه شخص جایگزین و بدین طریق به بیماران دیابتی می آموزد تا با روبرو شدن با شرایط سخت و مشکلات، سعی در شکوفا ساختن همه نیروها و استعدادهای خود و پرورش و به دست آوردن توانایی های جدید داشته باشند، زیرا رویارویی با این شرایط باعث می شود توانایی بیماران در حل مشکلات و انجام رفتارهای خودمراقبتی افزایش یابد (۲۴)؛ به‌عبارت‌دیگر، درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی تلاش دارد تا اسنادهای منفی را تغییر دهد و به این وسیله رفتارهای خودمراقبتی بیماران را بهبود بخشد؛ بنابراین می توان گفت که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر است و این مؤید نتیجه به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نیز هست.

هرچند استفاده از ابزار خودگزارش دهی و عدم انجام مطالعات پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، ازجمله محدودیت¬های پژوهش حاضر است اما با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو پیشنهاد می شود کارگاه های آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کلینیک ها و مراکز درمانی به منظور بهبود رفتارهای خودمراقبتی و رضایت از زندگی در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو برگزار شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو مؤثر بود، لذا می‌تواند به‌عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر روان‌درمانی، برنامه درمانی مناسبی در افزایش رفتارهای خودمراقبتی باشد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این پژوهش وجود ندارد.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

Reference

1. Sheikhan H. Looking at the disease from the perspective of psychology, Tehran: Arwaneh, 2020.
2. Azami S, Mozafari M, Badakhsh B. Effectiveness of self-efficacy enhancing intervention on self-management of patients with type 2 diabetes in shahid Mostafa Khomeini Hpspital, Ilam, Iran, year 2015-2016. Journal title. 2019;2(1):0-.
3. Association AD. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2014; 37(Supplement_1):S81-S90. https://doi.org/10.2337/dc14-S081
4. Alirezaei Shahraki R, Aliakbari Kamrani A, Sahaf R, Abolfathi Momtaz Y. Effects of Nationwide Program for Prevention and Control of Diabetes Initiated by the Ministry of Health on Elderly Diabetic Patients' Knowledge, Attitude and practice in Isfahan. Salmand: Iranian Journal of Ageing. 2019;14(1):84-95. https://doi.org/10.32598/SIJA.14.1.84
5. Zabihirad j, Asadolahi K, Veisani Y, Momeni K. Investigating the direct and indirect costs of diabetes in Ilam city in 2018. Journal title. 2022;5(1):0-.
6. Panagioti M, Reeves D, Meacock R, Parkinson B, Lovell K, Hann M, et al. Is telephone health coaching a useful population health strategy for supporting older people with multimorbidity? An evaluation of reach, effectiveness and cost-effectiveness using a 'trial within a cohort'. BMC medicine. 2018;16:1-15. https://doi.org/10.1186/s12916-018-1051-5
7. Moses M, Olenik NL. Perceived impact of caregiver's participation in diabetes education classes on implementation of self-care behaviors. Journal of the American Pharmacists Association. 2019; 59 (4):S47-S51. e1. https://doi.org/10.1016/j.japh.2019.05.014
8. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. Journal of palliative medicine. 2014;17(6):642-56. https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9427
9. Safaee pour R, Rasouli A, Parham M, Mohebbi S. Assessment of effects of self-caring on diabetic patients in Qom diabetes association 2013. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2014;21(3):473-84.
10. Ketema DB, Leshargie CT, Kibret GD, Assemie MA, Alamneh AA, Kassa GM, et al. Level of self-care practice among diabetic patients in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2020;20:1-12. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8425-2
11. Sanagouye Moharer G, Shirazi M, Kahrazei F, Karami Mohajeri Z, Kia S. Effect of Self-management Training on Stress, Mental Health, and Self-Care Behaviors in Patients with Type II Diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2020;8(2):1084-95.
12. Aliyazdi M, Agah M, Nouhi S. Comparing the Effectiveness of Emotional Regulation Training and Autogenic Training on Perceived Anxiety Control in Women with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Health Psychology. 2021;4(3):55-66.
13. Kennard EJ, Lieberman J, Saaid A, Rolfe KJ. A preliminary comparison of laryngeal manipulation and postural treatment on voice quality in a prospective randomized crossover study. Journal of Voice. 2015;29(6):751-4. https://doi.org/10.1016/j.jvoice.2014.09.026
14. Mota CP, Matos PM. Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? Children and Youth Services Review. 2015;56:97-106. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.06.017
15. Mokhtari dizaji F, Sohrabi F. The efficacy of quality of life group training on vitality of aged men. Clinical Psychology Studies. 2018;8(32):29-47.
16. Yazdi M, Saffarinia M, Zare H. Effectiveness of Quality-based Therapy and Emotion-based Therapy in Psychological well-being of Patients with Type 2 diabetes. Journal of Modern Psychological Researches. 2021;15(60):44-61.
17. Ghasemi N-a, Kajbaf M-B, Rabiei M. The Effectiveness of Quality Of Life Therapy (QOLT) on Subjective Wellâ-"Being (SWB) and Mental Health. Journal of Clinical Psychology. 2011;3(2):23-34.
18. Shokohifar M, Falahzadeh H. Determination quality of lifein patients with type II diabetes andpresentation a structural model. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2014;24(116):84-92.
19. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]

scale. Diabetes care. 2000;23(7):943-50. https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943
20. Hashemi L, Rahimi C, Mohammadi N. The Effectiveness of Quality of Life Therapy on Depression and Anxiety among Patients with Multiple Sclerosis. International Journal of Applied Behavioral Sciences. 2018;5(4):1-9.
21. Frisch MB. Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2005.
22. Lev EL, Daley KM, Conner NE, Reith M, Fernandez C, Owen SV. An intervention to increase quality of life and self-care self-efficacy and decrease symptoms in breast cancer patients. Scholarly inquiry for nursing practice. 2001;15(3):277-94.
23. Dalal J, Williams JS, Walker RJ, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Association between dissatisfaction with care and diabetes self-care behaviors, glycemic management, and quality of life of adults with type 2 diabetes mellitus. The Diabetes Educator. 2020;46(4):370-7. https://doi.org/10.1177/0145721720922953
24. Greenhaus JH, Collins KM, Shaw JD. The relation between work-family balance and quality of life. Journal of vocational behavior. 2003;63(3):510-31. https://doi.org/10.1016/S0001-8791(02)00042-8

[Downloaded from ijm.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.22034/IJRN.10.3.115]