pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور ارائه مراقبت پرستاری

آرزو بیگی[1]، **علی زینالی**[1]

۱- گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

نویسنده مسئول: علی زینالی، دانشگاه آزاد اسلامی ارومیه a.zeinali@iaurmia.ac.ir

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت نوع یک، یکی از بیماری متابولیکی مزمن است که بروز سایر اختلال ها از جمله افسردگی و کیفیت زندگی پایین به همراه آن گزارش شده است. گروه درمانی شناختی رفتاری یکی از روش های مرسوم برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می باشد. این پژوهش با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور پرستاری و مراقبت از آنان انجام شد.

مواد روش‌ها: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به به دیابت نوع یک مراجعه کننده به انجمن بیماران دیابتی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ بودند. از میان آنان ۳۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش گروه درمانی شناختی رفتاری آموزش دید. همه افراد پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده ها با روش کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد میان گروه های آزمایش و کنترل در هر دو متغیر افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود داشت. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار افسردگی و افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک شده است (P≤۰/۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک موثر بود. بنابراین برای پرستاری و مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می توانند از روش گروه درمانی شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان استفاده کنند.

واژه های کلیدی: گروه درمانی، شناختی رفتاری، افسردگی، کیفیت زندگی، دیابت نوع یک، پرستاری و مراقبت.

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Beigi A, Zeinali A. Effect of Group Cognitive-behaviorial Therapy on Relieving Depression and Enhancing Quality of Life Among Patients with Type I Diabetes . J Diabetes Nurs. 2017; 5 (2) :147-156

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۹

تاریخ پذیرش:۹۵/۹/۲۴

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

مقدمه و هدف

دیابت از جمله بیماری های متابولیکی است که با کمبود نسبی یا مطلق انسولین، افزایش گلوگز خون، اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی ها و پروتئین ها همراه است که جریان منظم زندگی را مختل می کند و می تواند پیامدهای روانی مهمی را به دنبال داشته باشد (۱). شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسیده است. تخمین زده می شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (۲). سازمان بهداشت جهانی اعلام داشته که شیوع دیابت در ایران در بین مردان ۹/۸ درصد و در بین زنان ۱۱/۱ درصد می باشد (۳). این بیماری شایع ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و یکی از عوامل خطر در ایجاد بیماری قلبی است (۴).بیماران مبتلا به دیابت با استرس زیادی مواجه می شوند و این استرس باعث کاهش تعادل روانی آنها می شود. نقش پرستار واحد دیابت برای حفظ تعادل روانی بیماران دیابتی آموزش هایی جهت کاهش استرسورهایی است که موجب اختلال در بیماران دیابتی می شود، اما نقش پرستار واحد دیابت در قبال بیماران دیابتی که دچار عوارض حاد شدند، دو چندان است. زیرا پرستاری و مراقبت از بیماران دیابتی، شناخت نوع و قدرت استرسورها و کاهش و یا از بین بردن آنها با همکاری بیمار اولین اقدام و آموزش به بیمار برای پیشگیری از مواجهه مجدد با استرسورها اقدام بعدی است که این عوامل باعث دستیابی به تعادل روانی می شود (۵). برهم خوردن تعادل روانی در بیماران مبتلا به دیابت باعثافسردگی و کاهش کیفیت زندگی می شود (۶).

یکی از پیامدهای روانشناختی مهم بیماری دیابت، افسردگی بیماران مبتلا می باشد. بیماران دیابتی سطح بالایی از افسردگی را تجربه می کنند (۷). اختلال افسردگی از مهم ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود که میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است (۸). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریبا در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی – حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۹). یکی دیگر از پیامدهای روانشناختی مهم بیماری دیابت، کاهش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آن می باشد. بیماران دیابتی سطح پایینی از کیفیت زندگی را تجربه می کنند (۷). اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب نظران تمرکز خود را بر مراقبت هایی جهت بهبود کیفیت زندگی بیان کرده اند (۱۰). کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده به معنای ادراک از وضعیتی که افراد در آن زندگی می کنند و ادراک از زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن قرار دارند، می باشد که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آنها است (۱۱). امروزه کیفیت زندگی گروه ها به عنوان چارچوبی برای ارائه خدمات متناسب با جنبه های مختلف زندگی و تخصیص منابع مورد استفاده قرار می گیرد. اهمیت سنجش کیفیت زندگی به حدی است که برخی بهبود کیفیت زندگی را به عنوان مهمترین هدف مداخلات درمانی نام می برند (۱۲). از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی نظیر سلامت جسمی، بهداشت روانی، ارتباطات اجتماعی، زندگی خانوادگی، هیجان ها، کارکردهای جسمانی، معنوی و زندگی حرفه ای افراد را شامل می شود توجه به آن از اهمیت فوق العاده ای برخوردار است (۱۳).

با توجه به اینکه پرستاری و مراقبت در برقراری تعادل روانی بیماران دیابتی و کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان نقش مهمی دارد، لذا بیماران دیابتی نیاز به کمک در این زمینه دارند و احتمالاً روش گروه درمانی شناختی رفتاری برای تحقق این هدف مؤثر می باشد. اصطلاح آموزش شناختی رفتاری بر این نکته تأکید می ورزد که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (۱۴). درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه فرد بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد را تغییر دهد از بحث های منظم و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می شود (۱۵).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

برنامه‌های آموزش شناختی رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، ایجاد عزت نفس، حل مسأله، خود نظم دهی، خودکفایتی و کیفیت زندگی و کاهش اضطراب و افسردگی موثر است (۱۶). گروه درمانی شناختی رفتاری بر رویدادهای درونی مانند افکار، ادراک، قضاوت ها، گفت و گو با خود و حتی مفروضات ضمنی ناهشیار توجه دارند و در تلاش برای درک و اصلاح رفتارهای مختل آشکار و پنهان و بازسازی شناختی هستند (۱۷). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی موثر است (۲۲-۱۸). برای مثال طلائی و همکاران ضمن پژوهشی درباره تاثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر افسردگی زنان به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به طور معناداری کاهش یافت. آنان بیان کردند که این روش درمانی باعث در بهبود افسردگی موثر بود (۱۸). در پژوهشی دیگر Ebrahim و همکاران ضمن پژوهشی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر افسردگی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری به طور معناداری میزان افسردگی و علائم افسردگی را کاهش داده است (۲۱). همچنین پژوهش ها نشان دادند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی موثر است (۲۷-۲۳). برای مثال عیسی زادگان و همکاران ضمن پژوهشی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر سبک و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون گروه مداخله تفاوت معناداری داشتند. به طوری که پس از مداخله میانگین نمرات سبک زندگی و کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش معنادار پیدا کرده بود (۲۴). در پژوهشی دیگر Tomoyuki و همکاران ضمن پژوهشی درباره اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و افسردگی به این نتیجه رسیدند که این روش درمانی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی و کاهش معنادار افسردگی در بیماران شد (۲۷).

تعداد افراد مبتلا به دیابت رو به افزایش می باشد و این اختلال باعث مشکلاتی در زندگی روزمره آنان می شود، لذا استفاده از روش های درمانی برای کمک به این افراد امری ضروری و اجتناب ناپذیر می باشد. همچنین پرستاری و مراقبت از بیماران دیابتی، آموزش شناخت و از بین بردن استرسورها و آموزش جهت پیشگیری از مواجهه مجدد با استرسورها به آنها نقش مهمی در حفظ تعادل روانی و کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان دارد.علاوه بر آن با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه ای به بررسی چنین پژوهشی در افراد مبتلا به دیابت نپرداخته است، لذا این پژوهش ضمن تکمیل کردن این خلاء پژوهشی، می تواند به مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران راهکار مناسبی جهت مداخلات روانشناختی مناسب در بیماران ارائه دهد. به این ترتیب مساله اساسی این پژوهش بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور پرستاری و مراقبت از آنان می باشد؟ بنابراین هدف کلی این پژوهش تعیین تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور ارائه مراقبت پرستاری بود.

مواد و روش ها

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک مراجعه کننده به انجمن بیماران دیابتی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ بودند. در این پژوهش ۳۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) شامل گروه های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین انجمن بیماران دیابتی ارومیه، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. همچنین ملاک های ورود به مطالعه شامل تشخیص پزشک متخصص مبنی بر بیماری دیابت نوع یک، بستری نبودن در بخش روانپزشکی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم و داشتن سن ۱۸ سال به بالا و ملاک های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری و یا دستیابی به پرسشنامه ناقص بود. گروه آزمایش به طور مجزا ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش گروه درمانی شناختی رفتاری آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. جزئیات مداخله در گروه آزمایش به شرح زیر بود:

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

محتوی جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری به این شیوه بود که در جلسه اول پس از آشنایی، ایجاد رابطه حسنه و بیان قوانین و مقررات گروه، اهمیت و هدف درمان های غیر دارویی به ویژه گروه درمانی شناختی رفتاری بیان و درباره داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف پذیر برای مواجهه با مشکلات و فراز و نشیب های زندگی بحث و تبادل نظر شد. در جلسه دوم ضمن معرفی تحلیل کارکردی، راهکارهای بهبود مهارت های ارتباطی با هدف کمک به رشد خصوصیات فردی و اجتماعی به همراه شناخت عواطف و احساسات و تمرین های آرام سازی عضلانی آموزش داده شد. در جلسه سوم شفاف سازی و اولویت بندی اهداف، مقابله با افکار و احساسات منفی و شناسایی مهارت ها، افکار و احساسات مثبت که باعث بهبود شادکامی و رضایت از زندگی می شود، آموزش داده شد. در جلسه چهارم ضمن بحث درباره رضایت از زندگی، بررسی ابعاد کیفیت زندگی و راه های کسب حمایت اجتماعی، مدیریت خشم و ابراز وجود آموزش داده شد. در جلسه پنجم بازسازی شناختی، طرح ریزی و برنامه ریزی برای فعالیت های مثبت روزانه آموزش داده شد. در جلسه ششم و هفتم آموزش بازسازی شناختی تکمیل و روایت بیماران تنظیم مجدد شد. در جلسه هشتم و نهم بازسازی روایت بیماران تکمیل و حل مساله آموزش داده شد. در جلسه دهم درباره روایت فعلی بیماران بحث و تبادل نظر شد. در جلسه یازدهم و دوازدهم درباره به کار بستن مهارت های مساله گشایی و شناسایی برنامه حمایتی پیرامون مسائل روانی و اجتماعی، بررسی پیشرفت آزمودنی ها و دادن بازخورد به آنها و جنبه های موفق و ناموفق درمان بحث و تبادل نظر شد. البته پیش از مداخله و پس از مداخله هر دو گروه از لحاظ افسردگی و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند که برای این منظور از ابزارهای زیر استفاده شد:

برای اندازه گیری افسردگی از پرسشنامه افسردگی که توسط بک طراحی شد، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که هر گویه بر اساس طیف چهار درجه ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می شود. بک پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد و بیان کرد ابزار دارای روایی پیش بین خوبی است. در ایران پژوهش های زیادی پایایی و روایی این ابزار را تایید کرده اند. برای مثال جوکار پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرد و روایی ابزار را با نظر متخصصان تأیید کرد (۲۸).

همچنین برای اندازه گیری کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی که توسط سازمان بهداشت جهانی طراحی شد، استفاده شد. این ابزار دارای ۳۶ گویه است که به صورت دوتایی بلی - خیر تا مقیاس شش درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. سازمان بهداشت جهانی پایایی این ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۷۰ گزارش کرد (۱۱). در پژوهش منتظری و همکاران پایایی ابزار با روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۰/۷۵ گزارش شد و روایی ابزار با نظر متخصصان تایید شد (۲۹).

لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) با استفاده از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع یک بودند که به صورت تصادفی به دو گروه مساوی تقسیم شدند. پیش از انجام تحلیل داده ها به روش تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس های کوواریانس و فرض برابری واریانس ها برقرار است. در جدول ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ارائه شده است.

طبق یافته های جدول ۱ و با توجه به میانگین پس آزمون افسردگی و کیفیت زندگی می توان گفت میانگین افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کمتر (۵/۰۴±۲/۶۹) و میانگین کیفیت زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بیشتر (۶۱/۵۰±۳/۶۰) شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

در جدول ۲ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تاثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و کیفیت زندگی گروه های آزمایش و کنترل

گروه ها	تعداد	افسردگی				کیفیت زندگی			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
گروه درمانی شناختی رفتاری	۱۵	۹/۸۶	۰/۵۹	۵/۰۴	۲/۶۹	۴۱/۶۱	۴/۸۲	۶۱/۵۰	۳/۶۰
کنترل	۱۵	۹/۴۵	۰/۷۴	۸/۸۷	۱/۴۰	۴۲/۷۰	۴/۶۵	۴۴/۳۵	۴/۵۰

طبق یافته های جدول ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته موثر بوده است. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای افسردگی و کیفیت زندگی تفاوت معناداری دارند (P≤۰/۰۰۰۵). بنابراین برای بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون چند متغیری برای افسردگی و کیفیت زندگی

متغیر مستقل	آزمون ها	مقدار	F	Sig	مجذور اِتا
روش گروه درمانی	اثر پیلایی	۰/۳۹۵	۲۵/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶
	لامبدای ویلکز	۰/۴۰۴	۲۵/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۱
	اثر هاتلینگ	۰/۸۷۶	۲۵/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۴
	بزرگترین ریشه روی	۰/۹۷۶	۲۵/۸۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۳

طبق یافته های جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت ۱۵ درصد تغییرات در افسردگی ناشی از تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است. بنابراین می توان گفت که روش گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک شده است (P=۰/۰۰۰۵ و F≤۶/۱۴۸). همچنین برای بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس گروه های گروه درمانی شناختی رفتاری و کنترل بر افسردگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	Fآماره	سطح معنی داری	مجذور اِتا
پیش آزمون	۱۸۵/۲۷۶	۱	۱۸۵/۲۷۶	۴۱/۴۴۲	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲
گروه	۲۹/۵۸۴	۱	۲۹/۵۸۴	۶/۱۴۸	۰/۰۰۰۵	۰/۱۵
واریانس خطا	۱۴۸/۷۱۲	۲۷	۵/۵۰۷			

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

طبق یافته های جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس با کنترل اثر پیش آزمون نشان داد که گروه اثر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می توان گفت ۳۱ درصد تغییرات در کیفیت زندگی ناشی از تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری است. بنابراین می توان گفت که روش گروه درمانی شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک شده است (F≤۱۷/۸۰۰ و P=۰/۰۰۰۵).

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس گروه های گروه درمانی شناختی رفتاری و کنترل بر کیفیت زندگی

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	مجذور اِتا
پیش آزمون	۳۵۶۲۱/۲۱۶	۱	۳۵۶۲۱/۲۱۶	۳۸۴/۴۱۱	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲
گروه	۱۷۷۱/۲۶۳	۱	۱۷۷۱/۲۶۳	۱۷/۸۰۰	۰/۰۰۰۵	۰/۳۱
واریانس خطا	۳۲۶/۲۹۵	۲۷	۱۲/۰۸۵			

بحث و نتیجه گیری

بیماران دیابتی به دلیل مواجهه با استرس دچار افسردگی و کاهش کیفیت زندگی می شوند، لذا استفاده از روش های درمانی جهت پرستاری و مراقبت از آنها ضروری است. بنابراین این پژوهش با هدف بررسی تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور پرستاری و مراقبت از آنان انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که روش گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش معنادار افسردگی و افزایش معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک شد.

یافته های این پژوهش نشان داد که روش گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی موثر بود که این یافته در زمینه کاهش افسردگی با پژوهش های (۲۲-۱۸) و در زمینه افزایش کیفیت زندگی با پژوهش های (۲۷-۲۳) همسو بود. برای مثال در زمینه تاثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی رحیمیان بوگر و طباطبائیان ضمن پژوهشی درباره تاثیر درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی که از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده کردند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی باعث کاهش معنادار نمرات میانگین افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد شد (۱۹). در پژوهشی دیگر Rossello و همکاران ضمن پژوهشی درباره تاثیر درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی بر نوجوانان دارای نشانه های افسردگی به این نتیجه رسیدند که هر درمان شناختی رفتاری فردی و گروهی به طور معناداری باعث کاهش نشانه های افسردگی در نوجوانان شدند و میان این دو روش تفاوت معناداری وجود نداشت (۲۲). همچنین در زمینه تاثیر درمان شناختی رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی خیام نکویی و همکاران ضمن پژوهشی درباره تاثیر آموزش شناختی رفتاری بر بهبود کیفیت زندگی بیماران قلبی به این نتیجه رسیدند که آموزش شناختی رفتاری بر نمره کل کیفیت زندگی و همه خرده مقیاس های آن افزایش معناداری داشت (۲۴). در پژوهشی دیگر Geleijnse و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که روش درمانی شناختی رفتاری باعث بهبود معنادار کیفیت زندگی شد (۲۶). در تبیین این یافته می توان گفت همان طور که Adlman بیان می کند روش گروه درمانی شناختی رفتاری بیش از سایر روش های درمانی روانشناختی بر روی افسردگی بیماران دیابتی موثر است و نتایج درمانی پایدارتر است. چون تعاملات و بازخورد در گروه بسیار بالاست و بیماران متوجه می شوند بیماری آنان منحصر به فرد نیست. چون منحصر به فرد بودن بیماری باعث تشدید بیماری و انزوای اجتماعی بیشتر می شود که این عوامل باعث پایداری تاثیر این روش درمانی می شوند (۳۰). تبیین دیگر اینکه مزایای بسیار گروه درمانی شناختی رفتاری مثل آموزش داشتن یک زندگی منطقی، سالم، هدفمند و انعطاف پذیر، مهارت های ارتباطی، آرام سازی عضلانی، شفاف سازی و اولویت بندی اهداف، شناسایی افکار و احساسات منفی و مقابله و جایگزینی آنها با افکار و احساسات مثبت، مدیریت خشم، ابراز وجود،

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

بازسازی شناختی، طرح ریزی و برنامه ریزی برای فعالیت های روزانه زندگی، حل مساله، شناسایی منابع حمایتی و بازخورد مثبت از جمله عواملی هستند که باعث کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی می شوند.

نتایج این پژوهش نشان داد روش گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک موثر بود، لذا می توان گفت این روش، جزء یکی از روش های درمانی موثر در کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی قابلیت کاربرد در مراکز درمانی دارد. بنابراین برای پرستاری و مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می توانند از روش گروه درمانی شناختی رفتاری برای کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی آنان استفاده کنند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند رضایت از زندگی خود را از طریق کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بهبود بخشند. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش شناخت مشکلات روانی بیماران مبتلا به دیابت و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان عنایت بیشتر وزارت بهداشت و درمان را در خصوص برنامه های درمانی به طور جدی تر و گسترده تر در سطح بیمارستان ها می طلبد.

مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از مرحله پیگیری بود. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی است. بسیاری از این ابزارها ممکن است پاسخ هایی را جمع آوری کنند که دیگران فکر می کنند باید درست باشد. افراد ممکن است خویشتن نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به پرسشنامه ها پاسخ ندهند. همچنین محدود شدن جامعه پژوهش به بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن بیماران دیابتی شهر ارومیه از محدودیت های این پژوهش بود. بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت برای بررسی تداوم تاثیر روش مداخله استفاده کنند. همچنین می توان در پژوهش های آتی روش های این پژوهش را با سایر روش ها مثل درمان فراشناختی، طرحواره درمانی، واقعیت درمانی، درمان عقلانی عاطفی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در سایر گروه ها مثلا بیماران سرطانی، بیماران قلبی، بیماران صرعی و غیره انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش گروه درمانی شناختی رفتاری با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین بر اساس یافته ها پیشنهاد می شود مراکز درمانی افرادی دارای افسردگی بالا و کیفیت زندگی پایینی را شناسایی و با روش گروه درمانی شناختی رفتاری جهت بهبود زندگی آنها اقدام کنند.

قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می باشد که در تاریخ ۹۲/۱۲/۲۰ با شماره ۵۶۲۲۰۷۰۱۹۲۲۰۲۳ تصویب شده و از کلیه مسئولین انجمن بیماران دیابتی شهر ارومیه و شرکت کنندگان محترم این پژوهش، صمیمانه تشکر می شود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

References

1. Namazi N, Tarighat Esfanjani A, Avari M, Heshmati J. Effects of hydro alcoholic nettle extract on insulin sensitivity and some inflammatory indicator in type 2 diabetic patients. Hamadan Journal of University Medical Sciences. 2012; 18(4): 10-4. [Persian]
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010; 87(1): 4–14.
3. Oussama MN. Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus. World Health Organization Press; 2006.
4. Chang K. Comorbidities, quality of life and patients' willingness to pay for a cure for type 2 diabetes in Taiwan. Pub Heal. 2010; 124(5): 284-94.
5. Delavari AR, Mahdavi Hazaveh AR, Noroozi Nejhad A, Yar Ahmadi S. Nursing and diabetes (national program of prevention and control of diabetes). Tehran: Sadra Publication; 2004. [Persian]
6. Beigi A. The effectiveness of cognitive behavior group therapy on level of depression and quality of life in patient with diabetes type 1 [Dissertation]. Urmia: The University of Islamic Azad University of Urmia Branch; 2015. [Persian]
7. Liro A, Hibberd PL, Buczynski BY, Chang B, Dusek KC, Johnston JM, et al. Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: A randomized trial. J Altern Complement Med. 2007; 14(2): 129-38.
8. Angst J, Gamma A, Rossler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. J Affect Disord. 2009; 115(1-2): 112-21.
9. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. Journal Affect Disorder. 2008; 110(3): 197-206.
10. Breslow L. Health measurement in the third era of health. Am J Public Health. 2006; 96(1): 17-9.
11. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
12. Evans D. The quality of life of patients with End Stage Renal Disease. N Engl J Med. 2009; 312(9): 553-9.
13. Figueira HA, Giani TS, Beresford H. Quality of life axiological profile of the elderly population served by the family health program in Brazil. Arch Gerontol Geriat. 2009; 49(3): 368-72.
14. Epstein NB. Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach. New York; 2002.
15. Covin R, Ouimet AJ, Seeds PM, Dozois DJ. A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. J Anxiety Disord. 2008; 22(1): 108-16.
16. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. Journal of Aggression and Violent Behavior. 2005; 9(3): 247-69.
17. Shamsipoor M, Sharifirad GR, Kachoue A, Hassanzadeh A, Dejam S. Article Title: Knowledge, attitude and practice about walking among woman by type 2 diabetics. Payesh. 2011; 10(4): 477-84. [Persian]
18. Talaee A, Kimiyaee SA, Borhani Moghani M, Moharre F, Talaee A, Khanghaee R. Investigation effect of cognitive behavioral group therapy on depression of women. IJOGI. 2014; 17(94): 1-9. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

19. Rahimian Boogar I, Tabatabaeian M. Effect of cognitive-behavioral group therapy on depression of the patients with chronic low back pain: A 4-months follow up. Koomesh. 2012; 13(2): 209-17. [Persian]

20. Yaeghoobi Nasrabadi M, Atefvahid M, Ahmadzadeh G. The efficacy of cognitive-behavioral group therapy in reducing the level of depression and anxiety in patients with mood disorder. IJPCP. 2003; 9(2): 56-63. [Persian]

21. Ebrahim SH, Montoya L, Truong W, Hsu S, Kamal Eldin M, Carrasco-Labra A, et al. Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in patients receiving disability benefits: a systematic review and individual patient data meta-analysis. PLoS One. 2012; 7(11): 50-62.

22. Rossello J, Bernal J, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depression symptoms. Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2008; 14(3): 234-45.

23. Khayam Nekouei Z, Yousefy A, Manshaee Q. The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality. Iranian Journal of Medical Education. 2010; 10(2): 148-53. [Persian]

24. Issazadegan A, Shiekhy S, Hafeznia M. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on style and quality of life in patients with hypertension. The Journal of Urmia University of Medical Sciences. 2013, 24(8): 583-92. [Persian]

25. Javaheri R, Neshat-doost H, Molavi H, Zare M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy. Arak Journal of University of Medical Sciences. 2010; 13(2): 32-43. [Persian]

26. Geleijnse JM, Kok FJ, Grobbee DE. Impact of cognitive behavior therapy on lifestyle of hypertension in western Populations. Eur J Public Health. 2006; 14(3): 235-9.

27. Tomoyuki K, Kazoo E, Satoshi H, Joji J. Effectiveness cognitive behavior therapy on quality of life and depression of hypertension disease. Autonomic neuroscience. 2008; 144(1): 89-95.

28. Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counseling, telephonic counseling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counseling central of Isfahan University [Dissertation]. Isfahan: The University of Isfahan; 2004. [Persian]

29. Montazeri A, Goshtasbi A, Vahdaninia MA. The short from health survey (sf-36): translation and validation study of the Iranian version. Payesh. 2006; 5(1): 49-56. [Persian]

30. Welschen LM, van Oppen P, Dekker JM, Bouter LM, Stalman WA, Nijpels G. The effectiveness of adding cognitive behavior therapy aimed at changing lifestyle to management diabetes care for patients with type2 diabetes: design of a randomized controlled trail. BMC Public Health. 2007; 8(7) : 1-10.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Received: 2016/06/08
Accepted: 2016/12/14
volume **5** number **2** p: **147-156**

Effect of Group Cognitive-behaviorial Therapy on Relieving Depression and Enhancing Quality of Life Among Patients with Type I Diabetes

Beigi Arezoo[1], **Zeinali Ali[2*]**

1. Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.
***Corresponding Author**: Ali Zeinali, Islamic Azad University, Urmia Email: a.zeinali@iaurmia.ac.ir

Abstract

Introduction: Type I diabetes is a chronic metabolic disease that can cause complications such as depression and impaired quality of life. Group cognitive-behavioral therapy is a common method for reducing depression and promoting quality of life. This study aimed to investigate the effect of group cognitive-behavioral therapy on relieving depression and raising quality of life among patients with type I diabetes in order for nursing and caring for them.

Materials and Methods: This controlled quasi-experimental study with a pretest-posttest design was performed on 30 type 1 diabetes patients referring to Association of Diabetic Patient of Urmia, Iran, in 2014. The participants were selected through random sampling method and randomly assigned to two groups (n= 15 in each group). The experimental group received 12 (90-minute) sessions of group cognitive-behavioral therapy. All the subjects completed Beck Depression Inventory and World Health Organization Quality of Life Questionnaire at pre-test and post-test. The data was analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The findings showed a significant difference between the experimental and control groups regarding depression and quality of life. Moreover, the results of MANCOVA reflected that group cognitive-behavioral therapy significantly relieved depression and enhanced quality of life in patients with type I diabetes ($P<0.01$).

Conclusion: This study revealed that group cognitive-behavioral therapy was effective in treating depression and promoting quality of life among patients with type I diabetes. Thus, for nursing and caring for patients with type I diabetes, group cognitive-behavioral therapy can be applied by counselors, clinical psychologists, and therapists to reduce depression and raise quality of life.

Keywords: Cognitive-behavioral, Depression, Group therapy, Nursing and caring, Quality of life, Type I diabetes

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Beigi A, Zeinali A. Effect of Group Cognitive-behaviorial Therapy on Relieving Depression and Enhancing Quality of Life Among Patients with Type I Diabetes . J Diabetes Nurs. 2017; 5 (2) :147-156

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.2.1.7]