# اثربخشی آموزش تاب‌آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

آناهیتا خدابخشی کولایی[1]، محمدرضا فلسفی نژاد[2]، علی نویدیان [3*]

1. استادیار گروه مشاوره و روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران.
2. دانشیار گروه سنجش و اندازه گیری، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.
3. دانشیار گروه مشاوره ، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران .

***نویسنده مسئول**: علی نویدیان - **پست الکترونیکی**: alinavidian@gmail.com

**فصلنامه علمی- پژوهشی پرستاری دیابت - تابستان1395؛4(3): 40-30**

**چکیده**

**مقدمه و هدف:** دیابت تأثیرات منفی بر سلامت روان بیماران دارد. علاوه براین، آموزش تاب‌آوری در برابر استرس دارای پتانسیلی برای کاهش مشکلات سلامت روانی می‌باشد. از این رو پژوهش حاضر تأثیر آموزش تاب‌آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بررسی می‌کند.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش یک تحقیق نیمه آزمایشی به روش پیش آزمون و پس آزمون بود.30 آزمودنی از انجمن دیابت ایران شعبه تهران نتخاب شدند. بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. آموزش تاب‌آوری گروهی در 9 جلسه اجرا شد و پس از آن پس آزمون اجرا گردید. ابزار پژوهش مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف (RSPWB) بود. برای تحلیل داده های بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

**یافته‌ها**: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در بهزیستی روان شناختی و مؤلفه‌های آن از جمله؛ خودمختاری، پذیرش خود، هدف و جهت گیری، تسلط بر محیط، رشد شخصی و روابط مثبت با دیگران در دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون وجود دارد( P<0/0001).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که آموزش تاب‌آوری گروهی در برابر استرس بر بهبود بهزیستی روان شناختی بیماران دیابتی نوع دو تأثیر دارد. از این روش، جهت بهبود کیفیت زندگی و غلبه بیماران بر مشکلات زندگی می توان استفاده کرد.

**واژه‌های کلیدی:** تاب‌آوری، سلامت، دیابت نوع دو.

**تاریخ دریافت:94/11/11** **تاریخ پذیرش 95/03/24**

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

**مقدمه و هدف**

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن به طور گسترده ای در گسترش آسیب های جسمانی، مرگ و میر و هزینه های سلامت سهیم است(1). اگر چه میزان شیوع دیابت شیرین نوع یک و نوع دو در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد، ولی سرعت افزایش شیوع دیابت شیرین نوع دو بسیار بیشتر است. دلیل این مسئله، افزایش شیوع چاقی و سبک زندگی کم تحرک در کودکان و بزرگسالان است که از تبعات صنعتی شدن کشورها به شمار می‌رود (2) . بیماری دیابت با ایجاد اختلال در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر می‌شود و به طور ویژه شامل؛ اختلال‌هایی در تولید و استفاده از هورمون انسولین می‌باشد که برای سوخت و ساز گلوکز ضروری است، از این رو، دارای عوارض بلند مدت و کوتاه مدت زیادی می‌باشد (3). عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون، تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی (4) سبب بروز مشکلات روانشناختی چون افسردگی، اضطراب و تنیدگی در افراد می-شود (5). به نحوی که فشار روانی نقش دوگانه علت و معلول را در رابطه با بیماری دیابت ایفا می کند، به این معنا که، ازیک طرف موجب افزایش گلوکز و درنتیجه افزایش هموگلوبین گلیکوزیله ($HbA_1C$ ) شده که پیآمد آن نیاز به دفعات بیشتراستفاده از دارو یا تزریق انسولین است و از سوی دیگر خود از عوارض بیماری محسوب می‌شود (6). فشار روانی ناشی از دیابت علاوه بر اثرات جسمانی، دارای عوارض روانی نامطلوبی است که درمان و کنترل دیابت را دشوار می سازد. پژوهش های قبلی رابطه بین فشار روانی و بهزیستی روانی را نشان داده است (3). بر اساس تعریف ارائه شده از سوی ریف و همکاران (1996)، الگوی بهزیستی روان شناختی شامل معیارهای بهداشت روانی مثبت است و این ابعاد کمک می کند تا سطح بهزیستی و کارکرد مثبت شخص را اندازه گیری کرد (7). به عبارتی، بهزیستی به عنوان یک تجربه شناختی به شرایطی اطلاق می گردد که فرد وضعیت موجود خویش را با وضعیت آرمانی مقایسه می‌کند و به ادراک مثبت در مورد خود دست می‌یابد. این مؤلفه شناختی شامل رضایت از زندگی است که در بر گیرنده مواردی چون وجود یک نگرش کلی مثبت نسبت به زندگی، لذت بردن از زندگی و فقدان خلق افسرده می‌باشد (8). از این منظر، دیگرعدم وجود نشانه های بیماری روانی، شاخص سلامتی نیست. بلکه سازش یافتگی، شادکامی، حرمت خود و دیگر ویژگی‌های مثبت، نشان دهنده سلامت، و هدف اصلی فرد در زندگی، تحقق قابلیت‌های خود است(9). دینر و همکارانش(2002) نشان دادند که افراد با احساس بهزیستی بالا هیجانات مثبت را تجربه و از حوادث و وقایع پیرامون خود، ارزیابی مثبتی دارند؛ در حالیکه افراد با احساس بهزیستی پایین، حوادث و وقایع زندگیشان را نامطلوب ارزیابی کرده، بیشتر هیجانات منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می‌کنند(10). در پژوهشی وین هوون (2008) نشان داد که عوامل روان شناختی بر کارکرد جسمی تأثیر می گذارند و کسانی که بهزیستی روانشناختی بالاتری دارند، از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردارند (11). همچنین این افراد شاد، خوش بین و مثبت نگرند و از ثبات عاطفی بالایی برخوردارند، برای حل مسایل خود مستقیماً تلاش و از زندگی خود راضی بوده و احساس خوشبختی می‌کنند (12). از آنجایی که، روان‌درمانی شامل آموزش های شناختی در بیماری



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

های طبی، می‌تواند موجب کاهش نیاز به استفاده از خدمات پرهزینه پزشکی و افزایش سلامت روان بیماران گردد و این روند در در مورد بیماری‌های طبی و مزمن به طور کلی دیابت به طور اخص، دارای اهمیت ویژه‌ای می‌باشد (3). از این‌رو ، تاب‌آوری در دهه های اخیر به عنوان یکی از سازه‌های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش، هیجان و رفتار مورد توجه قرار گرفته است. تاب‌آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر حسب شرایط محیطی می‌باشد (6). در زمینه رفتار انسانی، تاب آوری اغلب به عنوان یک ویژگی مرتبط با منش، شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته می‌شود و بر توانمندی، انعطاف-پذیری، توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید، دلالت دارد (13). در نتیجه این انعطاف‌پذیری انطباقی، افراد دارای تاب‌آوری بالاتر اعتماد به نفس بالاتری دارند و با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه می‌نمایند (14). همچنین، در مقایسه با افرادی با سطح پایین تاب آوری سازگاری روان شناختی بهتری دارند (15). در نتیجه‌ی فرآیند تاب آوری از طریق اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید شدن ، اثرات ناگوار فشارهای روانی سلامت روان حفظ می‌شود (13). همچنین، بین تاب آوری و مشکلات روان شناختی رابطه ای معنا دار و منفی را گزارش شده است (16، 17). به بیانی دیگر، این سازه می‌تواند به عنوان عاملی جهت ارتقا سلامت روان مورد توجه قرار گیرد(18) و با ارتقای تاب آوری، فرد می تواند در برابر عوامل استرس زا، اضطراب آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان شناختی آنها می شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه نمایند (19، 20). در پژوهش-های پیشین، تأثیر آموزش تاب‌آوری بر روی سربازان در جهت کاهش اضطراب (21)، در زوجین نابارور برای کاهش استرس و اضطراب (22)، در مراقبین بیماران دمانس برای بهبود سلامت روان (23)، استرس مادران دارای فرزندان مبتلا به سرطان (24)، کاهش اضطراب در بین بیماران نوجوان مبتلا به بیماری قلبی (13) نشان داده شده است. در واقع تاب‌آوری سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است. براساس یافته های مطالعات انجام شده درخصوص بزرگسالان مبتلا به دیابت به ویژه نوع دو مداخلات روانشناختی تأثیر قابل ملاحظه ای در کاهش واکنش های هیجانی نظیر فشار روانی، اضطراب و افسردگی و به تبع آن در کنترل سطح قند خون دارد (25، 26، 27) . از آنجائیکه درکشور ما، اکثر بیماران دیابتی به رژیم غذایی یا داروها برای درمان متوسل می‌شوند (6). از سویی دیگر، توجه چندانی به روش های درمان شناختی جهت کنترل استرس و بهبود بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به دیابت نشده است. لذا لزوم انجام پژوهش در بکارگیری ملاحظه‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی اثر بخش و سودمند چون تاب‌آوری دیده می‌شود. از این‌رو، در این مطالعه تأثیر آموزش تاب‌آوری در بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

**مواد و روش‌ها**

روش پژوهش، روش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری کلیه بیماران عضو انجمن دیابت ایران شعبه تهران در سال 1394 -1393 به صورت نمونه‌گیری هدفمند می‌باشند. در ابتدا به بیماران واجد شرایط، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. سپس به 30 بیمار مبتلا به بیماری مبتلا به دیابت که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

و از بین 53 بیمار واجد ملاک‌های پژوهش، انتخاب و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل اختصاص یافتند. در نهایت افراد واجد شرایط، به‌عنوان گروه نمونه، در پژوهش حضور یافتند. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به مدت 9 جلسه 45 دقیقه، به صورت یک بار در هفته تحت آموزش تاب آوری قرار گرفتند. اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت های معمول پزشکی دریافت نمودند. به فاصله یک هفته پس از پایان مداخلات پس آزمون روی هر دو گروه اعمال شد. معیار ورود به این پژوهش شامل دامنه سن 55-35 سال، داشتن حداقل مدرک راهنمایی متوسطه، عدم سابقه درمان روانپزشکی، عضویت در انجمن دیابت تهران و ساکن تهران و رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمانی بود. معیار خروج از روند درمان شامل وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری، ایجاد اخلال در روند طبیعی درمان، عدم همکاری و ناتوانی جسمی به دلیل وخامت بیماری و غیبت بیش از یک جلسه بود. ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارایه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد بود. محتوای جلسات درمانی در جدول 1 آمده است. جهت رعایت اصول اخلاقی پس از اخذ رضایت آگاهانه از بیماران، در مورد محرمانگی نتایج و ترک مداخله در صورت عدم تمایل به همکاری به بیماران اطمینان داده شد. بدین ترتیب، به‌منظور اندازه‌گیری بهزیستی روانشناختی از مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف RSPWB(Ryff's scales of psychological well-being) استفاده شد. نسخه اولیه مقیاس بهزیستی روان شناختی در سال1989تهیه شد (28). این پرسشنامه 6 مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان شناختی را مورد ارزیابی قرار می دهد و دارای 6 زیر مقیاس( هر زیر مقیاس دارای 14 عبارت) است. مؤلفه های این پرسشنامه عبارتند از: 1- پذیرش خود 2-روابط مثبت با دیگران 3- خود مختاری 4-تسلط بر محیط 5- زندگی هدفمند 6- رشد فردی. این پرسشنامه برای بزرگسالان تهیه شده و 84 سؤالی در یک طیف لیکرت 6 درجه ای دارد. در نسخه اصلی، ضریب همسانی زیر مقیاس های این پرسشنامه را بدین شرح گزارش شده است: خودمختاری= 0/76، تسلط بر محیط= 0/90 ، رشد فردی=0/87، ارتباط مثبت با دیگران=0/91، زندگی هدفمند=0/90و پذیرش خود= 0/93. پایایی حاصل از روش باز آزمایی زیر مقیاس ها نیز در یک نمونه 117 نفری و در فاصله 6 هفته بین 0/81تا 0/85بوده است. بیانی و همکاران (1387) ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف0/82و خرده مقیاس های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی به ترتیب 0/71، 0/77، 0/78 ،0/70، 0/77و 0/78 گزارش کرده است (29). از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای آزمون تفاوت‌های بین گروه‌های آزمایش و کنترل در میزان تغییر مقیاس‌های بهزیستی روانی با استفاده از نرم‌افزار 16 استفاده گردید.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

**جدول شماره 1: ساختار جلسات آموزش گروهی تاب‌آوری**

| جلسات | اهداف جلسات |
|---|---|
| جلسه اول | معارفه و بیان اهداف |
| جلسه دوم | آشنایی با چارچوب کلی بحث و موضوع تاب‌آوری |
| جلسه سوم | تقویت عزی نفس: اشنایی با برخی عوامل حمایتی بیرونی |
| جلسه چهارم | ارتقا توانایی افراد در برقراری ارتباط |
| جلسه پنجم | برقراری روابط اجتماعی : آشنایی با راههای ایجاد تاب‌آوری برقراری و حفظ ارتباط با دیگران |
| جلسه ششم | تعیین هدف و امید داشتن نسبت به آینده |
| جلسه هفتم | حل مسأله: ادامه ایجاد تاب‌آوری- خودکارآمدی |
| جلسه هشتم | ادامه راههای ایجاد تاب‌آوری- پرورش خوشبینی- خودمراقبتی |
| جلسه نهم | جمع بندی، نتیجه گیری و اجرای پس‌آزمون |

**یافته ها**

جدول 2 شاخص های توصیفی مقیاس بهزیستی روانی و خرده مقیاس های آن را در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش و پس آزمون نشان می‌دهد. پس از بررسی نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف و بررسی فرض همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین، از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر متغیر مستقل (دوره آموزشی تاب‌آوری) بر متغیر وابسته (بهزیستی روانی) در بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد. داده‌ها نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نمره کل بهزیستی روانی وجود دارد (sig=0.001، F= 21/645). میزان تأثیر آموزش گروهی تاب‌آوری بر بهزیستی روانی به اندازه ضریب اتا می‌باشد(جدول3).

**جدول شماره 2: شاخص های توصیفی نمرات بهزیستی روانی و خرده مقیاس های آن در شرکت کنندگان در پژوهش**

| متغیر | | N | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| خودمختاری | گروه آزمایش | 15 | 19/5 | 2/1 | 23/7 | 1 |
| | گروه کنترل | 15 | 18/3 | 4/7 | 19/1 | 3/8 |
| پذیرش خود | گروه کنترل | 15 | 14/1 | 1/9 | 18/6 | 1/9 |
| | گروه آزمایش | 15 | 14/5 | 2/3 | 15/4 | 2/2 |
| هدف و جهت‌گیری | گروه آزمایش | 15 | 13/8 | 3 | 18/4 | 1/5 |
| | گروه کنترل | 15 | 14/1 | 2/2 | 13/9 | 2/8 |
| تسلط بر محیط | گروه آزمایش | 15 | 10/4 | 2/4 | 16/4 | 2/5 |
| | گروه کنترل | 15 | 11/4 | 2/7 | 11/9 | 3/2 |
| رشد شخصی | گروه کنترل | 15 | 12 | 3/2 | 17 | 2/8 |
| | گروه آزمایش | 15 | 12/4 | 1/8 | 12/8 | 2/3 |
| روابط مثبت با دیگران | گروه آزمایش | 15 | 18 | 1/2 | 24 | 2/2 |
| | گروه کنترل | 15 | 17/5 | 1/3 | 17/9 | 1/5 |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

**جدول شماره 3 : تحلیل کوواریانس اثربخشی گروهی تاب آوری بر بهزیستی روانی بیمارن مبتلا به دیابت نوع دو**

| منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | sig | ضریب اتا |
|---|---|---|---|---|---|---|
| الگوی تصحیح شده | 4830.250 | 1 | 4830.250 | 21.645 | 0.0001 | 0.259 |
| مقدار ثابت | 88924.900 | 1 | 88924.900 | 398.493 | 0.0001 | 0.865 |
| گروه | 4830.250 | 1 | 4830.250 | 21.645 | 0.0001 | 0.259 |
| خطا | 13835.500 | 60 | 223.153 | | | |
| مجموع | 558156.000 | 62 | | | | |
| مجموع تصحیح شده | 18665.750 | 61 | | | | |

**بحث و نتیجه گیری**

پژوهش حاضر بمنظور بررسی اثربخشی آموزش تاب‌آوری بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش تاب‌آوری به طور معناداری بر افزایش بهزیستی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر می‌باشد. نتیجه پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات قبلی ازجمله؛ حجازی(1393)؛ بهزادپور و همکاران(1393)؛ شجاعی و همکاران(1392)و پورسردار و همکاران(1391) که رابطه بین تاب آوری و بهزیستی روان‌شناختی را تایید کرده‌اند همسو می‌باشد (30-33). در مطالعه‌ای بهزادپور و همکاران دریافتند آموزش تاب آوری به طور معناداری بر بهزیستی روان شناختی و مؤلفه های آن در زنان نابارور مؤثر بوده است (31). یافته‌های پژوهش شجاعی و همکاران نشان داد که آموزش مهارت‌های مرتبط با تاب‌آوری می‌تواند سلامت روانی خواهران و برادران کودکان با نشانگان داون را افزایش دهد (32). همچنین، در بررسی مقطعی پورسردار بر روی شاغلین به تدریس در مراکز آموزش و پرورش شهرستان رامشیر نشان دادند تاب آوری با تأثیر بر نوع احساس‌ها و هیجان‌های فرد، نگرش مثبت و در نتیجه بهبود الکوی روان‌شناختی بهزیستی را در پی دارد (33). علاوه‌براین، نتایج برخی پژوهش‌ها دلالت بر تأثیر تاب‌آوری بر مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی دارند. به عنوان مثال؛ لپین و همکارانش(2014) اثربخشی آموزش تاب آوری بر عواطف مثبت و خودرهبری بیماران را تأیید کردند (34). گریفین و وست (2013) دریافتند تاب‌آوری بر روی بهبود ارتباط با دیگران (35) و پذیرش خود، خودکارآمدی و خودمختاری (۳۶،۳۷) مؤثر می‌باشد. در تبیین این یافته با توجه به ماهیت تاب آوری می‌توان این‌گونه بیان کرد آموزش تاب‌آوری مهارت هایی را به افراد می‌آموزند که در هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ی تاب-آورانه‌تری تفکر و سپس عمل کنند (37) و با توجه به این امر که افراد مبتلا به دیابت همواره مورد هجـوم یـک سلسله افکار ناراحت کننده می‌باشند (6)، از این‌رو، تاب‌آوری با تحت تأثیر قرار دادن فرآیند های فکری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای تاب‌آورانه را میسر می سازد. در نتیجه نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشار زای زندگی دارد و به عنوان منبع مقاومت و سپر محافظ عمل می‌کند (38). به بیانی دیگر، با ارتقای تاب-آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا و همچنین عواملی که سبب به وجود آمدن اضطراب می‌شود ایستادگی کرده و بر آن ها غلبه کند. از این رو، تاب آوری با تعدیل و کم رنگ‌تر



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

کردن عواملی چون اضطراب ، بهزیستی روانی افراد را تضمین می‌کند (13). از سوی دیگر، افراد در روند آموزش با آگاهی از اهمیت ارتباط با دیگران و حمایت اجتماعی در کاهش فشار روانی ایجاد شده، فرآیند بیماری و درمان را برای خود تسهیل خواهند کرد (39). مؤلفه دیگری که افراد مبتلا به دیابت نوع دو در طول آموزش تاب‌آوری به آن دست می‌یابند، خودآگاهی و توانایی حل مسئله است که به این افراد کمک می‌کند به نحوه خودمختاری عمل کنند و حس تسلط بر بیماری را افزایش می‌دهد (40). در نتیجه پذیرش بیماری و تاب‌آوری در برابر استرس ایجاد شده را به نحو چشمگیری کاهش می‌دهد. همچنین این برنامه آموزشی با ارتقا توان برنامه ریزی برای آینده به بیماران کمک میکند تا زندگی هدفمندی داشته باشند. برنامه های مدون روان درمانی می تواند با افزایش تحمل و شکیبایی بیماران در برابر مشکلات زندگی، به ارتقای زندگی آنها نیز منجر شود(41). بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پیشین می‌توان این‌گونه استدلال کرد درنتیجه آموزش تاب آوری، هر فرد به کمک مشاور و اعضای گروه نسبت به چگونگی کنترل فشار روانی ایجاد شده بر اثر مواجهه با بیماری آگاهی بیشتری یابد. از این رو با بیماری سازگاری بهتری ایجاد کنند. لذا با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود که از تکنیک های آموزش تاب‌آوری نظیر آموزش پذیرش خود و خودمختاری، داشتن روابط مثبت با دیگران و زندگی هدفمند، تسلط بر محیط و ارتقا رشد فردی به مبتلایان به دیابت نوع دو در جهت بهبود پذیرش بیماری و کاهش فشار روانی و استرس ایجاد شده استفاده گردد. با این وجود به دلیل مؤثر بودن این برنامه در درمان بیماران دیابتی ترویج این شیوه درمانی در مراکز درمانی به روانشناسان و مشاوران توصیه می‌گردد. بدیهی است تعمیم نتایج پژوهش حاضر به علت محدود بودن بیماران به شهر تهران باید با احتیاط صورت گیرد.

**تعارض منافع**

هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است .

**تشکر و قدردانی**

در این مطالعه از همکاری مدیریت و پرسنل محترم انجمن دیابت ایران شعبه تهران و همچنین بیماران عزیز در راستای انجام تحقیق تشکر و قدردانی می‌شود.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

# Evaluation of effectiveness of resilience training on psychological well-being of patients with type II diabetes

**Khodabakhshi Koolaee A[1], Falsafinejad M R[2], Navidian A[3]***

1. Assistant professor, Department of Counseling and psychology, Human Science Faculty, Khatam University, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Measurement Department, Faculty of Psychology and Education, Allameh tabataba'i University, Tehran, Iran
3. Associate Professor,Consulting Group, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran

***Corresponding author**: Navidian A , **E-mail:** alinavidian@gmail.com

## Abstract

**Introduction**: Diabetes is mainly associated withnegative psychological impacts on mental health of patients. Resilience training can potentiallydecrease such problems in patients. Therefore, this study aimed to evaluate the effectiveness of resilience training on psychological well-being of patients with type II diabetes.

**Methodology**: This quasi-experiment(with a pretest-posttest design) was conducted on30 samples,selected from the Iranian Diabetes Association, Tehran, Iran, andrandomly assigned to the control and test groups. Resilience training was performed for the test group in the form of nine sessions, followed by a post-test. Data collection tool included Ryff Scales of Psychological Well-being (RSPWB), and data analysis was performed using ANOVA.

**Results**: In this study, the ANOVA test revealed a significant difference in the pre-test scores of the study groups regarding psychological well-being and its subscales, such as self-government,self-acceptance, goal orientation, control over external factors,self-development andpositive relationship with others ($P<0.0001$).

**Conclusion**: According to the results of this study, resilience training had a significant impact on improved psychological well-being of patients with type IIdiabetes. It is recommended that resilience training be used to enhance the quality of life of patients, as well as their abilityto overcome problems in life.

**Keywords**: Resilience, Health, Type II diabetes

**Received: 31 January 2016** **Accepted: 13 June 2016**

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

## References


1. Boogar ER. Risk factors for cardiovascular complications in patients with type II diabetes: Predictive role of psychological factors, social factors and disease characteristics. Health. 2011; 13(3): 278-93.
2. Behdani S, Dastjerdi R, Sharifzadeh GR. Relationship between trust in God and self – efficacy With mental health in type II diabetics. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2012; 19(3): 302-11. [Persian]
3. Hamid N. Effects of Stress Management Training on Glycemic Control in Women with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2011; 3(4): 346-53. [Persian]
4. Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. The effectiveness of mindfulness –based cognitive therapy on quality of life outpatients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014; 13(4): 319-30. [Persian]
5. Mazloom Bafrooi N, Dehghani Firouzabadi T, Alizade B. Prevalence of Depression and Anxiety in Patients with Diabetes. J Diabetes Nurs. 2015; 2(4): 60-8. [Persian]
6. Abolghasemi S, Mahmoudi G. The Effectiveness of Stress Immunization Teaching on Reducing Stressful Psychological Feelings and Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. World Applied Sciences Journal. 2012; 17(3): 284-91. [Persian]
7. Ryff CD, Singer BH, Dienberg LG. Positive health: Connecting well-being with biology. Philosophical Transactions-Royal Society of London Series B Biological Sciences. 2004; 359(1449): 1383-94.
8. Paavilainen E, Salminen-Tuomaala M, Kurikka S, Paussu P. Experiences of counselling in the emergency department during the waiting period: importance of family participation. Journal of clinical nursing. 2009; 18(15): 2217-24.
9. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu rev Psychol. 2001; 52(1): 141-66.
10. Diener E, Lucas R, Oishi S. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. 2nd ed. USA: In C. R. Snyder & S. J. Lopez; 2009.
11. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. Journal of Happiness Studies. 2008; 9(3): 449-69.
12. Bahadori Khosroshah J, Hashemi Nosratabad T, Babapour Kheirodin J. The relationship of psychological capital with social capital among students. Journal of Research & Health. 2012; 2(1): 63-71. [Persian]
13. Momeni KH, Jalili Z, Mohseni R, Karami J, Saeedi M, Ahmadi SM. Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease. J Clin Res Paramed Sci. 2015; 4(2): 112-9. [Persian]
14. Connor KM, Zhang W. Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness. CNS Spectr. 2006; 11(10Suppl 12): 5-12
15. Walker BH, Abel N, Anderies JM, Ryan P. Resilience, adaptability, and transformability in the Goulburn-Broken Catchment, Australia. Ecology and Society. 2009; 14(1): 12.
16. Hegberg NJ, Tone EB. Physical activity and stress resilience: Considering those at-risk for developing mental health problems. Mental Health and Physical Activity. 2015; 8:1-7.
17. Harder S, Davidsen K, MacBeth A, Lange T, Minnis H, Andersen MS, et al. Wellbeing and resilience: mechanisms of transmission of health and risk in parents with complex mental health problems and their offspring—The WARM Study. BMC Psychiatry. 2015; 15(1):1-9.
18. Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. Clinical Psychology review. 2010; 30(5): 479-95.




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

19. Romeo RD. Perspectives on stress resilience and adolescent neurobehavioral function. Neurobiology of Stress. 2015; 1: 128-33.
20. Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. Journal of general internal medicine. 2011; 26(8): 858-61.
21. Adler AB, Williams J, McGurk D, Moss A, Bliese PD. Resilience training with soldiers during basic combat training: randomization by platoon. Applied Psychology: Health and Well-Being. 2015; 7(1): 85-107.
22. Khan Z, Fuehrer D, Coddington C, Bleess J, Daftary G, Stewart E. Stress Management and Resilience Training (SMART) therapy for couples undergoing in vitro fertilization (IVF): a randomized clinical trial (RCT). Fertility and Sterility. 2015; 104(3): e42.
23. Huey WT, Hashim S. A Resilience Training Module for Caregivers of Dementia Patients. InSHS Web of Conferences 2015 (Vol. 18, p. 05001). 10 July 2015. School of Educational Studies, Universiti Sains Malaysia.
24. Hosseini Ghomi T, Salimi Bajestani H. Effectiveness of Resilience Training on Stress of Mothers Whose Children, Suffer from Cancer in Imam Khomeini Hospital of Tehran. Journal of Health Psychology. 2013; 1(4): 97-109. [Persian]
25. Ashoori J. The Effects of Meta-cognitive Therapy on Generalized Anxiety Disorder and Depression among Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2015; 3(2): 19-29. [Persian]
26. Tovote KA, Fleer J, Snippe E, Peeters AC, Emmelkamp PM, Sanderman R, et al. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. Diabetes care. 2014; 37(9): 2427-34.
27. Van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) a randomized controlled trial. Diabetes care. 2013; 36(4): 823-30.
28. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. J Personality and social psychology. 1989; 57(6):1069-81.
29. Bayani AA. Test-retest reliability, internal consistency, and construct validity of the Farsi version of the Oxford Happiness Inventory. Psychological reports. 2008; 103(1): 139-44.
30. Hejazi E. The Relationship between Resilience and Psychological Well-being: The Mediating Role of Optimism. JSR. 2014; 15(55): 5-15. [Persian]
31. Behzadpoor S, Motahhari ZS, Vakili M, Sohrabi F. The Effect of Resilience Training on Increasing Psychological Well-Being of Infertile Women. journal of ilam university of medical sciences. 2015; 23(5): 131-42. [Persian]
32. Shojaee S, Beh-Pajooh A, Shokoohiyekta M. The effectiveness of resilience training on mental health in siblings of children with Down syndrome. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2013;11(5): 436-47. [Persian]
33. Poursardar F, Abbaspour Z, Abdi Zarrin S, Sangari AA. The effect of resilience on mental health and life satisfaction. Yafteh. 2012; 14(1): 81-9. [Persian]
34. Leppin AL, Gionfriddo MR, Sood A, Montori VM, Erwin PJ, Zeballos-Palacios C, et al. The efficacy of resilience training programs: a systematic review protocol. Systematic reviews. 2014; 3(1): 20.
35. Griffith J, West C. Master resilience training and its relationship to individual well-being and stress buffering among Army National Guard soldiers. The journal of behavioral health services & research. 2013; 40(2): 140-55.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]

36. Xin Z, Li P, Jinsheng W, Min L, Minqin Z, Anqiang Y, et al. Effect of resilience training on self-awareness and coping style of warship soldiers. Journal of Third Military Medical University. 2013;15: e024.
37. Bazzazian S, Rajabi A. Self-efficacy, social support and quality of life in patients with type II diabetes. Journal of behavioral science. 2011; 3(10): 25-39. [Persian]
38. Zamiri Nejad S, Golzari M, Borjali A, Hojjat S, Akaberi A. The comparison of effectiveness of group resilience training and group cognitive therapy on decreasing rate of depression in female students who live in dorm. 2013; 4(4): 631-8. [Persian]
39. Souri A, Ashoori J. The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes. J Diabetes Nurs. 2015; 3(2): 53-65. [Persian]
40. Mazlum Befruei N, Afkhami Ardakani M, Shams Esfand Abadi H, Jalali M R. Investigating the Simple and Multiple Resilience and Hardiness with Problem-Oriented and Emotional-Oriented Coping Styles in Diabetes Type 2 in Yazd City. J Diabetes Nurs. 2014; 1(2): 39-49.
41. Khodabakhshi Koolaee A, Navidian A, Baiati Z, Rahmatizadeh M. Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes . J Diabetes Nurs. 2015; 3(3) :31-41. [Persain]

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-11-03 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.4.5 ]