

تاثیر آموزش شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲

دکتر مهدیه سرحدی^۱ ID، ریحانه بندهی^۲ ID، علیرضا رجالی^۳ ID

۱) گروه داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، مرکز تحقیقات پرستاری جامعه، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران (۲) دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران (۳) دانشکده پرستاری و مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران؛ نشانی مکاتبه با نویسنده‌ی مسئول: زاهدان، میدان مشاهیر، دانشکده پرستاری و مامایی زاهدان، علیرضا رجالی؛ e-mail: Alirezarajali560@gmail.com

چکیده

مقدمه: سازگاری زوجین تاثیر مطلوبی بر سلامت جسمی و روانی زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌گذارد. استفاده از مداخله‌ها و آموزش‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌شناختی، به منظور تاثیرگذاری بر ارتقا سطح سازگاری روانی-اجتماعی زوجین، ضرورت دارد. لذا، مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. **مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که بر روی ۴۰ نفر از بیماران و همسران بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گردید. نمونه‌ها به صورت در دسترس انتخاب و مشارکت‌کنندگان با مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی قبل و بعد از مداخله ارزیابی شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و با کمک نرم‌افزار **spss-22** تحلیل شدند. یافته‌ها: میانگین سن مشارکت‌کنندگان در مطالعه ۵۴ سال بود و به طور متوسط حدود ۲۵ سال از زندگی مشترک آن‌ها می‌گذشت و بیماران حداقل سابقه ۱۰ سال ابتلا به دیابت نوع ۲ داشتند. نمره سازگاری روانی-اجتماعی شرکت‌کنندگان گروه تجربی و شاهد قبل از انجام مداخله؛ به ترتیب برابر $73/60 \pm 8/31$ و $45/33 \pm 2/35$ و بعد از انجام مداخله به ترتیب برابر با $101/70 \pm 5/99$ و $47/83 \pm 7/74$ بود. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد ($P \leq 0/05$) و مداخله شناختی-رفتاری باعث بهبود سازگاری روانی-اجتماعی زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج حاکی از اثربخشی و کارآمدی آموزش مبتنی بر شیوه شناختی-رفتاری، پیشنهاد می‌گردد مشاوران و درمانگران از این روش جهت بهبود سازش یافتگی روانی-اجتماعی زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده نمایند.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری، سازگاری روانی-اجتماعی، دیابت نوع ۲، زوجین

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۱/۱۴ - دریافت اصلاحیه: ۱۴۰۲/۲/۲۲ - پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۴/۳

مقدمه

را افزایش می‌دهد^{۳،۹،۱۱} تمامی این تغییرات می‌تواند استرس‌زا و پرهزینه باشد و در دراز مدت اتفاق بیفتد.^{۳،۸،۱۱،۱۲}

بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با جمعیت عمومی دو برابر بیشتر، علائم اضطرابی-افسردگی را نشان می‌دهند.^{۹،۱۳،۱۴} از پیامدهای نامطلوب بیماری، افزایش ناتوانی و مشکلات ارتباطی است.^{۱۵} در حقیقت مواجه شدن با یک بیماری مزمن، برای همه افراد خانواده موقعیت دشواری را ایجاد می‌کند؛ چرا که سازش یافتن با شرایط جدید زندگی، معمولاً مشکل و زمان‌بر است.^{۱۶} اما فرایند سازگاری با یک

دیابت نوع ۲ یک بیماری مزمن پیشرونده است که با خطر بالای مشکلات جسمی و روانی همراه می‌باشد^{۱-۴} و مبتلایان را با عوارض متعددی مواجه می‌سازد.^{۵-۷} دیابت می‌تواند باعث ایجاد تغییرات متنوع در سبک زندگی افراد شود^{۳،۸،۹} که در صورت عدم کنترل، موجب ناتوانی یا مرگ می‌گردد.^{۱۰} از طرفی بروز مشکلات روانی-اجتماعی همراه با علائم افسردگی، شانس کنترل ضعیف قند خون و عدم فعالیت بدنی

همسر) همچون منبعی حمایتی برای هر یک از زوجین عمل کند^{۱۸،۲۵} لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر اجرای یک برنامه آموزشی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین، به دنبال ابتلا به دیابت نوع ۲، انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد و پیگیری می‌باشد. جامعه پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی و درمانگاه‌های کنترل دیابت، وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس و برحسب معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. حجم نمونه در این مطالعه بر اساس میانگین و انحراف معیار نمره سازگاری روانی-اجتماعی در مطالعه زارع و همکاران (۱۳۹۸) و با حدود اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون آماری ۹۵٪ و بر اساس فرمول زیر تعیین گردید.^{۲۶} زارع و همکاران، در یک مطالعه نیمه تجربی (طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون چندگروهی)؛ مداخله درمانی مبتنی بر صبر را با درمان شناختی-رفتاری، به لحاظ اثر بخشی بر انعطاف‌پذیری شناختی و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری، در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مقایسه کردند. در این مطالعه از مقایسه میانگین سازگاری روانی-اجتماعی بعد از مداخله در گروهی که درمان شناختی-رفتاری را دریافت کرده بودند (۱۴۳/۶±۰/۸) و گروهی که درمان مبتنی بر صبر را دریافت کرده بودند (۱۴۲/۸±۰/۶) استفاده شده است.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} = 20/25$$

$$Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1/96 S_1 = 0/8$$

$$\bar{X}_1 = 143/6$$

$$Z_{1-\beta} = 1/64 S_2 = 0/6$$

$$\bar{X}_2 = 142/8$$

افراد دارای قند خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (در دو نوبت) و یا دارای علائم دیابت همراه با قندخون وریدی مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی‌گرم

بیماری مزمن، فرایندی پویاست که فرد مبتلا باید با چالش‌های فردی و محیطی مقابله نماید تا به درجه مطلوبی از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی دست یابد.^{۱۷} با توجه به سیر مزمن بیماری، سازش یافتگی روانی-اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد.^{۱۸} از سوی دیگر دستیابی به سازگاری روانی-اجتماعی با توجه به ماهیت غیر قابل پیش‌بینی بیماری، با دشواری مواجه است.^{۱۶} به همین دلیل امروزه توجه زیادی به مفهوم سازگاری روانی-اجتماعی در بیماران می‌شود.^{۱۹} در این بین اهمیت توجه به خانواده و روابط زوجین، موجب طراحی برنامه‌های مداخله‌ای، به‌ویژه با درمان شناختی-رفتاری در زوجین شده است.^{۱۰}

طراحی برنامه‌های مداخله‌ای متعددی همچون رویکردهای روان‌پویشی، سیستمی، رویکردهای هیجان مدار، رویکردهای شناختی-رفتاری و رویکردهای تلفیقی رفتاری؛ از جمله برنامه‌های مداخله‌ای برای غنی‌سازی ابعاد زندگی زناشویی به شمار می‌آیند.^{۲۰،۲۱} از این بین، مداخله‌های مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری با اقبال زیادی در میان متخصصان مشاوره خانواده مواجه شده‌اند.^{۲۲} هدف اصلی در این رویکرد ایجاد تغییر در احساسات فرد از طریق تغییر و اصلاح شیوه تفکر و رفتار می‌باشد.^{۱۸} رویکرد شناختی-رفتاری با تمرکز بر حل مسئله، عهده‌دار حل مشکلات می‌شود.^{۲۳} در حقیقت رویکرد شناختی-رفتاری نشان می‌دهد که بیشتر مشکلات روانی و اختلالات احساسی به خاطر باورها و طرز فکر کنونی افراد به وجود می‌آیند.^{۱۱} چنین رویکردی می‌تواند امکان تعیین اهداف واقعی و فردی در مدیریت دیابت را با در نظر گرفتن هر دو جنبه روان‌شناختی و اجتماعی فراهم نماید.^{۲۴} سازگاری روانی همچنین با کنترل بهتر سطوح هموگلوبین گلیکوزیله همراه است.^۲

به همین دلیل رویکرد شناختی-رفتاری در زمینه مسائل متعدد زناشویی از قبیل مشکلات رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی، مشکلات جنسی، روابط بین زوجین و تبادل رفتارها و هیجان‌ها مؤثر است. می‌توان از این رویکرد به‌عنوان یکی از درمان‌های مطرح در قالب آموزش‌های مناسب در پرستاری و به منظور دستیابی به اهداف برنامه‌های آموزشی، مراقبتی، درمانی و تأمین نیاز روزافزون بیماران به کسب اطلاعات استفاده نمود.^{۱۰،۱۸،۲۵} در این رویکرد اعتقاد بر این است که رابطه زناشویی باید در اوقات سختی و نگرانی با ارائه حمایت ابزاری (همکاری و همراهی) یا عاطفی (چون گوش دادن همدلانه به نگرانی‌های

تقسیم بر تعداد سوالات آن، میانگین نمره سازش یافتگی هر مولفه و از مجموع نمرات کل سوالات و تقسیم بر تعداد سوالات، میانگین نمره سازش یافتگی کل به دست می‌آید. نمرات بالاتر نشان‌دهنده وضعیت مناسب سازش یافتگی است. طبقه‌بندی امتیاز سازش یافتگی کل با منطق ۳۳٪ به سه دسته سازش یافتگی کم (کمتر از یک)، سازش یافتگی متوسط (۱-۲) و سازش یافتگی زیاد (بیشتر از دو) انجام شد. روایی سازه (به میزان ۰/۸۸) و پایایی این مقیاس (به میزان ۰/۸۶)، مطلوب گزارش شده است.^{۲۷} در مطالعه دروگیتس و همکاران (۱۹۹۰) پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ^{iv} برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس^v حاکی از آن بوده که این هفت مقوله در مجموع ۰/۶۳ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۱۸، ۰/۱۰، ۰/۰۹، ۰/۰۸، ۰/۰۷ و ۰/۰۵ درصد از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کند.^{۱۰} همچنین این مقیاس از روایی محتوایی (به میزان ۰/۸۴) و پایایی مطلوبی (به میزان ۰/۸۴) برای استفاده در ایران برخوردار است.^{۱۰، ۲۸} پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلال‌های روان‌شناختی و نمره کل پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۸۳، ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۸۴، ۰/۸۷ محاسبه شد.

برای گروه مداخله، ۹ جلسه برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری، به صورت اختصاصی و مجزا برای هر زوج، اجرا شد. محتوای جلسات آموزشی بر اساس رویکرد شناختی-رفتاری و منابع در دسترس تدوین گردید. امکان تغییر تعداد و محتوای جلسات به صورت تخصصی برای هر زوج وجود داشت. در هر جلسه اصول اساسی آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری رعایت شد و پژوهشگر مدیریت جلسات را از نظر بحث‌های ارائه شده و زمان‌بندی آن‌ها به عهده گرفت. جلسات با بررسی تکالیف جلسه قبل، آغاز می‌شد و با ارائه تکالیف برای جلسه بعد و اتخاذ بازخورد به پایان می‌رسید. زمان برگزاری جلسات با توجه به این‌که هر دو زوج می‌بایست حضور

در دسی‌لیتر و یا HbA1C مساوی یا بیشتر از ۶/۵٪ بعنوان دیابتی شناخته شدند. اعلام کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه، سکونت داشتن در شهر زاهدان، شرکت در تمامی جلسات آموزش شناختی-رفتاری و نداشتن سایر بیماری‌های جسمی و روانی مؤثر بر سازگاری روانی-اجتماعی؛ نظیر سرطان‌ها و بیماری‌های خودایمنی، از جمله معیارهای ورود به مطالعه بودند.

پژوهشگر پس از تصویب طرح پژوهشی در معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، دریافت کد اخلاق (IR.ZAUMS.REC.1402.389) و مجوزهای قانونی به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی زاهدان مراجعه نمود. پس از انتخاب نمونه‌ها و توضیح روش انجام پژوهش و هماهنگی برای همکاری همسران بیماران در جلسات آموزش زوجی، از بیماران و همسرانشان رضایت کتبی گرفته شد. فرآیند انتخاب نمونه‌ها ابتدا به صورت در دسترس و سپس با استفاده از تخصیص تصادفی انجام گرفت؛ بدین صورت که ابتدا ۳۰ زوج بر اساس معیارهای ورود به مطالعه بررسی شدند که در نهایت ۱۰ زوج به دلیل نداشتن معیارهای این مطالعه خارج و ۲۰ زوج به مطالعه وارد شدند.

در مرحله بعد زوجین منتخب به صورت تصادفی ساده بدون جای گذاری (قرعه‌کشی) و با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. پس از این مرحله و طبق برنامه زمان‌بندی شده؛ از هر دو گروه خواسته شد مقیاس سازش یافتگی روانی-اجتماعی با بیماریⁱ را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل نمایند. این مقیاس در سال ۱۹۸۶ توسط دروگیتسⁱⁱ جهت ارزیابی چگونگی سازش یافتگی روانی-اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری و یا تاثیرات باقی مانده از بیماری طراحی شده است. این مقیاس دارای ۴۶ سوال و هفت خرده مقیاس: نگرش نسبت به بیماری (۸ سوال)، محیط کار (۶ سوال)، محیط خانوادگی (۸ سوال)، روابط جنسی (۶ سوال)، توسعه روابط فامیلی (۵ سوال)، محیط اجتماعی (۶ سوال) و اختلال‌های روان‌شناختی (۷ سوال) است. گزینه سوالات براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرتⁱⁱⁱ شامل اصلا=سه، کمی=دو، تا حدودی=یک و کاملاً=صفر، تنظیم شده است. از مجموع نمرات هر مولفه و

i-Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)

ii-Derogatis

iii-Likert Scale

iv-Cronbach's Alpha
v-Varimax Rotation

داشته باشند، بر اساس نظر آن‌ها تنظیم و به‌طور متوسط هر جلسه بین یک تا دو ساعت و سه بار در هفته تشکیل شد. موضوع و محتوای جلسات به شرح جدول پیوست شماره ۱ می‌باشد.

جدول پیوست شماره ۱- ساختار و محتوای جلسات برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری

جلسات	محتوا
۱	معارفه، برقراری ارتباط اولیه، توضیح روش و اهداف انجام پیش‌آزمون. گرفتن تعهد، آشنایی با اصول و مقررات و اهداف جلسات و طرح موضوعات اخلاقی مانند رازداری، بحث مختصری در مورد بیماری، تأثیرات و عوارض آن بر روی فرد بیمار و روابط زوجی
۲	مروری بر جلسه قبل، مدل ABC* همراه با مثال از سوی اعضای گروه، آموزش داده شد. در مرحله بعدی شناسایی باورها و ارزش‌های مطلق مخرب و بررسی دلیل مشکل‌ساز بودن آن‌ها تعیین شد. سپس تکلیفی متناسب (تکلیفی در مورد مدل ABC و شناسایی باورها و ارزش‌های مطلق) ارائه شد. ۳۸،۳۹
۳	در این جلسه نحوه شناسایی افکار منطقی و غیرمنطقی و تفاوت آن‌ها یکدیگر بحث شد و در ادامه در مورد تأثیر تفکر غیرمنطقی بر روی آشفتگی هیجانی زوجین توضیح داده شد. همچنین زوجین با افکار خود آیند و انواع خطای شناختی، (توضیح خطاهای شناختی از جمله: استنباط دلخواه، ذهن‌خوانی، انتزاع و راهکارهای اصلاح عقاید غیرمنطقی انتخابی، تقسیم بیش‌ازحد، بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی، شخصی‌سازی، تفکر دوجبه‌ی و برچسب‌گذاری و توضیح چگونگی نقش این خطاها در بروز احساسات و رفتارهای منفی) آشنا شدند. ۳۸،۳۹
۴	در ابتدای این جلسه مروری بر جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی انجام گرفت، سپس آموزش در مورد ارتباط و انواع آن داده شد. رهنمودهایی برای بهبود ارتباط کلامی گفته شد. در این جلسه همچنین به مفهوم ارتباط در روابط خانوادگی اشاره شد و انواع الگوهای ارتباطی زوجین بررسی و توضیح داده شد، مهارت‌های ارتباطی پایه (گوش دادن، بیان کردن، همدلی، نوازش، ابراز وجود) آموزش داده شد. سدها و موانع ارتباطی شامل (قضاوت، ارائه راه‌حل و اجتناب از نگرانی‌های طرف مقابل) و مؤلفه‌های هرکدام بیان شد و در پایان خطاهای گوینده، شنونده و قوانین بیان مؤثر بیان گردید و در نهایت تکالیفی متناسب با این راهکارها ارائه گردید. ۴۰،۴۱
۵	پس از بررسی تکلیف جلسه قبل از اعضا خواسته شد احساس و نتیجه‌گیری خود را از جلسه قبل بازگو کنند. بعد از آن مفهوم تعارض برای اعضا تشریح شد. بعد از آشنایی با تعارضات زناشویی، مراحل بروز تعارضات زناشویی در زوجین بیان گردید و انواع زوجین از نظر تعارض (زوجین موافق، زوجین تکثرگرا (جمع‌گرا)، زوجین حمایت‌کننده و زوجین آزاد) بررسی و خصوصیات هر یک بیان گردید. سپس انواع روش‌های گفتگو در حل تعارض توضیح داده شد. در مرحله بعد سبک‌ها و روش‌های حل تعارض برای زوجین تشریح شد و سپس فرایندهای حل تعارض در بین زوجین توضیح داده شد. ۳۸،۴۲ در پایان نیز بر آشنایی با راهبردهای سازنده و غیر سازنده حل تعارض و تأثیر آن‌ها بر کیفیت رابطه زناشویی تأکید شد.
۶	در ابتدای این جلسه مروری بر جلسه قبل صورت گرفت و سپس اهداف برنامه مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری برای مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد. در مرحله بعدی مروری بر ماهیت استرس و علل، علایم و پیامدهای آن بر سلامت توضیح داد شد، سپس انواع استرس و تقسیم‌بندی آن بر اساس سطوح مختلف توضیح داده شد. همچنین تأثیرات خاص استرس در پیشرفت بیماری و عود حملات بیماری، صحبت شد و اطلاعات لازم به شرکت‌کنندگان ارائه شد. سپس پاسخ بدن به شرایط استرس‌زا (نشاندگان سازگاری کلی) از دیدگاه هانس سلیه بررسی شد و راه‌هایی جهت پیشگیری از استرس به آن‌ها آموزش داده شد. سپس نحوه ارزیابی موقعیت استرس‌آور و عوامل تأثیرگذار بر تجربه استرس و چگونگی تفسیر موقعیت برای زوجین شرح داده شد.
۷	در ابتدای این جلسه مروری بر جلسه قبل صورت گرفت و سپس در مورد تنفس دیافراگمی و آرمیدگی عضلانی تدریجی بحث و گفتگو شد و اطلاعات لازم ارائه گردید، پس از آن آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای و آرمیدگی عضلانی پیش‌رونده به زوجین آموزش داده شد و از زوجین خواسته شد به اجرای تمرین بپردازند. پس از اجرای تمرین و رفع ابهامات برای افراد تکلیف خانگی در نظر گرفته شد، به این صورت که زوجین موظف شدند تا جلسه آینده بطور روزانه حداقل یک بار این روش را تمرین کنند و سطوح استرس و فشار روانی را قبل و بعد از هر تمرین در برگه‌های خود نظارتی ثبت نمایند.
۸	در این جلسه نیز همانند سایر جلسات مروری بر جلسه قبل و بررسی تکالیف داده شده صورت گرفت. در مورد فرایند حل مسئله و اصول سیال‌سازی ذهن برای زوجین توضیح داده شد و سپس تکالیف متناسب به آن‌ها در پایان جلسه داده شد. ۳۸،۴۱
۹	ارزیابی تکلیف خانگی، مرور کلی مهارت‌های یاد گرفته شده، مقایسه افکار و راهبردهای پیش از درمان با افکار و راهبردها و مهارت‌های آموخته شده در جلسات درمان در جهت یکپارچه‌سازی درمان، انجام پس‌آزمون

* A-B-C مدل عقلانی-هیجانی، این مدل اظهار می‌دارد که فقط عامل A که همان برانگیزنده‌ها یا وقایع هستند، در نتیجه‌گیری از رویدادها نقش ندارند، بلکه عامل B یعنی باورهای افراد در مورد موضوع A به عنوان یک عامل و سازه انعطاف‌پذیر می‌تواند نتایج رفتاری هیجانی C را موجب شود.

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای مورد مطالعه بر حسب مشخصات دموگرافیک در دو گروه مورد مطالعه

P value	شاهد	مداخله	متغیرهای کمی	گروه
۰/۳۷۲	*۵۴/۵±۷/۷۳	*۵۶/۹±۷/۰۹	سن (سال)	
۰/۵۲۱	۵/۸۲±۱/۱۵	۵/۲۷±۱/۱۶	تعداد فرزندان	
۰/۶۷۱	۱۰/۳۵±۴/۵۲	۱۰/۸۰±۴/۳۳	طول مدت بیماری (سال)	
۰/۰۸۱	۲۵/۶±۵/۶۲	۲۶±۶/۲۳	طول مدت زندگی مشترک (سال)	
۰/۳۵۶	۵(۲۵)	۵(۲۵)	سطح زیر دیپلم	
	۱۲(۶۰)	۱۰(۵۰)	تحصیلات دیپلم	
	۳(۱۵)	۵(۲۵)	تحصیلات دانشگاهی	
۰/۴۵۰	۱۰(۵۰)	۷(۳۵)	شغل کارمند	
	۴(۲۰)	۹(۴۵)	بازنشسته	
	۶(۳۰)	۴(۲۰)	خانه‌دار	

*اعداد میانگین ± انحراف معیار هستند.

میانگین و انحراف معیار نمرات مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود، میانگین نمرات سازگاری روانی-اجتماعی بیماران و همسران مبتلا به دیابت نوع ۲ در گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری متفاوت و میانگین این نمرات در گروه مداخله قبل از اجرای برنامه نسبت به مرحله پس از آزمون و پیگیری پایین‌تر است. برای بررسی معناداری این تفاوت؛ از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام تست، پیش فرض‌های همگنی واریانس‌ها و کرویت ماچلی^v مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به نتایج جدول و معنادار نبودن آماره آزمون باکس^{vi} در متغیر سازگاری روانی-اجتماعی، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رعایت شده است (جدول ۲).

همچنین نتایج آزمون لوین^{vii} جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که سطوح معناداری به دست آمده در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. لذا پیش فرض برابری

به منظور رعایت اصول علمی، گروه شاهد در طی دوره پژوهش رها نبوده بلکه تحت نظارت و کنترل پژوهشگر و به دور از مداخله متغیر مستقل قرار گرفتند. زوجین گروه مداخله با هیچ‌یک از اعضای گروه شاهد تماس نداشتند. بلافاصله بعد از اتمام جلسات در هر دو گروه پس از آزمون اجرا شد و بعد از گذشت چهار هفته، آزمودنی‌های هر دو گروه به عنوان دوره پیگیری مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند؛ به این صورت که با هر دو گروه تماس گرفته شد و از آن‌ها جهت حضور و تکمیل مجدد پرسش‌نامه سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری دعوت به عمل آمد. در صورت عدم تمایل زوج برای حضور در بیمارستان و تکمیل پرسش‌نامه، به منزل آن‌ها مراجعه شد و پرسش‌نامه در اختیار آن‌ها قرار گرفت.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها، نتایج با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون مربع کایⁱ توسط نرم‌افزار SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت ($p \geq 0/05$). جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلکⁱⁱ استفاده شد. همچنین، به منظور بررسی احراز دومین شرط پارامتریک، یعنی شرط برابری واریانس‌ها، تست لوینⁱⁱⁱ نیز مورد استفاده قرار گرفت. برای مقایسه متغیرهای کمی از آزمون‌های t و t زوجی^{iv} استفاده شده است. در پایان پژوهش و با محرز شدن تاثیر مثبت آموزش شناختی-رفتاری، برای رعایت ملاحظات اخلاقی و بهره‌مندی گروه شاهد از تاثیر مثبت مداخله بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین و همچنین تشکر و قدردانی از همکاری زوجین گروه شاهد، جلسه‌های آموزشی توسط پژوهشگر برای آنان برگزار گردید. محتوای جلسات آموزشی در جدول پیوست شماره ۱ آورده شده است.

یافته‌ها

در بررسی متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش، نتایج نشان داد که توزیع متغیرهای سطح تحصیلات، شغل، سن، طول مدت زندگی مشترک، تعداد فرزندان و طول مدت بیماری در دو گروه مشابه بوده و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در هیچ‌یک از متغیرهای فوق‌الذکر وجود نداشت (جدول ۱) ($p \geq 0/05$).

v-Mauchly's Test of Sphericity
vi-Box's M test
vi-Levene's Test

i-Chi Square
ii-Shapiro-wilk
iii-Levene's Test
iv-Paired T-test

واریانس‌ها در گروه‌های مداخله و شاهد تایید گردید. نتایج آزمون ماچلی نیز نشان داد که دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر وجود ندارد.

جدول ۲- مقایسه میانگین نمره سازگاری روانی - اجتماعی در گروه مداخله و شاهد و آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس تفاوت میانگین در گروه‌ها

سطح معناداری	گروه		گروه مطالعه	متغیر
	شاهد	مداخله		
۰/۶۹۹	۴۵/۳۳±۲/۳۵*	۷۳/۶۰±۸/۳۱*	پیش آزمون	نمره سازگاری روانی
	۴۷/۸۳±۷/۷۴	۱۰۱/۷۰±۵/۹۹	پس آزمون	اجتماعی
	۴۴/۸±۳/۳۴	۹۹/۸۷±۶/۸۰	پیگیری [†]	

* اعداد میانگین±انحراف معیار هستند. † بعد از گذشت چهار هفته، آزمودنی‌های هر دو گروه به عنوان دوره پیگیری مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در دو گروه و در نمرات پس آزمون و پیگیری نشان داد که برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین به دنبال ابتلا به دیابت نوع ۲ موثر بوده است. چنان که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، بین پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P \leq 0/05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای عامل درون گروهی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و تعامل عامل درون گروهی و عامل بین گروهی (گروه شاهد و مداخله) برای سازگاری روانی اجتماعی

متغیرها	منبع اثر	درجه آزادی	ضریب F	معنی‌داری	مجذور سهمی اتا*
نمره سازگاری روانی-اجتماعی	زمان	۲	۱۸۱/۶۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۳
	تعامل زمان*گروه	۲	۱۴۵/۰۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۳

* مجذور اتا مقداری است برای نشان دادن اندازه اثر برای آزمون ANOVA

نارضایتی و افزایش سازگاری خواهد شد.^{۲۹} یافته‌های این بخش از پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های کونزلرⁱⁱ و همکاران^{۳۰}؛ ولاچوⁱⁱⁱ و همکاران^{۳۱}؛ ولاسکز-ژورادو^{iv} و همکاران^{۳۲}؛ یانگ^v و همکاران^{۳۳}؛ ریول^{vi} و همکاران^{۳۴}؛ بیلجین^{vii} و همکاران^{۳۵}؛ عابدی پریچا و همکاران^{۳۶}؛ آقا براری و همکاران^{۳۷}؛ تقی‌زاده و همکاران^{۳۸}؛ سیف‌الله‌زاده و همکاران^{۳۹}؛ قاسم نژاد و همکاران^{۴۰}؛ عباسیان و همکاران^{۴۱} همسو می‌باشد. دیگر مطالعات انجام شده در این زمینه نیز نشان داده‌اند که ادغام مداخلات شناختی-رفتاری منجر به بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران، حفظ کنترل متابولیک و تبعیت درمانی بیماران دیابتی می‌شود.^{۷،۱۱}

در توضیح این یافته می‌توان گفت که رویکردهای شناختی-رفتاری با افزایش دادن اطلاعات، موانع شناختی مربوط به نگرش و خودمدیریتی را برطرف نموده و با به چالش

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونیⁱ برای مقایسه جفتی نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که بین نمرات پیش آزمون سازگاری روانی-اجتماعی با نمرات پس آزمون و پیگیری این متغیر در گروه مداخله تفاوت معناداری وجود دارد و رویکرد شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی زوجین (در دو مرحله پس آزمون و پیگیری) در این گروه موثر بوده است ($P \leq 0/05$).

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در افزایش سازگاری روانی-اجتماعی در زوجین مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر است. نتایج این بخش از پژوهش حاضر با یافته‌های عابدی و همکاران (۱۳۹۲) همسو است، آن‌ها نیز در مطالعه خود نشان دادند که رویکرد شناختی-رفتاری با افزایش مهارت‌های ارتباطی و حل تعارض در بین زوجین باعث کاهش

ii-Lia Silvia Kunzler
iii-Eugenia Vlachou
iv-Héctor Velázquez-Jurado
v-Xiangyun Yang
vi-James Reavell
vii-Bilgin

i-Post Hoc Bonferroni Test

و برطرف نمایند و در نتیجه سازگاری روانی-اجتماعی بالاتری را بروز دهند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کمبود علاقه آزمودنی‌ها به آزمون‌های مورد استفاده و میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر، همچنین عدم صداقت، پایبندی به اجرای کامل موارد آموزشی و انجام تکالیف منزل توسط شرکت‌کنندگان اشاره کرد. استفاده از نمونه‌های در دسترس، عدم انجام جورسازی شرکت‌کنندگان و اختلاف در برخی متغیرهای پایه نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. همچنین باید در نظر داشت که گروه مداخله پژوهش حاضر را، بیماران و همسران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به مرکز درمانی در شهر زاهدان تشکیل داده‌اند، به همین دلیل لازم است تا در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزش زوجی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری در افزایش سازگاری روانی-اجتماعی زوجین به دنبال ابتلا به دیابت نوع ۲ موثر است. لذا، پیشنهاد می‌شود این روش به عنوان یک روش آموزشی-درمانی در برنامه‌های بازتوانی بیماران و همسران مبتلا به دیابت نوع ۲ در کنار سایر مداخلات روان‌شناختی و غیر دارویی به کار گرفته شود.

سپاسگزاری: بدین‌وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، از جمله بیماران و همسران آن‌ها تشکر و قدرانی می‌گردد. لازم به ذکر است این مطالعه برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان می‌باشد، لازم می‌دانیم از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان که بوجه این طرح پژوهشی را تامین کردند، نهایت سپاس‌گزاری را داشته باشیم.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

1. Yang X, Li Z, Sun J. Effects of cognitive behavioral therapy-based intervention on improving glycaemic, psychological, and physiological outcomes in adult patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry* 2020; 11: 711.
2. Farooqi A, Gillies C, Sathanapally H, Abner S, Seidu S, Davies MJ, et al. A systematic review and meta-analysis to compare the prevalence of depression between people with and without Type 1 and Type 2 diabetes. *Prim Care Diabetes* 2022; 16: 1-10.

کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی مربوط به بیماری، سعی در تغییر باورها و نگرش فرد در مورد بیماری دارد که این تغییر باور کمک شایانی در پذیرش موقعیت و شرایط جدید و به دنبال آن بهبود سازگاری روانی-اجتماعی افراد دارد. ۲۸، ۱۸، ۶، ۲۰

چنان که پژوهش حاضر نیز نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای آموخته شده در این روش باعث افزایش انگیزه، سازگاری، پذیرش بیماری و تغییرات آن در زندگی زوجین می‌گردد. از طرفی اجرای راهکارهای رفتاری (همچون تمرین تن آرامی، حل مسئله، مهارت ارتباطی و حل تعارض) و شناختی (آشنایی با انواع تحریفات شناختی و تصویرسازی ذهنی) در این رویکرد نیز منجر به مدیریت بهتر موقعیت استرس‌زا، ایجاد حمایت اجتماعی، بروز رفتارهای خود مراقبتی و به دنبال آن افزایش سازگاری روانی-اجتماعی افراد می‌گردد. ۱۸، ۶ استفاده از این مداخلات در کنار آگاه‌سازی و آشنا کردن افراد با سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نیز به زوجین کمک نمود تا موقعیت‌های استرس‌آور را شناسایی کنند و سپس از راهبردهای مقابله‌ای آموخته شده برای رو به رو شدن با این موقعیت‌ها استفاده کنند.

از سوی دیگر رویکرد شناختی-رفتاری، مهارت محور می‌باشد و سعی دارد که با آموزش مهارت‌های شناختی، بازسازی ارتباطات زوجین و با فعال‌سازی مهارت‌های گوینده-شنونده، حل مساله و تغییر مثبت در محتوای فکر به زوجین کمک کند تا افکار، باورها و نگرش‌های غلط خود را بهبود بخشند و آن‌ها را با افکار، باورها و نگرش‌های سازنده و درست جایگزین کنند. ۱۰

به طور کلی یادگیری راهکارهای رفتاری و بازسازی شناختی، زوجین را قادر ساخت تا بر جنبه‌های مثبت زندگی خود تمرکز کنند و بتوانند به طور موثرتری از حمایت دیگران استفاده کنند و عوامل مختل‌کننده سلامت روان را شناسایی

3. Velázquez-Jurado H, Flores-Torres A, Pérez-Peralta L, Salinas-Rivera E, Valle-Nava MD, Arcila-Martinez D, et al. Cognitive behavioral treatment to improve psychological adjustment in people recently diagnosed with type 2 diabetes: Psychological treatment in type 2 diabetes. *Health Psychol Behav Med* 2023; 11: 2179058.
4. Jenkinson E, Knoop I, Hudson JL, Moss-Morris R, Hackett RA. The effectiveness of cognitive behavioural therapy and third-wave cognitive behavioural interventions on diabetes-related distress: A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2022; 39: e14948.

5. Navarro-Flores E, Pérez-Ros P, Martínez-Arnau FM, Julian-Rochina I, Cauli O. Neuro-psychiatric alterations in patients with diabetic foot syndrome. *CNS Neurol Disord Drug Targets* 2019; 18: 598-608.
6. Vlachou E, Ntikoudi A, Owens DA, Nikolakopoulou M, Chalimourdas T, Cauli O. Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based interventions on psychological symptoms in adults with type 2 diabetes mellitus: an update review of randomized controlled trials. *J Diabetes Complication* 2022; 36: 108185.
7. Chew B-H, Vos R, Stellato R, Ismail M, Rutten G. The effectiveness of an emotion-focused educational programme in reducing diabetes distress in adults with Type 2 diabetes mellitus (VEMOFIT): a cluster randomized controlled trial. *Diabet Med* 2018; 35: 750-9.
8. Helgeson VS, Van Vleet M, Zajdel M. Diabetes stress and health: Is aging a strength or a vulnerability? *J Behav Med* 2020; 43: 426-36.
9. Gonzalez Heredia T, González-Ramírez LP, Hernández-Corona DM, Maciel-Hernández EA. Anxious depression in patients with Type 2 Diabetes Mellitus and its relationship with medication adherence and glycemic control. *Global Public Health* 2021; 16: 460-8.
10. Sarhadi M. Effectiveness of Cognitive-behavioral Training on Marital Adjustment of Couples With Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2023; 25: 16-24. [Farsi]
11. Owens-Gary MD, Zhang X, Jawanda S, Bullard KM, Allweiss P, Smith BD. The importance of addressing depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *J Gen Intern Med* 2019; 34: 320-4.
12. Conti C, Di Francesco G, Fontanella L, Carrozzino D, Patierno C, Vitacolonna E, et al. Negative affectivity predicts lower quality of life and metabolic control in type 2 diabetes patients: a structural equation modeling approach. *Front Psychol* 2017; 8: 234725.
13. Xie J, Deng W. Psychosocial intervention for patients with type 2 diabetes mellitus and comorbid depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2017; 13: 2681-2690.
14. Darwish L, Beroncal E, Sison MV, Swardfager W. Depression in people with type 2 diabetes: current perspectives. *Diabetes Metab Syndr Obes* 2018: 333-4.
15. Aliakbari Dehkordi M, Dehkhodaei S. The Effectiveness of Enriching Interpersonal Relationship Based on Emotionally Focused Therapy on Psychosocial-Social Adjustment and Social Health in Married Women with Multiple Sclerosis. *Social Psychology Research* 2020; 10: 101-16. [Farsi]
16. Seifollahzadeh G, Hatami M, Ahadi H, Ghaffarinejad M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and motivational interviews on social psychological adjustment, cortisol hormone and cognitive emotion regulation in coronary heart disease patients. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2021; 64: 3014-33. [Farsi]
17. Karataş T, Bostanoğlu H. Perceived social support and psychosocial adjustment in patients with coronary heart disease. *Int J Nurs Pract* 2017; 23(4).
18. Sarhadi M, Navidian A. Exploring the marital adjustment process of couples following myocardial infarction and designing and implementing a couple training program based on a cognitive-behavioral approach on marital adjustment of couples: a mixed methods study. [dissertation] Kerman: Kerman University of medical sciences; 2021. P70-534. [Farsi]
19. Burnette D, Duci V, Dhembo E. Psychological distress, social support, and quality of life among cancer caregivers in Albania. *Psycho-oncology* 2017; 26: 779-86.
20. Najafi F, Pishkar Mofrad Z, Ayubi E, Hosseini R. The effect of self-management based discharge planning on treatment adherence in patients with heart failure. *Hayat* 2021; 26: 455-68. [Farsi]
21. Nikkhab Beydokhti E, Basiri Moghadam K, Sajjadi M, Basiri Moghadam M. A comparison of the effect of multimedia and telephone education on illness perception in patients with myocardial infarction after discharge: A randomized clinical trial. *Hayat* 2023; 29: 8-21. [Farsi]
22. Parsaeian Z, Nikpeyma N, Salehpoor Emran M, Sharifi F, Pashaeypoor S. The effect of nurse-led home-based cardiac rehabilitation on adherence to therapeutic regimens in patients with myocardial infarction: A randomized clinical trial. *Hayat* 2024; 29: 393-408. [Farsi]
23. Epstein NB, Zheng L. Cognitive-behavioral couple therapy. *Curr Opin Psychol* 2017; 13: 142-7.
24. McBain H, Mulligan K, Haddad M, Flood C, Jones J, Simpson A. Self management interventions for type 2 diabetes in adult people with severe mental illness. *Cochrane Database of Syst Rev* 2016(4): CD011361.
25. Mesbahi H, Kerman Saravi F, Khojasteh F. The effect of teach-back method on lifestyle of people with heart failure. *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing* 2020; 9: 112-21. [Farsi]
26. Zare H, Alipour A, Khormaei F, Farmani A. Compare the Effectiveness of Patience-Based Treatment Plan with Cognitive-Behavior Therapy (CBT) on Type 2 Diabetic Patients. *MEDICAL ETHICS*[Internet] 2019; 14: 00-00. Available from: <https://sid.ir/paper/693562/en>
27. Derogatis LR, Derogatis MA. PAIS & PAIS-SR: administration, scoring & procedures manual-II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research. 1990. Available from: URL: <https://www.derogatis-tests.com/pais-pais-sr/>
28. Forouzanfar F, Jabal Ameli Sh, Soltanizadeh M, Emami S.M.H, Ansari Shahidi M. Model of Predicting Psychosocial Adaptation to Disease According to Perceived Stress and Sense of Coherence with the Mediation Role of Self-Compassion in the Patients with Irritable Bowel Syndrome. *Journal of Applied Psychological Research* 2024; 15: 297- 316. [Farsi]
29. Abedi B, KHanjaniavashki S, Safarbiki S, Zarean M, SHahsiah M. Investigating the effect of couples' group training on a method based on cognitive-behavioral approach to increase couple compatibility. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2012; 21: 1055-63.
30. Kunzler LS, Naves LA, Casulari LA. The effect of cognitive-behavioral therapy on acromegalics after a 9-month follow-up. *Front Endocrinol* 2019; 10: 426533.
31. Reavell J, Hopkinson M, Clarkesmith D, Lane DA. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depression and Anxiety in Patients With Cardiovascular Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med* 2018; 80: 742-53.
32. Bilgin A, Muz G, Yuce GE. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2022; 105: 2806-23.
33. Abedi Paricha H, Sadeghi E, Shalani B, Sadeghi S. The effectiveness of group cognitive-behavioral intervention on the reduction of social phobia in male students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology* 2016; 11: 67-76. [Farsi]

34. Agha barari M, Ahmadi F, Mohammadi E, Hagizadeh E, Varvarani A. Physical, emotional and social dimension of quality of life among breast cancer women under chemotherapy. IJNR 2007; 1: 55-65. [Farsi]
35. Taghizade M, Parandin SH. Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Group on Social Adjustment of Women with Breast Cancer, Family and Health 2022; 12: 11-25.
36. Ghasemnegad S, Noorizadeh M, Mousazadeh N. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Adaptation and Depression in Stargart patients. Journal of Research in Psychological Health 2020; 14: 67-75. [Farsi]
37. Abbasian F NA, Ghasemi G, Afshar H, Meftagh SD. The effectiveness of the cognitive-behavioral strategies of stress management training on social adjustment of depressed women. J Research Health 2013; 3: 303-9.
38. Houghton K, Krak J, Klark D. Cognitive Behavior Therapy A practical guide in the treatment of mental disorders .2nd ed. Tehran: Arjomand Publications; 2012. p 15-342. Available from: URL: <https://www.arjmandpub.com/Book/236>.
39. Wright H J, Ramirez Basco M, Thase M. Learning cognitive behavior therapy:an illustrated guide. 1nd ed. Tehran: Arjomand Publications; 2006.p 15-197. Available from: URL: <https://www.arjmandpub.com/book/1043>.
40. Gorman AS. Couple Therapy Clinical Guide. 2nd ed.Tehran: Bu Ali Sina University Publishing Center; 2014. p 50-594. Available from: URL: <https://havoshbook.com/book/6697.p50-594>. [Farsi]
41. Pirzadi H, Fathi-Ashtiani A, Shokoohi-Yekta M. Effectiveness of group cognitive-behavioral training on physiological indicators and communication skills in the hospital staffs. Journal of Nursing Education 2015; 4: 60-71. [Farsi]
42. Dastan N. Investigate the comparison effects of narrative couple therapy and integrative behavior couple therapy on improvement of Conflict solving Tactics and increasing marital adjustment. [dissertation]. Ahvaz: University of Shahid Chamran of Ahvaz 2015. p38- 239. [Farsi]

Original Article

The Impact of Cognitive-behavioral Training on Psychosocial Adjustment of Couples with Type 2 Diabetes

Sarhadi M¹ , Bondehi R² , Rejali A³ 

¹Medical Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Community Nursing Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. ²Faculty of Nursing and Midwifery, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran. ³Faculty of Nursing and Midwifery, Student Research Committee, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, I.R. Iran.

e-mail: Alirezarajali560@gmail.com

Received: 02/04/2024 Accepted: 26/06/2024

Abstract

Introduction: Marital adjustment has a favorable effect on the physical and mental health of couples suffering from type 2 diabetes mellitus (T2DM). It is necessary to use interventions and training based on psychological approaches to influence the level of psychosocial adjustment of couples. Therefore, the present study was conducted to determine the effect of cognitive behavioral training on the psychosocial adjustment of couples with T2DM. **Materials and Methods:** The current research is a semi-experimental study conducted on 40 patients and spouses of patients with T2DM. The samples were selected as available and the participants were evaluated with the scale of psychosocial adjustment before and after the intervention. The data were analyzed using the analysis of variance test with repeated measurements and with the help of SPSS software version 22. **Results:** The average age of the participants in the study was 54 years, and they had been married for 25 years on average, and they had at least ten years of T2DM. The psychosocial adjustment scores of the participants of the experimental and control groups were 73.60 ± 8.31 and 45.33 ± 2.35 before the intervention and 101.70 ± 5.99 and 47.83 ± 7.74 after the intervention, respectively. The analysis of variance test with repeated measurement showed that these differences are statistically significant ($P \leq 0.05$) and the cognitive-behavioral intervention improved the psychosocial adjustment of couples with T2DM. **Conclusion:** According to the results indicating the effectiveness and efficiency of the treatment based on the cognitive-behavioral method, it is suggested that counselors and therapists use this method to improve the psychosocial adjustment of couples with T2DM.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Psychosocial adjustment, Type 2 diabetes mellitus, Couples