

مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر خود‌گویی‌های درونی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۲/۱۶

خلاصه

مقدمه: مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر خود‌گویی‌های درونی و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت انجام شد. روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی به همراه پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل بود. **روش کار:** این مطالعه توصیفی-مقطعی با روش سرشماری در میان ۱۱۰ نفر از کارکنان کادر درمان در مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد در سال‌های ۱۴۰۱ و ۱۴۰۲ انجام شد. داده‌ها با استفاده از یک پرسشنامه محقق‌ساخته مبتنی بر مدل بنف جمع‌آوری و روایی آن از طریق اعتبار محتوا و پایایی با آلفای کرونباخ تأیید شد. تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ و آزمون‌های تی‌تست، کای‌اسکوئر و رگرسیون لجستیک انجام گرفت.

نتایج: تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان داد واقعیت‌درمانی خود‌گویی منفی را در مبتلایان به دیابت کاهش و خود‌گویی مثبت را در آنان افزایش می‌دهد. معنادرمانی خود‌گویی مثبت را در بیماران مبتلا به دیابت افزایش و خود‌گویی منفی را در آنان کاهش می‌دهد. معنادرمانی در مقایسه با واقعیت‌درمانی روش مؤثرتری برای افزایش خود‌گویی مثبت در بیماران مبتلا به دیابت است. واقعیت‌درمانی روش مؤثرتری برای افزایش گرایش مبتلایان به دیابت به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت است. معنادرمانی منجر به افزایش گرایش به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را در مبتلایان به دیابت می‌شود.

نتیجه‌گیری: معنادرمانی خود‌گویی مثبت را در بیماران مبتلا به دیابت افزایش و خود‌گویی منفی را در آنان کاهش می‌دهد. معنادرمانی در مقایسه با واقعیت‌درمانی روش مؤثرتری برای افزایش خود‌گویی مثبت در بیماران مبتلا به دیابت است. واقعیت‌درمانی روش مؤثرتری برای افزایش گرایش مبتلایان به دیابت به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت است. معنادرمانی منجر به افزایش گرایش به سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت را در مبتلایان به دیابت می‌شود.

کلمات کلیدی: واقعیت‌درمانی، معنادرمانی، خود‌گویی‌های درونی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، دیابت

سمانه بشارت‌بان^۱

علی خادمی^{۲*}

علی جلیلی^۳

^۱دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

^۲استادتمام، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳استادیار، گروه روانشناسی ورزشی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: علی خادمی، استادتمام، گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

Email: dr_ali_khademi@yahoo.com

مقدمه

زندگی داشته اند (۵). ناتوانی عملکردی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت نظیر ورزش، رژیم غذایی و مدیریت استرس با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت رابطه دارند و رفتارهای خودمراقبتی می توانند کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را افزایش دهند (۶). ازسویی دیگر، بیماران مبتلا به دیابت به تبع باورهایی که در طول بیماری یا قبل از آن شکل می گیرد دچار مشکلات روانشناختی می شوند. نحوه فکر کردن افراد می تواند بر احساس و عقاید و باورهای افراد تاثیرگذار باشد و در این بین گفتگوی درونی^۳ یا به عبارتی خودگویی^۴ می تواند بر احساس و باورهای افراد تاثیرگذار باشد. از نظر توماس داود^۵ خودگویی، جمله های آشکار یا نهانی هستند که افراد در مورد یک رویداد با معنای آن به خود می گویند. این عبارت ها به موقعیت های خاصی مربوطند و شکلی از افکار خودکار می باشند (۷). مایکنام^۶ (۱۹۷۷) خودگویی را از پیامدهای اصلی کارکرد های شناختی می داند که در زمینه حل مساله و پاسخ به موقعیت های استرس زا و واکنش های فیزیولوژیک و به طور کلی ایجاد رفتارهای سازگارانه نقش اساسی دارد (۸). خودگویی های درونی، دو بخش مثبت و منفی دارد: خودگویی مثبت^۷، جملات مثبت هستند که بیان کننده عواطف مثبت بوده و دربردارنده تصمیم گیری های منطقی و راه حل های سازنده است. خودگویی منفی^۸، جملات منفی هستند که بیان کننده عواطف منفی بوده و حاکی از فرار از تصمیم گیری و فقدان مهارت حل مساله است (به نقل از رضائی و همکاران، ۱۴۰۱) (۹). بررسی های انجام شده در این زمینه نشان می دهد آموزش خودگویی مثبت می تواند منجر به بهبود علائم خلقی، افکار منفی و علائم افسردگی شود. همچنین نتایج نشان می دهد گفت و گوی درونی می تواند بر تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به ام اس^۹ تاثیرگذار باشد (درویشی جزی و علمی منش، ۱۴۰۰) (۱۰).

چگونگی تعامل میان جسم و روان از موضوعات همیشگی مورد بحث میان علوم پزشکی و روان شناسی بوده است. نظریه پردازان متعددی در طول تاریخ، انسان را موجودی دو بعدی و شامل روان و جسم در نظر گرفته اند. طب روان تنی براساس دو فرضیه قرار دارد: ذهن و بدن با یکدیگر وحدت دارند و به هنگام در نظر گرفتن همه حالات بیماری، عوامل روانشناختی باید مورد توجه قرار گیرد (۱). از این رو، افراد مبتلا به بیماریهای جسمی مزمن همچون دیابت^۱ تحت تاثیر عوامل روانشناختی ناشی از این بیماری، ممکن است از نظر روانشناختی نیز دچار تغییرات شوند. یافته ها نشان می دهد که افراد مبتلا به دیابت و استرس کم یا خفیف/متوسط احتمال بیشتری برای درمان دیابت با اصلاح رژیم غذایی و محدود کردن غذاهای پرچرب/کلسترول دارند. استرس ممکن است باعث شود افراد در شیوه های خود مدیریتی دچار مشکل شوند. بنابراین، اصلاح الگوهای رفتاری و فکری افراد مبتلا به دیابت در راستای بالا بردن کیفیت زندگی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت آنها از اهمیت بسزایی برخوردار است.

رفتارهای ارتقادهنده سلامت^۲، رفتارهایی هستند که بر افزایش سطح بهزیستی و تحقق سلامتی در سطح فردی، خانوادگی و اجتماع تمرکز دارند (۲). این رفتارها نقش مهمی در مدیریت دیابت و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارند. رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارای شش بعد از جمله رشد معنوی، مسئولیت پذیری سلامت، روابط بین فردی، مدیریت استرس، فعالیت بدنی و تغذیه هستند (۳) که می توانند ضعف عضلانی، نحیف بودن جسمی، مرگ و میر و همچنین عوامل رفتاری را تغییر داده و کیفیت زندگی بیماران را ارتقا دهند. پژوهش های انجام شده رابطه بین سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و کیفیت زندگی و همچنین رفتارهای ارتقادهنده سلامت و سواد سلامت را تأیید کرده اند (۴). رفتارهای کلی ارتقادهنده سلامت نقش میانجی در رابطه بین نیازهای کلی مراقبت از سلامت و کیفیت

3 inner speech
4 self-talk
5 Thomas Dawd
6 Meichenbaum, D.
7 positive self-talk
8 negative self-talk
9 multiple sclerosis

1 diabetes disease
2 health-promoting behaviors

که سرنوشتشان غیرقابل تغییر است، پتانسیل انسانی خود را شکوفا نموده و این تراژدی را به یک موفقیت مبدل سازند و در چنین تنگنایی که فرد در آن گرفتار شده است، باعث موفقیت و پیروزی وی گردد (امانی و همکاران، ۱۳۹۷) (۱۸).

پژوهش‌های انجام شده در این زمینه نیز نشان می‌دهد این روش درمانی بر خودباوری و احساس بی‌ارزشی افراد مبتلا به دیابت موثر است (سان^۷ و همکاران، ۲۰۲۲) (۱۹). معنادرمانی همچنین می‌تواند بر افسردگی (بامل^۸ و همکاران، ۲۰۲۰) (۲۰) و اضطراب و پذیرش بیماری (قربان‌نژاد و رجایی، ۱۳۹۹) (۲۱) موثر واقع شود.

براساس گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت^۹ در سال ۲۰۱۹ میلادی تعداد بیماران دیابتی از ۱۳۸ کشور دنیا در حال حاضر ۴۶۳ میلیون نفر (با شیوع ۸/۳ درصد) بوده و برآورد میشود که در سال ۲۰۳۰ میلادی این تعداد به ۵۷۸ میلیون نفر (۱۰/۲ درصد) برسد. شیوع دیابت در ایران نیز در طی ۲۰ سال گذشته ۱۰ برابر افزایش داشته و تعداد بیماران دیابتی در سال ۱۳۹۸ در ایران بالغ بر ۵۵۰۰۰۰۰۰ بوده است (ریدل^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲) (۲۲). محقق در این مطالعه در صدد برآمده است تا بررسی کند آیا این دو روش درمانی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی می‌توانند بر متغیرهای روانشناختی همچون خودگویی‌های درونی و سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت افراد دیابتی اثرگذار باشند؟ تا در نتیجه این تغییرات، بتوان سلامت روان افراد مبتلا به دیابت را بهبود بخشید.

روش کار

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون چندگروهی به همراه پیگیری سه‌ماهه با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز دیابت تابان واقع در شهر تهران بود. نمونه پژوهش با استفاده از روش هدفمند و دردسترس انتخاب شدند. انتخاب حجم نمونه با استناد به حجم نمونه پیشنهاد شده در پژوهش‌های آزمایشی برای هر گروه حداقل ۱۵ نفر تعیین شد

مطالعات نشان می‌دهد که مداخلات روانشناختی به طور قابل توجهی کنترل سطح گلوکز خون و کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت را افزایش می‌دهد (افتای‌میادیس^۱ و همکاران، ۲۰۲۲) (۱۱). از جمله این مداخلات، واقعیت‌درمانی^۲ و معنادرمانی^۳ است. از منظر گلاسر^۴ (۱۹۶۵)، بهترین روش برای درمان مشکلات، تغییر رفتار به واسطه انتخاب اعمال سازنده است و با تغییر دادن اعمال و افکار می‌توان هیجان‌ها و عواطف ناخوشایند را تغییر داد (ووبلدینگ^۵، ۲۰۱۳؛ ترجمه زیرک و صاحبی، ۱۴۰۲) (۱۲). تئوری انتخاب^۶ این گونه بیان می‌کند که رفتار ما توسط پنج نیاز ژنتیکی کنترل میشوند که عبارتند از: بقا، عشق و تعلق خاطر، تفریح، آزادی و قدرت و پیشرفت (گلاسر، ۲۰۱۴) (۱۳). تحقیقات بسیاری به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر وضعیت روانشناختی افراد مبتلا به بیماریهای مزمن انجام گرفته است که می‌توان به عنوان نمونه به بررسی کیفیت زندگی (زمانیان و همکاران، ۲۰۱۶) اضطراب و استرس (اسمخانی اکبری‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۳)، افسردگی (پری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱)، رفتارهای خودمراقبتی (زندئ و همکاران، ۲۰۲۳) اشاره نمود. الهی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۹) (۱۴) و شمسیان و ظهوری‌فر (۱۳۹۸) (۱۵) در پژوهشی نشان دادند که واقعیت‌درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران موثر است. بررسی‌های دیگر نشان می‌دهد واقعیت‌درمانی بر بهبود ابعاد خلقی و خودمراقبتی در بیماران دیابتی موثر می‌باشد (شهنازی و همکاران، ۱۴۰۱؛ فرشچی و همکاران، ۱۳۹۷) (۱۶-۱۷).

از سوی دیگر معنادرمانی انسان‌ها را به عنوان موجوداتی که خود معنای زندگی خویش را می‌سازند نگاه می‌کند. این روش درمانی می‌تواند برای افرادی که بیماریشان دشوار است و اوضاع بحرانی پیش روی دارند و یا در آستانه مرگ قرار گرفته‌اند، یک دیدگاه فلسفی از رهگذر غلبه بر گذشته خویش و متعالی نمودن جنبه‌های گذرای زندگی نمایان سازد. این روش به افراد کمک می‌کند تا در شرایطی که احساس می‌کنند

7 Sun, F. K.

8 Baumel, W. T.

9 international diabetes federation (IDF)

10 Riddle, M. C.

1 Eftymiadis, A.

2 reality therapy

3 logotherapy

4 Glasser, W.

5 Wubbolding, R. E.

6 choice theory

نشان دادند خودگویی منفی، همبستگی مثبت معنی‌داری با دو مؤلفه افسردگی و اضطراب دارد.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت: پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت^۲ به وسیله والکر و هیل-پلرکی^۳ (۱۹۹۶) طراحی شد (۲۷). این پرسشنامه شامل ۵۲ عبارت است که شش خرده‌مقیاس تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری درمورد سلامت، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس)، حمایت بین‌فردی (حفظ روابط همراه با احساس نزدیکی)، خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی را اندازه‌گیری می‌کند. در پژوهش والکر و هیل-پلرکی (۱۹۹۶) (۲۷) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شد. همچنین والکر و هیل-پلرکی (۱۹۹۶) (۲۷) در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ محاسبه نمودند. در پژوهش محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۹۰) (۲۸) ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ به‌دست آمد. نتایج آزمون-بازآزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت و زیرمقیاس‌های آن بود. تحلیل عاملی تأییدی مدل شش عاملی گویای برازش قابل‌قبولی بود. در پژوهش محمدی‌زیدی و همکاران (۱۳۹۰) تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود. تعداد ۳ سوال در پژوهش آنها از نسخه اصلی حذف شد زیرا بار عاملی پایینی داشتند.

در این مطالعه، مبانی و تکنیک‌های برگرفته شده از روش درمانی واقعیت‌درمانی و تئوری انتخاب، در قالب ۸ جلسه مداخله ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد. هر جلسه با بررسی خلاصه‌ای از جلسه قبل و فعالیت‌های انجام شده در فواصل جلسات آغاز شد. جلسات یک بار در هفته، به صورت گروهی در شهر تهران برگزار شد. شرح مختصری از هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

(دلاور، ۱۴۰۱) (۲۳). ۴۵ نفر از مراجعین مبتلا به دیابت این مرکز که حداقل سه سال سابقه ابتلا به دیابت نوع دو داشتند، از لیست مراجعین انتخاب شدند. افراد انتخاب‌شده در سه گروه ۱۵ نفری به روش تصادفی گمارش شدند. گروه آزمایشی اول پس از انجام پیش‌آزمون، در ۸ جلسه گروهی مورد مداخله درمان واقعیت‌درمانی گلاسر براساس پروتکل تنظیم‌شده، قرار گرفت. گروه آزمایشی دوم پس از انجام پیش‌آزمون، در ۸ جلسه گروهی مورد مداخله درمان معنادرمانی فرانکل براساس پروتکل تنظیم‌شده، قرار گرفت. گروه کنترل نیز پس از انجام پیش‌آزمون مورد هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. از هر سه گروه پس از اتمام ۸ جلسه، پس‌آزمون گرفته شد و سپس بعد از گذشت سه ماه از انجام مداخله، مرحله پیگیری با اجرای مجدد پرسشنامه‌های پژوهش انجام شد.

پرسشنامه خودگویی‌های درونی: پرسشنامه خودگویی کالوت^۱ و همکاران (۲۰۰۵) (۲۴) ابزاری خودگزارشی شامل ۵۲ گویه برای سنجش خودگویی مثبت و منفی در بزرگسالان است که دارای دو مقیاس خودگویی مثبت و خودگویی منفی است. ضریب آلفای گزارش‌شده برای مقیاس خودگویی منفی ۰/۹۰ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۸۰ است. از نظر روایی همگرایی پرسشنامه، روابط معنی‌داری بین نمرات این پرسشنامه و نمرات افسردگی، اضطراب و استرس به دست آمده است (کالوت و همکاران، ۲۰۰۵) (۲۴). برای اجرای این پرسشنامه، از آزمودنی خواسته می‌شود نخست موقعیت‌هایی را تصور کند سپس هر یک از گویه‌های این پرسشنامه را در یک طیف لیکرتی چهار درجه‌ای پاسخ دهد. کالوت و همکاران (۲۰۰۵) (۲۴) نشان دادند که در جمعیت بالینی، نمره خودگویی منفی ۶۰ به بالا به دست می‌آید. روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران به وسیله جولای‌مجیدی (۱۳۹۷) (۲۵) و علوی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۶) مورد تأیید قرار گرفته است. علوی و همکاران (۱۳۹۲) (۲۶) ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس خودگویی منفی را ۰/۸۱ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۷۲ به دست آوردند. همچنین

2 health-promoting lifestyle profile

3 Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M.

1 Calvete, E.

جدول ۱. خلاصه جلسات واقعیت‌درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	هدف: معارفه و آشنایی با شرکت کنندگان. معرفی رویکرد درمانی واقعیت‌درمانی و تئوری انتخاب، شرح تعداد جلسات و اهداف پژوهش، معارفه و آشنایی بین اعضای گروه و محقق، پرکردن فرم رضایت و تعهد کتبی رازداری مسائل مطرح شده در جلسات، شناسایی مهم‌ترین اهداف و خواسته‌های اعضا هدف: معرفی چرایی و چگونگی صدور رفتار از سمت ما، آموزش نیازهای اساسی انسان
دوم	انجام تست نیازها از اعضای شرکت‌کننده، آموزش پنج نیاز اساسی شامل بقا، عشق و احساس تعلق، قدرت، آزادی و تفریح و رفتارهای مربوط به هر نیاز هدف: معرفی چهار مولفه تشکیل‌دهنده رفتار
سوم	بررسی مولفه‌های فکر، عمل، احساس و فیزیولوژی، آشنایی اعضا با ماشین رفتار و چهار چرخ آن و چگونگی تاثیر این عوامل بر رفتار نهایی، انجام تمرین برای نشان دادن اثر فکر و عمل بر احساس و فیزیولوژی، آموزش چگونگی ارزیابی احساسات هیجانی و تغییرات بدنی و نمره‌دهی به آنها در مقیاس صفر تا صد هدف: آشنایی کنترل بیرونی و درونی
چهارم	آموزش هفت عادت مخرب و هفت عادت مهورزی، آموزش روانشناسی کنترل درونی، تکلیف خانگی برای بررسی این عادات در منزل تا جلسه بعد هدف: شناخت تعارض‌های چهارگانه
پنجم	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، بررسی تعارض‌های چهارگانه (شامل: ۱) اجبار افراد به کاری که نمی‌خواهند؛ ۲) اجبارپذیری از دیگران برای کاری که تو نمی‌خواهی؛ ۳) اجبار دو طرفه به انجام کاری که هیچ کدام نمی‌خواهید؛ ۴) اجبار خود به انجام کاری که نمی‌خواهید. شناسایی تعارض‌های اعضای گروه هدف: آشنایی با دنیای کیفی
ششم	معرفی دنیای کیفی و شناسایی دنیای مطلوب اعضای گروه، آموزش حیطه‌های انتخاب و عدم انتخاب موجود در زندگی، بررسی ترازوی داشته‌ها و خواسته‌های اعضای گروه هدف: آموزش مجموعه روش‌های کاربردی تئوری انتخاب و واقعیت‌درمانی
هفتم	آموزش سیستم WDEP: Wants (چه می‌خواهی؟)، Doing (درحال حاضر برای رسیدن به آن چه کاری انجام می‌دهی؟)، Evaluation (آیا آنچه انجام می‌دهی تو را به آنچه می‌خواهی می‌رساند؟) و Planning (پیدا کردن شیوه‌های تغییر انتخاب‌های ناکارآمد به انتخاب‌های موثر)
هشتم	هدف: جمع‌بندی جلسات

جلسه محتوای جلسه

بحث و پرسش درباره مسائل مطرح شده در دوره، بررسی چالش‌های روانشناختی در مواجهه با حالات احتمالی بیماری دیابت
بررسی راهکارهای کاربردی در مواجهه با این چالش‌ها، پر کردن فرم "یادداشتی برای خود" که شامل خلاصه‌ای از آموزه‌های دوره درمانی و مهارت‌های اضافه شده در این دوره می‌شود.
همچنین، مجموعه‌ای از مفاهیم و تکنیک‌های روش درمانی معنادرمانی، در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تنظیم شد که خلاصه آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات معنادرمانی

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه اولیه و آشنایی با اعضای گروه، اطلاعات پایه‌ای در مورد معنادرمانی (هستی‌شناسی وجودی و چهار مفهوم مرگ، تنهایی، آزادی و بی‌معنایی) و خط سیر مورد نظر معناتحلیل گری (روند ۸ جلسه‌ای درمان)، توضیح فن آگاهی از ارزش‌ها: هدف این فن این است که هر فرد به طور مجزا ارزش‌هایی را بیابد که برای شخص او معنادار است.
دوم	ابتدا مروری اجمالی بر جلسه اول صورت گرفت، بررسی تکالیف ارائه شده، به چالش کشیدن پاسخ اعضا به سؤال «من چه کسی هستم؟»، بحث درمورد مفهوم خودآگاهی در گروه، هر یک از اعضا نظر خود را درمورد آن بیان کردند و خودآگاهی از دیدگاه وجودی بررسی شد
سوم	صحبت راجع به مشکلات تکلیف منزل، صحبت راجع به برگه ارزش‌های فردی، تمرین گروهی بررسی رویدادهای اخیر، تمرین گروهی اشخاص مثبت، تکلیف، کامل کردن اکتشاف ارزش‌های تجربی، تکلیف آغاز کردن اکتشاف ارزش‌های نگرشی
چهارم	بسط دادن سلسله مراتب ارزش‌ها، تمرین گروهی تعیین اهداف، تمرین گروهی زاویه دید دیگر نسبت به اهداف
پنجم	نمایش دادن تحلیل اهداف به منظور تناسب داشتن با ارزش‌های شخصی، نشان دادن را تکرار می‌کنیم: تحلیل کردن اهداف تکلیف منزل
ششم	بحث راجع به نتایج تکالیف منزل، نمایش دادن تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های نادیده گرفته شده، نمایش دادن را تکرار کنید: تعیین اهداف جدید برای ارزش‌های نادیده گرفته شده، تکلیف منزل
هفتم	بررسی تکلیف ارائه شده در جلسه قبل، بررسی پاسخ اعضا به سؤالهای «آیا من انسان تنهایی هستم؟» و «آیا تنهایی رنج آوراست؟» و به چالش کشاندن آنها، تشریح مفهوم تنهایی طبق دیدگاه وجودی، بررسی پاسخ اعضا به سؤالهای «آیا زندگی دارای

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	واقعیت	۵۶/۱۷	۶۹/۱۷ (۸/۶۷)	۶۵/۳۹ (۹/۵۴)
	درمانی	(۷/۱۸)		
خودگویی مثبت	معنادرمانی	۵۵/۵۳	۷۴/۵۹ (۹/۰۶)	۷۵/۸۸ (۹/۳۷)
	گروه	۵۲/۲۵	۵۶/۰۰ (۹/۸۸)	۵۵/۸۵ (۸/۵۷)
	کنترل	(۷/۳۸)		
	واقعیت	۵۶/۵۵	۴۵/۰۰ (۸/۰۹)	۴۸/۵۰ (۸/۶۹)
	درمانی	(۹/۰۹)		
خودگویی منفی	معنادرمانی	۶۰/۷۶	۴۱/۸۸ (۷/۱۳)	۳۹/۰۰ (۷/۵۷)
	گروه	۵۷/۶۰	۵۵/۰۵ (۷/۹۰)	۵۸/۰۰ (۹/۱۷)
	کنترل	(۹/۶۱)		
	واقعیت	۹۸/۴۴	۱۴۷/۱۷ (۱۰/۹۳)	۱۵۱/۳۳
	درمانی	(۱۰/۱۸)		(۱۱/۱۵)
زندگی ارتقادهنده	معنادرمانی	۹۸/۹۴	۱۲۶/۹۴ (۱۰/۸۵)	۱۲۶/۳۵ (۱۱/۶۳)
	گروه	۹۷/۴۰	۹۶/۳۰ (۹/۵۲)	۹۶/۴۰ (۱۰/۱۱)
	کنترل	(۱۲/۵۸)		

جدول ۳ نشان می دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به همراه خودگویی مثبت در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش و میانگین نمرات خودگویی منفی کاهش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

در این پژوهش جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. برای انجام این آزمون، نرمال بودن توزیع داده ها، همگنی واریانس های خطا، همگنی ماتریس های کوواریانس متغیرهای وابسته و شرط کرویت^۳ مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده ها مانعی ندارد.

جدول ۴ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای واقعیت درمانی و معنادرمانی بر متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را نشان می دهد.

جلسه شرح جلسه
معنا و هدف است؟» و «من برای چه زندگی میکنم؟»، بحث درباره آنها و ارائه بازخورد، پرداختن به تجارب اعضا درباره احساس پوچی و بیهودگی، اعضا در باب مسائلی که می تواند بر افکار و احساسات فرد مؤثر باشد به گفتگو پرداختند.

بحث گروهی راجع به تکالیف منزل، خلاصه کردن خط سیر گروه به چه نحو بوده است؛ ارائه هر گونه اظهارنظری در مورد گروه، بحث گروهی هرگونه تغییری که شرکت کنندگان در نتیجه شرکت در جلسات تحلیل در خود می بینند، ایجاد انگیزش: شروع نمودن، تشریح و مرور مباحث مطرح شده در جلسات گذشته توسط اعضا، تبیین ارتباط و پیوند بین مفاهیم خودآگاهی، تنهایی، آزادی، مسئولیت، مرگ و بی معنایی، اشاره به فرایند حاکم بر گروه از آغاز تا پایان و اختتام جلسه

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد.

نتایج

نتایج تحلیل واریانس یکراهه ویژگی های جمعیت شناختی تعداد ۴۵ آزمودنی مطالعه حاضر نشان داد بین گروه ها به لحاظ سن و مدت ابتلا به دیابت تفاوت معناداری وجود ندارد. استفاده از روش آماری کای اسکور^۱ نشان داد که بین گروه ها به لحاظ جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین، نتایج آزمون دقیق فیشر^۲ نشان داد که بین گروه ها به لحاظ میزان تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معناداری وجود ندارد و گروه ها از لحاظ ویژگی های جمعیت شناختی مذکور، همگن هستند.

جدول ۳ ویژگی های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای خودگویی های درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در شرکت کنندگان گروه های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) متغیرهای

خودگویی های درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
-------	------	--------------	----------	--------

1 chi-square
2 fisher's exact test

3 sphericity

و بر خودگویی منفی ($F=6/21$ ، $P=0/001$) و بر لامبدای ویلکز ($\eta^2=0/186$ ، $P=0/001$ ، $F=5/82$) معنادار است. همچنین، اثر اجرای متغیرهای مستقل بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ($\eta^2=0/281$) لامبدای ویلکز ($F=22/55$ ، $P=0/001$) معنادار است. در ادامه، جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت را نشان می‌دهد.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای خودگویی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
خودگویی مثبت	۰/۶۴۷	۶/۲۱	۴ و ۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۹۶	۰/۹۸۵
خودگویی منفی	۰/۶۶۳	۵/۸۲	۴ و ۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۱۸۶	۰/۹۷۹
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	۰/۲۸۱	۲۲/۵۷	۴ و ۱۰۲	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	۱/۰۰

منطبق بر نتایج جدول ۴، اثر اجرای متغیرهای مستقل بر خودگویی مثبت ($\eta^2=0/196$) لامبدای ویلکز ($F=6/21$)،

جدول ۵. تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
خودگویی مثبت	اثر گروه	۵۵۹۶/۸۴	۴۴۳۱/۸۰	۳۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۸
	اثر زمان	۳۳۴۷/۷۲	۳۳۹۶/۸۹	۵۱/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۶۹۵/۴۷	۷۲۸۳/۸۹	۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۱۸۹
خودگویی منفی	اثر گروه	۲۷۸۹/۸۲	۳۷۰۲/۴۶	۱۹/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۰
	اثر زمان	۲۶۳۲/۷۹	۴۷۹۷/۴۰	۲۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
	اثر تعاملی گروه×زمان	۲۴۸۹/۳۲	۷۸۹۱/۰۶	۸/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۲۴۰
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	اثر گروه	۳۶۵۶۹/۷۰	۸۹۵۲/۶۰	۱۰۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۰۳
	اثر زمان	۱۹۱۲۸/۳۳	۶۳۶۹/۹۵	۱۵۶/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰
	اثر تعاملی گروه×زمان	۱۷۲۳۹/۲۸	۹۹۴۱/۹۱	۴۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بر متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سه مرحله اجرا

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودگویی مثبت	پیش آزمون	۱۱/۹۴-	۱/۵۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۱/۰۶-	۱/۵۵	۰/۰۰۱
سبک زندگی ارتقادهنده سلامت	پیش آزمون	۰/۸۸	۱/۷۱	۱/۰۰

جدول ۵ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه×زمان برای خودگویی مثبت ($\eta^2=0/189$)، $F=6/05$ ، $P=0/001$ و خودگویی منفی ($\eta^2=0/240$)، $F=8/20$ ، $P=0/001$ معنادار است. همچنین، اثر تعاملی گروه×زمان برای سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت ($\eta^2=0/634$)، $F=45/08$ ، $P=0/001$ معنادار است. در ادامه جدول‌های ۶ و ۷ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در سه مرحله اجرا و در سه گروه را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۶ نشان می دهد که تفاوت میانگین نمرات هر دو مؤلفه خودگویی درونی در مراحل پیش آزمون-پس آزمون و پیش آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون-پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین مؤلفه های خودگویی درونی در دو گروه واقعیت درمانی و کنترل معنادار است. به طوری که واقعیت درمانی منجر به کاهش میانگین نمرات خودگویی منفی و افزایش میانگین نمرات خودگویی مثبت شده است. روند تغییر میانگین مؤلفه ها در نمودارهای شکل ۱ نیز نشان می دهد که تغییرات ناشی از واقعیت درمانی بر خودگویی مثبت و منفی بعد از گذشت سه ماه از مداخله همچنان پابرجا مانده است. براین اساس، چنین نتیجه گیری شد که اجرای واقعیت درمانی خودگویی منفی را در مبتلایان به دیابت کاهش و خودگویی مثبت را در آنان افزایش می دهد.

همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه واقعیت درمانی و کنترل معنادار است. به طوری که میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. این یافته همسو با روند تغییر میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در نمودار شکل ۱ نیز نشان می دهد که واقعیت درمانی در دوره اجرا و سه ماه پس از اتمام دوره اجرا منجر به افزایش معنادار در میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت شده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که واقعیت درمانی روش موثری برای افزایش گرایش مبتلایان به دیابت به سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت است.

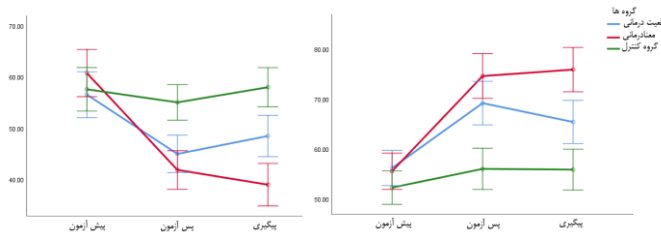
نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین مؤلفه های خودگویی درونی در دو گروه معنادارمانی و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین خودگویی منفی و مثبت در نمودارهای شکل ۱

متغیر	زمان ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودگویی منفی	پیش آزمون	۱۰/۹۹	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۹/۸۱	۱/۸۴	۰/۰۰۱
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	پیش آزمون	-۱/۱۹	۱/۳۸	۱/۰۰
	پس آزمون	-۲۵/۲۱	۱/۹۶	۰/۰۰۱
سلامت	پیش آزمون	-۲۶/۴۳	۲/۱۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۱/۲۳	۱/۴۷	۱/۰۰

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای بر متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در سه گروه

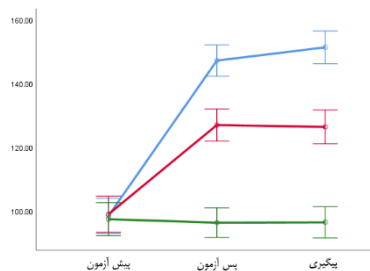
متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
خودگویی مثبت	واقعیت درمانی	-۵/۰۹	۱/۸۰	۰/۰۲۰
	واقعیت درمانی	۸/۸۷	۱/۷۳	۰/۰۰۱
سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت	واقعیت درمانی	۱۳/۹۷	۱/۷۶	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۲/۸۰	۱/۶۵	۰/۲۸۵
سلامت	واقعیت درمانی	-۶/۸۷	۱/۵۸	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	-۹/۶۷	۱/۶۱	۰/۰۰۱
سلامت	واقعیت درمانی	۱۴/۹۰	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی	۳۵/۶۲	۲/۴۶	۰/۰۰۱
سلامت	واقعیت درمانی	۲۰/۷۱	۲/۵۰	۰/۰۰۱
	واقعیت درمانی			

گروه های پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.



خودگویی مثبت

خودگویی منفی



سبک زندگی ارتقادهنده سلامت

شکل ۱. نمودارهای مربوط به متغیرهای خودگویی درونی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در گروه های پژوهش در سه مرحله اجرا

به طور کلی یافته‌ها نشان داد تفاوت میانگین نمرات هر دو مؤلفه خودگویی در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. به طوری که واقعیت درمانی منجر به کاهش میانگین نمرات خودگویی منفی و افزایش میانگین نمرات خودگویی مثبت شده است. تفاوت میانگین مؤلفه های خودگویی در دو گروه معنادرمانی و کنترل به لحاظ آماری معنادار است. تفاوت اثر دو شیوه واقعیت درمانی و معنادرمانی بر خودگویی منفی غیرمعنادار است. در مقابل تفاوت اثر آن دو شیوه درمانی بر خودگویی مثبت معنادار بود. به طوری که در مقایسه با واقعیت درمانی میانگین نمرات خودگویی مثبت در گروه معنادرمانی بیشتر افزایش یافته است.

همچنین، تفاوت میانگین نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه واقعیت درمانی و کنترل معنادار

نشان می دهد که معنادرمانی منجر به کاهش پایدار میانگین نمرات خودگویی منفی و افزایش میانگین نمرات خودگویی مثبت شده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که معنادرمانی خودگویی مثبت را در بیماران مبتلاء به دیابت افزایش و خودگویی منفی را در آنان کاهش می دهد.

همچنین، نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه معنادرمانی و کنترل معنادار است. روند تغییر میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در نمودار شکل ۱ نیز نشان می دهد که معنادرمانی در دوره اجرا و سه ماه پس از اتمام دوره اجرا منجر به افزایش میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری شده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که اجرای معنادرمانی منجر به افزایش گرایش به سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مبتلایان به دیابت می شود.

نتایج جدول ۷ نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه واقعیت درمانی و معنادرمانی بر خودگویی منفی غیرمعنادار است. در مقابل تفاوت اثر آن دو شیوه درمانی بر خودگویی مثبت معنادار بود. به طوری که در مقایسه با واقعیت درمانی میانگین نمرات خودگویی مثبت در گروه معنادرمانی بیشتر افزایش یافته است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که معنادرمانی در مقایسه با واقعیت درمانی روش موثرتری برای افزایش خودگویی مثبت در بیماران مبتلاء به دیابت است.

همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۷ نشان می دهد که تفاوت اثر دو شیوه واقعیت درمانی و معنادرمانی بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت ($p=0/001$) معنادار است. به طوری که میانگین نمره کل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه واقعیت درمانی در مقایسه با معنادرمانی بیشتر افزایش یافته است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که واقعیت درمانی در مقایسه با معنادرمانی روش موثرتری برای افزایش سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مبتلایان به دیابت است.

شکل ۱ نمودارهای مربوط به خودگویی درونی مثبت، خودگویی درونی منفی و سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در

می‌گذرد در نتیجه غیرمستقیم اعمال و افکاری است که تحت تأثیر دنیای کیفی خود انتخاب می‌کند. بنابراین، از آنجایی که واقعیت درمانی می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند یا به عبارتی خودگویی‌های منفی آنها کاهش یابد. تکنیک‌های واقعیت درمانی احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها، قبول مسئولیت و قضاوت نکردن باشد و این امر به نوبه خود موجب کاهش خودگویی‌های منفی می‌شود. آموزش واقعیت درمانی گروهی موجب می‌شود بیماران مبتلا به دیابت طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آنها اقدام کنند و از روابط اجتماعی خویش، کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر موجب کاهش خودگویی‌های منفی و افزایش خودگویی‌های مثبت می‌شود (ربیعانی و مجتبابی، ۱۳۹۸) (۳۱).

یافته‌های مربوط به اثربخشی معنادرمانی بر خودگویی بیماران مبتلا به دیابت نشان داد معنادرمانی خودگویی مثبت را در بیماران مبتلا به دیابت افزایش و خودگویی منفی را در آنان کاهش می‌دهد که با یافته افشارپور و اقدسی (۱۳۹۹) همسو بود (۳۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت معنادرمانی قادر است که از لحاظ پدیدارشناختی به رویدادها و تجارب افراد معنا و ارزش شخصی بیش‌تری دهد و با ایجاد بینشی عمیق در برابر وقایع و حوادث، مقابله با چالش‌ها و مسائل فرا روی زندگی را به صورت مؤثر، به واسطه خودگویی‌های درونی مثبت تسهیل سازد. رویکرد معنادرمانی سعی می‌کند با استفاده از روش‌های افزایش آگاهی وجودی و پرسش از مراجع درباره معنا و هدف زندگی به وی کمک کند تا معنایی برای زندگی پیدا کند. معنا-یابی که پایه اساسی نیروی محرکه فرد است در فرد ایجاد تنش می‌کند و او را وادار به یافتن معنا می‌کند. معنادرمانی، فرآیندی است که به دنبال کسب توانایی برای رسیدن به خود واقعی، گسترش دید نسبت به خود و دنیای اطراف و روشن کردن چیزهایی است که به زندگی حال و آینده فرد معنا می‌دهد. انسان وقتی با وضعیت اجتناب‌ناپذیر مواجه می‌گردد و یا با

است. به طوری که میانگین سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش یافته است. تفاوت میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در دو گروه معنادرمانی و کنترل معنادار است. تفاوت اثر دو شیوه واقعیت درمانی و معنادرمانی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت معنادار است. به طوری که میانگین نمره سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در گروه واقعیت درمانی در مقایسه با معنادرمانی بیشتر افزایش یافته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های مربوط به اثربخشی واقعیت درمانی بر خودگویی بیماران مبتلا به دیابت نشان داد اجرای واقعیت درمانی خودگویی منفی را در مبتلایان به دیابت کاهش و خودگویی مثبت را در آنان افزایش می‌دهد. نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه حاضر با نتایج حاصل از پژوهش شمالی احمدآبادی و همکاران (۱۳۹۸) همسو بود (۲۹). در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت در این رویکرد تلاش می‌شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و بلندمدت زندگی خود را بشناسد، با صراحت آن‌ها را تعریف کند، راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید. از بین آن‌ها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب‌تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید. خلاصه این نظریه بیان می‌کند که انسان‌ها مسئول انتخاب‌ها، تصمیم‌ها، اهداف خودش و در یک کلام مسئول میزان خوشبختی خود است. براساس واقعیت درمانی هر فرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و شادمانی کند که باور کند که سر رشته امور زندگی‌اش در دست خودش است و خود می‌تواند شرایط بهتری برای خود فراهم سازد (گلاسر، ۲۰۱۹) (۳۰). در حقیقت مهم‌ترین چیزی که نظریه انتخاب را از واقعیت درمانی متمایز می‌کند مفهوم دنیای کیفی است. به نظر گلاسر فرد تمام اعمال و افکار خود را به شکل غیرمستقیم و تقریباً تمام احساسات و حتی بخش عمده‌ای از فیزیولوژی خود را انتخاب می‌کند. هرچقدر هم که احساس بدی داشته باشد، بخش اعظم وقایعی که در هنگام درد و بیماری درون بدن

سرنوشتی تغییرناپذیر مانند مرگ عزیزان روبه‌رو است، ممکن است احساسات ناخوشایندی از جمله افسردگی، ناامیدی، پوچی و خودگویی منفی را تجربه کند. معنادرمانی با بالا بردن آگاهی فرد به وی کمک می‌کند تا با آشنایی با مفاهیم آزادی اراده، مسئولیت، و معنای زندگی، خویشتن را پذیرفته با آموزش شیوه‌های کسب معنا، ضمن تغییر در خودگویی‌های خود، درصد تحمل رنج و سختی‌های زندگی باشد.

یافته‌های مربوط به مقایسه اثربخشی واقعیت‌درمانی و معنادرمانی بر خودگویی بیماران مبتلا به دیابت نشان داد معنادرمانی در مقایسه با واقعیت‌درمانی روش مؤثرتری برای افزایش خودگویی مثبت در بیماران مبتلا به دیابت است. نتایج به دست آمده از این یافته، با نتایج حاصل از پژوهش‌های پیروی و همکاران (۱۴۰۱)، افشارپور و همکاران (۱۳۹۹) (۳۲)، لوگی و همکاران (۲۰۲۲) و درویری و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی بیشتر معنادرمانی بر خودگویی مثبت در مبتلایان به دیابت می‌توان گفت از نظر معنادرمانی، انسان معنا را در زندگی کشف نمی‌کند، بلکه آن را در زندگی خود می‌آفریند. مسئله این نیست که به زندگی چه پاسخی باید داد، زندگی فرآیند جاری است که باید آن را تجربه کرد، نه مسئله‌ای که باید آن را حل کرد. لازمه جستجوی معنا، مسئولیت شخصی است. معنادرمانی با تأکید بر مسئولیت‌پذیری و آموزش فنون تصحیح‌نگرش، به افراد کمک می‌کند با انتخاب و ایجاد زمینه‌های شخصی مناسب و انجام‌دادن و بازآفرینی معنای تازه، با کاهش خودگویی‌های منفی، احساس پوچی و درماندگی را در خود کاهش و اثربخش و کارآمد باشند. در واقع با تأکید بر توانایی‌های بالقوه و منحصر‌به‌فرد افراد و رشد آنها به بهترین نحو، این دیدگاه در آنان به وجود می‌آید که می‌توانند به واسطه خودگویی‌های مثبت یک تراژدی را به پیروزی شخصی تبدیل سازند و بدین ترتیب، فعالیت‌های بیرونی را کنترل و از فرصت‌های پیرامون خود به‌طور موثری بهره‌بگیرند. یافته‌های مربوط به اثربخشی واقعیت‌درمانی بر سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نشان داد که واقعیت‌درمانی روش مؤثری برای افزایش گرایش مبتلایان به دیابت به سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت است. نتایج به دست

آمده از آزمون فرضیه حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های شهنوازی و همکاران (۱۴۰۱) (۱۶)، فرشچی و همکاران (۱۳۹۷) (۱۷) و زندگی و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت از ویژگی‌های شخص مسئول آن است که خودمختار یا خودپیرو است و تا آن میزان از حمایت روانی و درونی برخوردار شده است که می‌داند از زندگی چه می‌خواهد و برای ارضای نیازهای خود و دستیابی به هدف‌هایش نیز برنامه‌های مسئولانه را تهیه و اجرا می‌کند. در این رویکرد تلاش می‌شود تا فرد اهداف کوتاه مدت و بلندمدت زندگی خود را بشناسد، با صراحت آنها را تعریف کند، راه‌های رسیدن به اهدافش را ارزیابی نماید، از بین آنها روش‌هایی را که به نتایج مطلوب‌تری خواهد انجامید انتخاب کند و احساس مثبت‌تری را نسبت به خود تجربه نماید (گلاسر، ۲۰۱۴) (۱۳). در این روش درمانی، نحوه آموزش مفهوم رفتار کلی و ماشین رفتار به شرکت‌کنندگان نقش مهمی در درک آنها از اثرگذاری رفتارشان بر فیزیولوژی بدنشان دارد و در نتیجه به طور ملموس تأثیر رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت را بر وضعیت جسمی‌شان ادراک می‌کنند. هدف مداخلات این پژوهش نیز توجه به انواع گزینه‌های رفتاری در دسترس بیماران و در نهایت انتخاب مؤثرترین رفتارها در زمینه افزایش رفتارهای ارتقا‌دهنده سلامت است.

یافته‌های مربوط به اثربخشی معنادرمانی بر سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نشان داد اجرای معنادرمانی منجر به افزایش گرایش به سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت را در مبتلایان به دیابت می‌شود. نتایج به دست آمده از آزمون فرضیه حاضر با نتایج حاصل از پژوهش قربان‌نژاد و رجایی (۱۳۹۹) (۲۱) که نشان دادند معنادرمانی بر اضطراب و پذیرش بیماری موثر است، همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت جستجو و یافتن معنا در زندگی به افراد کمک می‌کند تا دغدغه‌های اصلی خود را در زندگی شناسایی کنند و بتوانند راهبردهایی انعطاف‌پذیر و سازگارانه را در راستای دستیابی به اهدافشان در زندگی اتخاذ کنند. به همین سبب، وجود معنا یک کیفیت روانشناختی مثبت و مطلوب در

مداخله واقعیت درمانی با ایجاد فرصت قبول مسئولیت انتخاب‌های بیماران باعث شده تا بیماران جوانب رفتاری، روانی و اجتماعی مراقبت از خود را با جوانب بالینی و ابعاد زندگی خویش به کمک تعامل کافی با روان‌درمانگر ادغام کرده و بتوانند به صورتی مناسب با قبول مسئولیت و ورزش و تغذیه سالم، مدیریت استرس انجام دهند و روابط بین فردی خود را بهبود بخشند.

با توجه به این که داشتن معنا در زندگی نقش مهم و غیر قابل انکاری در ارتقای توانمندی‌های منش، خودگویی‌های درونی و رشد معنوی دارد، ضروری است که برنامه‌های آموزشی برای بسط و گسترش معنا در اختیار بیماران مبتلا به دیابت، قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود در کنار درمان‌های دارویی از مشاورانی که در زمینه معنا درمانی تخصص دارند استفاده شود. نظر به اینکه رویکرد واقعیت درمانی و نظریه زیربنایی آن، تئوری انتخاب، بر دو مفهوم کنترل و مسئولیت-پذیری تأکید فراوانی دارد و با توجه به تأثیر این دو سازه بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت و حتی پیشگیرانه، می‌توان در جلسات آموزشی مراکز درمانی دیابت یا مراکز بهداشتی این مفاهیم را به صورت فردی یا گروهی به مبتلایان و یا افراد در معرض ابتلا به دیابت آموزش داد؛ این امر مستلزم آموزش مربیان بهداشت، روان‌درمانگران، پزشکان و سایر کادر درمانی مراکز مربوطه است.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران می‌باشد." و دارای کداخلاق به شناسه

IR.IAU.URMIA.REC.1402.051 از کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارومیه می‌باشد.

در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع: نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

زندگی در نظر گرفته می‌شود. معنادرمانی با فراهم آوردن دیدگاهی مسئولانه به بیماران زمانی که از تعامل دوطرفه حالت-های جسمانی و روانی آگاه شدند، به آنها کمک کرد که در جهت کاهش مشکلات جسمانی خود قدم بردارند و با پذیرش عواطف و هیجان‌های منفی خود سعی در دستیابی به سلامت روان داشته باشند و بدین ترتیب برای دستیابی به سلامت جسمانی نیز تلاش کنند. زمانی که استرس‌های درونی بیمار دیابتی کاهش می‌یابد و فرد مسئولانه با بحران‌ها مواجه می‌شود، آگاهانه بر بیماری خود متمرکز شده و بدین ترتیب رفتارهای ارتقادهنده سلامت را محکم‌تر از گذشته اتخاذ می‌کند.

یافته‌های مربوط به مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی و معنادرمانی بر سبک زندگی ارتقادهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نشان داد اگرچه معنادرمانی در مقایسه با واقعیت درمانی روش مؤثرتری برای افزایش رشد معنوی در مبتلایان به دیابت است، با وجود این واقعیت درمانی در مقایسه با معنادرمانی روش مؤثرتری برای افزایش مسئولیت‌پذیری، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و تغذیه سالم در مبتلایان به دیابت است. به نظر می‌رسد بیماران مبتلا به دیابت در لحظات اضطراب و ترس و تنهایی خود به منابع معنوی توجه دارند؛ از این رو معنادرمانی که با مبانی فکری آنها همخوانی دارد مورد استقبال قرار می‌گیرد. نیاز به مفاهیم نظری و عملی که انسان گرفتار بیماری و رها شده را به منبع اطمینانی متصل کند، بی‌تردید در ارتقا سیستم ایمنی جسمانی و روانی مؤثر است. نکته دیگر در توجیه این یافته این است که در مورد کسانی که دچار بیماری مزمنی نظیر دیابت هستند و اوضاع آنها بحرانی است، معنادرمانی می‌تواند یک دیدگاه فلسفی را از رهگذر غلبه بر گذشته و متعالی کردن جنبه‌های گذرای زندگی ایجاد نماید. معنادرمانی به فرد کمک می‌کند تا در چنین شرایطی که سرنوشت غیرقابل تغییر است، به شکل یگانه‌ای پتانسیل انسانی خود را متبلور سازد و تراژدی را به یک پیروزی شخصی تبدیل کند و در چنین تنگنایی که فرد به آن گرفتار شده است، باعث پیشرفت او می‌شود. این مفهوم می‌تواند به بیماران مبتلا به دیابت کمک کند تا ببینند چه رفتارها و گزینه‌هایی باعث افزایش سلامتی و پیشگیری از پیامدهای منفی بیماری‌شان می‌شود و آنها را به خزانه رفتاری خود بیفزایند. لذا

References

- (1) Sadock, Benjamin; Sadock, Virginia; Rise, Pedro (2021). Kaplan-Sadock Complete Psychiatric Reference (Examination and Diagnosis in Psychiatry). Translated by Farhad Shamloo, Mahnaz Majidi and Faezeh Zahedian (1400). Tehran: Ibn Sina.
- (2) Davis, C., Naci, H., Gurpinar, E., Poplavska, E., Pinto, A., & Aggarwal, A. (2017). Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13. *bmj*, 359, j4530.
- (3) Karami, S., Ansari Shahidi, M., Ghazanfari, A., Jebel Ameli, S., Rahenejat, A. Efficacy Of Positive Psychotherapy on Health Promotion Behaviors and Psychological Capitals among Type 2 Diabetes Patients. *Journal of Applied Psychological Research*, 2023; 14(3): 219-237.
- (4) Fadaei, M., MESCHI, F., Salehi Omran, A., Tajeri, B., Asgharpour, M. The Mediating Role of Self-Care Behaviors in Explaining the Relationship between Type D Personality and Problem-Solving Styles with Health-Improving Lifestyle in Coronary Heart Disease. *Medical Journal of Mashhad university of Medical Sciences*, 2020; 63(5): 2619-2631.
- (5) Vincent, W., Fang, X., Calabrese, S. K., Heckman, T. G., Sikkema, K. J., & Hansen, N. B. (2017). HIV-related shame and health-related quality of life among older, HIV-positive adults. *Journal of behavioral medicine*, 40(3), 434-444.
- (6) Cutler, R. L., Torres-Robles, A., Wiecek, E., Drake, B., Van der Linden, N., Benrimoj, S. I. C., & Garcia-Cardenas, V. (2019). Pharmacist-led medication non-adherence intervention: reducing the economic burden placed on the Australian health care system. *Patient preference and adherence*, 13, 853.
- (7) ahmadi, A., sohrabi, F. The Effectiveness of Teaching Self-Talk Management in Decreasing the Depression Rate among High School Students. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 2013; 4(14): 99-112.
- (8) Rezaei S, Soltanmohammadi D, Zebardast A. (2022). The prediction of positive and negative self-talk based on enneagram personality types in university students. *Rooyesh*. 11(1), 25-34.
- (9) Darvish-Jazi, Narges, and Nila Elmimanesh. 1400. Comparing the effectiveness of positive internal self-talk and self-control training on distress tolerance in women with MS. *First National Conference on Social and Psychological Trauma with an Emphasis on Behavioral Sciences.*(In Persian)
- (10)
- (11) Efthymiadis, A., Bournaki, M., & Bastounis, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions on mental health and quality of life in people living with type 1 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetology international*, 13(3), 513-521.
- (12) Wobelding, Robert E. (2013). *Reality Therapy for the 21st Century*. Translated by Hossein Zirak and Ali Sahebi (1402). Tehran: Arjomand.
- (13) Glasser, W. (2014, May). *Reality therapy*. In *The evolution of psychotherapy: The second conference* (pp. 270-278). Routledge.
- (14) Elahi Nejad, S., Makvand Hosseini, S., Sabahi, P. Comparing the Effectiveness of Reality Therapy and Neurofeedback Training on Improving the Quality of Life in Women with Breast Cancer. *Neuropsychology*, 2020; 6(20): 63-82.

- (15) Etemadi, A., Nasirnejhad, F., Smkhani akbarinejhad, H. Effectiveness Of Group Reality Therapy On The Anxiety Of Women. *Journal of Psychological Studies*, 2014; 10(2): 73-88.
- (16) Shahnavaizi, Abdolvahid; Mastrooreh Sedaghat, Mehrdad Sabet. (1401). The effectiveness of reality therapy on healthy lifestyle and self-care indicators of women with type 2 diabetes. *Journal of Applied Family Therapy*, 3(14), 101-116.
- (17) Farshchi N, Kiani Q, Chiti H. Effectiveness of Group Therapy Reality in Reducing Depression, Anxiety and Increased Compliance to Treatment in Patients with Diabetic Type 1. *J Adv Med Biomed Res* 2018; 26 (117) :74-85
- (18) Amani, A., Ahmadi, S., Hamidi, O. The Effect of Group Logotherapy on Self- Esteem and Psychological Well-Being of Female Students with Love Trauma Syndrome. *Positive Psychology Research*, 2018; 4(3): 71-86.
- (19) Sun, F. K., Chiu, N. M., Yao, Y., Wu, M. K., Hung, C. F., Chen, C. C., ... & Chiang, C. Y. (2022). The effects of logotherapy on meaning in life, depression, hopelessness, and suicidal ideation, in patients with depression: An intervention study. *Perspectives in psychiatric care*, 58(4), 1891-1899.
- (20) Baumel, W. T., & Constantino, J. N. (2020). Implementing logotherapy in its second half-century: incorporating existential considerations into personalized treatment of adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(9), 1012.
- (21) Ghorbannezhad, Z., Rajaei, A. Efficacy of Group-based Logotherapy on the Level of Anxiety and Acceptance of Disease in Blind and Visually Impaired Patients. *Navid No*, 2020; 23(75): 39-50.
- (22) Riddle, M. C., Cefalu, W. T., Evans, P. H., Gerstein, H. C., Nauck, M. A., Oh, W. K., ... & Twenefour, D. (2022). Consensus report: definition and interpretation of remission in type 2 diabetes. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 107(1), 1-9.
- (23) Delavar, Ali (1401). *Theoretical and Practical Foundations of Research in the Humanities and Social Sciences*. Tehran: Roshd.
- (24) Calvete, E., Estévez, A., Landín, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villardón, L., & Villa, A. (2005). Self-talk and affective problems in college students: Valence of thinking and cognitive content specificity. *The Spanish journal of psychology*, 8(1), 56-67.
- (25) July majidi, G. The relation between self-talk style and self-handicapping in soccer players of Urmia. *Sports Psychology*, 2018; 10(2): 45-56.
- (26) Alavi, K., Amirpour, L., Modarres Gharavi, M. The relationship between self-talk style and emotional difficulties in students. *Fundamentals of Mental Health*, 2013; 15(58): 118-126.
- (27) Parizadeh, H., Hasan Abadi, H., Mashhadi, A., Taghizadeh Kermani, A. Investigating Effectiveness of Existential and Reality Group-Therapy in Treatment of Body-Image Problem in Women Who Undergo Mastectomy. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 2012; 15(22): 27-35.
- (28) Taherzadeh Ghahfarokhi S, Ebrahimi Ghavam S, Dortaj F, Saadi pour E. Comparing the Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy with Meichenbaum's Self-Instructional in Reduction of Meta- Cognitive Beliefs of Students with Test Anxiety. *J. Ilam Uni. Med. Sci.* 2016; 23 (7) :110-118

- (29) ShomaliAhamadabadi, M., mohammadi ahmadabadi, N., barkhordariahmadabadi, A. The Effectiveness of Group Reality Therapy on Depression, Anxiety and Stress in Diabetes2 Patients. *Health Psychology*, 2020; 9(35): 189-202.
- (30) Glasser, C. (2019). *A choice theory psychology guide to happiness: How to make yourself happy*. William Glasser Institute.
- (31) Rabiani S, Mojtabaii M. Effect of Group Reality Therapy Instruction on Social Adjustment and Rumination in Infertile Women. *SJMR* 2019; 4 (2) :99-103
- (32) Afsharpour, Somayeh and Alinaghi Aghdasi, (2019). A comparative study of the effectiveness of reality therapy and existential therapy on the psychological well-being of women with breast cancer, *Journal of Women and Family Studies*, 13(47), 41-25.

*Original Article***Comparing the effectiveness of reality therapy and meaning therapy on internal self-talk and health-promoting lifestyle in patients with diabetes**

Received: 08/01/2025 - Accepted: 06/03/2025

Samane Besharatian¹
Ali khademi^{2*}
Ali Jalili³

¹Ph.d. student General Psychology,
Department of Psychology, Urmia
Branch, Islamic Azad University, Urmia,
Iran.

²Full Professor, Department of
Psychology, Urmia Branch, Islamic
Azad University, Urmia, Iran.
(Corresponding author)

³Assistant Professor, Department of
Sport Psychology, Allameh Tabataba'i
University, Tehran, Iran

Corresponding author: Ali khademi, Full
Professor, Department of Psychology,
Urmia Branch, Islamic Azad University,
Urmia, Iran.

Email: dr_ali_khademi@yahoo.com

Abstract

Background: The present study aimed to compare the effectiveness of reality therapy and meaning therapy on internal self-talk and health-promoting lifestyle of patients with diabetes. The present study method was a quasi-experimental design with a multi-group pre-test-post-test design with a three-month follow-up with a control group. The statistical population included all people with diabetes referring to Taban Diabetes Center in Tehran. Using a purposive and accessible method, 45 samples were selected from among patients who had at least three years of type 2 diabetes and were randomly assigned to three groups of 15. The data collection tools were the self-talk questionnaire of Callot et al. (2005) and the health-promoting lifestyle questionnaire of Walker and Hill-Plerki (1996). After the pre-test, the first experimental group was subjected to Glaser reality therapy intervention in 8 group sessions based on the established protocol. The second experimental group, after the pre-test, underwent 8 group sessions of Frankl's semantic therapy intervention based on the established protocol. The control group did not undergo any intervention after the pre-test. All three groups were given a post-test after completing 8 sessions, and then, after three months of the intervention, the follow-up phase was conducted by re-administering the research questionnaires. Data analysis using repeated measures analysis of variance showed that reality therapy reduces negative self-talk in diabetic patients and increases positive self-talk in them. Meaning therapy increases positive self-talk in diabetic patients and reduces negative self-talk in them. Meaning therapy is a more effective method for increasing positive self-talk in diabetic patients compared to reality therapy. Reality therapy is an effective method for increasing the tendency of diabetic patients to adopt a health-promoting lifestyle. Meaning therapy leads to an increase in the tendency to adopt a health-promoting lifestyle in diabetic patients. Reality therapy is a more effective method for increasing responsibility, interpersonal relationships, stress management, exercise, and healthy eating in people with diabetes than semantic therapy. Therefore, education based on these interventions can be implemented individually or in groups for people with diabetes or those at risk of developing diabetes in educational sessions at diabetes treatment centers or health centers

Keywords: Reality therapy, semantic therapy, internal self-talk, health-promoting lifestyle, diabetes