

اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو^۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۱

خلاصه

مقدمه: بیماری دیابت به دلیل مزمن بودن، سلامت روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری افراد مبتلا را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت نوع دو عضو انجمن دیابت مراجعه کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های بوشهر در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۵ افراد مبتلا به دیابت نوع دو با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش (۱۸ نفر) و گواه (۱۷ نفر) جایدهی شدند. گروه آزمایش آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی را طی ده هفته در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای ارتقا سلامت (والکر و همکاران، ۱۹۸۷) و پرسشنامه خودمراقبتی (گالینا و همکاران، ۲۰۱۵) بود. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس آمیخته (با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23) استفاده شد.

نتایج: نتایج نشان داد که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت ($P < 0.001$; $\eta^2 = 0.68$)؛ $F = 71.28$) و خودمراقبتی ($P < 0.001$; $\eta^2 = 0.61$; $F = 52.56$) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار دارد. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی می‌تواند با بکارگیری مکانیسم‌هایی همانند خوش‌بینی، خودکارآمدی، تاب‌آوری و امید به عنوان روشی کارآمد جهت بهبود رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده شود.

کلمات کلیدی: آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی، رفتارهای ارتقا سلامت، خودمراقبتی، دیابت نوع دو

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

بهمن ذاکری امین^۱

علی تقوایی نیا^{۲*}

خسرو رمضانی^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

^۲ دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یاسوج، یاسوج، ایران.

^۳ استادیار گروه آموزش روانشناسی، دانشکده علوم، موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران.

Email: taghvaei.ali2@gmail.com

^۱ مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج است.

مقدمه

اگرچه با پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به ناخوشی‌های مزمن، نسبت به قبل از طول عمر بیشتری برخوردار گشته‌اند، اما همزمان بیش از پیش با مسائل مربوط به سازگاری و سلامت روان رو به رو می‌شوند (۱). بیماری دیابت^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع آن در کلیه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. دلیل این افزایش، تا حدود زیادی رشد روزافزون جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر سبک زندگی مردم و افزایش دوران بقای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به واسطه توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری می‌باشد (۲). در واقع دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک است، که مشخصه آن افزایش قند خون، اختلال متابولیسم کربوهیدرات‌ها، چربی و پروتئین است و در نتیجه آن نقایصی در ترشح انسولین و یا عملکرد انسولین ایجاد می‌شود (۳). زندگی با بیماری دیابت چالش‌های روزانه متعددی را برای افراد بیمار و خانواده‌ها از قبیل انسولین درمانی (تزریق روزانه و یا تنظیمات پمپ)، نیاز به محدودیت‌های رژیم غذایی، ورزش منظم و نظارت مکرر بر نشانگرهای بیوشیمیایی دارد (۴). در واقع ماهیت مزمن این بیماری بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر گذاشته، از این رو بررسی ابعاد مختلف روانی و هیجانی در این بیماران دارای اهمیت ویژه‌ای است (۵). مروری بر مطالعات در ایران، نشان از عدم پیروی از درمان در بیماران دیابتی دارد که نتایج ناشی از آن منجر به دو برابر شدن عوارض این بیماری و افزایش هزینه‌های درمان شده است (۶). همچنین بیشتر از یک سوم علت بستری‌های بیمارستان به دنبال عدم پیروی از رژیم دارویی، بهداشتی و رفتارهای مرتبط با سلامت است (۷). بر این اساس یکی از نیازهای ضروری این بیماران، افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامت^۲ در آنان است (۸).

فرد در راستای انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را از قبیل رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل و بیماری‌ها انجام می‌دهد (۹). رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با توجه به نقش محوری آن در مراقبت‌های بهداشتی مورد توجه روزافزون است. برای حفظ و ارتقای سلامتی، تصحیح و بهبود سبک زندگی ضروری است. شیوه زندگی سالم یک زندگی متعادل است که در آن شخص به طور آگاهانه دست به انتخاب‌های سالم می‌زند (۱۰). کراول، لاپارت، هافمن و هیستمان (۱۱) بر این باورند که رفتارهای ارتقا سلامت ممکن است به عنوان جزء مکمل سبک زندگی سالم در نظر گرفته شده و منجر به بهبود شیوه زندگی افراد در سنین مختلف شده و احتمال مواجهه فرد را با بیماری یا آسیب را کاهش می‌دهند (۱۲). چرا که رفتارهای ارتقا سلامت با شکل دهی رفتارها و مهارت‌های اجتماعی مناسب و تغذیه سبب کاهش میزان ابتلا به بیماری‌ها و مرگ ناشی از آن می‌شود (۱۳). انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت یکی از بهترین راه‌هایی است که مردم با کمک آن می‌توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل نمایند. به عبارت دیگر، رفتارهای ارتقا سلامت به عنوان راهبردی ضروری برای کاهش نابرابری بهداشتی و ارائه مراقبت‌های اولیه با کیفیت در نظر گرفته شده است (۱۴).

همچنین باید اشاره کرد که بروز بیماری‌های مزمن فیزیولوژیکی همچون بیماری دیابت نوع دو سبب می‌شود که بیماران، توجه بسیار زیادی را به خود و سلامت خود نشان داده و ارزش خودمراقبتی^۳ برای آنها روشن تر شود (۱۵). چنانکه نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابت نوع دو سبب می‌شود تا آنها روش‌های مقابله‌ای سازگارانه‌تری را در مواجهه به تنیدگی‌های درونی و موقعیت‌های فشارزای بیرونی از خود نشان دهند (۱۶). مطالعه‌ای که توسط

3. Self-care

1. Diabetes

2. Health-promoting behaviors

موگر، جانسون، زلپس، هال و پاول (۱۷) انجام شده است نشان داد خودمراقبتی، عود مکرر بیماری و تعداد دفعات بستری را در بیماران کاهش می‌دهد و باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. همچنین این پژوهشگران نشان داده‌اند که ارتقا خودمراقبتی منجر به عملکرد بهتر بیماران می‌شود. خودمراقبتی به افراد می‌آموزد که چرا و چگونه از خودشان مراقبت کنند. انسان بالغ در این فرایند می‌آموزد و انجام می‌دهد تا بقا، کیفیت زندگی و خوب بودن خودش را هدایت کند (۱۸). خودمراقبتی روند تازه‌ای در مراقبت‌های بهداشتی به شمار می‌رود و عبارت است از: آن دسته از اقدامات سالم سازی که توسط خود فرد به اجرا در می‌آیند. بر این اساس خودمراقبتی به فعالیت‌هایی گفته می‌شود که افراد برای ارتقای سلامتی، پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و حفظ سلامت خود انجام می‌دهند. این اقدامات بدون کمک‌های حرفه‌ای به اجرا در می‌آید ولی دانش و مهارت آن به افراد آموزش داده می‌شود (۱۹).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بکار گرفته شده است. از روش‌های آموزشی جدید، می‌توان به آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی^۱ اشاره کرد که نتایج پژوهش‌های مختلف نشان از کارآیی و تاثیر این روش بر بهبود مولفه‌های مختلف روان‌شناختی افراد مختلف داشته است. نتایج پژوهش شعبانی، قربان شیرودی و خلعتبری (۲۰)، صحتی، عشایری و دولت‌آبادی (۲۱)، رئیسی، شریفی، غضنفری و چرانی (۲۲)، فرج‌زاده، غضنفری، چرامی و شریفی (۲۳)، احمدی، نیازآذری و صالحی (۲۴)، باجرامی و همکاران (۲۵)، سابوت و هیکس (۲۶)؛ تسار، هسا و لین (۲۷)؛ کیم، کیم، نیومن، فریس و پرو (۲۸)، گائو و همکاران (۲۹)؛ کانگ و باسر (۳۰)، لیاوو و ليو (۳۱) و الیو و کاراکاس (۳۲) موبد همین ادعاست. لازم به ذکر است که بروز بیماری دیابت به مرور زمان موجب کاهش تاب‌آوری^۲ روان‌شناختی و هیجانی بیماران می‌شود (۳۳). این در حالی است که کاهش تاب‌آوری نیز می‌تواند منجر به کاهش

سرمایه‌های روان‌شناختی^۳ در این بیماران شود، چرا که تاب‌آوری خود یکی از ابعاد سرمایه‌های روان‌شناختی به شمار می‌رود (۳۴). سرمایه‌های روان‌شناختی، یکی از شاخص‌های روان‌شناسی مثبت است که با ویژگی‌هایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دست‌یابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۳۰). برخوردار بودن از سرمایه روان‌شناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت‌های استرس‌زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند (۲۷). سرمایه روان‌شناختی از نظر مفهومی، حالتی مثبت از روان‌شناختی فردی در زمینه رشد و تحول است که حداقل چهار مشخصه قابل شناسایی دارد: خودکارآمدی^۴ (اطمینان داشتن به توانایی خود و تلاش ضروری و لازم به منظور کسب موفقیت در تکالیف چالش‌انگیز)، امیدواری^۵ (پایمردی و پشتکار در جهت نیل به اهداف و تغییر مسیر برای دستیابی به موفقیت در صورت نیاز)، خوش‌بینی^۶ (اسناد مثبت نسبت به موفقیت در حال و آینده)، و تاب‌آوری (انعطاف‌پذیر بودن برای دستیابی به موفقیت و اهداف را در زمان رو به رو شدن با دشواری و مشکلات) (۲۶). این مؤلفه‌ها در یک فرایند تعاملی و ارزشیابانه، به زندگی فرد معنا بخشیده و تلاش فرد برای تغییر موقعیت‌های فشار را تداوم داده، او را برای ورود به صحنه عمل آماده نموده و سرسختی وی در تحقق اهداف را تضمین می‌کند (۲۹). مولفه سرمایه روان‌شناختی دارای بار مثبت بوده و به ظرفیت‌ها و توانایی‌های انسان از دیدگاهی کاملاً مثبت نگریسته می‌شود (۳۰). بر اساس نتایج پژوهش‌های مختلف، سرمایه روان‌شناختی اثرات قابل ملاحظه‌ای بر عملکرد فرد، خانواده و جامعه می‌گذارد. چنانکه شواهد پژوهشی نشان داده که سرمایه روان‌شناختی و مولفه‌های چهارگانه آن با طیف گسترده‌ای از متغیرهای رفتاری، سلامتی و

4. self efficacy

5. hope

6. optimism

1. Psychological Capital

2. resiliency

3. psychological capital

شناختی، نظیر رضایت، تعهد، عملکرد سلامتی و بهزیستی و ادراک استرس در رابطه است (۲۵).

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که دیابت یکی از بیماری‌های شایع مزمن مرتبط با سلامت جوامع بشری است که متأسفانه علیرغم پیشرفت‌های علوم پزشکی نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش است. امروزه جمله کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، در همه گیر دیابت، جملگی درگیر هستند. شمار زیادی از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، در انجام فعالیت‌های روزمره خود سطوح متفاوتی از ناتوانی را تجربه می‌نمایند. بنابراین لازم است که به فرایندهای مرتبط به این ناتوانی‌های عملکردی نظیر عوامل روان شناختی، هیجانی و شناختی توجه کافی صورت گیرد. این در حالی است که بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام یافته، افراد مبتلا در خلال این فرایند آشفستگی‌های خلقی و روانی را تجربه نموده و از پی آن، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی در فعالیت‌هایشان کاهش می‌یابد. این روند ضرورت انجام مداخلات روان شناختی کارآمد را برای این گروه از بیماران برجسته می‌کند. بر این اساس با توجه به لزوم به کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و به هنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی آموزش سرمایه‌های روان شناختی در بهبود اختلالات روان شناختی جامعه‌های آماری گوناگون و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بپردازد. بنابراین مساله اصلی پژوهش بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت نوع دو عضو انجمن دیابت مراجعه کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های بوشهر در شش ماهه دوم

سال ۱۴۰۰ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی داوطلبانه و هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) استفاده شد. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های بوشهر، تعداد ۴۰ بیمار به شکل هدفمند انتخاب شدند. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های مراجعان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بوشهر، فرم‌های شرکت داوطلبانه در پژوهش در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو توزیع و پس از جمع‌آوری، بیماران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. سپس پرسشنامه‌های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی به آنها ارائه و افرادی که نمرات پایین‌تری را در پرسشنامه‌های رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی نسبت به دیگر بیماران کسب کردند، مشخص شدند. در گام بعد از بین این بیماران تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه). در گام بعد بیماران حاضر در گروه آزمایش مداخله آموزش سرمایه‌های روان شناختی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را در طی ۱۰ هفته دریافت نمودند، در حالیکه بیماران حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله ۲ بیمار در گروه آزمایش و ۳ بیمار در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۵ بیمار در پژوهش باقی ماندند (۱۸ بیمار در گروه آزمایش و ۱۷ بیمار هم در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۵ تا ۵۵ سال، حداقل داشتن تحصیلات مقطع راهنمایی، مبتلا بودن به بیماری دیابت نوع دو (مطابق تشخیص پزشک متخصص)، نداشتن بیماری فیزیولوژیک دیگر، تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه و داشتن کارت تریق دو دوز واکسن کووید-۱۹ بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و دریافت مداخله روان شناختی همزمان بود. یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که

اصلی حذف گردید. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه خودمراقبتی (SCQ): پرسشنامه خودمراقبتی توسط گالینا، الیور، سانسو و بیتو در سال ۲۰۱۵ تهیه شده است (۳۸). پرسشنامه خودمراقبتی، خودمراقبتی افراد را در سه حوزه اصلی مورد ارزیابی قرار می‌دهد: خودمراقبتی جسمی؛ مولفه‌هایی و تحرکاتی که سلامت بدنی را حفظ می‌کنند؛ خودمراقبتی ذهنی؛ فعالیت‌هایی که به سلامت مغز و ذهن یاری می‌رسانند؛ خودمراقبتی اجتماعی؛ به فعالیت‌های گروهی و اجتماعی که به شخص در زمینه سلامت اجتماعی کمک می‌کند. این سه فاکتور با هم خودمراقبتی حرفه‌ای را شکل می‌دهند. این پرسشنامه دارای ۹ سوال است که بر اساس طیف پاسخگویی لیکرت (از ۱: کاملاً مخالفم تا ۵: کاملاً موافقم) به آنها پاسخ داده می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۹ تا ۴۵ است. کسب نمرات بیشتر نشان دهنده خودمراقبتی بالاتر فرد است. رویایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو (۳۸) مطلوب گزارش شده است. همچنین میزان پایایی زیرمقیاس‌های این پرسشنامه در پژوهش گالینا، الیور، سانسو و بیتو (۳۸) بین ۰/۷۴ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش رئوفی عادگانی (۳۹) نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های خودمراقبتی جسمی، خودمراقبتی ذهنی و خودمراقبتی اجتماعی به ترتیب ۰/۴۸، ۰/۷۳ و ۰/۴۴ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۶۵ به دست آمد. همچنین میزان رویایی محتوایی این پرسشنامه در پژوهش رئوفی عادگانی (۳۹) ۰/۸۴ محاسبه و گزارش گردید. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان انجمن دیابت و مراکز درمانی و درمانگاه‌های مراجعان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان بوشهر انجام شد. سپس با مراجعه به انجمن دیابت و مراکز درمانی و درمانگاه‌های مراجعان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شهرستان بوشهر، افراد مبتلا به دیابت

میانگین سن در گروه آزمایش ۴۲/۳۲ سال و در گروه گواه ۳۹/۴۵ سال بود. همچنین نتایج نشان داد که تحصیلات در بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش (۹ نفر یا ۵۰ درصد) و گروه گواه (۱۰ نفر یا ۵۸/۸۲ درصد) دیپلم بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت (HPLP): پرسشنامه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت توسط والکر^۲ و همکاران در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است (به نقل از ۳۵). این پرسشنامه شامل ۴۹ عبارت است که شش بعد را مورد سنجش قرار می‌دهد. این شش بعد عبارتند از: تغذیه، ورزش، مسئولیت‌پذیری نسبت به سلامت، مدیریت استرس، روابط بین فردی، رشد معنوی. گویه‌های این پرسشنامه بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای طیف لیکرت نمره گذاری می‌شود و هر یک از گزینه‌ها نمرات ۱ الی ۴ را به خود اختصاص می‌دهند (هرگز: ۱؛ گاهی اوقات: ۲؛ اغلب: ۳؛ همیشه و به طور معمول: ۴). حداقل نمره پرسشنامه ۴۹ و حداکثر نمره ۱۹۶ می‌باشد. نمرات بالاتر حاکی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بیشتر است. در پژوهش والکر و هیل - پروسکی (۳۵) ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش گردید. همچنین والکر و هیل - پروسکی (۳۵) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۸ تا ۰/۹۰ را برای ۶ خرده مقیاس این آزمون محاسبه نمودند. چو، جائه، چو و چو (۳۶) نیز در تحقیق خود آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۹۱ گزارش نمودند. در ایران در پژوهش محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقا و محمدی زیدی ۳۷ ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها، از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ بود. نتایج آزمون - بازآزمون، از ثبات پرسشنامه سبک زندگی سلامت و زیرمقیاس‌های آن خبر می‌داد. تحلیل عاملی تاییدی مدل ۶ عاملی گویای برازشی در حد قابل قبول بود. در مطالعه محمدی زیدی، پاکپور حاجی آقا و محمدی زیدی (۳۷) تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ کاهش یافت زیرا که تعداد ۳ سوال به دلیل پایین بودن بار عاملی در پژوهش آن‌ها از نسخه

3. Self-Care Questionnaire

1. Health Promoting Lifestyle Profile

2. Walker

شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ بیمار در گروه آزمایش و ۳ بیمار در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند و تعداد ۳۵ بیمار در پژوهش باقی ماندند (۱۸ بیمار در گروه آزمایش و ۱۷ بیمار هم در گروه گواه). مداخلات درمانی پژوهش حاضر به دلیل شیوع ویروس کووید-۱۹ با رعایت پروتکل و دستورالعمل‌های بهداشتی اجرا شد. جلسات مداخله‌ای آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی برگرفته از پروتکل سرمایه‌های روان‌شناختی لوتانز است که در پژوهش صحتی و همکاران (۲۱) مورد استفاده و کارآیی آن تایید شده است.

نوع دو جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. این افراد دارای پرونده پزشکی بودند. بر این اساس شناسایی آنان بر اساس پرونده پزشکی آنان انجام شد. سپس با رضایت کتبی از بیماران و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار هم در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی (۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) در طی ۱۰ هفته به صورت هفته‌ای یک جلسه انجام شد، در حالی که گروه گواه مداخلات آموزشی حاضر را دریافت نکرد. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا

جدول ۱. خلاصه جلسات آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی (۲۱)

جلسه	شرح جلسه
اول	ارائه تعاریفی از امید و ناامیدی و ویژگی‌های افراد امیدوار. ارائه تعاریفی از مفاهیمی مانند خوش‌بینی، بدبینی، خوش‌بینی واقعی و خوش‌بینی غیر واقعی و وجه تمایز بین آنها. ارائه تعاریفی از مفهوم خودکارآمدی و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد خودکارآمد. ارائه تعاریفی از مفاهیم تاب‌آوری و بحث در خصوص ویژگی‌های افراد تاب‌آور و مقاوم.
دوم	بررسی میزان امید و رضایت از زندگی شرکت‌کنندگان و ایجاد انگیزه. آشنایی با مفهوم درماندگی آموخته شده و نقش آن در خوش‌بینی و بدبینی. بحث در خصوص نقش درماندگی آموخته شده در کاهش خودکارآمدی. ارائه تعاریفی از مفهوم سرسختی و معرفی مؤلفه‌های آن (تعهد، چالش و کنترل).
سوم	آگاه ساختن شرکت‌کنندگان از نقش اهداف در ایجاد و افزایش امید. آشنا ساختن شرکت‌کنندگان با فرایند اسناد و مفهوم مکان کنترل. بررسی ارتباط بین انگیزه، اراده و اعتماد به نفس با خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد. تمرکز بر مؤلفه تعهد و استفاده از تکنیک‌هایی جهت ارتقای آن.
چهارم	آشنایی شرکت‌کنندگان با چگونگی دست یافتن به اهدافی روشن و قابل دستیابی. آشنایی اعضا با اسنادهای درونی، بیرونی، کلی، خاص، پایدار، ناپایدار و نقش هر کدام در خوشبینی. بررسی و بحث در خصوص چگونگی افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی و استفاده از تکنیک بازخورد مثبت. تمرکز بر مؤلفه چالش، چگونگی تبدیل مشکلات به چالش‌ها و افزایش تمایل به روبه‌رو شدن با آنها.
جلسه پنجم	آموزش چگونگی تقسیم یک هدف بزرگ به اهدافی کوچکتر به منظور افزایش احتمال تحقق آنها. آشنایی اعضا با نقش اسنادها در خوشبینی. استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور ایجاد تجارب مثبت و تقویت آن به منظور افزایش خودکارآمدی. تمرکز بر مؤلفه کنترل و بحث در خصوص چگونگی افزایش احساس کنترل بر زندگی.
ششم	آگاه ساختن شرکت‌کنندگان با چگونگی فرمول‌بندی اهدافی روشن و عینی. آموزش چگونگی ایجاد و گسترش اسنادهای مثبت درونی. استفاده از تکنیک تقویت جانشینی از طریق ارائه نمونه‌های جهانی و منطقه‌ای از افراد خودکارآمد. آشنایی شرکت‌کنندگان با راهبردهای مسئله‌محور و هیجان‌محور و نقش آنها در افزایش تاب‌آوری.
هفتم	آشنا ساختن اعضا با نقش تعیین اهداف روزانه در تحقق اهداف بزرگ و چگونگی انجام آن. استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند به ناخوشایندتر به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی. آشنایی شرکت‌کنندگان با روش‌های علمی حل مسئله و نقش کاربردی آنها در افزایش سطح خودکارآمدی. آشنایی بیشتر با راهبردهای مستقیم با مسئله‌محور و تشویق اعضا به استفاده بیشتر از این راهبردها.
هشتم	آشنا ساختن اعضا با چگونگی استفاده از گذرگاه‌های متعدد در تحقق هدف خوش‌بینی. استفاده از تکنیک تحلیل وقایع ناخوشایند و تعیین پیامدهای مثبت این وقایع به منظور ارتقای سطح خوش‌بینی. دعوت از فردی موفق و خودکارآمد به منظور استفاده از الگوهای عینی در افزایش سطح خودکارآمدی. آشنایی بیشتر با راهبردهای غیرمستقیم یا هیجان‌محور و استفاده از آنها در صورت لزوم و در شرایط استرس بالا.

نهم آشنا ساختن اعضا با چگونگی تبدیل موانع به چالش‌هایی جهت تحقق اهداف. توجه و تمرکز بر استعدادها و توانایی‌های فردی و محیطی به منظور افزایش سطح خوش‌بینی. استفاده از تقویت مستقیم و جانشینی از طریق بحث در خصوص موفقیت‌های به منظور افزایش خودکارآمدی. بحث در خصوص نقش مکان کنترل در سرسختی و استفاده از تکنیک خودگویی‌های مثبت جهت افزایش سطح تاب‌آوری.

دهم مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح امید خوش‌بینی. مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح خودکارآمدی. مرور یاد گرفته‌های جلسات پیشین و تمرین عملی به منظور افزایش سطح تاب‌آوری

بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته برای بررسی معناداری اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و خودمراقبتی

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی در دو گروه آزمایش و گواه

پیمایی		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه‌ها	مولفه‌ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۹۱	۱۲۳/۳۳	۹/۶۳	۱۲۴/۶۱	۵/۴۹	۱۰۸/۱۱	گروه آزمایش	رفتارهای ارتقا
۵/۷۷	۱۰۶/۶۵	۶/۲۲	۱۰۵/۵۹	۹/۲۳	۱۱۱/۴۱	گروه گواه	دهنده سلامت
۸/۹۸	۳۲/۰۵	۹/۶۷	۳۲/۵۵	۶/۳۶	۲۶/۰۵	گروه آزمایش	خودمراقبتی
۴/۹۲	۲۳/۲۳	۵/۳۱	۲۲/۸۸	۴/۷۸	۲۴	گروه گواه	

رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی رعایت شده است ($p > 0/05$). در نهایت پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$).

نتایج جدول ۲ نشان داد که میانگین متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون افزایش یافته است. اما معناداری این تغییر در ادامه توسط تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفته است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیروویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات				آزمون
مراحل	۶۵۱/۰۳	۲	۳۲۵/۵۱	۱۷/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۱

۱	۰/۴۷	۰/۰۰۱	۲۸/۲۴	۳۰۶۰/۹۰	۱	۳۰۶۰/۹۰	گروه بندی	رفتارهای ارتقا
۱	۰/۶۸	۰/۰۰۱	۷۱/۲۸	۱۳۱۶/۲۰	۲	۲۶۳۲/۴۰	تعامل مراحل و گروه بندی	دهنده سلامت
				۱۸/۴۶	۶۶	۱۲۱۸/۵۶	خطا	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۱	۲۸/۳۶	۸۲/۱۸	۲	۱۶۴/۳۶	مراحل	
۰/۹۹	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۲۰/۱۴	۱۲۳۰/۵۹	۱	۱۲۳۰/۵۹	گروه بندی	خودمراقبتی
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۱	۵۲/۵۶	۱۵۲/۲۹	۲	۳۰۴/۵۹	تعامل مراحل و گروه بندی	
				۲/۸۹	۶۶	۱۹۱/۲۳	خطا	

بر این، این نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می شود نوع درمان در یافتی (آموزش سرمایه های روان شناختی) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می دهد اثر تعامل عضویت گروهی و زمان به ترتیب ۶۸ و ۶۱ درصد از تفاوت در نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می کند. در مجموع آموزش سرمایه های روان شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرنی ارائه می شود.

نتایج آزمون واریانس آمیخته در جدول ۳ نشان می دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته است ($P < 0/001$). اندازه اثر نشان می دهد عامل زمان به ترتیب ۳۴ و ۴۶ درصد از تفاوت در واریانس های نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تاثیر عامل عضویت گروهی (آموزش سرمایه های روان شناختی) هم بر نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو معنادار است ($p < 0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان در یافتی (آموزش سرمایه های روان شناختی) هم بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می دهد عضویت گروهی به ترتیب ۴۷ و ۶۱ درصد از تفاوت در نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می کند. علاوه

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از

آزمون تعقیبی بونفرنی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	خطای انحراف معیار	معناداری
رفتارهای ارتقا	پیش آزمون	۵/۳۳-	۱/۰۸	۰/۰۰۱
دهنده سلامت	پیگیری	۵/۲۲-	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۳۳	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۱۰	۰/۸۸	۰/۷۴
	پس آزمون	۲/۶۹-	۰/۵۲	۰/۰۰۱

پیش‌آزمون	خودمراقبتی		پیگیری
	پس‌آزمون	پیگیری	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
۰/۰۰۱	۰/۵۲	۲/۶۹	۰/۰۰۱
۰/۹۲	۰/۱۸	۰/۰۷	۰/۹۲

دارای اختلال رفتار برونی سازی شده؛ با یافته صحتی، عشایری و دولت آبادی (۲۱) مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا سلامت و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در بیماران خودایمنی؛ با کاوش فرج‌زاده و همکاران (۲۳) مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر اهمال‌کاری دانشجویان؛ با گزارشات و با نتایج پژوهش باجرامی و همکاران (۲۵) مبنی بر نقش سرمایه‌های روان‌شناختی در بروز رفتارهای هنجارمند اجتماعی همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باید به نقش تاب‌آوری (به عنوان یک از مولفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی) در این حیطه اشاره کرد. تاب‌آوری یکی از راهبردهای مناسب برای ارتقای سلامت روان و هیجانی در افراد است (۲۸). تاب‌آوری کمک می‌کند، فرد با وجود قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر (همانند بیماری پسرریازیس) بتواند عملکرد اجتماعی، فردی، روان‌شناختی و هیجانی خود را بهبود دهد. علاوه بر این تاب‌آوری به عنوان یک فاکتور محافظتی برای افراد در مقابل سختی‌ها و چالش‌های زندگی به شمار می‌رود. بر این اساس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که تحت آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی و به تبع آن تاب‌آوری حاصل از آن، قرار می‌گیرند، اغلب با ایجاد هیجان‌های مثبت، پس از مقابله و رویارویی با موقعیت‌های تنیدگی‌زا به حالت طبیعی باز می‌گردند (۳۲) و بر این اساس می‌تواند راهبردهای فعالانه‌ای را جهت بهبود کیفیت زندگی بکار گرفته و با گسترش توانایی روانی خود، برنامه‌ریزی بهتری را در تعاملات محیطی، اجتماعی و فردی خود انجام داده و رفتارهای ارتقاء سلامت بیشتری از خود نشان می‌دهند. علاوه بر این می‌توان بیان نمود که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی با بهره‌گیری از تاب‌آوری به دیدن جنبه‌های مثبت رویدادها و رخدادهای زندگی تاکید دارد. این امر می‌تواند افکار و

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که در مرحله پس‌آزمون دچار افزایش معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی توانسته منجر به افزایش معنادار میانگین نمرات متغیرهای رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثابت خود را حفظ نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. نتایج نشان داد که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این آموزش توانسته رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش دهد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با نتایج پژوهش شعبانی، قربان‌شیرودی و خلعتبری (۲۰) مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر تکانشگری و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان طلاق

اندیشه‌های بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را از قرار گرفتن در چرخه‌ای نا کارآمد و ناسالم دور نموده و برای حرکت در مسیرهای پیش رو انسجام ایجاد نماید. این فرایند نیز می‌تواند با بهبود رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در این افراد همراه باشد یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد که آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. یافته حاضر با نتایج پژوهش رئیس‌ی و همکاران (۲۲) مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه روان‌شناختی بر تحمل پریشانی و خودتنظیمی هیجانی مادران کودکان فلج مغزی و با نتایج پژوهش سابوت و هیکس (۲۶) مبنی بر نقش سرمایه‌های روان‌شناختی در بروز رفتارهای ایمن همسو بود. در تبیین یافته حاضر باید گفت یکی از مبانی آموزشی سرمایه‌های روان‌شناختی، آموزش خودکارآمدی است. کسب خودکارآمدی بالا به استفاده از جلسات آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی، به ایجاد احساس آرامش در رویارویی با شرایط زندگی کمک می‌کند و برعکس افراد با خودکارآمدی پایین در موقعیت‌های دشوار دچار استرس، اضطراب، افسردگی و ضعف در خودکارآمدی می‌شوند و این موجب تضعیف در تفکر آنان شده و به کاهش عملکرد آنان می‌انجامد (۳۱). باورهای افراد درباره توانایی هایشان یا همان خودکارآمدی در این که آنها در موقعیت‌های تهدید کننده چه مقدار تنیدگی و افسردگی را تجربه کنند تأثیر بسزایی دارد. در واقع به واسطه تفکر نا کارآمد، افراد احساس استیصال و درماندگی کرده و سطح اضطراب و افسردگی در آنها افزایش می‌یابد. بر این اساس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با کسب خودکارآمدی حاصل از آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی، می‌توانند نسبت به چگونگی پردازش روان‌شناختی، رفتاری و هیجانی خود احساس توانمندی نموده و خودمراقبتی بالاتری را از خود نشان دهند. در تبیین دیگر مبنی بر اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، می‌توان گفت تاب‌آوری به عنوان یکی از مولفه‌های سرمایه‌های روان‌شناختی، از جمله سازه‌های منابع درون فردی است که با تأثیرگذاری مستقیم بر عملکرد

افراد در موقعیت‌های استرس‌زا، می‌توانند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آنها را تعدیل نموده و به عملکرد بهینه آنها در زمینه شناختی و هیجانی کمک نماید (۲۲). بر این اساس افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار جسمانی همانند بیماری دیابت نوع دو، سلامت شناختی، روانی و هیجانی خود را حفظ کرده و پردازش‌های شناختی و رفتاری کارآمدتری را از خود نشان داده که این روند نیز با بهبود مدیریت رفتاری و بهداشتی، سبب می‌شود آنان خودمراقبتی بالاتری را تجربه نمایند. به طوری که در برخورد با مشکلات و فشارهای روانی حاصل از بیماری، با تسلط بر افکار، هیجانات و رفتار خود، آمادگی روانی و جسمانی لازم برای مقابله با چالش‌های پیش رو را به دست می‌آورند؛ به عبارتی تاب‌آوری، باعث مقاوم شدن شخصیت، افزایش بینش و مهارت در اداره زندگی و برقراری ارتباط مؤثر با محیط اطراف و دیگران می‌گردد. این فرایند سبب می‌شود بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ظرفیت شناختی، روان‌شناختی و هیجانی خود را با بهره‌گیری از تاب‌آوری افزایش داده و خودمراقبتی بیشتری را تجربه نمایند. پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، همانند محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان شهرضا، عدم مهارت‌های شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین توصیه می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران، مهارت‌های ذکر شده و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان مراکز درمانی شهرستان بوشهر با به کارگیری روان‌شناسان و

آزاردهنده روند درمان بیماری، آسیب‌های روان‌شناختی را ایجاد نموده و قدرت خوش بینی و خودمراقبتی بیماران را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکترای تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز درمانی شهرستان بوشهر که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

مشاوران مجرب، خدمات روان‌شناختی موثری همچون آموزش سرمایه‌های روان‌شناختی را به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارائه دهند. این روند با بهبود وضعیت روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران، می‌تواند روند پیگیری درمانی و بهبود بیماران را نیز تسریع نماید. در پیشنهاد کاربردی دیگر، می‌توان گفت دوره‌های آموزشی گروهی برای افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیکی مزمن همچون دیابت نوع دو می‌بایست توسط مسئولان مراکز درمانی و آموزشی مدنظر قرار گیرد. چرا که بروز بیماری‌های مزمن به دلیل درگیری زمانی و ویژگی

Reference

- Shivavedi N, Kumar M, Tej GNVC, Nayak PK. Metformin and ascorbic acid combination therapy ameliorates type 2 diabetes mellitus and comorbid depression in rats. *Brain Research*, 2017; 1674: 1-9.
- Knyahnytska Y, Williams C, Dale C, Webster F. **Changing the Conversation: Diabetes Management in Adults With Severe Mental Illnesses and Type 2 Diabetes.** *Canadian Journal of Diabetes*, 2018; 24(6): 595-602.
- Pillay S, Anderson J, Couper J, Maftai O, Gent R, Pena AS. Children With Type 1 Diabetes Have Delayed Flow-Mediated Dilatation. *Canadian Journal of Diabetes*, 2018; 42(3): 276-280.
- AlBuhairan F, Nasim M, Al Otaibi A, Shaheen NA, Al Jaser S, Al Alwan I. Health related quality of life and family impact of type 1 diabetes among adolescents in Saudi Arabia. *Diabetes research and clinical practice*, 2016; 114: 173-179.
- Tamir O, Wainstein J, Raz I, Shemer J, Heymann A. Quality of life and patient-perceived difficulties in the treatment of type 2 diabetes. *The review of diabetic studies, RDS*, 2012; 9(1): 46-51.
- Amini R, Najafi H, Samari B, Khodaveisi M, Tapak L. Effect of Home Care Program on Therapeutic Adherence of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Education and Community Health*, 2020; 7(3): 187-193. (In Persian)
- Bhalodkar A, Sonmez H, Lesser M, Leung T, Ziskovich K, Inlall D, Murray-Bachmann R, Krymskaya, M, Poretzky L. The Effects of a Comprehensive Multidisciplinary Outpatient Diabetes Program on Hospital Readmission Rates in Patients with Diabetes: A Randomized Controlled Prospective Study. *Endocrine Practice*, 2020; 26(11): 1331-1336.
- Rezaei Z, Esmaili M, Tabaeian SR. The Influence of Group Training of Health Promoting Life Style on Vitality, Pleasure and Social Adjustment among Women with Type II Diabetic in Isfahan City. **Jundishapur Scientific Medical Journal**, 2016; 15(5): 581-590. (In Persian)
- Kennedy AB, Cambron JA, Dexheimer JM, Trilk JL, Saunders RP. Advancing health promotion through massage therapy practice: A cross-sectional survey study. *Preventive Medicine Reports*, 2018; 11: 49-55.
- Park J, Lee H. The relationship between depression, self-efficacy, social support, and health-promoting behaviors in Korean single-household women. *Preventive Medicine Reports*, 2023; 32: 1021-1025.
- Carroll AJ, Labarthe DR, Huffman MD, Hitsman B. **Global tobacco prevention and control in relation to a cardiovascular health promotion and disease prevention framework: A narrative review.** *Preventive Medicine*, 2016; 93: 189-197.
- Chiang Y, Lee H, Chu T, Wu C, Hsiao Y. **The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses.** *Nurse Education in Practice*, 2021; 56: 1032-1036.
- Tong SW, Chui PL, Chong MC, Tang LY, Chan CMH. Health-promoting behaviours and perceived lifestyle cancer risk factors among nurses. *Collegian*, 2023; 30(1): 32-38.
- Chang K, Tsai W, Tsai C, Yeh HI, Chiu P, Chang Y, Chen H, Tsai J, Lee S. Effects of Health Education Programs for the Elders in Community Care Centers – Evaluated by Health Promotion Behaviors. *International Journal of Gerontology*, 2017; 11(2): 109-113.
- Ilhan N, Telli S, Temel B. Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary Care Diabetes*, 2020; 15(1): 74-79.
- Schmitt A, McSharry J, Speight J, Holmes-Truscott E, Hendrieckx C, Skinner T, Pouwer F, Byrne M. Symptoms of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes: Associations with self-care behaviour, glycaemia and incident complications over four years – Results from diabetes MILES–Australia. *Journal of Affective Disorders*, 2021; 282: 803-811.

17. Mogre V, Johnson NA, Tzelepis F, Hall A, Paul C. Barriers to self-care and their association with poor adherence to self-care behaviours in people with type 2 diabetes in Ghana: A cross sectional study. *Obesity Medicine*, 2020; 18: 100-111.
18. Chan CKY, Cockshaw W, Smith K, Holmes-Truscott E, Pouwer F, Speight J. Social support and self-care outcomes in adults with diabetes: The mediating effects of self-efficacy and diabetes distress. Results of the second diabetes MILES – Australia (MILES-2) study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2020; 166: 108-114.
19. Kav S, Yilmaz AA, Bulut Y, Dogan N. Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*, 2017; 24(1): 27-35.
20. Shaabani M, Ghorban Shiroudi SH, Khalatbari J. Development of a Psychological Capital Training Program and Evaluation of Its Efficacy on Impulsivity and Psychological Flexibility in of the Students Engaged in Parents' Divorce with Externalized Behavior Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*, 2022; 13(4): 278-303. (In Persian)
21. Sehati M, Ashayeri H, Dolatabadi SH. Effectiveness of Psychological Capital Training on Health Promotion Behaviors and Psychological Flexibility in Autoimmune (Psoriasis) Patients. *Psychological Achievements*, 2021, 28(2): 45-65. (In Persian)
22. Reisiee H, Sharifi T, Ghazanfari A, Chorami M. Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Psychological Capital Training on Stress Tolerance and Emotional Self-Regulation. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 2021; 18(4): 481-492. (In Persian)
23. Farajzadeh P, Ghazanfari A, Chorami M, Sharifi T. The Effectiveness of Training Psychological Capitals on Academic Procrastination of Female Teacher-Students with Low Academic Engagement. **Research in School and Virtual Learning**, 2020; 7(4): 31-42. (In Persian)
24. Ahmadi GH, Niazazari K, Salehi M. The Effectiveness of Psychological Capital Training on Silence and Organizational Voice in Mazandaran Azad University. *Journal of JundiShapur Educational Development*, 2019; 10(1): 11-22. (In Persian)
25. Bajrami DD, Cimbalević M, Syromiatnikova YA, Petrović MD, Gajić T. Feeling ready to volunteer after COVID-19? The role of psychological capital and mental health in predicting intention to continue doing volunteer tourism activities. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 2023; 54: 500-512.
26. Sabot DL, Hicks RE. Does psychological capital mediate the impact of dysfunctional sleep beliefs on well-being? *Heliyon*, 2020; 6(6): 43-46.
27. Tsaour S, Hsu F, Lin H. Workplace fun and work engagement in tourism and hospitality: The role of psychological capital. *International Journal of Hospitality Management*, 2019; 81: 131-140.
28. Kim M, Kim ACH, Newman JI, Ferris GR, Perrewé PL. The antecedents and consequences of positive organizational behavior: The role of psychological capital for promoting employee well-being in sport organizations. *Sport Management Review*, 2019; 22(2): 108-125.
29. Guo L, Decoster S, Babalola MT, De Schutter L, Garba OA, Riisla K. Authoritarian leadership and employee creativity: The moderating role of psychological capital and the mediating role of fear and defensive silence. *Journal of Business Research*, 2018; 92: 219-230.
30. Kang HJ, Busser JA. Impact of service climate and psychological capital on employee engagement: The role of organizational hierarchy. *International Journal of Hospitality Management*, 2018; 75: 1-9.
31. Liao R, Liu Y. The impact of structural empowerment and psychological capital on competence among Chinese baccalaureate nursing students: A questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 2016; 36, 31-36.
32. Aliyev R, Karakus M. The Effects of Positive Psychological Capital and Negative Feelings on Students' Violence Tendency. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2015; 190: 69-76.
33. Novak LL, Baum HBA, Gray MH, Unertl KM, Tippey KG, Simpson CL, Uskavitch JR, Anders SH. Everyday objects and spaces: How they afford resilience in diabetes routines. *Applied Ergonomics*, 2020; 88: 103-108.
34. Pakenham KI, Landi G, Boccolini G, Furlani A, Grandi S, Tossani E. The moderating roles of psychological flexibility and inflexibility on the mental health impacts of COVID-19 pandemic and lockdown in Italy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2021; 17: 109-118.
35. Walker SN, Hill-Polerecky DM. *Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profil II*. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln. 1997.
36. Cho JH, Jae SY, Choo IL, Choo J. Health promoting behaviour among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. *Journal of advanced nursing*, 2014; 70(6): 1381-1390.
37. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2011; 20(1): 102-113. (In Persian)
38. Galiana L, Oliver A, Sansó N, Benito E. Validation of a New Instrument for Self-care in Spanish Palliative Care Professionals Nationwide. *Spanish Journal of Psychology*, 2015; 18(67): 1-9.

39. Reofi Adagani N. The effectiveness of compassion-based therapy on distress tolerance, self-care, empathy and compassion fatigue in mothers with children with cancer. Master's thesis, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan). 2017. (In Persian)

Original Article

The Effectiveness of Psychological Capital Training on Health Promotion Behaviors and Self-Care of Patients with Type 2 Diabetes

Received: 20/09/2023 - Accepted: 10/06/2024

Bahman Zakeri Amin ¹

Ali Taghvaeinia ^{2*}

Khosro Remazani ³

¹ PhD student in Psychology, Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Yasouj University, Yasouj, Iran.

³ Assistant Professor, Psychology Education Department, Faculty of Science, Zand Shiraz Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

Email: taghvaei.ali2@gmail.com

Abstract

Background: Due to its chronic nature, diabetes affects the psychological, emotional and behavioral health of affected people. According to this the present study was conducted to investigate The effectiveness of psychological capital training on health promotion behaviors and self-care of patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: The research method was semi experimental with a pre-test and post-test design with a control group and a 3 month follow-up phase. The statistical population of the study included people with type 2 diabetes, members of the Diabetes Association, who referred to Bushehr medical centers and clinics in the second half of 2022. 35 patients with type 2 diabetes were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental (18 people) and control groups (17 people). The experimental group received ten ninty-minute sessions of psychological capital training during ten weeks. The applied questionnaires included Health Promotion Behaviors Questionnaire (Walker et al, 1987) and Self-Care Questionnaire (Galiana et al, 2015). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA method via SPSS23 software.

Results: The results showed that psychological capital training has significant effect on the health promotion behaviors ($F=71.28$; $\eta^2=0.68$; $P<0001$) and self-care ($F=52.56$; $\eta^2=0.61$; $P<0001$) of patients with type 2 diabetes.

Conclusion: According to the findings of the present study it can be concluded that psychological capital training can be used as an efficient method to improve health promotion behaviors and self-care of patients with type 2 diabetes through applying the mechanisms such as optimism, self-efficacy, resilience and hope.

Keywords: Psychological capital training, health promotion behaviors, self-care, type 2 diabetes

Acknowledgement: There is no conflict of interest