

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری بیماران دیابتی: یک مطالعه موردی

مینا محمدی جید

کارشناسی، روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اردبیل، اردبیل.

نیلوفر فلاحی

کارشناسی، روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج.

نازیلا رحمتی

کارشناسی، روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد، بجنورد.

### چکیده

دیابت یکی از شایع ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسمی در عصر حاضر است. دیابت تاثیر منفی و چشمگیری بر فرد و کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف می گذارد. درمان شناختی-رفتاری با ارتقاء تاب آوری و سلامت اجتماعی افراد در حل مشکلات آن ها تاثیر دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت در ایران انجام شد. مطالعه حاضر یک پژوهش موردی بالینی بر اساس خط پایه-مداخله-پیگیری است. در این پژوهش، فرایند و نتیجه درمان شناختی رفتاری برای فردی مبتلا به دیابت با کاهش شدید تاب آوری گزارش شده است. پرسشنامه ی سلامت عمومی و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری در افزایش تاب آوری افراد مبتلا به دیابت موثر بوده است. با توجه به نتایج این پژوهش، میتوان برنامه مدون درمانی برای افزایش تاب آوری در سایر بیماران را اجرا کرد.

کلید واژه: دیابت، درمان شناختی رفتاری، تاب آوری.

## مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن پیچیده است که می تواند عوارض جسمی، روانی و بالینی را در افراد مبتلا ایجاد کند. انواع اصلی و مهم این بیماری، دیابت نوع یک و دو هستند. دیابت نوع یک ناشی از وراثت و شایع ترین اختلال غددی -متابولیسمی دوران نوجوانی و پیش از آن است که به دلیل عدم ترشح انسولین و یا ترشح ناکافی آن ایجاد می شود که تقریباً یک نفر از هر ۳۰۰ تا ۵۰۰ کودک زیر ۱۸ سال را درگیر میکند (آیزنبرث و جفری، ۲۰۰۸؛ داتنی و بروک، ۲۰۱۹). دیابت نوع دو با کمبود نسبی انسولین ناشی از کم تحرکی و سبک زندگی نادرست شناخته می شود. افزایش جهانی چاقی، سبک زندگی کم تحرک و پیری جمعیت، بروز و شیوع دیابت نوع ۲ را چهار برابر کرده است (کمیته نیروهای ذخیره ملی، ۱۹۸۰). حدود چهار میلیون نفر از جمعیت مردم ایران به دیابت مبتلا هستند و این در حالی است که بیش از نیمی از افراد مبتلا به دیابت از بیماری خود اطلاع ندارند (طاهرپور و همکاران، ۱۳۹۸). بیماری دیابت یکی از پرچالش ترین و پر خطر ترین بیماری های مزمن در سراسر دنیا شناخته شده است (کریمفو و همکاران، ۲۰۲۰) که به دلیل درمان دشوار و ناکامی بیمار در بهبود یافتگی، اختلالات روانی را برای فرد مبتلا به ارمغان می آورد (ریدل و هرمان، ۲۰۱۸).

ماهیت مزمن، درمانهای خسته کننده و عوارض ناتوان ساز و تهدید کننده دیابت ابعاد جسمی، روانی، اجتماعی و به عبارتی عملکرد روانشناختی فرد مبتلا را تحت تاثیر قرار میدهد (عربی و همکاران، ۱۳۹۹). به عنوان مشکلات عمده روانشناختی در افراد مبتلا به دیابت می توان به افسردگی، اضطراب، استرس و کاهش تاب آوری و تحمل این افراد اشاره نمود (میرزایی و همکاران، ۱۳۹۵). کاهش تاب آوری در افراد مبتلا به دیابت با کاهش پایداری به درمانهای دارویی، سبک زندگی ناسالم، کنترل ضعیف بر میزان قند خون و با افزایش سایر عوارض همراه است که می تواند اثرات و آسیب های جبران ناپذیری برجای گذارد (رامش و همکاران، ۱۳۹۷). برخی از اتفاقاتی که به طور روزمره برای افراد رخ میدهد تاب و توان فرد را کاهش داده یا از بین میبرد. دیابت یکی از عواملی است که باعث کاهش تاب آوری فرد میشود (دنيسكو، ۲۰۱۱).

از تاب آوری تعریف های مختلفی ارایه شده است. برخی تاب آوری را نوعی فرایند پویا می دانند که در آن افراد در مواجهه با شرایط سخت و ناگوار، واکنش های کمتر منفی از خود نشان میدهند (کمپل، کوهن و استین، ۲۰۰۶). تاب آوری یا توانایی سازگاری مثبت با شرایط آسیب زا یا دشوار، یک عامل روانشناختی است که عامل تحمل فرد در برابر یک تنش یا موقعیت های مشکل آفرین زندگی فرد است. برخی دیدگاه ها، آن را به مثابه یک سبک مقابله ای در نظر می گیرند (لموند و همکاران، ۲۰۰۸). تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی های مقابله ای، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش میدهد، تعریف شده است (پینکارت، ۲۰۰۹). نتایج مطالعات حاکی از آن است که تاب آوری بیماران دیابتی به طور معناداری ضعیفتر از افراد غیر دیابتی است (نجاتی صفا، لاریجانی و شریعتی، ۲۰۱۲). به طور کلی خصوصیات افراد تاب آور عبارت اند از: تفاهم، انعطاف پذیری، مهربانی، شوخ طبعی، همدلی، مهارت های ارتباطی، برنامه ریزی، یاری جویی، تفکر انتقادی و حل مسأله، احساس هویت، خودکارآمدی، خود گردانی، خلاقیت، خودآگاهی، تسلط بر وظایف و کناره گیری سازگارانه از مفاهیم، احساس هدفمندی و باور به آینده و شرایط منفی یا ناسازگار (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان موثر برای انواع اختلالات روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد و شواهد و مدارک قدرتمندی از تاثیر گذاری این درمان بر انواع اختلالات افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است. این درمان ترکیبی از رویکردهای شناختی و رفتاری است درمان شناختی رفتاری به شناخت افکار منفی و بررسی آنها و در نهایت نحوه مقابله با آنها می‌پردازد (جسی و همکاران، ۲۰۱۹). در این نوع درمان به فرد آموزش داده می‌شود تا الگوهای شناختی و فکری تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و بعد از آن افکار کارآمد را جایگزین آن کند (کوبین و همکاران، ۲۰۰۸).

امروزه برای کنترل و کاهش مشکلات بیماران دیابتی در کنار درمان‌های دارویی به مداخلات شناختی رفتاری و درمان‌های روانشناختی توجه می‌شود که تاثیرات شگرفی بر کاهش مشکلات این بیماران داشته است. درمان‌های رفتاری شناختی به دلیل تاثیرگذاری مثبت بر علائم بیماری و علائم جانبی و روانشناختی بیماری حمایت‌های تجربی قابل توجهی دریافت کرده است. این درمان در کاهش انواع اضطراب‌ها، تاب آوری، بیماری‌های روانی، مشکلات خواب، نگرانی‌ها، تنش‌ها و باورهای آسیب‌زا موثرند (نوروزی و سپهریان، ۲۰۱۳). در این نوع درمان به فرد آموزش داده می‌شود که افکار و عقاید خود را به عنوان فرض‌هایی در نظر بگیرد که باید آنها را امتحان و تایید و یا رد کند. این نوع درمان‌ها به دو نوع فردی و گروهی قابل اجرا هستند. در این روش چرخه معیوب مشکل می‌شکند و فرد تشویق به ایجاد رابطه بین افکار منفی و احساس ناکارآمدی خود می‌شود (اوتیس، ۲۰۰۷).

از آنجا که مزمن بودن بیماری دیابت منجر به ناامیدی درباره درمان و ارزیابی‌های منفی در پروسه بیماری شده و تاب آوری این بیماران را به شدت تحت تاثیر قرار داده است و از طرفی به دلیل اینکه بیماران دیابتی با مشکلات جسمی و روانی متعددی دست و پنجه نرم می‌کنند، مداخله‌های درمانی برای کاهش این علائم و مشکلات با ارزش تلقی خواهند شد. بنابراین مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت انجام خواهد شد.

## روش

مطالعه حاضر یک پژوهش موردی بالینی بر اساس طرح خط پایه-مداخله-پیگیری است. در این نوع طرح ابتدا در خط پایه ارزیابی‌های روانشناختی از شاخص‌های بالینی صورت می‌گیرد. این ارزیابی‌ها پس از اعمال مداخله و پایان درمان، دوره پیگیری مجدداً تکرار می‌شوند. نتایج درمان نیز در هر جلسه و در مراحل پیگیری ارزشیابی می‌شود. خانم ب. ۵۶ ساله و مراجعه کننده به کلینیک روانشناسی شهرپور واقع در تهران، خانه دار است و با همسر و سه فرزندش زندگی می‌کند. پس از امضای رضایتنامه، فرایند ارزیابی روانشناختی مصاحبه و درمان آغاز شد. پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) و پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) توسط بیمار تکمیل شد. ارزیابی‌ها قبل از مداخله نشانگر پایین بودن میزان تاب آوری بیمار بود. نمره کلی در هریک از پرسشنامه‌ها به ترتیب ۳۸ و ۲۷ به دست آمد. و در جلسه آخر نمرات به ۱۹ و ۹۴ تغییر یافت که نشان دهنده‌ی موثر بودن درمان بر میزان تاب آوری بیمار بود.

پرسشنامه سلامت عمومی اولین بار توسط گلدبرگ تنظیم گردید. پرسشنامه اصلی دارای ۶۰ سؤال می‌باشد، اما فرم‌های کوتاه شده ۳۰ سؤالی، ۲۸ سؤالی و ۱۲ سؤالی آن در مطالعات مختلف استفاده شده است. به نظر محققین فرم‌های مختلف پرسشنامه سلامت عمومی از روایی و کارایی بالایی برخوردار است و کارایی فرم ۲۸ سؤالی تقریباً به همان میزان فرم ۶۰

سؤالی است. میزان روایی و پایایی این آزمون با نمره برش ۶ بین ۸۴/۰ تا ۹۳/۰ (۱۱ و ۱۲) و با نمره برش ۲۳ بین ۶۸/۰ تا ۹۴/۰ (۱۶ و ۱۳-) متغیر است. دو شیوه نمرهگذاری برای پرسشنامه GHQ وجود دارد؛ یکی روش سنتی است که گزینهها بهصورت (۱-۰-۰) نمره داده میشوند و حداکثر نمره آزمودنی با این روش برابر ۲۸ خواهد بود. روش دیگر نمرهگذاری، روش نمرهگذاری لیکرت است که گزینه ها بهصورت (۳-۲-۱-۰) نمره داده میشوند. حداکثر نمره آزمودنی با این روش نمره گذاری، در پرسشنامه مذکور برابر با 84 خواهد بود. در این مطالعه از روش نمره گذاری سنتی به منظور تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شده است. با روش نمره گذاری سنتی نمره ۶ و با روش نمره گذاری لیکرت نمره ۲۳ به عنوان نمره برش در نظر گرفته شده است. از روش نمره گذاری سنتی برای غربالگری اختلالات روانی و از روش نمره گذاری لیکرت برای مطالعه اثربخشی مداخلات در مطالعات جهانی و داخلی استفاده شده است.

پرسشنامه تاب آوری کانر-دیویدسون جهت اندازه گیری قدرت مقابله با فشار و تهدید تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۲۵ سوال پنج گزینه ای است که در مقیاس لیکرت، یعنی از کاملاً نادرست با نمره صفر تا کاملاً درست با نمره ۴، نمره گذاری شده است. نمره کل پرسشنامه از حاصل جمع نمره سوالات به دست می آید و عددی بین صفر تا ۱۰۰ می باشد.

نحوه ی اجرای اصول و تکنیک های مدل شناختی رفتاری به شرح فرایند جلسه به جلسه درمان برای بیمار به شرح زیر بود:

جلسه اول: آشنایی و معارفه، تشریح اهداف، شرح قوانین جلسات درمانی، توضیح روش و منطق درمان شناختی - رفتاری، طول جلسات ۱۴ جلسه، تمرینات درمانی، شناسایی افکار و باورهای منفی، نحوه بررسی تکلیف

جلسه دوم: آموزش تن آرامی (ریلکسیشن)، تعیین تکلیف

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل، شناسایی افکار ناخوشایند و منفی، تأثیر افکار ناخوشایند و استمرار آنچه عواقبی دارد، افکار منفی، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان، تاب آوری، معرفی خطاهای شناختی و تعیین تکلیف

جلسه چهارم: بررسی تکالیف جلسه قبل، پرداختن به چالش با افکار منفی شناسایی شده در جلسه قبل، پیشبینی خود یعنی فکر منفی را به طور واضح بیان کنید، شواهد موجود موافق و مخالف آن را بررسی کنید، یک طرح عمل تنظیم کنید که در بررسی این نکته که پیشبینی شما درست است یا خیر به شما کمک کند، نتایج را یادداشت کنید، مقابله با افکار به صورت شناسایی افکار منفی، پاسخ به افکار منفی و اقدام عملی برای آزمون این افکار، بازسازی شناختی برای تغییر باورها، نگرشها و مفروضه های نادرست، به جای شناخت ناکارآمد خود، الگوهای فکری سازش یافته تر و درست تری را جایگزین سازند، تعیین تکلیف جلسه بعد

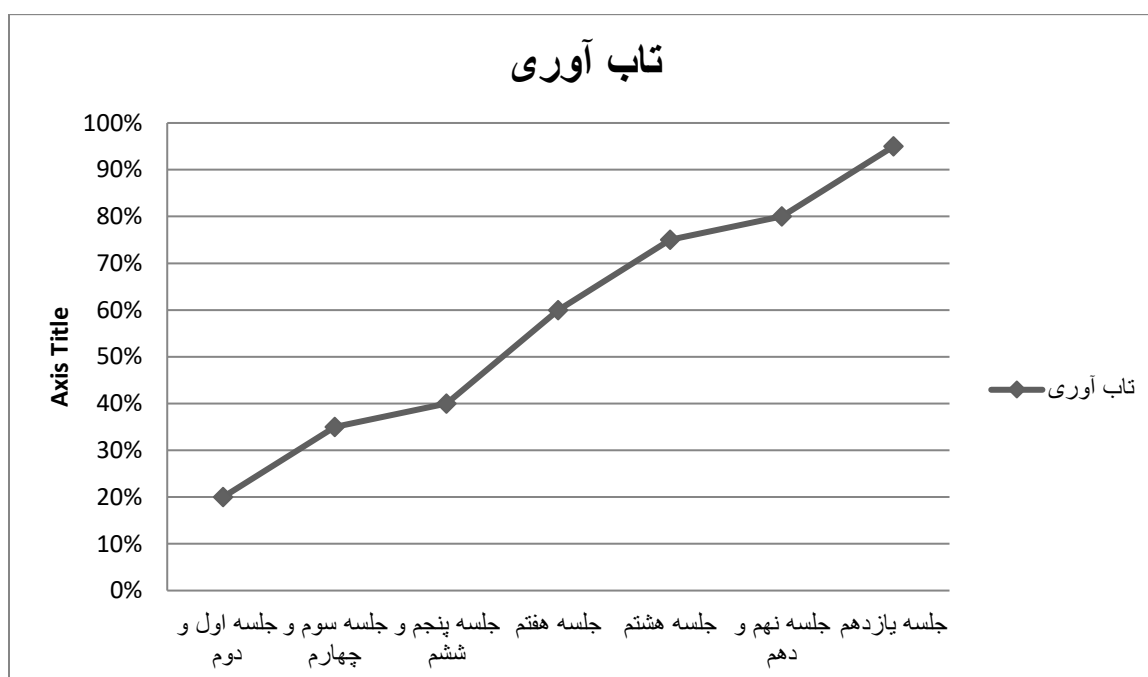
جلسه پنجم و ششم: بررسی تکالیف جلسه قبل، اصلاح تحریف های شناختی، تغییر تصورات (ادراکهای) اجتماعی نادرست، روش های شناختی کنترل خود، تعیین تکلیف

جلسه هفتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف تاب آوری، بررسی باورهای عامیانه در مورد تاب آوری، بررسی تفکرات خود، شناسایی آستانه تحمل هر شخص، شناسایی علائم فیزیکی، روانی، اجتماعی و....، اصول مدیریت خود از جنبه های شناختی - رفتاری، تعیین تکلیف

جلسه هشتم: بررسی تکالیف جلسه قبل، تعریف مسئله، مشورت کردن، ارائه راه حل های جایگزین، تصمیم گیری، به کارگیری و اجرای راه حل، تعیین تکلیف

جلسه نهم و دهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، هدف از این مداخله، آموزش به مددجویان است تا بتوانند الگوهای رفتاری ناکارآمد خود را تحلیل کنند، شناسایی الگوهای پاسخدهی یا C-B-A، آموزش آگاهی از پیامدها، توصیف رفتار شخصی خود، مشخص کردن وقایعی که قبل و بعد از پاسخ ایجاد می شود، تمرین گفتگوی دوفره، تعیین تکلیف

جلسه یازدهم: بررسی تکالیف جلسه قبل، آموزش برنامه ریزی فعالیت ها و تکنیک مدیریت خود. آماده سازی فرد برای حفظ و تثبیت مهارت های یاد گرفته شده (تکنیکهای شناختی - رفتاری)، اختتام جلسات، اجرای پس آزمون.



شکل ۱: تغییرات تاب آوری و درجه بندی آن توسط بیمار در جلسات درمان و پیگیری

## بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری اثر مثبت و مستقیم معناداری بر میزان تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت داشت. این یافته به طور مستقیم با پژوهش طبیب زاده و سپهریان آذر رابطه مستقیم داشت. طبیب زاده و سپهریان آذر در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری، تاب آوری بیماران مبتلا به ام اس را افزایش داد. در تبیین این یافته می توان گفت که از آنجایی که دیابت یک بیماری متابولیکی و مزمن است سال های زیادی فرد را درگیر میکند و محدودیت هایی در رژیم غذایی برای بیماران ایجاد کرده که رعایت مداوم آن بسیار کار سختی است و از طرفی فرد وابسته به درمان دارویی شامل قرص و تزریق های انسولین می شود که

این عامل می تواند فشار روانی بیش از اندازه ای بر فرد تحمیل کند. از طرف دیگر میزان نبودن قند خون میتواند تاثیر مستقیمی بر خلق و خو، رفتار و تاب آوری فرد داشته باشد که این عامل تحت تاثیر عوامل روانی می تواند تشدید شود؛ درمان شناختی رفتاری با آموزش کنترل و بررسی افکار توسط خود فرد، تا حد زیادی می توتند کنترل را به فرد آموزش داده و این عامل خود تاثیر مستقیمی بر میزان تاب آوری فرد اعمال می کند.

در کل، درمان شناختی رفتاری - بر این فرض استوار است که فرد الگوهای ناسازگارانه پاسخ دهی به محرک ها را از محیط آموخته است و مهارت های مقابله ای کارآمدی ندارد. از این دیدگاه فرد مبتلا به دیابت، که نشانه های تاب آوری پایین را از خود نشان می دهد، به خاطر اینکه به جای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخدهی اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب مفرط رنج می برد. با اعمال این مداخله، بعد از شناسایی تهدید های بالقوه و پاسخ دهی به صورت کم تحملی، اضطراب، نگرانی و اجتناب، این بیماران الگو های پاسخ دهی خودکار و مداوم را پیدا می کنند. افکار، احساسات و رفتار های ناکارآمد، مداوم و تکرار شونده هستند، در نهایت این پروسه خارج از آگاهی قرار می گیرد و خود فرد به آن آگاه نیست. با استفاده از درمان شناختی- رفتاری، سبک پردازش این بیماران تغییر پیدا می کند و در نتیجه راهبرد های جدیدی برای حل مسائل پیدا میکنند، از طرفی درمان شناختی رفتاری باعث بازسازی شناخت ها و باور های فرد به خصوص در مورد دیابت و در نتیجه افزایش میزان تاب آوری را در این افراد به همراه خواهد داشت، که این موضوع می تواند موجب کاهش افسردگی ناشی از تلقی دیابت به عنوان یک بیماری ناتوان کننده مزمن، شود. استفاده از فنون درمان شناختی رفتاری مانند آرام سازی، تصویر سازی، آموزش احساسات و حالت های هیجانی مختلف، درجه بندی کردن آنها، آموزش این مسئله که افکار چگونه بر احساسات اثر می گذارند و به چالش کشیدن افکار و نگرانی های مرتبط به بیماری و حتی سایر مسائل روزمره، آموزش مهارت های کنترل خشم، آموزش مهارت های مقابله ای سازگار سبب بهبود عملکرد شناختی و روان شناختی مبتلایان به دیابت می شود.

از محدودیت های این پژوهش می توان اشاره کرد که بررسی ها و مصاحبه ها محدود به چند جلسه رواندرمانی بوده است و زمان برای دوره های پیگیری نیز به صورت محدود وجود داشت. جلسات آموزش درمان هم با مشکلات زیادی نظیر توجیه حضور به موقع در جلسات، غیبت نکردن از جلسات درمانی و موارد دیگر همراه بود. همچنین از آن جایی که مطالعه تک موردی است بدین معنی است که تنها بر یک نفر انجام شده است در تعمیم نتایج به کل بیماران باید احتیاط صورت گیرد. با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود، از سایر مداخلات درمانی استفاده شود. همچنین این پژوهش در سایر شهرها و بیماران اجرا گردد. در بعد کاربردی به درمانگران مرتبط با این حیطه پیشنهاد می شود، در ابتدا آموزش های لازم در ارتباط با درمان شناختی- رفتاری را دریافت کرده، سپس این آموزش ها را جهت بهبودی اینگونه بیماران به کار برند تا بیماران آسیب های روانشناختی کمتری را تجربه کنند و تاب آوری در آنها افزایش یابد.

## منابع

- عربی، م.، بیرانوند، ق.، و رامپیش. ز. (۱۳۹۹). بررسی شیوع اختلالات روانشناختی در مبتلایان به دیابت تیپ ۲ در بیمارستان فیروزآبادی تهران. نشریه علوم پزشکی رازی، ۲۷(۳)، ۲۳-۳۴.
- میرزایی، م.، دریافتی، ح.، فلاح زاده، ح.، و عزیزی، ب. (۱۳۹۵). بررسی افسردگی، اضطراب و استرس در افراد دیابتی و غیر دیابتی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۴(۵)، ۳۸۷-۳۹۷.
- رامش، س.، علیزاده مقدم، ا.، صفری، ع.، و فیضی، م. (۱۳۹۷). رابطه ی اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه ای کیفیت زندگی. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۸(۲)، ۸۰-۸۹.
- طبيب زاده، فریناز، و سپهریان آذر، فیروزه. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری و نشخوار ذهنی بیماران مولتیپل اسکلروزیس. مطالعات ناتوانی، ۷(۱۳)، ۰-۱۰. SID. <https://sid.ir/paper/357161/fa>
- تقوی، سیدمحمدرضا. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). مجله روانشناسی، ۵(۴) (پیاپی ۲۰)، ۳۸۱-۳۹۸. SID. <https://sid.ir/paper/54489/fa>

Eisenbarth GS, Jeffrey JJABdE, Metabologia. The natural history of type 1A diabetes. 2008;52:146-55.

Dattani MT, Brook CG. Brook's clinical pediatric endocrinology: John Wiley & Sons; 2019.

(NCD-RisC) NRFC. Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants. Lancet (London, England). 2016;387(10027):1513-30.

Ronak T, Hamid-Reza H, Hassan A, Gholam-Reza Z, Maryam Kalhorniya G. The Impact of Cognitive-Behavioral Group Therapies and Positive Treatment on the Psychological Hardiness and Quality of Life in Women Suffering from T. The Women and Families Cultural-Educational Journal. 2020;15(51):151-68. (Ronak Taherpour 1 Hamid-Reza Hatami 2 Hassan Ahadi 3 Gholam-Reza Zakeripour 4 Maryam Kalhorniya Golkar)

Krimphove, M. J., Theissen, L. H., Cole, A. P., Preisser, F., Mandel, P. C., Chun, F. K. H., ... & Ramachandran, S. (2020). Long -term testosterone therapy in type 2 diabetes is associated with decreasing waist circumference and improving erectile function. The world journal of men's health , 38(1), 68 -77. <https://doi.org/10.5534/wjmh.180133>

Riddle, M. C., & Herman, W. H. (2018). The cost of diabetes care —an elephant in the room. Diabetes Care, 41(5), 929 -932. <https://doi.org/10.2337/dci18 -0012>

Denisco S. Exploring the relationship between re - silience and diabetes outcomes in African Americans. JAANP 2011; 23 (11): 602-610

Pinquart M. Moderating effects of dispositional resil - ience on associations between hassles and psychological distress. J Appl Dev Psychol. 2009; 30 (1): 53-60 .



Nejatisafa AA, Larijani B, Shariati B. Depression; quality of life and blood glucose control in diabetic patients. Iran J Diabetes Lipid Disord 2012;7:195-204. (Persian)

Campbell -Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behaviour research and therapy. 2006 ; 44 ( 4): 585 -99 .

Lamond AJ, Depp CA, Allison M, Langer R, Reichstadt J, Moore DJ, et al. Measurement and predictors of resilience among community -dwelling older women. J Psychiatr Res. 2008 ; 43 ( 2): 148 -54. (Persian) .

Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor -Davidson Resilience Scale (CD - RISC). Depress Anxiety. 2003 ; 18 ( 2): 76 -82 .

sepehrian Azar F, Asadnia S, Mosarrezaii Aghdam A. Effectiveness of Gestalt therapy and cognitive - behavioral therapy on the improvement of migraine headache in female students. Journal of Modern Psychological Research. 2013; 8(31):35 -52. [Persian]

Otis J. Practical Guide to Cognitive Behavior Therapy for Pain Chronic. Alibeygi N. [Persian Translator]. Arjmand publisher, 2007. [Persian]



# The effectiveness of cognitive behavioral therapy on the resilience of diabetic patients: a case study

**Mina Mohammadi Jeid**

BA, Psychology, Faculty of Humanities, Ardabil Islamic Azad University, Ardabil.

**Nilofar Falahi**

BA, Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj.

**Nazila Rahmati**

BA, Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Bojnord Branch, Bojnord.

## Abstract

Diabetes is a prevalent ailment resulting from metabolic disorders in contemporary society. The impact of this disease on individuals and their overall quality of life is profound and unfavorable across various dimensions. Through the enhancement of resilience and social well-being, cognitive-behavioral therapy effectively addresses the challenges faced by these individuals. In the context of Iran, this study endeavors to explore the efficacy of cognitive-behavioral therapy on the resilience of patients afflicted with diabetes. Employing a clinical case study design, the present research adopts a baseline-intervention-follow-up approach. Consequently, this study explores the process and outcomes of cognitive behavioral therapy for an individual suffering from diabetes and experiencing a significant decline in resilience. The present study employed the General Health Questionnaire and Connor and Davidson's Resilience Questionnaire. The findings demonstrated that cognitive behavioral therapy proved efficacious in augmenting the resilience levels of individuals afflicted with diabetes. Based on the outcomes of this investigation, it is feasible to establish a therapeutic regimen for enhancing resilience among other patients.

**Keywords:** diabetes, cognitive behavioral therapy, resilience.