

The Effect of Group Hope Therapy on the Quality of Life of Elderly Women with Type 2 Diabetes

Maryam Ghasem Kouhikheili¹
Abolfazl Hosseinnataj²
Tahereh Yaghoubi³
Yadolah Janati⁴

¹ MSc Student in Psychiatry Nursing, Student Research Committee, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

² Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

³ Associate Professor, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

⁴ Assistant Professor, Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

(Received November 14, 2023; Accepted April 2, 2024)

Abstract

Background and purpose: Aging is a physiological process, but during this period, with the passage of time and the influence of environmental factors and unhealthy lifestyles, the prevalence of diseases, especially chronic diseases, increases. One of these chronic diseases is diabetes. It has negative effects on their physical and mental health and as a result, reduces their quality of life. A relatively new issue that is raised today regarding the quality of life is hope. Because hope can ease the process of facing life's adversities and improve the quality of life. Hope therapy is based on the hope theory of Schneider and colleagues and is based on a positive psychology approach. This study aimed to determine the effect of group hope therapy on the quality of life of elderly women with diabetes.

Materials and methods: The study was designed experimentally with a before and after design in two control and intervention groups. Eligible elderly women with diabetes were selected from the diabetes clinic of Imam Khomeini Medical Education Center in Sari and were randomly assigned to intervention (20 people) and control (20 people) groups. The group hopes therapy training was conducted in 8 sessions twice a week for 90 minutes. The quality-of-life questionnaire of Thomas diabetic patients (DQOL) of two groups was measured before, immediately, and one month after the intervention. Data analysis was done using the Mann-Whitney, Friedman, Wilcoxon test and SPSS software version 16 and $P < 0.05$.

Results: The level of high quality of life increased from 35% to 50% in the control group and from 45% to 100% in the intervention group. The comparison of the average quality of life in the pre-intervention phase in the two intervention and control groups did not show a statistically significant difference ($P = 0.472$). Comparison of the average quality of life immediately after the intervention in the two intervention groups (59.55 ± 2.84) and control (45.90 ± 3.69) and one month after the intervention in the two intervention groups (60.00 ± 2.714) and the control (45.75 ± 3.75) showed a statistically significant difference ($P = 0.001$). Based on the results of the present study, the average quality of life of the control group was lower than the intervention group at the end of the intervention and one month after the intervention.

Conclusion: The results of the research showed that group hope therapy is effective in improving the quality of life of elderly women with type 2 diabetes. Elderly women with diabetes learned that they can find the meaning of life even in the suffering and pain caused by the disease. The concept of hope in people causes their perspective to widen from the current difficult and suffering conditions. Increasing hope leads to happiness, peace, adaptation to the current situation, increased energy, meaningfulness, and success in life. As a result, group hope therapy can be implemented to increase the quality of life in the daily care programs of the elderly, especially women.

(Clinical Trials Registry Number: IRCT20240130060857N1)

Keywords: quality of life, hope, group therapy, elderly, diabetes

J Mazandaran Univ Med Sci 2024; 34 (232): 58-70 (Persian).

Corresponding Author: Yadolah Janati - Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: y.jannati@mazums.ac.ir) and Tahereh Yaghoubi - Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran. (E-mail: tyaghoubi@mazums.ac.ir)

بررسی تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه کار آزمایی بالینی شاهد دار تصادفی شده

مریم قاسمی کوهی خلی^۱

ابوالفضل حسین نتاج^۲

طاهره یعقوبی^۳

یدالله جنتی^۴

چکیده

سابقه و هدف: سالمندی فرایندی فیزیولوژیک است، اما در این دوران با گذشت زمان و تاثیر عوامل محیطی و سبک ناسالم زندگی، شیوع بیماری‌ها به ویژه بیماری‌های مزمن افزایش می‌یابد. یکی از این بیماری‌های مزمن دیابت است. دیابت یک مشکل عمده در سلامتی افراد است که با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی به دلیل ترشح ناپایدار انسولین، مقاومت به انسولین یا هر دو مشخص می‌شود و اثرات منفی بر سلامت جسمی و روانی آن‌ها دارد و در نتیجه از کیفیت زندگی آن‌ها می‌کاهد. مسئله نسبتاً جدیدی که امروزه در خصوص کیفیت زندگی مطرح می‌شود، امیدواری است. زیرا امیدواری می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان و ابعاد کیفیت زندگی را بهبود بخشد. امید درمانی براساس نظریه امید شنایدر و همکاران بنا شده و مبتنی بر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت، انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه به روش کار آزمایی بالینی، شاهددار تصادفی شده با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه شاهد و مداخله طراحی گردید. زنان سالمند مبتلا به دیابت واجد شرایط از درمانگاه دیابت مرکز آموزشی درمانی امام خمینی ساری به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و با بلوک تصادفی شده در دو گروه مداخله (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) قرار گرفتند. آموزش امید درمانی گروهی در ۸ جلسه دو بار در هفته و به مدت ۹۰ دقیقه برای زنان سالمند مبتلا به دیابت انجام گرفت. پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی توماس (DQOL) دو گروه قبل، بلافاصله و یک ماه پس از مداخله اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون من ویتنی، فریدمن، ویلکاکسون و نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و $P < 0.05$ انجام شد.

یافته‌ها: مقایسه میانگین کیفیت زندگی در مرحله قبل از مداخله، در دو گروه مداخله و شاهد اختلاف آماری معناداری نشان نداد ($P = 0.477$). مقایسه میانگین کیفیت زندگی بلافاصله بعد از انجام مداخله در دو گروه مداخله (59.55 ± 2.84) و شاهد (45.90 ± 3.69) و یک ماه پس از انجام مداخله در دو گروه مداخله (60.00 ± 2.714) و شاهد (45.75 ± 3.75) اختلاف آماری معناداری را نشان داد ($P = 0.001$). سطح کیفیت زندگی بالا در گروه شاهد از ۳۵ درصد به ۵۰ درصد و در گروه مداخله از ۴۵ درصد به ۱۰۰ درصد افزایش پیدا کرد. براساس نتایج مطالعه حاضر میانگین کیفیت زندگی گروه شاهد در دو مرحله پایان مداخله و یک ماه پس از انجام مداخله کم‌تر از گروه مداخله بود.

استنتاج: نتایج پژوهش نشان داد امید درمانی گروهی بر بهبود کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. زنان سالمند مبتلا به دیابت آموختند در رنج و درد ناشی از بیماری نیز می‌توانند معنای زندگی را دریابند. مفهوم امید در افراد سبب می‌گردد که وسعت نگرش آنان از شرایط سخت پر رنج کنونی گسترده‌تر گردد. افزایش امید منجر به برقراری شادمانی، آرامش، سازگاری با وضعیت کنونی، افزایش انرژی، معنی‌دار شدن و موفقیت در زندگی می‌شود. در نتیجه می‌توان امید درمانی گروهی را به منظور افزایش کیفیت زندگی در برنامه‌های مراقبتی روزانه سالمندان به ویژه زنان اجرا نمود.

شماره ثبت کار آزمایی بالینی: IRCT۲۰۲۴۰۱۳۰۰۶۰۸۵۷۷۱

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، امید، گروه درمانی، سالمند، دیابت

E-mail: y.jannati@mazums.ac.ir

E-mail: tyaghubi@mazums.ac.ir

مؤلف مسئول: یدالله جنتی - ساری: مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد

و طاهره یعقوبی - ساری: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، مرکز تحقیقات دیابت

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۲. استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۳. دانشیار، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

۴. استادیار، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری با گرایش اعتیاد، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

© تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۱۰/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۴۰۳/۱/۱۴

مقدمه

دیابت یک مشکل عمده در سلامتی افراد است که با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی به دلیل ترشح ناپایدار انسولین، مقاومت به انسولین یا هر دو مشخص می‌شود (۱). دیابت در جهان یکی از بیماری‌های مزمن پیش رونده می‌باشد. تا سال ۲۰۴۵ پیش‌بینی می‌شود ۷۰۰ میلیون بزرگ سال در سراسر جهان به دیابت مبتلا شوند. در سال ۲۰۲۱ شیوع جهانی دیابت در سنین ۲۰ تا ۷۹ سال ۱۰/۵ درصد (۵۳۶ میلیون نفر) تخمین زده شد و هزینه‌های بهداشتی مرتبط با آن بالغ بر ۹۶۶ میلیارد دلار برآورد شده بود و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۴۵ به ۱۰۵۴ میلیارد دلار برسد (۲). در کشور ایران حدود ۵ میلیون بزرگ سال مبتلا به دیابت زندگی می‌کنند و میزان شیوع دیابت نوع دو ۹/۶ درصد می‌باشد. باتوجه به روند افزایشی پیش‌بینی می‌گردد تا سال ۲۰۲۵ میلادی تعداد مبتلایان به دیابت نوع دو، ۲ برابر خواهد شد (۳). در سالمندی سیستم‌های مختلف بدن تحلیل می‌رود و این امر موجب کاهش توانایی حرکتی و عملکرد حافظه، کاهش استقلال و ناامیدی و افسردگی سالمند می‌شود (۴). در سال‌های اخیر همراه با افزایش رشد جمعیت سالمندان شیوع دیابت نوع ۲ نیز در آن‌ها افزایش یافته است (۵، ۳، ۱). سالمندان مبتلا به دیابت با چالش‌های متعددی نظیر بیماری‌های مزمن، افزایش وابستگی به مراقبت و افزایش حساسیت به هیپوگلیسمی مواجه می‌باشند که همه این عوامل بر پیچیدگی مدیریت در این گروه سنی می‌افزاید (۶، ۷). در ایران بیماری دیابت در ردیف پنجم بیماری‌های مزمن شایع در سالمندان محسوب می‌گردد (۸). که در بزرگسالان ۲۵ تا ۷۰ ساله شیوع دیابت ۱۱/۹ درصد گزارش شد و برآورد می‌شود در سال ۲۰۳۰ حدود ۹/۲ میلیون ایرانی به دیابت دچار خواهند شد و در استان مازندران یکی از بیماری‌های غیرواگیر شایع دیابت می‌باشد (۹، ۱). در دنیا مرگ به دلیل بیماری دیابت روند رو به رشدی دارد که موجب کاهش امید به زندگی در جامعه می‌شود. در بررسی پنج ساله اپیدمیولوژی و روند مرگ به دلیل دیابت در

ایران نشان می‌دهد ۲۷ هزار و ۴۱۸ مورد فوت به علت دیابت بوده است و در این میان ۵۴/۹ درصد آن مربوط به زنان است که این امر موجب کاهش امید به زندگی در آن‌ها می‌شود (۱۰). بیماری دیابت کارکردهای جسمانی را تغییر می‌دهد و در نهایت با تغییر ساختارهای روانی افراد باعث کاهش عملکرد سلامت روان بیماران می‌شود (۱۱). به عبارتی این بیماری همه‌ی جنبه‌های زندگی روزمره فرد را مختل می‌کند و از کیفیت زندگی وی می‌کاهد (۱۲، ۵، ۱۳). کیفیت زندگی بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت به درک افراد از موقعیت خود در زندگی اطلاق می‌شود؛ سازمان مذکور می‌افزاید این ادراک متأثر از بافت فرهنگی، سیستم ارزشی حاکم، استانداردها، اهداف، انتظارات و سلايق افراد می‌باشد (۱۴). در حال حاضر یکی از مسائل اصلی و عمده مطرح در حوزه سلامت کیفیت زندگی می‌باشد (۱۵، ۱۶). از آنجایی که سالمندان دیابتی به مشکلات متعددی دچار می‌شوند و این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود که در نتیجه این مسئله می‌تواند پیامدهایی مانند افزایش ابتلا به بیماری‌های مزمن جسمی و روانی، کاهش ارتباطات اجتماعی، احساس تنهایی و انزوا، کاهش استقلال فردی، ناتوانی‌های جسمی و روانی متعدد، افزایش احتمال اسکان در مراکز سالمندی، تحمیل هزینه زیاد به فرد، خانواده و جامعه را به دنبال داشته باشد؛ لذا تلاش در جهت ارتقاء آن لازم و ضروری است (۲۲-۱۷). ارتقاء کیفیت زندگی در این دوره می‌تواند موجب خود اتکایی، بهبود وضعیت سازگاری شناختی، افزایش موفقیت‌ها، احساس بهبود در وضعیت جسمانی، بهبود روابط اجتماعی حمایت گرانه و در نهایت ارتقاء سطح سلامت روانی و جسمانی سالمند گردد (۲۳). به علاوه، بسیاری از هزینه‌های درمانی و خدماتی را کاهش دهد (۲۴).

سالمندان در مقایسه با سایر دوره‌های سنی، با توجه به شرایط جسمی و روانی امید کم‌تری را تجربه می‌کنند (۲۵). مسئله نسبتاً جدیدی که امروزه در خصوص کیفیت زندگی مطرح می‌شود، امیدواری است. زیرا امیدواری

مواد و روش‌ها

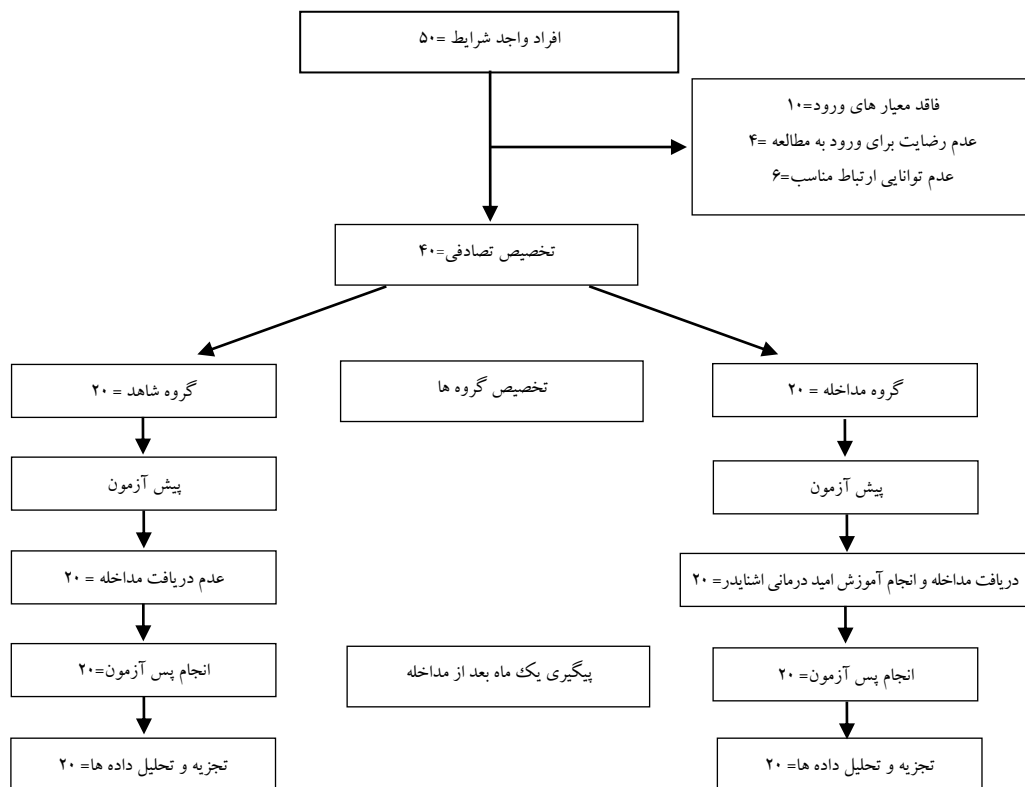
مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شاهد دار تصادفی شده با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون- پیگیری با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل تمام زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت مرکز آموزشی درمانی بیمارستان امام خمینی ساری در سال ۱۴۰۲ بود. با توجه به مطالعه قاضی و همکاران میانگین و انحراف معیار گروه مداخله و شاهد به ترتیب 87.26 ± 8.06 و 73.73 ± 9.13 و با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری (α) ۵ درصدی و توان آزمون $(1-\beta)$ ۹۵ درصدی و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصدی، طبق فرمول زیر برای گروه مداخله و شاهد ۱۴ نمونه تعیین گردید که با توجه به نظر مشاور آمار ۲۰ نفر در هر گروه وارد مطالعه شدند (فلوچارت شماره ۱) (۴۰).

$$n = \frac{(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2 * (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 1.64)^2 * (8.06^2 + 9.13^2)}{(87.26 - 73.73)^2} \approx 11$$

معیار ورود شامل جنس زن، سن بالای ۶۰ سال، ابتلا قطعی به دیابت نوع ۲، گذشت حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری، عدم پیامد جسمی مرتبط با بیماری دیابت نظیر، آمپوتاسیون، نارسایی کلیوی، نابینایی، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان، عدم ابتلا به مشکلات شناختی با کسب نمره ۷ و بالاتر در آزمون (AMT)، توانایی برقراری ارتباط، کسب نمره ۱۵-۴۵ (در مقیاس ۱۵-۷۵) از ابزار کیفیت زندگی بیماران دیابتی توماس و معیارهای خروج از مطالعه شامل، بروز اختلال شناختی در طول مطالعه، ناتوانی جهت شرکت در جلسات، غیبت حداکثر دو جلسه، عدم دسترسی به نمونه‌ها در مراحل پیگیری وضعیت کیفیت زندگی، ابتلا به بیماری حاد جدی جسمانی یا روحی- روانی و فوت سالمند و بستری شدن در طول

می‌تواند روند رویارویی با ناملایمات زندگی را آسان و ابعاد کیفیت زندگی را بهبود بخشد (۲۶). امید درمانی بر اساس نظریه امید شنایدر و همکاران بنا شده و مبتنی بر رویکرد روانشناسی مثبت‌گرا می‌باشد (۲۷). در این نوع درمان به جای تمرکز بر ضعف‌های انسان، توانمندی‌های او مورد توجه قرار می‌گیرد (۲۸). براساس نظریه شنایدر، امید از سه مؤلفه اصلی هدف، عامل یا کارگزار و گذرگاه تشکیل شده است (۲۹). افراد امیدوار عامل و گذرگاه‌های بیش‌تری برای دنبال کردن اهداف خود دارند، وقتی با مانع برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۳۰). امید درمانی به دو صورت فردی و گروهی انجام می‌شود. در امید درمانی گروهی، فرد با افراد مشابه خود در گروه آشنا می‌شود که ضمن افزایش مهارت‌های اجتماعی، اعتماد به نفس بیش‌تری در جهت مبارزه با بیماری پیدا می‌کنند (۳۱). در واقع امید درمانی نوعی رویکرد روان درمانی است که با استفاده از مفاهیمی چون، داشتن هدف در زندگی، برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف و متناسب بودن برنامه‌ها براساس توانایی افراد باعث می‌شود، عوامل مثبتی نظیر احساس رضایت از زندگی و بهزستی در بیماران افزایش پیدا کند (۱۱).

مطالعاتی که به بررسی تاثیر امید درمانی بر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمنی چون سرطان، دیابت، مولتیپل اسکلروزیس، نارسایی مزمن کلیه و ناتوانی جسمی و حرکتی پرداخته نشان داد که امید درمانی باعث افزایش میزان شادکامی، افزایش سرمایه روانشناختی، ارتقاء امید به زندگی و سلامت عمومی، افزایش کیفیت زندگی، بهبود سلامت جسمی سالمندان، کاهش افسردگی و اضطراب سالمندان، افزایش خود مراقبتی و خودکارآمدی در افراد می‌شود (۳۲-۳۹، ۴). با در نظر گرفتن تاثیر امید درمانی در افزایش کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت و بهبود سلامت روان آن‌ها این مطالعه با هدف تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر ساری طراحی و اجرا شد.



فلوجارت شماره ۱: فرآیند نمونه گیری

نحوه انجام مطالعه، کسب رضایت نامه کتبی آگاهانه افراد واجد شرایط را انتخاب نمود، سپس پرسشنامه ها در هر دو گروه تکمیل شد و گروه شاهد به مدت ۴ هفته خدمات روتین مرکز را دریافت نمود و گروه مداخله (دو گروه ده نفره) ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای ۲ جلسه با فاصله دو روز) تحت نظر مجری اول طرح (دانشجو کارشناسی ارشد روانپرستاری آموزش دیده در زمینه امید درمانی) برنامه امید درمانی را که براساس پروتکل اشنایدر (۱۹۹۹) طراحی شده بود دریافت نمودند (جدول شماره ۱) (۴۱). در مورد نحوه پیگیری (بعد از یک ماه) نیز توضیحاتی ارائه شد. آزمودنی ها بعد از اتمام جلسه مجددا پرسشنامه ها را تکمیل کردند. هم چنین بعد از گذشت یک ماه پرسشنامه ها مجددا در اختیار هر دو گروه جهت اجرای مرحله پیگیری قرار گرفت. جلسات مداخله در درمانگاه دیابت مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی شهر ساری توسط

مطالعه بود. پژوهشگر پس از اخذ کد اخلاق (IR.MAZUMS..REC.1402.301)، کد کار آزمایی بالینی (IRCT20240130060857N1) و اخذ مجوز از معاونت پژوهشی به درمانگاه دیابت مرکز آموزشی و درمانی امام خمینی شهر ساری مراجعه و پس از هماهنگی با مسئول درمانگاه، فهرست اسامی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو تحت درمان را تهیه نمود. با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۴۰ زن سالمند مبتلا به دیابت به صورت در دسترس جهت شرکت در پژوهش انتخاب شدند. تخصیص نمونه ها به دو گروه مداخله و شاهد به روش بلوک تصادفی بود. سپس از طریق نرم افزار آماری 2 random allocation نمونه ها به صورت تصادفی سازی در ۱۰ بلوک ۴ نفره قرار گرفتند. شماره بیمار و نام گروه در پاکت قرار داده شد و بر حسب ورود پاکت را باز کرده و نوع گروه مشخص گردید. در ابتدای مطالعه پژوهشگر ضمن بیان اهداف و

نویسنده اول از اواخر مرداد ماه تا اواخر مهر ماه سال ۱۴۰۲ و به صورت گروهی برگزار شد و بعد از گذشت یک ماه در نیمه دوم مهر ۱۴۰۲ پیگیری و اجرای مجدد پرسشنامه‌ها انجام شد.

جدول شماره ۱: آموزش امید درمانی گروهی

شماره جلسات	محتوا جلسات
جلسه اول	ابتدا پرسشنامه‌ها (مشخصات جمعیت شناختی و کیفیت زندگی) توسط سالمندان زن تکمیل شد. سپس اهداف برنامه آموزشی و زمان بندی آن جهت شرکت کنندگان توضیح داده شد.
جلسه دوم	به تبیین چگونگی رشد امید و ضرورت وجود آن و تاثیر آن بر تابمندی و انفرادی و احساس پوچی می پردازد.
جلسه سوم	هریک از مراجعان داستان زندگی خود را تعریف می کنند. هدف از این جلسه این است که به اعضا در یافتن امید کمک گردد.
جلسه چهارم	به تبیین این داستان ها بر اساس سه مولفه ی اصلی نظریه امید و قالب بندی مجدد داستان ها می پردازد. ضمن این که سعی می شود تا مواردی از امید و موفقیت های گذشته اعضا به منظور عامل و گذرگاه های این موفقیت ها شناسایی شود.
جلسه پنجم	مطرح کردن فهرستی از اتفاقات جاری و ابعاد مهم زندگی و میزان رضایت افراد از هر یک از این اتفاقات مشخص می شود.
جلسه ششم	افراد به انتخاب اهداف مناسب و مطرح کردن ویژگیهای اهداف مناسب ترغیب می شوند و هدف در این جلسه و دو جلسه قبل، امید افزایی در اعضاست و کمک می شود تا اعضا پس از پایان یافتن امید به افزایش آن پردازند.
جلسه هفتم	ویژگی های گذرگاه های مناسب مطرح می شود و از افراد خواسته می شود برای رسیدن به اهداف تعیین شده راهکارهای مناسب انتخاب کنند و به آنها آموزش داده می شود که گذرگاهها را به مجموعه ای از گام های کوچک بشکنند و گذرگاه های جانشین تعیین کنند. در این جلسه هدف حفظ و بقای امید در اعضای گروه می باشد.
جلسه هشتم	راهکارهایی برای ایجاد و حفظ عامل مطرح می شود و از افراد خواسته می شود تا به خود گویی های مثبت و تصور ذهنی پردازند. بررسی اثر مداخله امید درمانی بر کیفیت زندگی اعضای گروه نیز جزء اهداف این جلسه می باشد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری و بدون هیچ گونه تاثیری در برنامه درمانی آنان می باشد. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. در رابطه با محرمانه بودن اطلاعات به آنان اطمینان خاطر داده شد. اعضای گروه مداخله و شاهد، اجازه خروج از پژوهش در هر مرحله ای را داشتند. به اعضای گروه شاهد اطمینان داده شد که در صورت تمایل، جلسات آموزشی امید درمانی جهت آنان ارائه خواهد شد. هم چنین برای اطمینان از عدم آشنایی و اشتراک گذاری اطلاعات بین شرکت کنندگان دو گروه، سعی شد انتخاب شرکت کنندگان دو گروه به گونه ای باشد که اعضا با هم آشنایی قبلی نداشته باشند و هم چنین با دعوت شرکت کنندگان دو گروه در روزهای متفاوت برای

تکمیل پرسشنامه‌ها، از برخورد و آشنایی آن‌ها در طی مطالعه جلوگیری شود. کلیه مدارک و پرسشنامه‌ها و سوابق محرمانه، تنها در اختیار مجریان بود. رضایت نامه کتبی آگاهانه از همه داوطلبان اخذ گردید. داده‌ها به دو روش توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای داده‌های کیفی از آزمون کای دو و برای داده‌های کمی از آزمون پارامتریک تی مستقل و غیر پارامتریک من ویتنی، فریدمن و GEE استفاده شد. فرضیه نرمال بودن متغیر وابسته با استفاده از آزمون‌های شاپروویلیک و کولمگروف اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۱۶ انجام شد و ملاک قضاوت سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل، چک لیست مشخصات دموگرافیک (سن، وضعیت تاهل، شغل و ...)، پرسشنامه کیفیت زندگی توماس و پرسشنامه وضعیت شناختی (Abbreviated Mental Test:AMT) بود.

در چک لیست مشخصات دموگرافیک، متغیرهای سن، وضعیت تاهل، شغل، تحصیلات، ابتلا به دیابت نوع دو بیش از یک سال، همراهان زندگی، تعداد فرزندان، دفعات ارتباط با فرزندان، وضعیت درآمد، تعداد داروهای مصرفی، وقوع بحران، اعتقادات مذهبی و نوع منزل مسکونی جمع آوری گردید.

پرسشنامه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی توماس (Diabetes Quality of Life measure:DQOL) دارای ۱۵ سؤال بوده و هدف آن ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ است. طیف، پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که برای سؤالات ۳، ۴، ۷، ۹، ۱۰، ۱۲، ۱۳، به صورت معکوس نمره داده می شوند. گزینه‌های همیشه (نمره ۵)، بیش تر اوقات (نمره ۴)، گاهی اوقات (نمره ۳)، به ندرت (نمره ۲) و هیچ وقت (نمره ۱) برای آن‌ها گذاشته می شود. برای سؤالات ۱، ۲، ۶، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۵ امتیازدهی به این ترتیب می باشد که گزینه‌های کاملاً راضی (نمره ۵)، راضی (نمره ۴)، بعضی مواقع (نمره ۳)،

ناراضی (نمره ۲)، کاملاً ناراضی (نمره ۱) به خود اختصاص می‌دهند که تحلیل آن به این صورت است که نمره بین ۱۵ تا ۳۰، نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین و نمره‌ی بین ۳۰ تا ۴۵، کیفیت زندگی متوسط و نمره‌ی بالاتر از ۴۵، کیفیت زندگی بالاتر است. در پژوهش پاک‌پور و همکاران (۲۰۱۲)، روایی محتوایی و روایی ثبات درونی این پرسشنامه بر روی ۵۰۳ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از ۹ کلینیک دیابت در چندین شهر ایران انتخاب شدند، سنجیده شد و با ضریب آلفای کرونباخ بیش‌تر از ۰/۷۰ مورد تأیید قرار گرفت (۴۲). پرسشنامه کوتاه وضعیت شناختی (AMT) شامل ده سوال می‌باشد. این ابزار دارای سرعت بالای ارزیابی شناخت، در سالمند بی‌سواد می‌باشد. به هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می‌شود. نقطه برش ایده‌آل برای آن نمره ۷ بوده و نمونه‌ها در صورت کسب نمره ۷ و بالاتر وارد مطالعه شدند، پایایی درونی به وسیله ضریب الفای کرونباخ ۰/۷۶ و ضریب همبستگی درونی آن ۰/۸۹ می‌باشد. ترجمه، روایی و پایایی آن در ایران توسط فروغان (۱۳۸۶) انجام شده است، حساسیت ابزار ۸۵ درصد و ویژگی آن ۹۹ درصد تعیین شده است (۴۳).

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۰ زن سالمند مبتلا به دیابت نوع دو شرکت کردند. میانگین و انحراف معیار سن و تعداد فرزندان شرکت‌کنندگان به ترتیب $62/98 \pm 10/07$ و $4/85 \pm 2/40$ بود. ۷۳/۷ درصد از سالمندان روزانه با فرزندان خود در ارتباط بودند، درآمد ۵۷/۵ درصد از آن‌ها برابر با هزینه‌های زندگی بود، ۶۲/۵ درصد از آن‌ها بیش از ۵ دارو استفاده می‌کردند، ۷۵/۰ درصد از سالمندان سوگواری را تجربه کردند و ۹۵/۰ درصد اعتقادات مذهبی داشتند (جدول شماره ۲). از نظر سطح کیفیت زندگی، در گروه شاهد و در زمان‌های قبل مداخله ۳۵ درصد، در زمان بعد از مداخله

۴۵ درصد و در یک ماه پس از مداخله ۵۰ درصد در سطح بالا قرار داشتند. در گروه مداخله نیز درصد سطح کیفیت زندگی بالا در سه زمان به ترتیب ۴۵، ۱۰۰ و ۱۰۰ مشاهده گردید. در هر دو گروه مابقی افراد در سطح کیفیت زندگی متوسط قرار داشتند و هیچ یک از سالمندان دارای سطح پایین کیفیت زندگی نبود. در جدول شماره ۳ نمره کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲ دو گروه در زمان‌های مختلف گزارش و مقایسه گردید. در زمان قبل از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P=0/472$)، اما در زمان‌های بعد مداخله و یک ماه پس از مداخله بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($P<0/001$) و همان‌طور که مشاهده می‌گردد نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله بیش‌تر از گروه شاهد بود. هم‌چنین مقایسه نمره کیفیت زندگی در زمان‌های اندازه‌گیری شده برای زنان سالمند به تفکیک گروه‌ها صورت گرفت. نتایج آزمون فریدمن در هر دو گروه نشان داد، سه زمان اندازه‌گیری دارای اختلاف معنی‌داری بودند ($P<0/001$). زمان‌ها به صورت دو به دو از نظر نمره کیفیت زندگی مقایسه گردیدند. نتایج نشان داد در هر دو گروه مداخله و شاهد، دو زمان، بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله از نظر کیفیت زندگی دارای اختلاف معنی‌داری با زمان قبل از مداخله بودند، اما نمره کیفیت زندگی بلافاصله بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله دارای تفاوت معنی‌دار نبودند.

در جدول شماره ۴، نمره کیفیت زندگی زنان سالمند در طول زمان با استفاده از مدل GEE مورد بررسی قرار گرفت. گروه و زمان دارای اثر معنادار بر نمره کیفیت زندگی بودند. نمره کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع ۲ در گروه مداخله $9/78$ واحد بیش‌تر از گروه شاهد بود. هم‌چنین نمره کیفیت زندگی در زمان‌های بعد مداخله و یک ماه بعد مداخله به ترتیب $8/45$ و $8/3$ واحد بیش‌تر از زمان قبل مداخله بود.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. نتایج مطالعه نشان داد، امید درمانی گروهی سبب بهبود معنی دار کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت بعد از مداخله شده است. در پیگیری انجام شده در یک ماه پس از آموزش نیز کیفیت زندگی در زنان سالمند مبتلا به دیابت در گروه مداخله (گروه تحت آموزش امید درمانی گروهی)، بالا بود. با مروری بر متون بررسی تاثیر امید درمانی بر کیفیت زندگی زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو یافت نشد.

اما نتایج مطالعه پیروی و همکاران در زنان میانسال مبتلا به دیابت شهر تهران، عظیمیان و همکاران در بیماران مبتلا به ملتیپل اسکلوئزیس و مراقبان خانوادگی آنها در شهر تهران، جلالی و همکاران در سالمندان شهر کاشان، این ارتباط را نشان داده‌اند، بدین معنی که امید درمانی گروهی موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (۴۴، ۳۶، ۱۵).

پیروی و همکاران در پژوهشی نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گواه به مقایسه اثربخشی امید درمانی و معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و شاخص‌های زیستی زنان مبتلا به دیابت پرداختند. جامعه آماری و نمونه پژوهش شامل تمامی زنان مبتلا به دیابت (۴۵ نفر) شهر تهران بودند. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی بالینی دیابتی، آزمایش خون جهت اندازه‌گیری قندخون ناشتا و اندازه‌گیری فشار خون بود. هم‌چنین مداخلات درمانی ارائه شده شامل امید درمانی آشنایدر و معنویت درمانی ریچارد و همکاران بود. هر دو مداخله توسط فرد ثابت (دانشجو دکتری روانشناسی سلامت) طی ۸ جلسه و هر کدام به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه شاهد برگزار شد و به مدت ۲ ماه به طول انجامید. نتایج نشان داد هر دو درمان در مراحل پس‌آزمون تغییرات معنی‌داری در کیفیت زندگی زنان میانسال مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد و هم‌چنین بین اثربخشی

جدول شماره ۲: اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان (تعداد=۴۰)

متغیر	مداخله (تعداد (درصد))	شاهد (تعداد (درصد))	کل (تعداد (درصد))	سطح معنی‌داری
وضعیت تاهل				
مجرد	۱۵ (۳۷.۵)	۲۵ (۶۲.۵)	۴۰ (۱۰۰)	۰/۹۹۹*
متاهل	۱۵ (۳۷.۵)	۳۰ (۷۵)	۴۵ (۱۱۲.۵)	
بیوه	۴ (۱۰)	۸ (۲۰)	۱۲ (۳۰)	
شغل				
بازنشسته	۶ (۱۵)	۱۲ (۳۰)	۱۸ (۴۵)	۰/۹۹۹*
خانه دار	۱۴ (۳۵)	۲۷ (۶۷.۵)	۴۱ (۱۰۲.۵)	
آزاد	۰	۱ (۲.۵)	۱ (۲.۵)	
تحصیلات				
پسود	۶ (۱۵)	۱۶ (۴۰)	۲۲ (۵۵)	۰/۱۵۸*
ابتدایی	۷ (۱۷.۵)	۱۱ (۲۷.۵)	۱۸ (۴۵)	
دپلم	۶ (۱۵)	۸ (۲۰)	۱۴ (۳۵)	
دانشگاهی	۱ (۲.۵)	۵ (۱۲.۵)	۶ (۱۵)	
همراهان زندگی				
همسر	۶ (۱۵)	۱۷ (۴۲.۵)	۲۳ (۵۷.۵)	۰/۱۴۴*
فرزند	۵ (۱۲.۵)	۶ (۱۵)	۱۱ (۲۷.۵)	
همسر و فرزند	۷ (۱۷.۵)	۱۱ (۲۷.۵)	۱۸ (۴۵)	
تنها	۲ (۵)	۶ (۱۵)	۸ (۲۰)	
ارتباط با فرزند				
روزانه	۱۵ (۳۷.۵)	۲۸ (۷۰)	۴۳ (۱۰۷.۵)	۰/۷۱۴*
هفتگی	۴ (۱۰)	۹ (۲۲.۵)	۱۳ (۳۲.۵)	
فصلی	۰ (۰)	۱ (۲.۵)	۱ (۲.۵)	
درآمد				
کم تر از هزینه های زندگی	۹ (۲۲.۵)	۱۷ (۴۲.۵)	۲۶ (۶۵)	۰/۸۴۹*
برابر یا هزینه های زندگی	۱۱ (۲۷.۵)	۲۳ (۵۷.۵)	۳۴ (۸۵)	
داروهای مصرفی				
کم تر از ۵ دارو	۱۰ (۲۵)	۱۵ (۳۷.۵)	۲۵ (۶۲.۵)	۰/۱۰۲*
بیش تر از ۵ دارو	۱۰ (۲۵)	۲۵ (۶۲.۵)	۳۵ (۸۷.۵)	
بحران				
جراحی	۶ (۱۵)	۱۰ (۲۵)	۱۶ (۴۰)	۰/۴۶۵*
سوگاری	۱۴ (۳۵)	۳۰ (۷۵)	۴۴ (۱۱۰)	
متزل مسکونی				
اجاره ای	۴ (۱۰)	۴ (۱۰)	۸ (۲۰)	۰/۱۰۶*
مالک	۱۶ (۴۰)	۳۶ (۹۰)	۵۲ (۱۳۰)	
اعتقادات مذهبی				
دارد	۱۸ (۴۵)	۳۸ (۹۵)	۵۶ (۱۴۰)	۰/۴۸۷*
ندارد	۲ (۵)	۲ (۵)	۴ (۱۰)	
سن (اتحراف معیار بختیاری)	۶۴/۵۵±۴/۱۰	۶۱/۴۰±۱۳/۶۴	۶۲/۹۸±۱۰/۷	۰/۳۲۹+
تعداد فرزند (اتحراف معیار بختیاری)	۴/۴۵±۲/۱۴	۵/۲۶±۲/۶۴	۴/۸۵±۲/۴۰	۰/۲۹۷+

*: آزمون کای دو +: آزمون تی مستقل

جدول شماره ۳: نمره کیفیت زندگی به تفکیک گروه و زمان

اندازه‌گیری

زمان	مداخله	شاهد	سطح معنی‌داری
قبل از مداخله	۴۵/۱۵±۶/۲۰	۴۳/۷۰±۴/۸۸	۰/۴۷۲
بعد از مداخله	۵۹/۵۵±۲/۸۴	۴۵/۹۰±۳/۶۹	<۰/۰۰۱
بعد از یک ماه	۶۰/۰۰±۲/۷۱	۴۵/۷۵±۳/۷۵	<۰/۰۰۱
سطح معنی‌داری +	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	-

*: آزمون من ویتنی +: آزمون فریدمن

جدول شماره ۴: مقایسه نمره کیفیت زندگی گروه مداخله و شاهد

در طول زمان با استفاده از مدل GEE

متغیر	ضریب رگرسیونی	اتحراف استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	سطح معنی‌داری
گروه				
مداخله	۹/۷۸	۱/۱۹	۷/۴۴، ۱۲/۱۲	<۰/۰۰۱
شاهد	-			
زمان				
قبل از مداخله	-			
بعد از مداخله	۸/۳۰	۱/۰۸	۶/۱۷، ۱۰/۴۳	<۰/۰۰۱
یک ماه بعد	۸/۴۵	۱/۱۳	۶/۲۳، ۱۰/۶۷	<۰/۰۰۱

معنویت درمانی و امید درمانی در بهبود کیفیت زندگی بیماران تفاوت معناداری وجود داشت ($P=0/048$) و تأثیر امید درمانی بیش تر از معنویت درمانی گزارش شد (۳۶).

عظیمیان و همکاران پژوهشی با عنوان اثر بخشی آموزش امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی و معنای زندگی بیماران مبتلا به MS و مراقبین خانوادگی آن ها انجام دادند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه معنا زندگی استگر (MLQ)، مقیاس تأثیر مولتیل اسکالروزیس (MSIS-29) و پرسشنامه کیفیت زندگی ایرانی (IRQOL) بود. آموزش امید درمانی گروهی نیز بر اساس پروتکل چیونز و همکاران برای گروه های مداخله طی ۸ جلسه ۲ ساعته در ۴ هفته توسط روانشناس متخصص تیم پژوهشی، امید درمانی انجام شد. نتیجه این پژوهش حاکی از آن بود که امید درمانی گروهی به طور معنی داری باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبین بیماران در گروه آزمایش شد، اما برای بیماران گروه آزمایش افزایش معناداری مشاهده نشد. و میانگین نمره معنای زندگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد بهبود یافته بود (۴۴). در پژوهشی جلالی و همکاران به بررسی اثر امید درمانی گروهی بر کیفیت زندگی سالمندان پرداختند. نمونه پژوهش ۵۶ نفر از سالمندان مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت شهر کاشان بودند. افراد گروه مداخله (۲۸ نفر) ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (هفته ای دو جلسه با فاصله حداقل دو روز) برنامه امید درمانی را که بر اساس پروتکل اشنايدر (۱۹۹۹) طراحی شده بود توسط فرد آموزش دیده نویسنده اول (دانشجو کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی) اجرا گردید. نتیجه مطالعه نشان داد امید درمانی گروهی به طور معناداری موجب بهبود کیفیت زندگی کلی سالمندان در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله شد (۱۵).

چان و همکاران مطالعه ای با هدف بررسی تأثیر مداخله کوتاه مدت امید در افراد مبتلا به سرطان انجام دادند. مداخله در ۴ جلسه، دو جلسه (یک ساعته)

حضور و دو جلسه پیگیری تلفنی (سی دقیقه) انجام شد و نتایج حاصل نشان داد پیشرفت قابل توجهی در تمامی ابعاد مقیاس ارزیابی علائم خاطره دیده شد و از طرفی در نمرات امید و افسردگی تغییرات کمی دیده شد. هم چنین بیان شد مداخله کوتاه امید می تواند اثرات مفید جسمی و روانی در بیماران سرطانی داشته شد (۴۵).

صابری و همکاران در پژوهشی به بررسی تأثیر امید درمانی گروهی بر روحیه سالمندان با استفاده از پرسشنامه سنجش روحیه مرکز سالمند شناسی فیلا دلفیا پرداختند. در این پژوهش امید درمانی مبتنی بر نظریه اشنايدر طی ۸ جلسه، هفته ای یک بار و هر جلسه ۹۰ دقیقه انجام شد. نتایج نشان داد که امید درمانی گروهی به صورت معنی داری موجب افزایش روحیه سالمندان گروه مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری یک ماهه شد (۲۶).

نیکبختان اصفهانی و همکاران پژوهشی با عنوان تأثیر امید درمانی گروهی بر خود کارآمدی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک انجام دادند. در این مطالعه امید درمانی مبتنی بر نظریه اشنايدر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای دو بار در هفته برگزار شد و نتایج نشان داد امید درمانی گروهی موجب افزایش خود کارآمدی در حوزه های اجتماعی، عاطفی، رژیم غذایی، فعالیت بدنی و تجویز دارو شد، اما تأثیری بر مولفه خود کارآمدی آموزشی و اندازه گیری قند خون نداشت و در پیگیری دو ماهه نیز پایدار گزارش شد (۴۶).

در راستای تأکید بر اثر بخشی امید درمانی می توان استنباط نمود که مفهوم امید در افراد سبب می گردد که وسعت نگرش آنان از شرایط سخت پر رنج کنونی گسترده تر گردد. افزایش امید منجر به برقراری شادمانی، آرامش، سازگاری با وضعیت کنونی، افزایش انرژی، معنادار شدن و موفقیت در زندگی می شود (۳۱). همچنان که در پژوهش حاضر زنان سالمند مبتلا به دیابت آموختند در رنج و درد ناشی از بیماری نیز می توانند معنای زندگی را دریابند. امید درمانی نوعی روان درمانی است و به فرد کمک می کند تا باور کند که مسئولیت

زندگی برعهده او بوده و باید با در دست گرفتن امور، شرایط بهتری را برای خود فراهم کند و سبک زندگی سالمی داشته و برای بهبود زندگی خود، تغذیه خود را اصلاح نمایند، ورزش کنند و در مورد احساسات خود به گفت و گو پردازند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت با توجه به محدودیت زمانی مربوط به نگارش پایان نامه ارزیابی کیفیت زندگی بلافاصله پس از مداخله امید درمانی و یک ماه پس از مداخله انجام شد. بهتر بود ارزیابی کیفیت زندگی در فواصل زمانی ۳ و ۶ ماه بعد از مداخله امید درمانی انجام می‌شد.

با توجه به این که پژوهش بر روی جامعه زنان سالمند مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است، پیشنهاد می‌شود در جامعه‌های دیگر نیز انجام شود و نتایج حاصله با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. و با نظر به این که پژوهش حاضر یک پژوهش کمی است، پیشنهاد

می‌شود پژوهش کیفی در این زمینه انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در مراکز مراقبت روزانه سالمندان و درمانگاه دیابت به عنوان یک روش غیردارویی و مقرون به صرفه در جهت افزایش کیفیت زندگی و کاهش عوارض ناشی از دیابت نوع دو، استفاده شود.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از طرح تحقیقاتی (پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری) با کد (IR.MAZUMS.REC.1402.301) و کد IRCT20240130060857N1 می‌باشد. نویسندگان از معاونت فناوری و تحقیقات بابت حمایت مالی طرح تحقیقاتی و مسئول درمانگاه دیابت مرکز آموزشی درمانی امام خمینی شهر ساری و سالمندان که در انجام پژوهش مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1. Mirzaei M, Rahmaninan M, Mirzaei M, Nadjarzadeh A, Dehghani Tafti AA. Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd health study. BMC Public Health 2020; 20(1): 166.
2. The statistical Facts of Diabetes in 2022 (Why is diabetes statistics increasing and becoming the fastest growing chronic disease?). J Diabetes Nurs 2022; 10(2): 1886-1888.
3. Epakchipoor F, Bastani F, Pashaei Sabet F. Self-management and Medication Adherence in Older Adults with Type II Diabetes Referring to the Endocrinology Clinics of the Teaching Hospital Affiliated to Iran University of Medical Sciences (2019). Iran Journal of Nursing 2021; 34(129): 1-14.
4. Ghazi Mohseni M, Soleimanian AA, Heidarnia A. Examining the effectiveness of hope-based group training on improving the quality of life of the elderly people. Salmand: Iranian Journal of Ageing 2016; 11(2): 300-309.
5. Mohammadi B, Ilali E, Taraghi Z, Moosazadeh M. The analysis of relationship between Fear of falls with Depression in Aged diabetic. Journal of Gerontology 2019; 3(4): 9-20.
6. Palamenghi L, Carlucci MM, Graffigna G. Measuring the Quality of Life in Diabetic Patients: A Scoping Review. J Diabetes Res 2020; 2020: 5419298.
7. Bellary S, Kyrou I, Brown JE, Bailey CJ. Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. Nat Rev Endocrinol 2021; 17(9): 534-548.

8. Mohaqeqi Kamal SH, Basakha M. Prevalence of chronic diseases among the older adults in Iran: Does socioeconomic status matter? *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2022; 16(4): 468-481 (Persian).
9. Nasehi MM, Moosazadeh M, Âmiresmaeili M, parsaei M, Zakizadeh R, Mirzajani M. Prevalence of Five Main Risk Factors of Non-Communicable Diseases in Mazandaran Province: A Population Based Study. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2012; 21(86): 193-202 (Persian).
10. Jafarvand E, Ataey A, Edalati S. Epidemiology and Death Trends Due to Diabetes in Iran. *Internal Medicine Today* 2021; 27(2): 198-213 (Persian).
11. Peyravi M, Nasli Esfehiani E, Tahmooreesi N, Moghimbeigi A. Comparison of The Effectiveness of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Quality of Life and Biological Indicators in Women with Diabetes. *Journal of Applied Psychology* 2022; 16(2): 200-183 (Persian).
12. Nasri M, Nasri M. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Cognitive Flexibility, Emotion Regulation and Hb Factor in Patients with Type 2 Diabetes. *Psychological Achievements* 2017; 24(2): 81-100 (Persian).
13. Jing X, Chen J, Dong Y, Han D, Zhao H, Wang X, et al. Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 2018; 16(1): 189.
14. Bredemeier J, Wagner GP, Agranonik M, Perez TS, Fleck MP. The World Health Organization Quality of Life instrument for people with intellectual and physical disabilities (WHOQOL-Dis): evidence of validity of the Brazilian version. *BMC Public Health* 2014; 14: 538.
15. Jalali G, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K. Investigation the effect of group hope therapy on quality of life in elderly. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing* 2020; 8(2): 104-115 (Persian).
16. Zareei Mahmoodabadi H, Nourian M, Javadian SR, Fallah Tafti E. The Effectiveness of Hope Therapy on Improving the Elderly Quality of Life. *Journal of Social Behavior and Community Health* 2019; 3(1): 360-368.
17. Kwon P, Birrueta M, Faust E, Brown ER. The role of hope in preventive interventions. *Social and Personality Psychology Compass* 2015; 9(12): 696-704.
18. Rezaeipandari H, Yoshani N, Rahaei Z, Amighi F. Is Life Expectancy Associated with Depression in the Elderly? *Elderly Health Journal* 2017; 3(2): 87-93.
19. Matsuka AK. Ethnic/racial minority older adults and recovery: Integrating stories of resilience and hope in social work. *British Journal of Social Work* 2015; 45(suppl_1): i135-i52.
20. Hesamzadeh A, Maddah SB, Mohammadi F, Fallahi Khoshknab M, Rahgozar M. Comparison of Elderly's "Quality of Life" Living at Homes and in Private or Public Nursing Homes. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2010; 4(4). (Persian).
21. Nodehi Moghadam A, Rashid N, Hosseini Ajdad Niaki SJ, Hosseinzadeh S. Evaluation of Quality of Life and its Related Factors in Elderly in Mashhad in 1396. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2019; 14(3): 310-319 (Persian).
22. Rahimi A, Anosheh M, Ahmadi F, Foroughan M. Exploring the Nature of the Elderly People Life Style: A Grounded Theory. *Salmand: Iranian Journal of Ageing* 2016; 10(4): 112-131 (Persian).

23. Taheri N, Fereydouni moghaddam M, Cheraghian B, Hekmati pour N, Hojjati H. Factors affecting quality of life among elderly living in nursing homes. *Journal of Geriatric Nursing* 2015; 2(1): 50-61.
24. Yoosefi A, Rafieinia P, Sabahi P. the effectiveness of hope therapy on the quality of life of spouses veterans suffering from post traumatic stress disorder. *Clinical Psychology* 2016; 8(1): 1-10.
25. Júnior J, Fernandes A, Medeiros A, Vasconcelos C, Amorim L, Queiroga M, et al. Hopelessness in the elderly: A systematic review. *MOJ Gerontology & Geriatrics* 2018; 3(4): 273-278.
26. Saberinooghi E, Najafi S, Ebrahimi N, Shaban H, Ghaffari A, Abbasi M, et al. The effectiveness of hope therapy on Morale of Elderly. *Journal of Gerontology* 2021; 6(1): 42-51.
27. Hedayati MM, Khazaei MM. An investigation of the relationship between depression, meaning in life and adult hope. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2014; 114: 598-601.
28. Khodabakhshi-Koolae A, Mosalanejad L, Gholami M, Massah O. Effectiveness of Group Hope Therapy on the Psychological Indicators in Women With Addicted Husbands. *Iranian Rehabilitation Journal* 2017; 15(1): 15-22.
29. Beyranvand Z, Ghadampour E, Sadeghi M, Hassani Jalilian MR. The effectiveness of group training based on hope Snyder's theory on the meaning in life and psychological well-being of female students in identity crisis. *Rooyesh* 2022; 11(5): 33-44.
30. Jamalzadeh R, Goolzary M. The Effectiveness of Hope Therapy on Increasing Happiness and Life Satisfaction among Elderly Women Residing In Nursing Home of Borujen. *Quarterly Journal of Women and Society* 2016; 5(18): 31-48.
31. Saberi Noghabi E, Zarvandi R, Jeddi H, Jamali Noghabi Z, Mazloun Shahri SB, Noori R. The Effect of Group Hope Therapy on Spiritual Health of Cancer Patients: A Semi Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2020; 19(4): 369-382 (Persian).
32. Kondori Fard N, Keikhaei A, Rahdar M, Rezaee N. The Effect of Hope Therapy-based Training on the Happiness of Women with Breast Cancer: A Quasi-experimental Study. *Med Surg Nurs J* 2020; 9(4): e113501.
33. karimi S, Delavar A, Ghaemi F, Dartaj F. Effectiveness of hope therapy on the psychological capital of patients with type II diabetes Mellitus. *J Diabetes Nurs* 2019; 7(2): 809-819.
34. Shekarabi-Ahari G, Younesi J, Borjali A, Ansari-Damavandi S. The effectiveness of group hope therapy on hope and depression of mothers with children suffering from cancer in Tehran. *Iran J Cancer Prev* 2012; 5(4): 183-188.
35. Movahedi M, Movahedi Y, Farhadi A. Effect of hope therapy training on life expectancy and general health in cancer patients. *J Holist Nurs Midwifery* 2015; 25(2): 84-92.
36. Peyravi M, Nasli Esfahani E, Tahmoorei N, Moghimbeigi A. Comparison of The Effectiveness of Hope Therapy and Spiritual Therapy on Quality of Life and Biological Indicators in Women with Diabetes. *Applied Psychology* 2022; 16(2): 183-200.
37. ghazaleh J, Tagharobi Z, Souki Z, Sharifi K. Investigating the effect of group hope therapy on the quality of life of the elderly. *Journal of Psychiatric Nursing* 2020; 8(2): 104-115.
38. Karimi S, Delavar A, Ghaemi F, Dortaj F. Effectiveness of Hope Therapy on

- Psychological Capital of Patients with Type II Diabetes Mellitus. *J Diabetes Nurs* 2019; 7(2): 809-819.
39. Aleslami S, Ramezani s. The effect of group hope therapy based on Schneider's theory on the motor self-efficacy of physically disabled men. *Quarterly Journal of Social Work* 2017; 6(1): 5-12.
 40. Ghazi Mohseni M, Soleimani AA, Heidarnia A. Examining the effectiveness of hope-based group training on the life quality of the elderly People. *Iranian Journal of Ageing* 2016; 11(2): 300-309.
 41. McDermott D, Snyder CR. Making hope happen: a workbook for turning possibilities in to reality. Oakland: New Harbinger Publications Inc. 1999.
 42. Pakpour AH, Saffari M, Burri A. Translation and validation of an Iranian version of the Diabetes Quality of Life measure. *J Diabetes Investig* 2012; 3(5): 471-478.
 43. Foroughan M, Wahlund LO, Jafari Z, Rahgozar M, Farahani IG, Rashedi V. Validity and reliability of Abbreviated Mental Test Score (AMTS) among older Iranian. *Psychogeriatrics* 2017; 17(6): 460-465.
 44. Azimian M, Arian M, Shojaei SF, Doostian Y, Ebrahimi Barmi B, Khanjani MS. The Effectiveness of Group Hope Therapy Training on the Quality of Life and Meaning of Life in Patients with Multiple Sclerosis and Their Family Caregivers. *Iran J Psychiatry* 2021; 16(3): 260-270.
 45. Chan K, Wong FKY, Lee PH. A Brief Hope Intervention to Increase Hope Level and Improve Well-Being in Rehabilitating Cancer Patients: A Feasibility Test. *SAGE Open Nurs* 2019; 5: 2377960819844381.
 46. Esfahani NN, Talakoub S, Jafari-Mianaei S, Mostofizadeh N. Effect of group hope therapy on self-efficacy of adolescents with type 1 diabetes. *Rev Assoc Med Bras* 2021; 67(12): 1816-1820.