

بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر تبعیت از درمان، امید به زندگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

لیلا حسن نیا^۱، محمدکاظم فخری^{۲*}، سیده علیا عمادیان^۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱/۳

خلاصه

مقدمه: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن شایع است که عدم توجه به آن می‌تواند عوارض زیادی به دنبال داشته باشد. از این رو، داشتن امید، تبعیت از درمان و کنترل قندخون امری حیاتی می‌باشد. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر تبعیت از درمان، امید به زندگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ را شامل می‌شد. تعداد ۳۰ نفر از بیماران با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی ساده (قرعه‌کشی) به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور دریافت نمود، اما گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بین دو گروه آزمایش و کنترل، با کنترل پیش‌آزمون از لحاظ متغیرهای تبعیت از درمان ($F=39/42, p<0/001$) و امید به زندگی ($F=37/73, p<0/001$) تفاوت معنی‌دار وجود داشت بدین‌صورت که در گروه آزمایش افزایش داشته ولی میزان HbA_{1c} بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نشان نداد ($F=3/68, p=0/065$).

نتیجه‌گیری: به دلیل اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور در افزایش تبعیت از درمان، امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، می‌توان از این روش به عنوان درمان تکمیلی در کنار درمان‌های پزشکی، در راستای ارتقای سلامت جسمانی و روانی بیماران استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: دیابت نوع دو، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور، تبعیت از درمان، امید، هموگلوبین گلیکوزیله

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: Fakhri@iausari.ac.ir، تلفن: ۰۹۱۱۴۳۷۳۹۴۷

مقدمه

دیابت دسته‌ای از بیماری‌های متابولیکی را در برمی‌گیرد که مشخصه آن بالا بردن سطح گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است [۱]. دیابت شایع‌ترین اختلال متابولیک سیستمیک در جهان می‌باشد که شیوع آن در حال افزایش است [۲]. در سال ۲۰۱۷ حدود ۴۶۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان مبتلا به دیابت بودند که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۳۰ به بیش از ۷۰۷۹ نفر در ۱۰۰۰۰۰ نفر افزایش یابد [۲، ۳].

بیماری دیابت به دلیل شیوع، عوارض، مرگ‌ومیر و هزینه‌های بسیار هنگفت ناشی از آن، توجه سیستم بهداشتی درمانی را به خود معطوف نموده است. هزینه‌های دیابت و عوارض آن در مقایسه با سایر بیماری‌ها بسیار بالاست [۴]. عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز به مراقبت دقیق و مداوم از خود و نیز احتمال بروز عوارض جسمانی جدی منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی در افراد دیابتی می‌گردد [۵]. یکی از رفتارهای مرتبط با بیماری که درمان موفقیت‌آمیز آن را پیش‌بینی نموده و از عوارض منفی و شدت بیماری می‌کاهد، تبعیت بیماران از رژیم درمانی است [۶]. بهترین هدف درمانی در افراد مبتلا به دیابت، تعدیل میزان هموگلوبین‌گلیکوزیله (glycosylated hemoglobin) (HbA_{1C}) است که تبعیت از درمان در این بیماران تأثیر به‌سزایی در کنترل آن دارد. اندازه‌گیری و استفاده از متوسط مقدار هموگلوبین‌گلیکوزیله، پیش‌بینی کننده مطلوبی برای میزان قندخون سه ماهه و به تبع، عوارض دیابت تلقی می‌شود [۷]. سازمان بهداشت جهانی تبعیت از درمان را برای بیماری‌های مزمن از جمله دیابت مطرح کرده است که رفتارهایی مثل تبعیت از مصرف داروهای تجویز شده، رعایت رژیم غذایی و پیروی از توصیه‌های متخصصان را در بر می‌گیرد. مطابق شواهد مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، عدم تبعیت از درمان موجب شکست درمان، زیاد شدن عوارض بیماری و مشکلات دیگری از جمله افزایش هزینه‌های درمان می‌شود [۸]. از این رو، تبعیت مطلوب از توصیه‌های درمانی، کنترل متابولیکی مناسب و در نهایت ارتقای امید به زندگی و سلامت فرد اهمیت خاصی پیدا می‌کند که سبب کاهش عوارض بیماری می‌شود.

محققان نشان دادند بین امید به زندگی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی رابطه وجود دارد [۹]. از طرفی، این بیماران به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی آن گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و اغلب انگیزه انجام مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند [۱۰]. یکی از عوامل تأثیرگذار بر امید به زندگی افراد، اعتقادات مذهبی است. مذهب می‌تواند به عنوان یک اصل وحدت‌بخش و نیروی عظیم برای سلامت روانی مفید و کمک کننده باشد. اعتقادات مذهبی منجر به افزایش تاب‌آوری افراد در مقابله با فشارهای روانی می‌شود [۱۱]. معنویت و رشد معنوی انسان در چند دهه گذشته به صورت روزافزون توجه روان‌شناسان و متخصصان بهداشت روانی را به خود جلب کرده است [۱۲].

یکی از رویکردهای درمانی، درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور است. هدف آن، تغییر باورهای غلط مددجو و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است و طی جلسات درمانی به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات مذهبی و باورهای دینی خود را تقویت کند. در جلسات درمانی در کنار درمان شناختی رفتاری، این باور در فرد ایجاد می‌شود که تلاش و رنج زندگی بی‌فایده نبوده بلکه توأم با بازتاب و پاداش الهی در سطوح مختلف زندگی است. با ایجاد چنین طرز تفکری، مراجع از احساس پوچی و سرگردانی رهایی می‌یابد [۱۳].

نظر به اهمیت و لزوم توجه به بار اقتصادی و اجتماعی بیماری دیابت و نقش تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت در پیشگیری از عوارض جبران‌ناپذیر آن و ضرورت کاربست یک روش درمانی مبتنی بر فرهنگ اسلامی در جامعه ایرانی اسلامی، همچنین وجود تحقیقات اندک مشابه در زمینه مداخله درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در حفظ سلامت روحی و جسمی بیماران دیابتی، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر تبعیت از درمان بیماران دیابتی، امید به زندگی و میزان هموگلوبین‌گلیکوزیله آن‌ها طراحی شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی یک سو کور، شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل است و با استفاده از طرح پیش‌آزمون

بودند.

مقیاس تبعیت از درمان: پرسشنامه تبعیت از درمان (Adherence-to-treatment) در سال ۱۳۹۲ توسط Modanloo در زمینه بیماران مزمن طراحی و روان‌سنجی شد. متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱ می‌باشد. همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ (۰/۹۲۱) و پایایی ابزار با استفاده از روش آزمون مجدد (ضریب همبستگی = ۰/۸۷۵) گزارش شد. پایایی بدست آمده در پژوهش حاضر ۰/۸۸۸ بود. این پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال در ۷ حیطه می‌باشد. حیطه‌ها شامل: اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) می‌باشند. این پرسشنامه، بر اساس درجه‌بندی لیکرت پنج‌گانه به صورت کاملاً موافقم، موافقم، خنثی، مخالفم، کاملاً مخالفم طبقه‌بندی شده است. حداقل و حداکثر امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان ۳۵-۷، ۴۵-۹، تمایل به مشارکت در درمان ۳۵-۷، توانایی تطابق ۳۵-۷، تلفیق درمان با زندگی ۲۵-۵، چسبیدن به درمان ۲۰-۴، تعهد به درمان ۲۵-۵ و تدبیر در اجرای درمان ۱۵-۳ می‌باشد. در نهایت، کل مقیاس ۲۰۰-۴۰ نمره را به خود اختصاص می‌دهد. بدین ترتیب هر چه نمره کل بیشتر باشد، فرد پاسخ‌دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و با تبدیل امتیاز کسب شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می‌گردد. بر اساس دستورالعمل طراح پرسشنامه، امتیازهای اولیه تبدیل به امتیاز بین ۱۰۰-۰ می‌شود. بر اساس این پرسشنامه کسب امتیاز ۱۰۰-۷۵ درصد به معنای تبعیت از درمان بسیار خوب، امتیاز ۷۴-۵۰ درصد به معنای تبعیت از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۶ درصد به معنای تبعیت از درمان متوسط و کسب امتیاز ۲۵-۰ درصد به معنای تبعیت از درمان ضعیف در نظر گرفته شد [۱۴].

مقیاس امید به زندگی: این پرسشنامه توسط Snyder و همکاران (Snyder's Hope Scale) ساخته شده و هدف آن ارزیابی میزان امید به زندگی در افراد می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۱۲ گویه و دو خرده مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی است. از این عبارات، ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت

و پس‌آزمون انجام گرفت. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت است که تحت پوشش پزشکان خانواده مراکز خدمات جامع سلامت شهر قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹ بوده‌اند. مطالعه حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1399.099 در مرکز هماهنگی کمیته تحقیقات و فناوری دانشجویی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تصویب گردید.

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و هدفمند بود، به این صورت که در ابتدا پنج مرکز خدمات جامع سلامت انتخاب شدند و در ادامه دو مرکز به صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) انتخاب گردیدند. سپس، اسامی بیماران از میان افراد مبتلا به دیابت تحت پوشش پزشک خانواده که در مراکز فوق دارای پرونده بودند بر اساس ملاک‌های ورود از سامانه سیب استخراج شدند و در طی تماس تلفنی افرادی که رضایت شرکت در پژوهش داشتند به مرکز دعوت شدند. در نهایت، تعداد ۳۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب، و به طور تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، ابتلا به دیابت نوع دو حداقل یک سال قبل از پژوهش، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، مصرف داروهای خوراکی و عدم دریافت انسولین، تحصیلات بالاتر از سیکل و عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی مانند مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، بنزودیازپین‌ها و بود. همچنین، ابتلا به دیابت نوع یک، تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با دیابت به صورتی که قادر به شرکت در جلسات نباشد، ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن به جز بیماری‌های مربوط به عوارض دیابت، تشخیص اختلالات روان‌شناختی دیگر مانند اختلالات خلقی و اضطرابی قبل از تشخیص بیماری دیابت، غیبت بیش از ۲ جلسه به عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان و اطمینان از گمنام ماندن و محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌های پژوهش توزیع شد و آزمودنی‌ها به صورت خودگزارشی و انفرادی پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. برای تکمیل پرسشنامه‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. آزمایش اولیه HbA_{1c} یک هفته قبل از مداخله انجام شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه‌های تبعیت از درمان، امید به زندگی و اندازه‌گیری آزمایشگاهی HbA_{1c}

(RCBT): طرح این مداخله برگرفته از پروتکل درمان چند وجهی اسلامی Faqihi و همکاران در سال ۱۳۸۶ می‌باشد که در این رویکرد علاوه بر روش‌های شناخت درمانگری که هدف آن، تغییر باورهای غلط بیمار و تبدیل افکار خودکار منفی به افکار منطقی است، طی جلسات درمانگری به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات مذهبی و باورهای دینی خود را تقویت کند و به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز نماید [۱۶]. خلاصه محتوای جلسات شناختی-رفتاری مذهب‌محور در جدول ۱ بیان شده‌است.

برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای شامل کاملاً مخالفم= ۱، مخالفم= ۲، نظری ندارم= ۳، موافقم= ۴ و کاملاً موافقم= ۵ می‌باشد. امتیاز کلی پرسشنامه حداقل ۱۲ و حداکثر ۶۰ است که امتیازهای بالاتر بیانگر امید به زندگی بیشتر در فرد می‌باشد [۱۵]. پرسشنامه‌ها در دو مرحله: یک هفته قبل از درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور (Religious-Based Cognitive-Behavioral Therapy) و جلسه آخر انجام مداخله تکمیل شدند.

ساختار مداخله درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور

جدول ۱- برنامه درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور در بیماران دیابتی شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹

جلسات	محتوای جلسه
اول	۱- آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، معرفی و توضیح روش درمان، اهداف، قوانین و ضرورت آموزش، ۲- آموزش باورهای شناختی، ۳- آموزش مدل A-B-C ایس همراه با مثال‌های متعدد و متنوع و بحث و تبادل نظر با اشخاص، ۴- آموزش باورهای نادرست شناختی (Beck) مانند تفکر همه یا هیچ، بزرگنمایی و... ۵- پرسش از افراد که برای چه چیزی زندگی می‌کنند و هدفشان از زندگی چیست؟ ۶- تکلیف خانگی: پیدا کردن و شناسایی باورهای شناختی منفی توسط هر فرد و نوشتن آن در برگه مخصوص و پیدا کردن هدف‌های زندگی‌شان و نوشتن بر روی برگه
دوم	۱- بحث و بررسی تکلیف خانگی و پیشرفت و مشکلات مربوط به تکلیف، ۲- آموزش باورهای منفی و باورهای نادرست شناختی ایس همراه با مثال، ۳- آموزش توحید و باورهای توحیدی و در زندگی و بحث گروهی در این مورد با افراد، ۴- تکلیف خانگی: پیدا کردن افکار منفی آموزش داده شده توسط افراد و جایگزینی باورهای توحیدی مثبت به جای باورهای منفی
سوم	۱- بحث و گفتگو پیرامون هدف و غایت خلقت، ۲- پرسیدن سؤالات سقراطی در مورد هدف خلقت، ۳- بحث و گفتگو پیرامون اسماء الهی که در وجود انسان‌ها تعبیه شده‌است و پیرامون چگونگی رابطه و صحبت خدا با بندگانش، ۵- تکلیف خانگی: تفکر در مورد هدف خلقت و اسماء الهی، پیدا کردن و شناسایی افکار منفی در وقایع روزمره و جایگزینی آن با آموزش‌های قبلی، تفکر در مورد چگونگی دعای «یا من کلامه فعله» در زندگی روزمره‌شان و نوشتن در مورد آن
چهارم	۱- بحث و گفتگو در مورد توحید و صفات خداوند، ۲- آموزش توحید و صفات خداوند در نظام هستی، لا اله الا الله، لا هو الا هو، ۳- بحث و گفتگو پیرامون توحید و صفات و افعال خداوند در درون انسان‌ها به کمک آیه شریفه «هو معکم این‌ها و نحن أقرب الیه من حبل الوريد»، ۴- تعبیر و تفسیر روایات مختلف زندگی بر مبنای تقدیر و مشیت الهی، ۵- تکلیف خانگی: پیدا کردن افکار منفی و تبدیل آن افکار به مثبت به وسیله همین افکار توحیدی
پنجم	۱- بحث و گفتگو در مورد علت انواع رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره، ۲- توضیح علت رنج‌ها و سختی‌ها در زندگی روزمره از دیدگاه دین، ۳- بحث گروهی و توضیح مزایا و معایب رنج‌ها در زندگی، ۵- ارائه یک مثال توسط خود افراد در مورد رنجی که به آنان وارد آمده و تبدیل فکرشان به افکار مثبت از دیدگاه اسلام در مورد رنج
ششم	۱- مرور تکلیف خانگی، ۲- ارائه ادامه مطلب در مورد مزایای رنج از دیدگاه اسلام و بحث گروهی با افراد، ۳- تکلیف خانگی: پیدا کردن مشکلات و رنج‌ها در طول روز و یا رنج‌های گذشته و جایگزینی افکار مثبت اسلامی به جای افکار منفی قبلی، با توجه به مزایای رنج
هفتم	۱- توضیح و بحث گروهی در مورد قضا و قدر، ۲- مزایا و معایب نگاه کردن به دنیا از منظر قضا و قدر الهی، ۳- تکلیف خانگی: ارائه مثال‌های موردی توسط افراد از منظر نگرش به قضا و قدر
هشتم	۱- بحث گروهی در مورد تسلیم، ۲- آموزش تسلیم از منظر اسلام و عرفان، ۳- معایب و مزایای نگرش انسان به دنیا از منظر تسلیم به خدا، ۴- تکلیف خانگی: وارد کردن دیدگاه تسلیم در زندگی روزمره و ارائه مثال‌هایی در رابطه با آن
نهم	- بحث گروهی در مورد توکل و رضا، ۲- آموزش رضا از منظر اسلام، ۳- معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر رضا، ۴- بحث گروهی در مورد توکل، ۵- آموزش توکل از دیدگاه اسلام، ۶- معایب و مزایای نگاه کردن به دنیا از منظر توکل، ۷- تکلیف خانگی: ایجاد دیدگاه توکل محور و رضا محور در زندگی روزمره و تبدیل باورهای منفی به مثبت
دهم	۱- مشخص نمودن خط سیر گروه، ۲- اظهارنظر شرکت‌کنندگان در مورد جلسات گروه و مزایا و معایب این جلسات، ۳- ارائه توصیه‌هایی کلی در خصوص چگونگی عمل کردن بعد از جلسات گروهی، ۴- اجرای پس‌آزمون

بهداشتی فوق در شش گروه ۵ نفره در ساعت ۱۰ تا ۱۱ صبح توسط پژوهشگر انجام شد که تقریباً به مدت ۳ ماه به طول

مداخله با حفظ پروتکل‌های بهداشتی به دلیل شیوع کرونا، در ده جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک بار در اتاق روانشناسی مراکز

انجامید. آزمایش HbA_{1c} در هفته اول بعد از پایان جلسات آموزشی درخواست شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و از شاخص‌های آمار توصیفی فراوانی، میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون و در آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ با رعایت

پیش‌فرض‌های همگنی ماتریس‌های کواریانس، عدم تفاوت میانگین‌ها، برابری واریانس‌ها، همگونی شیب رگرسیون، خطی بودن همبستگی متغیر همپراش و متغیر مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو شرکت داشتند که اطلاعات دموگرافیک آنها در جدول ۲ ذکر شده است.

جدول ۲- اطلاعات دموگرافیک بیماران دیابتی شرکت‌کننده در پژوهش شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹

متغیرها	گروه آزمایش (درصد) فراوانی	گروه کنترل (درصد) فراوانی	P	
			جنس	تحصیلات
مرد	۶ (۴۰) نفر	۷ (۴۷) نفر	۰/۷۱۳	
زن	۹ (۶۰) نفر	۸ (۵۳) نفر		
زیر دیپلم	۷ (۴۶) نفر	۶ (۴۰) نفر	۰/۹۸۳	
دیپلم	۱ (۷) نفر	۱ (۷) نفر		
لیسانس	۵ (۳۳) نفر	۶ (۴۰) نفر		
بالتر از لیسانس	۲ (۱۴) نفر	۲ (۱۳) نفر	۰/۷۳۴	
۳۰ تا ۴۰	۲ (۱۴) نفر	۲ (۱۴) نفر		
۴۱ تا ۵۰	۷ (۴۶) نفر	۵ (۳۳) نفر		
۵۱ تا ۶۰	۶ (۴۰) نفر	۸ (۵۳) نفر	۱	
متاهل	۱۴ (۹۳) نفر	۱۴ (۹۳) نفر		
مجرد	۱ (۷) نفر	۱ (۷) نفر		
کل افراد	۱۵ (۱۰۰) نفر	۱۵ (۱۰۰) نفر		

آزمون مجذور کای، * ۰/۰۵ < p اختلاف معنی‌دار

در جدول ۳ نیز شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمره دو گروه آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در بیماران دیابتی شهرستان قائم‌شهر در سال ۱۳۹۹

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
انحراف معیار ± میانگین	۱۴۵/۷۳ ± ۱۶/۷۳	۱۷۳/۴۶ ± ۱۳/۹۹	۱۴۵ ± ۱۶/۷۸	۱۴۶ ± ۱۶/۸۰
تبعیت از درمان	حداقل نمره	۱۱۸	۱۵۷	۱۱۹
	حداکثر نمره	۱۷۲	۱۹۷	۱۷۳
انحراف معیار ± میانگین	۴۴/۰۶ ± ۴/۴۵	۵۰/۶۷ ± ۴/۷۶	۴۳/۱۰ ± ۴/۸۰	۴۳/۱۸ ± ۴/۹۰
امید به زندگی	حداقل نمره	۳۷	۴۳	۳۷
	حداکثر نمره	۴۹	۵۸	۴۹
انحراف معیار ± میانگین	۶/۹۷ ± ۱/۱۹	۶/۸ ± ۱/۱۲	۶/۹۸ ± ۱/۰۸	۷/۰۲ ± ۱/۱۹
HbA _{1c}	حداقل نمره	۶/۱۰	۶/۱۰	۶/۱۱
	حداکثر نمره	۱۱/۰۰	۱۰/۷۰	۱۱/۰۰

امید به زندگی ($p=0/484$)، هموگلوبین گلیکوزیله ($p=0/827$) بزرگتر از $0/05$ می باشد و می توان گفت که واریانس ها در دو گروه برابر است. آزمون بررسی شیب رگرسیون نشان داد که فرض همگنی شیب رگرسیون یعنی تعامل پیش آزمون و متغیر وابسته (پس آزمون) برقرار است.

نتایج جدول ۴ ($p=0/001$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد نشان می دهد گروه ها در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی دار دارند.

قبل از انجام تحلیل های استنباطی، پیش فرض های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، انجام شد. ابتدا وجود داده های پرت تک متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Plot Box) بررسی شد و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. سپس، مفروضات آزمون کوواریانس بررسی گردید. نتایج آزمون شاپیر ویلک نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده ها برقرار است. آزمون ام باکس نشان داد ماتریس های کوواریانس نیز همگن است ($F=0/74$ ، $p=0/618$ ، $Box's M=5/027$). آزمون لون نشان داد ضریب معنی داری در متغیرهای تبعیت از درمان ($p=0/952$)،

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نمرات متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران دیابتی شهرستان قائم شهر در سال ۱۳۹۹

اثر	آزمون	ارزش	F	P	اندازه اثر
گروه ها	اثر پیلایی	۰/۷۲	۱۹/۷۲	* ۰/۰۰۱	۰/۷۲
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸	۱۹/۷۲	* ۰/۰۰۱	۰/۷۲
	اثر هتلینگ	۲/۵۷	۱۹/۷۲	* ۰/۰۰۱	۰/۷۲
	بزرگ ترین ریشه وری	۲/۵۷	۱۹/۷۲	* ۰/۰۰۱	۰/۷۲

df=۳ فرضیه، df=۲۲ خطا * $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

بین دو گروه در متغیر هموگلوبین گلیکوزیله تفاوت معنی دار نیست.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می شود بین گروه آموزش و گروه کنترل در متغیرهای تبعیت از درمان و امید به زندگی در سطح اطمینان ۹۵ درصد تفاوت معنی داری وجود دارد. ولی در

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات تبعیت از درمان، امید به زندگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در دو گروه آزمایش و کنترل در بیماران دیابتی شهرستان قائم شهر در سال

۱۳۹۹

متغیرها	شاخص آماری	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آزمون
گروه ها	پس آزمون تبعیت از درمان	۶۰۲۲/۹۶	۶۰۲۲/۹۶	۳۹/۴۲	* ۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۱
	پس آزمون امید به زندگی	۳۴۰/۶۷	۳۴۰/۶۷	۳۷/۷۳	* ۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۱
	پس آزمون میزان هموگلوبین گلیکوزیله	۰/۸۱۷	۰/۸۱۷	۳/۳۷	۰/۰۶۵	۰/۱۱۶	۰/۴۷۴
پیش آزمون تبعیت از درمان	پس آزمون تبعیت از درمان	۲۷۲۷/۹۹	۲۷۲۷/۹۹	۱۷/۸۵	* ۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۸
پیش آزمون امید به زندگی	پس آزمون امید به زندگی	۴۰۱/۵	۴۰۱/۵	۴۴/۴۷	* ۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱
پیش آزمون AIC	پس آزمون میزان هموگلوبین گلیکوزیله	۲/۲۶	۲/۲۶	۱۹۶/۸	* ۰/۰۰۱	۰/۸۸	۱

df=۱ * $p < 0/05$ اختلاف معنی دار

بحث

مشکلات روان‌شناختی در بیماران دیابتی می‌تواند باعث ناامیدی و بی‌تفاوتی فرد شود که به نوبه خود عدم تبعیت از درمان و عدم رعایت رژیم‌های غذایی را به دنبال خواهد داشت که یک مشکلات مهم در سیستم سلامت و بیماران دیابتی می‌باشد [۱۴]. مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر درمان‌های مذهب‌محور، بهبود نگرش فرد نسبت به زندگی و یا بیماری است. رویکرد مذهبی و معنوی با هدف قرار دادن باورهای فرد، به وی کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده، حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته باشد [۱۷]. از این رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر تبعیت از درمان، امید به زندگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابتی شهر قائم‌شهر انجام شده است.

نتایج نشان داد که در متغیرهای تبعیت از درمان و امید به زندگی بین بیماران گروه آزمون و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد. بدین معنی که این روش درمانی موجب افزایش تبعیت از درمان و امید به زندگی در بیماران دیابتی شد که با نتایج پژوهش‌های Nadi و همکاران [۱۸]، Ayoubi و همکاران [۱۹]، Hamid و همکاران [۱۳]، Javanmardifard و همکاران [۹]، Jani و همکاران [۲۰]، Yeganeh [۲۱]، Navabakhsh و همکاران [۲۲]، Bajestani Salimi و همکاران [۲۳]، Mookerjee و همکاران [۲۴]، Razali و همکاران [۲۵] و Mojahed و همکاران [۲۶] همسو، و با پژوهش Pyne [۲۷] و Arboh [۲۸] ناهمسو است. ولی در متغیر هموگلوبین گلیکوزیله علی‌رغم تفاوت در میانگین در بین دو گروه از لحاظ آماری تفاوت معنی‌دار نشد که با یافته‌های Bradshaw و همکاران [۲۹] همسو است.

نتایج پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری همراه با ذهن‌آگاهی در تبعیت از درمان بیماران دیابتی نشان داد آموزش‌های روان‌شناختی در تبعیت از درمان بیماران دیابتی تأثیر مثبت دارد [۱۹]. همچنین، در پژوهشی که در مورد ارتباط بهزیستی معنوی و امید در بیماران دیابتی انجام شد، شواهد نشان داد افرادی که بهزیستی معنوی بالاتری دارند، امید به زندگی نیز در آن‌ها بیشتر است [۱۷]، Rezaei [۳۰] در پژوهش خود به این نتیجه رسید که درمان شناختی رفتاری با

رویکرد معنوی بر افزایش سلامت روان بیماران مؤثر است. نتایج مطالعه Rasic [۳۱] در مورد روابط طولی حضور عبادت مذهبی با افسردگی، خودکشی و اضطراب نشان داد که سلامت روانی و جسمی انسان با زندگی معنوی او رابطه مثبت دارد. اعمال مذهبی سازمان یافته، علاوه بر احساس آرامش مربوط به ارتباط با خدا، نیازهای روابط بین‌فردی را نیز تأمین می‌کنند. عقاید و فعالیت‌های مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، اضطراب و استرس زندگی را کم کنند و کیفیت زندگی را در افراد را افزایش دهند. Nadi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی و شادکامی شود [۱۸]. همچنین گزارش شده است بیماران مبتلا به بیماری قلبی که دارای گرایش مذهبی بالا هستند، خشنودی بیشتری از زندگی، و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. در مواجهه با مصائب زندگی، پیامدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری نشان می‌دهند [۲۶]. محققان نشان دادند که بین مذهب، معنویت و سلامت رابطه معنی‌داری وجود دارد [۳۲]. به طور کلی، مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی به افراد کمک می‌کند. احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و... همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را تحمل کنند [۲۰].

در تبیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مذهب‌محور در تبعیت از درمان و امید به زندگی بیماران دیابتی در این پژوهش می‌توان به این نکته اشاره کرد که امیدواری به واسطه کمک به فرد برای داشتن هدف در زندگی، باور به تحقق این هدف و تلاش برای رسیدن به آن، می‌تواند موجب افزایش تبعیت از درمان شود. Snyder در نظریه امید معتقد است داشتن هدف در زندگی، تجربه‌های مثبت هیجانی را به دنبال دارد و به این شکل می‌تواند نشانه‌های افسردگی از قبیل کمبود انرژی و خلق افسرده را از بین ببرد [۱۵]. افرادی که امیدواری بیشتری دارند، به طور معمول از توانمندی و عزت‌نفس بالاتری برخوردار بوده و نشانه کمتری از استرس، اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند. آن‌ها خوش‌بین‌تر

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌های این تحقیق، می‌توان از درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور به عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های پزشکی بهره برد، زیرا اعتقادات مذهبی می‌توانند با افزایش تبعیت از درمان، عوارض جسمانی بیماری‌ها را کاهش، و طول عمر را افزایش دهند.

تعارض منافع

تضاد منافی در این پژوهش وجود ندارد و این پژوهش با هزینه شخصی نویسندگان انجام شده‌است.

سهم نویسندگان

لیلا حسن‌نیا مدرس مداخله درمانی، روش‌شناس، تحلیل‌گر، نگارنده تحقیق، محمدکاظم فخری استاد راهنما و سیده علیا عمادیان استاد مشاور.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی بیماران دیابتی که با وجود شیوع کرونا در این پژوهش شرکت داشتند، و از پرسنل محترم مراکز خدمات جامع سلامت شماره ۷ و ۵ شهرستان قائم‌شهر تشکر و قدردانی می‌شود.

هستند و به جای شکست، بر موفقیت تمرکز دارند و برای حل مشکلاتی که با آن‌ها مواجه می‌شوند، خود را توانمند می‌بینند [۲۳]. یافته‌های پژوهشی در رابطه با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور نشان داد که این رویکرد بر افزایش امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان [۱۳، ۲۶] و بیماری‌های قلبی عروقی [۲۶] مؤثر بوده است و پژوهشی دیگر نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور نسبت به روان‌درمانی شناختی-رفتاری کلاسیک تأثیر بیشتری دارد [۲۶]. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نداشتن دوره پیگیری و تعداد کم نمونه می‌باشد که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این نکات در نظر گرفته شوند.

پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌های مراقبتی این بیماران به تأثیر اعمال دینی و مذهبی اشاره شود و روش‌های درمانی مذهب‌محور نیز به‌کار گرفته شود. با توجه به این که در جامعه ایرانی مذهب جایگاه مهمی دارد، این موضوع باید توسط تیم درمان مورد توجه ویژه قرار گیرد. اگر چه مذهب در دهه‌های اخیر توجه زیادی از سوی مجامع علمی و پژوهشی به خود معطوف کرده است ولی داده‌های آزمایشی که تأثیر مداخلات متمرکز بر مذهب بر متغیرهای جسمی و روان‌شناختی بیماران دیابتی را ارزیابی کرده باشد، بسیار اندک است. پژوهشگران می‌توانند با بررسی تأثیر مداخلات مذهب‌محور در بیماران مبتلا به دیابت کمک شایانی به گسترش مطالعات در این زمینه نمایند.

References

1. Association AD. 6. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care* 2021;44(1): S73-S84.
2. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of type 2 diabetes—global burden of disease and forecasted trends. *Journal of Epidemiology and Global Health* 2020;10(1): 107.111
3. Atlas D. International diabetes federation. *IDF diabetes atlas*. Brussels: International Diabetes Federation 2019.
4. Amini N, Bayat F, Rahimi M, Bekri G, Taheri G, Shojaezadeh D. Effect of education on knowledge, attitude and nutritional behavior of patients with type 2 diabetes. *HDJ* 2020;1(4): 306-14. [Persian]
5. Mazloom Bafrooi N, Dehghani Firouzabadi T, Alizade B. Prevalence of depression and anxiety in patients with diabetes. *JDN* 2015;2: 60-8. [Persian]
6. Sotodeh Asl N, Neshat Dost H, Kalantery M, Talebi H, Khosravi A. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension. *Koomesh* 2010;11(4): 294-301. [Persian]
7. Alavi N, Ghofranipour F, Ahmadi F, Emami A. Developing a culturally valid and reliable quality of life questionnaire for diabetes mellitus. *EMHJ* 2007;13(1):177-185. [Persian]
8. Organization WH. Adherence to long-term therapies: evidence for action: WHO 2003.
9. Javanmardifard S, Heidari S, Sanjari M, Yazdanmehr M, Shirazi F. The relationship between spiritual well-being and hope, and adherence to treatment regimen in patients with diabetes. *J Diabetes Metab Disord* 2020;19(2): 941-950.

10. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. *Current Diabetes Reports* 2002;2(2): 153-9.
11. Darbe Esfahani F, Motaghedifard M, Arfaei F, Shekari A. Correlation of Islamic lifestyle with life satisfaction and mental health. *Islamic Life Journal* 2018;2(3): 131-5. [Persian]
12. Olokoba AB, Obateru OA, Olokoba LB. Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. *OMJ* 2012;2(27):269-73.
13. Hamid N, Ahmadian A, AkbariShaye Y. Effectiveness of cognitive behavior therapy based on religious believes on hope and quality of life in the patients suffering breast cancer. *HMJ* 2012;16(3): 213-21. [Persian]
14. Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic (dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences 2013. [Persian]
15. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological inquiry* 2002; 13(4): 249-75.
16. Faqihi AN, Ghobari Bonab B, Qasemipour Y. Comparing Islamic multifacets model with Beck's cognitive model in depression therapy. *Studies in Islam and Psychology* 2007;1(1): 69-89. [Persian]
17. SamadiFard H. Relationship between spiritual well-being and religious belief with life expectancy of diabetics. *IHJ* 2015; 2(2): 44-51. [Persian]
18. Nadi E, Saeedpoor F, Boland H. The Effectiveness of Religious-Based Cognitive-Behavioral Group Therapy on Increasing Life expectancy and Happiness in Infertile Women. *Islamic Life Style* 2020; 3(3): 41-48. [Persian]
19. Ayoubi J, Bigdeli I, Mashhadi A. The effect of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on quality of life, psychological distress and adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. *HPJ*. 2020; 9(34): 75-94. [Persian]
20. Jani S, Molaee M, JANGI GS, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious believes on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. *SJIMU* 2014; 22(5): 94-103. [Persian]
21. Yeganeh T. Examine the role of religious orientation in Explanation of hope and psychological well-being of women with breast cancer. *IJBD* 2013 6(3): 47-56. [Persian]
22. Navabakhsh M, Pouryousef H. The role of religion and religious beliefs on mental health. *pazhouhesh dini* 2007; 14(1):71- 94. [Persian]
23. Bajestani HS, Ghomi TH, Zakeri N. Relationship religious orientation and hope with health anxiety among women nurses in Imam Khomeini hospital of Tehran. *IJNR* 2014;9(1)17-24. [Persian]
24. Mookerjee R, Beron K. Gender, religion and happiness. *Socio-Economics* 2005; 34(5): 674-85.
25. Razali S, Hasanah C, Aminah K, Subramaniam M. Religious—sociocultural psychotherapy in patients with anxiety and depression. *ANZJP* 1998; 32(6): 867-72.
26. Mojahed A, Kalantari M, Molavi H, Taher-Neshatdoost H, Bakhshani NM. Comparison of Islamic oriented and classical cognitive behavioral therapy on mental health of martyrs' and veterans' wives. *JFMH* 2010; 11(4): 282-91. [Persian]
27. Pyne DA. A model of religion and death. *Socio-Economics* 2010; 39(1): 46-54.
28. Arboh F, Yeboah E, Drokow EK, Quainoo EA, Tyse AA, Amaglo AY, et al. Religious Beliefs and its Influence on the Treatment of Non-Communicable Diseases (NCDs) in Ayawaso District, Ghana. *IJHS* 2012; 8(2): 107-19.
29. Bradshaw BG, Richardson GE, Kumpfer K, Carlson J, Stanchfield J, Overall J, et al. Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *TSO* 2007; 33(4): 650-9.
30. Rezaei J. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy with Emphasis on Islamic-Based Spiritual Beliefs on Increasing the Spirituality and Mental Health of Multiple Sclerosis Patients; a Case Study of Markazi Province, Iran. *Islamic Life Style* 2018; 2(1): 5-12. [Persian]
31. Rasic D, Robinson JA, Bolton J, Bienvenu OJ, Sareen J. Longitudinal relationships of religious worship attendance and spirituality with major depression, anxiety disorders, and suicidal ideation and attempts: Findings from the Baltimore epidemiologic catchment area study. *Psychiatric Research* 2011; 45(6): 848-54.
32. Hill PC, Pargament KI. Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality: Implications for physical and mental health research. *American Psychologist* 2003;58(1):64-74.
33. Oliver A, Tomás J, Montoro-Rodriguez J. Dispositional hope and life satisfaction among older adults attending lifelong learning programs. *Arch Gerontol Geriatr* 2017;72(1): 80-85.
34. khajavi Shojaie K, Pirasteh A, Jouhari Z. The Relationship between Spirituality and Physical Health: A Cross-Sectional Study on the Patients Referring to East Tehran Health Centers in 2019. *JRH* 2021;7(1).63-80. [Persian]

The Effectiveness of Religion-based Cognitive-Behavioral Therapy (RCBT) on Adherence to Treatment, Hope, and Glycosylated Hemoglobin in Type 2 Diabetes Patients

Hassannia L¹, Fakhri M K², Amadian SO²

1- Ph.D Student, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

2- Assistant Prof, Dept of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran. (Corresponding Author)

Email: Fakhri@iausari.ac.ir, Tel: 989114373947

Received: 23 March 2021 Accepted: 14 September 2021

Introduction: Diabetes is one of the most common chronic diseases with many consequences if ignored. Therefore, having hope, following treatment, and controlling blood sugar are vital. This study aims to determine the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy on adherence to treatment, hope, and glycosylated hemoglobin (HbA1C) levels in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This work was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design and a control group. The statistical population was all diabetic patients referred to the comprehensive health service centers of Ghaemshahr in 2020, 30 of whom were selected by purposive sampling; then, they were randomly assigned to two groups of 15 experimental and control. The experimental group received ten 60-minute sessions of religion-based cognitive-behavioral therapy, while the control group did not receive any intervention. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance in spss26 software.

Results: The results showed a significant difference between the experimental and control groups with pre-test control in terms of the variables of treatment adherence ($F=39.42$, $p=0.001$) and hope ($F=37.73$, $p=0.001$), which increased in the experimental group. However, there was no significant difference in HbA1C ($p=0.065$, $F=3.68$).

Conclusion: Due to the effectiveness of religion-based cognitive-behavioral therapy in increasing treatment adherence and the life expectancy of patients with type 2 diabetes, this method can be used as a complementary treatment along with medical therapies to improve their physical and mental health.

Keywords: Diabetes Mellitus type 2, Religion-based cognitive-behavioral therapy, Treatment Adherence, Hope, Glycated Hemoglobin A

Please cite this article as follows:

Hassannia L, Fakhri M K, Amadian SO. The Effectiveness of Religion-based Cognitive-Behavioral Therapy (RCBT) on Adherence to Treatment, Hope, and Glycosylated Hemoglobin in Type 2 Diabetes Patients. *Community Health journal* 2021; 15 (3): 76-85.

Funding: Personal funds.

Conflict of Interest: None.

Ethical Approval: This study was approved by the Ethics Committee of Islamic Azad University Sari. (IR.IAU.SARI.REC.1399.099)