

مقاله اصیل پژوهشی

## اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن

### در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مهسا عصارزادگان<sup>۱</sup>، زهره رئیس<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

۲. استادیار روانشناسی بالینی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران.

نویسنده مسئول: زهره رئیس، دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد [z.tadbir@yahoo.com](mailto:z.tadbir@yahoo.com)

#### چکیده:

**مقدمه و هدف:** بیماری دیابت از شایع ترین بیماریهای مزمن است که روی خصوصیات روحی و روانی هم تاثیر منفی دارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.


**مواد و روش‌ها:** این مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری در دسترس از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز سلامت حضرت علی(ع) شهر اصفهان در سال ۱۳۹۶ انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایش تحت آموزش روانشناسی مثبت نگر قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. هر دو گروه قبل و بعد از انجام مداخله و در مرحله پیگیری با استفاده از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۰) بررسی مورد سنجش قرار گرفتند. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند

**یافته‌ها:** نشان داد آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی و پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، تسلط محیط در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ولی بر خود مختاری و رشد شخصی بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه گیری:** آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر به طور موثری باعث بهبود بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می گردد. بنابراین توصیه می شود از این رویکرد درمانی برای کمک به ارتقاء بهزیستی روانشناختی این بیماران استفاده شود.

**کلید واژه ها:** آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر، بهزیستی روانشناختی، دیابت نوع دو

#### Access This Article Online

Quick Response Code:	Website: <a href="http://jdn.zbmu.ac.ir">http://jdn.zbmu.ac.ir</a>
	<b>How to site this article:</b>
	Assarzadegan M, Raesi Z. Effectiveness of Positive Psychology Training on Psychological Well-being and Its Dimensions Among Patients With Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (2) :793-808



## مقدمه و هدف

در حال حاضر دیابت یک اپیدمی جهانی رو به رشد است که شیوع نگران کننده ای دارد (۱) و در واقع یک اختلال متابولیکی رایج است که شیوع آن در سراسر جهان افزایش رو به افزایش است که مشکلات زیادی را در پی دارد (۲). دیابت اختلال در هموستاز<sup>۱</sup> تعریف شده است که شامل اختلال در گلوکز ناشتا و تحمل گلوکز می باشد. گلوکز پلاسما در این تعریف به صورت سطح گلوکز خون ناشتا  $126 \text{ mg/dl}$  یا در دو ساعت بعد از غذا  $200 \text{ mg/dl}$  می باشد (۳). دیابت نوع دو، بصورت نقصان در گیرنده های انسولین بر روی غشاء سلولی سلول های هدف مشخص می گردد که در واقع در این حالت نوعی مقاومت یا کاهش حساسیت به انسولین در بدن ایجاد می شود، دیابت نوع دو، در اثر برهم کنش متقابل عوامل وراثتی، محیطی و رفتاری در افراد بوجود می آید (۴،۱). دیابت نوع دو یک اختلال چند فاکتوری مزمن است که با هیپرگلیسمی<sup>۲</sup> و آسیب ارگان ها و اندام ها در دراز مدت همراه است (۵). این بیماری با کاهش امید به زندگی به دلیل خطر بیشتر بیماری های قلبی، سکته مغزی، نوروپاتی<sup>۳</sup> محیطی، نفروپاتی<sup>۴</sup>، رتینوپاتی<sup>۵</sup> (نابینایی) و قطع عضو همراه است، شناخته شده ترین پیش بینی کننده های افزایش خطر دیابت، گلوکز پلاسمای ناشتا، افزایش یک و دوساعته گلوکز پلاسما پس از تست تحمل گلوکز خوراکی، چاقی و شواهدی از اختلال عملکرد انسولین هستند (۶). دیابت نوع دو، دیابت غیر وابسته به انسولین یا دیابت بالغ است. حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد از افراد به دیابت نوع دو مبتلا می شوند، علت آن شناخته نیست و به علت تخریب سلولهای بنیادی است و اضافه وزن و یا چاقی یکی از علت های دیابت نوع دو است. اضافه وزن سبب ایجاد مقاومت به انسولین

می شود (۷). طبق بررسی ها و مطالعات اخیر در سازمان جهانی بهداشت<sup>۶</sup> تعداد مبتلایان به دیابت در ایران  $10/3$  درصد گزارش شده است (۸). طبق بررسی ها و مطالعات فدراسیون بین المللی دیابت<sup>۷</sup> تعداد مبتلایان به دیابت جهان دیابت در سال ۲۰۱۷ به ۴۲۵ میلیون نفر رسیده و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۴۵ به ۶۲۹ میلیون نفر افزایش پیدا کند (۹). در این راستا پژوهش ها نشان می دهد که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در بهزیستی روان شناختی<sup>۸</sup> مشکل جدی دارند (۱۰). بهزیستی روان شناختی به احساس مثبت افراد در مورد خود و زندگی شان اشاره دارد و شامل متغیرهایی نظیر رضایت از زندگی، فقدان افسردگی و نگرانی، حالات و هیجانات مثبت می باشد (۱۱). در واقع بهزیستی روانشناختی شامل افکار و احساسات مثبتی است که افراد زندگی خود را به طور مطلوب ارزیابی می کنند (۱۲). پژوهش ها حکایت از این دارند که بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در روند درمان آنان تاثیر به سزایی دارد (۱۳)؛ پژوهش زارع، علی پور، پورشریفی، افخمی و اعراب (۱۳۹۱) که به تاثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص های بهزیستی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند نشان می دهد که این مداخلات در شاخص های بهزیستی جسمی و روانی افراد مبتلا تاثیر مثبت دارد (۱۴) همچنین نتایج پژوهش شعبانی و محمودی (۱۳۹۷) نشان داد که مداخله معنادرمانی تاثیر معناداری در افزایش بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد (۱۵). در نتیجه تلاش برای ارتقاء این سازه، از جمله اهداف روانشناسان خواهد بود. اخیراً توجه زیادی به بحث بهزیستی شده است و گاهی آن را به عنوان سلامت روان که عاری بودن از بیماری را نشان می دهد، عنوان

<sup>5</sup> Retinopathy

<sup>6</sup> World Health Organization (WHO)

<sup>7</sup> International Diabetes Federation (IDF)

<sup>8</sup> Psychological well-being

<sup>1</sup> Homeostasis

<sup>2</sup> Hypoglycemia

<sup>3</sup> Neuropathy

<sup>4</sup> Nephropathy



دیابت نوع دو و لزوم انتخاب مداخله ی مناسب در جهت اصلاح آن و عدم بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر بهزیستی روان شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، به طور خاص، لزوم اجرای پژوهش حاضر مشخص می گردد. بنابراین هدف از پژوهش پیش رو بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر بهزیستی روان شناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

### مواد و روش ها

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده، از دسته طرح های نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت حضرت علی(ع) در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. به منظور نمونه گیری از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت حضرت علی(ع)، ۳۰ نفر از بیماران به صورت دردسترس و براساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است که ۲ نفر از گروه آزمایش و ۲ نفر از گروه کنترل به دلیل عدم همکاری از طرح پژوهش حذف گردیدند و نهایتاً تعداد ۱۳ نفر در هر گروه باقی ماندند. معیارهای ورود به مطالعه شامل، تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ با آزمایش خون و تشخیص پزشک، سن بین ۳۰ تا ۶۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، رضایتمندی از شرکت در پژوهش و ملاکهای خروج عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه و داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن به تشخیص روانپزشک بودند. قبل از اعمال مداخله ی درمانی پرسشنامه پژوهش یعنی پرسشنامه بهزیستی روانشناختی

می کنند، بهزیستی خوش بینی افراد را به همراه دارد و شامل خوب بودن و احساس خوب داشتن می شود (۱۶). بنابراین به دلیل اهمیت سازه های روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مداخله های روان شناختی متعددی از سوی متخصصان پیشنهاد شده است (۱۷). مداخلات روانشناسی مثبت، در بهبود و سلامت افراد به بیماری های مزمن اثربخش بوده است (۱۸). در واقع مداخله های مثبت گرا از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار مثبت، رفتارهای مثبت و ارضاء نیازهای اساسی افراد مثل خود مختاری، عشق و تعلق خاطر و ارتباط باعث کاهش افسردگی، افزایش شادکامی و احساس بهزیستی روانشناختی<sup>۹</sup> در افراد می شود (۱۹) و بر افزایش توانایی و فضیلت های انسانی و ارتقای معنای زندگی تاکید دارد و این امکان را برای افراد و جوامع فراهم می آورد که به موفقیت دست یابند (۲۰). در سال های اخیر مداخله های روانشناسی مثبت نگر مورد توجه پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است. برای نمونه نتایج پژوهش، هنرمندزاده و سجادیان (۱۳۹۵) نشان داد که اثربخشی مداخله مثبت نگر می تواند بر بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و شادکامی دختران بی سرپرست موثر باشد (۲۱). آیوس و لی و چوی و لیوبومیرسکی<sup>۱۰</sup> (۲۰۱۴) گزارش کردند که روان درمانی مثبت در کاهش نشانه های افسردگی، افزایش بهزیستی موثر است (۲۲). شواهد نشان داده که این رویکرد می تواند به کاهش احساسات و عواقب منفی، پایبندی به بهبود دارو و افزایش طول عمر کمک کند (۲۳). بهره مندی از برنامه های مشاوره گروهی و به طور اخص آموزش های روان درمانی، موجب بهبود عملکرد جسمانی، هیجانی و اجتماعی، کاهش خستگی و کاهش اثرات منفی ناشی از این بیماری می شوند (۲۴).

در نهایت با توجه به شیوع دیابت نوع دو و اثرات سوء این بیماری مزمن بر بهزیستی روان شناختی بیماران مبتلا به

<sup>10</sup> Ayous, Lee ,Choi & Lyubomirsky

<sup>9</sup> psychological well-being



رفته و با توضیح هدف از اجرای طرح و کسب اجازه از مسئولین به مرکز جامع سلامت حضرت علی(ع) واحد دیابت رفته و پس از کسب رضایت آگاهانه از شرکت کننده ها و توضیح در خصوص روش اجرای مداخله و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و به منظور همکاری بهتر و آزادی عمل و محرمانه بودن اطلاعات شرکت کنندگان برای حضور و شرکت در پژوهش و تخصیص تصادفی آنها در دو گروه آزمایش و کنترل شروع به انجام کار شد؛ در ابتدا قبل از شروع مداخله پس از مشخص شدن گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف در اختیار اعضاء گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت و با نظارت پرسشگر توسط اعضاء تکمیل گردید. برای گروه آزمایش ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای، به صورت هفتگی آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر اجرا شد. محتوای آموزشی هر جلسه از قبل طبق منابع معتبر و براساس پروتکل درمانی رشید و سلیگمن (۲۰۱۱) تهیه شده بود (۲۶) و به تایید صاحب نظران این حیطة رسیده بود. این جلسات همراه با آموزش در خصوص بیان و مفاهیم اصلی در روانشناسی مثبت، شناسایی و بررسی توانمندی ها، نقش شکرگذاری، قدردانی، بخشش، امید، خوش بینی، ارتباط مثبت با دیگران، همراه با انجام کارگروهی و ارائه تکالیفی در راستای آموزش هر جلسه بوده، بعد از اتمام جلسات آموزشی هر دو گروه شرکت کننده در پژوهش یعنی گروه کنترل و گروه آزمایش مجدداً پرسشنامه بهزیستی روانشناختی را با نظارت پرسشگر تکمیل کردند. لازم به ذکر است که برای گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نگرفت و پس از پایان جلسات گروه آزمایش، بروشوری از شرح جلسات و پروتکل درمانی به گروه کنترل داده شد. همچنین به منظور پایداری اثر آموزش، یک ماه بعد پیگیری به عمل آمد.

ریف (۱۹۸۰) به منظور اجرای پیش آزمون به هر دو گروه تحویل داده شد.

برای گردآوری داده ها از پرسشنامه بهزیستی روانشناختی (ریف) استفاده شد: پرسشنامه بهزیستی روانشناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط ریف تنظیم شد. و در بررسی های بعدی فرم های کوتاه تر ۸۴، ۵۴ و ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید. در پژوهش حاضر نسخه ی ۵۴ سؤالی آن با ۶ خرده مقیاس به کار برده شد. خرده مقیاس های این آزمون: پذیرش خود<sup>۱۱</sup>، رشد شخصی<sup>۱۲</sup>، داشتن هدف در زندگی<sup>۱۳</sup>، تسلط محیطی<sup>۱۴</sup>، خودمختاری<sup>۱۵</sup> و روابط مثبت با دیگران<sup>۱۶</sup>، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی ریف از آزمون های خود گزارش دهی و بسته پاسخ است. که هر یک از سؤالات آن از یک طیف ۶ درجه ای تشکیل شده است. در این پرسشنامه برخی از سؤالات به شکل مستقیم و برخی به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف ۰/۸۲ و خرده مقیاس های پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد شخصی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۷۸، ۰/۷۷، ۰/۷۷ و ۰/۷۸ به دست آمد و همبستگی مقیاس بهزیستی روانشناختی با مقیاس رضایت از زندگی<sup>۱۷</sup>، پرسشنامه شادکامی آکسفورد<sup>۱۸</sup> و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ<sup>۱۹</sup> به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۵۸ و ۰/۴۶ به دست آمد (۲۵).

در اجرای این پژوهش پژوهشگر بعد از تایید و تصویب طرح پژوهش در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی نجف آباد و دریافت تایید کمیته اخلاق که مصوب شد، با دریافت معرفی نامه از دانشگاه به مرکز بهداشت استان اصفهان مراجعه کرده و پس از تایید به مرکز بهداشت شماره یک

<sup>16</sup> Positive relation with others

<sup>17</sup> Satisfaction with Life scale

<sup>18</sup> Oxford Happiness Inventory

<sup>19</sup> Rosenberg Self-Esteem Questionnaire

<sup>11</sup> Self-acceptance

<sup>12</sup> Personal growth

<sup>13</sup> Purpose in life

<sup>14</sup> Environmental mastery

<sup>15</sup> Autonomy



۰/۰۵ و توان آماری نزدیک به ۱، که نشان می دهد حجم نمونه برای این آزمایش کافی بوده، استفاده شد.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش از نرم افزا SPSS نسخه ۲۲ و از میانگین و انحراف استاندارد نمرات در سطح توصیفی و در سطح استنباطی از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر با فاصله اطمینان ۰/۹۵ و سطح معناداری

جدول ۱: چهار چوب برگزاری جلسات روان شناسی مثبت نگر

جلسه اول	آشنایی اعضا با یکدیگر، برقراری ارتباط اولیه، جهت دهی درمان جو در چارچوب روان شناسی مثبت و تعریف مراجع از خود به صورت مثبت
جلسه دوم	ارائه خلاصه از جلسه قبل و مرور آن، بیان مفاهیم اصلی در مثبت اندیشی، شناسایی علایم و نشانه های مثبت اندیشی، بررسی توانمندی ها و کمک به درمانجو جهت پرورش توانمندی های مثبت
جلسه سوم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، کمک به درمانجو برای درک نقش خاطرات خوب و بد، تهیه دفترچه شکرگذاری و نوشتن سه خاطره خوب، همچنین نوشتن سه خاطره بد و ابزار هیجانات منفی، ارائه تکالیفی در همین راستا
جلسه چهارم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، تبدیل هیجانات منفی به مثبت، تمرکز بر روی قدرانی، بخشش و همچنین ارائه تکالیفی در همین راستا
جلسه پنجم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، این جلسه بر موضوع امید و خوش و بینی تمرکز شد، مرور مطالب
جلسه ششم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، عشق و دل بستگی، ارتباط مثبت با دیگران، بررسی سبک های پاسخ دهی (پاسخ دهی فعال-سازنده)، ارائه تکالیفی در همین راستا
جلسه هفتم	ارائه خلاصه از جلسه قبل، هنر لذت بردن و لذت چشی، ارائه تکالیفی در همین راستا
جلسه هشتم	یکپارچه سازی مطالب، ایجاد محیط مثبت، حفظ سلامتی و اثر آن در روانشناسی مثبت، بازخورد گرفتن

یافته ها

بودند. همچنین در گروه کنترل ۲۳/۱ درصد زیر دیپلم، ۱۵/۴ درصد دیپلم، ۳۰/۸ درصد فوق دیپلم و ۳۰/۸ درصد لیسانس و در کل ۱۹/۲ درصد زیر دیپلم، ۱۵/۴ درصد دیپلم، ۳۰/۸ درصد فوق دیپلم و ۳۴/۶ درصد لیسانس بودند.

به منظور بررسی میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش از یافته های توصیفی استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول آورده شده است.

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص های توصیفی ، فراوانی و درصد فراوانی سن اعضاء به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بدین شرح می باشد؛ میانگین سنی در گروه آزمایش ۴۴،۵۴ سال با انحراف معیار ۷،۵۲ و در گروه کنترل میانگین سن میانگین سن آزمودنی ۴۶،۸۵ و انحراف معیار ۷،۸۷ بودند. همچنین از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش ۱۵/۴ درصد مجرد و ۸۴/۶ درصد متأهل، در گروه کنترل ۱۵/۴ درصد مجرد و ۸۴/۶ درصد متأهل و در کل نیز ۱۵/۴ درصد مجرد و ۸۴/۶ درصد متأهل بودند. و از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش ۱۵/۴ درصد زیر دیپلم، ۱۵/۴ درصد دیپلم، ۳۰/۸ درصد فوق دیپلم و ۳۸/۵ درصد لیسانس



جدول شماره ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل

سطح معناداری	کنترل		آزمایش		مرحله	متغیرها
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۰۰	۷/۳۰	۱۰۷/۰۰	۷/۵۰	۱۰۸/۳۰	پیش آزمون	بهزیستی روانشناختی
۰/۰۰	۶/۱۹	۱۰۴/۶۱	۱۶/۷۲	۲۰۳/۵۳	پس آزمون	
۰/۴۹۲	۹/۱۶	۱۱۲/۷۶	۱۸/۱۰	۲۰۷/۰۰	پیگیری	
۰/۰۰	۱/۷۵	۱۷/۶۹	۱/۷۳	۱۸/۷۶	پیش آزمون	پذیرش خود
۰/۰۰	۱/۴۹	۱۷/۹۲	۵/۴۱	۲۳/۸۴	پس آزمون	
۰/۱۵۶	۲/۵۴	۲۰/۰۰	۵/۵۷	۳۴/۷۶	پیگیری	
۰/۰۰	۲/۴۴	۱۷/۸۴	۲/۴۳	۱۸/۰۷	پیش آزمون	روابط مثبت با دیگران
۰/۰۰	۱/۶۰	۱۷/۶۱	۵/۲۳	۵/۲۳	پس آزمون	
۰/۹۱۸	۱/۵۷	۱۸/۱۵	۴/۹۲	۴/۹۲	پیگیری	
۰/۰۰	۲/۱۴	۱۷/۳۸	۱/۸۷	۱۸/۲۳	پیش آزمون	داشتن هدف در زندگی
۰/۰۰	۲/۴۳	۱۷/۰۷	۲/۰۲	۳۲/۲۳	پس آزمون	
۰/۰۲۹	۲/۷۱	۱۸/۲۳	۳/۹۵	۳۱/۵۳	پیگیری	
۰/۰۰	۱/۸۶	۱۸/۸۴	۱/۸۹	۱۸/۴۶	پیش آزمون	تسلط در محیط
۰/۰۰	۱/۷۰	۱۸/۰۷	۳/۸۳	۳۴/۶۹	پس آزمون	
۰/۰۷۳	۲/۰۲	۱۸/۶۱	۴/۰۵	۳۵/۳۸	پیگیری	
۰/۰۰	۲/۰۳	۱۸/۱۵	۱/۳۸	۱۸/۰۷	پیش آزمون	خود مختاری
۰/۰۰	۲/۳۲	۱۷/۹۲	۲/۵۲	۳۳/۷۶	پس آزمون	
۰/۰۰	۱/۸۷	۱۸/۷۶	۳/۱۳	۳۴/۱۵	پیگیری	
۰/۰۰	۱/۶۵	۱۷/۰۷	۲/۵۶	۱۶/۶۹	پیش آزمون	رشد شخصی
۰/۰۰	۱/۵۸	۱۶/۰۰	۴/۱۴	۱۹/۲۳	پس آزمون	
۰/۰۰	۲/۴۸	۱۹/۰۰	۳/۱۷	۲۰/۰۷	پیگیری	

مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و تسلط محیط موثر بوده و اثر دوره ی آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر پس از یک ماه همچنان ماندگار است. به منظور اجرای تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر، ابتدا می بایست به بررسی پیش فرض های انجام تحلیل واریانس پرداخت.

با توجه به جدول ۲ در مرحله پیش آزمون تفاوت زیادی در بین گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد؛ لیکن در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون، در گروه آزمایش نمرات پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، تسلط محیط، خود مختاری، رشد شخصی و بهزیستی روان شناختی افزایش داشته است. همچنین نمرات در مرحله ی پیگیری برای مقیاس های بهزیستی روانشناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و تسلط محیط تفاوت معناداری دارند و این نتایج بیانگر این است که آموزش مبتنی بر روان شناسی



جدول شماره ۳: نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونف و آزمون لوین

سطح معناداری		ارزش	نوع آزمون	متغیرها	آزمون کولموگروف اسمیرونف
۰/۳۶۰		۰/۲۴۴	پیش آزمون	بهبیستی روانشناختی	
۰/۳۶۲		۰/۱۷۷	پیش آزمون	پذیرش خود	
۰/۴۳۳		۰/۲۷۲	پیش آزمون	روابط مثبت با دیگران	
۰/۱۱۹		۰/۱۵۳	پیش آزمون	داشتن هدف در زندگی	
۰/۲۱۰		۰/۱۵۱	پیش آزمون	تسلط محیط	
۰/۱۴۳		۰/۱۴۸	پیش آزمون	خود مختاری	
۰/۱۶۰		۰/۲۴۸	پیش آزمون	رشد شخصی	
سطح معناداری	df 2	df 1	F	تجانس گروه همپراش و وابسته ی مقیاس ها	
۰/۹۸۳	۲۴	۱	۰/۰۰	بهبیستی روان شناختی	
۰/۵۸۰	۲۴	۱	۰/۳۱۵	پذیرش خود	
۰/۹۸۵	۲۴	۱	۰/۰۰	روابط مثبت	
۰/۸۲۷	۲۴	۱	۰/۰۴۹	داشتن هدف	
۰/۱۸۵۰	۲۴	۱	۰/۰۳۶	تسلط محیط	
۰/۱۹۳	۲۴	۱	۱/۷۹۱	خودمختاری	
۰/۴۳۱	۲۴	۱	۰/۶۴۱	رشد شخصی	

جهت بررسی تساوی واریانس گروه ها در متغیرهای بهزیستی روانشناختی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می توان قضاوت کرد که گروه های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات متغیرهای وابسته پژوهش یکسان می باشند.

براساس یافته های جدول ۳ نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونف و لوین حاکی از آن است که توزیع، داده ها منطبق بر توزیع نرمال و مفروضه ی همگنی تحلیل واریانس رعایت شده است. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرونف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات بهزیستی روانشناختی نشان داد، که شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته رعایت گردیده است. همچنین نتایج آزمون لوین



جدول شماره ۴: تحلیل واریانس بین آزمودنی ها و درون آزمودنی ها با سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای بهزیستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

توان آماری	اتا	سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	منبع	مقیاس	
۱/۰۰	۰/۸۸۲	۰/۰۰	۱۷۹/۶۸۲	۲۱۳۰۶/۵۰	۲	۴۲۶۱۳/۰۰	عامل	درون گروهی	بهزیستی روانشناختی
۱/۰۰	۰/۸۷۴	۰/۰۰	۱۶۶/۱۴۲	۱۹۷۰۰/۹۳۶	۲	۳۹۴۱/۸۷۲	اثر تعاملی		
				۱۱۸/۵۷۹	۴۸	۵۶۹۱/۷۹۵	خطا		
۱/۰۰	۰/۹۴۹	۰/۰۰	۴۴۸/۵۸۱	۸۱۹۳۳/۱۲۸	۱	۸۱۹۳۳/۱۲۸	گروه	بین گروهی	
				۱۸۲/۶۵۰	۲۴	۴۳۸۳/۵۹	خطا		
۱/۰۰	۰/۷۲۱	۰/۰۰	۶۱/۹۸۸	۶۲۶/۷۰۵	۲	۱۲۵۳/۴۱۰	عامل	درون گروهی	پذیرش خود
۱/۰۰	۰/۶۴۶	۰/۰۰	۴۳/۸۵۰	۴۴۳/۳۲۱	۲	۸۸۶/۶۴۱	اثر تعاملی		
				۱۰/۱۱۰	۴۸	۴۸۵/۲۸۲	خطا		
۱/۰۰	۰/۸۴۰	۰/۰۰	۱۲۵/۹۴۳	۲۱۸۶/۷۸۲	۱	۲۱۸۶/۷۸۲	گروه	بین گروهی	
				۱۷/۳۶۳	۲۴	۴۱۶/۷۱۸	خطا		
۱/۰۰	۰/۷۲۷	۰/۰۰	۶۴/۰۳۸	۶۱۹/۸۵۹	۲	۱۲۳۹/۷۱۸	عامل	درون گروهی	روابط مثبت با دیگران
۱/۰۰	۰/۷۲۷	۰/۰۰	۶۴/۰۷۰	۶۲۰/۱۶۷	۲	۱۲۴۰/۳۳	اثر تعاملی		
				۹/۶۷۹	۴۸	۴۶۴/۶۱۵	خطا		
۱/۰۰	۰/۸۷۷	۰/۰۰	۱۷۰/۹۶۳	۲۵۵۰/۲۰۵	۱	۲۵۵۰/۲۰۵	گروه	بین گروهی	
				۱۴/۹۱۷	۲۴	۳۵۸/۰۰	خطا		
۱/۰۰	۰/۸۰۱	۰/۰۰	۹۶/۵۳۶	۵۸۱/۶۹۲	۲	۱۱۶۳/۳۸۵	عامل	درون گروهی	داشتن هدف در زندگی
۱/۰۰	۰/۷۸۳	۰/۰۰	۸۶/۳۵۷	۵۲۰/۳۵۹	۲	۱۰۴۰/۷۱۸	اثر تعاملی		
				۶/۰۲۶	۴۸	۲۸۹/۲۳۱	خطا		
۱/۰۰	۰/۹۲۰	۰/۰۰	۲۷۶/۱۲۵	۲۴۰۳/۷۵	۱	۲۴۰۳/۷۵	گروه	بین گروهی	
				۸/۷۰۵	۲۴	۲۰۸/۹۲۳	خطا		
۱/۰۰	۰/۷۸۸	۰/۰۰	۸۹/۴۱۵	۵۶۲/۷۴۷	۲	۱۱۲۴/۹۴۹	عامل	درون گروهی	تسلط محیط
۱/۰۰	۰/۸۰۷	۰/۰۰	۱۰۰/۴۴۵	۶۳۱/۸۸۵	۲	۱۲۶۳/۷۶۹	اثر تعاملی		
				۶/۲۹۱	۴۸	۳۰۱/۹۴۹	خطا		
۱/۰۰	۰/۹۰۷	۰/۰۰	۲۳۵/۱۴۶	۲۳۵۹/۵۰	۱	۲۳۵۹/۵۰	گروه	بین گروهی	
				۱۰/۰۳۴	۲۴	۲۴۰/۸۲	خطا		
۱/۰۰	۰/۸۵۶	۰/۰۰	۱۴۲/۳۶۵	۵۲۵/۳۶۵	۲	۱۰۵۱/۶۱۵	عامل	درون گروهی	خود مختاری
۱/۰۰	۰/۸۵۰	۰/۰۰	۱۳۶/۳۳۹	۵۰۳/۵۵۱	۲	۱۰۰۷/۱۰۳	اثر تعاملی		
				۳/۶۹۳	۴۸	۱۷۷/۲۸۲	خطا		
۰/۲۳۴	۰/۲۷۶	۰/۲۳۶	۴۰/۵۳۸	۱۹۷/۰۵۱	۱	۱۹۷۰/۰۵۱	گروه	بین گروهی	
				۸/۱۹۰	۲۴	۱۹۶/۵۶۴	خطا		
۱/۰۰	۰/۸۰۷	۰/۰۰	۱۰۰/۱۷۵	۶۷۸/۸۵۹	۲	۱۳۵۷/۷۱۸	عامل	درون گروهی	رشد شخصی
۱/۰۰	۰/۷۸۷	۰/۰۰	۸۸/۵۶	۶۰۰/۱۶۷	۲	۱۲۰۰/۳۳	اثر تعاملی		
				۶/۷۷	۴۸	۳۲۵/۲۸۲	خطا		
۰/۲۶۷	۰/۲۷۵	۰/۵۸۳	۲۴۳/۴۸۵	۲۲۰۸/۰۱۳	۱	۲۲۰۸/۹۳	گروه	بین گروهی	
				۹/۰۶۸	۲۴	۲۱۷/۶۴۱	خطا		





این مطالعه، مسی و همکاران<sup>۲۰</sup> (۲۰۱۹) در یک بررسی سیستماتیک عنوان کردند که مداخلات روانشناسی مثبت نگر و استفاده از مهارتها و تمرینات خاص باعث ارتقاء بهرپستی در افراد مبتلا به دیابت می شود (۲۷). در مطالعه نوفرستی و همکاران (۱۳۹۴) تحت عنوان اثربخشی روان درمانی مثبت نگر بر شادکامی و بهرپستی روانشناختی افراد دارای نشانه های افسردگی اجرا شده بود نمرات قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری داشت (۲۸). همچنین در پژوهش فراتحلیلی سین و دلپورتا و لیوبومیرسکی (۲۰۱۱) نشان می دهد که مداخلات روانشناسی مثبت نگر تاثیر معناداری بر افزایش بهرپستی روانی و همچنین کاهش چشمگیری در میزان افسردگی داشت (۲۹). بولییر و همکاران<sup>۲۲</sup> (۲۰۱۴) در یک متاآنالیز به این نتیجه رسیدند که مداخلات مثبت نگر به طور معناداری باعث بهبود بهرپستی روانشناختی و کاهش نشانه های افسردگی در افراد می شود و در پیگیری های سه تا شش ماه نشان داد که این اثرات در طول زمان پایدار است (۳۰). هافمن و همکاران<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۵) در بررسی خود نشان دادند که مداخلات روانشناسی مثبت در بهبود نتایج سلامتی بیماران مبتلا به دیابت موثر بوده (۳۱) و همچنین نتایج پژوهش دی بویس و همکاران<sup>۲۴</sup> (۲۰۱۶) در پژوهش خود عنوان کردند که برنامه روانشناسی مثبت منجر به بهبود سلامت روان، عملکرد و سلامتی در بیماران مبتلا دیابت نوع دو می شود و مداخلات مثبت می تواند برای ارتقاء خوش بینی و احساسات مثبت باشد (۳۲). آلگو و همکاران<sup>۲۵</sup> (۲۰۰۸) به بررسی پذیرش خود، شناخت بهتر خود و دیگران، بازشناسی مثبت از تجربه های گذشته و افزایش و ارتقای احترام به خود و پذیرش مسئولیت در مورد ارزش خود و درک کامل خویشتن پرداختند (۳۳) که با نتایج این پژوهش همسو می باشد.

نتایج پژوهش شوشانی و همکاران<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۶) نشان داد که این مداخله بر تعامل های شناختی و روابط اجتماعی تاثیر مثبت دارد (۳۴). آمونو و همکاران<sup>۲۷</sup> (۲۰۱۹) در یک بررسی سیستماتیک به تاثیر مداخله مثبت نگر و نتایج آن

با توجه به جدول ۴ و معنادار بودن عامل ها در درون گروه ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای بهرپستی روانشناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، تسلط محیط، خود مختاری، رشد شخصی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در سطح  $P < 0.01$  تایید گردید. همچنین با معنادار بودن منبع گروه در بین گروه ها می توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای متغیرهای متغیرهای بهرپستی روانشناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و تسلط محیط در سطح  $P < 0.01$  وجود دارد؛ به این معنا که آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر بهرپستی روان شناختی، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و تسلط محیط بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر بوده است و منجر به بهبود پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و تسلط محیط گردیده است؛ لیکن این مداخله ی تاثیریری بر خود مختاری و رشد شخصی در این گروه نداشته است.

#### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر بر بهرپستی روانشناختی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر بهرپستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر داشته است و منجر به بهبودی و ارتقاء بهرپستی روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو گردیده است. همچنین اثر مداخله و آموزش در پیگیری هم پایدار بوده است و میانگین نمرات بهرپستی روانشناختی گروه آزمایش بعد از مداخله به طور معناداری افزایش یافته بود. این افزایش در ابعاد بهرپستی روانشناختی یعنی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، تسلط محیط و زندگی هدفمند را شامل می شود. بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ی اثر مثبت برنامه ی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت بر بهرپستی روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. در راستای

<sup>24</sup> DuBois

<sup>25</sup> Algoe

<sup>26</sup> Shoshani

<sup>27</sup> Amonoo

<sup>20</sup> Massey

<sup>21</sup> Sin, Della Porta & Lyubomirsky

<sup>22</sup> Bolier

<sup>23</sup> Huffman



بیماری، موضعی فعال داشته باشند و بر زندگی خود کنترل داشته باشند.

در مورد عدم اثر دوره آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر خودمختاری و رشد شخصی باید بیان نمود، هر چند این آموزش منجر به افزایش رشد شخصی و خود مختاری در بیماران مبتلا به دیابت شد لیکن این اثر معنادار نبوده است. تامل در نمرات دوره پیگیری نشان می دهد که بعد از یک ماه مجدداً افزایشی در این دو متغیر رخ می دهد. به نظر می رسد آموزش مثبت اندیشی برای اثر گذاری بر سازه های مرتبط با رشد و کنترل خود، نیاز به تمرین های بیشتر و دوره ی آموزشی طولانی تر و گذر بیشتر زمان را دارا باشد. در واقع ساختارهای روانشناسی مثبت ویژگی های ثابت نیستند بلکه قابل تغییر هستند و می توانند آموزش داده شوند و تقویت شوند (۳۵).

با توجه به پژوهش های مطرح شده و نتایج مطالعه ی حاضر می توان گفت که آموزش روانشناسی مثبت نگر در ارتقای سلامت بیماران مزمن تاثیر و کاربرد دارد که مهمترین اثر آن تقویت روابط فردی، افزایش انگیزه و نفوذ بر شخصیت فرد، مشارکت و افزایش خودکارآمدی بیماران است (۴۰) و از آنجا که واکنش فرد در مقابل تغییرات و مشکلات زندگی از جمله عواملی هستند که تاثیر مستقیم بر سلامتی فرد می گذارند؛ لذا در این رویکرد مسأله این نیست که چگونه می توان ضعف های افراد را اصلاح نمود، بلکه این است که چگونه می توان توانایی های افراد را پرورش داد و تقویت کرد. روانشناسی مثبت نگر در پی آن است که افراد را نیرومندتر و پربارتر کند و استعدادهای آنان را شکوفا کند. روانشناسی مثبت نگر با تاکید بر روی نقاط قوت و احساسات مثبت به افراد ابزاری می دهد تا بتوانند به سطح مطلوب رفاه بدون در نظر گرفتن شرایط خود برسند و فرد را قادر می سازند، تا به این درک برسند که چگونه با بهره گیری از امید، خوش بینی، انعطاف پذیری، علاقه، حکمت، نوع دوستی، مذهب معنویت به بهترین وجه از پس مشکلات بر آید و به سطح مطلوبی از بهزیستی روان شناختی دست یابند (۴۱). از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که اجرای برنامه درمانی و آموزش روانشناسی مثبت نگر بر بهزیستی روانشناختی بیماران

در سلامتی پرداختند و بیان کردند که استفاده تکنیک هایی تمرینات لذت بخشی مانند تشکر کردن، نوشتن نامه قدردانی که از ساختارهای روانشناسی مثبت است، منجر به بهبود در روابط مثبت با دیگران می گردد (۳۵) که همسو با نتایج مشخص شد که مداخلات مثبت نگر باعث بهبود و ارتقا روابط مثبت با دیگران می شود.

سلیگمن و همکاران ۲۸ (۲۰۰۹) در بررسی های خود نشان دادند که آموزش درمان های مثبت نگر موجب افزایش شادکامی، احساس مثبت و زندگی معنادار و متعهدانه در افراد می شود (۳۶). در مطالعه دیگری که توسط خدابخش و همکاران انجام شد به این نتیجه رسیدند که آموزش مداخلات مثبت نگر موجب می شود تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه با انگیزه بالاتری در آن درگیر شوند و چون لازمه این درگیری فعال تر، شناسایی توانمندی های ذاتی و استفاده بهتر از آنها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آنها بود، بنابراین آموزش مداخلات مثبت گامی به سمت زندگی ساعتندانه و خالی از تهی بودن را در بر دارد (۳۷). که با یافته های پژوهش حاضر همسو می باشد.

در یک مطالعه مروری فریزر و همکاران ۲۹ (۲۰۱۲) با عنوان اثربخشی و تاثیرات روانشناسی مثبت بر دیابت گزارش نمودند، آموزش مبتنی بر روان شناسی مثبت نگر بر ویژگی های محیطی کنترل و مدیریت دیابت موثر است (۳۸). که همسو با نتایج اینطور می توان بیان کرد که آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت نگر به بیماران می آموزند تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ نمایند و زندگی خود را شخصا شکل دهند و تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کنند و در هر موقعیت بهترین چیز را ببینند و خود آن را بازسازی کنند؛ در نتیجه بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲، محدودیت های ناشی از بیماری خود را می پذیرد و با شناخت بیشتر قابلیت ها و توانایی های خود، در هر موقعیت با علم به قابلیت ها و توانایی ها خود عمل خواهد نمود (۳۹) و با توجه به موفقیت های کسب شده، تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس می نماید. در مقابله با دشواری های روانی در زندگی و در مواجهه با استرسورهای ناشی از



به صورت تصادفى و با حجم نمونه گسترده تر انجام شود، همچنين انجام مطالعات طولانى تر و با پيگيرى هاى بلندمدت و چند مرحله اى، به منظور بررسى تداوم اثربخشى و ميزان پايدارى دوره ي آموزشى مبتنى بر روان شناسى مثبت نگر پيشنهاده مى گردد.

#### تشكر و قدردانى

در پايان از مسئولين مركز بهداشت استان اصفهان و پرسنل مركز جامع سلامت حضرت على(ع) و شركت كندگان محترم كه در اين پژوهش ما را يارى كردند، كمال قدردانى و تشكر مى شود.

#### تضاد منافع

اين مطالعه براى نويسندگان هيچ گونه تضاد منافعى نداشته است.

مبتلا به ديابت نوع دو تاثير داشته و باعث بهبود بهزيستى روانشناختى بيماران ديابتى گردد. بنابراين، مى توان انتظار داشت كه ارائه راهكارهاى مناسب از قبيل اجراى برنامه هاى آموزشى با ايجاد مثبت انديشى، نگاه به زندگى از جنبه هاى خوب آن و نه با تمرکز بر بيمارى و افزايش سازگارى در بيماران ديابتى موجب اصلاح و ارتقاى بهزيستى روانشناختى اين بيماران شده تا از عوارض، مشكلات و هزينه هاى سنگين مراقبت و درمان اين بيمارى كاسته شود.

پژوهش حاضر به دليل خودگزارشى بودن ابزار اندازه گيرى و عدم برخوردارى گروه كنترل از جلسات مشاوره خنثى به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانى، با محدوديت در تعميم نتايج رو به رو بود. محدوديت هاى ديگرى نظير عدم امكان براى انتخاب تصادفى گروه نمونه در پژوهش حاضر بود و پيشنهاده مى شود ترجيحاً در پژوهش هاى آتى نمونه گيرى



## References

1. Farooq R, Sabhiya M, Showkat A. B, Shajrul A, Hayat Bhat M, Wani H. A, Shah P.A. Association of adiponectin gene polymorphism with type 2 diabetes and metabolic.. *Translational Metabolic Syndrome Research*, 2018; 39-47 <https://www.evis.com/profile/#/TMSR/login>
2. Chen YL, Weng S.F, Yang C.Y, Wang J.J, Tien K.J. Diabetic ketoacidosis further increases risk of Alzheimer's disease in patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019; 147(1): 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.11.013>
3. McLellan K, Wyne K, Villagomez E, Hsueh W. Therapeutic interventions to reduce the risk progression from prediabetes to type 2 diabetes mellitus. *Journal of the therapeutics and clinical risk management*. 2014; 10(1): 173-188.
4. Ding D, Chong S, Jalaludin B, Comino E, Bauman AE. Risk factors of incident type 2- diabetes mellitus over a 3-year follow-up: Results from a large Australian sample *Diabetes research and clinical practice*; 2015. 108(2): 306-15.
5. Srinivasan B.T, Davies M. Glycaemic management of type 2 diabetes. *Medicine*, 2019; 47(1) : 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.10.009>
6. Hurtado M.D & Vella A. What is type 2 diabetes? *Medicine*, 2019; 47(1): 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2018.10.010>
7. American Diabetes Association. (ADA). Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in *Diabetes*. 2018; 41(1): S13- S27. <https://doi.org/10.2337/dc18-S002>
8. World Health Organization (WHO) . Diabetes country profiles. prevalence of diabetes and related risk factors. 2016: Available at: [http://www.who.int/diabetes/country-profiles/diabetes\\_profiles\\_explanatory\\_notes.pdf](http://www.who.int/diabetes/country-profiles/diabetes_profiles_explanatory_notes.pdf)
9. Withidpanyawong U, Lerkiatbundit S, Saengcharoen W. Family- based intervention by pharmacists for type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 2019; 102(1): 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.015>
10. Debono M & Cachia E. The impact of diabetes on psychological well being and quality of life. The role of patient education. *Psychology, Health & Medicine*, 2007; 6(12): 545-555.
11. Fava GA, Ruini C. Increasing psychological well-being. New York: Springer. Winters B, Eberlein M, Leung J, Needham D, Pronnovost P, & et al. (2010). morality and quality of life in sepsis: a systematic review. *Critical care medicine*, 2014; 38(5): 1276-1283.
12. Kubzansky L.D, Huffman J.C, Boehm J.K, Hernandez R, Kim E.S, Kiga H.K, Feig EH, Lloyd-Jones DM, Seligman MEP, Labarthe DR. Reprint of: Positive Psychological Well-Being and cardiovascular disease. : JACC Health Promotion Series. *J Am Coll Cardiol*. 2018 ; Sep 18; 72(12): 1382-1396. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.042>.
13. Barth, J.; Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. Depression as a risk factor for mortality in patients with



coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2004;66:13–802.

14. Zare H, Alipour A, Poursharifi H, Afkhami Ardakani M, Aarab Sheybani KH, The Impact of Group Psychosocial Intervention on Indicators of Mental and Physical Well-being in Patients with Type 2 Diabetes. *Social Cognition*, 2013; 1(2): 10-51. (Persian)

15. Shabani J, Mahmoudi Tabar R. The Effectiveness of Teaching Therapy on Psychological Well-being and Life expectancy in Patients with Type II Diabetes in Thallath City. *Psychology and Educational Sciences.* 2017; 29 (24): 65-88. (Persian).

16. Nussbaum M. *The therapy of Desire: Theory and practice in Hellenistic Ethics.* Princeton. NJ: Princeton university press; 2014

17. Ashoori J. The effect of cognitive behavioral therapy on happiness and mental health in patients with type II diabetes. *IJPN.* 2016; 3 (4) :71-79 (Persian). URL: <http://ijpn.ir/article-1-688-fa.html>

18. Huffman J.C, Millstein R.A, Mastromauro C.A, Moore S.V, Celano C.M, Bedoya C.A, et al. A positive psychology intervention for patients with an acute coronary syndrome: treatment development and proof-of-concept trial. *J Happiness Stud.* 2016; 17(5): pp. 1985-2006

19. Lyubomirsky, S., & Layous, K. How do simple positive activities increase well-being?. *Current Directions in Psychological Science*, 2013; 22(1): 57-62.

20. Peterson, C., Park, N. Orientation to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of Happiness Studies.* 2016; 6: 25-41.

21. HonarmandZadeh R, Sajjadian I. Effectiveness of Positive Group Intervention on Psychological Wellbeing, Resiliency and Happiness of Foster Care Adolescent Girls, *Positive psychologist research.* 2016; 2(2): 35-50. (Persian)

22. Ayous K, Lee H, Choi I, & Lyubomirsky S. Culture matters when designing a successful happiness-increasing activity: A comparison of the United States and South Korea. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 2014; 44 (8):1294–1303.

23. Lai S. T, Lim K. S, Tang V, Low W.Y. Positive psychological interventions for people with epilepsy: An assessment on factors related to intervention participation. *Epilepsy & Behavior.* 2019; 90-97. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.12.019>

24. Khanlarzade F, Asgari K, Amini M. An Investigation of the neuropsychological performance in patients with diabetes type2, *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 2012; 58(8): p459. (Persian)

25. Bayani A A, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and Validity of Ryff's Psychological Well-being Scales. *IJPCP.* 2008; 14 (2) :146-151. (Persian) URL: <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-464-fa.html>

26. Seligman M E P. *Flourish* (A visionary new understanding of happiness and well-being), Translated by Amir-Kamkar & Sakineh Hojabrian, Tehran: ravan. 2<sup>th</sup> ed, 2011. (Persian)

27. Massey C.N, Feig E.H, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz J.T, Huffman J.C. Well-being interventions for individuals with diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical*



- Practice.2019. 147,118-133.  
<https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.11.014>
- 28.** Noferești A, Roshan R, Fata L, Hasan Abadi H, Pasandide A. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Happiness and Psychological Well-being of People with Depression Symptoms, Single Student Study with Multiple Lines, Positive Psychological Research, 2015; 1 (1), 18-1.(Persian)
- 29.** Sin N, Della Porta M & Lyubomirsky S. Tailoring positive psychology interventions to treat depressed individuals. In S. Donaldson, M. Csikszentmihalyi, & J. Nakamura (Eds), Applied positive psychology: Improving everyday life, health, schools, work and society. New York: Routledge. 2011: 79-96.
- 30.** Bolier L, Haverman M, Westerhof GJ, Riper H, Smit F, Bohlmeijer E. Positive psychology intervention: A meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public Health. 2014;13(119):2-20.
- 31.** Huffman J.C, DuBois C.M, Millstein R.A, Celano C.M, Wexler D. Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. Hindawi Publishing Corporation Journal of Diabetes Research. 2015. 18 pages.  
<http://dx.doi.org/10.1155/2015/428349>
- 32.** DuBois C.M, Millstein R.A, Celano C.M, Wexler D.J, Huffman J.C. Feasibility and Acceptability of a Positive Psychological Intervention for Patients With Type 2 Diabetes. Prim Care Companion CNS Disord. 2016; 18(3): 10.4088/PCC.15m01902. doi: 10.4088/PCC.15m01902: 10.4088/PCC.15m01902
- 33.** Algoe S. B, Haidt J & Gable S. L. Beyond reciprocity: Gratitude and relationships in everyday life. Emotion, 2008:8- 425.
- 34.** Shoshani A., Steinmetz S., Kant-Maymon Y. Effect of the maytve positive psychology school program early adolescents well-being, engagement, and achievement Journal of school psychology, 2016;57(1): 73-92.
- 35.** Amonoo H. L, Barclay M. E, El-Jawahri A, Traeger L. N, Lee S. J, Huffman J. C. Positive Psychological Constructs and Health Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A systematic review, Biology of Blood and Marrow Transplantation .2019;25(1): e5-e16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2018.09.030>
- 36.** Seligman, M.E.P., Ernest, R.M., Gillham, J., Peivich, K & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. Oxford Review of Education, 35, 293-311.
- 37.** Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. Positive Psychology. 2015;1(1):35-50. (persian)
- 38.** Frazier J.P, Hilliard M, Cochrane K, Hood K.K. The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review .2012;12(3): 1116-1124. <http://dx.doi.org/10.4236/psych.2012.312A165>
- 39.** Snyder, C. R & Lopez, S, G. Positive Psychology, New York Published by Oxford University Press, Inc. 2007
- 40.** Ho AY, Berggren I, Dahlborg – Lyckhage E . Diabetes empowerment related to Pender's Model: a meta –



synthesis. Nurs Health Sci. Health  
Promotion2010;12(2):259-67.

41. Efkiides A, & Moraitou D. (Eds.) .  
Apositive psychology perspective on  
Quailty of life. New York: Springer. 2013



**Journal of Diabetes Nursing**  
**pISSN: 2345-5020**  
**eISSN: 2423-5571**

**Received: 2019/03/26**  
**Accepted: 2019/06/2**  
**Volume 7 Number 2 p: 793-808**

## **Effectiveness of Positive Psychology Training on Psychological Well-being and Its Dimensions Among Patients With Type II Diabetes**

Assar zadegan Mahsa<sup>1</sup>, **Raeisi Zohreh<sup>2</sup>\***

1. MSc in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

\*Corresponding Author: Zohreh Raeisi, Najafabad Branch, Islamic Azad University Email:

[z.tadbir@yahoo.com](mailto:z.tadbir@yahoo.com)

### **Abstract**

**Introduction:** Diabetes is one of the most common chronic diseases which also affects individuals' mental and psychological characteristics. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of positive-psychology training on psychological well-being and its dimensions on patients with type II diabetes.


**Materials and Methods:** This quasi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest design with a control group and follow-ups. The participants were selected through convenient sampling from patients with type II diabetes who referred to Hazrat-e-Ali Health center in Isfahan during 2017. Subsequently, the participants were randomly divided into two groups of 15 people. The experimental group received positive psychology training, whereas the control group did not receive any treatment. Both groups were evaluated before and after the intervention and in the follow-up stage through Reef's Psychological Well-Being Questionnaire (1980). The data were analyzed using repeated measure ANOVA.

**Results:** The results showed that positive psychology training correlated significantly with psychological well-being, self-acceptance, positive relationships with others, having a purpose in life, and environmental domination in patients with type II diabetes. In addition, there was a significant difference between the experimental and control groups regarding the abovementioned variables. However, no significant difference was observed between the intervention and control groups regarding self-autonomy and personal growth ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** Positive psychology training effectively improves the psychological well-being of patients with type II diabetes. Therefore, it is recommended that this treatment approach be used to help improve the psychological well-being of these patients.

**Keywords:** Positive psychology training, Psychological well-being, Type II diabetes

### **Access This Article Online**

Quick Response Code:	Website: <a href="http://jdn.zbmu.ac.ir">http://jdn.zbmu.ac.ir</a>
	<b>How to cite this article:</b> Assar zadegan M, Raeisi Z. Effectiveness of Positive Psychology Training on Psychological Well-being and Its Dimensions Among Patients With Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (2) :793-808

