اثربخشی روان درمانی حمایتی گروهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو

آناهیتا خدابخشی کولایی[*1]، علی نویدیان [2]، زهرا بیاتی[3]، معصومه رحمتی زاده[4]

۱. استادیارگروه روان شناسی و مشاوره، دانشگاه غیردولتی خاتم، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه مشاوره مرکز تحقیقات بارداری، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، ایران
۳. کارشناس ارشد روانشناسی، فرمانداری شهرستان تفرش، بخش امور اجتماعی و زنان ، تفرش، ایران
٤. کارشناس ارشد روانشناسی خانواده درمانی، گروه روان شناسی، دانشگاه غیردولتی خاتم، تهران، ایران

***نویسنده مسئول**: آناهیتا خدابخشی کولایی - **پست الکترونیکی**: anna_khodabakhshi@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: دشواری‌های درمان و مراقبت‌های پیوسته، تنش مستمر و اثرات آن بر زندگی فرد مبتلا به دیابت منجر به افت کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود از این رو پژوهش حاضر تاثیر روش روان درمانی حمایتی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک تحقیق نیمه آزمایشی به روش پیش آزمون و پس آزمون و گمارش تصادفی بود. ۲۴آزمودنی‌ها از کلینیک دیابت شهرستان تفرش انتخاب شدند و به دوگروه همتا بر اساس نمره های پیش آزمون تقسیم شدند. بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. روان درمانی حمایتی گروهی در ۱۰ جلسه اجرا شد و پس از آن پس آزمون اجرا گردید. برای تحلیل داده‌های بدست آمده از آزمون تی مستقل و وابسته و تحلیل واریانس استفاده شد. ابزار پژوهش پرسشنامه کوتاه کیفیت زندگی بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس و آزمون تی مستقل نشان داد که تفاوت معناداری بین دو گروه در پیش آزمون وجود ندارد($p<0.05$). آزمون تی وابسته نشان داد که تفاوت معناداری بین پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی وجود دارد ($p<0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که روان درمانی حمایتی گروهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر دارد.

واژه‌های کلیدی: روان درمانی گروهی، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

مقدمه و هدف

دیابت هم اکنون پنجمین دلیل اصلی مرگ به طور کلی است (۱)و بر طبق گزارشات سازمان جهانی دیابت اینگونه برآورد می‌شود که شیوع آن از ۳۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد.(۲) بر طبق گزارش مرکز تحقیقات دیابت ایران، بالغ بر ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا می-باشند(۳). افراد مبتلا به دیابت در خطر بالای عوارض حاد مرتبط با دیابت نظیر هیپوگلیسمی (افت قند خون) و کتواسیدوز دیابتی و نیز در خطر بالای عوارض مزمن دیابت نظیر بیماری قلبی- عروقی، بیماری کلیوی، نابینایی و قطع عضو ناوابسته به آسیب جسمی در اعضای انتهایی هستند(۴،۵). مطالعات قبلی نشان می‌دهد میزان بروز افسردگی در میان بیماران مبتلا به دیابت ۲۰-۵۰٪ بیشتر از جمعیت عمومی است که سبب کاهش میل، انگیزه و احساس توانایی بیماران برای پرداختن به فعالیت های خودمراقبتی می گردد(۶،۷). از سویی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که استرس پیشرفت بیماری را تسریع می‌کند(۸)و این در حالی است که بیماران مبتلا به دیابت در ابعاد مختلفی چون نگرانی در مورد کیفیت درمان، عدم درک دیگران از مدیریت دشوار دیابت، احساس عدم توانایی در مدیریت صحیح دیابت و رژیم های درمانی دچار استرس می‌شوند که به استرس دیابتی موسوم است(۹). بنابراین می توان اینگونه گفت که بیماران دیابتی با مشکلات زیادی در ابعاد کیفیت زندگی(جسمی، روانی و اجتماعی) مواجه هستند(۱۰). از این رو،کیفیت زندگی (QOL) به عنوان یکی از شاخص-های مهم سلامتی در نظر گرفته می‌شود و هدف نهایی همه مداخلات بهداشتی است(۱،۱۱). کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که شامل ادراک شخص از کارکردهای جسمی، ذهنی و اجتماعی می‌باشد(۱۲). طبق تحقیقات پیشین کیفیت زندگی در بین بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد عادی کمتر می‌باشد(۱۳). در ادبیات پژوهشی یکی از فاکتورهای مؤثر دربهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت برنامه های آموزشی خودمدیریتی می‌باشد(۱۴). از این رو خود مدیریتی اساس درمان دیابت محسوب شده و بر حل مسئله، دست یابی به تغییر رفتار و مدیریت پیامدهای جسمانی، اجتماعی و هیجانی تأکید دارد(۱۵). تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات روانشناختی می‌تواند در درمان مشکلات ذهنی افراد مبتلا به دیابت مؤثر باشد. نتایج این تحقیقات حاکی از تأثیر بیشتر این مداخلات بر نشانه‌های افسردگی و کنترل خون نسبت به درمان‌های ضدافسردگی می‌باشد به ویژه اگر با آموزش-های خود مدیریتی همراه شود(۱۶). هدف روان‌درمانی حمایتی تغییر ناخودآگاه فرد نیست بلکه، هدف برای مراجع، ارزیابی«خود» در هر جلسه درمان است، تا او به آگاهی و بینش لازم برسد. در واقع در این روش‌درمانی، تمرکز بر بهبود یا افزایش اعتماد به نفس، مهارت‌های سازشی و شناسایی رفتارهای نادرست از طریق تبیین الگوهای بین فردی می‌باشد(۱۷،۱۸). از این رو، با توجه به این که مطالعات اندکی در این زمینه صورت گرفته است این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روان درمانی حمایتی در مبتلایان دیابتی نوع دو انجام شد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌آزمایشی است که از طرح گروهی پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. جامعه آماری در این پژوهش عبارتست از کلیه بیماران دیابتی نوع دو که به کلینیک دیابت مرکز بهداشت و درمان شهرستان تفرش از ابتدای سال ۱۳۹۲ تا اردیبهشت ماه سال۱۳۹۳ مراجعه کردند. حجم نمونه با استناد به یافته‌های بدست آمده از پژوهش باقیانی مقدم(۱۹) با استفاده از فرمول مربوط به مقایسه کیفیت زندگی در دو گروه آزمایش و شاهد با در نظر گرفتن $\alpha=0.05$ و $\beta= 0.2$ ، ۴۰ نفر در نظر گرفته شد. با توجه به شرایط ورود به مطالعه شامل؛ ۱- نداشتن بیماری روانی یا هر گونه مشکل روان‌شناختی،۲ - داشتن دیابت نوع ۲ و ۳- داشتن دست کم میزان تحصیلات سیکل و معیارهای خروج از مطالعه شامل؛ ۱- داشتن اختلال روان شناختی و بیماری جسمی دیگر ۲- داشتن دیابت نوع ۱ و ۳- بی‌سواد بودن ۴- غیبت بیش از دو جلسه بود. در جهت کاهش ریسک ناشی از روش نمونه برداری غیراحتمالی تعداد ۵۰ نفر انتخاب شدند که در نهایت ۱۴ نفر تمایلی به شرکت در مطالعه نشان ندادند، ۷ نفر به دلیل غیبت بیش از ۲ جلسه و ۵ نفر در حین پژوهش به دلیل فقدان انگیزه از مطالعه حذف گردیدند و در نهایت، تحقیق بر روی ۲۴ نفر از بیماران دیابتی نوع دو انجام شد و بیماران در دو گروه به صورت تصادفی گمارش شد چرا که در این طرح ها تخصیص تصادفی نمونه حائز اهمیت است. درابتدا در یک جلسه توجیهی پرسشنامه کیفیت زندگی و پرسشنامه اطلاعات فردی و رضایت نامه شخصی به هر دو گروه داده شد و روان درمانی حمایتی برای گروه آزمایش در طول ده جلسه یک ونیم ساعته (هفته ای دو جلسه) برگزار، ولی به گروه کنترل هیچ آموزشی داده نشد. بعد از یک هفته مجددا پرسشنامه کیفیت زندگی برای کل نمونه اجرا شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بعد از اتمام کار جهت رعایت موازین اخلاقی در پژوهش بصورت فشرده آموزش روان درمانی حمایتی (۳جلسه) به گروه کنترل نیز ارائه شد. جلسات روان درمانی حمایتی در ده جلسه به صورت مداوم هر هفته دو جلسه و به صورت زیر انجام گرفته است:

جلسه اول: معرفی انواع دیابت، راه‌های پیشگیری و درمان، کیفیت زندگی، تغذیه و ورزش

جلسه دوم: آموزش باورهای معنوی

جلسه سوم: آموزش اهمیت دعاکردن در تقویت روحیه و اعتماد به نفس

جلسه چهارم: بررسی علل خشم و راه‌های کنترل خشم

جلسه پنجم: آموزش فنون آرام بخشی و تصویر سازی ذهنی

جلسه ششم: بررسی علل احساس گناه و راه‌های مبارزه با آن

جلسه هفتم: آموزش روش حل مسئله

جلسه هشتم: آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس

جلسه نهم : آموزش اهمیت هدفمندی و روش‌های هدف گذاری

جلسه دهم: بیان خلاصه موضوعات جلسات گذشته.(۱۷)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

در این پژوهش به منظور اندازه گیری متغیر کیفیت زندگی از مقیاس کوتاه ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است(۲۰). این مقیاس به مطالعه شش دامنه از کیفیت زندگی افراد می‌پردازد که عبارتند از: ۱. سلامت جسمی، ۲. سلامت روان، ۳. محیط زندگی، ۴. روابط با دیگران، ۵. سلامت عمومی، ۶. کیفیت آشکار زندگی. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است. برای هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شده است. لذا حداکثر نمره در این پرسشنامه برابر با ۱۲۵ و حداقل آن برابر با ۲۵ می‌باشد(۲۰). نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت بالای زندگی می‌باشد. در تحقیقی نمره برش این پرسشنامه ۶۰> گزارش شده است(۲۱). تحقیقات انجام شده در مود مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه WHOQOL نشان‌دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی (آلفای کرونباخ؛ سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روانشناختی ۰/۷۶، روابط اجتماعی ۰/۶۶ و محیط اجتماعی ۰/۸۰) می‌باشد(۲۲). در تحقیقی یوسفی و صفری(۱۳۸۸) برای تعیین روایی از هم‌بستگی نمره کلی هر بعد با تک تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های هم‌بستگی به‌دست آمده از ۰/۴۵ تا ۸۳ /۰ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هرگویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت(۲۳). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۶۶، سلامت روانی ۰/۷۴، روابط اجتماعی ۰/۷۴ و محیط زندگی ۰/۶۲ گزارش شده است. در نهایت، داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی شامل توزیع فراوانی، شاخص میانگین و روش‌های تجزیه وتحلیل با روش تی مستقل، تی وابسته، تحلیل واریانس بر اساس نرم افزار spss نسخه ۲۰مورد تجزیه وتحلیل قرارگرفت.

یافته ها

آزمودنی‌های پژوهش متشکل از ۱۹ زن (۷۹٪) و ۵ مرد (۲۱٪) بودند. دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۳۴ سال تا ۶۵ سال با میانگین سنی ۵۰/۵۸ سال بود. مشخصات دموگرافیکی آزمودنی‌ها در جدول ۱ ارائه شده است. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر کیفیت زندگی و خرده‌مقیاس‌های آن اختلاف معناداری ندارد بنابراین دو گروه آزمایشی و کنترل در این متغیر و خرده مقیاس‌های آن تقریبا یکسان می‌باشد. با مقایسه میانگین داده‌های جدول ۳ به این نتیجه می‌رسیم که آموزش روانی درمانی حمایتی بر کیفیت زندگی تاثیر بسزایی دارد و لذا شش دامنه از کیفیت زندگی (سلامت جسمی: p=0.001,df=23,t=4.5؛ سلامت روان: p=0.001 ,df=23 ,t=-5.3؛ محیط زندگی: p=0.004,df=23 t=-3.19؛ روابط با دیگران:-t=, df=23, p=0.009 2.87؛ کیفیت آشکار زندگی:-t=, df=23, p=0.001 6.9؛ سلامت عمومی: t=-2.63, df=23, p=0.015) پس از آموزش، افزایش چشم‌گیری دارند بدین معنا که تفاوت نمرات میانگین خرده مقیاس‌ها قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنادار می‌باشد(p<0.05).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

جدول ۱- مشخصات دموگرافیکی آزمودنی ها

متغیر		فراوانی	درصد
تأهل	متأهل	۲۳	۰/۹۶
	مجرد	۱	۰/۴
تحصیلات	دیپلم	۱۸	۷۵
	فوق دیپلم	۳	۱۲/۵
	لیسانس	۲	۸
	دکترا	۱	۵
وضعیت اشتغال	بیکار	۱	۴
	خانه‌دار	۱۶	۶۷
	بازنشسته	۵	۲۱
	کارمند	۱	۴
	آزاد	۱	۴

جدول ۲_ مقایسه نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	گروه ها	Mean± SD	Levene's test		t test		
			F	P value	Df	P value	T
سلامت جسمی	آزمایش	18.66±3.7	0.16	0.60	21.5	0.13	2.69
	کنترل	17.08±3.4					
سلامت روان	آزمایش	15.58±3.96	1.16	0.29	18	0.16	1.49
	کنترل	14.83±3.82					
محیط زندگی	آزمایش	22.58±3.91	0.44	0.601	21	0.06	2.002
	کنترل	20.41±2.89					
روابط با دیگران	آزمایش	6.66±0.77	8.22	0.89	19	0.09	1.2
	کنترل	5.66±0.8					
کیفیت آشکار زندگی	آزمایش	3.41±0.51	1.25	0.27	21	0.73	0.34
	کنترل	3.5±0.67					
سلامت عمومی	آزمایش	3±0.73	0.00	1	21	0.37	0.89
	کنترل	3.25±0.62					
کیفیت زندگی بطور کلی	آزمایش	68.25±10.04	3.03	0.09	19	0.27	2.39
	کنترل	67.75±11.7					

اختصار نویسی: df: درجه آزادی؛ Mean: میانگین؛ SD: انحراف معیار

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

جدول ۳_ مقایسه نمرات پیش و پس آزمون در گروه آزمایش

متغیرها	مرحله	Mean± SD	*t test*		
			df	P value	T
سلامت جسمی	پیش آزمایش	20.87± 4.45	23	0.001	4.5
	پس آزمایش	24.75±4.01			
سلامت روان	پیش آزمایش	17.22±5.7	23	0.001	-5.30
	پس آزمایش	21.08±5.2			
محیط زندگی	پیش آزمایش	24.5±4.98	23	0.004	-3.19
	پس آزمایش	27.33±1.08			
روابط با دیگران	پیش آزمایش	6.66±1.27	23	0.009	-2.87
	پس آزمایش	7.45±1.25			
کیفیت آشکار زندگی	پیش آزمایش	3.45± 0.58	23	0.001	-6.19
	پس آزمایش	4.08±0.65			
سلامت عمومی	پیش آزمایش	3.12±0.67	23	0.015	-2.63
	پس آزمایش	3.54±0.77			

اختصار نویسی: df: درجه آزادی؛ Mean: میانگین؛ SD: انحراف معیار

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر روان‌درمانی گروهی حمایتی بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، کیفیت محیط زندگی، کیفیت روابط اجتماعی و سلامت عمومی می‌باشد. نتایج نشان داد که روان درمانی گروهی حمایتی موجب افزایش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. اگر چه پیشینه‌ی پژوهشی که مستقیماً اثربخشی این روش درمانی را در کنترل دیابت نوع دو بررسی نماید، کم است اما یافته‌ها حاکی از اثربخشی روان درمانی گروهی حمایتی در بهبود بیماریهای مزمن و عوارض این بیماری‌ها می‌باشد. بعنوان مثال؛ در مطالعات پیشین نقش روان درمانی حمایتی در موارد متعدد از جمله جلوگیری از افسردگی زنان مبتلا به اچ.آی.وی(۲۴) ، بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به اچ.آی.وی(۲۵)، معتادین(۲۶) و کاهش اختلالات روانی زنان مبتلا به سرطان سینه(۲۷) نشان داده شده است. علاوه‌براین، تاثیر خودمدیریتی و دانش دیابتی(۲۸،۲۹) ، درمان شناختی رفتاری(۸،۳۰)و مدیریت استرس(۱،۳۱) بر بهبود کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نشان داده شده است بدین معنا که آموزش فنون آرام‌بخشی و تصویرسازی ذهنی سبب می‌گردد ظرفیت روانی بیمار افزایش یافته و فرد بیماری خود را بپذیرد و در جهت بهبود خود اقدامات موثر انجام دهد. از آنجا که، یکی از ویژگی‌های این بیماری، ناراحتی‌های هیجانی مثل اضطراب و افسردگی و نیز وجود استرس زیاد می‌باشد به ویژه که خود بیماری دیابت نوعی استرس مزمن محسوب می‌شود. این ناراحتی های هیجانی باعث کنترل نامطلوب قند خون می‌شود، که همین کنترل نامطلوب خود نوعی استرس محسوب می‌شود و بیمار دیابتی در دور باطلی از استرس، کنترل نامطلوب و استرس مجدد قرار می‌گیرد که بر بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر نامطلوب میگذارد و باعث افسردگی و خلق پایین در این بیماران می‌شود(۳۲). این در حالی است که کنترل رفتارهای کاهش‌دهنده استرس (تعیین استرسور، تخیل هدایت شده(Guided imagery) ، توقف فکر(thought stopping)) و آموزش پیامدهای سلامتی استرس بر کنترل قند خون و در نهایت کیفیت زندگی این بیماران مؤثر می‌باشد(۱). در همین راستا، روان درمانی حمایتی روشی درمانی است که به بیمار مبتلا به دیابت در جهت مواجهه با بحران‌های ناشی از مسائل اجتماعی و یا عوارض جسمی دیابت ازطریق تکنیک‌های تقویت ایمان و معنویت، دعا، آرامبخشی، خودگویی عبارات مثبت، تصویر سازی مثبت، آگاه سازی، گسترش افکار مثبت و مقابله با افکار منفی، تغذیه و ورزش کمک کرده و موجب کاهش افسردگی(۳۳،۳۴)در این بیماران می‌گردد. درنهایت موجب افزایش کیفیت زندگی (۳۵،۳۶) بیماران می‌شود که متعاقب آن بسیاری از مشکلات درون فردی و میان فردی بیماران کاهش می‌یابد. علاوه براین، در مطالعات قبلی نیز بر نقش تأثیر آموزش تمرینات آرام‌بخشی و تقویت افکار مثبت و نقش معنویت، دعا و تمرینات آرام‌بخشی بر سلامت روانی افراد معتاد تأکید شده است(۳۷،۳۸). همچنین، بر طبق نتایج بدست آمده در یک تحقیق معنویت در دختران نوجوان مبتلا به دیابت عامل مهمی در کیفیت زندگی آنها می باشد. بنابراین معنویت یکی از عوامل مهم در سازگاری دختران نوجوان مبتلا به دیابت در موقعیت های تنش زا بوده(۳۹) و ضروری است به عنوان یک جنبه از نیازهای مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت به آن توجه شود. در یک جمع‌بندی کلی می‌توان اظهار داشت، با استناد به نتایج

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

تحقیقات به‌دست آمده آموزش روان درمانی حمایتی بر محیط زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و موجب می‌شود فرد مبتلا به دیابت شرایط مناسب‌تری را برای محیط زندگی خود ایجاد کند.

باتوجه به نتایج فوق آموزش روش حل مسئله، آموزش اهمیت هدفمندی و روش های هدف‌گذاری، آموزش علل و راه‌های کنترل خشم، آموزش راه‌های مبارزه با احساس گناه و آموزش روش‌های افزایش اعتماد به نفس باعث می‌گردد بیمار بر محیط زندگی خود مسلط گردد و از طریق راهکارهای مذکور بتواند ارتباط مؤثری با اطرافیان داشته باشد و از این طریق به طور غیرمستقیم موانع و مشکلاتی که در مسیر بیماری دارد مرتفع نماید. هر چند عدم آگاهی بیماران درخصوص عوارض حاد و جبران ناپذیر بیماری و عدم رغبت ایشان به همکاری در تحقیق و همچنین، محدود بودن نمونه به مرکز دیابت تفرش از محدودیت‌های این تحقیق بود و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. با این وجود بدلیل مؤثر بودن این برنامه در درمان بیماران دیابتی ترویج این شیوه درمانی در مراکز درمانی به روانشناسان و مشاورین توصیه می‌گردد. همچنین توصیه می‌شود از این شیوه درمانی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز، سرطان و هپاتیت نیز مورد استفاده قرار گیرد.

قدردانی:

نویسندگان مقاله از تمامی بیمارانی که در این پژوهش همکاری نمودند تشکر و قدردانی می‌نمایند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

Effectiveness of supportive psychotherapy on quality of life in patients with type2 diabetes

Khodabakhshi Koolaee A[1*], Navidian A[2], Baiati Z[3], Rahmatizadeh M[4]

1. Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Khatam Institute of Higher Education, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Pregnancy Health Research Center, Zahedan University of Medical Sciences, Zadedan, Iran
3. MSc in Psychology, Municipality of Tafresh, Social Affairs and Women's Section, Tafresh, Iran
4. MSc in Family Therapy, Department of Counseling, Khatam Institute of Higher Education, Tehran, Iran

***Corresponding author:** Khodabakhshi Koolaee A**, E-mail:** anna_khodabakhshi@yahoo.com

Abstract

Introduction: Treatment challenges, continuous need for care, constant anxiety, and the ensuing effects lead to decreased quality of life in diabetic patients. Therefore, in this study, we aimed to investigate the effectiveness of supportive group psychotherapy in the improvement of quality of life in patients with type II diabetes.

Methodology: In this quasi-experimental study with a pretest-posttest design, 24 subjects were randomly selected from the Diabetes Clinic of Tafresh, Iran. The participants were allocated to two homogenous groups, based on their pre-test scores. The subjects were randomly assigned to control and experimental groups. Supportive group psychotherapy was employed in the experimental group for 10 sessions, followed by post-test. The data collection tool included World Health Organization Quality of Life-BREF. Statistical analysis was performed, using dependent and independent t-test and analysis of variance.

Results: The analysis of variance and independent t-test results showed no significant difference between the two groups in pretest ($P<0.05$). However, dependent t-test results showed a significant difference between the pretest and post-test scores in the experimental group ($P<0.05$).

Conclusion: The results indicated that supportive group psychotherapy is effective in the enhancement of quality of life in patients with diabetes.

Keywords: Group psychotherapy, Quality of life, Type II diabetes

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

References

1. Snoek F , Skinner C. Psychology in Diabetes Care. Translator: Arzaghi M, Hakim Shoshtari M. 1nd Ed. Tehran: Vista Press; 2012. [Persian]
2. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011, 94(3):311–321.
3. Diabetes Research Center. Diabetes and depression. Endocrinology and Metabolism Research Institute of Medical Sciences. Tehran: Vista Press;2011.[Persian]
4. Shim YT, Lee J, Toh MPHS, Tang WE, Ko Y: Health-related quality of life and glycaemic control in patients with Type 2 diabetes mellitus in Singapore. Diabetic Med 2012, 29:e241–e248.
5. Tabaei BP, Shill-Novak J, Brandle M, Burke R, Kaplan RM, Herman WH: Glycemia and the quality of well-being in patients with diabetes. Qual Life Res 2004, 13:1153–1161.
6. Rahimian Boogar I, Mohajeri Tehrani M R. Risk factors accompanied with nephropathy in patients with Type II Diabetes; test of the biopsychosocial model. Sci J Hamadan Univ Med Sci 2012; 19 (2):44-53. .[Persian]
7. Patel V. A short review on the association between depression and diabetes. International Journal of Medical Science and Public Health 2014; 3 (1).
8. Zare Bahramabadi M,Vafai F,Ghaderi E,Taghvae D. Effectiveness of cognitive behavioral on quality of life in patients with Type II Diabetes. Iranian Journal of Lipid ND Diabetes 2012;3 (12): 225-232. .[Persian]
9. Polonsky W H, Fisher L, Earles J, Dudl R J, Lees J, Mullan J,et al.Assessing psychosocial distress in diabetes: Development of the diabetes distress scale. Diabetes Care 2005;28,626–631
10. Saadatjoo S, Rezvanee M, Tabyee S, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. 3. 2012; 9 (1) :24-31. .[Persian]
11. Sadegieh AS, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. Impact of Complication of type 2 diabetes on Quality of life. Journal of Ardabil University of Medical Science 2008; l8: 394-402. [Persian]
12. Wong, C. K., Lo, Y. Y., Wong, W. H., & Fung, C. S. The associations of body mass index with physical and mental aspects of health-related quality of life in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: results from a cross-sectional survey. Health and quality of life outcomes 2013, 11 (1), 142.
13. Maddigan SL, Feeny DH, Johnson JA. Health-Related Quality of Life Deficits Associated with Diabetes and Comorbidities in a Canadian National Population Health Survey. Qual Life Res 2005;14(5):1311-20.
14. Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. Diabetes Educ 2008;34 (5): 815-23.
15. Rahimian-Boogar E, Mohajeri Tehrani M, Besharat S M, Talepasand S, .Psychological, Social and Structural Determinants of Diabetes Self-Management. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012; 13 (5) :467-478. .[Persian]
16. van der Feltz-Cornelis CM, Nuyen J .Effect of interventions for major depressive disorder and significant depressive symptoms in patients with diabetes mellitus. Gen Hosp Psychiatry 2010; 32: 380–95.
17. Hosseinian S, Ravai F. Supportive psychotherapy, key of positive life in HIV. Tehran: Kamal Tarbiat Press; 2008. [Persian]
18. De Jonghe F, de Maat S, Van R, Hendriksen M, Kool S, van Aalst G, Dekker J. Short-term psychoanalytic supportive psychotherapy for depressed patients. Psychoanalytic Inquiry. 2013; 33(6): 614-625.
19. Baghianimoghadam MH, Afkhami Ardekani M. The Effect of Educational Intervention on Quality of Life of Diabetic Patients Type 2, Referee to Diabetic Research Centre of Yazd. Ofoghe Danesh.2007; 13(4):21-29. (Persian)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]

20. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological Medicine, 28: 551-558, 1998
21. Silva PAB, Soares SM, Santos JFG, Silva LB. Cut-off point for WHOQOL-bref as a measure of quality of life of older adults. Revista de saude publica. 2014; 48(3): 390-397.
22. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL Group. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL Group. Quality of Life Research , 13: 299-310, 2004a.
23. Usefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, Rabiei K. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. Community mental health journal. 2010; 46(2):139-147. [Persian]
24. Wu D Y, Munoz M, Espiritu B, Zelandita J,Sanchez E, Callacna M et al. Burden of depression among impoverished HIV-positive Women in Peru . Journal Acquired Immune Deficit Syndrome2008; 48 (4),500-504.
25. Ball J, Tannenbaum L, Armistead L, Armistead L, Maquens. Coping and HIV infection in African American women. Women Health 2002; 35 (1): 17-36
26. Rhodes T, Treloar C. The social production of hepatitis C risk among injecting drug users: A qualitative synthesis. Addiction 2008; 103, 1593–1603.
27. Hosseinian S,Tabatabe S,Ravaee F.Effectiveness of supportive psychotherapy in improving the quality of life in men addicted detoxified.Journal of research psychology 2010;2 (7);50-61. [Persian]
28. Rahimian-Boogar E, Mohajeri Tehrani M, Besharat S M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management .Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2011; 17(3): 232- 240. [Persian]
29. Guo J, Whittemore R, Jeon S, Grey M, Zhou ZG, He GP, Luo ZQ. Diabetes self-management, depressive symptoms, metabolic control and satisfaction with quality of life over time in Chinese youth with type 1 diabetes. Journal of clinical nursing. 2015; 24(9-10): 1258-1268.
30. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. The Lancet2004; 363 (9421), 1589-1597. [Persian]
31. Hamid N. Effects of Stress Management Training on Glycemic Control in Women with Type 2 Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2011; 13 (4) :346-353. .[Persian]
32. Zare H, Alipour A, Poursharifi H, Afkhami AM, Aarab Kh. The Impact of Group Psychosocial Intervention on Indicators of Mental and Physical Well-being in Patients with Type 2 Diabetes. Journal of Social Cognition. 2013; 1(2): 41-52. [Persian]
33. Markowitz SM, Gonzalez JS, Wilkinson JL, Safren SA. A review of treating depression in diabetes: emerging findings. Psychosomatics, 2011; 52(1): 1-18.
34. Petrak F, Baumeister H, Skinner TC, Brown A, Holt RI. Depression and diabetes 3 Depression and diabetes: treatment and health-care delivery. Published Online May 18, 2015 http://dx.doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00045-5
35. Ucok K, Acay A, Coskun KS, Alpaslan AH, Coban NF, Akkan G, Ozbulut O. Evaluation anxiety, depression, and health-related quality of life in male and female patients with newly diagnosed type 2 diabetes. Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2015;25(1): S169-S70.
36. Kiadaliri AA, Najafi B, Mirmalek-Sani M. Quality of life in people with diabetes: a systematic review of studies in Iran. J. Diabetes Metab. Disord. 2013; 12: 54.
37. McCormick DP, Holder B. Wetsel M.A, Cowthon T.W Spirituality and HIV disease, an integrated perspective J Assoc Nurses AIDS care 2002; May – June 12 (3): 58-65.
38. Fitz Patrick A, Standish L, Brom B, Sanders F, Berger J, Calares C .Association of mind-body intervention with Qol in HIV positive individuals" Bastyr university: 2006; June 10.
39. Hemmati Maslak pak M , Ahmadi F , Anoosheh M. Spiritual beliefs and quality of life: A qualitative research about diabetic adolescent girls' perception.Komesh 2012;12(2):144-151. .[Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-17]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.3.3.7]