

Effect of Well-being Therapy on Depression, Self-Management, and Blood Glucose Level in Females with Type II Diabetes

Pajoheshgar Mahnaz¹, **Rajaei Alireza**^{2*}, Khoienejad Gholamreza³, Bayazi Mohammad Hossein⁴

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.
2. Associate Professor, PhD in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.
3. Associate Professor, PhD in Educational Sciences, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.
4. Associate Professor, PhD in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Torbat-e-Jam, Iran.

Article information:

Original Article

Received: 2019/12/10

Accepted: 2020/02/9

JDN 2019; 7(4)

943-957

Corresponding Author:

Alireza Rajaei,
Islamic Azad
University, Torbat-e-
Jam
rajaei.46@yahoo.com

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the most common chronic diseases, which also affects individuals' mental and psychological characteristics. This study aimed to investigate the effect of well-being therapy on reducing depression, improving self-management, and controlling the blood glucose level in females with Type II diabetes.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest design with control and intervention groups. The participants were selected from females with type 2 diabetes referring to Parsian Diabetes Clinic in Mashhad, Iran, during 2018-19. Subsequently, the patients were randomly divided into intervention (n=26) and control (n=26) groups. The intervention group received eight 90-minute sessions of group therapy based on the Ryff's Psychological Well-being Scale for three months. On the other hand, the control group received no therapeutic intervention. The data were collected before and after the intervention using Beck's Depression Inventory, Thompson and Toobert's Self-Management Inventory, and Hemoglobin A_{1c} (HbA_{1c}) test. Moreover, the data were analyzed in SPSS software (version 24).

Results: The results revealed that well-being therapy had a significant effect on depression, self-management, and HbA_{1c} in patients with type II diabetes. Moreover, there was a significant difference between the control and intervention groups ($P < 0.05$) in this study.

Conclusion: According to the results, well-being therapy is effective in improving self-management, as well as reducing depression and HbA_{1c} levels in 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: Depression, Hemoglobin A_{1c}, Self-management, Type II diabetes

Access This Article Online

Quick Response Code: Journal homepage: <http://jdn.zbm.u.ac.ir>



How to cite this article:

Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi M. Effect of Well-being Therapy on Depression, Self-Management, and Blood Glucose Level in Females with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (4) :943-957



بررسی تاثیر بهزیستی درمانی بر افسردگی، خودمدیریتی و کنترل قند خون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو

مهناز پژوهشگر^۱، علیرضا رجایی^{۲*}، غلامرضا خوی نژاد^۳، محمدحسین بیاضی^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
 ۲. دانشیار، دکترای روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
 ۳. استادیار، دکترای علوم تربیتی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
 ۴. استادیار، دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
- نویسنده مسئول: علیرضا رجایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام rajaei.46@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت از شایع ترین بیماری های مزمن است، که تاثیر منفی بر خصوصیات روحی و روانی دارد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر افسردگی، خودمدیریتی، کنترل قندخون زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر نیمه تجربی، با استفاده از طرح پیش آزمون و پس آزمون و 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 دیابت پارسین شهر مشهد انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۲۶ نفره آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه مداخله طی ۸ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه ای به مدت دوماه تحت برنامه بهزیستی روانشناختی مدل ریف قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. پرسشنامه افسردگی بک، خودمدیریتی توپرت و تامپسون و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله به عنوان ابزار ارزشیابی قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده ها با استفاده از آزمونهای تی زوجی و تحلیل کواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۴ صورت گرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان بهزیستی روان شناختی بر میزان افسردگی و خودمدیریتی و هموگلوبین A1c در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، بیانگر سودمندی بهزیستی درمانی در افزایش خودمدیریتی، کاهش افسردگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابت نوع دو است. بنابراین توصیه می شود از این رویکرد درمانی در جهت ارتقاء بهزیستی روانشناختی این بیماران استفاده شود.

کلید واژه ها: افسردگی، خودمدیریتی، هموگلوبین گلیکوزیله، دیابت نوع دو.

How to site this article: Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi M. Effect of Well-being Therapy on Depression, Self-Management, and Blood Glucose Level in Females with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (4) :943-957



مقدمه و هدف

دیابت یک بیماری مزمن است و زمانی اتفاق می افتد که بدن دیگر به اندازه کافی انسولین تولید نمی کند و یا نمیتواند از انسولین تولید شده به طور موثر استفاده کند (۱). این بیماری متابولیکی و چندعاملی است (۲)؛ و می توان گفت یکی از بیماری های مزمن شایع در ایران و جهان می باشد (۳). در سپتامبر ۲۰۱۴ فدراسیون بین المللی دیابت اعلام کرد که ۳۸۷ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری دیابت مبتلا بوده و به سبب این بیماری ۴/۹ میلیون مرگ و میر در سال و یک مورد مرگ در هر ثانیه اتفاق افتاده است. این در حالی است که در سال ۱۹۹۸ پیش بینی می شد که تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت ۲۸۶ میلیون نفر باشد (۱). این موضوع نشانگر این است که این بیماری با سرعتی فراتر از آنچه انتظار می رفت در حال گسترش است (۴) اکثر افراد مبتلا به دیابت در کشورهای کم درآمد و یا درآمد متوسط زندگی می کنند براساس این گزارش بیشترین شیوع این بیماری در سنین ۴۰ تا ۵۹ سال و در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا بوده است (۵). در ایران نیز تعداد مبتلایان به دیابت ۶ درصد جمعیت را تشکیل می دهد (۶). به طوری که در سال ۸۹ بیش از ۴ میلیون نفر در ایران به بیماری دیابت مبتلا بودند (۷) افزایش مزمن قندخون موجب تخریب اختلال عمل و نارسایی عضوهای مختلف به خصوص چشمها، کلیه ها، اعصاب، قلب و عروق می شود، بنابراین مدیریت قندخون، به خاطر پیشگیری از عوارض حاد و طولانی مدت، اهمیت فراوانی دارد (۸).

آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله، یک آزمایش خون بسیار رایج می باشد؛ که برای غربالگری بیماران دیابتی کارایی داشته و نشانگر میانگین قندخون فرد در طی دو تا سه ماه گذشته است. نتایج این آزمایش نشان می دهد که چند درصد از هموگلوبین خون با قند ترکیب شده است، که هرچه این درصد بالاتر باشد، نشانگر بالا بودن متوسط میزان قند خون است (۹) بر اساس معیار انجمن دیابت آمریکا

دامنه طبیعی هموگلوبین گلیکوزیله در فرد سالم ۴ تا ۶ درصد بوده و برای کنترل مناسب دیابت در بیماران عدد زیر ۷ درصد را تعیین نموده و میزان بالاتر از ۷ درصد هموگلوبین گلیکوزیله نشان دهنده مدیریت ضعیف قندخون می باشد؛ که بیمار باید در روش درمان دیابت خود تجدیدنظر کند. بنابراین هدف از درمان موفق دیابت رساندن مقدار هموگلوبین گلیکوزیله به کمتر از ۷ درصد می باشد (۱۰) بیماری دیابت علاوه بر ایجاد آثار مخرب جسمی، پیامدهای منفی رفتاری و هیجانی نیز به دنبال دارد. تشخیص دیابت تأثیر مهمی بر عملکرد روانی و اجتماعی مبتلایان می گذارد زیرا این افراد باید برای تمام عمر با آن کنار بیایند بیماران دیابتی مجبور به تبعیت از رژیم درمانی خاصی هستند که تحمل آن ممکن است زمینه ساز مشکلات روحی و روانی شود و آنها انواع مختلفی از حالات روانشناختی نظیر اضطراب، انکار، عصبانیت، احساس گناه و تقصیر و افسردگی را تجربه می نمایند (۱۱). تحقیقات زیادی پیرامون میزان سطح سلامت روان در بیماران دیابتی انجام شده است که طی مروری بر متون شیوع افسردگی در بیماران دیابتی در مطالعات مختلف ۶۴ درصد، ۴۰ درصد (۱۲)، ۳۴/۸ درصد (۱۳)، ۲۶/۶ درصد (۱۴) بیان شده است. همان طور که ملاحظه می کنید بیش از یک چهارم بیماران مبتلا به دیابت از مشکلات افسردگی رنج می برند. افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت می تواند با بی اشتها، بی ایجاد بی نظمی در رژیم غذایی یا نپذیرفتن تزریق انسولین از طرف بیمار باعث تشدید مشکلات هیجانی از جمله استرس، افسردگی و اضطراب گردد؛ که منجر به سطوح بالای تحریف های شناختی در افراد می شود که خود، زمینه ساز بروز هیجانات منفی و ناکارآمد است و باعث پیشرفت بیماری می گردد؛ و رفتارهای خودتخریب گرانه نیز بر شدت بیماری می افزاید (۱۵) همچنین ارتباط معناداری بین مصرف داروهای دیابت نوع دو و افسردگی حاد وجود دارد (۱۶) بطوری که کاهش علائم افسردگی در این بیماران باعث بهبود حساسیت نسبت به انسولین می شود (۱۷)



درمانی برافسردگی، خودمدیریتی و کنترل قند خون بیماران دیابتی اثربخش است؟»

مواد و روش ها

این مطالعه از نظر هدف کاربردی و از منظر گردآوری داده، از دسته طرح های نیمه تجربی، از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت پارسیان مشهد در سال ۹۷-۹۸ تشکیل دادند. به منظور نمونه گیری از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت پارسیان، ۵۲ نفر از بیماران به صورت در دسترس و بر اساس ملاک های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۲۶ نفر) و گروه کنترل (۲۶ نفر) قرار گرفتند. قبل از اجرای طرح وضعیت بیماران توسط پژوهشگر در جلسات انفرادی مورد بررسی قرار گرفت و سپس در هر دو گروه پرسشنامه های افسردگی بک و خودمدیریتی دیابت، توبرت اجرا و به منظور بررسی میزان هموگلوبین گلیکوزیله، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله توسط پزشک مرکز دیابت به عنوان پیش آزمون انجام شد و پس از اجرای ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای درمان بهزیستی براساس مدل ریف (۲۶) با هدف معرفی درمان بهزیستی، موانع موجود در بهزیستی درمانی، مشخص کردن عقاید غیرمنطقی، خویشتن نگری، معرفی ابعاد شش گانه بهزیستی درمانی و آموزش در جهت تغییر شش بعد آسیب دیده به سطح بهینه، مثبت اندیشی و نگاه به زندگی از جنبه های خوب آن، انجام شد و پس از پایان جلسه هشتم، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه افسردگی بک و خودمدیریتی دیابت توبرت را تکمیل نمودند و آزمایش Hb A1c پس از پایان دوره آموزشی نیز به عنوان پس آزمون انجام شد درجدول یک محتوای جلسات بهزیستی درمانی اشاره شده است. معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از: مراجعه به یکی از پزشکان مرکز دیابت پارسیان و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج، تشخیص دیابت نوع دو، جنسیت

متاسفانه این مشکلات توانایی بیمار را برای مدیریت بیماری کاهش می دهد آنچه مشخص است بیماری دیابت نیاز به مراقبت های پزشکی طولانی مدت و آموزش برنامه های خودمدیریتی برای جلوگیری از عوارض حاد و کاهش خطر ابتلا به عوارض درازمدت دارد (۱۸) مراقبت از دیابت پیچیده است و نیاز است که بسیاری از مسائل فراتر از کنترل قندخون پرداخته شود و طیف وسیعی از مداخلات برای بهبود نتایج مورد نیاز است (۱۹). مطالعاتی که در زمینه خودمدیریتی و عملکرد بیماران دیابتی انجام شده است نیاز بیماران به آموزش برنامه های خودمدیریتی در زمینه بیماریشان را تاکید کرده اند و دانش ناکافی بیماران بر توانایی آنها در انجام خودمدیریتی و بروز عوارض دیابت تاثیر گذار می داند (۲۰) از آنجا که خدمات روان درمانی در بیماری های طبی می تواند موجب کاهش نیاز به استفاده از خدمات پرهزینه پزشکی و افزایش سلامت روان بیماران گردد، به کارگیری ملاحظه های مبتنی بر رویکردهای روان درمانی اثربخش، دارای اهمیت است لذا مداخله های روانشناختی زیادی همزمان با مداخله های پزشکی برای مهار این بیماری بکار برده می شود (۲۳-۲۱). که در این میان بهزیستی درمانی اساساً به عنوان یک راهبرد درمانی خاص اختلالات عاطفی طراحی (۲۴)، و به عنوان یکی از مولفه های اصلی سلامت جسمانی و روانی در خلال دو دهه گذشته توجه بسیاری از روانشناسان و محققان را به خود جلب کرده و پژوهشهای گسترده ای درباره آن انجام گرفته و اثربخشی آن در درمان اختلالات عاطفی، خلقی و افزایش بهزیستی روانی مورد تایید قرار گرفته است (۲۵). لذا با توجه به آمار چشمگیر بیماران دیابتی در ایران و همچنین با در نظر گرفتن تأثیرات امید بخش درمان های مثبت گرا از جمله بهزیستی درمانی در درمان اختلالات خلقی، و با توجه به اثرات دیرپای افسردگی و همچنین فقدان برنامه مدون خودمدیریتی برای این بیماران در کشور، پژوهش حاضر بر آن است تا به این سوال اساسی پاسخ دهد که «آیا بهزیستی



زن، داشتن حداقل میزان تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۳۵ تا ۶۵ سال، تشخیص دیابت نوع دو حداقل ۴ سال قبل از پژوهش، عدم ابتلا به اختلال روانی و یا جسمانی شدید، داشتن نمره افسردگی متوسط در پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II)، عدم دریافت درمان های روانشناختی حداقل یک ماه قبل از ورود به طرح، آموزش رسمی برای کنترل دیابت را نگذرانده باشند، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت نامه کتبی. معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بودند از: ابتلا به دیابت نوع یک، دارا بودن ملاک های کامل اختلالات روان شناختی در محور I منطبق بر متن بازنویسی شده ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی که قبل از جلسات به تشخیص روانشناس بالینی وجود داشته باشد، وابستگی و سومصرف مواد، دریافت درمان های روانشناختی و دارویی دیگر همزمان با پژوهش، افکار جدی خودکشی و غیبت بیش از دو جلسه به منظور رعایت اخلاق پژوهش. کسب موافقت از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی و نیز عدم آگاهی مراجعان از مقایسه شرایط آنان با گروه دیگر، مورد نظر قرار گرفت.

از ابزارهای زیر برای گردآوری داده ها استفاده شد: (۱) پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) می باشد. که جهت بررسی شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است؛ این پرسشنامه نیز همانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده ی شدت افسردگی اوست برمی گزیند. هر ماده نمره ای بین ۰ تا ۳ می گیرد و به این ترتیب کل پرسش نامه دامنه ای از ۰ تا ۶۳ نمره دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش نامه به این ترتیب می باشند: افسردگی جزئی نمره ۰-۱۳، افسردگی خفیف نمره ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط نمره ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید نمره ۲۹-۶۳. در راهنمای BDI-II نقطه برش برای

عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. ضریب اعتبار بازآزمایی آن در فاصله یک هفته ای ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۷). تحقیقات حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ است (۲۸) ضریب الغای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شده است (۲۹).

۲- پرسشنامه خودمدیریتی دیابت (DSMS): مقیاس خودمدیریتی دیابت Diabetes Self-management Scale (DSMS) مورد استفاده در این پژوهش بر اساس گویه های مقیاس فعالیت های خودمراقبتی دیابت Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)، توبرت، هامپسون و گلاسکوف، (۲۰۰۰) و نیز شش گویه مقیاس خودمدیریتی دیابت چین تهیه و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۴ گویه (۹ گویه اعمال خودمدیریتی هفتگی، ۲ گویه اعمال خودمدیریتی ماهانه و ۳ گویه اعمال خودمدیریتی سالیانه) است. درمان پزشکی و دارو (۲۰۱)، رژیم غذایی کلی (گویه های ۳ و ۴)، ورزش (گویه های ۵ و ۶)، خودپایشی قند (گویه ۷)، و مراقبت از پاها (گویه های ۸ و ۹) گویه های اعمال خودمدیریتی هفتگی را تشکیل می دهند. در مقیاس رفتارهای خودمدیریتی هفتگی، از بیماران خواسته می شود طی یک هفته گذشته چند روز آنها فعالیت های خود مراقبتی را انجام داده اند. مجموع تعداد روزها محاسبه می شود و نمرات بالاتر نشان دهنده سطح بالاتر عملکرد خودمراقبتی است. از بین دو گویه خودمدیریتی ماهیانه، گویه اول (گویه ۱۰) مختص کنترل افت قند خون و گویه دوم (گویه ۱۱) مختص کنترل افزایش قندخون است. در مقیاس خودمدیریتی ماهیانه از بیماران خواسته می شود مشخص کنند چند درصد اعمال مربوطه را طی شش ماه گذشته انجام داده اند و درصد بالاتر مبین خودمدیریتی بهتر است. از میان اعمال خودمدیریتی سالیانه گویه اول (گویه ۱۲) مربوط به کنترل عوارض چشم، گویه



در تجزیه و تحلیل داده ها برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی از گزارش فراوانی (درصد) استفاده شده است. قبل از بررسی فرضیه های تحقیق برای تأیید توزیع تصادفی افراد در دو گروه آزمایش و کنترل، با بکارگیری آزمون تی دو گروه مستقل همگنی اندازه های، افسردگی، خودمدیریتی و قندخون پیش آزمون افراد را در دو گروه آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار گرفت. جهت بررسی فرضیه ها از مقایسه تحلیل کواریانس استفاده شد و با توجه به سطح معنی داری متغیرها برای تحلیل بیشتر دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک از متغیرها را بصورت جداگانه و با استفاده از آزمون تی زوجی در پیش آزمون و پس آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. آنالیز داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام و مقدار $P < 0.05$ از نظر آماری معنی دار تلقی شد.

یافته ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص های توصیفی، فراوانی و درصد فراوانی اعضاء به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول شماره ۲ نشان داده شده و بدین شرح می باشد، در رابطه با سن به ترتیب در گروه مداخله و کنترل $34/6$ درصد و $30/8$ درصد در بازه سنی ۴۸-۳۸ سال، $43/3$ درصد، $42/3$ درصد در بازه سنی ۵۸-۴۸ سال، $23/1$ درصد و $26/9$ درصد در بازه سنی ۶۸-۵۸ سال قرار داشتند. همچنین از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش $15/4$ درصد مجرد، $61/5$ درصد متأهل، $23/1$ مطلقه و در گروه کنترل $7/7$ درصد مجرد، $80/8$ درصد متأهل و $11/5$ درصد مطلقه بودند و از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش $34/4$ درصد فوق دیپلم، $53/8$ درصد لیسانس، $11/5$ درصد فوق لیسانس بودند و در گروه کنترل $42/3$ فوق دیپلم، $46/2$ درصد لیسانس و $11/5$ درصد فوق لیسانس بودند. از بین اعضاء نمونه، نوع درمان در گروه آزمایش $69/2$ درصد قرص، $23/1$ درصد انسولین، و $7/7$ درصد قرص و انسولین رابه عنوان دارو استفاده می کردند.

دوم (گویه ۱۳) مربوط به کنترل عوارض کلیوی، و گویه سوم (گویه ۱۴) مربوط به کنترل عوارض قلبی است. در مقیاس خودمدیریتی سالیانه از بیماران خواسته می شود با پاسخ بلی یا خیر، انجام یا عدم انجام رفتارهای مربوطه را طی یک سال گذشته مشخص کنند و پاسخ بلی مبین خودمدیریتی در آن زمینه است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N=500$) برای زیر مقیاس های خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابر با 0.95 ، 0.86 ، 0.67 و برای کل مقیاس 0.95 به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالا برای کل مقیاس و زیر مقیاس اعمال ماهیانه و نیز همسانی درونی قابل قبول برای زیرمقیاس اعمال سالیانه است. پایایی بازآزمایی $retest-test$ reliability چهار هفته ای روی ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت برای زیر مقیاس اعمال خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابر با 0.92 ، 0.90 ، 0.97 به دست آمد که نشان دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود (30) در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه ی ضاربان و همکاران (2014) 0.89 گزارش شده است (31)

۳- آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله ($HbA1c$): این روش، یک روش استاندارد ارزیابی و کنترل درازمدت قندخون است. هنگامی که سطح گلوکز پلاسما به طور ثابت افزایش می یابد، اتصال غیرآنزیمی گلوکز به هموگلوبین نیز افزایش می یابد. این تغییر نمایانگر چگونگی تغییر میزان گلوکز خون طی دو تا سه ماه گذشته است (زیرا عمر متوسط اریتروسیته ها ۱۲۰ روز می باشد) (32). بنابراین برای کلیه شرکت کنندگان در طرح درمان در دو نوبت پیش و پس از ۸ جلسه مداخله بهزیستی درمانی، آزمایش $HbA1c$ به منظور اطلاع از چگونگی تغییرات هموگلوبین بیماری دیابت انجام گرفت. زیرا کنترل قندخون با کاهش $HbA1c$ همراه است.



جدول شماره ۱: درمان بهزیستی روانشناختی بر اساس مدل ریف (۱۹۸۹) برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
جلسات آغازین ۱-۲	آماده کردن گروه برقراری رابطه معرفی منطق درمان	خوش آمد گویی، معرفی هر یک از اعضای گروه تعریف بهزیستی روانشناختی و جایگاه آن در موقعیت های زندگی، بیان منطق درمان	از درمانجویان خواسته می شود که حوادث روزانه زندگیشان را در یک دفتر به طور منظم یادداشت نموده و هر حادثه، اتفاق یا مشکل را بر اساس بهزیستی روان شناختی که برای خود در آن موقعیت متصور هستند از صفر تا صد نمره گذاری کنند
جلسات میانی ۳-۵	مشخص کردن موانع موجود در راه بهزیستی روانشناختی	بیرون کشیدن عقاید غیر منطقی با هدف خویش نگری درمانجویان	مشخص کردن افکار و باورهای خودکار که سبب انقطاع زود هنگام بهزیستی روان شناختی می شود
جلسات پایانی ۶-۸	معرفی ابعاد شش گانه مدل بهزیستی روانشناختی	بحث درباره حوزه های بهزیستی روان شناختی و تغییر شش بعد آسیب دیده بهزیستی روانشناختی	آموزش مراجع در جهت تغییر از سطح آسیب دیده و رسیدن به سطح بهینه در ابعاد تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و ثبت روزانه تغییرات

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش

متغیرها	تعداد(درصد)		
	۳۸-۴۸	۴۸-۵۸	۵۸-۶۸
سن	۹(۳۴/۶)	۱۱(۴۲/۳)	۶(۲۳/۱)
مداخله	۸(۳۰/۸)	۱۱(۴۲/۳)	۷(۲۶/۹)
کنترل	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
میزان تحصیلات	۹(۳۴/۷)	۱۴(۵۳/۸)	۳(۱۱/۵)
مداخله	۱۱(۴۲/۳)	۱۲(۴۶/۲)	۳(۱۱/۵)
کنترل	مجرد	متاهل	مطلقه
وضعیت تاهل	۴(۱۵/۴)	۱۶(۶۱/۵)	۶(۲۳/۱)
مداخله	۲(۷/۷)	۲۱(۸۰/۸)	۳(۱۱/۵)
کنترل	قرص	انسولین	قرص و انسولین
نوع درمان	۱۸(۶۹/۲)	۶(۲۳/۱)	۲(۷/۷)
مداخله	۱۷(۸۵/۴)	۴(۱۵/۴)	۵(۱۹/۲)
کنترل			

جدول شماره ۳: آزمون همگنی متغیرهای مورد بررسی در دو گروه مستقل

متغیر پیش آزمون	گروه درمان	میانگین	انحراف معیار	آماره T آزمون	p-value
افسردگی	مداخله	۲۲/۵۷	۵/۹۳	-۱/۰۳۷	۰/۳۰۵
	کنترل	۲۴/۰۳	۴/۰۵		
خودمدیریتی	مداخله	۴۲/۳۰	۱۵/۳۸	۰/۱۸۶۵	۰/۳۹۱
	کنترل	۳۹	۱۱/۹۸		
قند خون	مداخله	۷/۴۹	۰/۴۲	۲/۴۸	۰/۰۱۷
	کنترل	۷/۲۷	۰/۲۳		



میانگین نمرات خودمدیریتی در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون ۴۲/۳۰ و ۵۰/۳۰ و در گروه کنترل ۳۹ و ۳۸/۵۷ می باشد. میانگین نمرات هموگلوبین گلیکوزیله در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون ۷/۴۹ و ۵/۹۴ و در گروه کنترل ۷/۲۷ و ۷/۳۰ می باشد.

جهت بررسی همگنی توزیع افراد در دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون t دو نمونه ای مستقل استفاده شد نتایج بررسی نشان داد که تفاوت های بین گروهی معناداری وجود ندارد (جدول شماره ۳). شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش آزمون و پس آزمون برحسب گروه های مداخله و کنترل در جدول ۴ آورده شده است. میانگین نمرات افسردگی در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون ۲۲/۵۷ و ۱۸/۱۹ و در گروه کنترل ۲۴/۰۳ و ۲۶/۱۶ می باشد

جدول شماره ۴: شاخص های توصیفی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون (میانگین ± انحراف معیار)

HbA1c	خودمدیریتی		افسردگی		گروه
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	
۷/۲۷ ± ۰/۲۱	۷/۴۹ ± ۰/۴۲	۳۹ ± ۱۱/۹۸	۴۲/۳۰ ± ۱۵/۳۸	۲۴/۰۳ ± ۴/۰۵	پیش آزمون
۷/۳۰ ± ۰/۳۲	۵/۹۴ ± ۰/۵۷	۳۸/۵۷ ± ۱۱/۵۴	۵۰/۳۰ ± ۱۳/۰۴	۲۶/۱۹ ± ۴/۰۲	پس آزمون

جدول شماره ۵: نتایج آزمون تی زوجی در مورد شاخص های سه گانه در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره t آزمون	p-value
افسردگی	آزمایش	پیش آزمون	۲۲/۵۷	۵/۹۳	۷/۲۷۴	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۱۸/۱۹	۵/۵۰		
	کنترل	پیش آزمون	۲۴/۰۳	۴/۰۵		
		پس آزمون	۲۶/۱۹	۴/۰۲		
خودمدیریتی	آزمایش	پیش آزمون	۴۲/۳۰	۱۵/۳۸	-۱۰/۷۵۰	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۵۰/۳۰	۱۳/۰۴		
	کنترل	پیش آزمون	۳۹	۱۱/۹۸		
		پس آزمون	۳۸/۵۷	۱۱/۵۴		
HbA1c	آزمایش	پیش آزمون	۷/۴۹	۰/۴۲	۱۱/۳۳	۰/۰۰۰
		پس آزمون	۵/۹۳	۰/۵۷		
	کنترل	پیش آزمون	۷/۲۷	۰/۲۱		
		پس آزمون	۷/۳۰	۰/۲۳		

بهبودی درمانی برافسردگی، خود مدیریتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دوموثر بوده است و منجر به کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع گردیده است.

نتایج جدول ۵ مقایسه میانگین های افسردگی، خودمدیریتی و HbA1c را در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله را نشان می دهد. نتایج جدول موبد تغییرات معنی دار آماری در متغیرهای افسردگی، خودمدیریتی و هموگلوبین گلیکوزیله در گروه تحت مداخله بود ($P < ۰/۰۵$). به این معنا که مداخله



بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی بهزیستی درمانی بر افسردگی، خود مدیریتی و کنترل هموگلوبین گلیکوزیله زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود. همان طور که نتایج نشان می دهد بهزیستی درمانی بر افسردگی، خودمدیریتی و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر داشته است و منجر به کاهش نمرات افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله بیماران گروه مداخله در پس آزمون شده است بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان دهنده ی اثر مثبت مداخله بهزیستی درمانی بر بیماران دیابت نوع دو بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر بررسی منابع اطلاعاتی دردسترس نشان می دهد که تاکنون پژوهش منتشر شده مشابهی در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر افسردگی، خودمدیریتی و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود ندارد به همین جهت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش های مربوط به متغیرهای مشابه مقایسه و در نهایت تبیین می گردد.

درخصوص کاربرد درمان بهزیستی و سودمندی آن در اختلالات خلقی و درمان افسردگی مورد تایید قرار گرفته است (۳۳-۳۶). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی در بیماران دیابت نوع دومی شود؛ در راستای این مطالعه، سیو^۱ و همکاران (۲۰۱۵) در یک بررسی بر روی دانشجویان پزشکی عنوان کردند که بهزیستی درمانی باعث کاهش علائم افسردگی می شود (۳۷) همچنین نیر^۲ (۲۰۱۷)، یانگ^۳ و همکاران (۲۰۱۷) در مطالعه ی، اثر بهزیستی درمانی بر اختلال افسردگی عمده، بیان داشتند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی در بیماران گردید (۳۸،۳۹) نتایج تحقیقات معین زاده و ظریف (۲۰۱۴) بر زنان نابارور نشان دادند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی در آنان

شد (۴۰) نیونوردیسک^۴ (۲۰۱۴) در یک مطالعه که به بررسی تاثیرات بالقوه بهزیستی درمانی پرداخت عنوان کرد بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی، گردید (۴۱). همچنین قندهاری (۲۰۱۸) در بیان نتایج مطالعه خود عنوان کرد که مداخله بهزیستی درمانی بر بیماران وسواس موجب افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی که عامل مشترک افسردگی می باشد می شود (۴۲)

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد بهزیستی درمانی بر خودمدیریتی و کاهش قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر داشته است و منجر به افزایش خودمدیریتی و کاهش قندخون بیماران گروه مداخله در پس آزمون شده است. رامش و همکاران (۲۰۱۹)، در نتایج تحقیقات خود عنوان کردند که رابطه ی مثبت بین افسردگی، مدیریت بیماری و کنترل قندخون وجود دارد (۴۳) همچنین نتایج مطالعه پولسن^۵ و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر رابطه ی سطح پایین هموگلوبین گلیکوزیله با خودمدیریتی بالا تایید شده است (۴۴) همسو با مطالعه ی حاضر مسی^۶ و همکاران (۲۰۱۹)، در یک بررسی سیستماتیک عنوان کردند که مداخلات روانشناسی مثبت نگر باعث ارتقا بهزیستی در افراد مبتلا به دیابت می شود (۴۵) همچنین هافمن^۷ و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی خود نشان دادند که مداخلات مثبت در بهبود نتایج سلامتی بیماران مبتلا به دیابت موثر است (۴۶). همچنین دی بویس^۸ و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود عنوان کردند که برنامه روانشناسی مثبت منجر به بهبود سلامت روان، عملکرد و سلامتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می شود (۴۷) در مطالعه ای دیگر خدابخش و همکاران گزارش نمودند که آموزش مداخلات مثبت نگر موجب بهبود سلامت روان شده و افراد، فعالانه و بانگیزه بیشتری زندگی را مدیریت

۶- Poulsen^۶
7-massey^۱
8- Huijffnam-^۷
9-DuBois

1-Siev
3- Nyer
4- Yang
5- Nivo nordisk



دارد. از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که بهزیستی درمانی بیماران دیابت نوع دو تاثیر داشته و باعث کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کاهش قندخون بیماران دیابتی نوع دومی گردد. بنابراین می توان انتظار داشت که ارائه راهکارهای مناسب از قبیل اجرای برنامه های آموزشی از جمله بهزیستی درمانی، با ایجاد مثبت اندیشی، نگاه به زندگی از جنبه های خوب آن و نه باتمركز بر بیماری و افزایش سازگاری در بیماران دیابتی موجب ارتقای بهزیستی روان شناختی و کاهش افسردگی، افزایش خودمدیریتی و کاهش قند خون این بیماران شده تا از عوارض، مشکلات و هزینه های سنگین مراقبت و درمان این بیماری کاسته شود.

لازم به ذکر است داده های این پژوهش به بررسی تاثیر بهزیستی درمانی بر زنان مبتلا به دیابتی نوع دو با حجم محدود جمع آوری شده است و قضاوت دقیق تر نیاز به در نظر گرفتن بیماران هر دو جنس با حجم وسیع تر و در محدوده زمانی طولانی تری می باشد. با توجه به اینکه بیماری دیابت نوع دو جزو بیماری های طول عمری محسوب می شود و پژوهش هایی با محتوای بررسی شرایط این بیماران در داخل کشور حداقل است، لذا انجام پژوهش با نمونه های هر دو جنس و در محدوده زمانی طولانی تر جهت افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می شود. با توجه به شواهد که از اثربخش بودن بهزیستی درمانی بر کنترل قند خون، کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حمایت می کنند لذا به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اتمام پروسه درمان مذکور، درمان فوق برای گروه کنترل نیز انجام شد

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1398.067 و کد

می نمایند (۴۸) در یک مطالعه مروری، فریزر^۹ و همکاران (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 (۴۹) که می توان بیان کرد معضلات و محدودیت هایی که بیماری دیابت برای بیماران ایجاد می کند زمینه ساز تجربیات منفی، افسردگی در بیمار است که به نوبه خود این احساسات منفی بر نحوه زندگی بیمار تاثیر گذار است (۵۰)، تحقیقات گوردن^۱ و همکاران (۲۰۱۷) نشان میدهد که اختلالات هیجانی بر مدیریت بیماری تاثیر منفی دارد که می تواند به افزایش قند خون و تسریع بیماری دیابت منجر شود (۵۱) علاوه بر این اختلالات روانی با سازوکارهای دیگر می توانند نحوه زندگی را تحت تاثیر قرار دهند بطور مثال افسردگی با کاهش خودآگاهی و شفقت خود رابطه دارد (۵۲) و از سوی دیگر خودآگاهی بیشتر خودتنظیمی و مدیریت بهتر و کاهش واکنش به محرک های هیجانی را بدنبال دارد (۵۳) و کاهش واکنش های تکانشی با افزایش بهزیستی و سلامتی (۵۴) همراه هستند. که می توان گفت با توجه به این که مداخله و بهزیستی درمانی 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 دو، 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 های خود عمل خواهد نمود و با توجه به موفقیت های کسب شده، تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس می نماید و در مقابله با دشواری های روانی در زندگی و در مواجهه با استرسورهای ناشی از بیماری، موضعی فعال داشته باشند و بیماری را بهتر مدیریت می نمایند که این امر کاهش قندخون را در پی



کارآزمای بالینی IRCT20190929044918N1
است. در اینجا از کلیه افرادی که در تهیه وبه اتمام رساندن
این پایانامه مارا یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی نداشته
است.



References

1. Wu J, Shi S, Wang H, Wang S. Mechanisms underlying the effect of polysaccharides in the treatment of type 2 diabetes: a review. *Carbohydrate Polymers*. 2016; 144: 474-94.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Estimates of diabetes and its burden in the United States: National diabetes statistics report. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2014.
3. Sadeghi R, Rezaeian M, Khanjani N, Iranpour A. The applied of health belief model in knowledge, attitude and practice in people referred for diabetes screening program: an educational trial. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*. 2015; 13(11): 1061-72.
4. Alirezaei Shahraki R, Sahaf R, Abolfathi Momtaz Y. Effects of nationwide program for prevention and control of diabetes initiated by the ministry of health on elderly diabetic patients' knowledge, attitude and practice in Isfahan. *Iranian Journal of Ageing*. 2019; 14(1): 84-95.
5. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2014; 103(2): 137-49.
6. Mehdikhani S, Gohari MR, Banazade Z. Determining factors affecting fasting blood sugar in patients with type 2 diabetes using Copula functions. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2014; 21(122): 1-8.
7. Izadi A, Sepahvand F, Naderifar M, Mohammadipour F. The effect of an educational intervention on quality of life in patients with type 2 diabetes referring to Tamin Ejtemaei Hospital in 2013. *Journal of Diabetes Nursing*. 2014; 2(2): 18-28.
8. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner and Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
9. Kim HS, Shin JA, Chang JS, Cho JH, Son HY, Yoon KH. Continuous glucose monitoring: current clinical use. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*. 2012; 28: 73-8.
10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes-2010. *Diabetes Care*. 2010; 33(Suppl 1): S11-61.
11. Bickett A, Tapp H. Anxiety and diabetes: innovative approaches to management in primary care. *Experimental Biology and Medicine*. 2016; 241(15): 1724-31.
12. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaeed WY, AlKhathami MA, Al-Dhafaeri AH. Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients: Could patients' perception of their diseases control be used as a screening tool? *Saudi Medical Journal*. 2017; 38(6): 621.
13. Al-Mohaimed AA. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes in Qassim: a descriptive cross-sectional study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2017; 12(5): 430-6.
14. Rajput R, Gehlawat P, Gehlan D, Gupta R, Rajput M. Prevalence and predictors of depression and anxiety in patients of diabetes mellitus in a tertiary care center. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2016; 20(6): 746.
15. Kuru E, Safak Y, Özdemir İ, Tulacı RG, Özdel K, Özkula NG, et al.



- Cognitive distortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*. 2018; 32(2): 97-104.
16. Lunghi C, Zongo A, Moisan J, Grégoire JP, Guénette L. The impact of incident depression on medication adherence in patients with type 2 diabetes. *Diabetes & Metabolism*. 2017; 43(6): 521-8.
 17. Shomaker LB, Kelly NR, Pickworth CK, Cassidy OL, Radin RM, Shank LM, et al. A randomized controlled trial to prevent depression and ameliorate insulin resistance in adolescent girls at risk for type 2 diabetes. *Annals of Behavioral Medicine*. 2016; 50(5): 762-74.
 18. American Diabetes Association. 2. Introduction. *Diabetes Care*. 2017; 40: S1-2.
 19. Mohammadi S, Karim NA, Talib RA, Amani R. Knowledge, attitude and practices on diabetes among type 2 diabetic patients in Iran: a cross-sectional study. *Science*. 2015; 3(4): 520-4.
 20. Niroomand M, Ghasemi SN, Karimi-Sari H, Kazempour-Ardebili S, Amiri P, Khosravi MH. Diabetes knowledge, attitude and practice (KAP) study among Iranian in-patients with type-2 diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2016; 10(1): S114-9.
 21. Hughes AE, Berg CA, Wiebe DJ. Emotional processing and self-control in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2012; 37(8): 925-34.
 22. Weitz ES, Hollon SD, Twisk J, Van Straten A, Huibers MJ, David D, et al. Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy vs pharmacotherapy: an individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015; 72(11): 1102-9.
 23. Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: new insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depression and Anxiety*. 2017; 34(9): 801-8.
 24. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*. 1998; 55(9): 816-20.
 25. Godecke K. Substance and medication induced mood disorders. Utah: University of Utah School of Medicine Department of Psychiatry; 2015.
 26. Najat H. Well-being therapy: treatment manual clinical applications. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2019. P. 160.
 27. Beck AT, Brown GK, Steer RA. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*. 1997; 35(11): 1039-46.
 28. Steer RA, Clark DA, Beck AT, Ranieri WF. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. *Behaviour Research and Therapy*. 1999; 37(2): 183-90.
 29. Fata L, Birashk B, Atefvahid MK, Dabson KS. Meaning assignment structures/schema, emotional states and cognitive processing of emotional information: comparing two conceptual frameworks. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2005; 11(3): 312-26.



30. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.
31. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, Shamsi M, Karimy M. Effective intervention of self-care on glycaemia control in patients with type 2 diabetes. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2014; 16(12): e8311.
32. Kasper L. *Harrisons manual of medicine 19th ed*. New York: McGraw-Hill Education; 2016.
33. Fava GA, Rafanelli C, Ottolini F, Ruini C, Cazzaro M, Grandi S. Psychological well-being and residual symptoms in remitted patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Affective Disorders*. 2001; 65(2): 185-90.
34. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006; 75(6): 331-6.
35. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2005; 74(1): 26-30.
36. Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2003; 34(1): 45-63.
37. Siev J, Steketee G, Fama JM, Wilhelm S. Cognitive and clinical characteristics of sexual and religious obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2011; 25(3): 167.
38. Nyer M. Stimulant enhancement of well-being therapy for depression. *ClinicalTrials.gov*. Available at: URL: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01478113>; 2017.
39. Yang C, Qu Y, Abe M, Nozawa D, Chaki S, Hashimoto K. (R)-ketamine shows greater potency and longer lasting antidepressant effects than its metabolite (2R, 6R)-hydroxynorketamine. *Biological Psychiatry*. 2017; 82(5): e43-4.
40. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2017; 10(4): 363.
41. Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie M, Besharat MA, Amiri P, Parvin M, Roohi Gilani K. The Association between self-care and control of blood sugar and health-related quality of life in type II diabetes patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2014; 15(6): 545-51.
42. Gandaharizadeh A, Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. The effectiveness of psychological well-being treatment on clinical syndrome and positive and negative affections in patients with obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2018; 6(1): A00189.
43. Alizadeh Moghdam A, Safari AR, Feizi M. The relationship between anxiety, depression and stress with the severity of diabetes: the role of the mediator of quality of life. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2019; 18(2): 80-9.
44. Poulsen KM, Pachana NA, McDermott BM. Health professionals' detection of depression and anxiety in their



- patients with diabetes: the influence of patient, illness and psychological factors. *Journal of Health Psychology*. 2016; 21(8): 1566-75.
45. Massey CN, Feig EH, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz JT, Huffman JC. Well-being interventions for individuals with diabetes: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019; 147: 118-33.
 46. Huffman JC, DuBois CM, Millstein RA, Celano CM, Wexler D. Positive psychological interventions for patients with type 2 diabetes: rationale, theoretical model, and intervention development. *Journal of Diabetes Research*. 2015; 2015: 428349.
 47. DuBois CM, Millstein RA, Celano CM, Wexler DJ, Huffman JC. Feasibility and acceptability of a positive psychological intervention for patients with type 2 diabetes. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*. 2016; 18(3): 4088.
 48. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Zarrinpour N. Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology Research*. 2015; 1(1): 35-50.
 49. Joyce P, Hilliard M, Cochrane K, Hood KK. The impact of positive psychology on diabetes outcomes: a review. *Psychology*. 2012; 3(12): 1116.
 50. Abuhegzy H, Elkeshishi H, Saleh N, Sherra K, Ismail A, Kamel A, et al. Longitudinal effect of depression on glycemic control in patients with type 2 diabetes: a 3-year prospective study. *Egyptian Journal of Psychiatry*. 2017; 38(1): 27.
 51. Goorden M, van der Feltz-Cornelis CM, van Steenbergen-Weijenburg KM, Horn EK, Beekman AT, Hakkaart-van Roijen L. Cost-utility of collaborative care for the treatment of comorbid major depressive disorder in outpatients with chronic physical conditions: a randomized controlled trial in the general hospital setting (cc-DiM). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2017; 13: 1881.
 52. Mantzios M. Exploring the relationship between worry and impulsivity in military recruits: The role of mindfulness and self-compassion as potential mediators. *Stress and Health*. 2014; 30(5): 397-404.
 53. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69(6): 560-5.
 54. Neff K. Self-compassion. *Mindfulness in positive psychology. The Science of Meditation and Wellbeing*. 2016; 9(2): 27-37.

