Journal of Diabetes Nursing
2019; Volume 7 Number 4

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

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

Pajoheshgar Mahnaz[1], **Rajaei Alireza**[2*] , Khoienejad Gholamreza[3], Bayazi Mohammad Hossein [4]

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 HbA1c 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 HbA1c 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 A1c, Self-management, Type II diabetes

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	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

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۷، شماره ۴، پاییز ۹۸
صفحات: ۹۵۷-۹۴۳

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

بررسی تاثیر بهزیستی درمانی بر افسردگی، خود مدیریتی وکنترل 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 آزاداسلامی 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.coom**

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 برافسردگی، خودمدیریتی، کنترل قندخون زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضرنیمه تجربی، با استفاده ازطرح پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل و پیگیری بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه گیری دردسترس از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت پارسیان شهرمشهد انتخاب و به طورتصادفی 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 قرارگرفتند وگروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند. پرسشنامه افسردگی بک، خودمدیریتی توبرت و تامپسون و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله به عنوان ابزار ارزشیابی قبل و بعد ازمداخله مورداستفاده قرار گرفت. تحلیل داده ها با استفاده ازآزمونهای تی زوجی وتحلیل کواریانس وبا استفاده ازنرم افزار SPSS-۲۴ صورت گرفت.

یافته ها: نتایج نشان دادکه درمان بهزیستی روان شناختی برمیزان افسردگی و خودمدیریتی و هموگلوبین A1c دربیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معناداراشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، بیانگرسودمندی بهزیستی درمانی درافزایش خودمدیریتی، کاهش افسردگی و میزان هموگلوبین گلیکوزیله دربیماران دیابت نوع دو است. بنابراین توصیه می شود از این رویکرد درمانی درجهت 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

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

مقدمه و هدف

دیابت یک بیماری مزمن است و زمانی اتفاق می افتدکه 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 درایران و جهان می باشد (۳). درسپتامبر۲۰۱۴ فدراسیون بین المللی دیابت اعلام کردکه ۳۸۷ میلیون نفردر سراسر جهان به بیماری دیابت مبتلا بوده و به سبب این بیماری ۴/۹ میلیون مرگ و میردر سال و یک موردمرگ درهر ثانیه اتفاق افتاده است. این در حالی است که درسال ۱۹۹۸ پیش بینی می شد که تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت۲۸۶ میلیون نفر باشد (۱). این موضوع نشانگر این است که این بیماری با سرعتی فراتر از آنچه انتظار می رفت درحال 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 سنین۴۰ تا۵۹ سال ودرمنطقه خاورمیانه وشمال 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 از۴میلیون 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 وعروق می شود، بنابراین مدیریت قندخون، به خاطر پیشگیری ازعوارض حاد و طولانی مدت، اهمیت فراوانی دارد (۸).

آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله، یک آزمایش خون بسیار رایج می باشد؛ که برای غربالگری بیماران دیابتی کارآیی داشته و نشانگر میانگین قندخون فرد در طی دو تا سه ماه گذشته است. نتایج این آزمایش نشان می دهدکه 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 ۴تا 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 مقداره 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 برعملکرد 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 هستندکه 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 درمطالعات مختلف ۶۴درصد، ۴۰درصد (۱۲)، ۳۴/۸ درصد (۱۳)، ۲۶/۶ درصد (۱۴) بیان شده است. همان طورکه ملاحظه می کنید بیش از یک چهارم بیماران مبتلا به دیابت ازمشکلات افسردگی رنج می برند. افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت می تواند با بی اشتهایی ایجاد بی نظمی در رژیم غذایی یا نپذیرفتن تزریق انسولین ازطرف 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؛ورفتارهای خودتخریب گرانه نیز برشدت بیماری می افزاید (۱۵)همچنین ارتباط معنا داری بین مصرف داروهای دیابت نوع دو و افسردگی حاد وجود دارد (۱۶) بطوری که کاهش علائم افسردگی دراین بیماران باعث بهبود حساسیت نسبت به انسولین می شود (۱۷)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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 ازمسائل فراتر از کنترل قندخون پرداخته شود و طیف وسیعی ازمداخلات 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 ازمولفه های اصلی سلامت جسمانی وروانی درخلال دو دهه گذشته توجه بسیاری از روانشناسان و محققان را به خود جلب کرده وپ ژوهشهای 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 خود مدیریتی برای این بیماران درکشور، پژوهش حاضر بر آن است تا به این سوال اساسی پاسخ دهد که «آیابهزیستی درمانی برافسردگی، خودمدیریتی و کنترل قند خون بیماران دیابتی اثربخش است؟»

مواد و روش ها

این مطالعه ازنظر 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 (۲۶نفر) و گروه کنترل (۲۶نفر) 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 خود مدیریتی دیابت، توبرت اجرا و به منظور بررسی میزان هموگلوبین گلیگوزیله، 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 بودنداز: مراجعه به یکی از پزشکان مرکز دیابت پارسیان و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج، تشخیص دیابت نوع دو، جنسیت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

زن ، داشتن حداقل میزان تحصیلات دیپلم، دامنه سنی بین ۳۵ تا ۶۵ سال، تشخیص دیابت نوع دو حداقل ۴سال 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 بودنداز: ابتلا به دیابت نوع یک، دارابودن ملاک های کامل اختلالات روان شناختی در محورI منطبق برمتن بازنویسی شده ویراست پنجم راهنمای آماری وتشخیصی 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، افکارجدی 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 نظرقرار 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.هرماده نمره ای بین ۰ تا۳ می گیرد و به این ترتیب کل پرسش نامه دامنه ای از۰تا۶۳ نمره دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش نامه به این ترتیب می باشند: افسردگی جزئی نمره۱۳-۰، افسردگی خفیف نمره۱۹-۱۴، افسردگی متوسط نمره ۲۸-۲۰و افسردگی شدید نمره ۶۳-۲۹. درراهنمایBDI-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 الفای کرونباخ درنمونه ایرانی ۰/۹۲ وضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شده است (۲۹).

۲-پرسشنامه خودمدیریتی دیابت(DSMS): مقیاس خودمدیریی 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 وگلاسکوف،۲۰۰۰) و نیز شش گویه مقیاس خودمدیریتی دیابت چین تهیه و دراین پژوهش مورد استفاده قرارگرفت. این ابزارشامل ۱۴ گویه (۹ گویه اعمال خودمدیریتی هفتگی،۲ گویه اعمال خودمدیریتی ماهانه و۳ گویه اعمال خودمدیریتی سالیانه)است. درمان پزشکی و دارو (۱و۲)، رژیم غذایی کلی (گویه های۳و۴)، ورزش (گویه های۵و۶)، خودپایشی قند (گویه۷)، و مراقبت از پاها (گویه های۸و۹) 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 (گویه۱۱) مختص کنترل افزایش قندخون است. در مقیاس خودمدیریتی ماهیانه ازبیماران 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 (گویه۱۲) مربوط به کنترل عوارض چشم، گویه

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

دوم(گویه۱۳) مربوط به کنترل عوارض کلیوی، و گویه سوم (گویه۱۴) 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 درآن زمینه است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی (N=۵۰۰) برای زیر مقیاس های خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابر با۰/۹۵، ۰/۸۶، ۰/۶۷ و برای کل مقیاس۰/۹۵ به دست آمدکه حاکی ازهمسانی 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 چهارهفته ای روی۳۴ بیمار مبتلا به دیابت برای زیر مقیاس اعمال خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابربا۰/۹۲ ،۰/۹۰ و۰/۹۷ به دست آمدکه نشان دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود (۳۰) در نمونه ایرانی ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه درمطالعه ی ضاربان و همکاران(۲۰۱۴) ۰/۸۹ گزارش شده است (۳۱)

۳-آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله(HbA1c): این روش، یک روش استاندارد ارزیابی و کنترل درازمدت قندخون است. هنگامی که سطح گلوگز پلاسما به طور ثابت افزایش می یابد، اتصال غیرآنزیمی گلوکزبه هموگلوبین نیز افزایش می یابد. این تغییر نمایانگر چگونگی تغییر میزان گلوکزخون طی دو تاسه ماه گذشته است (زیرا عمر متوسط اریتروسیتها۱۲۰ روز می باشد) (۳۲). 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 باکاهش HbA1cهمراه است.

در تجزیه و تحلیل داده ها برای توصیف متغیرهای کمی ازمیانگین (انحراف معیار)و برای متغیرهای کیفی ازگزارش 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 بیشتردوگروه آزمایش وکنترل، هر یک از متغیرها را بصورت جداگانه و با استفاده از آزمون تی زوجی در پیش آزمون و پس آزمون موردمقایسه قرار گرفت. آنالیز داده ها با استفاده ازنرم افزارSPSS-24 انجام و مقدارP<۰/۰۵ از نظرآماری معنی دار تلقی شد.

یافته ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی و شاخص های توصیفی، فراوانی و درصد فراوانی اعضاء به تفکیک گروه آزمایش وکنترل درجدول شماره ۲ نشان داده شده وبدین شرح می باشد، در رابطه با سن به ترتیب درگروه مداخله وکنترل ۳۴/۶ درصد و ۳۰/۸ درصد در بازه سنی ۴۸-۳۸سال، ۴۳/۳درصد، ۴۲/۳ درصد در بازه سنی ۵۸-۴۸سال، ۲۳/۱ درصد و ۲۶/۹ درصددربازه سنی ۶۸-۵۸ سال قرار داشتند. همچنین از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش۱۵/۴ درصد مجرد، ۶۱/۵ درصد متاهل،۲۳/۱ مطلقه و درگروه کنترل۷/۷درصد مجرد، ۸۰/۸درصد متاهل و ۱۱/۵درصد مطلقه بودند و از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش ۳۴/۴درصد فوق دیپلم، ۵۳/۸ درصد لیسانس ،۱۱/۵درصد فوق لیسانس بودند و در گروه کنترل۴۲/۳ فوق دیپلم،۴۶/۲ درصد لیسانس و ۱۱/۵درصد فوق لیسانس بودند. ازبین اعضا، نمونه،نوع درمان درگروه آزمایش۶۹/۲ درصدقرص،۲۳/۱درصدانسولین،و ۷/۷درصدقرص وانسولین رابه عنوان داروواستفاده می کردند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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 رادر 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 خویشن 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 تغییراز سطح آسیب دیده و رسیدن به سطح بهینه درابعاد تسلط بر محیط ،رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود،روابط مثبت بادیگران و ثبت روزانه تغییرات

جدول شماره ۲: مشخصات جمعیت شناختی نمونه های مورد پژوهش

متغیرها	تعداد(درصد)		
سن	**۳۸-۴۸**	**۴۸-۵۸**	**۵۸-۶۸**
مداخله	۹(۳۴/۶)	۱۱(۴۲/۳)	۶(۲۳/۱)
کنترل	۸(۳۰/۸)	۱۱(۴۲/۳)	۷(۲۶/۹)
میزان تحصیلات	فوق دیپلم	لیسانس	فوق لیسانس
مداخله	۹(۳۴/۷)	۱۴(۵۳/۸)	۳(۱۱/۵)
کنترل	۱۱(۴۲/۳)	۱۲(۴۶/۲)	۳(۱۱/۵)
وضعیت تاهل	مجرد	متاهل	مطلقه
مداخله	۴(۱۵/۴)	۱۶(۶۱/۵)	۶(۲۳/۱)
کنترل	۲(۷/۷)	۲۱(۸۰/۸)	۳(۱۱/۵)
نوع درمان	قرص	انسولین	قرص و انسولین
مداخله	۱۸(۶۹/۲)	۶(۲۳/۱)	۲(۷۷۷)
کنترل	۱۷(۸۵/۴)	۴(۱۵/۴)	۵(۱۹/۲)

جدول شماره۳: 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	۰/۸۶۵	۰/۳۹۱
	کنترل	۳۹	۱۱/۹۸		
قند خون	مداخله	۷/۴۹	۰/۴۲	۲/۴۸	۰/۰۱۷
	کنترل	۷/۲۷	۰/۲۳		

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

جهت بررسی همگنی توزیع افراد در دو گروه آزمایش و کنترل، آزمون t دو نمونه ای مستقل استفاده شد نتایج بررسی نشان دادکه تفاوت های بین گروهی معناداری وجود ندارد (جدول شماره ی ۳).

شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی درپیش آزمون و پس آزمون برحسب گروه های مداخله وکنترل در جدول۴ آورده شده است.میانگین نمرات افسردگی درگروه آزمایش به ترتیب در پیش آرمون و پس آزمون ۲۲/۵۷و۱۸/۱۹ و در گروه کنترل ۲۴/۰۳ و۲۶/۱۶ می باشد

.میانگین نمرات خودمدیریتی درگروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون۴۲/۳۰ و ۵۰/۳۰ و در گروه کنترل۳۹و۳۸/۵۷ می باشد. میانگین نمرات هموگلوبین گلیکوزیله در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون ۷/۴۹و۵/۹۴ و در گروه کنترل ۷/۲۷ و۷/۳۰ می باشد.

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

گروه	افسردگی		خودمدیریتی		HbA1c	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
پیش آزمون	۲۲/۵۷±۵/۹۳	۲۴/۰۳±۴/۰۵	۴۲/۳۰±۱۵/۳۸	۳۹±۱۱/۹۸	۷/۴۹±۰/۴۲	۷/۲۷±۰/۲۱
پس آزمون	۱۸/۱۹±۵/۵۰	۲۶/۱۹±۴/۰۲	۵۰/۳۰±۱۳/۰۴	۳۸/۵۷±۱۱/۵۴	۵/۹۴±۰/۵۷	۷/۳۰±۰/۳۲

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

متغییر	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	-۴/۵۲۳	۰/۰۰۰
		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	۰/۵۷۶	۰/۵۷۰
		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	-۱/۶۷	۰/۱۰۷
		پس آزمون	۷/۳۰	۰/۲۳		

نتایج جدول ۵ مقایسه میانگین های افسردگی ، خودمدیریتی و HbA1c رادر دو گروه مداخله وکنترل قبل و بعد از مداخله را نشان می دهد. نتایج جدول موید تغییرات معنی دار آماری در متغیرهای افسردگی، خودمدیریتی و هموگلبوبین گلیکوزیله در گروه تحت مداخله بود (P<۰/۰۵). به این معنا که مداخله بهزیستی درمانی برافسردگی، خود مدیریتی و هموگلبوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دوموثر بوده است و منجر به کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کاهش هموگلبوبین گلیکوزیله دربیماران مبتلا به دیابت نوع گردیده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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 طورکه نتایج نشان می دهد بهزیستی درمانی برافسردگی، 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 درپس آزمون شده است بنابراین نتایج پژوهش حاضرنشان دهنده ی اثرمثبت مداخله بهزیستی درمانی بر بیماران دیابت نوع دو بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر بررسی منابع اطلاعاتی دردسترس نشان می دهدکه تاکنون پژوهش منتشر شده مشابهی در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی برافسردگی ،خودمدیریتی و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دووجود 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 (۳۶-۳۳). نتایج پژوهش حاضر نشان دادکه مداخله بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی در بیماران دیابت نوع دومی شود؛ درراستای این مطالعه ،سیو[1] و همکاران (۲۰۱۵) در یک بررسی بر روی دانشجویان پزشکی عنوان کردند که بهزیستی درمانی باعث کاهش علائم افسردگی می شود (۳۷) همچنین نیر[2](۲۰۱۷) ،یانگ[3] و همکاران (۲۰۱۷) درمطالعه 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 وظریف (۲۰۱۴) بر زنان نابارور نشان دادند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی درآنان شد (۴۰) نیونوردیسک[4] (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 وکاهش عاطفه منفی که عامل مشترک افسردگی می باشد می شود (۴۲)

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد بهزیستی درمانی برخودمدیریتی و کاهش قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر داشته است و منجر به افزایش خودمدیریتی وکاهش قندخون بیماران گروه مداخله درپس آزمون شده است. رامش و همکاران (۲۰۱۹)، در نتایج تحقیقات خود عنوان کردند که رابطه ی مثبت بین افسردگی، مدیریت بیماری وکنترل قندخون وجود دارد (۴۳) همچنین نتایج مطالعه پولسن[5]و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر رابطه ی سطح پایین هموگلوبین گلیکوزیله با خودمدیریتی بالا تایید شده است (۴۴) همسو با مطالعه ی حاضر مسی[6]و همکاران (۲۰۱۹)، در یک بررسی سیستماتیک عنوان کردندکه مداخلات روانشناسی مثبت نگرباعث ارتقا بهزیستی در افراد مبتلا به دیابت می شود (۴۵) همچنین هافمن[7] و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی خود نشان دادند که مداخلات مثبت در بهبود نتایج سلامتی بیماران مبتلا به دیابت موثراست (۴۶). همچنین دی بویس[8]و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهش خود عنوان کردندکه برنامه روانشناسی مثبت منجر به بهبود سلامت روان، عملکرد و سلامتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می شود (۴۷) در مطالعه ای دیگرخدابخش و همکاران گزارش نمودند که آموزش مداخلات مثبت نگرموجب بهبودسلامت روان شده وافراد،فعالانه و باانگیزه بیشتری زندگی رامدیریت

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

۶. Poulsen ۵
7-massey ۶
8- Huiffmam-۷
9-DuBois

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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 برروان 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 کندزمینه ساز تجربیات منفی، افسردگی در بیمار است که به نوبه خود این احساسات منفی بر نحوه زندگی بیمار تاثیر گذار است (۵۰)، تحقیقات گوردن[۱۰] و همکاران (۲۰۱۷) نشان میدهد که اختلالات هیجانی بر مدیریت بیماری تاثیر منفی داردکه 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 قراردهند بطورمثال افسردگی باکاهش 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 کند و در هر موقعیت بهترین چیز را ببینند و خود آن را بازسازی کند، 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 نمایندکه این امرکاهش قندخون را در پی دارد.از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که بهزیستی درمانی بربیماران دیابت نوع دو تاثیر داشته و باعث کاهش افسردگی و افزایش خودمدیریتی و کاهش قندخون بیماران دیابتی نوع دومی گردد.بنابراین می توان انتظارداشت که ارائه راهکارهای مناسب ازقبیل اجرای برنامه های آموزشی ازجمله بهزیستی درمانی،باایجاد مثبت اندیشی،نگاه به زندگی از جنبه های خوب آن و نه باتمرکز بربیماری وافزایش سازگاری دربیماران دیابتی موجب ارتقای بهزیستی روان شناختی وکاهش افسردگی،افزایش خودمدیریتی و کاهش قند خون این بیماران شده تاازعوارض،مشکلات وهزینه های سنگین مراقبت ودرمان این بیماری کاسته شود.

لازم به ذکر است داده های این پژوهش به بررسی تاثیربهزیستی درمانی برزنان مبتلا به دیابتی نوع دوبا حجم محدود جمع آوری شده است و قضاوت دقیق ترنیاز به درنظرگرفتن بیماران هردو جنس باحجم وسیع تر ودرمحدوده زمانی طولانی تری می باشد. با توجه به اینکه بیماری دیابت نوع دوجزو 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 هردو جنس ودرمحدوده زمانی طولانی ترجهت افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می شود .وبا توجه به شواهدکه ازاثربخش بودن بهزیستی درمانی بر کنترل قند خون ،کاهش افسردگی وافزایش خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حمایت می کنند لذا به منظوررعایت ملاحظات اخلاقی ، بعداز 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 آزاداسلامی واحدتربت جام باکداخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1398.067 و کد

۹-۱Frazier ۱۰

۱۱-.Goorden

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

کارآزمای بالینی IRCT20190929044918N1

است.دراینجا از کلیه افرادی که در تهیه وبه اتمام رساندن این پایانامه مارا یاری نمودندکمال تشکررا داریم.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسندگان هیچ گونه تضادمنافعی نداشته است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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-Dhafeeri 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-Mohaimeed 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.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]

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.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-12]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.4.4.8]