

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

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

چکیده:

مقدمه: دیابت نوع دو به گروهی از بیماری‌های سوخت و سازی اطلاق می‌گردد که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، عملکرد آن، یا هر دو است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر افسردگی، اضطراب و کنترل قند خون بر زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است.

روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه تجربی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. نمونه مورد مطالعه به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان ۱۰۰ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت پارسین، شهر مشهد در سال ۹۷-۹۸ تعداد ۵۲ بیمار انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه ۲۶ نفر آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه مداخله طی ۸ جلسه درمان گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت دو ماه تحت برنامه بهزیستی روان‌شناختی مدل ریف قرار گرفتند؛ و گروه کنترل هیچ درمانی رادریافت نکردند. پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب بک و آزمایش هموگلوبین ای وان سی (هموگلوبین گلیکوزیله) به عنوان ابزار ارزشیابی قبل و بعد از مداخله مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی زوجی و تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۲۴ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داده درمان بهزیستی روان‌شناختی بر میزان کاهش افسردگی، اضطراب و هموگلوبین ای وان سی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار داشته است و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0.05$).

ORCID: 0000-0003-1511-429X

۱ - گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

۲ - نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران،


Email: rajaei.46@yahoo.com, ORCID: 0000-002-3806-1875

ORCID: 0000-0002-1191-8584

۳ - گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران،

ORCID: 0000-0003-2037-6817

۴ - گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران،

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتو کامنز  (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که

به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه، بیانگر سودمندی بهزیستی درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و میزان هموگلوبین ای وان سی در بیماران دیابت نوع دو است؛ بنابراین توصیه می شود از این رویکرد درمانی در جهت ارتقاء بهزیستی روان شناختی این بیماران استفاده شود.

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، هموگلوبین Hb A1C، دیابت نوع دو

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۴

استناد: پژوهشگر م، رجایی ع، بیاضی م ح. بررسی تاثیر بهزیستی درمانی بر افسردگی، اضطراب و کنترل قند خون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۱؛ ۱۲(۱) ۲۸-۴۵

مقدمه:

دیابت نوع دو اختلال متابولیسم گلوکز با کاهش تولید انسولین و مصرف آن توسط بافتها و در نتیجه افزایش قند خون است (۱). دیابت نوع دو، یک بیماری مزمن، شایع و چندعاملی است؛ که بر سلامت میلیون ها نفر در سراسر جهان تأثیر می گذارد (۲). بر اساس گزارش ^۱(GBD) در سال ۲۰۱۵، میزان شیوع دیابت از حدود ۳۳۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۵ به حدود ۴۳۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۵ افزایش یافته است، که این افزایش ۳۰/۶ درصد است. در طول همان دوره، میزان مرگ و میر سالانه ناشی از دیابت از ۱/۲ تا ۱/۵ میلیون افزایش یافته است (۳). پیش بینی می شود که شیوع دیابت در جهان از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ میلادی ۵/۴ درصد در سال ۲۰۲۵ برسد و در این مدت جمعیت افراد مبتلا ۱۲۲ درصد افزایش یابد (۴). در ایران نیز تعداد مبتلایان به دیابت ۷/۷ درصد جمعیت را تشکیل می دهد (۵). افزایش مزمن قند خون موجب تخریب، اختلال عملکرد و نارسایی عضوهای مختلف بخصوص چشم ها، کلیه ها، اعصاب و قلب و عروق می شود (۶). بیماری دیابت علاوه بر ایجاد آثار مخرب جسمی، پیامدهای منفی رفتاری و هیجانی نیز به دنبال دارد؛ تشخیص دیابت تأثیر مهمی بر عملکرد روانی مبتلایان می گذارد به طوری که این بیماران معمولاً بعد از تشخیص بیماری و در طی فرایند درمان و در جریان سازگاری با بیماری خود از تجربه ی علائم افسردگی، احساس گناه، تقصیر و اضطراب خبر می دهند (۷). تحقیقات زیادی پیرامون میزان سطح سلامت روان در بیماران دیابتی انجام شده است. پژوهش ها نشان می دهند افسردگی، اضطراب و اختلالات تطابقی شایع ترین اختلالات روانی افراد مبتلا به دیابت هستند (۸).

در مطالعات مختلف شیوع اضطراب و افسردگی به ترتیب ۳۵/۴ درصد و ۶۴ درصد (۹) ۴۳/۶ درصد ۴۵/۶ درصد (۱۰)، ۳۰/۵ درصد و ۳۴/۸ درصد (۱۱) گزارش شده است. در واقع طبق شواهد موجود، ابتلا به دیابت خطر بروز علائم روان شناختی همچون افسردگی و اضطراب را تا دو برابر افزایش می دهد (۹). تحقیقات نشان می دهند اضطراب با دیابت همبودی^۲ دارد و شیوع اختلالات اضطرابی در

۱. The Global Burden of Disease: provides a tool to quantify health loss from hundreds of diseases, injuries, and risk factors, so that health systems can be improved and disparities can be eliminated.^۱

۲. Comorbidity

افراد دیابتی ۲۰ درصد بیشتر از افراد عادی است (۵). اضطراب نیز نقش مهمی در بیماری‌های جسمی دارد؛ هر دو نوع دیابت نوع ۱ و ۲ نسبت به اضطراب حساس‌اند؛ زیرا اضطراب در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت، کنترل قند خون را مختل می‌کند (۱۱).

نتایج تحقیقات نشان داده که اضطراب با کنترل ضعیف دیابت ارتباط مثبت معنی‌داری دارد و حتی استرس‌های کوچک روزمره زندگی، با کنترل ضعیف متابولیک همراه بوده‌اند (۲). از طرفی اضطراب همبودی بالایی با افسردگی دارد و از مشکلات روان‌شناختی شایع همراه دیابت است به طوری که احتمال ابتلا به افسردگی در بیماران دیابت ۲-۳ برابر افراد غیر دیابتی همسان است به نحوی که از هر سه بیمار دیابتی یک نفر به یکی از انواع افسردگی مبتلا است و به نظر می‌رسد که سیر افسردگی در بیماران دیابتی مزمن‌تر و شدیدتر از سایر بیماران باشد (۵). مطالعات نشان داده است افسردگی در بیماران مزمن به خصوص بیماران دیابتی علاوه بر اینکه منجر به عواقب اجتماعی و روان‌شناختی می‌شود عامل خطری برای کاهش رفتارهای خود مراقبتی، عدم کنترل بهینه قند خون و ابتلا به سایر بیماری‌ها همراه است (۱۲).

افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند با بی‌اشتهایی ایجاد بی‌نظمی 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 تحریف‌های شناختی در افراد می‌شود، که خود زمینه‌ساز بروز هیجانات منفی و ناکارآمد است و باعث پیشرفت بیماری می‌گردد (۱۳). در مدیریت دیابت باید در نظر داشت حتی زمانی که دارو، رژیم غذایی و ورزش رعایت شده باشند باز هم تضمینی برای کنترل قند خون وجود ندارد به این دلیل که هنوز استرس و اضطراب عاملی برای افزایش قند خون است (۵). متأسفانه این مشکلات توانایی بیمار را برای کنترل بیماری کاهش می‌دهد. آنچه مشخص است مراقبت از دیابت پیچیده است و نیاز است که بسیاری از مسائل فراتر از کنترل قند خون پرداخته شود و طیف وسیعی از مداخلات برای بهبود نتایج مورد نیاز است (۱۴). بر این اساس توجه هر چه بیشتر به وضعیت خلقی این بیماران ضروری به نظر می‌رسد.

هموگلوبین گلیکوزیله^۱ به عنوان آزمون مرجع برای ارزیابی کنترل قند خون در افراد مبتلا به دیابت بیش از سه دهه مورد توجه قرار گرفته است. نتایج این آزمایش نشان می‌دهد 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. همچنین سطح هموگلوبین گلیکوزیله برای تنظیم درمانی و پیش‌بینی خطر عوارض دیابت مزمن مهم است به طوری که افزایش مطلق یک درصد در مقدار هموگلوبین گلیکوزیله با افزایش ۲۰-۱۵ درصد در خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همراه است و کاهش مطلق ۱ تا ۲ درصد باعث کاهش چشمگیر عوارض عروقی می‌شود (۱۵). با توجه به شیوع روز افزون دیابت و سبب‌شناسی پیچیده آن، راهبردهای سازگاری باداینت، نیازمند تغییر در روش‌های مدیریت و برنامه‌های درمانی فعلی است. این تغییر باید از متغیرهای صرفاً جسمی به عوامل روانی اجتماعی مؤثر بر مدیریت دیابت و برنامه‌های درمانی صورت گیرد (۱۶).

از آنجا که خدمات روان‌درمانی در بیماری‌های طبی می‌تواند موجب کاهش نیاز به استفاده از خدمات پر هزینه پزشکی و افزایش سلامت روان بیماران گردد، به کارگیری ملاحظه‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی اثربخش، دارای اهمیت است لذا مداخله‌های روان‌شناختی زیادی هم‌زمان با مداخله‌های پزشکی برای مهار این بیماری به کار برده می‌شود (۱۹-۱۷)، که در این میان بهزیستی درمانی اساساً به عنوان یک راهبرد درمانی خاص اختلالات عاطفی طراحی (۲۰) و به عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی سلامت جسمانی و روانی در خلال دو

¹ - HbA1c

دهه گذشته توجه بسیاری از روانشناسان و محققان را به خود جلب کرده و پژوهش‌های گسترده‌ای درباره آن انجام گرفته و اثربخشی آن در درمان اختلالات عاطفی، خلقی و افزایش بهزیستی روانی مورد تأیید قرار گرفته است (۲۱). لذا با توجه به آمار چشمگیر بیماران دیابتی در ایران و همچنین با در نظر گرفتن تأثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا از جمله بهزیستی درمانی در درمان اختلالات خلقی، و با توجه به اثرات دیرپای اضطراب و افسردگی برای این بیماران، پژوهش حاضر بر آن است تا به این سؤال اساسی پاسخ دهد که «آیا بهزیستی درمانی بر اساس مدل ریف بر افسردگی، اضطراب و کنترل قند خون بیماران دیابتی اثربخش است؟»

روش پژوهش:

این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده، از دسته طرح‌های نیمه تجربی، از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت پارسیان مشهد در سال ۹۷-۹۸ تشکیل دادند. به منظور نمونه‌گیری از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت پارسیان، ۵۲ نفر از بیماران به صورت در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدن 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 پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب بک، اجرا و به منظور بررسی میزان هموگلوبین گلیکوزیله، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله توسط پزشک مرکز دیابت به‌عنوان پیش‌آزمون انجام شد و پس از اجرای ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان بهزیستی بر اساس مدل ریف (۲۲) با هدف معرفی درمان بهزیستی، موانع موجود در بهزیستی درمانی، مشخص کردن عقاید غیرمنطقی، خویشتن‌نگری، معرفی ابعاد شش‌گانه بهزیستی درمانی و آموزش در جهت تغییر شش بعد آسیب‌دیده به سطح بهینه، مثبت‌اندیشی و نگاه به زندگی از جنبه‌های خوب آن، انجام شد و پس از پایان جلسه هشتم، هر دو گروه مجدداً پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک را تکمیل نمودند و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله پس از پایان دوره آموزشی نیز به عنوان پس‌آزمون انجام شد در جدول شماره‌ی 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 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)، داشتن نمره اضطراب متوسط در پرسشنامه اضطراب بک (BAI) عدم دریافت درمان‌های 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 رضایت‌نامه کتبی. معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بودند از: ابتلا به دیابت نوع یک، دارا بودن ملاک‌های کامل اختلالات روان‌شناختی در محور I منطبق بر متن بازنویسی شده ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۱ که قبل از جلسات به تشخیص روانشناس بالینی وجود داشته باشد، وابستگی و سوءمصرف مواد، دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی دیگر هم‌زمان با پژوهش، افکار جدی خودکشی و غیبت بیش از دو جلسه به‌منظور 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، موردنظر قرار گرفت.

از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد: ۱ پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم^۲ این پرسشنامه شکل بازنویسی شده پرسشنامه افسردگی بک (BDI) می‌باشد. که جهت بررسی شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است؛ این پرسشنامه نیز همانند

¹ - DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

² - BDI-II: BECK Depression Inventory-II

ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده‌ی شدت افسردگی اوست برمی‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و به این ترتیب کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ نمره دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه به این ترتیب می‌باشند: افسردگی جزئی نمره ۰-۱۳، افسردگی خفیف نمره ۱۹-۱۴، افسردگی متوسط نمره ۲۸-۲۰، افسردگی شدید نمره ۶۳-۲۹. در راهنمای BDI-II نقطه برش برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. ضریب اعتبار باز آزمایی آن در فاصله یک‌هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آمده است (۲۳). تحقیقات حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ است (۲۴) و در نمونه ایرانی ضریب اعتبار ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شده است (۲۵).

۲- پرسشنامه اضطراب بک¹ (BAI)، یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای با درجه‌بندی لیکرت از صفر تا سه است. نمره‌ی کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۰ قرار می‌گیرد. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب اعتبار باز آزمایی آزمون در فاصله‌ی یک‌هفته‌ای را ۰/۹۳ درصد به دست آوردند (۲۶) رفیعی و سیفی مقدار پایایی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ درصد در جمعیت دانشجویی گزارش کردند (۲۷).

۳- آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله: این آزمایش یک روش استاندارد ارزیابی و کنترل درازمدت قند خون است. هنگامی که سطح گلوکز پلاسما به طور ثابت افزایش می‌یابد، اتصال غیر آنزیمی گلوکز به هموگلوبین نیز افزایش می‌یابد. این تغییر نمایانگر چگونگی تغییر میزان گلوکز خون طی دو تا سه ماه گذشته است (زیرا عمر متوسط اریتروسیتها ۱۲۰ روز است) (۲۸). 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 نشان‌دهنده مدیریت ضعیف قند خون است؛ که بیمار باید در روش درمان دیابت خود تجدیدنظر کند. بنابراین هدف از درمان موفق دیابت رساندن مقدار هموگلوبی گلیکوزیله به کمتر از ۷ درصد می‌باشد (۲۹). بنابراین برای کلیه شرکت‌کنندگان در طرح درمان در دو نوبت پیش و پس از ۸ جلسه مداخله بهزیستی درمانی، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله به منظور اطلاع از چگونگی تغییرات هموگلوبین بیماری دیابت انجام گرفت. زیرا کنترل قند خون با کاهش هموگلوبولین گلیکوزیله همراه است.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) و برای متغیرهای کیفی از گزارش فراوانی (درصد) استفاده شده است. قبل از بررسی فرضیه‌های تحقیق برای تأیید توزیع تصادفی افراد در دو گروه آزمایش و کنترل، با به‌کارگیری آزمون تی دو گروه مستقل همگنی اندازه‌های، افسردگی، اضطراب و قند خون پیش‌آزمون افراد را در دو گروه آزمایش و کنترل مورد آزمون قرار گرفت. جهت بررسی فرضیه‌ها از مقایسه تحلیل کوواریانس استفاده شد و با توجه به و سطح معنی‌داری متغیرها برای تحلیل بیشتر دو گروه آزمایش و کنترل، هر یک از متغیرها را به صورت جداگانه و با استفاده از آزمون تی زوجی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 انجام شد.

جدول ۱- محتوای جلسات درمان بهزیستی روانشناختی بر اساس مدل ریف برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

جلسه ها	محتوا
اول	مصاحبه بالینی، گرفتن شرح حال مراجع و اطلاعاتی درباره احساسات مراجع، پریشانی فعلی و قبلی و سابقه درمان شناخت ماهیت بیماری شامل (آسبب شناسی، علامت شناسی، انواع و عوارض آن) تعریف فرایند برنامه آموزشی و آگاه کردن مراجع

۳- Beck Anxiety Inventory.

	<p>از ساختار و شرایط بهزیستی درمانی که شامل (تعداد جلسات احتمالی، مدت زمان جلسات، فاصله بین جلسات و تمرین خانگی تعیین شده، ارائه فرمها، تصریح تعهدات دو جانبه در برنامه). معرفی مفهوم خود درمانی. ارائه اولین تکلیف (روزنگار بهزیستی، یادداشت خوشحالی)</p>
دوم	<p>مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مرتبط با تکمیل آن، معرفی مفهوم تجربه های بهینه، معرفی نظارت بر افکار و رفتارهایی که مخل بهزیستی هستند. ارائه تکلیف برای جلسه ی آینده (روزنگار بهزیستی)</p>
سوم	<p>بررسی یادداشت خوشحالی و مشکلات مرتبط با تکمیل آن. کمک به درک بهتر اینکه کدام احساس ها و تجربیات باعث می شوند بیمار احساس بهتری پیدا کند، از جمله تجربیات بهینه. شروع به درک این که کدام افکار و یا رفتارها منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی می شود. معرفی ستون ناظر به جدول روزنگار بهزیستی، ادامه ی کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت ها)</p>
چهارم	<p>مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن. کمک به درک بیمار از اینکه کدام احساسات و تجربیات باعث می شود حس بهتری داشته باشد، از جمله تجربه های بهینه. شروع کار بازسازی شناختی افکار و یا رفتارهایی که منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی شده اند، از جمله نوشتن در ستون ناظر، معرفی یک یا دو بعد روان شناختی بهزیستی بر حسب اطلاعاتی که ارائه شده است.</p>
پنجم	<p>مرور روزنگار بهزیستی و مشکلات مربوط به تکمیل آن، کمک به درک و پیگیری تجربیات بهینه، ادامه ی بازسازی شناختی افکار و یا رفتارهایی که منجر به مختل شدن نابهنگام بهزیستی شده اند، از جمله تکمیل ستون ناظر، معرفی سایر ابعاد روان شناختی بهزیستی و بحث درباره ی چگونگی تعدیل این ابعاد، ادامه ی کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت ها، تکالیف درجه بندی شده)</p>
ششم	<p>بررسی وضعیت کلی بیمار، مرور روزنگار بهزیستی و پیگیری تجربیات بهینه، مرور بازسازی شناختی و مقابله با افکار خودآیند در زندگی واقعی، معرفی و یا بحث بیشتر درباره ابعاد ناکارآمد بهزیستی روان شناختی بر حسب مطالبی که بیمار عرضه کرده است، ادامه ی کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، ترغیب و برنامه ریزی فعالیت ها، تکالیف درجه بندی شده)</p>
هفتم	<p>بررسی وضعیت کلی بیمار و احساس نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی و پیگیری تجربیات بهینه، مرور روزنگار بهزیستی و پیگیری تجربیات بهینه، مقابله با افکار خودآیند در زندگی واقعی، تقویت راهبردهای مورد استفاده برای بهبود بهزیستی روان شناختی، ادامه ی کار با تکالیف خانگی (روزنگار بهزیستی، مواجهه، برنامه ریزی فعالیت ها)، تقویت تمایل مراجع به تداوم کار (خوددرمانی) بعد از اتمام درمان</p>
هشتم	<p>بررسی احساس بیمار نسبت به پایان درمان، مرور روزنگار بهزیستی، توجه به بهبودهایی که در حوزه های مختلف بهزیستی و در میزان پریشانی رخ داده است، گفتگو درباره ی مشکلاتی که خود درمانی با بهزیستی درمانی را مختل می کند، تاکید بر اهمیت ادامه به درمان بعد از پایان جلسات (خوددرمانی). تاکید بر دسترس بودن جلسات « تقویتی » در آینده، تعیین زمان پیگیری، قرار دادن تجربه WBT، در تاریخچه ی درمان بیمار، اشاره به چشم اندازه بالقوه سایر درمان ها، تعیین ملاقات های دوره ای با گروه آزمایش و ارائه نتایج پس از تجزیه و تحلیل دادها - پس آزمون</p>

یافته‌ها:

نتایج جمعیت شناختی مطالعه در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲- مشخصات جمعیت شناختی

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
سن	آزمایش	۲۶	۵۳/۱۳	۹/۴۶
	کنترل	۲۶	۵۵/۱۸	۱۰/۰۹
وزن	آزمایش	۲۶	۷۹/۰۴	۱۰/۰۷
	کنترل	۲۶	۷۵/۰۱	۸/۲۶
قد	آزمایش	۲۶	۱۶۷/۳۱	۶/۰۶
	کنترل	۲۶	۱۷۰/۰۳	۷/۰۱

همانطور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد میانگین و سنی گروه آزمایش (۵۳/۱۳±۹/۴۶) و گروه کنترل (۵۵/۱۸±۱۰/۰۹) بود و میانگین وزن گروه آزمایش (۷۹/۰۴±۱۰/۰۷) و گروه کنترل (۷۵/۰۱±۸/۲۶) و میانگین قد گروه آزمایش (۱۶۷/۳۱±۶/۰۶) و گروه کنترل (۱۷۰/۰۳±۷/۰۱) بوده است. همچنین از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش ۱۵/۴ درصد مجرد، ۶۱/۵ درصد متأهل، ۲۳/۱ مطلقه و در گروه کنترل ۷/۷ درصد مجرد، ۸۰/۸ درصد متأهل و ۱۱/۵ درصد مطلقه بودند. از بین اعضاء نمونه در گروه آزمایش ۳۴/۴ درصد فوق دیپلم، ۵۳/۸ درصد لیسانس، ۱۱/۵ درصد فوق لیسانس بودند و در گروه کنترل ۴۲/۳ فوق دیپلم، ۴۶/۲ درصد لیسانس و ۱۱/۵ درصد فوق لیسانس بودند. از بین اعضاء نمونه، نوع درمان در گروه آزمایش ۶۹/۲ درصد قرص، ۲۳/۱ درصد انسولین، و ۷/۷ درصد قرص و انسولین را به عنوان دارو استفاده می‌کردند.

جدول 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		
اضطراب	مداخله	۲۵/۵۰	۵/۳۲	-۰/۲۱۱	۰/۸۳۴
	کنترل	۲۵/۸۰	۵/۱۸		
قند خون	مداخله	۷/۴۹	۰/۴۲	۲/۴۸	۰/۰۱۷
	کنترل	۷/۲۷	۰/۲۳		

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 ۴- شاخص های توصیفی متغیرها در پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل (میانگین \pm انحراف معیار)

گروه	افسردگی		اضطراب		HbA1c	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
پیش آزمون	۲۲/۵۷ \pm ۵/۹۳	۲۴/۰۳ \pm ۴/۰۵	۲۵/۵۰ \pm ۵/۳۲	۲۵/۸۰ \pm ۵/۱۸	۷/۴۹ \pm ۰/۴۲	۷/۲۷ \pm ۰/۲۱
پس آزمون	۱۸/۱۹ \pm ۵/۵۰	۲۶/۱۹ \pm ۴/۰۲	۱۴/۹۲ \pm ۴/۹۴	۲۵/۳۸ \pm ۵/۶۲	۵/۹۴ \pm ۰/۵۷	۷/۳۰ \pm ۰/۳۲

شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهشی در پیش آزمون و پس آزمون بر حسب گروه های مداخله و کنترل در جدول شماره ی 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. میانگین نمرات اضطراب در گروه آزمایش به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون ۲۵/۵۰ و ۱۴/۹۲ و در گروه کنترل ۲۵/۸۰ و ۲۵/۳۸ 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.

جدول شماره ی ۵- نتایج تحلیل کوواریانس و متغیرهای کنترل شده

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون F	p-value
اضطراب پیش آزمون	۸۱۰/۸۸۷	۱	۸۱۰/۸۸۷	۸۱/۶۳۹	۰/۰۰۰
گروه درمان	۱۰۰۸/۷۳۸	۱	۱۰۰۸/۷۳۸	۱۰۱/۵۵۸	۰/۰۰۰
سن	۱۲/۴۸۲	۱	۱۲/۴۸۲	۱/۲۵۷	۰/۲۶۸
تحصیلات	۵۷/۶۲۰	۲	۲۸/۸۱۰	۲/۹۰۱	۰/۰۶۶
گروه \times تحصیلات	۵۲/۰۸۴	۲	۲۶/۰۴۲	۲/۶۲۲	۰/۰۸۴
خطا	۴۳۷/۰۳۵	۴۴	۹/۹۳۳	۹۹/۴۹۱	۰/۰۰۰
افسردگی پیش آزمون	۷۱۷/۵۵۱	۱	۷۱۷/۵۵۱	۵۱/۶۵۲	۰/۰۰۰

۰/۸۸۷	۰/۰۲۰	۳۷۲/۵۲۹	۱	۳۷۲/۵۲۹	گروه درمان
۰/۴۳۴	۰/۸۵۱	۰/۱۴۷	۱	۰/۱۴۷	سن
۰/۷۷۵	۰/۲۵۷	۶/۱۳۴	۲	۱۲/۲۶۸	تحصیلات
		۱/۸۵۳	۲	۳/۷۰۶	گروه×تحصیلات
		۷/۲۱۲	۴۴	۳۱۷/۳۳۸	خطا
۰/۰۰۰	۸۶/۷۸۳	۲/۶۲۵	۱	۲/۶۲۵	قند خون پیش‌آزمون
۰/۰۰۴	۹/۰۶۱	۰/۲۷۴	۱	۰/۲۷۴	گروه درمان
۰/۴۲۴	۰/۶۵۲	۰/۰۲۰	۱	۰/۰۲۰	سن
۰/۹۴۱	۰/۰۶۱	۰/۰۰۲	۲	۰/۰۰۴	تحصیلات
		۰/۰۱۵	۲	۰/۰۳۰	گروه×تحصیلات
			۴۴	۱/۳۳۱	خطا

در این مطالعه متغیرهای اضطراب، افسردگی و قند خون افراد مورد مطالعه در دو مقطع زمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون اندازه‌گیری شده و برای کنترل نتایج از گروه کنترل نیز در کنار گروه آزمایش استفاده شده است. همچنین از متغیرهای سن و تحصیلات به عنوان متغیرهای کنترلی استفاده شده است که نتیجه برازش این مدل در جدول شماره ۵ آورده شده است و با توجه به سطح معنی‌داری هر یک از متغیرهای در جدول فوق نتیجه می‌شود که تنها متغیرهای افسردگی، اضطراب و قند خون در پیش‌آزمون و گروه درمان بر متغیرهای افسردگی، اضطراب و قند خون پس‌آزمون تأثیرگذار بوده‌اند. بنابراین در ادامه برای تحلیل بیشتر دو گروه آزمایش و کنترل را به صورت جداگانه بررسی شد و با استفاده از آزمون تی زوجی هر یک از متغیرها را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت که نتایج این مقایسه در جدول شماره ۶ آورده شده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تی زوجی در شاخص‌های سه‌گانه در گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره	p-value
		پیش‌آزمون	۲۲/۵۷	۵/۹۳	۷/۲۷۴	۰/۰۰۰

افسردگی	آزمایش	پس آزمون	۱۸/۱۹	۵/۵۰	
	کنترل	پیش آزمون	۲۴/۰۳	۴/۰۵	۰/۰۰۰
اضطراب	آزمایش	پس آزمون	۲۶/۱۹	۴/۰۲	
	کنترل	پیش آزمون	۲۵/۵۰	۵/۳۲	۰/۰۰۰
HbA1c	آزمایش	پس آزمون	۱۴/۹۲	۴/۴۹	
	کنترل	پیش آزمون	۲۵/۸۰	۵/۱۸	۰/۴۲۷
افسردگی	آزمایش	پس آزمون	۷/۴۹	۰/۴۲	۰/۰۰۰
	کنترل	پیش آزمون	۷/۲۷	۰/۲۱	۰/۱۰۷
اضطراب	آزمایش	پس آزمون	۵/۹۳	۰/۵۷	
	کنترل	پیش آزمون	۷/۳۰	۰/۲۳	۰/۱۰۷

نتایج جدول فوق مقایسه میانگین های افسردگی، اضطراب و گلیکوزیله را در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله را نشان می دهد. نتایج جدول موید تغییرات معنی دار آماری در متغیرهای افسردگی، اضطراب و هموگلوبین گلیکوزیله در گروه تحت مداخله بود ($P < 0/05$). به این معنا که مداخله بهزیستی درمانی بر افسردگی، اضطراب و هموگلوبین گلیکوزیله^۱ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر بوده است و منجر به کاهش افسردگی و اضطراب و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع گردیده است.

بحث و نتیجه گیری:

در این پژوهش اثربخشی بهزیستی درمانی بر افسردگی، اضطراب و کنترل هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع مورد بررسی قرار گرفت. این بیماری بر وضعیت روانی و جسمی فرد تأثیر تخریب کننده ای می گذارد و عوارض ناشی از عدم کنترل قند خون و در نتیجه تغییرات نامطلوب (هموگلوبین گلیکوزیله) همچنین اضطراب افسردگی در بیماران دیابت به میزان چشم گیری پیش رونده است (۳۰). با وجود روش های کارآمد علوم دارویی و پزشکی در کنترل قند خون و پیامدهای نامطلوب آن، افزایش قند خون معمولاً به ناتوانی، مرگ زود هنگام و مشکلات گسترده در روابط اجتماعی منجر می شود (۳۱). با گسترش جهانی دیابت و آثار اقتصادی همراه با آن محققان در پی به کارگیری مداخلات رفتاری مؤثر بر آن بوده اند. در برخی مطالعات با توجه به نقش استرس مزمن در مقاومت به انسولین و سندروم متابولیک، بر انجام کارگروهی ترکیبی به صورت مداخلات روان شناختی و دارویی تأکید شده است. بنابراین مؤلفه های رفتاری- شناختی زیربنای درمان دیابت مانند خود مدیریت، پذیرش بیماری، نگرش مثبت، انگیزه برای دنبال کردن آموزش و درمان در برنامه های مداخلاتی گنجانده شده است (۱۶).

در افراد دیابتی، تفکرات مثبت و امید به زندگی کاهش می یابد و عوامل منفی و روانی مانند عاطفه منفی، اضطراب به دلیل ترس از نابینایی، عوارض قلبی و عروقی و عوارض کلیوی افزایش می یابد. این عواطف منفی موجب کاهش دیدن جنبه های مثبت زندگی و خود مراقبتی در بیماران دیابت نوع دو می گردد (۳۲).

¹ - HbA1c

افرادی که از نگرش و عواطف مثبتی برخوردارند اجتماعی تر بوده و از مهارت‌های بین فردی مطلوب‌تری برخوردارند و به راحتی می‌توانند شبکه‌های اجتماعی حمایتگر را در اطراف خود ایجاد کنند. رشته روانشناسی مثبت نگر، از طریق مداخلات ساده و کم هزینه موجب افزایش بهزیستی و کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب می‌گردد، شناخته می‌شود که نمونه‌ای این از این مداخلات بهزیستی درمانی است که تحت تأثیر این درمان می‌توان در فرد عاطفه منفی و خلق منفی را در موقع بروز مشکلات و حوادث کاهش داد (۳۳). این روش موجب عاطفه‌ی مثبت^۱ و خلق مثبت شده و انگیزه‌ی فرد را برای خود مراقبتی تقویت می‌نماید.

همان‌طور که نتایج نشان می‌دهد بهزیستی درمانی بر افسردگی، اضطراب و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر داشته است و منجر به کاهش نمرات افسردگی، اضطراب و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران گروه مداخله در پس‌آزمون شده است؛ بنابراین نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده‌ی اثر مثبت مداخله بهزیستی درمانی بر بیماران دیابت نوع دو بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش منتشرشده مشابهی در زمینه اثربخشی درمان بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی، اضطراب و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو وجود ندارد به همین جهت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به متغیرهای مشابه مقایسه و در نهایت تبیین می‌گردد. در پژوهش‌های زیادی کاربرد بهزیستی درمانی و سودمندی آن، در اختلالات خلقی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۷-۳۴). نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران دیابت نوع دومی شود؛ در راستای این مطالعه، سیو^۲ و همکاران در یک بررسی بر روی دانشجویان پزشکی عنوان کردند، که بهزیستی درمانی باعث کاهش علائم افسردگی می‌شود (۳۸). همچنین نیر^۳، یانگ^۴ و همکاران در مطالعه‌ی، اثر بهزیستی درمانی بر اختلال افسردگی عمده و اضطراب، بیان داشتند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران گردید (۳۹،۴۰). نتایج تحقیقات معین زاده و ظریف بر زنان نابارور نشان دادند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی و اضطراب در آنان شد (۴۱) نیونوردیسک^۵. در یک مطالعه که به بررسی تاثیرات بالقوه بهزیستی درمانی پرداخت عنوان کرد بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی، گردید (۴۲). 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 می‌باشد می‌شود (۴۳). همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد بهزیستی درمانی بر کاهش قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر داشته است و منجر به کاهش قند خون بیماران گروه مداخله در پس‌آزمون شده است. رامش و همکاران، در نتایج تحقیقات خود عنوان کردند که رابطه‌ی مثبت بین افسردگی و کنترل قندخون وجود دارد (۴۴). همچنین نتایج مطالعه پولسن^۶ و همکاران مبنی بر رابطه‌ی سطح پایین هموگلوبین گلیکوزیله با خودمدیریتی بالا تایید

¹ Effect Positive.

2- Siev

3- Nyer

4- Yang

5. Nivo nordisk

6- Poulsen

شده است (۴۵). همسو با مطالعه ی حاضر ماسی^۱ و همکاران (۴۶)، هافمن^۲ و همکاران (۴۷) دی بویس^۳ و همکاران (۴۸) خدابخش و همکاران (۴۹) عنوان کردند که مداخلات روانشناسی مثبت نگر باعث ارتقا بهزیستی در افراد مبتلا به دیابت شده و افراد فعالانه و با انگیزه بیشتری زندگی را مدیریت می نمایند. در یک مطالعه مروری فریزر^۴ و همکاران 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 (۵۰) 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 (۵۱) تحقیقات گوردن^۵ و همکاران نشان میدهد که اختلالات هیجانی بر مدیریت بیماری تاثیر منفی دارد که می تواند به افزایش قندخون و تسریع بیماری دیابت منجر شود (۵۲). 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 (۵۳) و ازسوی دیگر خودآگاهی بیشتر خود تنظیمی و مدیریت بهتر و کاهش واکنش به محرک های هیجانی را بدنبال دارد (۵۴) و کاهش واکنش های تکانشی با افزایش بهزیستی و سلامتی (۵۵) 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 ببیند 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 نمایند که این امر کاهش قندخون را در پی دارد. از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که بهزیستی درمانی بر بیماران دیابت نوع دو تاثیر داشته و باعث کاهش افسردگی، اضطراب و کاهش قند خون 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 با تمرکز بر بیماری و افزایش سازگاری در بیماران دیابتی موجب ارتقای بهزیستی روان شناختی و کاهش افسردگی، اضطراب و کاهش قند خون این بیماران شده تا از عوارض، مشکلات و هزینه های سنگین مراقبت و درمان این بیماری کاسته شود.

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی طرح شامل این موارد بود: اطلاعات کتبی در مورد پژوهش به شرکت کنندگان، دادن اطمینان خاطر به داوطلبین در مورد محرمانه بودن اطلاعات و استفاده از آن فقط در امور تحقیقی، داوطلبانه بودن مشارکت و اخذ رضایت کتبی از شرکت کنندگان و در پایان با توجه به شواهد که از اثربخش بودن بهزیستی درمانی بر کنترل قند خون، کاهش افسردگی و اضطراب 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.

¹ - massey

² - Huiffmam

³ - diBouis

⁴ - Frazier

⁵-Goorden

محدودیت های پژوهش

داوطلبانه بودن شرکت کنندگان مورد مطالعه ممکن است نتایج حاصله از تحلیل آماری را تحت تاثیر قرار دهد و در نتیجه تاثیرات نامطلوبی بر روایی درونی پژوهش داشته باشد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج پژوهش باید این محدودیت را به نحوی مورد نظر قرار داد. از محدودیت های دیگر این تحقیق این است که جامعه ی آماری این پژوهش را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مشهد تشکیل دادند بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به جوامع دیگر باید با احتیاط صورت گیرد.

نتایج کاربردی پژوهش

لذا با توجه به اثر بخش بودن بهزیستی درمانی در حوزه اضطراب، افسردگی و کنترل قند خون و تمرکز این روش درمان بر اتفاقات خوشایند باعث تقویت بنیه روانی مراجعین خواهد شد و گامی موثر جهت پیشگیری از ابتلا به سایر اختلالات خواهد بود. همچنین از نظر اقتصادی، نیز بار مالی وارد به خانواده به دلیل کوتاه بودن فرایند درمان، هزینه ی مراجعین کمتر و میل به ادامه ی درمان بیشتر می شود. با توجه به اینکه داده های این پژوهش با حجم محدود جمع آوری شده است و قضاوت دقیق تر نیاز به در نظر گرفتن بیماران هردو جنس با حجم وسیع تر و در محدوده زمانی طولانی تری می باشد. از طرفی 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 هردو جنس و در محدوده زمانی طولانی تر جهت افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج پیشنهاد می شود.

تضاد منافع: هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

سپاسگزاری:

این مقاله برگرفته از پایا نامه مقطع دکتری رشته روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام با کد اخلاق IR.IAU.MSHD.REC.1398.067 از دانشگاه علوم پزشکی مشهد و کد کار آزمایشی بالینی IRCT20190929044918N1 است. در اینجا از کلیه افرادی که در تهیه و به اتمام رساندن این پایان نامه ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

Refrence

1. Wu J, Shi S, Wang H, Wang S.. Mechanisms underlying the effect of polysaccharides in the treatment of type 2 diabetes: A review. *Carbohydr Polym* 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. Ingelfinger, J. R., Jarcho, J. A. Increase in the Incidence of Diabetes and Its Implications. *N Engl J Med* 2017; 376: 1419-29
4. Anjana RM, Deepa M, Pradeepa R, Mahanta J, Narain K, Das HK, Adhikari P, Rao PV, Saboo B, Kumar A, Bhansali A. Prevalence of diabetes and prediabetes in 15 states of India: results from the

- ICMR–INDIAB population-based cross-sectional study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 2017;5(8):585-96.
5. Gholamrezaei S, Ghazanfari F, Saeidi L. The effectiveness of mindfulness-BASED cognitive therapy (MBCT) on decreased eating disorder behaviors ,psychological distress and body worthiness,in type 2 diabetes patients: *Journal of Diabetes and Metabolism*, 2019; 18(6):۱۹
 6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2015 abridged for primary care providers. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association* 2015; 33(2):97.
 7. Allison Bickett. Hazel Tapp. *Anxiety and diabetes: Innovative approaches to management in primary care* Department of Family Medicine, Carolinas HealthCare System, Charlotte, NC, 2016
 8. Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2016; 39(12):2126-40.
 9. Allison Bickett. Hazel Tapp: *Anxiety and diabetes: Innovative approaches to management in primary care* Department of Family Medicine, Carolinas HealthCare System, Charlotte, NC 28207, USAAllison Bickett. Email: Allison.bickett@carolinashealthcare.org, 2016
 10. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaed 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.
 11. Al-Mohaimed AA. Prevalence and factors associated with anxiety and depression among type 2 diabetes in Qassim, KSA: A descriptive cross-sectional study. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2017.
 12. Akushevich I, Yashkin AP, Kravchenko J, Fang F, Arbeev K, Sloan F, Yashin AI. Identifying the Causes of the Changes in the Prevalence Patterns of Diabetes in Older US Adults: A New Trend Partitioning Approach. *Journal of Diabetes and its Complications* 2018; 32(4):362-367.
 13. Kuru, E., Safak, Y., Özdemir, İ., Tulacı, R., Özdel, K., Özkula, N., Örsel, S.. Cognitivedistortions in patients with social anxiety disorder: Comparison of a clinical group and healthy controls. *The European Journal of Psychiatry*, 2017
 14. Mohammadi Sh, Norimah AK, Abd Talib R. Amani R. Knowledge, attitude and practices on diabetes among type 2 diabeticpatients in Iran: A cross-sectional study. *Science Journal of PublicHealth*. 2015; 3(4):520-4. [DOI: 10.11648/j.sjph.20150304.20]
 15. Cavagnoli G, Pimentel AL, Freitas PA, Gross JL, Camargo JL. Effect of ethnicity on HbA1c levels in individuals without diabetes: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017; 12(2):0171315
 16. Molavi B, Yaghoobi Notash A, Elyasi nia F, Amirsoleimany L.. The role of best possible self (BPS) intervention on increasing of optimism in patients with type2 diabetes, *Journal of Diabetes and Metabolism*, 2019;6 (18): 6
 17. Huges A.E., Berg C.A., Wiebe D. J.. Emotional processing and self–control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 201437(8): 925-934.

18. Weitz E. S., Hollon S. D., Twisk J., van Straten A., Huibers M. J. H., David D., Cuijpers P.. Baseline depression severity as moderator of depression outcomes between Cognitive Behavioral Therapy vs Pharmacotherapy. *JAMA Psychiatry*, 2015: 1–8.
19. Fava G. A., 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
20. Fava G. A., Rafanelli C., Grandi S., Conti S., Belluardo P.. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 1998; 55: 816-820.
21. Godecke K.. Substance and medication induced mood disorders. University of Utah Psychiatric Department. Retrieved from <https://healthcare.utah.edu/echo/docs/2017-11-9>, 2015
22. Najat H. Well-bing therapy: treatment manual clinical applications: Mashhad, 2019:160
23. Beck AT, Steer RA, Brown G. TX: Psychological Corporation; 1996.
- 24.. 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. *Behav Res Ther*. 1999;37(2):183-90. doi: 10.1016/s0005-7967(98)00087-4 pmid: 9990749
25. Fata L, Birashk B, Atefvahid0 M, Dabson K. [Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks.Iran]. *J Psychiatry Clin Psychol*. 2005;11(3):312- 26.
26. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988; 56: 893-97.
27. Rafiee M, Seifi A. Reliability and reliability of beck anxiety scale among students. *J Thought Behav*. 2013; 7: 37-48.
28. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. *Harrisons Manual of Medicine*. 19th ed. McGraw-Hill Education; 2016.
29. American Diabetes Association. Standards of medical care indiabetes. *Clinical and Applied Research and Education*. 2017;40(Suppl. 1):S1-S2. [DOI: 10.2337/dc17-S001]
30. Nemattavousi M. Job stress and affective well-being: the mediating effects of core self-valuations. *Developmental psychology (journal of iranian psychologists)* 2014; 10(38): 103-121.
31. Pradhan S, Chauhan S, Samal P. Incidental detection of a rare hemoglobin variant (Hemoglobin N Seattle) leading to undetectable levels of HbA1c in a diabetic female: a case report. *Thalassemia Reports*, 2017
32. Anthony EG, Kritz-Silverstein D, Barrett-Connor E. Optimism and mortality in older men and women: The Rancho Bernardo Study. *Journal of aging research* 2016, 2016
33. Lee HW, Shin S, Bunds KS, Kim M, Cho KM. Rediscovering the positive psychology of sport participation: Happiness in a ski resort context. *Applied Research in Quality of Life*, 2014 1;9(3):575-90.
34. Fava G., Rafanelli C., Ottolini, F., Ruini C., Cazzaro, M., Grandi S.. Psychological Well-Being and Residual Symptoms In Remitted Patients With Panic Disorder And Agoraphobia, 2001
35. Ruini C., Belaise C., Brombin C., Caffo E, Fava G. A.. Well-being therapy in school setting: A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2006; 75: 331- 336.

36. Fava G. A., Ruini C., Rafanelli C., Finos L., Salmaso L., Mangelli L., Et Al. Well-Being Therapy of Generalized Anxiety Disorder. *Psychotherapy And Psychosomatics*, 2005;74: 26-30.
37. Fava G. A., Ruini C.. Development And Characteristics of A Well-Being Enhancing Psychotherapeutic Strategy: Well-Being Therapy. *Journal Of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2003; 34: 45-63.
38. Siev J., Steketee G., Fama J., Wilhelm S.. Cognitive and Clinical Characteristics of Sexual and Religious Obsessions, *J Cogn Psychother*, 2015; 1; 25(3): 167–176.
39. Nyer M.. Stimulant Enhancement of Well-Being Therapy for Depression, *ClinicalTrials.gov Identifier*, 2017; 12: 27-34.
40. 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): 43-44.
41. Moeenizadeh M., Zarif H.. The Efficacy of Well-Being Therapy for Depression in Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*, 2017;10(4): 363-370
42. Nivo nordisk. A good life with diabetes: a coping and self help tool for people with diabetes, 2014
43. Gandaharizadeh A., Aghamohammadian S.H., Bagheri F.. The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Clinical Syndrome and Positive and Negative Affections in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, 2018, DOI: 10.21859/ijpn-06017
44. Ramesh S., Alizadeh Moghdam A., Safari A., Feizi M.. The Relationship Between Anxiety, Depression and Strees with the Severity of Diabetes: The Role of the mediator of quality of life, 2019;18(2):19
45. Poulsen K.M., Pachana N.A., McDermott, B.M. 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): 1566-1575.
46. Massey C.N, Feig E.H, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz J.T, Huffman J.C. Well-being interventions for individuals with diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 2019; 147:118-133. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.11.014>
47. Huffman J.C, DuBois C.M, Millstein R.A, Celano C.M, Wexler D. Positive Psychological Interventions for Patients with Type 2 Diabetes: Rationale, Theoretical Model, and Intervention Development. Hindawi Publishing, Corporation *Journal of Diabetes Research*, 2015. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/428349>
48. DuBois C.M, Millstein R.A, Celano C.M, Wexler D.J, Huffman J.C. Feasibility and Acceptability of a Positive Psychological Intervention for Patients With Type 2 Diabetes. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2016; 18(3):10. doi:10.4088/PCC.15m01902:
49. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian S. Effect of Positive Psychotherapy in Depression Symptoms and Character Strengths in Cancer Affected Patients. *Positive Psychology*, 2015;1(1):35-50. (persian)
50. Frazier J.P, Hilliard M, Cochrane K, Hood K.K. The Impact of Positive Psychology on Diabetes Outcomes: A Review, 2012;12(3): 1116-1124. doi:10.4236/psych.2012.312 A165

51. Abuhegzy H, Elkeshishi H, Saleh N, Sherra KH, Ismail A, Kamel A, Abd El Azim KH, Khalil D.. Longitudinal effect of depression on glycemc control in patients with type 2 diabetes: a 3-year prospective study, 2016
52. Goorden M, van der Feltz-Cornelis CM, van Steenberg-Weijnenburg 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.
53. 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
54. Creswell JD, Way BM, Eisenberger NI, Lieberman MD. Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic medicine* 2007; 69(6):560-5.
55. Neff KD. Self-compassion. *Mindfulness in Positive Psychology: The Science of Meditation and Wellbeing* 2016; 37.