

اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر افسردگی، رضایت جنسی و بهبود کیفیت زندگی

بیماران دیابتی نوع ۲

محسن کریمی راهجردی<sup>۱</sup>، منصور سودانی<sup>۲\*</sup>، مریم غلامزاده جفره<sup>۳</sup>، پرویز عسگری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲. استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳. استادیار، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۹/۰۵/۲۷ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۸/۲۸)

Effectiveness of Well-being Therapy on Depression, Sexual Satisfaction and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients

Mohsen Karimi Rahjerdi<sup>1</sup>, \*Mansour Sodani<sup>2</sup>, Maryam Gholamzadeh Jofreh<sup>3</sup>, Prviz Asgari<sup>4</sup>

1. Ph.D Student of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2. Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Original Article

(Received: Aug. 17, 2020 - Accepted: Nov. 18, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

**Objective:** The aim of this study was to study the effectiveness of well-being therapy on depression, sexual satisfaction and quality of life in type 2 diabetic patients. **Method:** The research method was asynchronous multiple baseline single-case experimental design. The statistical population of this study was all type 2 diabetic patients in the city of Mashhad in 2019. In this study, 4 people were selected by purposive sampling method, they responded to the depression, sexual satisfaction scales and the quality of life questionnaire. Data were analyzed by visual chart analysis and using the reliable change index.

**Findings:** Data analysis results showed that well-being therapy is effective in reducing depression, improving sexual satisfaction and quality of life in type 2 diabetic patients.

**Conclusion:** Well-being therapy as a short-term psychotherapy strategy with positive consequences in individual and interpersonal life can be used to reduce depression, improve sexual satisfaction and quality of life in type 2 diabetic patients.

**Keywords:** Well-being Therapy, Depression, Sexual Satisfaction, Quality of Life, Type 2 Diabete.

چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر افسردگی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ بود. روش: روش این پژوهش طرح آزمایشی تک موردی از نوع خطوط پایه چندگانه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش ۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مقیاس‌های افسردگی، رضایت جنسی و پرسشنامه کیفیت زندگی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی تحلیل شدند. یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر کاهش افسردگی و بهبود رضایت جنسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ اثربخش است. نتیجه‌گیری: می‌توان از درمان بهزیستی روانشناختی به‌عنوان یک راهبرد کوتاه‌مدت روان‌درمانی که با پیامدهای مثبت در زندگی فردی و بین فردی همراه است، برای کاهش افسردگی، بهبود رضایت جنسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ استفاده کرد.

**واژگان کلیدی:** درمان بهزیستی روانشناختی، افسردگی، رضایت جنسی، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲.

\*نویسنده مسئول: منصور سودانی

Email: sodani\_m@scu.ac.ir

\*Corresponding Author: Mansour Sodani

مقدمه

است و با اینکه مفهومی چندوجهی و پیچیده است اما تعریف شدنی و قابل اندازه‌گیری می‌باشد (بونگرس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی ادراک ذهنی فرد از میزان برآورده شدن اهداف، نیازها و آرزوهای مهم خود است؛ بنابراین، کیفیت زندگی نوعی قضاوت شناختی در مورد شکاف بین واقعیت موجود فرد و موقعیت‌های زندگی ایده‌آل فرد می‌باشد که رفتار عاطفی مثبت یا منفی را در وی بر می‌انگیزد (پرزفلورس<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). از سوی دیگر یافته‌های یک پژوهش بیانگر آن است که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی به‌طور معنی‌دار نمرات پایین‌تری در حیطه‌های عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات عاطفی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی و سلامت عمومی گزارش می‌کنند (دانشور، خدامرادی، غضنفری و منتظری، ۱۳۹۷). در واقع دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن مشکلاتی برای فرد به وجود می‌آورد و می‌تواند جنبه‌های مختلف زندگی فرد (تریکالینو و همکاران، ۲۰۱۷؛ جینگ و همکاران، ۲۰۱۸) همچون رضایت جنسی را به‌صورت منفی تحت تأثیر قرار دهد (پدرسن، گیرالدی، کریستنسن، لاریتزن، ساندبک و چارلز<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵)، به‌طوری‌که مطالعات بیانگر آن هستند که زنان و مردان مبتلا به دیابت، رضایت جنسی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (افشاری، یزدی‌زاده،

دیابت شیرین نوع ۲ از جمله بیماری‌های متابولیکی است که با کمبود نسبی و یا مطلق انسولین، افزایش گلوکز خون و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین همراه است که به‌عنوان یک بیماری مزمن مشکلات عمده‌ای ایجاد کرده است (ژنگ، لی و هو<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۸). مطالعات بیانگر آن هستند که بخش قابل‌توجهی از بیماران مبتلا به دیابت از افسردگی نیز رنج می‌برند (هاجور جارسو و لیکاسا<sup>۳</sup>، ۲۰۲۰؛ خالدی، حقیقت دوست، فیضی و امین‌رعایا، ۲۰۱۹؛ خان، کیوم، مالیک، خان، خان و تهیر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹)، به‌طوری‌که یک پژوهش فراتحلیل بر روی ۲۴۸ مطالعه انجام‌شده در ارتباط با دیابت و افسردگی نشان داد که حدوداً ۲۸ درصد از بیماران مبتلا به دیابت از سطوح مختلف اختلالات افسردگی رنج می‌برند (خالدی و همکاران، ۲۰۱۹).

همچنین ابتلا به دیابت همراه با آشفتگی‌های هیجانی همچون افسردگی موجب می‌شود که کیفیت زندگی این بیماران به دلیل تغییراتی که در سبک زندگی‌شان به وجود می‌آید، افت قابل‌توجهی پیدا کند (خان و همکاران، ۲۰۱۹؛ تریکالینو، پاپازافیروپولو و ملیدونیس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷؛ جینگ، چن، دانگ، هان، زائو<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی محصول کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی

1. Diabetes Mellitus Type II
2. Zheng, Ley & Hu
3. Hajure Jarso & Likasa
4. Khan, Qayyum, Malik, Khan, Khan & Tahir
5. Trikkalinou, Papazafiropoulou & Melidonis
6. Jing, Chen, Dong, Han & Zhao

7. Bongeres
8. Pérez-Flores
9. Pedersen, Giraldi, Kristensen, Lauritzen, Sandbæk & Charles

این بیماران در جهت مراقبت از خود به‌ویژه از طریق یادگیری و توسعه مهارت‌های مقابله‌ای و ارتباطی، حل مسئله و نظارت بر خود اهمیت دارد (محمودی و علوی، ۱۳۸۹). درمان بهزیستی روانشناختی به‌عنوان یک مدل آموزشی و ساختارمند برای حل مسئله و بهبود سلامت روان بر خویش‌نگری و استفاده از یک دفترچه ثبت خاطرات روزانه و تعامل بین درمانگر و بیمار تأکید دارد و با توجه به اینکه این مدل از درمان کوتاه‌مدت و سرشار از مباحث آموزشی روانی و مهارت‌های اساسی است (هیرساو، ۲۰۱۸) می‌تواند در زمینه توانمندسازی و توان‌بخشی بیماران مبتلا به دیابت به‌منظور کاهش افسردگی و بهبود خودمدیریتی و بهزیستی استفاده شود (پژوهشگر، رجائی، خوی نژاد و بیاضی، ۱۳۹۸).

یافته‌های یک پژوهش نظام‌مند نشان داد که طیف وسیعی از مداخلات مبتنی بر بهزیستی روانشناختی نویدبخش بهبود پیامدهای سلامت روانشناختی در افراد مبتلا به دیابت است (مسی، فیگ، دوک-سرانتو و وکسلر<sup>۸</sup>، ۲۰۱۹)، هرچند با توجه به جدید بودن مدل درمان بهزیستی روانشناختی (هیرساو، ۲۰۱۸) از آنجا که تاکنون پژوهش‌های اندکی در ارتباط با اثربخشی آن بر جنبه‌های روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده و با در نظر گرفتن تأثیرات امیدبخش درمان‌های مثبت‌گرا بر بهداشت روانی این دسته از افراد (مسی و همکاران، ۲۰۱۹)، اجرای مداخلاتی روانی - آموزشی در بیماران دیابتی ضروری است؛ بنابراین پژوهش حاضر درصدد

عابدی و رشیدی، ۲۰۱۷؛ رحیمی، رشادت، فریدمرندی و زکی‌ئی، ۱۳۹۷).

امروزه درمانگران از روش‌هایی همچون درمان بهزیستی روانشناختی<sup>۱</sup> به‌عنوان یک راهبرد کوتاه‌مدت روان‌درمانی که با توانمندسازی روانشناختی همراه است، استفاده می‌کنند. این درمان بر اساس مدل مفهومی بهزیستی روانشناختی ریف<sup>۲</sup> استوار است که توسط فاوا<sup>۳</sup> در سال ۲۰۱۶ ابداع شده است (هیرساو<sup>۴</sup>، ۲۰۱۸) و موجب کاهش عواطف منفی همچون افسردگی (معین زاده و کومار<sup>۵</sup>، ۲۰۱۰؛ معین زاده و ظریف، ۲۰۱۷؛ راترمن و رایت<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹) و افزایش عواطف مثبت و به‌طور کلی بهبود سلامت روانی مراجعین می‌شود (قندهاریزاده، آقامحمدیان شهرباف و باقری، ۱۳۹۷). در واقع درمان بهزیستی روانشناختی زمینه‌ساز تعادل در رفتار مراجع می‌شود، به‌طوری‌که بتواند پیامدهای مثبت روانشناختی را تجربه کند و به‌تبع آن به یک عملکرد بهینه در زندگی فردی و بین فردی برسد (رمضانی اول، احدی، عسگری و نجات، ۱۳۹۹؛ روینی و فاوا<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲؛ فاوا، ۲۰۱۲). درمان بهزیستی روانشناختی بر بهبود سازه‌های مرتبط با زندگی زناشویی همچون رضایت زناشویی نیز اثرگذار است (خزایی، شمسی‌پور و دوازده امامی، ۱۳۹۷).

با توجه به مزمن بودن دیابت، توانمندسازی

1. wellbeing therapy
2. Ryff
3. Fava
4. Hirisave
5. Moeenizadeh & Kumar
6. Rotterman & Wright
7. Ruini & Fava

8. Massey, Feig, Duque-Serrano & Wexler

شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: کسب نمره بالا در مقیاس افسردگی (نمره ۸ و بالاتر از ۸ که نشانگر افسردگی خفیف و بالاتر است) و نمرات پایین در مقیاس‌های رضایت جنسی (۷۵ و پایین‌تر از آن) و کیفیت زندگی (۵۰ و پایین‌تر از آن)، نداشتن مشکلات روانی، تأهل، داشتن حداقل مدرک دیپلم، دامنه سنی ۲۵-۳۵، داشتن گویش فارسی روان و ملاک‌های حذف عبارت بودند از: استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی و روان‌گردان در چهار ماه قبل از اولین جلسه، قرار داشتن در آستانه طلاق و خطر آشکار خودکشی در حال حاضر. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه مقیاس افسردگی، مقیاس رضایت جنسی و پرسشنامه کیفیت زندگی استفاده شد که در ادامه توضیح داده می‌شوند.

۱) مقیاس افسردگی بک - فرم کوتاه: در پژوهش حاضر از فرم کوتاه مقیاس افسردگی بک<sup>۵</sup> (۱۹۶۱) استفاده شده است. در این فرم ۱۳ ماده‌ای، چندین گروه جمله وجود دارد که بیانگر حالتی در فرد است و فرد باید جمله‌ای را که بهتر از همه طرز احساس او را در آن لحظه می‌رساند، انتخاب کند. دامنه نمرات به هر گویه بین ۰ تا ۳ و دامنه کلی نمرات بین ۰ تا ۳۹ است و نمره بالاتر نشانگر افسردگی ادراک شده بیشتر است (اسکاگین، باتلر، کوربیشلی و همبلین<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهشی که توسط رجبی (۱۳۸۴)، جهت سنجش ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس صورت گرفت، پایایی آزمون به کمک آلفای کرونباخ و دونیمه کردن برابر ۰/۸۹ و ۰/۸۲

پاسخ به این سؤال است که آیا درمان بهزیستی روانشناختی بر افسردگی، رضایت جنسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ اثربخش است؟

## روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خطوط پایه چندگانه<sup>۱</sup> ناهم‌زمان استفاده شده است. این طرح تحقیقاتی امکان مقایسه میزان بهبودی آزمودنی‌ها در طی آموزش و بین آزمودنی‌های دیگر نسبت به خط پایه تدارک را می‌دهد. در این طرح آزمایشی تک موردی گروه کنترل وجود ندارد و خط پایه هر فرد در حکم گروه کنترل خودش است (بیرز، ریچلی و سیمونز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲) و افراد به‌صورت ناهم‌زمان وارد مرحله خط پایه می‌شوند و با قرار گرفتن به‌صورت تصادفی در یکی از دوره‌های انتظار در مرحله خط پایه، به ترتیب وارد مرحله درمان و سپس پیگیری (در طی دو دوره ۴۵ روزه) می‌شوند؛ بنابراین ورود شرکت‌کنندگان در زمان‌های مختلف موجب بهبود روایی درونی پژوهش و اجتناب از عوامل تهدیدکننده همچون رسش، تجربه، یادگیری و تمرین<sup>۳</sup> می‌شود (لوبو، مویارت، بارالدی کانه‌ها و بابیک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷).

جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ شهر مشهد در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش ۴ نفر (۲ مرد و ۲ زن) به روش نمونه‌گیری هدفمند از میان داوطلبان انتخاب

1. Multiple baseline
2. Byiers, Reichle, & Symons
3. Maturation, experience, learning, & practice
4. Lobo, Moeyaert, Baraldi Cunha & Babik

5. Beck

6. Scogin, Beutler, Corbishley & Hamblin

سازه نیز با استفاده از تحلیل عاملی معتبر گزارش شد (ایلیک، سیپتیک-گروچیسک، گروچیسک، زیوانوویک ماسوزیس، کاسیک<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). برای اعتبارسنجی این ابزار ۱۱۶۷ نفر از مردم تهران به صورت تصادفی انتخاب و مورد ارزیابی قرار گرفتند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد که مقادیر آن در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود (سحرناز، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۶ به دست آمد.

روش اجرا: روش اجرا بدین ترتیب بود که ابتدا از طریق نصب پوستر فراخوانی مبنی بر تشکیل یک دوره درمانی برای بیماران دیابت نوع ۲ که از افسردگی و دیگر تأثیرات روانشناختی رنج می‌برند اعلام و داوطلبین دعوت شد تا اعلام آمادگی نمایند. پس از دریافت لیست داوطلبین در یک بازه زمانی افراد داوطلب به شرکت در پژوهش با استفاده از مصاحبه شفاهی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج غربالگری ۴ نفر (۲ مرد و ۲ زن) انتخاب شدند. ۸ جلسه درمان بهزیستی روان‌شناختی بر اساس پروتکل فاوا (۲۰۱۶)؛ به نقل از هیرساو، (۲۰۱۸) به صورت جداگانه هفته‌ای یکبار و هر جلسه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه برای این افراد به صورت جداگانه برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، آزمودنی‌های اول و دوم،

گزارش و روایی همگرا نیز با استفاده از مقیاس ۲۱ سؤالی افسردگی بک برابر با ۰/۶۷ و معنادار گزارش شد. در پژوهش حاضر پایایی با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۳ به دست آمد.

(۲) مقیاس رضایت جنسی: در این پژوهش از مقیاس رضایت جنسی که در سال ۱۹۸۱ توسط هادسون، هاریسون و کروسکاپ<sup>۱</sup> تدوین گردیده، استفاده شده است. این مقیاس حاوی ۲۵ سؤال است که با مقیاس ۷ درجه‌ای بین ۰ تا ۶ درجه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۵۰ است و نمرات بیشتر نشانگر رضایت جنسی ادراک شده بالاتر است. پایایی این مقیاس به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی همگرایی با مقیاس‌های مشابه همچون رضایت زناشویی ۰/۸۶ گزارش شده است (کوپاچ و مترز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۱). نتایج پژوهشی در ایران نشان داد که مقدار پایایی بازآزمایی مقیاس رضایت جنسی ۰/۹۶ و اعتبار نیز با استفاده از روش دو نیمه کردن آزمون ۰/۸۸ و ضریب گاتمن ۰/۸۰ است (پوراکبر، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی به روش بازآزمایی ۰/۷۹ به دست آمد.

(۳) پرسشنامه کیفیت زندگی: در پژوهش حاضر از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت استفاده شده که چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۶ سؤال می‌سنجد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۰۰ است و نمره کلی نشانگر کیفیت زندگی ادراک شده فرد است. پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روایی

3. Ilic, Sipetic-Grujicic, Grujicic, Zivanovic Macuzic, Kocic

1. Hudson, Harrison, Harrison & Crosscup  
2. Copach & Metts

روش برای آزمودنی چهارم هم تکرار شد. همچنین در جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ ابزارهای پژوهش اجرا شدند. پس از اتمام درمان دو پیگیری، اولی ۴۵ روز بعد از اتمام درمان و بعدی ۹۰ روز بعد از اتمام درمان در مورد تمام شرکت‌کننده‌ها اعمال شد. درنهایت داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از شاخص‌های معنی‌داری بالینی یعنی شاخص تغییر پایا<sup>۱</sup> (RCI) و درصد بهبودی تحلیل شدند.

هر هفته دو بار ابزارهای پژوهش را تکمیل کردند و در هفته سوم، درحالی‌که آزمودنی‌های دیگر هنوز در مرحله خط پایه قرار داشتند، آزمودنی اول وارد درمان شد. مرحله دوم درمان آزمودنی اول هم‌زمان با مرحله اول مداخله برای آزمودنی دوم و خط پایه آزمودنی سوم بود. در جلسه سوم درمان آزمودنی اول و جلسه دوم درمان آزمودنی دوم، آزمودنی سوم درمان خود را آغاز کرد. این

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان بهزیستی روانشناختی

جلسه	اهداف و فعالیت‌ها
۱	هدف: ایجاد ارتباط درمانی و آموزش آزمودنی. روش: برقراری ارتباط درمانی، آموزش آزمودنی در مورد ماهیت درمان و قرارداد درمانی، ارائه فرم ثبت روزانه
۲	هدف: مشخص کردن موانع موجود. روش: بررسی فرم ثبت روزانه، شناخت تجربیات آزمودنی، ارائه مفهوم تجربه بهینه، ارائه فرم ثبت با ستون افکار/اعمال مزاحم، تشویق به ادامه تکلیف
۳	هدف: بالا بردن توان خودارزیابی آزمودنی. روش: بررسی فرم ثبت روزانه، فهم مشکلات آزمودنی در پر کردن فرم، بررسی تجربیات بهینه و افکار/اعمال مزاحم، تشویق به ادامه تکلیف
۴	هدف: بازشناسی افکار، اعمال مزاحم. روش: بررسی فرم ثبت روزانه و فهم مشکلات پر کردن آن، شناسایی افکار/اعمال مزاحم و ثبت در ستون مشاهده‌گر، تشویق به ادامه تکلیف
۵	هدف: جایگزینی رفتار جدید به جای رفتار آموخته مخرب. روش: بررسی فرم و مشکلات پر کردن آن، ثبت افکار/اعمال مزاحم در ستون مشاهده‌گر، معرفی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تشویق به ادامه تکلیف
۶	هدف: ادامه معرفی ابعاد بهزیستی روانشناختی (تسلط محیطی ریف). روش: بررسی وضعیت کلی آزمودنی، بررسی فرم ثبت روزانه و مشکلات پر کردن آن، ادامه بازشناسی افکار/اعمال مزاحم در ستون مشاهده‌گر، معرفی ابعاد بهزیستی روانشناختی، تشویق به ادامه تکلیف
۷	هدف: ادامه معرفی ابعاد بهزیستی روانشناختی (معنی در زندگی و استقلال) و آمادگی برای پایان دادن به جلسات. روش: بررسی وضعیت کلی آزمودنی، بررسی فرم ثبت روزانه و مشکلات پر کردن آن، تقویت روش‌های بهبود بهزیستی روانشناختی، ارائه جدول برنامه‌ریزی و تغییر، تشویق به ادامه کار خودارزیابی بعد از پایان جلسات
۸	هدف: پایان‌بندی، تثبیت و پیگیری. روش: بررسی حس کلی آزمودنی نسبت به پایان جلسات درمان، بررسی فرم ثبت روزانه و مشکلات محدودکننده بهزیستی روانشناختی، تشویق به ادامه خوددرمانی و تأکید به در دسترس بودن برای جلسات پیگیری و تقویتی

1. Reliable Change Index

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود به ترتیب میانگین متغیر افسردگی در ابتدا و قبل از شروع درمان برای آزمودنی اول ۱۰/۶۷، دوم ۹، سوم ۹/۶۰ و آزمودنی چهارم ۱۱/۸۳ است و پس از درمان میانگین متغیر برای آزمودنی اول ۸/۲۵، دوم ۸/۷۵، سوم ۱۰ و آزمودنی چهارم ۷/۵ است که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. مقادیر میانگین‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب عبارت‌اند از آزمودنی اول ۹، آزمودنی دوم ۹/۵، آزمودنی سوم ۱۰ و آزمودنی چهارم ۱۲ می‌باشد.

جدول ۲. روند تغییر چهار آزمودنی در شاخص افسردگی

مراحل	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه اول	۱۳	۸	۹	۱۱
خط پایه دوم	۹	۱۱	۸	۱۴
خط پایه سوم	۱۰	۹	۱۰	۱۱
خط پایه چهارم	-	۸	۹	۱۱
خط پایه پنجم	-	-	۱۲	۱۴
خط پایه ششم	-	-	-	۱۰
میانگین مراحل خط پایه	۱۰,۶۷	۹,۰۰	۹,۶۰	۱۱,۸۳
جلسه دوم	۱۰	۹	۱۲	۱۱
جلسه چهارم	۸	۱۰	۹	۶
جلسه ششم	۹	۹	۱۰	۷
هشتم	۶	۷	۹	۶
میانگین مراحل درمان	۸,۲۵	۸,۷۵	۱۰	۷,۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲,۲۲	۲,۱۰	۲,۳	۲,۷۷
درصد بهبودی افسردگی بعد از درمان	۴۴	۲۲	۶,۵	۴۹
پیگیری نوبت اول	۸	۸	۹	۱۲
پیگیری نوبت دوم	۱۰	۱۱	۱۱	۱۲
میانگین مرحله پیگیری	۹	۹,۵	۱۰	۱۲
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۱,۹۷	۲,۶	۱,۹۷	۲,۱
درصد بهبودی افسردگی بعد از پیگیری	۶,۵	۲۲	۱۴,۵	۶,۵

به ترتیب برای آزمودنی اول ۱/۹۷، دوم ۲/۶، آزمودنی ۱/۹۷ و آزمودنی چهارم ۲/۱ است که نشان می‌دهد برای همه افراد بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. در مجموع نتایج حاکی از آن است که درمان بهزیستی روانشناختی باعث کاهش افسردگی شده است.

بررسی شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد مقدار شاخص پس از درمان به ترتیب برای آزمودنی اول ۲/۲۲، دوم ۲/۱۰، سوم ۲/۳ و آزمودنی چهارم ۲/۷۷ است که نشان می‌دهد برای هر چهار آزمودنی بالاتر از مقدار استاندارد  $Z=1/96$  است. همچنین مقادیر این شاخص در مرحله پیگیری

جدول ۳. روند تغییر چهار آزمودنی در شاخص رضایت جنسی

مراحل	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه اول	۴۱	۶۲	۴۹	۵۲
خط پایه دوم	۴۴	۵۰	۵۲	۵۸
خط پایه سوم	۴۹	۵۱	۶۷	۶۲
خط پایه چهارم	-	۴۷	۶۰	۶۴
خط پایه پنجم	-	-	۵۰	۶۱
خط پایه ششم	-	-	-	۵۹
میانگین مراحل خط پایه	۴۴,۶۷	۵۲,۵۰	۵۵,۶۰	۵۹,۳۳
جلسه دوم	۵۱	۶۶	۷۱	۶۵
جلسه چهارم	۶۱	۶۷	۶۲	۶۹
جلسه ششم	۵۳	۶۹	۶۷	۵۹
هشتم	۵۹	۶۲	۶۸	۷۰
میانگین مراحل درمان	۵۶,۰	۶۶,۰	۶۷,۰	۶۵,۷۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۵,۷۳	۳,۸	۴,۹۶	۴,۲۶
درصد بهبودی رضایت جنسی بعد از درمان	۳۲	۱۸	۲۲	۱۸
پیگیری نوبت اول	۵۴	۶۰	۶۴	۶۶
پیگیری نوبت دوم	۵۳	۵۹	۶۷	۶۳
میانگین مرحله پیگیری	۵۳,۵	۵۹,۵	۶۵,۵	۶۴,۵
شاخص تغییر پایا (پیگیری)	۲,۸۴	۲,۲۱	۳,۹	۱,۲۵
درصد بهبودی رضایت جنسی بعد از پیگیری	۱۹	۱۲	۲۱	۶



افزایش یافته است. مقادیر میانگین‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب عبارت‌اند از آزمودنی اول ۵۱/۵، دوم ۵۸، آزمودنی سوم ۵۰ و آزمودنی چهارم ۵۱/۵ است. بررسی شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد مقدار شاخص پس از درمان به ترتیب برای آزمودنی اول ۴/۲۲، دوم ۳/۵، سوم ۱/۵۲ و آزمودنی چهارم ۲/۸۱ است که نشان می‌دهد برای سه آزمودنی بالاتر از مقدار استاندارد  $Z=1/96$  است. همچنین مقادیر این شاخص در مرحله پیگیری به ترتیب برای آزمودنی اول ۳/۷۹، دوم ۴/۵۷، آزمودنی سوم ۲/۰۲ و آزمودنی چهارم ۳/۱۵ است که نشان می‌دهد برای همه افراد بالاتر از مدار  $Z=1/96$  و در سطح ۰/۰۵ تأیید می‌شود. در مجموع نتایج حاکی از آن است که درمان بهزیستی روانشناختی باعث افزایش کیفیت زندگی شده است.

#### نتیجه‌گیری و بحث

یافته‌ها نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر کاهش افسردگی تأثیر داشته است. پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی مشابه سودمندی درمان بهزیستی را در افزایش خودمدیریتی و کاهش افسردگی در بیماران دیابت نوع ۲ را نشان دادند. پژوهش معین زاده و کومار (۲۰۱۰) نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی در مقایسه با سایر درمان‌ها همچون رفتاردرمانی شناختی بر کاهش افسردگی اثربخش‌تر است. پژوهش معین زاده و ظریف (۲۰۱۷) نیز همسو با یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی موجب کاهش افسردگی در زنان

همان‌طور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود به ترتیب میانگین رضایت جنسی قبل از شروع درمان برای آزمودنی اول ۴۴/۶۷، دوم ۵۲/۵۰، سوم ۵۵/۶۰ و آزمودنی چهارم ۵۹/۳۳ بود و پس از درمان میانگین متغیر برای آزمودنی اول ۵۶، دوم ۶۶، سوم ۶۷ و آزمودنی چهارم ۶۵/۷۵ به دست آمد که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه) افزایش یافته است. مقادیر میانگین‌ها در مرحله پیگیری به ترتیب برای آزمودنی اول ۵۳/۵، دوم ۵۹/۵، آزمودنی سوم ۶۵/۵ و آزمودنی چهارم ۶۴/۵ بودند. بررسی شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد مقدار شاخص پس از درمان به ترتیب برای آزمودنی اول ۵/۷۳، دوم ۳/۸، سوم ۴/۹۶ و آزمودنی چهارم ۴/۲۶ است که نشان می‌دهد بالاتر از مقدار استاندارد  $Z=1/96$  و در سطح ۰/۰۵ قرار دارد. همچنین مقادیر این شاخص در مرحله پیگیری به ترتیب برای آزمودنی اول ۲/۸۴، دوم ۲/۲۱، آزمودنی سوم ۳/۹ و آزمودنی چهارم ۱/۲۵ است که نشان می‌دهد برای سه آزمودنی بالاتر از مقدار  $Z=1/96$  و در سطح ۰/۰۵ معنادار قرار می‌گیرد. در مجموع نتایج حاکی از آن است که درمان بهزیستی روانشناختی باعث افزایش رضایت جنسی شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ دیده می‌شود به ترتیب میانگین کیفیت زندگی در ابتدا و قبل از شروع درمان برای آزمودنی اول ۴۰، دوم ۴۴/۵، سوم ۴۳/۶ و آزمودنی چهارم ۴۱ است و پس از درمان میانگین متغیر برای آزمودنی اول ۵۵/۲۵، دوم ۵۷/۲۵، سوم ۴۹/۵ و آزمودنی چهارم ۵۲/۲۵ است که نسبت به دوره قبل از درمان (خط پایه)

قابل توجهی از کیفیت زندگی زناشویی به خصوص رضایت جنسی توسط آشفته‌گی‌های هیجانی همچون افسردگی تبیین می‌شود (مات دین، نور اکابر و ابراهیم، ۲۰۱۸؛ کارسدو، فرناندز-روسو، فرناندز - فرتز و لوئیزمارتینز - الوارز، ۲۰۲۰). در واقع درمان بهزیستی روانشناختی می‌تواند با برطرف کردن عوامل روانی اثرگذار بر کیفیت زندگی جنسی، باعث بهبود رضایت جنسی شود. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر افزایش کیفیت زندگی تأثیر داشته است که می‌توان همسو یا پژوهش‌هایی در نظر گرفت که نشان داده‌اند درمان بهزیستی روانشناختی با پیامدهای مثبت روانی - هیجانی همراه است و در نتیجه موجب بهبود کیفیت زندگی می‌شود (مسی و همکاران، ۲۰۱۹؛ روینی و فاوا، ۲۰۱۲؛ فاوا، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌های یک پژوهش نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی موجب افزایش کیفیت زندگی در سالمندان دارای افسردگی غیربالینی می‌شود (رمضانی اول و همکاران، ۱۳۹۹). درمان بهزیستی روانشناختی موجب می‌شود که فرد نگرش مثبت‌تری به زندگی پیدا کند و روابط و فعالیت‌های معنی‌دار و سازنده بیشتری از خود بروز دهد و به تبع آن کیفیت زندگی به لحاظ فردی و بین فردی به صورت مثبت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. در واقع فرد به جای اینکه از خود علائم و نشانه‌های افسردگی بروز دهد و موجب ناامیدی و درماندگی شود، یاد

نابارور می‌شود. پژوهش راترمن و رایت (۲۰۱۹) نیز بیانگر آن است که درمان بهزیستی روانشناختی بر کاهش شدت افسردگی و درد مزمن تأثیر دارد. در تبیین می‌توان استدلال کرد که درمان بهزیستی روانشناختی به‌عنوان یک رویکرد درمانی کوتاه‌مدت موجب می‌شود که فرد توانایی بیشتری برای خود مشاهده‌گری را کسب کند و همچون رویکردهای شناختی- رفتاری شامل تکالیف روزانه و تعامل‌های مثبت و سازنده بین درمانگر و مراجع است که موجب می‌شود فرد از حالت درماندگی و ناامیدی خود فاصله بگیرد و هیجان‌های مثبت دیگری همچون شادی و شغف را تجربه کند (روینی و فاوا، ۲۰۰۴). این مهارت‌ها و هیجان‌های مثبت به بیرون از محیط درمانی نیز تعمیم پیدا می‌کند و فرد از آن روند زندگی روزمره که به‌نوعی افسردگی‌آور بود، رها می‌شود و به‌جای آن یاد می‌گیرد که طور دیگری فکر کند، رفتار کند، احساس کند و از شدت افسردگی ادراک شده‌اش کاسته شود (فاوا، ۲۰۱۲). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر افزایش رضایت جنسی تأثیر دارد که با یافته‌های پژوهش خزایی و همکاران (۱۳۹۷) که نشان دادند درمان بهزیستی روانشناختی بر افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روانشناختی زنان خانه‌دار اثربخش است، مطابقت دارد. این یافته را می‌توان این‌طور تفسیر کرد درمان بهزیستی روانشناختی از طریق اثرگذاری بر کاهش افسردگی، می‌تواند به‌طور غیرمستقیم بر رضایت جنسی هم اثر مثبت داشته باشد (خزایی و همکاران، ۱۳۹۷)؛ زیرا بخش

1. Mat Din, Nor Akahbar & Ibrahim  
2. Carcedo, Fernández-Rouco, Fernández-Fuertes & Luis Martínez-Alvarez

توجه به اثربخش بودن درمان بهزیستی روانشناختی بر کاهش افسردگی، افزایش رضایت جنسی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ می‌شود، پیشنهاد می‌گردد که این روش بیشتر در مراکزی که افراد مبتلابه دیابت مراجعه می‌کنند، استفاده شود.

#### سپاسگزاری

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه دکتری واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی است. از افراد شرکت‌کننده در پژوهش حاضر تشکر و قدردانی می‌شود.

می‌گیرد که چطور درگیر فعالیت‌های معنی‌دار، سازنده و ارزشمند شود و در نتیجه با دریافت پیامدهای مثبت از سوی دیگران، احساس بهتری را تجربه می‌کند و بر نگرش کلی‌اش به زندگی به صورت مثبت اثر می‌گذارد (فاوا، ۲۰۱۲).

با توجه به ویژگی پژوهش‌های تک‌موردی که هر آزمودنی به‌عنوان کنترل خودش نیز در نظر گرفته می‌شود، در نتیجه باید به ابزارهای پژوهش در مراحل مختلف پاسخ دهد که ممکن است موجب خستگی آزمودنی شود، اما در پژوهش حاضر سعی شد که توضیحات پژوهشگر مانع از خستگی و تأثیر احتمالی بر پاسخی به ابزارهای پژوهش شود. پیشنهاد می‌شود که در ارتباط با اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر سازه‌های روانشناختی و زناشویی سایر جمعیت‌های آماری پژوهش‌های بیشتری صورت گیرد. همچنین با

#### منابع

بهزیستی روانشناختی زنان خانه‌دار. *روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۵(۵): ۴۳-۵۲.

دانشور، سمیرا، خدامرادی، علی، غضنفری، زینب و منتظری، علی (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی: یک مطالعه مقایسه‌ای. *پایش*، ۱۷(۵): ۵۴۱-۵۵۰.

رحیمی، مهرعلی؛ رشادت، سهیلا؛ فریدمردی، بهروز؛ و زکی‌ئی، علی (۱۳۹۷). بررسی عوامل مرتبط با عملکرد جنسی و رضایت جنسی در مردان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۶۴):

پژوهشگر، مهناز؛ رجائی، علیرضا؛ خوی نژاد، غلامرضا؛ و بیاضی، محمدحسین (۱۳۹۸). بررسی تأثیر بهزیستی درمانی بر افسردگی، خود‌مدیریتی و کنترل قند خون در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۷(۴): ۹۴۳-۹۵۷.

پوراکبر، سمیه (۱۳۸۹). بررسی نقش ویژگی‌های شکایتی در تبیین رابطه بین رضایت جنسی با رضامندی زناشویی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس*.

خزایی، امیر؛ شمسی‌پور، حمید؛ و دوازده‌امامی، محمدحسن (۱۳۹۷). اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و

- محمودی، اعظم؛ و علوی، موسی (۱۳۸۹). کنترل بر خود: نیاز مهم آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی. پژوهش پرستاری، ۵(۱۹): ۶۸-۷۵.
- نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کوروش، محمد، کاظم؛ و مجدزاده، سیدرضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴): ۱-۱۲.
- قندهاریزاده، افسانه؛ آقامحمدیان شعرفاف، حمیدرضا؛ و باقری، فریبرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو. نشریه روان پرستاری، ۶(۱): ۵۳-۶۲.
- افشاری، P.، Yazdizadeh, S.، Abedi, P.، & Rashidi, A. (2017). The Relation of Diabetes Type 2 with Sexual Function among Reproductive Age Women in Iran, a Case-Control Study. *Advances in Medicine*, 48: 1-5.
- Bobes, J., Gonzalez, M.P., Bascaran, M.Z., Arango, C., Saiz, P.A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16(4): 239-245.
- Bongers PJ, Greenberg CA, Hsiao R, Vermeer M, Vriens MR, Holzik MF, et al. (2020). Differences in long-term quality of life between hemithyroidectomy and total thyroidectomy in patients treated for low-risk differentiated thyroid carcinoma. *Surgery*. 167(1):94-101.
- Byiers, B.J., Reichle, J., & Symons, F.J. (2012). single-subject experimental design for evidence-based practices. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(4): 397-414.
- Carcedo, R., Fernández-Rouco, N., Fernandez-Fuertes, N., & Luis Martínez-Alvarez, J. (2020). between Sexual Satisfaction and Depression and Anxiety in Adolescents and Young Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3): 841.
- Cupach, W.R., & Metts, S. (1991).

- Sexuality and communication in close relationships*. In K. McKinney & S. Sprecher's (Eds.), *Sexuality in close relationships* (pp. 93–110). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Fava, G. (2012). The clinical role of psychological well-being. *World Psychiatry*, 11(2): 102–103.
- Hajure Jarso, M., & Likasa, D. (2020). Prevalence and Associated Factors of Depression Among Diabetic Outpatients in Ethiopia. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 22(2): 19.
- Hirisave, U. (2018). Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications. *Indian Journal of Medical Research*, 148(1): 120–122.
- Ilic, I., Sipetic-Grujicic, S., Grujicic, J., Zivanovic Macuzic, I., Kocic, S., & Ilic, M. (2019). Psychometric Properties of the World Health Organization's Quality of Life (WHOQOL-BREF) Questionnaire in Medical Students. *Medicina (Kaunas)*, 55(12): 772.
- Jing, X., Chen, J., Dong, Y., Han, D., Zhao, H., Wang, X., Gao, F., Li, C., Cui, Z., Liu, Y., & Ma, J. (2018). Related factors of quality of life of type 2 diabetes patients: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*, 16: 189.
- Khaledi, M., Haghghatdoost, F., Feizi, A., & Aminorroaya, A. (2019). The prevalence of comorbid depression in patients with type 2 diabetes: an updated systematic review and meta-analysis on huge number of observational studies. *Acta Diabetologica*, 56(6): 631-650.
- Khan, P., Qayyum, N., Malik, F., Khan, T., Khan, M., & Tahir, A. (2019). Incidence of Anxiety and Depression Among Patients with Type 2 Diabetes and the Predicting Factors. *Cureus*, 11(3): 4254.
- Lobo, M., Moeyaert, M., Cunha, A., & Babik, L. (2017). Single-case design, analysis, and quality assessment for intervention research. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 41(3): 187-197.
- Massey, C., Feig, E., Duque-Serrano, L., & Wexler, D. (2019). Well-being interventions for individuals with diabetes: A systematic review. *diabetes research clinical practice*, 147: 118-133.
- Mat Din, H., Nor Akahbar, S., & Ibrahim, R. (2018). The association between depression and sexual satisfaction among Malay elderly in

- Malaysia. *Heliyon*, 5(6): 1-4.
- Moeenizadeh, M., & Kumar, K. (2010). Well - Being Therapy (WBT) for Depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1):107-115.
- Moeenizadeh, M., & Zarif, H. (2017). M.A.The Efficacy of Well-Being Therapy for Depression in Infertile Women. *International Journal of Fertility and Sterility*, 10(4): 363–370.
- Pedersen, M., Giraldi, A., Kristensen, E., Lauritzen, T., Sandbæk, A., & Charles, M. (2015). Prevalence of sexual desire and satisfaction among patients with screen-detected diabetes and impact of intensive multifactorial treatment: Results from the ADDITION-Denmark study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(1): 3–10.
- Pérez-Flores J, Hernández-Torres A, Montón F, Nieto A. (2020). Health-related quality of life and depressive symptoms in Friedreich ataxia. *Quality of life research*. 29(2):413-420.
- Rotterman, E., & Wright, J.H. (2019). Well-Being Therapy for Recurrent Depression and Chronic Pain. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88: 378–379
- Ruini, C., & Fava, G. (2012). Role of well-being therapy in achieving a balanced and individualized path to optimal functioning. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(4): 291-304.
- Scogin, F., Beutler, L., Corbishley, A., & Hamblin, D. (2006). Reliability and validity of the short form beck depression inventory with older adults. *Journal of Clinical Psychology*, (44): 853–857.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World Journal of Diabetes*, 8(4): 120–129.
- Zheng, Y., Ley, S, H & Hu, F.B. (2018). Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. *Nature Reviews Endocrinology*, 14(2):88-98.