

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس در

بیماران دیابتی با آسیب شبکیه چشم

The Effectiveness of Group Counseling Based on Quality of Life on Depression, Anxiety and Stress in Retina Diabetic Patients

Saba Fereshtehnejad

M.A. in Consultation and guidance, Payame Noor University, Iran.

Dr. Zohreh Latifi *

Associate professor, Department of psychology, Payame Noor University, Iran.

Z_valatif@yahoo.com

Masoume Yazdanipour

M. A. in Psychology and Education of People with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

صبا فرشته نژاد

کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، دانشگاه پیام نور، ایران.

دکتر زهره لطیفی (نویسنده مسئول)

دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران.

معصومه یزدانی پور

کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش افراد با نیازهای ویژه، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effectiveness of group-based quality of life counseling on depression, anxiety, and stress in retina diabetic patients in Isfahan Province. The method of this study was quasi-experimental with pretest-posttest- follow up and control group. The research sample included 40 Retina diabetic patients who referred to the Isfahan Diabetes Charity Institute and they had the criteria for inclusion in the study. These individuals were selected by convenience sampling and randomly assigned into two groups, that is experimental and control groups. The group-based intervention was performed in the experimental group in 8 sessions. The instrument used in this study was Depression, Anxiety, and Stress Questionnaire (DASS) to which the Participants responded in the pretest, posttest, and follow-up. Analysis of variance with repeated measures method was used to analyze the data. The results showed that there was a significant difference ($p < 0.001$) between the experimental and control groups in terms of scores of depression, anxiety, and stress ($P < 0.01$), and post-test scores remained relatively constant in the follow-up stage. Therefore, it can be concluded from the findings of this study that group counseling based on the quality of life plays an important role in reducing depression, anxiety, and stress in Retina diabetic patients.

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی با آسیب شبکیه چشم شهر اصفهان بود. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از بیماران دیابتی با آسیب شبکیه چشم بود که به موسسه خیریه دیابت اصفهان مراجعه کرده بودند و ملاک‌های ورود به مطالعه را دارا بودند. این افراد، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در دو گروه مساوی آزمایش و کنترل گمارده شدند. مداخله به شیوه گروهی، طی ۸ جلسه بر روی گروه آزمایش اجرا شد. ابزار مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) بود که شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به سئوالات آن پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز، از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.01$) و نمرات پس‌آزمون، در مرحله پیگیری مقیاس‌ها نیز نسبتاً ثابت مانده است. لذا از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، نقش مهمی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابتی با آسیب شبکیه چشم ایفا می‌کند.

Keywords: quality of life, Depression, Anxiety, stress, Diabetes

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، افسردگی، اضطراب، استرس، دیابت.

مقدمه

امروزه، دیابت به دلیل ایجاد مشکلات متفاوتی چون عوارض چشمی، به عنوان یک پاتولوژی جهانی، توجه زیادی را به خود معطوف کرده است. در میان این عوارض چشمی، آسیب به عروق خونی شبکه یا رتینوپاتی دیابتی^۱ از مهمترین دلایل ضعف بینایی در افراد دیابتی به شمار می‌رود (همتی و محبوب، ۱۳۹۴)؛ به طوریکه بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی، تعداد افرادی که به خاطر رتینوپاتی دیابتی در معرض نابینایی هستند، تا سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد شد (اولا، نواز، صدیقی، الامرو و الاسرار^۲، ۲۰۱۲). رتینوپاتی دیابتی، معمولاً طی ۱۰-۱۵ سال پس از تشخیص بیماری دیابت تشخیص داده می‌شود. همچنین، در اغلب موارد این عارضه در مراحل پیشرفته ایجاد می‌شود و نمی‌توان کمک زیادی به بهبود آن نمود (لیو، ونگ و هو^۳، ۲۰۱۷). در این میان، ساده‌ترین واکنش فرد مبتلا به دیابت به دنبال آگاهی از بیماری خویش یا پس از سال‌ها مبارزه با محدودیت‌ها و عوارض حاصل از آن، افسردگی، اضطراب و استرس خواهد بود (یانگ، شاو، لی، یانگ، فن^۴ و همکاران، ۲۰۲۰)؛ چرا که فرد مبتلا، با آگاهی از بیماری خود، به اجبار و بنا به طبیعت بیماری، پاره‌ای از آزادی‌های زندگی خود را همچون میزان و نوع مصرف مواد غذایی و فعالیت فیزیکی محدود می‌سازد و حتی ممکن است در انطباق یافتن با رژیم غذایی خود با مشکلاتی روبه‌رو شود (اسلامی، فشارکی، فرمهینی‌فراهانی و حاج‌اسماعیل‌پور، ۱۳۸۹).

افسردگی حالت روانی ناخوشایندی است که با دلزدگی، یأس و خستگی مشخص می‌گردد و غالباً با یک اضطراب کم و بیش همراه است (تامسون، پتی و موور^۵، ۲۰۱۴). این اختلال، نه تنها دارای بالاترین میزان شیوع در جمعیت عمومی است که شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در بین بیماران مبتلا به دیابت نیز محسوب می‌شود؛ به طوریکه شیوع آن در بیماران مبتلا به دیابت، دو تا سه برابر افراد دیگر است (یانگ‌هایمن، دی‌گروت، هیل‌بریجز، گونزالز و هود^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). معمولاً عوامل متعددی می‌توانند در بروز افسردگی در بیماران دیابتی موثر باشند که اختلال دید ناشی از رتینوپاتی، یکی از آنها است (احمد، گاد و الادلانی^۷، ۲۰۲۰). افسردگی بر توانایی خودمراقبتی بیماران دیابتی تأثیری منفی برجای می‌گذارد و کنترل قند خون را دشوار می‌سازد (کالرا، سریده‌ها، باله‌ار، ساهای، بانتوال^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر به نظر می‌رسد که سیر این اختلال در بیماران مبتلا به دیابت بدخیم‌تر از سایر بیماران باشد (سارتوریوس^۹، ۲۰۱۸).

اضطراب نیز از دیگر مشکلات روان‌شناختی شایع همراه با دیابت است. این اختلال به حالت ناخوشایندی اشاره دارد که با احساس دلهره، نگرانی و فشار روانی ناشی از فعال شدن سیستم عصبی همراه است (آلبرت، چای، رکسروود، مانسون و کواچی^{۱۰}، ۲۰۰۵) و شامل تغییرات روانی، رفتاری و جسمانی می‌شود که هنگام خطر، به صورت خودکار ظاهر می‌گردند (عزیزی و براتی، ۱۳۹۳). از جمله این تغییرات می‌توان به احساس ناخوشایند ترس، گنجی، اسهال، افزایش فشار خون، تعریق، گشادی مردمک‌ها، تپش قلب، بیقراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، فوریت و تکرر ادرار، گزگز اندام‌ها و سنگوپ اشاره کرد (تیواری و بالدوین^{۱۱}، ۲۰۱۲). شیوع اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به دیابت، حدود ۱۸ درصد برآورد شده است (چاترودی، گودا، احمد، الاوسایمی، اندران^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). اضطراب می‌تواند بر روند کنترل دیابت تأثیر منفی داشته باشد؛ به طوریکه با فعال کردن محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال، سطح هورمون‌های استرس یعنی کورتیزول، اپینفرین، گلوکاکون و هورمون رشد را افزایش می‌دهد و در نتیجه منجر به افزایش قند خون یا تشدید قند خون بالا شود (زارع، زارع، خالقی دلاور، امیرآبادی و شریعتی، ۱۳۹۲).

استرس از دیگر مشکلات روانشناختی شایع در بیماران دیابتی است که دارای اثرات منفی بر سلامت بیماران دیابتی است؛ چراکه می‌تواند با تأثیرگذاری مستقیم بر رژیم غذایی، ورزش و خودمراقبتی افراد، کنترل دیابت را برای آنها دشوار سازد (کالرا، جنا و یراودکار^{۱۲}).

1 Retinal diabetic

2 Ola, Nawaz, Siddiquei, Al-Amro, Abu El-Asrar

3 Liew, Wong & Ho

4 Yang, Shao, Li, Yang & Fan

5 Thomson, Petty & Moore

6 Young-Hyman, DeGroot, Hill-Briggs, Gonzalez & Hood

7 Kalra, Sridhar, Balhara, Sahay & Bantwal

8 Sartorius

9 Albert, Chae, Rexrode, Manson & Kawachi

10 Tiwari & Baldwin

11 Chaturvedi, Gowda, Ahmed, Alosaimi & Andreone

12 Kalra, Jena & Yeravdekar

۲۰۱۸). علاوه بر این، استرس نقش مهمی در پیدایش، سیر و پیش‌آگهی بیماری دیابت دارد (زارعی‌پور، جدگال، زارع، ولی‌زاده و قلیچی قوجق، ۱۳۹۵). لذا، مجموع این عوامل، بیانگر لزوم توجه هر چه بیشتر به وضعیت خلقی بیماران دیابتی و درمان افسردگی، اضطراب و استرس در آنها است (کالرا و همکاران، ۲۰۱۸).

در این راستا، روش‌های درمانی گوناگونی به کار گرفته شده است که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، به عنوان درمانی جدید و جامع در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا یکی از آنها است (کارول، کریستون، رودریگو، فوا، فریش^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). این درمان که ترکیبی از رویکرد شناختی یک در حوزه بالینی، تئوری فعالیت^۲ میهالی^۳ و روانشناسی مثبت^۴ سلیگمن^۵ است، توسط فریش^۶ و برای افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و همچنین، افراد سالمی طراحی شده است که می‌خواهند کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند (فریش، ۲۰۰۶). متغیر کیفیت زندگی، دارای ویژگی‌های متعددی همچون چندبعدی بودن، پویا و ذهنی بودن است. این متغیر دارای سه بعد فیزیکی، روانی و اجتماعی است که به‌طور سیستمی با یکدیگر ارتباط دارند. بعد فیزیکی، اشاره به توانایی بیمار در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی و تبعیت از رژیم غذایی دارد. بعد روانی شامل برخورداری از احساس سلامت روان است و بعد اجتماعی، با توانایی‌های فرد در برقراری ارتباط با خانواده و اجتماع مرتبط است (مینت، مولر، واچ، وانگر و هنریکسن^۷، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی را می‌توان به عنوان یکی از پیامدهای مراقبت سلامت و یکی از اهداف برنامه کنترل دیابت به حساب آورد و به کمک بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌توان به برداشتی از کیفیت مراقبت‌های مرتبط با این بیماری و راه‌های ارتقای آن دست یافت (کالرا و همکاران، ۲۰۱۸).

پژوهش‌هایی در رابطه با اثربخشی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی، در سنین مختلف و حوزه‌های گوناگون در ایران و خارج از کشور انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش کارول و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که بیماران قلبی، درمان مبتنی بر کیفیت زندگی را مفیدتر از درمان آموزش سلامت قلب برآورد کرده‌اند. نتایج مطالعه‌ی رودریگو، ماندلبروت و پاولاکیس^۸ (۲۰۱۱) نیز، حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی می‌تواند از فشار روانی بزرگسالانی که در انتظار پیوند کلیه هستند، بکاهد و عملکرد روانشناختی آنها را بهبود بخشد. در ایران نیز، یافته‌های پژوهش یزدی، صفاریا و زارع (۱۳۹۹) حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، بر نشانگرهای زیستی این بیماران موثر هستند. قنبری، تونزنده‌جان و نجات (۱۳۹۹) نیز، در پژوهشی به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودتخریبگرانه و تنظیم شناختی هیجانی در افراد با سوء مصرف مواد پرداختند. نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو درمان، بر رفتارهای خودتخریبگرانه و تنظیم شناختی هیجانی این افراد موثر بوده‌اند. همچنین، نتایج پژوهش کریمی، رضایی، شکیبیا و نویدیان (۱۳۹۸) نشان داد که این مداخله می‌تواند تاثیر قابل توجهی در کاهش استرس و افزایش رضایت از زندگی افراد داشته باشد. یافته‌های تحقیق فیض‌آبادی، زهراکار و محمذنظری (۱۳۹۵) هم حاکی از آن بود که این درمان، می‌تواند تاثیر قابل توجهی بر کاهش نمرات فرسودگی زناشویی داشته باشد. در پژوهشی دیگر، رستمی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۵) نشان دادند که درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی می‌تواند کیفیت زندگی زوجین را ارتقا بخشد. همچنین، قاسمی، کجباف و ربیعی (۱۳۹۰)، در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان افراد، نشان دادند که گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی در کاهش افسردگی، نشانه‌های جسمانی‌سازی، بدکارکردی اجتماعی و همچنین، بهبود بهزیستی ذهنی در بعد هیجانی تاثیر معناداری داشته است.

با توجه به آنچه مطرح شد و با در نظر گرفتن این امر که پژوهشی در رابطه با اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم انجام نشده است؛ این تحقیق در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم تاثیر دارد؟

1 Carroll, Christon, Rodrigue, Fava & Frisch
 2 Activity theory
 3 Mihalyi
 4 Positive psychology
 5 Seligman
 6 Frisch
 7 Minet, Moller, Vach, Wagner & Henriksen
 8 Rodrigue, Mandelbrot & Pavlakis

روش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم بود که به موسسه خیریه دیابت شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. حجم نمونه این تحقیق شامل ۴۰ بیمار دیابتی با آسیب شبکه چشم بود که بیماری مزمن دیگری جز دیابت نداشتند و سن آنها بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود. روش نمونه‌گیری پژوهش نیز، به صورت نمونه‌گیری در دسترس بوده است؛ بدین صورت که ابتدا، از میان بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم که به موسسه خیریه دیابت مراجعه کرده بودند و شرایط ورود به پژوهش را داشتند، ۴۰ نفر انتخاب شدند و از میان آنها، ۲۰ نفر به صورت تصادفی در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه کنترل گمارش شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، برنامه‌ی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی را دریافت نمودند اما روی گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. لازم به ذکر است که آزمودنی‌هایی که بیش از دو جلسه غیبت داشتند، از پژوهش کنار گذاشته می‌شدند. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و با گذشت یک ماه و نیم پس از تمام پژوهش نیز، پیگیری انجام شد.

ابزار سنجش

پرسشنامه‌ی افسردگی، اضطراب و استرس^۱: مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس توسط لایباند و لایباند در سال ۱۹۹۵ تهیه شد که دارای دو فرم کوتاه و بلند است (لایباند و لایباند، ۱۹۹۵). فرم کوتاه این مقیاس، دارای ۲۱ گویه و سه خرده‌مقیاس است که عبارتند از: افسردگی، اضطراب و استرس. فرم بلند آن نیز، شامل ۴۲ گویه است و همانند فرم کوتاه، دارای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است. همچنین، این پرسشنامه دارای سوالات چهار گزینه‌ای است که با استفاده از مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای (صفر تا ۳) به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود. این مقیاس، همبستگی بالایی را با پرسشنامه‌ی افسردگی بک نشان داد ($r = 0/4$). علاوه بر این، ضریب پایایی این ابزار، از طریق آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس افسردگی ۰/۹۵، اضطراب ۰/۹۰، استرس ۰/۹۳ و برای نمرات کل ۰/۹۷ گزارش شده است. در ایران نیز، صاحبی، اصغری و سالاری (۱۳۸۴)، فرم کوتاه این پرسشنامه را برای بزرگسالان هنجار نمودند که همچون نسخه‌ی اصلی، دارای سه خرده‌مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ سنجیده شده است که در خرده‌مقیاس افسردگی برابر با ۰/۷۷، در خرده‌مقیاس اضطراب برابر با ۰/۷۹ و در خرده‌مقیاس استرس برابر با ۰/۷۸ بوده است. همچنین، پایایی این ابزار، با استفاده از تحلیل عاملی، ۰/۸۶۵ گزارش شده است و برای بررسی اعتبار ملاک آن، پرسشنامه‌های افسردگی بک، اضطراب زانگ و تنیدگی ادراک شده به طور همزمان با این مقیاس اجرا شده‌اند که در نهایت، همبستگی خرده‌مقیاس افسردگی این پرسشنامه با آزمون افسردگی بک ۰/۷۰، همبستگی خرده‌مقیاس اضطراب با آزمون اضطراب زانگ ۰/۶۷ و همبستگی خرده‌مقیاس استرس با آزمون تنیدگی ادراک شده برابر با ۰/۴۹ گزارش شده است.

برنامه‌ی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی: این برنامه که توسط عابدی و وستانیس^۲ (۲۰۱۰) طراحی شده است، برگرفته از مدل فریش (۲۰۰۶) است و شامل ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک جلسه، در قالب کلاس آموزشی در سالن کنفرانس موسسه خیریه دیابت اصفهان (ارتقا سلامت آل ابراهیم) برگزار می‌شد. در این جلسات به موضوعات مختلفی از جمله مباحث مربوط به کیفیت زندگی و تمرینات مرتبط با آن پرداخته شد که در جدول ۱ به طور خلاصه شرح داده شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات آموزشی مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی

| جلسات | شرح جلسات |
|----------|---|
| جلسه اول | خوش‌آمدگویی به اعضا، معرفی رهبر گروه به اعضا و سایر اعضا به یکدیگر، بررسی اهداف، مروری بر ساختار جلسات و قوانین اصلی، آشنایی با مفاهیم رضایت‌مندی، کیفیت زندگی، شادمانی در زندگی و عواطف مثبت و منفی، اجرای تکنیک دروغ سنج و ثبت روزانه استرس در جلسه و به عنوان تکلیف خانه، اجرای تکنیک تنفس ذهن آگاهانه در جلسه و تمرین در خانه و حتی در حین کارهای روزمره. |
| جلسه دوم | آشنایی با سه رکن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی (غنا درونی، کیفیت زمان و معنایی)، برنامه‌ی کیفیت زمان (تکنیک‌های کسب آرامش، ثبت و گزارش استرس و دروغ سنج، تکنیک عقیده دوم، اصل معنا به مثابه یک اتوبوس، تمرین سه رکن در زندگی روزانه و تمرین تکنیک‌های کسب آرامش در خانه. |

1 Depression-Anxiety-Stress Scale

2 Vostanis

| | |
|--|------------|
| ایجاد بینش نسبت به اهداف، انجام تکنیک کیک واقعی و کیک آرمانی شادکامی در جلسه، توضیحات پیرامون کنترل زندگی و تنظیم وقت و برنامه زمانی با توجه به تکنیک کیک شادمانی، اصل گام های ذن یا شکستن گام های بزرگ به کوچک برای کسب اهداف زندگی، توضیح تمرین طرح فعالیت روزانه (DPA) جهت انجام به عنوان تکلیف خانه. | جلسه سوم |
| آشنایی با شیوه‌های پنج‌گانه دستیابی به شادمانی با ذکر مثال، شرح روش استفاده از شیوه‌های پنج‌گانه دستیابی به شادمانی برای حل مسائل در حیطه های مختلف، حل مسائل حیطه‌هایی که دچار عدم رضایت‌مندی است با استفاده از شیوه پنج‌گانه دستیابی به شادمانی به عنوان تکلیف خانگی. | جلسه چهارم |
| آشنایی با حیطه‌های اهداف و ارزش‌ها، احترام به خویشتن و سلامت، توضیح پیرامون تکنیک آگهی درگذشت خویش و اصل مطرح کردن مرگ خویشتن به عنوان تکلیف خانگی، تمرین همدلی با خویش در جلسه، توضیح پیرامون تکنیک موهبت‌ها، دستاوردها و استعدادها جهت انجام به عنوان تکلیف خانگی، توضیح پیرامون تاثیر شادمانی در تقویت سلامت جسمی بهتر و انطباق و سازگاری با بیماری های مزمن، استفاده از تکنیک سبد تخم‌مرغ و مفهوم رضایت‌مندی کلی در حیطه بیماری های مزمن. | جلسه پنجم |
| آشنایی با حیطه های روابط و کار و بازنشستگی، آشنایی با اصول صداقت عاطفی، حساب بانکی و دوست خیره، آشنایی با عناصر تشکیل‌دهنده و تقویت‌کننده روابط، توضیح پیرامون تکنیک نامه شماره یک و دو به عنوان تکلیف خانگی، آشنایی با مفهوم فعالیت‌های پویا در کار، ویژگی مشاغل رضایت‌بخش، بررسی دوران بازنشستگی و اصل سبد تخم‌مرغ در این دوران. | جلسه ششم |
| آشنایی با حیطه‌های تفریح و سرگرمی، کمک و یاری رساندن و پول و معیارهای زندگی، لزوم تفریح و بازسازی و احیا از طریق تفریح، اصل همچون کودک به تفریح و سرگرمی پرداختن، تهیه لیست فعالیت‌های تفریحی مورد علاقه برای کسب بینش از علایق و اقدام نسبت به آن، آشنایی با سه اصل کمک به دیگران، خویشتن دیگری و ردیف کردن مروراریدها و تمرین آنها در زندگی، تفکر درباره علایق کمک و یاری رسانی، استفاده از سیستم دوستی و اصل پریماک در ایجاد انگیزه جهت اقدام به فعالیت‌های مورد علاقه تفریحی و کمک و یاری‌رسانی، جایگاه پول در کسب شادمانی و به چالش کشیدن دیدگاه‌های افراطی، آشنایی با مهارت تنظیم بودجه و هزینه‌های ثابت و متغیر و تمرین مهارت تنظیم بودجه به عنوان تکلیف خانگی. | جلسه هفتم |
| آشنایی با سه حیطه یادگیری، خلاقیت و شرایط محیطی، به چالش کشیدن افکار منفی پیرامون یادگیری، تکنیک دلایل له و علیه برای ایجاد انگیزه در عادات مثبتی همچون یادگیری و مطالعه، به چالش کشیدن تعاریف محدود، کمال‌طلبانه و سحرآمیز و فطری درباره خلاقیت، انجام فعالیت‌های خلاقانه‌ی موردعلاقه (نقاشی، سفال‌گری، عکاسی، خیاطی و ...) به عنوان تکلیف خانگی. | جلسه هشتم |

یافته ها

دامنه سنی اعضای نمونه بین ۲۱ تا ۴۷ سال و میانگین آن، برابر با ۳۱/۷۸ سال بود که از میان آنها، ۱۱ نفر بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۱ نفر بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۷ نفر بین ۳۱ تا ۳۵ سال، ۷ نفر بین ۳۶ تا ۴۰ سال و ۴ نفر بالای ۴۱ سال سن داشتند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه‌های آزمایش و کنترل را در خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس، در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار خرده‌مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون،

پس‌آزمون و پیگیری

| خرده مقیاس | مرحله | گروه‌ها | میانگین | انحراف معیار | تعداد |
|------------|-----------|---------|---------|--------------|-------|
| افسردگی | پیش‌آزمون | آزمایش | ۱۶/۴۰ | ۲/۰۸ | ۲۰ |
| | | کنترل | ۱۷/۲۰ | ۱/۸۵ | ۲۰ |
| | پس‌آزمون | آزمایش | ۱۲/۳۵ | ۲/۱۳ | ۲۰ |
| | | کنترل | ۱۶/۷۵ | ۱/۹۱ | ۲۰ |

| | | | | | |
|----|------|-------|--------|-----------|--------|
| ۲۰ | ۲/۱۰ | ۱۲/۳۷ | آزمایش | پیگیری | |
| ۲۰ | ۱/۸۲ | ۱۶/۸۰ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۱/۵۹ | ۱۷/۶۵ | آزمایش | پیش‌آزمون | اضطراب |
| ۲۰ | ۱/۴۸ | ۱۸/۱۰ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۲/۰۸ | ۱۳/۶۰ | آزمایش | پس‌آزمون | |
| ۲۰ | ۱/۲۳ | ۱۷/۵۵ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۱/۷۰ | ۱۳/۵۰ | آزمایش | پیگیری | |
| ۲۰ | ۱/۳۷ | ۱۷/۷۵ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۱/۸۴ | ۱۷/۴۵ | آزمایش | پیش‌آزمون | استرس |
| ۲۰ | ۱/۷۹ | ۱۷/۴۵ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۲/۳۵ | ۱۳/۵۰ | آزمایش | پس‌آزمون | |
| ۲۰ | ۱/۷۸ | ۱۶/۸۵ | کنترل | | |
| ۲۰ | ۱/۷۵ | ۱۳/۴۰ | آزمایش | پیگیری | |
| ۲۰ | ۱/۸۰ | ۱۷/۳۰ | کنترل | | |

با توجه به داده‌های مندرج در جدول ۲، مشاهده می‌شود که میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به مرحله‌ی پیش‌آزمون، در گروه آزمایش کاهش یافته است. این وضعیت در مرحله‌ی پیگیری نیز ثابت باقی مانده است. علاوه بر این، انحراف معیار نمرات افسردگی، اضطراب و استرس نیز، در مرحله‌ی پس‌آزمون، در مقایسه با مرحله‌ی پیش‌آزمون، در گروه آزمایش افزایش داشته است و این وضعیت در مرحله‌ی پیگیری نیز نسبتاً پایدار باقی مانده است. نتایج نشان می‌دهد که بین نتایج متغیرهای وابسته در پس‌آزمون و پیگیری به نسبت پیش‌آزمون تفاوت قابل ملاحظه‌ای وجود دارد.

پیش از تحلیل داده‌های پژوهش، مفروضه‌های زیربنایی تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه طبیعی بودن توزیع داده‌های آزمون از روش شاپیرو-ویلک استفاده شد. مقادیر P در آزمون شاپیرو-ویلک که از ۰/۰۵ بزرگ‌تر بود، حاکی از انطباق توزیع داده‌ها با توزیع نرمال بود. همچنین، نتایج بررسی ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای همپراش نیز حاکی از عدم وجود همبستگی بود ($P > 0/05$). علاوه بر این، مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون، حاکی از تساوی واریانس‌ها برای گروه‌های آزمایش و کنترل بودند ($P > 0/05$). از این رو، استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی سوال پژوهش بلامانع است. از پیش‌فرض‌های مطرح برای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، یکسانی کوواریانس متغیرهای وابسته است که با استفاده از آزمون کرویت ماچلی مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج حاصل از این آزمون، حاکی از تایید شدن فرض یکسانی کوواریانس‌های افسردگی، اضطراب و استرس بود ($P > 0/05$). در جدول ۳، مقادیر آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی تفاوت میانگین‌های افسردگی، اضطراب و استرس گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی تفاوت میانگین‌های افسردگی، اضطراب و استرس

| متغیر | منبع | مقدار | F | درجه آزادی | سطح معناداری | Eta | توان آماری |
|---------|------------|-------|--------|------------|--------------|------|------------|
| افسردگی | درون گروهی | ۰/۱۱ | ۱۴۲/۰۲ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰ |
| | اثر تعاملی | ۰/۱۶ | ۹۳/۲۰ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۴ | ۱/۰۰ |
| اضطراب | درون گروهی | ۰/۱۱ | ۱۴۰/۳۶ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۸ | ۱/۰۰ |
| | اثر تعاملی | ۰/۱۵ | ۹۵/۸۳ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۳ | ۱/۰۰ |
| استرس | درون گروهی | ۰/۱۰ | ۱۵۴/۲۳ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۹ | ۱/۰۰ |
| | اثر تعاملی | ۰/۱۲ | ۱۳۱/۶۰ | ۲ | ۰/۰۱ | ۰/۸۷ | ۱/۰۰ |

با توجه به جدول ۳ و مقادیر ۰/۱۱، ۰/۱۶، ۰/۱۱، ۰/۱۵، ۰/۱۰ و ۰/۱۲ که برای اثرات درون گروهی و اثر تعاملی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس ارائه شده است، می توان چنین نتیجه گرفت که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس شده است. در ادامه، در جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی با اندازه گیری های مکرر بر سه بار اندازه گیری نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس بین گروهی و درون گروهی با اندازه گیری های مکرر بر سه بار اندازه گیری نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در گروه آزمایش و کنترل

| مقیاس | منبع | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | سطح معناداری | اتا | توان آماری |
|---------|------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|------|------------|
| افسردگی | درون گروهی | ۱۳۳/۵۱ | ۲ | ۶۶/۷۵ | ۱۵۴/۳۷ | ۰/۰۱ | ۰/۸۰ | ۱/۰۰ |
| | اثر تعاملی | ۸۷/۶۱ | ۲ | ۴۳/۸۰ | ۱۰۱/۳۰ | ۰/۰۱ | ۰/۷۲ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۳۲/۸۶ | ۷۶ | ۰/۴۳ | | | | |
| اضطراب | بین گروهی | ۳۱۰/۴۰ | ۱ | ۳۱۰/۴۰ | ۲۸/۱۳ | ۰/۰۱ | ۰/۴۲ | ۰/۹۹ |
| | خطا | ۴۱۹/۱۸ | ۳۸ | ۱۱/۰۳ | | | | |
| | درون گروهی | ۱۳۸/۰۶ | ۲ | ۶۹/۰۳ | ۱۳۳/۳۸ | ۰/۰۱ | ۰/۷۷ | ۱/۰۰ |
| استرس | درون گروهی | ۸۹/۲۶ | ۲ | ۴۴/۶۳ | ۸۶/۲۴ | ۰/۰۱ | ۰/۶۹ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۳۹/۳۳ | ۷۶ | ۰/۵۲ | | | | |
| | بین گروهی | ۲۴۹/۴۰ | ۱ | ۲۴۹/۴۰ | ۳۷/۳۸ | ۰/۰۱ | ۰/۴۹ | ۱/۰۰ |
| افسردگی | درون گروهی | ۱۲۸/۲۱ | ۱/۶۳ | ۷۸/۲۸ | ۱۵۵/۴۹ | ۰/۰۱ | ۰/۸۰ | ۱/۰۰ |
| | اثر تعاملی | ۸۹/۱۱ | ۱/۶۳ | ۵۴/۴۰ | ۱۰۸/۰۷ | ۰/۰۱ | ۰/۷۴ | ۱/۰۰ |
| | خطا | ۳۱/۳۳ | ۶۲/۲۴ | ۰/۵۰ | | | | |
| اضطراب | بین گروهی | ۱۷۵/۲۰ | ۱ | ۱۷۵/۲۰ | ۱۷/۴۶ | ۰/۰۱ | ۰/۳۱ | ۰/۹۸ |
| | خطا | ۳۸۱/۱۱ | ۳۸ | ۱۰/۰۲ | | | | |
| | درون گروهی | ۳۱/۳۳ | ۶۲/۲۴ | ۰/۵۰ | | | | |

با توجه به مندرجات جدول ۴ و معنادار بودن عاملها در درون گروهها، وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس تایید می شود ($P < 0/01$). همچنین، نتایج این جدول حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل برای افسردگی، اضطراب و استرس وجود دارد ($P < 0/01$). در ادامه برای بررسی تفاوت میانگین مقیاس های مورد مطالعه بین سه اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه ی افسردگی، اضطراب و استرس به صورت زوجی در سری زمانی

| مقیاس | مرحله A | مرحله B | اختلاف میانگین (A-B) | خطای استاندارد | سطح معناداری |
|---------|-----------|----------|----------------------|----------------|--------------|
| افسردگی | پیش آزمون | پس آزمون | ۲/۲۵ | ۰/۱۴ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۲/۲۲ | ۰/۱۳ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | -۰/۰۳ | ۰/۱۴ | ۰/۸۶ |
| اضطراب | پیش آزمون | پس آزمون | ۲/۳۰ | ۰/۱۸ | ۰/۰۱ |
| | پس آزمون | پیگیری | ۲/۲۶ | ۰/۱۳ | ۰/۰۱ |

| | | | | | |
|------|------|-------|----------|-----------|-------|
| | | | پیگیری | پس‌آزمون | |
| ۰/۷۵ | ۰/۱۶ | -۰/۰۴ | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | استرس |
| ۰/۰۱ | ۰/۱۷ | ۲/۲۷ | پیگیری | | |
| ۰/۰۱ | ۰/۱۱ | ۲/۱۰ | پس‌آزمون | | |
| ۰/۱۹ | ۰/۱۳ | -۰/۱۷ | | | |

با توجه به مندرجات جدول ۵، نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس تفاوت معناداری دارد و نمرات آزمون در مرحله پیگیری مقیاس‌ها نسبتاً ثابت مانده‌اند و اثر مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس ماندگار بوده است. این امر، بیانگر این است که مشاوره‌ی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی سبب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم بود. از یافته‌های پژوهش حاضر چنین بر می‌آید که این شیوه درمانی موجب کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. نتایج این پژوهش، با نتایج تحقیقات پیشین مبنی بر تاثیر درمان مبتنی بر کیفیت زندگی در کاهش استرس، افسردگی و فشار روانی در بیماری‌های مختلف همسو است (کریمی و همکاران، ۱۳۹۸؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۰؛ رودریگو و همکاران، ۲۰۱۱).

در تبیین این یافته که مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم موثر است، می‌توان چنین بیان نمود که اولین گام در مقابله با هیجانات منفی کسب آگاهی و آرامش است. در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی سه رکن اساسی غنای درونی، کیفیت زمان و معنایی به آگاهی و آرامش بیشتر می‌انجامد که پس از آن با استفاده از به چالش کشیدن افکار ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با افکار مثبت و کارآمدتر و استفاده از تکنیک دروغ‌سنج و ثبت استرس روزانه می‌توان به کاهش افسردگی کمک نمود (فریش، ۲۰۰۶). از طرف دیگر به دلیل حافظه وابسته به خلق، اغلب افراد افسرده جنبه مثبت خود را به هنگام ناراحتی فراموش می‌کنند، چرا که خاطرات، عاطفه و افکار آنها با خلق بد آنها هماهنگ می‌شود. در رابطه با این موضوع، در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی از تکنیک موهبت‌ها، دستاوردها و استعدادها استفاده می‌شود که موجب می‌گردد فرد جنبه‌های مثبت و دستاوردهای خود را در حال و گذشته به یاد بیاورد و با گذر زمان به آنها بیافزاید. این امر می‌تواند نقش مهمی در کاهش افسردگی بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم ایفا نماید. علاوه بر این، گاهی افسردگی به علت وجود روابط مختل و ناکارآمد ایجاد می‌گردد (کیم، یئوم و جئون، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی با آموزش تکنیک‌های بهبود روابط و اصولی مانند حساب بانکی، ردیف کردن مرواریدها و نوشتن نامه شماره یک و دو، سبب کاهش هیجانات منفی ناشی از روابط ناکارآمد و افسرده‌ساز و حل تعارضات می‌شود. ایجاد این روابط مثبت و کارآمد و ارتباطات و مهارت‌های اجتماعی می‌تواند موجب کسب احساس رضایت‌مندی و در نتیجه، کاهش افسردگی شود (فرانس و هاکر، ۲۰۰۰).

در تبیین این یافته که مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر اضطراب بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم موثر است، باید گفت که چرخه اضطراب، نگرانی و استرس بر اثر افکار ناراحت‌کننده و تنش جسمانی که یکدیگر را تقویت می‌کنند، شکل می‌گیرد و فرد را از لحاظ عاطفی به شدت ناراحت می‌سازد. از آنجا که ترس و اضطراب هیچ کدام به تفکر آزاد و مشخصی کمک نمی‌کند، هنگامی که فرد ناراحت است، به سختی می‌تواند تفکر درستی داشته باشد. بنابراین قدم اول برای کاهش اضطراب و نگرانی برنامه آرامش است. این در حالی است که ارکان اساسی در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، به ویژه کیفیت زمان، با استفاده از تکنیک‌های متعدد از جمله نوار گذاشتن مجدد و زمانی برای گریستن به کاهش اضطراب کمک می‌کند (فریش، ۲۰۰۶). به این صورت که تنفس ذهن آگاهانه و تاکید بر زمان حال سبب کسب آگاهی و آرامش می‌گردد و تکنیک دروغ‌سنج و ثبت استرس روزانه با به چالش کشیدن افکار ناکارآمد و جایگزین کردن آنها با افکار کارآمد، از شدت اضطراب می‌کاهد. تمرین کیک واقعی و آرمانی نیز که از دیگر تمرینات درمان مبتنی بر کیفیت زندگی است،

سبب آگاهی فرد از واقعیت موجود و برنامه‌ریزی برای رسیدن به خواسته‌های آرمانی و اولویت‌های واقعی او می‌شود. این امر، عامل مهمی در ایجاد هدفمندی و زندگی متعادل‌تر است و می‌تواند منجر به کاهش اضطراب ناشی از بی‌هدفی در زندگی شود.

در تبیین یافته‌ی دیگر این پژوهش، مبنی بر اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر استرس بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم، چنین می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، به توضیح مسائل مربوط به سلامتی و استفاده از تکنیک سید تخم‌مرغ برای مراجعینی که دچار مشکلات مزمن سلامتی هستند، می‌پردازد (فریش، ۲۰۰۶)؛ به طوریکه مراجعان از توجه وسواس‌گونه به دردها و رنج‌های خود بازداشته می‌شوند و در رابطه با سلامتی خود، استرس کمتری را تجربه می‌کنند. همچنین، آموزش مهارت‌های ارتباطی و اصولی مثل حساب بانکی و نامه شماره یک و دو، می‌تواند به کاهش استرس ناشی از روابط ناکارآمد کمک قابل توجهی کند. توجه به فعالیت‌های تفریحی، یادگیری و خلاقیت با توجه به علایق افراد و با استفاده از اصولی چون پریماک و دوست‌یابی و همچنین، ترغیب افراد به انجام فعالیت‌های پویا نیز، سبب از بین رفتن احساس استرس می‌گردد. علاوه بر این، آموزش مهارت‌های تنظیم بودجه، هزینه‌های ثابت و متغیر و تمرین مهارت‌های تنظیم بودجه که در درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به کار برده می‌شود، می‌تواند در کاهش استرس ناشی از مسائل مالی موثر باشد.

در نهایت، می‌توان گفت که مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابتی با آسیب شبکه چشم موثر است و می‌تواند در بهبود سلامت روانی و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران کارآمد واقع شود. از آنجا که هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو شد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، همچون میزان توجه، خستگی و وضعیت سلامت آزمودنی‌ها، زمان نسبتاً کوتاه اجرای مداخلات، تعداد محدود جلسات آموزشی و تعداد اندک آزمودنی‌های این پژوهش اشاره کرد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج این پژوهش باید این محدودیت‌ها را مدنظر قرار داد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی تعداد جلسات، بازه‌ی زمانی و همچنین تنوع فرهنگی با گستردگی بیشتری لحاظ شود.

منابع

- اسلامی، محمد؛ فشارکی، محمد؛ فرمهبینی فراهانی، بهناز و حاجی اسماعیل پور، عایشه (۱۳۸۹). بررسی ارتباط افسردگی با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران افسرده و غیر افسرده مبتلا به دیابت. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*. ۱۰(۳)، ۳۱۸-۳۱۳.
- رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد (۱۳۹۲). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روانشناختی زوجین ناسازگار. *مجله مشاوره و روان‌درمانی خانواده*. ۹(۱)، ۱۲۳-۱۰۵.
- زارع، حسین؛ زارع، مریم؛ خالقی دلاور، فاطمه؛ امیرآبادی، فاطمه و شریعتی، حسنیه (۱۳۹۲). ذهن‌آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *نشریه علوم پزشکی رازی*. ۲۰(۱۰۸)، ۵۲-۴۰.
- زارعی پور، مرادعلی؛ جدگال، خیرمحمد؛ زارع، فاطمه؛ ولی‌زاده، روح‌الله و قلیچی قوجق، موسی (۱۳۹۵). بررسی ارتباط استرس درک شده با سطح قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله راه‌آورد سلامت*. ۲(۴)، ۱۳-۱.
- صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد و سالاری، راضیه سادات (۱۳۸۴). اعتبار یابی مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی برای جمعیت ایران. *مجله روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*. ۴(۴)، ۵۴-۳۵.
- عزیزی، مریم و براتی، محمد (۱۳۹۳). مروری بر اختلالات اضطرابی و اقدامات پرستاری آن. *مجله علوم پیراپزشکی و بهداشت نظامی*. ۹(۱)، ۵۸-۵۴.
- فیض‌آبادی، سکینه؛ زهراکار، کیانوش و نظری، علی‌محمد (۱۳۹۵). اثربخشی مشاوره مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر فرسودگی زناشویی. *مجله مطالعات علوم پزشکی*. ۲۷(۹)، ۷۹۰-۷۸۲.
- قاسمی، نظام‌الدین؛ کجباف، محمدباقر و ربیعی، مهدی (۱۳۹۰). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی و سلامت روان. *نشریه روانشناسی بالینی*. ۲(۱۰)، ۳۴-۲۳.
- قنبری، حمیدرضا؛ توننده جانی، حسن و نجات، حمید (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر رفتارهای خود تخریب‌گرایانه و تنظیم شناختی عاطفی در افراد با سوء‌مصرف مواد. *مجله اصول بهداشت روانی*. ۲۲(۱)، ۶۸-۵۸.
- کریمی، زهرا؛ رضایی، نسرین؛ شکبیا، منصور و نویدبان، علی (۱۳۹۸). تأثیر مداخله کیفیت زندگی درمانی بر بار روانی مراقبان خانوادگی معتادان. *مجله حیات*. ۲۵(۳)، ۲۵۱-۲۳۱.
- همتی، مینا و محبوب زهرا (۱۳۹۴). رتینوپاتی دیابتی: مکانیسم ایجاد و راهکارهای درمانی. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*. ۱۷(۶)، ۴۸۸-۴۷۷.

اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی با آسیب شبکیه چشم
 The Effectiveness of Group Counseling Based on Quality of Life on Depression, Anxiety and Stress in ...

- یزدی، ماشاله؛ صفارنیا، مجید و زارع، حسین (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر نشانگرهای زیستی (HbA1C و گلوکز خون) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه روانشناسی سلامت*. ۹(۳۳)، ۶۱-۷۸.
- Abedi, M. R., & Vostanis, P. (2010). Evaluation of quality of life therapy for parents of children with obsessive-compulsive disorders in Iran. *European child & adolescent psychiatry*, 19(7), 605-613.
- Ahmed, M., Gad, M., & Al-Adlany, M. (2020). Cognitive impairment and depression in patients with diabetic retinopathy. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 41(1), 1.
- Albert, C. M., Chae, C. U., Rexrode, K. M., Manson, J. E & Kawachi, I. (2005). Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women. *Circulation*, 111(4), 480-487.
- Carroll, A. J., Christon, L., Rodrigue, J. R., Fava, J. L., Frisch, M. B., & Serber, E. R. (2020). Implementation, feasibility, and acceptability of quality of life therapy to improve positive emotions among patients with implantable cardioverter defibrillators. *Journal of behavioral medicine*. Online published, <https://doi.org/10.1007/s10865-020-00153-2>.
- Chaturvedi, S. K., Gowda, S. M., Ahmed, H. U., Alosaimi, F. D., Andreone, N., Bobrov, A., ... & Gondek, T. (2019). More anxious than depressed: prevalence and correlates in a 15-nation study of anxiety disorders in people with type 2 diabetes mellitus. *General Psychiatry*, 32(4), 1-9.
- Ferrans, C. E., & Hacker, E. D. (2000). Quality of life as an outcome of cancer care. *Cancer nursing: Principles and practice*, 5, 243-258.
- Frisch, M. B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. Hoboken: New Jersey: John Wiley & Sons Press.
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 22(5), 696.
- Kalra, S., Sridhar, G. R., Balhara, Y. P. S., Sahay, R. K., Bantwal, G., Baruah, M. P., ... & Sreedevi, A. (2013). National recommendations: Psychosocial management of diabetes in India. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 17(3), 376.
- Kim, O., Yeom, E. Y., & Jeon, H. O. (2020). Relationships between depression, family function, physical symptoms, and illness uncertainty in female patients with chronic kidney disease. *Nursing & Health Sciences*, 22(3), 548-556.
- Liew, G., Wong, V. W., & Ho, I. V. (2017). Mini review: changes in the incidence of and progression to proliferative and sight-threatening diabetic retinopathy over the last 30 years. *Ophthalmic epidemiology*, 24(2), 73-80.
- Minet, L., Møller, S., Vach, W., Wagner, L., & Henriksen, J. E. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient education and counseling*, 80(1), 29-41.
- Ola, M. S., Nawaz, M. I., Siddiquei, M. M., Al-Amro, S., & El-Asrar, A. M. A. (2012). Recent advances in understanding the biochemical and molecular mechanism of diabetic retinopathy. *Journal of diabetes and its complications*, 26(1), 56-64.
- Rodrigue, J. R., Mandelbrot, D. A., & Pavlakis, M. (2011). A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 26(2), 709-715.
- Sartorius, N. (2018). Depression and diabetes. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 47.
- Thomson, O. P., Petty, N. J., & Moore, A. P. (2014). Diagnostic reasoning in osteopathy—a qualitative study. *International Journal of Osteopathic Medicine*, 17(2), 83-93.
- Tiwari, N & Baldwin, D. S. (2012). Yogic Breathing Techniques in the Management of Anxiety and Depression: Systematic Review of Evidence of Efficacy and Presumed Mechanism of Action. *The Journal of Psychiatry*, 3(1), 14-25.
- Yang, Q. Q., Shao, D., Li, J., Yang, C. L., Fan, M. H., & Cao, F. L. (2020). Positive Association Between Serum Levels of High-Sensitivity C-Reactive Protein and Depression/Anxiety in Female, but Not Male, Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Biological Research For Nursing*, 22(2), 178-187.
- Young-Hyman, D., DeGroot, M., Hill-Briggs, F., Gonzalez, J. S., Hood, K., & Peyrot, M. (2016). Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(12), 2126-2140.