

اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲
 غنچه شریفی^۱، داود نظربور^۲، محمد داورنیا^۳، رضا داورنیا^۴

The effectiveness of positive psychotherapy on subjective wellbeing of obese women with type 2 diabetes

Ghoncheh Sharifi¹, Davood Nazarpour², Mohammad Davarnia³, Reza Davarniya⁴

چکیده

زمینه: مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که روان درمانی مثبت‌نگر در بهبود شاخص‌های سلامت روان در بیماران مؤثر بوده است، اما پژوهشی که به بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته باشد، مغفول مانده است. **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. **روش:** پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ عضو انجمن دیابت شهر سنندج در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آنها ۷۵۸ نفر بود. ۴۰ نفر از بیماران به شیوه هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه بهزیستی ذهنی مولوی و همکاران (۱۳۸۹) و جلسات روان درمانی مثبت‌نگر (رشید و سلینگن، ۲۰۱۳) بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. **یافته‌ها:** روان درمانی مثبت‌نگر به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی ذهنی آزمودنی‌های گروه تحت مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری شد ($p < 0/01$). همچنین مداخله درمانی در افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بیماران مؤثر بود ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** زنانی که در جلسات روان درمانی مثبت‌نگر شرکت داشتند بهزیستی ذهنی‌شان افزایش یافت. **واژه کلیدها:** روان درمانی مثبت‌نگر، بهزیستی ذهنی، چاقی، دیابت نوع ۲، زنان.

Background: Various research have shown that positive psychotherapy has been effective on improving mental health indices among patients, but no research has investigated the effectiveness of positive psychotherapy on subjective wellbeing of obese women with type 2 diabetes. **Aims:** The current research was conducted by the aim of investigating the effectiveness of positive psychotherapy on obese women with type 2 diabetes. **Method:** The research was quasi-experimental with pre-test-post-test design-follow-up with the control group. The study population consisted of all obese women with type 2 diabetes, members of the Sanandaj Diabetes Association in 2019, which numbered 758 people. Forty patients were randomly selected as a sample and randomly assigned to two experimental and control groups (20 Person). The research tools were Rumi and et al.'s mental well-being questionnaire (2010) and positivist psychotherapy sessions (Rashid and Seligen, 2013). Data analysis was performed by variance analysis with repeated measurement and Bonfroni follow-up test. **Results:** Positive psychotherapy significantly increased the mental well-being of the subjects of the group undergoing intervention in the post-test and follow-up stages ($p < 0/01$). Also, therapeutic intervention was effective in increasing positive emotions and reducing negative emotions in patients ($p < 0/01$). **Conclusions:** Women who participated in positive psychotherapy sessions increased their mental well-being. **Key Words:** Positive psychotherapy, subjective wellbeing, obesity, type 2 diabetes, women.

Corresponding Author: rezadavarniya@yahoo.com

۱. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
۲. کارشناس ارشد مشاوره شغلی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. MA in Career Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
دانشجوی کارشناسی دبیری الهیات و معارف اسلامی، پردیس آیت‌الله خامنه‌ای، دانشگاه فرهنگیان، گرگان، ایران
۴. B.A Student in Theology and Islamic Knowledge, Ayatollah Khamenei Pardis, Farhangian University, Gorgan, Iran
دکتری مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۴. Ph.D. in Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۴/۲۰

دریافت: ۹۹/۰۳/۲۸

مقدمه

یکی از رایج‌ترین بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورهای دنیا بیماری دیابت است. رشد اقتصادی، توسعه زندگی شهرنشینی، تغییر در سبک زندگی، کاهش فعالیت و افزایش وزن در ایجاد بیماری دیابت نقش بسزایی دارند (ویتینگ، گواریگواتا، ویل و شاو، ۲۰۱۱). دیابت نوع ۲ به گروهی از بیماری‌های سوخت و سازی اطلاق می‌گردد که ویژگی مشترک آنها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو می‌باشد (جونز، کراب، ترنبل و اکسلد، ۲۰۱۴). حدود ۹۰ درصد دیابتی‌ها دچار دیابت نوع ۲ هستند (جیمز و همکاران، ۲۰۱۴). تخمین زده می‌شود که تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در سراسر جهان در سال ۲۰۲۱ به ۲۴۶ میلیون و در سال ۲۰۳۵ به ۵۹۲ میلیون نفر افزایش پیدا می‌کند (گاردانو - دیاز و خوخار، ۲۰۱۲)؛ گواریگواتا و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات همه گیری شناسی درباره شیوع دیابت نوع ۲ در ایران به انجام رسیده است که بر پایه آنها جمعیت مبتلایان به دیابت در ایران بیش از ۱/۵ میلیون نفر برآورد شده است (صادقی، صفری موسوی، فرهادی و امیری، ۱۳۹۶). دیابت نوع ۲ در افراد بالای ۶۰ سال ایرانی در سال ۲۰۱۲ بیش از ۲۲ درصد گزارش شد (طاهری تنجانی، مرادی نظر، اسماعیلی مطلق و نجفی، ۲۰۱۵).

در این بیماری مزمن بخشی از موانع عدم دستیابی به کنترل مطلوب قند خون، مربوط به خصوصیات فردی بیمار از جمله فقر دانش در مورد دیابت، عدم پذیرش و پیروی از رژیم درمانی و غذایی، باورها، انگیزه و فقدان مهارت‌های فردی و بخشی دیگر در عوامل شخصیتی از جمله عوامل روانی و اجتماعی بیمار می‌باشد و این گروه از بیماران با تشخیص دیابت به تدریج دچار عوارض جسمی، ناسازگاری‌های روانشناختی و اجتماعی می‌شوند (فقهی، سعادتجو، دستجردی، کلاتری و علیدوستی، ۱۳۹۵). امروزه درمان نوین دیابت بر پنج پایه، آموزش، مصرف صحیح داروها (انسولین و یا داروهای خوراکی کاهش دهنده قند خون)، فعالیت جسمی، تغذیه صحیح و کنترل روزانه قند خون استوار است (افشاری، طل، تقدیسی و اعظم، ۱۳۹۴).

چاقی^۲ یک عامل خطر ساز اساسی مستقل و قابل اصلاح برای دیابت نوع ۲ است و بسیاری از مطالعات همه گیر شناسی نشان داده اند که شیوع دیابت نوع ۲ در افراد چاق افزایش پیشرونده‌ای دارد (بافتا همکاران، ۲۰۱۱). چاقی در سال ۱۹۴۸ در طبقه بندی بین المللی بیماری‌ها قرار گرفت (نوریان و آقایی، ۱۳۹۴). چاقی به توده بدنی بیش از اندازه و چربی بیش از حد بدن با توجه به قد اشاره دارد که خطر ابتلا به بیماری را در فرد افزایش می‌دهد (مارکوس، لوین، کالارجیان و ویسنوسکی، ۲۰۰۳). سازمان جهانی بهداشت^۳ در سال ۱۹۹۳، شاخص توده بدنی^۴ را برای اندازه گیری میزان چاقی مطرح کرد. این شاخص بوسیله تقسیم وزن فرد (بر حسب کیلوگرم) بر مجذور قد (بر حسب متر) محاسبه می‌گردد. در بزرگسالان اضافه وزن با شاخص توده بدنی بیشتر از ۲۵ و چاقی با شاخص توده بدنی بیشتر از ۳۰ معرفی می‌شود. شیوع چاقی در جهان در حال افزایش است (اوگدن، ۲۰۱۰). تقریباً ۳۹۶ میلیون بزرگسال و یا به عبارتی ۹/۸ درصد جمعیت بزرگسالان جهان چاق هستند. تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۳۰، این تعداد به یک میلیارد و صد و بیست میلیون بزرگسال چاق برسد (کلی، یانگ، چن، رینولدز و هی، ۲۰۰۸).

چاقی با مشکلات سلامتی و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی سالیانه و همچنین با مشکلات روانشناختی مانند افسردگی، اضطراب، اختلال خوردن و کاهش فعالیت‌های بدنی همراه است (پال و هیبر، ۲۰۱۰)؛ کاولی و میرهوفر، ۲۰۱۲؛ به نقل از عبدالکریمی، قربان شیرودی، خلعتبری و زربخش، ۱۳۹۷).

اندازه گیری‌های متعدد مربوط به چاقی، از جمله شاخص توده بدن، دور کمر، نسبت دور کمر به دور باسن و نسبت دور کمر به قد، ارتباط معناداری با دیابت نوع ۲ دارند (سدیکو و همکاران، ۲۰۱۵)؛ سید و همکاران، ۲۰۰۳). مطالعات متعددی نشان داده‌اند که شاخص توده بدن به اندازه دور کمر و نسبت دور کمر به دور باسن قوی است (ساتوه، کیشی و تیسوتسیو، ۲۰۱۰)؛ ریان، فستر - فارین، عباسی و ریون، ۲۰۰۸) و گزارش شده است که شاخص توده بدن برای ارتباط بین چاقی و دیابت نوع ۲ شاخص بهتری نسبت به دور کمر است (یینگ، سانگ، ژائو و جیانگ، ۲۰۱۰).

2. Obesity

3. World Health Organization

4. Body Mass Index

1. type 2 diabetes

مداخلات روانشناختی محدودی بر روی بیماران چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است. خنجری و خواجهوند خوشلی (۲۰۱۹) اثر بخشی تحلیل ارتباط محاوره‌ای بر دلزدگی زناشویی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ و فولادوند، کاشانی، وزیری و احدی (۱۳۹۶) اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری چاقی بر کاهش وزن و سطح قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ را مورد بررسی قرار دادند. یکی از رویکردهای درمانی که می‌تواند در بهبود بهزیستی ذهنی بیماران چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر واقع شود، رویکرد روان درمانی مثبت‌نگر^۲ است. فرم اولیه این برنامه توسط سلیگمن، رشید و پارکز (۲۰۰۶) تدوین شده است. این محققان با استفاده از نتایج پژوهش‌های انجام شده در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر و جمع‌بندی آن به عنوان تاریخچه برنامه مثبت‌نگر، سه مؤلفه هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا مربوط به شادکامی در نظریه سلیگمن (۲۰۰۲) را به عنوان اساس برنامه‌ای درمانی - آموزشی قرار داده‌اند. رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) معتقدند دنبال کردن لذت، تعهد و معنا در زندگی به ایجاد و تقویت شادکامی می‌انجامد. سلیگمن (۲۰۰۲) شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روانشناسی مثبت‌نگر دانست و آن را به سه مؤلفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت (زندگی لذت بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب) و معنی (زندگی با معنی). بر اساس این رویکرد، راهبردهایی که به مراجعین کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند، "مداخله‌های مثبت‌نگر گفته می‌شود (داک ورت، استین و سلیگمن، ۲۰۰۵).

سلیگمن و همکاران (۲۰۰۶) معتقدند، هدف روان درمانی مثبت‌نگر، قرار دادن جنبه‌های مثبت زندگی فرد در پیش زمینه ذهن وی با هدف آموزش رفتارهایی است که بازخورد مثبت دیگران را به دنبال دارند. هدف دیگر آن، تقویت جنبه‌های مثبت موجود به جای آموزش به افراد برای تفسیر مجدد جنبه‌های منفی در زندگی است. مداخله‌های مثبت‌نگر سعی می‌کنند از طریق افزایش هیجان مثبت، افکار و رفتار مثبت و همچنین عشق و تعلق خاطر، شادکامی و بهزیستی روانشناختی را افزایش دهند (لیبومرסקی و لائوس، ۲۰۱۳).

خطر کلی مرگ و میر در بیمارانی که هم دیابت دارند و هم چاق هستند، ۷ برابر بیشتر از افراد سالم می‌باشد. بنابراین دیابت و چاقی یا دیابت چاقی رابطه شیوع شناختی تنگاتنگی با یکدیگر دارند که برای سلامت جهانی بسیار تهدید کننده است (لایو، ۲۰۱۰). در یک مرور از ۱۷ مطالعه آینده‌نگر و ۳۵ مطالعه مقطعی در بزرگسالان ۱۸ تا ۷۴ ساله، شاخص توده بدن یا دور کمر، به صورت مستقل ابتلا به دیابت نوع ۲ را پیشینی می‌کردند یا با آن ارتباط داشتند (چیاو و ان یامدورج، ۲۰۱۰).

یکی از مواردی که در بیماران چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ نیازمند بررسی و توجه است، بهزیستی ذهنی^۱ این بیماران است. بهزیستی ذهنی یکی از مؤلفه‌هایی است که بر سلامت و افزایش طول عمر تأثیر دارد و وابسته به لذت در برابر تجارب ناگوار است (ون هومبولت، لیال و پیمنتا، ۲۰۱۵). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است و از تعادل بین عاطفه مثبت و منفی، رضایت‌مندی از زندگی و رضایت‌مندی شغلی و خانوادگی به وجود می‌آید (جاوانوویک، ۲۰۱۶). داینر، لوکاس و اویشی (۲۰۰۲)؛ به نقل از کاتر و فواد، (۲۰۱۱) بهزیستی ذهنی را به عنوان ارزیابی افراد از زندگی خود تعریف می‌کنند. این ارزیابی‌ها شامل واکنش‌های هیجانی افراد به رخدادها، خلق آنها و قضاوت‌های آنها درباره میزان رضایتشان از زندگی است. بهزیستی ذهنی دارای دو مؤلفه شناختی و عاطفی است. بعد شناختی یعنی ارزیابی افراد از میزان رضایت از زندگی و بعد عاطفی بهزیستی یعنی برخورداری از حداکثر عاطفه مثبت و حداقل عاطفه منفی (کاتر و فواد، ۲۰۱۱). از سوی دیگر بهزیستی ذهنی شامل اصول مهمی است که از طریق تأثیر بر احساسات بر همه ابعاد رفتار انسان و پیشرفت او شامل سلامت فیزیکی و روانی، پیشرفت مهارتی و آموزشی، صلاحیت اجتماعی و ایجاد روابط مثبت اجتماعی قابل شناسایی است (کای کندال و تای، ۲۰۱۵). افراد با احساس بهزیستی بالا هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه می‌کنند، از گذشته، حال و آینده خودشان، دیگران، رویدادها و حوادث، ارزیابی مثبتی دارند و آنها را خوشایند توصیف می‌کنند. در مقابل افراد با احساس بهزیستی پایین موارد مذکور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه می‌کنند (جین، ۲۰۱۴).

2. Positive Psychotherapy

1. Subjective Well-Being

اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند؛ بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (سلیگمن، استین، پارک و پترسون، ۲۰۰۵).

در پژوهش‌های مختلفی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر در بهبود علائم بالینی و بهزیستی بیماران مبتلا به افسرده خوبی (چاوز، لویز - گومز، هارواس و واسکوئز، ۲۰۱۷)، بهبود پریشانی هیجانی در بیماران بهبود یافته از سرطان (اوجوا، کاسلاس - گورو، ویوز، فونت و بوراس، ۲۰۱۷)، افزایش شادکامی و امید و کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری قلبی (نیکراهان و همکاران، ۲۰۱۶)، کاهش انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و بهبود خودکارآمدی درد در زنان مبتلا به درد مزمن (میردرکوند، گودرزی، قاسمی و غلامرضایی، ۱۳۹۷) و افزایش امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان (افروز، دلیر و صادقی، ۱۳۹۶) بررسی و نتایج سودمندی حاصل شده است. چاکهسی، کریس، سامرس - اسپیکرمن و بوهلمیجر (۲۰۱۸) در قالب یک مطالعه مرور سیستمی و فراتحلیل تأثیر مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر بر بهزیستی و پریشانی در نمونه‌های بالینی دارای اختلالات روان‌پزشکی یا روان تنی را مورد بررسی قرار دادند. تعداد ۳۰ مطالعه وارد فرآیند شدند که در مجموع در آنها ۱۸۶۴ بیمار مبتلا به اختلالات بالینی وجود داشتند. در مرحله پس از مداخله، در مقایسه با شرایط کنترل، مداخلات روانشناسی مثبت‌نگر اندازه اثرهای معنادار و کوچکی برای بهزیستی و افسردگی نشان دادند. عصارزادگان و ریسی (۱۳۹۸) در پژوهشی اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را مورد بررسی قرار دادند. تحلیل داده‌ها به وسیله آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر معنادار داشته و بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در پژوهش یوسفیان، امین نسب و صحتی (۱۳۹۸) اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی ذهنی و نستوهی مادران دچار دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر شادکامی ذهنی، تاب‌آوری و نستوهی مادران دچار دیابت مؤثر بوده است.

با توجه به اینکه بیماری دیابت نوع ۲ از بیماری‌های مزمنی است که بخشی از افراد جامعه را درگیر می‌کند و به دلیل اثرات

فرورد و سلیگمن (۲۰۱۲)؛ به نقل از هادی‌زاده کفاش، ماردپور و رمضانی، (۱۳۹۸) معتقدند که آموزش مهارت‌های مثبت‌نگری به فرد کمک می‌کند تا با استفاده از منطق، مشکلات را حل کند، در برخورد با موقعیت‌ها انطاف‌پذیر باشد و با آرامش و متفکرانه، محیطی را که در آن زندگی یا کار می‌کند، را بهبود بخشد. تجربه هیجان‌های مثبتی که روانشناسی مثبت‌نگر بر آن تأکید دارد، اغلب توانایی بهتری برای سازش یافتگی و بهبود حالت‌های هیجانی برای مواجهه با مشکلات زندگی ایجاد می‌کند و منجر به تفکر خوشبینانه می‌شود (رشید، ۲۰۰۸)؛ به نقل از خلیلی و سرداری، (۱۳۹۸).

نظریه‌های زیربنایی روان درمانی مثبت‌نگر عبارتند از نظریه توانمندی‌ها^۱ که به موجب آن نیاز است، علاوه بر پرداختن به خطاها و ضعف‌ها، به شکوفایی توانمندی‌ها و قابلیت‌ها هم توجه شود و همچنین نظریه ساخت و گسترش هیجان‌های مثبت^۲ که بیان می‌کند، هیجان‌های مثبت دامنه تفکر عمل لحظه‌ای را گسترش می‌دهد و همزمان بدن برای انجام عملی خاص آماده می‌شود. در اثر این گسترش، با گذشت زمان، منابع تقویتی و شخصی گوناگونی اعم از منابع جسمی، اجتماعی، فکری و ذهنی و روانشناختی ساخته و پرداخته می‌شود. همچنین هیجان‌های مثبت وظیفه خنثی کردن هیجان‌های منفی طولانی را هم در طول زمان به عهده می‌گیرند و نیز این هیجان‌ها از راه اثر گسترده‌شان، باعث ایجاد حلقه‌های صعودی بهبودی می‌شوند و آن هم به ایجاد مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای کمک می‌کند. به این ترتیب آنهایی که هیجان‌های مثبت را تجربه می‌کنند، در اغلب موارد با ناملایمات و مشکلات زندگی بهتر مقابله می‌کنند و تاب‌آورترند. نظریه سوم نظریه بالندگی^۳ است که بیان می‌کند افراد برای رسیدن به رشد و بالندگی، به گفته‌ها یا احساسات مثبت به نسبت ۳ به ۱ در مقابل احساسات منفی نیاز دارند (فردریکسون، ۲۰۰۱). افراد مثبت‌نگر سالمتر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت

1. Strengths Theory

2. The Broaden - and - Build Theory of Positive Emotions

3. The Flourish Theory

اختیار مدیریت انجمن، جهت نام‌نویسی از شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پس از نام‌نویسی از متقاضیان در مدت تعیین شده (۹۲ نفر)، مصاحبه اولیه‌ای با هر یک از زنان متقاضی شرکت در جلسات توسط پژوهشگر به عمل آمد و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۴۰ نفر از زنان به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۲۰ نفر) قرار گرفتند. پس از جایگزینی شرکت‌کنندگان در گروه‌ها، برای گروه آزمایش، روان درمانی مثبت‌نگر در ۸ جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی برگزار گردید. در فرآیند ارائه آموزش‌ها برای گروه آزمایش، آزمودنی‌های گروه گواه، مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار برای آموزش‌های بعدی قرار گرفتند. در این مطالعه مفاد مطرح شده در بیانیه هلسینکی^۱ رعایت شد که از جمله آنها می‌توان به توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه از واحدهای مورد مطالعه، اختیاری بودن شرکت در پژوهش، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخله، پاسخ به سؤالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل، اشاره کرد (انجمن جهانی پزشکی، ۲۰۱۳).

بسته آموزشی درمان مثبت‌نگر بر اساس اصول، میانی و تکنیک‌های این شیوه درمانی در ۸ جلسه دو ساعته بر اساس طرح درمانی رشید و سلیگمن (۲۰۱۳) تنظیم گردید. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون از هر دو گروه اخذ شد. یک ماه پس از آخرین جلسه درمان، جهت سنجش اثر ماندگاری مداخله، آزمون پیگیری نیز به عمل آمد. جهت رعایت اصل اخلاقی عدالت در پژوهش و با توجه به مؤثر بودن جلسات آموزش روان درمانی مثبت‌نگر پس از پایان مرحله پیگیری، برای آزمودنی‌های گروه گواه، جلسات درمانی برگزار گردید.

شیوه اجرای جلسات درمانی به صورت مختصر در جدول ۱ ارائه شده است.

مخرب بیماری بر جسم و روان افراد، بسیاری از بیماران با مشکلات جدی جسمانی و روانشناختی روبرو می‌شوند، ضرورت دارد تا به طور جدی‌تری به پیامدهای روانشناختی نامطلوب این بیماری پرداخته شود و راهکارهای درمانی غیردارویی مؤثر در کنار درمان‌هایی دارویی برای مقابله با پیشرفت این بیماری در بعد سلامت‌روانی بیماران به کار گرفته شود. لذا به نظر می‌رسد با توجه عوارض و اثرات سوء این بیماری بر زندگی و سلامت روان مبتلایان و خلاء پژوهشی در مورد کاربرد درمان‌های روانشناختی، لازم است در داخل کشور، اثربخشی شیوه درمانی مثبت‌نگر در بهبود وضعیت روانشناختی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به این موارد محقق در مطالعه حاضر در پی پاسخ‌گویی به این سؤال است آیا روان درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر است؟

روش

این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ عضو انجمن دیابت شهر سنندج در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آنها ۷۵۸ نفر بود. نمونه پژوهش متشکل از ۴۰ نفر از زنان چاق مبتلا به دیابت بود که پس از ارزیابی ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایشی و گواه گمارش شدند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل ابتلا به بیماری دیابت نوع ۲ حداقل به مدت یک سال، شاخص توده بدنی بزرگتر و یا مساوی ۳۰ کیلوگرم بر متر مربع (بر اساس پرونده بیمار)، محدوده سنی ۳۵-۶۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، فقدان محدودیت‌های جسمانی مختل‌کننده مراقبت فردی، تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان و عدم شرکت در جلسات مشاوره فردی خارج از جلسات درمانی بود. ملاک‌های خروج افراد از مطالعه نیز سابقه بستری در بیمارستان‌های روان پزشکی، مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، مصرف هر نوع داروی آرامبخش، الکل و مواد مخدر و غیبت بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که پس از انجام هماهنگی‌های لازم با مدیریت انجمن دیابت شهر سنندج، اطلاعیه فراخوان ثبت‌نام و تشکیل جلسات درمانی از سوی پژوهشگر در

^۱. Helsinki

^۲. World Medical Association

جدول ۱. مختصری از محتوای جلسات روان درمانی مثبت‌نگر (رشید و سلیم‌ن، ۲۰۱۳)

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
اول	گرایش به روان درمانی مثبت‌نگر	آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفتگو درباره هدف تشکیل جلسه‌های و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، تشریح برنامه روان‌درمانی مثبت‌نگر، مسایل مطروحه در ارتباط با فقدان و یا کمبود منابع مثبت از قبیل؛ هیجان‌ات مثبت، تعهد، ارتباطات مثبت، معنا و توانمندی‌های منشی در بروز افسردگی، اضطراب و زندگی پوچ مورد بحث قرار می‌گیرد.	نوشتن یک معرفی مثبت از خود و ذکر توانمندی‌های خود در حدود یک صفحه که در آن به بیان داستان واقعی از زندگی خود می‌پردازد که وی در بهترین وجه از توانمندی‌های خود استفاده را نشان می‌دهد.
دوم سوم	ارزیابی توانمندی‌های منشی	تقویت نقاط قوت شاخص واحساسات و عواطف مثبت: بحث پیرامون ۲۴ توانمندی‌های منشی به منظور ایجاد و تقویت تعهد.	اقدام به تکمیل یک پرسشنامه در زمینه توانمندی‌های خود و نحوه به کارگیری نقاط قوت شاخص به بحث گذاشته می‌شود. با انجام یک تمرین با ماهیت گذشته به طور دقیق آشنا می‌شوند.
چهارم	عفو و گذشت	گذشت و بخشش و میراث شخصی: گذشت به عنوان ابزار نیرومندی معرفی می‌شود که می‌تواند احساس خشم و کینه را به احساسی خنثی و حتی برای برخی به احساسات و عواطف مثبت تبدیل شود.	در حد یک الی دو صفحه به بیان این پردازنده که دوست دارند دیگران آنها را به خاطر کدام ویژگی مثبتشان به خاطر بسپارند. در قالب یک پیام نکوداشت یا بزرگداشت در پایان عمر.
پنجم و ششم	قدرشناسی	سپاس‌گزاری و قدرشناسی: تأکید بر خاطرات خوب و قدرشناسی به عنوان شکلی پایدار از سپاس‌گزاری مورد بحث قرار می‌گیرد. نقش خاطرات خوب و بد این بار با تمرکز و تأکید بر قدرشناسی مورد بحث قرار می‌گیرد.	مراجع‌نامه‌ای را برای کسی که هرگز آن گونه که باید و شاید از وی قدردانی نکرده است می‌نویسد و آن را شخصاً به وی تقدیم می‌کند.
هفتم	روابط مثبت و اجتماعی	ارتباطات مثبت و بازخورد فعال - سازنده: به مراجعین پیرامون نحوه واکنش فعال سازنده در قبال اخبار خوشی که از دیگران دریافت می‌کنند، آموزش‌های لازم داده می‌شود.	مراجعین به تمرین واکنش سازنده و فعال به عنوان راهبردی جهت تقویت ارتباطات مثبت می‌پردازند.
هشتم	التذاذ و زندگی پربار	التذاذ (لذت تدریجی و پیوسته): آگاهی کامل نسبت به لذت و تلاش عامدانه جهت طولانی‌تر کردن هر چه بیشتر و بهره‌گیری از لذات به عنوان تهدیدی احتمالی برای لذت تدریجی مطرح می‌شود و راه مقابله با آن نیز آموزش داده می‌شود.	مراجعین باید برای انجام فعالیت‌های لذت بخش برنامه‌ریزی کرده، فعالیت‌های مربوطه را طبق برنامه‌ریزی خود انجام دهند. تکنیک‌های مخصوص لذت تدریجی نیز به آنها آموزش داده می‌شود.

ابزار

عواطف منفی بودند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای بهزیستی بالاتر است و بر همین اساس نمرات خرده مقیاس عواطف منفی به صورت معکوس تفسیر می‌گردد. نمره کل بهزیستی ذهنی از جمع تمامی ۳۹ ماده به دست می‌آید. حداقل نمرات اکتسابی در این پرسشنامه ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ می‌باشد (هادیان و جبل عاملی، ۱۳۹۸).

مولوی و همکاران (۱۳۸۹) همچنین قابلیت اعتماد پرسشنامه را برای چهار عامل فوق بالاتر از ۰/۸۰ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۶ گزارش کردند و در بررسی روایی پرسشنامه مذکور از روایی محتوا و تشخیصی استفاده کرده‌اند. برای ارزیابی روایی محتوا، پرسشنامه مذکور را با توجه به استفاده از پرسشنامه‌های معتبر برای گردآوری گویه‌ها، بر پایه تأیید برخی از اساتید روانشناسی تأیید کردند و برای تعیین روایی تشخیصی تفاوت میان دو گروه سالم و بیمار مراجعه کننده به یک مرکز مشاوره را به دست آوردند که تفاوت دو گروه معنی‌دار بود (شریفی، آذرنیاد، خلیلی، سیفی و حمیدی، ۱۳۹۵). در

پرسشنامه بهزیستی ذهنی^۱: این پرسشنامه که توسط مولوی، ترکان، سلطانی و پالاهنگ (۱۳۸۹) تهیه شده، دارای ۳۹ گویه است که در یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست تا کاملاً درست پاسخ داده می‌شود. گویه‌های مثبت از چپ به راست از ۱ تا ۵ و گویه‌های منفی از راست به چپ از ۱ تا ۵ می‌شوند. مولوی و همکاران (۱۳۸۹) در تدوین پرسشنامه با استفاده از تحلیل عاملی چهار عامل سرزندگی^۲ (۱۳ گویه)، اراده^۳ (۱۰ گویه)، روان رنجوری^۴ (۱۰ گویه) و استرس - افسردگی^۵ (۶ گویه) را مشخص ساختند. سرزندگی و اراده، عامل‌های زیرمقیاس عواطف مثبت و روان‌رنجورخویی و استرس - افسردگی عامل‌های زیر مقیاس

1. Subjective Well-being Questionnaire

2. Vitality

3. Determination

4. Neurosis

5. Stress-Depression

منفی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۵ محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS24 استفاده گردید.

یافته‌ها

در جدول ۲، میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت بیماری آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

پژوهش مولوی و همکاران (۱۳۸۹)، جهت بررسی پایایی، ضریب آلفای کرونباخ به‌عنوان شاخص هماهنگی درونی کل سؤالات برابر با ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های عواطف مثبت و عواطف منفی به ترتیب ۰/۹۵ و ۰/۹۲ به دست آمده است. در پژوهش اعیادی، درگاهی، قمری گیوی و عباسی (۱۳۹۵) نیز میزان آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۳ برآورد گردید. در پژوهش رهبری و کرد (۱۳۹۶) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ بود. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۶ و برای زیرمقیاس‌های عواطف مثبت و عواطف

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت بیماری آزمودنی‌ها به تفکیک گروه‌ها				
متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	۳۹/۹۵	۵/۱۵	۳۸/۶۰	۴/۰۵
مدت بیماری	۳/۰۵	۱/۳۹	۳/۴۵	۱/۱۹

نفر کاردانی، ۶ نفر کارشناسی و ۲ نفر هم تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند. در گروه گواه نیز ۳ نفر تحصیلات سیکل، ۳ نفر دیپلم، ۸ نفر کاردانی، ۴ نفر کارشناسی و ۲ نفر هم تحصیلات کارشناسی ارشد داشتند.

بر اساس اطلاعات جدول ۲، میانگین سن برای گروه آزمایش ۳۹/۹۵ سال و برای گروه گواه ۳۸/۶۰ سال بوده است. میانگین مدت بیماری آزمودنی‌های گروه آزمایش ۳/۰۵ سال، و گروه گواه ۳/۴۵ سال بوده است. بررسی میزان تحصیلات آزمودنی‌ها حاکی از آن بود که در گروه آزمایش ۲ نفر تحصیلات سیکل، ۴ نفر دیپلم، ۶

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه				
متغیر	گروه آزمایش		گروه گواه	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	۱۰۰/۷۵	۶/۰۷	۱۰۳/۶۵
	پس‌آزمون	۱۲۰/۳۵	۸/۳۸	۱۰۳/۸۰
	پیگیری	۱۲۱/۸۰	۶/۸۷	۱۰۴/۹۵
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	۶۰/۳۰	۳/۶۹	۶۲/۴۰
	پس‌آزمون	۷۳/۲۰	۵/۰۴	۶۱/۸۰
	پیگیری	۷۳/۹۰	۴/۱۲	۶۲/۱۰
عواطف منفی	پیش‌آزمون	۴۰/۲۰	۲/۴۶	۴۱/۶۰
	پس‌آزمون	۴۸/۸۰	۳/۳۸	۴۱/۲۰
	پیگیری	۴۹/۱۰	۲/۷۴	۴۱/۴۰

در گروه آزمایش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب ۱۰۰/۷۵، ۱۲۰/۳۵ و ۱۲۱/۸۰ و در گروه گواه به ترتیب ۱۰۳/۶۵، ۱۰۳/۸۰ و ۱۰۴/۹۵ بوده است. میانگین و انحراف استاندارد عواطف مثبت و عواطف منفی نیز برای هر دو گروه در

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیر بهزیستی ذهنی و زیرمقیاس‌های عواطف مثبت و عواطف منفی را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد. با توجه به اطلاعات این جدول، میانگین نمرات بهزیستی ذهنی

آزمون، پس آزمون و پیگیری بررسی شد که عدم معنادار بودن ($p > ۰/۰۵$) این آزمون نشان داد این پیش فرض نیز مورد تأیید است. نتایج بررسی پیش فرض خطی بودن حاکی از خطی بودن رابطه متغیرهای وابسته و همپراش داشت. مقدار آزمون لامبدای ویلکز نیز برای اثرات بین آزمودنی گروه ($Value = ۰/۶۶۷$) و برای اثرات درون آزمودنی زمان ($Value = ۰/۴۰۹$) و تعامل ($Value = ۰/۵۴۲$) به دست آمد که همگی معنادار هستند ($p < ۰/۰۱$). برای بررسی پیش فرض کرویت نیز از آزمون موجلی استفاده شد که نتایج این آزمون نشان داد این پیش فرض رعایت نشده است و بنابراین برای تفسیر نتایج، از ضریب هوین فلت که موجب تعدیلاتی در درجات آزادی می‌شود، استفاده شد. براین اساس، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ارائه شده است. همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در متغیر بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و عواطف منفی در مراحل پس آزمون و پیگیری تغییراتی داشته است. بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. پیش از استفاده از این آزمون، پیش فرض‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها، خطی بودن و کرویت بررسی شده است. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده شد. نتایج بررسی این مفروضه نشان داد آماره آزمون برای متغیر بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و منفی معنادار نمی‌باشد ($p > ۰/۰۵$) و بنابراین این پیش فرض تأیید گردید. پیش فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها نیز با استفاده از آزمون لوین برای سه مرحله پیش

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به اثرات درون گروهی و برون گروهی

اثرات	منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
		بهزیستی ذهنی	۲۹۸۷/۸۱	۱/۰۹	۲۷۱۹/۶۶	۲۸/۸۵	۰/۰۰۱	-
	زمان	عواطف مثبت	۱۱۰۰/۲۴	۱/۱۰	۹۹۷/۶۱	۲۹/۳۳	۰/۰۰۱	-
		عواطف منفی	۴۸۳/۲۷	۱/۱۰	۴۳۶/۷۷	۲۸/۸۷	۰/۰۰۱	-
		بهزیستی ذهنی	۲۵۶۱/۵۱	۱/۰۹	۲۳۳۱/۶۲	۲۴/۷۳	۰/۰۰۱	-
درون آزمودنی	تعامل	عواطف مثبت	۹۴۳/۶۹	۱/۱۰	۸۵۵/۶۶	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	-
		عواطف منفی	۴۱۵/۰۴	۱/۱۰	۳۷۵/۱۱	۲۴/۸۰	۰/۰۰۱	-
		بهزیستی ذهنی	۳۹۳۵/۳۳	۴۱/۷۴	۹۴/۲۶	-	-	-
	خطا	عواطف مثبت	۱۴۲۵/۳۱	۴۱/۹۰	۳۴/۰۰۹	-	-	-
		عواطف منفی	۶۳۵/۹۴	۴۲/۰۴	۱۵/۱۲	-	-	-
		بهزیستی ذهنی	۳۱۰۰/۸۳	۱	۳۱۰۰/۸۳	۱۶/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	گروه	عواطف مثبت	۱۰۹۴/۴۴	۱	۱۰۹۴/۴۴	۱۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰
		عواطف منفی	۴۸۰	۱	۴۸۰	۱۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰
بین آزمودنی		بهزیستی ذهنی	۶۹۹۲/۸۶	۳۸	۱۸۴/۰۲	-	-	-
	خطا	عواطف مثبت	۲۵۱۹/۴۹	۳۸	۶۶/۳۰	-	-	-
		عواطف منفی	۱۱۱۹/۱۵	۳۸	۲۹/۴۵	-	-	-

تعامل وجود دارد ($p < ۰/۰۱$)، مشخص می‌گردد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری، بین گروه درمانی و گواه در متغیر وابسته و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی آن ارائه شده است. در اثر گروه نیز با توجه به مقادیر F و سطوح معناداری مشاهده می‌گردد در متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی بین دو گروه آزمایش و گواه تفاوت معنادار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$). مقایسه دو به دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در ادامه ارائه شده است. با توجه به مقادیر ستون اندازه اثر در جدول نیز ملاحظه

در جدول ۴، نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون‌آزمونی و بین‌آزمودنی نشان داده شده است. همانطور که ملاحظه می‌گردد، در اثر زمان با توجه به اینکه متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی معنادار شده‌اند ($p < ۰/۰۱$)، بنابراین بین سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در این متغیر و مؤلفه‌های آن تفاوت وجود دارد که بررسی این تفاوت‌ها با استفاده از آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفته شده است و نتایج آن در ادامه ارائه گردیده است. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان

می‌گردد تأثیر درمان بر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن ۳۰ درصد بوده است.

جدول ۵. مقایسه زوجی مراحل سنجش و گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های آن						
متغیر	مرحله	گروه I	گروه J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	-۲/۹۰	۳/۳۷	۰/۳۹۶
	پس‌آزمون	آزمایش	گواه	۱۶/۵۵	۲/۹۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	گواه	۱۶/۸۵	۲/۹۱	۰/۰۰۱
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	-۱/۸۹	۲/۰۳	۰/۳۵۸
	پس‌آزمون	آزمایش	گواه	۹/۸۶	۱/۷۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	گواه	۱۰/۱۵	۱/۷۴	۰/۰۰۱
عواطف منفی	پیش‌آزمون	آزمایش	گواه	-۱/۲۶	۱/۳۵	۰/۳۶۷
	پس‌آزمون	آزمایش	گواه	۶/۵۹	۱/۱۹	۰/۰۰۱
	پیگیری	آزمایش	گواه	۶/۶۷	۱/۱۶	۰/۰۰۱
گروه	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری	
بهزیستی ذهنی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۹/۶۰	۲/۷۹	۰/۰۰۱	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۲۱/۰۵	۲/۷۲	۰/۰۰۱	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۱/۴۵	۰/۵۷۳	۰/۰۱۶	
گواه	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۱۵۰	۲/۷۹	۰/۹۵۷	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۳۰	۲/۷۲	۰/۶۳۶	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱/۱۵	۰/۵۷۳	۰/۰۵۲	
عواطف مثبت	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۱/۸۴	۱/۶۷	۰/۰۰۱	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۱۲/۸۲	۱/۶۳	۰/۰۰۱	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۹۸۰	۰/۳۵۴	۰/۰۰۹	
گواه	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۹۰	۱/۶۷	۰/۹۵۷	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۷۸۰	۱/۶۳	۰/۶۳۷	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۶۹۰	۰/۳۵۴	۰/۰۵۹	
عواطف منفی	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۷/۹۱	۱/۱۲	۰/۰۰۱	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۸/۴۵	۱/۰۹	۰/۰۰۱	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۵۴۰	۰/۲۴۲	۰/۰۳۲	
گواه	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۰۶۰	۱/۱۲	۰/۹۵۸	
	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۵۲۰	۱/۰۹	۰/۶۳۷	
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۰/۴۶۰	۰/۲۴۲	۰/۰۶۵	

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد که روان درمانی مثبت‌نگر باعث افزایش بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی شده است که با توجه به تفسیر معکوس نمرات زیر مقیاس عواطف منفی در پرسشنامه، افزایش نمره به معنای کاهش عواطف منفی در فرد می‌باشد. بنابراین روان درمانی مثبت‌نگر باعث افزایش بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی در آزمودنی‌های گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

اطلاعات جدول ۵، نشان می‌دهد در متغیر بهزیستی ذهنی و مؤلفه‌های عواطف مثبت و عواطف منفی بین دو گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوتی وجود ندارد ($p > 0/05$)، اما در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ($p < 0/01$) حاصل شده است. همچنین نتایج حاکی از آن است که در گروه آزمایش بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، بین پیش‌آزمون و پیگیری و بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ($p < 0/05$) وجود دارد، اما در گروه گواه هیچ‌گونه تفاوت معناداری بین مراحل مختلف سنجش وجود ندارد ($p > 0/05$). این نتایج و مقایسه میانگین‌های بهزیستی ذهنی و عواطف مثبت و عواطف منفی گروه آزمایش در سه مرحله

افزایش توانمندی‌ها، هیجان‌های مثبت، تعهد و معنا هم زندگی را شادتر و غنی‌تر می‌سازد و هم باعث کاسته شدن از مشکلات هیجانی می‌شود. در واقع رسیدن به بهزیستی، رضایت از زندگی و شادکامی از اهداف غایی روان درمانی مثبت‌نگر می‌باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶).

روان درمانی مثبت‌نگر موجب می‌شود تا افراد به زندگی خود تعهد بیشتری داشته و فعالانه و با انگیزه بیشتری در آن درگیر شوند و چون لازمه این درگیری فعال‌تر، شناسایی توانمندی‌های ذاتی و استفاده بهتر از آنها در زندگی و تعیین هدف یا اهداف زندگی مبتنی بر آنها بوده، بنابراین آموزش‌های فوق می‌تواند گامی به سمت بهزیستی بردارد. این رویکرد با به وجود آوردن هیجان‌های مثبت، توانایی‌های منش و ساختن معنا در زندگی بیمار، می‌تواند به عنوان سپری در مقابل بیماری عمل نماید (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). مداخله‌های روانشناسی مثبت به افراد کمک می‌کنند تا توجه، حافظه و انتظارات خود را از وقایع منفی و فاجعه‌آمیز به سمت وقایع مثبت و امیدوار کننده سوق دهند. به عنوان مثال وقتی فرد تمرین "سه اتفاق مثبت" را قبل از خواب انجام می‌دهد، خطای افسرده‌ساز نشخوار فکری درباره آنچه که بد اتفاق افتاده است، به چالش کشیده می‌شود؛ بنابراین احتمال زیادی وجود دارد که فرد روزش را به جای یادآوری مشکلات با یادآوری وقایع مثبت شروع کند. این تمرین می‌تواند علاوه بر پرت کردن حواس بیمار از رویدادهای منفی زندگی، سبب توجه به بُعد مثبت آن نیز شود. همچنین توانمندی‌های منشی که به شکل بالقوه در افراد وجود دارد، در صورت افزایش، می‌توانند مقاومت افراد را در برابر بیماری افزایش دهند (لیو و همکاران، ۲۰۱۲). برشمردن نقاط مثبت باعث تجربه احساسات مثبت و در نهایت گسترش آنی فهرست اعمال و افکار فرد می‌شود. روان درمانی مثبت‌نگر فقط بر شناسایی نقاط مثبت تأکید نمی‌کند، بلکه برای شکست‌های مراجعان تکنیک‌هایی همچون بخشش پیشنهاد می‌کند. همچنین با انجام تمرین‌های روانشناسی مثبت از جمله نوع‌دوستی، شکرگزاری و نوشتن نقاط قوت میزان بهزیستی افراد افزایش می‌یابد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). روانشناسان مثبت‌نگر، در مباحث خود به هیجان‌ها و خاطرات مثبت توجه می‌کنند. همچنین به موضوعات مرتبط با مشکلات مراجعان با هدف یکپارچه کردن هیجان‌های مثبت و منفی می‌پردازند، در نتیجه افراد یاد می‌گیرند در جهان، موضعی فعال

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی حاکی از آن بود که روان درمانی مثبت‌نگر به طور معناداری میزان بهزیستی ذهنی بیماران گروه آزمایش را افزایش داده بود و نتایج در دوره پیگیری از ثبات لازم برخوردار بود. همچنین مداخله در افزایش میزان عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی بیماران مؤثر بود. مطالعه‌ای که نتایج آن به صورت مستقیم در راستای یافته‌های این پژوهش باشد، مشاهده نشد، اما نتایج این مطالعه همسو با یافته‌های تحقیقات چاکهسی و همکاران (۲۰۱۸)، چاوز و همکاران (۲۰۱۷)، اوچوآ و همکاران (۲۰۱۷)، نیکراهان و همکاران (۲۰۱۷)، گوا و همکاران (۲۰۱۷)، سالدو، سویج و مرسر (۲۰۱۴)، چنسلر، لایوس و لیوبومرسکی (۲۰۱۴)، لو، وانگ و لیو (۲۰۱۳)، لامبرت، فینچام و استیلمن (۲۰۱۲)، گندر، پرویر، راج و ویز (۲۰۱۲)، لیتمن - اوادیا و نیر (۲۰۱۴)، عصار زادگان و ریسی (۱۳۹۸)، یوسفیان و همکاران (۱۳۹۸)، میردرکوند و همکاران (۱۳۹۷)، افروز و همکاران (۱۳۹۶)، آقاجانی، موسوی و اسدی مجره (۱۳۹۷)، دشت بزرگی و شمشیرگران (۱۳۹۷) و شریفی کیا، طحان و عسگری (۱۳۹۵) مبنی بر اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر می‌باشد.

در تبیین اثربخشی روان درمانی مثبت‌نگر در بهبود بهزیستی ذهنی می‌توان گفت افراد مثبت‌نگر سالم‌تر، شادتر و خوشبین‌تر هستند و دستگاه‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند. آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن مؤثرتر مانند ارزیابی مجدد و مسئله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند؛ بنابراین این افراد شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند و امیدواری بالاتری نسبت به آینده دارند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵). رویکرد مثبت‌نگر، به افراد کمک می‌کند تا برای احیا و تقویت شجاعت، مهربانی، سخت‌کوشی و هوش عاطفی و اجتماعی کوشش نمایند. این موضوع هرچند باعث کاهش و مدیریت مشکلات هیجانی در آنان می‌شود، اما مهمتر از آن، ایجاد و تقویت هیجان‌ها و جنبه‌های مثبت، تعهد و معنا در زندگی است که منجر به ارتقاء سلامت روان و رضایت از زندگی در افراد می‌شود. در برنامه روان درمانی مثبت‌نگر یکی از مهمترین اهداف، کمک به ارتقاء و افزایش میزان رضایت از زندگی، شادکامی و بهزیستی افراد است. بر اساس این رویکرد،

شوند و متغیرهای وابسته را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. این گونه متغیرها غالباً به سختی شناسایی می‌شوند و حذف اثرات آنها بسیار دشوار است. لذا نادیده گرفتن اثرات این گونه عوامل، ممکن است زمینه کاهش تکرارپذیری نتایج را فراهم نماید. پیشنهاد می‌شود به منظور واضح‌تر شدن اثرات درمانی رویکرد روان درمانی مثبت‌نگر با دقت بالاتر، در مطالعات گسترده‌تری با حجم نمونه بیشتر به بررسی و مقایسه درمان مذکور با دیگر رویکردهای رایج درمانی پرداخته شود. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی از ابزارهای دیگری جهت سنجش بهزیستی ذهنی استفاده شود و در مواردی از مصاحبه برای جمع‌آوری اطلاعات در کنار پرسشنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آینده، مداخله روان درمانی مثبت‌نگر بر روی بیماران مرد مبتلا دیابت نوع ۲ نیز انجام گردد. توصیه می‌گردد، پژوهشگران در آینده از حجم نمونه گسترده‌تری استفاده کنند. با این روند می‌توان تفاوت‌های فردی موجود بین آزمودنی‌ها را در نظر گرفت و یافته‌های به‌دست‌آمده را با توجه به آن تفسیر کرد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد، روانشناسان و مشاوران از مؤلفه‌های درمانی رویکرد روان درمانی مثبت‌نگر در جهت کاهش مشکلات روانشناختی و بهبود سلامت روان بیماران چاق دیابتی بهره ببرند.

منابع

افروز، غلامعلی؛ دلیر، مجتبی و صادقی، مریم (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی مثبت‌گرا بر تصویر بدنی، امید به زندگی و شادکامی در زنان با تجربه جراحی پستان. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶(۴)، ۱۹۵-۱۸۰.

افشاری، مرضیه؛ طل، آذر؛ تقدیسی، محمد حسین و اعظم، کمال (۱۳۹۴). تأثیر برنامه آموزشی ترکیبی بر اساس مدل بنزف بر کنترل دیابت بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سمیرم. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲(۱۳۲)، ۶۲-۵۵.

آقاجانی، محمد جواد؛ موسوی، سیده سمیه و اسدی معجره، سامره (۱۳۹۷). تأثیر روان درمانی مثبت‌گرا بر بهزیستی روانی و سخت‌رویی روان شناختی مادران کودکان با نیازهای ویژه. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۵(۳)، ۳۳-۲۲.

اعیادی، نادر؛ درگاهی، شهریار؛ قمری گیوی، حسین و عباسی، مسلم (۱۳۹۵). نقش استرس شغلی پرستاری در پیش‌بینی بهزیستی ذهنی، استرس زناشویی و همدلی پرستاران. *مجله ایرانی اخلاق و تاریخ پزشکی*، ۹(۲)، ۷۹-۶۷.

انتخاب کنند و زندگی خود را شخصاً شکل دهند. در چنین شرایطی افراد وضعیت روانی بهتر و بهزیستی بیشتری را تجربه خواهند کرد (ساتون، ۲۰۰۷).

در تبیین نتایج می‌توان اضافه نمود که در مداخلات مثبت‌نگر افراد سعی می‌کنند، ویژگی‌های مثبت را شناسایی و نام‌گذاری کنند. این بدین معنا نیست که از نظر روانشناسی مثبت‌نگر تجارب منفی اهمیت ندارند. در مداخلات مثبت‌نگر، گاه افراد کاملاً در مورد مشکلاتشان صحبت و گاه هیجانانگیز منفی را دوباره تجربه می‌کنند. بنابراین هدف دیدگاه مثبت‌نگر تبدیل همه هیجانانگیز منفی افراد به هیجانانگیز مثبت نیست. گاه افراد در مورد خاطرات تلخ و رنج‌هایشان حرف می‌زنند و گاه از آنها خواسته می‌شود که خاطرات تلخ را بنویسند تا با این کار دردهای شناختی و هیجانی مرتبط با آن خاطره کاهش یابد (جوزف و وود، ۲۰۱۰). از طرفی پژوهشگران اظهار داشته‌اند که آموزش‌های روانی مثبت می‌تواند ذهن فرد را در جهت انتخاب راه‌های مناسب و خلاقانه در جهت پیشبرد اهداف و حل مسئله آماده نماید. همچنین خودآگاهی مؤلفه‌ای است که در اثر آموزش مثبت اندیشی در افراد تقویت می‌شود و یکی از پایه‌های روانشناسی مثبت‌نگر پرورش هدف و معنا در زندگی است که در این درمان نیز مورد توجه قرار می‌گیرد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۵). بدین ترتیب می‌توان در نظر گرفت بیماران چاق دیابتی که درمان مثبت‌نگر را دریافت کرده‌اند، می‌توانند با خودآگاهی بیشتر، ایجاد معنا و هدف در زندگی و همچنین پرورش توانایی حل مسئله، زندگی شادتری داشته باشند و میزان بالاتری از بهزیستی ذهنی را تجربه نمایند.

از دست آوردهای این پژوهش می‌توان در دو سطح نظری و عملی به این شرح نتیجه‌گیری کرد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش‌های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه‌های آموزشی و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. از آنجا که این پژوهش بر روی بیماران زن چاق مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر سمنان انجام شده است، لذا در تعمیم نتایج آن به دیگر افراد و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. خودگزارشی بودن ابزار مورد استفاده از محدودیت‌های این پژوهش است که توجه به آن ضروری می‌باشد. در اغلب پژوهش‌های علوم رفتاری، معمولاً متغیرهای مداخله‌گر زیادی به جز متغیرهای مستقل به طور همزمان وارد پژوهش می‌

- وزن و سطح قند خون زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۵(۴)، ۳۹۷-۴۰۳.
- میردريکوند، فضل‌الله؛ گودرزی، میترا؛ قاسمی، ندا و غلامرضایی، سیمین (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی مثبت بر انعطاف‌ناپذیری روانشناختی و خودکارآمدی درد زنان مبتلا به درد مزمن. *بیهوشی و درد*، ۹(۴)، ۱-۱۴.
- مولوی، حسین؛ ترکان، هاجر؛ سلطانی، ایرج و پالاهنگ، حسن. (۱۳۸۹). هنجاریابی و سنجش روایی و پایایی پرسشنامه بهزیستی ذهنی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۶(۳)، ۲۳۱-۲۳۸.
- نوریان، لیلی و آقایی، اصغر (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص توده بدنی در زنان مبتلا به چاقی. *روان پرستاری*، ۳(۲)، ۲۰-۱۱.
- هادیان، صفورا و جبل عاملی، شیدا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی دانشجویان دارای اختلال خواب. *دانشور پزشکی*، ۱۲۷(۱۴۰)، ۱۹-۲۸.
- هادی زاده کفاش، راضیه؛ ماردپور، علیرضا و رمضانی، خسرو (۱۳۹۸). اثربخشی روان درمانگری گروهی مثبت‌گرا بر کیفیت زندگی، امید به زندگی و سازش یافتگی اجتماعی زنان سرپرست خانوار. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۳)، ۱۰۹-۱۱۹.
- یوسفیان، زهرا؛ امین‌نسب، انغام و صحتی، مرمه (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر تاب‌آوری، شادکامی ذهنی و نستوهی مادران دچار دیابت نوع دو. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۵(۱)، ۱۶-۱.
- Boffetta, P., McLerran, D., Chen, Y., Inoue, M., Sinha, R., He, J. et al. (2011). Body mass index and diabetes in Asia: a cross-sectional pooled analysis of 900,000 individuals in the Asia cohort consortium. *PLoS ONE*, 6(6):e19930.
- Chakhssi, F. Kraiss, J.T., Sommers-Spijkerman, M., & Bohlmeijer, E.T. (2018). The effect of positive psychology interventions on well-being and distress in clinical samples with psychiatric or somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 18(1), 211-221.
- Chancellor, J., Layouts, K., & Lyubomirsky, S. (2015). Recalling positive events at work makes employees feel happier, move more, but interact less: A 6-week randomized controlled intervention at a Japanese workplace. *Journal of Happiness Studies*, 16, 871-887.
- Chaves, C., Lopez-Gomez, I., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- Cotter, E.W., & Fouad, N.A. (2011). The relationship between subjective well-being and vocational
- خلیلی، سارا و سرداری، باقر (۱۳۹۸). اثربخشی مداخله مبتنی بر روانشناسی مثبت‌گرا بر کاهش مشکلات نظم‌جویی هیجان در نوجوانان با نشانه اختلالات خوردن. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۶)، ۴۸۷-۴۷۹.
- دشت بزرگی، زهرا و شمشیرگران، مرضیه (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مثبت‌نگری بر کفایت اجتماعی و سرسختی سلامت در پرستاران. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۴(۲)، ۱۳-۲۴.
- رهبری، پروانه و کرد، بهمن (۱۳۹۶). پیش‌بینی بهزیستی ذهنی بر اساس معنای زندگی و ذهن‌آگاهی در بین بیماران قلبی عروقی. *نشریه روان پرستاری*، ۵(۶)، ۱۶-۲۲.
- شریفی، گشاو؛ آذرنیاد، آرش؛ خلیلی، شیوا؛ سیفی، سید جواد و حمیدی، امید (۱۳۹۵). رابطه ارزش‌های شخصی شوارتز با بهزیستی ذهنی در بین بیماران مبتلا به سرطان سینه. *مجله روانشناسی بالینی*، ۸(۴)، ۶۳-۷۴.
- شریفی کیا؛ طاهره؛ طحان، محمد و عسگری، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر احساس شادکامی و امید در بیماران مبتلا به ویتیلیگو (پسی). *فصلنامه دستاوردهای روانشناسی بالینی*، ۲(۳)، ۷۷-۹۸.
- صادقی، مسعود؛ صفری، موسوی، سید سینا؛ فرهادی، معرفت و امیری، میثم (۱۳۹۶). نقش انعطاف‌پذیری روانشناختی و خودشفقتی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۵(۴۵۲)، ۱۴۷۵-۱۴۶۷.
- عبدالکریمی، ماندانا؛ قربان شیروودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و زربخش، محمد رضا (۱۳۹۷). اثربخشی بسته فراتشخیصی مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تنظیم هیجان و رفتار خوردن زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷(۷۰)، ۶۶۱-۶۵۱.
- عصارزادگان، مهسا و ریسی، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر روانشناسی مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روانشناسی سلامت*، ۸(۲)، ۹۷-۱۱۶.
- فقهی، حمیده؛ سعادتجو، سید علیرضا؛ دستجردی، رضا؛ کلاتری، سهیلا و علیدوستی، معصومه (۱۳۹۵). تأثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل سازگاری "روی" بر سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو بیرجند. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت*، ۴(۲)، ۸-۲۴.
- فولادوند، مریم؛ لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام و احدی، حسن (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری چاقی بر کاهش

- projections to 2030. *International Journal of Obesity*, 32(9), 1431-1437.
- Kuykendall, L., & Tay, L. (2015). Employee subjective well-being and physiological functioning: An integrative model. *Health Psychology Open*, 2(1), 1-11.
- Lambert, N.M., Fincham, F.D., & Stillman, T.F. (2012). Gratitude and depressive symptoms: The role of positive reframing and positive emotion. *Cognition and Emotion*, 26(4), 615-633.
- Lau, D.C.W. (2010). Diabetes and weight management. *Primary Care Diabetes*, 4(1), 24-30.
- Littman-Ovadia, H., & Nir, D. (2014). Looking forward to tomorrow: The buffering effect of a daily optimism intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 9(2), 122-136.
- Lyubomirsky, S., & Layous, K. (2013). How do simple positive activities increase well-being?. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 57-62.
- Lü, W., Wang, Z., & Liu, Y. (2013). A pilot study on changes of cardiac vagal tone in individuals with low trait positive affect: the effect of positive psychotherapy. *International Journal of Psychophysiology*, 88(2), 213-217.
- Marcus, M.D., Levine, M.D., Kalarchian, M.A., & Wisniewski, L. (2003). Cognitive behavioral interventions in the management of severe pediatric obesity. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(2), 147-156.
- Nikrahan, G.R., Suarez, L., Asgari, K., Beach, S.R., Celano, C.M., Abedi, M.R., Etesampour, A., Abbas, R., & Huffman, J.C. (2016). Positive psychology interventions for patients with heart disease: A preliminary randomized trial. *Psychosomatics*, 57(4), 348-358.
- Ochoa, C., Casellas-Grau, A., Vives, J., Font, A., & Borràs, J.M. (2017). Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(1), 28-37.
- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: From healthy to disordered behavior*, (2nd ed). United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd.
- Qiao, Q., & Nyamdorj, R. (2010). Is the association of type II diabetes with waist circumference or waist-to-hip ratio stronger than that with body mass index? *European Journal of Clinical Nutrition*, 64(1), 30-34.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). *Positive Psychotherapy in Current Psychotherapies*, (10th Edition) by R. J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage.
- Ryan, M.C., Fenster Farin, H.M., Abbasi, F., & Reaven, G.M. (2008). Comparison of waist circumference versus body mass index in diagnosing metabolic syndrome and identifying apparently healthy subjects at increased risk of cardiovascular disease. *American Journal of Cardiology*, 102(1), 40-46.
- personality type. *Journal of Career Assessment*, 19(1), 51-60.
- Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-651.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Gander, F., Proyer, R.T., Ruch, W., & Wyss, T. (2012). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 4, 1241-1259.
- Garduno-Diaz, S.D., & Khokhar, S. (2012). Prevalence, risk factors and complications associated with type 2 diabetes in migrant South Asians. *Diabetes Metabolism Research and Reviews*, 28(1), 6-24.
- Guo, Y.F., Zhang, X., Plummer, V., Lam, L., Cross, W., & Zhang, J.P. (2017). Positive psychotherapy for depression and self-efficacy in undergraduate nursing students: A randomized, controlled trial. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26(4), 375-383.
- Guariguata, L., Whiting, D.R., Hambleton, I., Beagley, J., Linnenkamp, U., Shaw, J.E. (2014). Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103 (2), 137-149.
- Jovanović, V. (2016). Trust and subjective well-being: The case of Serbia. *Personality and Individual Differences*, 98, 284-288.
- James, P.A., Oparil, S., Carter, B.L., Pharm, D., Cushman, W.C., Dennison-Himmelfarb, C.H, et al. (2014). Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults. report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association*, 311(5), 507-520.
- Jin, C-H. (2014). The role of users' motivations in generating social capital building and subjective well-being: The case of social network games. *Computers in Human Behavior*, 39, 29-38.
- Jones, L., Crabb, S., Turnbull, D., & Oxlad, M. (2014). Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *Journal of Health Psychology*, 19(3), 441-453.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 830-838.
- Khanjari, C., & Khajevand Khoshli, A. (2019). The effects of transactional analysis on couple burnout in obese women with type 2 diabetes. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 6(3), 123-132.
- Kelly, T., Yang, W., Chen, C.S., Reynolds, K., & He, J. (2008). Global burden of obesity in 2005 and

- subjects. *Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194.
- Ying, X., Song, Z.Y., Zhao, C.J., & Jiang, Y. (2010). Body mass index, waist circumference, and cardiometabolic risk factors in young and middle-aged Chinese women. *Journal of Zhejiang University Science B*, 11(9), 639-646.
- Sayed, M.A., Mahtab, H., Latif, Z.A., Khanam, P.A., Ahsan, K.A., Banu, A., & Azad Khan, A.K. (2003). Waist-to-height ratio is a better obesity index than body mass index and waist-to-hip ratio for predicting diabetes, hypertension and lipidemia. *Bangladesh Medical Research Council Bulletin*, 29(1), 1-10.
- Satoh, H., Kishi, R., & Tsutsui, H. (2010). Body mass index can similarly predict the presence of multiple cardiovascular risk factors in middle-aged Japanese subjects as waist circumference. *Internal Medicine*, 49(11), 977-982.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778.
- Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness*. New York: Free Press.
- Seligman, M.E.P. (2002a). *Positive psychology, positive prevention, and positive therapy*. In Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (3-9). New York, NY: Oxford University Press
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Siddiquee, T., Bhowmik, B., Karmaker, R.K., Chowdhury, A., Mahtab, H., Azad Khan, A.K., & Hussain, A. (2015). Association of general and central obesity with diabetes and prediabetes in rural Bangladeshi population. *Diabetes and Metabolic Syndrome*, 9(4), 247-251.
- Suldo, S.M., Savage, J.A., & Mercer, S.H. (2013). Increasing middle school students' life satisfaction: Efficacy of a positive psychology group intervention. *Journal of Happiness Studies*, 15(1), 19-42.
- Sutton, G.W. (2007). Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths. *Journal of Psychology and Christianity*, 26(4), 370-377.
- Taheri Tanjani, P., Moradinazar, M., Esmail Mottlagh, M., & Najafi, F. (2015). The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(3), 373-379.
- Whiting, D.R., Guariguata, L., Weil, C., & Shaw, J. (2011). IDF diabetes atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 311-321.
- Von Humboldt, S., Leal, I., & Pimenta, F. (2015). Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle, and health-related factors in older adults' subjective well-being. *International Journal of Gerontology*, 9(1), 15-19
- World Medical Association (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human