J TOLOO E BEHDASHT, School of Public Health, Yazd Shahid Sadoughi Univ Med Sci

ORIGINAL ARTICLE
Received:2024/04/10 *Accepted:2024/09/06*

The Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Psychological Well-Being and Self-Efficacy of Patients with Type 2 Diabetes in Tehran in 2023

Farideh Maleki Avarsin (Ph.D.)[1], Alireza Pirkhaefi (Ph.D.)[2], Maryam Kalhornia Golkar (Ph.D.)[3]

1.Ph.D. Student, Department of Health Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates.

2.Corresponding Author: Associate Professor, Department of Clinical psychology, Garmsar branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran. Email: Apirkhaefi@gmail.com Tel: 09123779022

3.Assistant Professor, Department of psychology, Karaj branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract

Introduction: Diabetes, as one of the common causes of mortality worldwide, extends beyond physical aspects and can impact psychological and emotional dimensions as well. Therefore, the present research aimed to determine the effectiveness of spiritual therapy on the psychological well-being and self-efficacy of patients with type 2 diabetes in Tehran.

Methods: This study was a semi-experimental research with a pretest-posttest and a three-month follow-up design with a control group. The study population consisted of all the patients with type 2 diabetes who attended treatment centers in Tehran (Masih Daneshvari, Nikan, and the Iranian Diabetes Association) from August to November 2023. Among the patients, 37 were selected using purposive sampling and were randomly assigned to two groups: the experimental group (N=18) and the control group (N=19). The data collection tools included a demographic information form, the standardized Ryff's scale of psychological well-being– short form (Cronbach's alpha= 0/72), and the General Self-Efficacy Scale (Cronbach's alpha= 0/83). Data analysis was conducted using SPSS-21 software. Additionally, given the different stages of measurement (pre-test, post-test, and follow-up), repeated measures ANOVA was used for data analysis.

Results: The results indicated that spiritual therapy led to an increase in psychological well-being (F=132/56, P<0/001) and self-efficacy (F=15/51, P<0/001) in patients with type 2 diabetes. Furthermore, the effect size of spiritual therapy on psychological well-being was 79%, and self-efficacy was 31%, and the sustainability of its effects was observed up to three months after treatment.

Conclusion: The findings suggest the impact of spiritual therapy on enhancing psychological well-being and self-efficacy in patients with type 2 diabetes. Therefore, it is recommended that, in addition to the routine treatment of patients with type 2 diabetes, spiritual therapy be utilized to enhance the psychological well-being of the patients.

Keywords: Psychological well-being, Self-efficacy, Spirituality, Diabetes Mellitus Type 2

Conflict of interest: The authors declared no conflict of interest.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

This Paper Should be Cited as:
Author: Farideh Maleki Avarsin, Alireza Pirkhaefi, Maryam Kalhornia Golkar. The Effectiveness of Spiritual Group Therapy on Psychological Well-Being and Self-Efficacy of Patients with…..……Tolooebehdasht Journal. 2024;23(3)76-91 .[Persian]

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی
دانشکده بهداشت یزد
سال بیست وسوم
شماره سوم
مرداد وشهریور
شماره مسلسل: ۱۰۵

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۱/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۰

اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تهران در سال ۱۴۰۲

نویسندگان: فریده ملکی آوارسین[۱]، علیرضا پیرخائفی[۲]، مریم کلهرنیا گلکار[۳]

۱.دانشجو دکتری تخصصی گروه روان‌شناسی سلامت، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی

۲.نویسندهٔ مسئول: دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

تلفن تماس: ۰۹۱۲۳۷۷۹۰۲۲ Email:Apirkhaefi@gmail.com

۳.استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، کرج، ایران

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت به عنوان یکی از عوامل شایع مرگ و میر در جهان، فراتر از جنبه‌های جسمی است و می‌تواند بر ابعاد روانی و احساسی نیز تأثیر بگذارد. از این‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی معنویت درمانی بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تهران انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل بود. جامعهٔ پژوهش تمامی بیماران دیابت نوع دو بودند که از مرداد تا آذرماه سال ۱۴۰۲ در مراکز درمانی تهران (مسیح دانشوری، نیکان و انجمن دیابت ایران) حضور داشتند. از بین بیماران، ۳۷ نفر از آنان با روش نمونه‌گیری هدفمند برگزیده شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (N=۱۸) و کنترل (N=۱۹) جایگزین شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس‌های استاندارد شدهٔ بهزیستی روان‌شناختی ریف-فرم کوتاه (آلفای کرونباخ=۰/۷۲) و خودکارآمدی عمومی (آلفای کرونباخ= ۰/۸۳) بود. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 استفاده شد. همچنین با توجه به مراحل مختلف اندازه‌گیری (پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که معنویت درمانی توانست باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی (F=۱۳۲/۵۶) و خودکارآمدی (F=۱۵/۵۱) در بیماران دیابت نوع دو شود (P <۰/۰۰۱). همچنین میزان اندازه اثر معنویت درمانی برای بهزیستی روان‌شناختی ۷۹٪ و خودکارآمدی ۳۱٪ بود و ماندگاری تأثیر آن تا سه ماه پس از درمان ملاحظه شد.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از تأثیر معنویت درمانی بر ارتقاء بهزیستی و خودکارآمدی روانی بیماران دیابت نوع دو بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در کنار درمان روتین بیماران دیابت نوع دو، از معنویت درمانی جهت افزایش سلامت روانی بیماران استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: بهزیستی روان‌شناختی، خودکارآمدی، معنویت، دیابت نوع دو

این مقاله، برگرفته از پایان‌نامهٔ دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات است.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

CC BY-NC 4.0

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن و پیچیده‌ای است که به عنوان عامل اصلی عوارض و مرگ و میر در سراسر جهان شناخته می‌شود(۱،۲). بر اساس برآوردهای حاصل از پژوهش‌های جهانی، دیابت هشتمین عامل اصلی مرگ و میر و ناتوانی در سراسر جهان در سال ۲۰۱۹ بوده است. نزدیک به ۴۶۰ میلیون نفر را در همه کشورها و گروه‌های سنی تحت تأثیر خود قرار داده است(۳) و هزینه‌های پزشکی ناشی از این بیماری، فشار زیادی بر سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی وارد نموده است(۴). درصد قابل توجهی از بیماری دیابت را زنان تشکیل می‌دهند و در مردان با شیوع کمتری همراه است(۵). در یک مطالعهٔ فراتحلیل در ایران بر اساس ۵۳ مطالعه (از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۲۳)، شیوع دیابت نوع دو در مردان ۱۰/۸٪ و در زنان ۱۳/۴٪ گزارش شد. همچنین بیشترین شیوع دیابت با ۲۱/۷٪ در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال بوده و از نظر جغرافیایی، دیابت نوع دو بیشترین شیوع را در خوزستان با ۱۵/۳٪ و پس از آن خراسان رضوی با ۱۴/۴٪، قزوین با ۱۴/۳٪ و یزد با ۱۲/۶٪ وجود داشت(۶). طبق آمار از هر پنج ایرانی، یک نفر یا مبتلا به دیابت بوده یا در خطر ابتلا قرار دارد(۷،۸).

در حالی که دیابت نوع دو با از دست دادن پیشرونده غیرخودایمنی ترشح انسولین کافی در برابر پس زمینه سندرم متابولیک و مقاومت به انسولین مشخص می‌شود(۹)، با این وجود مواردی نظیر سن بالای ۴۰ سال، چاقی، فشار خون بالا، پروفایل چربی غیرطبیعی، فقدان ورزش بدنی، سابقه دیابت، بارداری، استعمال دخانیات و مصرف الکل همگی از عوامل خطر ابتلا به دیابت نوع دو به شمار می‌آیند(۱۰). ماهیت مزمن بیماری دیابت علاوه بر سلامت جسمی، بر وضعیت سلامت روان و عملکردهای فردی-اجتماعی بیماران نیز تأثیرگذار بوده(۱۱) و موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی و در نهایت مرگ زودرس خواهد شد(۱۲).

بهزیستی روان‌شناختی (Psychological well-being) در واقع یک اصطلاح روان‌شناسی است که به جای سلامت روان به کار گرفته می‌شود؛ زیرا ابعاد مثبت به ذهن را متبادر می‌کند(۱۳). در روان‌درمانی مثبت‌نگر، بهزیستی روان‌شناختی یک مفهوم کلی از کیفیت زندگی است که به وسیله احساس انسجام و پیوستگی کلی در زندگی، تعادل عاطفی و رضایت کلی از زندگی مشخص و اندازه‌گیری می‌شود(۱۲،۱۴). به طور خاص، بهزیستی روان‌شناختی شامل پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند، و رشد شخصیتی است(۱۵،۱۶). به نظر Ryff(۱۷)، بهزیستی روان‌شناختی "تلاش برای کمال درجهت تحقق توانایی‌های بالقوهٔ واقعی فرد" است.

یکی از مؤلفه‌های مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی میزان خودکارآمدی فرد یعنی باور نسبت به توانمندی‌ها و انجام امور است(۱۸). خودکارمدی (Self-efficacy) به عنوان عامل مؤثر بر عملکرد بیانگر قضاوت فرد دربارهٔ توانایی‌های لازم برای انجام موفقیت‌آمیز یک رفتار در سطحی مشخص اشاره دارد(۱۹). به بیان دیگر، خودکارآمدی بر درک عملکرد و رفتارهای سازگارانه در برخورد با زندگی اطلاق می‌شود و توان سازنده‌ای است که برای هماهنگی منابع مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی فرد برای تحقق اهداف مختلف که به گونه‌ای اثربخش سازمان‌دهی می‌شود(۲۰). نظریهٔ خودکارآمدی

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

بر این فرض استوار است که باور افراد دربارۀ توانایی‌ها، مهارت‌های شناختی و اجتماعی خود اثرات مطلوبی بر روی روان خواهد داشت(۲۱). به عبارت دیگر، فردی که باور به کارآمدی خود داشته، در یک موقعیت خاص برای رسیدن به اهداف خود با رویکرد مؤثری اقدام خواهد کرد و احتمال اینکه در موقعیت‌های مخاطره‌آمیز به نحو مؤثری عمل نماید، بیشتر است(۲۲،۲۳).

درمان دیابت نوع دو، شامل ترکیب پیچیده‌ای از تعاملات بین عوامل زیستی و رفتاری-شناختی است که نیازمند تلاش‌های چند جانبه جهت مدیریت بیماری و کاهش بار اقتصادی و بهداشتی است(۲۴). در دهه‌های اخیر، بسیاری از پزشکان ایمان و معنویت را به عنوان یک منبع مهم در سلامت جسمی و بهبود افراد می‌شناسند، به گونه‌ای که آنان اغلب ضروری می‌دانند که در فرایند درمان مسائل معنوی بیماران مورد توجه قرار گیرد(۲۵). برای مثال، برخی پژوهشگران بر این باورند که جهت کنترل قندخون بیماران دیابتی، لازم است به برنامه‌های خودمراقبتی نظیر معنویت و مناسک مذهبی اهمیت داده شود(۲۶).

برخی محققین نظیر Babaei و همکاران(۲۷) بر این باورند که معنویت درمانی روش مناسبی برای افزایش کیفیت زندگی و سلامت روان می‌باشد و با علم به شیوع بالای دیابت و تبعات روحی و جسمی آن، پیشنهاد می‌شود از این روش برای درمان و کاهش پیامدهای روحی و روانی دیابت و سایر عوارض وابسته به آن استفاده شود. Ghazanfari و همکاران(۲۸) در پژوهشی دربارۀ اثربخشی مداخله مبنی بر معنویت درمانی گزارش دادند که معنویت درمانی در کنار درمان روتین بیماران، موجب افزایش ۵۵/۹٪ کیفیت زندگی در مرحله پس آزمون و ۵۷٪ آن در مرحله پیگیری می‌شود. این بدین معناست که معنویت درمانی بر کیفیت زندگی مؤثر بوده است و می‌توان از آن در جهت بالا بردن کیفیت زندگی در دانش‌آموزان استفاده نمود. Niaz-Azari و همکاران(۲۹) نیز در پژوهش خود نشان دادند ۸ جلسه معنویت‌درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری مؤثر است و مشاوران و درمانگران از روش درمانی می‌توانند برای افزایش بهزیستی و سلامت روانی استفاده نمایند. Imeni و همکاران(۳۰) نیز در پژوهشی خود نشان دادند که مداخلات معنویت درمانی می‌تواند بر خوددلسوزی و ابعاد آن (مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی) و قندخون بیماران دیابتی تأثیر بگذارد. بنابراین از این روش برای درمان و کاهش پیامدهای جسمانی و روانی دیابت استفاده شود.

بر اساس تحقیقات انجام شده، معنویت نه تنها بر حالات خلقی و سلامت روان مؤثر است، بلکه می‌تواند شرایط جسمانی را نیز بهبود بخشد. زیرا افراد با میزان معنویت بالا دارای کارکرد ایمنی بهتر و غدد درون‌ریزی منظم‌تری هستند. همچنین آگاهی از تأثیر معنویت در درمان بیماران، می‌تواند بر طول عمر بیشتر آنها اثر بگذارد(۳۲،۳۱). از این‌رو، معنویت درمانی گروهی روش مناسبی برای افزایش سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت است(۷). با در نظر گرفتن بعد معنوی در برنامه درمانی، می‌توان به درک عمیق‌تری از نیاز روان‌شناختی خودکارمدی دست یافت که این مؤلفه روان‌شناختی در پیشگیری بیماری‌ها از جمله دیابت نقش محافظتی دارد.

با توجه به آنچه گفته شد، تعداد پژوهش‌هایی که در زمینۀ

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

معنویت درمانی بر اساس منابع ایرانی و به ویژه در زمینهٔ بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو انجام شده باشد، بسیار اندک و محدود است. با توجه به مزمن بودن بیماری‌های دیابتی و تنش‌های جسمی-روانی همراه با این بیماری، لازم است در جهت تقویت سلامت روان و کاهش فشارهای جسمی و روانی، از رویکردهای روان‌شناسی مناسب جهت ارتقای سلامت و کاهش پریشانی این بیماران استفاده شود. از این‌رو، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو بود.

روش بررسی

پژوهش حاضر از حیث هدف کاربردی و از لحاظ ماهیت اجرا از نوع نیمه آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه کنترل استفاده شد. انتخاب این نوع پژوهش به علت عدم تصادفی‌سازی در گزینش افراد بود و صرفاً مرحلهٔ جایگزینی افراد در دو گروه به صورت تصادفی بود. جامعهٔ آماری پژوهش، تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود که در سال ۱۴۰۲ به مراکز درمانی شهر تهران (مسیح دانشوری، نیکان و انجمن دیابت ایران) مراجعه کرده بودند.

در ابتدا روش نمونه‌گیری پژوهش از نوع نمونه‌گیری هدفمند بود؛ بدین معنا که در ابتدا به درمانگاه دیابت مراکز نامبرده مراجعه کرده و سپس فهرستی از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تهیه شد. در ادامه، با هر یک از بیماران فهرست شده، تماس تلفنی برقرار شد و در جریان مکالمه، اهداف، روند اجرای پژوهش و دریافت رایگان خدمات روان‌درمانی برای آنان توضیح داده شد. افرادی که رضایت خود را مبنی بر شرکت در این پژوهش اعلام می‌کردند، دعوت به مصاحبهٔ حضوری شدند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از آنان مصاحبهٔ بالینی گرفته شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر عبارت بودند از: داشتن سابقهٔ بیماری دیابت بالای یک سال، داشتن حداقل سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، توانایی خواندن و نوشتن، کسب نمرهٔ زیر ۶۵ در تست بهزیستی روان‌شناختی ریف و عدم ابتلا به بیماری روانی شدید که نیازمند بستری شدن باشد.

ملاک‌های خروج این پژوهش نیز عبارت بودند از: عدم رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات درمان، سوء مصرف مواد و مشروب در طول یک سال گذشته، داشتن غیبت بیشتر از دو جلسه و شرایط حاد جسمانی که مانع حضور در جلسات درمانی شود. با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج، ۴۰ نفر از بیماران که شرایط شرکت در این پژوهش را داشتند را انتخاب نموده و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری مداخله و گروه کنترل جایگزین شدند.

در پایان درمان، اطلاعات دو نفر از بیماران در گروه مداخله (به علت عدم حضور در فرایند جلسات درمانی) و یک نفر از گروه کنترل (به علت عدم حضور در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری) از پژوهش کنار گذاشته شدند. برای گردآوری اطلاعات نیز از ابزار زیر استفاده شد.

۱.فرم اطلاعات جمعیت شناختی: یک پرسشنامهٔ محقق ساخته برای سنجش ویژگی‌های توصیفی بیماران دیابت نوع دو از جمله سن، جنسیت، تحصیلات، وضعیت اقتصادی، تأهل و ... بود.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

۲.مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف- فرم کوتاه (RSPWB-18): این پرسش‌نامه توسط ریف در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این آزمون خودسنجی، شامل ۱۸ سؤال و شش خرده مقیاس پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال است.

نمرات افراد بر اساس لیکرت شش گزینه‌ای "۱=کاملاً موافقم، ۲=موافقم، ۳=کمی موافقم، ۴=نظری ندارم، ۵=مخالفم، ۶=کاملاً مخالفم" درجه‌بندی می‌شود. دامنهٔ نمرات در این پرسش‌نامه بین ۱۸ تا ۱۰۸ بوده و نمرات بالا حاکی از وجود بهزیستی روان‌شناختی بهتر است.

ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس، پس از شش هفته بر روی ۱۱۷ نفر بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است(۳۳). پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ با کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد(۳۴). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۷۲ به دست آمده است.

۳.مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-17): این پرسش‌نامه توسط شرر و مادوکس (۱۹۸۲) ساخته شده و دارای ۱۷ سؤال است که سه جنبه از رفتار شامل میل به آغازگری رفتار، ادامه تلاش برای تکمیل رفتار و مقاومت در رویارویی با موانع را در افراد اندازه‌گیری می‌کند.

نمرات افراد در این مقیاس بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای بوده که از ۱= کاملاً مخالفم، ۲=مخالفم؛ ۳=نظری ندارم، ۴= موافقم و ۵= کاملاً موافقم نمره‌گذاری می‌شود. دامنهٔ نمرات در این مقیاس بین ۱۷ تا ۸۵ بوده و نمرات بالا حاکی از احساس خودکارآمدی بیشتر در افراد است.

روایی این مقیاس در ایران توسط اصغری‌نژاد و همکاران(۳۵) با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. پایایی این پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ با کل مقیاس ۰/۸۳ به دست آمد.

خلاصهٔ جلسات روان‌درمانی: در این پژوهش، از پروتکل معنویت درمانی گروهی Richards و Bergin(۳۶) که دارای هشت مؤلفه روانی-معنوی نظیر توکل و توسل به خدا، نیایش و دعا، شکر، صبر، تحمل، بخشش و نادیده گرفتن خشم، ارتباط با خدا و گفتگوی درونی با خدا، خودآگاهی، گوش دادن به ندای درونی و خواندن کتب مقدس است، استفاده شد. این روش درمانی یک شیوهٔ فعال و تکلیف‌مدار است که در ۱۲ جلسهٔ درمانی(هر هفته یک جلسهٔ ۹۰ دقیقه‌ای) برای آزمودنی‌ها اجرا می‌شود(جدول ۱).

در فرایند پژوهش شأن و عزت‌نفس آزمودنی‌ها حفظ شود. پیش از انجام پژوهش از هر یک از بیماران رضایت آگاهانه کتبی گرفته شد و دربارهٔ موضوع پژوهش، اهداف، اهمیت، نحوهٔ اجرای تحقیق و نیز تمایل برای عدم شرکت در جلسات روان-درمانی توضیحات لازم داده شد.

در نهایت با استفاده از نرم‌افزار SPSS-21 و با سطح معناداری ۰/۰۵ به تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته شد. در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های فراوانی میانگین، انحراف معیار و در بخش استنباطی از آزمون خی‌دو و واریانس یک‌طرفه برای همسانی داده‌های کیفی و با رعایت پیش‌فرض‌های نرمان بودن توزیع نمرات از طریق آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنوف، لوین و کرویت موچلی (Mauchly's sphericity test) به تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پرداخته شد.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

CC BY-NC 4.0

جدول ۱: پروتکل جلسات معنویت درمانی گروهی

جلسه	اهداف و محتوای هر جلسه
اول	گرفتن پیش‌آزمون، آشنایی افراد با یکدیگر، گفتگو درباره معنویت و دین و تأثیر آن در زندگی فرد، ایجاد همدلی و حس مشترک درباره مشکلات بین اعضای گروه و رابطه درمانی. درک تفاوت بین مفاهیم دین و معنویت و تمایز بین معنویت سالم از ناسالم و بیمارگون
دوم	شناخت خودآگاهی و ارتباط با خود با شناسایی و درک احساسات و کنترل آنها، و همچنین شناخت نیازها و پیدا کردن مسیر دستیابی به آن
سوم	گوش دادن به ندای درونی و کشف معنا و ارزش‌های معنوی برای آن که احساسات و شهودمان را بشناسیم و از راهنمودهای معنوی بهره ببریم.
چهارم	اعتقاد به یک قدرت برتر و ارتباط با آن از طریق نیایش و گفتگو با آن تا ارتباط عمیق‌تری با زندگی و معنویت داشته باشند.
پنجم	دوستی معنوی، انجام کارهای معنوی به صورت گروهی با هدف تجربه عملی معنویت و افزایش عزت نفس و حس مفید و خوب در مشارکت‌کنندگان
ششم	ایجاد ارتباط معنوی با مقدسات برای کاهش احساس بیگانگی، تنهایی، استرس و اضطراب
هفتم	کمک به مشارکت‌کنندگان برای درک مفهوم بخشش و گذشت تا بتوانند از احساس گناه، احساسات منفی و تنش‌زا رهایی یابند.
هشتم	بخشش، افزایش احساسات مثبت حاصله از آن و مصالحه را فراهم می‌کند.
نهم	کاهش اضطراب و ترس از مرگ و یافتن معنا در زندگی، برای آنکه فرد زندگی آرام‌تر و معنوی‌تر داشته باشد.
دهم	اعتقاد به خدا و توکل به او، برای رسیدن به تطبیق‌پذیری بیشتر و کاهش استرس
یازدهم	حل مسائل معنوی و مذهبی از طریق شناسایی مشکلات و بررسی سبک‌های حل مسائل امکان‌پذیر است.
دوازدهم	قدردانی و شکرگزاری، توانایی ابراز احساسات مثبت، گرفتن پس‌آزمون

یافته ها

در ابتدا ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها نشان داد میانگین و انحراف استاندارد سنی کل آزمودنی‌ها ۶/۶۴±۴۰/۸۱ بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه و خی‌دو برای بررسی همسانی داده‌های کیفی پژوهش نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی همچون سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و وضعیت اقتصادی تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). این بدین معناست که بین ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه شرایط یکسانی وجود دارد (جدول ۲).

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندار نمرات بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو طبق طرح پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل آمده است. همچنین مقادیر آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای سنجش نرمال بودن داده‌های کمی نیز گزارش شده است.

نتایج بر اساس آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد توزیع نمرات بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابت در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار نیست (P>۰/۰۵). این بدین معناست که داده‌های از پراکندگی زیادی برخوردار نبوده و توزیع داده‌ها نرمال است. مقادیر آزمون لوین برای

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی معنادار نبود (P>۰/۰۵)، که نشان می‌دهد واریانس نمرات بیماران دو گروه آزمایش و کنترل برای متغیرهای اصلی پژوهش یکسان است. از سوی دیگر پیش‌فرض کرویت موچلی مبنی بر تساوی کوواریانس‌ها تأیید شد. از این‌رو، پیش فرض استفاده از آزمون تحلیل ووواریانس با اندازه‌گیری مکرر در داده‌های پژوهش تأیید شد.

جدول ۲: بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی در گروه‌های پژوهش

متغیر	طبقه‌بندی	گروه آزمایش (N =۱۸)	گروه کنترل (N =۱۹)	سطح معناداری
سن*		۳۹/۶۱ ±۷/۲۵	۴۱/۹۵ ±۵/۹۷	۰/۲۹
جنسیت **	مرد	۹ (۵۰)	۱۰ (۵۲/۶)	۱
	زن	۹ (۵۰)	۹ (۴۷/۴)	
وضعیت تأهل **	مجرد	۲ (۱۱/۱)	۲ (۱۰/۵)	۱
	متأهل	۱۶ (۸۸/۹)	۱۷ (۸۹/۵)	
تحصیلات **	سیکل	۵ (۲۷/۸)	۳ (۱۵/۸)	۰/۸۱
	دیپلم	۵ (۲۷/۸)	۶ (۳۱/۶)	
	فوق دیپلم و لیسانس	۷ (۳۸/۹)	۸ (۴۲/۱)	
	فوق لیسانس	۱ (۳۶۵)	۲ (۱۰/۵)	
وضعیت اقتصادی **	ضعیف	۳ (۱۶/۷)	۳ (۱۵/۸)	۰/۸۸
	متوسط	۱۰ (۵۵/۶)	۱۲ (۶۳/۲)	
	خوب	۵ (۲۷/۸)	۴ (۲۱/۱)	

* آزمون تحلیل واریانس یک طرفه همراه با گزارش میانگین و انحراف استاندارد (M ± SD)

** آزمون خی‌دو همراه با گزارش درصد (فراوانی)

جدول ۳: میانگین (انحراف معیار) و آمارهٔ کلموگروف-اسمیرنوف (K-S) متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	آزمایش			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
بهزیستی روان‌شناختی	۵۹/۵۵ ± ۳/۸	۷۷/۷ ± ۵/۷	۷۷/۲ ± ۶/۱	۵۹/۵ ± ۳/۱	۵۹/۴ ± ۲/۸	۵۷/۳ ± ۲/۷
خودکارآمدی	۵۶/۲ ± ۴/۸۸	۶۷/۵ ± ۵/۴	۶۵/۵ ± ۶/۹۹	۵۷/۱ ± ۴/۳	۵۶/۷ ± ۴/۷	۵۶/۲ ± ۴/۷
K-S برای بهزیستی	۰/۶۴	۰/۶۱	۰/۴۷	۰/۲۹	۰/۱۹	۰/۶۸
K-S برای خودکارآمدی	۰/۵۳	۰/۴۹	۰/۶۴	۰/۵۶	۰/۲۷	۰/۳۶

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده (F=۱۳۲/۵۶ و P=۰/۰۰۱)، مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات بهزیستی روان‌شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان تأثیر معنویت درمان ۰/۷۹ درصد بوده است. این بدین معناست که ۰/۷۹ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ناشی از تأثیر معنویت درمانی به شکل گروهی بوده است. بنابراین با احتمال ۹۹ درصد می‌توان گفت معنویت درمانی توانسته است موجب افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع دو شود و و اثر درمان آن در حد قوی بوده است.

دیگر نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده (F=۱۵/۵۱ و P=۰/۰۰۱)، مشاهده می‌شود که بین میانگین تعدیل شده نمرات خودکارآمدی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی (دو گروه آزمایش و کنترل) تفاوت معنی‌داری وجود دارد و میزان تأثیر معنویت درمانی ۰/۳۱ درصد بوده است. این بدین معناست که ۰/۳۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی ناشی از ناشی از تأثیر معنویت درمانی به شکل گروهی بوده است. بنابراین با احتمال ۹۹ درصد می‌توان گفت معنویت درمانی توانسته است موجب افزایش خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو شود. در ادامهٔ برای آگاهی از اینکه بین کدام از مراحل اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد از آزمون تعقیبی بنفرونی (Bonferroni) استفاده شد(جدول ۵).

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش بین میانگین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری در هر دو متغیر بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود دارد. بین نتایج میانگین مراحل پس‌آزمون با پیگیری هم تفاوت معناداری وجود داشت و حاکی از نتایج بهتر آزمودنی‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون بوده است. این نتایج حاکی از آن است که معنویت درمانی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی اثربخش بوده و اثر مداخلهٔ آن تا سه ماده پس از مداخله نیز ماندگار بوده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی در بیماران دیابت

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	۴۷۰۲۰۷/۹	۱	۴۷۰۲۰۷/۹	۱۳۸۳۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه‌ها	۴۵۰۴/۰۲	۱	۴۵۰۴/۰۲	۱۳۲/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۱۸۹/۲	۳۵	۳۳/۹۸			
خودکارآمدی	پیش آزمون	۳۹۸۹۲۵/۵	۱	۳۹۸۹۲۵/۵	۵۲۱۹/۳	۰/۰۰۱	۰/۹۹
	گروه‌ها	۱۱۸۵/۷	۱	۱۱۸۵/۷	۱۵/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱
	خطا	۲۶۷۵/۱	۳۵	۷۶/۴۳			

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

جدول ۵: خلاصهٔ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسهٔ زوجی نمرات بهزیستی و خودکارآمدی در مراحل سه گانهٔ اندازه‌گیری

متغیر	مرحلهٔ مرجع	مرحلهٔ مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصلهٔ اطمینان	
						پایین	بالا
بهزیستی روان‌شناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-۸/۹۸	۰/۸۶	۰/۰۰۱	-۱۱/۱۳	-۶/۸۲
		پیگیری	-۷/۷۲	۰/۹۰	۰/۰۰۱	-۱۰/۰۱	-۵/۴۶
	پس آزمون	پیگیری	۱/۲۵	۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۹۵
خودکارآمدی	پیش آزمون	پس آزمون	-۵/۴۸	۰/۳۲	۰/۰۰۱	-۶/۲۸	-۴/۶۸
		پیگیری	-۴/۴۴	۰/۴۶	۰/۰۰۱	-۵/۵۹	-۳/۲۸
	پس آزمون	پیگیری	۱/۰۴	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۰۶	۲/۰۳

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی معنویت درمانی بر بهزیستی روان شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابت نوع دو انجام گرفت. در ابتدا نتایج پژوهش نشان داد معنویت درمانی با احتمال ۹۹ درصد موجب افزایش معنادار بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود و ماندگاری تأثیر آن تا سه ماه پس از درمان نیز وجود داشت.

میزان اندازه اثر معنویت درمانی برای بهزیستی روان‌شناختی ۷۹٪ بوده است. این بدین معناست که ۰/۷۹ درصد از تغییرات بهزیستی روان‌شناختی ناشی از تأثیر معنویت درمانی گروهی بوده است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های پیشین است. برای مثال، Akbari و همکاران(۳۷) در پژوهشی دربارهٔ تأثیر مراقبت معنوی (شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) بر امید بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران نشان داد که میانگین امتیاز امیدواری بلافاصله پس از مداخله در گروه آزمایش به طور معنی‌داری افزایش یافت. بنابراین با توجه به تأثیر مثبت مراقبت معنوی بر امید بیماران، در ارائه مراقبت‌های روتین پرستاری، نیاز به ارزیابی مجدد است. ارتقای مراقبت معنوی از بیمار، ضمن کمک به بهبود سلامت وی، کرامت انسانی بیمار را بیشتر می‌کند. می‌توان به پرستاران توصیه کرد که در کنار مراقبت‌های ارائه شده، جنبه معنوی بیمار را نیز به عنوان مهمترین انسان در نظر بگیرند. در پژوهشی Peyravi و همکاران(۳۸) نشان دادند ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای معنویت درمانی می‌تواند بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی اثرگذار باشد. در پژوهشی Darvishi و همکاران(۳۹) بر روی بیماران همودیالیز شهر ایلام نشان دادند معنویت درمانی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای بهبود سلامت معنوی، عزت‌نفس و خودکارآمدی بیماران همودیالیزی مورد استفاده قرار گیرد. این مداخله به منظور مراقبت جامع بوده و می‌تواند با مشارکت بین رشته‌ای در تیم‌های مراقبتی و روانی انجام گیرد.

در تبیین این موضوع باید گفت افراد مبتلا به دیابت نوع دو معمولاً با مشکلات روانی مانند استرس و اضطراب روبرو هستند. معنویت درمانی می‌تواند به عنوان یک راه حل برای کاهش استرس و اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد. از سوی دیگر، در جلسات معنویت درمانی، افراد با یکدیگر ارتباط برقرار می‌کنند و تجربیات خود را به اشتراک می‌گذارند. این ارتباطات اجتماعی و حمایت احتمالاً احساسات انزجار و تنهایی را کاهش داده و احساس بهتری از خود و دیگران را به وجود می‌آورد.

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

این رویکرد به افراد کمک کند تا به نگرش مثبت‌تری نسبت به زندگی و مشکلاتشان داشته باشند. این تغییر در نگرش می‌تواند به کاهش تنش‌های روانی و بهبود بهزیستی روان‌شناختی کمک نماید. دیگر نتایج پژوهش نشان داد معنویت درمانی با احتمال ۹۹ درصد موجب افزایش معنادار خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود و ماندگاری تأثیر آن تا سه ماه پس از درمان نیز وجود داشت. از سوی دیگر، میزان اندازه اثر معنویت درمانی برای خودکارآمدی ۳۱٪ بوده است. این بدین معناست که ۰/۳۱ درصد از تغییرات خودکارآمدی ناشی از تأثیر معنویت درمانی گروهی بوده است. نتایج به دست آمده با پژوهش‌های پیشین همسو است. برای مثال Imeni و همکاران(۷) در پژوهشی دربارهٔ تأثیر معنویت درمانی گروهی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان اقلید نشان دادند که معنویت درمانی برخود دلسوزی و ابعاد آن (مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی، انزوا، ذهن آگاهی) و قندخون بیماران دیابتی تأثیر مثبت گذاشته بود. Sari و همکاران(۴۰) در پژوهشی به تأثیر سلامت خود مدیریتی معنوی بر روی بیماران دیابت نوع دو اندولزی نشان دادند برنامهٔ سلامت خودمدیریتی معنوی که به مدت یک ماه، روزی یک‌بار به مدت ۶۰ دقیقه برای این بیماران انجام شد، می‌تواند خودکارآمدی و خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو را بهبود بخشد و سطح قند خون آن‌ها را کاهش دهد. در پژوهش دیگری Arwani و همکاران(۴۱) دربارهٔ تأثیر معنویت درمانی بر رفتار خودمدیریتی بیماران دیابت نوع دو نشان دادند میزان تمایل به انجام رفتارهای خودمدیریتی در افرادی که معنویت درمانی دریافت کرده بودند، افزایش یافته بود و میزان تأثیر این درمان بر ارتقای رفتار خودمدیریتی بیماران دیابت ۳۷ درصد بوده است.

در تبیین این موضوع باید گفت خودکارآمدی به عنوان اعتقاد به توانایی شخصی برای دستیابی به هدف‌ها و مقابله با چالش‌ها تعریف می‌شود. وقتی که فرد احساس می‌کند که قادر است با چالش‌ها و مشکلات زندگی خود برخورد کند، این باعث افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی او می‌شود. از جمله عواملی که ممکن است این تأثیر مثبت را توجیه کنند می‌توان به ارتقاء اعتقادات مثبت شخصی، افزایش احساس کنترل بر زندگی، کاهش استرس و اضطراب و ارتقاء ارتباطات اجتماعی و حمایت اشاره کرد. همچنین، انجام تمرین‌های روان‌شناختی و تکنیک‌های مثبت‌نگری در جلسات معنویت درمانی ممکن است نقش مهمی در افزایش خودکارآمدی افراد داشته باشد. از این‌رو، معنویت درمانی می‌تواند به عنوان یک ابزار مؤثر برای افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد استفاده قرار گیرد.درنهایت نتایج کلی پژوهش حاکی از آن است که معنویت درمانی می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و خودکارآمدی بیماران دیابتی شود. هر چند میزان اثر این درمان برای خودکارآمدی در حد متوسط بوده است؛ با این وجود، حاکی از تأثیر مثبت معنویت درمانی بر ارتقاء بهزیستی و سلامت روان‌شناختی بیماران دیابتی است.

بنابراین می‌توان از این درمان مقرون به صرفه در کنار درمان روتین بیماران دیابت جهت بالا بردن سلامت روانی این بیماران در مراکز درمانی استفاده نمود. این پژوهش همانند بسیاری از پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بوده است که از جمله آن می‌توان به حجم نمونهٔ پایین، عدم استفاده از کارآزمایی بالینی دو سوکور، عدم پیگیری بلند مدت (شش ماهه و یک ساله) و

CC BY-NC 4.0

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]
[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

استفاده تنها از بیماران دیابت نوع دو اشاره نمود. این موارد ممکن است از تعمیم‌پذیری نتایج تحقیق به سایر گروه‌های بیماران دیگر بکاهد. بنابراین پیشنهاد می‌شود ضمن توجه به محدودیت‌های مذکور از معنویت درمانی بر روی سایر بیماری-های جسمی استفاده شود تا در صورت مؤثر بودن بتوان از این شیوه درمانی برای ارتقاء سلامت روان‌شناختی بیماران بهره جست. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور کاهش سوگیری‌های احتمالی و کنترل متغیرهای مزاحم و مداخله‌گر، نمونهٔ مورد مطالعه از مراکز درمانی مختلف انتخاب شوند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با کد IR.IAU.SRB.REC.1402.226 در کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد امارات با اخذ به ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان

فریده ملکی آوارسین: انجام مصاحبه و گردآوری داده‌ها، گردآوری منابع، علیرضا پیرخائفی: تجزیه و تحلیل داده‌ها، مریم کلهرنیا گلکار: طراحی پژوهش را بر عهده داشتند. نویسندگان نسخه نهایی را مطالعه و تایید نموده و مسئولیت پاسخگویی در قبال پژوهش را پذیرفته اند.

حمایت مالی

برای انجام این پژوهش هیچ گونه حمایت مالی دریافت نشده است.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

تقدیر و تشکر

بر حسب وظیفه نویسندگان این مقاله بر حسب وظیفه از بیماران دیابت نوع دو شرکت کننده در پژوهش و همچنین مراکز درمانی تهران (مسیح دانشوری، نیکان و انجمن دیابت ایران) که در تحقق این پژوهش مساعدت لازم را به عمل آوردند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

References

1-Ma RC, Tong PC. Epidemiology of type 2 diabetes. Textbook of diabetes. 2024:55-74.

2-Zheng Y, Ley SH, Hu FB. Global aetiology and epidemiology of type 2 diabetes mellitus and its complications. Nature reviews endocrinology. 2018;14(2):88-98.

3-Collaborators GMD. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet Psychiatry. 2022;9(2):137-50.

4-Ogurtsova K, Guariguata L, Barengo NC & et al. IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. Diabetes research clinical practice. 2022;183:109-118.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

CC BY-NC 4.0

5-Car J, Collaborators GD. Global, regional, and national burden of diabetes from 1990 to 2021, with projections of prevalence to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet. 2023;402(10397):203-34.

6-Hazar N, Jokar M, Namavari N & et al. An updated systematic review and Meta-analysis of the prevalence of type 2 diabetes in Iran, 1996–2023. Frontiers in Public Health. 2024;12:1-15.

7-Imeni F, Sadeghi M, Gholam Rezaei S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. Daneshvar medicine. 2018;26(1):79-87.

8-Sorbi MH, Sadeghi K, Rahmanian M & et al. Positive psychotherapy effect on life expectancy and general health of type 2 diabetic patients: A randomized controlled trial. Iranian Journal of Diabetes Obesity. 2018;10(1):31-6.

9-Care D. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Care in. Diabetes Care. 2023;46:19-40.

10-Kautzky-Willer A, Leutner M, Harreiter J. Sex differences in type 2 diabetes. Diabetologia. 2023;66(6):986-1002.

11-Weaver RR, Lemonde M, Payman N & et al. Health capabilities and diabetes self-management: the impact of economic, social, and cultural resources. Social Science & Medicine. 2014;102:58-68.

12-Sorbi MH, Rahmanian M, Azizi R. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on the Well-Being and Glycemic Control of Patients with Type 2 Diabetes: A Randomized Controlled Trial. Thrita. 2019;8(1):1-7.

13-Wong PT. A second-wave positive psychology in counselling psychology: A paradigm shift: Taylor & Francis; 2023.

14-Maor M, Zukerman G, Amit N & et al. Psychological well-being and adjustment among type 2 diabetes patients: the role of psychological flexibility. Psychology, Health Medicine. 2022;27(7):1456-67.

15-Scharbert J, Humberg S, Kroencke L & et al. Psychological well-being in Europe after the outbreak of war in Ukraine. Nature Communications. 2024;15(1):12-22.

16-Benasi G, Gostoli S, Zhu B & et al. Well-Being Therapy and lifestyle intervention in type 2 diabetes: a pilot randomized controlled trial. Psychosomatic Medicine. 2022;84(9):1041-1049.

17-Ryff CD. The Privilege of Well-Being in an Increasingly Unequal Society. Current Directions in Psychological Science. 2024;9:63-72.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

 CC BY-NC 4.0

18-Milam LA, Cohen GL, Mueller C & et al. The relationship between self-efficacy and well-being among surgical residents. Journal of surgical education. 2019;76(2):321-328.

19-Linge AD, Bjørkly SK, Jensen C & et al. Bandura's Self-Efficacy Model Used to Explore Participants' Experiences of Health, Lifestyle, and Work After Attending a Vocational Rehabilitation Program with Lifestyle Intervention–A Focus Group Study. Journal of Multidisciplinary Healthcare. 2021;8:3533-48.

20-Pakdel H, Shorabi F, Haji Alizade K. The efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy on job stress coping strategies, health-related quality of life, and self-efficacy of iran air traffic controler staff. Journal of psychologicalscience. 2022;21(111):543-58.

21-Waddington J. Self-efficacy. ELT Journal. 2023;77(2):237-40.

22-Hamidi S, Gholamnezhad Z, Kasraie N & et al. The effects of self-efficacy and physical activity improving methods on the quality of life in patients with diabetes: A systematic review. Journal of Diabetes Research. 2022:1-14.

23-Woodcock S, Tournaki N. Bandura's Triadic Reciprocal Determinism model and teacher self-efficacy scales: a revisit. Teacher Development. 2023;27(1):75-91.

24-Poluektova O, Kappas A, Smith CA. Using Bandura's self-efficacy theory to explain individual differences in the appraisal of problem-focused coping potential. Emotion Review. 2023;15(4):302-312.

25-Mirmahdi SR, Safarinia M, Sharifi E. Therapeutic spirituality and positive psychology approach. Tehran: Avay-Noor 2017.

26-Fauci A, Braunwald E, Kasper D & et al. Harrisons Principles of international Medicine. 17th edition. Mc Graw-Hill companies; 2008.

27-Babaei Z, Latifi Z M, Ismaeili E. The effectiveness of spiritual therapy on the quality of life and mental health of women with diabetes. Journal of Religion and Psychology. 2015;30(2):37-50.

28-Ghazanfari F, Sabzian S, Garavand H. Effectiveness of therapy spirituality on quality of life for high school girls martyr and dedicated. Journal of military Psychology. 2015;6(23):5-16.

29-Niaz-Azari M, Abdollahi M, Zabihi Hesari NK & et al. Effect of spiritual group therapy on anxiety and quality of life among gestational diabetic females. Journal of religion jealth. 2017;5(1):11-20.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

30-Imeni F, Sadeghi M, Gholamrezaei S. The effect of spirituality group therapy on self-compassion and control of blood sugar in women with type 2 diabetes. Nursing and Midwifery Journal. 2018;16(1):55-64.

31-Salehpoor-Emran M, Rezapour M, Nazari R. The Relationship Between Spiritual Well-Being and Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes after the Peak of the COVID-19 Pandemic: A Predictive Study. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2024;33(228):45-56.

32-Giyaningtyas IJ, Elizabeth B. Analysis of Spiritual Well Being on the Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus in Tambun Health Center Area. Promoter. 2024;7(1):61-65.

33-Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. Psychotherapy psychosomatics. 1996;65(1):14-23.

34-Heydari M, Nouri M, Niaei AM. The effectiveness of group positive psychotherapy on psychological well-being and hope of cancer patients undergoing chemotherapy. Journal of Social Behavior Community Health. 2023;7(1):1042-50.

35-Asgharnejad T, Ahmadi DM, Farzad VE & et al. Psychometric properties of sherer's general self-efficacy scale. Journal of psychology. 2006;10(3):262-74.

36-Richards PS. & Bergin AE. A spiritual strategy for counseling and psychotherapy. American Psychological Association. 2006;51(13):422.

37-Akbari S, Pazokian M, Farahani AS & et al. Investigating the effect of spiritual care on the hope of diabetic patients referred to the Iranian diabetes association: a clinical trial. Archives of Pharmacy Practice. 2020;11:124-30.

38-Peyravi M, NasliEsfahani E, Tahmouresi N & et al. Comparison of the effectiveness of hope therapy and spiritual therapy on quality of life and biological indicators in women with diabetes. Quarterly Journal of Applied Psychology/Faṣlnāmah-i Ravān/shināsī-i Kārburdī. 2022; 16(2):183-200.

39-Darvishi A, Otaghi M, Mami S. The effectiveness of spiritual therapy on spiritual well-being, self-esteem and self-efficacy in patients on hemodialysis. Journal of religion health. 2020;59(1):277-88.

40-Sari RY, Hatmanti NM, Faizah I & et al. Spiritual diabetes self-management health coaching on self-efficacy, self-care, and blood glucose levels in type 2 diabetes mellitus patients. Bali Medical Journal. 2023;12(3):2768-73.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

 CC BY-NC 4.0

41-Arwani A, Sunarto S, Hidayati S & et al. The Influence of Spiritual Therapy on Diabetes Self-Management Intention in the Client with Type 2 Diabetes Mellitus. "4th International Conference In Health Sciences (ICHS)"; 2021.

[Downloaded from tbj.ssu.ac.ir on 2026-11-20]

[DOI: 10.18502/tbj.v23i3.16484]

CC BY-NC 4.0