Journal of Diabetes Nursing
2020; Volume 8 Number 3

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Anxiety and Self-care Behaviors in Patients with Type II Diabetes

Shams Sogol[1], **Heydari Shaban**[2*], Fakhri Mohammad Kazem[3]

1. Ph.D. Candidate of General Psychology, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Article information:

Original Article

Received: **2020/08/4**

Accepted: **2020/10/11**

JDN 2020; 8(3)

1137-1149

Corresponding Author:
Shaban Heydari, Islamic Azad University, Sari.
shaban.haydari17@yahoo.com

Abstract

Introduction: Diabetes is the most common chronic metabolic disease, which plays an important role in reducing health and quality of life. Accordingly, diabetic patients suffer from high anxiety levels and low self-care behaviors. The present study aimed to compare the effectiveness of mindfulness and psychological well-being education on anxiety and self-care behaviors in patients with type II diabetes.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted using pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients with type II diabetes who were the members of Tehran Diabetes Association living in districts 1-3 in Tehran, Iran. After reviewing the inclusion criteria, 75 people were selected using the purposive sampling method and randomly assigned into three groups of 25 people per group. The experimental groups (n=2) participated separately in 10 mindfulness and psychological well-being training sessions for 90 minutes (two sessions per week). On the other hand, the control group was placed on the waiting list for education. The data were collected using an anxiety inventory and revised diabetes self-care behaviors scale. Subsequently, they were analyzed in SPSS software (version 19) through the chi-square test, multivariate analysis of covariance, and Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that mindfulness and psychological well-being intervention significantly decreased anxiety and significantly increased self-care behaviors in patients with type 2 diabetes, compared to the control group ($P<0.001$). However, no significant difference was observed between mindfulness and psychological well-being education regarding a decrease in anxiety and an increase in self-care behaviors ($P>0.05$).

Conclusion: According to the results of the present study, mindfulness and psychological well-being education methods can be utilized to improve the health-related characteristics of the patients with type II diabetes, decrease anxiety, and increase self-care behaviors.

Keywords: *Anxiety, Mindfulness Education, Psychological Well-being Education, Self-care Behaviors, Type II Diabetes*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Shams S, Heydari S, Fakhri M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Anxiety and Self-care Behaviors in Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (3) :1137-1149

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۸، شماره ۳، تابستان ۹۹
صفحات: ۱۱۴۹-۱۱۳۷

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو

سوگل شمس[۱]، **شعبان حیدری**[*۲]، محمدکاظم فخری[۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران

نویسنده مسئول: شعبان حیدری، دانشگاه آزاد اسلامی ساری **shaban.haydari17@yahoo.com**

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است که نقش مهمی در افت سلامت و کیفیت زندگی دارد و مبتلایان به آن اضطراب بالا و رفتارهای خودمراقبتی پایینی دارند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مبتلایان به دیابت نوع دو ساکن در مناطق یک تا سه شهر تهران و عضو انجمن دیابت تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۷۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه (هر گروه ۲۵ نفر) جایگزین شدند. هر یک از گروه‌های آزمایش به تفکیک با روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی برای ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. داده‌ها با سیاهه اضطراب و مقیاس تجدیدنظرشده رفتارهای خودمراقبتی دیابت جمع‌آوری و با روش‌های خی‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش معنادار اضطراب و افزایش معنادار رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع شدند ($P<۰/۰۰۱$)، اما بین دو روش آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی در کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در آنان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P>۰/۰۵$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه حاضر، برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو به‌ویژه کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌توان از روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی استفاده کرد.

کلید واژه ها: آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش بهزیستی روانشناختی، اضطراب، رفتارهای خودمراقبتی، دیابت نوع دو.

How to site this article: Shams S, Heydari S, Fakhri M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Anxiety and Self-care Behaviors in Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (3) :1137-1149

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

مقدمه و هدف

دیابت[1] شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است که نتیجه ناهنجاری در سوخت‌وساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی می‌باشد (۱). این بیماری یکی از چالش‌های جدی و مهم در مدیریت بهداشت جامعه محسوب (۲) و هر سال در دنیا بیش از ۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا می‌شوند و بیش از ۳/۸ میلیون نفر بر اثر آن می‌میرند (۳). شیوع دیابت نوع دو بسیار بیشتر از نوع یک آن است؛ به‌طوری که ۹۰ الی ۹۵ درصد بیماران دیابتی مبتلا به دیابت نوع دو هستند. بر اساس اعلام فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۷ در جهان ۴۲۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود داشته و پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سال ۲۰۴۵ به ۶۲۹ میلیون نفر برسد (۴). در ایران ۱۴ الی ۲۳ درصد افراد بالای ۳۰ سال دیابتی یا دچار اختلال عدم تحمل گلوکز هستند که حدود ۲۵ درصد موارد عدم تحمل گلوکز در آینده به دیابت تبدیل می‌شود (۵).

دیابت نوع دو یک بیماری روان‌تنی است که تنیدگی و فشار روانی در ایجاد، تشدید و مزمن شدن آن تاثیر فراوانی دارند و باعث افزایش اضطراب[2] در مبتلایان به دیابت می‌شود (۶). اضطراب یکی از اختلال‌های روان‌پزشکی شایع با سیری مزمن است که بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله احساسات، عملکرد، رفتار و شناخت تاثیر منفی می‌گذارد (۷). این اختلال به معنای نگرانی مبهم، فراگیر و غیرقابل کنترل در غیاب اشیاء، محرک‌ها و موقعیت‌های استرس‌زا است (۸). با اینکه اضطراب پاسخی سازگار در برابر محرک‌ها می‌باشد، اما اگر از حد تعادل خارج شود منجر به درماندگی می‌گردد که در این صورت نیاز به انجام مداخله است (۹). یکی دیگر از سازه‌های نیازمند بررسی در مبتلایان به دیابت، رفتارهای خودمراقبتی[3] است که این رفتارها در مبتلایان به دیابت شامل کنترل مطلوب قند خون، پیروی از رژیم غذایی سالم، مصرف منظم داروها، پایش قند خون، مراقبت از پاها و فعالیت‌های ورزشی می‌باشد (۱۰). رفتارهای خودمراقبتی ساختاری چندبعدی دارد و شامل تمام فعالیت‌های مربوط به حفظ سلامتی، پیشگیری از بیماری‌ها و درمان آنها است که توسط بیمار و با اخذ دیدگاه مثبت به خود و بیماری به‌صورت آگاهانه و هدفمندانه انجام می‌شود (۱۱). اولین گام در راستای کمک به بیماران دیابتی، بهبود رفتارهای خودمراقبتی است (۱۲) و خودمراقبتی باعث کاهش هزینه‌ها و به‌تعویق افتادن عوارض و نشانه‌های حاد و مزمن بیماری دیابت می‌شود (۱۳).

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش آموزش ذهن‌آگاهی[4] است (۱۴). آموزش ذهن‌آگاهی یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که به افراد آموزش می‌دهند تا به جای پاسخ فوری و نسنجیده، پاسخ مناسب و سازگار بدهند (۱۵). این شیوه شامل آموزش برای ایجاد یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت و نزدیک‌شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای رهایی از حالت‌های هیجانی منفی است (۱۶). این روش آموزشی از طریق افزایش آگاهی، تمرکززدایی، اجازه بروز احساسات و افکار ناخوشایند، آگاهی از ارزش‌های شخصی و عمل طبق آنها، احساس شفقت به جای سرزنش خود و توجه به هیجان‌های مثبت و منفی و واکنش منطقی و هدفمند به آنها باعث بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت می‌شود (۱۷).

یکی دیگر از روش‌های بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش آموزش بهزیستی روانشناختی[5] است (۱۸). آموزش بهزیستی روانشناختی یکی از روش‌های برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر است که به‌صورت سازمان‌یافته، هدفمند، رهنمودی و مشکل‌مدار و بر اساس الگوی آموزشی از خویشتن‌نگری و تعامل مثبت و سازنده با دیگران استفاده می‌کند (۱۹). این شیوه بر اساس مدل چندبعدی طراحی‌شده و دارای شش بعد تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود و روابط مثبت با دیگران است که هدف آن بهبود بهزیستی روانشناختی، تغییر عقاید و نگرش‌های تخریب‌کننده بهزیستی، تحریک خودآگاهی، بهبود اختلال‌های خلقی و تقویت رفتارهای ارتقاءدهنده بهزیستی روانشناختی است (۲۰).

پژوهش‌های اندکی درباره اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی انجام شده و پژوهشی به مقایسه اثربخشی آن

[1] . Diabetes
[2] . Anxiety
[3] . Self-care Behaviors
[4] . Mindfulness Education
[5] . Psychological Well-being Education

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

با آموزش ذهن‌آگاهی نپرداخته و نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی روش‌های مداخله متفاوت است. برای مثال نتایج پژوهش حسینی و منشئی (۱۳۹۹) نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب شد (۲۱). در پژوهشی دیگر Takahashi و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب و استرس شد (۲۲). کیوان و همکاران (۱۳۹۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش فعالیت‌های خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شد (۲۳). در پژوهشی دیگر Sangprasert و همکاران (۲۰۱۹) گزارش کردند که تمرین آموزش سلامت مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث بهبود رفتارهای سلامتی و خودمراقبتی شد (۲۴). در مقابل، Assumpcao و همکاران (۲۰۱۹) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی شد، اما تاثیر معناداری در بهبود اضطراب و استرس نداشت (۲۵). همچنین، نتایج پژوهش پیرنیا و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از اثربخشی بهزیستی درمانی بر کاهش اضطراب بود (۲۶). در پژوهشی دیگر Ruini & Fava (۲۰۰۹) گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث کاهش اختلال اضطراب فراگیر شد (۲۷). پژوهشگر و همکاران (۱۳۹۸) ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث افزایش خودمدیریتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو شد (۲۸).

از یک سو دیابت یک بیماری مزمن و پیش‌رونده با شیوع بالا و در حال افزایش است و از سوی دیگر مبتلایان به آن دارای اضطراب بالا و رفتارهای خودمراقبتی پایینی هستند، لذا باید از روش‌های مداخله مناسبی برای کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی آنها استفاده کرد. از روش‌های بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت می‌توان به آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی اشاره کرد که پژوهش‌های اندکی درباره روش آموزش بهزیستی روانشناختی انجام شده و پژوهشی به مقایسه آن با روش آموزش ذهن‌آگاهی نپرداخته است. همچنین، همان‌طور که در بالا اشاره شد، تفاوت‌هایی در نتایج پژوهش‌ها وجود دارد، لذا برای اطمینان از اثربخشی روش‌ها نیاز به پژوهش‌های بیشتری است. در نتیجه، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش مبتلایان به دیابت نوع دو ساکن در مناطق یک تا سه شهر تهران و عضو انجمن دیابت تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۷۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند به‌عنوان نمونه انتخاب و با روش تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۶۰-۴۱ سال، زندگی با همسر، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی مثل ضداضطراب و ضدافسردگی، عدم سابقه دریافت آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی و عدم استفاده از درمان‌های روانشناختی در شش ماه گذشته و معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت دو جلسه و بیشتر از آن و انصراف از ادامه همکاری بودند. نحوه اجرای پژوهش این طور بود که پس از هماهنگی با مسئولان انجمن دیابت شهر تهران، اقدام به نمونه‌گیری شد و برای نمونه‌ها رعایت نکات اخلاقی، اهمیت و ضرورت مطالعه بیان و فرم رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش به امضای آنان رسید. نمونه‌ها به روش تصادفی به سه گروه ۲۵ نفری شامل گروه‌های آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش بهزیستی روانشناختی و کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش اول با روش آموزش ذهن‌آگاهی و گروه آزمایش دوم با روش آموزش بهزیستی روانشناختی به تفکیک به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت. مداخله در هر دو گروه توسط یک متخصص روانشناسی سلامت به‌صورت گروهی در روزهای یک‌شنبه و سه‌شنبه برای گروه آموزش ذهن‌آگاهی و در روزهای دوشنبه و چهارشنبه برای گروه آموزش بهزیستی روانشناختی انجام شد و هر سه گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از نظر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی ارزیابی شدند. محتوی مداخله آموزش ذهن‌آگاهی بر مبنای نظریه Bowen, Chawla & Marlatt (۲۰۱۱) توسط پشت‌یافته و میردریکوند (۱۳۹۷) طراحی شد (۲۹) (جدول ۱).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

همچنین، محتوی مداخله آموزش بهزیستی روانشناختی بر مبنای نظریه Ryff & Singer (۲۰۰۸) توسط فلاحیان و همکاران (۱۳۹۳) طراحی شد (۳۰) (جدول ۲).

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر اطلاعات دموگرافیک شامل جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری، از ابزارهای زیر استفاده شد.

سیاهه اضطراب[6]: سیاهه اضطراب توسط Beck و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شد. این ابزار ۲۱ آیتم دارد که با استفاده از مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت از صفر تا سه نمره‌گذاری و نمره‌اش با مجموع نمره آیتم‌ها بدست می‌آید، پس دامنه نمرات بین صفر تا ۶۳ است و نمره بالاتر حاکی از اضطراب بیشتر می‌باشد. Beck و همکاران (۱۹۸۸) روایی ابزار را از طریق همبستگی آیتم‌ها با کل آزمون در دامنه ۰/۳۰ تا ۰/۷۱ بدست آورند که حاکی از روایی مطلوب ابزار بود و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش کردند (۳۱). همچنین، چرمچی و همکاران (۱۳۹۵) روایی صوری و محتوایی ابزار را توسط پنج نفر از اعضای هیأت علمی و دو نفر از متخصصین روانسنجی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کردند (۳۲). در این مطالعه مقدار پایایی سیاهه اضطراب با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمد.

مقیاس تجدیدنظرشده رفتارهای خودمراقبتی دیابت[7]: مقیاس تجدیدنظرشده رفتارهای خودمراقبتی دیابت توسط Toobert و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شد. این ابزار ۱۵ آیتم دارد که یک گویه به صورت صفر و یک و چهارده آیتم دیگر با استفاده از مقیاس هشت گزینه‌ای لیکرت از صفر تا هفت نمره‌گذاری و نمره‌اش با مجموع نمره آیتم‌ها بدست می‌آید، پس دامنه نمرات بین صفر تا ۹۹ است و نمره بالاتر حاکی از رفتارهای خودمراقبتی بیشتر می‌باشد. Toobert و همکاران (۲۰۰۰) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تایید و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ گزارش کردند (۳۳). همچنین، ثناگوی محرر و همکاران (۱۳۹۹) پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (۴). در این مطالعه مقدار پایایی مقیاس تجدیدنظرشده رفتارهای خودمراقبتی دیابت با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد.

داده‌های حاصل از اجرای ابزارهای فوق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با روش‌های خی‌دو، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ در سطح معناداری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از سه گروه اتفاق نیفتاد و تحلیل‌ها برای سه گروه ۲۵ نفری انجام شد؛ به‌طوری که میانگین سنی و انحراف معیار گروه آموزش ذهن‌آگاهی ۳/۷۶±۵۰/۲۳ سال، گروه آموزش بهزیستی روانشناختی ۴/۱۹±۵۲/۰۸ سال و گروه کنترل ۳/۹۴±۵۱/۲۰ سال بود. همچنین، بر اساس نتایج آزمون خی‌دو گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر اطلاعات دموگرافیک جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری از لحاظ آماری تفاوت معناداری ندارند (P>۰/۰۵) (جدول ۳).

میانگین و انحراف معیار اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی گروه‌های آزمایش و کنترل قابل مشاهده است (جدول ۴).

پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن بررسی شد که بر اساس نتایج آزمون کولموگروف- اسمیرنوف فرض نرمال‌بودن، بر اساس آزمون M باکس فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و بر اساس آزمون لوین فرض برابری واریانس‌ها تایید شد (P>۰/۰۵). در نتیجه، استفاده از روش تحلیل مذکور مجاز است. بر اساس نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری مشخص شد که از لحاظ آماری بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل از نظر یکی از متغیرهای اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد (F=۹۶/۴۵۴, P<۰/۰۰۱).

بر اساس نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ آماری بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر هر دو متغیر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱) (جدول ۵).

[6]. Anxiety Inventory

[7]. Revised Diabetes Self-care Behaviors Scale

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

جدول شماره ۱: محتوی مداخله آموزش ذهن‌آگاهی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	معارفه و آشنایی، معرفی ذهن‌آگاهی و آموزش کنترل ذهن به‌ویژه موقعی که ذهن به سوی هدایت خودکار می‌رود
دوم	آموزش مدیتیشن اسکن بدن، بررسی موانع این راهکار از جمله بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهنی، آموزش ذهن‌آگاهی و عدم قضاوت برای رهایی از افکار مزاحم، تشریح تفاوت افکار و احساسات و تاثیر آنها بر افراد
سوم	آگاهی از چگونگی درگیری و پراکندگی ذهن و یادگیری تمرکز ارادی آگاهی بر تنفس برای تسهیل یکپارچه و متمرکزکردن ذهن
چهارم	آموزش دیدن رویدادها از زوایای مختلف، رهایی احساس‌های منفی گذشته مثل تأسف و ناامیدی، بحث درباره اهمیت ماندن در زمان حال و چگونگی رهایی از افسوس‌ها و نگرانی‌های گذشته و آینده
پنجم	پذیرش تجارب و احساسات ناخوشایند، دیدن رویدادهای از زوایای مختلف و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه‌های قبلی و نگاهی متفاوت به آنها
ششم	آموزش نگاه به افکار فقط به‌عنوان فکر و بررسی آن همانند یک شخص سوم، آگاهی از افکار مختلف و برقراری رابطه سازگار با افکار و احساسات ناشی از آن
هفتم	آموزش مقابله با افکار خودکار منفی، رهایی از تمرکز بر روی افکار مشکل‌آفرین، مقابله با اضطراب و با استفاده از ذهن‌آگاهی و نقش ذهن‌آگاهی در کاهش اضطراب و افزایش سلامتی (خودمراقبتی)
هشتم	آموزش کافی‌نبودن آگاهی به تنهایی برای حل مشکل، یادگیری نحوه مراقبت از خود، آموزش نقش ذهن‌آگاهی در رفتارهای خودمراقبتی و یادگیری ارزش‌گذاری و اولویت‌بندی آنها برای رویدادها
نهم	بحث درباره تجربیات شرکت‌کنندگان با تمرکز بر ذهن‌آگاهی، بررسی فواید ذهن‌آگاهی و بررسی نقش آن در کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی
دهم	انجام تمرین‌های تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث درباره روش‌های مقابله و موانع مدیتیشن، بررسی نظرات شرکت‌کنندگان درباره ذهن‌آگاهی و نقش آن در رشد ویژگی‌های آنها

جدول شماره ۲: محتوی مداخله آموزش بهزیستی روانشناختی به تفکیک جلسات

جلسات	محتوی
اول	معارفه و آشنایی، معرفی بهزیستی روانشناختی و اینکه چرا این سازه ساخته شد؟ و بررسی نظرات درباره اینکه چه چیزی باعث خوشبختی و بهزیستی روانشناختی می‌شود
دوم	آموزش پذیرش خود از طریق اینکه چگونه خود را با ویژگی‌های مثبت و منفی بپذیریم، چگونه بتوانیم آنچه هستیم را بپذیریم و با گذشته و اشتباه‌هایمان کنار بیاییم و خودمان را دوست داشته باشیم
سوم	آموزش پذیرش خود از طریق خودشناسی یعنی اینکه چگونه خود را بشناسیم، نگرش صحیح نسبت به خود پیدا کنیم و ویژگی‌های شخصیتی خود را بشناسیم
چهارم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط موثر
پنجم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش خوش‌بینی و تفکر مثبت و بررسی نقش و اهمیت خوش‌بینی و تفکر مثبت در ایجاد ارتباط مثبت با دیگران
ششم	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق آموزش اینکه هوش هیجانی چیست؟ چگونه هوش هیجانی خود را افزایش دهیم؟ و چرا افراد دارای هوش هیجانی بالا در برقراری ارتباط با دیگران موفق‌تر هستند؟
هفتم	آموزش استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتمادکردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌ورزی، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها
هشتم	معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق اینکه یادگیری تجارب جدید باعث ارتقای رشد شخصی می‌شود
نهم	آموزش تسلط بر محیط از طریق آموزش چگونگی مدیریت بر زندگی و سلامت خویش، مدیریت بر شرایط و محیط، توضیح فواید مدیریت زمان و نحوه برنامه‌ریزی صحیح
دهم	آموزش هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی در زندگی و تنظیم و اولویت‌بندی اهداف

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

جدول شماره ۳: فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات دموگرافیک گروه‌ها و مقایسه آنها بر اساس آزمون خی‌دو

متغیرها	سطوح	آموزش ذهن‌آگاهی		آموزش بهزیستی		کنترل		P-value
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
جنسیت	زن	۱۴	۵۶	۱۲	۴۸	۱۳	۵۲	۰/۸۵۲
	مرد	۱۱	۴۴	۱۳	۵۲	۱۲	۴۸	
تأهل	متأهل	۲۰	۸۰	۲۱	۸۴	۱۹	۷۶	۰/۷۷۹
	مجرد	۵	۲۰	۴	۱۶	۶	۲۴	
تحصیلات	دیپلم	۱۱	۴۴	۱۱	۴۴	۱۳	۵۲	۰/۹۳۸
	کاردانی	۵	۲۰	۴	۱۶	۳	۱۲	
	کارشناسی	۹	۳۶	۱۰	۴۰	۹	۳۶	
سن	۴۱-۴۵ سال	۷	۲۸	۶	۲۴	۶	۲۴	۰/۹۷۹
	۴۶-۵۰ سال	۵	۲۰	۴	۱۶	۶	۲۴	
	۵۱-۵۵ سال	۵	۲۰	۴	۱۶	۴	۱۶	
	۵۶-۶۰ سال	۸	۳۲	۱۱	۴۴	۹	۳۶	
مدت بیماری	۱-۵ سال	۵	۲۰	۶	۲۴	۶	۲۴	۰/۹۵۲
	۶-۱۰ سال	۶	۲۴	۶	۲۴	۵	۲۰	
	۱۱-۱۵ سال	۵	۲۰	۶	۲۴	۸	۳۲	
	۱۶-۲۰ سال	۹	۳۶	۷	۲۸	۶	۲۴	

جدول شماره ۴: میانگین و انحراف معیار اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی گروه‌ها

متغیرها	مراحل	آموزش ذهن‌آگاهی		آموزش بهزیستی		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۱/۱۶	۵/۳۵	۲۱/۷۶	۵/۴۳	۲۲/۲۸	۵/۳۳
	پس‌آزمون	۱۶/۱۲	۴/۷۷	۱۷/۰۸	۴/۹۹	۲۲/۵۲	۵/۱۷
رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۲۹/۹۲	۴/۱۴	۳۰/۳۲	۴/۶۷	۳۰/۴۴	۳/۶۰
	پس‌آزمون	۳۵/۶۸	۴/۲۷	۳۵/۸۴	۴/۵۵	۳۰/۰۴	۳/۲۵

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی

متغیرها	منبع اثر	SS	df	MS	مقدار F	P-value	اندازه اثر	توان آماری
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۷۱۰/۳۲	۱	۱۷۱۰/۳۲	۱۸۳۵/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۳	۱/۰۰۰
	گروه	۴۴۶/۵۲	۲	۲۲۳/۲۵۸	۲۳۹/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷۳	۱/۰۰۰
	خطا	۶۵/۲۳	۷۰	۰/۹۳				
رفتارهای خودمراقبتی	پیش‌آزمون	۱۱۰۳/۶۸	۱	۱۱۰۳/۶۸	۹۹۰/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۹۳۴	۱/۰۰۰
	گروه	۵۹۶/۸۶	۲	۲۹۸/۴۳	۲۶۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴	۱/۰۰۰
	خطا	۷۷/۹۸	۷۰	۱/۱۱				

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی از لحاظ آماری روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی شدند (P<۰/۰۰۱)، اما از لحاظ آماری بین دو روش آموزشی در هیچ‌یک از متغیرهای مذکور تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵) (جدول ۶).

جدول شماره ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها از نظر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی

متغیرها	گروه‌ها		اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-value
اضطراب	آموزش ذهن‌آگاهی	کنترل	-۵/۳۹۶	۰/۲۷۵	۰/۰۰۱
	آموزش بهزیستی	کنترل	-۴/۹۷۱	۰/۲۷۳	۰/۰۰۱
	آموزش ذهن‌آگاهی	آموزش بهزیستی	-۰/۴۲۵	۰/۲۷۴	۰/۳۷۴
رفتارهای خودمراقبتی	آموزش ذهن‌آگاهی	کنترل	۶/۱۰۶	۰/۳۰۰	۰/۰۰۱
	آموزش بهزیستی	کنترل	۵/۹۰۲	۰/۲۹۹	۰/۰۰۱
	آموزش ذهن‌آگاهی	آموزش بهزیستی	۰/۲۰۴	۰/۲۹۹	۱/۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

دیابت یک بیماری مزمن و با شیوع بالا و در حال افزایش است، پس پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شد که این یافته در زمینه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب با یافته پژوهش‌های حسینی و منشئی (۲۱)، Takahashi و همکاران (۲۲) همسو و با یافته پژوهش Assumpcao و همکاران (۲۵) ناهمسو و در زمینه اثربخشی آن بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی با یافته پژوهش کیوان و همکاران (۲۳) و Sangprasert و همکاران (۲۴) همسو بود. در تبیین ناهمسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش Assumpcao و همکاران (۲۵) می‌توان به تفاوت در تعداد جلسات مداخله اشاره کرد. در پژوهش حاضر مداخله ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام، اما در اما در پژوهش فقط ۶ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد. هنگامی که مداخله‌های روانشناختی بر روی افراد دارای اختلال‌های مزمن و پیش‌رونده (در پژوهش حاضر مبتلایان به دیابت نوع دو و در پژوهش آنان مبتلایان به علائم استرس، اضطراب و افسردگی) انجام می‌شود، تعداد جلسات می‌تواند نقش موثری در اثربخشی روش مداخله داشته باشد و از آنجایی که تعداد جلسات مداخله پژوهش حاضر تقریبا دو برابر پژوهش آنان بود، پس می‌توان انتظار داشت که یافته‌های پژوهش حاضر برخلاف پژوهش آنها حاکی از اثربخشی روش آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب باشد. همچنین، در تبیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌توان گفت که در آموزش ذهن‌آگاهی افراد یادمی‌گیرند که با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه نمایند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به ویژگی‌ها و توانمندی‌های خود و ارتقای توجه به لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف‌کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات افراد تاثیر مثبت می‌گذارد (۲۲). نکته حائز اهمیت دیگر اینکه آموزش ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که چگونه مهارت‌های عادتی را از حالت نیرومندی خارج و منابع پردازش اطلاعات را به طرف اهداف خنثی ببرند و شرایط را برای تغییر سبک زندگی آماده نمایند و از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، افزایش مشارکت اجتماعی، پذیرش خود، بهبود حل مساله و افزایش عزت‌نفس نقش مهمی در افزایش احساسات فیزیکی و روانی مثبت و کاهش احساسات فیزیکی و روانی منفی دارد که این عوامل می‌توانند نقش مهمی در سلامت داشته باشند (۲۴). با توجه به مفاهیم مطرح‌شده برای آموزش ذهن‌آگاهی می‌توان انتظار داشت که این شیوه بتواند میزان اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را کاهش و میزان رفتارهای خودمراقبتی در آنان را افزایش دهد.

دیگر یافته‌ها نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شد که این یافته در زمینه اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش اضطراب با یافته پژوهش‌های پیرنیا و همکاران (۲۶) و Ruini & Fava (۲۷) و در زمینه اثربخشی آن بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی با یافته پژوهش پژوهشگر و همکاران (۲۸) همسو بود. در تبیین اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌توان گفت که این شیوه پس از برقراری ارتباط مناسب با شرکت‌کنندگان به بررسی وضعیت خوشبختی و بهزیستی آنان و عوامل موثر در آنها می‌پردازد، سپس از طریق پذیرش خود تلاش می‌کند تا افراد ویژگی‌های مثبت و منفی خود را بشناسند، بپذیرند و دیدگاه مناسبی نسبت به آنها پیدا کنند و پس از آن با آموزش ارتباط مثبت با دیگران به افراد مهارت‌های ارتباط موثر، خوش‌بینی و تفکر مثبت نسبت به دیگران و ارتقای هوش هیجانی را آموزش می‌دهد. این شیوه در مرحله بعد با آموزش استقلال، خودمختاری، جرأت‌ورزی، تسلط بر محیط، مدیریت خویش و هدفمندی در زندگی باعث بهبود ویژگی‌های روانشناختی می‌شود (۲۷). همچنین، آموزش بهزیستی روانشناختی به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌آموزد تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ نمایند و زندگی خود را شخصا شکل دهند و تصویری از زندگی خوب را به روشنی بیان کنند و در هر موقعیت بهترین‌ها را ببینند و بر اساس آنها افکار و رفتار خود را تغییر دهند که این عوامل باعث می‌شوند که بیماران تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس کرده و در مقابله با دشواری‌های روانی در زندگی و مواجهه با استرسورهای ناشی از بیماری، موضعی فعال داشته باشند و بیماری را بهتر مدیریت نمایند (۲۸). بنابراین، آموزش بهزیستی روانشناختی با توجه به ویژگی‌هایی که دارد می‌تواند نقش موثری در کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو داشته باشد.

یافته‌های دیگر نشان داد که بین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی در کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو تفاوت معناداری وجود نداشت. پژوهشی درباره مقایسه دو روش یافت نشد، اما در تبیین عدم تفاوت بین دو روش می‌توان به ویژگی‌ها و راهبردهای موثر در هر دو روش اشاره کرد. روش آموزش ذهن‌آگاهی یکی از روش‌های برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است و روش آموزش بهزستی روانشناختی که یکی از روش‌های برگرفته از روانشناسی مثبت‌نگر است که هر دو به دنبال بهبود توانمندی‌ها و ویژگی‌های مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی هستند. همچنین، هر دو روش دارای پشتوانه نظری مستحکمی هستند که روش آموزش ذهن‌آگاهی با آموزش محتواهایی مانند آموزش کنترل ذهن، مدیتیشن، عدم قضاوت، شناسایی افکار و احساسات مزاحم، تقویت تمرکز ارادی و متمرکزکردن ذهن، دیدن رویدادها از زوایای مختلف، رهایی از ناامید و تأسف، آگاهی از افکار مختلف، مقابله با افکار ناکارآمد و اضطراب، تاکید بر افزایش سلامتی و یادگیری ارزش‌گذاری و اولویت‌بندی آنها و روش آموزش بهزیستی روانشناختی با آموزش محتواهایی مانند شناخت بهزیستی روانشناختی و نقش آن در سلامت و کیفیت زندگی، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، تاکید بر مسئولیت‌پذیری جهت رشد شخصی، استقلال و خودمختاری، تسلط بر محیط و هدفمندی اثربخشی خود

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

را نشان می‌دهند. در نتیجه، هر دو روش می‌توانند از طریق بهبود سازگاری، ارتقای سلامت، خوش‌بینی و بهزیستی روانشناختی و کاهش ناامیدی و عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شوند و بین آنها تفاوت معناداری مشاهده نشود.

مهم‌ترین محدودیت‌های مطالعه حاضر شامل عدم پیگیری نتایج، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، محدودشدن جامعه پژوهش به مبتلایان به بیماری دیابت نوع دو ساکن مناطق یک تا سه شهر تهران، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی برای جمع‌آوری داده‌ها بودند. بنابراین، استفاده از مراحل پیگیری و روش نمونه‌گیری تصادفی، انجام پژوهش بر روی مبتلایان به دیابت نوع یک و نوع دو سایر شهرها و استفاده از مصاحبه برای جمع‌آوری داده‌ها به‌ویژه برای رفتارهای خودمراقبتی پیشنهاد می‌شود. پیشنهاد دیگر انجام پژوهش درباره مقایسه اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی به تفکیک جنسیت می‌باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شدند و بین روش‌ها تفاوت معناداری وجود نداشت. بنابراین، می‌توان انتظار داشت که روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی می‌توانند با محتواهای خود (آموزش ذهن‌آگاهی شامل ایجاد و ارتقای ذهنی آگاه، مدیتیشن، مقابله با افکار ناکارآمد، دیدن رویدادها از زوایای مختلف، مشاهده افکار و عدم قضاوت آنها، ارزش‌گذاری و اولویت‌بندی ارزش‌ها) و (آموزش بهزیستی روانشناختی شامل معرفی بهزیستی روانشناختی، پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، استقلال و خودمختاری، رشد شخصی، تسلط بر محیط و هدفمندی) از طریق افزایش افکار و عواطف مثبت و کاهش افکار و عواطف منفی و ارتقای سازگاری، سلامت و کیفیت زندگی باعث کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شوند. در نتیجه، برنامه‌ریزی برای استفاده از روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو به‌ویژه کاهش اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی ضروری است.

تشکر و قدردانی

این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.SARI.REC.1399.17 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است و بدین وسیله نویسندگان از مسئولان انجمن دیابت شهر تهران و شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

بین نویسندگان تضادف منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

References

1. Kelly SD, Neary SL. Ominous octet and other scary diabetes stories: the overview of pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. Physician Assistant Clinics. 2020; 5(2): 121-33.

2. McCoy MA, Theeke LA. A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. International Journal of Nursing Sciences. 2019; 6(4): 468-77.

3. Lee H, Lee YW, Lee K, Hong S, Kim SH. A new objective health numeracy test for patients with type 2 diabetes: Development and evaluation of psychometric properties. Asian Nursing Research. 2020; 14(2): 66-72.

4. Sanagouye Moharer G, Shirazi M, Kahrazei F, Karami Mohajeri Z, Kia S. Effect of self-management training on stress, mental health, and self-care behaviors in patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2020; 8(2): 1084-95.

5. Taheri H, Sarhadi E, Peyvand M, Hashemzehi Gonaki Z. Prevalence and severity of neuropathy in patients with type II diabetes in Zahedan, Iran. Prevalence. 2020; 8(2): 1096-104.

6. Nefs G, Hendriecky C, Reddy P, Browne JL, Bot M, Dixon J, et all. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: results from the international diabetes MILES study. Journal of Diabetes and Its Complications. 2019; 33(8): 523-9.

7. Lebel C, Mackinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic. Journal of Affective Disorders. 2020; 277: 5-13.

8. Sirri L, Tossani E, Potena L, Masetti M, Grandi S. Manifestations of health anxiety in patients with heart transplant. Heart and Lung. 2020; 49(4): 364-9.

9. Korkmaz H, Korkmaz S, Yildiz S, Gundogan B, Atmaca M. Determination of health anxiety, anxiety, and somatosensory amplification levels in individuals with normal coronary angiography. Psychiatry Research. 2017; 252: 114-7.

10. Shibayama T, Tanha S, Abe Y, Haginoya H, Rajab A, Hidaka K. The role of illness schemata in self-care behaviors and glycemic control among patients with type 2 diabetes in Iran. Primary Care Diabetes. 2019; 13(5): 474-80.

11. Schrauben SJ, Cavanaugh KL, Fagerlin A, Ikizler TA, Ricardo AC, Eneanya ND, et al. The relationship of disease-specific knowledge and health literacy with the uptake of self-care behaviors in CKD. Kidney International Reports. 2020; 5(1): 48-57.

12. Srinath KM, Basavegowda M, Tharuni NS. Diabetic self-care practices in rural Mysuru, Southern Karnataka, India- a need for diabetes self-management educational (DSME) program. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2017; 11(1): S181-6.

13. Karots E, Purba JM, Simamora RH, Lufthiani A, Siregar CT. Use of King's theory to improve diabetics self-care behavior. Enfermeria Clinica. 2020; 30(3): 95-9.

14. Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. Behavior Therapy. 2019; 50(3): 630-45.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

15. Lin Y, Callahan CP, Moser JS. A mind full of self: self-referential processing as a mechanism underlying the therapeutic effects of mindfulness training on internalizing disorders. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2018; 92: 172-86.
16. Barnhofer T. Mindfulness training in the treatment of persistent depression: can it help to reverse maladaptive plasticity? Current Opinion in Psychology. 2019; 28: 262-7.
17. Bakosh LS, Mortlock JMT, Querstret D, Morison L. Audio-guided mindfulness training in schools and its effect on academic attainment: Contributing to theory and practice. Learning and Instruction. 2018; 58: 34-41.
18. Moeenizadeh M, Salagame KK. The impact of well - being therapy on symptoms of depression. International Journal of Psychological Studies. 2010; 2(2): 223-30.
19. Xu YY, Wu T, Yu Y, Li M. A randomized controlled trial of well-being therapy to promote adaptation and alleviate emotional distress among medical freshmen. BMC Medical Education. 2019; 19(1): 182.
20. Ruini C. The use of well-being therapy in clinical settings. The Journal of Happiness & Well-Being. 2014; 2(1): 75-84.
21. Hoseini L, Manshaei G. Effectiveness of child-centered mindfulness therapy on 8-12 year-old children with depression symptoms. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(1): 331-50.
22. Takahashi T, Sugiyama F, Kikai T, Kawashima I, Guan S, Oguchi M, et all. Changes in depression and anxiety through mindfulness group therapy in Japan: the role of mindfulness and self-compassion as possible mediators. Biopsychosocial Medicine. 2019; 13(1): 4.
23. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. The effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) on self-care activities and life expectancy in patients with type 2 diabetes with one year follow up. Razi Journal of Medical Sciences. 2019; 26(8): 1-13.
24. Sangprasert P, Palangrit S, Tiyoa N, Pattaraarchachai J. Effects of mindfulness-based health education practice on health behaviors and quality of life among hypertensive patients: a quasi-experimental research. Journal of Health Research. 2019; 33(3): 186-96.
25. Assumpcao AA, Pena CS, Neufeld CB, Teodoro MM. Mindfulness-based cognitive therapy for university students with depression, anxiety, and stress symptoms: a randomized controlled trial. Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases. 2019; 4(3): 51-9.
26. Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of well-being therapy on symptoms of anxiety, stress and depression in men on therapeutic-community, a randomized clinical trial. Community Health Journal. 2017; 10(4): 47-56.
27. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. Psychotherapy and Psychosomatics. 2005; 74(1): 26-30.
28. Pajoheshgar M, Rajaei A, Khoienejad G, Bayazi MH. Effect of well-being therapy on depression, self-management, and blood glucose level in females with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2019; 7(4): 943-57.
29. Poshtyafte A, Mirderikvand F. The effectiveness of awareness education on

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]

social self-efficacy and resilience in the glass dependent patients. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2018; 5(1): 61-7.

30. Fallahian R, Aghaei A, Atashpoor H, Kazemi A. The effect of subjective well-being group training on the mental health of students of Islamic Azad University of Khorasgan (Isfahan). Knowledge & Research in Applied Psychology. 2014; 15(2): 14-24.

31. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988; 56(6): 893-7.

32. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, Bakhtiarpour S. The effect of "cognitive behavior therapy" in method group on anxiety and psychological resilience of menopausal women. Journal of Health Promotion Management. 2016; 5(5): 15-22.

33. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes Care. 2000; 23(7): 943-50.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1399.8.3.6.5]