مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو

مریم معتکف فر [۱]، مریم بهرامی هیدجی [۲*]، شیدا سوداگر [۳]، نجمه رحیمی [۴]

[۱] گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۲] گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۳] گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
[۴] گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، سبزوار، ایران

* نویسنده مسؤول: مریم بهرامی هیدجی
bahrami_h3@yahoo.com

ارجاع: معتکف فر مریم، بهرامی هیدجی مریم، سوداگر شیدا، رحیمی نجمه. مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۲): ۹۱-۱۸۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۱/۲۱
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۰۸
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/ ۲۰

چکیده

زمینه و هدف: در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو سطح بهزیستی روان‌شناختی همواره پایین بوده و این خود باعث تشدید علائم در آن‌ها می‌شود؛ براین اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را افراد مبتلا به دیابت نوع دو که در سال ۱۳۹۸ به کلینیک دیابت شهر سبزوار مراجعه کرده‌اند تشکیل دادند که تعداد ۴۵ نفر براساس فرمول کوهن و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، گروه آزمایش هیجان‌مدار و گروه کنترل جای گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۲۰۰۲) بود و برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار $SPSS_{24}$ و از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی (تحلیل کوواریانس) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روش درمانی هیجان‌مدار بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو موثر است ($p < ۰/۰۵$). همچنین نتایج آزمون تعقیبی نشان داد بین اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و روش درمانی هیجان‌مدار بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه گیری: باتوجه به طیف وسیعی از عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی، می‌توان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و روش درمانی هیجان‌مدار را جهت بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو پیشنهاد داد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، ذهن آگاهی، درمان هیجان مدار، بهزیستی روان‌شناختی، دیابت شیرین

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

مقدمه

بیماری دیابت، شایع‌ترین بیماری متابولیک و چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی است و از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده می‌شود و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان به شمار می‌آید (۱). این بیماری به علت عدم جذب سلولی قند خون ناشی از کاهش ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن در برابر انسولین ایجاد می‌شود (۲). براساس آخرین آمار فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۵ در ایران بالغ بر ۴/۶ میلیون نفر با بیماری دیابت و مشکلات ناشی از آن مواجه بودند. طبق این آمار شیوع دیابت در ایران در سنین ۲۰ تا ۷۹ ساله ۸/۵ درصد بوده است و هزینه‌های هر فرد مبتلا سالانه ۶۳۶ دلار برآورد شده است (۳). بیماران دیابتی به دلیل مشکلات تحمیل شده مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قندخون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمی و بستری شدن در بیمارستان، پاسخ‌های هیجانی مناسبی ندارند و معمولاً بهزیستی روان‌شناختی ضعیفی را تجربه می‌کنند (۴). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد میزان شیوع اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی بیشتر از افراد غیر دیابتی است (۵).

ریف، بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه خود می‌داند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از ۶ عامل پذیرش خود، داشتن رابطه مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و احساس رشد مستمر و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود. افراد با بهزیستی روانشناختی پایین رویدادهای زندگی خود را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌های منفی مثل غم، اضطراب، خشم و افسردگی را تجربه می کنند، در مقابل افراد دارای بهزیستی روان‌شناختی بالا به طور معمول از رویدادهای زندگی خودارزیابی مثبتی دارند و بیشتر هیجان‌های مثبت مثل شادی را تجربه می‌کنند (۶،۷). بهزیستی دارای ۲ بخش شناختی و عاطفی است. بعد شناختی ارزیابی شناختی افراد از تراز رضایت از زندگی و بعد عاطفی تراز برخورداری از بیشینه عاطفه مثبت و کمینه عاطفه منفی هست (۸). ایجاد و افزایش بهزیستی افراد را به سمت موفقیت در زندگی، ارتباط اجتماعی حمایت‌گرانه سالم‌تر و سلامت جسمی و روانی بالاتر هدایت می‌کند (۹). در دو دهه گذشته فهم و درک افراد از بهزیستی و چگونگی ارتقای آن تکامل یافته است (۱۰). بهزیستی روان‌شناختی یک روش خوب برای زندگی و ترکیبی از احساس خوب و عملکرد موثر است (۱۱). نتایج پژوهش ماسی و همکاران (۲۰۱۹) که در بررسی سیستماتیک، مداخلات بهزیستی روان‌شناختی برای مبتلایان به بیماری دیابت را اندازه گیری کردند، نشان داد در بیماران مبتلا به دیابت سازه‌های بهزیستی روانشناختی با پیامدهای بهتر از جمله کنترل بهتر بیماری و کاهش میزان مرگ و میر مرتبط است (۱۲). بتول و صدیق (۲۰۱۸) در پژوهشی که بر روی بیماران دیابتی کشور پاکستان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که بیماران دیابتی نوع دو از بهزیستی روان‌شناختی ضعیفی برخوردار هستند (۱۳). ساری و همکاران (۲۰۲۱) نیز در پژوهش خود که بر روی بیماران دیابتی نوع دو کشور اندونزی انجام شد، گزارش کردند بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی در سطح پایینی قرار دارد (۱۴).

به منظور ارتقاء سلامت و همچنین ارتقاء سطح بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی روش‌های درمانی مختلفی وجود دارد که یکی از این روش‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. این روش درمانی جنبه‌هایی از شناخت درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع مجدد بیماری جلوگیری کنند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه‌ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل‌گیری افکار و هیجان-های خوشایند منجر می‌شود (۱۵). این شیوه به افراد آموزش می‌دهد تا به جای پاسخ فوری و نسنجیده، پاسخ مناسب و سازگار بدهند. این شیوه شامل آموزش برای ایجاد یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت و نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای رهایی از حالت‌های هیجانی منفی است (۱۶). این روش آموزشی از طریق افزایش آگاهی، تمرکز زدایی، اجازه بروز احساسات و افکار ناخوشایند، آگاهی از ارزش‌های شخصی و عمل طبق آن-ها، احساس شفقت به جای سرزنش خود و توجه به

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

هیجان‌های مثبت و منفی و واکنش منطقی و هدفمند به آن‌ها باعث بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت می‌شود (۱۷). حسینی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی روی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تهران، به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است (۱۸). خاکپور و همکاران (۱۴۰۰) نیز در پژوهش خود روی بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند، به این نتیجه رسیدند که مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش می‌دهد (۱۹).

از دیگر روش موثر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران می‌توان به روش درمانی هیجان‌مدار اشاره کرد. این رویکرد درمانی توسط مایک پاور و داگلیش در سال ۲۰۰۸ مطرح شد که به بررسی رویکردهای طبقه‌ای و ابعادی به هیجان‌های اساسی در یک سیستم چند سطحی بر اساس اصولی متفاوت از قبل می‌پردازد. بر اساس این درمان، سطوح متفاوت می‌توانند بر اساس اصول متفاوت عمل کنند. سال‌ها پژوهش به وضوح نشان می‌دهد که هیجانات نقش مهمی در بسیاری از جنبه‌های زندگی ایفا می‌کند و در انطباق و سازگاری با وقایع استرس‌زا و تحولات زندگی تاثیرگذار است (۲۰). درمان هیجان‌مدار به بیماران کمک می‌کند تا نسبت به هیجانات‌شان آگاه شوند و به روشی مفید از آن‌ها استفاده کنند (۲۱). این روش درمانی سبب می‌شود تا افراد آموزش‌دیده فراگیرند چه هیجان‌هایی را باید نشان دهند؛ علاوه بر آن، این هیجانات را چگونه و چه زمانی ابراز کنند (۲۲). درمان‌های مبتنی بر هیجان ممکن است برای به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت و منفی در پاسخ به رویدادهای محیطی، نقش ایفا کند؛ زیرا می‌تواند فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار دهد (۲۳). مطالعات متعدد نشان دهنده پیامدهای اثربخش درمان‌های مبتنی بر هیجان بر مولفه های مختلف روان‌شناختی بوده است. بر اساس نتایج پژوهش مالسزا (۲۰۱۹) با جامعه آماری ۴۱۸ بزرگسال دارای اختلال روانی در کشور لهستان (۲۴)، پژوهش هریویک و همکاران (۲۰۱۸) روی ۳۰ بیمار دارای اختلال افسردگی در کشور سوئیس (۲۵) و پژوهش کیروان و همکاران (۲۰۱۷) روی ۴۶۸ بزرگسال دارای اختلال افسردگی و اختلال خواب در کشور آمریکا (۲۶) می‌توان اظهار داشت درمان‌های مبتنی بر هیجان در بهبود مولفه‌های روان شناختی به عنوان یک روش تأثیرگذار خودنمایی می‌کند. حیدریان و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی که بروی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مطب پزشکان متخصص دیابت شهر شیراز انجام دادند، اثربخشی درمان هیجان‌مدار را بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تایید کردند (۲۷). یزدی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود که بروی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان ایرانی شهر دبی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر دارد (۲۸).

باتوجه به اهمیت سلامت روانی بیماران دیابتی و تأثیر رفتارهای آن‌ها بر روند بیماری و نیاز جامعه اعم از بیماران، خانواده آن‌ها و پزشکان و مراکز درمانی به ارائه رویکردهای روان‌شناختی جدید و کاربردی برای بهبود وضعیت بهزیستی روان‌شناختی این بیماران و نیز عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع، پژوهش حاضر به‌دنبال مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بوده‌است.

روش پژوهش

این پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون– پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که در طول سال ۱۳۹۸ به انجمن دیابت شهر سبزوار مراجعه کردند که ۵۰ نفر واجد شرایط ورود به مطالعه بودند و از این تعداد ۴۵ نفر براساس جدول کوهن و با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره گمارده شدند. شرایط ورود به نمونه عبارت بود از گذشتن حداقل ۱ سال از تشخیص دیابت، هموگلوبین گلیکوزیله زیر ۸/۵ تا ۹، نداشتن عوارض پیشرفته دیابت (نارسایی کلیه، زخم اندام نیازمند پیگیری)، شرایط سنی ۴۰ تا ۶۰ سال و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه. معیارهای خروج عبارت بودند از دریافت مداخلات روان‌شناختی در ۱ سال گذشته، افکار جدی خودکشی که از طریق مصاحبه بالینی سنجیده شد و بیمارانی که در طول درمان مشخص شود که شرایط منطبق با

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

اهداف پژوهش را نداشته باشند.

برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی افراد از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف و سینگر (۲۰۰۲) (۲۹) استفاده شد. این پرسشنامه توسط کارول ریف در سال ۱۹۸۹ در دانشگاه ویسکانسین ساخته شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. نخستین نوشتار این ابزار دارای ۱۲۰ سوال بود و در سال‌های بعد براساس پژوهش‌هایی که روی ویژگی‌های روان‌سنجی آن انجام شد نسخه‌های کوتاه‌تر ۴۰، ۴۲، ۲۴، ۱۸، ۱۴، ۹ و ۳ سوالی تدوین شد (۳۰). ریف و سینگر (۲۰۰۸) معتقد هستند نسخه ۸۴ سوالی آزمون در مقایسه با سایر نسخه‌ها قابلیت بیشتری در تعیین وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دارد (۳۱). در این پژوهش بر پایه پیشنهاد ریف به پژوهشگران، نسخه ۸۴ سوالی آن استفاده شد. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود می‌باشد و هر عامل دارای ۱۴ سوال است. پاسخ‌دهی به سؤالات با مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (۶)، تا حدی مخالف (۵)، مخالف (۴)، موافق (۳)، تا حدی موافق (۲) و کاملاً موافق (۱) انجام گرفت. نمرات آزمون بهزیستی روان‌شناختی در یکی از زیرمجموعه‌های پایین (۱۸۹-۸۴)، متوسط (۲۹۴-۱۹۰)، خوب (۳۹۹-۲۹۵) و خیلی خوب (۵۰۴-۴۰۰) قرار داده می‌شوند و بر این اساس افراد گروه مقایسه می‌شوند. نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. ریف و سینگر (۲۰۰۸) در پژوهش خود پایایی آزمون را بین ۰/۹۳ تا ۰/۸۶ گزارش کرد (۳۱). در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳) همسانی درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ برای مولفه‌های پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال را به ترتیب برابر با ۰/۵۱، ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۵۳، ۰/۷۳ و ۰/۷۲ به‌دست‌آوردند. همچنین این پژوهشگران آلفای کرونباخ کلی این مقیاس را ۰/۷۱ گزارش نمودند (۳۲). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ به دست آمد و همچنین برای مولفه‌های پذیرش خود ۰/۸۲، تسلط محیطی ۰/۸۴، رابطه مثبت با دیگران ۰/۷۹، داشتن هدف در زندگی ۰/۸۱، رشد شخصی ۰/۸۲ و استقلال ۰/۸۳ به‌دست‌آمد.

به هر ۳ گروه فرم رضایت آگاهانه داده شد تا در جریان پژوهش قرار گیرند؛ سپس پرسشنامه بین ۳ گروه توزیع شد. پس از پاسخ به پرسشنامه و تعیین نمره پیش آزمون، برای گروه آزمایش اول درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق الگوی کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲)، که دستورالعمل جلسات آن در کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی سگال و همکاران(۲۰۱۸)، (۳۳) آمده است، طی ۸ هفته، هفته‌ای ۱ جلسه و هرجلسه ۹۰ دقیقه برگزار شد (جدول ۱). برای گروه آزمایش دوم نیز طی ۸ هفته، هفته‌ای ۱ جلسه و هرجلسه ۹۰ دقیقه درمان هیجان مدار با استفاده از الگوی جانسون (۲۰۰۶)، (۳۴) اجرا شد (جدول ۲). به گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی ارائه نشد. جلسات آموزشی به‌صورت حضوری و باتوجه به بیماری کرونا با رعایت پروتکل-های بهداشتی (استفاده از ماسک، دستکش، ضد عفونی کردن محیط و رعایت فاصله گذاری) در سالن اجتماعات توسط دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت (نویسنده اول) که در زمینه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان-مدار آموزش های لازم را کسب نموده بود، انجام شد. بعد از اتمام جلسات درمانی نیز پرسشنامه‌ها توسط گروه‌ها، تکمیل و پس آزمون انجام شد. ۲ ماه بعد از انجام پس آزمون نیز مجدد پرسشنامه‌ها توسط گروه‌ها، تکمیل و نتایج پژوهش مورد پیگیری قرار گرفت.

در این پژوهش جهت رعایت اصول اخلاقی، در ابتدای فرایند درمان، ضمن توضیح تمام فرایند درمان و شرایط و ضوابط آن، ابتدا رضایت آگاهانه از بیمار به‌صورت مکتوب اخذ شد و نیز این امکان به بیماران داده شد که هر زمان که تمایل داشتند مداخله را ترک کنند. اصل رازداری و حفظ اسرار بیمار در برنامه درمانی لحاظ شد و بدون اجازه بیمار هیچ اطلاعاتی از ایشان مورد استفاده قرار نگرفت. هم‌چنین به منظور رعایت اعتدال بین گروه آزمایش و کنترل، به گروه کنترل تضمین داده شد که پس از اتمام پژوهش به آن‌ها نیز جلسات درمانی ارائه خواهد شد؛ ضمناً این پژوهش دارای تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی کرج IR.IAU.K.REC.1400.022 می‌باشد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و تحلیل کوواریانس بر اساس مفروضه‌های آن با کمک نرم‌افزار SPSS 24 استفاده گردید. سطح معنی‌داری این آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	شرح جلسات
اول و دوم	برچسب دهی مجدد: مراجع یاد می‌گیرد، چگونه افکار و اعمال صمیمی خود را تشخیص دهد و درک عمیقی راجع به این مسأله به دست آورد که احساس آزار دهنده فعلی در یک موقعیت ارتباطی است.
سوم و چهارم	اسناددهی مجدد: مراجع عمیقاً متوجه می‌شود که افکار یا اعمال او معنادار نبوده بلکه پیام‌های غلطی هستند که از مغز (هسته دمدار) صادر شده و با عدم تعادل زیست شیمیایی در مغز مرتبط‌اند.
پنجم و ششم	تمرکز دهی مجدد: مراجع درصدد برمی‌آید تا با تمرکز مجدد و معطوف ساختن توجه خود بر رفتار خوشایند پیرامون خود حتی برای چند دقیقه به رفتار دیگری (مثل ابراز احساسات) بپردازد.
هفتم و هشتم	ارزش‌گذاری مجدد: مراجع یاد می‌گیرد که به ارزش‌گذاری افکار و امیال مزاحمی که به نحو چاره ناپذیری او را به انجام رفتارهای خشک وادار می‌ساختند، بپردازد و به صحت ظاهری آن‌ها توجه نکند.

جدول ۲: خلاصه محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسات	شرح جلسات
اول	شامل آشنایی کلی با اعضای گروه، معرفی درمانگر، بررسی انگیزه و انتظار آنان از شرکت در کلاس، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار، آشنایی اولیه با مشکلات اعضا.
دوم	در این جلسه درمانگر مراجعین را تشویق می‌کند که ترس‌های خود را مانند ترس از طرد شدن یا ترس از گفتن عیب و نقصی که پویایی روابطشان را به عقب می‌راند را بیان کنند.
سوم	در این جلسه احساسات واکنشی ثانویه مانند خشم، ناکامی، تندی، احساسات مرتبط با بیماری منعکس‌شده و به آن‌ها ارزش داده می‌شود.
چهارم	در این جلسه اعضای گروه به کمک درمانگر به برون‌سازی مشکل می‌پردازند.
پنجم	در این جلسه اعضای گروه به شناخت از جنبه‌های مختلف خود دست‌یافته و در نهایت احساس ارزشمندی خود را تجربه می‌کنند.
ششم	در این جلسه اعضای گروه یاد می‌گیرند که به هیجان‌هایی که به تازگی آشکار شده اعتماد کنند و واکنش‌های جدید را نسبت به انگیزه‌هایشان تجربه نمایند.
هفتم	در این جلسه هیجان‌های اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل‌تری پردازش می‌شوند. درمانگر قاعده‌ای را آغاز می‌کند که بر طبق آن مراجع اشتیاق خود را به نوع جدیدی از ارتباط ً به صورت تقریباً واضح بیان می‌کند.
هشتم	مراجعین راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خلق می‌کنند و حکایت جدیدی از مشکلاتشان را بیان می‌کنند و تلاش می‌کنند، آن را از نو طراحی کنند همچنین مراجعین ابتدا مسیری را که قبلاً حرکت می‌کردند و این‌که چگونه راه برگشتشان را یافتند را به یاد می‌آورند.

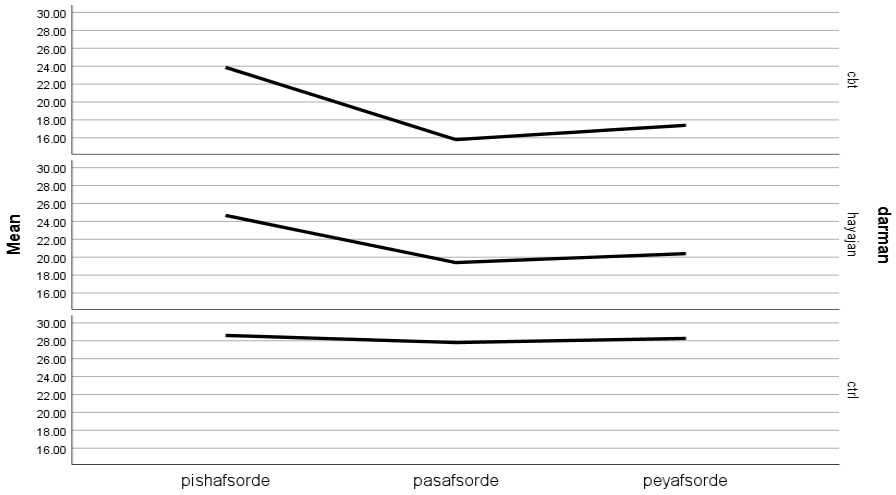
یافته‌ها

از مجموعه ۴۵ شرکت کننده در پژوهش تعداد ۲۳ نفر زن و ۲۲ نفر مرد بودند. میانگین سنی مشارکت کنندگان در ۳ گروه ذهن آگاهی، هیجان مدار و کنترل به‌ترتیب ۵/۱۵ ± ۴۹/۸۰، ۵/۷۶ ± ۴۸/۰۰ و ۶/۲۵ ± ۴۸/۴۰ بود. بررسی وضعیت نرمال بودن داده‌ها نشان داد متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال برخوردار بودند. میانگین و انحراف معیار نمره بهزیستی روان-شناختی گروه‌های مورد مطالعه در پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ و شکل ۱ نشان داده شده‌است.

جدول ۳: میانگین نمرات بهزیستی روان‌شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

زمان	گروه ذهن آگاهی	هیجان مدار	کنترل
	انحراف معیار ± میانگین		
پیش آزمون	۲۲۸/۰۶ ± ۱۵/۶۳	۲۴۴/۲۰ ± ۱۳/۱۰	۲۶۲/۵۳ ± ۱۵/۲۵
پس آزمون	۲۸۹/۲۰ ± ۱۲/۲۹	۲۸۷/۰۶ ± ۱۴/۱۳	۲۶۲/۷۳ ± ۱۵/۰۳
پیگیری	۲۸۰/۳۳ ± ۱۴/۷۴	۲۶۳/۷۳ ± ۱۴ /۴۷	۲۶۲/۴۶ ± ۱۴ /۳۰

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]



شکل ۱: نمودار خطی میانگین بهزیستی روانشناختی در بین گروه‌ها

به‌منظور بررسی اثربخشی روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل کوواریانس و برای تشخیص تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بن فرنی استفاده شد. قبل از اجرای آزمون پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس مورد آزمون قرار گرفت. نتایج جدول ۴ نشان داد توزیع متغیر همپراش (p = ۰/۳۲۵ و ۰/۶۸۷ = KS) نرمال می‌باشد؛ واریانس گروه کنترل و آزمایش برابر بود (P = ۰/۷۳ و F = ۱/۳۸۷)، شیب‌خط رگرسیون بین متغیر همپراش در سطوح مختلف متغیر مستقل همگن می‌باشد (P = ۰/۱۲۶ و F= ۶/۶۴۹)، مقیاس اندازه‌گیری متغیر همپراش فاصله‌ای می‌باشد. بررسی پیش‌فرض‌ها حاکی از رعایت مطلوب پیش‌فرض‌ها دارد.

جدول ۴: پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس

نوع آزمون	مقدار شاخص	مقدار مطلوب	وضعیت شاخص
توزیع نرمال متغیر همپراش	KS =۰ /۶۸۷ p = ۰/۳۲۵	p > ۰/۰۵	تایید
برابری واریانس‌ها	F = ۱/۳۸۷ p = ۰/۰۷۳	p > ۰/۰۵	تایید
همگنی شیب خط رگسیون	F = ۶/۶۴۹ p = ۰/۱۲۶	p > ۰/۰۵	تایید

بعد از احراز پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار آزمون تحلیل کوواریانس اجرا شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل در بهزیستی روان‌شناختی (F = ۶/۳۷۲) تفاوت وجود دارد (p = ۰/۰۰۴) که نشان دهنده تاثیر ۲ روش درمانی بر بهزیستی روان شناختی است (جدول ۵). همچنین میانگین‌های تعدیل شده بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش به‌طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بوده است (جدول ۶).

نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرنی نشان داد بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی موثرند (p = ۰/۰۰۱)؛ اما بین ۲ گروه آزمایش از لحاظ اثربخشی بر بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (p = ۰/۳۰۲) (جدول ۷).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p *	اندازه اثر (اتا)	توان آزمون
پیش آزمون	۱۹۸۱۳۵/۷۳۹	۱	۱۹۸۱۳۵/۷۳۹	۲۳۴۳/۴۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴	۱
گروه	۱۰۷۷/۴۰۹	۲	۵۳۸/۷۰۴	۶/۳۷۲	۰/۰۰۴	۰/۲۴۶	۰/۸۷
خطا	۳۲۹۷/۳۸۹	۳۹	۸۴/۵۴۸				
کل	۳۶۵۹۱۳۱/۰۰۰	۴۵					

* معنی دار در سطح ۰/۰۵ > p

جدول ۶: میانگین تعدیل شده و خطای استاندارد بهزیستی روان‌شناختی در پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	ذهن‌آگاهی		گروه هیجان‌مدار		گروه کنترل	
	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار	میانگین	خطای معیار
بهزیستی	۲۹۰/۴۲۴	۲/۴۶۳	۲۸۹/۰۵۶	۲/۳۷۴	۲۶۳/۰۸۷	۲/۴۳۷

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرنی برای مقایسه میانگین بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های آزمایش و کنترل

	گروه	گروه درمان هیجان‌مدار		گروه کنترل	
		تفاوت میانگین‌ها	مقدار p	تفاوت میانگین‌ها	مقدار p
بهزیستی	ذهن‌آگاهی	۱/۳۶۸	۰/۳۰۲	۲۷/۳۳۷	۰/۰۰۱
	هیجان‌مدار	-	-	۲۵/۹۶۹	۰/۰۰۱

* سطح معنی داری ۰/۰۵ > p

بحث

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداخت. یافته‌های پژوهش نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر هستند. نتیجه این قسمت از پژوهش مؤید پژوهش‌های گذشته است (۱۸،۱۹). کورسترت و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود بین بزرگسالان دارای اختلالات روانی کشور امریکا، به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت و بهزیستی روان‌شناختی افراد موثر است (۳۵). خرمی و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش خود که بین مادران کودکان فلج مغزی شهرستان بجنورد انجام شد، تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را بر بهزیستی روان‌شناختی تایید کردند (۳۶). کینگستون و همکاران (۲۰۱۶) در پژوهشی که روی دانشجویان انجام داد به این نتیجه رسید که آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی بر نمرات خلقی یا بهزیستی روان‌شناختی آنان تاثیر معناداری ندارد (۳۷) که با یافته فوق ناهمسو است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر باید گفت افرادی که به هنگام تجربه درد، درگیر نشخوارهای فکری منفی درباره درد می‌شوند تا حد زیادی توانایی تمرکز بر تجربیات لحظه حال با یک دیدگاه غیر قضاوتی را از دست می‌دهند، ذهن آگاهی به عنوان یک متغیر فراشناخت از طریق توقف پردازش‌های مفهومی به تنظیم هیجان کمک می‌کند (۳۸). ذهن آگاهی اثرات خود را از طریق ۴ مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد در مورد خودش ایجاد می‌کند. پرداختن به توجه آگاهانه و توسعه ارتباط پذیرش بیشتر با تجربه به لحظه حال حاضر مفید است، زیرا این فرایندها می‌توانند افراد را قادر سازند تا عادت‌ها و واکنش‌های غیرمفید برای تجربه فعلی را کنار بگذارند و در عوض به دنبال پاسخ‌های مناسب‌تری برای مشکلات خویش باشند. انجام تمرینات ذهن آگاهی باعث رشد مهارت‌هایی مانند مشاهده، غیرقضاوتی بودن، غیرواکنشی بودن و عمل توأم با

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

هوشیاری می‌شود. رشد این عامل‌ها نیز خود باعث رشد بهزیستی روان‌شناختی، کاهش استرس و نشانه‌های روان‌شناختی در افراد دارای بیماری مزمن می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد درمان مبتنی بر هیجان نیز بر بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. میرابی و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود بین زنان دارای تعارض زناشویی مراجعه کننده به مراکز روان-شناختی شهر اهواز، به این نتیجه رسیدند که درمان هیجان-مدار بر بهزیستی روان‌شناختی افراد موثر است (۳۹)؛ همچنین نقیبی نسب و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهش خود بین زنان مراجعه کننده با ناخشنودی و تعارضات زناشویی به مراکز مشاوره شهر گرگان، نشان دادند روش درمانی هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی موثر است (۴۰) که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان و هماهنگ است. هیجان، شکل سازگار پردازش اطلاعات و آماده سازی عملکردی می‌باشد که افراد را به سوی محیط سوق می‌دهد و بهزیستی آن‌ها را افزایش می‌بخشد و نیز آن‌ها را به اقدام در یک موقعیت خاص مستعد می‌سازد (۴۱). هیجان مثبت حل مشکلات را با استفاده از تفکری انعطاف‌پذیر، خلاقانه‌تر و کارآمدتر بهبود می‌بخشد. خلاقیت همراه با شوخی و سرگرمی مرتبط با هیجان، مانند شادی و علاقه، افراد را برای یادگیری و دستیابی به بیشتر از آنچه که بقیه راهکارها انجام می‌دهند، ترغیب می‌کند که این امر به آن‌ها برای اضافه کردن منابع فردی و اجتماعی در آینده کمک خواهد کرد. علاوه بر این هیجان مثبت حاصل از درمان مبتنی بر هیجان، بهزیستی روان‌شناختی را از طریق خنثی کردن هیجان منفی افزایش می‌دهد (۴۲). بر این اساس این درمان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها، نقش مهمی در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته باشد.

دیگر نتایج پژوهش بیانگر این بود که بین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان-شناختی بیماران دیابتی نوع دو متفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در واقع هم روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بوده‌اند، ولی هیچ‌کدام از این روش‌ها در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بر دیگری برتری نداشت و به لحاظ آماری تفاوت آن‌ها در بهبود بهزیستی روان‌شناختی معنی‌دار نبود که می‌توان گفت جهت افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو می‌توان از دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار استفاده کرد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به شرایط مربوط به بیماری کرونا که روند جلسات را با اختلال مواجه کرد، اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر مبین این بود که هر ۲ روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان هیجان‌مدار بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو موثر هستند، اما بین اثربخشی آن‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، بنابراین باتوجه به مشکلات و شیوع بالای مشکلات روانی در بیماران دیابتی نوع دو می‌توان از این ۲ روش درمانی در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی آنان استفاده کرد؛ سیاست‌گذاران حوزه سلامت و بهداشت و درمان نیز می‌توانند از این ۲ روش درمانی به‌عنوان درمان‌های تاثیرگذار بر بهزیستی بیماران دیابتی نوع دو استفاده کنند. باتوجه به طیف وسیعی از عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی، می‌توان درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان‌مدار را به دستورالعمل‌های بیماران دیابتی برای بهبود بهزیستی روان‌شناختی آنان اضافه کرد.

پیشنهاد می‌شود این ۲ روش به عنوان شیوه‌های مؤثر و مکمل در کنار دیگر درمان‌های رایج به عنوان یک درمان غیردارویی و کم عارضه در بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابت نوع دو مورد استفاده قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر بروی تعداد نمونه بیشتری جهت تعمیم نتایج به کلیه بیماران دیابتی نوع دو انجام شود.

سپاسگزاری

نویسندگان برخود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در فرآیند انجام تحقیق همکاری و مشارکت داشتند سپاسگزاری نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. م، ش. س، م. ب ه

جمع‌آوری داده‌ها: م. م، ن. ر

تحلیل داده‌ها: م. م، ش. س، م. ب ه، ن. ر

نگارش و اصلاح مقاله: م. م، ش. س، م. ب ه، ن. ر

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج بوده و از سوی هیچ سازمانی مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1)Graham EA, Deschenes SS, Khalil MN, Danna S, Filion KB, Schmitz N. Measures of depression and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders 2020; 265(1): 224-32.

2)Snorgaard O, Poulsen GM, Andersen HK, Astrup A. Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. BMJ Open Diabetes Research and Care 2017; 5(1): 3-14.

3)International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7th. Belgium, Brussels. 2015: 39-40.

4)Ghorbani M, Borjali M, Ahadi H. The effects of mindfulness-based cognitive-behavioral therapy on psychological wellbeing, hope, and quality of life in patients with type 2 diabetes. MEJDS 2020; 10(151): 1-9. [Persian]

5)Namdari AR, Ghazavi Z, Sabohi F, Salehidoost R. An evaluation on the impacts of pender model based educational programs on the psychological well-being of patients with type II diabetes mellitus. J Diabetes Nurs 2018; 6(2): 463-71. [Persian]

6)Ryff CD. Well-being with soul: science in pursuit of human potential. Perspect Psychol Sci 2018; 13(2): 242-8. doi: 10.1177/1745691617699836.

7)Heintzelman SJ, Diener E. Subjective well-being, social interpretation, and relationship thriving. Journal of Research in Personality 2019; 78(1): 93-105.

8)Pailler S, Tsaneva M. The effects of climate variability on psychological well-being in India. World Development 2018; 106(1): 15-26. doi:10.1016/j.worlddev.2018.01.002.

9)Crous G. Child psychological well-being and its associations with material deprivation and type of home. Children and Youth Services Review 2017; 80(1): 88-95.

10) Hojman DA, Miranda Á. Agency, human dignity, and subjective well-being. World Development 2018; 101(C):1-15. doi: 10.1016/j.worlddev.2017.07.029.

11) Lapa TY. Physical activity levels and psychological well-being: a case study of university students. Procedia-Social and Behavioral Sciences 2015; 186: 739-43.

12) Massey CN, Feig EH, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz JT, Huffman JC. Well-being interventions for individuals with diabetes: a systematic review. Diabetes Research and Clinical Practice 2019; 147: 118-33.

13) Batool A, Sadiq R. Comparison of diabetes related distress and psychological well-being among patients with type I and type II diabetes mellitus. Pakistan Journal of Medical Research 2018; 57(4): 149-53.

14) Sari RY, Muhith A, Rohmawati R, Soleha U, Faizah I, Afiyah RK, et al. Spiritual emotional freedom technique against anxiety and psychological well-being of type 2 dm patients during the covid-19 pandemic. Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences 2021; 9(G): 260-5. doi: 10.3889/oamjms.2021.7217.

15) Shokrolahi M, Naami A. Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on time perspective and emotional well-being among the sufferers of generalized anxiety disorder symptoms. Journal of Clinical Psychology Studies 2021; 11(42): 117-43. doi:10.22054/jcps.2021.47518.2210. [Persian]

16) Vonderlin R, Biermann M, Bohus M, Lyssenko L. Mindfulness-based programs in the workplace: a meta-analysis of randomized controlled trials. Mindfulness 2020; 11(7): 1579-98. doi: 10.1007/ s12671-020-01328-3.

17) Bogusch LM, O'Brien WH. The effects of mindfulness-based interventions on diabetes-related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: a meta-analytic review. Behavioral Medicine 2019; 45(1): 19-29. doi: 10.1080/ 08964289.2018.1432549.

18) Hosseini SS, Ahadi M, Hatami M, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based therapy and acceptance and commitment therapy on resilience, psychological well-being and blood sugar levels in patients with type 2 diabetes. IJPN 2021; 9(1): 89-102. [Persian]

19) Khakpour H, Khazaee M, Khazaee M, Arabshahi Moghaddam AM. The effect of mindfulness-based intervention on spiritual intelligence and psychological well-being of people with type 2 diabetes. Bioethics Journal 2021; 11(36): 1-10. [Persian]

20) Wu Q, Slesnick N, Zhang J. Understanding the role of emotion-oriented coping in women's motivation for change. Journal of Substance Abuse Treatment 2018; 86: 1-8. doi: 10.1016/j.jsat.2017.12.006.

21) Joormann J, Stanton CH. Examining emotion regulation in depression: a review and future directions. Behaviour Research and Therapy 2016; 86: 35-49. doi:10.1016/j.brat.2016.07.007.

22) Li D, Li D, Wu N, Wang Z. Intergenerational

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: tests of unique, actor, partner, and mediating effects. Children and Youth Services Review 2019; 101(6): 113-22. doi:10.1016/J.CHILDYOUTH.2019.03.038.
23) Kraaij V, Garnefski N. The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. Personality and Individual Differences 2019; 137: 56-61.
24) Malesza M. Stress and delay discounting: the mediating role of difficulties in emotion regulation. Personality and Individual Differences 2019; 144(1): 56-60.
25) Herwig U, Opialla S, Cattapan K, Wetter TC, Jäncke L, Brühl AB. Emotion introspection and regulation in depression. Psychiatry Research Neuroimaging 2018; 277: 7-13. doi: 10.1016/ j.pscychresns.2018.04.008.
26) Kirwan M, Pickett SM, Jarrett NL. Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. Psychiatry Research 2017; 254: 40-7.
27) Heydarian S, Seyrafi MR, Kalhornia M, Jomehri F, Bagholi H. Effectiveness of emotion-based therapy on the anxiety and psychological wellbeing of the patients with type 2 diabetes. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences 2020; 63(2): 2380-90. doi: 10.22038/MJMS.2020.16165. [Persian]
28) Yazdi M, Saffarinia M, Zare H. Effectiveness of quality-based therapy and emotion-based therapy in psychological well-being of patients with type 2 diabetes. Journal of Modern Psychological Researches 2021; 15(60): 44-61. [Persian]
29) Ryff CD, Singer B. From social structure to biology. 1st ed. USA: Oxford university press, Inc.; 2002: 33-5.
30) Sadeghi Z, latifi Z, Aghababaei Z. The effectiveness of group mindfulness training on the psychological well-being and emotion regulation and resiliency of primary-school children with intellectual disability in in Isfahan. JOEC 2019; 18(3): 105-116. [Persian]
31) Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. Journal of Happiness Studies 2008; 9: 13-39.
32) Khanjani M, Shahidi S, Fatehabadi J, Mazaheri M, Shokri o. Factor structure and psychometric properties of short form Reef psychological well-being scale in male and female students. Thought and Behavior 2015; 8(32): 27-36. [Persian]
33) Segal Z. Williams M. Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. 2nd ed. USA: Guilford Publications; 2018:108-365.
34) Johnson SM. Attachment theory in practice: emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. 2nd ed. USA: Guilford Publications; 2019: 236-38. doi: 10.4324/9781351168366.
35) Querstret D, Morison L, Dickinson S, Cropley M, John M. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: a systematic review and meta-analysis. International Journal of Stress Management 2020; 27(4): 394-411. doi: 10.1037/str0000165.
36) Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, mental vitality and resilience of mothers of children with cerebral palsy. J North Khorasan Univ Med Sci 2020; 12(1): 63-72. doi: 10.29252/ nkjms-12019. [Persian]
37) Kingston J, Chadwick P, Meron D, Skinner TC. A pilot randomized control trial investigating the effect of mindfulness practice on pain tolerance, psychological well-being, and physiological activity. Journal of Psychosomatic Research 2007; 62(3): 297-300.
38) Veehof MM, Trompetter HR, Bohlmeijer ET, Schreurs KM. Acceptance-and mindfulness-based interventions for the treatment of chronic pain: a meta-analytic review. Cognitive Behaviour Therapy 2016; 45(1): 5-31. doi: 10.1080/16506073. 2015.1098724.
39) Mirabi M, Mehrabizadeh Honarmand M, Hafezi F, Naderi F, Ehteshamzadeh P. The comparison of effectiveness of emotion-oriented schema therapy and solution- focused brief therapy (SFBT) on psychological well-being and resiliency in women with marital conflicts referring to psychological centers. Journal of Family Psychology 2021; 8(1): 1-15. doi: 10.30465/WS.2020.32905.3121. [Persian]
40) Naghinasab Ardehaee F, Jajarmi M, Mohammadipour M. Effectiveness of emotion focused couple therapy on marriage function and psychological well-being of women with marrital conflicts. J Gorgan Univ Med Sci 2018; 20(3): 1-10. [Persian]
41) Lei H, Zhang X, Cai L, Wang Y, Bai M, Zhu X. Cognitive emotion regulation strategies in outpatients with major depressive disorder. Psychiatry Research 2014; 218(1-2): 87-92.
42) Benfer N, Bardeen JR, Clauss K. Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. Journal of Contextual Behavioral Science 2018; 10: 108-114. doi: 10.1016/j.jcbs.2018. 09.006.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Emotion-oriented Therapy on Psychological Well-being in Type 2 Diabetic Patients

Maryam Motakeffar [1], Maryam Bahrami Hidaji [2]*, Sheida Sodagar [3], Najmeh Rahimi [4]

[1] Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[2] Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[3] Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
[4] Department of Internal Medicine, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

*** Corresponding Author:** Majid Mehrvarz
m.mehrvarz1400@yahoo.com

Citation: Motakeffar M, Bahrami Hidaji M, Sodagar Sh, Rahimi N. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy and Emotion-oriented Therapy on Psychological Well-being in Type 2 Diabetic Patients. Manage Strat Health Syst 2022; 7(2): 181-91.

Received: April 10, 2022
Revised: August 30, 2022
Accepted: September 11, 2022

Funding: The authors have no support or funding to report.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: Generally, patients with type 2 diabetes experience low level of psychological well-being, which may exacerbate their symptoms .Accordingly, the purpose of this study is the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on psychological well-being on type 2 diabetic patients.

Methods: This experimental study was of the post-test, pre-test and follow-up type with a control group. The statistical population was all the people with type 2 diabetes who referred to Sabzevar Diabetes Clinic in 2019. 45 patients with type 2 diabetes were selected based on Kuhn table and through convenience sampling method. They were randomly placed in 3 groups of mindfulness-based cognitive therapy, emotion-oriented therapy and control. Data gathering tool was Reef psychological well-being questionnaire (2002). SPSS $_{24}$ software and descriptive and analytical statistics (covariance analysis) were used to analyze data.

Results: The analysis of covariance showed that mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy were affective regarding the psychological well-being of type 2 diabetic patients ($p < 0.05$). The post hoc scores demonstrated that there was no significant relationship ($p > 0.05$) between mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy regarding their efficacy.

Conclusion: With respect to the wide variety of factors related to psychological well-being, authors can conclude that mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy can improve the psychological well-being of type 2 diabetic patients.

Key words: Cognitive behavioral therapy, Mindfulness, Emotion-oriented therapy, Psychological well-being, Diabetes Mellitus

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.8.5]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10682]