

April-May 2021, Volume 16, Issue 1

Comparison the Effectiveness of Mindfulness and Psychological Well-being Education on Depression and Hope in Patients with Type 2 Diabetes

Shams S¹, Heydari Sh^{2*}, Hassanzadeh R³

1- PhD Student 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- Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Corresponding Author: Heydari, Sh, Assistant Professor, Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran.

Email: shaban.haydari17@yahoo.com

Received: 30 Sep 2020

Accepted: 21 Dec 2021

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic, common, and progressive disease that poses a major challenge to community health management. People with diabetes usually have high levels of depression and low level of hope. Therefore, present research aimed to comparison the effectiveness of mindfulness and psychological well-being education on depression and hope in patients with type 2 diabetes.

Methods: Present study was semi-experimental with pretest and posttest design with control group. The research population was patients with type 2 diabetes living in areas one to three of Tehran city and member of the Tehran Diabetes Association. After reviewing the inclusion criteria, 75 people were selected by purposive sampling method and randomly replaced in three groups (each group 25 people). Each of the experimental groups separately educated with methods of mindfulness and psychological well-being education for 10 sessions of 90 minutes (per week two sessions) and the control group was placed on the waiting list for education. The data were collected by questionnaires of Beck and Clarck depression and Snyder and et al hope and analyzed by methods of chi-square, one way ANOVA analysis, multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test in SPSS software version 19.

Results: The results showed that the groups did not significantly different in terms of gender, marriage, education, age and duration of illness ($P>0.05$). Also, mindfulness and psychological well-being education in comparison with the control group led to significantly decreased depression and significantly increased hope in patients with type 2 diabetes ($P<0.001$), but between the two methods of mindfulness and psychological well-being education in their decreasing depression and increasing hope there was no significant difference ($P>0.05$).

Conclusions: The results of this study indicated the effectiveness of both methods on reducing depression and increasing hope and no difference between the two methods. Therefore, therapists and health experts can be used from mindfulness and psychological well-being education methods to improve the health-related characteristics of patients with type 2 diabetes, especially to decrease depression and increase hope.

Keywords: Mindfulness Education, Psychological Well-being Education, Depression, Hope, Type 2 Diabetes.

مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو

سوگل شمس^۱، شعبان حیدری^{۲*}، رمضان حسن زاده^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- استاد، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
نویسنده مسئول: شعبان حیدری، استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.
ایمیل: shaban.haydari17@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۸

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن، شایع و پیش‌رونده است که باعث چالش بزرگی در زمینه مدیریت بهداشت جامعه شده است. مبتلایان به دیابت معمولاً دارای افسردگی بالا و امید پائینی هستند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر 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 ذهن آگاهی 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 پرسش‌های افسردگی بک و کلارک و امید اسنایدر و همکاران جمع‌آوری و با روش‌های خی‌دو، تحلیل واریانس یک راهه، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه‌ها از نظر جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری تفاوت معنی‌داری نداشتند ($P > 0/05$). همچنین، آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش معنی‌دار افسردگی و افزایش معنی‌دار امید در مبتلایان به دیابت نوع شدند ($P < 0/001$)، اما بین دو روش آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در کاهش افسردگی و افزایش امید در آنان تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو روش بر کاهش افسردگی و افزایش امید و عدم تفاوت بین این دو روش بود. بنابراین، درمان‌گران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش‌های آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو به‌ویژه کاهش افسردگی و افزایش امید استفاده کنند.
کلیدواژه‌ها: آموزش ذهن آگاهی، آموزش بهزیستی روانشناختی، افسردگی، امید، دیابت نوع دو.

مقدمه

می‌میرند (۲). شیوع دیابت نوع دو بسیار بیشتر از نوع یک است؛ به‌طوری که ۹۰ تا ۹۵ درصد بیماران دیابتی مبتلا به دیابت نوع دو هستند. 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 (۳). تنش و فشار روانی

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، شایع و پیش‌رونده، چالش بزرگی در مدیریت بهداشت جوامع امروزی است که شیوع آن به طور فزاینده‌ای در سراسر جهان در حال افزایش می‌باشد (۱). هر سال در دنیا بیش از ۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا و بیش از ۳/۸ میلیون نفر بر اثر آن

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 (۱۶). این شیوه بر اساس مدل چندبعدی طراحی شده 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 (۱۷).

با اینکه پژوهش‌هایی درباره اثربخشی دو روش آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی انجام شده، اما گاهی نتایج پژوهش‌ها متفاوت و پژوهشی به مقایسه اثربخشی این دو روش نپرداخته است. برای مثال خوش‌خطی و همکاران (۱۸) و شریف‌پور و همکاران (۱۹) در پژوهش‌های مجزایی به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی شد. لی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که مراقبه ذهن‌آگاهی باعث کاهش استرس، اضطراب و افسردگی شد (۲۰). در پژوهشی دیگر اسامپسائو و همکاران گزارش کردند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی شد، اما تاثیر معنی‌داری بر استرس و اضطراب نداشت (۲۱). علاوه بر آن، نتایج پژوهش دل‌زنده نژاد و همکاران نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی گروهی باعث افزایش شادکامی و امید شد (۲۲). در پژوهشی دیگر کیوان و همکاران گزارش کردند که آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش امید به زندگی شد (۲۳). عبدالقادری و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش امید شد (۲۴). در پژوهشی دیگر مانوز و همکاران گزارش کردند که مراقبه ذهن‌آگاهی باعث افزایش امید شد (۲۵). همچنین، نتایج پژوهش سرابندی و همکاران نشان داد که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی شد (۲۶). طالبی و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش افسردگی شد (۲۷). معینی‌زاده و ظریف ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی شد (۲۸). در

در ایجاد، تشدید و مزمن شدن دیابت تاثیر فراوانی دارد و باعث افزایش افسردگی می‌شود (۴). افسردگی به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی تاثیر منفی بر جنبه‌های مختلف زندگی از جمله احساس، عملکرد، رفتار و شناخت دارد و باعث مشکلاتی در تصمیم‌گیری، مراقبت از خود و اعضای خانواده روابط بین فردی می‌شود (۵). ویژگی‌های اصلی این اختلال شامل داشتن حداقل دو هفته خلق افسرده، فقدان احساس لذت در کارها، تغییر در اشتها، وزن و خواب، احساس گناه و بی‌ارزشی، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری، افکار عودکننده درباره مرگ و خودکشی و اقدام به خودکشی است (۶). همچنین، دیابت نوع دو به دلیل آثار جسمی و روانشناختی باعث افت امید می‌شود (۷). امید افکاری هدفمند جهت طراحی راهکارهایی برای رسیدن به اهداف مطلوب و حفظ انگیزش برای آن با وجود موانع است (۸). این سازه دارای نیرویی انگیزشی و هیجانی است که به افراد انرژی می‌دهد تا از طریق دستیابی به اهداف میزان سازگاری، بهزیستی و سلامت روان خود را افزایش دهند (۹). افراد امیدوار ابتدا اهداف خود را تعیین، سپس راهکارهایی برای رسیدن به آنها خلق، بعد انگیزه لازم را برای اجرای راهکارها در خود ایجاد و در طول مسیر جهت تحقق اهداف آن را حفظ می‌کنند (۱۰).

یکی از روش‌های بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش آموزش ذهن‌آگاهی است (۱۱). 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 (۱۲). 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 (۱۳). 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 (۱۴). یکی دیگر از روش‌های بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت، روش آموزش بهزیستی روانشناختی است (۱۵). آموزش بهزیستی روانشناختی یکی از روش‌های برگرفته

در این معادله بر اساس پژوهش قطره سامانی و همکاران (۳۲) $\alpha=0/95$ و $\text{Power}=0/90$ ، $d_2=4/507$ ، $\sigma=2/30$ گرفته شد که طبق آن حجم نمونه برای هر گروه ۲۵ نفر لحاظ شد. بنابراین، پس از بررسی معیارهای ورود به مطالعه، تعداد ۷۵ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات دیپلم، سن ۶۰-۴۱ سال، 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 سه 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 با رعایت پروتکل‌های بهداشتی به تفکیک به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) آموزش دیدند و گروه کنترل در لیست انتظار برای آموزش قرار گرفت تا در صورت اثربخشی روش‌های مداخله آنها نیز آموزش لازم را ببینند. مداخله در هر دو گروه توسط یک متخصص روانشناسی سلامت به صورت 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 افسردگی و امید ارزیابی شدند. محتوی مداخله آموزش ذهن‌آگاهی بر مبنای نظریه Bowen و همکاران (۲۰۱۱) توسط پشت‌یافته و میردیکوند (۳۳) طراحی و محتوی مداخله آموزش بهزیستی روانشناختی بر مبنای نظریه Ryff & Singer (۲۰۰۸) توسط فلاحیان و همکاران (۳۴) طراحی شد (جدول ۱).

پژوهشی دیگر جاود و همکاران گزارش کردند که بهزیستی درمانی باعث کاهش افسردگی شد (۲۹). علاوه بر آن، نتایج پژوهش پیرنیا و همکاران نشان داد که بهزیستی درمانی باعث افزایش بهزیستی روانی، خوشبینی و امید شد (۳۰). در مقابل، پیرنیا و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بهزیستی درمانی باعث کاهش اضطراب شد، اما اثر معنی‌داری بر کاهش استرس و افسردگی نداشت (۳۱). دیابت یک بیماری مزمن، شایع و پیش‌رونده با شیوع بالا و در حال افزایش است و حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد مبتلایان به دیابت، از نوع دیابت نوع دو هستند. مبتلایان به دیابت نوع دو با مشکلات فراوانی از جمله افسردگی بالا و امید پایین مواجه هستند، لذا باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت آنان بود که از روش‌های موثر برای این منظور می‌توان آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی را نام برد که گاهی نتایج پژوهش‌ها درباره اثربخشی آنها متفاوت و پژوهشی به مقایسه اثربخشی آن دو نپرداخته است. نکته حائز اهمیت دیگر اینکه، در صورت اثربخشی روش‌ها و با تفاوت بین آنها می‌توان با اطمینان بیشتری درباره اثربخشی روش‌ها بحث و استفاده از آنها را به درمانگران و متخصصان سلامت توصیه کرد. در نتیجه، با توجه به عدم وجود پژوهشی درباره مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی، تفاوت در نتایج پژوهش‌ها و مشکلات فراوانی که مبتلایان به دیابت نوع دو با آن مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر افسردگی و امید در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر 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. برای تعیین حجم نمونه از معادله زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(2/30)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = 24/642$$

جلسات	آموزش ذهن آگاهی	آموزش بهزیستی روانشناختی
اول	معرفه و آشنایی، معرفی ذهن آگاهی و آموزش کنترل ذهن به‌ویژه موقعی که ذهن به سوی هدایت خودکار می‌رود	معرفه 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 مدیتیشن اسکن بدن، بررسی موانع این راهکار از جمله بی‌قراری و پرسه‌زدن ذهنی، آموزش ذهن آگاهی و عدم قضاوت برای رهایی از افکار مزاحم، تشریح تفاوت افکار و احساسات و تاثیر آنها بر افراد	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	آگاهی از چگونگی درگیری و پراکندگی ذهن و یادگیری تمرکز ارادی آگاهی بر تنفس برای تسهیل یکپارچه و متمرکز کردن ذهن	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 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	آموزش ارتباط مثبت با دیگران از طریق معرفی مفهوم ارتباط و انواع آن، آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و روش‌های برقراری ارتباط موثر
پنجم	پذیرش تجارب و احساسات ناخوشایند، دیدن رویدادهای از زوایای مختلف و ایجاد رابطه‌ای متفاوت با تجربه‌های قبلی و نگاهی متفاوت به آنها	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 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	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 مقابله با افکار خودکار منفی، رهایی از تمرکز بر روی افکار مشکل‌آفرین، مقابله با اضطراب و افسردگی و با استفاده از ذهن آگاهی و نقش ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و افزایش سلامتی (امید)	آموزش استقلال و خودمختاری از طریق آموزش مهارت اعتماد کردن به رأی و نظر خود و آموزش مهارت جرأت‌ورزی، آموزش مهارت نه گفتن و تقویت این مهارت‌ها
هشتم	آموزش کافی نبودن آگاهی به تنهایی برای حل مشکل، یادگیری نحوه مراقبت از خود، آموزش نقش ذهن آگاهی در امید و یادگیری ارزش‌گذاری و اولویت‌بندی آنها برای رویدادها	معرفی مفهوم رشد شخصی و آموزش آن از طریق اینکه یادگیری تجارب جدید باعث ارتقای رشد شخصی می‌شود
نهم	بحث درباره تجربیات شرکت‌کنندگان با تمرکز بر ذهن آگاهی، بررسی فواید ذهن آگاهی و بررسی نقش آن در کاهش افسردگی و افزایش امید	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	انجام تمرین‌های تنفسی سه دقیقه‌ای، بحث درباره روش‌های مقابله و موانع مدیتیشن، بررسی نظرات شرکت‌کنندگان درباره ذهن آگاهی و نقش آن در رشد ویژگی‌های آنها	آموزش هدفمندی در زندگی از طریق یافتن معنا، هدف و جهت‌گیری در زندگی، تشریح فواید هدفمندی در زندگی و تنظیم و اولویت‌بندی اهداف

کرونیخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۵). همچنین، اسماعیلی‌شاد و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونیخ ۰/۸۸ گزارش کردند (۳۶). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه افسردگی با روش آلفای کرونیخ ۰/۹۰ بدست آمد.

پرسشنامه امید: این ابزار توسط اسنایدر و همکاران با ۱۲ گویه طراحی شد که ۴ گویه آن در نمره‌گذاری لحاظ نمی‌شود. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً غلط تا ۴= کاملاً درست) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۳۲-۸ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده امید بیشتر می‌باشد. آنان روایی و اگرایی ابزار را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۴۴- و پایایی آن را با روش بازآزمایی ۰/۸۰

برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر پرسشنامه مشخصات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری، از پرسشنامه‌های افسردگی و امید استفاده شد. پرسشنامه افسردگی: این ابزار توسط بک و کلارک با ۲۱ گویه طراحی شد. گویه‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۰= اصلاً تا ۳= شدید) نمره‌گذاری و نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردد، لذا دامنه نمرات بین ۶۳-۰ است (۱۰-۰ افسردگی طبیعی، ۱۶-۱۱ کمی افسرده، ۲۰-۱۷ افسردگی متوسط، ۳۰-۲۱ نسبتاً افسرده و ۴۰-۳۱ افسردگی شدید و بیشتر از ۴۰ افسردگی بسیار شدید) و نمره بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر می‌باشد. آنان روایی پیش‌بین ابزار را تایید و پایایی آن را با روش آلفای

تعیینی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ در سطح معنی‌داری کوچک‌تر از ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

ریزشی در نمونه‌های هیچ یک از سه گروه اتفاق نیفتاد و تعداد و درصد مشخصات جمعیت شناختی شامل جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آنها بر اساس آزمون خی‌دو در (جدول ۲) ارائه شد.

گزارش کردند (۳۷). همچنین، صدوقی و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ گزارش کردند (۳۸). در مطالعه حاضر پایایی پرسشنامه امید با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد.

این پژوهش دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.SARI.REC.1399.17 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است و داده‌های پس از جمع‌آوری با روش‌های خی‌دو، تحلیل واریانس یک راهه، تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون

جدول ۲: تعداد و درصد مشخصات جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آنها بر اساس آزمون خی‌دو

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

و انحراف معیار متغیرهای افسردگی و امید به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آنها بر اساس تحلیل واریانس یک راهه در (جدول ۳) ارائه شد.

طبق نتایج (جدول ۲) گروه‌های آموزش ذهن‌آگاهی، آموزش بهزیستی روانشناختی و کنترل از نظر هیچ یک از مشخصات جمعیت شناختی شامل جنسیت، تأهل، تحصیلات، سن و مدت بیماری تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0.05$). میانگین

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار افسردگی و امید به تفکیک گروه‌ها و مقایسه آنها بر اساس تحلیل واریانس یک راهه

P-Value	گروه کنترل (انحراف معیار) میانگین	آموزش بهزیستی (انحراف معیار) میانگین	آموزش ذهن‌آگاهی (انحراف معیار) میانگین	مراحل	متغیرها
۰/۹۰۹	۱۷/۶۰±۴/۸۸۱	۱۷/۵۶±۵/۳۳۱	۱۷/۰۴±۴/۹۶۲	پیش‌آزمون	افسردگی
۰/۰۰۲	۱۸/۰۰±۴/۷۴۳	۱۴/۱۶±۴/۸۷۰	۱۳/۴۸±۴/۶۷۳	پس‌آزمون	
۰/۹۴۵	۱۸/۲۸±۴/۱۷۸	۱۷/۹۲±۴/۳۴۸	۱۷/۹۶±۳/۸۹۹	پیش‌آزمون	امید
۰/۰۰۲	۱۸/۰۴±۳/۸۰۲	۲۱/۴۰±۴/۰۲۰	۲۱/۶۰±۳/۵۳۵	پس‌آزمون	

سوگل شمس و همکاران

برای افسردگی و امید و فرض همبستگی کافی بین متغیرها بر اساس آزمون بارتلت به دلیل معنی‌داری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تایید شدند. بنابراین، استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مجاز است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز از مجموعه آزمون‌های چندمتغیری حاکی از آن بود که بین سه گروه حداقل از نظر یکی از متغیرهای افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F=74/690$ $P<0/001$). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی بر هر یک از متغیرهای افسردگی و امید در (جدول ۴) ارائه شد.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین اثربخشی روش‌های آموزشی بر هر یک از متغیرهای افسردگی و امید

متغیرها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	P-value	اندازه اثر	توان آماری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۵۶۷/۱۰۸	۱	۱۵۶۷/۱۰۸	۲۲۸۴/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۰	۱/۰۰۰
	گروه	۲۵۴/۲۶۹	۲	۱۲۷/۱۳۴	۱۸۵/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴۱	۱/۰۰۰
	خطا	۴۸/۰۲۴	۷۰	۰/۶۸۶				
امید	پیش‌آزمون	۹۵۲/۹۱۳	۱	۹۵۲/۹۱۳	۹۶۳/۵۵۰	۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰۰
	گروه	۲۳۴/۶۹۵	۲	۱۱۷/۳۴۸	۱۱۸/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۱/۰۰۰
	خطا	۶۹/۲۲۷	۷۰	۰/۹۸۹				

درصد تغییرات امید ناشی از تفاوت در روش‌های مداخله است ($P<0/001$). نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها از نظر افسردگی و امید در (جدول ۵) ارائه شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه گروه‌ها از نظر افسردگی و امید

متغیرها	گروه‌ها	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-value
افسردگی	آموزش ذهن آگاهی	کنترل	۰/۲۳۵	۰/۰۰۱
	آموزش بهزیستی	کنترل	۰/۲۳۴	۰/۰۰۱
امید	آموزش ذهن آگاهی	آموزش بهزیستی	۰/۱۹۸	۱/۰۰۰
	آموزش ذهن آگاهی	کنترل	۰/۲۸۲	۰/۰۰۱
امید	آموزش بهزیستی	کنترل	۰/۲۸۱	۰/۰۰۱
	آموزش ذهن آگاهی	آموزش بهزیستی	۰/۲۸۲	۱/۰۰۰

مقدار میانگین‌ها می‌توان گفت که هر دو روش آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث کاهش افسردگی و افزایش امید شدند و بین دو روش در کاهش افسردگی و افزایش امید تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

طبق نتایج (جدول ۳) گروه‌های آموزش ذهن آگاهی، آموزش بهزیستی روانشناختی و کنترل در مرحله پیش‌آزمون از نظر هیچ یک از متغیرهای افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری ندارند ($P>0/05$)، اما در مرحله پس‌آزمون از نظر هر دو متغیر افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری دارند ($P<0/05$). بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که همه مفروضه‌ها از جمله فرض نرمال بودن بر اساس آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای افسردگی و امید در در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، فرض برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس بر اساس آزمون M باکس، فرض برابری واریانس‌ها بر اساس آزمون لویین

طبق نتایج (جدول ۴) گروه‌های آموزش ذهن آگاهی، بهزیستی روانشناختی و کنترل از نظر هر دو متغیر افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری دارند که با توجه به اندازه اثر می‌توان گفت که ۸۴/۱ درصد تغییرات افسردگی و ۷۷/۲

طبق نتایج (جدول ۵) گروه‌های آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روانشناختی با گروه کنترل از نظر هر دو متغیر افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری دارند ($P<0/001$)، اما بین گروه‌های مداخله از نظر هیچ یک از متغیرهای افسردگی و امید تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($P>0/05$). با توجه به

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی با نتایج پژوهش‌های خوش‌خطی و همکاران (۱۸)، شریف‌پور و همکاران (۱۹)، لی و همکاران (۲۰) و اسامپسائو و همکاران (۲۱) و در زمینه اثربخشی آن بر افزایش امید با نتایج پژوهش‌های دل زنده نژاد و همکاران (۲۲)، کیوان و همکاران (۲۳)، عبدالقادری و همکاران (۲۴) و مانوز و همکاران (۲۵) همسو بود. در تبیین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید می‌توان گفت که در آموزش ذهن‌آگاهی افراد یادمی‌گیرند که با هیجان‌ها و افکار منفی مقابله و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. 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 معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات افراد تاثیر مثبت می‌گذارد (۲۰). نکته حائز اهمیت دیگر اینکه آموزش ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که چگونه مهارت‌های عادت‌های 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 داشته باشند (۲۲). بنابراین، با توجه به مفاهیم مطرح‌شده می‌توان انتظار داشت آموزش ذهن‌آگاهی بتواند میزان افسردگی در مبتلایان به دیابت نوع دو را کاهش و میزان امید در آنان را افزایش دهد. دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش بهزیستی روانشناختی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو شد که این نتیجه در زمینه اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش افسردگی با نتایج پژوهش‌های سرابندی و همکاران (۲۶)، طالبی و همکاران (۲۷)، معینی‌زاده و ظریف (۲۸) و جاود و همکاران (۲۹) همسو و با نتایج پژوهش پیرنیا و همکاران (۳۱) ناهمسو و در

زمینه اثربخشی آن بر افزایش امید با نتایج پژوهش پیرنیا و همکاران (۳۰) همسو بود. در تبیین ناهمسوئی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش پیرنیا و همکاران (۳۱) می‌توان گفت که این پژوهش بر روی مبتلایان به دیابت نوع دو انجام، اما مطالعه آنان بر روی معتادان مت‌آفتامین انجام شد. بر اساس نظر پیرنیا و همکاران (۳۱) تفاوت در ماهیت دوپامینی مواد محرک تبیین‌کننده تفاوت نشانگان خلقی از جمله افسردگی در مصرف‌کنندگان مواد نسبت به سایر گروه‌ها است. دلیل دیگر دوره زمانی پرهیز از مصرف و انعکاس این دوره در مولفه‌های روانشناختی است و در این دوره معمولاً شاهد افزایش انرژی و اعتماد به نفس بالا هستیم که نقطه مقابل نشانگان افسردگی می‌باشد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که نتایج پژوهش آنان برخلاف پژوهش حاضر حاکی از عدم تاثیر آموزش بهزیستی روانشناختی بر افسردگی باشد. همچنین، در تبیین اثربخشی آموزش بهزیستی روانشناختی بر کاهش افسردگی و افزایش امید 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 (۲۸). همچنین، آموزش بهزیستی روانشناختی به بیماران می‌آموزد تا در جهان، موضعی فعال اتخاذ نمایند و زندگی خود را شخصاً 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 استرس‌سورهای ناشی از بیماری، موضعی فعال داشته باشند و بیماری را بهتر مدیریت نمایند (۲۶). بنابراین، آموزش بهزیستی روانشناختی با توجه به ویژگی‌هایی که

نوع دو ساکن مناطق یک تا سه شهر تهران اشاره کرد. پس، استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از مراحل پیگیری کوتاه مدت و بلندمدت برای بررسی تداوم نتایج پیشنهاد می‌شود. انجام این پژوهش به تفکیک جنسیت و بر روی مبتلایان به دیابت نوع دو سایر مناطق یا شهرها و حتی بر روی سایر بیماران و مقایسه نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر نیز می‌تواند مفید و برای درمانگران و متخصصان سلامت و یا برنامه‌ریزان برای مبتلایان به دیابت تلویحات کاربردی داشته باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی باعث کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو شدند و بین روش‌ها در کاهش افسردگی و افزایش امید تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. هر دو روش توانستند از طریق افزایش افکار و عواطف مثبت و کاهش افکار و عواطف منفی و ارتقای سازگاری، سلامت و کیفیت زندگی نقش خود را ایفا کنند. در نتیجه، برنامه‌ریزی برای استفاده از روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو ضروری است. بنابراین، درمانگران و متخصصان سلامت می‌توانند از روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی برای بهبود ویژگی‌های مرتبط با سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو به‌ویژه کاهش افسردگی و افزایش امید استفاده کنند.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری است که با هزینه شخصی انجام شده و نویسندگان از شرکت‌کنندگان در پژوهش و مسئولان انجمن دیابت شهر تهران تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد منافی وجود ندارد.

دارد می‌تواند نقش موثری در کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو داشته باشد.

یافته‌های دیگر نشان داد که بین اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روانشناختی در کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو تفاوت معنی‌داری 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 بهزیستی 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 متمرکز کردن ذهن، دیدن رویدادها از زوایای مختلف، رهایی از ناامید و تأسف، آگاهی از افکار مختلف، مقابله با افکار ناکارآمد و اضطراب، تأکید 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، تأکید بر مسئولیت‌پذیری جهت رشد شخصی، استقلال و خودمختاری، تسلط بر محیط و هدفمندی اثربخشی خود را نشان می‌دهند. در نتیجه، هر دو روش می‌توانند از طریق بهبود سازگاری، ارتقای سلامت، خوش‌بینی و بهزیستی روانشناختی و کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت باعث کاهش افسردگی و افزایش امید در مبتلایان به دیابت نوع دو شوند و بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود نداشته باشد.

از محدودیت‌های مهم این پژوهش می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، عدم پیگیری نتایج در بلندمدت و محدودشدن جامعه پژوهش به مبتلایان به بیماری دیابت

References

- McCoy MA, Theeke LA. A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurs Sci*. 2019;6(4):468-77. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.003>
- 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 Nurs Res*. 2020; 14 (2):66-72. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2020.01.006>
- Taheri H, Sarhadi E, Peyvand M, Hashemzahi Gonaki Z. Prevalence and severity of neuropathy in patients with type II diabetes in Zahedan, Iran. *J Diabetes Nurs*. 2020;8(2):1096-104. [Persian]
- Nefs G, Hendriecky C, Reddy P, Browne JL, Bot M, Dixon J, et al. 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. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.04.013>
- Ahn HI, Hyun MK. Effectiveness of integrative medicine program for dementia prevention on cognitive function and depression of elderly in a public health center. *Integrative Medicine Research*. 2019;8(2):133-7. <https://doi.org/10.1016/j.imr.2019.04.008>
- Park SJ, Lee MG, Jo M, Kim G, Park S. Joint effect of depression and health behaviors or conditions on incident cardiovascular diseases: A Korean population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*. 2020;276:616-22. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.009>
- Luu QF, Villareal CJ, Fritschi C, Monson RS, Oberholzer J, Danielson KK. Concerns and hopes of patients with type 1 diabetes prior to islet cell transplantation: A content analysis. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2018;32(7):677-81. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2018.04.002>
- Pasquier M, Rousson V, Darocha T, Bouzat P, Kosinski S, Sawamoto K, et al. Hypothermia outcome prediction after extracorporeal life support for hypothermic cardiac arrest patients: An external validation of the HOPE score. *Resuscitation*. 2019; 139: 321-8. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.03.017>
- Wood L, Kamper D, Swanson K. Spaces of hope? Youth perspectives on health and wellness in indigenous communities. *Health & Place*. 2018; 50: 137-45. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.01.010>
- Gallagher MW, Long LJ, Richardson A, D'Souza J, Boswell JF, Farchione TJ, Barlow DH. Examining hope as a transdiagnostic mechanism of change across anxiety disorders and CBT treatment protocols. *Behavior Therapy*. 2020; 51 (1):190-202. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.06.001>
- Carpenter JK, Sanford J, Hofmann SG. The effect of a brief mindfulness training on distress tolerance and stress reactivity. *Behav Ther*. 2019;50(3):630-45. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.10.003>
- 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. *Neurosci Biobehav Rev*. 2018;92:172-86. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.06.007>
- Barnhofer T. Mindfulness training in the treatment of persistent depression: can it help to reverse maladaptive plasticity? *Curr Opin Psychol*. 2019;28:262-7. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.02.007>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.learninstruc.2018.04.012>
- Moeenizadeh M, Salagame KKK. The impact of well - being therapy on symptoms of depression. *International Journal of Psychological Studies*. 2010; 2 (2):223-30. <https://doi.org/10.5539/ijps.v2n2p223>
- Xu Y, 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 Med Educ*. 2019;19(1):1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1616-9>
- Ruini C. The use of well-being therapy in clinical settings. *The Journal of Happiness & Well-Being*. 2014; 2 (1):75-84.
- Khoshkhatti N, Amiri majd M, Bazzazian S, Yazdinezhad A. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on symptoms of anxiety, depression and stress in renal patients under hemodialysis. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;14(6):9-17. [Persian].
- Sharifpour Sh, Manshaee Q, Sajjadian I. The effect of adolescent-centered mindfulness training on Depression, Anxiety and Stress among adolescents with cancer at the chemotherapy stage. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2019;17(5):545-57. [Persian].

20. Li Y, Sun W, Sun X, Sun J, Yang D, Jia B, Yuan B. Effects of mindfulness meditation on anxiety, depression, stress, and mindfulness in nursing students: a meta-analysis and trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Frontiers of Nursing*. 2020;7(1):59-70. <https://doi.org/10.2478/fo-n-2020-0001>
21. 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;4:51-9.
22. Del Zende Nejad Z, Aghajani Hashtjin T, Yousefi E. Comparative study of the effectiveness of two methods of resilience and group consciousness on the promotion of hope and happiness in multiple sclerosis patients. *Journal of Psychology New Ideas*. 2019;3(7):1-11. [Persian].
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. [Persian].
24. Abdolghaderi M, Kafi SM, Saberi A, Ariaporan S. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on hope and pain beliefs of patients with chronic low back pain. *Caspian Journal of Neurological Sciences*. 2018; 4 (1): 18-23. <https://doi.org/10.29252/nirp.cjns.4.12.18>
25. Munoz RT, Hoppes S, Hellman CM, Brunk KL, Bragg JE, Cummins C. The effects of mindfulness meditation on hope and stress. *Research on Social Work Practice*. 2016; 28 (6): 696-707. <https://doi.org/10.1177/1049731516674319>
26. Sarabandi H, Toozandehjani H, Nejat H. The effect of well-being therapy method on the clinical syndrome of patients with major depressive disorder. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2020; 8 (1):127-36. [Persian].
27. Talebi M, Naderi F, Bakhtiyarpour S, Safarzadeh S. The effect of psychological well-being training on distress tolerance, mind wandering and depression of mothers with mentally retarded children. *Journal of Nursing Education*. 2020;9 (2):27-36. [Persian].
28. Moeenizadeh M, Zarif H. The efficacy of well-being therapy for depression in infertile women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2017;10(4):363-70.
29. Javed S, Reyazuddin M, Azimi SA. Well-being therapy in psychiatric disorders: A new perspective. *International Journal of Health Sciences & Research*. 2015; 5 (3):348-52.
30. Pirnia B, Maleki F, Kazemi M, Malekanmehr P. Effectiveness of well-being therapy on psychological well-being index, optimism and life expectancy in Iranian methamphetamine-dependent men in abstinence phase, a randomized clinical trial. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2020; 27 (4). [Persian].
31. 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. [Persian]
32. Ghatreh Samani M, Najafi M, Rahimian Boogar I. Comparing the effectiveness of acceptance and commitment therapy and physiotherapy on depression, anxiety, and stress in patients with chronic pain. *Journal of Psychological Science*. 2019;18(74):159-169. [Persian].
33. Poshtyafte A, Mirderikvand F. The effectiveness of awareness education on social self-efficacy and resilience in the glass dependent patients. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2018;5(1):61-7. [Persian].
34. 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. [Persian]
35. Beck AT, Clarck DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research*. 1988; 1 (1):23-36. <https://doi.org/10.1080/10615808808248218>
36. EsmaeiliShad B, HashemianNejad F, Ghazbanzadeh R, Hatamipour K. Investigate the effect of emotion regulation training on spiritual intelligence, health concern and psychological distress in women with depression. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2020;15(2):84-95. [Persian].
37. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, & et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991. 60 (4): 570-85. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.4.570>
38. Sadoughi M, Mehrzad V, MohammadSalehi Z. The relationship of optimism and hope with depression and anxiety among women with breast cancer. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2017; 12 (2): 16-21. [Persian].