فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی(دوره جدید)

شماره37،
دوره هفتم،
سال چهارم،
زمستان 1401،
صص 1–13

اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش نشخوار فکری و بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان

ماریا قدیری نیاری[1]، محسن مشکبید حقیقی[2]

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش نشخوار فکری و بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان در سال 1401 بوده است. در این پژوهش نیمه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل استفاده شد. بدین منظور 30 نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو که در انجمن دیابت شهر گیلان پرونده داشتند با رعایت ملاک‌های ورود و خروج پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه 15 نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه نشخوار فکری (نولن هوکسما و مارو، 1991) و سلامت عمومی (گلدبرگ، 1972) بود که توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شدند سپس گروه آزمایش 10 جلسه 90 دقیقه‌ای تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفت و در نهایت داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه‌وتحلیل شدند. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های زندگی باعث کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به دیابت شده است (p<%5). همچنین نتایج پژوهش نشان داد نتایج نشان داد که نتایج نشان داد آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر "اضطراب و بی‌خوابی"، "نارساکنش وری اجتماعی" و "افسردگی" بیماران مبتلا به دیابت موثر است، در حالی که از نظر "نشانه‌های جسمی" تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت (p<%5). مداخله گروهی مهارت‌های زندگی با پروتکل به کار گرفته شده در این مطالعه برای کاهش نشخوار فکری و بهبود سلامت عمومی در جمعیت مبتلا به دیابت اثربخش بود و می‌توان از این روش در کنار درمان‌های دارویی برای بیماران مبتلا به دیابت بهره برد.

واژگان کلیدی: نشخوار فکری، سلامت عمومی، مهارت‌های زندگی، دیابت

[1] کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، موسسه اموزش عالی کوشیار، رشت، ایران (نویسنده مسئول) maria.ghadirii@gmail.com
[2] استادیار گروه روانشناسی، موسسه اموزش عالی کوشیار، رشت، ایران Ehya110@yahoo.com

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

مقدمه

بیمارهای مزمن و ناتوان‌کننده که امروزه تحت عنوان «بیماری‌های مدرن» یا «امراض جدید زندگی»، قلمداد می‌شوند از مهم‌ترین عوامل مرگ‌ومیر در جهان محسوب شده و قابل درمان نمی‌باشند ولی قابل کنترل هستند. افزایش پیشرونده در بروز و شیوع این بیماری‌ها در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ‌ومیر و افزایش روزافزون هزینه‌های مراقبت از این بیماران و به خصوص ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی داشتن آن‌ها، موجب شده که متخصصان در برخورد با این بیماران، از توجه صرف به یکی از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی پرهیز نموده و سعی نمایند که توجه کلی و سه بعدی داشته باشند. امروزه صدها پژوهش انجام گرفته در رشته روانشناسی سلامت، علاوه بر تایید نکته فوق، بیشترین توجه را به عوامل روانی اختصاص داده و بر این نکته تاکید می‌کنند که بدون در نظر گرفتن عوامل روانی، مداخلات معمول چندان پاسخگو نخواهد بود (دوپری، مک کی، اونیل و آلگو[1]، **2018**). بنابراین، روز به روز بر میزان توجه به نقش جدایی ناپذیر عوامل روانشناختی در شروع، استمرار و تشدید علایم این بیماران افزوده می‌شود (سویی، مردیس و خان[2]، **2017**). بیماری دیابت[3]، بیماری مزمن و غیرواگیری است که با هیپرگلیسمی به دنبال کاهش ترشح انسولین، مقاومت به عمل انسولین یا هردو مشخص می‌گردد (بیگدلی و دهقان، 1398). فرد مبتلا به این بیماری علاوه بر ابتلا به عوارض زودرس یا دیررسی مانند هیپوگلاسیمی و درگیری عروق، با فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه های درمانی، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی و اختلال در کار مانند سایر بیماری‌های مزمن، مواجه می شود (کیوسکلی، اسکات، وینکلی، کیلاکوس و مک کراکن[4]، 2019). نکته جالب توجه دیگر، این است که بسیاری از بیماری های مزمن، علاوه بر تاثیرپذیری از عوامل روانشناختی، علائم بیماری‌های مختلف روانی به خصوص افسردگی و اضطراب را در کنار بیماری جسمی‌شان از خود نشان داده و این هم ابتلایی باعث شده که در روند کنترل قند خون (کیکن، شوک، روبینز و کلور[5]، **2018**)، تاثیر منفی اختلالات روانی روی پیش آگهی بیماران مبتلا به دیابت (هانن، نیکلیک، ون سون، پوپ، و پاور[6]، **2016**)، و افزایش خطر عوارض و مرگ‌ومیر در بیماران دیابتی در نتیجه ابتلا به افسردگی اشاره نمود. همه موارد فوق بیانگر ضرورت توجه هر چه بیشتر به وضعیت روانی به خصوص وضعیت خلقی بیماران دیابتی می‌باشند.

بنابراین اولین واکنش قابل پیش‌بینی در بیماران مبتلا به دیابت، ضربه روان است که می‌تواند حالت‌هایی همچون یاس و ناامیدی، غمگینی، خشم، ناکامی، احساس نابودی، احساس تنهایی، ترس، افسردگی و نشخوار فکری، در پی داشته باشد (گادو[7]، 2018). نشخوار فکری به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص می‌گردد و بدون وابستگی به تقاضاهای محیطی تکرار می‌شوند. نشخوار فکری می‌تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی روی حل مساله و انگیزش شود. همچنین، این امر، تفکر افراد را به طور منفی جهت‌دار می‌کند و توان حل مسئله آن‌ها را ضعیف می‌کند (حیدریان، زهراکار و محسن زاده، 1395). در این مرحله، فرد به برآوردهای افراطی از احتمال حوادث منفی و مسئولیت خودش در قبال ایجاد یا پیشگیری از پیامدهای فجایع مرتبط با افکار دست می‌زند و سعی در کنترل این افکار دارد (موبرلی و دیکسون[8]، 2016). بررسی مودینی، راپ و ابوت[9] (2018) نشان می‌دهد افرادی که نمی‌توانند پاسخ‌های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را به‌طور مؤثری مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تری

---

1 - Duprey, McKee, O'Neal & Algoe
2 - Suyi, Meredith & Khan
3 - Diabetes
4 - Kioskli, Scott, Winkley, Kylakos & McCracken
5 - Kiken, Shook, Robins & Clore
6 - Haenen, Nyklíček, van Son, Pop & Pouwer
7 - Gadow
8 - Moberly & Dickson
9 - Modini, Rapee & Abbott

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

از ناراحتی‌های روانی را تجربه می‌کنند. همچنین باراتا، گونزالز، ژو، کیم، هوگلند[1] و همکاران (2020)، در مطالعه خود نشان دادند که وجود بیماری‌های مزمن به مشکلات روحی-روانی و تغییرات وسیعی در کلیه ابعاد زندگی تمام اعضای خانواده منجر شود و بر تعاملات آن‌ها به‌صورت منفی اثر می‌گذارد و نشخوار فکری بیماران رو افزایش می‌دهد. پاتون، وار، مک فرسون، امرسون و لنوکس[2] (2018) نیز در مطالعه خود نشان دادند که بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، احساس محرومیت، سطوح بالایی از اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری بیشتری را تجربه می‌کنند.

همچنین سلامت عمومی بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم و یکی از ابعام مهم سلامت محسوب می شود. سلامت عمومی ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود و نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند (آلاسری[3] و همکاران، 2022). وقتی سلامت عمومی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود (بهاتیا و داویلا[4]، **2017**). بنابراین طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نبود بیماری و معلولیت (سازمان بهداشت جهانی، **2019**). راپ و استودر[5] (**2020**) نیز سلامت عمومی را تعادل بین اعضا و محیط در رسیدن به خودشکوفایی می‌دانند. در حقیقت سلامت عمومی چیزی بیش از عدم وجود بیماری است و شرط لازم برای دستیابی به سلامت روانی داشتن نظام ارزشی منسجم است. سلامت عمومی در محیط خانواده به عنوان نخستین پایگاه اجتماعی و بهترین آموزشگاه برای رشد، شکل‌گیری ارزش‌ها و تکوین هویت همواره باید حفظ شود، زیرا سلامتی و صحت محیط خانواده است که از هر لحاظ زمینه‌ساز رشد اندیشه و شخصیت را در آینده فراهم می‌آورد (رادی، روداس و داس[6]، **2020**). جسیکا[7] (**2020**) دریافت که تعیین هدف در زندگی بهترین پیش‌بینی‌کننده شادی و رضایت از زندگی است و تنظیم اهداف شخصی و خانوادگی با شاخص-های مهم سلامت عمومی یعنی رضایت از زندگی، حرمت‌خود[8] و خوش‌بینی[9] رابطه دارد. در مداخله‌های درمانی او، برنامه‌هایی که در برگیرنده تنظیم اهداف شخصی در افراد بود منجر به افزایش تعهد شخصی و شادمانی در فضای زندگی خانوادگی آنها شد و وارد کردن والدین و خانواده‌ها در راهکارهای تمرینی روزمره، شادی و تندرستی آنها را افزایش داد. بیمارانی که خودنظم‌جویی بیشتری داشتند، کیفیت زندگی[10] و طبیعتا سلامت عمومی آنها افزایش یافت (گروسمن، ابراهیم، سوآپ، اسماعیل و نیونر[11]، **2019**).

بنابراین یکی از کاربردهای علم روان‌شناسی در جهان امروز کاربست اصول روان‌شناسی در یافتن شیوه‌های نوین زندگی و پیشگیری از مسائل و مشکلات فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی است. برنامه‌های آموزش مهارت‌های زندگی[12] از جمله کاربردهای روان‌شناسی در عرصه‌های مختلف فردی و اجتماعی است که با هدف ارتقای سطح بهداشت روانی و جسمانی و پیشگیری از آسیب‌های روانی، جسمانی و اجتماعی برگزار می‌گردد. این مهارت‌ها توانایی افراد در برخورد مؤثر با مقتضیات

---

1 - Barata, Gonzalez, Zhou, Kim, Hoogland
2 - Patton, Ware, McPherson, Emerson & Lennox
3 - Alassery
4 - Bhatia & Davila
5 - Rapp & Stauder
6 - Roddy, Rhoades & Doss
7 - Jessica
8- self-esteem
9- optimism
10- quality of life
11 - Goessmann, Ibrahim, Saupe, Ismail & Neuner
12- life skills training

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

زندگی همراه با استرس و اضطراب امروزی را بالا برده و به عنوان یک عامل پیشگیری کننده اولیه عمل می‌کند (ویلفورد[1]، 2005). مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از توانایی‌ها است که قدرت سازگاری و رفتار مثبت و کارآمد را افزایش می‌دهد در نتیجه شخص قادر خواهد بود بدون این که به خود یا دیگران صدمه بزند مسئولیت‌های مربوط به نقش اجتماعی خود را بپذیرد و با چالش‌ها و مشکلات روزمره زندگی به شکل موثر روبرو شود (خاکساری و همکاران، 2019). فتی و همکاران (1385)، مهارت‌های زندگی را یک رویکرد مبتنی بر تغییر یا شکل‌دهی رفتار تعریف می‌کنند که طی آن برقراری توازن میان سه حوزه دانش، نگرش و مهارت مدنظر قرار می‌گیرد. مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای ازتوانایی‌های روانی هستند که زمینه سازگاری مثبت را فراهم می‌آورند و فرد را قادر می‌سازند تا مسئولیت‌های اجتماعی خود را بپذیرد و بدون صدمه زدن به خود و دیگران با خواسته، انتظارات و مشکلات روزانه و مشغله‌های کاری و اداری به مشکل برخورد نماید (متین و احمدی، 1398). در واقع هدف از آموزش مهارت‌های زندگی افزایش توانایی‌های روانی اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب زننده به بهداشت و ارتقای سطح سلامت روان افراد است (مرادی، باصری و معاون جولا، 1397). در همین راستا می‌توان به پژوهش‌های انجام شده ذیل اشاره نمود:

لئو، یان، لی و مایس[2] (2016)، طی پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر مشکلات رفتاری» دریافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی در کاهش مشکلات رفتاری مؤثر می‌باشد و کسانی که تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی، ارتباطی و ابراز وجود قرار گرفتند، از لحاظ پیشرفت و موفقیت بهتری کسب کردند. آلبرتین و همکاران[3] (2011)، طی پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر عزت نفس» دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی به افراد کمک می‌کند تا در مقابل تغییرات، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند، از عزت نفس بالاتری برخوردار گردند و در نتیجه توانایی بیشتری نیز در کنترل مسائل و مشکلات نشان دهند. اشرفی و منجزی (1392)، طی پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری» دریافتند که آموزش مهارت‌های ارتباطی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه مؤثر می‌باشد. خلتعبری و عزیز زاده (1390)، طی پژوهشی با عنوان "مقایسه تأثیر برنامه‌ی آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی بر سلامت روان" دریافتند که آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای مقابله با فشار روانی به طور معناداری موجب افزایش سلامت روان دانشجویان می‌گردد.

با توجه به این که دیابت یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند و به علت پایین بودن سطوح سلامت هیجانی و کاهش خودمراقبتی را به نتایج نامطلوب دیگری همچون افت سلامت عمومی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ و میر سوق می‌دهد. در این راستا مداخلات درمانی زیادی با هدف های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخلات روی اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری دیابت متمرکز شده، بعضی‌ها، درمان اختلالات روانی مرتبط با دیابت را هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش‌های مدیریت وزن تمرکز نموده‌اند و بالاخره بعضی از مطالعات نیز مساله میزان پذیرش روش‌های درمانی بیماران دیابتی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را مرکز ثقل درمان معرفی کرده‌اند. بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه درمان بیماران دیابتی، و بعضا نتایج ضد و نقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیب ها، طولانی شدن و پرهزینه شدن درمان مبتلایان می‌گردد. به طورکلی با توجه به تاثیرات عوامل شناختی و روانی در بیماری دیابت می‌توان بیان نمود که استفاده از مداخلات روانشناختی، رفتاری و هیجانی می‌تواند در کارآمدی درمان دیابت موثرباشد و بنابراین

[1]- Wellford
[2] - Liu, Liu, Yan, Lee, Mayes
[3]- Albertyn

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

سوال اصلی پژوهش این می‌باشد که آیا آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش نشخوار فکری و بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان موثر است؟

روش

در این پژوهش چون امکان کنترل اثر تمامی متغیرهای مداخله گر وجود نداشت، با وجود انتخاب و جایگزینی تصادفی، از طرح «نیمه آزمایشی» استفاده شده است. داده‌های گردآوری شده در قالب طرح «پیش آزمون-پس آزمون» و با یک گروه کنترل و یک گروه آزمایشی به دست آمده‌اند. گفتنی است که پیش از اجرای طرح، به منظور اعمال کنترل بیشتر، سعی شد تا گروه های مورد بررسی از نظر سن (40 تا 65 سال)، میزان تحصیلات (حداقل سیکل)، وضعیت اقتصادی (متوسط)، سابقه ابتلا به بیماری دیابت (حداقل 3 سال)، عدم ابتلا به دیگر بیماری‌های مزمن، و همچنین نداشتن سابقه شرکت در جلسات آموزشی مهارت‌های زندگی، تا حد امکان یکسان باشند. طرح پژوهش حاضر از نوع «پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل» است. پس از ثبت نام و مشخص شدن 90 نفر از کسانی که تمایل به شرکت در پژوهش را داشته اند، 30 نفر از کسانی که شرایط ورود به پژوهش را داشتند، به طور در دسترس و هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه 15 نفر تقسیم شدند. با توجه به نوع طرح پژوهش و مراجعه به منابع مختلف، حجم نمونه یاد شده مناسب خواهد بود (دلاور، 1380). برای اجرای پژوهش حاضر، ابتدا با مسئولان انجمن دیابت شهر گیلان در سال 1401 در خصوص روند اجرای پژوهش هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. از میان مراجعه‌کنندگان مبتلا به بیماری دیابت به انجمن یاد شده، حدود 30 نفر از آنان با توجه به داشتن معیارهای ورود به طرح پژوهشی انتخاب شدند. برای شروع کار با این افراد، ابتدا یک جلسه در مورد هدف از برنامه و نحوه انجام کار و اقدامات لازم از قبیل تعداد جلسات، مدت جلسات و روزهای هفته و نیز ساعات شروع برنامه و مکان آن توضیحاتی داده شد و در این جلسه، رضایت آزمودنی‌ها مورد توجه قرار گرفت و خوشبختانه رضایت آنان حاصل شد. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در 10 جلسه 90 دقیقه‌ای بر روی بیماران انجام شد.

ابزارهای پژوهش:

پرسشنامه نشخوار فکری نولن هوکسما و مارو (1991): نولن هوکسما و مارو (1991) پرسشنامه ای خود آزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلف منفی را مورد ارزیابی قرار می داد. پر سشنامه سبک های پا سخ از دو مقیاس پا سخ های نشخواری و مقیاس پا سخ های منحرف کننده حواس تشکیل شده ا ست. مقیاس پا سخ های نشخواری 22 عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از ا (هرگز) تا 4 (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (ترینر گنزالز و نولن هوکسما، 2003). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از 0/88 تا 0/92 قرار دارد. پژوهش های مختلف نشـان می دهند همبسـتگی بازآزمایی برای مقیاس پاسـخ های نشخواری، 0/67 ا ست (لامینت، 2004). این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی به فار سی ترجمه شد. اعتبار پیش بین مقیاس پا سخ های نشخواری، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته ا ست. چنان که در قبلا تو ضیح داده شد، نتایج پژوهش های زیادی نشان می دهند که مقیاس پا سخ های نشخواری می تواند شدت افسردگی را در دوره های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل ا سترس‌زا، پیش‌بینی کند. همچنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آ سیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (1972): پرسشنامهٔ سلامت عمومی یک پرسشنامهٔ سرندی مبتنی بر روش خودگزارش‌دهی است. هدف این پرسشنامه دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری‌های روانی نیست، بلکه منظور ا صلی آن، ایجاد تمایز بین بیماری روانی و سلامت ا ست که برای تمام افراد جامعه طراحی شده ا ست. این پر سشنامه

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

دارای 4 زیر مقیاس ا ست: خرده مقیاس نشانه‌های جسمی، ا ضطراب و بی خوابی، نار ساکنش وری اجتماعی، و افسردگی. مدت زمان اجرای آزمون به طور متو سط حدود 10 تا 12 دقیقه ا ست. روش نمره‌گذاری پر سشنامه سلامت عمومی بدین ترتیب ا ست که ازگزینه الف تا ده نمره صفر، یک، دو و سه تعلق می‌گیرد. درنتیجه نمره فرد در هر یک از خرده مقیاس‌ها از صفر تا 21 و درکل پر سشنامه از صفر تا 84 خواهد بود. نمرات هر آزمودنی در هر مقیاس به‌طور جداگانه محا سبه شده و پس ازآن نمرات 4 زیر مقیاس را جمع کرده ونمره کلی را بدست می‌آوریم. در این پرسشنامه نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر می‌باشد. تاسال 1988 بیش از 70 درصد مطالعه درباره روایی پرسشنامه GHQ درنقاط مختلف دنیا انجام رسیده بود. به منظور برآورد اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی این پژوهش‌ها فراتحلیلی شده و نتایج نشان دادند متوسط حساسیت پرسشنامه GHQ–28 برابر با 0/84 (بین 0/77 تا 0/89) و متوسط ویژگی آن برابر 0/82 بین 0/78 تا 0/85 است (ویلیامز وگلدبرگ، 1988، به نقل از تقوی، 1380). به منظور ارز شیابی اعتبار پر سشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ (1979)، برر سی هم‌سانی درونی، که ازطریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می شود برای کل پر سشنامه را 0/95 گزارش کرده اند. ثبات درونی را باروش آلفای کرونباخ، 0/93 گزارش شده است.

آموزش مهارت‌های زندگی: در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف آموزش مهارت‌های زندگی بیان و محتوای جلسات آینده مشخص شد. در جلسه دوم مهارت خودآگاهی آموزش داده شد که شامل تعریف خودآگاهی، شناخت اجزاء خودآگاهی، شناخت تجربیات منفی، شناخت نقاط قوت و ضعف و چگونگی ارزیابی صحیح موقعیت‌ها بود. در جلسه سوم مهارت ارتباط موثر آموزش داده شد که شامل شناخت عناصر پیام، شناخت محیط و زمینه پیام، معرفی انواع پیام‌های کلامی و غیرکلامی، آموزش سبک‌های ارتباطی و معرفی موانع ارتباطی بود. در جلسه چهارم مهارت همدلی آموزش داده شد که شامل آموزش مهارت گوش دادن فعال (یعنی آموزش تمرکز، کاوش و پیگیری، انعکاس، خلا صه کردن و جمع بندی گفته‌های طرف مقابل) و بررسی موانع گوش دادن فعال بود. در جلسه پنجم مدیریت استرس آموزش داده شد که شامل آشنایی با خاستگاه استرس، شناسایی منابع بالقوه استرس‌زا، آموزش شیوه‌های مقابله با استرس، آموزش کنترل خشم، تاثیر خشم بر بدن، راه‌های مجاز ابراز خشم و روش‌های کنترل خشم بود. در جلسه ششم مهارت ابراز وجود آموزش داده شد که شامل آموزش مهارت نه گفتن، بیان دلیل رفتار، مهارت بررسی نحوه بیان درخواست منطقی خواسته‌ها، بیان درخواست و بیان مشکل با توجه به وضعیت موجود بود. در جلسه هفتم مهارت حل مساله آموزش داده شد که شامل تعریف مساله، شناسایی عوامل بازدارنده حل مساله، فرایند حل مساله، متعهد شدن برای اجرای راه‌حل، طرح‌ریزی برای اجرای بهترین راه‌حل و اجرای بهترین راه‌حل بود. در جلسه هشتم مهارت تصمیم‌گیری آموزش داده شد که شامل آشنایی با عوامل موثر در تصمیم‌گیری و سبک‌های تصمیم‌گیری بود. در جلسه نهم مهارت تفکر خلاق و تفکر انتقادی آموزش داده شد که شامل تقویت تیزبینی، حافظه، حدس زدن، بررسی کردن، استفاده از نشانه‌ها و اجتناب از اشکال‌تراشی بود. در جلسه دهم یک بار دیگر مطالب مطرح شده در جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یاد گرفته شده تمرین شد.

به منظور بررسی اهداف پژوهش از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیره) استفاده گردید.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

یافته‌ها

در این بخش نیز با استفاده از شاخص‌های مرکزی، پراکندگی و نمودار متغیرهای پژوهش مورد توصیف قرار می‌گیرد

جدول 1. میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری و سلامت عمومی در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه‌ها

		پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر	گروه	M	SD	M	SD
نشخوار فکری	آزمایش	81/26	3/57	50/40	3/21
	کنترل	76/85	14/91	74/10	11/77
نشانه‌های جسمی	آزمایش	6/93	3/2	4/27	2/4
	کنترل	6/8	2/1	6/07	2/7
اضطراب و بی‌خوابی	آزمایش	8/73	3	6/2	3/4
	کنترل	8/33	3/4	7/67	3/1
ناکنش‌ورزی اجتماعی	آزمایش	7/4	3/4	4/8	2/7
	کنترل	7/87	1/3	7/67	2/3
افسردگی	آزمایش	4/47	3/2	2/47	2/4
	کنترل	4/53	2/8	4/47	3/5
کل	آزمایش	27/53	6/6	17/73	6/4
	کنترل	28/4	5/4	26/47	4/9

بر اساس اطلاعات جدول 1 همچنان که ملاحظه می‌شود میانگین گروه نشخوار فکری در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش نشان می‌دهد، همچنین در همه مولفه‌های "سلامت عمومی"، نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش، در پس آزمون، نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است، در حالی این این تغییرات در گروه کنترل محسوس نیست. این نتیجه را می‌توان از مقایسه نمره کل سلامت عمومی گروه آزمایش (17/73) و گروه کنترل (26/47) نیز استنباط کرد.

جدول 2. نتایج آزمون کواریانس برای اثربخشی مهارت‌های زندگی بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت

متغیر	شاخص آماری	SS	Df	MS	F	معنی داری	اندازه اثر
نشخوار فکری	پیش آزمون	15/78	1	15/78	0/20	0/65	0/006
	گروه	447/45	1	447/45	5/74	0/02	0/13
	خطا	3115/96	24	86/55			
	کل	75009/00	30				

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

نتایج جدول 2 نشان می دهد، با حذف تأثیر متغیر پیش آزمون و با توجه به ضریب F محاسبه شده (F =5/74 ،P <0/05)، مشاهده می شود که بین میانگین های تعدیل شده نمرات نشخوار فکری شرکت کنندگان برحسب عضویت گروهی «آزمایش و کنترل» در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری مشاهده می‌شود. به این معنی که استفاده از آموزش مهارت‌های زندگی در بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایشی به نسبت گروه کنترل تأثیر بیشتری بر کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت داشته است.

جدول 3. تحلیل کوواریانس یک راهه بین آزمودنی جهت بررسی تاثیر مهارت‌های زندگی بر مولفه‌های سلامت عمومی

منبع تغییر	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	نشانه‌های جسمی	21/5	1	21/5	5/9	0/023	0/197
	اضطراب و بی خوابی	30/4	1	30/4	8/04	0/01	0/251
	ناکنش‌ورزی اجتماعی	57/1	1	57/1	15/5	0/01	0/392
	افسردگی	27/3	1	27/3	7/5	0/012	0/237
خطا	نشانه‌های جسمی	87/8	24	3/66			
	اضطراب و بی‌خوابی	90/7	24	3/78			
	ناکنش‌ورزی اجتماعی	88/8	24	3/7			
	افسردگی	87/9	24	3/66			
کل	نشانه‌های جسمی	1011	30				
	اضطراب و بی‌خوابی	1758	30				
	ناکنش‌ورزی اجتماعی	1407	30				
	افسردگی	648	30				

بر اساس اطلاعات جدول 3، با احتساب آلفای میزان شده بنفرونی (0/0125) در مولفه‌های "اضطراب و بی خوابی"، "ناکنش ورزی اجتماعی" و "افسردگی"، تفاوت معناداری بین گروه‌ها، وجود دارد؛ به طوری که اطلاعات جدول نیز نشان می‌دهد میانگین این سه مولفه در بیماران گروه آزمایش که تحت آموزش مهارت‌های زندگی قرار گرفته‌اند، به طور معنی‌داری کاهش داشته است، بنابراین می‌توان ادعا کرد که آموزش مهارت‌های زندگی بر "اضطراب و بی‌خوابی"، "ناکنش‌ورزی اجتماعی" و "افسردگی" بیماران مبتلا به دیابت موثر است، در حالی که از نظر "نشانه‌های جسمی" تفاوتی بین گروه‌ها وجود نداشت. اندازه اثر نیز حاکی از آن است که تقریباً 39/2 درصد از واریانس "ناکنش ورزی اجتماعی" و 23/7 درصد از واریانس "افسردگی" آزمودنی از طریق انتساب به گروه‌ها قابل تبیین است. این رقم در خصوص مولفه "اضطراب و بی‌خوابی" به 25/1 درصد می‌رسد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر کاهش نشخوار فکری و بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان انجام شد. نتایج نشان داد که آموزش گروهی مهارت‌های زندگی باعث کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به دیابت شده است. نتایج پژوهش با یافته‌های (مورفی-گراهان و کوهن، 2022؛ دیباج و همکاران، 2022) همسویی دارد. در تبیین نتایج بدست آمده می‌توان چنین بیان نمود علیرغم آموزش مهارت‌های تصمیم گیری، حل

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

مساله، تفکر، خودآگاهی، شیوه مقابله با استرس، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌هایی از این قبیل، بیماران مبتلا به دیابت در صورت مواجهه با مشکلات و تنش‌ها از روش‌های هیجان محور بهره گرفته و به جای تفکر، استدلال، ارزیابی و تصمیم‌گیری در مورد مشکلات، این فرایند را به تاخیر می‌اندازند. در واقع این افراد تلاشی برای کاهش یا حذف استرس خود نمی‌کنند و فقط خود را آرام ساخته و از پریشانی و آشفتگی دور می‌سازند. علاوه بر این می‌توان به تفاوت‌های جنسیتی در روش‌های استفاده از نشخوار فکری اشاره کرد. تحقیقات مختلف (هامپل و پیترمن،[1] 2006) نشان می‌دهد که بیماران در موقعیت‌های استرس‌زا بیشتر از روش‌های هیجان محور و اجتنابی بهره می‌گیرند. لذا می‌توان گفت با توجه به اینکه گروه نمونه پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به دیابت تشکیل داده بودند، یافته پژوهش حاضر دور از ذهن نیست. از طرف دیگر می‌توان به تفاوت سنی در استفاده از راهبردهای مقابله پرداخت. براساس یافته‌های پژوهش امیرخان و ایوینگ[2](2007) با افزایش سن، استفاده از سبک‌های حل مساله بیشتر دیده می‌شود و افراد سنین پایین‌تر، بیشتر از روش‌های نشخوار فکری استفاده می‌کنند که همین امر موجب کسب نمره کمتر در نشخوار فکری نسبت به افراد سنین بالاتر بود. می‌توان عنوان نمود که تجربه فشار روانی در سنین مختلف، متفاوت است و افراد در سنین بالاتر با توجه به تجربیات گسترده‌تر و آگاهی از سودمندی مهارت‌هایی از قبیل حل مساله، مهارت تفکر، مهارت ارتباطی و غیره، در مورد تفسیر رویدادهای منفی زندگی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اثر گذار بهتر عمل می‌کنند. علاوه بر موارد ذکر شده، افراد در مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زا از پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند که این موقعیت‌ها نیز می‌تواند پاسخ‌های مقابله‌ای متفاوتی را برانگیزد. زمانی که مشکل یا حادثه‌ای، سطح بالایی از تهدیدزایی برای افراد دارد، مهم تلقی شده و ممکن است، توجه فرد را از خود مشکل به هیجانات مرتبط با آن معطوف کند و لذا در حوادث مهم‌تر و تهدیدکننده‌تر بیشتر از نشخوار فکری استفاده کنند (تری،[3] 2001).

همچنین نتایج نشان داد آموزش گروهی مهارت‌های زندگی باعث بهبود سلامت عمومی بیماران مبتلا به دیابت استان گیلان انجام شد. نتایج پژوهش با یافته های (ندتی و همکاران، 2019؛ اباوغلو و همکاران، 2020؛ اوسولیوان و همک اران، 2021) همخوانی دارد. بررسی محتوای آموزشی جلسه‌ها حاکی از آن است که اغلب فعالیت‌های این دوره آموزشی به ابعاد مختلف مسائل اجتماعی پرداخته‌اند. به بیان دیگر اغلب فعالیت‌ها مانند شیوه‌های برقراری ارتباط موثر، آشنایی با شیوه‌های کلامی و غیرکلامی ارتباط، افزایش قاطعیت در رفتار و غیره به افزایش سلامت روان فرد در روابط اجتماعی کمک کرده‌اند و کاهش مشکلات را در این حیطه به دنبال داشته‌اند. بهبود اجتماعی و بهبود ارتباط با اطرافیان، فرد را از وضعیت ناراحت‌کننده انزوا و تنهایی خارج ساخته و از این راه از میزان اشتغال ذهنی نسبت به افکار منفی مربوط به بیماری‌شان کاسته است. برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از طریق پرورش مهارت‌هایی همچون تصمیم‌گیری درست و حل مساله، تفکر خلاق و انتقادی، مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و مقابله با شرایط دشوار، سلامت روان را افزایش می‌دهد و به این ترتیب به افزایش سازگاری او کمک می‌کند. بنابراین این آموزش‌ها، تفکر و احساس یادگیرنده را درباره خود و دیگران تحت تاثیر قرار می‌دهد و موجب ارتقای توانایی‌های روانی-اجتماعی و کاهش علائم افسردگی در آنها می‌شود؛ این توانایی فرد را برای مواجهه موثر و پرداختن به کشمکش‌های زندگی یاری می‌دهد و زمینه سلامت عمومی او را فراهم می‌سازد.

در پایان شایان ذکر است که با توجه به نتایج پژوهش و تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش نشخوار فکری، افسردگی و اضطراب در بیماران پیشنهاد می‌شود که از این مدل در برنامه‌های آموزش‌خانه‌های سلامت محله‌ها جهت ارتقا آگاهی و تغییر نگرش زندگی افراد استفاده شود. همچنین این روش می‌تواند به منظور کاهش افسردگی و اضطراب این نوع بیماران به روان شناسان، روانپزشکان، مشاوران، مددکاران و کلیه متخصصان دست اندرکار در مراکز بهداشتی پیشنهاد گردد. پیشنهاد می‌گردد

[1] - Hampel and Petermann
[2] - Amirkhan & Auyeung
[3] - Terry

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

که در کاربرد درمانی این شیوه توسط متخصصان، دوره‌های درمانی از تعداد جلسات بیشتر و تمرین‌های بیشتر در حیطه‌های مورد نظر برخوردار باشند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، اجرای پژوهش فقط بر روی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی استان گیلان بوده که این امر تعمیم‌پذیری یا اعتبار بیرونی پژوهش را محدود می‌کند. همچنین وجود متغیرهای کنترل نشده مانند سبک زندگی، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات، و غیره و تداخل آنها در پژوهش موردنظر تعمیم‌پذیر را محدود می‌کند.

منابع

اشرفی، مهناز و منجزی، فرزانه. (1392). اثربخشی مهارت‌های ارتباطی بر میزان پرخاشگری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، دوره 3، شماره 1، صص: 81-98.

بیگدلی، روجا و دهقان، فاطمه. (1398). بررسی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان شناختی و رضایت از زندگی در مبتلایان به دیابت نوع دوم. *نشریه علمی پژوهش پژوهش توانبخشی در پرستاری*، 5 (4)، 34-42.

حیدریان، آ.، زهراکار، ک.، و محسن زاده، ف. (1395). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، 9 (2)، 45-52.

خلعتبری، جواد و عزیززاده، فرشته. (1390). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی و راهبردهای دانشجویان دختر. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، دوره 12، شماره 44.

فتی، لادن؛ محمدخانی، شهرام؛ موتابی، فرشته و کاظم زاده، مهرداد. (1385). *راهنمای عملی برگزاری کارگاه‌های آموزش مهارت‌های زندگی*. تهران: انتشارات وزارت بهداشت.

متین، حسین و احمدی، صدیقه. (1398). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر سخت‌رویی روان شناختی و سلامت معنوی دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسطه. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، 14 (75)، 61-70.

مرادی، حجت اله؛ باصری، احمد و معاون جولا، راضیه. (1397). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی (حل مساله، تصمیم‌گیری، تفکر خلاق) بر عزت نفس فرزندان شاهد و ایثارگر شهر تهران. *مجله روانشناسی نظامی*، 31 (14)، 47-53.

Abaoğlu, H., Mutlu, E., Sertaç, A. K., Esra, A. K. I., & YAĞCIOĞLU, A. E. A. (2020). The effect of life skills training on functioning in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *31*(1), 48.

Alassery, F., Alzahrani, A., Khan, A. I., Khan, A., Nadeem, M., & Ansari, M. T. J. (2022). Quantitative Evaluation of Mental-Health in Type-2 Diabetes Patients Through Computational Model. *INTELLIGENT AUTOMATION AND SOFT COMPUTING*, *32*(3), 1701-1715.

Albertyn, R. M., Kapp, C. A., & Groenewald, C. J. (2011). Patterns of empowerment in individuals through the course of a life-skills programme in South Africa. *Studies in the Education of Adults*, *33*(2), 180-200.

Amirkhan, J. and Auyeung, B. (2007). Coloing with stress across the lifespan: Absolute us. Relative changes in strategy, Applied Developmental psychology, 28, 298-317.

Barata, A., Gonzalez, B. D., Zhou, J. M., Kim, J., Hoogland, A. I., El-Jawahri, A., ... & Jim, H. S. (2020). Associations among depression, antidepressants, survival and quality of life in hematopoietic cell transplant recipients. *Bone Marrow Transplantation*, 1-4.

Bhatia, V., & Davila, J. (2017). 27 Mental Health Disorders in Couple Relationships. *Foundations for Couples' Therapy: Research for the Real World*, 268.

Dibaj, Z., Boromandfar, Z., & Maghsoudi, J. (2022). Effect of implementing a life skills program on the perceptions of aging and self-efficacy in postmenopausal women: A field trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, *27*(2), 157.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

Duprey, E. B., McKee, L. G., O'Neal, C. W., & Algoe, S. B. (2018). Stressful life events and internalizing symptoms in emerging adults: The roles of mindfulness and gratitude. *Mental Health & Prevention*, *12*, 1-9.

Gadow, K. D. (2018). *Children on Medication Volume I: Hyperactivity, Learning Disabilities, and Mental Retardation*. Routledge.

Goessmann, K., Ibrahim, H., Saupe, L. B., Ismail, A. A., & Neuner, F. (2019). The contribution of mental health and gender attitudes to intimate partner violence in the context of war and displacement: Evidence from a multi-informant couple survey in Iraq. *Social Science & Medicine*, *237*, 112457.

Haenen, S., Nyklíček, I., van Son, J., Pop, V., & Pouwer, F. (2016). Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in diabetes outpatients: findings from the DiaMind randomized trial. *Journal of psychosomatic research*, *85*, 44-50.

Hampel, P. and Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping and adjustment in adolescents, Adolescent Health. 38, 469-475.

Jessica, S. (2020). Hearing Impairment and Mental Health Among Married Couples. *The Journals of gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*.

Khaksari, M., Fathi-Ashtiani, A., Seifi, M., Abolghasemi-Hedeshi, R., Lotfi-Kashani, F., & Helm, F. A. (2019). Life Skills Training Effects on Adjustment and Mental Health in Physical-Motor Disabilities. *The International Journal of Indian Psychology*, *Volume 7*, *Issue 1*, *Version 1*, *1*, 5.

Kiken, L. G., Shook, N. J., Robins, J. L., & Clore, J. N. (2018). Association between mindfulness and interoceptive accuracy in patients with diabetes: Preliminary evidence from blood glucose estimates. *Complementary therapies in medicine*, *36*, 90-92.

Kioskli, K., Scott, W., Winkley, K., Kylakos, S., & McCracken, L. M. (2019). Psychosocial factors in painful diabetic neuropathy: a systematic review of treatment trials and survey studies. *Pain Medicine*, *20*(9), 1756-1773.

Liu, J., Liu, S., Yan, J., Lee, E., & Mayes, L. (2016). The impact of life skills training on behavior problems in left-behind children in rural China: a pilot study. *School Psychology International*, *37*(1), 73-84.

Moberly, N. J., & Dickson, J. M. (2016). Rumination on personal goals: Unique contributions of organismic and cybernetic factors. *Personality and Individual Differences*, *99*, 352-357.

Modini, M., Rapee, R. M., & Abbott, M. J. (2018). Processes and pathways mediating the experience of social anxiety and negative rumination. *Behaviour research and therapy*, *103*, 24-32.

Murphy-Graham, E., & Cohen, A. K. (2022). Life Skills Education for Youth in Developing Countries: What Are They and Why Do They Matter?. In *Life Skills Education for Youth* (pp. 13-41). Springer, Cham.

Ndetei, D. M., Mutiso, V., Gitonga, I., Agudile, E., Tele, A., Birech, L., ... & McKenzie, K. (2019). World Health Organization life-skills training is efficacious in reducing youth self-report scores in primary school going children in Kenya. *Early intervention in psychiatry*, *13*(5), 1146-1154.

O'Sullivan, E., Gogan, E., Doyle, L., & Donohue, G. (2021). Decider Life Skills training as a method of promoting resilience with mental health student nurses on clinical placement. *Nurse Education in Practice*, *56*, 103222.

Patton, K. A., Ware, R., McPherson, L., Emerson, E., & Lennox, N. (2018). Parent-Related Stress of Male and Female Carers of Adolescents with Intellectual Disabilities and Carers of Children within the General Population: A Cross-Sectional Comparison. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *31*(1), 51-61.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

Rapp, I., & Stauder, J. (2020). Mental and Physical Health in Couple Relationships: Is It Better to Live Together?. *European Sociological Review*, *36*(2), 303-316.

Roddy, M. K., Rhoades, G. K., & Doss, B. D. (2020). Effects of ePREP and OurRelationship on low-income couples' mental health and health behaviors: A randomized controlled trial. *Prevention Science*, 1-11.

Suyi, Y., Meredith, P., & Khan, A. (2017). Effectiveness of mindfulness intervention in reducing stress and burnout for mental health professionals in Singapore. *Explore: The Journal of Science and Healing*, *13*(5), 319-326.

Terry, D. T. (2001). Determinants of coping the role of stateand situational factors. Journal of personality and social psychology, 66, 895-910.

Wellford , J. (2005). Life skills training . *Journal of International Relations,* 19, 687- 411.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

The Effectiveness of Group Training of Life Skills on Reducing Rumination and Improving the Mental Health of Patients with Diabetes in Gilan Province

Maria Ghadiri Niari[1], Mohsen Moshkbid Haghigi[2]

Abstract

The purpose of this research was to determine the effectiveness of group training of life skills on reducing rumination and improving the mental health of patients with diabetes in Gilan province in 2022. In this semi-experimental research, a pre-test-post-test design and a control group were used. For this purpose, 30 people with type 2 diabetes who had a case in the Diabetes Association of Gilan city were randomly selected into experimental and control groups (15 people in each group) by following the entry and exit criteria of the study using available and targeted sampling. The data collection tools included the rumination questionnaire (Nolen Hoeksma and Maro, 1991) and mental health (Goldberg, 1972) which were completed by the participants, then the experimental group underwent 10 90-minute sessions of life skills training, and finally the data were collected using They were analyzed by covariance analysis. The results showed that life skills group training reduced rumination in patients with diabetes ($p<5\%$). Also, the results of the research showed that the results showed that group training of life skills is effective on "anxiety and insomnia", "social dysfunction" and "depression" of patients with diabetes, while in terms of "physical symptoms There was no difference between the groups ($p<5\%$). The group intervention of life skills with the protocol used in this study was effective in reducing rumination and improving mental health in the population with diabetes, and this method can be used alongside drug treatments for patients with diabetes.

Keywords: Rumination, General Health, Life Skills, Diabetes

[Downloaded from jnrihs.ir on 2026-11-17]

[1] Master of General Psychology, Koshyar Institute of Higher Education, Rasht, Iran (corresponding author)
[2] Assistant Professor, Department of Psychology, Koshiar Institute of Higher Education, Rasht, Iran