

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به

زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

* سیدرضا میرمهدی^۱، مرضیه رضاعلی^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد.

(تاریخ وصول: ۹۷/۰۵/۱۷ - تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۱/۱۶)

The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes²

* Sayyed Reza Mir Mahdi¹, Marzeieh Rezaali²

1. Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University.

2. M.A. in clinical Psychology, Azad University.

(Received: Aug. 08, 2018 - Accepted: Feb. 05, 2019)

Abstract

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effectiveness mindfulness-based cognitive therapy on resilience, emotion regulation and life expectancy among women with diabetes. **Method:** The method of research was semi-experimental with pretest and posttest control group. Data were collected from the Responding Questionnaire by Connor and Davidson (2003), Garnowski Critical Settlement Questionnaire (2006), and Miller & Wacky Hope Questionnaire (1988). The sample were 30 patient women who were selected by available sampling and were randomly placed in tow groups of experimental group and control group. The experimental group received 9 sessions Mindfulness-based Cognitive Therapy. **Result:** The results of this study showed that mindfulness education is not effective in improving the life expectancy of women with diabetes ($p>0/05$) However, had significant effect on resilience and emotion regulation of women with diabetes ($p<0/05$). **Conclusion:** mindfulness can play an important role as adjunctive and Rehabilitation therapies with medical treatment.

Keywords: Mindfulness, Resilience, Emotion Regulation, Life Expectancy, Women whit Diabetes 2.

چکیده

مقدمه این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت شهرستان خوانسار انجام شد. روش: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود. از پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه تنظیم شناختی گارنفسکی، کرایچ (۲۰۰۶) و پرسشنامه امیدواری میلر و پاور (۱۹۸۸) جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از زنان مبتلا به دیابت خوانسار انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش در طی ۹ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را آموزش دید. یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر بهبود امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت موثر نیست ($P>0/05$) ولی بر بهبود تاب‌آوری و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به دیابت تاثیر معنادار دارد ($P<0/05$). نتیجه‌گیری: آموزش ذهن آگاهی می‌تواند نقش مهمی را به عنوان درمان‌های کمکی و توان‌بخشی در کنار درمان‌های پزشکی در دیابت ایفا کند.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، تاب‌آوری، تنظیم هیجان، امید به زندگی، زنان مبتلا به دیابت ۲.

* نویسنده مسئول: سیدرضا میرمهدی

*Corresponding Author: Seyyed Reza Mir Mahdi

Email: mirmehdy2001@yahoo.com

مقدمه

ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر می‌شود از این رو دارای عوارض بلند مدت و کوتاه مدت زیادی است (ابوالقاسمی و محمودی، ۲۰۱۲). عدم پذیرش بیماری، حساس شدن نسبت به نوسانات قند خون، تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوامل جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی (قشقای، نظیری، فرنام^۲، ۲۰۱۴) سبب بروز مشکلات روان‌شناختی مثل تنیدگی در افراد می‌شود (مظلوم بافرویی، دهقانی فیروز آبادی، علیزاده، ۲۰۱۵). فشار روانی نقش دوگانه علت و معلولی را در رابطه با بیماری دیابت ایفا می‌کند. این بیماری از شایعترین بیماری‌های مزمنی است که نقش عوامل روان‌شناختی موثر بر آن مورد پژوهش‌های مختلف قرار گرفته است (حمید، ۲۰۱۱).

برخی از اتفاقاتی که به طور روزمره برای افراد رخ می‌دهد، تاب و توان فرد را کاهش داده یا از بین می‌برد. دیابت یکی از عواملی است که باعث کاهش تاب‌آوری فرد می‌شود (دنيسكو^۳، ۲۰۱۱). تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر استرس، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف شده است (پینکوآرت^۴، ۲۰۰۹). نتایج مطالعات حاکی از آن است که تاب‌آوری بیماران دیابتی به طور معنادار ضعیف‌تر

دیابت یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان است که مزمن، پیش رونده و پر هزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند. این بیماری چهارمین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای توسعه یافته است (حسینی خواه، منشی و ابراهیمی، ۱۳۹۳).

دیابت دو نوع اصلی دارد: افرادی که دیابت نوع اول دارند یعنی مقدار خیلی کمی انسولین تولید می‌کنند و یا اصلاً انسولین در بدنشان تولید نمی‌شود و نوع دوم دیابت افرادی هستند که نمی‌توانند از انسولین استفاده موثر کنند. آنها می‌توانند بیماری خود را تنها با تغییر روش زندگی کنترل کنند و معمولاً بیشتر به داروهای خوراکی نیاز دارند و کمتر به انسولین وابسته هستند (یی ون؛ نایسون و تاووسین^۱، ۲۰۱۱).

کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته همگی در حال تجربه همه گیری دیابت نوع ۲ هستند. میزان شیوع و بروز این بیماری در اغلب کشورهای جهان همچنان بدون توقف در حال افزایش است. تعداد مبتلایان به دیابت از ۱۱۸ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۲۲۰ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ رسیده و پیش بینی می‌شود که به مرز ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ نیز برسد. سازمان بهداشت جهانی پیش بینی کرده دیابت در ایران تا سال ۲۰۲۵ حدود ۸/۶ درصد جمعیت کشور را درگیر خواهد کرد (اسکندریان؛ رشیدپور؛ قربانی و ملک، ۲۰۰۹).

بیماری دیابت با ایجاد اختلال در سوخت و

2. Farnam
3. Denisco, S
4. Pinquart, M

1. Yi-wen.T, Naihsuan.K, Tao-hsin.T

است که به این بیماری مبتلا نشده‌اند و این امر می‌تواند بر سیر و پیش‌آگاهی بیماری تاثیر گذار باشد (هرمنز؛ کولزر؛ کریچ بام؛ کویک و هیک،^۵ ۲۰۰۶).

یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنش‌زای زندگی نقش اساسی ایفا می‌کند، امید به زندگی است. امید به عنوان عاملی برای غنای زندگی، افراد را قادر می‌سازد تا با چشم اندازی فراتر از وضعیت کنونی خود را ببینند (گراوندی؛ گرام؛ مظلومی و مظلومی، ۱۳۹۳). افرادی که دچار رخداد‌های استرس‌زا شده‌اند با درجات متفاوتی از امید در انتظار همه چیز حتی معجزه بوده و از آنجا که افراد به دنبال پیش‌گویی خودکام بخش هستند، مایلند در جهت پیش‌بینی‌های خود رفتار کنند (اشنایدر؛ ریتزچی؛ روید و برگ،^۶ ۲۰۰۶). امید حالت انگیزشی ذهنی مثبت در جهت برنامه ریزی برای آینده‌ای بهتر است که با نیروی نافذ خود محرک زندگی فرد است و منجر به کسب تجربه‌های نو می‌گردد (ایبرایت و لیون،^۷ ۲۰۰۲). امید به زندگی می‌تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازش‌یافتگی با فقدان دارد (علی پور؛ علی اکبری دهکردی؛ امینی و هاشمی جشنی، ۱۳۹۵). علاوه بر این روانشناسان پذیرفته‌اند که امید می‌تواند بر بیماری اثر روانی داشته باشد (صمدی فرد، ۲۰۱۶). افراد دیابتی در مقایسه با افراد بدون دیابت دارای کیفیت زندگی پایینی هستند؛ اما این پیامد به نسبت افرادی که

از افراد غیر دیابتی است (نجاتی صفا، لاریجانی، شریعتی، ۲۰۱۲).

بیماران با دیابت نوع ۲ او به استرس و هیجان‌های منفی مانند ترس و خشم کاملاً حساس بوده و در کنترل استرس و تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند (تیلور،^۱ ۲۰۱۲). تجربه‌ی احساسات منفی مانند: خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس، احساس گناه، و افسردگی در مبتلایان به دیابت بسیار معمول است (اسمارت ریچمن؛ کوبزانسکی و ماسلکو،^۲ ۲۰۰۵). مشخص شده که کنترل ضعیف سطح سرمی قند خون در بیمای دیابت و رویدادهای تنش‌زا در زندگی و هیجان‌های بالقوه منفی ارتباط مثبت معنادار با یکدیگر دارند و استرس‌های کوچک زندگی روزمره حتی بیش از استرس‌های مهم و چشم‌گیر با کنترل ضعیف مسیرهای متابولیک در بدن مرتبط‌اند (بردلی،^۳ ۱۹۹۴). تنظیم هیجان به توانایی فهم هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان اشاره دارد (فلدمن - بارت؛ گراس و کریستنسن،^۴ ۲۰۰۱).

تنظیم هیجان سازش‌یافته با سازش‌یافتگی تعاملات اجتماعی مثبت مرتبط است و موجب افزایش تجربه‌ی هیجان مثبت و مقابله موثر با موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود این توانایی فعالیت‌های واکنشی لازم را در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی، بالا می‌برد (خدابخشی کولایی؛ فلسفی نژاد و نویدیان، ۱۳۹۵). مشکلات هیجانی و خلقی در بیماران دیابتی بیشتر از افرادی

1. Taylor

2. Smart Richman, L. Kubzansky, L. & Maselko, J

3. Beradly, C

4. Feldman-Barrete, L. Gross, J. & Christensen, TC

5. Hermans N, Kulzer B, Kubiak T & Haak T

6. Snyder CR, Ritschel LK, Ravid LA & Berg CJ

7. Ebright PR & Lyon B

تمرین‌های مراقبه و ذهن آگاهی به افزایش توانایی خود آگاهی و پذیرش خود در بیماران منجر می‌شود (بیبر،^۵، ۲۰۰۳).

به کمک ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه و کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و از طریق آگاهی لحظه به لحظه افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سگال و ویلیامز،^۶، ۲۰۰۲). نشخوار فکری تلاشی در جهت حل و فصل هیجان‌های مشکل‌زا از طریق فرایند تحلیل و حل مسئله است. در ذهن آگاهی بیشترین تلاش جهت جلوگیری از فرآیند نشخوار فکری در حل مشکل است چرا که این چرخه تاثیر ناخوشایند دائمی فراوانی دارد (کرن،^۷، ۲۰۰۹؛ موسویان و همکاران، ۱۳۸۹؛ صمدی فرد، ۱۳۹۴).

در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده اند که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی^۸ اشاره نمود (آقاباقری؛ محمدخانی؛ عمرانی و فرهمند، ۱۳۹۱). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به وسیله‌ی سگال^۹ و همکاران در سال ۲۰۰۲ در ۸ جلسه گروهی و بر اساس برنامه کاهش تلاش مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۰} اولین بار برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است (آقاباقری؛ محمدخانی؛ عمرانی و

دچار سایر بیماری‌های مزمن با عوارض شدید و جدی هستند، وضعیت بهتری دارد (مینت؛ مهلر؛ وچ؛ وگنر و هنریسن^۱، ۲۰۱۰). نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که امید به زندگی بیماران دیابتی در طول ۳۰ سال گذشته افزایش داشته است و این به دلیل پیشرفت‌های انجام شده در مراقبت‌های دیابت در طی ۲۰ تا ۳۰ سال گذشته است که از جمله می‌توان به تشخیص سریعتر دیابت و مدیریت این بیماری اشاره کرد (ولیدی پاک؛ خالدی و معینی منش، ۱۳۹۳).

با توجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان و نیز شیوع بالای مسائل روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت انجام مداخلات موثر به منظور بهبود تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد (دونالد؛ دوور؛ کول؛ بیکر؛ موکاندی و دویی^۲، ۲۰۱۳؛ نجاتی صفا و همکاران، ۱۳۸۶). در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ به منظور ارتقاء تاب‌آوری، آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی و در نتیجه کاهش عوارض روان‌شناختی دیابت به کار گرفته شده است.

در طی ۳۰ سال گذشته علاقه به استعاره درمانی و ذهن آگاهی افزایش یافته است به نحوی که مرور پیشینه حکایت از وجود بیش از ۷۰ مقاله علمی چاپ شده تا سال ۲۰۰۷ در این زمینه دارد (لودوندگ و جان کبات زین^۴، ۲۰۰۸). تمرین‌های

5. Baer RA
6. Segal ZV & Williams JMG
7. Crane R
8. -MBCT
9. segal
10. Mindfulness-Based Stress Reduction

1. Minet L, Mohler S, Vach W, Wagner L & Henriksen
2. Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B & Doi SA
3. Mindfulness-Based cognitive Therapy (MBCT)
4. Ludwing DS & Jon Kabat-Zinn J

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای شبه آزمایشی و بر اساس طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل تمامی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۳۹۷ در درمانگاه شریعتی شهرستان خوانسار بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند ۳۰ بیمار زن دیابتی نوع ۲ انتخاب و به صورت گمارش تصادفی در ۲ گروه (آزمایش و کنترل) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: ۱- زنان متأهل دیابت نوع ۲ با حداقل سن ۳۵ و حداکثر ۴۲ سال. ۲- تشخیص ابتلا به دیابت نوع ۲ با نظر متخصص آزمایش‌های بالینی مربوطه و سوابق پرونده پزشکی با تشخیص دیابت نوع ۲. ۳- مدت ابتلا به دیابت نوع ۲ با حداقل ۳ سال ابتلا و حداکثر ۵ سال ابتلا. ۴- عدم ابتلا همزمان به سایر بیماری‌های مزمن پزشکی و اختلالات روان‌شناختی با تشخیص پزشک متخصص و روانشناس بالینی ۵- اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بود از: ۱- ابتلا همزمان به دیابت نوع ۲ با سایر بیماری‌های مزمن پزشکی و اختلالات روان‌شناختی. ۲- وضعیت تاهل (بیماران زن مجرد از نمونه حذف شدند). ۳- سابقه ابتلا به دیابت نوع ۲ کمتر از ۳ سال و بیشتر از ۵ سال. ۴- عدم رضایت از شرکت در مطالعه. پیش از اجرای متغیر مستقل (ذهن آگاهی)، نمونه‌های هر دو گروه در مرحله پیش آزمون پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. پس از اتمام جلسه‌های مداخله (۹ جلسه) پس آزمون

فره‌مند، ۱۳۹۱). این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی خود انتقاد‌گرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد. در این شیوه مراجعین ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه‌ای که شکل گرفته پردازش کنند و رابطه‌اشان را با افکار و احساسات چالش برانگیز تغییر داده و آنها را بپذیرند (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

قابلیت اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی علاقه‌ی بسیاری را در مسیر ارتقای سلامت و رفاه بیماران مبتلا به دیابت نیز به خود جلب کرده است (وایتیبرد؛ کریترز و اکانر^۱، ۲۰۰۹). به عنوان مثال تاثیر مداخله‌ی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی وضعیت روان‌شناختی بیماران دیابتی در پژوهش ابرایت و لیون^۲ (۲۰۰۲)، مطالعه‌ی هارتمن و کف^۳ (۲۰۱۲)، پژوهش سان؛ سان؛ نیک لک؛ پاپ و پوور^۴ (۲۰۱۲) و زارع بهرام آبادی؛ وفایی بانه؛ قادری و تقوایی (۱۳۹۱) بررسی و تایید شده است. با مرور پژوهش‌های انجام شده هدف از این مطالعه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ است.

1. Whitebird RR, Kretzer MJ & Oconnor PJ
2. Ebright PR & Lyon B
3. Hartmann M & Kopf S
4. Son J, Nykilceck I, Pop V, Pouwer R

پذیرش) در تنظیم هیجان حاصل گردید که در این مطالعه این دو عامل مورد مطالعه قرار گرفت. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۷۶٪ تا ۹۲٪ به دست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی: پرسشنامه امیدواری میلر و پاور^۳ (۱۹۸۸)، آزمونی از نوع آزمون های تشخیصی است و مشتمل بر ۴۸ جنبه از قالب های امیدواری و درماندگی می باشد که ماده های قید شده در آن برمبنای تظاهرات آشکار و پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید انتخاب شده است. در برابر هر جنبه که نماینده یک نشانه رفتاری است، گویه‌ها عبارتند از: (بسیار مخالف: ۱، مخالف: ۲، بی تفاوت: ۳، موافق: ۴ و بسیار موافق: ۵) هر فرد با انتخاب جمله ای که در رابطه با او صدق می کند، امتیازی را به دست می آورد. ارزش های عددی هر جنبه از ۱ تا ۵ تغییر می کند جمع امتیاز به دست آمده بیانگر امیدواری یا ناامیدی است. در آزمون میلر، دامنه امتیازهای به دست آمده از (۴۰ تا ۲۰۰) بیانگر بیشترین امیدواری است. درویشی، (۲۰۰۹) طی پژوهشی ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف به ترتیب برابر با ۰/۹۰- و ۰/۸۹ و $r=0/79$ ارزیابی نمود.

برنامه‌ی آموزشی به کار برده شده در این پژوهش از چندین منبع معتبر علمی توسط پژوهشگر تهیه و محتوای برنامه قبل از اجرا توسط اساتید متخصص روانشناسی مورد تایید قرار گرفت. ضریب توافق برای این برنامه $I=0/71$ بدست آمد. جهت آزمون فرضیه ها از روش

روی دو گروه اجرا شد. برای جمع آوری اطلاعات و داده های متغیرهای پژوهش از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): پرسشنامه تاب‌آوری را کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۹ حوزه تاب‌آوری، تهیه کردند. این پرسشنامه ۲۵ سوال دارد که در مقیاس لیکرت بین کاملاً نادرست (صفر) و همیشه درست (چهار) نمره گذاری می‌شود. نمره میانگین این مقیاس ۵۲ است، طوری که هرچه نمره آزمودنی از ۵۲ بالاتر باشد، تاب‌آوری بالاتری دارد و هرچه نمره به صفر نزدیک تر باشد، از تاب‌آوری کمتری برخوردار است. برای تعیین پایایی این آزمون در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. پایایی محاسبه شده ۸۹٪ بدست آمد.

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۱ (CERQ): این پرسشنامه با ۳۶ گویه و سنجش ۹ عامل برای ارزیابی نحوه تفکر افراد بعد از تجربه رخدادهای تهدید کننده یا استرس زای زندگی طراحی شده است (گارنفسکی و کرایج^۲، ۲۰۰۶). در مطالعه سامانی و صادقی (۱۳۸۹) در تحلیل عامل مرتبه دوم بر روی عوامل اولیه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان، دو عامل کلی به نام های راهبردهای مثبت (توسعه چشم انداز، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه ریزی کردن) و راهبردهای منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، تلقی فاجعه آمیز و

3. Miller, J.F & Powers, M.J

1. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
2. Garnefski, N., & Kraaij, V

تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی ذهن آگاهی

جلسه	مراحل	محتوای جلسات
اول	جلسه‌ی معارفه	<ul style="list-style-type: none"> * جلسه آشنایی اعضا با یکدیگر. * توضیح در مورد هدف از برگزاری جلسه‌ها. * توضیح اصول و مقررات حاکم بر گروه. * بررسی عواملی که بر روی دیابت تاثیر می‌گذارند. * بررسی نشانه‌ها و پیامدهای ناشی از دیابت .
دوم	جلسه‌ی ذهن آگاهی و هدایت خودکار	<ul style="list-style-type: none"> * آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی. * آشنایی با مبانی فلسفی ذهن آگاهی. * پرورش توجه آگاهی * اجرای تمرین خوردن کشمش (حضور ذهن باعث خروج از هدایت خودکار می‌شود) و پیامدهای آن (زندگی در زمان حال و کاهش سفرهای زمانی). * تمرین توجه آگاهانه به فعالیت‌های روزمره.
سوم	جلسه‌ی ذهن آگاهی از تنفس	<ul style="list-style-type: none"> * آشنایی با مفهوم آگاهی از تنفس . * آشنایی با انواع تمرین توجه آگاهانه به تنفس. * آشنایی با مفهوم ذهن سرگردان، مثال ظرف آب گل آلود و پیامدهای آن .
چهارم	جلسه‌ی شیوه‌ی دیگر آگاهی کنار گذاشتن ذهن نشخوارگر	<ul style="list-style-type: none"> * آشنایی با مفهوم کنار گذاشتن ذهن نشخوارگر. * آشنایی با دو شیوه‌ی ارتباط با جسم (۱- از دریچه‌ی مستقیم و ۲- ارتباط مستقیم) * تمرین آگاهی هشیارانه از دست‌ها (هدف از انجام این تمرین‌ها آگاهی است، مثال ناخن شکسته)
پنجم	جلسه‌ی برقراری ارتباط مجدد با احساسات	<ul style="list-style-type: none"> * آشنایی با مفهوم برقراری ارتباط مجدد با احساسات . * آشنایی با مفهوم فشارسنج درونی. * تمرین فشارسنج درونی
ششم	جلسه‌ی با احساسات خود دوست شویم.	<ul style="list-style-type: none"> * آشنایی با مفهوم با احساسات خود دوست شویم. * آشنایی با مفهوم اعتماد به آگاهی جسمی . * تقویم افکار خوشایند و ناخوشایند * تمرین ایجاد یک مشکل و کارکردن روی آن از طریق بدن
هفتم	جلسه‌ی افکار حقایق نیستند و مخلوقات ذهنند.	<ul style="list-style-type: none"> * تبیین مفهوم در نظر گرفتن افکار به عنوان مخلوقات ذهن . * تمرین توجه آگاهانه به شنیدن و فکر کردن. * تمرین آگاهی بدون انتخاب.
هشتم	جلسه‌ی توجه آگاهی در زندگی روزمره	<ul style="list-style-type: none"> * تبیین مفهوم توجه آگاهی در زندگی روزمره * شرح مراحل مکث ۳ دقیقه ای ۱- آگاه شدن ۲- متمرکز کردن ۳- گسترش * تمرین مکث ۳ دقیقه ای
نهم	جلسه‌ی استفاده از یادگیری‌ها	<ul style="list-style-type: none"> * استفاده از یادگیری‌ها و اینکه حضور ذهن به داشتن زندگی متعادل کمک می‌کند. * جمع بندی

یافته‌ها

تاب‌آوری، تنظیم هیجان در گروه آزمایش، پس از سپری شدن دوره‌ی آموزشی بیشتر از میانگین نمره‌ی همان گروه قبل از شروع دوره‌ی آموزشی است. ولی نمره امید به زندگی در گروه آزمایش، در پس آزمون تغییر چشم‌گیری نسبت به نمره قبل از شروع دوره‌ی آموزشی نداشته است. در پژوهش حاضر برای آزمون فرضیه نرمال بودن متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد. نتایج این آزمون برای فرضیه‌های پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

میانگین سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش ۳۶/۱۳ و انحراف استاندارد ۰/۵۵ و در گروه کنترل میانگین ۳۷/۲۷ و انحراف استاندارد ۰/۶۴ است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی در جدول ۲ گزارش شده است. با توجه به جدول ۲ میانگین نمره‌های

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی

متغیر تاب‌آوری	عضویت گروهی	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	آزمایش	۳۵/۴۸	۲/۵۶	۵۲/۳۷	۴/۲۱
	کنترل	۳۶/۲۱	۲/۴۱	۳۸	۲/۶۸
تنظیم هیجان	آزمایش	۳/۶	۰/۴۷	۸/۱۳	۰/۵۱
	کنترل	۳/۲۱	۳/۵۹	۳/۶۱	۳/۰۳
امید به زندگی	آزمایش	۳/۴۶	۴/۸۲	۵/۶۷	۳/۹۷
	کنترل	۳/۳۰	۰/۴۳	۳/۵۴	۰/۴۸

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی پیش فرض نرمال بودن

متغیر	عضویت گروهی	شاپیرو-ویلک	
		آماره	سطح معناداری
تاب‌آوری	آزمایش	۰/۹۶	۰/۷۸
	کنترل	۰/۹۳	۰/۳۳
تنظیم هیجان	آزمایش	۰/۹۷	۰/۸۷
	کنترل	۰/۹۳	۰/۲۸
امید به زندگی	آزمایش	۰/۹۱	۰/۱۴
	کنترل	۰/۹۷	۰/۸۰

با توجه به جدول ۴ فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در تمام متغیرهای پژوهش در پس آزمون تایید می شود. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمره تاب‌آوری بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

با توجه به جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در تمام متغیرها تایید می‌گردد. بنابراین پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و کنترل تایید می‌شود. جهت بررسی پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج این آزمون در مورد متغیرهای پژوهش در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در جامعه

متغیر	آزمون لوین		
	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم
تاب‌آوری	۰/۰۲	۱	۲۸
تنظیم هیجان	۱/۶۴	۱	۲۸
امید به زندگی	۰/۱۹	۱	۲۸

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای متغیرهای تاب‌آوری؛ تنظیم هیجان و امید به زندگی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنادار	مجذوری
تاب‌آوری	پیش آزمون	۷۰۱/۹۲	۱	۷۰۱/۹۲	۱۳/۷۸	۰/۰۱	۰/۳۸
	گروه	۱۲۵/۱۷	۱	۱۲۵/۱۷	۸۸/۹۵	۰/۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۲۴/۳۷	۲۷				
تنظیم هیجان	پیش آزمون	۴۵/۰۲	۱	۴۵/۰۲	۹/۶۲	۰/۰۵	۰/۳۶
	گروه	۱۳۵/۸۸	۱	۱۳۵/۸۸	۹۷/۷۸	۰/۰۵	۰/۴۷
	خطا	۱۴۴/۹۰	۲۷				
امید به زندگی	پیش آزمون	۱۰/۹۹	۱	۱۰/۹۹	۰/۸۸	۰/۳۶	۰/۰۴
	گروه	۱۸/۴۷	۱	۱۸/۴۷	۰/۶۵	۰/۳۱	۰/۱۲
	خطا	۴۲/۳۲	۲۷				

دارد؛ این درد و رنج با آگاهی ذهن، تبدیل به رنجی همدلانه می‌شود که به احساس شفقت نسبت به خود و دیگران منتهی می‌گردد، درحالی‌که بدون ذهن آگاهی، به‌صورت هیجان فرسوده‌کننده‌ای تجربه می‌شود که با تلخی و خشم آمیخته‌شده و با احساس درماندگی شدید همراه می‌شود (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف کاهش علائم روان‌شناختی پریشانی به طور فزاینده‌ای هم در زمینه سلامت روان و هم در زمینه سلامت جسمی به‌کاربرده می‌شود (گروس و جان، ۲۰۰۴). هدف این مداخلات ایجاد ذهن آگاهی روشن و غیر قضاوتی از آنچه که هر لحظه متوالی در ادراک رخ می‌دهد، است. انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند بعد از مدتی تغییرات قابل مشاهده‌ای در زندگی بیماران و کارکردهای روان‌شناختی آنها ایجاد کند و با توسعه راهبردهای کنار آمدن و سازوکارهای دفاعی بهتر در افراد به بهزیستی روانی آنها کمک کند. با آموزش ذهن آگاهی افراد یاد می‌گیرند ارزیابی مجدد مثبتی از وقایع ناخوشایندی مانند دیابت خود داشته باشند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای تنش‌زا با خوشبینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی نظام پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی موثرتری به کار می‌اندازند. زمانی که بخشی از افکار بیمار حول این موضوع می‌چرخد که سبک زندگی خودش باعث ابتلا به دیابت شده، خود را سرزنش می‌کند و توان مقابله‌ای او

همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد مقدار F برای گروه‌ها در خصوص تاثیر آموزش ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان ($P < 0.05$) معنادار است. این بدین معناست که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیر تنظیم هیجان تفاوت معنی‌دار آماری وجود دارد. پس از حذف تاثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به F محاسبه شده، بین میانگین‌های تعدیل شده نمره امید به زندگی بر حسب عضویت گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تاب‌آوری و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ اثر بخش است ولی بر امید به زندگی زنان مبتلا به دیابت به لحاظ آماری تاثیر معنادار ندارد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت، ذهن آگاهی ضمن این‌که به فرد کمک می‌کند بفهمد چگونه آرامش و رضایت را دوباره از عمق وجودش کشف کرده و آن را با زندگی روزمره‌اش آمیخته و به سبک زندگی‌اش مبدل نماید؛ به او کمک می‌کند تا به تدریج خود را از نگرانی، اضطراب، خستگی، افسردگی و نارضایتی نجات دهد. این رویکرد معتقد است که هرکس دوره‌هایی از رنج و درد

1. Williams, M. & Penman, D

2. Gross, J.J. & John, O.P

زنان مبتلا به دیابت افزایش می‌دهد. کاهش هیجان‌های منفی ناشی از افزایش پذیرش افراد در خصوص محرک‌های برانگیزاننده آن است. پذیرش، باعث برگرداندن توجه فرد به سوی جنبه‌های کمتر ناراحت کننده‌ی محرک‌های برانگیزاننده هیجان منفی می‌شود و بنابراین هیجان‌های منفی را کاهش می‌دهد. برکین؛ واپرمن و ریچارد^۲ (۲۰۰۸) دریافته اند که هیجان‌ها می‌توانند به وسیله اجتناب و یا با درگیری بیش از حد تنظیم شوند. اجتناب از تجارب کنونی می‌تواند شامل سوگیری انتخابی اطلاعات، تحریف‌های شناختی، ناپایداری هیجانی، انحراف توجه یا عدم درگیری باشد. درگیری بیش از حد نیز دربرگیرنده نشخوار فکری، نگرانی مزمن، وسواس‌ها، امیال قوی یا رفتارهای اجباری است. هردوی این راهکارهای تنظیم هیجان، نیازمند انحراف توجه از تجارب زمان حال به طرف تجارب مبتنی بر خاطرات گذشته یا پیشگویی‌های مبتنی بر آینده است. تفکر مبتنی بر گذشته ویژگی خلق افسرده است (مثل احساس گناه، شرم، خودسرزندی) در حالی که تفکر مبتنی بر آینده با خلق اضطرابی مرتبط است (مثل نگرانی‌های وسواس‌گونه، شکست‌های پیشگویانه و نتایج فاجعه آمیز). افراد اغلب، افکار انتخاب شده از گذشته، انتظارات غیرواقع بینانه از زمان حال و ترس‌ها و امیال در مورد آینده را با هم جمع کرده و از آنها یک تصویر می‌سازند (حسینی؛ خرمایی عصارزادگان؛ حسامی؛ تقوی و محمدی، ۱۳۹۳). این تصویر، واقعیت را منعکس نمی‌کند. با

کاهش می‌یابد. در این شرایط، درمان شناختی ذهن آگاهی می‌تواند به این دست از بیماران کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند تجربه کنند. در نتیجه، فرد به تفکرات و احساسات خود، اجازه ورود و خروج می‌دهد بدون آنکه با آنها درگیر شود. نتایج بدست آمده از پژوهش‌های کاکاوند و شیرمحمدی (۱۳۹۶)، سگال؛ ویلیامز و تیزدل^۱ (۲۰۰۲)؛ قشقایی؛ نظیری و فرنام (۲۰۱۴) و ولیدی پاک؛ خالدی و معینی منش (۱۳۹۳) نشان دادند آموزش ذهن آگاهی بر افزایش تاب آوری موثر است که با نتایج پژوهش حاضر در خصوص تاثیر آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ همسو است. در توضیح و تبیین این یافته می‌توان گفت که افزایش ذهن آگاهی منجر به کاهش اجتناب و یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجان‌های ناراحت کننده می‌شود و بنابراین هیجان‌ها را در حد متعادل نگه می‌دارد. اگر توجه آگاهانه به تنظیم هیجانی نسبت داده شود، ممکن است بهبودهای ایجاد شده در تنظیم هیجانی ناشی از افزایش کلی تجارب هیجانی مثبت و کاهش تجارب هیجانی منفی باشد. افزایش تجارب هیجانی مثبت با استفاده از تمرین‌های ذهن آگاهی، منجر به تسکین اضطراب و دیگر استرس‌های روان‌شناختی می‌گردد و بنابراین تنظیم بهتر هیجان‌ها را در پی خواهد داشت. از طرف دیگر ذهن آگاهی با کاهش هیجان‌های منفی، مهارت تنظیم هیجانی را در

2. Berking, M. Wupperman, M & Richardt, A

1. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D

در نظر گرفتن موقعیت تهدیدکننده به صورتی که کمتر برای فرد آزاردهنده باشد و واکنش‌های هیجانی کمتری را در او ایجاد کند، است. با توجه به اینکه زنان مبتلا به دیابت دارای هیجان‌های منفی، در تفسیر رویدادهای تهدیدکننده دچار سوگیری بوده و گرایش شدید به بروز واکنش‌های هیجانی منفی دارند، بنابراین به نظر می‌رسد برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش این مفهوم به زنان مبتلا به دیابت که افکار فقط «فکر» هستند، احساسات فقط «حس» هستند و هیچ کدام واقعیت ندارند، زندگی در زمان حال، پذیرش افکار و احساسات، عدم قضاوت در مورد رویدادها ذهن آنها را برای تغییرات شناختی هموار می‌کند و از این رو است که افراد مبتلا به دیابت پس از دریافت آشنایی با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، در تنظیم هیجان‌ها و کنترل واکنش‌های هیجانی منفی خود، توانمند می‌شوند. پژوهش‌های بیرامی و عبدی (۱۳۸۸)؛ حسینی خواه؛ منشی و ابراهیمی (۱۳۹۳)؛ حناساب زاده؛ یزدان دوست؛ اصغر نژاد و غرابی (۱۳۹۰) با نتایج پژوهش حاضر همسو است.

فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر اینکه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت موثر است به لحاظ آماری مورد تایید قرار نگرفت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مردان و زنان دیابتی نه تنها با کاهش کلی امید به زندگی مواجه هستند بلکه سال‌هایی که با ناتوانی به زندگی ادامه می‌دهند در مقایسه با افراد غیردیابتی بیشتر است. شیوع بیشتر این

زندگی کردن درون این تصاویر، سوءتعبیرهای شناختی ساخته شده و زنان مبتلا به دیابت آشفستگی هیجانی را تجربه می‌کند. توجه به زمان گذشته و آینده از توجه قابل دسترسی به زمان حال می‌کاهد. در برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی زنان مبتلا به دیابت آموزش دیدند که در زمان حال زندگی کنند و با برگرداندن توجه خود از تجارب مبتنی بر گذشته و آینده به تجارب زمان حال، راهبردهای کارآمد و مؤثری را برای تنظیم هیجان به کار ببرند. به علاوه ذهن آگاهی به زنان مبتلا به دیابت کمک می‌کند به آن چیزی که وجود دارد توجه کنند بدون اینکه بخواهند آن را تغییر دهند یا از آن اجتناب کنند. بدین ترتیب افکار و هیجان‌های قوی کمتر برانگیخته می‌شوند و فرد متوجه می‌شود که مجبور نیست درگیر آنها شود یا از آنها اجتناب کند (قیاسوند و قربانی، ۱۳۹۴). بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا هیجان‌های خود را؛ بهتر مدیریت کنند.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با آموزش پذیرش، زندگی در زمان حال و عدم قضاوت در مورد رویدادها احتمالاً از طریق کسب تجارب جدید و مثبت، احساس درماندگی هنگام مواجهه با رویدادهای زندگی را کاهش می‌دهد و توانایی تنظیم هیجان‌ها و ایجاد پیامدهای مثبت را در زنان مبتلا به دیابت افزایش می‌دهد. علت اصلی ناتوانی در تنظیم هیجان‌ها را ناکارآمدی فرد در ارزیابی مجدد حالات خلقی منفی می‌دانند. ارزیابی مجدد، مفهومی شناختی است و به معنی

پایینی هستند که بر وضعیت روحی و روانی آنها، نحوه ارتباط با دیگران، ارتباطات بین فردی، خانوادگی و اجتماعی و نیز درک آنها از سلامتی موثر است. با توجه به این که این مسائل در خصوص نمونه مورد بررسی نیز وجود داشت و آنان شدیداً نگران وضعیت خود در آینده بودند و از نظر مالی دچار بحران شده بودند بنابراین امید به زندگی پایینی داشتند و پس از گذراندن یک دوره کوتاه مدت آموزش ذهن آگاهی تاثیر زیادی بر امید به زندگی آنان مشاهده نشد. علاوه بر این وضعیت معیشت، محل زندگی و انتظارات افراد نمونه از آینده و همچنین مقطع زمانی برگذاری دوره به جهت مشکلات اقتصادی موجود می تواند از سایر علل تبیین کننده باشد. به نظر می رسد امید به زندگی طی یک فرایند مستمر شکل گرفته و متاثر از عوامل چندگانه است. در پژوهش حاضر مداخله ذهن آگاهی طی نه جلسه صورت گرفت که ممکن به دلیل کوتاه بودن دوره مداخله در تغییر امید به زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ که یک اختلال مزمن پزشکی است چندان موثر واقع نشده است.

نتایج پژوهش حاضر بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ نشان داد که آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند موجب افزایش تاب آوری و تنظیم هیجان این بیماران گردد بنابراین می توان برای کاهش بخشی از مشکلات روان شناختی این بیماران از فنون ذهن آگاهی استفاده نمود. در پژوهش حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی بیماران دیابتی تایید نگردید لذا پیشنهاد

بیماری همراه با بهبود طول عمر افراد موجب تاکید بیشتری بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت افراد مبتلا به دیابت شده است. اطلاعات مربوط به تعداد مرگ و میر مرتبط با دیابت با استفاده از مجموعه‌ی داده‌های مرگ و میرهای ملی و مراجعه به شاخص مرگ برای دیابت بدست آمده است که دانشمندان برآوردهایی در مورد امید به زندگی بدون ناتوانی را بر اساس این داده‌ها انجام دادند. برآوردها نشان می‌دهد کاهش امید به زندگی در سن ۵۰ سالگی برای زنان دیابتی ۳/۱ و برای مردان دیابتی ۳/۲ در مقایسه با هم‌تایان غیردیابتی آنها است (شیرکوند؛ غلامی حیدری؛ عرب سالاری و عاشوری، ۱۳۹۴). عواملی زیای در بروز کاهش امید به زندگی در افراد دیابتی نقش دارند که از جمله می‌توان به عوارض عروق خونی و همچنین عواملی مانند کاهش عملکرد مغز با افزایش سن اشاره کرد. در واقع درمانی قطعی برای دیابت وجود ندارد و تنها می‌توان آن را کنترل کرد که در مراحل حاد قرار نگیرد. بسیاری از بیماران دیابتی انسولین مصرف می‌کنند و برخی از آنها توانایی کافی برای پاسخ دادن به انسولین را ندارند و این امر به علت وزن بالا و مصرف زیاد قندهای تصفیه شده از سوی آنها است. بنابراین افراد دارای بیماری دیابت نیاز به مراقبت و پرهیز غذاهای زیادی هستند که بر روحیه و میزان انرژی آنها موثر است و موجب می‌شود امید به زندگی پایینی داشته باشند که گذراندن یک دوره کوتاه مدت آموزش ذهن آگاهی تاثیر چشمگیری بر امید به زندگی در آنها نشان نداد. بسیاری از بیماران دیابتی دارای عملکرد فیزیکی

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و همچنین از کارکنان محترم درمانگاه شریعتی شهرستان خوانسار به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

می‌گردد این موضوع در نمونه‌های دیگر مورد بررسی قرار گیرد. از جمله محدودیت های این پژوهش می‌توان به عدم امکان برگزاری مرحله پیگیری، کوتاه بودن فرایند مداخله و محدود نمودن نمونه به بیماران زن دیابتی نوع ۲ اشاره کرد که می‌تواند امکان تعمیم نتایج را محدود نماید.

منابع

مبتلا به دیابت نوع دو. مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۲ (۲): ۲۱۷-۲۲۵.

آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا؛ فرهمند، وحید. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. مجله روان شناسی بالینی، ۴ (۱): ۲۳-۳۱.

حنا ساب زاده، مریم؛ یزدان دوست، رخساره؛ اصغر نژاد، فرید؛ غرابی بنفشه، علی اصغر. (۱۳۹۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی گرا. یک مطالعه کیفی. مجله علوم رفتاری، ۵ (۱): ۳۳-۳۸.

بیرامی، منصور و عبدی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. مجله علوم تربیتی، ۲ (۶): ۳۴-۵۴.

خدابخشی کولایی، آناهیتا؛ فلسفی نژاد، محمدرضا؛ نویدیان، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت، ۴ (۳): ۴۰-۳۰.

حسینی، آرزو؛ خرمایی، فرهاد؛ عصارزادگان، فرهاد؛ حسامی، امید؛ تقوی، محمدرضا؛ محمدی، نوراله. (۱۳۹۳). مقایسه‌ی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به سردرد میگرنی، سردرد تنشی و افراد بهنجار. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۳ (۱۱): ۱۰۱-۸۹.

زارع بهرام آبادی، مهدی؛ وفایی بانه، فاروق؛ قادری، ابراهیم؛ تقوایی، داوود. (۱۳۹۱). اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله دیابت و لیپید ایران، ۱۲ (۳): ۵۴-۶۹.

حسینی خواه، مریم؛ منشی، غلامرضا؛ ابراهیمی، امراله. (۱۳۹۳). پیش بینی رفتار خودمراقبتی بر مبنای ویژگی‌های روان شناختی مثبت در افراد

کاکاوند؛ علیرضا، شیرمحمدی؛ فرهاد. (۱۳۹۶). تاثیر ذهن آگاهی بر نگرش های ناکارآمد و نشانه های افسردگی در زنان سالمند مبتلا به اختلال افسردگی. *فصلنامه روانشناسی پیری*، ۳(۴): ۱۵-۱.

گراوندی، سمیه؛ گرام، کاظم؛ مظلومی، اکرم؛ مظلومی، الهام. (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانی شناختی بر امید به زندگی و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۳(۱۲): ۲۳-۷.

موسویان، نرگس؛ مرادی، علیرضا؛ میرزایی، جعفر؛ شیدفر، فرزاد؛ محمودی کهریز، بهرام؛ طاهری، فاطمه. (۱۳۸۹). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی. *مجله اندیشه و رفتار*، ۱۶(۴): ۴۹-۵۸.

نجاتی صفا، علی اکبر؛ لاریجانی، باقر؛ شریعتی، بهنام. (۱۳۸۶). افسردگی، کیفیت زندگی و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۷(۲): ۲۰۴-۱۹۵.

ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه؛ معینی منش، کیومرث. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۴): ۷۸-۶۲.

سامانی؛ سیامک، صادقی؛ لادن. (۱۳۸۹). کفایت شاخص های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. *فصلنامه روش ها و مدل های روانشناسی*، ۱(۱): ۶۲-۵۱.

شیرکوند، ناصر؛ غلامی حیدری، سالمه؛ عرب سالاری، زهرا؛ عاشوری، جمال. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر شادکامی و امید بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*، ۳(۳): ۷۰-۵۸.

صمدی فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۴). ارتباط بهزیستی معنوی و باورهای دینی با امید به زندگی بیماران دیابتی. *دانشگاه علوم پزشکی بابل، نشریه اسلام و سلامت*، ۲(۲): ۵۱-۴۴.

علیپور، احمد؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ امینی، فاطمه؛ هاشمی جشنی، عبدالله. (۱۳۹۵) رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و پیروی از درمان در بیماران با دیابت نوع ۲: نقش واسطه ای تاب آوری و امید. *فصلنامه علمی پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰(۲): ۶۷-۵۳.

قیاسوند، مژده؛ قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع ۲. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی*، ۱۷(۴): ۳۰۷-۲۹۹.

- Baer RA.(2003). Mindfulness training as a clinical intervention:A conceptual and empirical review.*Clinical Psychology: Science and Practice.* (10): 125-143.
- Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H.(2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behavior Research and Therapy.*(46): 1230-1237.
- Bradley C.(1994). The well – being questionnaire. In Bradleyc , Ed . Handbook of psychology and diabetes guide to psychological measurement in diabetes researcher and practice uk: Harwood.
- Conner KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resiliencescale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003; 18(2):76-82.
- Crane R.(2009). Mindfulness - Based Cognitive Therapy : Distinctive Features. *Routledge Taylor & Francis Group: New York, NY.*
- Darvishi H. (2009). Study the function of mental imagination and relaxation on reduction of stress, depression and increasing life expectancy in female patients with breast cancer, Ahwaz golestan Hospital, M.A thesis, IAU, Ahwaz Branch.
- Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA.(2013). Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes.*5 (11):170.
- Ebright PR, Lyon B.(2006). Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *J Onco Nurs For.* 29 (3) : 561-568.
- Feldman-Barrett L, Gross J, Christensen TC, Benvenuto M.(2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion,* 15(5): 713-24.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences,* 41, 1045-1053.
- Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R.(2014). The effectiveness of mindfulness – based cognitive therapy on quality of life outpatients with diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism,* 13 (4): 319-30.
- Gross JJ, John OP.(2004). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology,* 85(2): 348- 62.
- Ludwig DS , Jon Kabat-zinn J . (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA* ,300(11):1352-1350.
- Hartmann M, Kopf S.(2012). Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care,* 35(4):945–947.
- Hamid N.(2011). Effects of Stress Management Training on Glycemic Control in Women with Type Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* ,3 (4): 346-53.
- Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M,

- Kubiak T, Haak T.(2006). How to screen for depression and emotional problems in patients with diabetes: comparison of screening characteristics of depression questionnaires, measurement of diabetes - specific emotional problems and standard clinical assessment. *Diabetologia*, 49: 469-77.
- Miller, J.F., Powers, M.Y. (1988). Developmental of an instrument of measure hope. *Nurse Res*, 37(1):10-6.
- Minet L, Møhler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J.(2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*, 80 (1) : 29-41.
- Pinquart M.(2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *J Appl Dev Psychol*, 30 (1): 53-60.
- Samadifard H. R.(2016). Forecasting life expectancy in couples based on the self compassion variables and perceived social support. *International Academic Journal of Humanities*, 3 (6): 40-50.
- Segal ZV, Williams JMG(2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* New York. *Guilford Press*.
- Skandarian R, Rashidipour A, Ghorbani R, Malek M.(2009). Epidemiology of diabetes and impaired fasting glucose in adults of Semnan province. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid*, 8 (4): 375-82.
- Smart Richman L, Kubzansky L, Maselko J.(2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychol*, 24: 422-9.
- Snyder CR, Ritschel LA, Ravid LK, Berg CJ.(2006). Balancing psychological assessments: including strengths and hope in client reports. *J Clin Psycho*, 62 (1) : 33-46.
- Son J, Nykllcek I, Pop V, Pouwer.(2012). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress ,quality-of-life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36 (4):823-30.
- Taylor S . (2016) . *Healthpsychology : Humanities and social sciences*;8 edition, Mc Craw Hill.
- Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ.(2009). Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectr*, 22 (4) : 226-230.
- Williams M. & Penman D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk.
- Yi-Wen T, NaiHsuan K, Tao-Hsin T.(2011). Impact of subjective sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. *Fami Practi Inter J*, 1: 1-6.