

مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر شیراز  
 نبی فتاحی<sup>۱</sup>، سلطانعلی کاظمی<sup>۲</sup>، حسین بقولی<sup>۳</sup>، مریم کوروش‌نیا<sup>۴</sup>

**Comparison of the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (cbt) and reduction of mindfulness-based stress (mbsr) on perceived stress and anxiety sensitivity of patients with type 2 diabetes in shiraz**

Nabi Fattahi<sup>1</sup>, Sultan Ali Kazemi<sup>2</sup>, Hossein Bagholi<sup>3</sup>, Maryam Kouroshnia<sup>4</sup>

**چکیده**

**زمینه:** مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی پرداخته‌اند. اما پیرامون مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر شیراز بود. **روش:** پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۶ نفر از بیماران دیابتی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه استرس ادراک شده کوهن (۱۹۸۳)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی ریس و پترسون (۱۹۸۵)، جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (موس و همکاران، ۲۰۱۵) و درمان شناختی رفتاری (مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰؛ به نقل از صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷). تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. **یافته‌ها:** دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معنی‌داری بر استرس ادراک شده نمونه مورد پژوهش داشته است ( $P < 0/001$ ). درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کلاسیک بیشتر توانسته است بر استرس ادراک شده آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد ( $P < 0/001$ )، دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معنی‌داری بر حساسیت اضطرابی نمونه مورد پژوهش داشته است ( $P < 0/001$ ). بین دو درمان از لحاظ تأثیر بر حساسیت اضطرابی تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P < 0/001$ ). **نتیجه‌گیری:** بیمارانی که در جلسات درمان شناختی رفتاری و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی کمتری را تجربه کردند. **واژه کلیدیها:** درمان شناختی رفتاری کلاسیک، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، استرس ادراک شده، حساسیت اضطرابی، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

**Background:** Numerous studies have examined the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction on perceived stress and anxiety sensitivity. But there is research gaps between comparing the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (CBT) and reducing mindfulness-based stress (MBSR) on perceived stress and anxiety sensitivity in patients with type 2 diabetes. **Aims:** Comparison of the effectiveness of two cognitive-behavioral therapies of classical behavior and treatment of mindfulness-based stress reduction on anxiety sensitivity and perceived stress in patients with type 2 diabetes in Shiraz. **Method:** The research was pre-test-post-test with control group. The statistical population included all type 2 diabetic patients present in Shiraz medical and hospital centers in 2018. Thirty-six diabetic patients were selected by simple random sampling and randomly assigned to three 12-person groups (two experimental groups and one contrast group). Research tools Cohen's Perceived Stress Questionnaire (1983), Reese and Peterson's Anxiety Sensitivity Questionnaire (1985), Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy (Mouse et al., 2015) and Cognitive Behavioral Therapy (Moloudi and Fattahi, 2011; Samadzadeh and Hamkaran, 2018). Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The two cognitive-behavioral therapies of classical behavior and mindfulness-based stress reduction therapy have had a significant effect on perceived stress in the sample ( $P < 0/001$ ). Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy has been more effective than classical cognitive-behavioral therapy in examining students' perceived stress ( $P < 0/001$ ); Anxiety has been studied in the sample ( $P < 0/001$ ). There was no significant difference between the two treatments in terms of the effect on anxiety sensitivity ( $P < 0/001$ ). **Conclusions:** Patients who participated in cognitive-behavioral therapy sessions and mindfulness-based stress reduction therapy experienced perceptual stress and experienced less anxiety sensitivity. **Key Words:** Classical cognitive behavioral therapy, mindfulness-based stress reduction, perceived stress, anxiety sensitivity, patients with type 2 diabetes

Corresponding Author: MA.n8106@yahoo.com

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

<sup>۱</sup> Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

<sup>۲</sup> دانشیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> Associate Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (Corresponding Author)

<sup>۳</sup> استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

<sup>۳</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

<sup>۴</sup> استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

<sup>۴</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

## مقدمه

پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهد، همیشه مشکل است. از آنجا که این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت بیماری اطلاع دارند و واکنش‌های عاطفی چون افسردگی، اضطراب و استرس در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (میرزایی، دریافتی، فلاح زاده و عزیزی، ۱۳۹۵).

حساسیت اضطرابی<sup>۳</sup> یک سبک شناختی است که ترس شدید از علائم اضطرابی را شامل می‌شود (تیلور، ۲۰۱۴). افرادی که به علائم اضطرابی بسیار حساس هستند، باور دارند علائم اضطرابی، پیامدهای خطرناک یا فاجعه‌آمیزی مانند بیماری‌های جسمانی و روانی، از دست دادن کنترل و خجالت‌زدگی را به دنبال دارند. این افراد از نظر تعداد دفعات تجربه علائم اضطرابی و ترس از این علائم با یکدیگر متفاوت هستند، نتایج حاصل از تحلیل‌های عاملی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی سازه‌ای سلسله مراتبی و چند وجهی است که شامل عامل‌های سطح بالا (حساسیت اضطرابی کلی) و عامل‌های سطح پایین شامل ترس از حس‌های بدنی، ترس از دست دادن کنترل شناختی و ترس از نشانه‌های اجتماعی قابل مشاهده است (آسموندسون، همکاران، ۲۰۱۱، ویتون و همکاران، ۲۰۱۲). مبتلایان به دیابت برای انجام امور خود، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند، برخی پژوهش‌ها، علاوه بر مشکلات جسمی، درجات بالایی از مشکلات عاطفی را در افراد دیابتی گزارش کرده‌اند. این مشکلات شامل افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و غیره می‌باشد (تقدسی، میرباقر آجریز، ترابیان و صدافتی، ۱۳۹۳).

تلاش‌های مستمر و گسترده در تعیین استانداردهای کنونی سلامت، شامل تمرکز بر سلامت جسمانی و روانی و خاتمه بخشیدن به استرس‌های مستمر بیماری، از حیث نظری و تجربی به طور گسترده دنبال می‌شود (وایز و هرش، ۲۰۱۲) که لزوم اجرای مداخله‌های روانشناختی مؤثر را در کنار درمان‌های پزشکی به منظور مهار بیماری دیابت و عوارض مرتبط با آن، ضروری می‌سازد (هوگز، برج و وایب، ۲۰۱۴). مداخلات ذهن‌آگاهی، به بیمار اجازه می‌دهد تا به جای پاسخ فوری و نسنجیده نسبت به امور، پاسخ عاقلانه‌ای بدهد. از این‌رو، با پذیرش هیجان‌ات و رنج ناشی از آن، به مداخله می‌پردازد. به همین دلیل، افراد ذهن‌آگاه در کارآمدی و

امروزه دیابت<sup>۱</sup> بیماری مزمن، فراگیر و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی است که در تمام کشورها شناخته شده است. بیماری دیابت انواع مختلفی دارد که معمولاً در هنگام تشخیص متمایز می‌شوند؛ بنابراین تعیین نوع دیابت وابسته به شرایطی است که بیماری خود را در هنگام نشان بروز می‌دهد. تحقیقات نشان داده است که بیش از نود درصد افراد مبتلا به دیابت به نوع دوم آن مبتلا هستند (دیسموک و اگدی، ۲۰۱۴). این نوع دیابت به گروهی از بیماری‌های متابولیکی در بدن گفته می‌شود که با افزایش قند خون به دلیل نقص در ترشح و عملکرد انسولین اتفاق می‌افتد (ترنبال، کراب و جونز، ۲۰۱۴).

تحقیقات نشان داده‌اند که استرس می‌تواند باعث افزایش میزان قند خون گردد، پس برای کنترل دیابت نوع دو باید از استرس پرهیز کرد (سجادپرو، ۱۳۹۲). به نظر می‌رسد استرس ادراک شده<sup>۲</sup> بیماران با پیروی درمانی ارتباط نزدیکی داشته باشد. استرس به عنوان پاسخ روانشناختی فرد به موقعیتی که فرد را در معرض خطر قرار می‌دهد و موقعیت یا منابع فردی را تحت فشار قرار می‌دهد تعریف می‌شود. پاسخ روانشناختی در این تعریف انعکاس هیجان‌اتی است که در موقعیت به عنوان چالش سودمند یا تهدید کننده مضر ارزیابی می‌شود. همچنین پاسخ روانشناختی به عنوان کارکرد سطوح ارتقا یافته پردازش اطلاعات که متمرکز بر ارزیابی و سازگاری با موقعیت است تعریف می‌شود. گاهی یافته‌های تجربی در مورد روابط بین استرس و عملکرد با یکدیگر ناسازگارند (ترنبال و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از قرشی، تاجری، احدی و ملیح الزاکرینی، ۱۳۹۹).

در واقع استرس می‌تواند باعث افزایش خلقی بالا شده و اختلالات روانی به‌خصوص پرخاشگری را ایجاد کند (حمیدی، ۲۰۱۰). استرس قسمت اجتناب‌ناپذیر زندگی افراد و به عنوان واکنش روانی، فیزیکی یا احساسی در نتیجه پاسخ افراد به تنش‌های محیطی تضادها، فشارها و تحریکات مشابه تعریف می‌شود. استرس اغلب همراه با عصبانیت، اضطراب و افسردگی تعریف می‌شود، بهتر است بگوییم استرس بیماری تمدن روز و زمینه‌ساز بروز بسیاری از بیماری‌های جسمی و روانی است، برای فرد مبتلا به دیابت قبول و

1. Diabetes

2. Perceived Stress

3. Anxiety Sensitivity

کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت وجود دارد؟

### روش

طرح تحقیق حاضر، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی بیماران دیابتی نوع ۲ حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. بعد از انتخاب جامعه آماری، با روش تصادفی ساده، تعداد ۳۶ نفر از بیماران دیابتی که ۲۵ درصد نمره کرانه‌ای را در پرسشنامه‌های استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی کسب کردند را انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفره (به این صورت که ۱۲ نفر در گروه CBT، ۱۲ نفر در گروه MBSR و ۱۲ نفر هم در گروه گواه) جایگزین شدند. آزمودنی‌ها به روشی کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. به این صورت که ۱۲ نفر از بیماران دیابتی در گروه آزمایش در معرض CBT و ۱۲ نفر از بیماران دیابتی دیگر هم تحت درمان MBSR قرار گرفتند. گروه گواه را ۱۲ نفر از بیمارانی تشکیل دادند که هیچ آموزشی به آنها داده نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال. داشتن سواد خواندن و نوشتن. نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات روان‌پزشکی. نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش باز دارد. ملاک‌های خروج از پژوهش: عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود. در این تحقیق، ملاحظات اخلاقی ذیل رعایت شده است: به شرکت کنندگان این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند مطالعه خارج شوند. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت کنندگان طرح قرار گرفتند و آموزش به آنان نیز داده شد. به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آنها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>24</sup> و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

حل مسئله توانمندی بالاتری نسبت به سایرین دارند (ایمانوئل و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی، ۱۳۹۷). در تأیید این سخن، نتایج پژوهش میلر و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد آموزش‌های درمان ذهن آگاهی در کاهش مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به دیابت نقش بسزایی دارد. به صورتی که می‌تواند در درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مؤثر واقع شود (تووت و همکاران، ۲۰۱۴). روش مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تمرین‌های مراقبه منظم باعث بالا رفتن سطح هوشیاری لحظه به لحظه فرد نسبت به احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود و از این طریق آنها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیار شدن به افکار منفی خود، این نوع افکار را به صورت غیر قضاوتی بپذیرد و همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک می‌کند (کارلسون، اسپیکا و پاتل، ۲۰۰۳؛ به نقل از فرهادی و پسندیده، ۱۳۹۶).

درمان شناختی - رفتاری<sup>۱</sup> به عنوان یکی از درمان‌های مطرح برای بیماری‌های مزمن، می‌تواند با استفاده از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد بیمار در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایشان، به عنوان راهبرد درمانی مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. از این طریق می‌تواند مهارت‌هایی لازم برای مقابله با مسایل روانی ناشی از بیماری خود را تمرین کند (تورنر، ۲۰۱۲؛ به نقل از بساک-نژاد، زرگر و حاتمی سربرزه، ۱۳۹۲). نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند که آموزش ذهن آگاهی نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به دیابت دارد (میلر و همکاران، ۲۰۱۴) و افراد مبتلا به دیابت که مهارت‌های ذهن آگاهی را می‌آموزند و سعی می‌کنند به شیوه ذهن آگاهانه زندگی کنند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و آشفتگی‌های هیجانی کمتری را گزارش می‌کنند (ون سان و همکاران، ۲۰۱۵). امروزه روز به روز احساس نیاز به مداخلات روانشناختی برای افراد دیابتی افزایش می‌یابد. با توجه به مطالب بیان شده هدف از پژوهش حاضر پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی است: آیا بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری

<sup>۱</sup>. Cognitive Behavioral therapy

## ابزار

پرسشنامه استرس ادراک شده<sup>۱</sup>: مقیاس استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن و همکاران تدوین شد. دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود و افکار و احساسات درباره حوادث استرس زای، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس های تجربه شده را مورد سنجش قرار می دهد. طبق نظر کوهن این پرسشنامه میزان ارزیابی افراد از موقعیت های استرس زای زندگی که به صورت غیر قابل کنترل، غیر قابل پیش بینی و بیش از ظرفیت احساس می شود را اندازه گیری می کند. نحوه نمره گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس ۵ درجه ای لیکرت به صورت هرگز (۰)، تقریباً هرگز (۱)، گاهی اوقات (۲)، اغلب اوقات (۳) و بسیاری از اوقات (۴) است. عبارات ۴-۵-۶-۷-۹-۱۰ و ۱۳ به صورت معکوس نمره گذاری شده و از هرگز (۴) تا بسیاری از اوقات (۰) را شامل می شود. نمرات بالاتر نشان دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. کوهن و همکاران ۱۹۸۷ ضریب آلفای کرونباخ برای پایایی مقیاس را در سه گروه از آزمودنی ها بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش کردند، در ایران روایی محتوایی این پرسشنامه توسط ۱۰ تن از استادان صاحب نظر دانشگاه علوم پزشکی مشهد تأیید شده است (سعادت، اصغری و جزایری، ۱۳۹۳). در پژوهش توسط سپهوند و همکاران در سال ۱۳۸۷ ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس ۰/۸۰ محاسبه گردید (نیسانی حبیب آبادی، نشاط دوست، مولوی و بنکدار، ۱۳۹۰). پایایی مرکب این مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۱ است.

پرسشنامه حساسیت اضطرابی<sup>۲</sup> (ASI): پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI) (ریس و پترسون، ۱۹۸۵) یک پرسشنامه خود گزارش دهی است که ۱۶ گویه دارد و بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب زای را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این پرسشنامه از سه عامل: ترس از نگرانی های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه)، و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴

گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی های روان سنجی این مقیاس، ثبات درونی بالای آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار بازآزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است، اعتبار آن در نمونه ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی و توصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵، و ۰/۹۷ به دست آمد (خاکپور، یوسفی و ساعد، ۱۳۹۷). روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه (SCL90) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود.

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک برنامه استاندارد هشت هفته ای است که هفته ای یک بار و هر جلسه ۲/۵ ساعت برگزار شد، و دارای یک روز کامل عقب نشینی بین هفته ششم و هفتم می باشد (موس و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از درسخوان وزیری، ۱۳۹۵).

جلسه ارزیابی: مصاحبه درد، بحث در مورد منطق فردی و منطق درمان، تکمیل پرسشنامه ها، توضیح در مورد تکنیک ها و تکالیف خانگی.

جلسه اول: بحث در مورد اثر درد در زندگی، توضیح در مورد نظریه کنترل دروازه درد، استرس چیست و اینکه چقدر تحت استرس قرار دارید؟ ذهن آگاهی و استرس روزمره، تمرین رسمی خوردن آگاهانه کشمش، تمرین رسمی واریسی بدن به مدت ۲۰ دقیقه، ارائه تکلیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه اول. تکالیف خانگی.

جلسه دوم: تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، بازخورد در مورد هفته گذشته و انجام تکالیف، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده به مدت ۴۵ دقیقه، تمرین واریسی بدن (بیان یک تجربه خوشایند)، بحث در مورد معمای نه نقطه، ارائه تکلیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه دوم. تکالیف خانگی.

جلسه سوم: تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه با تمرکز بر نفس در ناحیه شکم، تمرین رسمی مراقبه نشسته، توضیح در مورد دام های ذهن، گفت و گوی منفی با خود، شیوه های همیشگی و عادی تفکر، فاجعه سازی، بزرگ کردن امور کوچک و کوچک کردن امور

1. perceived stress questionnaire

2. Anxiety Sensitivity questionnaire

جلسه سوم: آموزش الگوی شناختی - رفتاری به بیماران، آموزش خطاهای شناختی، آموزش چالش با فکر منفی و جایگزینی افکار کارآمد.

جلسه چهارم: ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیت های هفتگی و ارائه توضیح مختصری در این رابطه، شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند آن، آموزش نحوه ارزیابی افکار.

جلسه پنجم: استفاده از روش های مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خودآیند، تهیه لیست فعالیت های لذت بخش، جدول برنامه ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه مدت و بلند مدت.

جلسه ششم: آموزش تن آرامی تنش زدایی پیش رونده عضلانی، توقف فکر، تشخیص خطاهای شناختی و تمرین مهارت های حل مسئله.

جلسه هفتم: جلب توجه بیماران به باورها و پیش فرض های زیر بنایی، تقویت مهارت های اجتماعی و مهارت جرأت مندی، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.

جلسه هشتم: خلاصه و جمع بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و برگزاری پس آزمون.

### یافته ها

آماره های توصیفی مرتبط با متغیر استرس ادراک شده نمونه مورد پژوهش را در سه گروه نشان می دهد. آماره های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و نتیجه آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات است. همان گونه که مشاهده می شود کجی و کشیدگی متغیر استرس ادراک شده در پیش آزمون و پس آزمون هر سه گروه بین ۲- تا ۲+ است. آزمون شاپیرو ویلک نشان می دهد توزیع متغیر استرس ادراک شده در همه گروه ها در هر دو مرحله، نرمال است.

مثبت، ذهن خوانی، کارشناس بودن، بایدها، سرزنش خود، تمرین رسمی واری بدن (بیان یک تجربه ناخوشایند)، ارائه تکلیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه سوم. تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: تمرین رسمی مراقبه نشسته، تمرین رسمی مراقبه راه رفتن، چگونه ذهن آگاهی استرس را کاهش می دهد؟ چه چیزی کار می کند و چه چیزی کار نمی کند؟ تنفس هشیارانه به مدت ۱۵ دقیقه. تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، تمرین رسمی یوگای ایستاده، تمرین رسمی مراقبه نشسته، توضیح در مورد واکنش و پاسخ به استرس، مدیتیشن عشق و مهربانی. تکالیف خانگی.

جلسه ششم: بحث در مورد تمرینات خانگی و تأثیر آن روی زندگی کنونی، تمرین مراقبه نشسته، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده، مراقبه کوهستان، ارائه تکالیف خانگی. تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: تمرین رسمی واری بدن، مراقبه راه رفتن و لبخند زدن، تنفس آگاهانه با تمرکز بر نفس در نواحی دارای تنش. تکالیف خانگی

جلسه هشتم: تمرین واری بدن در حال راه رفتن، تمرین مراقبه نشسته، بحث در مورد تجربیات فرد در مورد شرکت در این دوره و پیشرفت بیمار، بحث در مورد تمرینات رسمی و غیررسمی، تنظیم کردن تمرینات رسمی و غیررسمی، اختتام درمان. روز عقب نشینی.

جلسات مداخله ای درمان شناختی رفتاری (مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰؛ به نقل از صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷) ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای.

جلسه اول: برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره دیابت و ماهیت انو معرفی درمان شناختی رفتاری.

جلسه دوم: طبقه بندی مشکلات بیمار و هدف گزینی، آموزش تکنیک اندازه گیری خلق، شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن.

جدول ۱. آماره های توصیفی متغیر استرس ادراک شده

زمان اندازه گیری	گروه	تعداد آزمودنی ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو ویلک	سطح معنی داری
پیش آزمون	CBT	۱۲	۳۵/۰۸	۴/۸۱۴	-۰/۲۲۶	-۰/۷۳۵	۰/۹۴۱	۰/۵۱۶
	MBSR	۱۲	۳۴/۸۳	۳/۶۶۴	۰/۴۶۶	-۰/۵۴۰	۰/۹۴۳	۰/۵۳۷
پس آزمون	گواه	۱۲	۳۶/۱۷	۳/۰۱۰	۰/۴۸	۰/۰۷۳	۰/۹۰۴	۰/۱۷۸
	CBT	۱۲	۲۶/۶۷	۳/۶۷۶	۰/۰۰۲	-۰/۳۰۳	۰/۹۷۳	۰/۹۴۳
پس آزمون	MBSR	۱۲	۲۲/۴۲	۵/۰۸۹	۱/۱۶۴	۱/۷۷۳	۰/۸۸۲	۰/۰۹۴
	گواه	۱۲	۳۶/۲۵	۳/۲۵۱	-۰/۷۶۳	۰/۱۳۴	۰/۹۲۸	۰/۳۶۲

جدول ۲. بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: استرس ادراک شده)					
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین خطا	F	سطح معنی داری
پیش‌آزمون	۱۱۳۱/۸۳۷	۱	۱۱۳۱/۸۳۷	۳۶/۳۳۷	۰/۰۰۰
تعامل گروه×پیش‌آزمون	۴۴/۱۴۷	۲	۲۲/۰۷۶	۲/۸۳۵	۰/۱۰۲
خطا	۴۹۸/۳۷۶	۳۲	۱۵/۵۷۴	-	-

سطح معنی داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی دار نشده است ( $F_{(2,33)} = ۰/۶۸۸$ ؛  $P > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین فرض همگنی واریانس خطاها تأیید می‌شود. سطح معنی داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی دار شده است؛ می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش رعایت شده

است. سطح معنی داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی دار نشده است؛ می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن می‌باشند؛ بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است و لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: استرس ادراک شده)						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۴۳/۹۱۰	۱	۱۴۳/۹۱۰	۸/۹۵۵	۰/۰۰۵	۰/۲۱۹
گروه	۱۱۱۵/۹۵۳	۲	۵۵۷/۹۷۷	۳۴/۷۲۰	۰/۰۰۰	۰/۶۸۵
خطا	۵۱۴/۲۶۰	۳۲	۱۶/۰۷۱	-	-	-

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی دار شده است ( $F = ۳۴/۷۲۰$ ؛  $P < ۰/۰۰۱$ )؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن

اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و  $۰/۶۴$  از واریانس متغیر استرس ادراک شده توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2 = ۰/۶۸۵$ ).

جدول ۴. مقایسه زوجی نمره استرس ادراک شده آزمودنی‌ها در سه گروه (متغیر وابسته: استرس ادراک شده)						
(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد بالا
CBT	MBSR	۴/۱۸۳°	۱/۶۳۷	۰/۰۱۶	۰/۸۴۹	۷/۵۱۸
	کنترل	-۹/۲۹۵°	۱/۶۴۸	۰/۰۰۰	-۱۲/۶۵۲	-۵/۹۳۸
MBSR	CBT	-۴/۱۸۳°	۱/۶۳۷	۰/۰۱۶	-۷/۵۱۸	-۰/۸۴۹
	کنترل	-۱۳/۴۷۸°	۱/۶۵۴	۰/۰۰۰	-۱۶/۸۴۷	-۱۰/۱۱۰
کنترل	CBT	۹/۲۹۵°	۱/۶۴۸	۰/۰۰۰	۵/۹۳۸	۱۲/۶۵۲
	MBSR	۱۳/۴۷۸°	۱/۶۵۴	۰/۰۰۰	۱۰/۱۱۰	۱۶/۸۴۷

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره استرس ادراک شده آزمودنی‌ها در گروه کنترل با میانگین نمره گروه‌های CBT و MBSR معنی دار است ( $P < ۰/۰۰۱$ )؛ بنابراین می‌توان گفت دو روش MBSR و CBT تأثیر معنی داری بر استرس ادراک شده نمونه مورد پژوهش داشته است. بین دو گروه MBSR و CBT نیز تفاوت معنی داری مشاهده می‌شود ( $P < ۰/۰۵$ )؛ می‌توان گفت روش MBSR در مقایسه با CBT بیشتر توانسته است بر استرس ادراک شده آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد.

آماره‌های توصیفی مرتبط با متغیر حساسیت اضطرابی نمونه مورد پژوهش را در سه گروه نشان می‌دهد. آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و نتیجه آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی متغیر حساسیت اضطرابی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه بین -۲ تا +۲ است. آزمون شاپیرو ویلک نیز نشان می‌دهد توزیع متغیر حساسیت اضطرابی در همه گروه‌ها در هر دو مرحله، نرمال است.



جدول ۵. آماره‌های توصیفی متغیر حساسیت اضطرابی								
زمان اندازه‌گیری	گروه	تعداد آزمودنی‌ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو ویلک	سطح معنی‌داری
	CBT	۱۲	۳۴/۷۵	۷/۸۶۴	۰/۱۸۰	۰/۳۰۴	۰/۹۷۶	۰/۹۶۱
پیش‌آزمون	MBSR	۱۲	۳۳/۸۳	۸/۸۳۰	-۰/۶۶۰	-۰/۲۳۳	۰/۹۳۳	۰/۴۱۴
	گواه	۱۲	۳۳/۶۷	۹/۶۵۲	۰/۳۶۹	-۰/۲۶۰	۰/۹۸۰	۰/۹۸۳
	CBT	۱۲	۲۷/۶۷	۶/۵۲۷	۰/۹۸۳	۱/۷۶۲	۰/۹۳۳	۰/۴۱۱
پس‌آزمون	MBSR	۱۲	۲۶/۸۳	۸/۴۸۳	۰/۳۴۹	۱/۴۳۱	۰/۹۰۳	۰/۱۷۴
	گواه	۱۲	۳۳/۷۵	۸/۳۶۸	۰/۳۹۳	-۱/۰۸۹	۰/۹۲۹	۰/۳۷۰

جدول ۶ بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: حساسیت اضطرابی)					
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین خطا	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۱۲۵۲/۵۵۰	۱	۱۲۵۲/۵۵۰	۵۳/۴۲۶	۰/۰۰۰
تعامل گروه×پیش‌آزمون	۹/۴۲۸	۲	۴/۷۱۴	۰/۲۰۱	۰/۸۱۹
خطا	۷۰۳/۳۳۷	۳۲	۲۳/۴۴۵	-	-

سطح معنی‌داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی‌دار نشده است ( $F_{(2,33)} = ۰/۱۵۵$ ؛  $P > ۰/۰۵$ )؛ بنابراین فرض همگنی واریانس خطاها تأیید می‌شود. سطح معنی‌داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی‌دار شده است؛ می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش رعایت شده

است. سطح معنی‌داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نشده است؛ می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن می‌باشند؛ بنابراین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است و لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۷. آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: حساسیت اضطرابی)						
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۱۳۱۷/۸۱۸	۱	۱۳۱۷/۸۱۸	۵۹/۱۶۴	۰/۰۰۰	۰/۶۴۹
گروه	۳۸۵/۹۶۲	۲	۱۹۲/۹۸۱	۸/۶۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱
خطا	۷۱۲/۷۶۵	۳۲	۲۲/۲۷۴	-	-	-

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ( $F = ۸/۶۶۴$ ؛  $P < ۰/۰۱$ )؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات

پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و  $۰/۳۵$  از واریانس متغیر حساسیت اضطرابی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ( $\eta^2 = ۰/۳۵۱$ ).

جدول ۸. مقایسه زوجی نمره حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها در سه گروه (متغیر وابسته: حساسیت اضطرابی)						
(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	حد پایین
CBT	MBSR	۰/۱۷۶	۱/۹۲۹	۰/۹۲۸	۲/۷۵۳	۴/۱۰۴
گواه	MBSR	-۶/۸۶۰°	۱/۹۲۹	۰/۰۰۱	-۱۰/۷۹۰	-۲/۹۳۰
CBT	گواه	-۰/۱۷۶	۱/۹۲۹	۰/۹۲۸	-۴/۱۰۴	۳/۷۵۳
گواه	گواه	-۷/۰۳۶°	۱/۹۲۷	۰/۰۰۱	-۱۰/۹۶۱	-۳/۱۱۱
CBT	گواه	۶/۸۶۰°	۱/۹۲۹	۰/۰۰۱	۲/۹۳۰	۱۰/۷۹۰
MBSR	گواه	۷/۰۳۶°	۱/۹۲۷	۰/۰۰۱	۳/۱۱۱	۱۰/۹۶۱

دارای حساسیت اضطرابی بالا زمانی که توجه دقیق و آگاهانه (توجه به آنچه در حال حاضر در حال وقوع است و آگاهی از آن) آنها نیز بالا بود، علائم اضطرابی کمتری را گزارش کردند.

همچنین درمان شناختی رفتاری بر این فرض قرار دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و همچنین فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این دیدگاه، فرد مبتلا به اختلال اضطراب بخاطر اینکه بجای رفتار سازنده، مستعد درک تهدید، پاسخ اجتنابی و ناتوانی است، از نگرانی و اضطراب رنج می‌برد. بعد از سال‌ها شناسایی تهدیدهای بالقوه و پاسخ‌دهی به صورت اضطراب، نگرانی و اجتناب، این مراجعان الگوهای پاسخ‌دهی خودکار و مداوم را پیدا می‌کنند. افکار احساسات و رفتارهای اضطرابی مداوم و تکرار شونده هستند، بنابراین در نهایت این زنجیره کاملاً خارج از آگاهی قرار می‌گیرد. با توجه به اینکه اصلی‌ترین ملاک اختلال اضطراب عامل نگرانی می‌باشد لذا با استفاده از درمان شناختی رفتاری و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران سبک پردازش آنها تغییر می‌کند و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی راهبردهای جدیدی برای حل مسائل بیمار مطرح می‌شود. با نظر به اینکه اضطراب و سایر اختلال‌های عاطفی بیماران اختلال است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید درمان جامع شناختی رفتاری می‌تواند اثربخشی بالایی نسبت به این اختلالات داشته باشد (دهشیری، ۱۳۹۱).

حساسیت اضطرابی به‌عنوان یک گرایش به ترس خاص از احساس‌های مربوط به اضطراب تعریف شده است مانند گوش‌به‌زنگی به تهدیدات بیشتر، و به تبع آن، برای اجتناب کردن از محرک‌های تهدیدکننده (مانتار و همکاران، ۲۰۱۱). افراد با حساسیت اضطرابی بالا، سعی می‌کنند حالات هیجانی، افکار و احساسات منفی خود را پنهان کنند و اظهارات هیجانی پایینی را نشان می‌دهند. اجتناب از تجربه هیجانات به‌طور متناقضی باعث افزایش افکار، احساسات و هیجانات منفی افراد می‌شوند (کاشدان و همکاران، ۲۰۰۸). با مداخلات روانشناختی زمینه بروز اظهارات هیجانی مناسب ایجاد می‌شود، در نتیجه افراد اضطراب کمتری تجربه می‌کنند. مداخلات روانشناختی باعث می‌شوند افراد مبتلا به اضطراب، راهبردهای تنظیم و مدیریت عواطف منفی را یاد بگیرند. در نتیجه برانگیختگی فیزیولوژیکی بالا یا تشویش اضطرابی افراد

همان‌گونه که مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها در گروه گواه با میانگین نمره گروه‌های CBT و MBSR معنی‌دار است ( $P < 0/001$ )؛ بنابراین می‌توان گفت دو روش CBT و MBSR تأثیر معنی‌داری بر حساسیت اضطرابی نمونه مورد پژوهش داشته است. بین دو گروه MBSR و CBT نیز تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود ( $P > 0/05$ )؛ می‌توان گفت که تفاوت تأثیر روش MBSR در مقایسه با CBT بر حساسیت اضطرابی آزمودنی‌ها معنادار نبوده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر استرس ادراک شده و حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته است. یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های آبنیکی و همکاران (۲۰۱۵)، حبیبی، قنبری، خدایی و قنبری (۲۰۱۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، هسته اصلی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، پذیرش است. همان‌طور که در قسمت‌های مختلف ذکر شد، این درمان با افزایش سطح پذیرش می‌باید به کاهش سازه مخالف خود یعنی اجتناب منجر شود. در پروتکل استفاده‌شده، علاوه بر اینکه تکنیک‌های مختلف در رشد و افزایش پذیرش نقش مؤثری داشتند، بر میزان استفاده از راهبرد اجتنابی نیز تأثیر داشته‌اند. درمان مفهوم پذیرش را آموزش می‌دهد، تکنیک‌های ذهن‌آگاهی نیز به تقویت آن کمک می‌کنند و در عین حال، قسمت‌هایی از پروتکل درمانی آموزش‌هایی مبتنی بر مفهوم معکوس پذیرش یعنی اجتناب ارائه شده است. بیماران در رابطه با انواع رفتارهای اجتنابی آموزش دیدند؛ آموزش‌هایی از این قبیل که چگونه راهبردهای اجتنابی استفاده‌شده در موقعیت‌های مختلف را بشناسند و سرانجام اینکه چگونه رفتارهای اجتنابی در پیش‌نگیرند (ایرانی، توکلی، اسماعیلی و فاطمی، ۱۳۹۸). درمان استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌صورت معناداری منجر به کاهش حساسیت اضطرابی گردیده است. نمرات بیماران از یک الگوی کاهشی برخوردار بوده و همچنین تغییرپذیری داده‌ها نیز اندک است. اگرچه تحقیقات بسیار کمی در مورد اثربخشی استرس‌زدایی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی حساسیت اضطرابی یافت شده اما یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش کاشدان، زولنسکی و اشمیت (۲۰۰۸) همسو می‌باشد. آنها در پژوهش خود نشان دادند که افراد



توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی فرایندهای زیربنایی را هدف قرار می‌دهند، بنابراین ارزیابی تأثیر این درمان‌ها بر بیماری‌های دیگر و مقایسه آن با نتایج پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند در بردارنده‌ی نکات آموزنده‌ای باشد.

### منابع

- ایرانی، شیرین؛ توکلی، ماهگل؛ اسماعیلی، مریم و فاطمی، علی محمد (۱۳۹۸). اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش بیماری و راهبردهای کنار آمدن با استرس در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیمستیک. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۱۵(۱)، ۱-۱۶.
- بساکنژاد، سودابه؛ زرگر، یدالله و حاتمی سربزه، معصومه (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درآمیختگی فکر - عمل. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱(۴)، ۳۲-۲۳.
- تقدسی، محسن؛ میرباقر آجریز، ندا؛ ترابیان، مریم و صداقتی، پرینا (۱۳۹۳). بررسی تأثیر تمرینات پیلاتس بر اضطراب زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی - پژوهشی طب مکمل*، ۱، ۶۹۹-۹۸۷.
- خاکپور، ساحل؛ یوسفی، فایق و ساعدف امید (۱۳۹۷). وروری مختصر بر حساسیت اضطرابی و اختلال وسواسی - جبری. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۵(۵)، ۸۰-۶۹.
- درسخوان، مینا و وزیری، شهرام (۱۳۹۵). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس انسجام روان و سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به آسم. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۲)، ۴۷-۵۶.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۲(۱۴)، ۲۷-۱۹.
- سجادپور، مریم (۱۳۹۲). *تأثیر استرس بر قند خون دیابتی‌ها. سلامت تبیان*.
- سعادت، سجاده؛ اصغری، فرهاد و جزایری، رضوان السادات (۱۳۹۴). رابطه خودکارآمدی تحصیلی با استرس ادراک شده، راهبردهای مقابله‌ای و حمایت‌های اجتماعی ادراک شده دانشجویان دانشگاه گیلان. *آموزش در علوم پزشکی*، ۱۵، ۶۷-۷۸.
- صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی جمالی، شکوه السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی بر روان درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۹-۴۹۱.
- فرهادی، مریم و پسندیده، محمد مهدی (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی

به‌خوبی مدیریت می‌شوند و چرخه اضطراب متوقف می‌شود (برینام، ۲۰۱۰). تحقیقات نشان می‌دهند که کاهش در نمرات حساسیت اضطرابی مشکلات آسیب روانی آنها را حل می‌کند (آنکا، واجانوویک و همکاران، ۲۰۱۲، اسپمیدت، میتچل و ریچی، ۲۰۰۸). بررسی‌ها نشان داده‌اند که ذهن آگاهی می‌تواند جایگزین مناسبی برای درمان‌های روانشناختی متداول در زمینه اضطراب باشد (هایس اسکیلتون، یوسمانی و همکاران، ۲۰۱۲).

در افراد مبتلا به دیابت یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به‌صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش‌به‌زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه‌داشته و منجر به افزایش حساسیت اضطرابی در آنها می‌شود. تمرکز اصلی ذهن آگاهی، تأکید بر ناراحتی حاصل از اجتناب از تجارب درونی است، طبق مدل دوفازی نگرانی، مشکلات تنظیم عاطفه منفی تأثیر مستقیمی بر نگرانی می‌گذارد. بر طبق این مدل زمانی که افراد یک تهدید را ادراک می‌کنند، پردازش نگرانی شروع می‌شود و پردازش نگرانی زمانی پایان می‌پذیرد که افراد تفکر درباره خطر را می‌پذیرند (برینام، ۲۰۱۰). مطالعات نشان داده است که ذهن آگاهی ضمن اینکه به فرد کمک می‌نماید تا 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 ناراضی‌تبی نجات دهد (ویلیامز و پنمن، ۲۰۱۲). این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود، محدودیت اول دسترسی به آزمودنی‌ها و تعداد کم حجم نمونه بود. هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود. نبودن دوره‌ی پیگیری در پژوهش حاضر برمی‌گردد. با توجه به اهمیت و حساسیت کار بیماران این احتمال وجود دارد که بیماران دریافت‌کننده‌ی درمان، پس از دوره پیگیری نتوانند دستاوردهای فراگیر درمانی را حفظ کنند. پیشنهادهای پژوهشی عبارتند از: انجام پژوهش در دیگر بیماری‌های مرتبط با حوزه سلامت، به درمان‌گران و پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان و ارزیابی توسط افراد مستقلاً صورت گیرد که از اهداف پژوهش آگاهی نداشته باشند تا بدین‌وسیله بتوان سوگیری احتمالی در تفسیر داده‌های به‌دست‌آمده را کاهش داد. با

- Mantar, A., Yemez, B., & Alkin, T. (2011). Anxiety sensitivity and its importance in psychiatric disorders. *Turk Psikiyatri Derg*, 22(3), 187-93.
- Miller, CK., Kristeller, JL., Headings, A., Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*, 41(2), 145-54
- Schmidt, N.B., Mitchell, M., Richey, J. (2008). Anxiety sensitivity as an incremental predictor of later anxiety symptoms and syndromes. *Compr Psychiatry*, 49, 407-12.
- Tovote, KA., Fleeer, J., Snippe, E., Peeters, AC., Emmelkamp, PM., Sanderman, R., Links, TP., Schroevers, MJ. (2014). Individual mindfulnessbased cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 37(9), 2427-3.
- Turnball D, Crab S, Jones L. (2014). Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes professional. *Journal of health psychology*, 19(3), 441-453.
- van Son, J., Nyklicek, I., Nefs, G., Speight, J., Pop, V.J., Pouwer, F. (2015). The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: could mindfulness serve as a buffer? Results from Diabetes MILES: The Netherlands. *J Behav Med*, 38(2), 251-60.
- Williams, M., Penman, D. (2012). *Mindfulness: A practical guide to finding peace in a frantic world*. Piatkus. co. uk.
- Wise, E.H., & Hersh, M.A. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Re envisioning the Stress-Distress Continuum. *Journal Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-94.
- Wise, E.H., & Gibson, C.M. (2012). *Continuing education, ethics and self-care: A professional life span perspective*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers.
- Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge.
- Asmundson, G. J., Weeks, J. W., Carleton, R. N., Thibodeau, M. A., & Fetzner, M. G. (2011). Revisiting the latent structure of the anxiety sensitivity construct: more evidence of dimensionality. *J Anxiety Disord*, 25(1), 138-147. doi:10.1016/j.janxdis.2010.08.013.
- Wheaton, M. G., Mahaffey, B., Timpano, K. R., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). The relationship between anxiety sensitivity and obsessive-compulsive symptom dimensions. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 43(3), 891-896. doi:10.1016/j.jbtep.2012.01.001.
- مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش استرس، اضطراب و افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۵(۲)، ۷-۱۵.
- قرشی، پرویز؛ تاجری، بیوک؛ احدی، مروارید و ملیح الزاکرینی، سعید (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی ذهن آگاهی و هیپنوتراپی بر استرس ادراک شده بیماران دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۱)، چاپ نشده.
- میرزایی، مسعود؛ دریافتی، حوا؛ فلاحزاده، حسین و عزیزی، بهمن (۱۳۹۵). بررسی افسردگی، اضطراب و استرس در افراد دیابتی و غیر دیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴(۵)، ۳۸۷-۳۹۷.
- نیسانی حبیب آبادی، فاطمه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین و سید بنکدار، زهرا (۱۳۹۰). اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۳)، ۲۲۸-۲۲۲.
- Abniki, E., Abolghasemi, A., Abbasi, M., Moazzez, R., Jalali, R. (2015). [The Effect of Group Cognitive-Behavioral Intervention in Stress Management on Improved Hardiness and Self-control in Depressed Women]. *Stud Clin Psychol*, 5(19), 100-18.
- Anka, A., Vujanovic, A., Bernstein, E. C., Berenz, J., & Zvolensky, M. (2012). Single-Session Anxiety Sensitivity Reduction Program for Trauma-Exposed Adults: A Case Series Documenting Feasibility and Initial Efficacy. *Behav Ther*, 43(3), 482-91.
- Berenbaum, H. (2010). An initiation-termination two-phase model of worrying. *Clin Psycho Rev*, 30 962-75.
- Dismuke CE, Edge, LE. (2014) Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Pschiarty reports*, 11(2), 9-19.
- Habibi, M., Ghanbari, N., Khodaei, E., Ghanbari, P. (2013). Effectiveness of cognitive-behavioral management of stress on reducing anxiety, stress, and depression in head-families women. *J Res Behav Sci*, 11(3), 166-75.
- Hamid, N. (2011). Effects of Stress Management Training on Glycemic Control in Women with Type 2 Diabetes. *Iran J Endocrinol Metab*, 346-53. [in Persian]
- Huges, A.E., Berg, C.A., & Wiebe, D. J. (2014). Emotional processing and self-control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925-934.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 429-440.