

بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی

آذر ولیدی پاک^{*}، شادیه خالدی^{**}، کیومرث معینی منش^{***}

^{*} کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، سنندج، ایران. (نویسنده مسئول)

^{**} کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

^{***} کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، همدان، ایران.

چکیده

تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۲/۰۹/۲۷

تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۷/۱۹

پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۰۹

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر افزایش خوش بینی زنان باردار دیابتی است.

کلیدواژه‌ها:

ذهن آگاهی، خوش بینی، دیابت بارداری.

روش: روش پژوهش آزمایشی است و جامعه موردمطالعه این پژوهش، زنان باردار دیابتی در قسمت دیابت بیمارستان توحید در سال ۹۱-۹۲ که به کلینیک دیابت مراجعه نموده و در شهرستان سنندج زندگی می کنند و نمونه تحقیق شامل ۳۰ نفر خانم باردار دیابتی بودند که به طور تصادفی ساده انتخاب شده و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) ارائه شد ولی هیچ آموزشی در گروه کنترل ارائه نگردید. هر دو گروه از طریق پیش آزمون و پس از آموزش از طریق پس آزمون موردسنجش قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه خوش بینی - بدبینی سلیگمن بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس این پژوهش، تفاوت معنی داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می دهد. آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) در گروه آزمایش، نمرات مقیاس خوش بینی را به طور معنی داری افزایش داده است.

نتیجه گیری: برنامه آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) می تواند از برنامه‌های مداخلاتی در جمعیت زنان باردار دیابتی قرار گیرد و خوش بینی آن‌ها افزایش دهد.

Efficacy of Mindfulness Training on Enhancing Optimism in Women with Pregnancy Diabetes

* A. Validi Pak, ** S. Khaledi, *** K. Moeini Manesh

*M.A in Clinical Psychology, Payame Noor University, Sanandaj, Iran.

** M.A in Clinical Psychology, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

*** M.A in Educational Psychology, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

Abstract

Objective:: The purpose of this research is to determine check the scale of mindfulness training based on cognitive therapy (MBCT) on enhancing optimism in pregnant women with diabetes.

Method: Research way is experimental and research sample contains 30 peregnant women with diabetes who live in sanandaj and who have been choosed by random and are set in 2 groups (experimental and control). in the experimental group, they presented mindfulness training (MBCT) but they presented no training in control group. Both groups were evaluated by pre -test and after training by past -test. in this research data were gathered by oxford optimism questionnaire. For data analysis co -variance was used.

Results: The findings of this study, has shows significant differences between control and experimental groups. the Mindfulness training based on cognitive therapy (MBCT) has a significant effect on increased optimism.

Conclusion: The Mindfulness training based on cognitive therapy (MBCT) can of the interventions program in a population of pregnant diabetes women and their optimism increase.

Article Information:

History:

Receipt: 2013/12/18

Revise: 2014/10/11

Acceptance: 2014/12/30

Keywords:

Mindfulness, Optimism, Pregnancy Diabetes.

مقدمه

دیابت بارداری^۱ یکی از عوارض بارداری است که تحت عنوان عدم تحمل نسبت به کربوهیدرات با شدت‌های متفاوت که اولین بار در زمان حاملگی تشخیص داده شده، تعریف می‌شود (کانینگهام^۲ و همکاران، ۲۰۰۱).

زمانی که فرد قادر به ترشح انسولین کافی جهت جبران افزایش تغذیه‌ای در طی بارداری همچون افزایش تولید چربی و هورمون‌های ضد انسولین که در حین بارداری تولید می‌شوند مانند هورمون جفتی انسان، پرولاکتین، کورتیزول و پروژسترون، نباشد دیابت بارداری ایجاد می‌شود. در دیابت بارداری میزان پاسخ انسولین به ازای هر واحد تحریک گلیسمی (اندکس انسولینوزنیک) تنها نصف مقداری است که در بارداری طبیعی دیده می‌شود (جووانوویک - پیترسون^۳ و پیترسون^۴، ۱۹۹۲). به همین جهت، بارداری یک وضعیت دیابت زا است و دیابت بارداری شایع‌ترین اختلال متابولیک این دوران است (لاریجانی و حسین نژاد، ۱۳۸۰). دیابت بارداری در ۵-۲٪ حاملگی‌ها ایجاد می‌شود و در اکثر بیماران پس از زایمان، قند خون به سطح طبیعی خود بازمی‌گردد (هادن^۵، ۱۹۹۸).

علائم بیماری دیابت عبارت‌اند از پر نوشی، پر ادراری، پرخوری، کاهش وزن شدید، تأخیر در بهبودی زخم‌ها، تاری دید (انجمن دیابت، ۲۰۰۴). معمولاً اگر درمان تغذیه‌ای استاندارد نتواند به‌طور پیوسته، گلوکز پلاسمای ناشتا را زیر ۲۰۵ نگاه دارد، درمان با انسولین توصیه می‌شود.

انسولین یک درمان فارماکولوژیک است و وقتی به رژیم درمانی اضافه می‌گردد بیشترین اثر را در سلامت مادران باردار دیابتی و کاهش مرگ‌ومیر جنین دارد. رژیم درمانی نیز علاوه بر مصرف انسولین به بیماران دیابتی توصیه می‌گردد (کانینگهام و همکاران، ۲۰۰۱). در کشور ایران در مطالعه‌ای که در مرکز تحقیقات و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت، شیوع دیابت بارداری در شهر تهران معادل ۴/۷٪ است و شیوع درجات اختلال تحمل کربوهیدرات بدون دیابت بارداری ۱۷/۵٪ برآورد شده است که مجموع درصد افراد دارای اختلال تحمل گلوکز و دیابت بارداری ۲۲/۲٪ می‌شود (لاریجانی و حسین نژاد، ۱۳۸۰).

بیماری دیابت محدودیت‌های بسیاری را از قبیل اجبار در تزریق مکرر انسولین، تأمین هزینه آن، اجبار در رعایت رژیم غذایی، عفونت‌های مکرر، احتمال بستری شدن مکرر در بیمارستان به علت عوارض بیماری و اشتغال به کار برای فرد مبتلا ایجاد می‌نماید که همین امر موجب کاهش سلامت روان و کاهش امید به زندگی در این بیماران می‌شود. از سوی دیگر، تأثیر عامل تنش‌زا (مانند دیابت) بر افراد به ویژگی‌های آن عامل و نیز راهبردهای ارزیابی شناختی و شیوه‌های مقابله‌ای بستگی دارد که افراد در سازگاری با پیامدهای تنش‌زا به کار می‌گیرند. پس اگر راه‌های مقابله‌ای و ارزیابی مناسب باشد، سازگاری فرد با شرایط تازه تسهیل شده و فرد با

4. Peterson. C. M.
5. Hadden. D. R.

1. Pregnancy diabetes.
2. Cunningham F. G.
3. Jovanovic-Peterson. L.

برسند (شیر،^۷ کارور^۸ و بریجز^۹، ۲۰۰۰). تعدادی از روانشناسان، مزایای خوشبینی و معایب بدبینی را مشخص نموده‌اند و به این نتیجه رسیده‌اند که افراد خوشبین نتایج مثبت بیشتری به دست می‌آورند زیرا آن‌ها هدفشان را به صورت یک چیز دست‌یافتی تصور می‌کنند (آسپین وال و تایلور^{۱۰}، ۱۹۹۲، به نقل از موحد، ۱۳۸۲). کسانی که خود را دارای صفات مثبت می‌بینند و نسبت به آینده خوشبین هستند، باور دارند رویدادهای مهم زندگی را می‌توانند کنترل کنند و بیشتر و جدی‌تر کار می‌کنند، زیرا بازده مثبتی را از نتیجه کار خود انتظار دارند و وقتی با مانعی روبرو می‌شوند راه‌حل‌های مختلف را به کار می‌گیرند تا زمانی که به موفقیت دست یابند (کار، ۲۰۰۴ ترجمه پاشاشریفی و نجفی زند، ۱۳۸۵).

فرد خوش‌بین از سلامت جسمی، دستگاه ایمنی بهتر و نیرومندتری برخوردار است، کمتر به بیماری‌های عفونی مبتلا شده، کمتر دچار عارضه قلبی می‌شود و عمر درازی خواهد داشت (سلیگمن، ۱۹۹۸). افراد خوش‌بین در سطح معنی‌داری هم نشانه‌های روان‌شناختی کمتر و هم رضایت از زندگی بیشتری نسبت به بدبین‌ها دارند (چانگ^{۱۱} و سانا^{۱۲}، ۲۰۰۱). افراد خوش‌بین اعتقاد دارند که می‌توان یک فاجعه بزرگ را با موفقیت پشت سر گذاشت، اما افراد بدبین معمولاً در انتظار فاجعه هستند. این موضوع می‌تواند سبب ایجاد تفاوت‌هایی در مورد مسائلی نظیر، آسیب رساندن

اوضاع جدید انطباق می‌یابد (لیونه^۱ و ویلسون^۲، ۲۰۰۳) و امید به زندگی و خوش‌بینی^۳ در این افراد افزایش می‌یابد.

تا پایان دهه ۱۹۷۰ خوش‌بینی یک کمبود روانی و نشانه ناپختگی یا ضعف منش تلقی می‌شد، درحالی‌که ارزیابی متوازن و بی‌طرفانه از امیدواری‌های آینده فرد نشانه‌ای از سلامت روانی، پختگی و نیرومندی به حساب می‌آمد (پترسن، ۲۰۰۰، به نقل از کار^۴، ۲۰۰۴ ترجمه پاشاشریفی و نجفی زند، ۱۳۸۵). خوش‌بینی به‌طور معمول دیدن نیمه پر لیوان است و یا همیشه دیدن خط نقره‌ای یا به‌طور عادی پایان رسیدن رنج‌های واقعی به آسایش است. زاویه تفکر مثبت خوش‌بینان به ما تکرار عبارات تقویت‌کننده‌ای چون «هرروز هر چه که باشد من بهتر و بهتر هستم» و یا «تیر من همیشه به هدف خواهد خورد» را توصیه می‌کنند. این‌ها نشانه‌های ظاهری خوش‌بینی هستند اما درعین حال، خوش‌بینی چیزی بیش از این مسائل و عمیق‌تر از این‌هاست (سلیگمن^۵، ۱۹۹۸ ترجمه ایران‌نژاد، ۱۳۷۹). خوش‌بینی سرشتی^۶ یا گرایشی: انتظارات خوش‌بینانه، یک انتظار کلی است دایر بر این‌که در آینده، بیشتر رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتاد تا رویدادهای بد. افراد خوش‌بین، در رویارویی با دشواری‌ها، به دنبال کردن هدف‌های باارزش خود ادامه می‌دهند و با به‌کارگیری راهبردهای کنار آمدن مؤثر، خود و حالت‌های شخصی‌شان را تنظیم می‌کنند تا اینکه بتوانند به هدف‌های خود

7. Scheier, M.
8. Carver, C.
9. Bridges, M.
10. Aspinwall, & Taylor.
11. Chang, E. C.
12. Sanna, L. J.

1. Livneh, H.
2. Wilson, L. M.
3. Optimism.
4. Carr.
5. Seligman, M.
6. Dispositional Optimism.

یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیر قضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق می‌کند (پوتک^{۱۱}، ۲۰۱۲). ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی - رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روان‌شناختی به شمار می‌رود (مک کارنی^{۱۲}، شولز^{۱۳} و گری^{۱۴}، ۲۰۱۲). تمام تمرین‌های موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش می‌دهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین‌رشته‌ای جدید همچون پزشکی ذهن بدن هم به اثبات رسیده. در پژوهش‌هایی که از ذهن‌آگاهی استفاده می‌کنند تأکید بر تعامل بین فرآیندهای بدنی، شناختی و هیجانی است (میچالیک^{۱۵}، برگ^{۱۶} و هایدنریچ^{۱۷}، ۲۰۱۲). هرچند هدف اصلی ذهن‌آگاهی آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود (بارکوک^{۱۸}، ۲۰۰۲). مراقبه ذهن‌آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن را پدید می‌آورد (دیویدسون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۰۳). این فرآیند به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند

به سلامت شخصی، رعایت احتیاط در مواقع بالقوه خطرناک و تلاش برای غلبه بر بیماری شود. همچنین ممکن است راهبردهای حل مسئله افراد خوش‌بین و بدبین از هم متفاوت باشد (کارور و همکاران، ۱۹۹۳، استانتون^۱ و اسنایدر^۲، ۱۹۹۳).

سلامت روان افراد دیابتی به دلیل وضعیت جسمی و میزان نوسانات قند خون، کاهش می‌یابد. احساس افسردگی و استرس در این افراد افزون شده و امید به زندگی و خوش‌بینی نسبت به آینده، کم می‌شود. هیجانات منفی مرتبط با دیابت، مسئله‌ساز است، لذا مداخلات روان‌شناختی زیادی هم‌زمان با مداخلات پزشکی برای کنترل این بیماری و عوارض مرتبط به‌کاربرده می‌شود. یکی از این مداخلات ذهن‌آگاهی^۳ است (هوفز^۴، برگ^۵ و وایب^۶، ۲۰۱۲؛ دیو-چریستنسن^۷، زوفمان^۸، هامل^۹ و لائو^{۱۰}، ۲۰۱۲؛ زارع، زارع، خالقی دلاور، امیرآبادی و شهریاری، ۱۳۹۲).

ذهن‌آگاهی هشیاری غیر قضاوتی، غیرقابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربه‌ای است که در یک لحظه خاص در محدوده توجه یک فرد قرار دارد. علاوه بر آن، این مفهوم اعتراف به تجربه یاد شده و پذیرش آن را نیز شامل می‌شود. در تعریفی دیگر ذهن‌آگاهی فنی است که با ترکیب با مراقبه و جهت‌گیری‌های ذهنی خاص نسبت به

11. Potek, R.
12. McCarney, RW., , & Grey, AR.
13. Schulz, J.
14. Grey, AR.
15. Michalak, J., &
16. Burg, J.,
17. Heidenreich, T.
18. Borkovec, T.D.
19. Davidson R.J.

1. Stanton, A. L.
2. Snider, P. R.
3. Mindfulness.
4. Hughes AE.
5. Berg CA.
6. Wiebe DJ.
7. Due-Christensen M.
8. Zoffmann V.
9. Hommel E.
10. Lau M.

ایجاد می‌کند. ماهیت حساسیت‌زایی و حساسیت زدایی ذهن آگاهی انعطاف‌پذیری ذهنی فرد را بالا می‌برد و به افراد این امکان را می‌دهد که پاسخ‌های هیجانی و رفتاری خویش را افزایش دهند، بنابراین مهارت‌های مقابله‌ای را ارتقاء بخشیده و به هیجان‌ها و نگرش‌های منفی «مجوز خروج»^۵ از ذهن می‌دهد. در واقع تعداد بسیاری از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که ذهن آگاهی در به وجود آمدن حس آرامش بخشی، امیدواری و بالا بردن قابلیت‌ها در مواجهه با استرس، اعتماد به نفس و کنترل درونی بیشتر تأثیرگذار است (کابات-زین، ۲۰۰۳). افراد با استفاده از روش‌های مدیتیشن مهارت‌هایی چون نظم‌بخشی هیجانی^۶ را می‌پروراند (لینهان^۷، ۱۹۹۳). در جدیدترین تحولات روی آوردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۸ (MBCT) (تیزدل^۹، سگال^{۱۰} و ویلیامز^{۱۱}، ۲۰۰۲) مطرح شد، این درمان که یک مداخله کوتاه‌مدت ۸ جلسه‌ای است به‌طور گروهی برگزار می‌شود و از روش‌های ساده‌ای برخوردار است که از مراقبه و یوگا مشتق شده و هدف آن ایجاد آگاهی از زمان حال و تماس لحظه‌به‌لحظه با تغییرات بدن و ذهن در بیماران است (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵).

دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته است (کابات - زین، ۲۰۰۲). ذهن آگاهی بر اساس آموزش، یکسری تکالیف به‌صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به‌طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. تمرین‌های ذهن آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب‌الوقوع شود. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است. همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (کاریقید^۱، ۲۰۰۳). در این روش هدف فقط کاهش استرس نیست بلکه به زبان ساده‌تر «حضور در لحظه»^۲ است. به این طریق می‌توان به ذهن آگاهی در قالب دو فرآیند حساس شدن^۳ و حساس زدایی^۴ نگریست. در واقع ذهن آگاهی به‌واسطه کاهش اجتناب در افراد نسبت به جنبه‌های آزاردهنده عاطفی منفی حساسیت‌زدائی کرده و از طریق توجه به ارتباط بین حالات هیجانی و تجربه پاسخ‌های خودکار در افراد حساسیت‌زایی

7. Linehan, M. M.
8. Mindfulness Behavior-Cognitive Therapy.
9. Teasdale J.D.
10. Segal ZV.
11. Williams J.M.G.

1. Carighead, W. E.
2. Present moment.
3. Sensit.
4. Desensitizing.
5. Letting go.
6. Emotion regulation skills.

جدول ۱. عناوین جلسات آموزش

شماره	عنوان جلسه	فعالیت‌های انجام یافته در جلسه
۱	هدایت خودکار	حضور ذهن باعث خروج از هدایت خودکار می‌شود، تمرین خوردن کشمش و تمرکز بر آن.
۲	روبارویی با موانع	تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته، تمرین واریسی بدنی.
۳	ذهن آگاهی از تنفس	تمرین دیدن و شنیدن، تمرین قدم زدن با حضور ذهن، واریسی بدنی تمرکز بر تنفس
۴	ماندن در زمان حال	تمرین مراقبه‌های تنفس، بدن، مراقبه سروصدا و افکار
۵	مجوز حضور	اجازه حضور به تجربه‌ها همان طوری که هستند بدون قضاوت در مورد آن‌ها، مراقبه‌ها
۶	افکار حقایق نیستند	خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند با اینکه حقیقت ندارند.
۷	مراقبت از خود	در صورت یادگیری تمرینات و انجام آن‌ها می‌توانید از خودتان مراقبت کنید. انجام مراقبه‌ها.
۸	استفاده از یادگیری‌ها	حضور ذهن به داشتن زندگی متعادل کمک می‌کند، انجام مراقبه‌ها.

کمتری به درمان‌های دارویی و رژیم غذایی دارند که این مسئله به نوبه خود کنترل گلیسمیک ضعیف‌تری را در پی دارد. شواهد نشان می‌دهند درمان شرایط روان‌شناختی می‌تواند به نتایج مثبت درمانی منجر شود. کنترل ضعیف دیابت و عدم استفاده از انسولین هم به نوبه خود می‌تواند احتمال افسردگی و اضطراب را افزایش دهد (کاران^۹، تانویر^{۱۰}، جاسکانوال^{۱۱} و جایاداو^{۱۲}، ۲۰۱۲).

در کل می‌توان گفت حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان سرپایی دیابت، درجاتی از پریشانی هیجانی و نشانه‌های عمومی اضطراب و افسردگی

بررسی‌ها نشان می‌دهند اغلب بیماری‌های همراه با دیابت عبارت‌اند از جسمانی سازی، افسردگی، اضطراب و وحشت (ما^۱، ۲۰۱۲) و این چنین به نظر می‌رسد که عوامل روان‌شناختی در کنترل متابولیک نقش داشته باشند. افسردگی یکی از پیامدهای منفی کنترل گلیسمیک نامطلوب است (لیچتر^۲، دریلین^۳ و مور^۴، ۲۰۰۴).

تحقیقات دیگر نشان می‌دهند اضطراب هم با دیابت هم بودی دارد (ماوئر^۵، جانسون^۶، اسپریمشر^۷ و بری یانت^۸، ۲۰۱۱). احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب در دیابت دو برابر می‌شود. بیماران دیابتی افسرده، احتمالاً پایبندی

7. Schrimsher GW.
8. O'Bryant SE.
9. Karan JK.
10. Tanveer CT.
11. Jaskanwal S.
12. Jayadave S.

1. Ma C.B.
2. Leichter SB.
3. Dreelin E.
4. Moore S.
5. Mauer CB.
6. Johnson LA.

مک کراکن^۵ و ولمن^۶ (۲۰۱۰) در پژوهش خود نشان دادند انعطاف پذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است.

احمدوند حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «تبیین بهزیستی روان شناختی بر اساس مؤلفه های ذهن آگاهی» به این یافته دست یافتند که ذهن آگاهی پیش بینی کننده ای قوی برای بهزیستی روان شناختی است. همچنین همبستگی های به دست آمده بین تمام ابعاد بهزیستی روان شناختی و نمره کل ذهن آگاهی مثبت و معنادار بود و افزایش ذهن آگاهی با افزایش بهزیستی روان شناختی همراه بود.

نتایج تحقیق سرتیپ پور، عطاردی، امینی و حقیقی (۱۳۸۲) بیانگر نقش مثبت آموزش مدارا با استرس در بهبود وضعیت کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع یک است.

نتایج تحقیقات در حوزه دیابت نشان داده است که ذهن آگاهی می تواند در کاهش استرس (گرین^۷ و بلینگ^۸، ۲۰۱۱؛ اسپچاس ترک^۹، ۲۰۱۰)، افزایش کیفیت زندگی (گرین و همکاران، ۲۰۱۱)، کاهش فشارخون (روزنویگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسپچاس ترک^{۱۱}، ۲۰۱۰)، کاهش افسردگی (روزنویگ و همکاران، ۲۰۰۷)، کاهش افکار مزاحم و بهبود کیفیت خواب (اسچاس ترک، ۲۰۱۰؛ فاد-لانگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۰)، نقش داشته باشد، اما اثربخشی آن بر کنترل گلیسمیک و

را تجربه می کنند. پایین بودن سطوح سلامت هیجانی، این بیماران را به نتایج نامطلوب دیگری همچون کاهش کیفیت زندگی، خود مراقبتی و کنترل متابولیک نامطلوب، افزایش احتمال بروز عوارض جانبی و افزایش نرخ مرگ و میر سوق می دهد (وان سون^۱، نیکلیچک^۲، پاپ^۳ و پائور^۴، ۲۰۱۱).

نیرمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۱) در تحقیقی با موضوع «اثربخشی روش های آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق» به این نتیجه رسیدند آموزش های ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری بر افزایش عاطفه مثبت و خلق و بر کاهش عاطفه منفی اثربخش بوده اند.

در تحقیقی که توسط زارع و همکاران (۱۳۹۲) با عنوان «ذهن آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت» صورت گرفت داده ها حاکی از تفاوت معنادار بین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایشی بود، این تفاوت معناداری میان نتایج پس آزمون گروه آزمایشی و گروه کنترل هم به چشم می خورد در حالی که چه در بین نتایج پیش آزمون گروه کنترل و آزمایشی و چه مابین نتایج پیش آزمون و پس آزمون گروه کنترل به چشم نخورد. این نتیجه حاصل شد که تأثیر مثبت ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت مؤثر است.

7. Green SM.
8. Bieling PJ.
9. Schuster K.
10. Rosenzweig S.
11. Schuster K.
12. Faude-Lang V.

1. Van Son J.
2. Nyklíček I.
3. Pop V.
4. Pouwer F.
5. Mc Cracken LM.
6. Velleman SC.

کنترل وزن چندان مشخص نیست، علاوه بر آن مطالعاتی وجود دارند که آثار ذهن‌آگاهی را بر عوارض دیابت هم مورد بررسی قرار داده‌اند، از آن جمله می‌توان به پژوهش فاد- لانگ و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد که ادعان داشتند ذهن‌آگاهی بر کاهش درد و کاهش شدت عوارض نفروپاتی دیابتیک مؤثر بوده است.

پیگیری در مورد اثربخشی ذهن‌آگاهی بر دیابت در دو مطالعه دیده می‌شود. روزنویگ و همکاران (۲۰۰۷) بیان کردند در پیگیری یک‌ماهه سطوح هموگلوبین گلیکوزیله و فشارخون کاهش یافت اما وزن تغییر نکرد، علاوه بر آن کاهش افسردگی، اضطراب و پریشانی هیجانی هم مشهود بود؛ اما ریچ و بارتلت (۲۰۱۲) در پیگیری‌های طولانی مدت ۲، ۳ و ۴ ساله خود نتیجه گرفت، کلاً درمان‌های شناختی-رفتاری دیابت از جمله ذهن‌آگاهی با گذر زمان، اثربخشی خود را از دست می‌دهند، بنابراین نیاز است ضمن تخمین زمان حداکثر اثربخشی، این درمان‌ها هرچند وقت یک‌بار تجدید شوند.

به‌رغم آثار مفید ذهن‌آگاهی بر بیماری‌های مزمنی همچون دیابت، با مرور پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، جای خالی این قبیل بسیار مشهود است. لذا هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی در شهرستان سنندج است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: طرح پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون -

پس‌آزمون است. جامعه مورد مطالعه، زنان باردار دیابتی در قسمت دیابت بیمارستان توحید در سال ۹۱-۹۲ هستند که به کلینیک دیابت مراجعه نمودند. نمونه این پژوهش شامل ۳۰ نفر است که به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمونی برای تعیین سطح خوش‌بینی گرفته شد. سپس به گروه آموزش طی ۸ جلسه آموزش داده شدند. پس از پایان آموزش پس‌آزمونی برای بررسی میزان سطح خوش‌بینی گرفته شد.

ابزار اندازه‌گیری: پرسشنامه خوش‌بینی -

بدبینی سلیگمن: پرسشنامه خوش‌بینی - بدبینی سلیگمن توسط پترسون، سمل، وون بیر، آبرامسون، سلیگمن در سال ۱۹۸۲ ساخته شده و سه مؤلفه (۱. پایدار / ناپایدار، ۲. خاص / فراگیر، ۳. درونی / بیرونی)، هفت مقیاس (تداوم رویدادهای منفی / مثبت، فراگیری رویدادهای منفی / مثبت، مالمال از امید، شخصی‌سازی رویدادهای منفی / مثبت) و ۴۶ سؤال (۲۳ گزاره مثبت و ۲۳ گزاره منفی) دارد. برای سنجش اعتبار آزمون از روش دو بار اجرا استفاده شده است. نتایج به‌دست‌آمده نشان‌دهنده اعتبار آزمون است (گولین، سویینی، اسچفر، ۱۹۸۱).

این پرسش‌نامه در ایران نیز توسط خواجه امیری (۱۳۸۲) هنجاریابی شده است. خواجه امیری به‌منظور هنجاریابی این پرسش‌نامه، گروه نمونه ۷۵۰ نفری از دانشجویان شهر تهران (گروه سنی ۳۰-۴۵) را به روش نمونه‌برداری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب نموده و پرسش‌نامه را روی

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی در شهرستان سنج است. برای سازمان دهی اطلاعات به دست آمده در طول تحقیق از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در این قسمت ابتدا میانگین و انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی مشخص می شود. سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس و آزمون معناداری آن به رد یا تأیید فرض صفر پرداخته خواهد شد و نتایج حاصله در جداول زیر مشاهده می گردد.

آن ها اجرا کرده است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ به دست آمده برابر ۰/۵۹ است. برای محاسبه روایی ملاکی آزمون، از دو روش ضریب همبستگی با مقیاس افسردگی بک و روش آزمون مجدد استفاده کرده است. ضریب همبستگی با مقیاس افسردگی بک، با رویدادهای ناخوشایند ۰/۴۲ و با رویداد خوشایند ۰/۷۷ و ضریب همبستگی آزمون مجدد برابر با ۰/۷۸ است (حسنی، احمدی، میردریگوندی، ۱۳۹۰).

یافته ها

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون خوش بینی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون	پس آزمون
خوش بینی	گروه آزمایش	۱۵	۲۶/۰	۵/۰۳
	گروه کنترل	۱۵	۲۴/۴۶	۳/۱۵

فرضیه پژوهش: آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (*MBCT*) بر خوش بینی زنان باردار دیابتی تأثیر دارد. برای تحلیل آماری داده های مربوط به این فرضیه از تحلیل کوواریانس *ANCOVA* استفاده شد. در این تحلیل میانگین پس آزمون گروه آزمایش با میانگین گروه کنترل مقایسه شده و نمره های پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. البته رعایت شرط همگنی شیب های رگرسیونی لازم است که نتایج آن در زیر گزارش شده است.

همان طور که نتایج جدول (۲) نشان می دهد هر گروه ۱۵ آزمودنی دارد و میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون خوش بینی به ترتیب ۲۶/۰۶ و ۲۴/۴۶ و انحراف معیار ۳/۹۵ و ۳/۹۹ بوده است؛ اما میانگین خوش بینی در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون به ترتیب ۵/۰۳ و ۳/۱۵ و انحراف معیار ۲۴/۳۳ و ۶۰/۴۰ و بیشترین میانگین نمرات خوش بینی (۶۰/۴۰) مربوط به آزمودنی های گروه آزمایش در پس آزمون بوده و همچنین کمترین میانگین نمرات خوش بینی (۲۶/۰) در پیش آزمون است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی همگنی شیب‌های رگرسیون در پس‌آزمون خوش‌بینی در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص‌ها - منبع	SS	Df	MS	F	sig
گروه	۵۶/۷۰	۱	۵۶/۷۰	۱/۲۵۹	۰/۲۷۲
پیش‌آزمون خوش‌بینی	۱۶/۳۰۰	۱	۱۶/۳۰۰	۰/۳۶۲	۰/۵۵۳
گروه × پیش‌آزمون خوش‌بینی	۲۲/۱۵۵	۱	۲۲/۱۵۵	۰/۴۹۲	۰/۴۸۹
خطا	۱۱۷۰/۸۲	۲۶	۴۵/۰۳۲	-	-
کل	۱۸۶۷۵/۰	۳۰	-	-	-

همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود تعامل بین گروه و پیش‌آزمون خوش‌بینی معنی‌دار نیست. به عبارت دیگر داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($P=۰/۴۸۹$) و ($F=۰/۴۹$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پس‌آزمون خوش‌بینی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع - شاخص‌ها	SS	Df	MS	F	sig
پیش‌آزمون خوش‌بینی	۶۷/۸۸	۱	۶۷/۸۸	۴/۲۸	۰/۰۴۸
گروه	۸۸۶۹/۵	۱	۸۸۶۹/۵	۵۶۰/۲	۰/۰۰۰۵
خطا	۴۲۷/۴۵	۲۷	۱۵/۸۳	-	-
کل	۶۴۱۹۷/۰	۳۰	-	-	-

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون خوش‌بینی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات خوش‌بینی افرادی که از حضور ذهن استفاده کرده‌اند به‌طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات خوش‌بینی آزمودنی‌های گروه کنترل است. $P \leq ۰/۰۵$ و $F(۱ و ۲۷) = ۵۶۰/۲$

بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می‌شود. مجذور جزئی اتا $۰/۷۳$ رابطه نیرومندی بین نمره‌های پیش از مداخله و پس از مداخله در آزمون خوش‌بینی وجود داشت که با مقدار جزئی $۰/۷۳$ نشان داده شد. در حقیقت متغیر پیش‌آزمون ۷۳ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین کرده است.

برای مقایسه و بررسی جهت تفاوت‌های معنی‌دار مذکور میانگین و انحراف معیار تعدیل شده خوش‌بینی گروه آزمایش و کنترل در جدول (۵) نشان داده شده است.

جدول ۵. میانگین و خطای معیار تعدیل شده خوش‌بینی گروه‌های آزمایش و کنترل

کنترل		آزمایش		متغیر
SE	M	SE	M	
۱/۰۴	۲۴/۸۰	۱/۰۴	۶۰/۰۶	خوش‌بینی

روابط اجتماعی منجر می‌شود. هرچند علوم پزشکی و دارویی دیدگاه‌های نیرومندی در کنترل قند خون و پیامدهای نامطلوب آن به شمار می‌روند (کلین، لپاک، ۲۰۱۲). با این حال با توجه به گسترش جهانی دیابت و آثار اقتصادی همراه با آن، محققان در پی به‌کارگیری مداخلات رفتاری مؤثر بر آن بوده‌اند. تأکید بر نقش استرس مزمن در مقاومت به انسولین، سندروم متابولیک در برخی مطالعات لزوم ایجاد یک نمونه دیگر و ترکیب مداخلات روان‌شناختی با مداخلات دارویی را به تأیید رسانده است. بنابراین مؤلفه‌های رفتاری - شناختی زیربنایی دیابت همانند خود‌مدیریتی، پذیرش بیماری و انگیزه برای دنبال کردن درمان در برنامه‌های مداخلاتی آموزشی گنجانده شده است (سال، ۳، پاپ^۴ و پرکزل^۵، ۲۰۱۲).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس این تحقیق نشانگر این بود که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی که تحت آزمایش بودند، تأثیر

همان‌طور که در جدول (۵) مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون خوش‌بینی (۶۰/۰۶) به‌طور معنی‌داری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل (۲۴/۸۰) است.

نتیجه‌گیری و بحث

بارداری یک وضعیت دیابت‌زا است و دیابت بارداری شایع‌ترین اختلال متابولیک این دوران است. کنترل قند خون مادر با دیابت بارداری، در جهت تعیین و درمان هیپرگلیسمی شدید انجام می‌شود تا از آسیب به جنین جلوگیری گردد (لاریجانی و همکاران، ۱۳۸۰).

این بیماری از جمله بیماری‌های است که بعد از مدتی تأثیرهای سوء و مخرب روانی و جسمی بر فرد دارد. عوارض ناشی از کنترل نکردن قند خون و همچنین اضطراب، استرس و افسردگی در بیماری دیابت به میزان بسزایی بالاست (زارع و همکاران، ۱۳۹۲). افزایش قند خون معمولاً به ناتوانی، مرگ زودهنگام و مشکلات گسترده در

4. Papp I.
5. Perczel F.D.

1. Klein H A.
2. Lipka K.D.
3. Sal I.

مثبت داشته است. در افراد دیابتی، امید به زندگی و خوش‌بینی کاهش می‌یابد و عوامل منفی روانی چون اضطراب به دلیل ترس از نابینایی، عوارض قلبی و عروقی، عوارض کلیوی و نفراتی دیابتیک و... افزایش می‌یابد. زنان باردار دیابتی این تغییرات روان و خلق‌وخو را بیشتر به همراه دارند زیرا خانم‌های بارداری که به ناگاه به دیابت بارداری مبتلا می‌گردند دچار اضطراب و استرس (از سقط‌جنین، نارسایی نوزاد) می‌گردند و خوش‌بینی خود را از دست می‌دهند؛ بنابراین از طریق ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی این روند برای افزایش خوش‌بینی در این بیماران به‌کاربرده شد. خوش‌بینی قبل و بعد از یک مداخله هشت‌هفته‌ای مورد ارزیابی قرار داده شد، یافته‌ها نشان داد که نمرات پس‌آزمون خوش‌بینی به‌طور معناداری بالاتر از نمرات پیش‌آزمون بود و سطح خوش‌بینی نسبت به نمرات پیش‌آزمون افزایش یافته است و همین‌طور بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین فرضیه این پژوهش که «آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی تأثیر مثبت دارد» تأیید گردید. یافته‌ها نشان می‌دهد که عامل آموزش یا مداخله در این مطالعه، میانگین نمرات پس‌آزمون خوش‌بینی را به‌طور معناداری نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون افزایش داده است و این یافته‌ها نشانگر تأثیر بالای این عمل در افزایش خوش‌بینی آزمودنی‌ها است. با توجه به پیشینه پژوهشی محدود این تحقیق مقایسه‌هایی می‌توان انجام داد. نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش با یافته‌های مشابه از نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی (۱۳۹۱) که در

تحقیقی دریافتند آموزش‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و تنظیم هیجان بر افزایش عاطفه مثبت و خلق و بر کاهش عاطفه منفی اثربخش بوده‌اند و تحقیق زارع و همکاران (۱۳۹۲) که به نتیجه تأثیر مثبت ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت رسیدند و در تحقیقی دیگر که توسط احمدوند حیدری نسب و شعیری (۱۳۹۱) با موضوعی تحت عنوان تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی انجام شد، همخوان است. تبیین این فرضیه حاکی از این است که افراد باردار دیابتی با آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) و با تأکید بر عامل حضور در لحظه بودن و حضور در زمان حال به‌دوراز گذشته و آسیب‌های که از طریق خاطرات گذشته و نشخوارهای فکری که به فرد می‌رسد و تأکید بر عامل بدون داوری و بدون قضاوت بودن و هدفمند بودن که از عامل‌های دیگر آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) است و همچنین آموزش‌های مدیتیشن که در رده‌ها اجرا شد و همچنین از طریقه مراقبه و ریلکسیشن، توانستند به امیدوار بودن و خوش‌بین بودن خود کمک کنند و از طریق افکار مثبت و دفع افکار و هیجانات منفی تأثیر عمده‌ای در سلامت روان و حتی سلامت جسمی خود داشتند. از ویژگی‌های این افراد که بعد از به پایان رساندن رده‌ها به آن ابراز کردند این بود که دیدشان نسبت به زندگی تغییر کرده، هدفشان را به‌صورت یک چیز دست‌یافتی تصور می‌کنند و امید آن‌ها افزایش یافته بود همچنین به کار بردن حضور ذهن موجب کنترل قند خون آن‌ها شده بود قند خون در لحظات اولیه کلاس قبل از آموزش و به کار بردن ذهن‌آگاهی با

پیشنهادات پژوهشی: با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان انجام گرفت، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی آموزش های حضور ذهن بر روی آقایان دیابتی نیز انجام گیرد و همچنین بر روی نمونه هایی با بیماری های متفاوت اجرا گردد.

پیشنهادات کاربردی: پیشنهاد می شود که در آینده از همین روش برای افزایش عزت نفس، هوش هیجانی و بهزیستی روانی نیز استفاده شود.

اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره ۲۰، شماره ۱۰۸، ص ۴۷-۳۹.

سرتیپ پور، مهناز؛ عطاردی، عباس؛ امینی، مسعود و حقیقی، ساسان. (۱۳۸۲). تأثیر آموزش مدارا با استرس بر کنترل کوتاه مدت قند خون در بیماران دیابتی نوع یک. *پژوهش در علوم پزشکی*، سال ۸، دوماهنامه. ص ۷۲-۷۶.

سلیگمن، مارتین. (۱۹۹۸). *کتاب کودک مثبت گرا* (ترجمه ناهید ایران نژاد (۱۳۷۹)). تهران: نشر دایره.

لاریجانی، ب و حسین نژاد، آ. (۱۳۸۰). دیابت بارداری. *مجله دیابت و لیپید ایران*. دوره ۱، شماره ۱، ص ۲۲-۹.

کار، آلان. (۲۰۰۴). *روان شناسی مثبت*. (ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند با همکاری باقر ثنائی (۱۳۸۵)). تهران: سخن.

دستگاه قند خون آزمایش می شد و بعد از پایان یافتن کلاس نیز بازهم قند خون این بیماران بررسی می شد که نتیجه آموزش ذهن آگاهی نشان از کاهش و کنترل قند خون آن ها گردید و این بیماران بعد از تمامی ۸ جلسه کلاس عنوان کردن که قند خون آن ها تحت کنترل خودشان است و با رویدادهای استرس زای که برای آن ها پیش می آید سازگارترند. تعامل با آموزشگر و نحوه آموزش پروتکل های کابات زین نیز در ایجاد خوش بینی آنان مؤثر بود.

منابع

احمدوند، زهرا؛ حیدری نسب، لیلا و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی

روان شناختی بر اساس مؤلفه های ذهن آگاهی. *فصلنامه علمی پژوهشی*، شماره ۲، ص ۶۹-۶۰.

حسینی، رمضانعلی؛ احمدی، محمدرضا؛ و میردردی کوندی، رحیم. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین خوش بینی اسلامی، خوش بینی آموخته شده سلیگمن و امنیت روانی. *سال چهارم*، شماره چهارم، ص ۷۵-۱۰۲.

خواجه امیری خالدی، هاله. (۱۳۸۲). *هنجاریابی آزمون خوش بینی - بدبینی سلیگمن بر روی دو گروه سنی ۲۵-۱۸ و ۴۵-۳۰ سال در شهر تهران*، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی، تهران، دانشگاه الزهرا (دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی).

زارع، حسین؛ زارع، مریم؛ خالقی دلاور، فائزه؛ امیرآبادی، فاطمه و شهریار، حسنیه. (۱۳۹۲).

نریمانی، محمد؛ آریاپوران، سعید؛ ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال پانزدهم، شماره ۲، ص ۳۵۷-۳۴۷.

موحد، احمد. (۱۳۸۲). رابطه علی بین نگرش‌های مذهبی، خوش‌بینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Reference

American Diabetes Association. (2004). "Position Statement. Gestational Diabetes mellitus". *Diabetes Care*. 27:88-90.

Borkovec, T.D. (2002). "Life in the future versus life in the present". *Clinical psychology: Science and practice*. 9,76-80.

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M.F., Robinson, D. S., Ketcham, A. S., Moffat, F. L., & Clarck, K. C. (1993). "How coping mediates the affect of optimism on distress: A study of woman with early stage breast cancer". *Journal of Personality and Social Psychology*. 65, 375-390.

Carighead, W. E. (2003). "Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy". In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: John Wiley & Sons.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Hauth, J.C. & Wenstrom, K.D. (2001). "Williams obstetrics. 21 st ed". New York: McGraw-Hil. P. 1361-5.

Chang, E. C. & Sanna, L. J. (2001). "Optimism-pessimism and positive and negative affectivity in middle-aged adults: A test of a cognitive-affective model of psychological adjustment". *Psychology & Aging*. 16, 524-531.

Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003) "Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation". *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.

Due-Christensen, M., Zoffmann, V., Hommel, E. & Lau M. (2012). "Can sharing experiences in groups reduce the burden of living with diabetes, regardless of glycaemic control"? *Diabetic Medicine*. 29 (2): 251-256.

Faude-Lang, V., Hartmann, M., Schmidt, E.M., Humpert, P., Nawroth, P. & Herzog W. "Acceptance- and mindfulness-based group intervention in advanced type 2 diabetes patients: therapeutic concept and practical experiences". *Psychother Psychosom Med Psychol*; 2010. 60(5):185-9.

Golin, S., Sweeney, P.D. & Schoeffler, D. E. (1981). "The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis". *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 14-22.

Green, S.M. & Bieling, P.J. (2011). "Expanding the Scope of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evidence for Effectiveness in a Heterogeneous Psychiatric Sample". *Cognitive and Behavioral Practice*. doi:10.1016/j.cbpra.02.006.

- Hadden, D.R. (1998). "A historical perspective on gestational diabetes". *Diabetes Care*. 21: B3.
- Hughes, A.E., Berg, C.A. & Wiebe, D.J. (2012). "Emotional Processing and Self-Control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *J. Pediatr. Psychol*". First published online. doi: 10.1093/jpepsy/jss062
- Jovanovic-Peterson, L. & Peterson, C.M. (1992). "Nutritional management of the obese gestational diabetic women". *J Am Coll Nutr*. 11:246.
- Kabat-zinn, J. (2002). "Mindfulness-based interventions in context: past, present, 13. Future". *clinical psychology: Science and practice*. 10, 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clinical Psychology: Science and Practice* 10. 144-156.
- Karan, J.K., Tanveer, C.T., Jaskanwal, S. & Jayadave S. (2012). "Screening for Anxiety and Depression in type 2 diabetes". *Endocrine Abstracts*. 28 p 221.
- Klein, H.A. & Lippa, K.D. (2012). "Assuming control after system failure: type II diabetes selfmanagement". *Cognition, Technology & Work*. DOI: 10.1007/s10111-011-0206-3
- Livneh, H. & Wilson, L.M. (2003). "Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation". *Rehabil Couns Bull*. 46: 194-208.
- Linehan., M.M. (1993). "Skills training manual for treating borderline personality disorder". New York: Guilford Press. e – Based strategies.
- Leichter, S.B., Dreelin, E. & Moore, S. (2004). "Integration of Clinical Psychology in the Comprehensive Diabetes Care Team. *Clinical Diabetes*. 22 (3): 129-131.
- Ma, C.B. (2012). "Investigation and Analysis of Mental Health Status in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus". *Guide of China Medicine*. DOI: CNKI: SUN: YYXK.0. 2012-06-002.
- Mauer, C.B., Johnson, L.A., Schrimsher, G.W. & O'Bryant, S.E. (2011). "Diabetes Diagnosis is related to Anxiety among Mexican Americans but Not non-Hispanic Adults: A Project FRONTER study". *J Depress Anxiet*. 1:107. doi: 10.4172/jda.1000107.
- Mc Carney, R.W., Schulz, J. & Grey, A.R. (2012). "Effectiveness of mindfulness-based therapies in reducing symptoms of depression: A meta-analysis". *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 14(3):279-99.
- Michalak, J., Burg, J., & Heidenreich, T. (2012). "Don't Forget Your Body: Mindfulness, Embodiment, and the Treatment of Depression". *Mindfulness*, 3(3):190-9.
- Mc Cracken, L.M. & Velleman, S.C. (2010). "Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care". 148: 141-147.
- Potek, R. (2012). "Mindfulness as a school-based prevention program and its effect on adolescent stress, anxiety and emotion regulation". New York University.
- Ridge, K., Bartlett, J., Cheah, Y., Thomas, S., Lawrence-Smith, G., Winkley, K. & et al. (2012). "Do the Effects of Psychological Treatments on Improving Glycemic Control in Type 1 Diabetes Persist Over Time"? A Long-Term Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *Psychosomatic Medicine*. 74 (3): 319-323.
- Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A., McMearty, K.D. & et al. (2007). "Mindfulness-based stress reduction is associated with empowered glydemie

- control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study". *Altern Ther Health Med*. 13(5):36-38.
- Stanton, A. L. & Snider, P. R. (1993). "Coping with breastcancer diagnosis: A prospective study". *Health Psychology*. 12, 16-23.
- Sal, I., Papp, I. & Perczel, F.D. (2012). "Possibilities of behavioral therapy in diabetes mellitus and obesity". *ORV Hetil*. 153(11):410-7.
- Seligman, M. (1998). "Learned Optimism: How to change Your Mind Your Life". New Yourk: Pocket books.
- Scheier, M., Carver, C. & Bridges, M. (2000). "Distinguishing Optimism from neuroticism (and trait anxiety, self – mastery, and self – esteem): are – evaluation of the life orientation test". 67:1063-78.
- Schuster K. (2010). "Effect of mindfulness meditation on A1C levels in African American females with Type 2 diabetes. Adler School of Professional Psychology (PhD Dissertation)". 82 pages; 3455595.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V. & Williams, J.M.G. (1995). "How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help"? *Behavior Research and Therapy*.33: 25- 39.
- Teasdale, J.D., segal, Z.V. & Williams, J.M.G. (2002). "Mindfulness based cognitive therapy for depression". A new approach To preventing relapse. New York: Guilford press.
- Van Son, J., Nykliček, I., Pop, V. & Pouwer, F. (2011). "Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind): design of a randomized controlled trial". *BMC Public Health*. 11(1): rec. No: 131.