

بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی

آذر ولیدیپاک (نویسنده مسئول) / شادیه خالدی** / کیومرث معینمنش***

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر افزایش خوشبینی زنان باردار دیابتی است.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی است و جامعه مورد مطالعه این پژوهش، زنان باردار دیابتی بودند که در سال 92-1391 به کلینیک دیابت بیمارستان توحید در شهرستان سنندج مراجعه کردند و نمونه تحقیق شامل 30 نفر خانم باردار دیابتی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش، آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) ارائه شد ولی هیچ آموزشی در گروه کنترل ارائه نگردید. هر دو گروه از طریق پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش پرسشنامه خوش‌بینی - بدبینی سلیگمن بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس این پژوهش، تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) در گروه آزمایش، نمرات مقیاس خوش‌بینی را به طور معنی‌داری افزایش داده است.

نتیجه‌گیری: برنامه آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) می‌تواند از برنامه‌های مداخلاتی در جمعیت زنان باردار دیابتی قرار گیرد و خوش‌بینی آنها افزایش دهد.

کلید واژه‌ها: "ذهن‌آگاهی"، "خوشبینی"، "دیابت بارداری"

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه پیام نور، ایران. Azar_validi@yahoo.com

** کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

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

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

Azar Validi Pak (Corresponding author) * \ Shadie Khaledi ** \ Kiomars moeini manesh ***

Abstract

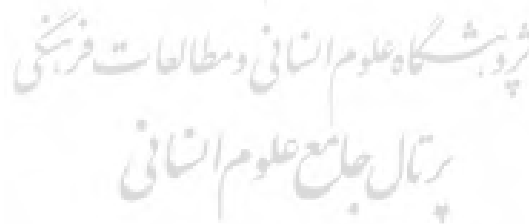
Introduction: the purpose of this research is to determine check the scale of mindfulness training based on cognitive therapy (MBCT) on enhancing optimism in pregnant women with diabetes.

Materials And Method: research way is quasi-experimental and the study population were diabetic pregnant women which were referred to the diabetic clinic tohid hospital in sanandaj city in 1391-92 years. research sample contains 30 pregnant women with diabetes who have been choosed by available method 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 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.

Key Words: Mindfulness , optimism , Pregnancy Diabetes .



* Department of Clinical Psychology, Payame Noor University, Iran. Azar_validi@yahoo.com

** Department of Clinical Psychology, Kurdistan University of Medicine Science, Sanandaj, Iran.

*** Department of Educational Psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

دیابت بارداری^۱، یکی از عوارض بارداری میباشد 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، 2001).

زمانی که فرد قادر به ترشح انسولین کافی جهت جبران افزایش تغذیه‌های 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 انسولینوژنیک) تنها نصف مقداری است که در بارداری طبیعی دیده میشود (جووانوویک - پیترسون^۳ و پیترسون^۴، 1992). به همین جهت، بارداری یک وضعیت دیابتزا است و دیابت بارداری شایعترین اختلال متابولیک این دوران میباشد (لاریجانی و حسین نژاد، 1380). دیابت بارداری در 5-2 درصد حاملگیها ایجاد میشود و در اکثر بیماران پس از زایمان، قند خون به سطح طبیعی خود باز میگردد (هادن^۵، 1998).

علائم بیماری دیابت عبارتند از پر نوشی، پرادراری، پر خوری، کاهش وزن شدید، تأخیر در بهبودی زخمها، تاریدید (انجمن دیابت، 2004). معمولاً اگر درمان تغذیه‌ای استاندارد نتواند به طور پیوسته، گلوکز پلاسمای ناشتا را زیر 205 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 مرگ و میر جنین دارد. رژیم درمانی نیز علاوه بر مصرف انسولین به بیماران دیابتی توصیه میگردد (کلینگهام و همکاران، 2001). در کشور ایران

در مطالعه‌های که در مرکز تحقیقات و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام گرفت، شیوع دیابت بارداری در شهر تهران معادل 4/7 درصد میباشد و شیوع درجات اختلال تحمل کربوهیدرات بدون دیابت بارداری 17/5 درصد برآورد شده است که مجموع درصد افراد دارای اختلال تحمل گلوکز و دیابت بارداری 22/2 درصد میشود (لاریجانی و حسین نژاد، 1380).

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 می نماید 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 اوضاع جدید انطباق مییابد (لیونه^۶ و ویلسون^۷، 2003) و امید به زندگی و خوشبینی^۸ در این افراد افزایش مییابد.

تا پایان دهه 1970 خوشبینی، یک کمبود روانی و نشانه ناپختگی یا ضعف منش تلقی میشد، در حالی که ارزیابی متوازن و بیطرفانه از امیدواریهای آینده فرد نشانهای از سلامت روانی، پختگی و نیرومندی به حساب میآمد (پترسن، 2000 به نقل از کار^۹، 2004 ترجمه پاشاشریفی و نجفی زند، 1385). خوشبینی به طور معمول دیدن نیمه پر لیوان است و یا همیشه دیدن خط نقره‌ای یا به طور عادی پایان رنجهای واقعی و رسیدن به آسایش است. زاویه تفکر مثبت خوشبینانه به ما تکرار عبارات تقویت

6 Livneh. H.

7 Wilson. L. M.

8 Optimism.

9 Carr.

1 pregnancy diabetes.

2 Cunningham F. G.

3 Jovanovic-Peterson. L.

4 Peterson. C. M.

5 Hadden. D. R.

کننده‌های چون «هر روز هر چه که باشد من بهتر و بهتر هستم» و یا «تیر من همیشه به هدف خواهد خورد» را توصیه میکند. اینها نشانه‌های ظاهری خوشبینی هستند اما در عین حال، خوشبینی چیزی بیش از این مسائل و عمیق‌تر از اینهاست (سلیگمن^۱، 1998 ترجمه ایران نژاد، 1379). خوشبینی سرشتی^۲ یا گرایشی: انتظارات خوشبینانه، یک انتظار کلی است دایر بر این که در آینده، بیشتر رویدادهای خوب اتفاق خواهد افتاد. افراد خوشبین، در رویارویی با دشواریها، به دنبال کردن هدفهای با ارزش خود ادامه میدهند و با به کارگیری راهبردهای کنار آمدن مؤثر، خود و حالت‌های شخصیشان را تنظیم میکنند تا اینکه بتوانند به هدفهای خود برسند (شیر^۳، کارور^۴ و بریجز^۵، 2000). 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 دست یافتنی تصور میکنند (آسپین وال^۶ و تایلور^۶، 1992، به نقل از موحد، 1382). کسانی که خود را دارای صفات مثبت میبینند و نسبت به آینده خوشبین هستند، بر این باورند که رویدادهای مهم زندگی، قابل کنترل است، به همین دلیل بیشتر و جدیتر کار میکنند و انتظار نتیجه مثبت کار را از خود دارند. همچنین اگر در حین کار با مانعی روبرو شوند راه‌حل‌های مختلف را به کار گرفته تا زمانی که به موفقیت دست یابند (کار، 2004 ترجمه پاشاشریفی و نجفی زند، 1385). 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، 1998). افراد خوشبین در سطح معنیداری هم نشانه‌های روانشناختی کمتر و هم رضایت از زندگی بیشتری

-
- 1 Seligman, M.
 - 2 Dispositional Optimism.
 - 3 Scheier, M.
 - 4 Carver, C.
 - 5 Bridges, M.
 - 6 Aspinwall. & Taylor.

نسبت به بدبینها دارند (چانگ^۷ و سانا^۸، 2001). 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 به سلامت شخصی، رعایت احتیاط در مواقع بالقوه خطرناک و تلاش برای غلبه بر بیماری شود. همچنین ممکن است راهبردهای حل مسأله افراد خوشبین و بدبین از هم متفاوت باشد (کارور و همکاران، 1993، استانتون^۹ و اسناید^{۱۰}، 1993).

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، مسئله ساز است، لذا مداخلات روانشناختی زیادی همزمان با مداخلات پزشکی برای کنترل این بیماری و عوارض مرتبط به کار برده می شود. یکی از این مداخلات ذهن‌آگاهی^{۱۱} است (هوقز^{۱۲}، برگ^{۱۳} و وایب^{۱۴}، 2012؛ دیو-چریستنسن^{۱۵}، زوفمان^{۱۶}، هامل^{۱۷} و لائو^{۱۸}، 2012؛ زارع، زارع، خالقی‌دل‌اور، امیرآبادی و شهریاری، 1392).

ذهن‌آگاهی، هشیاری غیرقضاوتی، غیر قابل توصیف و مبتنی بر زمان حال نسبت به تجربهایست 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 جهت‌گیری

-
- 7 Chang, E. C.
 - 8 Sanna, L. J.
 - 9 Stanton, A. L.
 - 10 Snider, P. R.
 - 11 Mindfulness.
 - 12 Hughes AE.
 - 13 Berg CA.
 - 14 Wiebe DJ.
 - 15 Due-Christensen M.
 - 16 Zoffmann V.
 - 17 Hommel E.
 - 18 Lau M.

هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع شود. آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخهای نگران کننده است. همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند میشود (کارپید^{۱۰}، 2003). در این روش هدف فقط کاهش استرس نیست بلکه به زبان سادهتر "حضور در لحظه"^{۱۱} است. به این طریق میتوان به ذهن‌آگاهی در قالب دو فرآیند حساس شدن^{۱۲} و حساس زدایی^{۱۳} نگریست. در واقع ذهن‌آگاهی به واسطه کاهش اجتناب در افراد نسبت به جنبه‌های آزاردهنده عاطفی منفی حساس‌زدایی کرده و از طریق توجه به ارتباط بین حالات هیجانی و تجربه پاسخهای خودکار در افراد حساسیت زایی ایجاد میکند. ماهیت حساسیت‌زدایی و حساسیت‌زدایی ذهن‌آگاهی 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"^{۱۴} از ذهن میدهد. در واقع تعداد بسیاری از پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که ذهن‌آگاهی در بوجود آمدن حس آرامش بخشی، امیدواری و بالا بردن قابلیتها در مواجهه با استرس، اعتماد به نفس و کنترل درونی بیشتر تأثیرگذار است (کابات-زین، 2003). افراد با استفاده از روشهای مدیتیشن مهارتهایی چون نظم‌بخشی هیجانی^{۱۵} را می‌پروانند (لینهان^{۱۶}، 1993). در جدیدترین روی آوردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاه^{۱۷} (MBCT) (تیزدل^{۱۸}، سگال^{۱۹} و ویلیامز^{۱۹}، 2002) مطرح شد، این

های ذهنی خاص نسبت به یک تجربه، آگاه شدن نسبت به زمان حال به نحوی غیرقضاوتی با به حداقل رساندن درگیری در افکار و احساسات را تشویق میکند (پوتک^۱، 2012). ذهن‌آگاهی از درمان‌های شناختی-رفتاری مشتق شده و از مؤلفه‌های مهم موج سوم مدل‌های درمانی روانشناختی به شمار می‌رود (مک کارنی^۲، شولز^۳ و گری^۴، 2012). تمام تمرینهای موجود در ذهن‌آگاهی به نحوی طراحی شده‌اند که توجه به بدن را افزایش میدهند. نقش مهم بدن در حیطه‌های بین رشته‌ای 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^۵، برگ^۶ و هایدنریچ^۷، 2012). هر چند چند هدف اصلی ذهن‌آگاهی آرام سازی نیست اما مشاهده غیر-قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت میشود (بارکووک^۸، 2002). مراقبه ذهن‌آگاهی باعث فعال شدن ناحیه‌ای از مغز شده که ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن سازی بدن را پدید می‌آورد (دیویدسون^۹ و همکاران، 2003). این فرآیند به ما اجازه میدهد دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست در حالی که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته است (کابات^{۱۰} زین، 2002). ذهن‌آگاهی بر اساس آموزش، یکسری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به طور هدفمند و آگاهانه میتواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرینهای ذهن‌آگاهی میتواند به عنوان یک نظام

10 Carighead, W. E.

11 Present moment.

12 Sensit.

13 Desensitizing.

14 Letting go.

15 Emotion regulation skills.

16 Linehan, M. M.

17 Mindfulness Behavior-Cognitive Therapy.

18 Teasdale J.D.

19 segal ZV.

1 Potek, R.

2 McCarney, RW., , & Grey, AR.

3 Schulz, J.

4 Grey, AR.

5 Michalak, J., &

6 Burg, J.,

7 Heidenreich, T.

8 Borkovec, T.D.

9 Davidson R.J.

درمان که یک مداخله کوتاه مدت 8 جلسهای است به طور 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 لحظه به لحظه با تغییرات بدن و ذهن در بیمار است (تیزدل، سگال و ویلیامز، 1995).

بررسیها نشان میدهند اغلب بیماریهای همراه با دیابت عبارتند از جسمانیسازی، افسردگی، اضطراب و وحشت (ما²، 2012) و این چنین به نظر میرسد که عوامل روانشناختی در کنترل متابولیک نقش داشته باشند. افسردگی، یکی از پیامدهای منفی کنترل گلیسمیک نامطلوب است (لیچتر³، دریلین⁴ و مور⁵، 2004).

تحقیقات دیگر نشان میدهند اضطراب هم با بیماری دیابت در ارتباط است (ماوئر⁶، جانسون⁷، اسچریمشر⁸ و بری یانت⁹، 2011). احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب در دیابت دو برابر میشود. بیماران دیابتی افسرده، احتمالاً پایبندی 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 (کاران¹⁰، تانویر¹¹، جاسکانوال¹² و جایادا¹³، 2012). در کل میتوان گفت حدود 20 تا 40 درصد مبتلایان سرپایی دیابت، درجاتی از پریشانی هیجانی و نشانه‌های عمومی

اضطراب و افسردگی را تجربه میکنند. 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 میدهد (وان سون¹⁴، نیکلیکک¹⁵، پاپ¹⁶ و پائور¹⁷، 2011).

ولیدیپاک، احمدیان و رحیمی (2013) در پژوهشی با عنوان «بررسی اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش شادکامی در زنان باردار دیابتی» به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش شادکامی دانش‌آموزان تأثیر معناداری دارد. نتایج تحقیق نریمانی، آریاپوران، ابوالقاسمی و احدی (1391) با موضوع «اثربخشی روشهای آموزش ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق» این بود که آموزشهای ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و تنظیم هیجان نسبت به گروه کنترل به طور معنیداری بر افزایش عاطفه مثبت و خلق و بر کاهش عاطفه منفی اثر بخش بوده‌اند.

در مطالعاتی که توسط زارع و همکاران (1392) با عنوان «ذهن‌آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت» صورت گرفت، داده‌ها حاکی از تفاوت معنادار بین نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایشی بود، این تفاوت معناداری میان نتایج پس‌آزمون گروه آزمایشی و گروه کنترل هم به چشم می‌خورد در حالی که چه در بین نتایج پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایشی و چه در بین نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل، این تفاوت به چشم نخورد و این نتیجه حاصل شد که تأثیر مثبت ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت مؤثر است.

- 1 Williams J.M.G.
- 2 Ma C.B.
- 3 Leichter SB.
- 4 Dreelin E.
- 5 Moore S.
- 6 Mauer CB.
- 7 Johnson LA.
- 8 Schrimsher GW.
- 9 O'Bryant SE.
- 10 Karan JK.
- 11 Tanveer CT.
- 12 Jaskanwal S.
- 13 Jayadave S.

- 14 Van Son J.
- 15 yy بیک ek I.
- 16 Pop V.
- 17 Pouwer F.

مک کراکن و ولمن¹ (2010) در پژوهش خود نشان دادند انعطافپذیری شناختی و حضور ذهن بالاتر با رنج و ناتوانی کمتر در بیماران همراه است.

احمدوند، حیدرینسب و شعیری (1391) در پژوهشی با عنوان «تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی» به این یافته دست یافتند که ذهن‌آگاهی پیشبینی‌کننده‌های قوی برای بهزیستی روانشناختی است. همچنین همبستگی‌های به دست آمده بین تمام ابعاد بهزیستی روانشناختی و نمره کل ذهن‌آگاهی مثبت و معنادار بود و افزایش ذهن‌آگاهی با افزایش بهزیستی روانشناختی همراه بود.

نتایج تحقیق سرتیپپور، عطاردی، امینی و حقیقی (1382) بیانگر نقش مثبت آموزش مدارا با استرس در بهبود وضعیت کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع یک می‌باشد.

نتایج تحقیقات در حوزه دیابت نشان داده است که ذهن‌آگاهی میتواند در کاهش استرس (گرین² و بلینگ³، 2011؛ اسپچاس ترک⁴، 2010)، افزایش کیفیت زندگی (گرین و همکاران، 2011)، کاهش فشار خون (روزنویگ⁵ و همکاران، 2007؛ اسپچاس ترک⁶، 2010)، کاهش افسردگی (روزنویگ و همکاران، 2007)، کاهش افکار مزاحم و بهبود کیفیت خواب (اسپچاس ترک، 2010؛ فاد-لانگ⁷ و همکاران، 2010)، نقش داشته باشد، اما اثربخشی آن بر کنترل گلیسمیک و کنترل وزن چندان مشخص نیست، علاوه بر آن مطالعاتی وجود دارند که آثار ذهن-آگاهی را بر عوارض دیابت هم مورد بررسی قرار داده‌اند، از آن جمله میتوان به پژوهش فاد-لانگ و همکاران (2010) اشاره کرد که ادعان داشتند ذهن‌آگاهی بر کاهش درد و کاهش شدت عوارض نروپاتی دیابتیک مؤثر بوده است.

پیگیری در مورد اثربخشی ذهن‌آگاهی بر دیابت در دو مطالعه دیده میشود. روزنویگ و همکاران (2007) بیان کردند در پیگیری یک ماهه سطوح هموگلبین گلیکوزیله و فشارخون کاهش یافت اما وزن تغییر نکرد، علاوه بر آن کاهش افسردگی، اضطراب و پریشانی هیجانی هم مشهود بود. اما ریح و بارتلت (2012) در پیگیریهای طولانی مدت 2، 3 و 4 ساله خود نتیجه گرفت، که در کل 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 یک بار تجدید شوند.

به رغم آثار مفید ذهن‌آگاهی بر بیماریهای مزمنی همچون دیابت، با مرور پژوهشهای انجام شده در ایران، جای خالی این قبیل بسیار مشهود است. لذا باتوجه به مطالعات انجام شده هدف از پژوهش حاضر دادن پاسخ علمی به این پرسش است که آیا آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون⁸ پس-آزمون است. جامعه مورد مطالعه، زنان باردار دیابتی هستند که در سال 92-1391 به کلینیک دیابت بیمارستان توحید در شهرستان سنندج مراجعه کردند. نمونه این پژوهش شامل 30 نفر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. از هر دو گروه پیش‌آزمونی برای تعیین سطح خوشبینی گرفته شد. سپس به گروه آموزش طی 8 جلسه آموزش (MBCT) داده شدند. پس از پایان آموزش پس‌آزمونی برای بررسی میزان سطح خوشبینی گرفته شد. مراحل جلسات آموزش ذهن‌آگاهی (MBCT) در جدول (1) ذکر گردیده است.

- 1 Mc Cracken LM. & Velleman SC.
- 2 Green SM.
- 3 Bieling PJ.
- 4 Schuster K.
- 5 Rosenzweig S.
- 6 Schuster K.
- 7 Faude-Lang V.

جدول (1) عناوین جلسات آموزش

شماره	عنوان جلسه	فعالیت‌های انجام یافته در جلسه
1	هدایت خودکار	حضور ذهن باعث خروج از هدایت خودکار میشود، تمرین خوردن کشمش و تمرکز بر آن.
2	رویارویی با موانع	تمرین افکار و احساسات، تمرین مراقبه نشسته، تمرین واریسی بدنی.
3	ذهن‌آگاهی از تنفس	تمرین دیدن و شنیدن، تمرین قدم زدن با حضور ذهن، واریسی بدنی تمرکز بر تنفس.
4	ماندن در زمان حال	تمرین مراقبه‌های تنفس، بدن، مراقبه سر و صدا و افکار.
5	مجوز حضور	اجازه حضور به تجربه‌ها همانطوری که هستند بدون قضاوت در مورد آنها، مراقبه‌ها.
6	افکار حقایق نیستند	خلق و افکار منفی ارتباط ما را با تجربه محدود میکنند با اینکه حقیقت ندارند.
7	مراقبت از خود	در صورت یادگیری تمرینات و انجام آنها میتوانید از خودتان مراقبت کنید. انجام مراقبه‌ها.
8	استفاده از یادگیریها	حضور ذهن به داشتن زندگی متعادل کمک میکند، انجام مراقبه‌ها.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه خوش‌بینی - بدبینی سلیگمن

پرسشنامه خوش‌بینی - بدبینی سلیگمن توسط پترسون، سمل، وون بیر، آبرامسون، سلیگمن در سال 1982 ساخته شده و سه مؤلفه (1. پایدار / ناپایدار، 2. خاص / فراگیر، 3. درونی / بیرونی)، هفت مقیاس (تداوم رویدادهای منفی / مثبت، فراگیری رویدادهای منفی / مثبت، ملامت از امید، شخصی سازی رویدادهای منفی / مثبت) و 46 سوال (23 گزاره مثبت و 23 گزاره منفی) دارد. برای سنجش اعتبار آزمون از روش دوبار اجرا استفاده شده است. نتایج به دست آمده نشان دهنده اعتبار آزمون است (گولین¹، سوینی² و اسچوفر³، 1981).

این پرسش‌نامه در ایران نیز توسط خواجه امیری (1382) هنجاریابی شده است. خواجه امیری به منظور هنجاریابی این پرسش‌نامه، گروه نمونه 750 نفری از دانشجویان شهر تهران (گروه سنی 45-30) را به روش نمونه برداری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب نموده و پرسش‌نامه را روی آنها اجرا کرده است. ضریب اعتبار آلفای کرونباخ به دست آمده برابر 0/59 می‌باشد. 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 0/42 و با رویداد خوشایند 0/77 و ضریب همبستگی آزمون مجدد برابر با 0/78 می‌باشد (حسنی، احمدی، میردریگوندی، 1390).

1 Golin, S.
2 Sweeney, P.D.
3 Schoeffler, D. E.

یافتهها

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی آموزش ذهنآگاهی بر افزایش خوشبینی در زنان باردار دیابتی در شهرستان سنندج است. برای سازماندهی اطلاعات بدست آمده در طول تحقیق از روشهای آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. در این

قسمت ابتدا میانگین و انحراف استاندارد و تعداد آزمودنی مشخص میشود. 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 میگردد.

جدول (2) میانگین و انحراف استاندارد پیشآزمون و پسآزمون خوشبینی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیشآزمون		پسآزمون	
			میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
خوشبینی	گروه آزمایش	15	26/0	3/95	42/40	5/03
	گروه کنترل	15	24/46	3/99	24/33	3/15

نتایج استنباطی

همانطور که نتایج جدول (2) نشان میدهد هر گروه 15 آزمودنی دارد و میانگین گروه آزمایش و کنترل در پیشآزمون خوشبینی به ترتیب 26/06 و 24/46 و انحراف معیار 3/95 و 3/99 بوده است. اما میانگین خوشبینی در دو گروه آزمایش و کنترل در پسآزمون به ترتیب 42/40 و 24/33 و انحراف معیار 5/03 و 3/15 میباشد. بیشترین میانگین نمرات خوشبینی (42/40) مربوط به آزمودنیهای گروه آزمایش در پسآزمون بوده و همچنین کمترین میانگین نمرات خوشبینی (26/0) در پیشآزمون میباشد.

فرضیه پژوهش: آموزش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) بر خوشبینی زنان باردار دیابتی تأثیر دارد. برای تحلیل آماری دادههای 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 پیشآزمون به عنوان متغیر کمکی به کار گرفته شدند. البته رعایت شرط همگنی شیبهای رگرسیونی لازم میباشد که نتایج آن در زیر گزارش شده است.

جدول (3) نتایج بررسی همگنی شیبهای رگرسیون در پسآزمون خوشبینی در دو گروه آزمایش و کنترل

شاخصها - منبع	SS	Df	MS	F	sig
گروه (آزمایش و کنترل)	56/70	1	56/70	1/259	0/272
پیشآزمون خوشبینی	16/300	1	16/300	0/362	0/553
گروه (آزمایش و کنترل) × پیشآزمون	22/155	1	22/155	0/492	0/489
خطا	1170/82	26	45/032	-	-
کل	18675/0	30	-	-	-

پشتیبانی میکند ($P=0/489$ و $F=0/49$). به همین خاطر باید از تحلیل کواریانس استفاده شود که در جدول (4) بررسی شده است.

همانطور که در جدول (3) مشاهده میشود بین گروههای آزمایش و کنترل در پیشآزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. به عبارت دیگر دادهها از فرضیه همگنی شیبهای رگرسیون

جدول (4) نتایج تحلیل کواریانس یک متغیری برای بررسی تفاوت پسآزمون خوشبینی در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع - شاخصها	SS	Df	MS	F	sig
پیشآزمون خوشبینی	67/88	1	67/88	4/28	0/048
گروه (آزمایش و کنترل)	8869/5	1	8869/5	560/2	0/0005
خطا	427/45	27	15/83	-	-
کل	64197	30	-	-	-

همانطور که در جدول (4) مشاهده میشود پس از تعدیل نمرات پیشآزمون خوشبینی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات خوش بینی افرادی که از حضور ذهن استفاده کردهاند به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات خوشبینی آزمودنیهای گروه کنترل است. $P=0/05$ و $F(1و27) = 560/2$ بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد میشود.

مجدور جزئی اینا 0/73 رابطه نیرومندی بین نمرهای پیش از مداخله و پس از مداخله در آزمون خوشبینی وجود داشت که با مقدار جزئی 0/73 نشان داده شد. در حقیقت متغیر پیش آزمون 73 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 (5) نشان داده شده است.

همانطور که در جدول (4) مشاهده میشود پس از تعدیل نمرات پیشآزمون خوشبینی بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که میانگین نمرات خوش بینی افرادی که از حضور ذهن استفاده کردهاند به طور معناداری بیشتر از میانگین نمرات خوشبینی آزمودنیهای گروه کنترل است. $P=0/05$ و $F(1و27) = 560/2$ بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد میشود.

جدول (5) میانگین و خطای معیار تعدیل شده خوشبینی گروههای آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش		کنترل	
	M	SE	M	SE
خوشبینی	60/06	1/04	24/80	1/04

همانطور که در جدول (5) مشاهده میشود میانگین نمرات پس آزمون خوشبینی (60/06) به طور معناداری در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل (24/80) است.

بحث و نتیجه‌گیری

بارداری یک وضعیت دیابتزا است و دیابت بارداری شایعترین اختلال متابولیک این دوران می‌باشد. 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، 1380). 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، 1392).

افزایش قند خون معمولاً به ناتوانی، مرگ زود هنگام و مشکلات گسترده در روابط اجتماعی منجر میشود. هر چند علوم پزشکی و دارویی دیدگاههای نیرومندی در کنترل قند خون و پیامدهای نامطلوب آن به شمار میروند (کلین، لیبک¹، 2012). با این حال با توجه به گسترش جهانی دیابت و آثار اقتصادی همراه با آن، محققان در پی به کارگیری 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 رفتاری² شناختی زیربنایی دیابت همانند خودمدیریتی، پذیرش بیماری و انگیزه برای دنبال کردن درمان در برنامه‌های مداخلاتی آموزشی گنجانده شده است (سال³، پاپ⁴ و پرکزل⁵، 2012).

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 مثبت داشته است. در افراد دیابتی، امید به زندگی و خوشبینی

کاهش می‌یابد و عوامل منفی روانی چون اضطراب به دلیل ترس از نایبناپی، عوارض قلبی و عروقی، عوارض کلیوی و نوروپاتی دیابتیک و... افزایش می‌یابد. زنان باردار دیابتی این تغییرات روان و خلق و خو را بیشتر به همراه دارند زیرا خانمهای بارداری که به ناگاه به دیابت بارداری مبتلا میگردند دچار اضطراب و استرس (از سقط جنین، نارسایی نوزاد) میگردند و خوشبینی خود را از دست میدهند. بنابراین از طریق ذهن‌آگاهی مبتنی بر درمان شناختی این روند برای افزایش خوشبینی در این بیماران به کار برده شد. خوشبینی قبل و بعد از یک مداخله هشت هفته‌ای مورد ارزیابی قرار داده شد، یافته‌ها نشان داد که نمرات پس‌آزمون خوشبینی به طور معناداری بالاتر از نمرات پیش‌آزمون بود و سطح خوشبینی نسبت به نمرات پیش‌آزمون افزایش یافته است و همچنین 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 به طور معناداری نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون افزایش داده است و این یافته‌ها نشانگر تأثیر بالای این عمل در افزایش خوشبینی آزمودنیها میباشد. با توجه به پیشینه پژوهشی محدود این تحقیق مقایسه‌هایی میتوان انجام داد. نتایج بدست آمده در این پژوهش با یافته‌های مشابه از پژوهش ولیدیپاک و همکاران (2013)، نریمانی و همکاران (1391)، زارع و همکاران (1392) و احمدوند و همکاران (1391)، 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 به دور از گذشته و آسیبهایی که از طریق خاطرات گذشته و نشخوارهای فکری که

- 1 Klein H A.
- 2 Lippa K.D.
- 3 Sal I.
- 4 Papp I.
- 5 Perczel F.D.

به فرد میرسد و تأکید بر عامل بدون داوری و بدون قضاوت بودن و هدفمند بودن که از عاملهای دیگر آموزش ذهنآگاهی مبتنی بر درمان شناختی (MBCT) است و همچنین آموزشهای مدیتیشن که در کلاسها اجرا شد و از طریق 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 کلاسها به آن ابراز کردند این بود که که دیدشان نسبت به زندگی تغییر کرده، هدفشان را به صورت یک چیز دست یافتی 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 و بعد از پایان یافتن کلاس با دستگاه قند خون آزمایش میشد که نتیجه آموزش ذهنآگاهی نشان از کاهش و کنترل قندخون آنها گردید و این بیماران بعد از تمامی 8 جلسه کلاس عنوان کردن که قند خون آنها تحت کنترل خودشان است و با رویدادهای استرسزای که برای آنها پیش میآید سازگارترند. تعامل با آموزشگر و نحوه آموزش پروتکلهای کابات- زین نیز در ایجاد خوشبینی آنان مؤثر بود.

پیشنهادات:

- 1) با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی زنان انجام گرفت، پیشنهاد میشود در پژوهشهای آتی آموزشهای حضور ذهن بر روی آقایان دیابتی نیز انجام گیرد و همچنین بر روی نمونههایی با بیماریهای متفاوت اجرا گردد.
- 2) پیشنهاد میشود که در آینده از همین روش برای افزایش عزت نفس، هوش هیجانی و بهزیستی روانی نیز استفاده شود.

منابع

- احمدوند، زهرا. حیدرینسب، لیلا و شعیری، محمدرضا. (1391). تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس مؤلفههای ذهنآگاهی. *فصلنامه علمی پژوهشی*، شماره 2، ص 69-60.
- حسینی، رمضانعلی. احمدی، محمدرضا و میردریگوندی، رحیم. (1390). بررسی رابطه بین خوشبینی اسلامی، خوشبینی آموخته شده سلیگمن و امنیت روانی. سال چهارم، شماره چهارم، ص 75 - 102.
- خواجهمیربخالدی، هاله. (1382). هنجاریابی آزمون خوشبینی - بدبینی سلیگمن بر روی دو گروه سنی 25-18 و 45-30 سال در شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، تهران، دانشگاه الزهرا (دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی).
- زارع، حسین. زارع، مریم. خالقیدلور، فائزه. امیرآبادی، فاطمه و شهریار، حسینه. (1392). اثربخشی ذهنآگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله علوم پزشکی رازی*، دوره 20، شماره 108، ص 47-39.
- سرتیپور، مهناز. عطاردی، عباس. امینی، مسعود و حقیقی، ساسان. (1382). تأثیر آموزش مدارا با استرس بر کنترل کوتاه مدت قندخون در بیماران دیابتی نوع یک. *پژوهش در علوم پزشکی*، سال 8، دومهنامه، ص 72-76.
- سلیگمن، مارتین. (1998). *کتاب کودک مثبت گرا*، ترجمه ناهید ایراننژاد (1379). تهران: نشر دایره.
- لاریجانی، ب و حسیننژاد، آ. (1380). دیابت بارداری. *مجله دیابت و لیپید ایران*. دوره 1، شماره 1، ص 22-9.
- کار، آلان. (2004). *روانشناسی مثبت*. ترجمه حسن پاشا شریفی، جعفر نجفی زند با همکاری باقر ثنایی (1385). تهران: سخن.
- موحد، احمد. (1382). رابطه علی بین نگرشهای مذهبی، خوشبینی، سلامت روانی و سلامت جسمانی در دانشجویان

- 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 SM, Bieling PJ. (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 DR. (1998). A historical perspective on gestational diabetes. *Diabetes Care*. 21: B3.
- Hughes AE, Berg CA, Wiebe DJ. (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 CM. (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 andPractice*10. 144-156.
- Karan JK, Tanveer CT, 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 LM. (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variablesand psychosocial adaptation. *Rehabil Couns Bull*. 46: 194-208.
- Linehan, M. M. (1993). Skills training manualfor treating borderline personality disorder. NewYork: Guilford Press. e ° Based strategies.
- دانشگاه شهید چمران اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان-شناسی تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز.
- نریمانی، محمد. آریاپوران، سعید. ابوالقاسمی، عباس و احدی، بتول. (1391). اثربخشی روشهای آموزش ذهنآگاهی و تنظیم هیجان بر عاطفه و خلق جانبازان شیمیایی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال پانزدهم، شماره 2، ص 347-357.
- 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: Scienceand 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 stagebreast 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: Jone Wiley. & Sons.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD. (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,

- 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. and 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 ZV., Williams J.M.G. (2002). mindfulness based cognitive therapy for depression. *A new approach To preventing relapse.* New York: Guilford press.
- Van Son J, Nykl, k I, Pop V, Pwwr .. (00)) . 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.
- Validi Pak, Azar. Ahmadian, Hamzeh. Rahimi, Ezatollah. (2013). "Efficacy of Mindfulness Training on Enhancing Happiness in Women with pregnancy diabetes". *Advances in Environmental Biology,* 7(13) November 2013, Pages: 4203-4207.
- Leichter SB, 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 CB, Johnson LA, Schrimsher GW, O'Bryant SE. (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, RW., Schulz, J., & Grey, AR. (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 LM, Velleman SC. (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:* NewYork 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 DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, et al. (2007). Minfulness-based stress reduction is associated with empowered glydemec 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.