

## اثر بخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲

حسین کدخدا<sup>۱</sup>، حمید فتاحی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>مدیر گروه و استادیار دانشگاه فرهنگیان، ایران، تهران (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup>کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان.

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ می باشد. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه گواه و جامعه آماری ۲۲۲ نفر بیمار دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت، بیمارستان ۵۵۰ ارتش در زمستان ۱۳۹۸ بود که از میان آنها ۳۰ نفر (مرد) به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات آزمون خودباوری بک سال (۱۹۸۵) و مقیاس اضطراب هامیلتون (۱۹۶۰) بود. برای هر دو گروه پیش آزمون و پس آزمون انجام شد و گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و پس از آن پس آزمون انجام شد. نتایج نشان داد که درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است. و پیشنهاد می شود که از مشاوره روانشناختی جهت درمان و بهبودی بیماران دیابتی استفاده شود.

**واژه های کلیدی:** ذهن آگاهی، اضطراب، خودباوری و دیابت نوع ۲

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

امروزه معضل بیماریهای غیرعفونی، بسیاری از باورهای بهداشتی را تحت الشعاع قرار داده و توجه جوامع علمی را به خود معطوف داشته است. می توان گفت که امروزه ما شاهد گذار اپیدمیولوژی بیماریها از بیماریهای واگیر به غیرواگیر هستیم (اوپریسان و کریستیا ، ۲۰۱۴). دیابت یک بیماری مزمن غده درونریز می باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت و ساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره گیری از هورمون انسولین است. دیابت نوع دو، بصورت نقصان در گیرنده های انسولین بر روی غشاء سلولی سلولهای هدف مشخص می گردد که در واقع در این حالت نوعی مقاومت یا کاهش حساسیت به انسولین در بدن ایجاد می شود (روزنزویگ و همکاران ۲۰۱۶). شیوع دیابت نوع دو طی سالیان اخیر در دنیا و نیز در کشور ما افزایش قابل توجهی یافته است. علاوه بر این متأسفانه شاهد کاهش سن ابتلا به این بیماری می باشیم. برآورد می شود که حدود ۱۰۲ میلیون نفر در سراسر جهان یا ۵/۱ درصد از جمعیت بالغ، مبتلا به دیابت باشند و این رقم تا سال (۲۰۳۰) به ۱۱۱ میلیون یا ۲/۱ درصد افزایش خواهد یافت (ژورنارد و دیگران ۲۰۱۶).

یکی از متغیرهایی که در این پژوهش بررسی شده است، خودباوری است. **خودباوری** : به معنای احساس ارزشمند بودن، این حس از مجموع افکار، احساسات و عواطف فرد در طول زندگی ناشی می شود (بین و کلمز ، ۲۰۱۵). خودباوری افراد در هر جامعه ای به طور مستقیم به سیستم ، قوانین اجتماعی و فرهنگی که در خانواده رسوخ و فرد در آن رشد کرده است، بر می گردد. بدون شک اولین نهادی که اعتماد به نفس فرد را بالا می برد، خانواده و والدین هستند (اقلیما، ۱۳۹۱).

متغیر دیگری که در این پژوهش بررسی شده است، اضطراب است. اضطراب : نگرانی پیشاپیش نسبت به خطرهای بدبختیهای آینده توام با احساس بی لذتی یا نشانه های بدنی همراه با تنش می باشد (انجمن روانپزشکی امریکا، ۲۰۱۶).

بررسیها نشان میدهد که بیماریهای زیادی با دیابت همراه است، مانند جسمانی سازی ، افسردگی، اضطراب و وحشت پژوهشهای دیگر هم نشان میدهد که اضطراب نیز با دیابت، همراه است (موثر، اسچرشرو ابریانت ، ۲۰۱۴) احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب در بیماری دیابت دو برابر است. بیماران دیابتی اضطرابی احتمال پایداری کمتری به درمانهای دارویی و رژیم غذایی دارند که این مسأله به نوبه خود کنترل قند خون ضعیفتری را در پی دارد (کاران و همکاران ۲۰۱۶) در حال حاضر با توجه به آمارهای جهانی و متغیرهای موثر در ابتلا به این بیماری نظیر افزایش امید به زندگی، تغییر در شیوه های زندگی سنتی به سوی مدرن، تغییر در عادت های غذایی، کمی فعالیتهای بدنی و افزایش چاقی به نظر می رسد، در ایران بالغ بر ۳ میلیون نفر به این بیماری مبتلا باشند که حدود ۹۰٪ آن دیابت شیرین نوع ۲ (دیابت شیرین غیر وابسته به انسولین) است که افراد بالای سن ۳۰ سال را گرفتار می سازد (روزنزویگ و همکاران ۲۰۱۶).

<sup>۱</sup>Oprisan and Christie

<sup>۲</sup>Rosenzweig & etal

<sup>۳</sup>Jornard et al

<sup>۴</sup>Been and Columbus

<sup>۵</sup>Moorer, Johnson, Scherzhero Abbient

دیابت و به ویژه دیابت نوع ۲، از بیماریهایی است که شیوع نسبتا بالایی در سراسر جهان دارد و مدیریت این بیماری از آن جهت مهم است که بر زندگی ۲۰۰ میلیون نفر اثرگذار است (موریس و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از روش هایی که بر دیابت نوع ۲ می تواند موثر باشد مداخلات ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی از جمله روش های درمانگری است که در آن بر آگاهی فکری تأکید می شود. یکی از ویژگی های این درمان تمرین های مفیدی است که به طور همزمان مهارت هایی در خصوص مدیریت ثمربخش بر آسیب پذیری عمومی افراد از طریق آثار تمرین های عملی ذهن آگاهی به شکل ساختار یافته در زندگی روزانه شان به آنها بیاموزد، (پرت، روگ، مکی، فورهند، ۲۰۱۵).

مداخلات ذهن آگاهی به صورت مکرر در مراقبت های بهداشتی در کمک به بهبودی بیماران در مدیریت درد، استرس، افسردگی و... تا کیفیت زندگی آنان مورد استفاده قرار گرفته اند (ویلسام و زین ۲۰۱۷). در واقع ذهن آگاهی از جمله روش های درمانگری است که در آن بر آگاهی فکری تأکید می شود، (پرت و همکاران ۲۰۱۵). هم چنین بر اساس تحقیقات برخی از پژوهشگران آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش نشانه های اضطراب و افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می شود.

ویلدرموت (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان اثر بخشی درمان ذهن آگاهی را بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو بررسی شد. افرادی که طور تصادفی انتخاب شده بودند به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. آزمایش میانگین قند خون آنها قبل و بعد از درمان اندازه گیری شد. در پایان اضطراب بطور معنی داری کاهش یافته بود و کیفیت زندگی نسبت به گروه کنترل افزایش قابل ملاحظه ای داشته است. آزمایش میانگین قند خون آنها نشان می داد که در این مدت بیماران گلوکز خون خود را بهتر کنترل کرده اند.

در پژوهشی که توسط تسامپاریل و سیوسیورا (۲۰۱۶) انجام شد، اثر بخشی درمان ذهن آگاهی را بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک سنجیدند. آنها ۳۱ فرد دیابتی که اختلال افسردگی داشتند را بصورت تصادفی برگزیدند، آنها را به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم نمودند. میانگین قند خون آنها را قبل و بعد از جلسه درمان اندازه گیری کردند نتیجه درمان نشان داد که آنها در کنترل خلق، سازگاری با بیماری، مراقبت از خود پیشرفت داشته اند. همچنین آزمایش میانگین قند خون آنها نشان می داد در این مدت گلوکز خون خود را بهتر کنترل کرده اند.

پتراک و همکاران (۲۰۱۶)، در پژوهشی با عنوان تاثیر درمان ذهن آگاهی بر اضطراب خفیف و متوسط بیماران دیابتی نوع ۲ بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان داد که، میزان اضطراب گروه آزمایش کاهش یافته و همچنین قند خون خود را

<sup>۱</sup>Wilsam, cabbath, saddle

<sup>۲</sup>Prest & etal.

<sup>۳</sup>Tsamparil

<sup>۴</sup>Siousioura

<sup>۵</sup>Petrak & etal.

نسبت به گروه گواه بهتر کنترل کرده اند. در پیگیری که ۱ سال بعد انجام شد این اثرات پایدار گزارش شد.

سردار و همکاران (۱۳۹۶)، در پژوهشی تحت عنوان تاثیر تمرین های ذهن آگهی بر سلامت روان، ابعاد نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲، اذعان می دارند که، بیماری دیابت می تواند بر عملکرد فیزیکی، وضعیت روحی روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی به طور کلی سلامت عمومی و احساس خوب بودن بیماران تاثیر منفی داشته باشد. به عنوان مثال محدودیت های شدید غذایی و داروهای خوراکی و تزریقی موثر در درمان دیابت تاثیر نامطلوبی بر سلامت روانی بیماران دیابتی دارند. نتایج این تحقیق نشان داد که، تمرین ذهن آگهی به مدت ۸ هفته تاثیر معنی داری بر سلامت روان، خرده مقیاس های نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی داشت. ولی بر خرده مقیاس های اختلال در کارکرد اجتماعی تاثیر معنی داری نداشت..

در پژوهشی (خراط زاده و همکاران ۱۳۹۶) اثربخشی آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل قند خون، استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت انجام شد. ۸ جلسه آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی برای گروه آزمایش در نظر گرفته شد و گروه کنترل هیچ مداخله ای دریافت نکردند. تحلیل داده ها نشان داد که در مرحله پس آزمون، میزان استرس و سطح هموگلوبین گلیکوزیله خون افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی داری کاهش یافت اما اختلاف در شدت اضطراب و افسردگی بین دو گروه، پس از مداخله معنی دار نبود. بر اساس نتایج پژوهش، آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، می تواند در کنترل قند خون و کاهش میزان استرس در بیماران مبتلا به دیابت موثر باشد.

جعفری و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان گروهی فعال سازی رفتاری در افسردگی و خودباوری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد نتیجه نشان داد که هر دو مداخله شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال سازی رفتاری توانستند میانگین نمرات افسردگی و خودباوری آزمودنی ها را بهبود دهند. هارتمن و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی که با عنوان بررسی اثربخشی آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کنترل قند خون، استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. تحلیل داده ها نشان داد که در مرحله پس آزمون، میزان استرس و سطح هموگلوبین گلیکوزیله خون افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی داری کاهش یافت. اختلاف در شدت اضطراب و افسردگی بین دو گروه، پس از مداخله معنی دار بود.

بنابراین باتوجه به این که دیابت به عنوان یک بیماری مزمن تمام سطوح زندگی فردی و اجتماعی بیمار را تحت تاثیر قرار می دهد و شیوع اختلالاتی از قبیل افسردگی، اضطراب، در این بیماران و نیز عوارض جسمانی ناشی از این بیماری تعاملات خانوادگی و زناشویی را تحت تاثیر قرار داده و با توجه به فراوانی بالای مبتلایان به دیابت و اهمیت مسائل روانشناسی در تداوم و شدت آن و چندفاکتوری بودن بیماری، و حجم ناچیز مطالعات انجام شده در این زمینه در داخل کشور، پژوهش حاضر به دنبال

پاسخ به این موضوع است که "ایا درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ تاثیرگذار" است .

### روش اجرای پژوهش:

روش این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پیگیری دو ماهه همراه با گروه گواه بود. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) و شامل دو مرحله‌ای پیش آزمون و پس آزمون است. متغیر مستقل، درمان ذهن آگاهی که فقط در گروه آزمایش، اعمال شد و تأثیر آن بر نمرات پس آزمون افراد گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، مورد مقایسه قرار گرفت. متغیرهای وابسته اضطراب، خودباوری و رضایت زناشویی می باشد.

### جامعه آماری ، حجم نمونه و روش نمونه گیری و جمع آوری داده ها :

نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه ی تصادفی انتخاب شدند. جهت اجرای پژوهش و گردآوری داده ها به کلینیک دیابت بیمارستان ۵۵۰ ارتش مشهد ضمن مصاحبه با افراد آن دسته از افرادی را که مایل به شرکت در پژوهش باشند و ملاکهای شرکت در پژوهش را داشتن دیابت نوع ۲ به مدت حداقل دوسال سن بین ۳۵ تا ۴۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی ، تمایل و رضایت برای شرکت در طرح، تشخیص دارابودن ملاکهای پژوهشی با پرسشنامه های پژوهش توسط روانشناس، و نیز کنترل قند سه ماهه و تشخیص دیابت نوع ۲ توسط پزشک و حداقل تحت درمان به مدت ۲ سال بود. ابتدا به هر نوع بیماری جسمی و یا معلولیت از معیارهای خروج از پژوهش می باشد. جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران مبتلا به دیابت که به کلینیک دیابت بیمارستان ۵۵۰ ارتش مشهد مراجعه و تعداد آنها ۲۲۲ نفر می باشد و نمونه آماری از این جامعه در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری، نمونه گیری تصادفی می باشد و حجم نمونه ۳۰ نفر انتخاب و به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند که گروه آزمایش ۱۰ جلسه تحت درمان ذهن آگاهی قرار گرفتند و بعد از پس آزمون انجام شد.

جهت جمع آوری اطلاعات از دو پرسشنامه مقیاس اضطراب هامیلتون و آزمون خودباوری بک استفاده شد:

### مقیاس اضطراب هامیلتون:

مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون، در سال های ۱۹۶۰ و ۱۹۶۷ توسط ماکس هامیلتون ساخته شده و برای ارزیابی شدت اضطراب جزو مقیاسهای بالینی قرار گرفت. ۱۴ مورد دارد که نمرات بین ۰ تا ۴ درجه بندی شده است صفر به معنای عدم وجود ان علامت و ۴ به معنای بالاترین شدت می باشد. حداکثر نمرات ۵۶ می باشد.

### روش نمره گذاری و تفسیر:

طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده که امتیاز مربوط به هر گزینه در جدول زیر ارائه گردیده است:

نمره کلی صفر تا ۵۶ است. نمره ۱۸ معادل اضطراب خفیف، نمره ۲۵ معادل اضطراب متوسط و نمره ۳۰ معادل اضطراب شدید است.

### روایی و پایایی:

در مورد روایی پرسش نامه اضطراب هامیلتون در تحقیقاتی که برای محاسبه اعتبار این مقیاس به عمل

آمده، همبستگی این پرسش نامه با پرسش نامه بک ۶۸٪؛ با ارزیابی بالینی ۷۷٪ گزارش شده است. میز، بولر، فیلیپ و هوسر گزارش کردند که همبستگی در حدود ۶۵٪ بین علامت اضطراب و میزان خلق مضطرب وجود دارد. همبستگی همگرای خلق افسرده ۵۹٪ و ۸۷٪ و همبستگی افتراقی خلق مضطرب با آن ۲۵٪ و ۶۰٪ گزارش شده است، همبستگی بین مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون و پرسش نامه بک برابر ۵۱٪ است. خصوصیات روان سنجی این مقیاس که به وسیله تحلیل عوامل ساخته شده است بدین شرح است (زاهدی فر، ۱۳۷۵). در مورد پایایی پرسش نامه اضطراب هامیلتون، پایایی ای آزمون توسط (حق شناس، ۱۳۶۹) از طریق بازآزمایی ۸۱٪ گزارش شده است. در پژوهشی دیگر پایایی پرسش نامه از طریف سنجش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (اصغری، محمدزاده و رضازاده ۱۳۹۴)

### آزمون خودباوری بک از (۱۹۸۵):

این آزمون توسط بک و همکاران (۱۹۸۵) بر اساس نظریه شناختی بک تهیه شده و دارای ۲۵ سؤال است. بر اساس تحقیقات این مقیاس ۵ جنبه از ویژگی ها را اندازه گیری می کند که عبارتند از توانایی ذهنی، کارآمدی شغلی، و مهارت های اجتماعی، جذابیت جسمانی، عیب ها و حسن ها در این آزمون از پاسخ دهنده خواسته می شود در جنبه مطرح شده، خود را با دیگرانی که می شناسد، و نه با استانداردهای نامشخص، مقایسه کند. ماده های آزمون نیز در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۴ و از پایین به بالا یا از بالا به پایین، بسته به ارزش خود پنداره نمره گذاری می شوند.

نمره بالاتر نشان دهنده خودپنداره مثبت تر می باشد. برای این آزمون ضریب اعتبار ۰/۸۸ و ۰/۶۵ را با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد به ترتیب پس از یک هفته و سه ماه فاصله زمانی گزارش داده اند. همین یا ضریب همسانی درونی برای این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه در مقایسه با پرسشنامه عزت نفس روزنبر ۵۵٪ گزارش شده است. علاوه بر آن اعتبار این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مردان افسرده ۰/۸۰، زنان افسرده ۰/۷۶، مردان مضطرب ۰/۷۸ و زنان مضطرب ۰/۷۸ گزارش شده است (هیدنرسیب ۲۰۰۶). در ایران اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۵ گزارش شده است (محمدی، ۱۳۸۴).

### روش جمع آوری داده ها:

جامعه آماری ۲۲۲ نفر بیمار دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان ۵۵۰ ارتش مشهد کلینیک دیابت در زمستان ۱۳۹۷ خواهد بود که از میان آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفت. ملاک های ورود عبارت از سن بین ۳۵ تا ۴۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم وجود سابقه بیماری جسمانی به جزء مورد مطالعه، تمایل و رضایت برای شرکت در طرح، تشخیص دارا بودن ملاکهای پژوهشی با پرسشنامه های پژوهش توسط روانشناس، و نیز کنترل قند سه ماهه و تشخیص دیابت نوع ۲ توسط پزشک و حداقل تحت درمان به مدت ۲ سال بود. ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و یا معلولیت از معیارهای خروج از پژوهش می باشد. در تحقیق حاضر سعی شده است تا اصول اخلاقی مورد تایید انجمن روانشناسی آمریکا (APA 2003) رعایت گردد. بدین منظور در ابتدای تحقیق و پس از

انتخاب نمونه نهایی در طی جلسه‌ای به تمام شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش، شیوه اجرا، اطلاعات کافی داده شد. قبل از اجرای برنامه آزمودنی‌ها رضایت‌نامه اخلاقی مشارکت آگاهانه در تحقیق را تکمیل نمودند. که در آن تاکید شده بود که مشارکت در این تحقیق کاملاً داوطلبانه است و داوطلبان اجازه دارند که در صورت عدم تمایل از شرکت خود انصراف دهند. محرمانه بودن اطلاعات شخصی و صحبت‌های بیماران در طی دوره مورد تایید قرار گرفت. همچنین در هنگام تجزیه و تحلیل داده‌ها کلیه ملاحظات اخلاقی در مورد عدم اشاره به نام و هویت شرکت کنندگان رعایت گردید.

### فرضیه اصلی:

درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی متغیرها را در میان گروه‌ها مقایسه می‌کند. بررسی چندمتغیره بودن با آزمون‌های متعددی صورت می‌گیرد. لامبدای ویلکز، معتبرترین آزمون چندمتغیره بوده و با توجه به تحقق مفروضات از اعتبار بالاتری برخوردار است. نتایج این تحلیل در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ نتایج آزمون چندمتغیره جهت بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل

آزمون	ضریب	F	درجات مفروض	درجات آزادی	خطا	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
اثر پیلایی	۰/۶۸	۱۶/۳۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	
لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۱۶/۳۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	
اثر هاتلینگ	۲/۱۳	۱۶/۳۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	
بیشترین ریشه روی	۲/۱۳	۱۶/۳۲	۳	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	

همان‌گونه که در جدول نشان داده شده است آزمون چندمتغیره بودن نشان می‌دهد که ترکیب خطی متغیرها در بین گروه‌ها تفاوت معناداری دارد ( $Wilks' \Lambda = 0.32, F = 16.32, P = 0.001$ ). بر این اساس فرضیه اصلی پژوهش حاضر تأیید می‌شود. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب، خودباوری و رضایت زناشویی مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

### فرضیه جانبی اول:

درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب در مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل تک متغیره در برون‌داد تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. بدین ترتیب که اضطراب در میان گروه‌های آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج آزمون‌های تک متغیره در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
پیش آزمون	۳۹/۳۰	۱	۳۹/۳۰	۵/۵۶	۰/۰۳	۰/۱۸
عضویت گروهی	۳۲/۳۹	۱	۳۲/۳۹	۴/۵۹	۰/۰۴	۰/۱۶
خطا	۱۷۶/۶۱	۲۵	۷/۰۶			

نتایج جدول ۲ گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب معنادار است ( $F=۳۲/۳۹, P\leq ۰/۰۱$ ). مقایسه میانگین های تعدیل شده نیز نشان می دهد که آزمودنی های گروه آزمایش از میانگین کمتری برخوردارند ( $۳۰/۶۹$  در برابر  $۳۳/۳۸$ ). بر این اساس فرضیه فرعی اول پژوهش حاضر تأیید می شود. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است و آنرا کاهش می دهد. اندازه اثر درمان  $۰/۱۶$  است. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی ۱۶ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین می کند.

## فرضیه جانبی دوم:

درمان گروهی ذهن آگاهی بر خودباوری در مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل تک متغیره در برون داد تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. بدین ترتیب که خودباوری در میان گروه های آزمایش و کنترل با حذف اثر پیش آزمون مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در خودباوری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
پیش آزمون	۳۴/۳۶	۱	۳۶/۳۴	۴/۴۷	۰/۰۴	۰/۱۶
عضویت گروهی	۴۸/۶۱	۱	۴۸/۶۱	۱۵/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸
خطا	۷۸/۶۱	۲۵	۳/۱۴			

نتایج جدول ۳ گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در خودباوری معنادار است ( $F=۱۵/۴۶, P\leq ۰/۰۰۱$ ). مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش از میانگین بالاتری برخوردارند ( $۷۸/۷۱$  در برابر  $۷۵/۴۲$ ). بر این اساس فرضیه فرعی دوم پژوهش حاضر تأیید می شود. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است و آنرا افزایش می دهد. اندازه اثر درمان  $۰/۳۸$  است. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی ۳۸ درصد از تغییرات خودباوری را تبیین می کند.



## بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف بررسی درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ انجام شد. به این منظور، فرضیه ها عنوان و سپس رد یا تایید و در نهایت استنباط آن ارائه خواهد شد.

فرضیه اصلی: درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

جهت پاسخگویی به این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. این تحلیل در ابتدا ترکیب خطی متغیرها را در میان گروه ها مقایسه می کند. نتایج پژوهش نشان داده است که ترکیب خطی متغیرها در بین گروه ها تفاوت معناداری دارد. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است. و این نتایج با نتایج محمدی شیرمحل، جمهری، کراسکیان، ملکی ذاکرین (۱۳۹۴) نجفی، مغانی لنکرانی، آثاری (۱۳۹۵)، موسوی، رضویان، خسروی و نوروزی (۱۳۸۷)، ارن، سیگمن (۲۰۱۵)، پاول مارتین و همکاران (۲۰۱۵) (هاروی (۲۰۱۶) (میرمهدی، رضاعلی (۱۳۹۷) محمدی شیرمحل، جمهری، ذاکرینی (۲۰۱۶) همسو وهم جهت است. در تبیین این نتایج می توان گفت به نظر می رسد آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکرد در مورد امتحان رها کنند و ذهن آنها را از دنده اتوماتیک خارج کنند. یعنی این فنون با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر و برگرداندن توجه بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات موجب کاهش نگرانی و تنش فیزیولوژیک در فرد می گردد. ذهن آگاهی با متوقف کردن نشخوارهای ذهنی و زمزمه های ذهنی به فرد کمک می کند تا اضطراب و استرس کمتری را تجربه کند. در این روش افراد می آموزند بجای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، بیشتر روی راه حل ها تمرکز کنند. زمانی که مهارت ذهن آگاهی کسب کنید قادر خواهید بود مشکلات آینده را با دیدگاهی متفاوت نگاه کنید. کاهش اضطراب می تواند منجر به آرامش و در نتیجه بهبود عملکرد افراد شود.

فرضیه جانبی اول: درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب در مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

نتایج گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در اضطراب معنادار است. مقایسه میانگین های تعدیل شده نیز نشان می دهد که آزمودنی های گروه آزمایش از میانگین کمتری برخوردارند. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است و آنرا کاهش می دهد. اندازه اثر درمان ۰/۱۶ است. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی ۱۶ درصد از تغییرات اضطراب را تبیین می کند. این نتایج با نتایج موسوی، رضویان، خسروی و نوروزی (۱۳۸۷)، ارن، سیگمن (۲۰۱۵)، پاول مارتین و همکاران (۲۰۱۵) (هاروی (۲۰۱۶) (میرمهدی، رضاعلی (۱۳۹۷) همسو وهم جهت است. در تبیین این نتایج می توان گفت در تمرین حضور ذهن، آموزش داده می شود تا داشتن آگاهی را مورد تمرین قرار دهند. بر اساس شناخت ما از عواملی که چرخه فکر - عاطفه را ابدی می سازد، هر نوع آگاهی هدفمند این مزیت را دارد که " ظرفیت جذب " محدودی برای افکار باقی می گذارد. در واقع این چرخه نشخوار فکری معیوب است که موجب تکرار افکار و سرانجام خلق منفی و اضطراب می شود. ذهن آگاهی می تواند به متوقف کردن «نشخوار ذهنی» یا «زمزمه ذهنی»، که باعث استرس می شود، کمک کند. این روش به افراد کمک می کند تا به جای ماندن در افکار منفی، علت یک مشکل یا پریشانی، روی راه های حل آن تمرکز کنند. ذهن آگاهی همچنین می تواند به کاهش اضطراب و استرس برای آینده کمک کند و میان افکار استرس زا و قهقه ای بسازد تا به افراد اجازه دهد از جنبه دیگری به موضوع نگاه کنند. تحقیقات نشان می دهد که برخی از انواع اضطراب از تکرار روندهای فکری منفی و پرهیز از افکار ناخوشایند به جای روبه رو شدن با آنها ناشی می شوند. ذهن آگاهی به عنوان بخشی از روان درمانی ادراکی براساس MBCT به طرق مختلف به مقابله با اضطراب کمک می کند. ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه

خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده گرایش به فکر منفی، احساس منفی و خلق منفی به اتفاقات نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود. عمل ذهن آگاهی حفظ آگاهی افکار، احساسات، حالات بدنی و جهان اطراف خودمان است. ذهن آگاهی فرایند تمرکز به آنچه که برای ما و اطرافمان در لحظه حال رخ می دهد. این عمل از افکار نامربوطی که باعث حواس پرتی می شود، جلوگیری می کند. زمانی که ذهن آگاهی را انجام می دهیم به گذشته فکر نمی کنیم و نگران آینده نیستیم و نمی گذاریم که نگرانی ها بر ذهنمان کنترل داشته باشند. زمانی که ذهن آگاهی را به عنوان شیوه ای در زندگی پذیرفت، آنگاه روان آرام و راحتی خواهند داشت. در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار آموزش داده می شود هر فکر، هیجان یا احساس بدنی که وارد توجه آنها می شود به همان گونه که هست مورد تأیید و پذیرش قرار گیرد. این واکنش پیشگیرانه در مقابل افکار و احساسات منفی به بیماران کمک می کند بعد از تجربه هیجانهای منفی به سرعت به حالت تعادل قبلی برسند. نظریه سبکهای پاسخی نولن - هوکسما، مطرح می کند افرادی که برای مقابله با علایم اضطرابی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به کار می برند با این کار موجب طولانی شدن سیر علائم اضطرابی خود می شوند. تکنیکهای ذهن آگاهی تمرکززدایی بیماران را از افکار، هیجانها و احساسات بدنی تسهیل می کند به طوریکه در این روش به بیماران آموزش داده می شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آنها را وقایع ذهنی ساده و گذرای بپندارند که در ذهن آنها نمایان می شوند. تبیین دیگری که در مورد تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب وجود دارد این است که تمرینهای ذهن آگاهی موجب افزایش توانایی بیماران در تحمل حالت های هیجانی منفی خواهد شد و این بیماران را برای مقابله مؤثر با علایم و نشانه های اضطرابی تواناتر می کند

فرضیه جانبی دوم: درمان گروهی ذهن آگاهی بر خودباوری در مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است.

نتایج گویای آن است که تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در خودباوری معنادار است مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان داد که آزمودنی های گروه آزمایش از میانگین بالاتری برخوردارند. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی بر خودباوری مبتلایان به دیابت نوع ۲ موثر است و آنرا افزایش می دهد. اندازه اثر درمان ۰/۳۸ است. بدین معنی که درمان گروهی ذهن آگاهی ۳۸ درصد از تغییرات خودباوری را تبیین می کند. نتایج این پژوهش با نتایج نوروزی نژاد، بوستانی، نعمت پور و بهروزیان (۱۳۸۵)، رنجبر، شریف و دژبخش (۱۳۸۵)، باستلار، پور، آکایچپرس، جوز و اسنوک (۲۰۱۵) تسامپاریل و سیوسیورا (۲۰۱۶) هارتمن، اشمیت، هامپرت، ناورت (۲۰۱۶) (میرمهدی، رضاعلی ۱۳۹۷) همسو وهم جهت است. فردی که عزت نفس کلی مثبتی دارد، از کلیه جهات بدنی، اجتماعی، خانوادگی و تحصیلی، خود را مطلوب و خوب می داند. او نگرش مثبت خود را از واکنش مثبت اعضاء خانواده، همسالان، معلمین و توانایی های بدنی خود کسب نموده است. چنین فردی، بهتر می تواند با مشکل خود مقابله کند (بارنارد، هالت، لیو، ۲۰۱۲) تجاربی که کودک در راستای هر مؤلفه به دست می آورد، نقش اساسی را در ارزیابی از خود ایفا می کند. این فرایند ارزیابی یا قضاوت، توصیف های درونی از خود را میسر می نماید که عزت نفس نام می گیرد و به منزله بیانیه ای در چگونگی احساس کودک درباره

Bastelaar

Pouwer

Cuijpers

fos

Tsamparil

Sioussioura

خویش محسوب می شود. «عزت نفس سالم» را می توان مورد تقویت قرار داد و یا این که آن را از مسیر اصلی منحرف ساخت. با تمرینات ذهن آگاهی فرد تفکرات منفی و مخرب را کنار گذاشته و تصورات مثبت و کارآمد را جایگزین افکار منفی می نماید و تمرین می کند از نشخوار ذهنی نسبت به گذشته ذهن را رها کرده و با تمرکز بر موفقیت های گذشته بر احساس ناتوانی خویش غلبه نموده و به یک خودشناسی و دید واقع بینانه نسبت به تواناییهای خود دست یابد.

### منابع و ماخذ:

خراط زاده حمید، دوازده امامی محمدحسن، بختیاری مریم، کچویی علی، مهکی بهزاد (۱۳۹۶) اثربخشی آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کنترل قند خون، استرس، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه: دوره ۲۸، شماره ۳؛ از صفحه ۲۰۶ تا صفحه ۲۱۴.

رنجبر، خدیجه، شریف، فرخنده و دژبخش، طاهره (۱۳۸۵). فراوانی و شدت افسردگی در بیماران بزرگسال دیابتی مصرف کننده قرص و انسولین. مجله پزشکی هرمزگان، سال دهم، شماره ۴، ۲۶۹-۲۶۳.

سردار، محمدعلی، سهرابی، مهدی، شمسیان، علی اکبر و امین زاده، رضا (۱۳۹۶). تاثیر تمرین های ورزشی هوازی بر سلامت روان، ابعاد نشانه های بدنی اضطراب و بی خوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو. مجله علوم پزشکی و خدمات بهداشتی دانشگاه مشهد، شماره ۳، ۲۵۶-۲۵۱.

شریف نیا، فریده (۱۳۷۹). رابطه بین رضایت از ازدواج و افسردگی مادران و ارتباط این متغیرها با سازگاری فردی-اجتماعی و عملکرد تحصیلی فرزندان دختر آنان در شهرستان اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی،

مداخلات آموزش روان شناختی تعدیل شده بر کاهش فشار تحمیلی و ارتقای کیفیت زندگی خانواده بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نوع یک. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، سال ۲۷، شماره ۱۰۰، ۱۷۸-۱۶۴.

محمدی، خدیجه، حیدری، معصومه، و فقیه زاده، سقراط. (۱۳۸۷). ساختار مقیاس عملکرد جنسی زنان. مجله پایش، ۷، ص ۱۰۸. محمدی، فاطمه، شیرمحله، فرهاد جمهری، آدیس کراسکیان، سعید ملکی ذاکرینی (۱۳۹۶) اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی و قند خون بیماران دیابتی با نوع شخصیت بازدارنده، فصلنامه روانشناسی کاربردی. دوره ۱۰ شماره ۲

موسوی، عباس، رضویان زاده، نسرین، نوروزی، نسیم و خسروی، احمد (۱۳۸۷). بررسی افسردگی و سلامت عمومی در بیماران دیابتی نوع دو. مجله دانش و تندرستی، شماره ۳، ۴۸-۴۴.

نجفی مصطفی، مغانی لنکرانی مریم، آثاری شروین، میر حسینی، سید محمود (۱۳۹۵). مقایسه رضایتمندی زناشویی بیماران دیابتی و گروه شاهد. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. زیر چاپ. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۸، شماره ۲ مسلسل ۱۷۵-۱۷۹

نجفی مصطفی، مغانی لنگرانی مریم، آثاری شروین، میر حسینی، سید محمود (۱۳۹۵). مقایسه رضایتمندی زناشویی بیماران دیابتی و گروه شاهد. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران. زیر چاپ. مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دوره ۸، شماره ۲ مسلسل ۱۷۹-۱۷۵ص ۳۰

نوروزی نژاد، غلام حسین، بوستانی، حاتم، نعمت پور، سرور و بهروزیان، فروزان (۱۳۸۵). مقایسه افسردگی بیماران دیابتی و افراد غیر دیابتی. مجله علمی پزشکی، دوره ۵، شماره ۱، ۲۴-۳۲.

Árún K Sigurðardóttir. (2015). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 301-314

Barnard, K., Lioy, D., & Holt R. (2012). Psychological burden of Diabetes and what it means to people with Diabetes psychology and Diabetes care. *Word Journal of Diabetes*; 10(6): 572-583.

Bastelaar, V., Pouwer, F., Cuijpers, P., Jos, WR., & Snoek, F. (2018). Web-based cognitive behavioural therapy (W-CBT) for diabetes patients with co-morbid depression. *Boston Medical Center Psychiatry*, 23, 422-456.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.

Brant, S. (2003). *Religious homogeneity and marital satisfaction: Couples that pray together, stay together*. www.Irandoc.com.

Green, SM., & Bieling, P.J. (2012). Expanding the scope of Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evidence for Effectiveness in a Heterogeneous psychiatric Sample. *Cognitive and Behavioral practice*, ۱۹(۱): ۱۷۴-۱۸۰.

Hartman, M., Kopf, S., kircher, C., Faude lang, V., Djuric, Z., Augstein F., & friederich, H.C. (2012). Sustained effects of a mind fullness-Based stress reduction intervention in types 2 diabetic patients: Design and first results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 35(4):945-953.

Harvey J N, Lawson V L (2016). The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care Behaviour in Diabetes, *Diabetic Medicine*, Accepted Article; doi: 10.1111/j.1464-5491

- Holt, M.L., Devlin, J.M., Flamez, B, & Eckstein, D. (2009). *Using the holt relationship intimacy questionnaire (HRIQ): What intimacy means to you and your partner*. Journal Of The Family, 2, pp ۱۴۶-۱۵۰.
- Morris, R., MCApine, I., Didsburg, L. P., & Spence, M.J. (2011). A randomised controlled Trial of a cognitive behavior Therapy- based self- management intervention for irritable bowel syndrome in primary. Care psychology medicine, 40(5): 85- 94.
- Muris, P., Meesters, C., Kanter, E. D., & Amp, P. E. (2005). Behavioral inhibition and behavioural activation system scales for children: relationships with Eysenck-personality traits and psychopathological symptoms. Personality and Individual Differences, 38(4): 831-841.
- Nuccitelli C, Valentini A, Caletti MT, Caselli C, Mazzella N, Forlani G, Marchesini G. Sense of coherence, self-esteem, and health locus of control in subjects with type 1 diabetes mellitus with/without satisfactory metabolic control. Journal of endocrinological investigation. 2018;
- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Edman, J. S., & McMeaty K. D (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with empowered glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. Altern the Health Med, 13(4): 36-38.
- Smith, T.W. (1985). *Working wives and women`s rights: The connection between the employment status of wives and the feminist attitudes of husbands*. Journal Of Sex Roles, 12, pp 501-508.
- Smout MF, Longo M, Harrison S, Minniti R, Wickes W, White JM. Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and acceptance and commitment therapy. Substance abuse. 2010; 31(2): 98-107.
- Stets JE, (2002). Hammons SA. Gender control, and marital commitment. J Fam Issue; 23: 3-25.