Publisher: Islamic Azad University Press, Iran **ISSN:** 3092-6432 **ISSN (Online):** 3092-6440

Quarterly of Communications Psychology

The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on mental health, life expectancy and happiness of diabetic patients

Marjan Albehbahani[1]•

[1]•Department of Psychology, Dey.C., Islamic Azad University, Deylam, Iran

Home Page: https://sanad.iau.ir/journal/cp

URL: https://sanad.iau.ir/Journal/cp/Article/1209709

DOI: https://doi.org/10.82548/6qkx-py54

Article Information

Article History:
Received; 2025/04/24
Accepted; 2025/06/25
Published; 2025/06/29

Article Type:
Research Article

Subject Area:
mental health & communication

● **Corresponding Author:**
Marjan Albehbahani

E-mail:
marjan.albehbahai@iau.ac.ir

ORCID:

ABSTRACT

The occurrence of diabetes disrupts the regular flow of life and affects the quality of life of people in different dimensions. The aim of the present study was to explain the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on mental health, life expectancy and happiness of diabetic patients. The current research was semi-experimental with a pre-test and post-test design with a control group. The statistical population of the study included all diabetic patients in Dilam city. 30 people were selected as a sample of the study by voluntary sampling method and were randomly replaced in two experimental and control groups (15 people in each group). For the experimental group, cognitive therapy based on mindfulness was conducted during 8 sessions of 90 minutes, one session every week, and the control group did not receive any intervention. The required findings were collected using Hill and Goldberg's mental health questionnaire, Miller's life expectancy and Argyle et al.'s happiness in two stages, pre-test and post-test, and to analyze the data from the test Analysis of covariance was used in spss22 software. The results of the present study showed that cognitive therapy based on mindfulness caused a significant reduction in the components of mental health disorders, increased life expectancy and components of happiness in the subjects of the experimental group compared to the control group ($P<0.001$). The training of cognitive therapy program based on mindfulness was effective in improving mental health components, life expectancy and happiness of diabetic patients.

Keywords: *Cognitive therapy based on mindfulness, Mental health, Life expectancy, Happiness, Diabetic patients*

Citation This Paper: Albehbahani , Marjan. (2025). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on mental health, life expectancy and happiness of diabetic patients . Quareterly of Communicatons Psychology, 2(3), pp. 51-71. [In Persian] https://doi.org/10.82548/6qkx-py54

فصلنامه علمی روانشناسی ارتباطات

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی

مرجان آل بهبهانی[1]●

۱● . استادیار گروه روانشناسی، واحد دیلم، دانشگاه آزاد اسلامی، دیلم، ایران

Home Page: https://sanad.iau.ir/journal/cp

URL: https://sanad.iau.ir/Journal/cp/Article/1209709

DOI: https://doi.org/10.82548/6qkx-py54

Google scholar

CC BY NC

اطلاعات مقاله

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت؛ ۱۴۰۴/۰۲/۲۲

تاریخ پذیرش؛ ۱۴۰۴/۰۴/۰۴

تاریخ انتشار: ۱۴۰۴/۰۴/۰۸

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

حوزه موضوعی:

سلامت روانی و ارتباطات

● نویسنده مسئول:

مرجان آل بهبهانی

رایانامه:

marjan.albehbahai@iau.ac.ir

ارکید:

چکیده

بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل می‌نماید و بر کیفیت زندگی افراد در ابعاد مختلف تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی بوده است. روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی شهر دیلم بود.۳۰ نفر نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هرگروه ۱۵ نفر). برای گروه آزمایش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه، اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. یافته‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه سلامت روان هیل و گلدبرگ، امید به زندگی میلر و شادکامی آرگیل و همکاران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون جمع‌آوری گردید و برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود مولفه‌های سلامت روان، امید به زندگی و مولفه‌های شادکامی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد (P<۰/۰۰۱)؛ بنابراین آموزش برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود مولفه‌های سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی اثربخش است.

واژگان کلیدی: امید به زندگی، بیماران دیابتی، سلامت روانی، شادکامی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

ناشر: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی **شاپا:** ۶۴۳۲-۳۰۹۲ **شاپا الکترونیکی:** ۶۴۴۰-۳۰۹۲

استناد به این مقاله: آل بهبهانی، مرجان. (۱۴۰۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی. فصلنامه روانشناسی ارتباطات، ۲(۳)، صص. ۵۱-۷۱. https://doi.org/10.82548/6qkx-py54

مقدمه

دیابت[۱] بیماری است که در آن مقدار ترشح انسولین کمتر از میزان لازم برای طبیعی نگهداشتن قند خون است. انسولین ماده‌ای است که در بدن تمام افراد طبیعی توسط بخشی از غده لوزالمعده ساخته و به داخل جریان خون ریخته می‌شود. این ماده در سوخت و ساز مواد نشاسته‌ای و قندهای ساده و در نتیجه تنظیم قند خون نقش مهمی دارد؛ بنابراین کاهش نسبی آن در جریان دیابت، منجر به افزایش قند خون می‌شود که در صورت عدم کنترل و تنظیم آن در حد مناسب منجر به ضایعات جبران‌ناپذیر در قسمت‌های مختلف بدن می‌شود (شعبانی، ۱۳۹۶). به گزارش سازمان بهداشت جهانی دیابت شایع‌ترین بیماری غدد در جهان است که سالانه عامل ۴ میلیون مرگ در جهان است. بر اساس نتایج تحقیقات موسسه سنجش و ارزیابی سلامتِ دانشگاه واشنگتن، در حال حاضر ۵۲۹ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند و پیش‌بینی می‌شود که این رقم تا سال ۲۰۵۰ میلادی با افزایش بیش از دو برابری به حدود ۱,۳ میلیارد نفر برسد (فدراسیون بین المللی دیابت،۲۰۲۴) و در ایران نیز تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سال ۲۰۳۰ به ۷ میلیون نفر افزایش بیابد (فتح آبادی و همکاران، ۱۳۹۷).

ابتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت یکی از عواملی است که می‌تواند سلامت روانی افراد را تهدید نماید. بیماری دیابت محدودیت‌های بسیاری را از قبیل اجبار در تزریق مکرر انسولین، تأمین هزینه‌ی آن، اجبار در رعایت رژیم غذایی، عفونت‌های مکرر، احتمال بستری شدن در بیمارستان به علت عوارض بیماری و هم چنین محدودیت‌هایی در زمینه‌ی تولیدمثل، تشکیل خانواده و اشتغال به کار را برای فرد مبتلا ایجاد می‌نماید که همین امر موجب کاهش سلامت روانی در این بیماران می‌شود(لوین و ویلسون،۲۰۰۳). می‌توان گفت سلامت روان[۲] برخورداری از سلامت کلی در نحوه تفکر، تنظیم احساسات و کنترل رفتار است و به منزله رساندن فرد به سطح انسانی شایسته و لایق دارای انسجام شخصیتی و روانی است که قادر باشد کارکردها و مسؤولیت‌های خویش را به نحو مطلوب انجام دهد. سلامت روان در واقع یک حالت بهینه‌ی ذهنی است که فرد را قادر می‌سازد با استرس روزمره‌اش مقابله کند، توانمندی‌های خود را بشناسد، عملکرد شغلی و تحصیلی خوبی داشته باشد و بتواند با جامعه ارتباط بگیرد(وین و جود ، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش نشان داده است که افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیردیابتی سلامت روان کمتری دارند (هرمانس و همکاران،۲۰۰۴). همچنین شیوع اختلالات عاطفی و اضطرابی در افراد مبتلا به دیابت در مقایسه با غیر دیابتی‌ها بالاتر گزارش شده است (گارت و دوهرتی،۲۰۱۴). طبق یافته مطالعات موجود، حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان به دیابت، درجاتی از پریشانی هیجانی و نشانه‌های عمومی اضطراب[۳]، افسردگی[۴] و کیفیت زندگی[۵] نامطلوب را تجربه می‌کنند (فریس و همکاران،۲۰۱۴). افسردگی و استرس روان‌شناختی در افراد مبتلا به دیابت با کاهش پایبندی به درمان‌های دارویی، سبک زندگی

---

۱. Diabetes

۲. Mental health

۳. Anxiety

۴. Depression

۵. Quality of Life

ناسالم، کنترل ضعیف بر میزان قند خون و با افزایش سایر عوارض همراه است (چانگ و همکاران ، ۲۰۱۶).

مطالعات نشان داده‌اند که به دلیل خطر بیشتر بیماری‌های قبلی، سکته‌های مغزی، نابینایی و قطع عضو دیابت با کاهش امید به زندگی[۶] نیز همراه است (عصارزادگان و رئیسی،۱۳۹۸). امید به زندگی یک شاخص آماری است که نشان دهنده متوسط طول عمر یک جامعه و انتظار حیات هر عضوی از آن جامعه می‌باشد. هر چه شاخص‌های بهداشتی و همچنین درمانی بهبود یابد امید به زندگی افزایش خواهد یافت. امید به زندگی نیرویی است که می‌تواند تخیلات را به سمت موارد مثبت هدایت کند و تسهیل‌گر کار و فعالیت افراد باشد. افراد تحت تأثیر امید در مورد تمام چیزها با معیار امکان‌ها، پاسخ‌ها و راه‌حل‌ها به جای محدودیت‌ها، از دست دادن‌ها و ترس‌ها می‌اندیشند (لی و همکاران،۲۰۲۰). امید حالت انگیزشی مثبت و ذهنی مبتنی بر برنامه‌ریزی برای رسیدن به هدف است که محصول تعامل فرد با محیط می‌باشد (لوو و همکاران،۲۰۲۰). طبق پژوهش‌های انجام‌گرفته، امید به زندگی بالاتر با سلامت جسمی و روان‌شناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعیِ رضایتمند رابطه مستقیمی دارد (هو و هندی،۲۰۱۸). این در حالی است که طبق یافته‌های مطالعات موجود، میزان امید به زندگی در بیماران دیابتی کم‌تر از سایر افراد در جامعه است و این امر با تشدید اضطراب و افسردگی در آنها همراه است (ولچ،۲۰۱۴). شیوع علایم افسردگی در بیماران دیابتی نوع۲، حدود ۱۴ درصد می‌باشد که با کاهش امید به زندگی، کیفیت زندگی و افزایش سطح هراس همراه است(هرمانس و همکاران،۲۰۰۴)در صورتی که سازه امید در موجود زنده به‌عنوان یک نیروی مؤثر و محرک سیستم فعالیتی عمل می‌کند و زمینه را در سیستم برای کسب تجارب و نیروهای جدید فراهم می‌نماید و در نتیجه، با ایجاد انگیزه برای تلاش و کوشش بیشتر افراد را به سطح بالایی از کارکردهای رفتاری و روانی سوق می‌دهد. (گتلب و فرو، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهایی که به نظر می‌رسد با کنترل و مقابله با بیماری‌های مزمن تأثیر داشته باشد، شادکامی[۷] است که میزان آن در بیماران دیابتی پایین می‌باشد. شادکامی یکی از هیجانات اساسی و از مهم‌ترین نیازهای روانی بشر است. به نظر می‌رسد شادکامی دارای سه جزء اساسی است: هیجان مثبت، رضایت از زندگی و نبود هیجان‌های منفی از جمله افسردگی و اضطرب (۱۶). روان شناسان، شادکامی را نوعی «هیجان مثبت» می‌دانند (لودویگ و همکاران، ۲۰۱۹) شادکامی، برآورد افراد از خود را در جنبه‌های مختلف زندگی از قبیل رضایت از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب شامل می‌شود که به شکل هیجانات، احساسات و شناخت‌ها ظاهر می‌گردد (لیو،۲۰۱۹). شادکامی ناشی از قضاوت و داوری انسان درباره چگونگی گذراندن زندگی است. این قضاوت از بیرون به فرد تحمیل نمی‌شود، بلکه حالتی درونی است که از هیجان‌های مثبت تأثیر می‌پذیرد (فیفر و تانسمن،۱۹۹۹).

به دلیل اهمیت سازه‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مداخلات روان‌شناختی متعددی از سوی متخصصان پیشنهاد شده است که یکی از آن‌ها درمان‌های شناختی رفتاری کوتاه‌مدت نظیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن می‌باشد که روان‌درمانگران آن برای

---

[۶] life expectancy.

[۷] Happiness.

آموزش افراد استفاده می‌کنند و ترکیبی از مراقبه[۸]، یوگا[۹] و شناخت درمانی[۱۰] است که برای تسکین و درمان رنج‌های هیجانی ایجاد شده است (هازلت و همکاران،۲۰۱۹). همچنین یکی از گزینه‌های درمان غیر دارویی در بیماران می‌باشد که توجه زیادی را به خود جلب کرده است (وان سون و همکاران،۲۰۱۴). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌واسطه‌ی اینکه به هر دو بعد جسمی و ذهنی می‌پردازند دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی هستند (لودویگ و کابات زین،۲۰۰۸). ذهن آگاهی یک توانمندی مهم جهت کنترل نشخوارهای ذهنی و شرایط تنش زایی هست که در زندگی روزمره اکثر افراد وجود دارد. دستیابی به این راهکار اساسی می‌تواند در جهت متوقف کردن فشارهای ذهنی درونی خود افراد و شرایط استرس‌زای محیط مؤثر باشد. (قرشی وهمکاران،۱۳۹۹). ذهن آگاهی یک فرایند شناختی خلاق است که از طریق توجه به اهداف واقعی و بودن در زمان حال، بدون قضاوت راجع به تجربیات آشکار مداوم آشکار می‌گردد. در این صورت، توجه متمرکز بر لحظه حال گردیده و پردازش تمام جنبه‌های تجربه بی‌درنگ شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه زمان حال آگاهی پیدا می‌کند، به کارکردهای خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و عواطف و حالت‌های هیجانی و جسمانی بر آن‌ها را مدیریت می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز برگذشته و آینده رها می‌شود(خسروی و قربانی،۱۳۹۵). در همین راستا محققان علاقه زیادی به نحوه تأثیر مداخلات ذهن آگاهی بر سلامت روان افراد دیابتی نشان داده‌اند.

بسیاری از نظریه‌های روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضورذهن و تمرکز بر زمان حال را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده‌اند که این امر به رشد و بهتر شدن بهزیستی شناختی کمک شایانی می‌کند (قشقایی و همکاران،۱۳۹۳). پژوهشگران نشان می‌دهند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی و استرس ارتباط دارد(قایدی حیدری و طوقیان چهارسوقی،۱۳۹۱). نتایج پژوهش، آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس را به‌عنوان یک درمان مکمل با هدف ارتقای سطح خودتنظیمی هیجانی و خودمراقبتی به بیماران دیابتی پیشنهاد می‌کنند (روزنویگ و همکاران،۲۰۱۹). طبق یافته مطالعات موجود، مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم روان‌شناختی، افزایش امیدواری، کیفیت زندگی، سلامت روان و بهزیستی نقش دارند (سیرکانس و همکاران،۲۰۲۰) همچنین به‌طور ویژه نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند که آموزش ذهن آگاهی نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت دارد (گرج و همکاران،۲۰۰۷). و افراد مبتلا به دیابتی که مهارت‌های ذهن آگاهی را می‌آموزند و سعی می‌کنند به شیوه ذهن آگاهانه زندگی کنند، از کیفیت زندگی بیشتری برخوردار هستند و آشفتگی‌های هیجانی کمتری را گزارش می‌کنند (وان سون و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به شیوع بسیار بالای دیابت در ایران و با درک اهمیت موضوع سلامت روان افراد مبتلا به دیابت به نظر می‌رسد که پژوهش در رابطه با تأثیر درمان‌های روان‌شناختی بر بیماری دیابت، یک ضرورت بنیادین در جهت ارتقاء سلامت و بهداشت روانی افراد مبتلاست. پژوهش های انجام شده در بیماران دیابتی نشان داده است که قابلیت اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی علاقه بسیاری را در مسیر ارتقای سلامت و رفاه بیماران مبتلا به دیابت جلب کرده است (وایت برد و همکاران،۲۰۰۹) و این

۸. meditation

۹. yoga

۱۰. Cognitive therapy

مداخلات می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی شود. این پژوهش به دنبال بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی و مؤلفه‌های سلامت روانی و شادکامی بیماران دیابتی بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی بیماران دیابتی شهرستان دیلم در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. حجم نمونه متشکل از ۳۰ نفر از بیماران دیابتی زن شهرستان دیلم بود. بدین ترتیب پس از بررسی، مراجعان دارای ملاک‌های ورود به پژوهش مشخص و به روش نمونه‌گیری داوطلبانه از بین بیماران دیابتی شهرستان دیلم انتخاب شدند که ۱۵ نفر آنها در گروه کنترل و ۱۵ نفر در گروه آزمایش جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌ها قبل از اجرای مداخلات پیش‌آزمون را تکمیل نمودند. سپس شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌عنوان متغیر مستقل اعمال گردید. برای این منظور به بیماران دیابتی شهرستان دیلم (گروه آزمایش) شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش داده شد. سپس برای هر دو گروه پس‌آزمون‌ها اجرا شد. ملاک‌های ورود به تحقیق عبارت بود از تشخیص بیماری دیابت توسط پزشک متخصص در یک سال گذشته، حداقل سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود اختلالات روان‌شناختی جدی، عدم وجود مشکلات و عوارض شدید ناشی از دیابت نظیر قطع عضو و مشکلات بینایی، عدم بیماری طبی حاد یا مزمن و عدم دریافت همزمان یک برنامه روان‌درمانی. همچنین ملاک‌های خروج از تحقیق شامل عدم حضور در بیش از دو جلسه متوالی، درخواست عدم همکاری به‌وسیله فرد و عدم انگیزه برای انجام تکالیف بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی[۱۱] (۱۹۷۲): پرسشنامه استاندارد سلامت روان ابزاری برای سنجش سلامت روان فعلی افراد می‌باشد و از زمان تهیه آن توسط گلدبرگ و هیلر[۱۲] به‌طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. این پرسشنامه ۲۸ سؤال را در برمی‌گیرد که بعدها برای آن فرم‌های دیگری مشتمل بر ۱۲، ۲۰، ۲۸، ۳۰ و ۴۴ ماده نیز در نظر گرفته شد. این پرسشنامه علاوه بر استخراج نمره کلی سلامت عمومی افراد بر اساس تحلیل عاملی، دارای ۴ زیرمقیاس است. سؤالات ۷-۱ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می‌باشد. از سؤال ۱۴-۸ مربوط به مقیاس اضطراب، از سؤال ۱۵ - ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی و سؤالات ۲۸-۲۲ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می‌باشند. نمره‌گذاری آزمون بر اساس مقیاس لیکرت می‌باشد که در آن برای هر فرد پنج نمره در نظر گرفته شده که چهار نمره به مقیاس‌های فرعی و یک نمره مربوط به کل پرسشنامه می‌شود. (گلدبرگ و هیلر،۱۹۷۹). آن‌ها روایی پرسشنامه را در تحقیق خود به کمک اعتبار ملاکی ۰/۸۶ و پایایی پرسشنامه را در تحقیق خود به کمک آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نموده‌اند. پایایی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی در فرهنگ‌های مختلف تأیید شده است. برای

---

۱۱. General health questionnaire (GHQ).

۱۲. Goldberg DP, Hillier VF..

مثال چوانگ[۱۳] و همکاران (۱۹۹۴) ضریب پایایی این پرسشنامه را در گروه کامبوجهای ساکن نیوزلند به کمک روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۲ تا ۴ هفته و با استفاده از فرمول ضریب همبستگی رتبه‌ای اسپیرمن به میزان ۰/۵۵ و ضریب هماهنگی درونی این پرسشنامه را به میزان ۰/۸۵ گزارش کردند. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ هماهنگی درونی این پرسشنامه را برای کل مقیاس که نشان‌دهنده سلامت عمومی است، برابر با ۰/۸۵ و برای مقیاس‌های فرعی نشانه‌های جسمانی، اضطراب، بدکارکردی اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷، ۰/۷۹ و ۰/۹۱ نشان داده است (هومن،۱۳۷۵). تقوی جهت بررسی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش بازآزمایی، تصنیفی و آلفای کرونباخ استفاده نموده است. نتایج این مطالعه حاکی از آن است که به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۷۰، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ با توجه به سه آزمون ذکرشده حاصل گردیده است. همچنین همبستگی بین آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است (تقوی،۱۳۸۰). در این پژوهش از نسخه ۲۸ سؤالی دکتر هومن استفاده گردید و آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بدست آمد.

پرسشنامه امید به زندگی[۱۴] میلر (۱۹۸۸): این مقیاس توسط میلر و پاورز[۱۵] در سال ۱۹۸۸ ساخته شد و از نوع آزمون‌های تشخیصی است که اولین بار برای سنجش امیدواری بیماران قلبی در آمریکا استفاده شد تا میزان امیدواری را در آنها نشان دهد. مقیاس اولیه دارای ۴۰ سؤال بود که در نسخه‌های بعدی به ۴۸ سؤال افزایش یافت. هدف این مقیاس سنجش میزان امیدواری در افراد است. این مقیاس شامل ۱۱ جنبه از حالت‌های امیدواری و درماندگی است که ماده‌های قیدشده در آن بر مبنای تظاهرات آشکار یا نهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید برگزیده شده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک پیوستار از بسیار مخالف (نمره ۱) تا بسیار موافق (نمره ۵) انجام می‌شود. نمره‌گذاری پرسشنامه امید به آینده میلر برای هر سؤال به پاسخ بسیار مخالف نمره ۱، مخالف نمره ۲، بی‌تفاوت نمره ۳، موافق نمره ۴ و بسیار موافق نمره ۵ در نظر گرفته می‌شود. نمره‌گذاری ۱۴ سؤال (۱۱- ۱۳- ۱۶- ۱۸- ۲۵- ۲۷- ۲۸- ۳۱- ۳۳- ۳۴- ۳۸- ۳۹- ۴۷- ۴۸) به‌صورت معکوس انجام می‌گیرد. نمرات افراد بین ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر خواهد بود. نمره بین ۴۸ تا ۹۶ نشان می‌دهد امید فرد کم است. نمره بین ۹۶ تا ۱۴۴ نشان می‌دهد امید فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۴۴ نشان می‌دهد امید فرد زیاد است. میلر (۱۹۸۸) روایی پرسشنامه را از طریق اعتبار سازه ۰/۹۱ و از طریق ضریب آلفای کرونباخ پایایی پرسشنامه را ۰/۹۰ گزارش نمودند (میلر وپاورز،۱۹۸۸). میزان پایایی این مقیاس توسط حسینی به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده و در محاسبه اعتبار آزمون نیز ضریب اعتبار ۰/۶۴ بود (حسینی،۱۳۸۵). در پژوهش عبادی (۱۳۸۹) برای محاسبه روایی پرسشنامه نمره کل پرسشنامه با نمره سؤال ملاک که به‌طور همزمان توسط آزمودنی‌ها کسب شده بود، همبسته گردید و ضریب اعتبار ۰/۶۴ به‌دست آمد. میزان پایایی به دو شیوه آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه شده و مقادیر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به‌دست آمده است. در مطالعهٔ حاضر،

---

۱۳. Cheung, P

۱۴. Life Expectancy Questionnaire (LEQ)

۱۵. Miller JF

ضریب پایایی برای نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه شادکامی آکسفورد[۱۶] (۱۹۸۹): این پرسشنامه توسط آرگیل[۱۷] و همکاران در سال ۱۹۸۹ با هدف تشخیص شادکامی ساخته شد. از آنجا که سیاهه افسردگی بک[۱۸] از مقیاس‌های بسیار موفق افسردگی است، آرگیل پس از رایزنی با بک جملات مقیاس افسردگی او را معکوس کرد. بدین‌ترتیب ۲۱ ماده تهیه شد و ۱۱ مادهٔ دیگر نیز به آنها افزود تا سایر جنبه‌های شادکامی را دربرگیرد. سپس آن را روی تعدادی از دانشجویان اجرا کردند و باتوجه به روایی صوری پرسش‌ها و حذف چند ماده، در نهایت در فرم نهایی ۲۹ سؤال پرسشنامه آماده شد. هر سؤال پرسشنامه شادکامی آکسفورد دارای چهار گزینه است که از صفر (هرگز) تا سه (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. در این پرسشنامه حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸۷ است. در نخستین پژوهش آرگیل و همکاران (۱۹۸۹) با تحلیل عاملی فهرست شادکامی آکسفورد، هفت عامل به دست آمد که عبارتند از: خودپنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبایی شناختی، خودکارآمدی و امیدواری که آلفای کرونباخ این عوامل از ۰/۶۴ تا ۰/۸۴ بود. پایایی بازآزمایی آن را طی هفت هفته ۰/۷۸ به‌دست آوردند. علی‌پور و نوربالا (۱۳۷۸) در ایران این پرسشنامه را ترجمه و با اجرا روی ۱۰۱ دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی آن را هنجاریابی کردند؛ همچنین آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۳ گزارش کردند و با روش دونیمه‌کردن به‌روش اسپیرمن- براون[۱۹] مقدار ۰/۹۲ و به‌روش گاتمن[۴] ۰/۹۱ به‌دست آمد. در مطالعهٔ حاضر، ضریب پایایی برای نمره کل پرسشنامه با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۱ به دست آمد.

پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: در این پژوهش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته یک جلسه و برگرفته از پروتکل هشت جلسه‌ای آموزش مبتنی بر ذهن‌آگاهی اجرا شد که بر اساس الگوی جان کابات-زین[۲۰] طراحی شده است (موسوی و همکاران،۱۳۹۸). خلاصه جلسات در جدول شماره ۱ به شرح زیر صورت گرفته است:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس الگوی جان کابات-زین

جلسه	اهداف	محتوای درمانی	فعالیت
اول	آشنایی با افراد و موضوع آموزش و گرفتن پیش‌آزمون	معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن و توضیح پیرامون علت اجرای این دوره آموزشی برای شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، معرفی شرکت‌کنندگان و بررسی انگیزه‌های آنها جهت شرکت در مداخله	هدایت خودکار، تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه وارسی بدن.
دوم	مقابله با موانع	تمرینات جلسه: تامل وارسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن‌آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت.	تمرین‌های جلسه مراقبه وارسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن روی جریان تنفس

16. Oxford Happiness Questionnaire (AHQ)
۱۷ . Argyle, M
۱۸ . Beck Depression Inventory
۱۹ . Spearman-Brown
۲۰ . Gottmann

سوم	حضور ذهن روی تنفس و بر بدن هنگام حرکت	حضور ذهن بر روی تنفس و بر بدن در زمان حرکت، تمرین‌های جلسه حرکت با حالت ذهن آگاهانه، تمرین تنفس و کشش، انجام حرکات کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام مراقبه در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس.	تمرین‌های جلسه حرکت با حالت ذهن آگاهانه، تمرین تنفس و کشش، انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز.
چهارم	ماندن در زمان حال	ماندن در زمان حال، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌هایی بدون جهت‌گیری ویژه، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس، معرفی این روش به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساس‌های دشواری را برمی‌انگیزد، راه رفتن با حضور ذهن.	تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس
پنجم	پذیرش و اجازه یا مجوز حضور	تامل در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن؛ تأکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس. خواندن شعر میهمان‌خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه،	تامل در وضعیت نشسته، طبق روال قاعده‌ای (سه بار در هر روز) سه دقیقه فضای تنفس- به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای (در هر زمانی که شما پی به وجود احساسات ناخوشایند بردید) پس از انجام تمرین جهت کاوش راهی برای گشایش «دری به سوی بدن".
ششم	فکرها نه حقایق	مرور تکالیف، ارائه مثال و راه حل درمورد اینکه افکار فقط فکر هستند نه حقایق، آموزش کاهش اتحاد خود را با افکارش و نگرش فکر به آن‌ها تا بتواند با آنها رابطه بیشتری برقرار کند.	تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس
هفتم	خود مراقبتی به بهترین شکل	چگونه می‌توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.	گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌ها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد. فضای تنفس- بر طبق روال قاعده‌ای و به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای؛ پس از تمرین کشف راهی برای بازگشایی دری به انجام عمل ماهرانه، توسعه سامانه هشداردهنده اولیه برای تشخیص عود، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن خلق از آن استفاده کرد.

هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده و انجام پس‌آزمون	مرور تکالیف جلسه قبل، جمع‌بندی آموخته‌ها برای آینده و شروعی نو برای باقیمانده زندگی، تمرین منظم ذهن‌آگاهی و تکمیل فرم نظرسنجی پیرامون دوره توسط شرکت‌کنندگان و اجرای پس‌آزمون	انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه‌های بعد ادامه داد (ایده‌آل است که این برنامه در جلسه‌های پیگیری مرور شود)

برای رعایت اصـــول اخلاقی رازداری و محرمانه‌ماندن اطلاعات از جانب پژوهشگر حفظ شده است. برنامه آموزشی توسط دکترای روانشناسی در کلینیک دیابت شهرستان به مدت دو ماه و نیم انجام گرفت. پس از پایان آموزش گروه آزمایش و ارزیابی پس‌آزمون، برای همه اعضـــای گروه کنترل برنامه روان‌شناختی آموزشی به‌صورت فایل آموزشی و فشرده در ۴ جلسه ارائه شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دســـت آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار spss22 در دو بخش توصـــیفی و اســـتنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) انجام پذیرفت.

نتایج

در این پژوهش اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن، امید به زندگی و شادکامی و مؤلفه‌های آن در مورد ۳۰ نفر بیمار زن دیابتی (۱۵ نفر گروه ازمایش و ۱۵ نفر گروه گواه) مورد بررسی قرار گرفت. دامنه سنی شرکت‌کنندگان بین ۳۰ تا ۵۸ سال و ۱۹ نفر متأهل و ۱۱ نفر مجرد بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	آزمایش			کنترل		
	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
نشانه‌های جسمانی	پیش‌آزمون	۲۸/۹۶	۲/۱۳	۲۸/۴۳	۱/۳۲	۱۵
	پس‌آزمون	۲۰/۶۳	۱/۲۴	۲۷/۹۶	۱/۴۵	۱۵
اختلال در کارکرد اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۷/۶۳	۲/۵۲	۲۶/۹۸	۲/۲۷	۱۵
	پس‌آزمون	۲۲/۹۳	۱/۶۸	۲۷/۳۶	۲/۵۲	۱۵
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۹/۱۶	۲/۶۸	۲۹/۴۵	۱/۷۵	۱۵
	پس‌آزمون	۱۹/۹۳	۱/۲۳	۲۸/۲۱	۱/۸۱	۱۵
افسردگی	پیش‌آزمون	۲۹/۶۴	۲/۶۴	۲۸/۷۱	۲/۶۸	۱۵
	پس‌آزمون	۲۱/۳۷	۱/۲۹	۲۸/۶۳	۱/۸۵	۱۵
امید به زندگی	پیش‌آزمون	۱۰/۲۶	۲/۱۸	۱۰/۸	۱/۳۲	۱۵
	پس‌آزمون	۱۳/۲۶	۱/۰۹	۱۰/۰۶	۱/۷۹	۱۵
خودپنداره	پیش‌آزمون	۲۱/۶	۱/۵۷	۱۹/۱۵	۱/۵۳	۱۵
	پس‌آزمون	۲۳/۵۹	۱/۶۷	۱۹	۰/۹۸	۱۵

رضایت از زندگی	پیش‌آزمون	۷/۷۶	۱/۹۴	۷/۲۱	۱/۲۱	۱۵
	پس‌آزمون	۸/۸۹	۲/۳۲	۶/۱۳	۱/۶۴	۱۵
آمادگی روانی	پیش‌آزمون	۱۰/۱۴	۱/۴۹	۸/۹۵	۲/۱۱	۱۵
	پس‌آزمون	۱۱/۸۷	۱/۶۱	۸/۷۴	۱/۴۷	۱۵
سر ذوق بودن	پیش‌آزمون	۵/۲۵	۱/۵۴	۴/۰۸	۱/۰۹	۱۵
	پس‌آزمون	۵/۸۷	۱/۵۷	۳/۹۲	۲/۱۱	۱۵
احساس زیبایی شناختی	پیش‌آزمون	۱۲/۲۷	۲/۰۷	۱۲/۱۶	۲/۱۹	۱۵
	پس‌آزمون	۱۵/۳۹	۱/۹۶	۱۲/۳۵	۱/۸۷	۱۵
خودکارآمدی	پیش‌آزمون	۹/۱۱	۱/۷۹	۱۰/۴۵	۱/۶۲	۱۵
	پس‌آزمون	۱۱/۷۳	۲/۰۱	۹/۷۶	۱/۴۸	۱۵
امیدواری	پیش‌آزمون	۴/۹۶	۱/۰۸	۵/۳۹	۱/۳۷	۱۵
	پس‌آزمون	۵/۶۴	۱/۸۲	۵/۰۳	۱/۶۹	۱۵

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود در گروه آزمایش میانگین نمره مؤلفه‌های متغیر سلامت روان در مرحله پیش‌آزمون درمقایسه با پس‌آزمون کاهش و در نمره های متغیر امید به زندگی و شادکامی افزایش داشته است.

پیش از انجام تحلیل کواریانس مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. یکی از پیش‌فرض‌های لازم، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه یا گروه‌های نمونه در جامعه بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات درجامعه از آزمون شاپیرو-ویلک و دو شاخص کجی و کشیدگی استفاده شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان می‌دهد که در تمامی متغیرهای وابسته سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ است (P>۰/۰۵). لذا توزیع نمرات در جامعه نرمال است. همچنین، مقدار چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در بازه (۲- تا ۲) قرار داردکه این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از چولگی و کشیدگی نرمال برخوردارند. همچنین، در این جدول نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان داد که واریانس‌ها همگن است؛ بنابراین، تساوی واریانس‌ها برقرار است و اجرای کوواریانس امکان‌پذیر است. نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی واریانس-کوواریانس استفاده شد و سطح معناداری به دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود که بیانگر آن است که ماتریس کوواریانس‌های مشاهده شده متغیرهای وابسته پژوهش (امیدواری، مؤلفه‌های سلامت روان و شادکامی) در بین گروه‌های آزمایش و کنترل برابر هستند.

جدول شماره ۳: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای اصلی در دو گروه

اثر	آزمون	ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	پیلایی- بارتلت	۰/۸۵۲	۱۳/۹۲	۲۷	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۷
	لامبدای ویلکز	۰/۷۴۸	۱۴/۶۲	۲۷	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۳
	اثر هتلینگ	۰/۳۷۶	۱۳/۲۳	۲۷	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱
	بزرگترین ریشه خطا	۰/۳۵۲	۱۶/۷۴	۲۷	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۲

جدول شماره ۳ بیانگر نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری روی نمره‌های پس‌آزمون با کنترل نمره پیش‌آزمون متغیرهای سلامت روان، امید به زندگی و شادکامی می‌باشد. بررسی این جدول نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایشی و کنترل در هر ۳ متغیر وابسته تفاوت معناداری در نمرات پس‌آزمون وجود دارد (P<۰/۰۰۱). برای بررسی این تفاوت، تحلیل کوواریانس چند متغیری روی مؤلفه‌های متغیرهای اصلی صورت گرفت. نتایج تحلیل در جدول شماره ۴ و ۵ و ۶ ارائه شده است.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های سلامت روان

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	نشانه‌های جسمانی	۱۸/۴۸	۱	۱۸/۴۸	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۴
	اختلال در کارکرد اجتماعی	۱۲/۸۳	۱	۱۲/۸۳	۵/۴۶	۰/۰۳۴	۰/۱۷۴
	اضطراب	۹/۰۸	۱	۹/۰۸	۴/۷۳	۰/۰۴	۰/۱۶۴
	افسردگی	۵/۵۵	۱	۵/۵۵	۷/۲۵	۰/۰۱۱	۰/۲۴۱

جدول شماره ۴، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که از نظر نشانه‌های جسمانی (F=۱۶/۳۱ و P<۰/۰۰۱)، اختلال در کارکرد اجتماعی (F=۵/۴۶ و P<۰/۰۳۴)، اضطراب (F=۴/۷۳ و P<۰/۰۴) و افسردگی (F=۷/۲۵ و P<۰/۰۱۱) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت روانی یعنی نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی، اضطراب و افسردگی در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیر امید به زندگی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۱/۹۷	۱	۳۱/۹۷	۹/۳۲	۰/۰۰۵	۰/۰۹۲
گروه	۱۵۳/۰۱	۱	۱۵۳/۰۱	۴۴/۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۱
خطا	۹۲/۵۶	۲۷	۳/۴۲	-	-	-
کل	۳۴۶/۴۴	۳۰	-	-	-	-

بر اساس داده‌های جدول فوق می‌توان گفت که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون بر امید به زندگی آزمودنی‌ها به روش تحلیل کواریانس، F محاسبه شده برای گروه‌های آزمایش و گواه برابر با ۴۴/۷۲ در سطح (P<۰/۰۰۱) معنادار است. بنابراین، می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود متغیر امید به زندگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید.

جدول شماره ۶: نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های شادکامی

منبع	شاخص‌ها / متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	خودپنداره	۳۰/۷۳	۱	۳۰/۷۳	۱۶/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲۴
	رضایت از زندگی	۲۰/۱۲	۱	۲۰/۱۲	۶/۸۶	۰/۰۱۵	۰/۲۳
	آمادگی روانی	۳۲/۶۵	۱	۳۲/۶۵	۱۹/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۱
	سر ذوق بودن	۵۳/۴۳	۱	۵۳/۴۳	۲۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷۱
	احساس زیبایی شناختی	۲۶/۴۲	۱	۲۶/۴۲	۱۲/۱۸	۰/۰۰۲	۰/۳۴۶
	خودکارآمدی	۱۶/۳۱	۱	۱۶/۳۱	۵/۴۸	۰/۰۱۲	۰/۲۳
	امیدواری	۳۲/۶۳	۱	۳۲/۶۳	۱۹/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۱

نتایج مندرج در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که از نظر مؤلفه‌های شادکامی یعنی خودپنداره (F=۱۶/۹۱ و P<۰/۰۰۰۱)، رضایت از زندگی (F=۶/۸۶ و P<۰/۰۱۵)، آمادگی روانی (F=۱۹/۶۶ و P<۰/۰۰۰۱)، سر ذوق بودن (F=۲۰/۴۴ و P<۰/۰۰۰۱)، احساس زیبایی شناختی (F=۱۲/۱۸ و P<۰/۰۰۰۱)، خودکارآمدی (F=۵/۴۸ و P<۰/۰۱۲) و امیدواری (F=۱۹/۵۸ و P<۰/۰۰۰۱) بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به عبارت دیگر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود مؤلفه‌های شادکامی یعنی خودپنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبایی شناختی، خودکارآمدی و امیدواری درآزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل گردید.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر که به منظور اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر امید به زندگی، مؤلفه‌های سلامت روان و شادکامی در بیماران دیابتی شهرستان دیلم انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود مؤلفه‌های سلامت روان و امید به زندگی و شادکامی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش دمهری و همکاران (۱۳۹۹)، فخری و همکاران (۱۳۹۶)، لیانگ و همکاران[۲۱] (۲۰۲۲) و هیچکاک[۲۲] و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد.

[۲۱]. Liang

[۲۲]. Hitchcock

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک رویکرد روان‌درمانی است که احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشانه می‌گیرد و راهکاری مؤثر برای دستیابی به حداکثر توانمندی ذهن و مدیریت بر آن است. ذهن آگاهی به کمک تمرین‌های مراقبه و توجه آگاهی، توانایی خودآگاهی و پذیرش را در بیماران افزایش می‌دهد. عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن دیدگاه تمرکززدایی، افکار فرد را تسهیل می‌سازد. این نوع رویکرد تمرکز زدا در مورد هیجانات و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. (هازلت و همکاران،۲۰۱۹). ذهن آگاهی یک ظرفیت مهم و مؤثر در راستای کنترل ذهن و مدیریت بر آن است که می‌تواند بدور از هرگونه قضاوت و تعبیر و تفسیری، فرد را نسبت به زمان حال آگاه نماید و از نشخوارهای ذهنی رها سازد، درنتیجه واقعیت‌ها را با تمام جنبه‌های آن می‌پذیرد (گرج و همکاران،۲۰۰۷). از سویی دیگر سلامت روان توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به‌گونه‌ای که فرد بتواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره کنار بیاید؛ نوعی وحدت بین خود و دیگران به وجود می‌آورد. سلامت روان به معنای داشتن تعادل درونی بوده و شامل تعادل بین احساسات، تفکرات و رفتارهای فرد می‌شود. این تعادل می‌تواند به فرد کمک کند با چالش‌ها و فشارهای زندگی بهتر مقابله کند (وین و جود، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی به افزایش سلامت روان بیماران دیابتی کمک می‌کند. همچنین یکی از عواملی که روشهای ذهن آگاهی می‌تواند به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت روان کمک کند، کنترل نشخوار فکری، بیش تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خودانتقادگرایانه است که تأثیر ناخوشایند و دایمی در بیماران دارد. از این طریق، بیماران ترغیب می‌شوند تا بدون پیش‌داوری واقعیت‌ها و تجارب را به همان صورت که هستند، پردازش نمایند و مورد پذیرش قرار دهند (قشقایی و همکاران،۱۳۹۳).

در همین راستا دمهری و همکاران (۱۳۹۹) در پژوهشی نشان دادند که اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روانی مؤثر است در پژوهش لیانگ و همکاران (۲۰۲۲) نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی بر رضایت از زندگی و خودکنترلی و امیدواری مؤثر است. هیچکاک و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان در بیماران با شرایط سلامت جسمانی پرداختند. نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان در بیماران با شرایط سلامت جسمانی تأثیر معناداری دارد. کنگ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی به اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی شادکامی پرداختند. نتایج نشان داد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم روان‌شناختی شادکامی تأثیر معناداری دارد.

امید به زندگی نیز یکی از پایه های اصولی سلامت روانی است که نشان دهنده کیفیت زندگی روزمره فرد می‌باشد. امید به زندگی، می‌تواند این باور را در فرد ایجاد کند که احساس بهتری نسبت به آینده داشته باشد. امید را نمی‌توان آگاهانه تجربه کرد ولی هنگامی که شخص تحت فشار های

غیر عادی، راه های پرپیچوخم و تاریک زندگی قرار گیرد، احساس امید به زندگی در فرد امیدوار ظاهر شده و این، امید است که بعد از بحران‌ها، فرد را مجدداً به آرامش می‌رساند (ولچ،۲۰۱۴). امید به زندگی نیرویی هیجانی است که تخیل را به سمت موارد مثبت هدایت می‌کند. بیماران تحت تأثیر امید در مورد تمام چیزها با معیار امکان‌ها، پاسخ ها و راه‌حل‌ها به‌جای محدودیت‌ها، از دست دادن‌ها و ترس‌ها می‌اندیشند (چانگ و همکاران،۲۰۱۶). ذهن آگاهی به‌عنوان سبکی برای زندگی، با استفاده از تمرین های مراقبه‌ای که در زندگی روزمره ادغام می‌شود به افراد کمک می‌کند تا با وضعیت‌های دوگانه ذهن آشنا شوند و آگاهانه از آن‌ها به صورت یک ذهن انسجام‌یافته استفاده کنند. با این روش افراد متوجه شوند که آن‌ها تنها فکر نمی‌کنند، بلکه می‌توانند فکر کردن خود را مشاهده کنند. ذهن آگاهی توجه کردن به شیوه‌ای ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش‌داوری است. سنگ بنای ذهن آگاهی عطف توجه به شیوه‌ای ویژه و حفظ ارتباط با حال و تجربه اکنون است که استرس را به حداقل می‌رساند. منطق این ادعا این است که آشفتگی معمولاً با فکر به گذشته یا رویدادهای پیشرو و آینده در ارتباط است. چون به گذشته رفتن فکر با حزن در ارتباط بوده و اساساً فکر به آینده با نگرانی عجین می‌باشد. با رهاکردن خود از قید و بندهای گذشته و آینده (عوامل مداخله کننده) می‌توان آغوش خود را نسبت به اطلاعات محیطی مرتبط و کنونی باز کرد که این امر امکان افزایش پاسخ‌های سازگارانه را ارتقاء می‌دهد (کنگ و همکاران،۲۰۲۰)؛ و موجب ایجاد ظرفیت پذیرش نواقص و نارسایی ها و همچنین، یافتن ارزش‌های خود در زندگی می‌شود که در نهایت با افزایش امید به زندگی و انگیزه برای ادامه فرایند درمان همراه است. افرادی که ذهن‌آگاهی بیشتری درباره افکار و تأثیر آن روی احساس خود دارند و به احتمال زیاد می‌توانند از ابزارها و استراتژی‌های مختلف برای کمک به مدیریت احساس ناامیدی خود استفاده کنند و نور امید را در دل خود زنده نگه دارند (لانگر و نگومن،۲۰۱۷). براساس نظریه اشنایدر[۲۳] (۱۹۹۴) امید به توانایی طراحی گذرگاه‌های به‌سوی اهداف مطلوب به‌رغم موانع موجود و کارگزار یا عامل انگیزش لازم برای استفاده از این گذرگاه‌ها منجر می‌گردد. در نتیجه افرادی که آگاهی بیشتری نسبت به هیجان‌ها و احساسات خود داشته باشد و غیرقضاوتی عمل کند هیجان‌های مثبت را بیشتر تجربه می‌کنند که این امر خود باعث کاهش بروز مشکلات و استفاده از راهبردهای مناسب برای مقابله به چالش‌ها می‌شود و علاوه برآن باعث می‌شود افراد همه رویدادهای زندگی را به‌صورت مثبت‌تر ارزیابی کنند که این عوامل باعث بهبود امیدواری در زندگی می‌گردد.

در تبیین نتایج بدست آمده مرتبط با اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شادکامی و مؤلفه های آن در بیماران دیابتی می‌توان گفت بیماران دیابتی علاوه بر مشکلات جسمانی با مشکلات روحی که به دلیل علائم فیزیولوژیکی بیماری آن‌هاست، مواجه هستند. مکانیسم‌های اثرگذار ذهن آگاهی مانند مواجهه، تغییر شناختی، مدیریت خود، آرام‌سازی و پذیرش باعث کاهش شدت تحمل درد می‌شوند به بیان دیگر افراد مهارتی را یاد می‌گیرند که به کمک آن در هر لحظه نسبت به حالات بدنی، احساسات و افکار خودآگاه باشند و

[۲۳] . Snyder

طی تمرین‌ها حالت‌های بدنی و ذهنی معیوب را شناسایی کنند و به جای واپس رانی و کنترل آنها، آنها را بپذیرند و در زمان حال نگه دارند و کنار بگذارند یعنی به‌جای انکار، وجود آنها را می‌پذیرند و همین پذیرش بار منفی این حالات را پایین آورده و مانع پیشرفت علائم می شود. بنابراین پذیرش درد و آمادگی برای تغییر، عواطف مثبت را افزایش می‌دهد (برتویل و همکاران،۲۰۱۷).. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا دریابند که هیجانات منفی ممکن است روی دهند اما جزئی دائمی از شخصیت نیستند. علاوه بر آن به افراد کمک می‌کنند تا بجای واکنش غیرارادی، با تفکر و اندیشه پاسخ داده و واکنش مناسبی نشان دهند. اشخاصی که مهارت ذهن آگاهی را فرامی گیرند، در زمان حال و اکنون حوادث و رویدادهای درونی و بیرونی را کمتر از زمانی که ناراحت هستند درمی‌یابند زیرا در زمان آگاهی از حال، شخص دیگر بر گذشته و آینده تمرکز فعال ندارد. درحالی که بیشتر مشکلات به‌خصوص مشکلات روانی زمانی ایجاد می شوند که فرد به‌جای تمرکز بر حال بر گذ شته خود متمرکز می شود ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا با تمرکز بر اکنون، مشکلات و رویدادهای گذشته را در مرکز توجه خویش قرار ندهند و با تفکر و اندیشه پیرامون مسائل درک بهتری از آن‌ها پیدا کنند و واکنش‌های معقول را جایگزین پاسخ های نامعقول کنند (باقری و قره‌باغی،۱۳۹۸). ذهن آگاهی کمک می‌کند تا افراد دریابند که چگونه آرامش، رضایت و آسایش را دوباره در عمق وجود خویش درک نمایند و به آن‌ها کمک می‌کنند که این ویژگی‌ها را در زندگی روزمره خود بیامیزند و آن‌ها را به سبک زندگی خویش تبدیل نمایند که این به‌نوبه خود نقش سپری محافظ را در برابر مشکلات جسمی و روحی ایفا می‌کند. به کمک ذهن آگاهی بیمار به درک درستی از خود و بیماری خود دست می‌یابد. تمامی این مسائل که به کمک ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌شود موجب افزایش شادمانی در بیماران می‌شوند.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی می‌باشد که می‌توان گفت به دلیل تک جنسیتی بودن آزمودنی‌های این پژوهش در تعمیم‌یافته‌ها به جنس دیگر (مردان) و نیز گروه‌های سنی پایین‌تر باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین نگرش‌های فرهنگی متفاوت به درمان‌های روان‌شناختی و عدم لحاظ نمودن دوره‌های پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌باشد.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر پیشنهاد می‌گردد مراکز مشاوره مداخلات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در قالب برنامه‌های مکمل در کنار سایر درمان‌ها برای بیماران دیابتی در نظر بگیرند و از تأثیرات بسیار مثبت این درمان در بهبود سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی استفاده نمایند. آشنایی با شیوه‌ها و متدهای جدید شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و اجرای مداخلات به‌صورت گروهی می‌تواند موجب افزایش سلامت روانی، امید به زندگی و شادکامی بیماران دیابتی شود، بنابراین پیشنهاد می‌شود در رسانه‌های آموزشی، اجتماعی و ارتباطی به اصول و تکنیک‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی پرداخته شود تا عموم مردم بخصوص افراد داری بیماری‌های مختلف از جمله افراد دارای بیماری دیابت تغییرات لازم را در خود به وجود آورند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی در راستای نتایج این پژوهش دوره پیگیری اجرا گردد. همچنین در پژوهش‌های آتی به

مقایسه تأثیر آموزش برنامه‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و سایر درمان‌های شناختی رفتاری و موج سوم در این گروه از بیماران پرداخته شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسنده این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

Alipour A, Noorbala AA. A preliminary evaluation of the validity and reliability of the Oxford happiness questionnaire in students in the universities of Tehran. Iran J Psychiat and Clin Psychol 1999; 5(1):55-66. (Persian)

Argyle, M. Martin, M. & Crossland J. Happiness as a function of personality and social encounters. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds). Recent advances in social psychology: An International perspective (pp.189-203).1989. North-Holland: Elsevier.

Asarzadegan, Mehsa, Raisi, Zahra. The effect of training on positive psychology on the quality of life and happiness in patients with type 2. Health Psychology, 2018; 8 (30): 97-116. doi: 10.30473/hpj.2019.40538.4025

Bagheri, Farideh and Gharehbaghi, Fatemeh.The Relationship between Mindfulness, Happiness and Healthy Lifestyle, 2019, https://civilica.com/doc/1139010.

Birtwell, K. Dubrow-Marshall, L., Dubrow-Marshall, R., Duerden, T., Dunn, A. A mixed methods evaluation of a Mindfulness-Based Stress Reduction course for people with Parkinson's disease. Complementary Therapies in Clinical Practice, 29, 220-228.2017 https://doi.org/10.1016/j.ctcp.10.009

Chang, E. C., Yu, T., Chang, O. D., & Hirsch, J. K. Hope and trauma: Examining a diathesis-stress model in predicting depressive and anxious symptoms in college students. Personality and Individual Differences, 52-54. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.060

Cheung P, Spears G. Reliability and validity of the Cambodian version of the 28-item general health questionnaire. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1994; 29(5):95-9. DOI: 10.1007/BF00805629

Demhari Farangis, Saeed Manesh Mohsen, Valizadeh Pourkani Mehdi. The effectiveness of cognitive therapy training based on mindfulness on the mental health of gifted male students. 2019. Available from: https://sid.ir/paper/900195/fa

Ebadi Nada, Sudani Mansour, Faqihi Ali Naghi, Hosseinpour Mohammad. Investigating the part of positivity education with emphasis on Quranic verses on increasing the life expectancy of divorced women in Ahvaz city. New findings in psychology (social psychology) [Internet]. 2018; 4(10): 71-84. Available from: https://sid.ir/paper/175155/fa

Fakhri Mohammad Kazem, Bahar Adele, Amini Fatemeh. The effectiveness of mindfulness on happiness and blood sugar reduction in

882-875. URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-646-fa.html

Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of general health questionnaire. Psychological Medicine 1979;9(2):131-45 DOI: 10.1017/s0033291700021644

Gottlieb, R., & Froh, J. Gratitude and happiness in adolescents: A qualitative analysis. In Scientific concepts behind happiness, kindness, and empathy in contemporary society (pp. 1-19). IGI Global.2019, DOI: 10.4018/978-1-5225-5918-4.ch001

Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance mindfulness, and values: a randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2007; 75(2): 336-43. DOI: 10.1037/0022-006X.75.2.336

Hazlett-Stevens H, Singer J, Chong A. Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy with older adults: A qualitative review of randomized controlled outcome research. Clin Gerontology 2019; 42(4): 347-358. Doi: 10.1080/07317115.2018.1518282.

Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M Kubiak T, Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. Diabetic Medicine. 2004; 293–300. Doi: 10.1111/j.1464-5491.2005.01414. X.

Hillis P, Argyle M. Happiness, introversion-extraversion and happy introverts. Perso & Indi diff.2001; 30: 595-608. DOI:10.1016/S0191-8869(00)00058-1

Hitchcock, C., Rudokaite, J., Haag, C., Patel, S. D., Smith, A., Kuhn, I., & Dalgleish, T. Autobiographical memory style and clinical outcomes following mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): An individual patient data meta-analysis. Behavior Research and Therapy, 104048.

diabetic patients. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences (University Letter) [Internet]. 2016; 27(151):94-104. Available from: https://sid.ir/paper/46073/fa

Fathabadi J, Haji Ghorbani Dolabi M, Arjmandnia A A, Sadeghi S. Prediction of Blood Glucose Level through Irrational Health Beliefs and Health Locus of Control in Patients with Type 2 Diabetes in

Feifer C, Tansman M. Promoting psychology in diabetes primary care. Professional Psychology: Research and Practice; 1999. 30(1): 14-21. https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.1.14

Friis AM, Consedine NS, Johnson MH. Does kindness matter? Diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. Diabetes Spectrum. 2015; 28(4):252-57. doi:10.2337/diaspect.28.4.252.

Garrett C, Doherty A. Diabetes and mental health. Clinical Medicine 2014; 14(6): 669-672.doi: 10.7861/clinmedicine.14-6-669.

Ghaedi Heydari F, Toghian Chaharsoghi N. The Effect of Simultaneous Incidence of Diabetes and Depression. Jorjani Biomed J 2012; 1 (1):1-8 (Persian). URL: http://goums.ac.ir/jorjanijournal/article-1-194-en.html

Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality-of-life in outpatients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2014; 13(4): 319-330 (Persian). URL: http://ijdld.tums.ac.ir/article-1-5216-en.html

Ghorashi P, Tajeri B, Ahadi M, Maliholzakerini S. Comparison of effectiveness mindfulness & hypnotherapy on perceived stress in patients with diabetes disease. Psychological Sciences 2020; 19(91):

cardiovascular disease, and type 2 diabetes: prospective cohort study. BMJ 2020; 368. DOI: 10.1136/ bm j. l6669

Liang, S., Dong, M., Zhao, H., Song, Y., & Yang, A. Mindfulness and life satisfaction: The moderating effect of self-control and the moderated moderating effect of resilience. Personality and Individual Differences, 185, 111241. http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2022.111241

Livneh H, Wilson LM. Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adapptation. Rehabil Couns Bull 2003; 46: 194-208. http://dx.doi.org/10.1177/003435520304600401.

Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA. 2008; 300(11): 1350-2.

Ludwigs, K., Henning, L., & Arends, L. R. Measuring happiness—a practical review. In Perspectives on Community Well-Being (pp. 1-34). Springer, Cham. 2019.DOI:10.1007/978-3-030-15115-7_1

Luo, SHappiness and the Good Life: A Classical Confucian Perspective. Dao, 2019, 18(1), 41-58. DOI:10.1007/s11712-018-9640-8

Luy M, Di Giulio P, Di Lego V, Lazarevic P Sauerberg M. Life expectancy: frequently used, but hardly understood. Gerontology 2020; 66(1): 95-104. DOI: 10.1159/000500955

Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. Nurse Res. 1988; 37(1):6–10. DOI: 10.1097/00006199-198801000-00002

Mousavi S A, Zare-Moghaddam A, Gomnam A, Mirbluk bozorgi A, Hasani F. Mindfulness from theory to therapy. Rooyesh 2019; 8 (1):155-170URL: http://frooyesh.ir/article-1-413-fa.html

Rosenzweig S, Greeson J, Reibel D, Green J, Jasser S, Beasley D. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104048

Ho JY, Hendi AS. Recent trends in life expectancy across high income countries :retrospective observational study. BMJ, 2018; 362: k2562. https://doi.org/10.1136/bmj.k2562

Homan H. Standardization and standardization of the public health questionnaire for undergraduate students of Tarbiat Moallem University. Tarbiat Moallem Univ Educ Res Inst.2007. [Persian]

Hosseini SM. On the relationship between life expectancy and psychological perseverance: a case study of male and female students [Thesis for M.Sc.]. [Gachsaran, Iran]: Islamic Azad University, Gachsaran Branch; 2006. [Persian]

https://www.idf.org.

https://parsi.euronews.com/2023/06/23/researchers-warn-about-spread-of-diabetes-in-the-world-until-2050

international conference on recent innovations in psychology, counseling and behavioral sciences, Tehran,2016. https://civilica.com/ doc/670113

Keng, S. L., Looi, P. S., Tan, E. L. Y., Yim, O. S., San Lai, P., Chew, S. H., & Ebstein, R. P. Effects of mindfulness-based stress reduction on psychological symptoms and telomere length: a randomized active-controlled trial. Behavior therapy, 2020.51(6), 984-996. Doi: 10.1016/j.beth.2020.01.005

Khosravi E, Ghorbani M. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction on perceived stress and blood pressure among the hypertensive women. Feyz 2016; 20(4):361-368 (Persian). URL: http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-3136-en.html

Langer, E. J., & Ngnoumen, C. T. (2017). Mindfulness. In Positive Psychology (pp. 95-111). Routledge.

Li Y, Schoufour J, Wang DD, Dhana K, Pan A, Liu X, et al. Healthy lifestyle and life expectancy free of cancer,

Mindfulness-based s tress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. J Psychosom Res. 2019.; 68(1): 29-36.

Samadzadeh A, Salehi M, Banijamali S, Ahadi H. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy with Mindfulness Training on Psychological Well-being in Patients with Type 2

Diabetes. Journal OF Psychological Science November 2018; 17(68): 491-499 (Persian). URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-187-en.html

Shabani, Mahshid, the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness on reducing the level of depression and improving the sense of psychological coherence of diabetic patients, the fourth

Snyder, C. R. The psychology of hope: You can get there from here. Simon and Schuster.1994.

Srikanth V, Sinclair AJ, Hill-Briggs F, Moran C, Biessels GJ. Type 2 diabetes and cognitive dysfunction—towards effective management of both comorbidities. The lancet Diabetes & Endocrinology 2020; 8(6): 535-545. Doi: 10.1016/S2213-8587(20)30118-2.

Taghavi M. Assessment of the Validity and Reliability of the General Health Questionnaire. J psychology. 2001; 5(3.) 381-98. https://sid.ir/paper/46253/fa [In Persian]

Tehran City. J Arak Uni Med Sci 2019; 21 (7): 102-111.URL: http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5759-fa.html.

Van Son J, Nyklicek I, Nefs G, Speight J, Pop VJ, Pouwer F. The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: could mindfulness serve as a buffer? Results from Diabetes MILES: The Netherlands. J Behavior Med, 2015; 38(2): 251-60. Doi: 10.1007/s10865-014-9592-3.

Vine, R., & Judd, F. Contextual issues in the implementation of mental health legislation. International journal of law and psychiatry, 2019, 62, 16-19. https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2018.11.002

Welch, J. G. HOPE for community college students: The impact of merit aid on persistence, graduation, and earnings. Economics of Education Review, 43, 1-20. DOI: 10.1016/j.econedurev.2014.08.001

Whitebird RR. Kreitzer MJ. O'Connor PJ. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. Diabetes Spectrum 2009; 22(4):226-230. https://doi.org/10.2337/diaspect.22.4.226