

## «فرایندهای شناختی» و «شاخص قند خون زنان دیابت نوع دو» در اثر بخشی «آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه»

فاطمه شهابی‌زاده\*

نسرین امینی\*\*

### چکیده

هدف پژوهش حاضر عبارت بود از بررسی «فرایندهای شناختی» و «شاخص قند خون زنان دیابت نوع دو» با توجه به «اثر بخشی آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه». این پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی در سال ۱۳۹۶ در شهرستان بردسکن انجام شد و جامعه آماری آن شامل بیماران دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ظاهر آباد بود. ۳۰ نفر از بیماران به شیوه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و آزمایش HbA1C و FBS ثبت شد. تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد «نگرانی»، «عدم تحمل بلاتکلیفی» و «قند خون» گروه آزمایش به‌طور معناداری کاهش یافته است که گویای اثر بخشی «آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه» در بیماران دیابتی است. براساس نتایج، آموزش یاد شده می‌تواند همگام و همراه با دارودرمانی در کنترل قند خون مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: دیابت نوع دو، هموگلوبین گلیکوزیله، نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی، آموزش آسیب‌های دنیاگرایی.

## مقدمه

دیابت<sup>۱</sup> شامل گروهی از بیماری‌های متابولیک است که به دلیل تولید ناکافی انسولین در بدن و نبود پاسخ‌دهی مناسب سلول‌ها به انسولین تولید شده، میزان قند خون فرد مبتلا افزایش می‌یابد (کروتکو و کاسمتاویساب،<sup>۲</sup> ۲۰۱۲). میزان بروز این بیماری به صورت صعودی در حال افزایش است (پریا و راجالاکسمی،<sup>۳</sup> ۲۰۱۲). شیوع این بیماری در دنیا ۱-۲٪ و در ایران ۳ تا ۵ درصد برآورد شده است و سالانه ۱۰۰ هزار مورد جدید به مبتلایان افزوده می‌شود. اکنون در سراسر جهان ۳۴۷ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند (شهادی و همکاران،<sup>۴</sup> ۱۳۹۴). در دیابت نوع دو یا دیابت ملیتوس،<sup>۴</sup> به سبب کافی نبودن انسولین ترشح شده موجود، شخص مبتلا دارای میزان قند خون بالایی هست (دیوانی و سام،<sup>۵</sup> ۲۰۱۴). تقریباً ۹۰ درصد از مبتلایان به دیابت از نوع دو رنج می‌برند و شناسایی زود هنگام افراد در معرض خطر و بیماران مبتلا به این نوع دیابت، یکی از چالش‌های مهم در زمینه پزشکی دیابت است (شیوا کمار و آلبی،<sup>۶</sup> ۲۰۱۴). برخی پژوهش‌ها، افزون‌بر مشکلات جسمی، درجات بالایی از مشکلات عاطفی را شامل اضطراب، پرخاشگری، نگرانی (کولینز<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ مهتیوی،<sup>۸</sup> ۲۰۱۳) و افسردگی (کابات زین،<sup>۹</sup> ۱۹۹۹) در افراد دیابتی گزارش کرده‌اند و مطالعاتی نیز تأثیر عوامل خلقی را در پیشگیری از ایجاد دیابت در بیماران پیش دیابتیک<sup>۱۰</sup> نشان داده‌اند (کیروس<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب و استرس، در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت، کنترل قند خون را مختل می‌کند (مبرگ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از برادلی،<sup>۱۳</sup> ۱۹۹۴)؛ بنابراین به نظر می‌رسد عوامل روان‌شناختی در کنترل این بیماری نقش داشته باشند. یکی از متغیرهای روان‌شناختی در ارتباط با بیماری‌های جسمانی (مانند دیابت)، نگرانی<sup>۱۴</sup> است (کلی،<sup>۱۵</sup> ۲۰۰۲). نگرانی مقاومت بدن در برابر عفونت را کاهش می‌دهد و موجب تحریک

1. Diabetes
2. Kurutach & Kasemthweesab
3. Priya & Rajalaxmi
4. Mellitus
5. Diwani & Sam
6. Shivakumar & Albi
7. Collins
8. Mehtiyas
9. Kabat-zinn
10. Diabetic Premature Patients
11. Kyrios
12. Mobery
13. Bradly
14. Worried
15. Kelly

تیرونید، پانکراس و هیپوفیز می‌شود و این امر می‌تواند به عوارض جسمانی بینجامد (نیکبخت نصرآبادی و همکاران، ۱۳۸۷). نگرانی مشخصه اصلی حالت‌های اضطرابی، به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر است و به‌عنوان زنجیره‌ای از افکار، تصورات و عواطف منفی و احتمالاً غیرقابل کنترل شناخته می‌شود که برای حل یک مسئله درونی عمل می‌کند که پیامد نامعلوم و یا بیش از یک نتیجه منفی دارد (نولن-هوکسما،<sup>۱</sup> ۲۰۰۴). از سویی، عدم تحمل بلا تکلیفی<sup>۲</sup> نقش کلیدی در ایجاد و حفظ نگرانی دارد، عدم تحمل بلا تکلیفی، یک ویژگی شخصیتی است که از مجموعه‌ای عقاید منفی دربارهٔ نبود قطعیت تشکیل شده است (داگاس و کرنر،<sup>۳</sup> ۲۰۰۵). عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد و سازه مرکزی در تبیین نگرانی به‌عنوان ویژگی اصلی اختلال اضطراب است (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به اینکه نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی با اضطراب و افسردگی مرتبط است (داگاس و همکاران، ۲۰۱۰) و نیز کنترل دیابت با اضطراب (ماچاو-بین،<sup>۴</sup> ۲۰۱۲) و افسردگی (اکانر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ روستاد و همکاران، ۲۰۱۱) همراه است، پس به نظر می‌رسد دستکاری مؤلفه‌های شناختی نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی کاهش دیابت را موجب شود. در مجموع با توجه به آنچه آمد، افراد مبتلا به دیابت جهت کنترل دیابت ملزم به تغییرات اساسی در زندگی خود هستند. از مهم‌ترین تغییرات در زندگی این افراد شادکامی و سلامت روان است (لی<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۷)؛ و با توجه به تأثیر حکمت‌های نهج‌البلاغه در کاهش اضطراب و افسردگی (رحیمیان بوگر و سنایی، ۱۳۹۱) و نقش معنویت در سلامت روان (بکلمن<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ کروس و باستیدا،<sup>۸</sup> ۲۰۰۹؛ زیلانی و سیمور،<sup>۹</sup> ۲۰۱۰؛ مک فارلند،<sup>۱۰</sup> ۲۰۱۱ و پرز و اسمیت،<sup>۱۱</sup> ۲۰۱۵) و ساختارهای شناختی (لزیو،<sup>۱۲</sup> ۲۰۰۷) و ادراک کنترل (فوتولاکیس<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، درک

1. Nolen & Hoeksma
2. Intolerance of uncertainty
3. Dugas & Koerner
4. Machao -bin
5. Oconnor
6. Lee
7. Bekelman
8. Krause & Bastida
9. Zeilani & Seymour
10. Macfarlnd
11. Perez & Smith
12. Lesio
13. Fountoulakis

درست از آسیب‌های دنیاگرایی می‌تواند در بازسازی شناختی خطاهای شناختی و افکار منفی در موقعیت‌های مختلف مؤثر باشد، زیرا آموزش آسیب‌های دنیاگرایی خود یک فرایند شناختی است که ساختار شناختی را نیز متأثر می‌سازد. از دیدگاه قرآن کریم پیامدهای دنیاگرایی عبارت‌اند از: دل‌بستگی به زندگی مادی و بی‌اعتقادی به جهان آخرت که نتیجه آنها شکل‌گیری مفاهیمی چون خودخواهی و تکبر، حرص و فزون‌طلبی، بی‌توجهی به یتیمان، جاه‌طلبی، تکاثر، غرور و... است (زروانی و علی‌اصغری، ۱۳۹۲؛ به نقل از شهابی، ۱۳۹۴). از دیدگاه امام علی (علیه السلام) پیامدهای دنیاگرایی عبارت‌اند از: نداشتن قدرت تفکر درست و همچنین نداشتن زندگی هدفمند و در نتیجه از دست دادن اعتماد دیگران و نیز فراموش کردن خدا، نترسیدن از خدا، ترجیح دادن دنیا به آخرت و در نهایت خراب کردن آخرت و رسوایی در دو جهان است (ریاض عبدالصاحب، ۱۳۹۰). افزون‌بر این درمان دیابت نیز به میزان زیادی بستگی به رفتار و اعتقادات و باورهای خود بیمار دارد؛ و بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت در ارتباط با باورهای شناختی بیمار است و از سویی، شیوه‌های شناختی با تأکید به اندیشه‌های معنوی برای مقابله با مشکلات و فشارهای زندگی عبارت‌اند از: ۱. ایمان به خدا؛ ۲. بینش فرد نسبت به سختی‌ها و توجه به حکمت؛ ۳. توکل به خدا و اعتماد به مقدرات الهی (بابایی و همکاران، ۱۳۹۴) که می‌تواند در بهبود بیماری مؤثر باشد؛ همچنین در این راستا مطالعات فراوانی نیز اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی چون ذهن‌آگاهی (روزنزیویگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) را بر کاهش شاخص‌های قند خون نشان داده‌اند. اگرچه رابطه دنیاگرایی با سلامت روان (فتحی آشتیانی و اکبری، ۱۳۸۸) بررسی شده، اما تاکنون به دنیاگرایی به شیوه مداخله‌ای پرداخته نشده است؛ ضمن اینکه چنین رویکردی با نگاه نهج‌البلاغه نیز در بیماران جسمانی از جمله دیابتی بررسی نشده است که در پژوهش حاضر بررسی خواهد شد، افزون‌بر این، مداخله یادشده بر فرایندهای شناختی بررسی می‌شود که بعدی از نشانگان روان‌شناختی اضطراب و افسردگی است. در مجموع مطالعه حاضر به دنبال اثربخشی آموزش آسیب‌های دنیاگرایی از نگاه نهج‌البلاغه بر فرایندهای شناختی (عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی) و شاخص قند خون است.

## روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه کاربردی نیمه آزمایشی است که با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه آزمایش و کنترل انجام شد. جامعه آماری آن شامل همه بیماران (زن) مبتلا به دیابت نوع دو ۳۰ تا

1. Rosenzweigs

۶۰ سال با سابقه دست‌کم دو سال دیابت نوع دو دارای پرونده و مراجعه‌کننده در سال ۹۶ به کلینیک دیابت شهر بردسکن و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی ظاهرآباد است. برای انتخاب نمونه پژوهش از بین مراجعان تعداد ۴۰ نفر به‌طور در دسترس انتخاب شدند که ۳۱ نفر از آنان موافقت خود را اعلام کردند و ۹ نفر دیگر از جریان پژوهش حذف و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن دست‌کم تحصیلات ابتدایی، ابتلا نداشتن به بیماری طبی حاد یا مزمن که ممکن بود مشکلاتی را برای مشارکت بیمار در جلسات طولانی ایجاد کند، نبود اخذ داروهای روان‌پزشکی یا مصرف داروهای غیرمجاز و سوء مصرف مواد مخدر و همچنین تزریق نکردن انسولین و سرانجام دریافت نکردن هر نوع آموزش روان‌شناختی. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه یا بروز عارضه پزشکی و روان‌پزشکی برای بیماران دیابتی. از آزمودنی‌های انتخاب شده در هر دو گروه درخواست شد که همگی به آزمایشگاه کلینیک و مرکز خدمات جامع سلامت روستایی مراجعه کنند و آزمایش هموگلوبین ای وان سی را انجام دهند و پس از آن با در دست داشتن پاسخ آزمایش به مراکز مربوطه مراجعه کنند. پس از رجوع افراد در تاریخ تعیین شده، ضمن جلب اعتماد مراجع‌کنندگان و ارائه توضیحات لازم درباره روند پژوهش، دو پرسشنامه نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل برای پیش‌آزمون تکمیل شد و برنامه ادامه جلسات برای هر دو گروه شرح داده شد؛ به این صورت که از گروه کنترل درخواست شد پس از آخرین جلسه آموزشی با در دست داشتن آزمایش هموگلوبین ای وان سی دوم و تکمیل دوباره پرسشنامه‌ها (پس‌آزمون) در تاریخ تعیین شده مراجعه کنند و به ایشان هیچ نوع آموزشی پیش از آن ارائه نشد و برای گروه آزمایش جلسات آموزشی برنامه آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه به مدت یک ماه هر هفته دو جلسه (هشت جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه از سوی محقق، در زینبیه ماندگار روستای ظاهرآباد) برگزار شد و یک هفته پس از آخرین جلسه آموزشی گروه آزمایش همچون گروه کنترل-آزمایش هموگلوبین ای وان سی دوم را ارائه و دوباره پرسشنامه‌ها را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)<sup>۱</sup>: پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا را میسر، میلر، بورکوک و متزیگر<sup>۲</sup> در ۱۹۹۰ ساخته‌اند، پرسشنامه خودگزارش‌دهی ۱۶ سؤالی براساس مقیاس ۵ لیکرتی است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه به‌عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود و دو بعد دارد که پرسش‌های مربوط

1. Penn State Worry Questionnaire

2. Meyer; Miller; Borkovec & Metzger

به هر بعد در جدول زیر ارائه شده است: در پژوهش دهشیری و همکاران (۱۳۸۸) نتایج تحلیل عاملی نشان داد که مدل دو عاملی این پرسشنامه (عامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی) نسبت به مدل تک عاملی دارای برازش بهتری است. ضرایب همسانی درونی و بازآزمایی (با فاصله زمانی یک ماه) پرسشنامه در حد بالایی بود؛ همچنین همبستگی معنادار نمرات این پرسشنامه با پرسشنامه صفت اضطراب و افسردگی بیانگر روایی پرسشنامه است و همچنین پایایی پرسشنامه با قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد و نیز پژوهش شیرین‌زاده و همکاران (۱۳۸۷)، پایایی آزمون را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش کردند.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS):<sup>۱</sup> فریستون<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۹۴) این پرسشنامه را برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و بلا تکلیفی ساخته‌اند. این مقیاس ۲۷ گویه دارد. این مقیاس دو عامل را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند؛ عامل ۱: بلا تکلیفی تلویحات خود ارجاعی و عامل ۲: رفتار غیر منصفانه. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. از ۱= کاملاً نادرست تا ۵= کاملاً درست. جملات این پرسشنامه نوع واکنش افراد بلا تکلیفی‌های زندگی را توضیح می‌دهند. اعتبار این آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی (۰/۶۰)  $r=$  مقیاس افسردگی بک (۰/۵۹)  $r=$  و مقیاس اضطراب بک (۰/۵۵)  $r=$  در سطح ۰/۰۱ معنادار به دست آمده است. نسخه اولیه به زبان فرانسوی ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله چهار هفته  $r=$  ۰/۷۸ به دست آورده است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴). بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب پایایی بازآزمایی آن را در فاصله پنج هفته‌ای ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند. بوهر و داگاس (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده برای این مقیاس را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

### آزمایش HbA1c خون

هموگلوبین ای وان سی،<sup>۳</sup> پروتئینی است که از لحاظ بالینی به‌عنوان مهم‌ترین نشانگر پایش کنترل درازمدت قند خون شناخته شده است. آزمایش هموگلوبین ای وان سی، میزان متوسط گلوکز خون در ۲ تا ۳ ماه اخیر را می‌سنجد (پاورز،<sup>۴</sup> ۲۰۰۵). در واقع تأثیر نوع درمان و بهبودی کنترل میزان

1. The intolerance of Uncertainty
2. Freeston
3. Glycosylated Hemoglobin
4. Powers

قند خون را می‌توان از کاهش هموگلوبین ای وان سی دریافت (رجب، ۱۳۷۲). این شاخص به صورت درصد گزارش شده و با توجه به دامنه نرمال تعیین شده از هر آزمایشگاه قابل تفسیر است. در پژوهش حاضر از دستگاه و کیت نایوکارد برای اندازه‌گیری ای وان سی بیماران برای هر دو گروه آزمایش و کنترل پیش و پس از دوره آموزشی آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج البلاغه استفاده شد.

### ساختار و چارچوب جلسات آموزشی

در این روش، محتوای جلسات آموزشی براساس بسته آموزشی شهابی (۱۳۹۴) با رویکرد شناخت درمانی یک است. ساختار جلسات بدین شرح است که در جلسه‌های آموزش به فرد کمک می‌شود تا اعتقادات معنوی و باورهای دینی خود را تقویت کند و نسبت به نظم جهان هستی، وجود قدرت مطلق پروردگار و رحمت الهی توجه و تمرکز داشته باشد. در واقع، در این روش به کارگزاری شناختی نوین بنابر آموزه‌های مذهبی و اسلامی اقدام می‌شود. ادامه محتوای جلسات آموزشی به ترتیب زیر است:

جدول ۱. محتوای جلسات آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج البلاغه (براساس بسته آموزشی شهابی، ۱۳۹۴، با رویکرد شناخت درمانی یک):

شماره	موضوع	هدف	فعالیت در جلسه	فعالیت در منزل
جلسه ۱	بررسی واژه دنیا از نظر لغوی و ماهیت آن از دیدگاه امام علی <small>علیه السلام</small>	آشنایی با نحوه تغییر افکار افراد و تغییر الگوهای آسیب‌زای رفتاری، آموزش بهبود احساس و حل و فصل تعارض‌ها، آگاه شدن از مشکلاتی و یاد گرفتن شیوه‌های تغییر	سه موقعیت را مثال بزنید که مال و فرزند و امور مربوط به آن عامل شادی و غم شما شده و میزان این شادی و غم چقدر بوده است؟ جدول سه ستون شامل: -موقعیت‌های روزمره - احساس شادی ۰ تا ۱۰ - احساس غم ۰ تا ۱۰	در مورد انواع امور زیر (هوس، حسد، حرص، ترس از مردم) که در زندگی خود تجربه کردید، مثالی بزنید و پیامد این امور را بیان کنید. جدول سه ستون شامل: -موقعیت هوس، حرص، حسد، ترس از مردم - رفتار و عکس العمل - پیامد آن
جلسه ۲	دنیاشناسی توصیف دنیا و آخرت و چگونه بودن دنیا و بر حذر داشتن از آن	آشنایی با دنیای مدموم و ممدوح بیماران، گذرا بودن دنیا، شناخت دنیای مدموم و ممدوح به بیماران و آشنایی با استرس‌های ناشی از تمایل به دنیا	با توجه به گفته حضرت علی <small>علیه السلام</small> که اهل دنیا سوارانی هستند که آنها را می‌برند، اما خود در خوابند. مواردی از زندگی خود را بنویسید که به دست آوردن یا از دست دادن آن سبب اضطراب شما شده است و نوع و شدت آن را بیان کنید و آنها با احساس فعلی خود مقایسه کنید؟	با مرور گذشته، خود را به صورت مثبت در رابطه با دنیا معرفی کنید که نشانگر بهترین نقاط قوت شخصیتی و چگونه استفاده بهینه از آن باشد و در قسمت دیگر خود را به صورت منفی در رابطه با دنیا معرفی کنید که درگیری با امور دنیوی شما را از دیگر امور بازداشته

<p>است؟ جدول دو ستون شامل: - جنبه مثبت شما در رابطه با دنیا - جنبه منفی شما در رابطه با دنیا</p>	<p>جدول سه ستون شامل: - تعریف موقعیت مالی - احساس اضطراب و تسلط بر آن ۰ تا ۱۰ - احساس کنونی ۰ تا ۱۰</p>			
<p>هر کدام موقعیت‌های (نماز و کظم غیض و صداقت و وفاداری و امانتداری) دنیا را ترجیح دادی علت آنها توضیح دهید و احساس پس از آن را بنویسید؟ جدول سه ستون شامل: - موقعیت: نماز، کظم غیض، صداقت، وفاداری ... - امور مادی ترجیح داده شده - نوع احساس از ۰ تا ۱۰</p>	<p>در چه موقعیت‌هایی قادر به کنترل خشم خود نبودید و بیان کنید در این موقعیت‌ها چقدر به یاد خدا بودید و این خشم و عصبانیت چه پیامدی برای شما در برداشته است؟ جدول پنج ستون شامل: - موقعیت زمانی و مکانی - نوع هیجان از ۰ تا ۱۰ - میزان یاد خدا - رفتار ناشی از عصبانیت - پیامد خشم</p>	<p>بیماران بفهمند و آگاه شوند آرزوهایی که دارند به‌طور مستقل ارزشمند نیست و باید کمال خود را در جایی دیگر غیر از دنیا جستجو کنند. آشنایی با ویژگی‌های کمالات دنیوی در برابر کمالات معنوی</p>	<p>بیان ویژگی‌های ارزشی خواسته‌ها و کمالات دنیوی تضاد با رضایت خدا. کم‌ارزشی و فریبندگی</p>	<p>جلسه ۳</p>
<p>یک موقعیت مادی و یک موقعیت معنوی مورد علاقه خود را مثال بزنید که بر سلامت و حال روانی شما تأثیر داشته است، میزان احساس و باور خود را به این موقعیت‌ها را بیان کنید؟ جدول سه ستون شامل: - موقعیت مادی و معنوی - نوع احساس ۰ تا ۱۰ - میزان باور و اعتقاد</p>	<p>مشخص کنید در چه مواردی از مشکلات دنیوی امور معنوی نماز و دعا آرامش بخش شما بوده پس از آن چه احساسی داشتید و پیامد ناشی از آن حال معنوی در زندگی‌تان چه بود؟ جدول سه ستون شامل: - موقعیت (مشکلات دنیوی) - نوع احساس و شدت ۰ تا ۱۰ پیامد</p>	<p>آشنایی بیماران با عواقب دنیاگرایی و تأثیر دنیاگرایی بر سلامت روانی و جسمی افراد و آشنایی آنان با تأثیر معنویت بر سلامت روانی و جسمانی آشنایی با تأثیر مثبت و منفی دنیاگرایی و معنویت بر جسم</p>	<p>تأثیر دنیاگرایی بر سلامت و تأثیر معنویت بر سلامت</p>	<p>جلسه ۴</p>
<p>در چه موقعیت‌هایی دچار ناراحتی شده‌اید، آن را شرح دهید و بگویید پس از آن چه هیجانی را تجربه کردید و شدت درد ناشی از آن را بیان کنید؟ جدول سه ستون شامل: - موقعیت (عامل ناراحتی گوارشی) - نوع هیجان و شدت آن از ۰ تا ۱۰ - شدت درد از ۰ تا ۱۰</p>	<p>استرس ناشی از عقاید غیرعقلانی (شهرت در بستگان و...) را بیان کنید، مشخص کنید چه افکار و راهکارهایی منطقی برای آن دارید؟ جدول سه ستون شامل: - عقاید غیرعقلانی مرتبط با امور دنیوی - استرس ناشی از این - جایگزینی افکار منطقی</p>	<p>آشنایی با مهارت سلامت روانی در پرتو دین، آشنایی با روش برخورد با دنیا آشنایی با الگوی ABC آشنایی با افکار و اصلاح باورهای نادرست</p>	<p>نگاه اضطرابی به دنیا و دنیاگرایی روش برخورد با دنیا</p>	<p>جلسه ۵</p>
<p>عملکرد خود را در امور مادی روزمره و ظواهر آن در مقایسه با دیدگاه حضرت علی <small>علیه السلام</small> بحث کنید و شباهت‌ها و تفاوت‌های آن را بنویسید؟ جدول پنج ستون: - امور مادی و ظواهر آن - دیدگاه امام - دیدگاه شما - شباهت بین دیدگاه هر دو - تفاوت بین دیدگاه شما و آن حضرت</p>	<p>بر اساس نمونه‌های تاریخی دو نمونه از افراد ساده‌زیست و دو نمونه از افراد دنیاگرا و سرانجام آنها را توضیح دهید؛ جدول چهار ستون شامل: - افراد ساده‌زیست و سرانجام آنها - ویژگی آنها - افراد دنیاگرا و سرانجام آنها - ویژگی آنها</p>	<p>توانا شدن جهت شناخت عقاید منفی ناشی از دنیاگرایی، بیان موقعیت‌های استرس‌زا، جایگزینی افکار خوشایند شناخت مضرات تجمل‌گرایی شناخت آثار دنیاگرایی</p>	<p>مذمت دنیا آثار و پیامد دنیاگرایی خطرات و فاسد دنیاگرایی و دنیاپرستی</p>	<p>جلسه ۶</p>



جلسه ۷	ضرورت توجه به فناپذیری دنیا پایان ارتباط حیات طبیعی با رویه محسوس عالم طبیعت فنا زوال است	شناخت پیامدهای دنیاگرایی. شناخت مؤلفه‌های رابطه انسان با خدا (ترس، محبت و نیاز)	سه مورد از آسیب‌های جسمی و روحی خود در نتیجه گرایش به دنیا و استرس ناشی از آن را بیان کنید؛ جدول سه ستون شامل: -موقعی -استرس ناشی از آن -آسیب‌های جسمی و روحی	نظر خود را نسبت به دنیا بنویسید و اینکه قبلاً چقدر برای امور دنیوی اهمیت قائل بودید و میزان اعتقاداتان به این عقیده را بیان کنید و بگویید در نتیجه بیانات گفته شده در این جلسه‌ها نگاه و عقیده کنونی شما چیست و درجه اعتقاداتان به آن چقدر است و پیامد و نتیجه این تغییر نگاه در زندگی‌تان چگونه است؟ جدول سه ستون شامل: -نگاه قبلی (میزان اعتقاد ۰ تا ۱۰) -نگاه فعلی (میزان اعتقاد ۰ تا ۱۰) -پیامد ناشی از این نگاه در زندگی
جلسه ۸	روش مبارزه با دنیاگرایی	شناخت روش مبارزه با دنیاگرایی، کمک‌خواهی از خدا و عواقب آن، شناخت از تأثیر یاد مرگ و معاد بر زندگی	چند موقعیت در زندگی روزمره‌تان که زهد پیشه کردید و آخرت را بر دنیا ترجیح دادید، بگویید چه احساسی داشته‌اید و پیامد ناشی از آن در زندگی‌تان چگونه بوده است؟ جدول سه ستون شامل: -موقعیتی که زهد پیشه کرده‌اید؟ -نوع احساس از ۰ تا ۱۰ پیامد ناشی از این زهد	مشخص کنید در چه موقعیت‌هایی بیشتر به یاد معاد و مردگان خود می‌افتید و عکس‌العمل و هیجانی را توضیح دهید که در آن موقعیت‌ها تجربه می‌کنید؟ جدول سه ستون شامل: -موقعیت (یاد مردگان و معاد) -نوع هیجان (شدت ۰ تا ۱۰) -عکس‌العمل ناشی از این فکر
جلسه ۹	پس‌آزمون			

### نتایج

داده‌های جمعیت‌شناختی به شرح ذیل است: میانگین سن پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش ۴۹/۴۰ سال و در گروه کنترل ۴۶/۳۱ سال؛ میانگین مدت ابتلا به بیماری پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش ۷/۴۷ سال و در گروه کنترل ۷/۵۰ سال به دست آمد. افزون‌بر این، میانگین مدت مصرف دارو پاسخ‌دهندگان در گروه آزمایش ۷/۹۳ سال و در گروه کنترل ۷/۰۰ سال بود. ۲۲ نفر (۷۱ درصد) از پاسخ‌دهندگان نیز زیر دیپلم (گروه آزمایش ۱۲ و کنترل ۱۰ نفر)، دیپلم (آزمایش ۲ و کنترل ۳)، لیسانس (آزمایش ۱ و کنترل ۳) بودند. جدول ۲ آمار توصیفی نمونه را برای متغیرهای نگرانی، عدم تحمل بلا تکلیفی و قند خون به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون تشریح می‌کند.

جدول ۲. آمار توصیفی متغیرهای نگرانی، عدم تحمل بلاتکلیفی و قند خون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون				
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۰/۳۱۰	۲/۵۱	۰/۳۹۴	۴/۰۴	آموزش	نگرانی عمومی	نگرانی
۰/۶۱۹	۳/۴۱	۰/۷۲۳	۳/۴۶	کنترل		
۰/۴۳۲	۲/۸۴	۰/۵۵۴	۲/۳۲	آموزش	فقدان نگرانی	
۰/۵۶۹	۲/۴۱	۰/۷۴۱	۲/۳۴	کنترل		
۰/۲۸۱	۲/۶۷	۰/۲۷۳	۳/۹۵	آموزش	پرسشنامه نگرانی	
۰/۵۵۱	۳/۴۵	۰/۶۶۳	۳/۵۱	کنترل		
۰/۱۶۸	۲/۱۵	۰/۳۹۳	۳/۴۴	آموزش	خود ارجاعی	عدم تحمل بلاتکلیفی
۰/۴۵۶	۳/۱۳	۰/۵۶۲	۳/۱۵	کنترل		
۰/۳۵۲	۲/۴۱	۰/۵۱۲	۳/۷۳	آموزش	غیرمنصفانه	
۰/۳۷۷	۳/۳۹	۰/۵۵۲	۳/۳۵	کنترل		
۰/۲۱۷	۲/۲۶	۰/۳۹۱	۳/۵۷	آموزش	عدم تحمل بلاتکلیفی	
۰/۴۰۱	۳/۲۵	۰/۵۳۳	۳/۲۴	کنترل		
۱۶/۷۸۱	۱۱۶/۸۰	۱۴/۰۱۹	۱۶۲/۶۰	آموزش	FBS	قند خون
۲۲/۲۱۴	۱۵۲/۱۳	۱۹/۲۵	۱۵۹/۶۳	کنترل		
۰/۹۰۳	۷/۳۵۳	۰/۹۲۴	۹/۰۷۳	آموزش	HBA1C	
۱/۰۹۵	۸/۸۵	۱/۲۶	۸/۸۸۷	کنترل		

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، برای گروه آموزش در همه متغیرها (جز فقدان نگرانی) میانگین برای پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون بوده است. همچنین متغیر فقدان نگرانی نیز در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است.

### نگرانی

جهت بررسی اثربخشی آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر آموزه‌های نهج البلاغه بر کاهش نگرانی بیماران دیابتی نوع دو، از تحلیل کواریانس استفاده شد. در بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نتایج آزمون کلموگرف-اسمیرنف در سطح ۰/۲ در هر دو مؤلفه نگرانی (۰/۰۶) و فقدان نگرانی (۰/۱۱) غیرمعنادار شد. آزمون لوین در مؤلفه‌های نگرانی (۲/۱۲) و فقدان نگرانی (۰/۳۵) نیز در سطح ۰/۱۵ و ۰/۵۵ به ترتیب غیرمعنادار به دست آمد. سطح معناداری F تعادلی بین پیش‌آزمون و مستقل نیز برابر ۰/۰۷۲۱ و مقدار F تعادلی برابر ۱/۴۲ به دست آمد که گویای همگنی شیب خط رگرسیون است. آماره ام باکس نیز در بررسی برابری ماتریس واریانس کواریانس (۱/۳۳۶) غیرمعنادار ( $p=0/26$ ) شد.

با توجه به نتایج جدول ۳، مقدار آماره F چند متغیره در هر یک از آماره‌های پیلائی، ویلک،

هتلینگ و روی، اثر خطی بودن گروه آموزشی تأیید می‌شود. همچنین معناداری مقدار آماره F در همه پیلائی، ویلک، هتلینگ و روی بیانگر معنادار بودن متغیر گروه‌های آموزشی در بهبود نگرانی است. از این رو می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر گروه استفاده کرد.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس و خطی بودن / اثر گروه آموزشی در نگرانی

اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اثر ثابت	آماره پیلائی	۰/۸۵۶	۱۷/۴۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۱۴۴	۱۷/۴۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۵/۹۴۵	۱۷/۴۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۵/۹۴۵	۱۷/۴۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون	آماره پیلائی	۰/۲۶۵	۱۰/۴۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۷۳۵	۱۰/۴۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۰/۳۶۰	۱۰/۴۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۰/۳۶۰	۱۰/۴۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
گروه‌های آموزشی	آماره پیلائی	۰/۲۴	۱۰/۰۱۶	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۷۶۶	۱۰/۰۱۶	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۰/۳۵	۱۰/۰۱۶	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۰/۳۵	۱۰/۰۱۶	۲	۵۸	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد بین میانگین گروه‌ها در تمام مؤلفه‌ها تفاوت وجود دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت آموزش پس از تعدیل اثر پیشین، به ترتیب ۲۷/۳ و ۱۸/۵ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون عوامل نگرانی عمومی و فقدان نگرانی را تبیین می‌کنند.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس اثربخشی مؤلفه‌های آموزش بر مؤلفه‌های نگرانی

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل	نگرانی عمومی	۹/۵۷۹	۱۱/۰۶۵	۲	۰/۰۰۰	۰/۲۷۳
	فقدان نگرانی	۳/۹۳۶	۲/۷۳۸	۲	۰/۰۰۶	۰/۱۸۵
اثر ثابت	نگرانی عمومی	۳۰/۰۱۲	۶۹/۳۳۵	۱	۰/۰۰۰	۰/۵۴۰
	فقدان نگرانی	۵۲/۴۶۹	۱۴۸/۳۷۹	۱	۰/۰۰۰	۰/۷۱۵
پیش‌آزمون	نگرانی عمومی	۹/۱۷۹	۲۱/۲۰۷	۱	۰/۰۰۰	۰/۲۶۴
	فقدان نگرانی	۱/۲۸۲	۳/۶۲۶	۱	۰/۰۰۰	۰/۱۵۸
گروه‌های آموزشی	نگرانی عمومی	۲/۴۰۰	۵/۵۴	۵۹	۰/۰۲۱۹	۰/۱۵
	فقدان نگرانی	۲/۶۵۴	۶/۱۷	۵۹	۰/۰۱۵۸	۰/۱۳
خطا	نگرانی عمومی	۲۵/۵۳۸		۶۲		
	فقدان نگرانی	۲۰/۸۶۳		۶۲		

## عدم تحمل بلا تکلیفی

برای بررسی اثربخشی آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر آموزه‌های نهج البلاغه بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران دیابتی نوع دوم، از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون کلموگرف-اسمیرنف در سطح ۰/۱ در هر دو مؤلفه تلویحات خود ارجاعی (۰/۰۵۹) و رفتار غیرمنصفانه (۰/۱) غیر معنادار شد. آزمون لوین در مؤلفه‌های تلویحات خود ارجاعی (۱/۰۸۵) و رفتار غیرمنصفانه (۰/۰۰۱) نیز در سطح ۰/۳۰۲ و ۰/۹۷۴ به ترتیب غیر معنادار به دست آمد. سطح معناداری F تعادلی بین پیش‌آزمون و مستقل نیز برابر ۰/۱۵۹ و مقدار F تعادلی برابر ۱/۸۹۹ به دست آمد که گویای همگنی شیب خط رگرسیون است. آماره ام باکس نیز در بررسی برابری ماتریس واریانس کواریانس (۳/۰۵) غیر معنادار ( $p=۰/۱۲۷$ ) شد. با توجه به جدول ۵، مقدار آماره F پیلای، ویلک، هتلینگ و روی معنادار شد که بیانگر معنادار بودن متغیر گروه‌های آموزشی در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی است. از این رو می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر گروه استفاده کرد.

جدول ۵. تحلیل کواریانس و خطی بودن / اثر گروه آموزشی در عدم تحمل بلا تکلیفی

اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اثر ثابت	آماره پیلای	۰/۶۳۹	۵۱/۴۰۸	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۳۶۱	۵۱/۴۰۸	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۱/۷۷	۵۱/۴۰۸	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۱/۷۷	۵۱/۴۰۸	۲	۵۸	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون	آماره پیلای	۰/۲۷۹	۱۱/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۷۲۱	۱۱/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۰/۳۸۷	۱۱/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۰/۳۸۷	۱۱/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۰۰
گروه‌های آموزشی	آماره پیلای	۰/۰۹۷	۳/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۴۷
	آماره ویلک	۰/۹۰۳	۳/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۴۷
	آماره هتلینگ	۰/۱۰۸	۳/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۴۷
	روی	۰/۱۰۸	۳/۲۲	۲	۵۸	۰/۰۴۷

نتایج تحلیل کواریانس جدول ۶ نشان می‌دهد بین میانگین گروه‌ها در تمام مؤلفه‌ها تفاوت وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد آموزش پس از تعدیل اثر پیشین، به ترتیب ۳۲/۶ و ۲۷/۸ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون عوامل خود ارجاعی و غیرمنصفانه را تبیین می‌کنند.

جدول ۶. تحلیل کوواریانس اثربخشی مؤلفه‌های آموزش بر مؤلفه‌های عدم تحمل بلاتکلیفی

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل	تلویحات خود ارجاعی	۸/۱۱۴	۱۴/۲۸۴	۲	۰/۰۰۰	۰/۳۲۶
	رفتار غیرمنصفانه	۷/۴۲۱	۱۱/۳۶۱	۲	۰/۰۰۰	۰/۲۷۸
اثر ثابت	تلویحات خود ارجاعی	۲۵/۰۰۴	۸۸/۰۳۶	۱	۰/۰۰۰	۰/۵۹۹
	رفتار غیرمنصفانه	۳۲/۶۰۸	۹۹/۸۴۳	۱	۰/۰۰۰	۰/۶۲۹
پیش‌آزمون	تلویحات خود ارجاعی	۶/۳۱۴	۲۲/۲۳۱	۱	۰/۰۰۰	۰/۲۷۴
	رفتار غیرمنصفانه	۵/۹۷۷	۱۸/۳۰۰	۱	۰/۰۰۰	۰/۲۳۷
گروه‌های آموزشی	تلویحات خود ارجاعی	۱/۸۰	۶/۳۳۶	۵۹	۰/۰۱۵	۰/۰۹۷
	رفتار غیرمنصفانه	۱/۴۴	۴/۴۲۱	۵۹	۰/۰۴	۰/۰۷۰
خطا	تلویحات خود ارجاعی	۱۶/۷۵۷		۶۲		
	رفتار غیرمنصفانه	۱۹/۲۶۹		۶۲		

### قند خون

برای بررسی اثربخشی آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر آموزه‌های نهج‌البلاغه بر کاهش قند خون بیماران دیابتی نوع دوم، از تحلیل کواریانس استفاده شد. نتایج آزمون کلموگرف-اسمیرنف در سطح ۰/۲ در هر دو شاخص FBS (۰/۰۶۳) و  $Hb_{a1c}$  (۰/۰۶۷) غیر معنادار شد. آزمون لوین در شاخص‌های FBS (۱/۸۳) و  $Hb_{a1c}$  (۳/۰۵۹) نیز در سطح ۰/۱۸ و ۰/۰۸۵ به ترتیب غیر معنادار به دست آمد. سطح معناداری F تعادلی بین پیش‌آزمون و مستقل نیز برابر ۰/۳۵ و مقدار F تعادلی برابر ۱/۰۷۴ به دست آمد که گویای همگنی شیب خط رگرسیون است. آماره ام باکس نیز در بررسی برابری ماتریس واریانس کواریانس (۴/۴۳۹) غیر معنادار (p=۰/۲۳۳) شد. در جدول ۷، مقدار آماره F پیلای، ویلک، هتلینگ و روی معنادار شد که گویای معنادار بودن متغیر گروه‌های آموزشی در کاهش شاخص‌های قند خون است. از این‌رو می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر گروه استفاده کرد.

جدول ۷. تحلیل کوواریانس و خطی بودن / اثر گروه آموزشی در شاخص‌های اندازه‌گیری قند خون

اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
اثر ثابت	آماره پیلای	۰/۸۱۵	۱۲۷/۴۵	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۱۸۵	۱۲۷/۴۵	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره هتلینگ	۴/۳۹۵	۱۲۷/۴۵	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۴/۳۹۵	۱۲۷/۴۵	۲	۵۸	۰/۰۰۰
پیش‌آزمون	آماره پیلای	۰/۲۹۸	۱۲/۳۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره ویلک	۰/۷۰۲	۱۲/۳۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰

اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
گروه‌های آموزشی	آماره هتلینگ	۰/۴۲۵	۱۲/۳۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	روی	۰/۴۲۵	۱۲/۳۱۳	۲	۵۸	۰/۰۰۰
	آماره پیلای	۰/۱۳۸	۴/۶۳۵	۲	۵۸	۰/۰۱۴
	آماره ویلک	۰/۸۶۲	۴/۶۳۵	۲	۵۸	۰/۰۱۴
	آماره هتلینگ	۰/۱۶۰	۴/۶۳۵	۲	۵۸	۰/۰۱۴
	روی	۰/۱۶۰	۴/۶۳۵	۲	۵۸	۰/۰۱۴

نتایج تحلیل کوواریانس جدول ۸ نشان می‌دهد نمره پیش‌آزمون قند خون بر نمرات پس‌آزمون آن سهم معناداری دارد، بنابراین تفاوت اولیه نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها بر نمرات پس‌آزمون مؤلفه‌های قند خون اثر می‌گذارد و پس از حذف اثر هم‌پراش (نمرات پیش‌آزمون)، نتایج نشان می‌دهد بین میانگین گروه‌ها در تمام مؤلفه‌ها تفاوت وجود دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت آموزش پس از تعدیل اثر پیشین، به ترتیب ۳۶/۴ و ۱۹ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون عوامل FBS و HBA1C را تبیین می‌کنند.

جدول ۸. تحلیل کوواریانس اثربخشی مؤلفه‌های آموزش بر مؤلفه‌های قند

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	سطح معناداری	ضریب اتا
مدل	FBS	۱۴۵۵۵/۰۷	۱۶/۹۱۳	۲	۰/۰۰۰	۰/۳۶۴
	HBA1C	۱۷/۸۹۳	۶/۹۲۵	۲	۰/۰۰۲	۰/۱۹۰
اثر ثابت	FBS	۷۳۳۰۲/۳۷	۱۷۰/۳۵	۱	۰/۰۰۰	۰/۷۴۳
	HBA1C	۳۲۷/۰۷۹	۲۵۳/۱۷۷	۱	۰/۰۰۰	۰/۸۱۱
پیش‌آزمون	FBS	۱۰۵۰۴/۰۱۶	۲۴/۴۱۱	۱	۰/۰۰۰	۰/۲۹۳
	HBA1C	۱۱/۲۴۱	۸/۷۰۱	۱	۰/۰۰۵	۰/۱۲۹
گروه‌های آموزشی	FBS	۴۰۵۱/۰۵۵	۹/۴۱۴	۵۹	۰/۰۰۳	۰/۱۳۸
	HBA1C	۶/۶۵۱	۵/۱۴۹	۵۹	۰/۰۲۷	۰/۰۸۰
خطا	FBS	۲۵۳۸۷/۷۸		۶۲		
	HBA1C	۷۶/۲۲		۶۲		

### بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد آموزش آسیب‌های دنیاگرایی (مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه) با رویکرد شناختی بر کاهش فرایندهای شناختی ناکارآمد (عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی) بیماران دیابتی نوع دو مؤثر است. در راستای اهمیت نقش مذهب در بیماران دیابتی، مطالعات فراوان

غیرمداخله‌ای رابطه مذهب و سلامت روان را در بیماران دیابتی (حیبی و همکاران، ۱۳۹۵) و غیردیابتی (مک فارلند، ۲۰۱۱<sup>۱</sup>؛ پرز و اسمیت، ۲۰۱۵<sup>۲</sup>)، تأیید کردند. در مورد مطالعات مداخله‌ای نیز، اثربخشی رفتاردرمانی مبتنی بر مذهب (باررا<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ پاکرت<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) و معنویت درمانی گروهی (آچریا، ۲۰۱۰<sup>۵</sup>) زنان دیابت بارداری (نیاز آذری و همکاران، ۱۳۹۶) بر کاهش میزان نگرانی، اضطراب و افسردگی تأیید شده است. هم‌راستا با مطالعات یادشده، انتظار می‌رود آموزش‌های دنیاگرایی با رویکرد بازسازی شناختی بتواند علائم شناختی اضطراب و افسردگی از جمله نگرانی (داگاس و همکاران، ۲۰۱۰) و عدم تحمل بلا تکلیفی (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴) را کاهش دهد. به هر حال مهم‌ترین عامل اثرگذاری مداخلات معنوی، مربوط به بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و بیماری است (آدرمان، ۲۰۰۰؛ به نقل از آذری و همکاران، ۱۳۹۶) و اهمیت عامل فشارزا با ارزیابی‌های شناختی تعیین می‌شود که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی و باورهای معنوی است (نیاز آذری و همکاران، ۱۳۹۶). به هر حال نکته قابل تأمل این است که در پژوهش‌های یادشده با استفاده از فعال‌سازی رفتاری (تمرین‌ها و آموزش‌های معنوی، معنویت درمانی)، در کاهش نشانگان روان‌شناختی بیماران تلاش شده است، ولی در پژوهش حاضر بازسازی رفتاری (آموزش آسیب‌های دنیاگرایی)، هدف کاهش مؤلفه‌های شناختی اضطراب و افسردگی (نگرانی و عدم تحمل بلا تکلیفی) بیماران دیابتی قرار گرفت و افزون بر این، پژوهش حاضر فرایندهای شناختی را که تابلوی بالینی نشانگان اضطراب و افسردگی است، هدف قرار داد.

البته قابل ذکر است بین فرایندهای شناختی اضطراب؛ عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی، رابطه تنگاتنگی وجود دارد، داگاس و همکاران (۲۰۱۰) نشان دادند عدم تحمل بلا تکلیفی، زنجیره‌ای از نگرانی، نگرش منفی به مشکل و اجتناب شناختی را متأثر می‌سازد؛ بنابراین عدم تحمل بلا تکلیفی بهترین پیش‌بینی‌کننده نگرانی در جمعیت‌های بالینی و غیر بالینی است (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴). پس جهت‌گیری منفی افراد دارای سطوح بالای عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی، نسبت به مشکل، تأثیر منفی بر به‌کارگیری توانایی‌شان در برخورد با مشکلات روزمره زندگی می‌گذارد (اثنی‌عشری و همکاران، ۱۳۹۶) و از سویی، به دلیل رابطه تنگاتنگ اضطراب و شاخص‌های سلامت روان با دنیاگرایی (فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸)، اهمیت دنیاگرایی بر عدم تحمل بلا تکلیفی

1. Macfarland
2. Perez & Smith
3. Barrera
4. Paukert
5. Acharya

آشکار می‌شود. به‌طور کلی عدم تحمل بلا تکلیفی، متوسل شدن به راه‌حل‌های سفید و سیاه و بیشتر با نادیده گرفتن واقعیت و میل به پذیرش کلی یا رد کردن بی‌قید و شرط همراه است. طبق این مدل اشخاصی که تحمل ابهام پایینی دارند، زمانی که با مشکلی روبه‌رو می‌شوند، با شتاب به سوی بسته‌های ادراکی و مفهومی حرکت می‌کنند و برعکس افرادی که دارای تحمل ابهام بالایی می‌باشند، مقابله‌ای موفقیت‌آمیز دارند (بوهر و داگاس، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه بلا تکلیفی و پریشانی روان‌شناختی آثار منفی در طول زندگی داشته، توجه به معنویات و مذهب می‌تواند در هدایت هیجانی تأثیر گذاشته است و عنصری منحصر به فرد در هدایت رفتار و خود نظمی هیجانی به شمار می‌رود (شهابی و همکاران، ۱۳۹۶). باور به معاد و اینکه انسان برای آخرت آفریده شده است و عواملی همچون توکل به خداوند، صبر، قناعت، نگرش مثبت به آینده و اعتقاد به معاد می‌تواند تحمل شدائد و مصائب را آسان کند (کجباف و همکاران، ۱۳۹۶). در همین راستا کارتر و مک کالو (۲۰۱۰) در پژوهشی نشان دادند فعالیت‌های مذهبی ممکن است به دستیابی فرد به رفتارها و اهدافی بینجامد که خودنظم‌جویی و خودکنترلی را ارتقاء می‌دهد.

به هر حال، نتایج نشان داد آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج البلاغه بر کاهش شاخص‌های قند خون بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بوده است. ارتباط تنگاتنگی بین دیابت و نشانگان اضطراب و افسردگی (سورویت<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ استروب، ۲۰۰۱ و مهتیوی، ۲۰۱۳) وجود دارد. به گفته میتسونیز<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) دیابت در میان روان‌شناختی‌ترین و طاقت‌فرساترین بیماری‌های رفتاری پزشکی مزمن است و از سویی اضطراب با کنترل گلاسمیک ضعیف، تبعیت رژیم غذایی و سرعت سریع بیماری قلبی عروقی در بیماران دیابتی مرتبط است و از سوی دیگر، رابطه دنیاگرایی و نشانگان سلامت روان همچون اضطراب و افسردگی (فلانلی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸)، انتظار می‌رود آموزش‌های آسیب‌های دنیاگرایی با رویکرد شناختی بتواند با کاهش اضطراب و... شاخص قند خون را کاهش دهد. دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که نقش عوامل روان‌شناختی در آن بررسی شده است. استرس سبب ترشح اپی نفرین و کورتیزول در بدن می‌شود و سرانجام به بالا رفتن سطح قند خون می‌انجامد؛ همچنین استرس، مصرف انسولین در گردش خون محیطی را مختل می‌کند. استرس‌های عاطفی نیز بر فعالیت‌های مراقبت از خود اثر منفی می‌گذارد؛ به‌گونه‌ای که تخمین زده می‌شود عامل ۷۰ درصد از مشکلات پزشکی استرس است (هامرفالد، ۲۰۰۶). در این راستا پژوهش‌های فراوان مداخلات شناختی

1. Surwit

2. Mitsonis

3. Flannelly



(روز نزویک<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) و مداخلات معنوی (نولین<sup>۲</sup> و همکارانش، ۲۰۰۸) را در کاهش شاخص قند خون نشان داده است که همخوان با نتایج این پژوهش است؛ اگر چه مداخله حاضر با سبک بازداری رفتاری انجام شده است. نهج البلاغه در اسلام، به عنوان یک منبع بسیار ارزشمند دینی راهکارهای مخصوص ارتقای سلامت افراد به ویژه رهنمودهایی برای اصلاح رفتار و کاهش ناهنجاری‌های فردی و اجتماعی است که استفاده از آن به سلامت جسمی و روانی می‌انجامد (رحیمیان بوگر، ۱۳۹۲). در این راستا، حسینی (۱۳۷۸) در مطالعه خود نشان داد که نهج البلاغه واجد فلسفه‌ای روشن و کارآمد در ارتقای سلامت روانی مخاطبان است. واژه دنیا در نهج البلاغه ۲۲۹ بار، دنیاک (د ن ی) ۹ مورد، دنیاکم (د ن ی) ۹ مورد، دنیا (د ن ی) ۱۰ مورد، دنیاها (د ن ی) ۱ مورد، دنیا هم (د ن ی) ۷ مورد استعمال شده است. این واژه از واژه‌هایی پرکاربرد در نهج البلاغه است که به صورت‌های مختلفی در باب دنیاپرستی، دنیازدگی، فریب دنیا، فنا و ناپایداری آن و بی‌وفایی و لغزندگی و خطرهای ناشی از مال و ثروت و وفور نعمت آمده است (شوشتری، ۱۳۷۶). امام علی (علیه السلام) درد جامعه خود را وارونه شدن ارزش‌های دینی و مدفون شدن آنها در زیر چکمه خشن دنیاخواهی افراطی حاکمان تشخیص داده بود؛ بنابراین در خطبه‌ها، نامه‌ها و کلمات قصار به مراتب دنیا را پر خطر دانسته و مردم را از دل‌بستگی به دنیا بازداشته است (نهج البلاغه، خطبه ۳). با تأمل در سیره امام دیده می‌شود که امام برخلاف تارکان دنیا که زهد را به معنای گوشه‌گیری از دنیا و فعالیت‌های دنیوی می‌دانند، ایشان سازش بین دنیا و آخرت را به بهترین وجه ممکن به اثبات رسانده است (جرادق؛ به نقل از ریاض عبدالصاحب، ۱۳۹۰). دنیاگرایی، اشتغال به دنیا و غفلت از یاد خدا را به همراه دارد و غفلت از یاد خدا موجب اضطراب می‌شود؛ زیرا خداوند بزرگ می‌فرماید: «أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ؛ تنها با یاد خدا است که دل‌ها آرام می‌شود». باضمیمه کردن دو آیه از قرآن کریم که در آیه‌ای می‌فرماید: «فَأَعْرَضَ عَنْ مَنْ تَوَلَّىٰ عَنْ ذِكْرِنَا وَلَمْ يُرِدْ إِلَّا الْحَيَاةَ الدُّنْيَا؛ و رویگردان از کسی که از یاد ما رویگردان شده و جز زندگی دنیا چیزی را اراده نکرده است» (نجم، ۲۹) و آیه دیگر که می‌فرماید: «وَمَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى؛ هر کس از یاد ما رویگردان باشد، زندگی او در فشار و تنگنا خواهد بود» (طه، ۱۲۴). می‌توان نتیجه گرفت که اگر دنیا هدف نهایی انسان شود، نتیجه طبیعی آن غفلت و رویگردانی از یاد خدا و تحمل استرس‌ها و فشارهای روانی و سخت شدن زندگی است (سلیمی و همکاران، ۱۳۹۵). در مجموع نتایج این مطالعه به عنوان یک رویکرد روان‌شناختی، افزون بر کمک به افزایش پیشینه پژوهش می‌تواند در مراکز روان‌شناختی به عنوان

1. Rosenzweig

2. Newlin

راهبردی درمان در کنار دارودرمانی برای کنترل قند خون بیماران دیابت نوع دو مراجعه‌کننده مفید واقع شود و بدین ترتیب از میزان هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت بهداشتی این‌گونه بیماران کاست. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از جمله استفاده نکردن از مرحله پیگیری برای روشن شدن تداوم اثربخشی دوره آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه و خود گزارشی بودن ابزارها. در مجموع با توجه به اثربخش بودن آموزش آسیب‌های دنیاگرایی مبتنی بر مفاهیم نهج‌البلاغه بر کاهش فرایندهای شناختی ناکارآمد (عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی) و شاخص قند خون سفارش به برگزاری کارگاه‌های آموزش آسیب‌های دنیاگرایی با مفاهیم نهج‌البلاغه برای بیماران دیابتی در مراکز مشاوره روان‌شناختی این‌گونه از بیماران می‌شود. در ضمن توصیه می‌شود با توجه به اهمیت فرایندهای معنوی و شناختی در بیماران جسمی، موضوع پژوهش حاضر در جمعیت‌های دیگری از بیماری‌های مزمن نیز انجام گیرد.

## منابع

۱. قرآن کریم
۲. نهج البلاغه
۳. اثنی عشری، شکوه؛ شهرام محمدخانی و حمیدرضا حسن‌آبادی (۱۳۹۶)، «مدل شناختی اضطراب در بیماران مبتلا به سرطان: نقش متغیرهای شناختی و فراشناختی»، فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ش ۱، پیاپی ۲۱، ص ۶۶-۸۵.
۴. بابایی، زهرا؛ زهره لطیفی و مریم اسماعیلی (۱۳۹۴)، «اثربخشی معنویت درمانی بر کیفیت زندگی و سلامت روان زنان مبتلا به دیابت»، روان‌شناسی و دین، س ۸، ش ۲، پیاپی ۳، ص ۳۷-۵۰.
۵. حبیبی، سلیمان؛ آرزو بیگی؛ حبیبه رضایی حصار؛ شیوا ممیز؛ جمال عاشوری و فاطمه هویدا (۱۳۹۵)، «رابطه ویژگی‌های شخصیتی و گرایش‌های مذهبی با سلامت روانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع دو به منظور ارائه راهکارهای مراقبت و پرستاری»، فصلنامه علمی-پژوهشی پرستاری دیابت، س ۴، ش ۲، ص ۶۸-۷۸.
۶. حسینی، سیدحسن (۱۳۷۸)، «نگاهی اجمالی به مبانی و فلسفه بهداشت روانی در اسلام»، مجله علوم اجتماعی و انسانی، دانشگاه شیراز، دوره ۱۵، ش ۱، ص ۷۰-۹۰.
۷. دهشیری، غلام‌رضا؛ محمود گلزاری؛ احمد برج علی و فرامرز سهرابی (۱۳۸۸)، «خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا در دانشجویان»، مجله روان‌شناسی بالینی، س ۱، ش ۴، ص ۶۷-۷۵.
۸. رجب، اسدالله (۱۳۷۲)، «هموگلوبین ای وان سی چیست و نقش آن در کنترل دیابت چگونه است؟»، مجله پیام دیابت، س ۶، ش ۱، ص ۱۱۰-۱۳۰.
۹. رحیمیان بوگر، اسحاق (۱۳۹۲)، «مطالعه اثربخشی آموزه‌های نهج البلاغه بر ارتقای سلامت روان دانشجویان»، فصلنامه پژوهش‌نامه نهج البلاغه، س ۱، ش ۱، ص ۷۵-۸۴.
۱۰. رحیمیان بوگر، اسحاق و علی سنایی (۱۳۹۱)، «تأثیر حکمت‌های نهج البلاغه بر بهبود ابعاد سلامت عمومی دانشجویان»، دو فصلنامه علمی پژوهشی مطالعات اسلام و روان‌شناسی، س ۶، ش ۱۱، ص ۷-۳۶.

۱۱. ریاض عبدالصاحب، زینب (۱۳۹۰)، «آسیب‌شناسی دنیازدگی از دیدگاه نهج البلاغه»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور.
۱۲. سلیمی، هادی؛ فریده یزدان‌پناه؛ مریم احمدی؛ اقبال زارعی و پریا حسین‌زاده (۱۳۹۵)، «نقش دنیاخواهی و سازه‌های معنویت در تبیین سلامت عمومی در دانشجویان پرستاری و مامایی»، نشریه روان پرستاری، دوره ۴، ش ۴، ص ۵۷-۶۳.
۱۳. شوشتری، محمدتقی (۱۳۷۶)، نهج الفصاحه، ج ۱۱، تهران: انتشارات امیرکبیر.
۱۴. شهابی، مریم (۱۳۹۴)، «آموزش آسیب‌های دنیاگرایی بر بهبود بهزیستی ذهنی و معنوی و کنترل عواطف بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی»، پایان‌نامه دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند.
۱۵. شهابی، مهرنسا؛ سیدامیر امین یزدی؛ علی مشهدی و جعفر حسینی (۱۳۹۶)، «نقش نگرش مذهبی در تحمل پریشانی روان‌شناختی و دشواری نظم‌جویی هیجان دانشجویان دانشگاه تهران»، مجله پژوهش در دین و سلامت، دوره ۳، ش ۴، ص ۳۲-۴۷.
۱۶. شهدادی، حسین؛ میترا دین‌دار؛ رضا محمدپور هدکی؛ سمانه صادق و نصرت‌الله مسینایی‌نژاد (۱۳۹۴)، «ارتباط سلامت معنوی با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، دوره ۳، ش ۲، ص ۴۳-۵۲.
۱۷. شیرین‌زاده دستگیری، صمد؛ محمدعلی گودرزی؛ احمد غنی‌زاده و محمدرضا تقوی (۱۳۸۷)، «مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران، س ۱۴، ش ۱، ص ۴۴-۵۵.
۱۸. فتحی آشتیانی، علی و الله‌رضا اکبری (۱۳۸۸)، «بررسی رابطه دنیاگرایی و سلامت روانی»، روان‌شناسی دین و زندگی، س ۲، ش ۳، ص ۱۰۵-۱۴۳.
۱۹. کجفاف، محمدباقر؛ فریبا حسینی؛ امیرقمرانی و نازنین رزازیان (۱۳۹۶)، «مقایسه اثربخشی کیفیت زندگی درمانی و درمان مبتنی بر معنویت اسلامی بر تحمل پریشانی، استرس، اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سردرد تنشی»، مجله روان‌شناسی بالینی، س ۹، ش ۱، پی‌اپی ۳۲، ص ۲۱-۳۸.
۲۰. نیازآذری، مرضیه؛ معصومه عبدالهی؛ نرجس خاتون ذبیحی حصاروی و جمال عاشوری (۱۳۹۶)، «تأثیر معنویت درمانی گروهی بر اضطراب و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری»، دین و سلامت، دوره ۵، ش ۱، ص ۱۱-۲۰.

۲۱. نیکبخت نصرآبادی، علیرضا؛ سیدرضا مظلوم؛ مریم نثاری و فاطمه گودرزی (۱۳۸۷)، «ارتباط حیطه‌های نگرانی با کیفیت زندگی دانشجویان»، فصلنامه پایش، س ۸، ش ۱، ص ۸۵-۹۲.
22. Acharya A. (2010), Impating spiritual practices enhances recovery from anxiety related disorder. *European psychiatry*. 25 (1): 903-907.
23. Bekelman DB, Parry C, Curlin FA, Yamashita TE, Fairclough DL, Wamboldt FS. (2009), A Comparison of two Spirituality Instruments and Their Relationship with Depression and Quality of Life in Chronic Heart Failure. *J Pain Symptom Manage*, 39 (3), 515-26.
24. Berrara, TL. Zeno, D. Bush, AL. Barber, CR. Stanley, MA. (2012), Integrating religion and spirituality in to treatment for late life anxiety: three case studies. *Cognitive and behavior practice*; 19 (2): 346-58.
25. Bradly C. (1994), Contributions of Psychology to Diabetes Management. *Br J Clin Psychol*, 33, 11-21.
26. Buher K , Dugas MJ. (2002), The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties Of the English version. *Behav Res Ther*. 40: 931-945.
27. Carter E, McCullough M. (2010), Waiting, tolerating, and cooperating. Did religion evolve to prop up human's self-control abilities. *Handbook of self-regulation: research, theories, and applications* (2nd ed, pp 422-437) New York: Guilford.
28. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. (2009), Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabet Med*, 26, 153-61.
29. Diwani S, sam A. (2014), Diabetes Forecasting Using Supervised Learning Techniques. *ACSIJ Advances in Computer Science: an International Journal*, 3 (5), 10-18.
30. Dugas MJ, Freeston MH, Ladouceur R. (2010), Intolerance of une ccertainty and problem orientation in worry. *Cogn Ther Res*, (21), 593-606.
31. Dugas MJ, Schewartz A, Francis K. (2004), Intoleranc eo funcertainty, worry and depression. *Cognitive ther res*. 28: 835-842.
32. Dugas, M.J., & Koerner, N. (2005), Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-68.

33. Flannelly KJ, Ellison CG, Glek K, Koeing HG (2008), Beliefs about life- after-death, Psychiatric symptomology and cognitive theories of psychopathology. *Ypsychol thed.* 36 (2): 94-103.
34. Fountoulakis, K. N. e t all (2008), Life depression, religiosity cerebrovascular disease, cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: interpreting the data medical hypotheses, *Vv.* P493-496.
35. Freeston MH, Rheaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. (1994), Why do people worry? *Pers Individ Dier.* 17, 791-802.
36. Hammer fald, K; Eberle, C; Grau, M; Kinsperger, A; Zimmermann, A; Ehlert, U & Gaab, J (2006), Persistent effects of cognitive- behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects- A randomized controlled. *Psychoneuroen doocrinology.* 31: 333-339.
37. Kabat-Zinn, J (1999), Indra, snet at work: The mainstreaming of dharma practice in society. In *The Psychology of Awakening*, Watson G, Batchelor S, and Claxton G (e d s). London, UK: Random House/ Rider.
38. Kasemthaweesab, P. Kurutach, W. (2012), "Association Analysis of Diabetes Mellitus (DM) with Complication states Based on Association Rules", *Proc. of the 7th IEEE Conference on Industrial Electronics and Applications*, pp. 1453-1457, 2012.
39. Kelly WE. (2002). Investigation of wirry and sense of humor. *The Journal of Psychology*, 136 (6), 657-66.
40. Krause, N, & Bastida, E. (2009), Religion suffering and heath among older Mexican, *Americcans Journal of Aging studies*, v. 23, p.114-123.
41. Kyrios M, Moore SM, Hackworth N, Buzwell SA, Crafti N, Critchley C, et al. (2009), The influence of depression and anxiety on outcomes after an intervention for prediabetes. *Med J Aust*, 190, 81-85.
42. Lee RL, Kin SA, Yoo JW. (2007), the present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in korwa *Dia-betes Res Clin Pract*, 77, 199-204.
43. Lesio CA. (2007), *Accountability for mental health counseling in schools (thesis)*. New York: Rochester Institute of Technology.

44. Ma Chao-bin. (2012), Investigation and Analysis of Mental Health Status in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Guide of China Medicine.
45. Macfarland. (2011), Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes, *Diabetes Care*, v. 21, p.909-914.
46. Mehtiyas T. (2013), Stress, anxiety, depression and erectile dysfunction in patients with diabetes mellitus. *Georgian Med News*, (220-221), 77-81.
47. Mitsionis, C; Dimopoulos, N and psarra, V (2009), Clinical implications of anxiety in diabetes: A critical review of the evidence base, *European psychiatry*, Volume, page 17-26.
48. Moberg E, Kollind M, Lins PE, Adamson U. (1994), Acute mental stress impairs insulin sensitivity in IDDM patients. *Diabetologia*, 37, 247-251.
49. Newlin K, Melkus GD, Tappen R, Chyn D, Koenig HG (2008), relationships of religion and spirituality to glycemic control in black women with type 2 diabetes. *Nurs res. Sep-ocp.57 (5): 331-339*.
50. Nolen-Hoeksema, S. (2004), The response styles theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment of negative thinking in depression* (pp. 107–123). New York: Wiley
51. O'Connor, P J., Crain, AL., Rush, W A., Hanson, AM., Fischer, L R., & Kluznik, JC. (2009), Does diabetes double the risk of depression/ *Annals of Family Medicine*. 7: 328- 335.
52. Paukert. AL, et al (2009), Integration of religion in to cognitive behavioral therapy for geriatric anxiety and depression. *Jpsychiatr pract*. 15 (2): 103-112.
53. Perez JE. Smith AR. (2015), Intrinsic religiousness and well-being among cancer patients the mediating role of control-related religious coping and self-efficacy for coping with cancer *Journal of Behavioral Medicine*, 38 (2) 183-93.
54. Powers, A. C (2005), Diabetes mellitus in: Kasper, LD (editor in chief). Harrison, s principles of internal medicine 16th edition mc Graw-Mill; P. 2152-2180.
55. Priya S, Rajalaxmi R. (2012), an Improved Data Mining Model to Predict the Occurrence of Type-2 Diabetes using Neural Network. International Conference on Recent Trends in Computational Methods. Communication and Controls (ICON3C): International Journal of Computer Applications (IJCA).

56. Rosenzweigs, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS (2007), Mindfulness based stress reduction in associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: apilot stydy. *Altern ther health medY* 13 (5): 36.
57. Rustad, J. K., Musselman, D. L., & Nemeroff depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications, C. B. (2011), *The relationship of Ps.vchoneuroendocrinology*. 36: 1276- 1286.
58. Shivakumar B, Alby S. (2014), A Survey on data Mining Technologies for Prediction and Diagnosis of Diabetes. *International Conference on Intelligent Computing Applications*, IEEE.
59. Strab, O. S (2001), *Health psychology*. United States of America: worth publishers.
60. Surwit R.S, Vantilburg M.A, Zuker N, Mc caskill C.C, Parekh P, et al (2002), Stress management improves long- term glycemic control in type 2 diabetes care. *25 (1): 4-30*.
61. Zeilani, R, & Seymour, J. E. (2010), Muslim womens experiences of sutffering in Jordanian intensive care units: A narrative study, *Intensive and Critical car, nursing*, v. 26 (3), p.175-184.