



Mediating Role of Emotional Self-Regulation in the Relationship between Mindfulness and Self-Efficacy in Diabetes Type 2 Patients

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Azizi Karaj M.* MSc,
Dehghani F.¹ PhD,
Kamali Zarch M.² PhD

How to cite this article

Azizi Karaj M, Dehghani F, Kamali Zarch M. Mediating Role of Emotional Self-Regulation in the Relationship between Mindfulness and Self-Efficacy in Diabetes Type 2 Patients. Horizon of Medical Sciences. 2017;23(3):243-250.

*Psychology Department, Yazd Branch, Islamic Azad University, Yazd, Iran

¹Psychology & Counseling Department, Psychology & Educational Sciences Faculty, Yazd University, Yazd, Iran

²Psychology Branch, Education & Psychology Faculty, Peyam-e-Noor University, Tehran, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Jomhoori Boulevard, Islamic Azad University, Yazd, Iran

Phone: +983535242059

Fax: -

sadaf2352@gmail.com

Article History

Received: January 01, 2017

Accepted: May 25, 2017

ePublished: July 22, 2017

ABSTRACT

Aims Many psychological factors have an impact on diabetes, one of the most important of which is the self-efficacy of diabetic patients. Mindfulness and emotional self-regulation are two components that affect self-efficacy. The aim of the study was to investigate the mediating role of emotional self-regulation in the relationship between mindfulness and self-efficacy in diabetes type 2 patients.

Instrument & Methods In this descriptive-correlational study in 2016, 243 diabetes type 2 patients from diabetes center of Yazd were selected by available sampling method. The data collection tools were diabetic self-efficacy, mindfulness and emotional self-regulation questionnaires. Data was analyzed by SPSS software 19 using Pearson correlation coefficient, regression analysis and multiple regression analysis.

Findings There were direct correlations between mindfulness and self-efficacy ($r=0.428$), mindfulness and emotional self-regulation ($r=0.231$) and self-efficacy and emotional self-regulation ($r=0.241$) in diabetic type 2 patients. Emotional self-regulation and mindfulness had the power of predicting self-efficacy and emotional self-regulation had the mediator role between self-efficacy and mindfulness ($p<0.01$).

Conclusion Mindfulness and emotional self-regulation are related to the self-efficacy of diabetic patients. emotional self-regulation has the mediating role between mindfulness and self-efficacy.

Keywords Self Efficacy; Mindfulness; Self-Regulation

CITATION LINKS

[1] The diagnostic criteria for diabetes ... [2] Study of Cognitive Factors in the treatment ... [3] The power of believing you can, Handbook of ... [4] The role orientation, self-efficacy and personality ... [5] Comprehensive handbook of ... [6] Self-management strategies ... [7] The impact of barriers and self-efficacy ... [8] Self-efficacy outcome expectations and ... [9] Relationships among self-care agency, self-efficacy ... [10] The predictive role of self-efficacy ... [11] Self-efficacy and self-care behaviors ... [12] Comparative effectiveness of group mindfulness-based ... [13] Why we don't need self-esteem ... [14] Inside the mindful mind ... [15] Clarifying the construct of mindfulness ... [16] Mindful emotion regulation: An integrative ... [17] Beyond me: Mindful responses ... [18] Full catastrophe living: Using ... [19] Mindfulness: A proposed operational ... [20] Mindfulness-based stress reduction is ... [21] The psychology of emotion regulation ... [22] Emotional ... [23] On the comparison of self-perception, emotional ... [24] Role of feeling of loneliness and ... [25] Alexithymia in egyptian substance ... [26] Community-based peer-led ... [27] Self-efficacy: The concept ... [28] Survey the validity and reliability of the persian ... [29] Measuring mindfulness ... [30] Validation of a French ... [31] The affective style questionnaire ... [32] Developing mindfulness in college ... [33] The effects of a mindfulness-based ... [34] Effect of instruction in metacognitive ... [35] The developmental origins of cognitive ... [36] The effectiveness of mindfulness ... [37] Yoga and self-esteem: Exploring ... [38] The role of selfdetermination ... [39] Motivation and self-regulated learning ... [40] Mindfulness and emotion ... [41] Assessment of mindfulness ... [42] Mindfulness and emotion ... [43] The effect of mindfulness-based ... [44] The effectiveness of mindfulness-based ... [45] Assessment and treatment ... [46] Social perceptions in psychiatric ... [47] The positive psychology ... [48] Self-efficacy: The ... [49] Analysis and Comparison ... [50] Relations among self-efficacy ... [51] A mindfulness model of affect ... [52] Mechanisms of action in ... [53] Emotion regulation: A theme ... [54] Does mindfulness meditation ... [55] Prevention of relapse/recurrence ... [56] Multidimensional assessment of emotion ...

نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع دو

معصومه عزیزی کرج * MSc

گروه روان‌شناسی، واحد یزد، دانشگاه آزاد اسلامی، یزد، ایران

فهیمة دهقانی PhD

بخش روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، یزد، ایران

محمود کمالی زارچ PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

چکیده

اهداف: عوامل روان‌شناختی بسیاری بر بیماری دیابت تأثیر دارند که یکی از مهم‌ترین آنها خودکارآمدی بیماران دیابتی است. ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی دو مولفه تأثیرگذار بر خودکارآمدی هستند. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی-همبستگی در سال ۱۳۹۵، تعداد ۲۴۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو عضو مرکز دیابت شهر یزد به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌های خودکارآمدی دیابتی، ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 و توسط آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون همزمان و تحلیل رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی ($r=0.428$)، ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی ($r=0.231$) و خودکارآمدی و خودتنظیمی هیجانی ($r=0.241$) در بیماران دیابتی نوع دو همبستگی مستقیم وجود داشت. ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی قدرت پیش‌بینی خودکارآمدی را داشتند و خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن آگاهی نقش واسطه‌ای داشت ($p<0.05$).

نتیجه‌گیری: ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی با خودکارآمدی بیماران دیابتی رابطه دارد. نقش واسطه‌ای در رابطه بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی مربوط به خودتنظیمی هیجانی است.

کلیدواژه‌ها: خودکارآمدی، ذهن آگاهی، خودتنظیمی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۱۰

* نویسنده مسئول: sadaf2352@gmail.com

مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند. ویژگی این بیماری مزمن درون‌ریز، سوء عملکرد در سوخت‌وساز گلوکز ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره‌گیری از هورمون انسولین است. عوامل زیادی شامل حمایت روانی اجتماعی، خودکارآمدی، عقاید بهداشتی و فاکتورهای رفتاری یا روش زندگی بر بیماری دیابت موثر هستند. در بین این عوامل، خودکارآمدی یکی از متغیرهای بسیار مهم است که موجب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی می‌شود^[1].

در بیماری دیابت می‌توان گفت خودکارآمدی به‌معنی اعتمادبه‌نفس بیماران در انجام رفتارهای خودمراقبتی است که در کنترل بیماری دیابت نقش موثری دارد^[2]. سازه خودکارآمدی (باور به اینکه من می‌توانم) به اعتقادات فرد مبنی بر توانایی انجام تکالیف در شرایط خاص اشاره دارد. علاوه بر این، نوع دیگر خودکارآمدی، به باور کلی فرد در مورد توانمندی و قابلیت‌های خود اشاره می‌کند^[3]. افرادی که

خودکارآمدی بالایی دارند انگیزش بالاتری دارند و معتقدند که می‌توانند مهارت‌های فراشناختی مورد نیاز برای استفاده از این راهبردها و مدیریت منابع لازم برای انجام موثر یک تکلیف را به‌کار بندند و فرآیند انجام کار را تحت نظارت خود درآورند. اما افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند و به توانایی‌های خود برای موفقیت باور ندارند، انگیزه پایینی داشته و در شروع و به‌انجام‌رساندن تکلیف تاخیر نشان می‌دهند^[4].

بویر و باهاریا معتقدند خودکارآمدی از غنی‌ترین منابع درون‌فردی است که فرد را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد^[5]. خودکارآمدی یا قضاوت بیماران دیابتی در مورد توانایی خود برای انجام فعالیت‌های مربوط به خودمدیریتی دیابت، عامل پیش‌بینی‌کننده معنی‌دار رفتارهای خودمدیریتی دیابت است^[6, 7]. رفتار خودمراقبتی همبستگی مثبت و معنی‌داری با طول درمان دیابت، انتظارات پیامدی و انتظارات خودکارآمدی دارد^[8]. یافته‌ها نشان داد که رفتار خودمراقبتی بیشتر و خودکارآمدی بیشتر منجر به افزایش مدیریت رفتارهای مراقبت از خود می‌شود که این نیز به‌نوبه خود می‌تواند منجر به کنترل بهتر قند خون شود^[9]. همچنین می‌توان نتیجه گرفت خودکارآمدی از بین متغیرها (باور به اثربخشی درمان، رابطه پزشک-بیمار و حمایت اجتماعی از سوی خانواده)، یک عامل مهم در پیش‌بینی فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت است و با تقویت خودکارآمدی می‌توان نقاط ضعف مربوط به این متغیرها را کاهش داد^[10]. طبق یافته‌های به‌دست‌آمده، متغیرهای منفاع، شدت، حساسیت، تهدید، خودکارآمدی، کنترل متابولیک و حمایت اجتماعی درک‌شده و نیز منبع کنترل درونی با رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشتند و بین موانع درک‌شده و نیز منبع کنترل شانس و خودمراقبتی، همبستگی معنی‌دار و معکوس مشاهده شد^[11].

چنین به نظر می‌رسد که عوامل روان‌شناختی در کنترل متابولیک نقش داشته باشند که یکی از این عوامل می‌تواند ذهن آگاهی باشد. ذهن آگاهی یکی از روش‌های شناختی و فراشناختی است که با تأکید بر آرامش فکری، ذهنی، روانی و جسمی، آگاهی از افکار خودکار و نظم‌بخشیدن به افکار در ایجاد خودکارآمدی حایز اهمیت است^[12]. ذهن آگاهی به‌عنوان آگاهی‌پذیر و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، تعریف می‌شود^[13]. آگاهی از لحظه و پذیرش بدون قضاوت که جزء عناصر اصلی ذهن آگاهی است در ارتقای کنترل اجرایی بسیار مهم است، زیرا باعث افزایش حساسیت افراد به نشانه‌های عاطفی در زمینه تجربیات فرد می‌شود^[14]. ذهن آگاهی به‌عنوان یک فرآیند عالی از پردازش اطلاعات، با پرورش هیجان‌ها به‌شیوه‌ای متعادل، افراد را از درگیر شدن افراطی در هیجان‌ها یا اجتناب افراطی از آنها محافظت می‌کند^[15]. ذهن آگاهی موجب هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه، حالت‌های روان‌شناختی و بهبود قابلیت‌های فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی است^[16].

براون و همکاران^[17] ذهن آگاهی را به‌عنوان مدلی از پردازش اطلاعات توصیف می‌کنند که در آن ذهن مانند آینه، بدون پیش‌داوری، آنچه را که قبلاً اتفاق افتاده منعکس می‌کند. افراد ذهن آگاه حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت و پردازش می‌کنند. به همین علت توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجربه‌ها را دارند. چنین افرادی به‌جای واکنش تکانه‌ای یا عادت‌وار، به پردازش واقع‌بینانه‌تر رویدادها می‌پردازند^[17]. ذهن آگاهی به‌لحاظ نظری و تجربی در ارتباط با سلامت روان است. سازه‌های مختلف

موثر شناخته شده است [25].

با وجودی که دیابت به‌عنوان یک معضل بهداشتی در استان یزد مطرح است، اما پژوهش‌های انگشت‌شماری در زمینه عوامل غیرپزشکی و غیرزیست‌شناختی موثر بر پیشگیری و درمان این بیماری در استان یزد انجام گرفته است و در بین این تعداد معدود، بیشتر مطالعات به بررسی آگاهی بیماران از پیشگیری و درمان بیماری دیابت پرداخته‌اند.

بنابراین هدف از پژوهش حاضر، بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین ذهن‌آگاهی و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت یزد بود.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش توصیفی-همبستگی در سال ۱۳۹۵ در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو عضو مرکز دیابت شهر یزد (به‌تعداد ۴۰۵۰ نفر) انجام شد. به‌منظور تعیین حجم نمونه، با استفاده از فرمول کوکران، ۲۶۰ بیمار ۲۵ تا ۶۰ ساله مبتلا به دیابت نوع دو که درمان‌های روان‌شناختی را قبل از ورود به پژوهش و همچنین داروهای روان‌پزشکی را حداقل در ۶ ماه منتهی به پژوهش دریافت نکرده بودند، به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و پس از جلب رضایت آگاهانه و توضیح اهداف پژوهش به تکمیل پرسش‌نامه‌ها پرداختند. پس از بررسی، ۲۴۳ پرسش‌نامه به مطالعه وارد شد.

برای سنجش متغیرهای خودکارآمدی، ذهن‌آگاهی و خودتنظیمی هیجانی در افراد دیابتی از سه پرسش‌نامه زیر استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه خودکارآمدی افراد دیابتی: این پرسش‌نامه که توسط لاریج [26] طراحی شده، دارای ۸ سؤال به‌منظور اندازه‌گیری خودکارآمدی در افراد دیابتی است. دامنه امتیازات خودکارآمدی از صفر تا ۸۰ و سؤالات مقیاس ده‌درجه‌ای لیکرت از "اصلاً مطمئن نیستم" (یک نمره) تا "کاملاً مطمئن هستم" (۱۰ نمره) طبقه‌بندی و تنظیم شد. ابزار مورد نظر استاندارد بوده و پس از ترجمه توسط یک تیم مسلط دوزبانه (فارسی-انگلیسی) و صاحب‌نظر در زمینه بیماری دیابت، با تعیین روایی و پایایی مورد استفاده قرار گرفت [27]. برای کسب روایی علمی پرسش‌نامه، از روش روایی محتوی استفاده شد، به این ترتیب که گویه‌های ترجمه‌شده پرسش‌نامه اصلی به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران و اصفهان که در موضوعات دیابت و مسایل روانی-اجتماعی صاحب‌نظر بودند، داده شد. پس از انجام اصلاحات توصیه‌شده، محتوای پرسش‌نامه مورد ارزیابی و تایید نهایی قرار گرفت. به‌منظور تعیین پایایی از روش آزمون مجدد برای همسانی درونی استفاده شد. در این بررسی، ۳۰ نفر از جامعه مورد مطالعه پرسش‌نامه را تکمیل کردند و پس از جمع‌آوری، دوباره بعد از ۲ هفته همان پرسش‌نامه به همان افراد داده شد که ضریب همسانی ۰/۸۹ به‌دست آمد [27].

۲- پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی: به‌منظور سنجش ذهن‌آگاهی از فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۴ گویه است و از آزمودنی خواسته می‌شود که روی مقیاس لیکرت از "همیشه" (۴ نمره) تا "به‌ندرت" (یک نمره) به سؤالات پاسخ دهد. گویه شماره ۱۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. طی مطالعه‌ای در ایران توسط قاسمی‌چوبنده و همکاران [28]، فرم کوتاه پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فرایبورگ، ابتدا به

ذهن‌آگاهی، برای مثال آگاهی و پذیرش خالی از قضاوت تجربه لحظه‌به‌لحظه فرد، به‌عنوان پادزهرهای بالقوه اثربخشی در مقابل شکل‌های مختلفی از پریشانی‌های روان‌شناختی از جمله نشخوار ذهنی، اضطراب، نگرانی، ترس، خشم و غیره که گرایش‌ها ناسازگارانه در اجتناب، بازداري یا توجه افراطی به هیجان‌ها و افکار پریشان‌کننده دارند، تصور شده است [18]. ذهن‌آگاهی در واقع نوعی خودتنظیمی است که در آن فرد به تجربه‌های آنی توجه می‌کند و این باعث افزایش شناخت فرد از رویدادهای ذهنی در زمان حال می‌شود و با ایجاد بازبودن فرد نسبت به هیجان‌ها و تجارب روزمره باعث پذیرش آنها می‌شود [19].

زارع و ابراهیمی طی پژوهشی دریافته‌اند که ذهن‌آگاهی بر کنترل قند بیماران دیابتی تاثیر دارد [2]. روس‌ویچ و همکاران طی پژوهشی نشان دادند که ذهن‌آگاهی سبب قطع یا کاهش واکنش روانی فرد به محرک‌های استرس‌زا شده و با تنظیم تاثیر استرس بر فیزیولوژی بدن در بهبود تنظیم خون بیماران دیابتی موثر بوده است [20].

تنظیم هیجان‌ها به‌وسیله دسته‌ای از پاسخ‌های هیجانی تعیین می‌شود و از احساسات هیجانی که نقطه شروع پاسخ‌های هیجانی را تعیین می‌کنند، متمایز است. در این میان، مناسب‌ترین دسته‌بندی برای طبقه‌بندی استراتژی‌های تنظیم هیجان‌ها شامل اهداف و عملکردهای مربوط به تنظیم هیجان است. اهداف مورد نظر در تنظیم هیجان‌ها شامل توجه، شناخت‌ها و پاسخ‌های بدنی و عملکرد مربوط به تنظیم هیجانی شامل نیازهای لذت‌بخش، حمایت از فعالیت‌های خاص و ایجاد زمینه برای سیستم شخصیت است. استراتژی‌های تنظیم هیجانی از نظر اهداف، عملکرد و کار تجربی طبقه‌بندی می‌شوند. تنظیم هیجانی به‌عنوان یک فرآیند پایدار و دارای نفوذ و قدرت در رابطه با شناخت و هیجان‌ها پدیدار می‌شود [21].

متغیر دیگری که می‌تواند در ارتباط با خودکارآمدی باشد، خودتنظیمی است. براساس نظریه کنترل هیجانی، رویدادها با تغییر احساسات، برای افراد درگیر در آنها تولید هیجان می‌کنند. هیجان حد فاصل احساس و عقیده مربوط به هویت فرد است. گلمن [22] هوش هیجانی را شیوه استفاده بهتر از بهره هوشی خود از طریق خودکنترلی، اشتیاق، پشتکار و خودانگیزی می‌داند و آن را شامل مولفه‌های فردی و اجتماعی معرفی می‌کند که یکی از مولفه‌های فردی هوش هیجانی را خودتنظیمی می‌داند. خودتنظیمی به‌عنوان کوشش‌های روانی در کنترل وضعیت درونی، فرآیندها و کارکردها برای دستیابی به اهداف بالاتر تعریف شده است [23].

سازگاری با موقعیت‌های زندگی و تغییرات آن مانند وجود بیماری‌های مزمن مستلزم به‌کاربردن روش‌های خودتنظیمی منحصره‌فرد است. افرادی که خودتنظیم‌گری پایینی دارند از احساسات خودکم‌بینی رنج می‌برند و از عدم موفقیت و اذیت‌دادن کنترل واهمه دارند [4]. خودتنظیم‌گری جنبه مهم تحول و پایه و اساس شخصیت و سازگاری رفتاری است [24]. افراد خودتنظیم‌گر به توانایی‌های خود اعتماد دارند و معتقدند که می‌توانند مهارت‌های فراشناختی مورد نیاز برای استفاده از این راهبردها و مدیریت منابع لازم برای انجام موثر یک تکلیف را به‌کار گیرند. اختلال در خودتنظیم‌گری در بیماری‌های جنسی، مقاربت، ایدز، سوء رفتار در خانواده، مصرف سیگار و بسیاری از مشکلات

جدول ۱) میانگین آماری نمرات ذهن آگاهی، خودکارآمدی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران دیابتی و ضرایب همبستگی بین آنها

متغیرها	میانگین	۱	۲
۱- ذهن آگاهی	۳۱/۸۷±۵/۶۱	۱	-
۲- خودکارآمدی	۳۶/۰۲±۴/۶۶	۰/۴۲۸	۱
۳- خودتنظیمی هیجانی	۵۶/۰۴±۷/۱۳	۰/۲۳۱	۰/۲۴۱

در بررسی قدرت پیش‌بینی خودکارآمدی توسط متغیر ذهن آگاهی، با توجه به ضریب R^2 ، ۱۸/۳٪ تغییرات مربوط به خودکارآمدی توسط متغیر ذهن آگاهی تبیین شد ($p < 0/01$). همچنین ۴۲/۸٪ واریانس مربوط به خودکارآمدی توسط ذهن آگاهی تبیین شد ($p < 0/05$; $\beta = 0/428$).

در بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن آگاهی، با توجه به ضریب R^2 ، ۲۰/۴٪ تغییرات مربوط به خودکارآمدی توسط متغیرهای ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی تبیین شد ($p < 0/01$). با ورود متغیر خودتنظیمی هیجانی، مقدار بتا نسبت به مرحله قبل کاهش یافت ($\beta = 0/393$)، اما همچنان معنی‌دار بود و خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن آگاهی نقش واسطه‌ای داشت ($p < 0/01$).

بحث

نتایج نشان داد که بین ذهن آگاهی و خودکارآمدی در میان بیماران دیابتی رابطه مستقیم وجود دارد. این نتایج با یافته‌های کالول و همکاران^[32]، چانگ و همکاران^[33]، جاکوبسان و ویکو^[34] و مزولیس و همکاران^[35]، همچنین با یافته‌های محمدی‌زاده و همکاران^[36] و میلیان^[12] همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تمرین‌های ذهن آگاهی در افراد باعث توانایی عمیق خودآگاهی و پذیرش خود می‌شود. ذهن آگاهی موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود، دیگران و موقعیت در زمان کنونی می‌شود و این افزایش آگاهی می‌تواند بیانگر این مساله باشد که افزایش نشانه‌های سلامتی و سازگاری به موازات این توانمندی‌ها بروز نماید. بنابراین تربیت ذهن آگاه، فرد را از عادات رفتاری - شناختی ناسازگار رها خواهد کرد و با ایجاد خودنظم‌جویی که موجب ادراک غیرقضوتی در فرآیند شناختی فرد می‌شود، رفتارهای سازگارانه و کارآمد او را در زمان حال افزایش می‌دهد و او را به پذیرش آنچه که الان هست ترغیب می‌کند، شناخت او را تغییر می‌دهد، پذیرش را در او افزایش داده و فرد را به خودباوری و خودکارآمدی بالاتر سوق می‌دهد. ذهن آگاهی در بیماران دیابتی می‌تواند آنها را در یک عملکرد بدون قضاوت فقط در لحظه حال، بر احساسات و تجربیات بیماری متمرکز کند و پذیرش آنها را نسبت به خود و بیماری‌شان افزایش دهد.

همچنین نتایج نشان داد که بین ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی در میان بیماران دیابتی رابطه مستقیم وجود دارد. این بدان معنی است که افزایش یا کاهش ذهن آگاهی می‌تواند خودتنظیمی هیجانی را در میان بیماران دیابتی افزایش یا کاهش دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تیر و همکاران^[14]، بی‌شاپ و همکاران^[19]، جونکین^[37]، گوآی و همکاران^[38]، پینت‌ریچ و گروت^[39]، فلدمن و همکاران^[40]، بایر و همکاران^[41] و رومر و همکاران^[42]، همچنین با پژوهش‌های کازمیان^[43] و قشقای و همکاران^[44] همسو بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت مولفه تجربه غیرقضاوتی ذهن آگاهی کمک می‌کند فرد بدون ارزیابی،

فارسی ترجمه و سپس روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. روایی همزمان با مقیاس‌های خودکنترلی و تنظیم هیجانی در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ مناسب گزارش شد. نتایج مدل تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که ساختار پرسش‌نامه از برازش قابل قبولی با داده‌ها و روایی عاملی مطلوبی برخوردار است. همچنین پایایی محاسبه‌شده با استفاده از ضرایب به‌دست‌آمده برای آلفای کرونباخ ۰/۹۲، تتای ترتیبی ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی به‌فاصله چهار هفته ۰/۸۳ به‌دست آمد^[28]. ولش و همکاران^[29] در پژوهش خود به معرفی و همچنین بررسی مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه پرداختند. نتایج پژوهش آنها نشان‌دهنده پایایی مناسب نسخه ۱۴ آیتمی پرسش‌نامه ذهن آگاهی بود (با ضریب آلفای برابر ۰/۸۶). نسخه ۱۴ آیتمی این پرسش‌نامه توسط تروس‌لارد و همکاران^[30] به زبان فرانسه ترجمه و روایی و پایایی آن با ضریب آلفای ۰/۷۴ تایید شده است.

۳- پرسش‌نامه خودتنظیمی هیجانی: پرسش‌نامه خودتنظیمی هیجانی هافمن و کشدن^[31] شامل ۲۰ سؤال است که سؤالات آن براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از "بی‌نهایت در مورد من درست است" (۵ نمره) تا "اصلاً در مورد من درست نیست" (یک نمره) تنظیم شده‌اند و دامنه نمرات این پرسش‌نامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. پرسش‌نامه مزبور پس از ترجمه و ترجمه مجدد، از نظر روایی محتوایی در اختیار متخصصان روان‌شناسی مربوطه قرار گرفت و روایی محتوایی آن تایید شد. این پرسش‌نامه دارای سه مولفه یا خرده‌مقیاس پنهان‌کاری (۸ سؤال)، سازش‌کاری (۷ سؤال) و تحمل (۵ سؤال) است. پس از جمع‌آوری داده‌ها، برای احراز روایی سازه، از تحلیل عاملی استفاده شد. نتایج اجرای تحلیل عاملی نشان داد که حجم نمونه کافی است و عامل‌ها تفسیرپذیر هستند ($p < 0/001$). پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های پنهان‌کاری، سازش‌کاری و تحمل به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۵۰ و پایایی کل برابر ۰/۸۱ به‌دست آمد^[31].

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی شد که نشان داد توزیع داده‌های حاصل از متغیرهای پژوهش، نرمال است. بررسی رابطه بین متغیرها، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون صورت گرفت. به‌منظور بررسی قدرت پیش‌بینی متغیرها، ابتدا از تحلیل رگرسیون همزمان استفاده شد که ذهن آگاهی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و خودکارآمدی به‌عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. برای بررسی نقش واسطه‌ای خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن آگاهی از رگرسیون چندگانه استفاده شد که خودکارآمدی به‌عنوان متغیر ملاک و متغیرهای ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

از بین ۲۴۳ نمونه مورد بررسی، ۱۵۱ نفر زن و ۲۱۶ نفر متاهل بودند. همچنین ۷۶ نفر تحصیلات زیر دیپلم، ۱۴۳ نفر دیپلم، ۲۲ نفر کارشناسی و ۲ نفر تحصیلات بالاتر از کارشناسی داشتند. بین میانگین نمرات ذهن آگاهی و خودکارآمدی، ذهن آگاهی و خودتنظیمی هیجانی، و خودکارآمدی و خودتنظیمی هیجانی در بیماران دیابتی، همبستگی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/05$; جدول ۱).

نتایج پژوهش نشان داد که خودتنظیمی هیجانی در رابطه بین خودکارآمدی و ذهن‌آگاهی نقش واسطه‌ای دارد. این نتایج با تحقیقات *براون* و همکاران^[17]، *جی‌منز* و *نیلز*^[51]، *منولیس* و همکاران^[35]، *کافی* و *هارتمن*^[52]، *تامسون*^[53]، *تونیو* و *نوبین*^[54]، *تسلر*^[55] و *گرتز* و *رومر*^[56] همسو بود. ذهن‌آگاهی مبتنی بر سه فرض پایه آگاهی، پذیرایی و عاری از قضاوت بودن از آنچه که اکنون در حال وقوع است، بنا نهاده شده است، به طوری که افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه‌های مثبت ذهن‌آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگاران و حالت‌های روان‌شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود. علاوه بر این، ذهن‌آگاهی می‌تواند به افراد کمک کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این رو می‌تواند نقش مهمی در تنظیم هیجان ایفا کند. بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات خودتنظیمی هیجانی نقش مهمی داشته باشد. ذهن‌آگاهی به افراد در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک می‌نماید و منجر به تنظیم رفتارهای مثبت می‌شود. باور افراد به توانایی‌هایشان باعث می‌شود عملکرد آنها ثابت بماند. با این باور، فرد می‌تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. خودتنظیمی هیجانی می‌تواند آگاهی فرد، پذیرش احساسات و توانایی حرکت به سوی اهداف مورد نظر را علی‌رغم احساسات دشوار تسهیل نماید و توانایی انعطاف‌پذیری فرد را در استفاده از راهبردهای تنظیمی مختلف، بسته به وضعیت فرد بالا ببرد. ذهن‌آگاهی ممکن است با افزایش آگاهی فرد، پذیرش تجربه‌های عاطفی و هیجانی و در نتیجه تعامل متعادل‌تر با احساسات منجر به تنظیم هیجانی سازگاران شود و فرد بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم نماید. انجام این تحقیق با محدودیت‌هایی مواجه بود؛ از جمله اینکه نمونه مورد مطالعه در این پژوهش بیماران دیابتی شهر یزد بودند، اما نمونه‌گیری از کل جمعیت دیابتی شهر یزد، کار پرهزینه و وقت‌گیری بود، بنابراین جامعه آماری خود را بیمارانی قرار دادیم که در مرکز دیابت استان یزد دارای پرونده بودند. این امر تنگناهایی را ایجاد می‌کرد از جمله اینکه، به نظر می‌رسد عده خاصی به این مرکز مراجعه می‌کنند، مثلاً درصد زیادی از این افراد را زنان خانه‌دار یا زنان و مردان بازنشسته تشکیل می‌دهند، شاید به این دلیل که آنها وقت آزاد بیشتری در اختیار دارند. همچنین به نظر می‌رسد که افراد متعلق به طبقات بالای جامعه کمتر به این مرکز مراجعه و اقدام به تشکیل پرونده می‌نمایند. از جمله محدودیت‌های دیگر این پژوهش، این بود که نمونه مورد پژوهش صرفاً از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استان یزد انتخاب شد. ممکن است برخی عوامل فرهنگی، اعتقادی و غیره در نتایج حاصل از این پژوهش تاثیرگذار بوده باشند. لذا این مساله توان تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر را به سایر گروه‌ها و جامعه‌های دیگر محدود می‌کند و این امر محدودیت‌هایی را در اعتبار بیرونی موجب می‌شود. ممکن است نتایج پژوهش تحت تاثیر بعضی از عوامل مزاحم قرار گرفته باشد که عدم کنترل این عوامل مزاحم (نظیر شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی بیماران) یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. محدودیت دیگر پژوهش مربوط به ماهیت طرح پژوهشی است. طرح پژوهشی حاضر از نوع همبستگی بود که از طریق این طرح امکان نتیجه‌گیری کلی وجود ندارد و رابطه بین متغیرها نیز به صورت غیرعلی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

هیجان‌ها را به صورت خوب یا بد (به همان صورتی که رخ می‌دهند) تجربه کند. با به‌کارگیری هدفمند کارکردهای عالی ذهن از جمله توجه، آگاهی، نگرش مهربانانه، کنجکاوی و دلسوزی، ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌طور موثر بر واکنش‌های هیجانی از طریق بازداری قشری سیستم لیمبیک، اعمال کنترل نماید. استفاده از ذهن‌آگاهی می‌تواند شیوه‌های فراشناختی پردازش را به‌کار گیرد و انعطاف‌پذیری در پاسخ به تهدید را افزایش دهد. تصور می‌شود افراد ذهن‌آگاه از طریق فرآیند مواجهه داوطلبانه توانایی بالاتری در تحمل گسترده‌ای از افکار، هیجانات و تجارب داشته باشند. ذهن‌آگاهی ممکن است باعث ایجاد سازگاری در تجربه‌های هیجانی هر فرد شود و به این ترتیب می‌تواند بر مشکلات تنظیم هیجان، پریشانی، خودتنظیمی و کنترل قند خون بیماران، تاثیر مثبت داشته باشد. مهارت‌های ذهن‌آگاهی ممکن است فرآیندهای روانی مربوط به تنظیم هیجانات مانند وضوح تجربه‌های عاطفی را بالا ببرد که آن ممکن است شامل راهبردهای نظارتی و تنظیمی هیجانات و وسیله‌ای برای تنظیم هیجانات سازگاران بیشتر باشد. در نهایت ذهن‌آگاهی ممکن است یک راهبرد مناسب باشد که پاسخ به هیجانات (که به‌طور خودکار و غیرانعطاف‌پذیر هستند) را کاهش می‌دهد و به‌جای آن باعث تنظیم هیجانات به‌صورت انعطاف‌پذیری می‌شود.

یافته‌ها نشان داد که بین خودتنظیمی هیجانی و خودکارآمدی در میان بیماران دیابتی رابطه مستقیم وجود دارد. این بدان معنی است که افزایش یا کاهش خودتنظیمی هیجانی می‌تواند خودکارآمدی را در میان بیماران دیابتی افزایش و کاهش دهد. نتایج با پژوهش‌های *مدوکس*^[3]، *پینتریچ* و *گروت*^[39]، *رابین* و همکاران^[45]، *کوپر* و همکاران^[46]، *سالووی* و همکاران^[47] و *بندورا*^[48]، همچنین با مطالعات *صالحی مورکانی*^[49] و *رستمی* و همکاران^[50] همسو بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت سطوح بالای هیجانات مثبت و کاهش هیجانات منفی نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش دارد. افرادی که خودتنظیمی پایینی دارند در موقعیت‌های استرس‌زا، از تنظیم عملکردشان بازمانده و ادراکات خودتنظیمی و خودکارآمدی آنها کاهش می‌یابد. حالات هیجانی و فیزیولوژیک، بر احساس خودکارآمدی موثرند. افراد در مواقع آرامش (نسبت به مواقعی که مضطرب و نگرانند) احساس خودکارآمدی بیشتری دارند. کسانی که به توانمندی خود اعتماد دارند در مواجهه با مشکلات، استرس کمتری را تجربه کرده و ثبات هیجانی خود را حفظ می‌کنند. راهبردهایی که افراد برای تنظیم هیجانات خود از آنها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسان‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارایی آنها را افزایش دهد. خودکارآمدی به‌عنوان یک مفهوم مرکزی به ادراک توانایی‌ها برای انجام‌دادن عملی که مطابق میل است، اشاره می‌کند و در واقع به حس کنترل هر فرد روی محیط و رفتارش وابسته است. فردی که از خودتنظیمی هیجانی برخوردار است، در مواقع لزوم احساساتش را کنترل می‌کند و به‌نحو مطلوبی با مسایل روبرو می‌شود. بر این اساس، اگر نتوان خودکارآمدی را مولفه‌ای از هوش هیجانی نامید، دست‌کم همپوشی بالای آنها را نمی‌توان نادیده گرفت. می‌توان گفت احساس خودکارآمدی و هوش هیجانی (که خودتنظیمی هیجانی یکی از مولفه‌های آن می‌تواند باشد) رابطه تنگاتنگ و دوسویه دارند و یکدیگر را به‌صورت متقابل تقویت می‌کنند.

procrastination. *Contemp Psychol*. 2012;7(1):73-84. [Persian]

5- Boyer BA, Paharia MI. *Comprehensive handbook of clinical health psychology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2008.

6- Dishman R, Mott, Sallis J, Dunn A, Birnbaum A, Welk G, et al. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *Am J Prev Med*. 2005;29(1):10-8.

7- Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2001;27(3):393-404.

8- Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Shortridge-Baggett LM, Chang PJ. Self-efficacy outcome expectations and self-care behaviour in people with type 2 diabetes in Taiwan. *J Clin Nurs*. 2007;16(11C):250-7.

9- Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM, Price Lea PJ, Davis SA. Relationships among self-care agency, self-efficacy, self-care, and glycemic control. *Res Theory Nurs Pract*. 2013;19(3):217-30.

10- Rahimian Bougar E, Besharat MA, Mohajerani Tehrani MR, Talepasand S. The predictive role of self-efficacy, the belief in the efficacy of their treatment and social support in managing diabetes mellitus. *Iran Psychiat Clin Psychol*. 2011;17(3):232-40. [Persian]

11- Morovvati Sharifabad MA, Rohani Tonekaboni N. Self-efficacy and self-care behaviors in diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med Sci*. 2008;15(4):91-9. [Persian]

12- Yusefiyan F, Asgharipour N. Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. *J Fundam Ment Health*. 2013;15(3):205-15. [Persian]

13- Rayan RM, Brown KW. Why we don't need self-esteem: On fundamental need, cogtingent love, and mindfulness. *Psychol Inq*. 2003;14(1):27-82.

14- Teper R, Segal ZV, Inzlicht M. Inside the mindful mind: How mindfulness enhances emotion regulation through improvements in executive control. *Curr Dir Psychol Sci*. 2013;22(6):1-6.

15- Hayes S, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3):255-62.

16- Chambers R, Gullone E, Allen BA. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(6):560-72.

17- Brown KW, Ryan RM, Creswell JD, Niemiec C. Beyond me: Mindful responses to social threat. In: Wayment HA, Bauer JJ, editors. *The quiet ego: Research and theory on the benefits of transcending egoistic self-interest*. Washington, DC: American Psychological Association; 2008.

18- Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Random House Publishing Group; 2013.

19- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract*. 2004;11(3):230-40.

20- Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, et al. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: A pilot study. *Altern Ther Health*. 2007;13(5):36-8.

این پژوهش صرفاً روی بیماران دیابتی شهر یزد صورت گرفت. تکرار مطالعه روی گروه‌های بیمار دیگر جامعه (نظیر دانشجویان) و افراد با شرایط عادی و کنترل برخی متغیرهای مزاحم نظیر وضعیت روانی و جسمانی بیماران، شرایط اقتصادی و اجتماعی و شرایط سکونت و شغل پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به بررسی سبک‌های مقابله‌ای میان بیماران دیابتی و بررسی رابطه آن با وضعیت خودکارآمدی و همچنین عوامل شخصیتی و ارتباط آن با متغیر تنظیم هیجانی پرداخته شود. توصیه می‌شود آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی به بیماران دیابتی داده شود. آموزش تنظیم هیجان همراه با تکنیک‌ها و مهارت‌هایی چون ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، ارتباط بین‌فردی و ارایه راه حل‌های جدید و تعدیل آثار شرایط ناراحت‌کننده به فرد، در کنار آمدن بهتر با بیماری دیابت و هیجان‌های مرتبط با آن بسیار کمک‌کننده است. همچنین برای کاهش مشکلات هیجانی به درمانگران آسیب‌های روانی و اختلالات هیجانی پیشنهاد می‌شود به‌عنوان بخشی از روند درمان به بررسی و شناسایی سبک خودکار تنظیم هیجان در فرد پرداخته و در صورت لزوم آموزش مهارت‌های سازنده‌تر تنظیم هیجان را در برنامه کار خود قرار دهند. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند توسط سایر متخصصان حوزه‌های روان‌شناسی از جمله روان‌شناسان سلامت در طراحی مداخلات لازم برای پیشگیری و کم‌کردن آسیب‌های ناشی از بیماری مورد استفاده قرار گیرد.

نتیجه‌گیری

ذهن‌آگاهی با خودکارآمدی و خودتنظیمی هیجانی و همچنین خودتنظیمی هیجانی با خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه دارد. نقش واسطه‌ای در رابطه بین ذهن‌آگاهی و خودکارآمدی مربوط به خودتنظیمی هیجانی است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش تشکر می‌نماییم.

تاییدیه اخلاقی: برای انجام پژوهش، رضایت آگاهانه بیماران جلب شد.

تعارض منافع: موردی از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: معصومه عزیزی کرج (نویسنده اول)، پژوهشگر اصلی/تحلیل‌گر داده‌ها (۴۰٪)؛ فهیمه دهقانی (نویسنده دوم)، روش‌شناس/نگارنده بحث (۳۰٪)؛ محمود کمالی زارچ (نویسنده سوم)، روش‌شناس/نگارنده مقدمه (۳۰٪)

منابع مالی: این پژوهش با سرمایه شخصی انجام شده است.

منابع

1- Sabet Sarvestani R, Hadian Shirazi Z. The diagnostic criteria for diabetes and efficacy in diabetic patients referred to Nader Kazemi center, Shiraz. *Iran J Nurs Res*. 2007;4(14):15-21. [Persian]

2- Zare Shahabadi A, Ebrahimi Sadrabadi F. Study of Cognitive Factors in the treatment of type II diabetes in Yazd. *Clin Psychol Stud*. 2013;4(13):1-22. [Persian]

3- Maddux JE. *The power of believing you can*, Handbook of positive psychology. Oxford: Oxford University Press; 2002.

4- Hashemi T, Mostafavi F, Mashinchi Abbasi N, Badri R. The role orientation, self-efficacy and personality in

- 38- Guay F, Ratelle CF, Chanal J. The role of self-determination in education. *Can Psychol*. 2008;49(3):233-40.
- 39- Pintrich PR, de Groot EV. Motivation and self-regulated learning components of class room academic performance. *J Educ Psychol*. 1990;82(1):33-40.
- 40- Feldman G, Hayes A, Kumar S, Greeson J, Laurenceau JP. Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CAMS-R). *J Psychopathol Behav Assess*. 2007;29:177-90.
- 41- Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004;11(3):191-206.
- 42- Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM. Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behav Therapy*. 2009;40(2):142-54.
- 43- Kazemian S. The effect of mindfulness-based training on self-regulation for new students. 6th Seminar of University Students' Mental Health Proceeding. Rasht: Gilan University; 2012. [Persian]
- 44- Ghashghaie S, Naziry Gh, Farnam R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality-of-life in outpatients with diabetes. *Iran J Diabetes Metab*. 2014;13(4):319-30. [Persian]
- 45- Gordon BN, Schroeder C. Assessment and treatment of childhood problems: A clinician's guide. 2nd edition. New York City: The Guilford Press; 2002.
- 46- Kuiper NA, McKee M, Kazarian SS, Olinger J. Social perceptions in psychiatric inpatients: Relation to positive and negative affect levels. *Personal Individ Differ*. 2009;29(3):479-93.
- 47- Salovey P, Mayer JD, Caruso D. The positive psychology: Emotional intelligence (Volume 336). Oxford: Oxford University Press; 2008. pp: 185-209.
- 48- Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- 49- Salehi Moorkani B. Analysis and Comparison of emotional self-regulation strategies among students with anxiety disorders and depression with normal students in Isfahan [Dissertation]. Tehran: Alzahra University; 2006. [Persian]
- 50- Rostami R, Shah Mohammadi Kh, Ghaedi GhH, Besharat MA, Akbari Zardkhane S, Nosratabadi M. Relations among self-efficacy, emotional intelligence and perceived social support in university students. *Horizon Med Sci*. 2010;16(3):46-54. [Persian]
- 51- Jimenez SS, Niles BIP. A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personal Individ Differ*. 2010;49(6):645-50.
- 52- Coffey KA, Hartman M. Mechanisms of action in the inverse relationship between mindfulness and psychological distress. *J Evid Based Complement Altern Med*. 2008;13(2):79-91.
- 53- Thompson RA. Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2-3):25-52.
- 54- Toneatto T, Nguyen L. Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*. 2007;52(4):260-6.
- 55- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, 21- Kool S. The psychology of emotion regulation: An integrative review. *J Cognit Emot*. 2009;23(1):4-41.
- 22- Golman D. Emotional Intelligence. Parsa N, translator. Tehran: Roshd; 2003. [Persian]
- 23- Kari F, Ghaffari Nooran O, Mousazadeh T. On the comparison of self-perception, emotional self-regulation, and attachment styles between normal people and drug-dependent people. *J Res Addict*. 2015;8(32):105-17. [Persian]
- 24- Nikmanesh Z, Kazemi Y, Khosravi M. Role of feeling of loneliness and emotion regulation difficulty on drug abuse. *J Comm Health Res*. 2015;4(1)55-64. [Persian]
- 25- Rasheed AHE. Alexithymia in egyptian substance abuser. *Subst Abus*. 2001;22(1):11-21.
- 26- Lorig K, Ritter P, Villa F, Armas J. Community-based peer-led diabetes self-management. *Diabetes Educ*. 2009;35(4):641-51.
- 27- Tal A, Sharifi Rad GhR, Eslami AA, Alhani F, Mohajeri Tehrani MR, Shojaeizadeh D. Self-efficacy: The concept of functional and effective in controlling type 2 diabetes. *Health Sys Res*. 2012;8(2)339-47. [Persian]
- 28- Ghasemi Jobnej R, Arabzadeh M, Jalili Nikoo S, Pourzaynab MA, Mohsenzadeh F. Survey the validity and reliability of the persian version of short form of freiburg mindfulness inventory. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2015;14(2):137-50. [Persian]
- 29- Walach H, Buchheld N, Buttenmüller V, Kleinknecht N, Schmidt S. Measuring mindfulness - the freiburg mindfulness inventory (FMI). *Personal Individ Differ*. 2006;40(8):1543-55.
- 30- Trousselard M, Steiler D, Raphel C, Cian C, Duymedjian R, Claverie D, et al. Validation of a French version of the Freiburg Mindfulness Inventory - short version: Relationships between mindfulness and stress in an adult population. *Bio Psycho Soc Med*. 2010;4(8):1-11.
- 31- Hofmann SG, Kashdan TB. The affective style questionnaire: Development and psychometric properties. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010;32(2):255-63.
- 32- Caldwell K, Harrison M, Adams M, Quin RH, Greeson J. Developing mindfulness in college students through movement-based courses: effects on self-regulatory self-efficacy, mood, stress, and sleep quality. *J Am Coll Health*. 2010;58(5):433-42.
- 33- Chang VY, Palesh O, Caldwell R, Glasgow N. The effects of a mindfulness-based stress reduction program on stress, mindfulness self-efficacy, and positive states of mind. *Wiley Online Libr*. 2004;20(3):141-7.
- 34- Jacobson BN, Viko B. Effect of instruction in metacognitive self-assessment strategy on chemistry student's self-efficacy and achievement. *Acad Arena*. 2010;2(11):1-10.
- 35- Mezulis AH, Hyde JS, Abramson LY. The developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Temperament, parenting, and negative life events in childhood as contributors to negative cognitive style. *Dev Psychol*. 2006;42(6):1012-25.
- 36- Mohammadzadeh S, Moradijoo M, Shamseddini S, Jamshidifar Z. The effectiveness of mindfulness training on sexual self-efficacy in women with breast cancer. *Andisheh va Raftar*. 2014;8(31):7-16. [Persian]
- 37- Junkin SE. Yoga and self-esteem: Exploring change in middle- age women [Dissertation]. Saskatoon, Canada; University of Saskatchewan; 2007. pp. 42-6.

emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2008;30(4):315-9.

Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615-23.
56- Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of