

## پیش بینی وسواس مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی در افراد دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۱/۱۷

### خلاصه

#### مقدمه

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی وسواس مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی در افراد دیابت نوع دو انجام گردیده است.

#### روش کار

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری شامل مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران در فاصله زمانی اردیبهشت تا آبان ۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۱۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸)، پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI) ریس و پترسون (۱۹۸۵)، پرسشنامه ذهن آگاهی FFMQ بایر و همکاران (۲۰۰۶) و مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز کیامرثی و همکاران (۱۳۹۰) به دست آمد. داده‌های به دست آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (ماتریس همبستگی) و همچنین تحلیل داده‌های خام حاصل از پژوهش در نرم‌افزار (SPSS) تحلیل شد.

#### نتایج

نتایج نشان داد متغیر حساسیت اضطرابی به طور مستقیم بر اضطراب مرگ اثر دارد (۰/۷۳۵)، متغیر سرسختی روانشناختی به طور معکوس بر متغیر اضطراب مرگ اثر دارد (۰/۲۵۱-) و نیز متغیر ذهن آگاهی به طور معکوس بر متغیر اضطراب مرگ اثر دارد (۰/۲۱۹-).

#### نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت اضطراب مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی قابل پیش‌بینی است و متغیر حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی پیش‌بینی‌کننده برای اضطراب مرگ است.

#### کلمات کلیدی

اضطراب مرگ، حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی، ذهن آگاهی.

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

هستی صالحی<sup>\*۱</sup>

بهزاد عبدالله پور<sup>۲</sup>

منصور علی مهدی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: HastiSalehi93@gmail.com



## مقدمه

امروزه تعداد فزاینده ای از بزرگسالان در جهان با یک یا چند مشکل بهداشتی مزمن، مانند سرطان، دیابت، بیماری های تنفسی، قلبی و عروقی مزمن و یا بیماری های روانی زندگی می کنند (۱). بروز بیماری های غیر واگیر از اواسط قرن بیستم به بعد در نتیجه تغییر در کیفیت و شیوه زندگی افراد در جهان افزایش یافته است و به عنوان مهمترین علت مرگ های زودرس در سراسر جهان است و در این میان دیابت، یکی از چهار بیماری اصلی غیر واگیر است (۲). دیابت بیماری مزمن، فراگیر و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی است که در تمام کشورها شناخته شده است. بیماری دیابت انواع مختلفی دارد که معمولاً در هنگام تشخیص متمایز می شوند؛ بنابراین تعیین نوع دیابت وابسته به شرایطی است که بیماری خود را هنگام نشان بروز می دهد (دیسموک و اگدی، ۲۰۱۴). سه نوع عمده دیابت عبارتند از: دیابت نوع یک، دیابت نوع ۲ و دیابت حاملگی (۳).

تحقیقات نشان داده است که بیش از نود درصد افراد مبتلا به دیابت نوع دوم آن مبتلا هستند که منجر به عوارض جسمی و روانی هم برای بیماران و هم برای مراقبان می شود و بار زیادی را بر دوش سیستم های مراقبت های بهداشتی می گذارد (۴). متأسفانه شیوع دیابت نوع دو در سراسر جهان با بیش از ۴۰۰ میلیون نفر رو به افزایش است و انتظار می رود که تا سال ۲۰۴۵ این میزان به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر برسد. همچنین، پیش بینی می شود که تعداد بیماران دیابت در ایران تا سال ۲۰۳۰، تقریباً به ده میلیون نفر برسد (۵). مشابه سایر بیماری های مزمن، رابطه دو سویه بین دیابت و مشکلات روانشناختی وجود دارد که وجود اختلالات و مشکلات روانشناختی و عوامل روانی اجتماعی می تواند باعث بروز دیابت شود و تاثیر منفی در مراقبت از خود، پیروی از درمان، کنترل قند خون و مدیریت ضعیف بیماری داشته باشد (۶،۷). افرادی که با مشکلات جسمی مزمن، هم چون دیابت روبه رو هستند، به طور قابل توجهی بیشتر دچار آشفتگی های روان شناختی مانند افسردگی و اضطراب می شوند و کیفیت پایین تری از زندگی را تجربه می کنند. وجود اختلالات روان پزشکی در افراد

دارای دیابت، می تواند خطر عوارض دیابت و مرگ و میر زودرس را افزایش دهد. ماهیت مزمن دیابت، دارای عوارض نامطلوبی است که کنترل و درمان آن را دشوار می سازد (۸-۱۰).

تحقیقات نشان داده اند که استرس می تواند باعث افزایش میزان قند خون گردد، پس برای کنترل دیابت نوع دو باید از استرس پرهیز کرد (سجاد پرور، ۱۳۹۲). برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد، همیشه مشکل است. از آنجا که این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت بیماری اطلاع دارند و واکنش های عاطفی چون افسردگی، اضطراب و استرس در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (۱۱). بیشتر مسایل روان شناختی بیماران به دلیل مشکلات تحمیل شده از طرف دیابت مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط طول عمر می باشد (۱۲). اختلالات روانی در بیش از یک چهارم بیماران بستری در بخش های داخلی دیده می شود و در دیابتی ها نیز نسبت به جمعیت عمومی شایع تر هستند. با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان، انتظار می رود که این بیماری یک از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی باقی بماند. یکی از مهم ترین این عوارض، بیماری های روانی می باشد (۱۳).

نگرش های مرضی نسبت به مرگ می تواند یکی از تهدیدات بهداشت روانی به شمار آید. به طور کلی نگرش های مرضی نسبت به مرگ در سه ویژگی قابل بحث است: افسردگی مرگ، اضطراب مرگ و وسواس مرگ (۱۴). مطالعات و تاریخچه پژوهشی در خصوص مفهوم مرگ ابتدا در حوزه اضطراب مرگ شروع شد و در دهه هشتاد قرن بیستم رشد چشمگیری در این زمینه بدست آمد. تمپلر، لاوی، چالگوویجان و دابسون در سال ۱۹۹۰، مفهوم افسردگی مرگ را معرفی کردند (۱۵، ۱۶ و ۱۷). در سالهای اخیر مفهوم وسواس مرگ نه فقط به مثابه پدیده ای به نسبت رایج در

و وسواس مرگ ترسیم کند (۲۱). در واقع استرس می‌تواند باعث افزایش خلق بالا شده و به عنوان واکنش روانی، فیزیکی یا احساسی در نتیجه پاسخ به افراد به تنش‌های محیطی، فشارها و تحریکات تعریف شود و زمینه‌ساز بروز بیماری جسمی و روانی شود و برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این مسأله، مشکل است (۲۲).

اضطراب واکنشی در برابر خطری نامعلوم، درونی و مبهم است انواع خاصی از اضطراب بر اساس منشأ آن شناخته شده، اضطراب مرگ است. اضطراب مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ از مرگ به همراه با احساساتی از وحشت از مرگ یا دلهره هنگام فکر کردن به فرایند مردن یا چیزهایی که پس از مرگ رخ می‌دهند تعریف می‌شود (۲۳). حساسیت اضطرابی یک سبک شناختی است که ترس شدید از علایم اضطرابی را شامل می‌شود (۲۴). افرادی که به علایم اضطرابی بسیار حساس هستند، باور دارند علایم اضطرابی، پیامدهای خطرناک یا فاجعه‌آمیزی مانند بیماری‌های جسمانی و روانی، از دست دادن کنترل و خجالت زدگی را به دنبال دارند. این افراد از نظر تعداد دفعات تجربه علایم اضطرابی و ترس از این علایم با یکدیگر متفاوت هستند، نتایج حاصل از تحلیل‌های عاملی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی سازه‌ای سلسله مراتبی و چند وجهی است که شامل عامل‌های سطح بالا (حساسیت اضطرابی کلی) و عامل‌های سطح پایین شامل ترس از حس‌های بدنی، ترس از دست دادن کنترل شناختی و ترس از نشانه‌های اجتماعی قابل مشاهده است (۲۵). مبتلایان به دیابت برای انجام امور خود، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند، برخی پژوهش‌ها علاوه بر مشکلات جسمی، درجاتی از مشکلات عاطفی را در افراد دیابتی گزارش کرده‌اند. این مشکلات شامل افسردگی، اضطراب و پرخاشگری و غیره می‌باشد (۲۶).

تجربه کردن مقداری اضطراب درباره مرگ طبیعی است اما اگر این اضطراب خیلی شدید باشد سازگاری کارآمد را تضعیف می‌کند. افکار وسواس گونه در رابطه با مرگ به عنوان یک ترس غیر عادی و بزرگ با احساسی از وحشت

بیماران، بلکه به عنوان سازه‌ای روانشناختی در کانون توجه است. وسواس مرگ شامل اشتغالات ذهنی، تکانه‌ها و عقایدی نشخوار گونه نسبت به مرگ می‌باشد (عبدالخالق، ۱۹۹۸). وضعیت زناشویی، نوع دین‌داری و مساله بی‌ثباتی سیاسی و بسیاری از پدیده‌های به ظاهر بی ربط، در ایجاد وسواس مرگ موثر هستند. بیشترین وحشت و هراس انسان از مرگ است و به ناچار در جستجوی تسکین آن به هر ریسمانی چنگ می‌زند (اروود کوکس و اکاس، ۲۰۱۷). از عبارات رولو می‌می، می‌توان برداشت کرد که علت وسواس مرگ، لزوماً شناختی نیست بلکه ناشی از کم‌جراتی انسان در مواجهه با حقیقت و پذیرش آن است. ژرف‌ترین سرچشمه فلسفه، آگاهی از این است که ما چاره‌ای جز مردن و خطا کردن نداریم؛ در مساله‌ای همچون مرگ و از دنیا رفتن ابهامی نیست اما هیچ کس هم قادر به پیش بینی زمان آن نیست (۱۸).

مرگ، واقعیتی اجتناب‌پذیر است و هر شخص ممکن است نسبت به آن برداشت و واکنش منحصر به فرد داشته باشد. اضطراب و ترس از مرگ در میان تمام فرهنگ‌ها متداول است و همه به نوعی در مورد آن دچار اضطراب هستند، و وسواس مرگ را به عنوان ترس از مردن خود و دیگران تعریف می‌کنند (۱۹). به بیانی دیگر وسواس مرگ شامل پیش‌بینی مرگ خود و ترس از فرایند مرگ و مردن در مورد افراد مهم زندگی است. شاید کمتر کسی اذعان کند که از مرگ می‌ترسد ولی وقتی کابوس‌های شبانه برخی افراد و یا وسواس‌های فکری‌شان را بررسی می‌کنیم، متوجه می‌شویم مضمون اصلی آنها مرگ است، این اتفاق برای مبتلایان به وسواس فکری هم می‌افتد؛ آن‌ها دچار فکرهای تکرار شونده هستند که بر خلاف میل‌شان مدام در ذهنشان می‌چرخد (۲۰). امروزه بیماری دیابت از چالش‌های جوامع مختلف و از جمله ایران است که مستلزم آمادگی است که باید انتظارات و ترجیحات خاصی با آن همراه باشد تا به انطباق و سازش دست یابد. این مساله روانی و اجتماعی به وضعیت مرگ-اندیشی دامن می‌زند و چه بسا ارتباطی میان وحشت از مرگ

نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است که ذهن آگاهی در سبک زندگی، سلامت روان، عواطف افراد، لذت بردن از زندگی و ابراز وجود، نشانه‌های اضطراب و استرس، پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی نقش دارد (۳۱،۳۲).

نزدیک دانسته شدن مرگ برای بیماران سخت است و باعث می‌شود که آنان دچار آشفتگی‌های فراوانی شوند؛ اما میزان تحمل و مقاومت در برابر این سختی‌ها برای بیماران متفاوت است. اگر بیماران نتوانند تحمل و توان خود را بالا ببرند دچار آشفتگی می‌شوند. عوامل و ویژگی‌های که در ارتباط با پدیده مرگ وجود دارند که می‌توانند زمینه ساز پذیرش و یا برعکس سبب ایجاد اضطراب، انکار واقعیت مذکور شود (۳۷). بررسی‌ها نشان می‌دهد عوامل متعددی در میزان آسیب‌پذیری در مواجهه با پیش‌بینی و اضطراب مرگ نقش دارند؛ مانند جنسیت، سن، هدف‌داری زندگی، ابتلا به بیماری‌ها، باورهای معنوی و خصوصیات شخصیت (۳۸). یافته‌های تحقیق دهقان نیری و صالحی (۱۳۹۰)، ارتباط نسبتاً قوی و منفی سطح اضطراب و کیفیت زندگی را نشان داد و این نتیجه حاصل شد اضطراب مرگ سبب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد. از جمله متغیرهای دیگری که با اضطراب مرگ رابطه دارد می‌توان نقش برجسته سرسختی روانشناختی اشاره کرد. سرسختی روان‌شناختی و کیفیت زندگی، از جمله متغیرهای تاثیرگذار در کاهش اضطراب مرگ می‌باشد. اصطلاح سرسختی روانشناختی برای افرادی بکار برده می‌شود که در برابر فشار روانی مقاوم‌ترند و به نسبت بقیه کمتر مستعد بیماری هستند (۳۹).

کوباسا و همکاران عنوان می‌کنند رویدادهای استرس‌زا اثرات متفاوتی بر روی افراد دارند که اگر افراد سرسختی روانشناختی بالایی داشته باشند شدت این اثرات بسیار پایین خواهد بود و افرادی که لحاظ روانشناختی سخت هستند، معمولاً بر زندگی خود کنترل بیشتری احساس می‌کنند، نسبت به آنچه انجام می‌دهند تعلق بیشتری دارند و از عقاید و تغییرات جدید استقبال می‌کنند (۴۰). سرسختی روانشناختی

مرگ یا دلهره هنگام فکر کردن به فرایند مردن تعریف می‌شود، و در ارتباط با افراد می‌تواند به دلیل تفاوت‌های فردی و اجتماعی متفاوت باشد (۲۷).

از عواملی که می‌تواند در اضطراب افراد تاثیرگذار باشد، ذهن آگاهی می‌باشد. ذهن آگاهی از طریق آگاهی و هوشیاری لحظه به لحظه، مداوم و غیر ارزیابانه نسبت به فرایندهای روانی مشخص گردد و شامل آگاهی مداوم از احساسات فیزیکی، ادراکات عواطف، افکار و تصورات است. ذهن آگاهی شامل یک آگاهی پذیرا و عاری از قضاوت از وقایع جاری می‌باشد (۲۸). تلاش‌های مستمر و گسترده در تعیین استانداردهای کنونی سلامت، شامل تمرکز بر سلامت جسمانی و روانی و خاتمه بخشیدن به استرس‌های مستمر بیماری، از حیث نظری و تجربی به طور گسترده دنبال می‌شود که لزوم اجرای مداخله‌های روانشناختی موثر را در کنار درمان‌های پزشکی به منظور مهار بیماری دیابت و عوارض مرتبط با آن، ضروری می‌سازد (۲۹).

ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه اکنون هست، بدون قضاوت، بدون اظهار نظر درباره آنچه اتفاق می‌افتد. مداخلات ذهن آگاهی، به بیمار اجازه می‌دهد تا به جای پاسخ فوری و نسنجیده نسبت به امور، پاسخ عاقلانه ای بدهد. از این‌رو، با پذیرش هیجانات و رنج ناشی از آن به مداخله پردازد. به همین دلیل افراد ذهن آگاه در کار آمدی و حل مسأله توانمندی بالاتری نسبت به سایرین دارند. نتایج پژوهش میلر و همکاران (۲۰۱۴) نشان داد آموزش‌های درمان ذهن آگاهی در کاهش مشکلات روانشناختی افراد مبتلا به دیابت نقش بسزایی دارد. به صورتی که می‌تواند در درمان نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر واقع شود. همچنین در پژوهش جهان گیرپور و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش معنادار افسردگی، خصومت، اضطراب حالت، اضطراب صفت بیماران دیابت شد (۳۰). ذهن آگاهی می‌تواند آگاهی عمیق‌تر نسبت به احساسات و افکار دشوار را افزایش و استرس را کاهش دهد و سلامتی را بهبود بخشد.

زمانی اردیبهشت تا آبان ۱۴۰۱ بودند که از بین آن‌ها تعداد ۱۳۴ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، تحصیلات دیپلم و بالاتر، ابتلا به بیماری دیابت نوع دو و تایید آن توسط پزشک یا براساس نتایج آزمایش خون، و نداشتن بیماری‌های روانشناختی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: عدم تمایل به ادامه همکاری، و عدم پاسخگویی کامل به پرسشنامه‌ها بود. ابزار پژوهش عبارت بودند از:

### ابزار پژوهش

**پرسشنامه وسواس مرگ عبدالخالق:** مقیاس وسواس مرگ عبدالخالق (۱۹۹۸) شامل ۱۵ گویه است و شرکت کننده به هر یک از سوالات روی یک مقیاس ۵ درجه ای از هرگز تا خیلی زیاد پاسخ می‌دهد و طیف نمرات بین ۷۵-۱۵ است و دارای سه زیر مقیاس می‌باشد که عبارت از نشخوار فکری درباره مرگ، چیرگی و سلطه مرگ، باورهای تکراری درباره مرگ هستند. اعتبار و روایی این ابزار در نمونه‌های ایرانی مشابه همان است که توسط سازنده اصلی عبدالخالق صورت گرفته است و از آلفای کرونباخ ۰/۹ برخوردار است (عیسی زادگان، ۲۰۱۲). روایی مقیاس وسواس مرگ از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس‌های مشابه به عنوان روایی همزمان نشان داده شده است و بر اساس این ضریب همبستگی مقیاس وسواس مرگ با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۶۲، افسردگی مرگ ۰/۵۷، وسواس عمومی ۰/۴۶، اضطراب عمومی ۰/۳۳، افسردگی عمومی ۰/۴۲ و مقیاس روان آزرده‌گی پرسشنامه شخصیت آیزنک ۰/۳۵ گزارش شده است. در ایران محمد زاده، اصغر نژاد فرید و عاشوری، روایی همزمان این مقیاس را از طرق اجرای همزمان آن با مقیاس اضطراب مرگ ۰/۷۶ و ضرایب اعتبار باز آزمایشی، تصنیفی و همسانی درونی آن را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۵۷، و ۰/۵۹ گزارش کرده‌اند.

**پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI):** پرسشنامه حساسیت اضطرابی (ASI) ریس و پترسون (۱۹۸۵) یک

در واقع بر تجربه درونی و دریافت ذهنی انسان تاکید می‌کند که به معنای طاقت و توانایی تحمل موقعیت‌های مشکل و سخت است. به طور دقیق‌تر، سرسختی روانشناختی به شیوه خاص و با ثبات فرد در واکنش به رویدادهای زندگی اشاره دارد که طی آن فرد به جای کنار کشیدن، احساس تعهد و به جای احساس ناتوانی، احساس کنترل می‌کند و مشکلات را چالش می‌داند نه تهدید (۴۱). افراد دارای سرسختی قادر به حل کارآمد چالش‌ها و استرس‌های بین فردی هستند و در مواجهه با حوادث از آن به‌عنوان منبع مقاومت مانند سپری محافظ استفاده می‌کنند. همچنین این افراد به آنچه انجام می‌دهند متعهدترند، وقت خود را صرف هدف می‌کنند، احساس تسلط بر اوضاع دارند و خودشان را عامل مهمی در ایجاد تغییرات زندگی می‌دانند (۴۲). از سوی دیگر سرسختی یکی از مهارت‌هایی است که فرد را برای درگیری با مشکلات زندگی آماده می‌کند؛ افراد سرسخت نه تنها خود را قربانی تغییر نمی‌پندارند بلکه خود را عامل تعیین‌کننده نتایج حاصل از تغییر می‌دانند. از آنجایی که توانایی تنظیم شناختی هیجانات با پیامدهای روانی مرتبط است و نارسایی در این زیربنا، ساز و کار زیر مجموعه اختلال‌های حاصل از اضطراب است و با توجه به این که ویژگی سرسختی روان-شناختی باعث می‌شود وقایع زندگی مانند فرصتی برای پرورش و پیشرفت باشد نه تسلیم شدن و ویژگی خوش‌بینی که سبب می‌شود که افراد انتظار امور خوشایند و مطلوب در آینده باشند، به نظر می‌رسد هر کدام از این مولفه‌ها می‌توانند عاملی در جهت کنترل و تعدیل افکار و رفتار وسواس گونه در ارتباط با مرگ باشند (۴۳).

با توجه به این مسئله که مطالعات محدودی در این زمینه انجام شده است؛ لذا پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی وسواس مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی در افراد دیابت نوع دو انجام گردیده است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی و جامعه آماری شامل مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران در فاصله

تعریف شد. عامل‌های بدست آمده این چنین نام گذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. عامل مشاهده در برگزیده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها، و بوها می‌باشد. توصیف به نام گذاری تجربه‌های بیرونی با کلمات مربوط می‌شود، عمل توأم با هوشیاری در برگزیده عمل کردن با حضور ذهن کامل در هر لحظه است و در تضاد با عمل مکانیکی است که در هنگام وقوع ذهن فرد در جای دیگری است. غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی شامل حالت غیر قضاوتی داشتن نسبت به افکار و احساسات است و غیر واکنشی بودن به تجربه درونی اجازه آمد و رفت به افکار و احساسات درونی است بی آن که فرد در آنها گیر کند (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷). براساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر، ۲۰۱۰؛ نقل از احمدوند، ۱۳۹۱). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷  $r =$  (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) ۰/۸۴  $r =$  (عامل مشاهده) مشاهده گردید. هم چنین ضریب آلفا در حد قابل قبولی ۰/۵۵ بدست آمد.

**پرسشنامه سرسختی روانشناختی:** مقیاس سرسختی روانشناختی اهواز ۲۷ ماده‌ای که توسط کیامرثی و همکاران ساخته و اعتباریابی شده است، ضرایب پایایی پرسشنامه را به دو روش باز آزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۶ محاسبه کردند. روش نمره گذاری به این صورت است که هر ماده دارای چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، بیشتر اوقات می‌باشد و نمره هر ماده به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲، ۳ می‌باشد. در این پرسشنامه ۶ عبارت که شامل (۶، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۱) به شیوه معکوس نمره گذاری می‌شوند.

پرسشنامه خود گزارش دهی است که ۱۶ گویه دارد و براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) است. هر گویه این عقیده را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالا مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه)، و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثابت درونی بالای آن را (آلفای بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰) نشان داده است. اعتبار باز آزمایی بعد از دو هفته ۰/۷۵ و به مدت سه سال ۰/۷۱ بوده است، اعتبار آن در نمونه‌های ایرانی بر اساس سه روش همسانی درونی، باز آزمایی و توصیفی محاسبه شد که برای کل مقیاس به ترتیب ضرایب اعتبار ۰/۹۳، ۰/۹۵، ۰/۹۷ به دست آمد (خاکپور، یوسفی و ساعد، ۱۳۹۷). روایی بر اساس سه روش روایی همزمان، همبستگی خرده مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شد. روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه (SCL90) انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی بانمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ و ۰/۸۸ متغیر بود.

**پرسشنامه ذهن آگاهی:** پرسشنامه ذهن آگاهی FFMQ مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی که توسط بایر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسشنامه ذهن آگاهی فریرگ (FMI)، والش و همکاران، ۲۰۰۶، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن آگاه (MAAS)، براون و ریان، (۲۰۰۳)، مقیاس ذهن آگاهی کنچوکی (KIMS)، بایر و اسمیت، (۲۰۰۴)، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. این پرسشنامه ۱۱۲ گویه و ۵ مولفه بود بر اساس نتایج ۴ عامل از ۵ عامل با عامل‌های شناخته شده در KIMS قابل مقایسه بود و پنجمین عامل شامل گویه‌هایی از FMI، MQ بود که تحت عنوان حالت غیر واکنشی به تجربه درونی

آگاهانه از داوطلبین، تشریح اهداف پژوهش برای شرکت-کنندگان، در نظر گرفتن حق آزادی شرکت کنندگان جهت عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، در نظر گرفتن کد برای کلیه آزمودنی‌ها و درج آن بر روی پرسشنامه‌های ایشان، رعایت گردید. داده‌های به دست آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آمار استنباطی (ماتریس همبستگی) و همچنین تحلیل داده‌های خام حاصل از پژوهش در نرم‌افزار (SPSS) صورت گرفت.

### نتایج

میانگین (انحراف معیار) سن شرکت کنندگان در پژوهش حاضر، ۴۲/۸۵ (۸/۹۶) بود. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. برای آزمون فرضیه پژوهش از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه (گام به گام) که از بین متغیرهای پیش بین که بهترین پیش-بینی کننده و بیشترین رابطه را دارد انتخاب می‌شود، استفاده شده است. برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش بررسی می‌شود. مشخصه‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

دامنه نمره در این پرسشنامه عدد ۰ تا ۸۱ است. با توجه به میانگین نمرات، کسب نمره بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سرسختی روان‌شناختی بالاتر در فرد است. برای سنجش پایایی این مقیاس، این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹ دانشجو ارائه شد که ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ به-دست آمده نشان دهنده پایایی این مقیاس می‌باشد. روایی این پرسشنامه از روش اعتبار ملاکی همزمان با پرسشنامه‌های اضطراب عمومی، پرسشنامه افسردگی اهواز، پرسشنامه خود شکوفایی مازلو و مقیاس سازه‌ای سرسختی با ضریب همبستگی ۰/۵۵، ۰/۷۰، ۰/۶۵، ۰/۴۴ بوده است.

### روش کار

مدل ارائه شده بر اساس مطالعه ادبیات و پیشینه پژوهشی در ارتباط با موضوع پژوهش و توسط پژوهشگر تدوین شد. محقق بعد از مشخص کردن حجم نمونه و نمونه‌گیری، نمونه موردنظر از حیث معیارهای ورود همچون رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش و عدم ابتلا به اختلالات روانی - شخصیتی مزمن مورد واریسی قرار گرفتند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش در اختیار هریک از شرکت کنندگان قرار گرفت. در هر مرحله از اجرا، ملاحظات اخلاقی در اجرای پژوهش از جمله، رعایت اصل رازداری، کسب رضایت

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه (n=۱۳۴)

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	تورم واریانس	دوربین واتسون
وسواس مرگ	۴۳/۲۵	۷/۶۹	۱/۳۵	۲/۳۲۰	۱/۸۹	۱/۷۰
حساسیت اضطرابی	۳۴/۱۴	۵/۳۹	۰/۹۲۹	۰/۸۵۰	۱/۹۳	۱/۷۰
ذهن آگاهی	۶۱/۱۶	۸/۳۸	۱/۶۹	۲/۵۷۸	۲/۰۹	۱/۷۰
سرسختی روانشناختی	۷۲/۴۳	۱۰/۰۴	۱/۵۹	۲/۸۳۶	۱/۳۲	۱/۷۰

پارامتریک برای آزمون فرضیه‌های پژوهش استفاده کرد. برای آزمون فرضیه پژوهش نتایج ضریب همبستگی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج در جدول ۳ ارائه شد.

همچنین آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای همه متغیرها مورد مطالعه بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد. لذا نتیجه آزمون برای هیچ یک از متغیرها معنی دار نیست و در نتیجه توزیع همه متغیرها نرمال می‌باشند. بنابراین می‌توان از آزمون‌های

جدول ۳- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش



متغیر	۱	۲	۳	۴
۱- وسواس مرگ	۱	۰/۴۳**	-۰/۲۹**	-۰/۳۸**
۲- حساسیت اضطرابی		۱	-۰/۴۰**	-۰/۳۱**
۳- ذهن آگاهی			۱	۰/۲۴**
۴- سرسختی روانشناختی				۱

\* p<۰/۰۵      \*\* p<۰/۰۱

داده‌های جدول ۳ نتایج آزمون رابطه خطی همبستگی پرسون بین متغیرهای وسواس مرگ، حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی را نشان می‌دهد. با توجه به سطح معنی داری به دست آمده رابطه خطی بین متغیرهای وسواس مرگ، حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی

روانشناختی در سطح ۰/۰۱ معنادار است. جهت تعیین بهترین پیش‌بینی کننده وسواس مرگ از بین متغیرهای پیش‌بینی کننده حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی از مدل رگرسیون با روش گام به گام استفاده شده است. نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴- تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای پژوهش

متغیرهای پیش بینی کننده	R	R <sup>2</sup>	ΔR <sup>2</sup>	خطای استناد دارد
حساسیت اضطرابی	۰/۳۶۵	۰/۲۹۶	۰/۳۰۲	۴/۴۶
حساسیت اضطرابی و سرسختی روانشناختی	۰/۴۴۵	۰/۳۵۸	۰/۳۴۷	۴/۶۵
حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی	۰/۵۸۶	۰/۴۷۹	۰/۴۲۸	۵/۱۲

اضطراب مرگ شده است (  $\Delta R^2 = 0/479$  ) و متغیرهای حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی توانسته است حدود ۴۷/۹ درصد واریانس متغیر اضطراب مرگ را توجیه کنند. مقدار آماره دوربین-واتسون مفروضه است که به بررسی استقلال خطاها می‌پردازد و هرگاه این آماره بین مقادیر ۱/۵ تا ۲/۵ قرار بگیرد به معنی مستقل بودن خطاها از یکدیگر است. با توجه به اینکه مقدار ۱۱/۸۲۱ است لذا خطاها از یکدیگر مستقل‌اند. بنابراین اجرای آزمون رگرسیون بلا مانع است.

جدول شماره ۴ نمایانگر این است که متغیر حساسیت اضطرابی قادر به توجیه ۲۹/۶ درصد واریانس اضطراب مرگ ( $\Delta R^2 = 0/296$ ) شده است و با اضافه شدن متغیر سرسختی روانشناختی به متغیر حساسیت اضطرابی در مدل دوم باعث اضافه شدن پنج درصد واریانس اضطراب مرگ شده است (  $\Delta R^2 = 0/358$  ) و متغیرهای حساسیت اضطرابی و سرسختی روانشناختی توانسته است حدود ۳۵/۸ درصد واریانس متغیر اضطراب مرگ را توجیه کنند. با اضافه شدن متغیر ذهن آگاهی به متغیر حساسیت اضطرابی و سرسختی روانشناختی در مدل سوم باعث اضافه شدن دوازده درصد واریانس

جدول ۵. آزمون تحلیل واریانس بررسی معنی دار بودن رگرسیون مهارت‌های ارتباطی و نظم جویی هیجانی

شاخص آماری منبع تغییرات	SS	Df	MS	F	P
حساسیت اضطرابی	۹۷۸۶/۸۰۸	۱	۹۷۸۶/۸۰۸	۲۱۰/۲۸۷	۰/۰۰۱

		۴۶/۵۴۰	۱۷۸	۸۲۸۴/۱۶۹	باقی مانده
۰/۰۰۱	۱۱۰/۹۸۳	۵۰۲۶/۹۱۴	۲	۱۰۰۵۳/۸۲۹	حساسیت اضطرابی و سرسختی روانشناختی
		۴۵/۲۹۵	۱۷۷	۸۰۱۷/۱۴۹	باقیمانده
		۶۵۲۶/۸۷۲	۲	۱۳۰۵۳/۷۴۵	حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و
					ذهن آگاهی
۰/۰۰۱	۱۲۳/۸۹۶	۴۳/۰۰۷	۱۷۶	۷۵۶۹/۳۸	باقیمانده

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که بین متغیر حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی با اضطراب مرگ رابطه وجود دارد و متغیرهای حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی قدرت پیش‌بینی متغیر ملاک اضطراب مرگ را دارد.

**جدول ۶.** تحلیل رگرسیون (متغیر که با استفاده از مدل گام به گام وارد معادله رگرسیون شده اند)

شاخص‌ها منبع تغییرات	ضریب تفکیکی رگرسیون (B)	خطای معیار	ضریب استاندارد تفکیک رگرسیون (B)	t	سطح معناداری
مدل اول	مقدار ثابت	۱۷/۲۷۶			
	حساسیت اضطرابی	۰/۹۰۵	۰/۷۳۵	۱۴/۵۰۱	۰/۰۰۱
مدل دوم	مقدار ثابت	۱۳/۵۴۳			
	حساسیت اضطرابی	۰/۶۳۵	۰/۵۱۶	۴/۹۹۱	۰/۰۰۱
	سرسختی روانشناختی	۰/۳۲۶	-۰/۲۵۱	-۲/۴۲۸	۰/۰۱۶
مدل سوم	مقدار ثابت	۱۱/۲۴۷			
	حساسیت اضطرابی	۰/۵۱۲	۰/۴۶۵	۴/۱۳	۰/۰۰۱
	سرسختی روانشناختی	۰/۲۸۹	-۰/۲۳۴	-۲/۲۹	۰/۰۱۲
	ذهن آگاهی	۰/۲۵۶	-۰/۲۱۹	-۲/۱۸	۰/۰۲۵

۶ مشخص می‌شود مقدار  $\beta$  استاندارد شده مربوط متغیر سرسختی روانشناختی  $-۰/۲۵۱$  است این عدد نشان می‌دهد که متغیر سرسختی روانشناختی به طور معکوس بر متغیر اضطراب مرگ اثر دارد و متغیر سرسختی روانشناختی  $-۰/۲۵۱$  تغییرات متغیر ملاک اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند. اگر یک واحد تغییر در متغیر پیش بین سرسختی روانشناختی مشاهده شود متغیر ملاک اضطراب مرگ  $-۰/۲۵۱$  تغییر می‌کند؛ بدین معنا که با افزایش متغیر سرسختی روانشناختی، متغیر اضطراب مرگ کاهش پیدا می‌کند. مقدار  $\beta$  استاندارد شده مربوط متغیر ذهن آگاهی  $-۰/۲۱۹$  است این

در مدل اول متغیر مهارت‌های ارتباطی وارد معادله شده و با توجه به نتایج جدول ۶ مشخص می‌شود مقدار  $\beta$  استاندارد شده مربوط به متغیر حساسیت اضطرابی  $۰/۷۳۵$  است این عدد نشان می‌دهد که متغیر حساسیت اضطرابی به طور مستقیم بر اضطراب مرگ اثر دارد و متغیر حساسیت اضطرابی  $۰/۷۳۵$  تغییرات متغیر ملاک اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند. اگر یک واحد تغییر در متغیر پیش‌بین حساسیت اضطرابی مشاهده شود متغیر ملاک اضطراب مرگ  $۰/۷۳۵$  تغییر می‌کند. بدین معنا که با افزایش متغیر حساسیت اضطرابی، متغیر اضطراب مرگ افزایش پیدا می‌کند. با توجه به نتایج جدول

سرسختی روان‌شناختی یک ویژگی شخصیتی است که فرد می‌تواند از آن در رویارویی با حوادث فشار زای زندگی به عنوان یک منبع مقامت و سپر محافظتی استفاده کند و اینکه افراد سرسخت از اضطراب کمتر و به تبع آن از سلامت روانی و جسمانی بالاتری برخوردارند. کوباسا و پوکتی باور دارند که ویژگی‌های سرسختی شامل: حس کنجکاوی قابل توجه، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی دار، ابراز وجود، پرانرژی بودن و اینکه تغییر در زندگی امری طبیعی است. این ویژگی می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای اضطراب آور زندگی، کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی سودمند باشد (حمیدی و همکاران، ۱۳۹۰).

فرضیه دوم پژوهش حاضر نیز تأیید شد. در نتیجه می‌توان ادعا کرد بین اضطراب مرگ و ذهن آگاهی نیز رابطه معناداری وجود دارد. کریمی وکیل (۱۳۹۱) رابطه ذهن آگاهی و اضطراب مرگ را مورد پژوهش قرار داد، نتایج نشان داد که بین کیفیت زندگی با اضطراب مرگ رابطه منفی و معناداری وجود داشت. پژوهشی توسط دهقان نیری و صالحی (۱۳۹۰) انجام شد که رابطه اضطراب و کیفیت زندگی را در دانشجویان مقیم خوابگاه‌های دانشگاه تهران مورد بررسی قرار داد، یافته‌های تحقیق ارتباط نسبتاً قوی و منفی سطح اضطراب و کیفیت زندگی را نشان داد و بنابراین این نتیجه حاصل شد که با افزایش کیفیت زندگی سطح اضطراب کاهش می‌یابد. شرمین و همکاران (۲۰۱۰) رابطه اضطراب مرگ و کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و ایدز بررسی کردند، بیماران مبتلا به سرطان پیشرفته و ایدز، اضطراب مرگ بیشتری را نسبت به خانواده‌هایشان که از آن‌ها مراقبت می‌کردند، تجربه نمودند. کیفیت زندگی پایین‌تر مخصوصاً در حوزه روانی برای بیماران مبتلا به ایدز با اضطراب مرگ بیشتر، ارتباط داشت. بر اساس مبنای نظری، رابطه ذهن آگاهی با اضطراب مرگ را می‌توان بدین صورت تبیین کرد که کیفیت زندگی را به صورت اختلاف بین سطح انتظارات انسان‌ها و سطح واقعیت‌ها عنوان می‌کنند که هرچه این اختلافات کمتر باشد، کیفیت زندگی بالاتر که می‌تواند

عدد نشان می‌دهد که متغیر ذهن آگاهی به طور معکوس بر متغیر اضطراب مرگ اثر دارد و متغیر ذهن آگاهی ۰/۲۱۹- تغییرات متغیر ملاک اضطراب مرگ را پیش بینی می‌کند. اگر یک واحد تغییر در متغیر پیش بین ذهن آگاهی مشاهده شود متغیر ملاک اضطراب مرگ ۰/۲۱۹- تغییر می‌کند؛ بدین معنا که با افزایش متغیر ذهن آگاهی، متغیر اضطراب مرگ کاهش پیدا می‌کند. با توجه به معنادار شدن رابطه محاسبه شده با ۰/۹۹ احتمال نتیجه گرفته می‌شود که فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه اضطراب مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی قابل پیش‌بینی است، تأیید می‌شود و متغیر حساسیت اضطرابی، سرسختی روانشناختی و ذهن آگاهی پیش‌بینی کننده برای اضطراب مرگ است.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی وسواس مرگ بر اساس حساسیت اضطرابی، ذهن آگاهی و سرسختی روانشناختی در افراد دیابت نوع دو انجام شد. احمدی و همکاران (۱۳۹۴) به پیش‌بینی اضطراب مرگ بر اساس سرسختی روان‌شناختی و ویژگی‌های شخصی پرداخته‌اند که نتایج نشان داد بین سرسختی روان‌شناختی با اضطراب مرگ رابطه منفی وجود دارد و سرسختی روان‌شناختی، اضطراب مرگ را پیش‌بینی می‌کند. هیستاد و همکاران (۲۰۰۹) طی پژوهشی رابطه سرسختی را با اضطراب تحصیلی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد سرسختی با اضطراب تحصیلی ارتباط منفی داشت. همچنین المبرت و همکاران (۱۹۹۳) ارتباط میان مشارکت در تمرین‌های دانشگاهی و ادراک نقش اضطراب و سرسختی روانشناختی در میان پرستاران را بررسی نموده‌اند، یافته‌ها نشان دادند که همبستگی منفی معنی‌داری بین نقش اضطراب و سرسختی روانشناختی و بین اجزای اضطراب و اجزای سرسختی وجود دارد.

بر اساس مبنای نظری، رابطه‌ی سرسختی روانشناختی با اضطراب مرگ را می‌توان به این صورت تبیین کرد که،

به نقش مهارت‌های سر سختی روان شناختی و ذهن آگاهی به منظور کاهش اضطراب مرگ در بیماران دیابت نوع دو توجه کنند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش دشواری دسترسی به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، جلب رضایت و توجیه آنان جهت تکمیل پرسشنامه‌ها بود، تحقیق در ماهیت مرگ و پرسشنامه مربوط به آن یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌رفت، اما عمده ترین محدودیت پژوهش حاضر، عدم امکان قابلیت تعمیم آن می‌باشد.

بر سلامت جسمی روانی اجتماعی فرد تاثیر گذاشته و سبب شود که شیوه زندگی آنان با کیفیت بالاتر همراه باشد. هرچه افراد فشار روانی بیشتری داشته باشند از کیفیت زندگی پایین تری برخوردارند و در واقع ارتباط معکوسی بین اضطراب و کیفیت زندگی وجود دارد (موک، ۲۰۰۱).

در نهایت بر اساس یافته‌های این پژوهش و رابطی منفی سرسختی روان شناختی، ذهن آگاهی و رابطه مثبت حساسیت اضطرابی با اضطراب مرگ، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران

## References

1. World Health Organization. WHO guidelines for indoor air quality: household fuel combustion. World Health Organization; 2014.
2. -Mojahed A, Fallah M, Gangali A, Heidari Z. The role of social support and coping strategies in the prediction of psychological well-being type 2 diabetic patient of Zahedan. *Bali Med J*. 2019 (1):281 (Persian)
3. Chatterjee S, Khunti K, Davies MJ. Type2 diabetes. *Lancet*. 2017; 389(10085):2239-51-
4. -Abbott S, Dindol N, Tehrani AA, Pia MK. Binge eating disorder and night eating syndrome in adults with type2 diabetes: a systematic review. *J Eat Disord*. 2018; 6(1):1-8
5. -Javadbakht M, Mashayekhi M, Baradaran HR, Haghdoost AA, Afshin A, Projection of diabetes population size and associated economic burden through 2030 in Iran: Evidence from micro -simulation Markov model and Bayesian meta-analysis . *plos One*. 2015;10(7) (Persian)
6. -Bolge SC, Flores NM, Phan JH. The burden of poor mental well -being among patients with type2 diabetes mellitus: Examining health care resource use and work productivity loss. *J Occup environ med*. 2016;58(11)1121-6
7. -Rahimi M , Jalali M, Nouri R , The mediating role of resilience and diabetes distress in relationship between depression and treatment adherence in type diabetes among Iranian patients . *j community heal res* .2020;9(2):107-18 (Persian)
8. -Rezaei S, Ahmadi S, Rahmati J, Hosseini Fard H, dehnad A, aryankhesal A, et. Global prevalence of depression in HIV /AIDS : a systematic review and meta-analysis .*BMJ support palliat care*. 2019;9(4)404-12 (Persian)
9. -Watts S, leydon G, birch B, prescott P, lai L , Eardley S, et al. Depression and anxiety in prostate cancer : a systematic review and meta-analysis of prevalence rates .*BMJ open* .2014;4(3):e003901
10. -Wittkopf PG ,Zomkowski K, Cardoso FL ,Sperandio FF. The effect of chronic musculoskeletal pain on several quality of life dimensions : a critical review .*int j ther rehabil* .2017 ;24(8):327-36
11. -Koopmanschap m. coping with type 2 diabetes: the patients perspective . *diabetologia* 2002;45(7):18-22
12. -Das-munshi j, stewart r, ismail k, et al. Deiatetes, common mental disorders and disability : findings from the uk national psychiatric morbidity survey . *psychosom med* 2007 ;69(6):543-50
13. Shafiei K, Amini M. Psychological problem in diabetic patients . *res med sci* 1999;4(3)94-96. (Persian)
14. -Frewen PA, Evans EM, Maraj N, Dozois DJA, Partidge K. Letting Go: Mindfulness and negative Automatic Thinking. *cogn Ther Res* .2007;32 (36):758-74.
15. -Chambers R, Gullone E, Allen NB, Mindful emotion regulation :An integrative review .*clin psychol Rev*.2009;29 (6):560-72.
16. -Ahmadvand Z, Heydariannasab L, Shairi M, Prediction of psychological well -being based on the comonents of Mindfulness.2012;1(2):60-9. (Persian)
17. -Farhadi M, Pasndideh MM, The Effectiveness of Cognitive Therapy Based on Mindfulness in Reducing Stress, Anxiety and Depression in Multiple Sclerosis Patients. *Clinical and Persolanility psychology* 2018 ; 15(2):7-15 (Persian)
18. -Rezaee Dehnavi S , Heidarian F, Ashtari F, Shayegannejad v ..Relationship Between Hardiness and Psychological well -being in people with Multiple sclerosis and normal Group .*Middle Eastern Journal of Diabetic Students* .2017apr10 ;7:55.(Persian)
19. -Yang H, Zhang J, Li M, A Chinese version of a Likret- type Death Anxiety Scale for Colorectal Cancer Patients. *International Journal of Nursing Science*. Zolo Dec 1 ; 3(4) ,337-41.

20. -Watter DN. Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death anxiety and Hypersexuality. *Sexual Medicine Reviews*. 2018; 6(1)30-10.
21. -Aghajani M J, Rahbar T, Moghtader L. The Relationship of Hopefulness and Hardiness with General Health in Women with Breast Canser. *Jour Gilan Uni Med SCI*. 2018;26(104):41-49. (Persian)
22. -Kobasa SC, Maddi SR, ZOLA MA, Type A and Hardiness *Journal of Behavioral Medicine* .1989;6(1)41-51.
23. -Chan LC, Yap CC, Age, Gender, and Religiosity as Related to Death Anxiety *sun way Academic Journal* .2009;6:1-6.
24. -Delahaij a, Gaillard C, Van Dam P, Hope and Hardiness as Related to Life Satisfaction. *J Posi Psych*. 2010; 3(8):171-9.
25. -Aghajani M J. *Developmental Psychology of The Elderly*. Tehran: Sarv; 2017.

## Original Article

# Prediction of death obsession based on anxiety sensitivity, mindfulness and psychological toughness in type 2 diabetics

Received: 31/12/2022 - Accepted: 06/04/2023

Hasti Salehi<sup>1\*</sup>  
Behzad Abdollahpour<sup>2</sup>  
Mansour Ali Mahdi<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. student, Department of Psychology, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Ph.D. student, Department of Psychology, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Tehran Medical Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Email: HastiSalehi93@gmail.com

### Abstract

#### Introduction

The present study was conducted with the aim of predicting death obsession based on anxiety sensitivity, mindfulness and psychological toughness in people with type 2 diabetes.

#### Material and Method

The current descriptive-correlation study and the statistical population included men and women with type 2 diabetes in Tehran between May and November 2022, from which 134 people were selected by convenience sampling. The data were obtained using the death obsession scale of Abdul Khaliq (1998), the anxiety sensitivity questionnaire (ASI) of Reiss and Patterson (1985), the FFMQ mindfulness questionnaire of Bayer et al. (2006) and the psychological toughness scale of Ahvaz Kiamarhi et al. Came. The data obtained from the implementation of the research were analyzed using the methods of descriptive statistics and inferential statistics (correlation matrix) as well as the analysis of the raw data obtained from the research in the software (SPSS).

#### Results

The results showed that the variable of anxiety sensitivity has a direct effect on death anxiety (0.735), the variable of psychological toughness has an inverse effect on the variable of death anxiety (-0.251), and the variable of mindfulness has an inverse effect on the anxiety variable. Death has an effect (-0.219).

#### Conclusion

It can be concluded that death anxiety can be predicted based on anxiety sensitivity, psychological toughness, and mindfulness, and anxiety sensitivity, psychological toughness, and mindfulness variables are predictors for death anxiety.

#### Key words

death anxiety, anxiety sensitivity, psychological toughness, mind-awareness.

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest