

مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و آموزش ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو*

افسانه صمدزاده^۱، مهدیه صالحی^۲، شکوه‌السادات بنی‌جمالی^۳، حسن احدی^۴

The comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with mindfulness training on psychological self-care behavior in patients with type 2 diabetes

Afsaneh Samadzadeh¹, Mahdieh Salehi², Shokouh-al-Sadat Banijamali³, Hassan Ahadi⁴

چکیده

زمینه: تحقیقات به نقش موثر درمانگری‌های شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی اشاره دارد، اما کدام یک از این درمان‌ها می‌تواند بر بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران دارای دیابت نوع دو تاثیر داشته باشد؟ **هدف:** این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و آموزش ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. **روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ که در سال ۱۳۹۷ عضو انجمن خیریه حمایت از بیماران دیابتی تهران بودند مورد بررسی قرار گرفتند. از میان آنها، ۴۸ نفر که دارای کم‌ترین نمرات بر روی پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی توبرت و گلاسکو (۱۹۹۴) بودند، انتخاب و به تصادف در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) جایگزین شدند و به ترتیب تحت آموزش درمانگری شناختی رفتاری کرین (۱۳۹۰) و ذهن آگاهی بی‌ی (۲۰۱۴) قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان دهنده تاثیر معنادار هر دو روش مداخله‌های شناختی رفتاری ($p < 0/05$) و آموزش ذهن آگاهی ($p < 0/05$) بر افزایش سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران بود. بر اساس نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی، بین میزان تاثیر دو مداخله روانشناختی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران تفاوتی وجود نداشت ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** مداخله شناختی رفتاری از طریق تغییر و کنار آمدن با باورهای غیر منطقی بیماران و مداخله ذهن آگاهی از طریق افزایش دامنه توجه به خود و پیگیری برنامه‌های درمانگری، می‌تواند پای‌بندی به برنامه‌های خودمراقبتی دیابت را در بیمار افزایش دهد. **واژه کلیدها:** درمانگری شناختی رفتاری، آموزش ذهن آگاهی، خودمراقبتی، دیابت

Background: research showed about the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness training on self-care behaviors, but which one of this can have more improvement on patients with type 2 diabetes?. **Aims:** The present study aimed to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy and mindfulness training on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. **Method:** This research was a quasi-experimental study with pretest-posttest design with experimental and control groups. Sixty patients with type 2 diabetes who were members of the Tehran Charity Association for the Support of Diabetic Patients in 2018 were examined. Among them, 48 patients with the lowest scores on Tubert and Glasgow self-care behaviors questionnaire (1994) were assigned and randomly placed into three groups (two experimental groups and one control group) 8 session of cognitive behavioral therapy (Crane, 2011) for the first group and mindfulness (Baer, 2014) for the second group were applied. **Results:** The results of covariance analysis showed significant effectiveness of both cognitive-behavioral therapy ($p < 0/05$) and mindfulness training ($p < 0/05$) on increasing the levels of patients' self-care behaviors. Based on the results of Bonferroni post-hoc test, there were no significant differences between the effectiveness of two psychological interventions on increasing self-care behaviors in patients ($p < 0/01$). **Conclusions:** cognitive-behavioral intervention by changing and coping to patients' irrational beliefs as well as mindfulness by increasing the range of self-attention and adherence to treatment programs can enhance adherence to diabetes self-care programs in patients. **Key words:** Cognitive behavioral, Mindfulness, Self-care behaviors, Diabetes

Corresponding Author: iranpour1000@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری نویسنده اول است

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

۱. Ph.D Student of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

۲. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran (Corresponding Author)

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران

۳. Associate Professor, Department of Psychology, Alzahra University, Tehran, Iran

۴. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

۴. Professor, Department of Psychology, Allame-Tabatabaie University, Tehran, Iran

مقدمه

کیفیت زندگی، کاهش عارضه عصبی محیطی دیابتی و دریافت خدمات پزشکی می‌باشد (الخولده، الحسان و فرولیچر^{۱۵}، ۲۰۱۲). خودمراقبتی نه تنها از نظر بهداشتی، بلکه از نظر اقتصادی برای جامعه مهم است و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی می‌گردد (وایز و گیسون^{۱۶}، ۲۰۱۲). به این منظور، اجرای مداخله‌های روانشناختی مؤثر در کنار درمان‌های پزشکی، جهت مدیریت این بیماری و عوارض مرتبط با آن، ضروری می‌باشد (هوگز، برج و وایب^{۱۷}، ۲۰۱۴).

یکی از روش‌های مورد استفاده در سال‌های اخیر، به خصوص در علوم مرتبط با سلامت آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و استفاده از فنون آن در آموزش و درمانگری‌های روانشناختی است که جایگاهی ویژه در بین سایر مداخله‌ها سرآمد یافته است (نیکوگفتار و قاسمی‌جوینه، ۱۳۹۵). امروزه شواهد زیادی وجود دارد که حاکی از اثربخشی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر منافع مرتبط با سلامتی دارد (مک کنویل، مک آلر و هان^{۱۸}، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش میلر، کریستلر، هدینگز و ناگاراچا^{۱۹} (۲۰۱۲) نشان داد آموزش خوردن ذهن آگاهانه و رفتارهای خودمراقبتی تأثیر معناداری بر پای‌بندی به رژیم غذایی، اعتدال در کاهش وزن و کاهش قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر مطلوبی دارد. ونسون^{۲۰} و همکاران (۲۰۱۳) نیز در نتایج پژوهش خود نشان دادند، آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی با بهره‌گیری از ذهن-آگاهی، توجه لحظه به لحظه و انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و کاهش گلوکز خون در بین بیماران دیابتی نوع دو گردد. نتایج پژوهش‌های داخلی نیز حاکی از اثربخشی درمانگری گروهی کاهش تنش مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازش‌یافتگی روانی

دیابت نوع دو^۱، ناشی از عدم توانایی بدن برای تولید یا کاربرد انسولین است (ژانگ، چن و چن^۲، ۲۰۰۸). این بیماری می‌تواند با عوارض طولانی‌مدتی چون، کاهش سلامت‌روانی^۳ بیماران دیابتی، عدم پیگیری مناسب درمان‌های دارویی و رژیم (گونزالز و پیروت^۴، ۲۰۰۸)، افزایش مرگ و میر (فیشر^۵ و همکاران، ۲۰۰۸) و هزینه‌های بالای مراقبت‌های بهداشتی همراه باشد (انجمن جهانی دیابت، بیماری‌های گوارشی و کلیه^۶، ۲۰۰۴؛ به نقل از واسوروبا، خان و ایجد^۷، ۲۰۰۷). البته ممکن است، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مهار و پیگیری کافی در زمینه مراقبت‌های سلامتی خود جهت مهارگری قند خون را داشته باشند (وندرهیجن، نندورن، پاپ و پوور^۸، ۲۰۱۳). با این وجود، متخصصان اولین خط درمان را تعدیل رفتارهای مربوط به سبک زندگی از جمله تغییر در رژیم و فعالیت‌های جسمانی معرفی می‌کنند (یو، لی، آرگن و کریستنسن^۹، ۲۰۱۲). از این رو می‌توان گفت، مدیریت بیماری و انجام رفتارهای خودمراقبتی در مهار بیماری دیابت به ویژه نوع ۲ (وایز و هرش^{۱۰}، ۲۰۱۲)، از جمله ضروریات علم پزشکی قرن حاضر محسوب می‌شود (موریس، مک آلپین، دیداسبورگ و اسپنس^{۱۱}، ۲۰۱۱).

رفتارهای خودمراقبتی^{۱۲} توسط شخص بیمار و با اخذ یک نگرش مثبت و خاص نسبت به خود و بیماری‌اش، به صورت آگاهانه و مهارگرانه انجام می‌شود (وودمن، بالارد، هویت و مک فرسون^{۱۳}، ۲۰۱۸) و به مجموعه فعالیت‌های خودانگیخته‌ای گفته می‌شود که توسط بیمار و به منظور درک وی از شرایط و عوامل مؤثر بر سلامتی اش صورت می‌گیرد (تاکیزاوا و هوشی^{۱۴}، ۲۰۱۱). این فعالیت‌ها شامل پیروی از دستور غذایی داده شده، انجام ورزش منظم، پایش قند خون و مراقبت از پاها هستند و خودکارآمدی بالا پیش‌بینی رفتارهای خودمدیریتی در دستور غذایی، پایش قند خون، افزایش

11. Morris, McAlpine, Didsburg & Spence

12. Self-care behavior

13. Woodman, Ballard, Hewitt & MacPherson

14. Takizawa & Hoshi

15. Al – Khawaldeh, Al – Hassan & Froelicher

16. Wise & Gibson

17. Huges, Berg & Wiebe

18. McConville, McAleer & Hahne

19. Miller, Kristeller, Headings & Nagaraja

20. VanSon

1. Type 2 diabetes

2. Zhang, Chen & Chen

3. Mental health

4. Gonzalez & Peyrot

5. Fisher

6. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases

7. Nwasuruba, Khan & Egede

8. Van Der Heijden, van Dooren, Pop & Pouter

9. Yeaw, Lee, Aagren & Christensen

10. Wise & Hersh

در نتیجه می‌توان گفت، هر یک از روش‌های درمانگری شناختی رفتاری و آموزش‌های ذهن آگاهی چه از طریق شناسایی و اصلاح باورها و چه در نقطه مقابل آن، یعنی از جایگاه بدون قضاوت و همراه با روح پذیرش، به افزایش رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دیابتی می‌انجامد.

در همین رابطه، نتایج پژوهش لائو، گرنوالد، ژو و پالمو^۶ (۲۰۱۸) نشان داد درمانگری اینترنتی شناختی رفتاری بر رفتارهای خودمراقبتی، سلامت و مهارت‌های خودمراقبتی مبتلا به دیابت شود. یان‌ی‌هو^۷ و همکاران (۲۰۱۴) نشان دادند درمانگری شناختی رفتاری با پیگیری تلفنی بیماران چینی دارای مشکل بی‌خوابی پس از ۱۲ جلسه موجب افزایش خودمراقبتی در این بیماران شد. نتایج تن، تن و انجی^۸ (۲۰۰۹) نیز حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری بر کاهش درد، سطوح پریشانی مرتبط با بیماری، بهبود رفتارهای مراقبت از خود در مقابل بیماری، خودکارآمدی، افسردگی و تنش بیماران مبتلا به درد مزمن بود. در نتایج مطالعات داخل کشور نیز، باخته و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند مشاوره شناختی رفتاری، موجب افزایش توانمندی در تغییر شیوه زندگی و خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت بارداری گردید. نتایج پژوهش صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۴) نیز حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی، کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود.

با توجه به آنچه بیان شد، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از درد و رنج حاصل از بیماری دیابت و هیجان‌های منفی حادث از آن؛ لزوم افزایش رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری از تشدید عوارض ناشی از دیابت و جسمانی‌سازی، بهبود روند تغییر و اقدام به‌موقع به این دسته از بیماران بیش از گذشته احساس می‌شود (مامنه، لک دیزجی، رحمانی و بهشید، ۱۳۹۳). همچنین با بازبینی پیشینه‌های پژوهشی مرتبط، تأثیر هر یک از روش‌های روان درمانگری شناختی - رفتاری و آموزش‌های ذهن آگاهی، به‌عنوان روش‌های مداخله‌ای اثربخش و کلیدی در زمینه افزایش کیفیت زندگی و امید به زندگی بیماران مورد تأیید قرار گرفته است. ولی به دلیل کم بودن پژوهش

- اجتماعی با بیماری، خودمراقبتی، امید به زندگی (کیوان، خضری - مقدم و رجب، ۱۳۹۶)، کاهش میزان قند خون و رفتارهای مراقبتی (نیکوگفتار و قاسمی جوبنه، ۱۳۹۵) بیماران دیابت نوع دو بودند.

چرا که آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه این که به هردو بعد جسم و ذهن می‌پردازند، دارای اثربخشی بیشتری در زمینه اختلالات بالینی و غیر بالینی نسبت به درمان دارویی صرف هستند (لودویگ و کابات‌زین^۱، ۲۰۰۸). در این مداخله بیمار به جای پاسخ فوری و نسنجیده نسبت به امور، پاسخ عاقلانه‌ای می‌دهد (ایمانوئل، آپدگراف، کالمباچ و کیسلا^۲، ۲۰۱۰)؛ علاوه بر این، با ترکیب توجه، سبک‌های رفتاری و تمرین‌های ذهن آگاهی، راهکار مناسبی را به منظور افزایش خودمراقبتی تاب‌آورانه بیماران به روانشناسان عرضه می‌کند. همین امر موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی و در نتیجه بهبود بیماری آنها می‌گردد (وایز و هرش، ۲۰۱۲).

از سوی دیگر، شناخت‌ها و نگرش‌های منفی بیماران در مورد کنترل دیابت موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی در فرد می‌شود (صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین، ۱۳۹۴). بنابراین، درمانگری شناختی - رفتاری به‌عنوان یکی از روش‌های مطرح برای بهبود بیماری‌های مزمن، می‌تواند با استمداد از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد بیمار در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایش، به‌عنوان راهبرد درمانگری مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد. از این طریق می‌تواند در پیگیری و پایبندی خود به برنامه‌های مراقبت از خود، از جمله رژیم غذایی و برنامه ورزش روزانه افزایش داده و مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با مسائل روانی ناشی از این بیماری را تمرین کند (ترنر^۳، ۲۰۱۰). اجرای هر یک از مداخله‌های گروهی چون ذهن آگاهی که با فراهم نمودن بستری به منظور توجه عمیق به تجربیات حادث از بیماری، پذیرش هیجان‌ها و رنج ناشی از آن (گوستافسون^۴، ۲۰۱۴)، و در مقابل درمانگری شناختی رفتاری، با به کارگیری فنون شناختی - رفتاری و سایر روش‌های تنش‌زدایی به شناسایی و اصلاح باورهای اساسی بیماران و در پی آن، بالا بردن پایبندی به رژیم غذایی، می‌پردازد (ایشیزاوا^۵ و همکاران، ۲۰۱۰).

5. Ishizawa

6. Law, Groenewald, Zhou & Palermo

7. Yan-YeeHo

8. Tan, Tan & Ng

1. Ludwig & Kabat-Zinn

2. Emanuel, Updegraff, Kalmbach & Ciesla

3. Turner

4. Gustafson

گرفتند. داده‌های به دست آمده، با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی با روش آلفای بن فرونی) و به کمک نرم‌افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ابزار

پرسشنامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی دیابت^۱: این پرسشنامه با هدف ارزیابی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ در سال ۱۹۹۴ توسط گلاسکو و توبرت^۲ طراحی شد. این پرسشنامه که دارای ۱۲ سوال است میزان پایبندی بیمار را در ۴ حیطه رژیم غذایی، آزمون تحمل گلوکز و مصرف داروها در مدت ۷ روز اخیر می‌سنجد. در پژوهش حقایق و همکاران (۱۳۸۹) ضریب همسانی درونی پرسشنامه از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در هر سال و ضریب بازآزمایی آن در سطح ($p < 0/01$) معنی دار بود. نتایج تحقیق مک داول، کورتنی، ایواردز و شورتریچ بگت^۳ (۲۰۰۵) نشان داد هر چهار عامل، از ضریب همسانی درونی و بازآزمایی قابل قبول و معنی‌داری در طول زمان برخوردار هستند. همچنین نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در مطالعه ثابت سروستانی و هادیان شیرازی (۱۳۸۸) ۰/۸۴ برآورد شد و در مطالعه مل‌مادرونا^۴ (۲۰۱۰) نیز قابلیت اعتماد آن را قابل قبول گزارش شده است (به نقل از رشیدی، صفوی، یحیوی و فراهانی، ۱۳۹۴).

شرح مداخله‌های انجام شده: طرح آموزش شناخت‌درمانگری ذهن آگاهی بر اساس کتاب شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (کرین، ترجمه خوش‌لهجه صدق، ۱۳۹۰) و رویکرد درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی (بی‌پر^۵، ۲۰۱۴) در ۸ نشست و به شرح زیر اجرا شد: نشست نخست: برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره دیابت و ماهیت آن، معرفی شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی و انجام تکالیف خانگی.

نشست دوم: آموزش توجه و آگاهی بر جسم (تمرین خوردن کشمش)، آگاهی از افکار و احساسات به شیوه فراشناختی، آموزش ارتباط فکر و احساس.

نشست سوم: معرفت خودکار، پی بردن به ذهن سرگردان، آموزش اسکن بدن، مهار ذهن، ماندن در زمان حال.

درباره مقایسه تأثیر دو روش نامبرده بر رفتارهای خودمراقبتی در داخل و خارج از کشور، این پژوهش انجام شد.

فرضیه‌ها

فرضیه‌ها و سؤالات پژوهش این چنین قابل طرح است:

۱. درمانگری شناختی رفتاری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد.
۲. آموزش شناخت‌درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد.
۳. بین میزان اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری با شناخت - درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش رفتارهای خودمدیریتی در بیماران دیابتی تفاوت وجود دارد.

روش

روش این پژوهش از نوع آزمایشی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه) بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در سال ۱۳۹۶ بود که به عضویت انجمن خیریه حمایت از بیماران دیابتی تهران درآمده‌اند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند بود. به این صورت که از میان این جامعه، با مراجعه به پرونده و گزارش بیماری مراجعان، پس از اعلام فراخوان و بررسی معیارهای ورود (از جمله، ابتلا به بیماری دیابت ۲ در یک سال اخیر؛ عدم ابتلا به اختلالات شناختی و روانی شدید؛ عدم شرکت همزمان در مداخله‌های روانشناختی دیگر؛ دارا بودن حداقل ۳۰ تا ۶۰ سال؛ داشتن مدرک تحصیلی حداقل دیپلم و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های مداخله‌های روانشناختی)، سنجش اولیه صورت گرفت. سپس از بین آزمودنی‌هایی که در مرحله پیش‌آزمون، کم‌ترین نمره را در رفتارهای خودمراقبتی بیماری دیابت کسب کردند (۸۰ نفر)، تعداد ۶۰ نفر به طور تصادفی انتخاب (بر اساس جدول تعیین حجم نمونه کرجسی مورگان) و در گروه‌های آزمایش (۲ گروه ۲۰ نفره) و گواه (یک گروه ۲۰ نفره) به تصادف گمارش شدند. پس از آن گروه‌های آزمایش، هر یک به تفکیک تعداد ۸ به مدت جلسه ۹۰ دقیقه و به صورت هفتگی، مداخله‌های روانشناختی گروهی را دریافت کردند. در حالی که گروه گواه در انتظار دریافت مداخله‌های آتی ماندند و در انتها، هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار

4. Mehl-Madrona

5. Baer

1. self-care behaviors of diabetes mellitus questionnaire

2. Glasgow and Tubert

3. McDowell, Courtney, Edwards & Shortridge-Baggett

نشست پنجم: استفاده از روش‌هایی مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خود آیند، تهیه لیست فعالیت‌های لذت‌بخش، جدول برنامه ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه و بلندمدت.

نشست ششم: آموزش تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، توقف فکر، تشخیص خطاهای شناختی و تمرین مهارت حل مسأله.

نشست هفتم: جلب توجه بیماران به باورها و پیش‌فرض‌های زیربنایی، تقویت مهارت‌های اجتماعی و مهارت جرأت‌مندی، استفاده از فن رویارویی تجسمی.

نشست هشتم: خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و برگزاری پس‌آزمون.

یافته‌ها

همان‌گونه نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد، بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی گروه آزمایش تفاوت‌هایی وجود دارد که معنی‌داری آنها در آمار استنباطی پیگیری خواهد شد. در متغیرهای تحقیق در دو گروه آزمایش از نمرات پیش-آزمون تا نمرات پس‌آزمون تغییرات و تفاوت‌های محسوسی وجود دارد که نیاز است تا در فرضیه‌های تحقیق با آزمون آماری مناسب بررسی گردد. در مطالعه حاضر، با توجه به این که مقیاس اندازه‌گیری داده‌ها از نوع فاصله‌ای می‌باشد، سایر مفروضه‌های لازم جهت تحلیل کوواریانس بررسی می‌گردد:

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که سطح معناداری به دست آمده بیش از ۰/۰۵ برای هر سه گروه در مرحله پیش‌آزمون و برای متغیر مورد بررسی می‌باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها با اطمینان ۰/۹۵ تأیید می‌گردد ($P > 0/05$).

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که مقدار F برای متغیر پیش‌آزمون رفتارهای خودمراقبتی معنی‌دار نیست؛ از این رو می‌توان گفت، واریانس آن در سه گروه برابر هستند.

با توجه به نتایج جدول ۴، آماره آزمون $F_{(12, 15/15745)} = 1/28$ و $1/73$ کمتر از مقدار متناظر جدول فیشر می‌باشد و سطح معناداری متناظر با آن‌ها بیش از ۰/۰۵ است. از این رو، فرض صفر آزمون باکس-مینی بر همگنی واریانس در فرضیه اصلی پژوهش، با اطمینان ۰/۹۵ پذیرفته می‌شود.

نشست چهارم: تمرکز بر تنفس، مراقبه نشسته، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، مراقبه ذهن آگاهی.

نشست پنجم: تنفس ۳ دقیقه‌ای (آگاهی، یکپارچه‌سازی و گسترش دادن)، مراقبه شنیدن، ذهن آگاهی از فعالیت‌های روزمره، مراقبه خالی کردن ذهن از افکار.

نشست ششم: بنا نهادن رابطه ای متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش.

نشست هفتم: مروری بر مراقبت از خود، انتخاب گزینه‌های مراقبت از خود بر اساس جدول مراقبت از خود، مروری بر ارتباط میان فعالیت و مزاج، فعال‌سازی رفتاری، آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.

نشست هشتم: شناسایی نشانه‌های برگشت و استفاده از آموخته‌ها، مروری بر جلسات گذشته و جمع‌بندی مباحث، آموزش چگونگی ادغام آنها در سبک زندگی، کم‌روزان، خاتمه درمان و اجرای پس‌آزمون.

طرح مداخله‌های درمانگری شناختی رفتاری نیز بر اساس کتاب‌های درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی (کریک‌ای‌وایت، ترجمه مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰) و درمان شناختی رفتاری در افسردگی (راسلو و برنال^۱، ۱۹۹۹) در ۸ جلسه اجرا شد.

نشست نخست: برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره دیابت و ماهیت آن، معرفی درمانگری شناختی رفتاری.

نشست دوم: طبقه‌بندی مشکلات بیمار و هدف‌گزینی (اهداف مداخله‌های مربوط به دیابت)، آموزش تکنیک اندازه‌گیری مزاج، شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن.

نشست سوم: آموزش الگوی شناختی - رفتاری به بیماران، آموزش خطاهای شناختی، آموزش کشاکش با فکر منفی و جایگزینی افکار کارآمد.

نشست چهارم: ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیت-های هفتگی و راهنمایی‌های مرتبط، شناسایی افکار برانگیزاننده بیماری و احساس‌های ناخوشایند آن، آموزش نحوه ارزیابی فکر (کشاکش کلامی و آزمایش رفتاری).

^۱. Rosselló & Bernal

همان طور که در جدول شماره ۵ مشاهده می شود، مقدار F تعامل متغیر همپراش برای رفتارهای خودمراقبتی / گروه می باشد که معنادار نیست ($p > 0/05$). از این رو، می توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات رفتارهای خودمراقبتی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون سه گروه گواه، گروه درمانگری شناختی - رفتاری و گروه آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی					
متغیر	مرحله	گواه		شناختی - رفتاری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رفتارهای خودمراقبتی	پیش آزمون	۴۵/۶۰	۴/۵۴	۴۵/۷۰	۴/۱۴
	پس آزمون	۴۶/۳۰	۳/۹۷	۵۴/۱۰	۶/۴۱
					انحراف معیار
					میانگین
					ذهن آگاهی
					انحراف معیار
					میانگین
					گروه

جدول ۲. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع داده ها		
گروه	پیش آزمون	گروه
گروه ذهن آگاهی	آماره آزمون	۰/۱۷
	سطح معناداری	۰/۱۱
گروه شناختی رفتاری	آماره آزمون	۰/۱۶
	سطح معناداری	۰/۱۹
گروه گواه	آماره آزمون	۰/۱۴
	سطح معناداری	۰/۳۴

جدول ۳. آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس سه گروه				
متغیر	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش آزمون رفتارهای خودمراقبتی	۱/۷۱	۲	۵۷	۰/۱۹

جدول ۴. آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس در سه گروه				
Box's M	آماره آزمون F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۱۰/۵۰	۰/۸۱	۱۲	۱۵۷۴۵/۱۵	۰/۶۴

جدول ۵. آزمون همگنی شیب رگرسیون در پس آزمون رفتارهای خودمراقبتی						
متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون F	سطح معناداری	اندازه اثر
پس آزمون رفتارهای خودمراقبتی* گروه	۵۲/۵۹	۳	۱۷/۵۳	۰/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۴
خطا	۱۱۴۷/۵۹	۵۶	۲۰/۴۹	-	-	-
						توان آماری
						۰/۲۲

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی تأثیر درمانگری شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی						
اثر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون F	معناداری	مربع ایثا
پیش آزمون	۴۱۹/۹۷	۱	۴۱۹/۹۷	۳۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۳۸
گروه	۷۷/۱۷	۲	۳۸/۵۸	۲/۹۸	۰/۰۴۲	۰/۱۰
خطا	۶۹۷/۲۶	۵۴	۱۲/۹۳	-	-	-

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین‌های خودمراقبتی در سه گروه			
گروه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری
شناختی رفتاری	۴/۶۲	۱/۸۹	۰/۰۴
گواه	۶/۳۰	۱/۳۷	۰/۰۰۵
شناختی رفتاری	۲/۳۲	۱/۳۶	۰/۲۸

حاکمی از اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران بود. این یافته با پژوهش‌های لائو و همکاران (۲۰۱۸)، یان‌بی‌هو و همکاران (۲۰۱۴)، میلر و همکاران (۲۰۱۲)، مک‌کراکن و ولمن (۲۰۱۰)، تن، تن و انجی (۲۰۰۹)، باخته و همکاران (۱۳۹۷)، کیوان (۱۳۹۶)، نیکوگفتار و قاسمی جوبنه (۱۳۹۵) و صمدزاده، پورشریفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۴) هم‌خوانی دارد. در تبیین یافته‌های این بخش می‌توان اظهار داشت، با توجه به این که افراد مبتلا به دیابت نوع دو با خطر بالای عوارض حاد (مانند افت قند خون و کتواسیدوز دیابتی) و مزمن (مانند بیماری قلبی - عروقی، بیماری کلیوی، نابینایی و قطع عضو ناوابسته به آسیب جسمی در اعضای انتهایی) جسمانی مواجه هستند (ژو، ۲۰۰۵) و غالباً درمانگری دارویی بر بهبود این بیماری تأثیر ندارد؛ بنابراین بیش از ۹۵ درصد فرآیند بهبود، توسط بیمار و به واسطه مراقبت‌های فردی انجام می‌شود (الخولده، الحسان و فرولیچر، ۲۰۱۲) و به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارند (حمدزاده، عزتی، عابدسعیدی و نصیری، ۱۳۹۲). باورهای شناختی در مورد خودمراقبتی نقش مهمی در افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در بیماران دیابتی دارند (زارع شاه‌آبادی و ابراهیمی صدرآبادی، ۱۳۹۲). بر اساس مدل شناختی رفتاری، شناخت‌ها و نگرش‌های منفی در مورد کنترل بیماری موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی در فرد می‌شود. فکر منفی مثل: دیابت خارج از کنترل من است، باعث به وجود آمدن احساس منفی مثل: ناراحتی و عصبانیت در فرد شده که رفتارهای سازش‌نا یافته مرتبط با سلامت را فرد ایجاد می‌کند (برای مثال: عدم تزریق، زیاده‌روی در خوردن، و چک نکردن قند خون)؛ این رفتارها موجب ادامه یافتن این چرخه منفی در بیمار می‌شوند.

از این رو، درمانگری شناختی رفتاری، با شناسایی افکار خودکار، کشف این که افکار تحریف شده چگونه بر مزاج و رفتار تأثیر می‌گذارند و کشاکش با این افکار و باورها زمینه کاهش احساسات منفی

بر اساس یافته‌های آماری حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، بر اساس یافته‌های جداول ۶ و ۷ می‌توان بیان داشت که درمانگری شناختی - رفتاری ($F(1,54) = 2/98, P \leq 0/05$) و آموزش‌های شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی ($F(1,54) = 2/98, P \leq 0/01$) بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است. مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که با مهار نمرات پیش‌آزمون رفتارهای خودمراقبتی، افرادی که درمانگری شناختی - رفتاری دریافت کرده‌اند ($M = 54/10$) به طور معناداری نمرات بالاتری در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه ($M = 45/70$) به دست آورده‌اند ($P \leq 0/01$). همچنین، با مهار نمرات پیش‌آزمون رفتارهای خودمراقبتی، افرادی که درمانگری شناختی - رفتاری دریافت کرده‌اند (گروه آزمایش) ($M = 51/10$) به طور معناداری نمرات بالاتری در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه گواه ($M = 46/05$) به دست آورده‌اند ($P \leq 0/01$).

در پی بررسی یافته‌های آماری، نتایج جدول ۷ بیانگر آن است که بین سه گروه (گروه درمانگری شناختی - رفتاری، گروه آموزش شناخت درمانگری ذهن آگاهی و گروه گواه) در نمرات رفتارهای خودمراقبتی در مرحله پس‌آزمون ($F(1,54) = 1/80, P \leq 0/01$) تفاوت معنی‌دار وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه دو به دوی میانگین‌ها متغیر رفتارهای خودمراقبتی در سه گروه نشان می‌دهد (جدول ۷) که با مهار نمرات پیش‌آزمون، بین نمرات افرادی که مداخله‌هایی چون درمانگری شناختی - رفتاری و آموزش‌های ذهن آگاهی دریافت کرده‌اند، تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری با آموزش شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج پژوهش

گروه آموزش ذهن آگاهی، به دلیل انجام دو نوع تمرین رسمی (وارسی بدن، مراقبه نشسته، تمرین خوردن کشمش، تمرین افکار و احساسات و...) و غیر رسمی (در جهت تعمیم آموزه‌های ذهن آگاهی به کل زندگی و تغییر سبک زندگی به شیوه ذهن آگاهانه به ویژه در فعالیت‌های روزمره زندگی مانند آشپزی، نظافت و شستشو، غذا خوردن، راه رفتن و...) بیماران از فواید و نتایج مثبت ذهن آگاهی در همه تجربه‌های زندگی بهره بردند. یادگیری حضور در زمان حال، بهبود ارتباط با خود و دیگران، تمرین تنفس متمرکز، انجام آگاهانه فعالیت‌های روزانه زندگی به صورت آگاهانه و تمرین واریسی بدنی موجبات افزایش خودآگاهی بیماران را فراهم ساخت، که این خودآگاهی با افزایش رفتارهای خودمراقبتی همراه بود.

در همین رابطه، نتایج پژوهش هنن^۴ و همکاران (۲۰۱۶) نشان داد آموزش شناخت درمانگری ذهن آگاهی در کوتاه مدت و بلندمدت موج کاهش قند خون بیماران دیابتی می‌گردد. علاوه بر این به دلیل افزایش سطح آگاهی موجبات بهبود جسمانی را در درازمدت فراهم می‌سازد. علاوه بر این، در حین انجام مداخله‌ها و پس از آن نیز، می‌تواند روش اثربخشی باشد. نتایج پژوهش تاک^۵ و همکاران (۲۰۱۵) نیز نشان داد سطح گلوکز خون بیماران دیابتی که شناخت درمانگری مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کرده بودند، به واسطه افزایش رفتارهای خودمراقبتی و بهبود خودکارآمدی بیماران، به میزان قابل توجهی کاهش یافت.

نتایج پژوهش حاکی از تأثیر دو روش درمانگری شناختی رفتاری و آموزش‌های ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. با این وجود، تفاوتی بین میزان اثربخشی دو روش مذکور مشاهده نشد. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهش پیش‌رو با آن مواجه بود، اجرای آن تنها بر روی بیماران شهر تهران و عضو انجمن خیریه حمایت از بیماران دیابتی بود که شامل همه بیماران دیابتی نوع دو نمی‌شد. همچنین، اجرای مداخله‌ها توسط یک درمانگر و تسلط کافی بر هر دو روش توسط وی نیز میزان اثربخشی مداخله‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو پیشنهاد می‌شود تا اثربخشی هر یک از روش‌های مداخله‌ای مورد مطالعه توسط

را فراهم ساخته و موجب کنار آمدن سازش یافته با بیماری می‌شود. درمانگری شناختی - رفتاری از طریق آموزش دادن به بیماران در مورد بیماری و عوارض آن، کمک به آنها در کسب مهارت‌های لازم (نظیر کنترل و تفسیر قند خون) و از همه مهمتر، توجه به آنچه بدن باور داشته و بر احساس‌ها و رفتارهای‌شان در زمینه رفتارهای مراقبت از خود تأثیر می‌گذارند، به کاهش میزان قند خون و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی کمک می‌کند. با توجه به این که بخش اول پروتکل مورد استفاده در این پژوهش، در مورد تأثیر افکار بر مزاج افراد، و بخش دوم در مورد تأثیر فعالیت‌ها بر مزاج بود؛ در نتیجه، رفتارهای خودمراقبتی بیماران به طور مستقیم و غیرمستقیم افزایش درخور توجهی داشت. پژوهش هلم^۱ و همکاران (۲۰۱۵) که با هدف بررسی ارتباط بین عملکرد شناختی و خود مراقبتی در بیماران مبتلا به نارسایی مزمن قلبی انجام شده بود، نشان داد ابعاد شناختی با رفتارهای خودمراقبتی بیماران ارتباط مستقیمی دارد. نتایج پژوهش قریشی^۲ و همکاران (۲۰۱۹) نیز حاکی از اثربخشی درمانگری شناختی - اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

بخش دوم یافته‌ها، حاکی از اثربخشی آموزش شناخت - درمانگری ذهن آگاهی بر افزایش رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت بود. این یافته با نتایج پژوهش میلر و همکاران (۲۰۱۲)، مک کراکن و ولمن (۲۰۱۰)، کیوان (۱۳۹۶) و نیکوگفتار و قاسمی - جوبنه (۱۳۹۵) هم‌سو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افزایش آگاهی فرد دیابتی در مورد مسایل مختلف دیابت از جمله، اصول مراقبت از خود و مهار مستمر قند خون به قدر نزدیک به طبیعی، زندگی طولانی مدت را برای بیمار تضمین می‌نماید، از هزینه‌های درمان می‌کاهد (اورم^۳، ۲۰۰۱) و از عوارض دیررس دیابت پیشگیری می‌کند (محمودی، ۱۳۸۵). در آموزش‌های ذهن آگاهی، فرد با انجام تمرینات منظمی مانند واریسی بدن و یا مراقبه نشسته یاد می‌گیرد که نسبت به بدن خود و هر حس خوشایند و ناخوشایندی که می‌تواند در بدن به وجود آید، آگاه باشد و این آگاهی را ارتقا بخشد. با افزایش آگاهی از بدن، فرد به احتمال بیشتری به خود توجه می‌کند و رفتارهای خودمراقبتی را در خود بروز می‌دهد. بیماران حاضر در

4. Haenen

5. Tak

1. Hjelm

2. Ghoreishi

3. Orem

بیماران دیابتی نوع دو: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. *مجله علمی*

دانشکده پرستاری و مامایی همدان، ۲۲(۱)، ۵۱-۴۱.

محمودی، اعظم (۱۳۸۵). تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کاهش هموگلوبین

A1C در بیماران دیابتی. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*،

۱۶(۳)، ۱۷۱-۱۷۶.

نیکوگفتار، منصوره و قاسمی جوینه، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن-

آگاهی بر خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات*

علوم رفتاری، ۱۴(۴)، ۴۳۳-۴۲۸.

Al - Khawaldeh, OA., Al - Hassan, MA., & Froelicher. ES. (2012). Self - efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 6-10.

Baer, R.A. (2014). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.

Emanuel, A.S., Updegraff, J.A., Kalmbach, D.A., & Ciesla, J.A. (2010). The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*, 49(7), 815-818.

Fisher, L., Skaff, M.M., Mullan, J.T., Arean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 25, 1096-1101

Ghoreishi, MS., Vahedian-shahroodi, M., Jafari, A., & Tehranid, H. (2019). Self-care behaviors in patients with type 2 diabetes: Education intervention base on social cognitive theory. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(3), 2049-56.

Gonzalez, J., & Peyrot, M. (2008). Depression and Diabetes Treatment Nonadherence. A Meta-Analysis. *Diabetes Care*, 31(12), 1-6.

Gustafson, L. (2014). Mindfulness based stress reduction as an adjunct treatment to diabetes. *School of Physician Assistant Studies*, 500. Available at: <https://commons.pacificu.edu/pa/500>

Haenen, S., Nyklíček, I., Son, J., Pop, V., & Pouwer, F. (2016). Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in diabetes outpatients: Findings from the DiaMind randomized trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 85, 44-50.

Hjelm, CM., Broström, A., Riegel, B., Årestedt, K., & Strömberg, A. (2015). The association between cognitive function and self-care in patients with chronic heart failure. *Heart & Lung*, 44(2), 113-119.

Huges, AE., Berg, CA., & Wiebe, D.J. (2014). Emotional processing and self-control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925-934.

Ishizawa, KT., Kumano, H., Sato, A., Sakura, H., & Iwamoto, Y. (2010). Decreased response inhibition in middle-aged male patients with type 2 diabetes.

درمانگران مجزا بر روی نمونه‌های دیگر اجرا و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

ای‌وایت، کک (۱۳۹۰). *درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن*

پزشکی. ترجمه رضا مولودی و کتابیون فتاحی. تهران: انتشارات

ارجمند.

باخته، اعظم؛ کولیوند، میترا؛ اسدی، ناهید؛ رضایی، منصور و جابر قادری،

نسرين (۱۳۹۷). تأثیر مشاوره شناختی رفتاری بر خودکارآمدی

زنان مبتلا به دیابت بارداری: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده.

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۸ (۱۶۵)، ۸۶-۷۸.

ثابت سروستانی، راحله و هادیان شیرازی، زهرا (۱۳۸۸). شاخص‌های

تشخیصی دیابت و خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه کننده

به درمانگاه نادر کاظمی شیراز سال ۱۳۸۶. *پژوهش پرستاری*،

۴(۱۴)، ۲۱-۱۵.

حمدزاده، سعید؛ عزتی، ژاله؛ عابدسعیدی، ژیلا و نصیری، نویده (۱۳۹۱).

سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به

دیابت. *نشریه پرستاری ایران*، ۸۰، ۳۳-۲۴.

رشیدی، کبری؛ صفوی، محبوبه؛ یحیوی، سیدحسین و فراهانی، حجت‌اله

(۱۳۹۴). بررسی تأثیر همتا بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت

نوع ۲. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۲۳(۳)،

۲۶-۱۵.

زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ و ابراهیمی صدرآبادی، فاطمه (۱۳۹۲). بررسی تأثیر

عوامل شناختی بر درمان بیماری دیابت نوع دو در یزد. *مطالعات*

روانشناسی بالینی، ۱۳(۴)، ۲۲-۱.

صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۴).

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی و نشانه‌های

افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه

موردی. *دوماه‌نامه علمی - پژوهشی فیض*، ۱۹(۳)، ۲۵۵-۲۶۴.

کرین، ر. (۱۳۹۰). *شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی*. ترجمه خوش

لهجه‌صدق، انیس. تهران: مؤسسه چاپ و انتشارات بعثت.

کیوان، شیما؛ خضری مقدم، نوشیروان و رجب، اسداله (۱۳۹۶). اثربخشی

کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی

- اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله*

دیابت و متابولیسم ایران، ۱۷(۲)، ۱۱۶-۱۰۵.

مامنه، مهدی؛ لک‌دیزجی، سیما؛ رحمانی، آزاد و بهشید، مژگان (۱۳۹۳).

تأثیر آموزش بر اساس الگوی مراقبت مشارکتی بر رفتار تغذیه‌ای

- Turner, J. (2010). The use of cognitive behavioral therapy in diabetes care: A review and case study. *Journal of Diabetes Nursing*, 14(3), 86-92.
- Van Der Heijden, M.M. P., van Dooren, FE., Pop, VJ., & Pouwer, F. (2013). Effects of exercise training on quality of life, symptoms of depression, symptoms of anxiety and emotional well-being in type 2 diabetes mellitus: A systematic review. *Diabetologia*, 56(6), 1210-25.
- VanSon, J., Nykliček, I., Pop, VJ., Blonk, MC., Erdtsieck, RJ., Spooren, PF., Toorians, AW., & Pouwer, F. (2013). The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA1c in Outpatients With Diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36, 823-830.
- Wise, E. H., & Gibson, C. M. (2012). *Continuing education, ethics and self-care: A professional life span perspective*. Hauppauge, New York: Nova Science.
- Wise, E. H., & Hersh, M. A. (2012). Ethics, Self-Care and Well-Being for Psychologists: Envisioning the Stress-Distress Continuum. *Journal Psychology: Research and Practice*, 43(5), 487-94.
- Woodman, J., Ballard, K., Hewitt, C., & MacPherson, H. (2018). Self-efficacy and self-care-related outcomes following Alexander Technique lessons for people with chronic neck pain in the ATLAS randomized, controlled trial. *European Journal of Integrative Medicine*, 17, 64-71.
- Xu, Y., Pan, W., & Liu, H. (2010). Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 228-234.
- Yan-YeeHo, F., Chung, KF., Yeung, WF., Ho-Yee, T., & Kin-Wing Cheng, S. (2014). Weekly brief phone support in self-help cognitive behavioral therapy for insomnia disorder: Relevance to adherence and efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 63, 147-156.
- Yeaw, J., Lee, WC., Aagren, M., & Christensen, T. (2012). Cost of self-monitoring of blood glucose in the United States among patients on an insulin regimen for diabetes. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 18(1), 21-32.
- Zhang, C. X., Chen, Y. M., & Chen, W. Q. (2008). Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 79(3), 523-53.
- The official journal of the Japanese Society of Psychosomatic Medicine*, 4(1), 1. doi: 10.1186/1751-0759-4-1.
- Law, EF., Groenewald, CB., Zhou, C., & Palermo, TM. (2018). Effect on Health Care Costs for Adolescents Receiving Adjunctive Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pain*, 19(8), 910-919.
- Ludwig, DS., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *JAMA*, 300(11), 1350-1352.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Non-randomized Controlled Trials. *Explore (The Journal of Science & Healing)*, 13(1), 26-45.
- McDowell, J., Courtney, M., Edwards, H., & Shortridge-Baggett, L. (2005). [Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale]. *International Journal of Nursing Practice*, 11(4), 177-184.
- Miller, CK., Kristeller, JL., Headings, A., & Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*, 41(2), 145-54.
- Morris, R., McAlpine, I., Didsburg, L. P., & Spence, M.J. (2011). A randomized controlled Trial of a cognitive behavior Therapy-based self-management intervention for irritable bowel syndrome in primary. *Care psychology medicine*, 40(5), 85-94.
- Nwasuruba, C., Khan, M., & Egede, L. E. (2007). Racial/Ethnic Differences in Multiple Self-Care Behaviors in Adults with Diabetes. *Society of General Internal Medicine*, 22, 115-20.
- Orem, DE. (2001). *Nursing Concept of Practice*. 6th Edition. New York: Mosby.
- Rosselló, J., & Bernal, G. (1999). The efficacy of cognitive-behavioral and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 734-45.
- Tak, SR., Hendriekx, C., Nefs, G., Nykliček, I., Speight, J., & Pouwer, F. (2015). The association between types of eating behaviour and dispositional mindfulness in adults with diabetes. Results from Diabetes MILES The Netherlands. *Appetite*, 87, 288-295.
- Takizawa, H., & Hoshi, T. (2011). A Comparison of Diabetes Self-Care Ability Scores Among Inhabitants of Urban and Rural Areas and a Group of Company Employees. *International Journal of Urban Sciences*, 14(1), 86-97.
- Tan, EP., Tan, ES., & Ng, BY. (2009). Efficacy of cognitive behavioral therapy for patients with chronic pain in Singapore. *ANNALS Academy of Medicine Singapore*, 38(11), 952-959.