

مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ شهر شیراز

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

خلاصه

مقدمه: تحقیقات زیادی درباره اثر بخشی درمان شناختی رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتار خود مراقبتی صورت گرفته است. اما درباره مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ تحقیقات زیادی صورت نگرفته است. مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتار خود مراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو شهر شیراز بود. روش: پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود.

روش کار: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۳۶ نفر از بیماران دیابتی به روش نمونه گیری دسترس انتخاب و به صورت انتساب تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. ابزار پژوهش حاضر پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی تابرت، هامپسون و گلاسکو (2000)، بود. جلسات درمانی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (موس و همکاران، ۲۰۱۵) و درمان شناختی رفتاری (مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰؛ به نقل از صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷)، ۸ جلسه و به صورت گروهی و هر هفته یک جلسه ۲ ساعته بود. جهت تجزیه و تحلیل دادهها از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

نتایج: تفاوت میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی آزمودنیها در گروه کنترل با میانگین نمره گروه CBT معنی دار است ($P < 0/001$)؛ می توان گفت CBT تأثیر معنی داری بر رفتارهای خودمراقبتی نمونه مورد پژوهش داشته است؛ همچنین بین دو گروه CBT و MBSR نیز تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($P < 0/05$)؛ به عبارت دیگر می توان گفت CBT به صورت معناداری بیشتر از MBSR توانسته است بر رفتارهای خودمراقبتی آزمودنیها تأثیر داشته باشد.

نتیجه گیری: این پژوهش ضرورت بکارگیری درمان های روان شناختی را در کنار درمان های متداول دارویی برای بیماران را نشان می دهد.

کلید واژه ها: درمان شناختی رفتاری کلاسیک، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، رفتارهای خودمراقبتی، بیماران مبتلابه دیابت نوع دو.

زهرامیرزایی^۱
نبی فتاحی^{۲*}
مریم لطیفی^۳
زهرامیرزایی^۴
نیکو امید بختیاری^۵
فاطمه همایی^۶
نسرين قبادی مقدم^۷

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد گروه روانشناسی بالینی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
^۳ کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشکده زنده، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
^۴ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
^۵ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی بالینی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
^۶ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران
^۷ لیسانس گروه مددکاری اجتماعی، دانشگاه علمی کاربردی هلال احمر، شیراز، ایران.

Email:

Zahra.mz1360@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر مردم با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده حیات به شمار می رفت (۱).. ارتقاء روشهای درمانی موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار شوند، ولی این امر به نوبه خود شیوع بیماری های مزمن را در بین آنها افزایش داده است؛ از جمله این بیماریها دیابت^۱ می باشد. دیابت یکی از بیماری های مزمن با رشد سریع و یک مشکل مهم بهداشت عمومی در سراسر جهان است. بار جهانی دیابت به طور چشمگیری در حال افزایش است (۲). دیابت گروهی از بیماری های متابولیکی را در برمی گیرد که مشخصه آنها بالا بودن سطح گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است. دیابت نوع ۱ و ۲ دو شکل اصلی این بیماری هستند. دیابت نوع ۲ یکی از بیماری های متابولیک رایج با نزدیک به ۲۰۰ میلیون نفر مبتلا در سراسر جهان است. این بیماری متابولیک با افزایش سطح قند خون شناخته می شود (۳).

دیابت نوع یک افرادی هستند که بدنشان مقدار کمی انسولین تولید می کند و یا اصلاً انسولین در بدن شان تولید نمی شود ولی دیابت نوع دو افرادی هستند که نمی توانند از انسولین استفاده موثر کنند (۱). آنها می توانند بیماری خود را تنها با تغییر روش زندگی کنترل کنند و معمولاً بیشتر به داروهای خوراکی نیاز دارند و کمتر به انسولین وابسته هستند (۴).

این بیماری به عنوان یک بیماری مزمن از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی، پیچیده ترین بیماری محسوب می شود. در دوره های اخیر شکل جدیدتری از بیماری ها و اختلالات روان تنی^۲ به وجود آمده اند که نقش عوامل هیجانی، روانی، اجتماعی و فرهنگی در شکل گیری آن ها

بسیار پر رنگ است (۵). میزان بالای شیوع این بیماری ها و همچنین عوارض ناشی از وجود این بیماری و درمان دراز مدت و ناکافی آن سلامت روان افراد را تحت الشعاع قرار داده است. به عبارتی این بیماران با دو مساله عمده مواجه هستند؛ رفتارهای خودمراقبتی^۳ مثل رژیم گرفتن و ادامه دادن رژیم و مسائل هیجانی که بیش از بیست تا چهل درصد بیماران دیابتی مشکلات هیجانی را تجربه می کنند که از نگرانی های ناشی از بیماری (مثل ترس از بروز نشانه های بیماری) تا نشانه های عمومی تر نگرانی، اضطراب را شامل می شود (۶). بنابراین، مهم است که فرد، مرکز کنترل و تصمیم گیری در درمان روزمره بیماری خود باشد (۷). بسیاری از بیماران با وجود اطلاع از عوارض بیماری به توصیه های پزشکی و درمانی به طور کامل عمل نمی کنند و در نتیجه احتمال گسترش عوارض مربوط به دیابت افزایش میابد (۸). خودمراقبتی از عوامل روانشناختی مهمی تأثیر می پذیرد. افزایش اطلاعات در مورد دیابت همیشه منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی، کنترل بهتر قندخون و سازگاری بیشتر با بیماری نمی شود (۹). نداشتن رفتارهای خودمراقبتی صحیح نه تنها برای فرد ناخوشایند است بلکه تحقیقات نشان داده است که باعث کاهش کیفیت زندگی، و ارزیابی منفی از درمان با انسولین و کاهش کنترل قندخون و در موارد شدید باعث ناراحتیهای قلبی-عروقی و حتی مرگ بیمار میشود (۱۰). فقدان رفتارهای خودمراقبتی زمینه ساز بسیاری از مشکلات جسمانی است (۱۱). بنابراین یکی از مهم ترین علت تشدید بیماری دیابت و بروز عوارض ناشی از آن نداشتن رفتارهای خودمراقبتی است (۱۲). تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی منجر به کاهش ۵۶ درصدی عوارض ناشی از دیابت می شود (۱۳). خود مراقبتی اقدامات و فعالیت های آگاهانه، آموخته شده و هدف داری است که توسط فرد

¹ Diabetes² Psychosomatic³ Self-care

مثبت درمانی و طولانی مدت در انواع بیماری‌های مزمن از جمله دیابت دارد (۱۹). با مطالعه پیشینه پژوهش می‌توان نتیجه‌گیری کرد که آموزش ذهن آگاهی منجر به بهبود کیفیت زندگی و رضایت‌مندی از زندگی (۲۰). افزایش بهزیستی روان‌شناختی (۲۱). افزایش مقابله کارآمد با مشکلات (۲۲) و افزایش سازگاری با رویدادهای ناخوشایند (۲۳) می‌شود. همچنین، به‌طور خاص نتایج مطالعات متعدد نشان داده‌اند که آموزش ذهن آگاهی نقش مهمی در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت دارد (۲۴). و افراد مبتلا به دیابتی که مهارت‌های ذهن آگاهی را می‌آموزند و سعی می‌کنند به شیوه ذهن آگاهانه زندگی کنند، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار هستند و آشفتگی‌های هیجانی کمتری را گزارش می‌کنند (۲۵). یافته‌های تحقیقات پژوهشگران نشان می‌دهد که بین ذهن آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود دارد. در واقع، زمانی که فرد به شیوه ذهن آگاهانه زندگی می‌کند و مجهز به مهارت‌های ذهن آگاهی است و آموزه‌های مبتنی بر ذهن آگاهی مانند پذیرش در جریان زندگی او حضور دارند، در نتیجه به احتمال بیشتری گرایش به انجام رفتارهایی دارد که با افزایش خودمراقبتی مرتبط است (۲۶).

درمان شناختی رفتاری یکی از درمان‌های روان‌شناختی برای مدیریت روانی دیابت است و رویکردی است که به بیماران کمک می‌کند تا مهارت‌های مقابله‌ای شان را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند. به کمک این درمان فرد با تغییر در رفتار، احساس و نگرش‌های خود می‌تواند سیستم باورهای غیر منطقی و رفتارهای غیر انطباقی خود را با واقع‌گرایی، احساس کارآمدی و افزایش فعالیت جایگزین کند (۲۷). درمان شناختی رفتاری رویکردی کوتاه‌مدت و معطوف به حال است که شایستگی‌های رفتاری و شناختی که بیمار برای عملکرد سازگارانه در دنیای درون فردی و بین فردی نیاز دارد را آموزش می‌دهد و تلاشی است بین درمانگر و بیمار که به عنوان یک تیم همکار نگرانی‌های

به‌منظور حفظ حیات و تأمین و ارتقاء سلامت خود و خانواده انجام می‌شود (۱۴). خود مراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است و جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست بلکه مکمل آن است و بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به‌عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به‌طور مستقل از سلامت خود مراقبت نماید (۱۵).

آموزش و مداخلات مبتنی بر ذهن آگاه نیز در سال‌های اخیر به‌خصوص در علوم مرتبط با سلامت جایگاهی ویژه پیدا کرده و مطالعه علمی ذهن آگاهی و استفاده از فنون ذهن آگاهی در آموزش و درمان‌های روان‌شناختی به‌شدت رو به افزایش بوده است (۱۶). ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه هدفمند، همراه با پذیرش بدون داوری در مورد تجربه‌های در حال وقوع در لحظه کنونی و آگاهی از آن چه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد، تعریف شده است. ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آن چه اکنون هست بدون قضاوت و بدون اظهارنظر درباره آن چه اتفاق می‌افتد و به فرد یاری می‌دهد تا این نکته را درک کند که هیجان‌های خوشایند و ناخوشایند می‌تواند رخ دهد، اما آن‌ها جزء ثابت و دائمی شخصیت نیستند (۱۷). همچنین، به فرد این امکان را می‌دهد تا به‌جای پاسخ غیرارادی، بی‌تأمل و نسنجیده به رویدادها، به‌طور خردمندانه واکنش نشان دهد. به همین دلیل، افراد ذهن آگاه در مدیریت و حل مشکلات روزمره توانمندتر ارزیابی می‌شوند (۱۸).

اکثر پژوهش‌ها، کارآمدی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در کمک به افراد درگیر با بیماری‌های مزمن را نشان داده‌اند. در مطالعات انجام شده، ضمن تأکید بر نتایج مثبت درمانی، ذهن آگاهی هیچ عارضه جانبی و پیامد منفی خاصی به دنبال نداشت. پس می‌توان نتیجه گرفت که ذهن آگاهی نتایج

بیمار و نقش عوامل روانشناختی را در پدیدآیی بیماری مورد توجه قرار می دهد (۲۸). در این روش به بیمار کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد در مجموع باید گفت که اهمیت بررسی متغیرهای روانشناختی بدان جهت است که این متغیرها با سلامت جسمی فرد از حمله عدم ابتلا به بیماری دیابت در ارتباطند. با توجه به مباحث مطرح شده، هدف از این پژوهش پاسخ به این سوال پژوهشی است که: آیا بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت وجود دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر، طرح شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۹ بودند که با روش نمونه گیری در دسترس، تعداد ۳۶ نفر از بیماران دیابتی که ۲۵ درصد نمره کرانه ای را در پرسشنامه خود مراقبتی کسب نمودند و به روش انتساب تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (به این صورت که ۱۲ نفر در گروه CBT، ۱۲ نفر در گروه MBSR و ۱۲ نفر هم در گروه گواه) جایگزین شدند. به این صورت که ۱۲ نفر از بیماران دیابتی در گروه آزمایش در معرض CBT و ۱۲ نفر از بیماران دیابتی دیگر هم تحت درمان MBSR قرار گرفتند. گروه گواه را ۱۲ نفر از بیمارانی تشکیل دادند که هیچ آموزشی به آن‌ها داده نشد. ملاکهای ورود به پژوهش حاضر شامل: دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال-داشتن سواد خواندن و نوشتن- نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات روان‌پزشکی- نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش بازدارد. ملاکهای خروج از پژوهش: عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود. در این پژوهش، اصول اخلاقی زیر

از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود (۲۹). در جنبه‌هایی از درمان، تأکید عمدتاً رفتاری و در جنبه‌های دیگر عمدتاً شناختی است.

رعایت شده است: به تمام آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که در طول اجرای پژوهش هر زمان که دوست داشته باشند می‌توانند از روند درمان کنار بکشند و انصراف دهند. برای آنکه اصول اخلاقی در امر آموزش رعایت شود، در انتهای آموزش به دو گروه آزمایشی، گروه گواه نیز جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفت و به آنها نیز آموزش داده شد. این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که در این پژوهش اصول رازداری رعایت می‌شود و بدون اجازه آنها به هیچ عنوان مسائل مربوط به آنها جایی عنوان نخواهد شد. در نهایت بعد از جمع آوری اطلاعات، با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانوا) جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها مورد استفاده قرار گرفت.

ابزار

برای جمع آوری اطلاعات پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی (SDSCA^۵): پرسشنامه استفاده شده برای سنجش رفتارهای خود مراقبتی در بیماران، پرسشنامه خلاصه رفتارهای خود مراقبتی دیابت بود که تابت، هامپسون و گلاسکو^۶ در سال ۲۰۰۰ طراحی کردند. این ابزار وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران دیابتی در هفت روز گذشته ارزیابی می‌کند. در این مطالعه میزان پایبندی بیماران برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در پنج حیطه رژیم غذایی، فعالیت بدنی، خود پایشی قند خون، مراقبت از پا و مصرف دارو، با ۱۲ سؤال حداقل نمره کسب شده بیماران صفر و حداکثر آن ۸۴ بود. کسب

⁵- Summary of diabetes self-care activities

⁶Toobert, Hampson, Glasgow

برخوردار است. همچنین، مطالعات اعتباریابی نشانگر همبستگی بالاتر از ۰/۸۹ در بین سؤالات و ۴ حیطه بود (۳۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۱ محاسبه شد. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) برنامه ای جامع و استاندارد و هشت هفته ای است که به صورت هفته ای یک بار و هر جلسه ۲ ساعت برگزار شد، و دارای یک روز کامل عقب نشینی بین هفته ششم و هفتم می باشد (۳۳). همچنین جلسات مداخله‌های درمان شناختی رفتاری (۳۴)، درمانی استاندارد و ساختاریافته در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه بر روی بیماران اجرا شد.

نمرات بالاتر نشان دهنده خود مراقبتی بهتر در بیماران بود (۳۰). در ایران روایی پرسشنامه از طریق اعتبار صوری و محتوایی و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ مورد تایید قرار گرفت (۳۱). و همچنین در مطالعه قاسمی و همکاران با اجرا بر روی ۶۰ بیمار دیابتی نوع دوم آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای کل سؤالات به دست آمده است. جهت جهت تعیین روایی تشخیصی، پرسشنامه بر روی ۴۰ بیمار دیابتی و ۴۰ نفر سالم اجرا شد که آزمون t مستقل نشان داد تفاوت بین دو گروه معنی دار می باشد و آزمون روایی تشخیصی مناسب دارد. جهت به دست آوردن پایایی بازآزمایی، پرسشنامه در ۲ مرحله و با فاصله زمانی یک هفته انجام شد که یافته ها مشخص کردند پرسشنامه از بازآزمایی نسبتا بالا و مناسبی

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه ارزیابی	مباحث در جلسه، بحث در مورد منطق فردی و منطق درمان، تکمیل پرسشنامه ها، توضیح در مورد تکنیک ها و تکالیف خانگی
جلسه اول	بحث در مورد اثر درد در زندگی، توضیح در مورد نظریه کنترل دروازه درد، استرس چیست و اینکه چقدر تحت استرس قرار دارید؟ ذهن آگاهی و استرس روزمره، تمرین رسمی خوردن آگاهانه کشمش، تمرین رسمی واریسی بدن به مدت ۲۰ دقیقه، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه اول. تکالیف خانگی.
جلسه دوم	تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، بازخورد در مورد هفته گذشته و انجام تکالیف، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده به مدت ۴۵ دقیقه، تمرین واریسی بدن (بیان یک تجربه خوشایند)، بحث در مورد معمای نه نقطه، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه دوم. تکالیف خانگی.
جلسه سوم	تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه با تمرکز بر نفس در ناحیه شکم، تمرین رسمی مراقبه نشسته، توضیح در مورد دام های ذهن، گفت و گوی منفی با خود، شیوه های همیشگی و عادی تفکر، فاجعه سازی، بزرگ کردن امور کوچک و کوچک کردن امور مثبت، ذهن خوانی، کارشناس بودن، بایدها، سرزنش خود، تمرین رسمی واریسی بدن (بیان یک تجربه ناخوشایند)، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه سوم. تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	تمرین رسمی مراقبه نشسته، تمرین رسمی مراقبه راه رفتن، چگونه ذهن آگاهی استرس را کاهش می دهد؟ چه چیزی کار می کند و چه چیزی کار نمی کند؟ تنفس هشیارانه به مدت ۱۵ دقیقه. تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، تمرین رسمی یوگای ایستاده، تمرین رسمی مراقبه نشسته. توضیح در مورد واکنش و پاسخ به استرس، مدیتیشن عشق و مهربانی. تکالیف خانگی.
جلسه ششم	بحث در مورد تمرینات خانگی و تأثیر آن روی زندگی کنونی، تمرین مراقبه نشسته، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده، مراقبه کوهستان، ارائه تکالیف خانگی. تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	تمرین رسمی واریسی بدن، مراقبه راه رفتن و لبخند زدن، تنفس آگاهانه با تمرکز بر نفس در نواحی دارای تنش. تکالیف

خانگی

جلسه هشتم
تمرین وارسی بدن در حال راه رفتن، تمرین مراقبه نشسته، بحث در مورد تجربیات فرد در مورد شرکت در این دوره و پیشرفت بیمار، بحث در مورد تمرینات رسمی و غیررسمی، تنظیم کردن تمرینات رسمی و غیررسمی، اختتام درمان. روز عقب نشینی.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	بر قراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره دیابت و ماهیت انو معرفی درمان شناختی رفتاری.
جلسه دوم	طبقه بندی مشکلات بیمار و هدف گزینی، آموزش تکنیک اندازه گیری خلق، شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن.
جلسه سوم	آموزش الگوی شناختی- رفتاری به بیماران، آموزش خطاهای شناختی، آموزش چالش با فکر منفی و جایگزینی افکار کارآمد.
جلسه چهارم	ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیتهای هفتگی و ارائه توضیح مختصری در این رابطه، شناسایی افکار برانگیزاننده علایم بیماری و احساسات ناخوشایند آن، آموزش نحوه ارزیابی افکار.
جلسه پنجم	استفاده از روشهای مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خودآیند، تهیه لیست فعالیتهای لذت بخش، جدول برنامه ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه مدت و بلند مدت.
جلسه ششم	آموزش تن آرامی تنش زدایی پیش رونده
جلسه هفتم	جلب توجه بیماران به باورها و پیش فرضهای زیر بنایی، تقویت مهارتهای اجتماعی و مهارت جرات مندی، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
جلسه هشتم	خلاصه و جمع بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و برگزاری پس آزمون.

نتایج

جدول ۳- توزیع سنی نمونه مورد پژوهش در گروههای سه گانه

گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
CBT	12	42/17	7/22
MBSR	12	41/92	7/63
کنترل	12	42/52	8/51

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود میانگین سن بیماران در گروه CBT ۴۲/۱۷، گروه MBSR ۴۱/۹۲ و گروه کنترل ۴۲/۵۲ است. در ادامه به منظور بررسی همتا بودن گروهها در متغیر سن از آزمون تحلیل واریانس یکراهه استفاده شد.

جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه برای متغیر سن در نمونه مورد پژوهش

گروه	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
------	---------------	----	-----------------	---	--------------

0/983	0/017	1/028	2	056/2	بین گروهی
		60/957	33	583/201	درون گروهی
			35	639/201	کل
					1
					3

همان طور که در جدول ۴ مشاهده میشود، نتایج آزمون تحلیل واریانس یکراهه نشان داد که توزیع سنی نمونه مورد پژوهش در سه گروه تفاوت معناداری باهم ندارند، به عبارت دیگر گروهها بر مبنای متغیر سن همتا شده اند.

جنسیت

جدول ۵- توزیع فراوانی و درصد جنسیت بیماران در سه گروه CBT، MBSR و کنترل را نشان می دهد.

جدول ۵ توزیع فراوانی و درصد جنسیت در سه گروه CBT، MBSR و کنترل

گروه	جنسیت بیماران
	زن مرد
	(درصد) فراوانی (درصد) فراوانی
CBT	5 (41/7)
MBSR	5 (41/7)
کنترل	6 (50/0)
	7 (58/3)
	7 (58/3)
	6 (50/0)

نمودار ۵ توزیع فراوانی جنسیت بیماران به تفکیک گروه را نشان می دهد. در ادامه به منظور بررسی همتا بودن گروهها در متغیر جنسیت بیماران از آزمون خی دو (χ^2) استفاده شد.

جدول ۶- نتایج آزمون خی دو (χ^2) به منظور بررسی همتا بودن گروهها در متغیر جنسیت

متغیر	ارزش خی دو (χ^2)	Df	سطح معناداری
جنسیت بیماران	0/219	2	0/896

همان گونه که در جدول ۶ مشاهده میشود سه گروه مورد نظر بر مبنای متغیر جنسیت بیماران تفاوت معناداری باهم ندارند، به عبارت دیگر گروهها بر مبنای این متغیر نیز همتا شده اند.

جدول ۷- آماره های توصیفی متغیر رفتارهای خودمراقبتی

زمان اندازه گیری	گروه	تعداد آزمودنی ها	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپیرو ویلک	سطح معنی داری
پیش آزمون	CBT	12	44/83	7/96	0/297	-0/545	0/964	0/833
	MBSR	12	43/50	7/36	1/007	0/035	0/871	0/067

0/121	0/891	-0/382	0/885	6/34	44/75	12	کنترل	
0/253	0/916	-1/424	-0/168	4/52	55/25	12	CBT	
0/350	0/927	0/496	-0/819	7/51	48/50	12	MBSR	پس آزمون
0/044	0/856	-1/367	0/217	5/31	45/25	12	کنترل	

شاپیرو ویلک نیز نشان می‌دهد متغیر رفتارهای خودمراقبتی در همه گروه‌ها به جز پس آزمون گروه گواه نرمال است. در این مورد، از آنجایی که تعداد آزمودنی‌ها در همه گروه‌ها یکسان است، می‌توان این تخطی از توزیع نرمال را نادیده گرفت و آزمون‌های پارامتریک را انجام داد (تاباچنیک و همکاران، ۲۰۰۷).

جدول ۷ آمارهای توصیفی مرتبط با متغیر رفتارهای خودمراقبتی را در سه گروه نشان می‌دهد. آمارهای توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و نتیجه آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی متغیر رفتارهای خودمراقبتی در پیش آزمون و پس آزمون هر سه گروه بین ۲- تا ۲+ است. آزمون

جدول ۸- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه برای اثر بخشی دو روش درمانی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین خطا	F	توان آزمون
پیش آزمون	548/956	1	548/956	7/236	0/003
عامل گروه×پیش آزمون	9/560	2	4/780	0/252	0/619
خطا	1213/879	32	37/934		

معنی‌داری مربوط به تعامل گروه و پیش آزمون معنی‌دار نشده است؛ بر این اساس می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن می‌باشند؛ و مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است، لذا می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد.

سطح معنی‌داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس خط‌ها، معنی‌دار نشده است $(F_{(2,33)}(0.05/0.05) < 4.15)$ ؛ بنابراین فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. سطح معنی‌داری مربوط به اثر پیش آزمون معنی‌دار شده است؛ می‌توان گفت پیشفرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش رعایت شده است. سطح

جدول ۹- آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: رفتارهای خودمراقبتی)

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش آزمون	997/512	1	997/512	4/952	0/012	0/29
گروه	332/620	2	166/310	8/687	0/001	0/352
خطا	1142/503	32	35/703			

پیش آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس آزمون وجود داشته است و ۰/۳۵ از واریانس متغیر رفتارهای خودمراقبتی توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود (۰/۳۵۲).

نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است $(F_{(1,0)} < 8.687)$ ؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات $(\eta^2 = 0.352)$.

جدول ۱۰- نتایج آزمون تعقیبی برای تعیین اختلاف بین گروه های درمانی

گروه (I)	گروه (J)	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	
				سطح معنی داری	حد پایین / حد بالا
CBT	MBSR	*6/635	2/447	0/011	1/651 / 11/619
	کنترل	*9/933	2/439	0/000	5/024 / 14/962
MBSR	CBT	*.6/365	2/447	0/011	-11/619 / -1/651
	کنترل	3/358	2/446	0/179	-1/624 / 8/340
کنترل	CBT	*.9/939	2/439	0/000	-14/962 / 5/024
	MBSR	-3/358	2/446	0/179	-8/340 / 1/624

در این فرضیه پژوهش پیش بینی شده بود که درمان شناختی رفتاری در افراد دیابتی موجب افزایش خودمراقبتی می شود. در این پژوهش، افزایش نمرات خودمراقبتی، میزان درصد بهبودی و اندازه اثر بالا و بررسی روند تغییرات، نشان داد که مداخله شناختی رفتاری منجر به تغییرات معنی داری از لحاظ بالینی در رفتارهای خودمراقبتی می شود و میزان خودمراقبتی افزایش می یابد. اگرچه پژوهشی که به طور خاص میزان درصد بهبودی و اندازه اثر درمان شناختی رفتاری کلاسیک را در خودمراقبتی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار دهد یافت نشد، ولی پژوهش هایی که به شکل گروهی انجام شده اند و با استفاده از سایر روش های آماری اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک را بر میزان خودمراقبتی بیماران دیابتی نشان می دهند، همسو با یافته های پژوهش حاضر می باشد.

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن از نظر مدیریت بیماری و لزوم خود مدیریتی، پیچیده ترین بیماری محسوب می شود؛ بنابراین، مهم است که فرد، مرکز کنترل و تصمیم گیری در درمان روزمره بیماری خود باشد. کنترل دیابت نوع ۲ شامل اجرای یک برنامه چندجانبه خودمراقبتی است که معمولاً شامل تعیین قندخون، رژیم غذایی، ورزش، معالجه با دارو، کنترل وزن بدن، و مراقبت از پاها می باشد. این چنین فعالیت های خودمراقبتی ممکن است بسیار پرزحمت بوده و اغلب مستلزم تغییرات اساسی در شیوه زندگی باشد؛ به طوری که بسیاری از بیماران با وجود اطلاع از عوارض

همان گونه که مشاهده می شود تفاوت میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی آزمودنی ها در گروه کنترل با میانگین نمره گروه CBT معنی دار است ($P < 0/001$)؛ می توان گفت CBT تأثیر معنی داری بر رفتارهای خودمراقبتی نمونه مورد پژوهش داشته است؛ بین دو گروه CBT و MBSR نیز تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($P < 0/05$)؛ به عبارت دیگر می توان گفت CBT به صورت معناداری بیشتر از MBSR توانسته است بر رفتارهای خودمراقبتی آزمودنی ها تأثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته است. نتایج تحلیل داده ها نشان داد که هر دو روش درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارد که همسو با پژوهش های کیوان و همکاران (۲۵)، توکلی و همکاران (۱۵)، و معصومیان و همکاران (۱۶) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲؛ و همچنین همسو با پژوهش های فرانکلین (۲۶)، مبنی بر اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است.

بیماری به توصیه های پزشکی و درمانی به طور کامل عمل نمی کنند و در نتیجه احتمال گسترش عوارض مربوط به دیابت افزایش میابد. خودمراقبتی از عوامل روانشناختی مهمی تأثیر می پذیرد از جمله عوامل روانشناختی که مورد توجه پژوهشگران این حوزه قرار گرفته اند می توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد (۳۵). بنابراین، شناخت مشکلات روانی این بیماران، و رفع و یا کاهش این مشکلات بخش مهمی از درمان جامع دیابت را تشکیل می دهند. افزایش اطلاعات در مورد دیابت همیشه منجر به بهبود رفتارهای خودمراقبتی، کنترل بهتر قندخون و سازگاری بیشتر با بیماری نمی شود. هنگامی که به جای فقدان دانش با مهارت، موانع شناختی مربوط به نگرش، اصلی ترین موانع خودمدیریتی محسوب می شود، مداخله شناختی رفتاری ضروری می نماید (۱۴). آموزش های شناختی رفتاری به عنوان یکی از درمان های مطرح برای بیماری های مزمن است. هم اکنون در بسیاری از مراکز درمانی کشورهای پیشرفته، راهبردهای درمانی مبتنی بر مفاهیم روانشناختی و رفتاری مانند آرام سازی و روش های شناختی تغییر افکار منفی، به عنوان راهبردهای درمانی مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری ها مورد استفاده قرار می گیرد (۲۶).

خود مراقبتی اقدامات و فعالیتهای آگاهانه، آموخته شده و هدفداری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات و تامین و ارتقاء سلامت خود و خانواده انجام میشود. خودمراقبتی قسمتی از زندگی روزانه است و جایگزین مراقبت تخصصی و سازمانی نیست، بلکه مکمل آن است و بیشتر به معنای تعامل با سیستم مراقبت از سلامت است تا استقلال از سیستم مراقبت تخصصی. مهم ترین دستاوردهای تقویت خودمراقبتی این است که افراد تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از مراقبتهای بهداشتی بگیرند و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا کنند. خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده میکند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت نماید.

یکی از الگوهایی که می تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند، درمان شناختی رفتاری کلاسیک است که بیشتر بر روی جنبه های مراقبت از خود بحث می کند. درمان شناختی رفتاری سلامت، بیانگر پیچیدگی فرآیند تغییر رفتار سلامت است و نشان می دهند که چگونه رفتارها توسط نگرش ها و باورها تعیین می شوند. آموزش دادن به بیماران در مورد بیماری شان و کمک به آنها برای کسب مهارت های فنی لازم (نظیر کنترل و تفسیر قند خون) شرط لازم رفتار مراقبت از خود است، اما موفقیت آن را تضمین نمی کند. در تبیین این یافته می توان گفت، با توجه به مدل شناختی رفتاری آنچه که افراد بر آن باور دارند بر احساس ها و رفتارهایشان تأثیر می گذارد. شناخت ها و نگرش های بیماران دیابتی نیز بر رفتارهای مراقبت از خود آنها، تأثیر به سزایی دارد. شناخت ها و نگرش های منفی در مورد کنترل بیماری موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی در فرد می شود. فکر منفی مثل دیابت خارج از کنترل من است، باعث به وجود آمدن احساس منفی مثل ناراحتی، و عصبانیت در فرد شده که رفتارهای ناسازگارانه مرتبط با سلامت را فرد ایجاد می کند (برای مثال: عدم تریق، زیاده روی در خوردن، و چک نکردن قند خون)؛ این رفتارها موجب ادامه یافتن این چرخه ی منفی در فرد می شوند.

باتوجه به اینکه بخش اول پروتکل مورد استفاده در این پژوهش در مورد تأثیر افکار بر خلق افراد، و بخش دوم در مورد تأثیر فعالیت ها بر خلق بود. در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی بیماران به طور مستقیم و غیرمستقیم مدنظر قرار میگیرد؛ از این رو، انتظار می رفت بیماران پس از اتمام مداخله، افزایش درخور توجهی در میزان خودمراقبتی نشان دهند.

هدف دیگر انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو بود. نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی باعث افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلابه دیابت گردید. سایر مطالعات انجام شده نیز به نوعی به این نکته اشاره دارد که برخورداری از مهارت های

کمتری را تجربه کنند و در نتیجه، رفتارهای خودمراقبتی نیز در آن‌ها افزایش پیدا می‌کند.

نتایج تحلیل مرتبط با این فرضیه، بیانگر آن بود که تفاوت معناداری بین اثربخشی روشهای درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی دیده شد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری کلاسیک به صورت معناداری بیشتر از کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است بر رفتارهای خودمراقبتی آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد.

در نهایت باید گفت که این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود، ابتدا، دسترسی نداشتن به آزمودنی‌ها و حجم کم نمونه بود. هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود و چون دوره پیگیری وجود نداشت، این احتمال وجود دارد که بیماران دریافت‌کننده درمان، پس از دوره پیگیری نتوانند دستاوردهای فراگیر درمانی را حفظ کنند. پیشنهادهای پژوهشی عبارتند از: به درمان‌گران و پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان و ارزیابی توسط افراد مستقلی صورت گیرد که از اهداف پژوهش آگاهی نداشته باشند تا بدین وسیله بتوان سوگیری احتمالی در تفسیر داده‌های به دست آمده را کاهش داد. در نهایت نیز باید گفت با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی فرایندهای زیربنایی را هدف قرار می‌دهند، بنابراین ارزیابی تأثیر این درمانها بر بیماریهای دیگر و مقایسه آن با نتایج پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند در بردارنده‌ی نکات آموزنده‌ای باشد.

ذهن آگاهی، منجر به افزایش خودمراقبتی در افراد می‌شود که با نتایج تحقیق حاضر همخوانی داشت (۳۴ و ۱۲).

در ارتباط با نقش ذهن آگاهی در بهبود رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نیز تحقیقات گذشته نشان داده‌اند که ارتباط مثبت و معنی‌داری بین زندگی ذهن آگاهانه و افزایش رفتارهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت وجود دارد. خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت شامل نظارت بر گلوکز خون، رژیم غذایی مناسب، فعالیت بدنی، آزمودن قند خون، مراقبت از پاها، کاهش مصرف سیگار و سایر فعالیت‌های مشابه است و می‌توان گفت که این فعالیت‌ها با آگاهی بیشتر از بدن ارتباط دارد. در واقع، در صورتی فرد می‌تواند به خوبی رفتارهای مربوط به خود مراقبتی را به طور منظم نشان دهد که با بدن خود ارتباط بهتری برقرار کند.

در ذهن آگاهی با انجام تمریناتی مانند انجام حرکات آگاهانه و یا تمرین وارسی بدن، سعی می‌شود که فرد با بدن خود ارتباط بهتری پیدا کند و نسبت به بسیاری از علائم و نشانه‌های حاصل از بیماری دیابت، آگاهی پیدا کند. این آگاهی و بینش به افراد مبتلا به دیابت کمک می‌کند که در مواقع نیاز، رفتارهای مبتنی بر خودمراقبتی را از خود نشان دهند و به این ترتیب بهتر می‌توانند با بیماری دیابت سازگار شوند و همچنین، به زندگی خود نیز با کیفیت مطلوب ادامه دهند.

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی مبتنی بر یک سری تمرین و اصول ساده است که به افراد کمک می‌کند تا در زندگی روزانه بتوانند با موقعیت‌های پرفشار کنار بیایند و عملکرد بهتری داشته باشند و نسبت به رویدادها و اتفاقات خوشایند و ناخوشایند زندگی که بیماری دیابت جزء یکی از همین رویدادهای ناخوشایند می‌باشد، آگاهی و پذیرش بیشتری داشته باشند. این فنون هرچند ساده و برای همگان و در موقعیت‌های بالینی و غیر بالینی قابل استفاده می‌باشد، اما یادگیری و کاربرد آن نیاز به تلاش و ممارست مستمر دارد. با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی می‌توان به زنان مبتلا به دیابت کمک کرد که با یادگیری برخی مهارت‌ها نسبت به وضعیت موجود آگاهی و پذیرش بیشتری داشته باشند و آشفستگی

References

1. Wise EH, Hersh MA, Gibson CM. Ethics, self-care and well-being for psychologists: Reenvisioning the stress-distress continuum. *Prof Psychol Res Pr.* 2012; 43(5): 487–494.
2. Bekele H, Asefa A, Getachew B, Belete AM. Barriers and strategies to lifestyle and dietary pattern interventions for prevention and management of TYPE-2 diabetes in Africa, systematic review. *J Diabetes Res.* 2020; 7948712.
3. Oliveira EM de, Ribeiro AKP de L, Silva DD de O, Nunes EFC, Santos GS, Kietzer KS, et al. Physical training on glycemia and oxidative stress in type 2 diabetes: A systematic review. *Rev Bras Med Esporte.* 2020; 26(1): 70–76.
4. Bruner L, Sudars D. Internal nursing - surgery (glands, liver, bile ducts and diabetes). Asadi Noghabi AA, Dehghan Nayeri N (Persian translator). Second edition. Tehran: Healthy Society Publishing; 2010. [Persian].
5. Aldao A, Sheppes G, Gross JJ. Emotion regulation flexibility. *Cognit Ther Res.* 2015; 39(3): 263–278.
6. Young-Hyman D, De Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American diabetes association. *Diabetes Care.* 2016; 39(12): 2126–2140.
7. Zeidan F, Johnson SK, Diamond BJ, David Z, Goolkasian P. Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cogn.* 2010; 19(2): 597–605.
8. Minet L, Møller S, Vach W, Wagner L, Henriksen JE. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient Educ Couns.* 2010; 80(1): 29–41.
9. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *J Diabetes Metab Disord.* 2013; 12(1): 14.
10. Torabian M, Taghadosi M, Mirbagher-Ajorpaz N, Khorasanifar L. The effect of Pilates exercises on general health in women with type 2 diabetes. *Life Science Journal.* 2013; 10(SPL.IS): 283–288. [Persian].
11. Christopher JC, Christopher SE, Dunnagan T, Schure M. Teaching self-care through mindfulness practices: the application of yoga, meditation, and qigong to counselor training. *J Humanist Psychol.* 2006; 46(4): 494–509.
12. Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors, psychological wellbeing, and hope of patients with type II diabetes. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery.* 2019; 8(1): 265–275. [Persian].
13. Zvolensky MJ, Bakhshaie J, Garza M, Paulus DJ, Valdivieso J, Lam H, et al. Anxiety sensitivity and mindful attention in terms of anxiety and depressive symptoms and disorders among Latinos in primary care. *Psychiatry Res.* 2015; 229(1–2): 245–251.
14. Van Son J, Nyklíček I, Nefs G, Speight J, Pop VJ, Pouwer F. The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: Could mindfulness serve as a buffer? Results from Diabetes MILES: The Netherlands. *J Behav Med.* 2015; 38(2): 251–260.
15. Tavakoli Z, Kazemi Zahrani H. Effect of mindfulness-based stress reduction intervention on distress problems and self-regulation in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Nursing Research.* 2018; 13(2): 41–49. [Persian].
16. Masumian S, Shairi MR, Hashemi M. The effect of mindfulness-based stress reduction on quality of life of the patients with chronic low back pain. *Anesthesiology and Pain.* 2013; 4(3): 25–37. [Persian].
17. Irani S, Tavakoli M, Esmaili M, Fatemi A. The effect of mindfulness-based stress reduction therapy on illness acceptance and coping strategies in patients with systematic lupus erythematosus. *Positive Psychology Research.* 2019; 5(1): 1–16. [Persian].
18. Mirmahdi SR, Razaali M. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on resilience, emotion regulation and life expectancy among women with diabetes. *Quarterly Journal of Health Psychology.* 2019; 7(28): 167–183. [Persian].
19. Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness.* 2011; 2(1): 59–67.
20. McGarrigle T, Walsh CA. Mindfulness, self-care, and wellness in social work: Effects of contemplative training. *J Relig Spiritual Soc Work.* 2011; 30(3): 212–233.
21. Hasani J, Miraghaie AM. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Contemporary Psychology, Biannual Journal of the Iranian Psychological Association.* 2012; 7(1): 61–72. [Persian].
22. Ramos-Díaz E, Rodríguez-Fernández A, Fernández-Zabala A, Revuelta L, Zuazagoitia A. Adolescent students' perceived social support, self-concept and school engagement. *Revista de Psicodidáctica.* 2016; 21(2): 339–356.

23. Karoly P, Ruehlman LS. Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: Findings from a national community sample. *Pain*. 2006; 123(1-2): 90-97.
24. Mehrabi A, Fati L, Davazdah Emami MH, Asadullah R. The effectiveness of stress management training based on cognitive-behavioral theory on glycemic control and reduction of emotional problems in type 1 diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2008; 8(2): 103-114. [Persian].
25. Keyvan S, Khezri Moghadam N, Rajab A. The effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on Self-care activities and life expectancy in patients with type 2 diabetes with one year follow up. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2019; 26(8): 1-13. [Persian].
26. Franklin MD. The relationship between psychosocial factors, self-care behaviors, and metabolic control in adolescents with type 2 diabetes [Doctoral Dissertation]. [Nashville, United States]: Faculty of the graduate school, Vanderbilt University; 2008.
27. Soltanizadeh M, Montazeri M, Latifi Z. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on emotional regulation in children with type 1 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2019; 18(2): 97-109. [Persian].
28. Soltani Zadeh M, Malekpour M, Neshatdoost H. The relationship between positive and negative affection and student's life satisfaction in university of Isfahan. *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)*. 2013; 19(7): 53-64. [Persian].
29. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 9th edition. Lippincot Williams_&_Wilkins; 2003.
30. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-950.
31. Salimi S, Azimpour A, Mohammadzadeh S, Fesharaki M. Psychometric properties of Persian version of the Caring Dimension Inventory (PCDI-25). *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014; 19(2): 173-179.
32. Ghasemi N, Namdari K, Ghoreshian M, Amini M. The relationship between "expectationism" and "loyalty to self-care behaviors" in type ii diabetes patients. *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)*. 2010; 17(43): 1-10. [Persian].
33. Darskhan M, Vaziri S. Discriminant analysis of rumination, pathological anxiety and cognitive emotional regulation strategies based on positive and negative affectivity levels. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016; 11(42): 47-56. [Persian].
34. Samadzadeh A, Salehi M, Banijamali SS, Ahadi H. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy with mindfulness training on psychological well-being in patients with type 2 diabetes. *Journal of psychologicalscience*. 2018; 17(68): 491-499. [Persian].
35. Mirzaei M, Daryafati H, Fallahzadeh H, Azizi B. Evaluation of depression, anxiety and stress in diabetic and non-diabetic patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2016; 24(5): 387-397. [Persian].

*Original Article***Comparison of the Effectiveness of Two Classic Cognitive-Behavioral Therapies (CBT) and Reduction of Mindfulness-Based Stress (MBSR) on Self-Care Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes in Shiraz**

Received: 03/07/2022 - Accepted: 14/09/2022

Zahra Mirzaei¹
 Nabi Fatahi*²
 Maryam Latifi³
 Zahra Chalesghar Zahra⁴
 Niko Omid Bakhtiari⁵
 Fatima Homai⁶
 Nasrin Ghobadi Moghadam⁷

¹ Masters in Clinical Psychology, Department of Psychology, Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Iran

² Masters student, Department of Clinical Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

³ Master's degree, Department of Psychology, Zand Faculty, Shiraz University, Shiraz, Iran.

⁴ Ph.D. students, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran

⁵ Ph.D. students, Department of Clinical Psychology, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.

⁶ Ph.D. students, Department of Psychology, Nain Branch, Islamic Azad University, Nain, Iran.

⁷ Bachelor of Social Work Department, Red Crescent University of Applied Sciences, Shiraz, Iran.

Email:

Zahra.mz1360@gmail.com

Abstract

Introduction: Numerous studies have examined the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction on Self-Care Behaviors. But there is research gaps between comparing the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (CBT) and reducing mindfulness-based stress (MBSR) on Self-Care Behaviors in patients with type 2 diabetes.

Methods: The research was pre-test-post-test with control group. The statistical population included all type 2 diabetic patients present in Shiraz medical and hospital centers in 2020. Thirty-six diabetic patients were selected by simple random sampling and randomly assigned to three 12-person groups (two experimental groups and one contrast group). Research tools Cohen's Self-Care Behaviors Questionnaire (2000), Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy (Mouse et al., 2015) and Cognitive Behavioral Therapy (Moloudi and Fattahi, 2011; Samadzadeh and Hamkaran, 2018). Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance.

Results: The two cognitive-behavioral therapies of classical behavior and mindfulness-based stress reduction therapy have had a significant effect on Self-Care Behaviors in the sample ($P < 0.001$). Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy has been more effective than classical cognitive-behavioral therapy in examining students' perceived stress ($P < 0.001$); Anxiety has been studied in the sample ($P < 0.001$). There was no significant difference between the two treatments in terms of the effect on Self-Care Behaviors ($P < 0.001$).

Conclusion: Patients who participated in cognitive-behavioral therapy sessions and mindfulness-based stress reduction therapy experienced perceptual stress and experienced less anxiety sensitivity.

Keywords: Classical Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Stress Reduction, Self-Care Behaviors, Patients with Type 2 Diabetes.