

اثر بخشی مداخله‌ی شناختی - رفتاری گروهی کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و ادراک از بیماری، بیماران دیابتی نوع دو

مرضیه جهاندار^۱، مرتضی بادله^{۲*}، محمد تقی بادله^۳، شهرام محمد خانی^۴

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی مداخله‌ی شناختی-رفتاری گروهی کوتاه مدت (CBGI-CHD) بر کیفیت زندگی و ادراک از بیماری، بیماران دیابتی نوع دو بود.

روش‌ها: ۲۸ بیمار دیابتی نوع دو که عضو انجمن دیابت ایران هستند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش (n=۱۴) (با یک برنامه‌ی مداخله‌ی ۱۲ هفته‌ای شناختی رفتاری گروهی) و کنترل (n=۱۴) (تنها مراقبت معمول را دریافت کردند)، گمارده شدند. کیفیت زندگی و ادراک بیماری توسط مقیاس کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت و پرسشنامه‌ی ادراک بیماری، قبل از مداخله و بلافاصله بعد از مداخله مورد اندازه‌گیری قرار گرفت. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹، آمار توصیفی، تحلیل کواریانس تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی‌داری در کیفیت زندگی و ادراک بیماری در پس آزمون نشان داد (P<۰/۰۵). علاوه بر این، مداخله در خرده مقیاس‌های کیفیت زندگی به غیر از بعد محیط معنی‌دار بود (P<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که CBGI-CHD می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی و ادراک بیماری بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شود. تحقیقات بعدی با دوره‌های طولانی مدت پیگیری به منظور حصول اطمینان از تداوم اثربخشی پیشنهاد می‌گردد.

واژگان کلیدی: بیماری دیابت، مداخله شناختی - رفتاری گروهی، کیفیت زندگی، ادراک از بیماری

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد تربت جام، ایران

۲- گروه روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳- گروه روانشناسی سلامت، گروه عمومی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران

۴- گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

***نشان‌ی:** تهران، خیابان خاقانی، دانشگاه خوارزمی، تلفن: ۰۲۱۸۸۳۲۰۲۲۰، نشانی پست الکترونیک: Mbadeleh2004@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۶/۲۱

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۵/۰۶/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۲۹

مقدمه

دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسمی است [۱]، به‌طور کلی افزایش قند خود (هیپرگلیسمی)، ناشی از کاهش ترشح انسولین، موجب کاهش مصرف گلوکز و افزایش تولید گلوکز در بدن می‌باشد [۲]. بررسی سازمان جهانی بهداشت^۲ در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان به دیابت در سراسر جهان بالغ بر ۱۷۱ میلیون نفر بوده است که تا سال ۲۰۳۰ میلادی به ۳۶۶ میلیون نفر خواهد رسید [۳]. بیشتر این افزایش که به رشد جمعیت، پیری، رژیم‌های ناسالم، چاقی و سبک زندگی بدون تحرک وابسته است، در کشورهای در حال توسعه اتفاق خواهد افتاد. همچنین بر مبنای پیش‌بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت تعداد بیماران دیابتی نوع دو در ایران در سال ۲۰۲۵ میلادی به حدود ۵۱۲۵۰۰۰ نفر افزایش خواهد یافت [۴]. همانند سایر بیماری‌های مزمن، دیابت نوع دو، افزون بر مرگ و میر بالا، رفتاری‌های فردی، خانوادگی و مالی بسیاری به همراه دارد، مواردی همچون افزایش و کاهش قند خون، محدودیت‌های غذایی و ورزش، تزییقات مکرر انسولین، عوارض اسکلتی عضلانی، ناتوانی‌های فیزیکی، اختلالات جنسی و مشکلات عروقی از جمله عواملی است که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۵]. بروز دیابت می‌تواند جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی را مختل کند و اختلال‌های شناختی نیز به دنبال داشته باشد [۶] مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفتن می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هرگونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و بهداشتی شده و در ابعاد عمیق‌تر بر توسعه اجتماعی - اقتصادی یک کشور تأثیر بگذارد [۷]. با توجه به جنبه‌ی زیستی، روانی، اجتماعی دیابت انجام مداخلات به‌منظور افزایش کیفیت زندگی این بیماران امری اجتناب‌ناپذیر است. از این رو بیمار باید خود را به‌عنوان عضوی کلیدی از گروه درمان بپذیرد [۸]. هر چند مصرف دارو و تغییر سبک زندگی به‌نظر ارکان اصلی درمان

دیابت به شمار می‌روند [۹]. البته تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است، زیرا یک مفهوم وسیع و پیچیده است که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می‌شود [۱۰] و در رابطه با ادراک هر فرد از وضعیت زندگی خویش تعیین می‌گردد [۱۱].

در این بین لونتال و نرنز^۳ مدل خود تنظیم‌گری^۴ (SRM) را مطرح کردند که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌پردازد، این مدل رفتاری‌های سالم را نتیجه‌ی ادراک چند بعدی و پیچیده بیماری می‌داند [۱۲]. براساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می‌کند، و ادراک بیماری را براساس اطلاعاتی در پنج بعد توصیف می‌نماید که شامل موارد زیر می‌باشد: ماهیت^۵، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند گرسنگی و ضعف)، علت^۶ یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری، مدت زمان یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب اینکه حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پی‌آمدها یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، و مؤثر بودن کنترل / درمان / بهبودی [۱۳]. پژوهش‌های متعددی به تفاوت‌های فردی در درک علائم بیماری تأکید دارند [۱۴]. در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون سبب شناسی، سیر، پیش‌آگهی و درمان دیابت انجام شده است، عوامل روان‌شناختی مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند، از جمله عوامل روان‌شناختی که مورد توجه پژوهش‌گران این حوزه قرار گرفته است، نقش و تأثیر مداخلات شناختی - رفتاری^۷ بر بهبود بیماران دیابتی بوده است. مطالعات نشان داده‌اند نتایج درمان شناختی - رفتاری کوتاه مدت، برای زمان طولانی بعد از درمان ادامه می‌یابد [۱۵]، زیرا این درمان از مؤلفه‌های شناختی و رفتاری و نیز عوامل درمانی که در گروه درمانی مطرح است، سود می‌جوید. نظریه‌ی شناختی بر پایه‌ی این فرضیه قرار دارد که طریقی را که افراد افکار خود را تغییر می‌دهند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر عواطف و اعمال آن‌ها و

³Leventhal & Nernz

⁴Self-Regulation Model

⁵Identity

⁶Cause

⁷Cognitive-Behavior

¹Hyperglycemi

²World Health organization

دارویی و روان‌شناختی هر دو در درمان افسردگی در حضور دیابت مؤثرند [۳۴].

باتوجه به مطالب فوق و اهمیت کیفیت زندگی و برداشت فرد از نوع بیماری‌اش، و با در نظر گرفتن این نکته که تاکنون این نوع مداخله بر کیفیت زندگی و ادراک بیماران دیابتی نوع دو انجام نشده است، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی مداخله‌ی شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر کیفیت زندگی و ادراک بیماری، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد.

روش‌ها

این مطالعه که در سال ۱۳۹۰ انجام شد، به روش نیمه تجربی بود که از بین ۸۱ نفر بیمار مبتلا به بیماری دیابت که حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته و عضو انجمن دیابت شعبه‌ی دانشجو و سناباد در شهر مشهد بودند، تعداد ۲۸ نفر واجد ملاک‌های تحقیق که عبارتند از: ابتلا به دیابت نوع دو حداقل به مدت شش ماه، داشتن سن حداقل ۲۵ سال و حداکثر ۷۰ سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی حداقل سه ماه قبل از ورود به پژوهش، داشتن سواد حداقل سوم راهنمایی، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش براساس امضاء فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی، به عنوان نمونه‌ی تحقیق انتخاب شدند، و انتخاب آن‌ها زیر نظر یک نفر دکترای روان‌شناسی سلامت و یک نفر کارشناسی ارشد روان‌شناسی انجام شد. از این تعداد ۱۴ نفر (۵ مرد و ۹ زن) در گروه آزمایش و ۱۴ نفر (۶ مرد و ۸ زن) در گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. شرکت کنندگان از نظر سنی دارای میانگین (۴۹/۹۶) و انحراف معیار (۸/۴۹) بودند.

ابزار پژوهش

ابزارهای پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، شامل پرسش‌نامه‌ی کوتاه ادراک بیماری^۱ (Brief IPQ) و پرسشنامه‌ی هنجار شده ایرانی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHQOL-BREF)^۲ می‌باشد.

کارکرد روان‌شناختی آن‌ها دارد [۱۶]. درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در این نوع درمان به بیمار کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای استفاده می‌شود [۱۷]. شواهد نشان می‌دهند که در دامنه‌ی وسیعی از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکروزیس، هانتینگتون و دیابت) نگرش و افکار فرد نسبت به ماهیت بیماری، پی‌آمدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای سالم، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی مؤثر است [۱۸، ۱۹]. بیماران که درباره‌ی بیماری‌شان ادراک منفی تری دارند به احتمال بیشتر دچار افسردگی می‌شوند [۲۰]. شیوع افسردگی در بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی است [۲۱، ۲۲]، استرس نیز پیشرفت بیماری دیابت را نیز تشدید می‌کند [۲۳].

در مطالعه‌ای مشخص شد که بسیاری از بیماران دیابتی از کیفیت زندگی متوسط و پایینی برخوردار بودند [۲۴]. شواهد پژوهشی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر بیماری‌های مختلف از جمله دیابت را تأیید می‌کنند، به‌طور مثال کاهش افسردگی و اضطراب بیماران قلبی [۲۵، ۲۶]، امیدواری در سرطان پستان [۲۶]، کاهش افسردگی بیماران هیپتیت نوع دو [۲۷] کاهش افسردگی و افزایش سلامت عمومی [۲۸-۲۹]، مطالعات مرتبط با سبک زندگی و افسردگی [۳۰-۳۱] و استرس روان‌شناختی [۳۲] بیماران دیابتی از جمله این مطالعات می‌باشند، در فراتحلیلی که Adili و همکاران به‌منظور بررسی جنبه‌های روان‌شناختی دیابت روی ۸۸ بیمار انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری روی علائم جسمی و ناراحتی‌های هیجانی بیماران دیابتی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند مؤثر است [۳۳]. نتایج پژوهش Yan Tilburg و همکاران نیز نشان داد که افسردگی در بیماران دیابتی با کاهش میزان کنترل قند خون، پیروی ضعیف از دستورات غذایی و دارویی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط دارد و درمان‌های

^۱Brief Illness Perception Questionnaire

^۲World Health Organization Quality of life Questionnaire

الف - پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (Brief IPQ)

این مقیاس یک پرسشنامه‌ی ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله شش هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۰ گزارش شده است [۳۵].

ب: مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHQOL-BREF)

این آزمون که یک مقیاس بین فرهنگی و دارای دو فرم است. فرم بلند آن دارای ۱۰۰ سؤال است و در آن کیفیت زندگی دارای ۲۴ بعد فرض می‌شود که در ۶ دامنه قرار می‌گیرند. فرم کوتاه آن نیز ۲۶ سوالی است که به ارزیابی ۴ بعد از کیفیت زندگی افراد می‌پردازند که این ابعاد شامل سلامت جسمی، روان شناختی، محیط زندگی و روابط با دیگران هستند. در سال ۱۳۸۵ نصیری ضمن ترجمه و تهیه‌ی نسخه فارسی این مقیاس (IRQOL) ضریب پایایی تصنیفی و همسانی درونی آن را در یک نمونه ۳۰۲ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۴ گزارش نموده است. همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۶۷ به دست آمده و نتایج مربوط به روایی هم‌زمان آن با مقیاس سلامت عمومی GHQ-۲۸ رضایت بخش اعلام شده است [۳۶].

شیوه‌ی اجرای پژوهش

مراحلی که برای مشخص نمودن گروه آزمایش و گروه کنترل قبل و بعد از توزیع پرسشنامه پیش آزمون انجام گرفت بدین شرح است.

پس از جایگزینی تصادفی بیماران در گروه آزمایش (مداخله) و گروه کنترل، پیش آزمون به عمل آمد. پس از آن، افراد گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت معمول پزشکی طی ۱۲ جلسه هفتگی (هر جلسه به مدت ۲:۳۰ ساعت) تحت آموزش بر طبق برنامه‌ی پیشنهادی قرار گرفتند و در طی این دوره گروه کنترل هیچ‌گونه برنامه‌ی مداخله‌ی روان‌شناختی دریافت نکردند و تنها مراقبت معمول پزشکی به عمل آمد. لازم به ذکر است، در پژوهش حاضر از مداخله‌ی شناختی-رفتاری گروهی برای

بیماران کرونر قلب (CBGI-CHD) استفاده شد، که این برنامه از الگوی کلی درمان‌های شناختی - رفتاری تبعیت می‌کند و با الهام از الگوی شناخت درمانی مایکل فری^۲ و برنامه‌های گروه درمانی شناختی - رفتاری معروف مانند SEARCH^۳ و ENRICHD^۴ در یک دوره‌ی یکساله توسط Bayazi (۱۳۹۰) طراحی و ساخته شده است [۳۷]. (CBGI-CHD) با اندک تغییراتی که متناسب برای بیماران دیابتی باشد، مورد استفاده قرار گرفت.

برای تجزیه و تحلیل یافته‌ها در این تحقیق از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده شد و از آمار توصیفی برای محاسبه‌ی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی استفاده گردید و گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر توزیع سنی و جنس و تحصیلات مشابه بودند و تفاوت آن‌ها معنی‌دار نبود. در این پژوهش تغییرات ناشی از تأثیر متغیر مستقل را با تفریق نمرات پس آزمون از نمرات پیش آزمون به دست آوردیم و از آزمون t مستقل برای بررسی متغیرها در خط پایه و آزمون کویاریانس برای مقایسه‌ی تفاوت دو گروه استفاده نمودیم. در این پژوهش سعی شد کدهای اخلاقی مطرح شده توسط انجمن روان‌شناسی آمریکا (APA، ۲۰۰۳) اجرا گردد و قبل از اجرای مداخله تمام بیماران فرم رضایت آگاهانه شرکت در برنامه‌ی درمانی را امضاء نمودند. پس از پایان اجرای مداخله بر روی بیماران گروه آزمایش، بیماران گروه کنترل نیز این برنامه را دریافت نمودند.

ساختار هر جلسه شامل: بررسی تکالیف خانگی (۱۵ دقیقه)، مرور جلسه‌ی قبل (۵ دقیقه)، ارائه‌ی موضوع اول و تمرین (۶۰ دقیقه)، استراحت و پذیرایی (۱۵ دقیقه)، ارائه‌ی موضوع دوم (۴۰ دقیقه)، خلاصه و جمع‌بندی (۵ دقیقه)، ارائه‌ی تکالیف خانگی برای جلسه‌ی بعد (۱۰ دقیقه) می‌باشد. موضوع و محتوای مختصر جلسات در جدول ابیان شده است.

¹Cognitive - Behavioral Group Intervention in Coronary Heart Disease

²Free.,M

³The Support, Education and Research in Chronic Heart Failure Study

⁴The Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease

جدول ۱- محتوی جلسات مداخله CBGI-CHD (تعدیل شده برای بیماران دیابتی)

جلسات	محتوی
۱	آشنایی اعضاء گروه با هم، معرفی برنامه، آشنایی با بیماری دیابت (دکترای روانشناسی سلامت و کارشناس پرستاری)
۲	راه‌های پیشگیری و کنترل دیابت و آشنایی با عوامل خطر بیماری دیابت (دکترای روانشناسی سلامت و کارشناس پرستاری)
۳	نقش رژیم غذایی، ورزش، فعالیت بدنی و بیماری دیابت (روانشناس و کارشناس ورزش و کارشناس تغذیه)
۴	آشنایی با موضوع استرس و تأثیر آن بر بیماری دیابت (روانشناس، سایر جلسات توسط روانشناس انجام شده است)
۵	روش‌های مقابله با استرس (۱) - شناخت روش‌های مقابله مسأله - مدار، هیجان - مدار و ناسازگارانه
۶	روش‌های مقابله با استرس (۲) - شناخت فنون عملی مدیریت استرس، آرام‌سازی عضلانی
۷	مهارت‌های زندگی و بیماری دیابت
۸	راه‌های مقابله با TABP - شناخت مدل A-B-C و نقش افکار منفی در ایجاد خشم، شناخت خطاهای شناختی شایع و راه‌های کاهش آن‌ها
۹	شناخت نشانه‌های افسردگی و اضطراب و تأثیر آن‌ها بر دیابت
۱۰	راه‌های شناختی کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت - شناخت مدل شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب کار براساس مدل A-B-C و شناخت افکار خود آیند منفی و خطاهای شناختی رایج در بیماران افسرده و مضطراب
۱۱	راه‌های رفتاری کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت - شناخت تأثیر ورزش، آرام‌سازی عضلانی، شوخ طبعی، حمایت اجتماعی، معنویت و دینداری بر کاهش افسردگی و اضطراب
۱۲	جمع بندی و مرور برنامه، دریافت باز خورد از بیماران، تعیین جلسات پیگیری و مراسم اختتامیه

یافته‌ها

آزمایش و گواه در خط پایه محاسبه گردید. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود تفاوت معنی‌داری در خط پایه در متغیرهای جمعیت شناختی و داده‌های بالینی در بین گروه آزمون و شاهد مشاهده نمی‌شود.

در پژوهش حاضر تعداد ۲۸ نفر از آزمودنی‌های که واجد ملاک پژوهش بودند انتخاب شدند و سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. پس از استخراج نتایج، میانگین و انحراف معیار گروه

جدول ۲- پراکنش جمعیتی آزمودنی‌ها

متغیر	کل N: ۲۸ (درصد)	آزمون N: ۱۴ (درصد)	شاهد N: ۱۴ (درصد)
مرد	۱۱ (۱۰۰)	۵ (۳۵/۷۱)	۶ (۴۲/۸۶)
زن	۱۷ (۱۰۰)	۹ (۶۴/۲۹)	۸ (۵۷/۱۴)
تأهل	۲۷ (۱۰۰)	۱۳ (۴۶/۴۲)	۱۴ (۵۰)

جدول ۳- نتایج آزمون تی در مورد متغیرهای جمعیت

متغیر	کل	آزمون	شاهد		P	T
			میانگین (sd)	میانگین (sd)		
سن	(۸/۴۹) ۴۹/۹۶	(۸/۴۷) ۴۸/۲۸	(۸/۴۸) ۵۱/۶۴	(۸/۴۸) ۵۱/۶۴	۰/۲۰۰	-۱/۳۲
تحصیلات	(۰/۸۳) ۲/۸۹	(۰/۷۸۴) ۳/۰۰	(۰/۸۹۲) ۲/۷۸	(۰/۸۹۲) ۲/۷۸	۰/۵۰۶	۰/۶۷۵
ادراک خوب	(۵/۳۵) ۱۷/۷۱	(۵/۳۸) ۱۶/۷۱	(۵/۳۲) ۱۸/۷۱	(۵/۳۲) ۱۸/۷۱	۰/۳۳۲	-۰/۹۸
ادراک بد	(۷/۷۱) ۲۵	(۷/۹۲) ۲۶/۲۱	(۷/۵۸) ۲۳/۷۹	(۷/۵۸) ۲۳/۷۹	۰/۴۱۵	۰/۸۲۸
مقیاس کیفیت زندگی کلی	(۱۲/۶۷) ۷۱/۳۵	(۱۱/۹۵) ۶۹/۷۹	(۱۳/۶۲) ۷۲/۹۳	(۱۳/۶۲) ۷۲/۹۳	۰/۵۲۲	-۰/۶۴
سلامت جسمانی	(۴/۹۵) ۲۰/۴۲	(۴/۶۴) ۲۰/۲۱	(۵/۴۱) ۲۰/۶۴	(۵/۴۱) ۲۰/۶۴	۰/۸۲۴	-۰/۲۵
سلامت روانی	(۳/۶۶) ۱۷/۱۷	(۴/۰۶) ۱۶/۷۱	(۳/۲۳) ۱۷/۶۴	(۳/۲۳) ۱۷/۶۴	۰/۵۱۳	-۰/۶۶
روابط اجتماعی	(۲/۳۸) ۹/۰۱	(۲/۳۹) ۸/۲۱	(۲/۲۱) ۹/۹۳	(۲/۲۱) ۹/۹۳	۰/۵۸۸	-۲/۰۰
محیط	(۳/۸۷) ۲۴/۶۷	(۳/۰۸) ۲۴/۶۴	(۴/۶۶) ۲۴/۷۱	(۴/۶۶) ۲۴/۷۱	۰/۹۶۲	۰/۴۸

براساس جنسیت و تأهل و داده‌های جمعیت شناختی و بالینی در خط پایه (پیش آزمون)

افزایش یافت اما این افزایش در حد معنی داری نیست. لذا می‌توان نتیجه گفت مداخله‌ی شناختی رفتاری کوتاه مدت تأثیر مثبت معنی داری بر افزایش ادراک خوب، مقیاس کیفیت زندگی کلی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو و کاهش ادراک بد آن‌ها داشته است.

همچنین نتایج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تمامی نمرات متغیرهای بالینی شامل ادراک خوب، ادراک بد، مقیاس کیفیت زندگی کلی، سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی، به جز خرده مقیاس محیط پس از مداخله تفاوت معناداری داشته‌اند ($P < 0/05$). شایان ذکر است هر چند نمرات خرده مقیاس محیط پس از مداخله

جدول ۴- مقایسه‌ی گروه‌های آزمون و شاهد در خط پایه و پس از مداخله‌ی تحلیل کوواریانس

متغیرها	خط پایه (پیش آزمون)		خط پایه (پس آزمون)	
	آزمون میانگین (انحراف معیار)	شاهد میانگین (انحراف معیار)	پ	شاهد میانگین (انحراف معیار)
ادراک خوب	(۵/۳۸) ۱۶/۷۱	(۵/۳۲) ۱۸/۷۱	۰/۳۳۲	(۴/۱۴) ۱۷/۳۶
ادراک بد	(۷/۹۲) ۲۶/۲۱	(۷/۵۸) ۲۳/۷۹	۰/۴۱۵	(۷/۵۵) ۲۵/۲۱
مقیاس کیفیت زندگی کلی	(۱۱/۹۵) ۶۹/۷۹	(۱۳/۶۲) ۷۲/۹۳	۰/۵۲۲	(۱۲/۴) ۷۶/۷۱
سلامت جسمانی	(۴/۶۴) ۲۰/۲۱	(۵/۴۱) ۲۰/۶۴	۰/۸۲۴	(۴/۰۵) ۲۲
سلامت روانی	(۴/۰۶) ۱۶/۷۱	(۳/۲۳) ۱۷/۶۴	۰/۵۱۳	(۳/۵۹) ۱۹/۱۴
روابط اجتماعی	(۲/۳۹) ۸/۲۱	(۲/۲۱) ۹/۹۳	۰/۵۸۸	(۱/۸۲) ۹/۷۱
محیط	(۳/۰۸) ۲۴/۶۴	(۴/۶۶) ۲۴/۷۱	۰/۹۶۲	(۵/۸۰) ۲۵/۸۹

بحث

را بر روی ابعاد کیفیت زندگی گذاشته است، به غیر از بعد محیط. دلایل چندی وجود دارد که بعد محیط معنی دار نشده است: اولاً در این بسته‌ی درمانی، بیشتر بر روی عوامل پردازشی و نه عوامل بیرونی محیطی (به‌طور مثال وضعیت مسکن، و اقتصادی و...) تأکید شده است ثانیاً احتمالاً کم بودن طول مدت درمان شناختی رفتاری که حدود ۳ ماه بود علت عدم معناداری در این مؤلفه می‌باشد لذا اگر تعداد جلسات افزایش یابد تغییرات عمیق‌تری را در سبک پردازشی و در نهایت کیفیت زندگی و ادراک از بیماری شاهد باشیم. همچنین مطالعات متعدد و متناقضی در مورد کیفیت زندگی بیماران دیابتی وجود دارد، لیکن هنوز موضوعات مبهمی در این زمینه وجود دارد. برای مثال به‌نظر می‌رسد کیفیت زندگی بیماران دیابتی مقوله‌ای است که تأثیر زیادی از فرهنگ و قومیت خاص افراد می‌پذیرد [۴۰]. Wang و همکاران (۲۰۰۱) مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی در کشور چین انجام داده بودند که نتایج حاصل نشان دهنده‌ی این بود که کیفیت زندگی در بعد روانی نسبت به بعد جسمی از سطح پایین‌تری برخوردار است [۴۱]. بنابراین نمی‌توان اثر مداخلات اجرا شده را به‌همه‌ی جوامع و فرهنگ‌ها تعمیم داد. یافته‌های این پژوهش از نظر اثر بخشی درمان شناختی رفتاری روی دیابت نوع یک و دو با مطالعات Welschen و همکاران [۲۷، ۲۸]، Shirazi و همکاران [۴۲]، Esmaili و همکاران [۳۱]، Sharif و همکاران [۲۹]، Palizgir و همکاران [۳۰]، Davazdahemamy و همکاران [۳۲]، Zare Bhram abadi و همکاران [۴۳]، Baghiani Moghadam و همکاران [۴۴] و Sanchez و همکاران [۴۵] در مورد بیماران دیابت نوع دو Monjezi و Lyle [۴۶] و Mehrabi و همکاران [۴۷]، در مورد بیماران دیابتی نوع یک SotodehAsl و همکاران [۴۸] در مورد بیماران فشارخون اساسی همسو می‌باشد [۴۹-۵۰] و با نتایج مطالعه‌ی Bayazi (۱۳۹۰)، ناهمسو است [۳۷]. به‌نظر علت اصلی این ناهمسو بودن تفاوت در متغیر وابسته در این پژوهش (کیفیت زندگی و ادراک از

این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی مداخله‌ی شناختی- رفتاری بر ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که یک مداخله‌ی نسبتاً کوتاه مدت شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند منجر به افزایش معنی‌دار ($P < 0/5$) ادراک بیماری در بیماران دیابتی نوع دو گردد. شواهد نشان می‌دهند که در دامنه‌ی وسیعی از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، دیابت)، نگرش فرد نسبت به ماهیت بیماری، پی‌آمدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای سالم مؤثر است [۱۳]. MacInnes معتقد است، تعبیر و تفسیر علایم بیماری باعث شکل‌گیری شناخت‌ها و تجسم‌هایی در زمینه‌ی ماهیت، کنترل‌پذیری و عواطف مربوط به بیماری می‌شود. در مرحله‌ی بعدی، راهبردهای مقابله براساس این تجسم‌ها توسعه می‌یابند و در مقابل، این راهبردهای مقابله نیز ادراک بیماری را تحت تأثیر قرار می‌دهند [۳۸]. تعداد قابل توجهی از بیماران در مورد کنترل دیابت خود قضاوت نادرستی دارند و این ادراک نادرست، بر سلامت روان شناختی آن‌ها تأثیر منفی دارد [۳۹]. این مداخله یک درمان CBT است و بر روی افکار ناکارآمد تأثیر دارد که می‌تواند نگرش فرد را نسبت به ماهیت بیماری، پی‌آمدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری تغییر دهد. انتظار می‌رود با توسعه‌ی مداخلات روان‌شناختی از جمله آموزش شناختی- رفتاری (CBGI-CHD) برای بیماران دیابتی، ادراک بیماری این افراد را به سطح مطلوبی رساند. زیرا عقاید منفی در مورد بیماری و پی‌آمدهای آن با عواطف منفی مرتبط است که به نوبه‌ی خود باعث کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود [۳۷]. همچنین درمان شناختی- رفتاری روی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو در سطح ($P < 0/05$) معنی‌دار است. یعنی باعث افزایش کیفیت زندگی این بیماران شده است. همچنین مداخله‌ی شناختی- رفتاری تغییرات معنی‌داری ($P < 0/05$)

دیابتی باورهای خود درباره‌ی سلامتی را مورد بازبینی و اصلاح قرار دهد سازگاری روان‌شناختی بهتر شده و به تبع آن به‌صورت مؤثرتری در جهت ارتقاء کیفیت زندگی گام خواهد برداشت.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت، از جمله اینکه حجم نمونه این پژوهش نسبتاً کم بود، شرکت کنندگان در این پژوهش ویژگی‌های خاص داشتند از جمله اینکه همه عضو انجمن دیابت ایران بودند، تحصیلات دیپلم به بالا داشتند و از تمایل و توانایی شرکت در پژوهش برخوردار بودند، به‌عبارت دیگر نمونه کاملاً معرف جامعه‌ی پژوهشی نبود، مداخله‌ی اجرا شده در این پژوهش براساس یک برنامه‌ی کاملاً اختصاصی برای بیماران دیابتی اجرا نشد، بلکه یک برنامه‌ی آموزش (CBGI-CHD) ولی در ارتباط با سلامت که برای این بیماران تعدیل و اصلاح شده بود، مورد استفاده قرار گرفت.

نتیجه‌گیری

در مجموع و با در نظر گرفتن یافته‌ها و محدودیت‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی شناختی - رفتاری (CBDI-CHD) می‌تواند در کمک به بیماران دیابتی نوع دو برای افزایش کیفیت زندگی و ادراک از بیماری آن‌ها سودمند باشد. لزوم دسترسی متخصصان و بیماران مبتلا به دیابت به روان‌شناس به‌عنوان عضوی از تیم درمان توسط انجمن دیابت آمریکا مورد تأکید قرار گرفته است، با این وجود به‌علت شیوع بالای دیابت و برخی بیماری‌های مزمن دیگر و فقدان روان‌شناس و متخصص بهداشت روانی به تعداد کافی و هم‌چنین به‌منظور جلوگیری از افزایش هزینه‌های درمانی - مراقبتی بیماران، ارائه مداخله‌ی شناختی-رفتاری (CBGI-CHD) می‌تواند سودمند باشد و به کاهش مشکلات این بیماران کمک کند. باتوجه به بار اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی زیادی که دیابت بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند، یافته‌های این پژوهش برای بیماران دیابتی و متخصصان دیابت و بهداشت روانی امیدوار کننده است.

بیماری) و در پژوهش Bayazi (اضطراب و تنش و افسردگی بیماران قلبی و عروقی) می‌باشد.

Michalsen و همکاران (۲۰۰۵)، ضمن آموزش یک برنامه‌ی جامع سبک زندگی و کاهش استرس بیماران قلبی-عروقی نتیجه گرفتند که این آموزش، نتایج روان‌شناختی مفیدی برای زنان داشت، در حالی که برای مردان چنین نبود [۵۱]. اگرچه Snoek و Skinner (۲۰۰۶) اثر متغیرهای جمعیت شناختی از جمله سن و جنسیت بیماران دیابتی را در بهره‌گیری از نتایج مثبت مداخله مهم ندانستند [۵۲]، اما توجه به جنسیت، فرهنگ قلبی و زمینه‌ی قبلی شرکت کنندگان در گروه‌های آموزشی-درمانی نکته قابل توجهی است که نیاز به بررسی‌های بیشتر دارد و شاید بتوان گفت اختلاف بین تحقیقات مختلف به‌دلیل همین عوامل هستند.

مبتلایان بیماری دیابت انواع مختلفی از حالات روان‌شناختی نظیر استرس، انکار، عصبانیت، احساس گناه و روابط اجتماعی ناکارآمد و... را تجربه می‌کنند لذا اغلب این بیماران نیازمند حمایت و مداخله‌ی روان‌شناختی به‌منظور کاهش این علائم و در مجموع ارتقاء کیفیت زندگی هستند [۵۳] در این بین مداخله‌ی شناختی رفتاری سبک پردازشی بیمار دیابتی را تغییر می‌دهد که در برگیرنده‌ی اصلاح باورهای فرد نسبت به خود دنیا و آینده می‌باشد، این فرایند از طریق تغییر در مراتب شناختی (افکار خودآیند منفی، باورهای واسطه‌ای، باورهای بنیادین) صورت می‌گیرد و بیمار دیابتی ابزار و مهارت‌های مقابله‌ای جدید، از جمله شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد را فرا می‌گیرد و آن را به‌منظور کاهش استرس و بهبود روابط اجتماعی در جهت ارتقاء کیفیت زندگی و ادراک کارآمد به‌کار می‌بندد. در درمان بیماری دیابت سازگاری روان‌شناختی با بیماری و یادگیری و اجرای راهبردهای مقابله‌ای و تبعیت از برنامه‌ی درمان از حوزه‌های اصلی مداخله‌ی روان‌شناس به‌شمار می‌آید [۳۷]. از طرفی بیماران دیابتی نیازمند مراقبت مداوم و روزانه هستند و کیفیت زندگی و دیابت رابطه‌ی متقابل دارند و زمانی که بیمار

شرکت کننده در این پژوهش (پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی با کد ۱۱۹۳۰۹۰۲۸۰۲۰۰۴ و تاریخ تصویب ۹۰/۱/۲۰) تشکر و قدردانی به‌عمل می‌آوریم.

سپاسگزاری

از مرکز علوم پزشکی مشهد واحد دیابت و از کلیه‌ی پرسنل مرکز دیابت شهید قدسی و دانشجو، و همه بیماران

مآخذ

1. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. *Epidemiology of Current diseases in Iran*. 2th ed. Eshtiagh; Tehran: 2001:15-61. (Persian)
2. Kasper D. *Harrisons Principles of Internal medicine*. Mojtaba H, & Mohammad H. (translator). 15th.ed. Tehran: Tabib. 2006:251-289. (Persian).
3. Peimani M, Monjamed Z, Aliasghar pour M, Heshmat R. Investigate of relation between Retinopathy complications and quality of life of diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2008; 8:11-18.
4. Gregg EW, Beckles GL, et al. Diabetes and Physical disability among older US adults. *Diabetes Care*. 2000; 23(9):1272-7.
5. Bradley C, Gamsu DS. Guidelines for encouraging psychology well-being in adults. *Diabet Med*. 1994; 11(5):510-6.
6. Khoshniat Niko M, Madarshahian F, Hassanabadi M, Heshmat R, Khaleghian N. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2007; 7(1): 71-76.
7. Ghanbary A, Kazemzadeh A. Comparison of quality of life in non-insulin diabetic patients referred to Razi Hospital Diabetes Education Center with a healthy. *Journal of Modares University of Medical Sciences* 2004; 7(1):69-80. (Persian)
8. Braunwald E, et al. *Harrison's Principles of Internal medicine* (17th ed). Chapter 338. Diabetes Mellitus, 2008.
9. Rafati M; Gotbi M; Ahmamdnia H. National diseases care system. 1th ed Tehran; Baghe sepid 2008:145-150. (Persian)
10. Hanested Br, Albrechtsen G. Quality of life. *J Diabetes Med*. 8th.ed; 1994; 759-764.
11. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 2006; 62:1153-1166.
12. Edgar KA, Skinner Tc. Illness representations and Coping as predictors of emotional Well-being in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric Psychology* 2003:28;485-493.
13. Itersum MWV, Wilgen CPV, Hilberdink WKHA, Groother W. Illness Perception in patients with fibromyalgia. *Patient Education* 2009; 74:53-60.
14. Ogden J. *Health Psychology* (5 th ed). England, 2012; 224-231.
15. Otto M, Smits J A, Reese HE. Cognitive-Behavioral therapy for the treatment of anxiety disorder. *Jelini Psychiatry* 2004. 65(1-5):54-410.
16. Sadock BJ, Sadock VA. *Synopsis of psychiatry behavioral sciences, clinical psychiatry*. Rafiee F. (translator). 10th ed. Tehran; Arjmand; 2009. (Persian)
17. Sadock BJ, Sadock VA. (Eds.) *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry* (9th Ed.). New York: Williams & Wilkins; 2007:123-157.
18. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Science* 2009; 83:1556-64.
19. Broadbent E, Keith J, Petrie E, Main J, Weinman L. The Brief Illness Preception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 60:631-637.
20. Craig AW. *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*. Publisher: Wiley- Blackwell (5 Jan 2001).
21. Mousavi SA, Aghayan Sh, Razavian-Zade N, Norouzi N, Khosravi A. Depression and General Health Status in Type II Diabetic Patients. *Knowledge & Health* 2008; 3(1):44-48.
22. Liro N, Bocanegra A, Dzhan S, Wang S, Stolz N, Acosta I, et al. Clinical depressive symptoms. *Nurs Res* 2008; 21(3):223-33
23. Asadolah R. Inhibitory of control stress. Tehran; Nashre Abi, 2001:130-141. (Persian)
24. Surwit RS, Van Tilburg MA, Zucker N, McCaskill CC, Parekh P, Feinglos MN, et al. Stress management improves long -term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 24:30-4.
25. Sajadi Hezaveh M, Salehi B, Moshfeghi K, Comparison effect of drug therapy and drug cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer, Arak Medical University Journal (*Rahavard Danesh*) 2008; 11(3):55-61
26. Jafarniya V. The Effect Of Group Cognitive Behavioral therapy on Decreasing Depressive

- and promoting Life Expectancy Of Patients With Hepatitis B. MA. Dissertation of Clinical Psychology. *Islamic Azad university Branch of Torbate Jam* 2012;8-10. (Persian)
27. Welschen LMC, Van Oppen P, Bot SDM, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *J Behav Med* 2013;36 (6):556-66.
 28. Welschen LMC, Van Oppen P, Dekker JM, Bouter LM, Stalman WAB, Nijpels G. The effectiveness of adding cognitive behavioural therapy aimed at changing lifestyle to managed diabetes care for patients with type 2 diabetes: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health* 2007; 7:74.
 29. Sharif F. & et al. The effect of cognitive-behavioral group therapy on depressive symptoms in people with type 2 diabetes: A randomized controlled clinical trial. *Iranian Journal of nursing and midwifery research* 2014; 19(5):529-36.
 30. Palizgir M, Bakhtiati M, Esteghamati AR. Comparison between cognitive-behavioral therapy and psychoeducational therapy on blood sugar control in depressed patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. *Qom Univ Med Sci J* 2014; 8(3):18-23. (Persian)
 31. Esmaili A, Asadnia S, Easazadeh A, Amirsardari L, Issazadeghan A, Ansari B. Evaluation of The effectiveness of cognitive behavioral therapy on decreasing depression levels and improving the lifestyle of patients with type 2 diabetes. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2013; 24(10).
 32. Davazdahemamy MH. Mehrabi A. Attari A. Roshan R. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Stress Management Training on Glycemic of Life in People with Type2 Diabetes Control, Psychological Distress and Quality. *Iranian Journal of Clinical Psychology* 2012; 1(1):1-1.
 33. Adili F, Larijani B, Haghghatpanah M. Diabetic patients: Psychological aspects. *Ann N Y Acad Sci* 2006; 1084:329-49.
 34. Yan Tilburg MAL, Georgiades A, Surwit RS. Depression in Type 2 Diabetes. Type 2 Diabetes Mellitus. New York: *Contemporary Endocrinology* 2008; P:403-12.
 35. Bardbent, E., petrie, k.J., main, J., & weinman, J.(2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psycho somatic Research, Go*, 631-370.
 36. Nasiry H. *Investigation of Validity &reliability of short scale of WHO quality of life preparing Its Iranian sample*. Tehran: elm and Sanaat University 2005. (Persian).
 37. Bayazi MH. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on depression, anxiety and stress in patients with chronic coronary heart disease dissertation. *Islamic Azad Univercity-Karaj Branch* 2009. (Persian).
 38. MacInnes JD. The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: a self -regulatory approach. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5:280-288.
 39. Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type 1 diabetes. *J Contemporary* 2010; 5(1):3-11. (Persian)
 40. Wee M, Li F, Cheung M, Fong N, Thumboo, A. Quality of life in patients with diabetes in korea:the meaning of health - related quality of life.*International Journal of Nursing studies* 2006; 38:673-682.
 41. Wang W, Shil, Wang K. Assessment of quality of life in patients with diabetes mellitus and impaired glucose Tolerance. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zi* 2001; 35:26-29.
 42. Shirazi N. Oraki M, Zare H. The Effect Of Cognitive Behavioral Anger Management Training On General Health Of Patient With Type 2 Diabets. *The Journal of Urmia University of Medical Sciences* 2014; 24(12).
 43. Zare Bhram abadi M, Vafaie F, Ghaderi E, Taghvaei D. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on quality of life in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid* 2012; 12(3):225-232. (Persian)
 44. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardakani M. Investigation quality of life on type 2 diabete mellitus patients in yazd city. *Journal of yazd Univercity of Medical Sciences* 2004; 4:49-54.
 45. Sanchez J, et al. Quality of life in insulin treated diabetic outpatients. *Diabetes Care* 2005; 27:1066-1070.
 46. Monjezi S & Lyle RR. Neurofeedback Treatment of Type 1 Diabetes mellitus: Perception of Quality of Life and stabilization of Insulin Treatment Two case studies. *Journal of Neurotherapy* 2006; 10:17-23.
 47. Mehrabi A, Fata L, Davazdah Emamy MH, Rajab A. The Efectiveness of cognitive-Behavioral Stress Management Training on glycemic control and emotion problem decrice in patients with type 1 *Diabete Diabetes and lipid*. 2009; 8(2):103-114. (Persian)
 48. SotodehAsl N, NeshatDost H, Kalantary M, Talebi H, Khosravi A. Comparison of the effectiveness of Cognitive -Behavioral thrapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertention. *koomesh* 2010; 11(4): 294-301. (Persian)

49. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29:141-153
50. Poorkakhki D, Abedsaeidi Z, Yaghmaei F, Alavimajd H, Montazeri A. A survey on quality of life and both individual and disease characteristics of diabetics patients referring to Tehran Hospitals in 2004. *Iranian ournal of Oncologyand Metabolism* 2006; 8:49-56. (Persian)
51. Michalsen A, Groossmann P, Lehmann N, Knoblauch NT, Paul A, Moebus S, Budde T & Dobos GJ. Psychological quality of life outcome from a comprehensive stress reduction and lifestyle program in patients with coronary artery disease: result of a randomized trial. *Psychother Psychosom* 2005; 74:344-352.
52. Snoek FJ & Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine* 2006; 34(2):61-63.
53. Rahimian BI. *Clinical health psychology*. (1th Ed.). Tehran: Danjeh; 2009.457-460. (Persian)