

## مقایسه اثربخشی سه شیوه مداخله کتاب‌درمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه نیمه تجربی

مه‌دخت خادم حسینی<sup>۱</sup>، علیرضا مرآتی<sup>۲\*</sup>، حسن پیریایی<sup>۳</sup>، کامبیز روشنائی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۲/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۰۳/۱۸

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** عوارض دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، باعث ایجاد پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان می‌شود و افسردگی، اضطراب و استرس که از مؤلفه‌های این پریشانی هستند بر روند مدیریت بیماری و پیامدهای آن تأثیر می‌گذارند. بر این اساس، هدف این پژوهش مقایسه سه روش مداخله کتاب‌درمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو بود.

**مواد و روش کار:** این پژوهش به‌صورت نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری آن زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک سجاد تهران در سه ماه نخست سال ۱۴۰۲ بود که ۶۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در چهار گروه جایگذاری شدند. داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لویبوند و لویبوند (۱۹۹۵) جمع‌آوری شدند. تحلیل آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان‌دهنده تأثیر معنادار هر سه مداخله بر افسردگی، اضطراب و استرس در سطح  $0/05$  بود ( $P < 0/05$ ). همچنین، تفاوتی معنادار ( $P < 0/05$ ) بین تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان فعال‌سازی رفتاری و کتاب‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و استرس مشاهده شد، اما بین تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری با کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به تأثیر و پایداری بیشتر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اجرای این مداخله با هدف کاهش پریشانی روان‌شناختی ناشی از عوارض دیابت همراه با درمان‌های پزشکی در مراکز درمانی پیشنهاد می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** پریشانی روان‌شناختی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، کتاب‌درمانی، فعال‌سازی رفتاری، دیابت نوع دو

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۷۵، اردیبهشت ۱۴۰۳، ص ۱۶۰-۱۴۶

آدرس مکاتبه: ، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۴۱۹۱۳۶۳

Email: Alirezamerati28@gmail.com

### مقدمه

مراقبت‌های بهداشتی تأثیر کمی بر سلامت بیماران دارند که این امر دیابت نوع دو را باینکه مشکلی پزشکی است، تبدیل به مشکلی اجتماعی کرده است (۱) که می‌تواند بار اقتصادی زیادی برای افراد و جامعه ایجاد کند (۳).

بالا بودن قند خون در مبتلایان به دیابت، علاوه بر ایجاد مجموعه‌ای از عوارض جسمانی شایع شامل کاهش طول عمر، قطع عضو و اختلالات بینایی، افراد را در معرض خطر ابتلا به اختلالات

دیابت<sup>۵</sup> به‌عنوان اختلالی متابولیک و مزمن (۱)، مشکلی عمده از نظر بهداشت عمومی و مهم‌ترین عامل مرگ‌ومیر قابل‌پیشگیری پس از دخانیات است (۲). دیابت نوع دو که شایع‌ترین نوع دیابت است، در نتیجه عدم کارایی ترشح انسولین یا عملکرد انسولین ایجاد می‌شود که به دلیل تأثیر عوامل ژنتیکی و محیطی بر این نوع دیابت،

<sup>۱</sup> دانشجوی دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

<sup>۴</sup> استادیار، گروه بیولوژی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

<sup>۵</sup> Diabetes

روان‌شناختی قرار می‌دهد، به‌طوری‌که بیماران دیابتی بیشتر از غیر بیماران مستعد ابتلا به افسردگی هستند (۴) و اغلب مبتلایان، بدون سابقه افسردگی، در طول دوره ابتلا به دیابت، دچار افسردگی می‌شوند (۵). شیوع افسردگی در مبتلایان به دیابت ۲۶/۶ درصد است (۶) که در ایران شیوع آن در بیماران دیابتی ۴۲/۴ درصد گزارش شده است (۷). همچنین، ابتلا به دیابت علاوه بر فشار اقتصادی و اجتماعی زیاد ناشی از آن، تأثیرات نامطلوب زیادی بر سلامت روان مبتلایان و خانواده‌هایشان دارد که باعث افسردگی آن‌ها می‌شود (۸). همچنین، در مبتلایان به دیابت نوع دو افسرده، اختلالات قلبی عروقی بیشتر است که خطر مرگ را تا ۵۰ درصد بیشتر از جمعیت سالم می‌کند (۱۱). افسردگی در مبتلایان به دیابت بر سبک زندگی، پیروی از درمان و پیشرفت بیماری‌شان تأثیری منفی دارد، زیرا در پایبندی به توصیه‌های غذایی، کنترل گلوکز خون، مدیریت عوارض بیماری و مرگ نسبت به مبتلایان غیر افسرده مشکلاتی ایجاد می‌کند (۱۲). همچنین، اضطراب به‌عنوان حالتی هیجانی که توسط نشانگان زیستی تنیدگی همراه با تصور رویدادهای ناگوار در آینده مشخص می‌شود (۹)، علاوه بر افسردگی اغلب به‌صورت اختلال همراه با دیابت نوع دو بروز می‌کند و تعداد قابل‌توجهی از بزرگسالان مبتلا به دیابت، آن را تجربه می‌کنند (۱۰). تجربه اضطراب، در زنان مبتلا به دیابت شایع‌تر است (۱۱). نگرانی‌های مربوط به عوارض طولانی‌مدت دیابت و ناامیدی از عدم کنترل و پیش‌بینی سطح گلوکز خون، باعث اضطراب اغلب بیماران دیابتی می‌شود (۱۲). از طرف دیگر، اضطراب خود عاملی برای بر هم زدن تعادل قند خون از طریق بیش‌فعالی آدرنژیک و افزایش سطح گلوکز خون است (۱۳). در بیماران دیابتی، اضطراب با عدم پایبندی به مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت بدنی و کیفیت زندگی پایین همراه است (۱۱). امروزه طراحی و اجرای مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای کاهش یا حذف عوامل خطرزای روان‌شناختی تشدیدکننده دیابت، موردتوجه است و بر اهمیت آموزش کنترل افکار و احساسات به بیماران دیابتی تأکید شده است (۱۴).

در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت، روان‌درمانی در قالب کتاب را مفید و متناسب با شرایط ویژه بیماران دیابتی در نظر گرفته‌اند، زیرا در کتاب‌درمانی، خواندن کتاب به‌صورت فردی یا گروهی، به راهنمایی و کسب بینش و آگاهی خواننده برای ایجاد تغییرات در فرد کمک می‌کند. فن کتاب‌خوانی می‌تواند مستقل و یا به‌صورت درمانی مکمل در رویکردهای مختلف روان‌درمانی اجرا شود زیرا روشی فراگیر و

اقتصادی است که احساسات مختلف را هم‌زمان درگیر می‌کند و در زمانی محدود اطلاعات موردنیاز را ارائه می‌دهد (۱۵). کتاب‌درمانی به دلیل دارا بودن ویژگی‌های خاص درمانی می‌تواند برای درمان گروهی بزرگ از جمعیت افراد افسرده که به مداخلات دیگر دسترسی ندارند، اجرا شود زیرا طبق پژوهش‌ها افراد افسرده به دلایلی مثل ترس از برچسب‌های اجتماعی، ناامیدی از امکان بهبود، عدم تمایل به صحبت با درمانگر در مورد مشکلاتشان و کمبود انرژی برای طی مسافت تا مراکز خدمات بهداشت روان، برای روان‌درمانی مراجعه نمی‌کنند (۱۶). بنابراین، کتاب‌درمانی که روشی سهل‌الوصول با حفظ حریم خصوصی است می‌تواند بدون عوارض، برای بهبود افسردگی مفید باشد (۱۷). همچنین، در مواجهه با چالش‌های سلامت روان، کتاب‌درمانی از طریق کسب آگاهی و درک انگیزه‌های رفتار، می‌تواند باعث کاهش عوارض تنش و پیشگیری از اختلال‌های زیستی و روان‌شناختی شود (۱۸). نتایج پژوهش استیپ<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان‌دهنده تأثیر کتاب‌درمانی در درمان افسردگی بود (۱۹).

یافته‌های وانگ<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نشان‌دهنده تأثیر کتاب‌درمانی بر بهبود افسردگی، خود کارآمدی و اضطراب بود (۲۰). پژوهش هونگ<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲) نیز مؤثر بودن کتاب‌درمانی برای درمان افسردگی را نشان داد و بیان کردند که کتاب‌خوانی می‌تواند در صورت عود نشانه‌های افسردگی پس از اتمام درمان، مفید باشد (۲۱). نتایج پژوهش خواجه‌نظامی و همکاران (۱۴۰۲) نشان‌دهنده تأثیر معنادار کتاب‌درمانی بر کاهش استرس و خشم در کودکان بود (۲۲). یافته‌های اسماعیلی و همکاران (۱۴۰۰) نیز نشان داد کتاب‌درمانی باعث کاهش اضطراب، افسردگی، شکایت‌های جسمانی و رفتارهای پرخطرانه دانش‌آموزان است (۲۳). کتاب‌درمانی به‌عنوان روشی درمانی یا درمانی مکمل برای کاهش اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان اجرا شده است (۲۴، ۲۵). پژوهش لورنزو - لواس<sup>۴</sup> و همکاران نشان‌دهنده تأثیر کتاب‌درمانی در قالب خودیاری هدایت‌شده فراتشخیصی بر نشانه‌های افسردگی، اضطراب، بهزیستی روان‌شناختی، عملکرد روزانه و تنظیم هیجان بزرگسالان بود (۲۶). همچنین در یک پژوهش نیز اثر کتاب‌درمانی بر کاهش اضطراب بیماران قبل از عمل جراحی مؤثر گزارش شده است (۲۷). اگرچه امروزه کتاب‌درمانی به‌عنوان یک فن درمانی که اهداف متعدد درمانی را پی می‌گیرد، شناخته شده است و طیف وسیعی از متخصصان برای حل مشکلات طیف متنوعی از افراد استفاده می‌کنند، اما باید گفت که هنوز تمامی جنبه‌های کاربردی آن و تأثیراتش بر افراد به‌هنگار و بیمار شناخته نشده است (۱۵).

<sup>3</sup> Huang

<sup>4</sup> Lorenzo-Luaces

<sup>1</sup> Stip

<sup>2</sup> Wang

درمان فعال‌سازی رفتاری که از درمان‌های موج سوم است (۲۸)، درمانی انعطاف‌پذیر، کارآمد و بدون عارضه برای درمان و پیشگیری از عود نشانه‌های افسردگی و اضطراب از طریق تغییر رفتار است که می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مناسب برای درمان افراد دارای مشکلات پزشکی قابل‌توجه، ناتوانی جسمی و یا محدودیت‌های رفتاری که افسرده و مضطرب نیز هستند، اجرا شود. اغلب افراد پس از تجربه فقدان و یا رویدادهای تنش‌زا در زندگی، دچار تغییر در سبک زندگی و بروز نشانه‌های افسردگی می‌شوند و این درمان به افراد کمک می‌کند فعالیت‌هایی که ممکن است افسردگی را تشدید کنند شناسایی کنند و آن‌ها را اصلاح کرده یا تغییر دهند (۲۹). هدف این درمان بهبود افکار، احساسات و کیفیت کلی زندگی از طریق تغییر رفتار است و باینکه مؤلفه شناختی به‌طور مستقیم در این درمان وجود ندارد، اما درمان فعال‌سازی رفتاری بر این فرض استوار است که عاطفه منفی و شناخت ناسازگار فرد افسرده با افزایش رفتارهای سالم بهبود می‌یابد. طبق یافته‌های پژوهشی، فعال‌سازی رفتاری برای بیماران افسرده بستری (۳۰)، افرادی که هم‌زمان مبتلا به افسردگی و اضطراب هستند (۳۱) و نیز بیماران افسرده مبتلا به سرطان (۳۲)، مداخله‌ای مؤثر بوده است. دابسون<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) با پیگیری پژوهش‌های طولی بیان کردند که تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری برای پیشگیری از عود دوره‌های افسردگی با شناخت‌درمانی تفاوتی نداشت (۳۳). نتایج پژوهش‌های بایگان و همکاران (۲۰۲۰) لی<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، نشان‌دهنده تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و اضطراب بودند (۳۴، ۳۵).

امروزه درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی از درمان‌های موج سوم، برای بهبود پریشانی‌های روان‌شناختی بیماران دیابتی به کار می‌روند (۳۶). نتایج پژوهش‌های بالینی، نشان‌دهنده مزایای مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود سلامت روان مبتلایان به دیابت بوده‌اند (۳۵، ۳۷). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۳</sup> مداخله‌ای روان‌شناختی مبتنی بر شواهد تجربی برای پیشگیری از افسردگی مکرر است (۳۸). توجه‌آگاهی به‌عنوان مؤلفه اصلی این درمان، عبارت از خودتنظیمی آگاهی، نسبت به حالات و فرآیندهای ذهنی در لحظه حال و گشودگی بدون ارزیابی و پذیرش تجربیات لحظه‌به‌لحظه است (۳۹). ذهن آگاهی با تنظیم هیجان‌ها و احساسات منفی (۴۰) امکان کنترل رفتار و اتخاذ تصمیمات رفتاری که باعث افزایش بهزیستی و رسیدن به اهداف می‌شوند را فراهم می‌کند (۴۱). نتایج پژوهش‌های شکوهِی‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) زهتاب و طباطبائی‌نژاد (۱۴۰۱) محقق و همکاران (۱۴۰۱) نشان‌دهنده تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی

بر توجه‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی در افراد دارای افسردگی بود (۴۲، ۴۳، ۴۴). یافته‌های غلام‌نژاد و همکاران (۱۴۰۱) روی بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی نشان‌دهنده تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود امید به زندگی، ترس از مرگ و کاهش سطح گلوکز خون بود (۴۵). همچنین، یافته‌های پژوهش تسنگ<sup>۴</sup> و همکاران نشان‌دهنده تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی و افکار خودکشی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی بود (۴۶).

با توجه به ماهیت مزمن و چندعلیتی دیابت نوع دو، پیشگیری و مدیریت آن با موفقیت کمی همراه است که این امر عوارض جسمانی و مشکلات روان‌شناختی مبتلایان را افزایش می‌دهد و این مشکلات علاوه بر ایجاد بار اقتصادی، باعث وخامت بیماری و تشدید مشکلات ناشی از آن می‌شوند. با توجه به افزایش مبتلایان به دیابت در جهان و افزایش مشکلات خلقی و هیجانی در مبتلایان و تأثیرگذاری آن‌ها بر روند کنترل بیماری، توجه به سلامت روان بیماران دیابتی ضروری است. نظر به تأثیر مداخلات این پژوهش بر مشکلات روان‌شناختی گروه‌های دیگر و نیز کمبود پژوهش برای تعیین اثربخشی و مقایسه این مداخلات که از گروه درمان‌های موج سوم هستند و برای افسردگی و اضطراب طراحی شده‌اند و نیز عدم وجود پژوهشی برای تعیین تأثیر کتاب‌درمانی و مقایسه آن با مداخلات دیگر بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت که تجربه پریشانی بیشتری دارند، این پژوهش برای مقایسه تأثیر کتاب‌درمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع دو اجرا شد.

## مواد و روش کار

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که جامعه آماری آن زنان مبتلا به دیابت نوع دو، مراجعه‌کننده به کلینیک سجاد شهر تهران در سه ماه نخست سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه بر اساس یافته‌های آماری (۴۷) و یافته‌های بالینی مبنی بر اهمیت تعاملات بین افراد و پویایی گروه در فرایند مداخله بالینی به‌صورت گروهی، ۶۰ نفر در نظر گرفته شد (۴۸) که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به روش تصادفی در چهار گروه ۱۵ نفری (سه گروه مداخله و یک گروه کنترل) تخصیص داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مؤنث بودن، ابتلا به دیابت نوع دو طبق تشخیص پزشک متخصص

<sup>3</sup> Mindfulness-Based Cognitive Therapy

<sup>4</sup> Tseng

<sup>1</sup> Dobson

<sup>2</sup> Lee

و پرونده پزشکی، در کنترل بودن دیابت، مصرف داروی دیابت طبق تجویز پزشک متخصص غدد، کسب حداقل نمره ۱۰ در زیرمقیاس افسردگی (افسردگی خفیف) و حداقل نمره ۸ در زیرمقیاس اضطراب (اضطراب خفیف) از فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوویبوند و لوویبوند<sup>۱</sup> (۱۹۹۵) (۴۹)، عدم مصرف مواد مخدر، الکل و داروهای روان‌گردان، نداشتن افکار و برنامه خودکشی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و داروهای روان‌پزشکی شش ماه قبل از پژوهش و هم‌زمان با پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر بود. ملاک‌های ورود به پژوهش توسط متخصص روانشناس بالینی ارزیابی گردید. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل عدم تمایل به ادامه جلسات درمان و غیبت بیش از دو جلسه بود.

پریشانی روان‌شناختی شامل افسردگی، اضطراب و استرس با فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵) (۴۹)، ارزیابی شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ ساخته شد و دارای ۲۱ ماده و ۳ زیرمقیاس است. این مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را با هفت ماده ارزیابی می‌کند و نمره‌گذاری آن طیف لیکرت چهارگزینه‌ای از صفر تا سه است. لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵) ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۸۴، ۰/۸۲ گزارش کردند. ضریب همسانی درونی فرم ۲۱ ماده‌ای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت ایرانی برای زیرمقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۹، ۰/۷۸ گزارش شده است (۵۰). برای اجرای پژوهش حاضر که دارای کد اخلاق پزشکی IR.IAU.B.REC.1401.069 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد است، پس از کسب مجوزهای لازم و

هماهنگی با مدیریت کلینیک، با بررسی پرونده‌های مبتلایان به دیابت نوع دو و پس از توضیح کامل هدف پژوهش و اطمینان دادن به افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعاتشان توسط پژوهشگر، بعد از انجام مصاحبه و ارزیابی توسط روانشناس بالینی، از بین بیماران، افرادی که دارای ملاک‌های ورود و مایل به شرکت در پژوهش بودند، انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در چهار گروه جایگذاری شدند. از شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت کتبی آگاهانه اخذ شد. مشارکت در این پژوهش هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت. قبل از اجرای مداخلات هر چهار گروه پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس لوویبوند و لوویبوند (۱۹۹۵) را تکمیل کردند و سپس مداخله به‌صورت برنامه آموزشی گروهی برای یک گروه مداخله، کتاب‌درمانی به‌صورت ۸ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه‌ای اجرا شد که در این مداخله، کتاب خودیاری "هر چیزی را که احساس می‌کنید باور نکنید" نوشته لیهی<sup>۲</sup> (۵۱) ارائه و در هر جلسه، بخشی از آن توسط پژوهشگر برای اعضای گروه توضیح داده شد (جدول ۱). گروه مداخله دیگر، درمان فعال‌سازی رفتاری را به‌صورت ۸ جلسه هفتگی ۶۰ دقیقه‌ای طبق پروتکل لجوس<sup>۳</sup> و همکاران (۵۲) دریافت کرد (جدول ۲). برای گروه مداخله سوم، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به‌صورت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای طبق پروتکل تیسدیل<sup>۴</sup> و همکاران (۵۳) اجرا شد (جدول ۳). مداخلات با نظارت استاد راهنما انجام شد. گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بلافاصله و سه ماه پس از اتمام مداخلات (پس‌آزمون و پیگیری)، هر چهار گروه پرسشنامه را تکمیل کردند. جداول ۱ و ۲ و ۳ خلاصه جلسات سه مداخله اجرا شده را نشان می‌دهند.

#### جدول (۱): خلاصه محتوای جلسات کتاب‌درمانی

| جلسات | خلاصه محتوای جلسات طبق کتاب "هر چیزی را که احساس می‌کنید باور نکنید" نوشته لیهی                                                                                               |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | معارفه، توضیح درباره اهداف و محتوای برنامه، بررسی قوانین گروه، تعریف هیجان‌ها، افکار و تفاوت بین آن‌ها، توضیح تبدیل افکار به هیجان‌ها و تشدید آن، ارائه برگه ثبت روزانه هیجان |
| دوم   | بررسی برگه‌های ثبت هیجان، بررسی عوامل برانگیزاننده هیجان، توضیح مؤلفه‌های هیجان و روش شناسایی آن‌ها                                                                           |
| سوم   | آموزش پذیرش هیجان‌ها و اعتباربخشی به خود، توضیح چگونگی تأثیر باورها در مورد هیجان در بهتر یا بدتر شدن اوضاع                                                                   |
| چهارم | آموزش تجربه طیف کامل هیجان به‌جای کمال‌گرایی هیجانی و هیجان‌ها مساوی با عمل یا انتخاب‌های اخلاقی نیستند                                                                       |
| پنجم  | آموزش معنا دادن به هیجان‌های خود و نترسیدن از آن‌ها                                                                                                                           |
| ششم   | آموزش شیوه بهنجار ساختن هیجان‌های متعارض دوگانه                                                                                                                               |
| هفتم  | آموزش تأثیر منش و اهداف شخصی فرد در هیجان‌های فرد و امکان هدایت هیجان‌ها به سمت چیزی که برایمان ارزشمند است                                                                   |
| هشتم  | آموزش ارتباط شفقت‌آمیز و معنادار با افراد مهم زندگی از طریق حذف باورهای ددرس‌ساز درباره هیجان‌های دیگران و تغییر واکنش به هیجان‌ها                                            |

<sup>3</sup> Lejuez  
<sup>4</sup> Teasdale

<sup>1</sup> Lovibond and Lovibond  
<sup>2</sup> Leahy

**جدول (۲): خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری**

| جلسات | خلاصه محتوای جلسات                                                                                                                                                                |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | بحث در مورد افسردگی، مقدمه‌ای بر منطق درمان، مقدمه‌ای بر مشاهده روزانه فعالیت‌ها شرح نکات مهم ساختاری درمان،                                                                      |
| دوم   | مشخص کردن انتظارات (اهداف) بیمار و درمانگر از درمان، مرور منطق درمان، تکمیل فرم‌های نگاره فعالیت و حوزه‌های زندگی، ارزش و فعالیت‌ها                                               |
| سوم   | ، مرور تکلیف ارزش و فعالیت‌ها انتخاب فعالیت و رتبه‌بندی کردن آن‌ها                                                                                                                |
| چهارم | مشاهده روزانه برنامه‌ریزی فعالیت، مرور تجربه افراد در خصوص نحوه اجرا، ی برنامه، بررسی مشکلات و موانع اجرای آن‌ها                                                                  |
| پنجم  | بررسی فرم نگاره فعالیت و حوزه‌های زندگی تمرکز بر راه‌اندازهای ادامه‌دهنده سیکل معیوب اضطراب و افسردگی موانع فعالیت                                                                |
| ششم   | مشاهده روزانه برنامه‌ریزی فعالیت‌ها برای هفته آینده، شناسایی افکار منفی و نشخوار فکری                                                                                             |
| هفتم  | ارزیابی ارزش‌ها و فعالیت‌های زندگی، آموزش چگونگی مسئله گشایی و پرهیز از اجتناب                                                                                                    |
| هشتم  | بررسی مشکلات و موفقیت‌های افراد گروه در جهت شناسایی مسائل ثانویه، آموزش مهارت‌های لازم برای پیشگیری از عود بیماری و تعمیم دادن فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت به سایر بافتارهای زندگی |

**جدول (۳): خلاصه محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی**

| جلسات | خلاصه محتوای جلسات                                                                                                                                                                               |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| اول   | برقراری ارتباط با اعضای گروه، معرفی ذهن‌آگاهی و ساختار جلسات و قوانین گروه، تعیین اهداف                                                                                                          |
| دوم   | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، توضیح نحوه صحیح تنفس و مراقبه فضای تنفسی سهدقیقه‌ای                                                                                                                 |
| سوم   | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، رفع موانع تمرین، مراقبه واری بدن، مراقبه فضای تنفسی سهدقیقه‌ای و تمرین ذهن نوآموز                                                                                   |
| چهارم | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه دیدن و شنیدن، جدول رویدادهای خوشایند، فضای تنفسی سهدقیقه‌ای و مراقبه نشسته                                                                                   |
| پنجم  | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، جدول رویدادهای ناخوشایند، مراقبه راه رفتن و مراقبه نشسته                                                                                                            |
| ششم   | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه راه رفتن و معرفی الگوهای شناخت منفی                                                                                                                          |
| هفتم  | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته، فضای تنفسی سهدقیقه‌ای، و مراقبه رهایی از افسردگی، استعاره سینما قطار افکار                                                                            |
| هشتم  | مرور جلسه قبل و تمرین خانگی، مراقبه نشسته و فضای تنفسی سهدقیقه‌ای، تهیه فهرستی از نشانه‌های هشداردهنده و فهرستی از فعالیت‌ها و مهارت‌های لذت‌بخش، مرور جلسات و تمرین‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده |

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و

انحراف استاندارد و آمار استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند

متغیری با رعایت پیش‌فرض‌های آماری استفاده شد و تحلیل‌های

آماري در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام شد.

**یافته‌ها**

داده‌های جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴

گزارش شده است.

**جدول (۴): توزیع فراوانی مطلق و نسبی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه**

| گروه‌ها            | کنترل          | کتاب‌درمانی    | درمان فعال‌سازی رفتاری | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
|--------------------|----------------|----------------|------------------------|---------------------------------|
| متغیرهای دموگرافیک | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد)         | فراوانی (درصد)                  |
| وضعیت تأهل         | ۲ (۱۳/۳۳)      | ۰ (۰)          | ۰ (۰)                  | ۰ (۰)                           |
| متأهل              | ۱۳ (۸۶/۶۷)     | ۱۵ (۱۰۰)       | ۱۵ (۱۰۰)               | ۱۵ (۱۰۰)                        |
| تحصیلات            | ۷ (۴۶)         | ۵ (۳۳/۳۳)      | ۳ (۲۰)                 | ۳ (۲۰)                          |
| دیپلم              | ۶ (۴۰)         | ۱۰ (۶۶/۶۷)     | ۸ (۵۳/۳۳)              | ۷ (۴۶/۶۷)                       |

| گروه‌ها            | کنترل          | کتاب‌درمانی    | درمان فعال‌سازی رفتاری | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی |
|--------------------|----------------|----------------|------------------------|---------------------------------|
| متغیرهای دموگرافیک | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد) | فراوانی (درصد)         | فراوانی (درصد)                  |
| کاردانی            | ۱ (۷)          | ۰ (۰)          | ۲ (۱۳/۳۳)              | ۲ (۱۳/۳۳)                       |
| کارشناسی           | ۱ (۷)          | ۰ (۰)          | ۲ (۱۳/۳۳)              | ۲ (۱۳/۳۳)                       |
| فوق‌لیسانس و دکترا | ۰ (۰)          | ۰ (۰)          | ۰ (۰)                  | ۱ (۶/۶۷)                        |
| خانهدار            | ۱۲ (۸۰)        | ۱۲ (۸۰)        | ۱۰ (۶۶/۶۷)             | ۱۳ (۸۶/۶۷)                      |
| آزاد               | ۰ (۰)          | ۳ (۲۰)         | ۱ (۶/۶۷)               | ۰ (۰)                           |
| فرهنگی             | ۰ (۰)          | ۰ (۰)          | ۰ (۰)                  | ۱ (۶/۶۷)                        |
| کارمند بازنشسته    | ۲ (۱۳/۳۳)      | ۰ (۰)          | ۳ (۲۰)                 | ۰ (۰)                           |
| کار در منزل        | ۱ (۶/۶۷)       | ۰ (۰)          | ۱ (۶/۶۶)               | ۱ (۶/۶۷)                        |

همان‌طور که در جدول (۴) مشاهده می‌شود بیشتر شرکت‌کنندگان در گروه‌های مداخله و گروه کنترل متأهل، دیپلم، زیر دیپلم و خانه‌دار هستند. شاخص‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه‌ها و مراحل در جدول ۵ آورده شده است که طبق آن، میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون در گروه‌های آزمایش کاهش داشته است و نمرات میانگین گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی نداشته است.

جدول (۵): شاخص‌های توصیفی افسردگی، اضطراب و استرس به تفکیک گروه‌ها و مراحل

| مداخلات   | کتاب‌درمانی | درمان   | فعال‌سازی | شناخت‌درمانی | ذهن     | کنترل   |
|-----------|-------------|---------|-----------|--------------|---------|---------|
| متغیرها   | میانگین     | انحراف  | میانگین   | انحراف       | میانگین | انحراف  |
| مراحل     | میانگین     | انحراف  | میانگین   | انحراف       | میانگین | انحراف  |
| میانگین   | انحراف      | میانگین | انحراف    | میانگین      | انحراف  | میانگین |
| پیش‌آزمون | ۱۲/۹        | ۲/۱     | ۱۳/۱      | ۲/۷          | ۱۳/۲    | ۳/۶     |
| افسردگی   | ۱۰/۶        | ۲/۲     | ۱۰/۹      | ۳/۷          | ۸/۳     | ۳/۶     |
| پیگیری    | ۹/۶         | ۲/۴     | ۹/۱       | ۲/۶          | ۵/۸     | ۲/۵     |
| پیش‌آزمون | ۱۲/۸        | ۱/۹     | ۱۳/۶      | ۲/۶          | ۱۲/۱    | ۳/۱     |
| اضطراب    | ۱۰/۸        | ۲/۴     | ۱۰/۹      | ۳/۷          | ۸/۴     | ۳/۵     |
| پیگیری    | ۸/۴         | ۲/۶     | ۸/۲       | ۲/۴          | ۶/۰     | ۲/۵     |
| پیش‌آزمون | ۱۲/۷        | ۱/۹     | ۱۲/۸      | ۲/۸          | ۱۳/۰    | ۳/۶     |
| استرس     | ۱۰/۷        | ۲/۱     | ۱۰/۸      | ۳/۹          | ۸/۴     | ۳/۵     |
| پیگیری    | ۸/۷         | ۲/۸     | ۸/۴       | ۲/۵          | ۵/۵     | ۱/۸     |

معنادار نبودند ( $P > ۰/۰۵$ ) و یکسانی واریانس‌ها برقرار بود. نتایج آزمون ام‌باکس معناداری در سطح  $۰/۰۱$  ( $P > ۰/۰۱$ ) برای افسردگی، اضطراب و استرس را نشان داد، بنابراین پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس – کوواریانس برقرار بود. با توجه به تحقق پیش‌فرض‌ها،

قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آماری آن بررسی شد. ارزیابی نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو – ویلک انجام شد که طبق نتایج توزیع داده‌ها نرمال بود ( $P > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون لوین برای متغیرهای افسردگی، اضطراب و استرس

می‌توان آزمون تحلیل کوواریانس را اجرا کرد. همچنین طبق نتایج (P>0/05). نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای افسردگی، آزمون موجلی برای افسردگی، اضطراب و استرس کروییت برقرار بود اضطراب و استرس در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول (۶): نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری افسردگی، اضطراب و استرس

| متغیر   | منابع تغییرات | شاخص    | مقدار | F    | درجه آزادی | درجه آزادی | معدناداری | مجذور اتا |
|---------|---------------|---------|-------|------|------------|------------|-----------|-----------|
|         |               |         |       |      | فرضیه      | خطا        |           |           |
| افسردگی | زمان          | لامبدای | ۰/۵۱  | ۲۶/۶ | ۲          | ۵۵         | P<0/001   | ۰/۴۹      |
|         | زمان×گروه     | ویلکز   | ۰/۷۱  | ۳/۳  | ۶          | ۱۱۰        | ۰/۰۴      | ۰/۱۶      |
| اضطراب  | زمان          | لامبدای | ۰/۴۸  | ۲۹/۶ | ۲          | ۵۵         | P<0/001   | ۰/۵۲      |
|         | زمان×گروه     | ویلکز   | ۰/۷۹  | ۲/۲  | ۶          | ۱۱۰        | ۰/۰۴      | ۰/۱۱      |
| استرس   | زمان          | لامبدای | ۰/۵۴  | ۳۱/۹ | ۲          | ۵۵         | P<0/001   | ۰/۵۴      |
|         | زمان×گروه     | ویلکز   | ۰/۷۳  | ۳/۱  | ۶          | ۱۱۰        | ۰/۰۱      | ۰/۱۵      |

نتایج جدول ۶ نشان‌دهنده وجود تفاوتی معنادار بین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود (P<0/001). همچنین نتایج نشان‌دهنده وجود تفاوتی معنادار بین سه گروه آزمایش و کنترل برای نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در مراحل پژوهش بود (P<0/001). اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی با آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای افسردگی، اضطراب و استرس بررسی شد که نتایج در جدول ۷، گزارش شده است.

جدول (۷): نتایج اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی افسردگی، اضطراب و استرس

| متغیرها | منابع تغییرات | مجموع     | درجه آزادی | میانگین   | F    | معدناداری | مجذور اتا |
|---------|---------------|-----------|------------|-----------|------|-----------|-----------|
|         |               | مجذور اتا |            | مجذور اتا |      |           |           |
| افسردگی | درون‌گروهی    | افسردگی   | ۱          | ۴۴۴/۶     | ۵۴/۱ | P<0/001   | ۰/۴۹      |
|         | افسردگی×گروه  | ۱۸۳/۷     | ۳          | ۶۱/۲      | ۷/۴  | P<0/001   | ۰/۲۹      |
|         | خطا           | ۴۶۰/۱     | ۵۶         | ۸/۲       | -    | -         | -         |
|         | بین‌گروهی     | گروه      | ۳          | ۱۳۷/۵     | ۱۳/۵ | P<0/001   | ۰/۹۷      |
|         | خطا           | ۵۶۶/۳     | ۵۶         | ۱۰/۱      | -    | -         | -         |
| اضطراب  | درون‌گروهی    | اضطراب    | ۱          | ۵۱۶/۶     | ۶۰/۲ | P<0/001   | ۰/۵۳      |
|         | اضطراب×گروه   | ۱۲۲/۶     | ۳          | ۴۰/۸      | ۴/۷  | P<0/001   | ۰/۳۱      |
|         | خطا           | ۴۸۰/۱     | ۵۶         | ۸/۵       | -    | -         | -         |
|         | بین‌گروهی     | گروه      | ۳          | ۱۴۹/۵     | ۱۵/۲ | P<0/001   | ۰/۴۵      |
|         | خطا           | ۵۴۹/۵     | ۵۶         | ۹/۸       | -    | -         | -         |
| استرس   | درون‌گروهی    | استرس     | ۱          | ۵۲۵/۰۰    | ۶۲/۹ | P<0/001   | ۰/۵۳      |
|         | استرس×گروه    | ۱۷۰/۲     | ۳          | ۵۶/۷      | ۶/۸  | ۰/۰۱      | ۰/۲۷      |
|         | خطا           | ۴۶۷/۲     | ۵۶         | ۸/۳       | -    | -         | -         |
|         | بین‌گروهی     | گروه      | ۳          | ۳۱۰/۶     | ۱۲/۵ | P<0/001   | ۰/۹۸      |
|         | خطا           | ۴۶۱/۵     | ۵۶         | ۸/۲       | -    | -         | -         |

نتایج جدول ۷ نشان‌دهنده معنادار بودن مقدار F محاسبه اثر درون‌گروهی برای افسردگی، اضطراب و استرس در مبتلایان به دیابت است. همچنین، اثر تعامل نیز طبق مقدار F محاسبه‌شده برای تعامل افسردگی و گروه، اضطراب و گروه و استرس و گروه معنادار

است. بنابراین، تفاوتی معنادار بین مراحل وجود دارد. همچنین نتایج نشان‌دهنده معناداری مقدار F برای اثر بین گروهی برای افسردگی، اضطراب و استرس است. بنابراین، برای افسردگی، اضطراب و استرس بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد. برای مقایسه بین گروه‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در جدول ۸ آورده شده است.

| جدول (۸): نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی |                                 |                                 |                |             |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------|-------------|
| متغیر                                 | گروه اول                        | گروه دوم                        | اختلاف میانگین | معناداری    |
| افسردگی                               | کنترل                           | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۴/۳            | $P < ۰/۰۰۱$ |
|                                       |                                 | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۲/۴            | $۰/۰۰۱$     |
|                                       |                                 | کتاب‌درمانی                     | ۲/۴            | $۰/۰۱$      |
|                                       | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۱/۸            | $۰/۰۴$      |
| اضطراب                                | کنترل                           | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | -۱/۹           | $۰/۰۴$      |
|                                       |                                 | درمان فعال‌سازی رفتاری          | -۰/۰۲          | $۰/۹۹$      |
|                                       |                                 | کتاب‌درمانی                     | ۴/۴            | $۰/۰۱$      |
|                                       | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۲/۳            | $P < ۰/۰۰۱$ |
| استرس                                 | کنترل                           | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۲/۶            | $۰/۰۱$      |
|                                       |                                 | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۲/۱            | $۰/۰۱$      |
|                                       |                                 | کتاب‌درمانی                     | -۱/۸           | $۰/۰۴$      |
|                                       | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۰/۲۷           | $۱/۰۰$      |
| افسردگی                               | کنترل                           | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | ۳/۷            | $P < ۰/۰۰۱$ |
|                                       |                                 | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۱/۹            | $۰/۰۱$      |
|                                       |                                 | کتاب‌درمانی                     | ۲/۰۰           | $۰/۰۱$      |
|                                       | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۱/۷            | $۰/۰۳$      |
| اضطراب                                | کنترل                           | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | -۱/۷           | $۰/۰۳$      |
|                                       |                                 | درمان فعال‌سازی رفتاری          | ۰/۰۲           | $۱/۰۰$      |
|                                       |                                 | کتاب‌درمانی                     |                |             |
|                                       | شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی | درمان فعال‌سازی رفتاری          |                |             |

طبق نتایج جدول ۸ برای افسردگی، بین گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فعال‌سازی رفتاری و کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده شد. علاوه بر این، تفاوتی معنادار بین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کتاب‌درمانی مشاهده شد. اما بین گروه درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده نشد. طبق نتایج جدول ۸ شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر و پایدارتر برای اضطراب بود.

طبق نتایج جدول ۸ برای استرس، بین گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فعال‌سازی رفتاری و کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده شد. علاوه بر این، تفاوتی معنادار بین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کتاب‌درمانی مشاهده شد. اما بین گروه درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده نشد. طبق نتایج جدول ۸ شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر و پایدارتر برای استرس بود.

### بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش برای مقایسه تأثیر کتاب‌درمانی، درمان فعال‌سازی رفتاری و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر پریشانی

طبق نتایج جدول ۸ برای افسردگی، بین گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فعال‌سازی رفتاری و کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده شد. علاوه بر این، تفاوتی معنادار بین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کتاب‌درمانی مشاهده شد. اما بین گروه درمان فعال‌سازی رفتاری با گروه کتاب‌درمانی در سطح  $۰/۰۵$  تفاوتی معنادار مشاهده نشد. طبق نتایج جدول ۸ شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر و پایدارتر برای افسردگی بود.

طبق نتایج جدول ۸ برای اضطراب، بین گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فعال‌سازی رفتاری و کتاب‌درمانی تفاوتی معنادار مشاهده شد. علاوه بر این، تفاوتی معنادار بین گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با گروه درمان فعال‌سازی رفتاری و گروه کتاب‌درمانی مشاهده شد. اما بین



روان‌شناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد که یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر معنادار و پایدار هر سه مداخله بر کاهش پریشانی روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) بودند نتایج نشان دادند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به دو مداخله دیگر بر کاهش پریشانی روان‌شناختی مؤثرتر بود و پایداری تأثیر بیشتری داشت. یافته‌های این پژوهش برای تأثیر کتاب‌درمانی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی، با نتایج پژوهش‌های اسماعیلی و همکاران (۲۳) دل‌قندی و همکاران (۲۵) سهامی و امینی‌منش (۲۴) لوین و همکاران (۵۴) لورنز-لواسس و همکاران (۲۶) و تأثیر بحث گروهی بر خودمدیریتی بیماران دیابت نوع دو با نتایج پژوهش صوفیانی و همکاران (۵۵) و تأثیر سطح سواد بهداشتی بر پیامدهای دیابت در بیماران مبتلا به دیابت با نتایج پژوهش محمودی و همکاران (۵۶) همخوان بود. برای تبیین تأثیر کتاب‌درمانی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به دیابت می‌توان گفت که آموزش‌های کتاب خودیاری به افراد کمک کرد که افکار و احساسات منفی و رفتارهای ناکارآمدشان را بهتر شناسایی کنند و ارتباط بین تفکر منفی با افسردگی و تداوم آن را درک کنند و از این طریق از نقش تفسیر موقعیت‌ها و یا احساساتشان در ایجاد احساسات منفی و کشمکش و یا اجتناب از آن‌ها آگاه شوند تا به این مسئله پی ببرند که به‌جای تلاش برای تغییر احساسات نامطلوبشان آن‌ها را بپذیرند و از آن در جهت افزایش آگاهی از اولویت‌ها و پیگیری اهداف معنادار در زندگی استفاده کنند.

یافته‌های این پژوهش برای تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی با نتایج پژوهش‌های دربندی (۵۷) مجردی و همکاران (۵۸) لی<sup>۱</sup> و همکاران (۳۵) گام<sup>۲</sup> و همکاران (۵۹)، همخوان بود. برای تبیین تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به دیابت می‌توان گفت که هدف این درمان، تغییر رفتار به‌عنوان روشی برای بهبود افکار، احساسات و کیفیت کلی زندگی است و باوجود نبود مؤلفه شناختی در این درمان، فرض درمان فعال‌سازی رفتاری این است که عاطفه منفی و شناخت ناسازگار در افراد به‌طور مستقیم از طریق افزایش رفتارهای سالم می‌تواند بهبود یابد (۲۹). با توجه به اینکه افراد پس از تجربه رویدادی تنش‌زا یعنی ابتلا به بیماری مزمن دیابت، سبک زندگی‌شان را تغییر می‌دهند و دچار خلق افسرده می‌شوند، این مداخله به آن‌ها کمک می‌کند تا فعالیت‌هایی را که می‌توانند افسردگی را بدتر کنند یعنی خوابیدن در طول روز، انجام ندادن فعالیت‌های مهم روزانه و یا عدم تمایل به معاشرت و ارتباط خانواده و دوستان را شناسایی و آن‌ها را اصلاح کنند یا تغییر دهند تا از این

طریق کمتر احساس افسردگی کنند و در گام دوم، این مداخله به افراد برای برنامه‌ریزی در جهت رسیدن به اهداف و افزایش فعالیت‌ها برای کسب پاداش‌های بیشتر و بزرگ‌تر در زندگی و حل مشکلات زندگی کمک می‌کند (۳۲).

یافته‌های این پژوهش برای تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی با نتایج پژوهش‌های شکوهی‌نژاد و همکاران (۴۲)، امان‌الله زاده و همکاران (۶۰) زهتاب و طباطبائی‌نژاد (۴۳) محقق و همکاران (۴۴) غلام‌نژاد و همکاران (۴۵) تسنگ و همکاران (۴۶) و پارمیسواران<sup>۳</sup> و همکاران (۶۱)، همخوان بود. برای تبیین تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به دیابت می‌توان گفت که در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد از طریق انجام تمرینات ذهن آگاهی می‌تواند از افکار منفی خود آگاه شود و آن‌ها را به‌عنوان رویدادی غیرواقعی که صرفاً در ذهنش رخ داده است بپذیرد که در نتیجه دیدگاه فرد نسبت به افکارش تغییر می‌کند و احساسات و افکار منفی، تأثیر کمتری بر او می‌گذارند (۶۲). در واقع در فرایند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی فرد یاد می‌گیرد که به‌جای اجتناب یا درگیری با افکار و هیجان‌های منفی آن‌ها را همان‌طور که هستند بپذیرد و نحوه ارتباطش با آن‌ها را تغییر دهد (۶۳). همچنین، تمرینات ذهن آگاهی با تقویت فرد به ذهنیت بودن در لحظه و اجتناب از ذهنیت انجام دادن از روی عادت و به‌صورت خودکار، باعث کمک به افزایش حضور ذهن می‌شود تا فرد از طریق شناسایی زودهنگام افکار و هیجان‌های منفی خود و یادآوری اینکه آن‌ها فقط فکر و هیجان هستند، از فشار روانی که اجتناب از آن‌ها ایجاد می‌کند، رها شود و در نتیجه از تأثیر منفی افکار و هیجان‌های منفی که باعث بروز نشانه‌های روان‌شناختی نامطلوب می‌شوند، کاسته می‌شود. علاوه بر این انجام مستمر تمرینات مراقبه ذهن‌آگاهانه، باعث افزایش آگاهی غیر قضاوتی و پذیرش تجارب لحظه‌به‌لحظه افکار، احساسات و حس‌های بدنی فرد می‌شود که در نتیجه آن از شدت هیجان‌های منفی کاسته می‌شود (۶۴). زمانی که افراد از طریق فرایند این مداخله بدون تلاش برای اجتناب یا چالش با افکارشان، آن‌ها را مشاهده می‌کنند (۶۵) سطح کورتیزول کاهش می‌یابد (۶۶) که باعث کاهش اضطراب و کسب آرامش می‌شود (۶۷). همچنین در فرایند شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تمرینات ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از افکار افسرده ساز خود آگاه شوند و توجه‌شان را از آن‌ها بردارند و به جنبه‌هایی از لحظه حال توجه کنند که حاصل آن کاهش نشخوار فکری است (۶۸). همچنین فرد با توجه غیرقضاوتی به محتوای افکار

<sup>3</sup> Parameswaran<sup>1</sup> Lee<sup>2</sup> Gum

در دوره‌ها را ندارند، مطالب آموزشی به‌صورت الگویی مدون در قالب کتاب خودیاری تدوین و ارائه گردد.

### تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و افرادی که در انجام این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

### ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در رشته روان‌شناسی مصوب گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با شماره ۱۶۲۷۰۴۲۰۳ است. اصول اخلاقی رعایت شده، عدم تضییع حقوق افراد شرکت‌کننده در پژوهش، رعایت حقوق انسانی و محرمانه ماندن نتایج پژوهش آن‌ها بود. پیش از شروع مداخله به شرکت‌کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیح داده شد و از آنان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد. این پژوهش مورد تأیید کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی با شماره IR.IAU.B.REC.1401.069 است.

### حمایت مالی

انجام این پژوهش هیچ حامی مالی نداشته است.

### تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشته‌اند.

و احساسات منفی که در مورد خود دارد در می‌یابد که آن‌ها بخشی از وجودش هستند نه کل وجود او که در نتیجه زمانی که فرد خود را جدا از تجارب درونیش بداند و کمتر به آن‌ها بچسبد، شدت احساسات منفی او به‌تدریج کمتر خواهد شد. علاوه بر این، با توجه به اینکه فرد افسرده، شرم و خودسرزنشگری بیشتری دارد، از طریق ذهن آگاهی این بینش را کسب می‌کند که خود، فقط مفهومی روان‌شناختی است و کمتر به دیدگاه خودمحورانه‌اش از دنیا می‌چسبد که این تغییر در ادراک فرد می‌تواند با تسهیل شفقت به خود و دیگران، به کاهش افسردگی منجر شود (۶۹).

با توجه به تأثیر و ثبات هر سه مداخله و مؤثرتر بودن شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، می‌توان هر یک از سه مداخله را همراه با درمان پزشکی رایج، اجرا کرد اما شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به دلیل تأثیر و ثبات بیشتر، می‌تواند برای کاهش پریشانی روان‌شناختی در مبتلایان به‌ویژه آنان که مشکلات جسمی بیشتری دارند، مزایای بیشتری داشته باشد. ازجمله محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به دیابت کلینیک سجاد تهران و استفاده از پرسشنامه خودگزارشی بود. پیشنهاد می‌شود که پژوهشی مشابه این پژوهش با جامعه آماری بزرگ‌تر و نیز در گروه مردان مبتلا به دیابت انجام شود و تأثیر دیگر مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نیز بر پریشانی روان‌شناختی مبتلایان به دیابت بررسی و مقایسه شوند. همچنین، پیشنهاد می‌شود دوره‌های آموزش فعال‌سازی رفتاری و ذهن آگاهی در مراکز درمانی دیابت اجرا شود و برای مبتلایان به دیابتی که امکان حضور

Diabetes Care 2022; 45(1): 8-16.

<https://doi.org/10.2337/dc22-S001>

4 .Gupta S, Adhikari UR. Depression in diabetes mellitus. Int J Nurs Sci Pract Res 2022;8(1):1-8.

5 .Messina R, Iommi M, Rucci P, Reno C, Fantini MP, Lunghi C, et al. Is it time to consider depression as a major complication of type 2 diabetes? Evidence from a large population-based cohort study. Acta Diabetologica 2022;1-10. <https://doi.org/10.1007/s00592-021-01791-x>

6 .Kumar P, Ali S. Anxiety and depression among type-2 diabetic patients at a tertiary care hospital: Frequency and associated factors of anxiety and depression among type-II diabetic clients. J Med Sci 2020;28(2):129-35.

### References:

- 1 .Griffin S. Diabetes precision medicine: plenty of potential, pitfalls and perils but not yet ready for prime time. Diabetologia 2022; 65(11):1913-21. <https://doi.org/10.1007/s00125-022-05782-7>
- 2 .Kumsa HT, Abdisa LG, Tolessa LT, Wubneh SA, Kusa WF, Hordofa SN, et al. Early detection and treatment device for diabetic foot neuropathy. Iran J Med Sci 2023;1(192):143-8. <https://doi.org/10.1007/s11845-022-02958-3>
- 3 .American Diabetes Association Professional Practice Committee. Improving care and promoting health in populations, standards of medical care in diabetes.

- 7 .Jafarzadeh Fakhari M, Tabaraie Y, Motakef Far M, Azizi S. The effect of progressive muscle relaxation on the depression in patients with type 2 diabetes. J Sabzevar Univ Med Sci 2018; 25(1):111-17. (Persian.)
- 8 .Bala R, Srivastava A, Potsangbam T, Anal L, Ningthoujam GD. self-care practices and psychological distress among diabetic patients in Manipur during COVID-19: A scenario from the North East. Diabetes Metab Syndr 2021;15(1):93-8. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.12.015>
- 9 .Khodayarifard M, Sohrabi F. Child and Adolescent Clinical Psychology. Tehran, Iran: Avay Noor 2011;57-61(Persian.)
- 10 .Qiu W, Cai X, Zheng C, Qiu S, Ke H, Huang Y. Update on the relationship between depression and neuroendocrine metabolism: Front Neurol 2021;15(1):1-13. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.728810>
- 11 .Duarte-Díaz A, González-Pacheco H, Rivero-Santana A, Ramallo-Fariña Y, Perestelo-Pérez L, Álvarez-Pérez Y, et al. Increased patient empowerment is associated with improvement in anxiety and depression symptoms in type 2 diabetes mellitus: Findings from the INDICA study. Int J Environ Res Public Health 2022;19(8):4818. <https://doi.org/10.3390/ijerph19084818>
- 12 .Ellis DA, Carcone AI, Slatcher R, Naar-King S, Hains A, Graham A, et al. Efficacy of mindfulness based stress reduction in emerging adults with poorly controlled, type 1 diabetes: A pilot randomized controlled trial. Pediatr Diabetes 2019;20(2):226-34. <https://doi.org/10.1111/pedi.12807>
- 13 .Gupta D, Ankur A, Ambaliya C. J Public Hlth Dev 2023;14(1):58-61. <https://doi.org/10.37506/ijphrd.v14i1.18790>
- 14 .Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2007;75(2):336-43. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.336>
- 15 .Tabrizi M, Arya A. Book Therapy. Tehran, Iran: Fararavan; 2012; 354-59. (Persian)
- 16 .Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. J Behav Ther Exp Psychiatry 1997;28(2):139-47. [https://doi.org/10.1016/S0005-7916\(97\)00005-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7916(97)00005-0)
- 17 .Gladwyn M, Morris R. The efficacy of therapist-supported acceptance and commitment therapy-based bibliotherapy for psychological distress after stroke: a single-case multiple-baseline study. Behav Cogn Psychother 2023;51(1):87-104. <https://doi.org/10.1017/S135246582200042X>
- 18 .Riahi Nia N. The effect of group counseling and book therapy on reducing the burnout of female university librarians. Career Organizational Counseling 2010;3(7):97-112. (Persian)
- 19 .Stip E, Ostlundh L, Abdel Aziz K. Bibliotherapy: reading OVID during COVID. Front Psychiatry 2022;11:567539. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.567539>
- 20 .Wang S, Cheung DSK, Bressington D, Li Y, Leung AYM. The development of an evidence-based telephone-coached bibliotherapy protocol for improving dementia caregiving appraisal. Int J Environ Res Public Health 2022;19(14):8731 <https://doi.org/10.3390/ijerph19148731>
- 21 .Huang F, Eddy CL, Herman KC, Reinke WM. Evaluation of a bibliotherapy-based stress intervention for teachers. Teaching Teacher Educ 2022;109:103543. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2021.103543>
- 22 .Khajenezami E, Razavi VS, Andishmand V, Soltani A. Designing and validating a stress and anger management training package based on book therapy and play therapy methods. J Appl Fam Ther 2023;4(2):186-204. (Persian) <https://doi.org/10.61838/kman.aftj.4.2.12>
- 23 .Esmaili M, Imanifar HR, Saberian M, Shafiei FS. The effectiveness of book therapy on internalized (anxiety) and externalized (aggressive) behavioral problems of male students in the second year of elementary school

- in Benaroyeh region of Larestan. *Contemp Sch Psychol* 2022;16(1):83-95. (Persian)
- 24 .Sahami M, Amini-Manesh S. The effectiveness of bibliotherapy on stress, anxiety, and depression in women referring to Shiraz municipality cultural center. *Health Inf Manage* 2019; 16(2): 82-7. (Persian)
- 25 .Delghandi F, Riahinia N, Kadivar P, Sarami G. The effectiveness of bibliotherapy studies in children and adolescents by meta-analysis. *Nat Stud Librarianship Inf Organ* 2018;29(2):51-75. (Persian)
- 26 .Lorenzo-Luaces L, Howard, J, Jesús-Romero R, Peipert A, Buss JF, Lind C, et al. Acceptability and outcomes of transdiagnostic guided self-help bibliotherapy for internalizing disorder symptoms in adults: a fully remote Nationwide open trial. *Cogn Ther Res* 2023;47(2):195-208. <https://doi.org/10.1007/s10608-022-10338-5>
- 27 .Sivasubramanian N, Vrajeshbhai JVJ, Mahalakshmi B, Shaijo K J, Ramji BK. Effect of bibliotherapy on reducing anxiety among pre-operative patients in Gujarat, India. *Bioinformation* 2022;18(8):692-96. <https://doi.org/10.6026/97320630018692>
- 28 .Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. *Behavioral Activation for Depression: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press. 2010;135-57.
- 29 .Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behav Modif* 2011;35(2):111-61. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- 30 .Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Contemporary behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev* 2003; 23(5): 699-717. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00070-9](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00070-9)
- 31 .Hopko DR, Robertson S, Lejuez CW. Behavioral activation for anxiety disorders. *Behav Analyst Today* 2006;7(2): 212. <https://doi.org/10.1037/h0100084>
- 32 .Hopko DR, Bell JL, Armento MEA, Hunt MK, Lejuez CW. *Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care*. *Psychother Theory Res Pract Train* 2005;42(2):236-43. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.2.236>
- 33 .Dobson K, Hollon SD, Dimidjian S, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Gallop R, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(3):468-77. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.468>
- 34 .Bayegan K, Sotodeh Asl N, Karami A, Asadzadeh Dahraei H. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation on depression in elderly with type 2 diabetes. *Avicenna J Neuro Psycho Physiology* 2020;7(1):9-14. (Persian) <https://doi.org/10.32592/ajnp.2020.7.1.101>
- 35 .Lee J, Ford CG, McCluskey DL, Hopkins PD, McNeil DW, Shook NJ. Testing the effectiveness of brief behavioral activation treatment for depression revised: changes in depression, anxiety, dysfunctional attitudes, and Mindfulness. *J Psychopathol Behav Assess* 2022;44(2):456-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-021-09938-4>
- 36 .Burgess DJ, Beach MC, Saha S. Mindfulness practice: A promising approach to reducing the effects of clinician implicit bias on patients. *Patient Edu Counsel* 2017;100(2):372-76. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.005>
- 37 .Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ, Anderson ML, Hawkes RJ, et al. Effect of mindfulness-based stress reduction vs cognitive behavioral therapy or usual care on back pain and functional limitations in adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315(12):1240-9. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.2323>
- 38 .Segal Z, Williams J, Teasdale J. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. NY: Guilford; 2018; 44.
- 39 .Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: a proposed operational

- definition. Clinical psychology. J Sci 2004;11(3):230.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- 40 .Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living: Using The wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delta;1990; 89-171.
- 41 .Fisher V, Li WW, Malabu U. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Appl Psychol Health Well Being 2023;15(4):1733-49.  
<https://doi.org/10.1111/aphw.12441>
- 42 .Shokoohi Nejad N, Bayat MR, Zanganeh Motlagh F. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and compassion therapy on automatic negative thoughts, psychological symptoms, pain intensity, and quality of life in patients with fibromyalgia. J Arak Uni Med Sci 2023;25(6):156-73. (Persian) <https://doi.org/10.32598/jams.25.1.6744.1>
- 43 .Zehatab S, Tabatabaieinejad FT. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on psychological well-being and quality of life in caregivers of the elderly with alzheimer's disease in Isfahan city: A Quasi-Experimental Study. J Rafsanjan Univ Med Sci 2022;21(2):187-206. (Persian)  
<https://doi.org/10.52547/jrums.21.2.187>
- 44 .Mohaghegh N, Dostani M, Salehi M. The effectiveness of mindfulness training on psychological well-being and cognitive emotion regulation of people with depression. Psychol Edu Sci Third Millennium 2022;2(6):30-44. (Persian)
- 45 .Gholamnejad S, Bahar A, Fazl M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on life expectancy, fear of death and glycemic control in diabetic patients with depression. J Mazandaran Univ Med Sci 2023;32(216):105-14. (Persian)
- 46 .Tseng HW, Chou FH, Chen CH, Chang YP. Effects of mindfulness-based cognitive therapy on major depressive disorder with multiple episodes: a systematic review and meta-analysis. Int J Environ Res Public Health 2023;20(2):1555.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20021555>
- 47 .Hazlett-Stevens H, Oren Y. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction bibliotherapy: A preliminary randomized controlled trial. J Clin Psychol 2017;73(6):626-37. <https://doi.org/10.1002/jclp.22370>
- 48 .Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. New York: Guilford Press; 2006.
- 49 .Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. Behav Res Ther 1995;33(3):335-43. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- 50 .Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. Dev Psychol 2005;4(1):299-312.
- 51 .Leahy R, Don't believe everything you feel. Trans. Khaleghi M. Akbari E. Tehran, Iran: Ibn Sina; 2020. (Persian)
- 52 .Hopko DR, Lejuez CW, Hopko, SD. Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. Clin Case Stud 2004;3(1):37-48. <https://doi.org/10.1177/1534650103258969>
- 53 .Teasdale J, Williams M. Mindfulness workbook: 8-week program to get rid of depression and emotional disturbance. Trans. Aminzadeh A. Tehran, Iran: Arjmand; 2019. (Persian)
- 54 .Levine SL, Cherrier S, Holding AC, Koestner R. For the love of reading: Recreational reading reduces psychological distress in college students and autonomous motivation is the key. J Am Coll Health 2022;70(1):158-64.  
<https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1728280>
- 55 .Sofyani A, habibzadeh H, khalkhali H, aslanabadi H, sanaci N. The effect of group discussion on the self-managment ability in patients with type 2 diabetes referred to the diabetes clinics in Khoy, 2014. Nurs Midwifery J 2015;12(12):1071-80. (Persian)

56. Mahmoodi H, Negarandeh R, Javaheri M, Sharifi P, Ghanei R, AminPour A, et al. Examining the relation of health literacy with outcomes diabetes among type 2 diabetes patients in saqez western Iran 2011. *Nurs Midwifery J* 2014;12(1):56-62. (Persian)
57. Darbandi M, Amini N, Deyreh E, Mirzaei K, Azadi S. Comparing the effectiveness of behavioral activation group therapy and treatment based on acceptance and commitment on depression and quality of life of people with cancer. *J Adoles Youth Psychol Stud* 2022; 3(2): 113-30. (Persian)  
<https://doi.org/10.61838/kman.jayps.3.2.9>  
<https://doi.org/10.52547/jspnay.3.2.113>
58. Mojaradi A, Yamini M, Mafakheri A. Comparing the effectiveness of online acceptance and commitment therapy and behavioral activation therapy on repetitive negative thinking in obsessive patients. *J Fundam Mental Health* 2022;24(3):161-8. (Persian)
59. Gum A, Jensen C, Schonfeld L, Conner K, Guerra LA. pilot study of brief, stepped behavioral activation for primary care patients with depressive symptoms. *J Clin Psychol Med Settings* 2023;30(1):17-27.  
<https://doi.org/10.1007/s10880-022-09864-x>
60. Amanollahzadeh A, Alilu L, Khalkhali H. Investigating the stste of existential anxiety and central self-evaluation and their relationship with life orientation in the patioents with type 2 diabets referring to urmia diabets society in 2021. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2022;20(8):645-54  
<https://doi.org/10.52547/unmf.20.8.645>
61. Parameswaran G, Ray D. Sleep, circadian rhythms, and type 2 diabetes mellitus. *Clin Endocrinol News* 2022;96(1):12-20. <https://doi.org/10.1111/cen.14607>
62. Lau M, McMain S. Integrating mindfulness meditation with cognitive and behavioural therapies: The challenge of combining acceptance-and change-based strategies. *Can J Psychiatry* 2005;50(13):863-9.  
<https://doi.org/10.1177/070674370505001310>
63. Teasdale JD, Moore R, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal Z. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence *J Consult Clin Psychol* 2002;70(2):275.  
<https://doi.org/10.1037//0022-006X.70.2.275>
64. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Consult Clin Psychol* 2004;72(1):31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
65. Sipe WE, & Eisendrath SJ. Mindfulness-based cognitive therapy: theory and practice. *Can J Psychiatry* 2012;57(2):63-9.  
<https://doi.org/10.1177/070674371205700202>
66. Stange JP, Eisner LR, Hölzel BK, Peckham AD, Dougherty DD, Rauch SL, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for bipolar disorder: effects on cognitive functioning. *J Psychiatr Pract* 2011;17(6):410.  
<https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407964.34604.03>
67. Gilbert P, & Tirch D. Emotional memory, mindfulness and compassion. *Clinical handbook of mindfulness*. New York, NY: Springer. 2009; 99-110.  
[https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7)
68. Clark D, Fairburn C. The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. *J Cogn Psychother* 1997;11(2):67-93.
69. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol* 2004;11(3):230-41.  
<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>

# THE COMPARISON OF THE EFFECTIVENESS OF BIBLIOTHERAPY, BEHAVIORAL ACTIVATION THERAPY AND MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY ON PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN FEMALES WITH TYPE 2 DIABETES: A SEMI EXPERIMENTAL STUDY

Mahdokht Khademhoseini<sup>1</sup>, Alireza Meraati<sup>\*2</sup>, Hasan piriaei<sup>3</sup>, Kambiz Roshanaei<sup>4</sup>

Received: 29 April, 2024; Accepted: 07 June, 2024

## Abstract

**Background & Aims:** Complications of diabetes, as a chronic disease, can lead to psychological distress in patients. Depression, anxiety, and stress, which are elements of this distress, can impact the management of the disease and its consequences. Therefore, this study aims to compare the effects of bibliotherapy, behavioral activation therapy, and mindfulness-based cognitive therapy on reducing psychological distress in women with type 2 diabetes.

**Materials & Methods:** This research employed as a semi-experimental design with a pre-test-post-test approach and included a control group. The study focused on females with type 2 diabetes referred to Sajjad Clinic in Tehran during the first three months of 2023. Sixty participants were selected using convenience sampling and then randomly assigned to four groups. The data were collected in two phases: pre-test and post-test. The depression, anxiety, and stress levels were measured using the Lovibond and Lovibond (1995) scale. Statistical analysis was done with SPSS software version 22.0 using the multivariate covariance analysis method.

**Results:** The results indicated that all three interventions had a significant effect on depression, anxiety, and stress ( $P < 0.05$ ). Additionally, there was a significant difference between the impact of mindfulness-based cognitive therapy compared to behavioral activation treatment and bibliotherapy on depression, anxiety, and stress ( $P < 0.05$ ). However, there was no significant difference between the effects of behavioral activation treatment and bibliotherapy for depression ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion:** It is recommended to introduce mindfulness-based cognitive therapy in medical centers to alleviate psychological distress caused by diabetes complications and medical treatments, owing to its superior efficacy and stability.

**Keywords:** Behavioral Activation, Bibliotherapy, Mindfulness, Psychological Distress, Type 2 Diabetes Mellitus

**Address:** Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

**Tel:** +989124191363

**Email:** Alirezamerati28@gmail.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> PhD student in psychology, Department of Psychology, Borujerd branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

<sup>2</sup> Assistant Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Biology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran