Journal of Gorgan University of Medical Sciences

e-ISSN: 2008-4080 p-ISSN: 1562-4765

2022 / Vol 24 / No 3

OPEN ACCESS

Original Paper

Comparison of the Effect of Self-Healing with Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Health-Promoting Lifestyle Profile in Type 2 Diabetes Patients: A Clinical Trial

Farzaneh Shojaei [1], Sheida Jabalameli (Ph.D)*[2], Zohreh Latifi (Ph.D)[3], Mansour Siavash (M.D)[4]

1 Ph.D Candidate in Health Psychologh, Departmant of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. 2 Assistant Professor, Departmant of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran. 3 Associate Professor, Departmant of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. 4 Professor of Endocrinology& Metabolism, Isfahan Endocrine and Metabolism Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Type 2 diabetes is a common disease that could be prevented or managed with a healthy lifestyle. This study was conducted to determine the effects of self-healing with mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on the health-promoting lifestyle profile of patients with type 2 diabetes.

Methods: This clinical trial was done on 45 patients with type 2 diabetes who had been referred to the Sedigeh Tahereh Clinic in Isfahan (Iran) in 2021. The patients were randomly divided into 3 groups of 15 patients: a control group, a self-healing group (first intervention) and a mindfulness-integrated cognitive behavior therapy group (second intervention). Interventions for each treatment were held as a weekly 90-minute online session. Posttest was after 12 sessions and three months after the test was followed up. The research tool was a health-promoting lifestyle profile questionnaire with nutrition, exercise, health responsibility, stress management, interpersonal support and self-fulfillment components. The questionnaire was filled out by each group after the 12 sessions and three months after the last session.

Results: Both the self-healing methods and the mindfulness-integrated cognitive behavior therapy increased the lifestyle scores of patients with type 2 diabetes compared to the control group ($P<0.05$), and the effect was maintained in both intervention groups in the follow-up phase. No difference was observed between the two treatment methods compared with the control group.

Conclusion: Self-healing and mindfulness-integrated cognitive behavior therapy is both effective in improving the health-promoting lifestyle profile of patients with type 2 diabetes.

Keywords: Type 2 Diabetes, Healthy Lifestyle, Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness, Mental Healing

***Corresponding Author:** Sheida Jabalameli (Ph.D), E-mail: jabalameli.sh@gmail.com

Received 29 Dec 2021
Final Revised 12 Jun 2022
Accepted 14 Jun 2022
Published Online 26 Dec 2022

Cite this article as: Shojaei F, Jabalameli S, Latifi Z, Siavash M. [Comparison of the Effect of Self-Healing with Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Health-Promoting Lifestyle Profile in Type 2 Diabetes Patients: A Clinical Trial]. J Gorgan Univ Med Sci. 2022; 24(3): 8-16. [Article in Persian]

© The author(s)
Owned: Golestan University of Medical Sciences **Publisher:** Deputy of Research and Technology

مجله دانشگاه علوم پزشکی گرگان

پاییز ۱۴۰۱ / دوره ۲۴ / شماره ۳ (پی در پی ۸۳)

دارای رتبه علمی -پژوهشی از کمیسیون نشریات علوم پزشکی کشور

e-ISSN: ۲۰۰۸-۴۰۸۰ p-ISSN: ۱۵۶۲-۴۷۶۵

با دسترسی آزاد

تحقیقی

مقایسه اثر خودشفابخشی با درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه کارآزمایی بالینی

فرزانه شجاعی [۱]، دکتر شیدا جبل عاملی *[۲]، دکتر زهره لطیفی [۳]، دکتر منصور سیاوش [۴]

[۱] دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. [۲] استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران. [۳] دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. [۴] استاد غدد درون ریز و متابولیسم، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: *دیابت نوع ۲ بیماری شایعی است که اساسی‌ترین راه پیشگیری یا درمان آن سبک زندگی سالم است. این مطالعه به منظور مقایسه اثر خودشفابخشی با درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.*

روش بررسی: *این کارآزمایی بالینی روی ٤٥ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه صدیقه طاهره اصفهان در سال ۱٤۰۰ انجام شد. بیماران پس از انجام پیش آزمون، به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری کنترل، خودشفابخشی (مداخله اول) و درمان شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی (مداخله دوم) قرار گرفتند. مداخلات برای هر درمان به صورت هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آنلاین برگزار شد. پس از ۱۲ جلسه از هر سه گروه پس‌آزمون و سه ماه بعد آزمون پیگیری انجام شد. ابزار پژوهش پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت با مؤلفه‌های تغذیه، ورزش، مسؤولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی) بود.*

یافته‌ها: *هر دو روش خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی در پس آزمون باعث افزایش نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با گروه کنترل شدند (P<۰/۰۵) و اثر آن در هر دو گروه مداخله برای مرحله پیگیری در مقایسه با گروه کنترل حفظ شد (P<۰/۰۵). تفاوتی بین دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده نگردید.*

نتیجه‌گیری: *هر دو روش خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی در سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر ارزیابی شدند.*

واژه‌های کلیدی: *دیابت نوع ۲ ، سبک زندگی سالم ، درمان شناختی رفتاری ، ذهن آگاهی ، شفای ذهنی*

* نویسنده مسؤول: دکتر شیدا جبل عاملی ، پست الکترونیکی jabalameli.sh@gmail.com

نشانی: اصفهان، نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد، دانشکده پزشکی، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، تلفن ۰۳۱-۴۲۲۹۲۱۷۸

وصول ۱۴۰۰/۱۰/۸ اصلاح نهایی ۱۴۰۱/۳/۲۲ پذیرش ۱۴۰۱/۳/۲۴ انتشار ۱۴۰۱/۱۰/۵

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که به علت نقص در عمل یا تولید انسولین به‌وجود می‌آید و اساسی‌ترین راه درمان یا پیشگیری از آن سبک زندگی سالم است.[۱] پیش‌بینی شده تا سال ۲۰۳۰ شیوع جهانی دیابت ۱۰/۱ درصد افزایش یابد و بالاترین میزان شیوع در کشورهای مدیترانه با درآمد متوسط خواهد بود.[۲] شیوع دیابت در ایران تا ۲۰۳۰ به میزان ۹/۲ میلیون نفر تخمین زده شده است.[۳] اگر مداخلاتی علاوه بر مراقبت‌های پزشکی معمول در جهت بهبود و اصلاح سبک زندگی مانند رژیم کم‌کالری همراه با فعالیت بدنی صورت گیرد؛ علاوه بر وزن، قندخون نیز کاهش می‌یابد و مزایای بلند مدتی برای سلامتی دارد.[۴] تغییر سبک زندگی باعث تغییرات اپی ژنتیکی، غدد درون ریز، ایمونولوژیک و التهابی می‌شود که در بیماری‌های مزمن و سلامت کلی موثر است.[۵] به عنوان مثال ارزیابی مثبت در زمان استرس می‌تواند باعث بهبود محور کورتیکولیمبیک شده و در نتیجه باعث ارتقاء سیستم تنظیم هیجان گردد.[۶]

ذهن‌آگاهی در دهه ۱۹۸۰ توسط کابات زین به‌وجود آمد که نوعی خودتنظیمی توجه مبتنی بر تجربه زمان حال، کنجکاوی، گشودگی و پذیرش است. درمان شناختی رفتاری بر اهمیت فکر کردن و تاثیر آن بر چگونگی احساس و رفتار تاکید دارد. درمان شناختی رفتاری تلفیق شده با ذهن‌آگاهی یکی از جدیدترین روش‌هایی است که تلفیقی از تمرینات ذهن آگاهی با تکنیک‌های شناختی رفتاری است. این درمان از آموزه‌های ذهن‌آگاهی به منظور

افزایش کنترل توجه افکار و آگاهی نسبت به رابطه بین افکار و احساسات و پرورش نگاهی غیر انتقادی و پذیرنده به اندیشه‌ها و تنظیم احساسات از طریق پرورش صمیمیت و همدلی با خود و دیگران استفاده می‌کند و دارای چهار مرحله شامل تنظیم توجه و هیجان، مواجهه برای تنظیم رفتار، کار روی روابط میان فردی و همدلی است.[۷] پژوهشگران ایرانی نشان دادند مداخلات شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند انعطاف‌پذیری روانشناختی و استرس ادراک شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را کاهش دهد.[۸] این درمان باعث کاهش پریشانی روانشناختی و بهبود کیفیت زندگی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است.[۹]

خودشفابخشی یک رویکرد جدید وابسته به روانشناسی مثبت‌گرا است که در سال ۲۰۱۱ توسط لوید (روانشناس و متخصص طب مکمل) و جانسون (متخصص سرطان) در آمریکا تحت عنوان کدهای شفابخش ارایه شد که در لغت به معنی توانایی التیام‌بخشی و شفای خویشتن است و بر کاهش استرس فیزیولوژیک از طریق درمان خاطرات سلولی مخرب، خود مراقبتی، اصلاح سبک زندگی، آموزش تکنیک‌های آرام سازی، تعالی معنوی، مراقبه و دعا و انجام تمرین‌های مخصوص کدهای شفابخش تاکید می‌کند.[۱۰] محققان پس از انجام پژوهشی در خصوص اهمیت خودشفابخشی با خود مراقبتی جسمانی با تاکید بر نوع تغذیه، غذا و تنظیم خواب نقش خودشفا بخشی در سلامت جسمانی را مورد تاکید قرار دادند.[۱۱] در ایران لطیفی و مروی این رویکرد را بومی‌سازی کرده و پروتکل مربوطه را تهیه و با تایید لوید مورد استفاده قرار داده‌اند.[۱۲]

این مطالعه به منظور مقایسه اثر خودشفابخشی با درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی بر ارتقاء سبک زندگی سلامت محور بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

روش بررسی

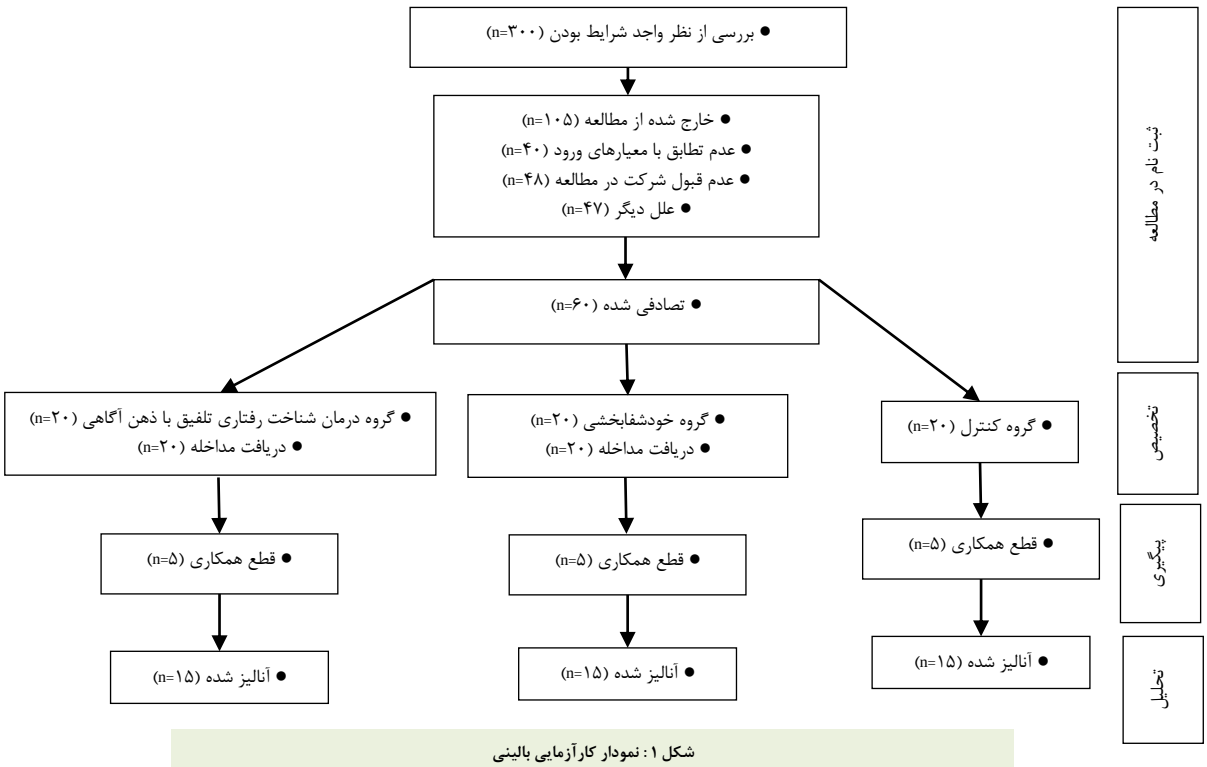
این کارآزمایی بالینی روی ۴۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه صدیقه طاهره اصفهان در سال ۱۴۰۰ انجام شد.

مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد (IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.042) و مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران (IRCT20211206053303N1) قرار گرفت.

از آزمودنی ها رضایت نامه کتبی شرکت آگاهانه در مطالعه اخذ شد.

حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۸۸ برابر با ۲۰ نفر برای هر گروه از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ برآورد شد. با توجه به نبود امکانات کافی در مرکز مربوطه و عدم حضور کامل بیماران به دلیل شرایط کرونا، نمونه‌گیری طبق ملاک‌های ورود و خروج به صورت هدفمند انجام شد تا نمونه‌ها به طور دقیق و کامل ملاک‌ها را داشته باشند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل یک سال سابقه بیماری و تشخیص توسط پزشک، HbA1c کمتر از ۸ دارا بودن ثبات دارویی، داشتن موبایل یا لپ تاپ، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و توانایی استفاده از نرم افزار بودند. معیارهای عدم ورود به مطالعه شامل مصرف انسولین، دریافت درمان روانشناختی طی یک سال گذشته، داشتن بیماری روانی شدید، دمانس، بودن در مراحل انتهایی بیماری‌های کبدی، کلیوی، سرطان و سکته مغزی بودند.



شکل ۱ : نمودار کارآزمایی بالینی

جدول ۱ : مداخلات درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی

جلسه	شرح
۱	آشنا شدن اعضای گروه با یکدیگر، مشخص نمودن اهداف و قوانین، توضیحاتی در مورد چگونگی ایجاد بیماری دیابت و نقش استرس در آن، آموزش مراقبه وارسی بدن، افراد گروه یک عدد کشمش را ذهن آگاهانه میل کرده و سپس در مورد احساسشان بحث کنند. در تکلیف خانگی این تمرین را در فعالیتی دیگر مانند صبحانه خوردن انجام دهند.
۲	معرفی کارکردهای درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی، توضیح مدل همزمان تقویت و مفهوم تعادل کارکردی، افزایش خودآگاهی و خونسردی، و در تکلیف خانگی: وارسی بدن سریع به مدت ۵ دقیقه و همچنین پایش متقارن به مدت ۳۰ دقیقه.
۳	صحبت در مورد تکالیف خانگی و موانع انجام دادن آن مانند منحرف شدن ذهن و ارائه دادن راه حل ذهن آگاهانه یعنی غیر قضاوتی بودن و رها کردن افکار مزاحم، معرفی تحریف های شناختی و ارائه لیستی از آنها، و در تکلیف خانگی تهیه لیستی از تحریف های شناختی به کار برده شده و انجام تمرین ذهن آگاهی در فعالیت‌های روزانه.
۴	معرفی مثلث افکار، احساسات و رفتار با یک مثال، آموزش ارتباط بین CBT و ذهن آگاهی و در تکلیف خانگی به کارگیری ذهن آگاهی در مورد یک وضعیت روانی و آگاهی از افکار، احساسات و رفتار متعاقب آن، آگاهی جسمانی پیش از خواب و پس از آن.
۵	تمرین دیدن و شنیدن غیر قضاوتی همراه با مراقبه نشسته، ذهن آگاهی در مورد یک رویداد خوشایند، تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی، تمرین چند حرکت بدنی ذهن آگاهانه و در تکلیف خانگی تمرین مراقبه نشسته، تمرین سه دقیقه ای فضای تنفسی، مواجهه دو وجهی و مستقیم با دو واقعه مورد هدف.
۶	توضیح در مورد تعادل تجربی بین تحریک تخیلی و واقعی، توضیح مواجهه دو قطبی، قدم زدن ذهن آگاهانه و در تکلیف خانگی مراقبه وارسی بدن، حرکت بدنی ذهن آگاهانه و تمرین فضای تنفسی. و ثبت یک رویداد ناخوشایند و افکار و احساسات مرتبط با آن.
۷	بررسی افکار ثبت شده و شناسایی تحریف‌های شناختی و اثر آن بر احساسات و در تکالیف خانگی تمرین دیدن و شنیدن غیر قضاوتی،و تمرین تنفس سه دقیقه ای و ذهن آگاهی یک فعالیت جدید مثل مطالعه کردن.
۸	صحبت در مورد این که محتوی افکار واقعی نیست.، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه ای و در تکلیف خانه یکی از مراقبه ها به انتخاب خود فرد، تنفس سه دقیقه ای.
۹	توضیح مفهوم مالکیت تجربی یعنی به عهده گرفتن مسؤولیت تمام احساسات جسمانی و افکار خود و عدم مالکیت نسبت به افکار و احساس دیگران، ۱۵ دقیقه پاکسازی جزئی و در تکلیف خانگی تمرین پاکسازی جزئی.
۱۰	مراقبه و آگاهی به آنچه در لحظه وارد هوشیاری می‌شود. فضای تنفس سه دقیقه ای، بحث با این مضموم که بهترین راه مراقبت از خودم چیست؟ و در تکلیف خانگی هر مراقبه ای که فرد ترجیح می‌دهد. تمرین تنفس سه دقیقه ای و تکلیف مواجهه ای ذهنی و مستقیم با دو مورد از مواردی که بیشترین فشار را وارد می‌کند.
۱۱	معرفی مهارت‌های جرات ورزی و نقش بازی کردن، ارائه سبک ارتباط بین فردی موثر، توضیح اصول اخلاقی، و در تکلیف خانگی تمرین همدلی و پیاده روی ذهن آگاهانه.
۱۲	صحبت در مورد استفاده از آنچه تاکنون یاد گرفته‌اند. در موقعیت‌های مختلف، تنفس سه دقیقه ای، موانع انجام مراقبه، صحبت در مورد کارایی کل جلسه که آیا به انتظارات خود رسیده اند؟ آیا مهارت مقابله ای آنها بهتر شده؟ آیا با بودن در زمان حال و کنترل افکار توانسته اند احساس شادمانی بیشتری داشته باشند؟

معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از دو جلسه از درمان، بروز اختلال یا بیماری خاص موثر بر مداخله، بستری شدن در بیمارستان و یا تغییر در مصرف دارو و عدم تمایل شرکت کننده به حضور در ادامه جلسات بودند.

برای پی بردن به معیارهای ورود از پرونده پزشکی موجود در مرکز و پرسش از بیماران استفاده شد. موازین اخلاقی در مطالعه رعایت گردید که شامل اخذ معرفینامه و کد اخلاق، تکمیل فرم رضایت آگاهانه، ارایه اطلاعات مربوط به روش اجرا و هدف از انجام تحقیق، زیان‌های احتمالی، محرمانه بودن اطلاعات، رعایت امانتداری و صداقت هنگام گردآوری اطلاعات و استفاده از منابع موجود بودند. با توجه به شیوع بالای بیماری کرونا و ضعف سیستم ایمنی این بیماران تمهیدات لازم لحاظ شد. مداخلات به صورت آنلاین بود و نرم‌افزار مورد استفاده Zoom بود که لینک ورود به نرم‌افزار از طریق برنامه واتساپ ارسال شد. همچنین افراد از طریق یک گروه در برنامه واتساپ با یکدیگر در ارتباط بودند. همدلی بین افراد گروه و هماهنگی‌های لازم، رسیدگی به تکالیف و ارزیابی مشارکت فعال افراد از طریق این گروه انجام شد.

پس از نمونه‌گیری پیش‌آزمون انجام شد. سپس شرکت‌کنندگان با استفاده از جدول اعداد به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری به شرح زیر قرار گرفتند (شکل یک) و در نهایت ۱۵ نفر در هر گروه مطالعه را به اتمام رساندند.

الف) گروه کنترل: بدون هیچگونه مداخله

ب) گروه مداخله اول: خودشفابخشی

ج) گروه مداخله دوم: درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی

پروتکل درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی کایون (Cahyoun) برگرفته از ذهن‌آگاهی کابات زین است و در سال ۱۳۹۵ توسط خدایاری فرد و همکاران ترجمه شده است.[۷]

مداخله خودشفابخشی با استفاده از پروتکل درمانی لطیفی و مروی سال ۱۳۹۷ است که از لوید و جانسون سال ۲۰۱۶ اقتباس شده است.[۱۲]

هر دو درمان به صورت هفتگی (هفته‌ای یک جلسه) در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای توسط محقق برگزار شد. بعد از اتمام دوره درمان پس‌آزمون و سه ماه بعد از آن آزمون پیگیری انجام شد. هر گروه درمان با گروه کنترل و با همدیگر مقایسه شدند. پس از اتمام کار، خودشفابخشی برای گروه کنترل اجرا شد. شرح جلسات برگزار شده در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه چک لیست مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بود. چک لیست مشخصات دموگرافیک، مشخصات فردی و مرتبط با بیماری شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا و درمان فعلی بود.

پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت توسط واکر و همکاران در سال ۱۹۸۷ طراحی شده است. سبک زندگی سالم

جدول ۲ : مداخلات درمان خودشفابخشی

جلسه	شرح
۱	آشناشدن اعضای گروه با هم؛ مشخص نمودن اهداف و قوانین، توضیحاتی در مورد دیابت و نقش استرس در آن، مدیریت و عوارض آن، توضیح استرس موقعیتی و استرس فیزیولوژیک، توضیح سیستم ایمنی بدن و در تکلیف خانگی لیست استرس ها و مشکلات توسط اعضای گروه.
۲	توضیح استرس فیزیولوژیک و نقش خاطرات سلولی مخرب در ایجاد آن و خاطره یابی با توجه به شکست ها، تعارضات و ناکامی ها و در نهایت تمرین عملی مراقبه با گل سرخ.
۳	معرفی ریشه خاطرات مخرب سلولی در ۱۲ گروه همراه با علائم ایجاد شده، در مورد کینه جویی، اقدامات زیان بخش،و باورها واحساسات منفی توضیح مبسوط داده می‌شود. اجرای تکنیک آسانسور شیشه ای برای خاطره یابی، و در تکلیف خانگی و تفکر در مورد بخشش و نقش آن در سلامت.
۴	اجرای فن صندلی خالی، توضیح پازل احساسات مثبت و منفی و معرفی انواع احساس ها و آموزش فنون بخشش، تقلیل خودشیفتگی و آموزش ابراز احساسات به شیوه موثر و در تکلیف خانگی کاوش برای شناخت سندرم من بیچاره و چالش ذهنی در مورد کاهش حس کینه جویی.
۵	توضیح در مورد اقدامات زیان بخش و آموزش راهکارهای برنامه ریزی چهارعاملی، تقویت اراده، حل مسأله، تغییر محیط و شرایط و رفع تضاد در خودآگاه و در تکلیف خانگی ثبت یک اقدام زیان بخش که با یکی از راهکارهای فوق ترک شده.
۶	توضیح شناخت باورها و احساسات غلط با خودکاوی، آموزش ارتباط بین احساس، فکر و باور ، شناخت افکار اتوماتیک منفی و تغییر رفتار و در تکلیف خانگی شناخت یک فکر اتوماتیک که یک احساس و در پی آن رفتاری را فراخوانی می‌کند.
۷	معرفی کد شفا بخش عشق و آموزش کاهش نشانه های خود خواهی، پرورش مهرورزی؛ قانون طلایی انصاف، کسب نگرش انسانی و نه ابزاری به افراد، حفظ حقوق و حریم دیگران، شفاف سازی ارزش های شخصی، حساس بودن به رنج پشت رفتار دیگران و در تکلیف خانگی افراد خود را از زیر نظر بگیرند و چک لیست خود خواهی خود را پیدا کرده و با یکی از روش های فوق که توانسته درمان کند گزارش کند.
۸	معرفی کدهای شفابخش شادی، آرامش، بردباری، مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن داری و ارائه راهکارهایی برای ایجاد این کدها و آموزش انجام کدهای شفابخش و در تکلیف خانه تلاش برای ایجاد این کدهای شفابخش در زندگی روزانه و انجام تمرین‌های خاص کدهای شفابخش.
۹	اجرای فن خاطره یابی معکوس، آموزش سبک زندگی متعادل (اصلاح الگوی خواب، نحوه خوردن،نوشیدن،تفریح، ورزش، نظافت و بهداشت) و در تکلیف خانگی اجرای عملی تمرینات کدهای شفابخش همراه با شروع اصلاح سبک زندگی با شناخت و کاهش عادت های غلط.
۱۰	آموزش بهبود کیفیت زندگی در حیطه های سلامت، صمیمیت، رشد علمی، مالی، شغلی و فعالیت مفید اجتماعی و در تکلیف خانه تمرین کدهای شفابخش، شناخت نارضایتی از حیطه ای خاص و اقدام برای کاهش آن.
۱۱	اصلاح گفتگوی درونی، بازنگری مجدد استرس و آموزش تنفس قدرتی، تاکید بر خود مراقبتی از آسیب های جسمی و روانی و مدیریت هیجانات ودر تکلیف خانگی ادامه تمرینات با اصلاح گفتگوی درونی و خود مراقبتی.
۱۲	آموزش داشتن زندگی هدفمند معنوی و افزایش غنای درونی، خودکاوی و داشتن زمانی برای خلوت با خود و ارزیابی خود، مرور کل جلسات و تاکید بر انجام تمرینهای کدهای شفابخش.

فعالیت‌هایی برای حفظ و ارتقاء سلامت است که دارای شش بعد تغذیه، ورزش، مسؤولیت‌پذیری در مورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی است و در تعریف عملیاتی نمره‌ای است که فرد در پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت به‌دست می‌آورد. در ایران محمدی زیدی و همکاران در سال ۱۳۹۰ روایی محتوی و سازه این پرسشنامه را مورد تایید قرار دادند.[۱۳] در روایی محتوی ۷۰ تا ۱۰۰ درصد توافق در جمع خبرگان و کارشناسان مرتبط وجود داشت. به منظور تایید روایی سازه از تحلیل عامل اکتشافی استفاده شده که شاخص KMO برابر با ۰/۹۵ بود. در راستای اثبات پایایی پرسشنامه آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها ۶۴ تا ۹۱ درصد به دست آمد. همچنین نتیجه آزمون-بازآزمون نشان‌دهنده ثبات برای پرسشنامه سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت و زیرمقیاس‌های آن بود و تحلیل عامل تاییدی مدل شش عاملی گویای برازش قابل قبولی بود. در مطالعه محمدی زیدی و همکاران تعداد گویه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود. تعداد ۳ پرسش در پژوهش آنها از نسخه اصلی حذف شد. زیرا بار عاملی پایین داشت. عبارات این پرسشنامه بر روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای از یک تا ۴ امتیاز دارد و شامل هرگز، گاهی اوقات، اغلب و همیشه است. به پاسخ هرگز نمره یک و به پاسخ همیشه نمره ۴ تعلق می‌گیرد. برای به دست آوردن امتیاز هر بعد مجموع امتیازات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شوند و برای امتیاز کل، مجموع امتیازات همه پرسش‌ها با هم جمع می‌شوند. در این پرسشنامه نمرات بالاتر نشان‌دهنده سبک ارتقاء سلامت مثبت است و بالعکس. نمرات این آزمون بین ۴۹ تا ۱۹۶ است.[۱۳]

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (بررسی همگنی سن زنان)، آزمون کای‌اسکوئر (بررسی همگنی جنسیت و وضعیت تاهل)، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (مقایسه درون گروهی) و آزمون بنفرونی (مقایسه زوجی گروه‌ها) توسط نرم‌افزار SPSS-24 در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده گردید.

یافته‌ها

سن آزمودنی‌ها در گروه‌های کنترل، خودشفابخشی و شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی به ترتیب ۷/۱۰±۵۱/۲۰ سال، ۶/۴۹±۵۲/۹۳ سال و ۷/۴۸±۵۲/۰۰ سال بود. نتایج مربوط به جنسیت و وضعیت تاهل گروه‌ها در جدول ۳ آمده است.

در پیش آزمون بین میانگین نمرات پیش‌آزمون سبک زندگی سلامت محور و هر شش مؤلفه آن در سه گروه مورد مطالعه تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشت.

در پس آزمون هر دو روش خودشفابخشی (۷/۸۲±۱۱۰/۳۳) و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی (۱۳/۱۹±۱۰۷/۵۳) باعث

جدول ۳ : فراوانی جنسیت و وضعیت تاهل گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها		گروه کنترل تعداد (درصد)	گروه خودشفابخشی تعداد (درصد)	گروه شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی تعداد (درصد)	p-value
جنسیت	زن	۹ (۶۰)	۹ (۶۰)	۱۱ (۷۳)	۰/۶۷۲
	مرد	۶ (۴۰)	۶ (۴۰)	۴ (۲۷)	
وضعیت تاهل	مجرد	۱ (۷)	۰ (۰)	۱ (۷)	۰/۴۹۵
	متاهل	۱۳ (۸۷)	۱۳ (۸۷)	۱۴ (۹۳)	
	جداشده	۱ (۷)	۲ (۱۳)	۰ (۰)	

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار نمرات مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیرها		گروه ها	میانگین و انحراف معیار مرحله پیش آزمون	مرحله پس آزمون	مرحله پیگیری	p-value درون گروهی
مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	خود شکوفایی	کنترل	۲۱/۱۳±۴/۵۶	۱۸/۲۰±۴/۷۵	۱۹/۰۰±۳/۹۸	۰/۲۰۷
		خودشفابخشی	۲۰/۰۰±۵/۴۵	۲۴/۱۳±۶/۷۵	۲۴/۸۰±۶/۲۵	۰/۰۵۵
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱۸/۳۳±۲/۱۵	۲۴/۵۳±۴/۶۱	۲۵/۷۳±۵/۰۹	۰/۰۰۱
		p-value بین گروهی		۰/۳۲۳		–
	مسئولیت پذیری	کنترل	۲۰/۰۰±۳/۷۲	۲۲/۰۰±۶/۱۰	۲۰/۴۶±۴/۹۴	۰/۴۴۶
		خودشفابخشی	۲۱/۰۶±۳/۳۹	۲۴/۲۰±۴/۷۸	۲۳/۳۳±۵/۶۲	۰/۲۱۲
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۲۰/۷۳±۳/۲۶	۲۰/۸۶±۵/۲۲	۲۳/۵۳±۶/۳۰	۰/۴۴۹
		p-value بین گروهی		۰/۶۹۱		–
	روابط بین فردی	کنترل	۱۳/۰۰±۲/۹۵	۱۳/۴۶±۲/۹۷	۱۱/۲۰±۳/۱۶	۰/۱۵۳
		خودشفابخشی	۱۲/۲۶±۳/۵۳	۲۰/۶۱±۳/۲۹	۲۰/۱۵±۲/۹۰	۰/۰۰۷
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱۳/۴۶±۳/۲۷	۱۵/۵۳±۳/۴۴	۱۳/۹۳±۴/۱۹	۰/۱۳۹
		p-value بین گروهی		۰/۶۰۱		–
	مدیریت استرس	کنترل	۱۰/۰۶±۲/۶۵	۹/۰۰±۲/۳۹	۹/۶۶±۳/۲۴	۰/۵۲۶
		خودشفابخشی	۸/۸۰±۲/۷۸	۱۱/۸۰±۲/۸۲	۱۱/۸۶±۲/۷۴	۰/۰۱۵
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۹/۶۶±۲/۶۳	۱۳/۲۰±۳/۰۰	۱۱/۷۳±۲/۹۳	۰/۰۰۱
		p-value بین گروهی		۰/۴۲۸		–
	ورزش	کنترل	۱۳/۹۳±۴/۱۶	۱۴/۲۶±۳/۹۷	۱۳/۶۶±۴/۶۵	۰/۹۲۳
		خودشفابخشی	۱۳/۷۳±۳/۹۱	۱۷/۸۰±۳/۰۹	۱۷/۱۳±۳/۵۲	۰/۰۱۶
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱۳/۸۶±۴/۲۹	۱۶/۹۳±۳/۴۳	۱۶/۰۶±۳/۸۰	۰/۰۴۶
		p-value بین گروهی		۰/۹۹۱		–
	تغذیه	کنترل	۱۴/۴۰±۳/۹۴	۱۴/۰۰±۳/۴۸	۱۳/۸۰±۴/۴۲	۰/۹۲۵
		خودشفابخشی	۱۴/۰۰±۳/۹۸	۱۶/۲۰±۳/۸۰	۱۵/۹۳±۳/۱۹	۰/۲۴۰
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱۲/۴۶±۳/۴۴	۱۶/۴۶±۳/۹۶	۱۵/۹۳±۴/۷۱	۰/۰۰۶
		p-value بین گروهی		۰/۳۸۴		–
نمره کل	سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	کنترل	۹۲/۵۳±۸/۸۸	۹۰/۹۳±۹/۰۱	۸۷/۸۰±۷/۷۲	۰/۱۴۲
		خودشفابخشی	۸۹/۸۶±۱۲/۶۳	۱۱۰/۳۳±۷/۸۲	۱۰۸/۲۶±۱۰/۳۱	۰/۰۰۱
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۸۸/۵۳±۱۱/۳۹	۱۰۷/۵۳±۱۳/۱۹	۱۰۵/۹۳±۱۴/۷۷	۰/۰۰۱
		p-value بین گروهی		۰/۶۰۶		–

افزایش نمرات سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با گروه کنترل (۹۰/۹۳±۹/۰۱) گردید (P<۰/۰۵) (جدول ۴) و اثر آن در مرحله پیگیری برای گروه‌های خودشفابخشی (۱۰۸/۲۶±۱۰/۳۱) و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن‌آگاهی (۱۰۵/۹۳±۱۴/۷۷) در مقایسه با کنترل (۸۷/۸۰±۷/۷۲) حفظ شد (P<۰/۰۵) (جدول ۴) و تفاوتی بین دو روش درمانی در مقایسه با گروه کنترل مشاهده نگردید (جدول‌های ۵و۶).

نمرات پس آزمون زیر مؤلفه‌های روش خودشفابخشی شامل خود شکوفایی (۲۴/۱۳±۶/۷۵)، روابط بین فردی (۲۰/۶۱±۳/۲۹)، مدیریت استرس (۱۱/۸۰±۲/۸۲) و ورزش (۱۷/۸۰±۳/۰۹) در مقایسه با گروه کنترل (به ترتیب با نمرات ۱۸/۲۰±۴/۷۵ و ۱۳/۴۶±۲/۹۷ و ۹/۰۰±۲/۳۹ و ۱۴/۲۶±۳/۹۷) افزایش آماری معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۵) و اثر آن در مرحله پیگیری در مؤلفه‌های خودشکوفایی (۲۴/۸۰±۶/۲۵) و روابط بین فردی (۲۰/۱۵±۲/۹۰) تداوم داشت (P<۰/۰۵) (جدول‌های ۴و۵).

نمرات پس آزمون زیر مؤلفه‌های روش درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی شامل خودشکوفایی (۲۴/۵۳±۴/۶۱) و مدیریت استرس (۱۳/۲۰±۳/۰۰) در مقایسه با گروه کنترل (به ترتیب با نمرات ۱۸/۲۰±۴/۷۵ و ۹/۰۰±۲/۳۹) افزایش آماری معنی‌داری نشان داد (P<۰/۰۵) و اثر آن در مرحله پیگیری در مؤلفه خودشکوفایی

جدول ۵ : نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی مؤلفه های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت پس آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

مرحله	مؤلفه‌های سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	p-value
پس آزمون	خود شکوفایی	خودشفابخشی - کنترل	۶/۱۹*	۱/۹۳	۰/۰۱۰
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۶/۹۷*	۲/۰۲	۰/۰۰۴
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	-۰/۷۸	۱/۹۹	۱/۰۰۰
	روابط بین فردی	خودشفابخشی - کنترل	۳/۰۱*	۱/۲۰	۰/۰۴۹
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۲/۰۶	۱/۱۹	۰/۲۷۹
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۰/۹۵	۱/۲۰	۱/۰۰۰
	مدیریت استرس	خودشفابخشی - کنترل	۳/۰۸*	۱/۰۱	۰/۰۱۳
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۴/۲۸*	۰/۹۹۹	۰/۰۰۱
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	-۱/۲۰	۱/۰۰	۰/۷۱۱
	ورزش	خودشفابخشی - کنترل	۳/۵۶*	۱/۲۸	۰/۰۲۵
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۲/۶۷	۱/۲۸	۰/۱۳۰
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۰/۸۸۵	۱/۲۸	۱/۰۰۰
پیگیری	خود شکوفایی	خودشفابخشی - کنترل	۵/۹۰*	۱/۹۲	۰/۰۱۱
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۶/۹۹*	۱/۹۳	۰/۰۰۳
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱/۰۹	۱/۹۳	۱/۰۰۰
	روابط بین فردی	خودشفابخشی - کنترل	۴/۰۴*	۱/۲۸	۰/۰۰۹
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۲/۷۰	۱/۲۸	۰/۱۲۳
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۱/۳۴	۱/۲۹	۰/۹۲۰

جدول ۶ : نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه ها	تفاوت میانگین ها	خطای معیار	p-value
سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت	پس آزمون	خودشفابخشی - کنترل	۲۰/۲۹*	۳/۵۵	۰/۰۰۱
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۱۷/۹۴*	۳/۵۷	۰/۰۰۱
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۲/۳۵	۳/۵۴	۱/۰۰۰
	پیگیری	خودشفابخشی - کنترل	۲۱/۱۰*	۴/۰۸	۰/۰۰۱
		شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی - کنترل	۱۹/۰۸*	۴/۱۱	۰/۰۰۱
		خودشفابخشی - شناخت رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی	۲/۰۱	۴/۰۷	۱/۰۰۰

(۵/۰۹±۲۵/۷۳) تداوم داشت (P<۰/۰۵) (جدول‌های ۴و۵).

بحث

با توجه به نتایج این مطالعه، مداخله خودشفابخشی مؤلفه‌های خودشکوفایی، روابط بین فردی، مدیریت استرس، ورزش و به‌طور کلی ارتقاء سبک زندگی سلامت محور را بهبود داد و در مرحله پیگیری این نتیجه در مؤلفه‌های خودشکوفایی، روابط بین فردی و نمره کل سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت پایدار بود. نتایج مطالعه حاضر با برخی مطالعات[۱۱و۱۴و۱۵] همسو بود. در این راستا Crane و Ward اثرات بالقوه تکنیک‌های خودمراقبتی برای کاهش استرس و افزایش اثربخشی پرستاران و اثرگذاری بر نتایج مثبت مراقبت از بیمار را نشان دادند.[۱۴] همچنین در مطالعه لطیفی و همکاران آموزش خودشفابخشی در افزایش سبک زندگی آرامش مدار و کاهش و تثبیت فشارخون ۳۰ مراجعه‌کننده زن مبتلا به پرفشاری خون در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثر آماری معنی‌داری داشت. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه سبک زندگی آرامش‌مدار و تکمیل فرم اطلاعات فشارخون تحت نظارت پزشک متخصص بود.[۱۵]

درمان خودشفابخشی مبتنی بر این اصل است که منبع اصلی بیماری در بدن و ناخوشی‌های روانی استرس فیزیولوژیک بوده که به علت خاطرات سلولی مخرب ایجاد می‌شود. لوید معتقد است با درمان ریشه خاطرات سلولی مخرب، استرس به عنوان یکی از ارکان زندگی سالم کاهش می‌یابد. در این روش درمانی با حذف کینه‌جویی، اقدامات زیان‌بخش و باورهای دروغ و ناسالم و احساسات منفی و ایجاد کدهای شفابخش شامل فضیلت‌های عشق، شادمانی، آرامش، بردباری، مهربانی، خوبی، اعتماد، تواضع و خویشتن‌داری استرس کاهش می‌یابد.[۱۶] بنابراین با رفع افکار منفی ذهنی و کاشتن بذر فضیلت‌های انسانی بستری برای روابط بین فردی عمیق و رسیدن به نهایت استعداد فردی فراهم می‌شود. این درمان علاوه بر این توصیه‌های مستقیمی مانند ارتباط عمیق با خدا، اصلاح گفتگوی درونی و تنفس قدرتی دارد که هر کدام به نحوی می‌توانند استرس را از بین برده و بدن را از حالت تدافعی به حالت رشد برگرداند. همچنین توصیه‌هایی در مورد اصلاح سبک زندگی از جمله آداب غذاخوردن، آداب نوشیدن، آداب خوابیدن، رعایت بهداشت، سفر، شب زنده داری، بهداشت روان، سکوت، بهداشت عقل و بهداشت دل دارد که همگی برگرفته از طب ایرانی بر اساس دیدگاه بوعلی سینا و طب اسلامی است.[۱۲] لذا دور از انتظار نخواهد بود که خودشفابخشی بتواند در بیماران مبتلا به دیابت منجر به ارتقاء

سبک زندگی سلامت محور شود.

در مطالعه حاضر مداخله شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های خودشکوفایی، مدیریت استرس و به طور کلی سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت اثرگذار بود و در مرحله پیگیری این اثر ثابت باقی ماند. این یافته با نتایج مطالعاتی[۸و۱۷و۱۸] همسو بود. در این راستا موسوی‌نژاد و همکاران نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر انعطاف‌پذیری شناختی و استرس ادراک شده ۴۰ بیمار دیابتی نوع دو مورد مطالعه اثرگذار است.[۸]

در تبیین این نتایج می‌توان گفت با توجه به این که سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نقش مهمی در کنترل دیابت نوع ۲ دارد[۴] و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی رویکرد درمانی قاعده‌مند است که مراقبه ذهن آگاهی را با مؤلفه‌های اساسی روش‌های شناختی و رفتاری یکپارچه می‌کند؛ طی مراقبه ذهن آگاهی تعامل پویا بین حس‌های بدن و افکار مشهود است. وقتی این تعامل با مراقبه غیررسمی و رسمی به فعالیت‌های روزمره مثل تغذیه، فعالیت بدنی، روابط بین فردی و چالش‌های کنترل بیماری کشیده می‌شود؛ فرد به این بینش می‌رسد که همه افکار ضمنی یا تلویحی با حس‌های بدنی همراهشان، هم ظهور هستند و صرف مشاهده و عدم پاسخ می‌تواند باعث خاموش‌سازی واکنش‌های منفی شود. خودمراقبتی نقش مهمی در کنترل بیماری دیابت ایفا می‌کند. تمرین روزانه مراقبه ذهن آگاهی باعث انتقال مهارت‌های ذهن آگاهی به بافت‌هایی غیر از صندلی مراقبه و ارتقای معنای خود انعطاف‌پذیر و آسیب‌پذیری کمتر در تغییر و نیاز کمتر به مراقبت و تایید می‌انجامد که همان خودشکوفایی است.[۷] به نظر می رسد خودشکوفایی باعث می‌شود فرد به سمت و سوی برنامه خود مراقبتی کشیده شود. با این وجود در این مطالعه برخی مؤلفه‌ها مانند مسؤولیت‌پذیری در مورد سلامت با این روش درمان معنی‌دار نشد. به نظر می‌رسد به علت محدودیت‌هایی مانند روش پژوهش، حجم نمونه، ابزار مورد استفاده برای اثربخشی و تحلیل و اعتبار داده‌ها این مؤلفه‌ها معنی‌دار نشدند.

هر دو درمان به یک اندازه سبک زندگی سالم را افزایش دادند. این نتیجه با پژوهش ضرابی و همکاران[۱۹] ناهمسو است. در مطالعه ضرابی و همکاران مداخله خودشفابخشی نسبت به مداخله شناختی رفتاری در کاهش پریشانی زنان مبتلا به پرخوری عصبی موثرتر بود.[۱۹] با توجه به تلفیق درمان شناختی رفتاری با ذهن آگاهی در این پژوهش دور از ذهن نیست که اثر دو درمان شبیه هم باشد. آگاهی ما نسبت به ماهیت متغیر همه پدیده‌ها از جمله سلامت ناکافی است. پذیرش تغییر مقدار رنج را تعدیل می‌کند. این دو درمان هر کدام به نوعی با افزایش آگاهی متضمن پذیرش و سازگاری با تغییرات زندگی است. روش‌های وارسی پیشرفته سبب می‌شود آستانه ناآگاهی به سرعت کاهش یابد و در نتیجه ردیابی ماهرانه علایم، ما می‌توانیم به جای پاسخ خودکار، پاسخ مناسب را انتخاب کنیم.[۷] همچنین با التیام باورهای غلط موجود در خاطرات سلولی مخرب و آگاهی حاصل از آن، سازگاری با واقعیت‌های زندگی حاصل می‌شود.[۲۰]

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارشی مثل پرسشنامه، آنلاین برگزارشدن جلسات درمانی، انجام هر دو روش درمانی توسط یک درمانگر، در نظر نگرفتن سایر متغیرهای دخیل در پژوهش مثل سطح تحصیلات اشاره نمود.

با توجه به جدید بودن درمان خودشفابخشی، پیشنهاد می‌گردد اثربخشی آن روی دیگر متغیرهای روانشناختی و جوامع دیگر بررسی شود و با دیگر درمان‌ها مقایسه شود. همچنین با توجه به این که درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی اثر معنی‌داری روی برخی مؤلفه‌های سبک زندگی سالم نداشت؛ پیشنهاد می‌شود اثربخشی آن روی این مؤلفه‌ها با در نظر گرفتن محدودیت‌های این مطالعه بررسی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که از هر دو روش درمانی خودشفابخشی و درمان شناختی رفتاری تلفیق با ذهن آگاهی می‌توان برای بهبود سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم فرزانه شجاعی برای اخذ دکتری در رشته روانشناسی سلامت (کد ۱۵۰۲۱۲۹۲۰۰۴۳۷۱۱۴۰۰۱۶۲۳۵۱۵۴۶) از دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد بود. از اساتید، شرکت کنندگان در پژوهش و همچنین کارکنان درمانگاه صدیقه طاهره که ما را در انجام مطالعه یاری کردند؛ سپاسگزاریم. بین نویسندگان تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. Aschner P, Karuranga S, James S, Simmons D, Basit A, Shaw JE, et al. The International Diabetes Federation's guide for diabetes epidemiological studies. Diabetes Res Clin Pract. 2021 Feb; 172: 108630. DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108630

2. Ampofo AG, Boateng EB. Beyond 2020: Modelling obesity and diabetes prevalence. Diabetes Res Clin Pract. 2020 Sep; 167: 108362. DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108362

3. Mirzaei M, Rahmaninan M, Mirzaei M, Nadjarzadeh A, Dehghani Tafti AA. Epidemiology of diabetes mellitus, pre-diabetes, undiagnosed and uncontrolled diabetes in Central Iran: results from Yazd health study. BMC Public Health. 2020 Feb; 20(1): 166. DOI: 10.1186/s12889-020-8267-y

4. Taheri S, Zaghloul H, Chagoury O, Elhadad S, Ahmed SH, El Khatib N, et al. Effect of intensive lifestyle intervention on bodyweight and glycaemia in early type 2 diabetes (DIADEM-I): an open-label, parallel-group, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020 Jun; 8(6): 477-89. DOI:

10.1016/S2213-8587(20)30117-0

5. Abe M, Abe H. Lifestyle medicine – An evidence based approach to nutrition, sleep, physical activity, and stress management on health and chronic illness. Personalized Medicine Universe. 2019 Jul; 8: 3-9. DOI: 10.1016/j.pmu.2019.05.002

6. Murray RJ, Apazoglou K, Celen Z, Dayer A, Aubry JM, Ville DV, et al. Maladaptive emotion regulation traits predict altered corticolimbic recovery from psychosocial stress. J Affect Disord. 2021 Feb; 280(Pt A): 54-63. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.122

7. Cayoun BA. [Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice]. Translation by: Khodayari Fard M, Mohammadi Hashil K, Dededar M. 3rd ed. Tehran: University of Tehran Publication. 2018; pp: 5-20. [Persian]

8. Mousavinejad SM, Sanagouye Moharer G, Zarban A. [The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Flexibility and Perceived Stress of Type II Diabetic patients]. MEJDS 2018; 8: 10. [Article in Persian]

9. Ayoubi J, Bigdeli I, Mashhadi A. [The Effect of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Quality of Life, Psychological Distress and Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus]. Quarterly Journal of Health Psychology. 2020; 9(34): 75-94. DOI: 10.30473/hpj.2020.48322.4533

10. Loyd A. The healing code: 6 minutes to heal the source of your health, success, or relationship issue. 1st ed. New York: Grand Central Life & Style. 2011; pp: 40-50.

11. Bryndin E, Bryndina I. Self healing of healthy condition at cellular level. Med Case Rep Rev. 2020; 3: 1-4. DOI: 10.15761/mcrr.1000142

12. Latifi Z, Marvi M. [Healing in the treatment room Guide psychologists and counselors in the application of healing codes]. 1st ed. Tehran: Payame Noor Publications. 2020; pp: 1-36. [Persian]

13. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. [Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile]. J Mazandaran Univ Med Sci. 2011; 20(1): 102-13. [Article in Persian]

14. Crane PJ, Ward SF. Self-Healing and Self-Care for Nurses. AORN J. 2016 Nov; 104(5): 386-400. DOI: 10.1016/j.aorn.2016.09.007

15. Latifi Z, Gharaghani R, Mardani Z. The Effectiveness of Self-Healing Training on Lifestyle and Symptom Management in Women with Hypertension. Health Research Journal. 2020; 6(1): 66-77. DOI: 10.29252/hrjbaq.6.1.66

16. Loyd A. The Memory Code: The 10-Minute Solution for Healing Your Life Through Memory Engineering Kindle Edition. 1st ed. New York: Grand Central Publishing. 2019; pp: 55-80.

17. Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. J Subst Abuse Treat. 2014 Mar; 46(3): 281-90. DOI: 10.1016/j.jsat.2013.10.001

18. Nikoo Goftar M, Sangani A, Jangi P. [The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy Based on Mindfulness on Anxiety, Motivations and Performance of Track and Field Athletes]. Organizational Behavior Management in Sport Studies. 2019; 6(2): 55-65. DOI: 10.30473/FMSS.2019.43063.1853 [Article in Persian]

19. Zarabi S, Tabatabaei Nejad F S, Latifi Z. [Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Self-Healing Therapy on the Distress Tolerance of Women with Bulimia Nervosa]. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2021; 19(2): 369-80. [Article in Persian]

20. Lipton BH. The biology of belief: Unleashing the power of consciousness, matter & miracles. 10th ed. London: Hay House Inc. 2016; pp: 115-150.