

Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on self-care behaviors and sexual function in patients with type 2 diabetes

Mehdi Mu'taqifar¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Mehdi Ghasemi Motlagh³

1. PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Received: 2021/08/12

Accepted: 2021/10/9

Abstract

Introduction: Type 2 diabetes is an important public health problem that has far-reaching effects on individual and social functioning. The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy on self-care, sexual function in type 2 diabetic patients.

Materials and Methods: The present study was applied in terms of purpose, with a quasi-experimental design with a two-group pre-test-post-test design and was a follow-up. From the statistical population, 45 people were selected by convenience sampling and randomly assigned to 3 groups of 15 people (2 experimental groups and one control group). Self-care Tobert Hampson and Glasgow (2000) answered the Female Sexual Function Questionnaire (FSFI) and the Male Sexual Function Questionnaire (MSHQ). In this study, descriptive data analysis was used to describe the collected data. Spss version 24 was statistically analyzed.

Results: The results showed that mindfulness-based cognitive therapy and emotion-oriented therapy were effective on self-care, sexual function in type 2 diabetic patients ($p < 0.05$) and no significant difference was observed in their effectiveness. Both treatments have similar effects on self-care and sexual function. ($0.90/0 > p$).

Conclusion: Cognitive therapies based on mindfulness and emotion-oriented therapy can be used to increase self-care and improve sexual function in type 2 diabetic patients.

***Corresponding Author:** Abolfazl Bakhshipour
Address: Bojnourd, Mirza Kuchak Khan St., Mirza Kuchak 5, No. 7, Postal Code: 9414693557
Tel: 09155840103
E-mail: Ab8boj@gmail.com

Keywords: Cognitive therapy, Mindfulness, Emotion-oriented therapy, Self-care, Sexual function, Type 2 diabetes

How to cite this article: Nilofar Mikaeili N., Shirin Ahmadi S. The Comparison of Pain-Related Anxiety, Pain Self-Efficacy and Coping Strategies in Women with Migraine Headache and Normal, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2022; 29(1):131-141.

Introduction

Diabetes is a group of metabolic diseases that are characterized by high blood glucose levels due to different degrees of the body against insulin or impaired insulin secretion. Type 1 and type 2 diabetes are the two main forms of the disease, and type 2 diabetes accounts for approximately 85 to 90 percent of people with type 2 diabetes. Approximately 50% of people with type 2 diabetes are unaware of their disease and can only be identified by a blood sugar test. One of the problems that diabetic patients face is various problems in the field of sexual activity. Interest, satisfaction and ability to participate in sexual activity are mainly affected by diabetes. Also, sexual function may be negatively affected by medications or other interventions to monitor or treat this chronic condition. Sexual dysfunction is defined as a permanent or recurrent decrease in sexual desire, a permanent or recurrent decrease in sexual arousal, pain during intercourse, and a problem or inability to reach orgasm. Sexual dysfunction in people with diabetes it is more common. This disorder is seen in both sexes. In the past, sexual dysfunction was considered to be caused by psychological issues, but now it has been identified that this disorder has a multifactorial etiology with physiological and psychological factors. Social, behaviors and sexual knowledge, contraceptive methods used, mental and physical health. In addition, urological and psychological problems, malignancies, cardiovascular disease, autoimmune symptoms, neurological defects and some surgical procedures can affect sexual function. Endocrine disorders such as diabetes and hyperthyroidism also commonly affect sexual function. This disorder is associated with decreased quality of life in patients with diabetes. Among the types of sexual dysfunction, including decreased libido, impaired sexual arousal (erectile dysfunction in men and vaginal lubrication in women) and orgasmic disorder, arousal dysfunction. It is reported in 1.4 patients with diabetes. The prevalence of STDs in patients with diabetes mellitus is equal to the general population. Lack of correct information and insufficient education about sexual activity and consequently inappropriate communication process, false sexual beliefs and anxiety about sexual function are important in the occurrence and persistence of sexual dysfunction. Women are ignored. Diabetes should be considered as an important factor that affects the onset of sexual dysfunction in women. In

view of the above, it seems that more attention should be paid to diabetic patients regarding their sexual function and more guidance should be provided to them. The amount of knowledge and type of attitude of people about the disease also plays an important role in controlling the disease. By increasing the knowledge and attitude of people with diabetes, these people can be helped to control the complications of the disease, which is called self-care. Improving the knowledge and practice of people with diabetes means improving the control of metabolic status and performing proper self-care behaviors. In other words, for the diabetic patient can take care of the needs of his illness the necessary training to see their knowledge and skills about their disease increase of the rehabilitation and support of self-care through education, control. It is diabetes. Diabetes self-care behaviors include following a proper diet, participating in proper physical activity, following a medication regimen, and self-monitoring blood sugar in order to adjust the diet. In this regard, lifestyle changes related to obesity, eating behaviors and physical activity play a major role in the prevention and treatment of diabetes in patients. These patients have to perform most of the activities related to the control of diabetes personally and perform their individual behaviors in order to reduce the number of patients with self-controlling the effects of the disease. They have examined self-care, including medication, insulin injections, urine and blood tests, among people with diabetes, and have shown that adherence to these behaviors is low among diabetics. Improving self-care behaviors is the first step in helping patients better control their illness, and this highlights the importance of understanding the factors influencing the self-care behaviors of diabetic patients, as well as designing and strengthening interventions related to self-care behaviors. It also helps caregivers better treat the disease and reduce its complications. This disorder is lifelong and has no definitive cure; Therefore, it requires special care throughout life. Self-care is not self-medication, but the first step to health, which is between 65 and 85% of the care that leads to our health is the product of self-care. The World Health Organization considers education as the basis of diabetes treatment. Changing people's attitudes and behaviors and promoting self-care for disease management. Psychological and economic stress, physical pain, inability to express emotions and other psychological problems necessitate the need

for psychological interventions to reduce the stress on these patients. Among the new and effective therapies on different samples is mindfulness-based cognitive therapy. Among the types of psychological therapies such as biofeedback, mental imaging, cognitive therapy, etc., the mind-based approach is a group intervention that seems to be a promising help in the treatment of chronic diseases with reduced physical function and mental health. In this way, mindfulness-based cognitive therapy by focusing on cognitions and bodily feelings in the present, creates peace of mind for the person and increases the person's adaptation and tolerance to physical and psychological pressures. Emotion-based therapy is also a neonatal and experimental therapy. The therapist's focus is not only on being aware of the mental content that has been denied or distorted by the therapist, but also on creating a new meaning influenced by the therapist's physical experience. Due to the problems caused by this disease and its growing trend and its consequences and material and psychological effects on the patient and his family and the need to intervene in the psychological and physical problems of these patients, including self-care, sexual function and lack of research. Coherent and practical regarding the effect of mindfulness and emotion-oriented therapies and comparison of these two therapies, in this study, the aim is to compare the effectiveness of the mentioned therapies on this disease and the mentioned variables. According to the presented materials, psychological treatment is necessary in diabetic patients. Therefore, according to what was stated, the main issue of the present study is to answer the question of whether the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and emotion-based therapy on self-care behaviors Is sexual function different in type 2 diabetics?

Methodology

According to its purpose, this study was a quasi-experimental applied research with pre-test and post-test with 2 experimental groups and a control group and follow-up stage. The statistical population of the study included all patients. Type 2 diabetes who referred to the Sabzevar Diabetes Association in 1398. Based on the Cohen formula, 45 people were randomly selected from the mentioned statistical population to participate in the study. Inclusion criteria were: at least one year after the diagnosis of diabetes, no advanced complications of diabetes (kidney failure, organ

ulcers in need of follow-up), age 40 to 60 years and having informed consent to participate in the study. Exclusion criteria were: receiving psychological interventions in the past year, serious suicidal ideation measured through a clinical interview, and patients who were identified during treatment as not meeting the research objectives. In this regard, first, a treatment group was formed among the people in whom the diagnosis of diabetes was diagnosed by the necessary tests and examinations, after referring to the Sabzevar Diabetes Association. With the list of people referring to the association, 45 people were identified. Available were selected according to the existing criteria and placed in 3 groups (2 experimental groups and one control group). Due to the concurrence of the sessions with the widespread outbreak of the coronavirus and the need for social distancing, the sessions began with the observance of hygienic protocols (including masks, gloves, disinfection of the environment and observance of distancing). First, a pre-test was performed. 8 sessions of mindfulness-based cognitive therapy according to the model of Kabat-Zayn et al. (1992) and 8 sessions of emotion-based therapy of the protocol presented by Johnson (2006) were performed for 90 minutes for experimental groups and the control group did not. No treatment was given. Post-test was performed after the treatment sessions. This research was conducted with the ethics ID IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399039. After the sessions, the results were analyzed by SPSS software version 24.

Results

Findings showed that the mean of self-care in the mindfulness group has increased from 58.86 in the pre-test to 74.40 in the post-test and shows an increase score of 15.54. The average self-care in the emotion-oriented group has increased from 59.40 to 70.20 and shows an increase score of 10.80. The mean of self-care in the control group had a slight change in the post-test and increased from 60.13 to 60.60 and increased only 0.47 points. Regarding sexual function, the findings showed that the average sexual function of men in the mindfulness group was 34.50 in the pre-test has reached 51.00 in the post-test and shows an increase of 16.50. This average in the emotion-oriented group has increased from 29.25 to 38.25 and shows an increase score of 9.00. The mean sexual performance of men in the control group had a slight change in the post-test and increased

from 32.75 to 33.25 and increased by only 0.50 points. Findings on female sexual function showed that the average performance in the mindfulness group increased from 21.66 in the pre-test to 30.00 in the post-test and showed an increase score of 8.33. This average in the emotion-oriented group has increased from 21.42 to 28.75 and shows an increase score of 7.32. This mean did not change in the control group. The results of analysis of covariance showed that by pre-test control, the significant levels of all tests indicate that there is a significant difference between members of the experimental and control groups, at least in terms of one of the dependent variables (self-care and sexual function). The results of analysis of covariance showed that there is no significant difference between the effect of two methods of cognitive therapy based on mindfulness and emotion-based therapy on self-care and sexual function, and both treatments have a similar effect on self-care. ($p > 0.09$).

Conclusion

Cognitive therapies based on mindfulness and emotion-oriented therapy with existing techniques and using their own specific methods can improve the psychological state of diabetic patients. Therefore, cognitive therapies based on mindfulness and emotion-oriented therapy can be used to alleviate the psychological problems of diabetic patients.

Acknowledgment

Finally, the authors hereby express their gratitude to all the individuals and organizations who assisted us in this research and made this research possible.

Conflict of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر رفتارهای خودمراقبتی و عملکرد جنسی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهدی معتکف فر^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، مهدی قاسمی مطلق^۳

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۲. استادیار، گروه روان شناسی و مشاوره، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
۳. استادیار، گروه روان شناسی، گروه روان شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۷/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: دیابت نوع دو، معضلی مهم برای سلامت عمومی است. هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر خودمراقبتی، عملکرد جنسی در بیماران دیابتی نوع ۲ بود.

مواد و روش ها: تحقیق حاضر به لحاظ هدف از نوع کاربردی، با طرح نیمه تجربی با طرح دو گروه پیش آزمون- پس آزمون بود و پیگیری بود. از جامعه آماری ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی قرار گرفتند. آزمودنی های هر دو گروه در سه مرحله پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری به پرسش نامه های خودمراقبتی توبرت هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰)، پرسش نامه عملکرد جنسی زنان (FSFI) و عملکرد جنسی مردان (MSHQ) پاسخ دادند.

یافته ها: نتایج نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودمراقبتی و عملکرد جنسی در بیماران دیابتی نوع ۲ اثربخش است ($F = 283/166$ و $p < 0/000$). درمان هیجان مدار نیز بر خودمراقبتی و عملکرد جنسی در بیماران دیابتی مؤثر است ($F = 129/47$ و $p < 0/000$). اما در اثربخشی آنها تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p < 0/090$).

نتیجه گیری: از هر ۲ درمان می توان در زمینه افزایش خودمراقبتی و کاهش مشکلات مربوط به خودمراقبتی جسمی بیماران استفاده کرد.

* نویسنده مسئول: ابوالفضل بخشی پور

نشانی: بجنورد، خیابان میرزا کوچک خان، میرزا کوچک ۵، پلاک ۷.

کدپستی: ۹۴۱۴۶۹۳۵۵۷

تلفن: ۰۹۱۵۵۸۴۰۱۰۳

رایانامه:

Ab8boj@gmail.com

شناسه ORCID:

0000-0002-0506-4906

شناسه ORCID نویسنده اول:

0000-0001-8889-3402

کلیدواژه ها:

شناخت درمانی، ذهن آگاهی،

درمان هیجان مدار، خودمراقبتی،

عملکرد جنسی، دیابت نوع ۲

۱. مقدمه

نوع ۲ شایعترین نوع دیابت در دنیاست و تقریباً ۹۰ درصد بیماران دیابتی را شامل می شود (۳).

یکی از مشکلات بزرگی که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند خود مراقبتی ناکافی در بیماران دیابتی می باشد. توانایی شخص برای ایجاد تعادل بین انجام مراقبت از خود و نیازهای خودمراقبتی از خود را عامل خودمراقبتی می گویند،

دیابت شایعترین بیماری غددی در جهان و مسئول حدود ۴ میلیون مرگ در سال است (۱). جمعیت مبتلایان به دیابت قندی در ایران ۱/۵ میلیون نفر برآورد شده است (۲). دسته بندی دیابت به صورت وابسته به انسولین^۱ (نوع یک)، غیر وابسته به انسولین^۲ (نوع دو) و دیابت حاملگی^۳ می باشد. دیابت

3 Diabetes Gestational Mellitus

1 Mellitus Diabetes Dependent-Insulin
2 Dependent-Insulin-Non

Copyright © 2022 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۹، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۴۰۱، ص ۱۴۱-۱۳۱

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

می کند به توانایی حل تعارضاتشان نائل شوند (۱۹). در این راستا عزالدین و همکاران (۲۰) اثربخشی درمان هیجان مدار بر شادکامی زناشویی و عملکرد جنسی زوجین را مثبت ارزیابی کردند. جاجرمی (۲۱) نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و سبک پاسخ دهی نشخواری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر است. با توجه به عدم وجود پژوهشی منسجم و کاربردی در خصوص موضوع، هدف از پژوهش حاضر مقایسه ی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر خود مراقبتی و عملکرد در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد.

۲. مواد و روش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح ۲ گروه به صورت پیش آزمون و پس آزمون و مرحله ی پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که در سال ۱۳۹۸ به انجمن دیابت شهر سبزوار مراجعه کرده اند بودند. بر اساس جدول مورگان ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی ساده در ۳ گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: گذشتن حداقل یک سال از تشخیص دیابت، نداشتن عوارض پیشرفته دیابت، شرایط سنی ۴۰ تا ۶۰ سال (به علت دسترسی بیشتر)، کسب حداقل نمره در پرسشنامه ی خود مراقبتی توبرت هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰)، عملکرد جنسی زنان (FSFI) و مردان (MSHQ) و داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه. معیارهای خروج عبارت بودند از: دریافت مداخلات روانشناختی در یک سال گذشته، غیبت بیشتر از ۳ جلسه. در این راستا ابتدا گروه درمانی از میان افرادی که تشخیص دیابت در آنها به وسیله آزمون ها و آزمایشات لازم تشخیص داده شده انجام شد. با توجه به همزمانی جلسات با شیوع گسترده ویروس کرونا و لزوم فاصله گذاری اجتماعی، جلسات با رعایت پروتکل های بهداشتی (اعم از ماسک، دستکش، ضد عفونی کردن محیط و رعایت فاصله گذاری) در قالب گروه های ۱۵ نفره آغاز شد. بدین شکل که به سبب شرایط پاندمیک کرونا اعضای گروه آزمایش به صورت ۳ نفری در گروهها حاضر شده و بعد از اتمام جلسات ۳ نفر اول، ۳ نفر بعدی وارد گروه می شدند و این رویه تا ۵ گروه ۳ نفره به صورت هفتگی ادامه پیدا کرد ابتدا پیش آزمون انجام شد. ۸ جلسه، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طبق الگوی

(۴). بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماریشان است (۵) بیماران دیابتی به این مسئله پی بردند که باید به طور میانگین در هر روز ۵۸ دقیقه را برای انجام خودمراقبتی اختصاص دهند (۶). در یک مطالعه انجام شده نتایج نشانگر آن است ۳۷/۹ درصد بیماران دیابتی مراقبت روزانه از پا را انجام نمی دهند و ۳۷/۷ درصد، فعالیت بدنی منظم ندارند (۷).

از دیگر مشکلات بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مشکلات جنسی است. علاقه، رضایت و توانایی برای شرکت در فعالیت جنسی به طور عمده تحت تأثیر دیابت قرار می گیرد. (۸). اختلال عملکرد جنسی در مبتلایان به دیابت در مقایسه با جمعیت عمومی شایعتر است (۹). شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان دیابتی بین ۸۰-۲۰ درصد تخمین زده شده است و شیوع آن در ایران ۷۸/۷ درصد گزارش شده است (۱۰). اختلال عملکرد جنسی با اختلال در عواطف مربوط به عملکرد جنسی، شخصیت، عملکرد اجتماعی، عاطفی و دوستی همراه است و نارضایتی از عملکرد جنسی منجر به مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم، تجاوزات جنسی، اختلالات روانی و طلاق می شود (۱۱).

برای درمان مشکلات روانشناختی افراد دیابتی، درمان های روان شناختی متعددی ابداع شده است از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (MBCT). ذهن آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است (۱۲). شیوه های رسمی شامل دوره های خاصی از مراقبه ذهن آگاهی مانند نشستن و تمرکز توجه بر نفس، اسکن بردن، راه رفتن و کشش ذهن و یوگا است. (۱۳). در این درمان شرکت کنندگان یاد می گیرند که ذهن آگاهی را به طیف وسیع تری از تجربیات داخلی و خارجی از جمله افکار و احساسات بکشند، به ویژه که در بدن تجربه می شوند تعمیم دهند (۱۴) در این درمان ها به جای تغییر شناخت ها، سعی می شود تا ارتباط روان شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. (۱۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بهبودی قابل توجه در کیفیت زندگی، نشانگان استرس و اضطراب بیماران دیابتی نشان داده است (۱۶-۱۷-۱۸). دیگر درمان روانشناختی درمان هیجان مدار است. رویکرد هیجان مدار توسط گرینبرگ و جانسون^۲ در اوایل دهه ۱۹۸۰ و بر اساس نظریه سیستمی درمان انسانگرا و تجربی و نظریه دلبستگی تدوین شد. فرایند درمان هیجان مدار در نه گام و سه مرحله می باشد که می توان روی هر فردی از ۸ تا ۱۰ جلسه صورت پذیرد که به افراد کمک

کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) و جلسه درمان هیجان مدار از پروتکل ارائه شده توسط جانسون (۲۰۰۶) به مدت ۹۰ دقیقه برای گروه‌های آزمایش اجرا شد و به گروه کنترل هیچ گونه درمانی داده نشد. بعد از اتمام جلسات درمانی نیز پس از آزمون انجام شد. دوره پیگیری نیز ۳ ماه بعد به صورت حضوری و دقیقاً مطابق با دوره قبل انجام شد. این پژوهش با شناسه اخلاق

IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.039 انجام گردید. در این تحقیق از تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌ها، به منظور توصیف داده‌های جمع‌آوری شده، استفاده شد و نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 17 تجزیه و تحلیل شد. خلاصه جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار

جلسه	محتوای جلسات ذهن آگاهی
اول	معرفی اعضا، توضیح مختصر درباره ۸ جلسه و در مورد دیابت؛ باز کردن مفهوم ذهن آگاهی؛ انجام پیش آزمون؛ ارائه تکالیف خانگی
دوم	انجام مراقبه و آرسی بدن؛ بحث در مورد این تجربه و تجربه انجام تکلیف خانگی و در مورد موانع انجام تمرین و نیز راه‌های برنامه ذهن آگاهی برای مسأله‌ها کردن افکار مزاحم
سوم	تمرین دیدن و شنیدن؛ تمرین سه دقیقه‌ای فضای تنفسی
چهارم	مراقبه نشسته همراه با توجه به تنفس، توجه به صداهای بدن و افکار؛ بحث در مورد پاسخهای استرس و واکنش فرد به موقعیتهای دشوار
پنجم	مراقبه نشسته؛ حرکت‌های ذهن آگاهانه بدن؛ فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای در یک رویداد ناخوشایند
ششم	تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه‌ای؛ ۴ تمرین مراقبه به مدت ۱ ساعت؛ انتخاب ترکیبی از مراقبه‌ها
هفتم	مراقبه و آگاهی نسبت به هر آنچه در لحظه به هشیاری وارد می‌شود؛ بحث در مورد مضمون بهترین راه مراقبت از خود
هشتم	استفاده از یادگیریها؛ پاسخ به سوالات شرکت کنندگان؛ انجام پس آزمون، خاتمه‌ی درمان
جلسات	شرح جلسات درمان هیجان مدار
اول	آشنایی کلی با اعضای گروه؛ معرفی درمانگر، ارائه تعریف مفاهیم درمان هیجان مدار؛ انجام پیش آزمون
دوم	بررسی پذیرش و انعکاس تجربیات (تعاملی و هیجانی)؛ مشخص کردن رابطه پاسخهای هیجانی شرکت کننده‌ها با سطح بیماری آنها؛ ارزیابی مشکل و موانع موجود؛ ایجاد توافق درمانی
سوم	انعکاس احساسات مرتبط با بیماری و ارزش دادن به آنها؛ کشف ترسها و نایمنی اساسی که ارتباط زوجی و رابطه جنسی را محدود می‌کند
چهارم	برونسازی مشکل اعضا به کمک درمانگر؛ روشن کردن پاسخهای هیجانی کلیدی؛ چرخه تعامل توسط شرکت کننده‌ها؛ افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی؛ پذیرش هیجانان
پنجم	عمق بخشیدن به درگیری در روابط زناشویی؛ تمرکز روی خود نه دیگری؛ ابراز خواسته و آرزوها
ششم	یادگیری اعتماد به هیجانهایی که به تازگی آشکار شده؛ تجربه واکنشهای جدید نسبت به انگیزه‌ها
هفتم	هیجانهای اولیه که در مراحل قبلی شناسایی شده بودند به صورت کامل پردازش شدند
هشتم	مرور جلسات پیشین؛ آمادگی برای اتمام درمان؛ انجام پس آزمون، دوره پیگیری نیز ۳ ماه بعد انجام شد

۳. ابزار پژوهش

۱) پرسشنامه جمعیت شناختی: شامل ۱۳ سوال مرتبط با اطلاعات دموگرافیک است.

۲) پرسشنامه خود مراقبتی توبرت هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰): برای بررسی خود مراقبتی از پرسشنامه خود مراقبتی توبرت هامپسون و گلاسکو (۲۲) که با هدف ارزیابی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی در ۵ حیطه رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قندخون، مراقبت از پاها و مصرف دارو، طی ۷ روز گذشته ساخته شده و شامل ۱۲ سوال است، استفاده شد

۲۲). کواهارا و همکاران (۲۳) پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن را رضایت بخش به دست آورده است. در ایران مطالعه‌ای که توسط رئیس و همکاران (۲۰۱۵) انجام گرفت پایایی پرسشنامه مذکور با ضریب آلفای ۰/۸۲ بر روی بیماران دیابتی مورد تایید قرار گرفت (۲۴)

۳) پرسشنامه‌ی عملکرد جنسی زنان (FSFI): جهت بررسی عملکرد جنسی زنان ز پرسشنامه روزن و همکاران که در سال ۲۰۰۰ ساخته شده و شامل ۱۹ سوال جهت بررسی عملکرد جنسی زنان است استفاده شد (۲۵). پایایی پرسشنامه در مطالعه موسی

بیش از ۰/۷۸ و ۰/۹۰ بود. در تحلیل عاملی اکتشافی سه عامل نعوظ، انزال، و رضایتمندی، استخراج شد. ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد پرسشنامه بیش از ۰/۸۴ و نشانگر پایایی ابزار است (۲۸).

۳. یافته‌ها

بررسی وضعیت سنی افراد نشان داد که میانگین کل سن پاسخگویان برابر با ۴۸/۹ است. در مجموع ۲۳ نفر دیپلم، ۱۶ نفر لیسانس و ۶ نفر فوق لیسانس و بالاتر بودند. مقایسه گروه‌ها با آزمون تحلیل واریانس نشان داد که از نظر آماری تفاوتی بین میزان گروه‌ها وجود ندارد ($p > 0.05$).

زاده و متولی (۲۰۱۵) ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانگر پایایی بالای آن است (۲۶). روایی پرسشنامه مذکور در ایران توسط محمدی، حیدری و فقیه زاده (۲۷) مورد تأیید می‌باشد.

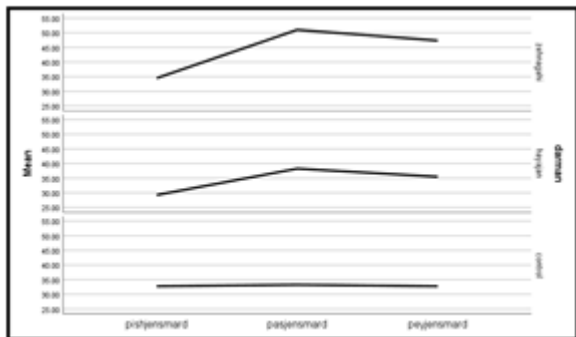
۴ پرسشنامه عملکرد جنسی مردان (MSHQ): جهت بررسی عملکرد جنسی مردان نیز از پرسشنامه‌ای که شامل ۳ بعد نعوظ، انزال و رضایتمندی است استفاده شد. نتایج تحقیق روزن و همکاران (۲۵) حاصل از پایایی پرسشنامه حاکی از توافق درونی رضایت بخش در تمامی ابعاد پرسشنامه MSHQ است و مقدار شاخص عددی آن ۰/۸۴ است. در ایران نیز در پژوهش فخری و همکاران (۲۰۱۳) مقادیر نسبت و شاخص روایی محتوا به ترتیب

جدول ۱. توصیف متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

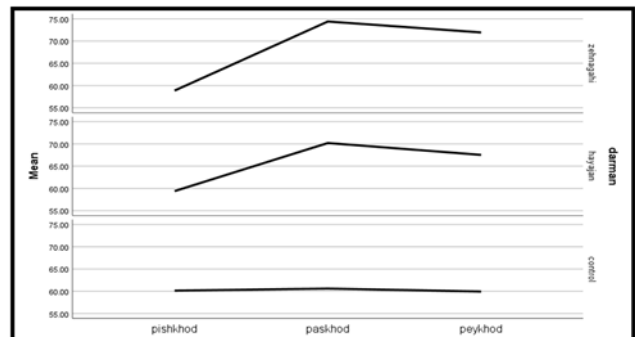
متغیرها	زمان	گروه		
		ذهن آگاهی	هیجان مدار	کنترل
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
خودمراقبتی	پیش آزمون	۵/۹۱ ± ۵۸/۸۶	۵/۱۵ ± ۵۹/۴۰	۶/۷۱ ± ۶۰/۱۳
	پس آزمون	۴/۸۸ ± ۷۴/۴۰	۵/۰۷ ± ۷۰/۲۰	۶/۰۸ ± ۶۰/۶۰
	پیگیری	۵/۲۲ ± ۷۱/۹۳	۴/۹۱ ± ۶۷/۵۳	۵/۷۱ ± ۵۹/۹۳
عملکرد جنسی مردان	پیش آزمون	۶/۲۵ ± ۳۴/۵۰	۳/۱۰ ± ۲۹/۲۵	۵/۲۵ ± ۳۲/۷۵
	پس آزمون	۵/۲۹ ± ۵۱/۰۰	۴/۱۳ ± ۳۸/۲۵	۵/۰۳ ± ۳۳/۲۵
	پیگیری	۶/۷۴ ± ۴۷/۳۳	۴/۴۷ ± ۳۵/۵۰	۴/۳۰ ± ۳۲/۷۵
عملکرد جنسی زنان	پیش آزمون	۲/۲۹ ± ۲۱/۶۶	۱/۶۱ ± ۲۱/۴۲	۲/۹۹ ± ۲۲/۴۲
	پس آزمون	۱/۱۱ ± ۳۰/۰۰	۱/۰۶ ± ۲۷/۸۵	۲/۳۷ ± ۲۲/۴۲
	پیگیری	۱/۶۹ ± ۲۶/۸۸	۲/۲۵ ± ۲۵/۲۵	۱/۷۳ ± ۲۲/۰۰

روند تغییرات نمرات را در سه مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌ها را نشان می‌دهد

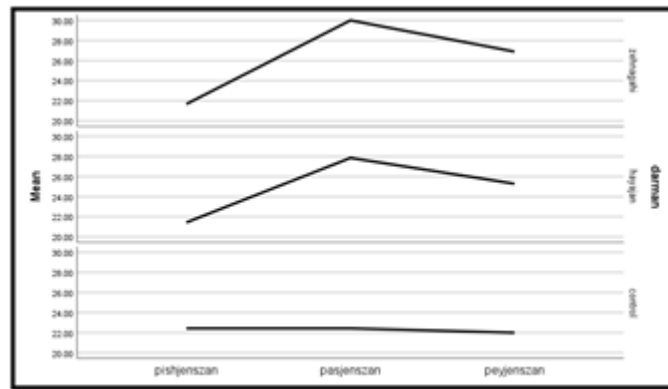
یافته‌ها نشان داد میانگین خود مراقبتی و عملکرد جنسی در گروه ذهن آگاهی و هیجان مدار افزایش داشته است. اما این میانگین در گروه کنترل تغییر اندکی داشته است. نمودارهای زیر



شکل ۲. نمودار خطی میانگین عملکرد جنسی مردان در بین گروه‌ها



شکل ۱. نمودار خطی میانگین خود مراقبتی در بین گروه‌ها



شکل ۳. نمودار خطی میانگین عملکرد جنسی زنان در بین گروه ها

جدول ۲. مقایسه میزان تاثیر دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر متغیرهای وابسته

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه خود مراقبتی (مداخله)	۲۲/۱۸	۱	۲۲/۱۸	۷/۹۶	۰/۰۹۰	۰/۲۲۸
گروه عملکرد جنسی مردان (مداخله)	۶۵/۱۲	۱	۶۵/۱۲	۹/۰۸	۰/۱۶۶	۰/۵۳۰
گروه عملکرد جنسی زنان (مداخله)	۱۵۴/۵۳	۱	۱۵۴/۵۳	۱۶/۹۳	۰/۲۲۰	۰/۴۴۱

$(p < ۰/۰۹۰)$

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد هر دو درمان به میزان مشابهی بر خود مراقبتی و عملکرد جنسی تاثیر گذار هستند.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر درون گروهی برای بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر خود مراقبتی و عملکرد جنسی در زنان و مردان

متغیر	منبع تاثیر (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
زمان	زمان	۶۲۰/۸۱۷	۱	۶۲۰/۸۱۷	۲۱۰/۲۷۷	۰/۰۰۰
خود مراقبتی	زمان * گروه	۶۶۰/۰۱۷	۱	۶۶۰/۰۱۷	۲۲۳/۵۵۴	۰/۰۰۰
خطا		۸۲/۶۶۷	۴۲	۲/۹۵۲		
زمان	زمان	۲۸۲/۳۳۳	۱	۲۸۲/۳۳۳	۱۳۳/۲۹۸	۰/۰۰۰
عملکرد جنسی مردان	زمان * گروه	۲۵۶/۰۱۹	۱	۲۰۹/۹۲۱	۱۶۶/۳۹۶	۰/۰۰۰
خطا		۲۵/۴۱۷	۴۲	۲/۱۱۸		
زمان	زمان	۴۵/۲۴۰	۱	۴۵/۲۴۰	۲۰/۰۲۱	۰/۰۰۱
عملکرد جنسی زنان	زمان * گروه	۶۲/۸۶۵	۱	۶۲/۸۶۵	۲۷/۸۲۱	۰/۰۰۰
خطا		۳۱/۶۳۵	۴۲	۲/۲۶۰		
متغیر	منبع تاثیر (هیجان مدار)	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار p
زمان	زمان	۲۳۶/۰۱۷	۱	۲۳۶/۰۱۷	۶۱/۷۲۳	۰/۰۰۰
خود مراقبتی	زمان * گروه	۲۶۰/۴۱۷	۱	۲۶۰/۴۱۷	۶۸/۱۰۴	۰/۰۰۰

		۳/۸۲۴	۴۲	۱۰۷/۰۶۷	خطا	
۰/۰۰۰	۳۶/۷۶۵	۷۸/۱۲۵	۱	۷۸/۱۲۵	زمان	
۰/۰۰۰	۱۱۶/۶۰۴	۷۷/۰۴۲	۱	۷۷/۰۴۲	زمان * گروه	عملکرد جنسی مردان
		۲/۱۲۵	۴۲	۲۹/۷۵۰	خطا	
۰/۰۳۶	۵/۵۷۴	۲۰/۵۷۱	۱	۲۰/۵۷۱	زمان	
۰/۰۱۲	۸/۷۱۰	۳۲/۱۴۳	۱	۳۲/۱۴۳	زمان * گروه	عملکرد جنسی زنان
		۳/۶۹۰	۴۲	۴۴/۲۸۶	خطا	

در زنان ($F=17/747$, $sig \leq 0/000$) ($F=17/747$, $sig \leq 0/000$)، معنادار بود که با توجه به مجذور اتا می توان گفت که در بخش بین گروهی ۵۹ درصد تغییرات خود مراقبتی، ۵۶ درصد تغییرات عملکرد جنسی در مردان و ۶۱ درصد تغییرات عملکرد جنسی در زنان ناشی از اثر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۶۶ درصد تغییرات خود مراقبتی، ۵۲ درصد تغییرات عملکرد جنسی در مردان و ۴۸ درصد تغییرات عملکرد جنسی در زنان ناشی از اثر مداخله درمان هیجان مدار است.

یافته های جدول شماره ۳ نشان داد اثر مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار معنی دار شده است ($p < 0/05$) و بر این اساس فرضیه پژوهش مورد تایید قرار می گیرد.

با توجه به نتایج جدول ۴ اثر اصلی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار برای متغیر های خود مراقبتی ($F=15/555$, $sig \leq 0/000$) ($F=15/555$, $sig \leq 0/000$)، عملکرد جنسی در مردان ($F=7/288$, $sig \leq 0/000$) و عملکرد جنسی ($F=15/577$, $sig \leq 0/000$) ($F=15/577$, $sig \leq 0/000$) و عملکرد جنسی

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه گیری مکرر بین گروهی برای بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر خود مراقبتی و عملکرد جنسی

متغیرها (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
خود مراقبتی	گروه	۱۵۰۴/۷۱۱	۱	۱۵۰۴/۷۱۱	۱۵/۵۵۵	۰/۰۰۰	۰/۵۹
	خطا	۲۷۰۸/۵۷۸	۴۱	۹۶/۷۳۵			
عملکرد جنسی مردان	گروه	۱۳۲۷/۶۲۷	۱	۱۳۲۷/۶۲۷	۱۵/۵۷۷	۰/۰۰۲	۰/۵۶
	خطا	۱۰۲۲/۷۷۸	۴۱	۸۵/۲۳۱			
عملکرد جنسی زنان	گروه	۱۷۹/۶۱۹	۱	۱۷۹/۶۱۹	۱۷/۷۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۱۴۱/۶۹۳	۴۱	۱۰/۱۲۱			
متغیرها (هیجان مدار)	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا
خود مراقبتی	گروه	۶۷۷/۷۸۸	۱	۶۷۷/۷۸۸	۷/۲۸۸	۰/۰۱۲	۰/۶۶
	خطا	۲۶۰۴/۵۷۸	۴۱	۹۳/۰۱۳			
عملکرد جنسی مردان	گروه	۲۴/۰۸۳	۱	۲۴/۰۸۳	۰/۴۲۸	۰/۰۰۰	۰/۵۲
	خطا	۷۸۸/۵۰۰	۴۱	۵۶/۳۲۱			
عملکرد جنسی زنان	گروه	۶۹/۴۲۹	۱	۶۹/۴۲۹	۷/۱۷۰	۰/۰۲۰	۰/۴۸
	خطا	۱۱۶/۱۹۰	۴۱	۹/۶۸۳			

جدول ۵. نتایج آزمون تعدیل شده بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین خود مراقبتی و عملکرد جنسی بر حسب رویکردهای درمان

گروه	مقایسه خود مراقبتی	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	مقدار p
شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	هیجان مدار	۲/۶۸۸۹	۱/۹۹	۰/۵۵۲
	کنترل	۸/۱۷۸۸	۱/۹۹	۰/۰۰۱
هیجان مدار	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۶۸۶۹	۱/۹۹	۰/۵۵۲
	کنترل	۵/۴۸۸۹	۱/۹۹	۰/۰۲۶
کنترل	شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	-۸/۱۷۸۸	۱/۹۹	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	-۵/۴۸۸۹	۱/۹۹	۰/۰۲۶
گروه	مقایسه عملکرد جنسی مردان	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	مقدار p
شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	هیجان مدار	۲/۲۹۱۷	۲/۶۳	۰/۳۸۷
	کنترل	۱۶/۱۶۶۷	۲/۶۳	۰/۰۰۱
هیجان مدار	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۲/۲۹۱۷	۲/۶۳	۰/۳۸۷
	کنترل	۳/۸۷۵۰	۲/۴۴	۰/۰۰۱
کنترل	شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱۶/۱۶۶۷	۲/۶۳	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	-۳/۸۷۵۰	۲/۴۴	۰/۰۰۱
گروه	مقایسه عملکرد جنسی زنان	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	مقدار p
شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	هیجان مدار	۱/۸۷۳۰	۰/۸۰	۰/۰۹۲
	کنترل	۶/۲۳۰۲	۰/۸۰	۰/۰۰۰
هیجان مدار	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۸۷۳۰	۰/۸۰	۰/۰۹۳
	کنترل	۴/۳۵۷۱	۰/۸۵	۰/۰۰۰
کنترل	شناخت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	-۶/۲۳۰۲	۰/۸۰	۰/۰۰۰
	هیجان مدار	-۴/۳۵۷۱	۰/۸۵	۰/۰۰۰

پذیرش در جریان زندگی او حضور دارند، در نتیجه به احتمال بیشتری گرایش به انجام رفتارهایی دارد که با افزایش خودمراقبتی مرتبط است (۳۳). تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر عملکرد جنسی نیز بدین صورت است که باور افراد به توانایی هایشان حتی در مواقعی که فرد دچار نقصی در بدن خود می شود، می تواند عملکردهای او را تثبیت نگه دارد. با این باور، فرد می تواند بر پیامدهای زندگی خود اثر بگذارد و احساس کنترل بیشتری بر آن داشته باشد. چنین باوری، نوعی خود آرزایی از توانایی و کارآمدی در رفتار جنسی است. به همین دلیل میزان عزت نفس، نگرش مثبت و همدلی همسران با ارضای جنسی بهتر و کامل تر و احساس شادکامی، مرتبط شناخته می شود و روابط جنسی و ابراز محبت را بالا می برد (۳۴).

نتایج دوم نشان داد درمان هیجان مدار بر متغیرهای خود مراقبتی، عملکرد جنسی مردان و عملکرد جنسی زنان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثر بخش است. نتیجه این قسمت از پژوهش نیز مؤید پژوهش های گذشته است (۳۵-۳۸). می توان گفت که در این بیماران نگرشها، احساسات و آگاهی بالایی از خود وجود

یافته ها نشان داد بین میانگین خود مراقبتی و عملکرد جنسی در مردان و زنان در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان هیجان مدار نیز تفاوت معناداری ملاحظه نشد ($p=0/552$ ، $p=0/387$ ، $p=0/092$) که به معنای این است که هر دو گروه به میزان مشابهی بر خود مراقبتی و عملکرد جنسی موثر بوده اند.

۴. بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه ی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان هیجان مدار بر خود مراقبتی و عملکرد در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد. نتایج نشان داد اثر اصلی گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای متغیرهای خود مراقبتی، عملکرد جنسی در مردان و عملکرد جنسی در زنان، معنادار بود که این نتایج همسو با پژوهش های (۲۹، ۳۰) و ناهمسو با (۳۱، ۳۲) بود. زمانی که فرد به شیوه ذهن آگاهانه زندگی می کند و مجهز به مهارتهای ذهن آگاهی است و آموزه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مانند

اثربخشی دو درمان و عوامل اختصاصی اشاره کرد. یکی از عناصر مشترک در هر دو درمان، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان انجام تکالیف خانگی و ارائه ی نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان می باشد. مورد دیگر در اثربخشی هر دو درمان تأکید بر نحوه ی ارتباط با افکار و هیجانات است. در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت ناهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می شود و این امر باعث بهبودی می شود (هرچند به دو شیوهی متفاوت) (۱۶). از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به نمونه گیری در دسترس، سن افراد و عدم کنترل شدت بیماری می باشد. پیشنهاد می شود چنین پژوهش هایی با حجم نمونه ی بیشتر انجام شود تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از رساله ی دکتری می باشد. از اساتید عزیز و بزرگوار و انجمن دیابت سبزوار بابت همکاری های صمیمانه در نگارش این مقاله کمال تشکر را دارم.

نداشته، تصویر ذهنی منفی از خویش دارند و در ابعاد ذهنی رشد ضعیفی دارند. به کارگیری درمان هیجان مدار و استفاده از تنظیم هیجان در بیماران باعث افزایش خود مراقبتی در آنها گردید. در خصوص اثر بخشی درمان هیجان مدار بر عملکرد جنسی نیز نتیجه حاکی از آن بوده است که آموزش راهبردهای مدیریت هیجان سبب افزایش مولفه رضایت جنسی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. هدف درمان هیجان مدار این است که کاری کند تا مراجعین به پاسخهای هیجانی که زیربنای الگوی تعاملی منفی آنها هستند، دسترسی پیدا کنند، آنها را ابراز نموده و پردازش مجدد کنند. سپس افراد می توانند علائم هیجانی جدیدی را به همسرشان بفراستند که اجازه می دهد الگوهای تعاملی به سمت دسترس پذیری و پاسخگو بودن بیشتری پیش روند و در نتیجه یک پیوند ایمن تر و رضایت بخش تر خلق گردد. یافته ی سوم نشان داد بین میانگین خود مراقبتی و عملکرد جنسی در مردان و زنان در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه درمان هیجان مدار نیز تفاوت معناداری ملاحظه نشد ($p=0/092$ ، $p=0/387$ ، $p=0/552$) که به معنای این است که هر دو گروه به میزان مشابهی بر خود مراقبتی و عملکرد جنسی موثر بوده اند. در تبیین این نکته چرا بین اثر بخشی دو درمان تفاوتی مشاهده نشد می توان به عناصر مشترک در

References

- [1]. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010
- [2]. Larejani B, Zahedi F. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. *Diabet Metabol J*. 2010; 1: 1-8 (Persian).
- [3]. Shahbazian H, Shahbazian H, Roshan pajoh, F. Survey The Prevalence of nephropathy in Early Diagnosis of type 2 diabetes in patients of diabetes clinic of Ahvaz. *Jundishapur Univ Med Sci*. 2012; 3(50):600- 607. (Persian).
- [4]. Rahimi A, Salehi SH, Afrasiabifar A. The Effect of Orem's Self-Care Model on Quality Of Life of Patients with Hypothyroid Goiter. *Armaghan Danesh*. 2012;17(5):21-35(Persian)
- [5]. Mahmoodi A, Alavi M, N. Mousavi N. Investigate the Relationship between Self-care and --with Hemoglobin A1C in Diabetics. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac*. 2012; 20(3):20-5. (Persian)
- [6]. MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in People with Long Term Health Problems: a Community Based Survey. *BMC Family Practice J*. 20 June 2011;12.(53)
- [7]. Safford M, Russell L, Churlshuh D, Roman S, Pogach L. How much time Do patients with Diabetes spend on self - care?. *J Am Board Fam Pract*. 2005;18(7):262-70.
- [8]. Copeland KL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Subak LL, Thom DH, et al. Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women. *Obstet Gynecol*. 2012;120 (2 Pt 1): 331-40.
- [9]. Najafi M, Mirhoseini M, Moghani Lankarani M, Assari S. Correlation between sexual dysfunction and marital dissatisfaction among diabetics. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2006;8(2):175-179.
- [10]. Elyasi F, Kashi Z, Tasfieh B, Bahar A, Khademloo M. Sexual dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Iranian journal of medical sciences*. 2015;40(3):206.
- [11]. Anisi B, Taavoni S, Ahmadi F. Sexual function changes in primipara women and detection of the related factors during 3-6 months after delivery. *Iranian J Nurs Midwif*. 2005;18(41):69- 76
- [12]. Crane, Rebecca. *Mindfulness -Based Cognitive Therapy/ The CBT Distinctive Features Series*, Series editor. UK: First published routledge.2009
- [13]. Lilja JL, Broberg M, Norlander T, Broberg AG. Mindfulness-Based cognitive therapy: Primary care patients' experiences of outcomes in everyday life and relapse prevention. *Psychology*. 2015;6.(4)
- [14]. Alberts HJ, Thewissen R, Raes L. Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*. 2012;58(3):847-51.
- [15]. Hayes, S C, Follette V M, Linehan M M. *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York. Guilford Press.2011
- [16]. Yousefi, Nahid .The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-efficacy and resilience of patients with type 2 diabetes. Master Thesis, Islamic Azad University, Najafabad Branch.2015(Persian).
- [17]. Nowruz Dashtaki M, Taghipour E, Habib M, Imani S .The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on sexual desire and arousal in women with drug abuse. *Journal of Addiction Research*. 2021;15(59): 251-274(Persian).

- [18]. Sanaguy Mehrz Gh, Mir Shekari H R, Saberian Borujeni L, Mir Sharafuddin, A. The effect of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on depression, cognitive flexibility in diabetic patients. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, Volume 62, 711-699
- [19]. Peng, Y. The use of recursive frame analysis on an emotionally focused couple's therapy session. *The Qualitative Report*.2014; 19 (63):1-25.
- [20]. Ezzoldin F, Rahimian Booger I, Moazedian A, Sotoudeh Asl N. The effectiveness of emotion therapy on marital happiness and sexual performance of couples. *Journal of Disability Studies*.2020; (10) 230(Persian)
- [21]. Jajarmi, M, Razavizadeh Tabadakan, B Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on depression and ruminant response style in women with type 2 diabetes. *Journal of Women and Family Studies*.2019; Volume 12, Number 43: 104-85
- [22]. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow R E. The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*.2000;23(7), 943-950
- [23]. Kuwahara A, Nishino Y, Ohkubo T, Tsuji I, Hisamichi S, Hosokawa T. Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *The Tohoku journal of experimental medicine* 2004; 203(1): 37-45.
- [24]. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian journal of Diabetes and Metabolism*. 2015 Mar 10;14(3):199-208.
- [25]. Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther*.2000; 26(2): 191-208.
- [26]. Musazadeh T, Motevalli, R. Study of sexual behavior and performance of pregnant women in Ardabil in 2015. *Journal of Health and Care*. Issue 97(Persian)
- [27]. Mohammadi KH, Heidari M, Faghihzadeh S. Validity of persian version of FSFI scale as an indicator of women's sexual function. *Payesh*.2008;7(3):269-78(Persian)
- [28]. Fakhri A, Morshedi H, Soleimani A, Hosseini M. Psychometric properties of the Iranian version of male sexual function. *Jundi Scientific Journal of Jundishapur Medical Journal*. 2013; Volume 12, Number 6(Persian)
- [29]. Harbi A , Oraki M , Alipour A, Qaemi. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction program on self-care and diabetes-related quality of life in female patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychological Sciences*.2020; Volume 19, Number 95
- [30]. Koshki F, Haroon Rashidi H. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Training on the Quality of Sleep and Psychological Distress in Patients with Type II Diabetes. *J Diabetes Nurs*. 2019; 7 (3) :844-856
- [31]. Smith, B. L., & Home, S. G. What's faith got to do with it? The role of spirituality and religion in lesbian and bisexual women's sexual satisfaction. *Women & Therap*.2015; 31(1), 73-87.
- [32]. Avtgis, T. A. The relationship between unwillingness to communicate and family communication patterns. *Communication Research Reports*.2013; 16(4), 333-338.
- [33]. Gockel A, Burton D, James S, Bryer E. Introducing mindfulness as a self-care and clinical training strategy for beginning social work students. *Mindfulness*.2017; 4(4): 343-53
- [34]. Litzinger, S., & Kristina, G. Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex and Marital Therapy*.2005; 31, 5: 409-424.
- [35]. Abdi Sarkami F, Mizayan B, Abbasi. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and therapy based on emotion efficiency on depression and self-care in non-clinical depressed elderly. *Aging Psychology*.2020; Volume 6, Number 3: 283-269 (Persian)
- [36]. Vanderlind, W. M., Millgram, Y., BaskinSommers, A. R., Clark, M. S., & Joormann, J. .Understanding positive emotion deficits in depression: From emotion preferences to emotion regulation. *Clinical Psychology Review*.2020; 76, 101826
- [37]. Sakiris, N., & Berle, D. A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*. 2019; 72, 101751.
- [38]. John, N. A., Seme, A., & Tsui, A. O. Partner relationships and health: Marital quality and health among peri-urban ethiopian couples. *Journal of Relationships Research*.2016; 7(2): 1-12