

مروری بر اصول و روش‌های مربوط به سازگاری با بیماری دیابت A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

Dr. Reza Pourhosein*

Associate Professor, University of Tehran, Tehran, Iran.

prhosein@ut.ac.ir

Negin Dorri

Ph.D. Student, University of Tehran, Kish International Campus, Iran.

دکتر رضا پورحسین (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نگین دری

دانشجوی دکترا، پردیس بین المللی کیش، دانشگاه تهران، ایران.

Abstract

Any stimulus that enters one of the dimensions of a human being puts pressure on other dimensions as well. People are constantly faced with physical, social and psychological changes in the environment and must interact with them to adapt. Diabetes disrupts the body's biological and psychological interaction, requiring a person to adapt to the disease. The aim of the present study was to review psychological methods related to adaptation to diabetes. The present study was a narrative review study. The search was performed using the keywords of diabetes, self-care, and adaptation in specific databases such as Medline, SID, Magiran, PubMed, Scopus, and Science Direct. After reviewing the criteria for entering and leaving, articles that were not directly related to the topic in question, as well as articles with duplicate findings were omitted. The review of studies showed that self-care is a range of behaviors of a person on diet, medication, exercise and so on, which is influenced by individual and social factors and indicates how well a person is adopted with a chronic illness such as diabetes. Psychological factors and principles not only affect different aspects of the life of people with diabetes, but also affect their self-care and management behaviors and achieve proper control in these people.

Keywords: *Diabetes, Self-Care, Adaptation.*

چکیده

هر محرکی که به یکی از ابعاد انسان وارد می‌شود، سایر ابعاد را نیز تحت فشار قرار می‌دهد. افراد دائماً با تغییرات فیزیکی، اجتماعی و روانی محیط روبه‌رو است و باید با آن‌ها ارتباط متقابل داشته باشد تا به سازگاری دست یابد. بیماری دیابت موجب برهم خوردن تعامل زیستی و روانی ارگانیزم می‌شود به طوری که مستلزم سازگاری فرد با بیماری است. هدف مطالعه حاضر مرور و بررسی روش‌های روان‌شناختی مربوط به سازگاری با بیماری دیابت بود. مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نقلی بود. با استفاده از کلیدواژه‌های دیابت، خودمراقبتی و سازگاری در پایگاه‌های اختصاصی نظیر Science, Scopus, PubMed, Magiran, SID, Medline, Direct جستجو انجام شد. پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج، مقالاتی که ارتباط مستقیمی با موضوع مورد بحث نداشتند و همچنین مقالات با یافته‌های تکراری حذف شدند. مروری بر مطالعات نشان داد خودمراقبتی طیفی از رفتارها یک فرد است که رژیم غذایی، دارویی، ورزش و غیره را در برمی‌گیرد که تحت تأثیر عوامل فردی و اجتماعی قرار دارد و حاکی از میزان سازگاری فرد با بیماری مزمن نظیر دیابت است. عوامل و اصول روان‌شناختی نه تنها ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه در رفتارهای خود مراقبتی و مدیریت و دستیابی به کنترل مناسب در این افراد نیز تأثیرگذار هستند.

واژه‌های کلیدی: *دیابت، خودمراقبتی، سازگاری.*

ویرایش نهایی: شهریور ۹۹

پذیرش: اردیبهشت ۹۹

دریافت: اردیبهشت ۹۹

نوع مقاله: مروری سیستماتیک

مقدمه

بیماری مزمن^۱ در پزشکی به بیماری‌هایی گفته می‌شود که به طول می‌انجامد و یا ذاتاً بلندمدت هستند (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۱). این نوع بیماری‌ها در سال‌های آتی با روند رو به رشد شدیدی در تمام دنیا به ویژه در کشورهای در حال توسعه همراه خواهند بود

1. Chronic Disease

2. The World Health Organization

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

(کروودر^۱، ۲۰۱۲). تشخیص بیماری‌های مزمن همچون دیابت^۲ آغازگر فرایند ارزیابی‌های متوالی و مستمر است تا بیمار با نیازها و محدودیت‌های تحمیل شده از طرف بیماری سازگار شود (گوییس، فرو، سانتوس، سوسا، اوآکینین^۳ و همکاران، ۲۰۱۲). دیابت یکی از چالش برانگیزترین بیماری‌های مزمن است. دیابت یا بیماری قند به قند خون بالای ۹۶ تا حدود ۱۱۲ میلی‌گرم در دسی لیتر گفته می‌شود. در این بیماری توانایی تولید هورمون انسولین^۴ در بدن از بین می‌رود یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. نقش اصلی انسولین پایین آوردن قند خون توسط سازوکارهای مختلف است. دیابت دو نوع اصلی دارد، دیابت نوع یک و دیابت نوع دو^۵. در دیابت نوع یک، تخریب سلول‌های بتا^۶ در پانکراس^۷ منجر به نقص تولید انسولین می‌شود و در نوع دو، مقاومت پیش‌رونده بدن به انسولین وجود دارد که در نهایت ممکن است به تخریب سلول‌های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر شود. در دیابت نوع دو عوامل ژنتیکی، چاقی^۸ و کم‌تحرکی نقش مهمی در ابتلای فرد دارند (مویی^۹، ۲۰۱۹).

در دیابت، سرعت و توانایی بدن در استفاده و سوخت‌وساز کامل گلوکز^{۱۰} کاهش می‌یابد از این رو میزان قند خون افزایش یافته که به آن هیپرگلیسمی^{۱۱} می‌گویند (ویس^{۱۲}، ۲۰۱۹). هنگامی که این افزایش قند در درازمدت در بدن وجود داشته باشد، سبب تخریب رگ‌های بسیار ریز در بدن می‌شود که می‌تواند اعضای مختلف بدن همچون کلیه، چشم و اعصاب را درگیر کند. همچنین دیابت با افزایش ریسک بیماری‌های قلبی عروقی^{۱۳} ارتباط مستقیمی دارد (مویی، ۲۰۱۹)؛ لذا غربالگری و تشخیص زودهنگام این بیماری در افراد با خطر بالا می‌تواند در پیشگیری از این عوارض مؤثر باشد. تشخیص و همچنین غربالگری دیابت با انجام آزمایش قند خون میسر است. عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلا، تنظیم و کنترل این بیماری نقش دارد (هاکت و استیتو^{۱۴}، ۲۰۱۶).

ابتلاء به این بیماری با ایجاد تنش و تغییرات در عملکرد فردی، بین فردی و اجتماعی همراه است. سازگاری با دیابت مستلزم مدیریت و کنترل آن است. نکته مهم این است که فرد مبتلا بایستی در مقابل بیماری خود مسئولیت‌پذیر باشد، درواقع مسئولیت عمده کنترل بیماری بر عهده خود بیمار است (سولویچزیک^{۱۵}، ۲۰۰۴). کنترل دیابت متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرشی و مراقبت سلامتی خواهد بود که در مجموع سبب به چالش کشیده شدن سازگاری روانی و اجتماعی این بیماران می‌شود. این افراد بایستی با تغییرات تهدیدکننده سلامت و حیات مقابله نمایند و با آن سازگار شوند تا به سطح قابل قبولی از عملکرد روانی و اجتماعی و نهایتاً کنترل بهتر دیابت دست یابند (فقهی، سعادت‌جو و دستجردی، ۱۳۹۲).

سازگاری خوب به بیمار این امکان را می‌دهد تا تغییراتی را که سلامتی‌اش را تضمین می‌کند را اعمال کند. سازگاری را می‌توان به عنوان پاسخ به یک تغییر در محرک که اجازه می‌دهد ارگانیسم به طور مناسب با آن تغییر سازش یابد، تعریف کرد. این تعریف نشان می‌دهد که سازگاری در طول زمان به وجود می‌آید. به علاوه در روان‌شناسی، سازگاری اشاره به حالت مطلوب یا نقطه نهایی دارد (هویت و ایستانتون^{۱۶}، ۲۰۱۲). عدم سازگاری با اضطراب، افسردگی، درماندگی و مشکلات رفتاری مشخص می‌شود. سازگاری با بیماری به عنوان فرایندی برای حفظ دیدگاه مثبت در مورد خود و جهان، در مواجهه با مشکل سلامت در نظر گرفته می‌شود (شارپ و کوران^{۱۷}، ۲۰۰۶). براساس مدل سازگاری روی^{۱۸}، سازگاری در چهار بعد فیزیولوژیک، درک از خود، نقش و وابستگی متقابل صورت می‌گیرد. بعد فیزیولوژیک عمدتاً مسئول حفظ تعادل فیزیولوژیک درباره نیازهای اساسی نظیر فعالیت و استراحت، تغذیه، دفع، اکسیژن رسانی و محافظت

1. Crowther, N. J.

2. Diabetes

3. Gois, C. J., Ferro, A. C., Santos, A. L., Sousa, F. P., Ouakinin, S. R.

4. Insulin

5. Type One and Type Two Diabetes

6. Beta cells (β cells)

7. Pancreas

8. Obesity

9. Moini, J.

10. Glucose

11. Hypoglycemia

12. Weiss, R.

13. Cardiovascular disease

14. Hackett, R. A., & Steptoe, A.

15. Solowiejczyk, J.

16. Hoyt, M. A., & Stanton, A. L.

17. Sharpe, L., & Curran, L.

18. Roy Adaptation Model

است. بعد درک از خود شامل، خود جسمی، خودشخصی و خودبین فردی است. بعد ایفای نقش مربوط به رفتارهایی است که جامعه از فرد انتظار دارد و به سه نوع نقش اولیه، ثانویه و ثالث اشاره دارد. بعد وابستگی متقابل به صورت توانایی دوست داشتن، احترام گذاشتن و دریافت عشق، احترام و ارزش توصیف می‌شود و به رفتارهای احساسی و عاطفی توجه می‌شود (جیننگز^۱، ۲۰۱۷). سازگاری، به خصوصیات فردی که هر شخص برای مدیریت روانی-هیجانی-اجتماعی برای بهبود در زندگی خود به کار می‌گیرد، اطلاق می‌شود. فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن فرایندی پویاست که دائماً تحت تأثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار می‌گیرد (ریدر، گینگن، کویجر و میدندورپ^۲، ۲۰۰۸). در این فرایند فرد مبتلا به دیابت بایستی با چالش‌های فردی و محیطی مقابله نماید تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمانی، روانی و اجتماعی رسیده و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد (هاموند و هرس-وینتروپ^۳، ۲۰۱۸).

رفتار خودمراقبتی^۴ مفهومی کلیدی در دستیابی به سازگاری و ارتقای سلامت است و شامل تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی است که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به کار می‌برد (داماسیو و کولر^۵، ۲۰۱۳). کنترل بیماری شامل مفاهیم، نظارت، انضباط و مسئولیت است. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن در تلاش جهت کنترل بر بیماری، طیف وسیعی از راهکارهای سازگاری را که شامل گرفتن و رها کردن مسئولیت است استفاده می‌کنند. به دلیل ماهیت مزمن بیماری، بیماران جهت تطابق و سازگاری با بیماری و یادگیری در جهت تغییر سبک زندگی به زمان احتیاج دارند و همچنین نیازمند پایش مداوم توانایی‌هایشان در کنترل بیماری هستند. کنترل بر بیماری و مدیریت آن از نقش‌های اساسی فرد و خانواده وی است. در نقطه مقابل ضعف در مواجهه با بیماری، تسلط بر بیماری گویای شرایطی است که بیماران با پذیرش مسئولیت مراقبت از خود، تلاش می‌کنند تا بر عوارض جسمی و روانی ناشی از بیماری فائق آیند. تلاش برای کنترل بر بیماری شامل ابعاد احساسی و مهارتی است که بیماران را برای کنترل بهتر بر وضعیت جسمی و روانی خویش توانمند می‌سازد (محمودی و علوی، ۱۳۹۴).

رفتار خود مراقبتی در زمینه دیابت به اقدامات انجام شده توسط بیماران جهت مقابله با بیماری خود مبتنی بر دانش و مهارت‌هایشان اشاره دارد (الشهري، النازی و هوور^۶، ۲۰۲۰). خودمراقبتی در دیابت یکی از مهم‌ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری است که بر کیفیت زندگی آن‌ها نیز اثرگذار است (براشه، شاکری نژاد، نوح جاه و حقیقی زاده، ۲۰۱۹). توانمندی و قدرت پذیرش وضعیت از عوامل شخصیتی هستند که بر روی وضعیت بیماران اثر می‌گذارند و قدرت آن‌ها را جهت برخورد با مشکلات از جمله بیماری‌ها افزایش می‌دهند. طبق بررسی انجام شده مهم‌ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی است (ریتاتا، شانکار و دپنش^۷، ۲۰۱۴). دیابت اغلب با مشکلات و اختلال‌های روانی همراه است. این مشکلات توانایی بیمار را برای خودمدیریتی بیماری کاهش می‌دهند. کاهش توانایی بیماران در کنترل دیابت مشکلات روانی آنان را تشدید می‌کند و باعث می‌شود بیماران در یک چرخه معیوب گرفتار شوند. حتی ممکن است این مشکلات با واکنش‌های روانی بیماران که بر تجربه علائم دیابت تأثیر منفی دارند شدیدتر شوند (کالرا، جنا و یارادکار^۸، ۲۰۱۸) و این موضوع بر اهمیت و ضرورت مطالعه حاضر می‌افزاید. در این بیماری بخشی از موانع عدم دستیابی به کنترل مطلوب قند خون مربوط به خصوصیات فردی بیمار، از جمله؛ فقر دانش در مورد دیابت، عدم پذیرش و پیروی از رژیم درمانی و غذایی، باورها، انگیزه و فقدان مهارت‌های فردی و بخشی دیگر را در عوامل شخصیتی از جمله؛ عوامل روانی و اجتماعی بیماران است و این گروه از بیماران با تشخیص دیابت به تدریج دچار عوارض جسمی، ناسازگاری‌های روان‌شناختی و اجتماعی می‌شوند (فقهی و همکاران، ۱۳۹۲). بین دو فردی که به لحاظ پزشکی و آسیب وارده در شرایط یکسانی بسر می‌برند از نظر واکنش‌ها و ناتوانایی‌هایی که بروز می‌دهند و همچنین عملکرد اجتماعی و فیزیکی تفاوت بارزی وجود دارد. یکی از عواملی که در تبیین این تفاوت می‌تواند حیاتی باشد روش‌های روان‌شناختی زیربنایی افراد دیابتی برای مقابله و سازگاری با بیماری است (محمود علیلو، اسبقی پور، نریمانی و آقامحمدزاده، ۱۳۹۳). عوامل شخصیتی، روانی-اجتماعی و هیجانی می‌توانند موجب سبک زندگی ناسالم، عدم کنترل بر میزان خوراک مصرفی و افزایش خوردن، عدم رعایت رفتارهای خود مراقبتی، کم تحرکی و ورزش نکردن و در نهایت عدم پیروی از درمان شوند که نه تنها روش‌های روان‌شناختی

1. Jennings K. M.

2. Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & Van Middendorp, H.

3. Hammond, L. D., & Hirst-Winthrop, S.

4. Self-care Behavior

5. Damásio, B. F., & Koller, S. H.

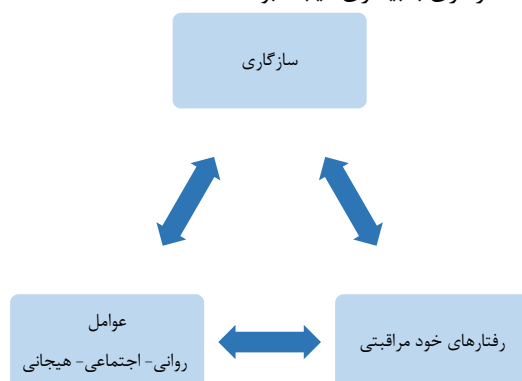
6. Alshehri, M. M., Alenazi, A. M., Hoover, J. C.

7. Raithatha, S. J., Shankar, S. U., & Dinesh, K.

8. Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

سازگاری با دیابت رت تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه نتیجه آن نوسان در کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت است. از آنجا که عوامل فردی و شخصیتی نقش مهمی در پیدایش، سیر، مدیریت و درمان بیماری دیابت می‌توانند داشته باشد، از این‌رو، هدف پژوهش حاضر مرور و بررسی روش‌های روان‌شناختی مربوط به سازگاری با بیماری دیابت بود.



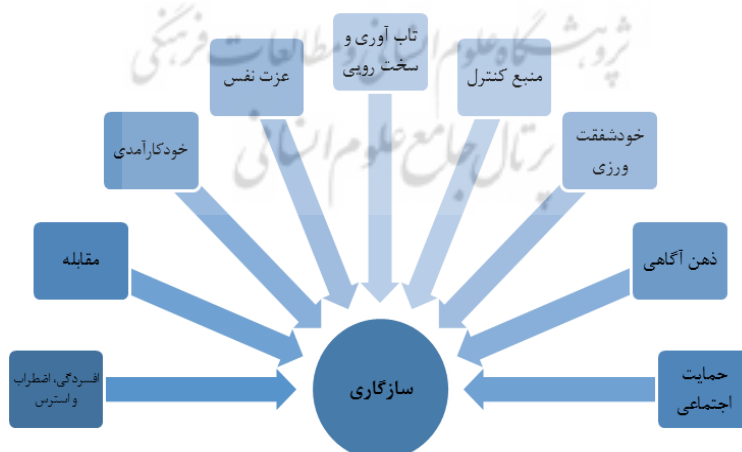
شکل ۱. تعامل عوامل روانی-اجتماعی-هیجانی و رفتارهای خودمراقبتی در سازگاری بیماران دیابتی

روش

مطالعه حاضر یک مطالعه مروری نقلی^۱ بود. جهت نگارش این مقاله با استفاده از کلیدواژه‌های دیابت، خودمراقبتی، سازگاری در پایگاه‌های اختصاصی نظیر Science Direct, Scopus, PubMed, Magiran, SID, Medline انجام گرفته در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ و ملاک خروج از مطالعه نداشتن ارتباط مستقیمی با موضوع مورد بحث و همچنین تکراری بودن یافته‌های مقالات بود. در نهایت از داده‌های مقاله‌های باقی مانده جهت نگارش قسمت یافته‌های این خلاصه مقاله استفاده شد.

یافته‌ها

با مطالعه همه جانبه متون داخلی و خارجی روش‌های روان‌شناختی که در ادامه به آن‌ها خواهیم پرداخت متأثر از عوامل فردی و شخصیتی و اجتماعی در جهت سازگاری منفی و مثبت با بیماری دیابت به دست آمد.



شکل ۲. عوامل روان‌شناختی دخیل در سازگاری بیماران دیابت

افسردگی، اضطراب و استرس

^۱. Narrative Review

بیماری‌های جسمی یک عامل خطر برای ابتلاء به اختلال‌های روانی است. بیماران مبتلا به دیابت معمولاً بعد از تشخیص بیماری و در طی فرایند درمان، از علائم روانی رنج می‌برند و در جریان سازگاری با بیماری خود از تجربه علائم اضطراب، افسردگی و استرس خبر می‌دهند (مونتا، پیرز- مارین، سوتو- رویو و پرادو- گاسکو^۱، ۲۰۱۶). ساده‌ترین واکنش فرد دیابتی به دنبال آگاهی از بیماری خویش و یا پس از سال‌ها مبارزه با محدودیت‌ها و عوارض حاصل از بیماری و بنا به اجبار و بنا به طبیعت بیماری لازم است پاره‌ای از آزادی‌های زندگی خود، مانند میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت فیزیکی‌اش را محدود سازد و مشکلات زیادی در مطابقت خود با رژیم غذایی پس از تشخیص بیماری دیابت پیدا کند (ماتا، هورتل، کس-گیوت، پلیرز، ورنیک^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). افسردگی و اضطراب بیماری‌های پرعارضه و ناتوان کننده‌ای هستند که علاوه بر اینکه دارای بالاترین میزان شیوع در جمعیت عمومی است، شایع‌ترین اختلال روان‌شناختی در بین بیماران دیابتی نیز محسوب می‌شوند (نفس، هندریکس، ردی، براوان، بوت^۳ و همکاران، ۲۰۱۹). در بررسی‌های صورت گرفته، لی، وانگ، زانگ، زانگ، فو^۴ و همکاران (۲۰۲۰) شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت، ۱/۵ تا ۲ برابر و چین و لین^۵ (۲۰۱۶) شیوع اختلال‌های اضطرابی در بیماران مبتلا به دیابت ۱/۱ تا ۲/۲۵ برابر بالاتر از افراد غیر دیابتی گزارش کرده‌اند. در پژوهش چن، لو، چن، لو، هسین^۶ و همکاران (۲۰۱۷) افسردگی اثر معکوسی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی داشت.

طبق شواهد موجود، ابتلا به دیابت خطر بروز علائم روان‌شناختی همچون افسردگی و اضطراب را تا دو برابر افزایش می‌دهد و افسردگی عمده‌تر از یک چهارم جمعیت دیابتی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این درحالی است که افسردگی و اضطراب در بیماران مزمن به خصوص بیماران دیابتی با ناتوانی، ابتلا به سایر بیماری‌ها (از جمله بیماری قلبی عروقی^۷)، کاهش خودمراقبتی بهینه و افزایش هزینه‌های مراقبت-های بهداشتی همراه است (رامش و همکاران، ۱۳۹۷). بدین ترتیب رابطه‌ای دو سویه بین ابتلاء به اختلال‌های روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی همچون دیابت یافت شده است که به واسطه مکانیسم‌های مختلف رخ می‌دهد (بالهاری^۸، ۲۰۱۱).

طبق پژوهش صمدزاده، پورشرفی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۳) افسردگی یکی از پیش‌بین‌های سازگاری با بیماری است، شاید وجود افسردگی در بیماران یکی از نشانه‌های عدم سازگاری و یا سازگاری پایین افراد با بیماری دیابت باشد. صمدزاده، پورشرفی و باباپور خیرالدین، (۱۳۹۴) چنین پیشنهاد کردند که باتوجه به مدل شناختی رفتاری آنچه که افراد بر آن باور دارند بر احساسات و رفتارشان تاثیر می‌گذارد. شناخت‌ها و نگرش‌های ملال انگیز و اضطراب آمیز بیماران دیابتی نیز بر رفتارهای مراقبت از خود، تأثیر به‌سزایی دارد. شناخت‌ها و نگرش‌های منفی در مورد کنترل بیماری موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی در فرد می‌شود. از نظر میرزایی، دریافتی، فلاح زاده و عزیزی (۱۳۹۵) برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که بایستی روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهد، همواره دشوار بوده است. از آنجا اشخاص اغلب از عوارض کوتاه و بلند مدت بیماری اطلاع دارند واکنش‌های عاطفی همچون افسردگی و اضطراب دور از ذهن نخواهد بود و در این میان عدم درک مکانیسم بیماری موجب کاهش سازگاری افراد با بیماری و پایبندی به درمان می‌شود. ایگد، الیسو گروباخ^۹ (۲۰۰۹) نیز در پژوهشی چنین نشان دادند که بیماران دیابتی که از افسردگی در رنج بودند، کمتر فعالیت ورزشی و بدنی انجام می‌دادند و بیشتر سیگار می‌کشیدند.

مقاله

طبق نظر لازاروس و فولکمن^{۱۰} (۱۹۹۴) نقل از اسکینر و زیمرگمبک^{۱۱} (۲۰۱۵) مقابله شامل تمام تلاش‌های شناختی و رفتاری است که برای مهار، کاهش یا تحمل درخواست‌های درونی یا بیرونی به کار گرفته می‌شود (اسکینر و زیمرگمبک، ۲۰۱۵). سبک‌های مقابله‌ای، راهبردهای مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را شامل می‌شوند. راهبردهای متمرکز بر مسأله به راهبردهایی اشاره دارند که به مسأله‌ای که موجب

1. Montoya, I., Pérez-Marín, M., Soto-Rubio, A., & Prado-Gascó, V.
2. Matta, J., Hoertel, N., Kesse-Guyot, E., Plesz, M., Wiernik, E.
3. Nefs, G., Hendriekx, C., Reddy, P., Browne, J. L., Bot, M.
4. Li, K.-D., Wang, Q.-S., Zhang, W.-W., Zhang, W.-Y., Fu, S.-N.
5. Chien, I. C., & Lin, C.-H.
6. Chen, C.-Y., Lo, F.-S., Chen, B.-H., Lu, M.-H., Hsin, Y.-M.
7. Cardiovascular Disease
8. Balhara, Y.
9. Egede, L. E., Ellis, C., & Grubaugh, A. L.
10. Lazarus, R. S., & Folkman, S.
11. Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

آشفتنگی هیجانی شده می‌پردازند و راهبردهای متمرکز بر هیجان به راهبردهایی اشاره دارند که موجب تنظیم هیجانی می‌شوند (فاس و پتری^۱، ۲۰۱۵).

ابتلا به بیماری دیابت و الزام بیمار به مراقبت‌های خاص از خویش موجب چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره می‌شود که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور سازگاری ضروری می‌سازد. شیوه‌های مقابله‌ای نقش مهمی در سیر، کنترل، درمان، و سازگاری روانی-اجتماعی بیمار با دیابت می‌تواند داشته باشد (باقریان سرارودی، احمدزاده و محمودی، ۱۳۸۸). مقابله سالم به عنوان یکی از هفت رفتار کلیدی خود مراقبتی در دیابت معرفی شده است و بر لزوم شناسایی سبک‌های مقابله‌ای مؤثر جهت کنترل تنش‌های وارد بر بیماران دیابتی تأکید شده است (حمدزاده و همکاران، ۱۳۹۱). در این راستا، حاتملوی سعدآبادی و باباپور خیرالدین (۱۳۹۱) چنین نتیجه گرفتند که روش‌های مقابله و سازگاری با تغییرات زندگی و تنش‌های حاصله از بیماری در افراد متفاوت است. در واقع آنچه موجب پیچیده‌تر شدن کیفیت زندگی آنان می‌شود، روش‌های مقابله با این بیماری است.

حتی (۱۳۸۹) چنین پیشنهاد کرد که تشخیص و آگاهی یافتن فرد از وجود بیماری می‌تواند سبب ایجاد بحران معنوی شده و گاهی اعتماد به نفس و ایمان مذهبی وی را به مخاطره اندازد. همچنین ارتباطات فردی به دلیل عدم اطمینان به آینده، مختل و سازوکارهای انطباقی قبلی ناکافی به نظر می‌رسند. بستری شدن در بیمارستان نیز ممکن است احساس تنهایی را به فرد القا نماید. لذا استفاده از روش‌های مقابله‌ای لازم و ضروری به نظر می‌رسد. دین و مذهب به عنوان راهکارهای مقابله‌ای، اثرات مثبتی بر روند درمانی دارند، زیرا در چنین شرایطی مذهب به عنوان پناهگاهی در بحران‌های زندگی به شمار آمده و به صورت پایگاه بسیار محکمی در مقابل دشواری‌ها و محرومیت‌های زندگی عمل می‌کند. در میان منابع مذهبی و معنوی بیشترین منبعی که مورد استفاده قرار می‌گیرد، دعا است، چرا که دعا موجب کاهش اضطراب و ارتقای معنویت گردیده و روش مناسبی برای سازگاری با بیماری است.

دوانگدو و روچ^۲ (۲۰۰۸) چنین پیشنهاد کرد که تأثیر عامل تنش‌زا (مانند دیابت) بر افراد به ویژگی‌های آن عامل و نیز راهبردهای ارزیابی شناختی و شیوه‌های مقابله‌ای بستگی دارد که افراد در سازگاری با پیامدهای تنش‌زا به کار می‌گیرند. پس اگر راهبردهای مقابله‌ای و ارزیابی مناسب باشد، سازگاری فرد با شرایط تازه، تسهیل شده و فرد با موقعیت جدید انطباق می‌یابد. اما اگر راهبردهای مقابله‌ای روان شناختی نامناسب یا ناکافی باشند، افراد برای کسب طرح تازه و مناسبی از موقعیت تنش‌زا بایستی منابع مقابله‌ای و حمایتی بیشتری جستجو کنند و این ممکن است در نهایت به واکنش‌های عدیده و اختلال‌های روانی منجر شود. همچنانکه در پژوهش پارلیدار، سیگرلی و دمیراگ^۳ (۲۰۱۵) احتمال وقوع افسردگی با راهبردهای مقابله‌ای در این بیماران همبسته بود.

خودکارآمدی

بر اساس مدل باور سلامت اگر افراد باور داشته باشند که مستعد ابتلای به بیماری‌های مزمن هستند (حساسیت درک شده) همچنین، عمق این خطر و جدی بودن عوارض مختلف آن را در زندگی خود درک کنند (شدت درک شده)، رفتارهای پیشنهاد شده را در کاهش خطر یا وخامت بیماری مفید بدانند (منافع درک شده) و بتوانند بر عوامل بازدارنده از عمل همچون هزینه، زمان و ... غلبه کنند (موانع درک شده) و اطمینان لازم به توانایی‌های خود جهت انجام رفتار به طریقی که به نتیجه مطلوب برسد (خودکارآمدی درک شده) داشته باشند تمایل بیشتری به شرکت در رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت خواهند داشت (مهدوی‌فر، سبزواری و فصیحی هرندی، ۱۳۹۴). خودکارآمدی^۴ غلبه بر موانع نیز با خودمراقبتی در بیماران دیابتی و سازگاری با بیماری در آن‌ها همبستگی دارد. خودکارآمدی غلبه بر موانع یعنی قضاوت فرد بر توانایی‌هایش جهت غلبه بر موانع و محدودیت‌هایش در انجام رفتاری خاص (اطمینان فرد به اینکه می‌تواند در شرایط مشکل رفتار خاصی را انجام دهد). خودکارآمدی غلبه بر موانع، باور شخص به غلبه بر موانع حین انجام رفتار است. در صورتی که در انجام رفتار مانعی برای غلبه بر آن وجود نداشته باشد، تغییر شخصی آسان خواهد بود. بخشی از موانع شخصی مانع انجام رفتار هستند و بخش جدایی‌ناپذیری از ارزیابی‌های خودکارآمدی را شکل می‌دهند. باورهای خودکارآمدی در مقابل چالش‌های موجود در اقدام موفقیت آمیز می‌توانند اندازه‌گیری شوند (شیر^۵، ۲۰۱۴). خودکارآمدی می‌تواند شخص را به اتخاذ رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت، قادر سازد. خودکارآمدی روی انگیزه فرد اثر گذاشته و فرد را به تلاش و مداومت در رفتار و می‌دارد. خودکارآمدی به

1. Faasse, K., & Petrie, K. J.

2. Duangdao, K. M., & Roesch, S. C.

3. Parildar, H., Cigerli, O., & Demirag, N. G.

4. Self-efficacy

5. Sheer, V. C.

علت باورهای قوی درباره توانایی فرد، به طور مستقیم و از طرفی با افزایش خودمدیریتی، باعث ایجاد احساس خوب در فرد، آرامش و در نتیجه بهبود امید به زندگی می‌شود. افرادی که خودکارآمدی در آن‌ها بالا باشد، مشکلات و وظایف را به عنوان تهدید درک نمی‌کند و سعی در غلبه بر کارها و دستیابی به اهدافشان را دارند. تقویت خودکارآمدی بیماران در تبعیت بیمار از رژیم درمانی و کنترل دیابت ایفای نقش مهمی دارد و می‌تواند بهبود رضایت از زندگی بیماران را به دنبال داشته باشد. از طرفی افرادی که خودکارآمدی بالایی دارند، در برابر مشکلات ناشی از بیماری ایستادگی می‌کنند و بر امور زندگی خود کنترل بیشتری دارند. توانایی درک بیمار از شرایط و عوامل مؤثر بر سلامتی را امکان‌پذیر ساخته و وی می‌تواند جهت ارتقای سلامتی خود تصمیم‌گیری کرده و آن‌ها را به اجرا بگذارد. در واقع، این باور که بیمار بر وقایع زندگی و بیماری خود تسلط دارد و می‌تواند با چالش‌هایی که پیش می‌آیند روبرو شود، حس خود باوری او را تقویت می‌کند و فرد را نسبت به تقلیل خطرات مشتاق‌تر می‌سازد که در نهایت باعث افزایش امید به زندگی بیمار می‌شود (صدری دمیچی و صمدی فرد، ۱۳۹۷).

در این راستا، قریشی، واحدیان شاهرودی، جعفری و طهرانی (۲۰۱۹) پیشنهاد کردند روش‌هایی که بیمار دیابتی برای کنترل حالات عاطفی و فیزیولوژیک مرتبط با انجام رفتار خودمراقبتی به کار می‌گیرد و اعتمادی که در غلبه بر موانع حین انجام رفتار مشخص به خود دارد و تنظیم اهداف و ایجاد برنامه‌هایی برای انجام رفتار منتخب، زمینه را برای کنترل بیماری و ارتقای سلامتی و سازگاری وی فراهم می‌آورد. در پژوهش دسوزا، کارکادا، پاراهو، ونکاتسپرورمال، آچورا^۱ و همکاران (۲۰۱۷) خودکارآمدی ضعیف با رفتارهای خودمراقبتی ضعیف و عدم کنترل فشار خون گلیسمی در بیماران دیابتی همراه بود که بر رژیم غذایی و تغذیه و ورزش و رفتارهای خودکارآمدی و خودمراقبتی اثر داشت.

عزت نفس

زمانی که افراد با یک رویداد تهدیدکننده مواجه می‌شوند فرایند تطابق مجدد بر سه درونمایه جستجوی معنی در تجارب، تلاش برای دستیابی به قدرت غلبه بر رویداد خطرزا به طور اخص و در کل زندگی به طور اعم و تلاش برای افزایش عزت نفس^۲ به معنای داشتن احساس خوب درباره خود و در زمان مواجه با یک مانع و مشکل، متمرکز می‌شود (طل و همکاران، ۱۳۹۱). هنگامی که اشخاص با شرایط خطرزا مانند تشخیص یک بیماری تهدیدکننده زندگی، مواجه می‌شوند، سازگاری شناختی با غلبه بر شرایط موجود، برای بهبود عزت نفس (داهلبک و لایتسی^۳، ۲۰۰۸) و خوش بینی (افلک، تنن و آپتر^۴، ۲۰۰۱) به کار گرفته می‌شود و انواع فواید جسمانی و روانی را برای افراد فراهم می‌کند (دکر و دی گروت^۵، ۲۰۱۶). عزت نفس اعتماد به توانایی خود در اندیشیدن، کنار آمدن با چالش‌های اولیه زندگی، اعتماد به حق خود برای موفق و شاد بودن، احساس ارزشمند و شایسته بودن و برخوردار شدن از ثمرات تلاش‌های خویشتن است (هوی و تسانگ^۶، ۲۰۱۲).

در این راستا صدری دمیچی و صمدی فرد (۱۳۹۷) پیشنهاد کردند عزت نفس هسته مرکزی ساختار روانی بیمار دیابتی است که وی را در برابر اضطراب محافظت کرده و در سازگاری عاطفی و اجتماعی بیمار نقش دارد. عزت نفس در امیدواری و سلامت روانی افراد نقش محوری و مؤثری بازی می‌کند. بیماران برخوردار در حوزه‌های مختلف زندگی از عزت نفس بالا معمولاً خشنود و شادکام هستند، احساس توانمندی و ارزشمندی در آن‌ها بالاست و مطمئن هستند که در برخورد با مشکلات ناشی از بیماری تلاش‌هایشان نتیجه خواهد داد. این بیماران بیشتر جنبه‌های خوب مسائل را می‌بینند و نهایت تلاش خود را می‌کنند تا در برخورد با مشکلات مختلف به شیوه خوشبینانه عمل کنند. طبق نظر ایلاندر، دی ویت، راتویل و اسنوک^۷ (۲۰۱۶) عزت نفس بالا موجب آسایش، ثبات، سازگاری اجتماعی و رفتاری و نیز مانع بروز اختلال و پریشانی در بین بیماران می‌شود. در واقع بیماران با عزت نفس بالا از راهبردهای خودتنظیمی سازگارتری نسبت به افراد با عزت نفس پایین استفاده می‌کنند.

تاب آوری و سخت‌رویی

1. D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S.

2. Self-esteem

3. Dahlbeck, D. T., & Lightsey, O. R.

4. Affleck, G., Tennen, H., & Apter, A.

5. Dekker, J., & de Groot, V.

6. Hui, E. K., & Tsang, S. K.

7. Eilander, M. M., de Wit, M., Rotteveel, J., & Snoek, F. J.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

تاب آوری مهارت‌هایی را به بیماران دیابتی می‌آموزد که در هنگام مواجهه با مشکلات و موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه تاب آورانه‌تری تفکر و سپس عمل کنند و با توجه به این امر که افراد مبتلا به دیابت همواره مورد هجوم یک سلسله افکار ناراحت کننده هستند، از این‌رو، تاب آوری با تحت تأثیر قرار دادن فرایندهای فکری به عنوان یک احساس بنیادی از کنترل فرد، امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای تاب آورانه را میسر می‌سازد. در نتیجه نقش مهمی در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی دارد و به عنوان منبع مقاوت و سپر محافظ عمل می‌کند (خدابخشی کولایی، فلسفی نژاد و نویدیان، ۱۳۹۵). سخت‌روی نقش عامل محافظتی را در برابر موقعیت‌های استرس‌زا از طریق ارزیابی‌های شناختی و رفتارهای مقابله‌ای ایفا می‌کند. افراد سخت‌رو رویدادهای زندگی استرس‌زا را قابل قبول و به عنوان یک بخش عادی و جالب از زندگی در نظر می‌گیرند. سخت‌روی مانند تاب آوری با داشتن مولفه‌هایی نظیر تعهد، کنترل و مبارزه جویی، مواجهه با رویدادهای تنش‌زا را امکان پذیر می‌کند (کاراگیانوپولو و کامتسیوس^۱، ۲۰۱۶).

در این زمینه قدرتی میرکوهی و رحیمیان بوگر (۱۳۹۵) چنین استدلال کردن که داشتن و پرورش ویژگی شخصیتی سخت‌روی بیشتر به خودکارآمدی در مدیریت دیابت می‌انجامد و بدین طریق مشکلات همراه با دیابت کم‌تر می‌شود. بیمارانی که از تعهد بالایی برخوردارند به جای فرار از بیماری به جذب آن و به جستجوی راهی مناسب برای تغییر چنین تجاربی می‌پردازند. بیماران قوی در مؤلفه کنترل این‌گونه می‌اندیشند که با تلاش بیشتر می‌توان از وقایع متأثر نشد و خود را در مواجهه با شرایط ناتوان کننده تأثیر پذیر ندید. بیماران سخت‌رو در مؤلفه مبارزه جویی به شکوفایی خود اعتقاد دارند و خود را در تحول پیوسته‌ای از خردمندی می‌بینند که تجارب مثبت و منفی زندگی را می‌آموزند.

مظلوم بفروئی، افخمی اردکانی، شمس اسفندآباد و جلالی (۱۳۹۲) خصیصه تاب آوری را عاملی مرتبط با سرسختی روان‌شناختی و قدرت سازش افراد در برخورد با تبعات دیابت معرفی کرده‌اند. رحیمیان بوگر (۱۳۹۰) نیز عامل تاب آوری را یکی از عوامل محافظتی برای ممانعت از ابتلای بیماران دیابتی به عوارض قلبی-عروقی عنوان کرده است. از نظر درخشان راد، زینل زاده قوچانی، تقی‌زاده، زاهدی و قاسم شریفی (۱۳۹۵) تاب آوری خصیصه‌ای است که می‌تواند نگرش مبتلایان به دیابت را نسبت به اتخاذ یک سبک زندگی سالم‌تر بهبود بخشیده و فرآیند انتقال و سازگاری را در این افراد تسهیل کند. خصیصه تاب آوری می‌تواند توجه‌کننده کیفیت انطباق این‌گونه افراد باشد. در حقیقت تاب آوری طیفی است که یک سر آن را افراد انعطاف‌ناپذیر و مقاوم و سر دیگر طیف را افراد انعطاف‌پذیر و روان تشکیل می‌دهند. به بیانی دیگر توانایی افراد در مدیریت و زندگی با دیابت را می‌توان در یک طیف خصوصیت انعطاف‌پذیری تصور کرد که یک سمت آن را فقدان این خصوصیت و سمت دیگر طیف را برخورداری تمام و کمال از این ویژگی تشکیل می‌دهند.

سهیلی زاد، یاحقی امجد، امینی و غلامعلی (۱۳۹۵) چنین نتیجه گرفتند که فرایند سازگاری در زنان و مردان به واسطه مکانیسم‌های مختلف رخ می‌دهد. در جامعه ایرانی طی فرآیند فرهنگ‌پذیری زنان به گونه‌ای تربیت شده‌اند که با سختی و مشکلات زندگی مدارا کنند و این موضوع باعث بالا رفتن تاب آوری آن‌ها شده است. از طرف دیگر زنان در مراقبت از بیماری خود نسبت به مردان متعهدتر هستند و این تعهد به کاهش استرس و اضطراب آن‌ها کمک می‌نماید. این امر می‌تواند منجر به سازماندهی عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور سازگاری و تاب آوری بیشتر با بیماری در زنان شود. مردها به دلیل اینکه در طول زندگی عهده‌دار مسئولیت‌های متعدد هستند و از آنجایی که در خیلی از موارد ممکن است به نحو مطلوب از عهده این مسئولیت‌ها برآیند از نظر روانی اعتماد به نفس و عزت نفس آن‌ها تقویت شده و در نتیجه در رویارویی با مشکلات زندگی همچون بیماری دیابت نیز از این عزت نفس بالا برخوردار هستند. همچنین بیماران مرد ممکن است نسبت به بیماران زن احساس کنترل بیشتری بر بیماری خود داشته باشند این امر به نوبه خود منجر به افزایش سطح عزت نفس و بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود.

ریبیرو، دینیز، پردومو، ریبیرو، باربوسا^۲ و همکاران (۲۰۱۷) چنین مطرح کردند که افراد مبتلا به دیابت دریافته‌اند که در فرآیند به چالش کشیدن و سازگاری با بیماری با تاب آوری و سرسختی می‌توانند با بیماری، مشکلات و سختی‌های مرتبط با آن کنار بیایند و در برخورد با مشکلات زندگی حتی در شرایط بسیار نامطلوب و سخت مهارت پیدا کنند و از طرف دیگر با افزایش سطح تاب آوری از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور کنار آمدن با بیماری استفاده می‌کنند که می‌تواند به افزایش احساس کنترل بر بیماری و کفایت افراد در مدیریت بیماری و در نتیجه ارتقای سطح عزت نفس آن‌ها بینجامد.

منبع کنترل

1. Karagiannopoulou, E., & Kamtsios, S.

2. Ribeiro, M., Diniz, C., Perdomo, S., Ribeiro, J., Barbosa, O.

منبع کنترل^۱ سلامت به معنای باورهای فرد در مورد نقش نیروهای درونی یا بیرونی در کنترل سلامتی او است (کاسیانوس، سیمیو و ایونو^۲، ۲۰۱۶). برخی از افراد ممکن است باور داشته باشند که خودشان بیشترین کنترل را بر بیماری‌شان دارند (منبع کنترل درونی)، بعضی دیگر امکان دارد بر این باور باشند که سایرین، متخصصان مراقبت (منبع کنترل دیگران مؤثر)، شانس سرنوشت یا خداوند مسئول بیماری یا سلامت آن‌ها هستند (اوهیا، مون، گروس، بودریوکس، بودنلوس^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). در این راستا، افلاک سیر، رئوفی، ملازاده، خرمائی و فرمانی (۱۳۹۴) چنین نتیجه گرفتند که منبع کنترل سلامت درونی و خدا نقش به‌سزایی در سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری ایفا می‌کند.

خودشفقت‌ورزی

شفقت خود به مراقبت و درک و همدلی با خویشتن به جای اتخاذ دیدگاه سخت‌گیرانه و منتقدانه نسبت به خود اشاره دارد (گیلبرت^۴، ۲۰۱۰). گیلبرت (۲۰۱۰) تأکید می‌کند یکی از راه‌های کاستن از رنج‌ها برای همه ایجاد شفقت‌ورزی با خود و دیگران است. مفهوم خودشفقت‌ورزی به معنای مهربانی با خود و داشتن درک غیرقضاوت‌گرانه نسبت به نقایص خود است. همچنین مفهوم خودشفقت‌ورزی به معنای تجربه‌پذیری و تحت تأثیر قرارگرفتن از رنج دیگران تعریف شده است؛ به گونه‌ای که فرد مشکلات و رنج‌های خود را تحمل‌پذیرتر کند. در واقع خودشفقت‌ورزی به مراقبت و درک و همدلی با خویشتن به جای اتخاذ دیدگاه سخت‌گیرانه و منتقدانه نسبت به خویشتن است. در واقع برای یک بیمار مبتلا به دیابت شفقت خود به معنای داشتن موضع مثبت نسبت به خود زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود، می‌باشد. شفقت خود به عنوان یک صفت و یک عامل محافظ مؤثر در پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی محسوب می‌شود (ویل، وانتلند، رز، کمپنین، هولزمر و چن^۵، ۲۰۱۵). شفقت خود پذیرش این نکته است که رنج، شکست و نابسندگی بخشی از شرایط زندگی است و همه انسان‌ها و از جمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است (کریجر، آلتن‌استین، باتینگ، دوریگ و هولتفورت^۶، ۲۰۱۳).

کازلمی، احدی و نجات (۱۳۹۹) توصیه کردند که برای مداخلات مرتبط با سلامت به‌ویژه برای کاهش احساس تنهایی و قند خون و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت از درمان مبتنی بر شفقت در کنار سایر روش‌های درمانی استفاده شود. افزایش (۱۳۹۷) در پژوهشی برنامه‌ریزی‌های دقیق‌تر جهت ارتقای مؤلفه‌های خودشفقت‌ورزی و تنظیم هیجان به‌عنوان عوامل مهم و تأثیرگذار در بهبود خودمراقبتی و تبعیت از درمان مبتلایان به دیابت را پیشنهاد کرده است. صادقی، صفری موسوی، فرهادی و امیری (۱۳۹۶) چنین پیشنهاد کردند که بیماران دیابتی با خودشفقتی بالاتر، افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه می‌کنند؛ از این‌رو، انجام اقدامات مناسب برای افزایش شفقت نسبت به خود را در بیماران دیابتی پیشنهاد کرده‌اند.

در پژوهش ونتورا، نفس، براون، فریس، پوور^۷ و همکاران (۲۰۱۸) خودشفقت‌ورزی در بین مبتلایان به دیابت با علائم شدید یا متوسط تا شدید افسردگی و اضطراب، در مقایسه با افرادی که علائم خفیفی داشتند یا علائمی نداشتند، به طور قابل توجهی پایین بود. فراری، دال کین و استیل^۸ (۲۰۱۷) نشان دادند سطوح بالاتر خودشفقت‌ورزی به طور معمول با بهبود رفتارهای خودمدیریتی، پیش‌آگهی پزشکی و بهزیستی روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به دیابت همراه است. فریس، کانسدین و جانسون^۹ (۲۰۱۵) چنین نتیجه گرفتند که در حالی که افسردگی و پریشانی روان‌شناختی شدید اغلب با دیابت همراه بوده و موجب کاهش پیروی از درمان دارویی و رژیم‌های سالم زندگی و غذایی، کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش عوارض همراه است؛ خودشفقت‌ورزی در این بیماران موجب کاهش خودانتقادگری منفی و بهبود انگیزه برای انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود.

ذهن آگاهی

ذهن آگاهی که توجه آگاهانه را به حس‌های بدنی و آگاهی از تجارب هیجانی و افکار غیرقضاوتی افزایش می‌دهد (دی گیوسپی، کیاچینی، پیارولی، نپا و کانورسانو^{۱۰}، ۲۰۱۹). ذهن آگاهی، آگاهی از لحظه حاضر و بدون قضاوت است. این آگاهی به محیط اطراف، افکار

1. Locus of Control

2. Kassianos, A. P., Symeou, M., & Ioannou, M.

3. O'Hea, E. L., Moon, S., Grothe, K. B., Boudreaux, E., Bodenlos, J. S.

4. Gilbert, P.

5. Webel, A. R., Wantland, D., Rose, C. D., Kempainen, J., Holzemer, W. L., & Chen, W. T.

6. Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G.

7. Ventura, A., Nefs, G., Browne, J., Friis, A., Pouwer, F.

8. Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M.

9. Friis, A. M., Consedine, N. S., & Johnson, M. H.

10. Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Piarulli, A., Nepa, G., & Conversano, C.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

و احساسات شخص منتهی می‌شود، بدون اینکه هیچ چیز را تثبیت کند یا این‌که آن را خوب یا بد تلقی کند. بنابراین، توجه آگاهی تنظیم ارزیابی‌های شناختی و مشاهده عینی تجربیات را نیز به همراه دارد. علاوه بر این، توجه آگاهی امکان مقابله سازگارتر و مدیریت محرک‌های نامطلوب را فراهم می‌آورد. افرادی که از ذهن آگاهی بالاتری برخوردارند، خودتنظیمی هیجانی و رفتاری بهتری را گزارش می‌کنند و نسبت به خود شفقت بیشتری نشان می‌دهند (ویلسون، ویس و شوک^۱، ۲۰۲۰). ذهن آگاهی مثبت با افزایش خودشفقت‌ورزی می‌تواند راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن از تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب جلوگیری نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود احساسات به صورتی مهربانانه پذیرفته شوند؛ بنابراین احساسات منفی به احساسات مثبت تغییر می‌کنند و فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند (لینهارت^۲، ۲۰۱۹).

استرس می‌تواند موجب غرق شدن فرد در گذشته و آینده شود؛ حالت ذهنی و روانی که در آن، فرد با آگاه نبودن از افکار، رفتار، هیجان‌ها و احساسات خود، فقدان حضور در زمان حال و واکنش قضاوتی درباره رخدادها، آنچه را که ذهن آگاهی می‌نامند، از دست می‌دهد (آگنولی و ونوسی^۳، ۲۰۲۰). این در حالی است که افراد ذهن آگاه، به جای واکنش تکانه‌ای به پردازش واقع‌بینانه‌تر رویدادها اقدام می‌کنند و از آنجایی که واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده هستند، دریافت و پردازش می‌کنند و توانایی زیادی در مواجهه با دامنه گسترده‌ای از تفکرات، هیجان‌ها و تجارب دارند (دیکسون، پالیلیوناس، بلیسل، اسپیلمن، گونارسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹).

صمدزاده، صالحی، بنی جمالی و احدی (۱۳۹۸) پیشنهاد کردند ذهن آگاهی از طریق افزایش دامنه توجه به خود و پیگیری برنامه‌های درمانگری، می‌تواند پای بندی به برنامه‌های خودمراقبتی دیابت را در بیمار افزایش دهد. نتایج مطالعه فخری، بهار و امینی (۱۳۹۷) حاکی از اثربخشی ذهن آگاهی بر کنترل فشار خون و بهبود نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت بود. نیکوگفتار و قاسمی جوینه (۱۳۹۵) پیشنهاد کردند می‌توان در مراکز و کلینیک‌های دیابت، علاوه بر درمان‌های دارویی رایج، از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی جهت افزایش خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت استفاده کرد. زارع، زارع، خالقی دلور، امیرآبادی و شهریاری (۱۳۹۲) چنین پیشنهاد کردند که ذهن آگاهی از فونونی است که در پزشکی ذهن-بدن به منظور کاهش استرس به کار می‌رود و بر کنترل گلیسمیک تأثیر می‌گذارد. مدینا، ویلسون، دی سالوو، ونوچی، دی سوزا^۵ و همکاران (۲۰۱۷) پیشنهاد کردند مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی را می‌توان به عنوان مداخلات پیشگیرانه و مکمل در بیماران دیابتی، به ویژه برای تسکین علائم مربوط به افسردگی و اضطراب در این بیماران و همچنین در مدیریت سایر عوامل از جمله مراقب در خوردن، تمرین‌های بدنی و پایبندی به و پیروی از درمان به کار گرفت. لاکس، گیلمن، بریتون، گاتمن، ایتون^۶ و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند ذهن آگاهی با تنظیم بهتر گلوکز همراه است، تا حدی به دلیل چاقی کمتر و احساس کنترل بیشتر در بین شرکت‌کننده‌هایی که سطح بهشیاری بالاتری دارند. در پژوهش ون سان، نیکلیک، پاپ، بلانک، ایردسیک^۷ و همکاران (۲۰۱۳) ذهن آگاهی بر علائم افسردگی، اضطراب و استرس و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی اثرگذار بود.

حمایت اجتماعی

حمایت اجتماعی^۸ منابع و روابط متقابلی تعریف شده که برای شخص از جانب دیگران به منظور کمک به او در کنار آمدن مفید با مشکلاتش فراهم شده است (باوم، ریونسون و سینگر^۹، ۲۰۱۱). حمایت اجتماعی اینگونه تعریف شده است: هر گونه محرکی که به پیشرفت اهداف فرد حمایت شده، کمک کند. دو نوع کلی حمایت اجتماعی وجود دارد: حمایت ملموس، که مشتمل بر امکانات مادی است که به نحوی برای فرد سودمند است، و حمایت روانی، که به افراد کمک می‌کند تا حالت‌های هیجانی و عاطفی را که باعث بهبود می‌شود، در خود ایجاد نمایند (باچوالد^{۱۰}، ۲۰۱۷).

1. Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J.

2. Lienhart, C.

3. Agnoli, S., & Vannucci, M.

4. Dixon, M. R.

5. Medina, W. L., Wilson, D., de Salvo, V., Vannucchi, B., de Souza, É. L.

6. Loucks, E. B., Gilman, S. E., Britton, W. B., Gutman, R., Eaton, C. B.

7. van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdtsieck, R. J.

8. social support

9. Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E.

10. Buchwald, P.

در پژوهش دادگر و همکاران (۱۳۹۷) حمایت اجتماعی به خصوص حمایت خانواده چه از نظر عاطفی، اطلاعاتی و چه از نظر هزینه، دسترسی به خدمات درمانی و شبکه روابط اجتماعی بین بیماران دیابتی نیز از جمله عوامل اجتماعی تأثیرگذار بودند. اکثر بیمارانی که از کنترل مطلوبی برخوردار بودند معتقد بودند که عامل اصلی در کنترل قند خونشان حمایت و تشویق اطرافیان به خصوص خانواده‌شان بوده است. در پژوهش آن‌ها طبقه عوامل اجتماعی به ویژه در داخل آن خانواده بیشترین تأثیر را در پذیرش یا عدم پذیرش سبک زندگی پیشگیرانه داشته‌اند چرا که بخش عمده‌ای از زندگی روزمره این بیماران در منزل و در کانون خانواده انجام می‌گیرد، بنابراین، این نهاد می‌تواند نقش چشم‌گیری در کنترل مناسب قندخون داشته باشد. در پژوهش آن‌ها بیماران دیابتی که از حمایت کمتر خانواده بهره‌مند بودند، بیشتر به علائم افسردگی، اضطراب و ناامیدی به آینده مبتلا بودند. دریافت حمایت اجتماعی به خصوص از جانب خانواده، میزان سازگاری با تغییرات ایجاد شده را تسهیل کرده و در نتیجه موجب رعایت بهتر رژیم درمانی و کنترل مناسب قندخون می‌شود. همچنین نتایج آن‌ها نشان داد افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده بیمار منجر به افزایش پیروی وی از رفتارهای خودمراقبتی می‌گردد. طبق پژوهش صمدزاده و همکاران (۱۳۹۳) حمایت اجتماعی و ارتباطات مناسب فرد با اطرافیان، به ویژه اعضای خانواده بر وضعیت روان‌شناختی و سازگاری با بیماری و به دنبال آن وضعیت جسمی بیمار مزمن مؤثر است.

از نظر سولوویچیک^۱ (۲۰۰۴) افراد خانواده بیماران دیابتی نیز نقش مهمی در تشویق بیمار برای سازگاری وی با یک بیماری مادام‌العمر دارند. ارائه حمایت بخش مهمی از فرایند ارتقای توانایی فرد در سازگاری با استرس محسوب می‌شوند. طبق نظر میلر و دیویس^۲ (۲۰۰۵) حمایت اجتماعی به عنوان یک دیدگاه روانی به شبکه اجتماعی و منابع مادی در راستای توانایی فرد در سازگاری با دیابت تعریف می‌گردد. براساس نتایج مطالعه رامکیسون، پیلائی و سیباند^۳ (۲۰۱۷) زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت از سوی آنان سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در زمینه ورزش و رژیم غذایی شده و در نتیجه این بیماران می‌توانند قندخون خود را به نحو مطلوبی کنترل کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مرور و بررسی روش‌ها و اصول روان‌شناختی مربوط به سازگاری با بیماری دیابت بود. نتایج مرور و بررسی مطالعات داخلی و خارجی پیشین نشان داد اختلال‌های روان‌شناختی و خلقی افسردگی، اضطراب، استرس؛ راهبردهای مقابله‌ای هیجان و مسئله محور، خودکارآمدی، عزت نفس، تاب آوری و سخت‌رویی، منبع کنترل درونی و برونی، خودشفقت‌ورزی، ذهن آگاهی و حمایت اجتماعی از عوامل، اصول و روش‌های روان‌شناختی هستند که در سازگاری بیماران مبتلا به دیابت با بیماری‌شان و پیامدهای ناشی از آن اثرات مثبت و منفی بر جای می‌گذارند.

دستیابی به سلامتی در بیماری مزمن به وسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار (بعد جسمی و روانی) امکان‌پذیر است. سازگاری موفق با مشکلات ناشی از دیابت موجب ارتقای خودمدیریتی و خودمراقبتی دیابت شده و در نهایت کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (الخالدی، الدوساری، الدهوفایری، الموسوی، الاظمی^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). سازگاری در فرایند درمان بیماری مزمن دیابت یک عامل مهم در جهت جلب مشارکت بیمار در درمان و کمک به فرایند تصمیم‌گیری‌های درمانی و کنترل بیماری است (گونزالز و همکاران، ۲۰۱۶). سازگاری روانی- اجتماعی یکی از مهم‌ترین متغیرها در بیماری دیابت محسوب می‌شود. زیرا رابطه مستقیمی با انجام رفتارهای خودمراقبتی دارد (آلوارادو-مارتل، فرناندز، ویگارای، کاریلو، بورانات^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). در بیماران دیابتی رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری خوب و بالا با بیماری با کنترل بهتر قند خون مرتبط است (گات و ساموت^۶، ۲۰۰۸). برای فرد دیابتی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود، مشکلات روان‌شناختی و اجتماعی به وجود می‌آید. همچنین ابتلاء به این بیماری سبب ایجاد تنش در افراد شده و بر هویت فرد، ابعاد روانی- اجتماعی، تعادل عاطفی، رضایت از خود، احساس شایستگی و کارآمدی، تعامل‌های اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر دارد که نیازمند سازگاری با آن‌هاست (گونزالز و همکاران، ۲۰۱۶). فلاح تفتی و همکاران (۱۳۹۴) چنین پیشنهاد کردند که عوامل متعددی از جمله نوع دیابت، طول مدت بیماری، وجود بیماری‌های زمینه‌ای، عوامل

1. Solowiejczyk, J.

2. Miller, C., & Davis, M.

3. Ramkisson, S., Pillay, B. J., & Sibanda, W.

4. Al-Khaledi, M., Al-Dousari, H., Al-Dhufairi, S., Al-Mousawi, T., Al-Azemi, R.

5. Alvarado-Martel, D., Fernández, M. A. R., Vigaray, M. C., Carrillo, A., Boronat, M.

6. Gatta, S., & Sammut, R.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

فردی نظیر سن، جنسیت مرد و سواد و دانش و نگرش، عوامل روانی نظیر افسردگی، اضطراب و استرس، اجتماعی از جمله حمایت اجتماعی و اقتصادی، خودمراقبتی و سازگاری فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

مهم‌ترین عامل کنترل بیماری دیابت، رفتارهای خودمراقبتی است. بهبود رفتارهای خودمراقبتی، اولین گام کمک به بیماران برای مراقبت و مدیریت بهتر بیماری‌شان است (موگری، جانسون، تزیلیپس، هال و پائول^۱، ۲۰۲۰). این بیماران مستلزم رعایت رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر هستند. این امر ایجاب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، روانی- اجتماعی و هیجانی است، توجه بیشتری شود (لونتال و لونتال^۲، ۲۰۱۵). بعد فیزیولوژیک شامل تغذیه، ورزش، نحوه پیشرفت بیماری و عوارض آن، روش‌های پیشگیری و کنترل قند خون و پیروی از درمان است که از ابعاد مهم خودمراقبتی هستند. مدیریت مؤثر دیابت نیازمند اجرای رفتارهای خود مراقبتی پیچیده از قبیل تغییر سبک زندگی، کنترل تغذیه‌ای، ورزش منظم، استفاده از داروها، کنترل و ثبت سطح گلوکز و نتایج درمانی دیابت به طور گسترده‌ای به رفتارهای خود مراقبتی بیماران وابسته است (میونیر، کلومب، بیولیو، کات، لیسپرانس^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). بعد روانی- اجتماعی و هیجانی، مدیریت پیامدهای هیجانی نظیر افسردگی و اضطراب و استرس و حل و فصل مشکلات اجتماعی و جلب حمایت اجتماعی را شامل می‌شود (مادهو^۴، ۲۰۱۵).

به طور خلاصه باید گفت دیابت به عنوان یک بیماری مزمن مستلزم مدیریت شخصی بیماری است. الزامات خاص بیماری به علت نیاز به کنترل جدی، با زندگی روزمره تداخل می‌یابد. سؤال اساسی در سازگاری با بیماری‌های مزمن از دیدگاه روانشناسی سلامت این است که کدام عوامل روان‌شناختی و کدام سبک رفتارهای مقابله‌ای بهترین پیامد را در مواجهه با عامل استرس‌زای دیرپایی چون بیماری مزمن به بار می‌آورد. براساس بررسی‌هایی که در پژوهش حاضر صورت گرفت، شایان ذکر است در این مقوله بایستی چند مورد را مد نظر قرار داد: ۱. بیماری مزمن سازگاری را در حوزه‌های متفاوتی از زندگی لازم می‌دارد؛ ۲. سازگاری ایستا نیست بلکه نشان‌دهنده فرایندی است که در طول زمان آشکار می‌شود و بیماری مزمن سازگاری را در حوزه‌های متفاوتی از زندگی لازم می‌دارد. با نگاه به ادبیات پژوهشی در مورد سازگاری با بیماری مزمن می‌توان حداقل پنج مفهوم‌پردازی از این فرایند را مشاهده کرد: تسلط بر تکالیف سازگارانیه مربوط به بیماری؛ نگهداشت وضعیت عملکردی؛ نبود اختلال روان‌شناختی، گزارش‌های عاطفه منفی نسبتاً پایین و کیفیت ادراک شده زندگی در حوزه‌های مختلف. این مفهوم‌پردازی‌ها از سازگاری با بیماری مزمن نشان می‌دهد که سازگاری چندوجهی و شامل جنبه‌های بین فردی و درونی و همچنین مؤلفه‌های شناختی، هیجانی، جسمانی و رفتاری است. مثلاً هیجان‌های منفی (مثلاً افسردگی و اضطراب) روی وضعیت عملکردی (مثلاً کنترل قند خون) در افراد دیابتی اثر می‌گذارد. آسیب‌های نورولوژیکی و شناختی ناشی از دیابت، شواهد رو به رشد، نشان دهنده ارتباط قوی دیابت و اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی از جمله استرس، اضطراب، افسردگی و دیگر اختلال‌های روان‌شناختی است. عوامل و اصول روان‌شناختی نه تنها ابعاد مختلف زندگی افراد مبتلا به دیابت را تحت تاثیر قرار می‌دهند، بلکه در رفتارهای خود مراقبتی و مدیریت و دستیابی به کنترل مناسب در این افراد نیز تأثیرگذار هستند. قدرت افراد در حفظ سلامتی، بستگی به داشتن انرژی و توانایی در برقراری سازگاری مثبت با محرک دارد. انسان در زندگی در مقابل بیماری و سلامتی، رفتارهای سازگار از خود نشان می‌دهد. برای نشان دادن پاسخ مثبت به تغییرات محیطی لازم است که فرد خود را با آن‌ها سازگار کند. عکس‌العمل مثبت به تغییرات محیطی، نشان دهنده سازگار بودن است. هر محرکی که به یکی از ابعاد انسان وارد می‌شود، سایر ابعاد را نیز تحت فشار قرار می‌دهد. انسان دائم با تغییرات فیزیکی، اجتماعی و روانی محیط خود روبه‌رو است و باید با آن‌ها ارتباط متقابل داشته باشد تا به سازگاری دست یابد. بیماری دیابت موجب برهم خورد تعامل زیستی و روانی ارگانیسم می‌شود به طوری که مستلزم سازگاری فرد با بیماری است. خودمراقبتی طیفی از رفتارها یک فرد است که رژیم غذایی، دارویی، ورزش و غیره را در برمی‌گیرد که تحت تأثیر عوامل فردی و اجتماعی قرار دارد و حاکی از میزان سازگاری فرد با بیماری مزمن نظیر دیابت است.

به پژوهشگران علاقمند در این زمینه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی بر یک زمینه خاص از عوامل روانی- اجتماعی- هیجانی تمرکز و ارتباط آن را با سازگاری در بیماران دیابتی به طور گسترده بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود عوامل و اصول مربوط به سازگاری را در دیابت نوع ۱ و نوع ۲ به طور جداگانه مورد بررسی قرار دهند. براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر متغیرهای زمینه‌ای با

1. Mogre, V., Johnson, N. A., Tzelepis, F., Hall, A., & Paul, C.

2. Leventhal, H., Yu, J., & Leventhal, E. A.

3. Meunier, S., Coulombe, S., Beaulieu, M.-D., Côté, J., Lespérance, F.

4. Madhu, K.

سازگاری بیماران دیابتی در ارتباط هستند که با شناسایی، تعدیل تعدادی از این عوامل و با فراهم آوردن حمایت خانواده و جامعه برای این بیماران در رفتارهای خود مراقبتی و ارتقای سطح سازگاری این بیماران دخیل بود.

منابع

- افشاری، افروز. (۱۳۹۷). پیش‌بینی تبعیت درمانی بیماران مبتلا به دیابت بر اساس خود شفقت‌ورزی، تنظیم هیجانی و بهزیستی معنوی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۶(۴)، ۴۶۶-۴۷۵.
- افلاک سیر، عبدالعزیز، رئوفی، ساره، ملازاده، جواد، خرمانی، فرهاد، و فرمانی، اعظم. (۱۳۹۴). پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری براساس ابعاد کانون کنترل سلامت در بیماران دیابتی نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۴(۵)، ۳۳۷-۳۴۴.
- باقریان سرارودی، رضا، احمدزاده، غلامحسین، و محمودی، مهرآفرین. (۱۳۸۸). سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک (ره‌آورد دانش)*، ۱۲(۴۶)، ۹-۱۷.
- حاتملوی سعدآبادی، منیژه، و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیردیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۰(۵)، ۵۸۱-۵۹۲.
- حجتی، حمید. (۱۳۸۹). ارتباط تداوم دعا با سلامت معنوی در بیماران تحت همودیلایز. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴۶)، ۵۱۴-۵۲۱.
- خدابخشی کولایی، آناهیتا، فلسفی نژاد، محمدرضا، و نویدیان، علی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تاب‌آوری در برابر استرس بر بهزیستی روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *پرستاری دیابت*، ۴(۳)، ۳۰-۴۰.
- درخشان راد، سیدعلیرضا، زینل زاده قوچانی، بهاره، تقی زاده، زهرا، زاهدی، انسیه، و قاسم شریفی، امیرحسین. (۱۳۹۵). بررسی توصیفی خصوصیت تاب‌آوری و نقش آن در فرآیند انطباق مبتلایان به دیابت نوع دو مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر شیراز. *علوم پزشکی صدا*، ۴(۴)، ۲۴۵-۲۵۴.
- رحیمیان بوگر، اسحق. (۱۳۹۰). عوامل خطر عوارض قلبی عروقی در بیماران دیابتی نوع ۲: نقش پیش‌بین عوامل روان‌شناختی، عوامل اجتماعی و خصوصیات بیماری. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۵۱)، ۲۷۸-۲۹۳.
- رضایی دادگر، مریم، جوئیاری، لیلا، قدسی، علی محمد، پاک سرشت، سلیمان، ثناگو، اکرم، مرادی، مریم، و اسدی، لیلا. (۱۳۹۷). عوامل مؤثر در پذیرش سبک زندگی پیشگیرانه در بیماران دیابتی با رویکرد کیفی. *توسعه پرستاری در سلامت*، ۹(۱)، ۴۷-۵۷.
- زارع، حسین، زارع، مریم، خالقی دلاور، فائزه، امیرآبادی، فاطمه، و شهریار، حسنیه. (۱۳۹۲). ذهن آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۰(۱۰۸)، ۴۰-۵۲.
- سهیلی زاد، مختار، یاحقی امجد، عشرت، امینی، داریوش، و غلامعلینی، بهزاد. (۱۳۹۵). ارتباط بین عزت نفس، تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر همدان در سال ۱۳۹۴. *مجله علمی پژوهان*، ۱۵(۱)، ۸-۱.
- صادقی، مسعود، صفری موسوی، سید سینا، فرهادی، معرفت، و امیری، میثم. (۱۳۹۶). نقش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودشفقتی در پیش‌بینی افسردگی، اضطراب و استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۵(۴۵۲)، ۱۴۶۸-۱۴۷۵.
- صدری دمیرچی، اسماعیل، و صمدی فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). پیش‌بینی امید به زندگی در بیماران دیابتی بر اساس خودکارآمدی، عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده. *افق دانش*، ۲۵(۲)، ۸۵-۹۲.
- صمدزاده، افسانه، صالحی، مهدیه، بنی جمالی، شکوه السادات، و احدی، حسن. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و آموزش ذهن آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روان‌شناختی*، ۱۸(۷۳)، ۴۵-۵۴.
- صمدزاده، نسیم، پورشریفی، حمید، و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع II. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵(۱۷)، ۷۷-۹۶.
- صمدزاده، نسیم، پورشریفی، حمید، و باباپور خیرالدین، جلیل. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی و نشانه‌های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه موردی. *دو ماهنامه فیض*، ۱۹(۳)، ۲۵۵-۲۶۴.
- طل، آذر، مجلسی، فرشته، رحیمی فروشانی، عباس، محبی، بهرام، شجاعی زاده، داود، و صالحی نوده، علیرضا. (۱۳۹۱). سازگاری شناختی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران در تبعیت از درمان. *تحقیقات نظام سلامت*، ۸(۶)، ۱۰۶۸-۱۰۷۷.
- فخری، محمدکاظم، بهار، عادل، و امینی، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده و کنترل فشارخون در بیماران دیابتی نوع ۲. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۷۰)، ۱۸۶-۱۹۳.
- فقهی، حمید، سعادت‌جو، سیدعلیرضا، و دستجردی، زهرا. (۱۳۹۲). بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۲. *مراقبت‌های نوین*، ۱۰(۴)، ۲۴۹-۲۵۶.
- فلاح تفتی، بهاره، واعظی، علی اکبر، مشتاق عشق، زهرا، شمسی، فریماه. (۱۳۹۵). بررسی موانع مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ استان یزد، در سال ۱۳۹۳. *طلوع بهداشت*، ۱۵(۳)، ۱۱۵-۱۲۹.

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

قدرتی میرکوهی، مهدی، و رحیمیان بوگر، اسحاق. (۱۳۹۵). پیش‌بینی خودکارآمدی مدیریت دیابت نوع دو براساس سخت‌رویی و راهبردهای مقابله با تنش در بیماران مبتلا. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۰(۴)، ۴۳-۵۱.

کاظمی رضایی، علی، مرادی، علیرضا، و حسینی، جعفر. (۱۳۹۷). مطالعه تطبیقی تنظیم هیجان، خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران قلبی عروقی، بیماران دیابتی و افراد بهنجار. *روان پرستاری*، ۶(۱)، ۴۳-۵۲.

محمود علیلو، مجید، اسبقی پور، مهری، نریمانی، محمد، آقامحمدزاده، ناصر. (۱۳۹۳). رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان در بیماران دیابتی. *روان پرستاری*، ۲(۳)، ۷۷-۸۵.

محمودی، اعظم، و علوی، موسی. (۱۳۹۴). تجارب بیماران مبتلا به دیابت و تیم سلامت از کنترل دیابت: یک مطالعه کیفی. *فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت*، ۴(۳)، ۷۰-۸۰.

مظلوم بفرونی، ناهد، افخمی اردکانی، محمد، شمس اسفندآباد، حسن، و جلالی، محمدرضا. (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه تاب‌آوری و سرسختی با سبک‌های مقابله هجان مدار و مسأله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد. *پرستاری دیابت*، ۱(۲).

مهدوی‌فر، معصومه، سبزواری، سکینه، و فصیحی هرنیدی، طیبه. (۱۳۹۴). بررسی باورهای بهداشتی در زمینه انجام آزمون پاپ اسمیر براساس سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های مراکز بهداشت شهر بندرعباس. *مجله بهداشت و توسعه*، ۴(۲)، ۱۳۳.

مولوی، پرویز. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در بیماران دیابتی. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۲(۴۶)، ۴۸۰-۴۸۷.

میرزایی، مسعود، دریافتی، حوا، فلاح زاده، حسین، و عزیزی، بهمن. (۱۳۹۵). بررسی افسردگی، اضطراب و استرس در افراد دیابتی و غیردیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۴(۵)، ۳۸۷-۳۹۷.

نیکوگفتار، منصوره، و قاسمی جوبنه، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۴ پیاپی ۴۶)، ۴۲۸-۴۳۳.

Affleck, G., Tennen, H., & Apter, A. (2001). Optimism, pessimism, and daily life with chronic illness. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. <https://doi.org/10.1037/10385-007>

Agnoli, S., & Vannucci, M. (2020). Mindfulness. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier.

Al-Khaleedi, M., Al-Dousari, H., Al-Dhufairi, S., Al-Mousawi, T., Al-Azemi, R., Al-Azimi, F., & Badr, H. E. (2018). Diabetes Self-Management: A Key to Better Health-Related Quality of Life in Patients with Diabetes. *Medical principles and practice: international journal of the Kuwait University, Health Science Centre*, 27(4), 323-331. <https://doi.org/10.1159/000489310>

Alshehri, M. M., Alenazi, A. M., Hoover, J. C., Alothman, S. A., Phadnis, M. A., Miles, J. M., Kluding, P. M., & Siengasukon, C. F. (2020). A comparison of diabetes self-care behavior in people with type 2 diabetes with and without insomnia symptoms. *Acta diabetologica*, 10.1007/s00592-019-01470-y. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00592-019-01470-y>

Alvarado-Martel, D., Fernández, M. A. R., Vigaray, M. C., Carrillo, A., Boronat, M., Montesdeoca, A. E., & Wägner, A. M. (2019). Identification of Psychological Factors Associated with Adherence to Self-Care Behaviors amongst Patients with Type 1 Diabetes.

Buchwald, P. (2017). Social Support☆. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*. Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-809324-5.05719-9>

Balhara, Y. (2011). Diabetes and psychiatric disorders. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 15, 274-283. <https://doi.org/10.4103/2230-8210.85579>

Barasheh, N., Shakerinejad, G., Noughjah, S., & Haghighizadeh, M. H. (2017). The effect of educational program based on the precede-proceed model on improving self-care behaviors in a semi-urban population with type 2 diabetes referred to health centers of Bavi, Iran. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 11, S759-S765. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dsx.2017.05.012>

Baum, A., Revenson, T. A., & Singer, J. E. (2011). *Handbook of health psychology* (2nd Ed.). Psychology Press.

Chen, C.-Y., Lo, F.-S., Chen, B.-H., Lu, M.-H., Hsin, Y.-M., & Wang, R.-H. (2017). Pathways of emotional autonomy, self-care behaviors, and depressive symptoms on health adaptation in adolescents with type 1 diabetes. *Nursing Outlook*, 65(1), 68-76. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.07.015>

Chien, I. C., & Lin, C.-H. (2016). Increased risk of diabetes in patients with anxiety disorders: A population-based study. *Journal of Psychosomatic Research*, 86, 47-52. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.05.003>

Crowther, N. J. (2012). Early determinants of chronic disease in developing countries. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 26(5), 655-665. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.03.006>

Dahlbeck, D. T., & Lightsey, O. R. (2008). Generalized Self-Efficacy, Coping, and Self-Esteem as Predictors of Psychological Adjustment among Children with Disabilities or Chronic Illnesses. *Children's Health Care*, 37(4), 293-315. <https://doi.org/10.1080/02739610802437509>

Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2013). The Appraisal of Self-Care Agency Scale - Revised (ASAS-R): adaptation and construct validity in the Brazilian context. *Cadernos de Saúde Pública*, 29, 2071-2082.

- Di Giuseppe, M., Ciacchini, R., Piarulli, A., Nepa, G., & Conversano, C. (2019). Mindfulness dispositions and defense style as positive responses to psychological distress in oncology professionals. *European Journal of Oncology Nursing*, 40, 104-110. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.04.003>
- Dixon, M. R., Paliliunas, D., Belisle, J., Speelman, R. C., Gunnarsson, K. F., & Shaffer, J. L. (2019). The effect of brief mindfulness training on momentary impulsivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 11, 15-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.11.003>
- D'Souza, M. S., Karkada, S. N., Parahoo, K., Venkatesaperumal, R., Achora, S., & Cayaban, A. R. R. (2017). Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research*, 36, 25-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.004>
- Duangdao, K. M., & Roesch, S. C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 291-300. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9155-6>
- Egede, L. E., Ellis, C., & Grubaugh, A. L. (2009). The effect of depression on self-care behaviors and quality of care in a national sample of adults with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 31(5), 422-427. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2009.06.007>
- Eilander, M. M., de Wit, M., Rotteveel, J., & Snoek, F. J. (2016). Low Self-Confidence and Diabetes Mismanagement in Youth with Type 1 Diabetes Mediate the Relationship between Behavioral Problems and Elevated HbA1c. *Journal of diabetes research*, 2016, 3159103. <https://doi.org/10.1155/2016/3159103>
- Faasse, K., & Petrie, K. J. (2015). Stress, Coping and Health. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 551-555). Oxford: Elsevier.
- Ferrari, M., Dal Cin, M., & Steele, M. (2017). Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 34(11), 1546-1553.
- Friis, A. M., Consedine, N. S., & Johnson, M. H. (2015). Does Kindness Matter? Diabetes, Depression, and Self-Compassion: A Selective Review and Research Agenda. *Diabetes spectrum: a publication of the American Diabetes Association*, 28(4), 252-257. <https://doi.org/10.2337/diaspect.28.4.252>
- Gatta, S., & Sammut, R. (2008). An exploratory study of predictors of self-care behaviour in persons with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 54(10), 1525-1533.
- Ghoreishi, M.-S., Vahedian-shahroodi, M., Jafari, A., & Tehranid, H. (2019). Self-care behaviors in patients with type 2 diabetes: Education intervention base on social cognitive theory. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 13(3), 2049-2056. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.dsx.2019.04.045>
- Gois, C. J., Ferro, A. C., Santos, A. L., Sousa, F. P., Ouakinin, S. R., do Carmo, I., & Barbosa, A. F. (2012). Psychological adjustment to diabetes mellitus: highlighting self-integration and self-regulation. *Acta Diabetologica*, 49(1), 33-40. <https://doi.org/10.1007/s00592-010-0191-7>
- Gonzalez, J. S., Tanenbaum, M. L., & Commissariat, P. V. (2016). Psychosocial factors in medication adherence and diabetes self-management: Implications for research and practice. *The American psychologist*, 71(7), 539-551. <https://doi.org/10.1037/a0040388>
- Hackett, R. A., & Steptoe, A. (2016). Psychosocial Factors in Diabetes and Cardiovascular Risk. *Current cardiology reports*, 18(10), 95. <https://doi.org/10.1007/s11886-016-0771-4>
- Hammond, L. D., & Hirst-Winthrop, S. (2018). Proposal of an integrative model of adjustment to chronic conditions: An understanding of the process of psychosocial adjustment to living with type 2 diabetes. *Journal of Health Psychology*, 23(8), 1063-1074. <https://doi.org/10.1177/1359105316664131>
- Hoyt, M. A., & Stanton, A. L. (2012). Adjustment to chronic illness. In A. Baum, T. A. Revenson, & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (p. 219-246).
- Hui, E. K., & Tsang, S. K. (2012). Self-determination as a psychological and positive youth development construct. *TheScientificWorldJournal*, 2012, 759358. <https://doi.org/10.1100/2012/759358>
- Jennings K. M. (2017). The Roy Adaptation Model: A Theoretical framework for nurses providing care to individuals with Anorexia Nervosa. *ANS. Advances in nursing science*, 40(4), 370-383. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000175>
- Kalra, S., Jena, B. N., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 22(5), 696-704. https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17
- Karagiannopoulou, E., & Kamtsios, S. (2016). Multidimensionality vs. unitary of academic hardness: An under explored issue...? *Learning and Individual Differences*, 51, 149-156.
- Kassianos, A. P., Symeou, M., & Ioannou, M. (2016). The health locus of control concept: Factorial structure, psychometric properties and form equivalence of the Multidimensional Health Locus of Control scales. *Health Psychology Open*. <https://doi.org/10.1177/2055102916676211>
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., & Holtforth, M. G. (2013). Self-compassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3), 501-513.
- Lee, A. J., Hiscock, R. J., Wein, P., Walker, S. P., & Permezel, M. (2007). Gestational Diabetes Mellitus: Clinical Predictors and Long-Term Risk of Developing Type 2 Diabetes. *A retrospective cohort study using survival analysis*, 30(4), 878-883. <https://doi.org/10.2337/dc06-1816>
- Leventhal, H., Yu, J., & Leventhal, E. A. (2015). Illness Behavior and Care-Seeking. In J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* (pp. 596-602). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14105-4>

A review on Principles and Methods of Diabetes Adaptation

- Li, K.-D., Wang, Q.-S., Zhang, W.-W., Zhang, W.-Y., Fu, S.-N., Xu, D., Wu, J.-R., Zhai, J.-B., & Cui, Y.-L. (2020). Gardenia fructus antidepressant formula for depression in diabetes patients: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 48, 102248. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.102248>
- Lienhart, C. (2019). The relationship between mindfulness, self-compassion and body appreciation. *EXPLORE*.
- Loucks, E. B., Gilman, S. E., Britton, W. B., Gutman, R., Eaton, C. B., & Buka, S. L. (2016). Associations of Mindfulness with Glucose Regulation and Diabetes. *American journal of health behavior*, 40(2), 258-267. <https://doi.org/10.5993/AJHB.40.2.11>
- Madhu, K. (2015). Psychological and psychiatric aspects of diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries volume*, 35, 73-74.
- Matta, J., Hoertel, N., Kesse-Guyot, E., Plesz, M., Wiernik, E., Carette, C., Czernichow, S., Limosin, F., Goldberg, M., Zins, M., & Lemogne, C. (2019). Diet and physical activity in the association between depression and metabolic syndrome: Constances study. *Journal of Affective Disorders*, 244, 25-32. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.09.072>
- Medina, W. L., Wilson, D., de Salvo, V., Vannucchi, B., de Souza, É. L., Lucena, L., Sarto, H. M., Modrego-Alarcón, M., Garcia-Campayo, J., & Demarzo, M. (2017). Effects of Mindfulness on Diabetes Mellitus: Rationale and Overview. *Current Diabetes Reviews*, 13(2), 141-147.
- Meister, R. E., Weber, T., Princip, M., Schnyder, U., Barth, J., Znoj, H., Schmid, J. P., & von Känel, R. (2015). Resilience as a correlate of acute stress disorder symptoms in patients with acute myocardial infarction. *Open heart*, 2(1), e000261.
- Meunier, S., Coulombe, S., Beaulieu, M.-D., Côté, J., Lespérance, F., Chiasson, J.-L., Bherer, L., Lambert, J., & Houle, J. (2016). Longitudinal testing of the Information-Motivation-Behavioral Skills model of self-care among adults with type 2 diabetes. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1830-1836. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.011>
- Miller, C., & Davis, M. (2005). The Influential Role of Social Support in Diabetes Management. *Topics in Clinical Nutrition*, 20, 157-165. <https://doi.org/10.1097/00008486-200504000-00009>
- Mogre, V., Johnson, N. A., Tzelepis, F., Hall, A., & Paul, C. (2020). Barriers to self-care and their association with poor adherence to self-care behaviours in people with type 2 diabetes in Ghana: A cross sectional study. *Obesity Medicine*, 18, 100222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.obmed.2020.100222>
- Moini, J. (2019). *Epidemiology of Diabetes*. Elsevier.
- Montoya, I., Pérez-Marín, M., Soto-Rubio, A., & Prado-Gascó, V. (2016). Adjustment to Type 1 Diabetes Mellitus and its Relation with Anxiety and Depression in Pediatric Patients. *Endocrinol Diabetes Res*, 2(1).
- Nefs, G., Hendrieckx, C., Reddy, P., Browne, J. L., Bot, M., Dixon, J., Kyrios, M., Speight, J., & Pouwer, F. (2019). Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(8), 523-529. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2019.04.013>
- O'Hea, E. L., Moon, S., Grothe, K. B., Boudreaux, E., Bodenlos, J. S., Wallston, K., & Brantley, P. J. (2009). The interaction of locus of control, self-efficacy, and outcome expectancy in relation to HbA1c in medically underserved individuals with type 2 diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), 106-117. <https://doi.org/10.1007/s10865-008-9188-x>
- Parildar, H., Cigerli, O., & Demirag, N. G. (2015). Depression, Coping Strategies, Glycemic Control and Patient Compliance in Type 2 Diabetic Patients in an endocrine Outpatient Clinic. *Pakistan journal of medical sciences*, 31(1), 19-24. <https://doi.org/10.12669/pjms.311.6011>
- Raithatha, S. J., Shankar, S. U., & Dinesh, K. (2014). Self-Care Practices among Diabetic Patients in Anand District of Gujarat. *Hindawi Publishing Corporation*, 2014.
- Ramkisson, S., Pillay, B. J., & Sibanda, W. (2017). Social support and coping in adults with type 2 diabetes. *African journal of primary health care & family medicine*, 9(1), e1-e8. <https://doi.org/10.4102/phcfm.v9i1.1405>
- Ribeiro, M., Diniz, C., Perdomo, S., Ribeiro, J., Barbosa, O., Barros, K., Silva, A., & Oliveira, E. (2017). Self-esteem and resilience in people with type 2 diabetes mellitus. *O Mundo da Saúde*, 41, 223-231. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20174102223231>
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246-255. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61078-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61078-8)
- Roy, S. C. Research Based on the Roy Adaptation Model: Last 25 Years. *Nurs Sci Q* 2011; 24 (4), 312-320.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions* (8th Ed.). Wiley.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social science & medicine* (1982), 62, 1153-1166. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Sheer, V. (2014). A Meta-Synthesis of Health-Related Self-Efficacy Instrumentation: Problems and Suggestions. *Journal of nursing measurement*, 22, 77-93. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.22.1.77>
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. (2016). Coping. In H. S. Friedman (Ed.), *Encyclopedia of Mental Health (Second Edition)* (pp. 350-357). Oxford: Academic Press.
- Solowiejczyk, J. (2004). The family approach to diabetes management: theory into practice toward the development of a new paradigm. *Diabetes Spectrum*, 17(1), 31-36. <https://doi.org/10.2337/diaspect.17.1.31>
- van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., Blonk, M. C., Erdsieck, R. J., Spooren, P. F., Toorians, A. W., & Pouwer, F. (2013). The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA(1c) in outpatients with diabetes (DiaMind): a randomized controlled trial. *Diabetes Care*, 36(4), 823-830. <https://doi.org/10.2337/dc12-1477>

- Ventura, A., Nefs, G., Browne, J., Friis, A., Pouwer, F., & Speight, J. (2018). Is Self-Compassion Related to Behavioural, Clinical and Emotional Outcomes in Adults with Diabetes? Results from the Second Diabetes MILES—Australia (MILES-2) Study. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1067-0>
- Webel, A. R., Wantland, D., Rose, C. D., Kemppainen, J., Holzemer, W. L., & Chen, W. T. (2015). A cross-sectional relationship between social capital, self-compassion, and perceived HIV symptoms. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(1), 59-68.
- Weiss, R. (2019). Chapter 1 - Pathophysiology of Insulin Resistance and Type 2 Diabetes. In G. Kim (Ed.), *Pediatric Type II Diabetes* (pp. 1-8). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-55138-0.00001-2>
- Wilson, J. M., Weiss, A., & Shook, N. J. (2020). Mindfulness, self-compassion, and savoring: Factors that explain the relation between perceived social support and well-being. *Personality and Individual Differences*, 152, 109568.



شپوشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی