

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان

مهری افشاری^۱، یوسف گرجی^۲

نویسنده مسئول:

مهری افشاری

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب در کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش کلیه کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک ساکن شهر اصفهان بود که به یکی از مراکز درمانی مراجعه کرده و دارای پرونده بیماری فعال بودند. بنابراین برای تعیین نمونه از بین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان که ملاک های ورود در مطالعه را دارا بودند، تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و سپس با روش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) گمارده شدند. این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل اجرا گردید. ابتدا هر دو گروه از طریق پرسشنامه ی اضطراب اسپنس (SCAC) مورد آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله قرار گرفتند. در پایان هر دو گروه در مرحله پس آزمون ارزیابی شدند و در این مدت بر روی گروه گواه هیچ مداخله ای صورت نگرفت. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). بنابراین درمان شناختی رفتاری بر بهبود مؤلفه های اضطراب (اضطراب جدایی، آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی، علائم وسواس فکری، اضطراب عمومی) کودکان مبتلا به دیابت نوع یک تأثیر داشته است.

واژگان کلیدی: اضطراب، درمان شناختی رفتاری، دیابت نوع یک، کودکان.

مقدمه

در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. توجه به رشد جسمی، هیجانی، روانی و رفتاری آنان همواره از سوی اندیشمندان و پژوهشگران مورد تأکید بوده است، به گونه ای که در ۲۵ سال اخیر مسایل و مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی کودکان به عنوان یکی از موضوع های عمده و اصلی روانپزشکی و روانشناسی مطرح بوده است (مش و بارکلی^۱، ۲۰۱۴). یکی از مسایلی که اخیراً سلامت روانی کودکان و نوجوانان را بیشتر از گذشته تحت تأثیر قرار داده است، بیماری دیابت می باشد. اختلالات متابولیکی ناشی از دیابت سبب بروز تغییرات پاتوفیزیولوژیک در تمام بدن می گردد که مشکلات فراوانی را به بیمار و دستگاه بهداشتی وی تحمیل می کند. با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان، انتظار می رود که این بیماری یکی از علل اصلی مرگ و میر، ناتوانی و مشکلات روانی رفتاری در کودکان باقی بماند (پاورز^۲، ۲۰۰۶). بنابراین یکی از واکنش های افراد مبتلا به دیابت به دنبال آگاهی از بیماری خویش و عوارض حاصل از بیماری و مبارزه با محدودیت ها، ایجاد اضطراب^۳ می باشد. اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته که فرد تجربه می کند و شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. اختلالات اضطرابی جزء شایعترین اختلالات رایج در کودکان می باشد که منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان می گردد (واتز و مارخام^۴، ۲۰۱۰). نشانه های ترس و اضطراب و میزان شیوع اختلال های اضطرابی بخصوص اضطراب منتشر و هراس ساده در بیماران دیابتی بیش از جمعیت عمومی است (گریگسبی، اندرسون، فردلند، کلووز و لوستمن^۵، ۲۰۰۲). اضطراب می تواند تحت تأثیر رژیم غذایی و اختلالات طبی مانند دیابت قرار بگیرد. در واقع اضطراب در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت فرایند قندخون را مختل می سازد و همچنین کنترل ضعیف دیابت و رویدادهای استرس آفرین زندگی، ارتباط معناداری با یکدیگر دارند (سلیمان، حمدان، تامیم، محمود و یانگ^۶، ۲۰۱۰). اگر اضطراب افراد شدید باشد و مدت زمان طولانی فرد درگیر آن باشد، برای وی زبان آور بوده و نقش مهمی در ایجاد بیماری های روان تنی همانند بیماری کرونر قلبی، پرفشاری، خون، آنژین صدری و ایجاد اختلالات روانی خواهد داشت (هروی کریموی، جدیدمیلانی، رژه و ولایی، ۱۳۹۲). چون در افراد دیابتی یا انسولین به مقدار کافی وجود ندارد و یا نمی تواند اعمال طبیعی خود را انجام دهد، قند حاصل از شکسته شدن ذخائر قندی بدن نمی تواند وارد سلول ها شود و در نتیجه قند خون افزایش می یابد. از طرفی دیگر، وجود استرس مخصوصاً استرس های روانی باعث می شود تا فرد نتواند کنترل خوبی بر روی دیابت خود داشته باشد (هراتی، ۱۳۹۱). پژوهش ها نشان داده است که درمان اضطراب های کودکی و نوجوانی می تواند احتمال بیماریهای روانی دیگر، ناراحتی های شدید، رفتارهای ناسازگارانه و حتی مرگ و میر کودکان و نوجوانان را کاهش دهد (دهاوالی^۷، ۲۰۰۶). درمان شناختی-رفتاری یکی از درمان های روان شناختی برای مدیریت روانی دیابت می باشد و رویکردی است که به بیماران کمک می کند تا مهارت های مقابله ای شان را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند (کالرا^۸ و همکاران، ۲۰۱۳). مزیت مدل شناختی — رفتاری در مراقبت از دیابت، بالا بردن پایبندی به رژیم درمانی می باشد که در این مدل درمان، فرد بیمار به طور مستمر مهارت ها را برای مقابله، تمرین می کند و مهارت هایی را به کار می برد که در درمان بیماری اش نیاز دارد (تورنر^۹، ۲۰۱۰). مداخله شناختی رفتاری در کاهش نشانگان اضطراب در افراد مبتلا به بیماری های جسمانی مؤثر است (بلمتن، اوود، وشار و اسپنچنز^{۱۰}، ۲۰۱۰). در زمینه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر مشکلات مختلف افراد مبتلا به دیابت پژوهش های متعددی انجام شده است که از جمله تحقیقات ده سال اخیر می توان به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر انواع مشکلات بزرگسالان مبتلا به دیابت مانند افسردگی، اضطراب، ادراک استرس، بهزیستی، کیفیت زندگی و بهبود در کنترل قند خون نشان داده اند، اشاره کرد. ولی در زمینه اثربخشی

1- Mash & Barkley

2- Powers

3- Anxiety

4- Watts, Markham

5- Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse, Lustman

6- Sulaiman, Hamdan, Tamim, Mahmood, Young

7- Dhavale

8- Kalra

1- Turner

2- Beltman, Oude Voshaar, Speckens

این درمان بر اضطراب در کودکان مبتلا به دیابت کمتر پژوهشی صورت گرفته است. به هر حال چون درمان شناختی- رفتاری گروهی دارای جنبه های عاطفی می باشد، به نظر می رسد که این نوع درمان می تواند بر استرس و اضطراب در کودکان دیابتی موثر باشد. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به شیوه نمونه گیری هدفمند و گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل می باشد. در این پژوهش بعد از هماهنگی و کسب مجوز با مراکز درمانی استان اصفهان (بیمارستان امام حسین(ع)، کلینیک تخصصی دیابت و دو مطب متخصص غدد کودکان) با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی خانواده ی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و کسب اجازه از آنها برای شرکت در این پژوهش، تعداد ۴۰ کودک مبتلا به دیابت نوع یک به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس این کودکان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از ۱۵ نفر که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ۱۴ نفر به طور کامل در جلسات درمان حضور پیدا کردند. دو گروه شرکت کننده در مرحله پیش آزمون پرسشنامه ی اضطراب اسپنس (SCAC) را تکمیل نموده و سپس گروه آزمایش در هشت جلسه ی ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یکبار در کلینیک دیابت اصفهان) جلسات درمان شناختی- رفتاری شرکت کردند و پس از اتمام جلسات پس آزمون پرسشنامه دوباره توسط هر دو گروه تکمیل گردید. همچنین بعد از یک ماه و نیم هر دو گروه دوباره مورد پیگیری قرار گرفتند تا تداوم اثربخشی درمان به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته شود.

در این پژوهش از پرسشنامه ی اضطراب اسپنس (SCAC) استفاده شد: مقیاس اضطراب اسپنس از ۴۵ عبارت تشکیل می شود که ۳۸ عبارت آن نمره گذاری شده و شش عبارت آن که عبارت های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی شوند. همچنین این آزمون دارای یک سوال باز است که کودک به طور تشریحی به آن پاسخ خواهد داد و برای سنین ۸ تا ۱۵ سال تهیه شده است. مقیاس اضطراب اسپنس دارای زیر شش مقیاس است که به شرح زیر می باشند: ۱- هراس و ترس از فضای باز: این مقیاس در سوال های ۱۳ - ۲۱ - ۲۸ - ۳۰ - ۳۲ - ۳۴ - ۳۶ - ۳۷ - ۳۹ مورد ارزیابی قرار می گیرد. ۲- اضطراب جدایی: این مقیاس در سوال های ۵ - ۸ - ۱۲ - ۱۵ - ۱۶ - ۴۴ مورد ارزیابی قرار می گیرد. ۳- ترس از آسیب فیزیکی: این مقیاس در سوال های ۲ - ۱۸ - ۲۳ - ۲۵ - ۳۳ مورد ارزیابی قرار می گیرد. ۴- ترس اجتماعی (فوبی): این مقیاس در سوال های ۶ - ۷ - ۹ - ۱۰ - ۲۹ - ۳۵ مورد ارزیابی قرار می گیرد. ۵- وسواس فکری - عملی: این مقیاس در سوال های ۱۴ - ۱۹ - ۲۷ - ۴۰ - ۴۱ - ۴۲ مورد ارزیابی قرار می گیرد. ۶- اضطراب عمومی: این مقیاس در سوال های ۱ - ۳ - ۴ - ۲۰ - ۲۲ - ۲۴ مورد ارزیابی قرار می گیرد. روش نمره گذاری: نمره کلی آزمون از مجموع نمرات زیر مقیاس ها بدست می آید. ضمناً عبارت های ۱۱- ۱۷ - ۲۶ - ۳۱ - ۳۸ و ۴۳ در محاسبات منظور نمی شوند. طبقه ی نمره گذاری لیکرت می باشد، هرگز نمره صفر، گاهی اوقات نمره ۱، اغلب نمره ۲، همیشه نمره ۳ می گیرد. حداکثر نمره ۱۱۴ می باشد. در تحقیق سلیمانی، خسروی و هومن (۱۳۹۰) اعتبار آزمون از طریق فرمول کلی آلفای کرونباخ ۰/۸۷۴ به دست آمد. برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل مولفه های اصلی بهره گرفته شده است. نتایج حاصل از آن نشان می دهد شش عامل از پرسشنامه مورد مطالعه استخراج می شود، که این عامل ها ۱۳۸/۴۲ درصد واریانس کل راتیبیین می کنند. شش عامل مشتمل بر اضطراب جدایی ترس اجتماعی(فوبیا)، اضطراب فراگیر، حملات هراس و ترس از فضای باز، وسواس فکری و عملی و تر از آسیب فیزیکی است. در نهایت، نرم مقوله ای برای این مقیاس محاسبه شده است.

یافته ها

ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ذیل ارائه می شود:

از نظر تحصیلات افراد نمونه، بیشترین فراوانی مربوط به پایه ششم با ۳۳/۳ درصد بود. از نظر تحصیلات پدر شرکت کنندگان در پژوهش، بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم با ۴۶/۹ درصد بود. در بین مادران افراد نمونه، تحصیلات دیپلم با ۴۰/۶ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد. همچنین از نظر شغل پدران بیشترین فراوانی مختص شغل آزاد (۵۶/۳ درصد) بود و در بین مادران آنها، شغل خانه داری با ۸۱/۳ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نمره کل اضطراب در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اضطراب در دو گروه

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۴	۳۴/۵۷	۱۷/۴۸	۲۵	۱۷/۹۹	۵۸/۰۷	۱۸/۱۱
کنترل	۱۸	۴۴/۲۷	۲۳/۲۹	۴۴/۳۸	۲۲/۹	۴۴/۲۷	۲۲/۸۲

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می گردد، میانگین نمره کل اضطراب در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اشاره شده است. سپس برای بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در ذیل ارائه می شود:

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر اثرات درون آزمودنی ها در نمره کل اضطراب

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی داری	اندازه ی اثر	توان آماری
مراحل	۲۱۷۴/۴۸۴	۱	۲۱۷۴/۴۸۴	۲۵/۶۱۵	***۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹
گروه* مراحل	۲۱۷۴/۴۸۴	۱	۲۱۷۴/۴۸۴	۲۵/۶۱۵	***۰/۰۰۱	۰/۴۶۱	۰/۹۹

آن چنان که در جدول ۲ نشان داده شده است تفاوت معناداری بین میانگین نمرات اضطراب در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P=۰/۰۰۱$). سایر نتایج نشان می دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در اضطراب کودکان معنادار است ($P=۰/۰۰۱$). بدین معنی که عضویت گروهی و مراحل آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین اضطراب کودکان تأثیر دارند و تفاوت میانگین اضطراب کودکان گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. میزان تأثیر اثر تعاملی مراحل آزمون و عضویت گروهی ۴۶/۱ درصد است. بدین معنی که ۴۶/۱ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه ها به واسطه دریافت یا عدم دریافت درمان و مراحل آزمون است. سپس برای بررسی تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر مولفه های اضطراب از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می شود:

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر اثرات درون آزمودنی‌ها در مولفه‌های اضطراب

مولفه‌ها	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
هراس از فضای باز	مراحل	۲۱۹/۶۱۳	۱	۲۱۹/۶۱۳	۶۶/۲۱۸	***۰/۰۰۱	۰/۶۸۸	۰/۹۹
	گروه* مراحل	۲۰۶/۷۳۸	۱	۲۰۶/۷۳۸	۶۲/۳۳۶	***۰/۰۰۱	۰/۶۷۵	۰/۹۹
اضطراب جدایی	مراحل	۴۰/۲۸۰	۱	۴۰/۲۸۰	۷/۷۳۰	***۰/۰۰۹	۰/۲۰۵	۰/۷۶۷
	گروه* مراحل	۳۷/۵۳۰	۱	۳۷/۵۳۰	۷/۲۰۲	***۰/۰۱۲	۰/۱۹۴	۰/۷۳۸
ترس از آسیب فیزیکی	مراحل	۴۵/۸۵۸	۱	۴۵/۸۵۸	۲۳/۶۸۷	***۰/۰۰۱	۰/۴۴۱	۰/۹۹۷
	گروه* مراحل	۴۲/۹۲۱	۱	۴۲/۹۲۱	۲۲/۱۷۰	***۰/۰۰۱	۰/۴۲۵	۰/۹۹
ترس اجتماعی	مراحل	۸۳/۴۳۳	۱	۸۳/۷۳۳	۱۸/۲۲۸	***۰/۰۰۱	۰/۳۷۸	۰/۹۸
	گروه* مراحل	۹۱/۶۸۳	۱	۹۱/۶۸۳	۲۰/۰۳۰	***۰/۰۰۱	۰/۴۰۰	۰/۹۹۱
وسواس فکری - عملی	مراحل	۶۰/۰۳۶	۱	۶۰/۰۳۶	۲۹/۶۶۵	***۰/۰۰۱	۰/۴۹۷	۰/۹۹
	گروه* مراحل	۷۰/۷۲۳	۱	۷۰/۷۲۳	۳۴/۹۴۶	***۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۹۹
اضطراب عمومی	مراحل	۴۰/۲۸۰	۱	۴۰/۲۸۰	۱۸/۴۹۷	***۰/۰۰۱	۰/۳۸۱	۰/۹۸
	گروه* مراحل	۳۷/۵۳۰	۱	۳۷/۵۳۰	۱۷/۲۳۴	***۰/۰۰۱	۰/۳۶۵	۰/۹۸

در جدول ۳ نشان داده شده است که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات همه مولفه‌های اضطراب کودکان در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۰۱$). میزان تأثیر اثر تعاملی مراحل آزمون و عضویت گروهی در مولفه‌های هراس از فضای باز ۶۷/۱۵ درصد، مولفه اضطراب جدایی ۱۹/۴ درصد، ترس از آسیب فیزیکی ۴۲/۵ درصد، ترس اجتماعی ۴۰ درصد، وسواس فکری-عملی ۵۳/۸ درصد و اضطراب عمومی ۳۶/۵ درصد است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده، نتایج این پژوهش با نتایج آزادی و همکاران (۱۳۹۵)، قاسم زاده و همکاران (۱۳۹۵)، نیازمند (۱۳۹۵)، صمد زاده و همکاران (۱۳۹۲)، اسمعیلی (۱۳۹۲)، ثنائی ذاکر و نصیری (۱۳۹۱)، منشیء (۱۳۹۱)، دوازده امامی (۱۳۸۸)، رجستنبگ و همکاران (۲۰۱۷)، بنت و همکاران (۲۰۱۵) و آمسبرگ (۲۰۰۹) همخوانی مستقیمی دارد.

در تبیین یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت دیابت یک بیماری مزمن است که فرد بیمار را برای مدت زمان زیادی درگیر می کند. برنامه های درمانی این بیماری نیز نیاز به تغییر شیوه زندگی دارد. بنابراین در این میان تنها تعداد معدودی قادر خواهند بود به برنامه های درمانی پایبند بمانند. پس شاید بتوان از طریق آموزش، برداشت ها و درک افراد را از بیماری و بیمار بودنشان تغییر داد و به این ترتیب بتوان افراد دیابتی را به یک عضو کارآمد و مفید برای جامعه تبدیل و از پیشرفت عوارض و ناکارآمد شدن آنها، که در صورت عدم کنترل مناسب رخ خواهد نمود، جلوگیری کرد. در درمان شناختی-رفتاری که پشتوانه ی پژوهشی محکمی دارد درمانگر به کودک مهارت های مقابله ای را یاد می دهد و موقعیت هایی را برای او مهیا می کند تا این مهارت های مقابله ای را تمرین کند. در این درمان که از انواع تکنیک های رفتاری استفاده می شود، طرح هایی برای درمان اختلال های اضطرابی ریخته و دنبال می شود. اولین گام در طرح های شناختی رفتاری شناسایی و تشخیص احساسات است. سپس کودک متوجه می شود که در پس هر احساسی تفکری وجود دارد که با تغییر آن تفکر آن احساس نیز تغییر می کند. پس از آن کودک با نگرش ها و اقداماتی که می تواند برای داشتن احساس بهتر برگزیند آشنا می شود. در این مرحله او می آموزد که چطور واکنش هایش را اصلاح کند یا حتی با وجود احساس اضطراب پیش برود. کودک در هر مرحله با به کارگیری مهارت ها به خودش پاداش می دهد. پاداش ها به خاطر تلاش داده می شوند، حتی اگر همه چیز طبق برنامه پیش نرود. بعضی اوقات پاداش ها از جانب دیگران و بعضی وقت ها از جانب خود کودک می باشد.

این پژوهش مانند هر پژوهش دیگر دارای محدودیت هایی بوده است که به آن اشاره می گردد: این پژوهش صرفاً در یک شهر انجام شده است و نظرات بیماران این منطقه مورد بررسی قرار گرفته است. نمونه مورد بررسی محدود بوده و لازم است نمونه بزرگتری بررسی گردد. یکی از محدودیت های دیگر پژوهش حاضر، اختصاص دادن آن به شرکت کنندگان ۸ تا ۱۲ سال بود و این مسئله تعمیم نتایج به گروه های سنی دیگر را با محدودیت مواجه می کند. بنابراین پیشنهاد می شود این پژوهش در شهرهای مختلف انجام شود، در مقاطع سنی مختلف تکرار شود و نتایج مورد مقایسه قرار گیرد. انجام روش درمان شناختی رفتاری با روش های مداخله ی فردی و گروهی و مقایسه ی نتایج آنها پیشنهاد می گردد. مقایسه ی کارآمدی درمان شناختی رفتاری بر روی افراد با سطح تحصیلات متفاوت و سنین مختلف مناسب بودن این روش را برای افراد با سطح تحصیلات خاص و سنین متفاوت را نشان خواهد داد.

منابع و مآخذ

- آزادی، آ.، تقی نژاد، ح.، بستمی، م.، بستمی، ع.، پاشایی ثابت، ف. (۱۳۹۵). بررسی میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان های شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد، مجله پژوهش.
- اسمعیلی، ا.، اسدنی، س.، عیسی زاده، ا.، امیرسرداری، ل.، عیسی زادگان، ع.، انصاری، ب. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۴، شماره ۱۰: ۸۱۲-۸۲۲.
- بیگی، آ.، زینالی، ع. (۱۳۹۶). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور ارائه مراقبت پرستاری، فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، سال پنجم، شماره ۳: ۱۳۹-۱۴۸.
- ثنایی ذاکر، ب.، نصیری، م. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب، مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، دوره هفتم، شماره ۸: ۸۹-۹۶.
- حمید، ن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری بر کنترل قند خون زنان دیابتی نوع، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره سیزدهم، شماره ۴: ۳۵۳-۳۴۶.
- دوازده امامی، م.، روشن، ر.، محرابی، ع.، عطاری، ع. (۲۰۱۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی- رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره یازدهم، شماره ۴: ۳۸۵-۳۹۲.
- سلیمانی، م.، خسروی، ع.، هومن، ح. (۱۳۹۰). بررسی عملی بودن روایی و ترم یابی پرسشنامه اسپنس، پایان نامه کارشناسی ارشد، گرایش روان سنجی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی.
- صمدزاده، ن.، پورشریفی، ح.، بابا پور خیرالدین، ج. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی بر خود مراقبتی و نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، دوماهنامه علمی- پژوهشی فیض، دوره نوزدهم، شماره ۳: ۲۶۴-۲۵۵.
- قاسم زاده، س.، بیاتی، ب.، نوری پور لیاولی، ر. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک، مجله دوماهنامه علمی پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، سال دهم، شماره یک: ۷۴-۷۹.
- گرچی، ی. (۱۳۸۹). آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان، انتشارات: دانشگاه آزاد اسلامی خمینی شهر.
- محمدزاده فرهانی، ا.، نادری، ف.، احدی، ح.، رجب، ا.، کراسکیان، آ. (۱۳۹۵). مجله دستاوردهای روان شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره چهارم، سال ۲۳، شماره ۲: ۹۱-۱۱۲.
- منشی، غ.، کوه منایی، ش.، موسوی، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان رفتاری- شناختی بر اضطراب، استرس و افسردگی در کودکان دیابتی بیمارستان ۱۷ شهریور رشت، فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، سال سوم، شماره چهارم: ۲۲-۲۸.
- مهروی کریموی، م.، جدیدمیلانی، م.، رژه، ن.، ولایی، ن. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش تمرینات تن آرامی بر سطح اضطراب امتحان دانشجویان پرستاری، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره چهاردهم، شماره ۵: ۸۶-۹۱.
- نیازمند، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی در بین زندانیان مرکزی بوشهر، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، دوره دهم، شماره ۴: ۱-۱۶.
- هراتی، ه. (۱۳۹۱). راه درمان دیابت، تهران، انتشارات: چاپخش.

Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, PE., Adamson, U., et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patient- a randomized controlled trail. Patient Educ Couns; 77(1): 72-80.

Beltman, M. W., Oude Voshaar, R.C., & Speckens, A. E. (2010). Cognitivebehavioral therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomized controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 197, 11-19.

- Bennett, S., Shafran, R., Coughtry, A., Walker, S., & Heyman, I. (2015). Psychological interventions for mental health disorder in children with chronic physical illness: A systematic review. *Journal of Archives of Disease in Children*, 100 (4), 308-316.
- Bitsko, M. J., Bean, M. K., Bart, S., Foster, R. H., Thacker, L., Francis, G. L. (2013). Psychological treatment improves hemoglobin A1C outcome in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychology Medicine*, 20 (3), 333-342.
- Dhavale, HS. (2006). Depression in childhood and adolescents. *J Indian Med Assoc*; 99(1): 34-39.
- Grigsby, AB., Anderson, RJ., Freedland, KE., Clouse, RE., Lustman, PJ. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res*; 53(6): 1053-60.
- Kalra, S., Sridhar, G.R., Balhara, Y.P.S., Sahay, R.K., Bantwal, G., Baruah, M.P., John, M., & Unnikrishnan, A. G. (2013). National recommendations: psychological management of diabetes in India. *Jornal of Endocrinology and Metabolism*, 17 (3), 376-395.
- Mash, EJ., Barkley, RA. (2014). *Child psychopathology*. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2014.
- Powers, A. (2006). *Diabetes Mellitus*. Kasper D, Fauci A, Longo D, editors. *Harrison's Endocrinology*. 16th ed. McGrawHill: Medical Publishing division; 2006: 283-327.
- Rechenberg, k., Whittemore, R., Grey, M. (2017). Anxiety in Youth With Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing* 32: 64-71.
- sheehan AM, While AE, Coyne I. The experiences and impact of transition from child to adult healthcare services for young people with Type 1 diabetes: systematic review. *Dia Med*. 2015;32(4):440-58.
- Sulaiman, N., Hamdan, A., Tamim, A., Mahmood, DA., Young, D. (2010). The prevalence and correlates of depression and anxiety in a sample of diabetic patients in Sharjah, United Arab Emirates. *BMC Family Practice*. 3(2), (2010); 2-7.
- Turne, R J. (2010). The use of cognitive behavioural therapy in diabetes care: A review and case study. *Journal of Diabetes Nursing*, 14 (3), 8692.
- Watts, S., Markham, RA. (2010). Etiology of depression in children. *Journal of Instructional Psychology*; 32(3): 266-270.
- Welschen, LM., van Oppen, P., Bot, SD., Kostense, PJ., Dekker, JM., Nijpels, G. (2013). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *J Behav Med* 2013; 36(6): 556-66.