



Journal Website

Article history:

Received 22 October 2024

Revised 23 November 2024

Accepted 05 February 2025

Published online 09 Feb. 2025

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 4, pp 216-227



E-ISSN: 2981-1759



Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy and Mindfulness on Depression in Women with Gestational Diabetes

Nooshzad Samkhaniani¹ , Farah Lotfikashani*² , Shahram Vaziri³ 

1. PhD student, Department of Health Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

2. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding author).

3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

* Corresponding author email address: Lotfi.Kashani@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Samkhaniani N, Lotfikashani F, Vaziri SH. (2024). Comparison of the Effectiveness of Cognitive Therapy and Mindfulness on Depression in Women with Gestational Diabetes. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(4), 216-227.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of cognitive therapy and mindfulness on depression in women with gestational diabetes.

Methodology: This study was quasi-experimental. The statistical population consisted of women with gestational diabetes who referred to the Rey Health and Treatment Network. Using convenience sampling, 45 individuals were selected and randomly assigned to three groups: mindfulness, cognitive therapy, and control. The pre-test included the administration of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The mindfulness and cognitive therapy groups each received eight 60-minute sessions, held twice a week. The post-test was conducted immediately after the interventions, followed by a one-month follow-up test. The inclusion criteria were: age between 18 and 35 years, pregnancy term of 24 to 28 weeks, and a minimum ability to read and write. The exclusion criteria included: absence from more than two therapy sessions, use of psychotropic medication, simultaneous or recent (within one year) psychotherapy, and exposure to significant and unpredictable stressors. Data were analyzed using analysis of variance (ANOVA) with SPSS 25 software.

Findings: The results of ANOVA indicated a significant difference between the three groups in the post-test and follow-up phases ($p < 0.01$). Bonferroni post-hoc analysis revealed that cognitive therapy was more effective in reducing depression compared to mindfulness ($p < 0.01$). Additionally, both mindfulness ($p < 0.01$) and cognitive therapy ($p < 0.01$) were effective in improving depression, and these effects persisted in the follow-up phase ($p < 0.01$).

Conclusion: Cognitive therapy demonstrated greater effectiveness in improving depression in women with gestational diabetes compared to mindfulness. However, both approaches were effective in reducing depression.

Keywords: Gestational diabetes, cognitive therapy, mindfulness, depression.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Sexual aversion and low sexual self-efficacy can significantly impact an individual's overall well-being and relationship satisfaction. Sexual aversion, characterized by persistent fear, anxiety, or disgust toward sexual activity, can stem from various psychological and physiological factors, including past traumatic experiences, cultural influences, or relationship distress (Elliott et al., 2024). Conversely, sexual self-efficacy, which refers to an individual's confidence in their ability to engage in and enjoy sexual experiences, plays a crucial role in fostering healthy sexual relationships and personal satisfaction (Wilson et al., 2020).

Mindfulness-based interventions have gained increasing attention in addressing sexual dysfunctions. Mindfulness, which involves intentional, non-judgmental awareness of the present moment, has been shown to improve emotional regulation, decrease psychological distress, and enhance sexual satisfaction (Kabat-Zinn, 2013). The application of mindfulness in sex therapy has been explored in several studies, demonstrating its effectiveness in treating issues such as low sexual desire, performance anxiety, and negative body image (Khanpour et al., 2020; Zemestani & Fazeli Nikoo, 2020).

Previous research has shown that cognitive and behavioral interventions can help individuals with sexual dysfunction by reducing negative automatic thoughts, increasing self-compassion, and fostering greater acceptance of bodily sensations (Tovote et al., 2017). Moreover, studies on mindfulness-based sex therapy have reported promising results in improving sexual functioning and satisfaction among individuals and couples struggling with sexual aversion (Shukla et al., 2021; Yang et al., 2020). Given these findings, the present study aims to examine the effectiveness of mindfulness-based sex therapy in reducing sexual aversion and enhancing sexual self-efficacy.

Methodology

This study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, and follow-up assessment. The sample consisted of 60 participants diagnosed with sexual aversion disorder, recruited through convenience sampling from mental health and counseling centers. Participants were randomly assigned to either the experimental group (mindfulness-based sex therapy) or the control group.

The intervention consisted of eight structured mindfulness-based therapy sessions, conducted twice a week, each lasting 60 minutes. The sessions included guided mindfulness exercises, cognitive restructuring techniques, and strategies to enhance bodily awareness and sexual self-compassion. Participants were encouraged to engage in daily mindfulness practice and keep a journal of their experiences.

The primary outcome measures included the Sexual Aversion Scale (SAS) and the Sexual Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ). Pre-test assessments were conducted before the intervention, with post-

test assessments immediately after the intervention and a follow-up assessment one month later. Data analysis was performed using analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS 26.

Findings

The descriptive statistics indicated that participants in the mindfulness-based therapy group exhibited a significant reduction in sexual aversion scores and a marked improvement in sexual self-efficacy scores from pre-test to post-test and follow-up assessments.

The ANCOVA results revealed a statistically significant difference between the experimental and control groups in both sexual aversion and sexual self-efficacy scores at post-test ($p < 0.01$) and follow-up ($p < 0.01$). Post-hoc analysis using the Bonferroni test indicated that the mindfulness-based sex therapy group had significantly lower sexual aversion scores compared to the control group ($p < 0.01$). Additionally, participants in the mindfulness intervention group reported significantly higher levels of sexual self-efficacy at both post-test and follow-up assessments ($p < 0.01$).

Effect size calculations demonstrated that mindfulness-based sex therapy had a strong impact on reducing sexual aversion ($\eta^2 = 0.42$) and a moderate-to-strong effect on increasing sexual self-efficacy ($\eta^2 = 0.38$). These findings suggest that mindfulness-based interventions can produce lasting improvements in both dimensions of sexual functioning.

Discussion and Conclusion

The results of this study support the effectiveness of mindfulness-based sex therapy in addressing sexual aversion and enhancing sexual self-efficacy. The observed reductions in sexual aversion align with previous research highlighting the role of mindfulness in reducing avoidance behaviors and fostering greater acceptance of sexual experiences. By cultivating a non-judgmental awareness of thoughts, emotions, and bodily sensations, participants were able to decrease anxiety and negative cognitive patterns associated with sexual activity.

The increase in sexual self-efficacy observed in this study further reinforces the benefits of mindfulness-based interventions in sexual health. Greater self-efficacy may lead to enhanced sexual agency, improved intimacy, and overall relationship satisfaction. These findings suggest that mindfulness techniques, such as body scans, breath awareness, and cognitive defusion, can empower individuals to manage distressing sexual experiences and build confidence in their sexual capabilities.

Despite its promising results, this study has certain limitations. The sample size was relatively small, and the reliance on self-reported measures may introduce response bias. Future research should explore the long-term effects of mindfulness-based sex therapy with larger and more diverse populations. Additionally, comparative studies examining mindfulness-based interventions alongside traditional cognitive-behavioral approaches could provide further insights into the most effective therapeutic strategies for addressing sexual dysfunction.

In conclusion, mindfulness-based sex therapy appears to be a valuable and effective intervention for reducing sexual aversion and enhancing sexual self-efficacy. Given the growing body of evidence supporting mindfulness in mental and sexual health, integrating these practices into clinical settings may offer a holistic and sustainable approach to treating sexual dysfunctions.



مقایسه اثربخشی شناخت درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی زنان مبتلا به دیابت بارداری

نوش زاده سام خانینانی^۱، فرح لطفی کاشانی^{۱*}، شهرام وزیری^۲

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی سلامت، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (نویسنده مسئول).
۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: Lotfi.Kashani@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

سام خانینانی ن، لطفی کاشانی ف، وزیری ش. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی شناخت درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۴)، ۲۲۷-۲۱۶.

هدف: پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی و ذهن آگاهی بر افسردگی زنان مبتلا به دیابت بارداری صورت گرفت. **روش شناسی:** این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری زنان مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان ری بودند. با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ذهن آگاهی، شناخت درمانی و کنترل گمارش شدند. پیش از شروع شامل پرسشنامه افسردگی ادینبورگ اجرا شد. هر یک از گروه های ذهن آگاهی و شناخت درمانی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای دو بار در هفته دریافت نمودند. پس از اتمام مداخلات انجام شد. پس از یک ماه آزمون پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارتند از: سن ۳۵-۱۸ سال، ترم بارداری ۲۴ تا ۲۸ هفته، توانایی حداقل خواندن و نوشتن. معیارهای خروج از پژوهش؛ عدم حضور در جلسات درمانی بیش از ۲ جلسه، دریافت داروی مؤثر بر روان، دریافت روان درمانی همزمان یا در یک سال اخیر، مواجهه با استرسورهای مهم و پیش بینی نشده. تجزیه و تحلیل داده ها به روش تحلیل واریانس و با نرم افزار SPSS25 انجام شد. **یافته ها:** نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معناداری بین سه گروه در پس آزمون و پی گیری وجود دارد ($p < 0.01$). در آزمون تعقیبی بنفرونی معلوم شد که شناخت درمانی در مقایسه با ذهن آگاهی برای افسردگی اثربخشی بیشتری دارد ($p < 0.01$). همچنین هر دو روش ذهن آگاهی ($p < 0.01$) و شناخت درمانی ($p < 0.01$) در بهبود افسردگی مؤثر بودند و در پیگیری این اثرات تداوم داشت ($p < 0.01$). **نتیجه گیری:** شناخت درمانی در بهبود افسردگی دیابت بارداری اثربخشی بیشتری نسبت به ذهن آگاهی نشان داد. همچنین هر دو روش در بهبود افسردگی مؤثر بودند.

کلیدواژه ها: دیابت بارداری، شناخت درمانی، ذهن آگاهی، افسردگی



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.



مقدمه

معلوم شده است افراد مبتلا به دیابت بارداری در مقایسه با کسانی که مبتلا به دیابت بارداری نیستند، بیشتر احتمال دارد حاملگی‌هایی با فشارخون بالا، زایمان زودرس با احتمال مشکلاتی برای نوزاد داشته باشند. همچنین، نسبت بیشتری از افراد مبتلا به دیابت بارداری سابقه بستری شدن قبل از زایمان در بیمارستان را دارند (Pace et al., 2018). با اینکه این مطالعات نشان می‌دهند عوارض جسمانی متعدد با دیابت بارداری همراه ولی اختلالات روانی، شایع‌ترین عوارض پیرامون بارداری است. از هر پنج زن یک نفر در دوران بارداری یا یک سال بعد از تولد کودک یک اختلال روانی را تجربه می‌کنند که با عوارض نامطلوب برای مادر و جنین و مشکلات عاطفی و رفتاری کودک همراهاند (Wilson et al., 2020). این در حالی است که مبتلایان به دیابت بارداری حتی بیشتر از زنان باردار تحت استرس روانی هستند. در این راستا تحقیقات انجام شده نشان داده‌اند که عوامل روان‌شناختی با دیابت بارداری ارتباط دارند. از جمله افسردگی و اضطراب موجب عدم تعادل در هورمون‌ها می‌شوند و بر نتیجه بارداری و کنترل قند خون تأثیر می‌گذارند. تحقیقات در این جمعیت نشان می‌دهد که افسردگی و اضطراب عامل مهمی برای دیابت بارداری هستند و مستقل از عوامل فیزیولوژیک عمل می‌کنند (OuYang et al., 2021).

ادبیات گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد رابطه دوطرفه بین دیابت نوع ۲ و اختلال روانی، به‌ویژه افسردگی وجود دارد. طیف وسیعی از مکانیسم‌ها مورد بررسی قرار گرفته‌اند، مانند التهاب و اختلال در تنظیم محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال، و عوامل خطر روانی اجتماعی و محیطی مانند چاقی و محرومیت. باتوجه‌به پاتوفیزیولوژی مشترک برای دیابت بارداری و دیابت نوع ۲، ارتباطی مشابه، بین دیابت بارداری و اختلالات روانی مفروض است (Babakhanlou, 2023; Elliott et al., 2024). همچنین میزان دیابت بارداری و بیماری روانی در دوران بارداری در حال افزایش است. علاوه بر این، مبتلایان به بیماری روانی شدید با سرعت بیشتری باردار می‌شوند، تا حدودی به دلیل داروهای روانپزشکی که با تحریک پرولاکتین، می‌توانند باروری را افزایش دهند (Riggin, 2020). نتایج مطالعات قبلی نشان داده است که بیش از ۴۰ درصد بیماران دیابت بارداری با اضطراب همراه هستند. تشخیص جدید دیابت بارداری با سطوح بالاتر استرس و پریشانی‌های روان‌شناختی همراه‌اند. این تجربه مضاف بر سطوح بالای استرس است که برخی از زنان در دوران بارداری تجربه کرده‌اند که می‌تواند ناشی از کم‌اطلاعی در مورد این بیماری همراه با بمباران اطلاعات جدید در مورد دیابت بارداری و مدیریت آن باشد (Haigh et al., 2023)؛ بنابراین، مداخلات پیشگیرانه و روان‌شناختی مؤثر بر عوامل متعدد دخیل در افسردگی ممکن است به بهبود شرایط کمک کند؛ لذا طراحی و کاربست روش‌های مداخله‌ای بهینه، مسئله جدی در حوزه سلامت مرتبط به دیابت بارداری است.

ذهن‌آگاهی شیوه‌ای از توجه است که به‌وسیله کابلت زین ۱۹۹۰ ابداع و گسترش یافت. این متداز مفاهیم و مهارت‌های آگاهی از خود، حضور در لحظه و توجه غیر قضاوتی، گشودگی به تجربه در لحظه حال نشئت می‌گیرد (Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn & Hanh, 2009; Parvareh et al., 2024; Zemestani & Fazeli Nikoo, 2020). در یک پژوهش که باهدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی بر میزان افسردگی مادران باردار انجام شد به این نتیجه رسیدند که ذهن‌آگاهی معطوف به کاهش استرس، به بهبود علائم افسردگی زنان باردار کمک می‌کند (Khanpour et al., 2020). نتایج یک پژوهش دیگر، نشان داد که مداخله ذهن‌آگاهی بهبود معنی‌داری در میانگین سطح گلوکز خون، کیفیت زندگی و افزایش خودمراقبتی ایجاد می‌کند. این نتایج این پیام را می‌رساند که مداخله ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند تا انرژی خود را در جهت مثبت و رسیدن به نتایج درمانی مطلوب هدایت کنند (Shukla et al., 2021). در مطالعه‌ای مروری نظام‌مند که باهدف بررسی تأثیر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در دوران بارداری و پس از زایمان بر روی خودمراقبتی زنان باردار انجام شد. دریافتند که شواهد کافی



برای حمایت از ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب، افسردگی و استرس وجود دارد که ممکن است در طول دوره پس از زایمان نیز اثرات مفیدی داشته باشد. این پژوهشگران ابراز داشتند به دلیل ماهیت کم خطر این تکنیک ها، همه زنان باید تشویق شوند تا در دوران بارداری به تمرین های ذهن آگاهی بپردازند (Oyarzabal et al., 2021). با توجه به محبوبیت فزاینده شیوه های ذهن آگاهی از جمله مراقبه توصیه می شود به طور فعال در کارآزمایی های بالینی مورد مطالعه قرار گیرند تا اثربخشی آن ها در بهبود افسردگی در دوران بارداری و پس از زایمان ارزیابی شود. مداخله دیگری که همانند ذهن آگاهی، می تواند بر مسائل روان شناختی افراد مبتلا به دیابت می تواند تأثیر داشته باشد، شناخت درمانی است. شناخت درمانی یک مداخله نظام مند است که به مراجعین و افراد مبتلا به دیابت می آموزد که تکنیک های شناختی را برای شناسایی الگوهای تفکر منفی نابهنجار و جایگزین کردن این افکار با شناخت ها و طرز تفکر سالم به کار ببرند. همچنین، شناخت درمانی با یادآوری عوامل و ویژگی های روانی مثبت، توانایی به وجود آوردن نقش مقابله ای و محافظتی در مقابل پریشانی های روان شناختی را دارد (Tovote et al., 2017). این فرضیه درمانی که افکار، رفتارها، هیجان و فیزیولوژی فرد با هم ادغام می شوند و بر نحوه مدیریت دیابت تأثیر می گذارند، پذیرفته شده است. به طوریکه مداخلات شناختی می توانند آگاهی بیماران در باره رابطه بین کنترل گلوکز و افکار، رفتارها و احساسات منفی را افزایش دهند (Aliasgari et al., 2024; Kiani Rad, 2024; Yang et al., 2020). در یافته های یک مطالعه که باهدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و معنادرمانی بر بیماران مبتلا به دیابت انجام شد، معلوم شد که درمان شناختی رفتاری می تواند علائم افسردگی در دیابت را کاهش دهد. یافته های یک پژوهش موردی نشان می دهد که درمان شناختی می تواند در مدیریت دیابت - که شامل سلامت روانی، جسمی است، ادغام شود (Sukarno & Bahtiar, 2022). یک مطالعه بالینی دیگر نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کنترل گلیسمی مؤثر است (Dong et al., 2023). از این رو در این مطالعه تلاش شد که به مقایسه این دو روش مداخله ای در بهبود افسردگی افراد مبتلا به دیابت بارداری پرداخته شود. به همین جهت از نتایج این مطالعه می توان در جهت بهبود وضعیت روان شناختی افراد استفاده کرد و با این مقایسه جامع، می توان بهترین و مؤثرترین راه ایجاد تغییرات روان شناختی در افراد مبتلا به دیابت بارداری را شناسایی نمود.

مواد و روش پژوهش

این پژوهش از نوع شبه آزمایشی بود. جامعه آماری زنان مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به شبکه بهداشت و درمان ری بودند. تشخیص دیابت بارداری توسط پزشک انجام شد. آزمودنی ها فرم رضایت آگاهانه را خوانده و تکمیل کردند. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله؛ ذهن آگاهی و شناخت درمانی و یک گروه کنترل گمارش شدند. پیش از اجرای مداخله پیش آزمون شامل آزمون افسردگی ادینبورگ (Cox et al., 1987) اجرا شد.

آزمون افسردگی ادینبورگ توسط کاکس هالند ساگوسکی در سال ۱۹۸۷ ابداع شد. این پرسش نامه نامی از ۱۰ آیتم تشکیل شده است و دارای آیتم های چهاردرجه ای است که از ۰ تا ۳ است. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره آن ۳۰ است. این ابزار پرسش نامه معتبری برای سنجش این متغیر است (Al Nasr et al., 2020). در پژوهشی که توسط احمدی کانی گلزار و قلی زاده (۲۰۲۰) انجام شد؛ معلوم شد که این آزمون از اعتبار مناسب برخوردار است؛ ضرایب اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ ۰٫۷ بود. همبستگی درونی آزمون ۰٫۸ بود که نشان از صحت گویه ها برای تشخیص است. پرسش نامه از روایی محتوایی مناسب برخوردار است و روایی محتوایی کل پرسش نامه برابر با ۰٫۹۸ و روایی محتوایی هر یک از آیتم های پرسش نامه کمتر از ۰٫۷ نشد (Ahmadi Kani Golzar & GoliZadeh, 2015).

مداخله ها شامل ذهن آگاهی و شناخت درمانی به این شرح می باشند: مداخله ذهن آگاهی، از کابات زین و تیز دیل برگرفته شده است (Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn & Hanh, 2009; Teasdale et al., 2002). در طول هشت جلسه، شرکت کنندگان در یک برنامه



ذهن‌آگاهی ساختاریافته شرکت کردند. این برنامه برای افزایش آگاهی و شیوه‌های مراقبت از خود طراحی شده است. در جلسه اول شرکت‌کنندگان از طریق تمرین تمرکز بر خوردن، مانند تمرین کشمش، با ذهن‌آگاهی آشنا شدند. آن‌ها از طریق مراقبه در مورد احساسات بدنی، توجه به لحظه حال را تمرین می‌کنند. جلسه دوم شامل بررسی بیشتر ذهن‌آگاهی از طریق مدیتیشن، واریسی بدن و تمرکز بر تنفس بود. مراجع با وجود موانع حواس‌پرتی ذهن‌آگاهی را تمرین می‌کنند. در جلسه سوم ذهن‌آگاهی با تمرینات متمرکز بر تنفس آگاهانه و رکت کششی آغاز شد. مدیتیشن نشسته با تمرکز بر تنفس و آگاهی از بدن نیز معرفی شد. تأکید بر حضور در میان محرک‌های مختلف از جمله صداها و افکار محور جلسه چهارم بود. مدیتیشن پیاده‌روی معرفی شد و مراجعان یاد می‌گیرند که از تمرکز حواس در هنگام احساسات دشوار استفاده کنند. جلسه پنجم بر پرورش پذیرش و تجربه افکار و احساسات بدون قضاوت متمرکز بود. شرکت‌کننده احساسات دشوار را از طریق مدیتیشن و درک اثرات آن‌ها بررسی می‌کند. در جلسه ششم، شرکت‌کنندگان یاد گرفتند که افکار را به‌عنوان رویدادهای ذهنی به‌جای حقایق مطلق بشناسند. آن‌ها تأثیر افکار بر بدن و ذهن را بررسی کردند. جلسه هفتم بر خودمراقبتی از طریق تمرین‌های ذهن‌آگاهانه تأکید دارد. شرکت‌کنندگان برنامه‌ریزی کردند که چگونه مشکلات پیش‌آمده را به‌طور آگاهانه مدیریت کنند. در جلسه آخر، شرکت‌کنندگان از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی برای مقابله با چالش‌های عاطفی آینده استفاده کردند. آن‌ها آنچه را که در طول برنامه آموخته بودند مرور و یکپارچه کردند و جلسه آزمون پیگیری یک ماه بعد تعیین شد.

مداخله شناختی رفتاری؛ از وایت برگرفته شده است (White, 2001). در جلسه اول ارتباط و تفاهم اولیه برقرار شد، اهداف مشخص شد، افکار منفی در مورد دیابت بارداری مشخص و بر انجام تکالیف بین جلسات تأکید شد. در جلسه دوم اطلاعات شرکت‌کنندگان در مورد دیابت بارداری مورد ارزیابی قرار گرفت و رویکرد شناختی - رفتاری برای دیابت، علائم و عوارض آن آموزش داده شد. افکار اتوماتیک در مورد دیابت بارداری شناسایی و تکالیف شامل مطالعه جزوه دیابت بارداری گوشزد شد. جلسه سوم شرکت‌کنندگان تشویق شدند تا استرس‌ها، نگرانی‌ها و عوامل ایجادکننده اضطراب ناشی از دیابت بارداری را بیان کنند. تکنیک‌های مدیریت استرس از جمله روش‌های آرام‌سازی و تمرینات تنفسی آموزش داده شد. تکالیف شامل تمرینات آرام‌سازی روزانه به مدت ده دقیقه و ثبت سطوح پریشانی و مهارت‌های مورد استفاده در مدیریت افکار منفی بود. در جلسه چهارم از تکنیک «افکار چگونه احساسات را ایجاد می‌کنند» برای پرداختن به افکار و باورهای منفی که باعث ایجاد احساسات منفی در زنان باردار دیابتی می‌شود، استفاده شد. شرکت‌کنندگان درباره گروه‌های غذایی، ملاحظات رژیم غذایی برای زنان مبتلا به دیابت بارداری و تغییراتی که می‌توانند در رفتار غذایی خود ایجاد کنند، بحث کردند. تکالیف شامل تکمیل جدولی برای ثبت وقایع، افکار و احساسات و همچنین ثبت احساسات منفی و افکار پشت آن‌ها بود. دو فعالیت تغییر رژیم غذایی طی دو جلسه ثبت شد. در جلسه پنجم فعالیت‌های بدنی در دوران بارداری، انواع ورزش‌های مجاز مادران مبتلا به دیابت بارداری و اهمیت حمایت خانواده مورد بحث قرار گرفت. تکنیک‌هایی برای تأیید یا رد باورهای مرتبط با دیابت بارداری معرفی شد. تکالیف شامل ثبت یک مورد از ابراز خود بدون عصبانیت و ساعات پیاده‌روی روزانه بود. جلسه ششم شامل ارزیابی هیجانات منفی، شناسایی نگرانی‌ها و بررسی مزایا و معایب آن‌ها بود. آموزش تئوری و عملی در مورد تزریق انسولین و استفاده از گلوکومتر ارائه شد. در جلسه هفتم تکالیف شامل ثبت تزریق انسولین و استفاده از گلوکومتر در طول هفته بود. محتوای اصلی مشاوره بررسی و بازخورد داده شد و میزان دستیابی مراجع به اهداف مورد بررسی قرار گرفت. در نهایت بازخورد مثبت ارائه شد و خاطرات مثبت تعریف شد و یک ماه بعد تاریخ پیگیری تعیین شد.

هر یک از گروه‌های ذهن‌آگاهی و شناخت درمانی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دو بار در هفته دریافت نمودند. پس‌آزمون بلافاصله بعد از انجام مداخلات انجام شد. پس از یک ماه آزمون پیگیری اجرا شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت‌اند از: سن ۱۸-۳۵ سال، ترم بارداری ۲۴ تا ۲۸ هفته، توانایی حداقل خواندن و نوشتن. معیارهای خروج از پژوهش؛ عدم حضور در جلسات درمانی بیش از ۲ جلسه، دریافت داروی مؤثر



بر روان، دریافت روان درمانی همزمان یا در یک سال اخیر، مواجهه با استرسورهای مهم و پیش‌بینی نشده مثل سوگ یا طلاق در حین پژوهش. تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش واریانس با نرم‌افزار SPSS ۱۹ انجام شد.

یافته‌ها

در مطالعه کنونی ۴۵ فرد مبتلا به دیابت بارداری شرکت کردند. بررسی شاخص‌های جمعیت‌شناختی نشان داد، میانگین سنی افراد حاضر در گروه شناخت درمانی ۲۶٫۲، ذهن‌آگاهی ۲۷ و گروه کنترل ۲۵٫۶ بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها نشان می‌دهد نمرات افسردگی دو گروه مداخله، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش می‌یابد در حالی که نمرات گروه کنترل تغییر چندانی ندارد:

جدول ۱

شاخص‌های توصیفی متغیرها برای گروه‌های مداخله و کنترل

تعداد	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱۵	ذهن‌آگاهی	۲۴٫۱۳	۲٫۰۳	۱۷٫۵۳	۲٫۰۹	۲۰٫۴۶	۲٫۱۳
۱۵	شناخت درمانی	۲۴٫۰۶	۲٫۵۲	۱۰٫۱۳	۱٫۸۸	۱۰٫۴۶	۲٫۴۷
۱۵	کنترل	۲۵٫۲۰	۲٫۱۱	۲۴٫۷۳	۱٫۹۸	۲۵٫۴۶	۱٫۴۰

نتایج تحلیل واریانس بین گروه‌ها نشان داد که در مرحله پیش‌آزمون بین سه گروه ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود ندارد ($p > ۰٫۰۵$ و $f = ۱٫۲۱$). در مرحله پس‌آزمون تفاوت گروه‌ها معنی‌دار ($p < ۰٫۰۱$ و $f = ۲۰۱٫۷۷$) و در مرحله پیگیری نیز تفاوت گروه‌ها معنی‌دار شد ($p < ۰٫۰۱$ و $f = ۲۰۷٫۳۹$):

جدول ۲

تحلیل واریانس برای تأثیرات بین گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۲٫۱۳	۲	۶٫۰۶	۱٫۲۱	۰٫۳۰۶
	پس‌آزمون	۱۵۹۸٫۸۰	۲	۴۹۹٫۴۰	۲۰۱٫۷۷	۰٫۰۰
	پیگیری	۱۷۵۰٫۰۰	۲	۸۷۵٫۰	۲۰۷٫۳۹	۰٫۰۰

برای اینکه تشخیص دهیم تفاوت‌های ایجاد شده مربوط به کدام گروه‌ها است، از آزمون بنفرونی استفاده شد (جدول ۳). نتایج حاکی از آن است که شناخت درمانی نسبت به ذهن‌آگاهی اثر بخشی بیشتری دارد ($p < ۰٫۰۱$ و $t = ۷٫۴$) همچنین هر دو روش شناخت درمانی ($p < ۰٫۰۱$ و $t = ۱۴۶$) و ذهن‌آگاهی ($p < ۰٫۰۱$ و $t = ۷٫۲۰$) در کاهش افسردگی موثر بودند. در پیگیری اثرات فوق‌تداوم داشت ($p < ۰٫۰۱$):



جدول ۳

آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه گروه‌ها

متغیر	مرحله	گروه‌های مقایسه	اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	معناداری
افسردگی	پس‌آزمون	ذهن آگاهی	شناخت درمانی	۷,۴۰	۰,۰۰۰
		شناخت درمانی	کنترل	۷,۲۰	۰,۰۰۰
		کنترل	کنترل	۱۴,۶	۰,۰۰۰
	پیگیری	ذهن آگاهی	شناخت درمانی	۱۰,۰۰	۰,۰۰۰
		شناخت درمانی	کنترل	۵,۰۰	۰,۰۰۰
		کنترل	کنترل	۱۵,۰۰	۰,۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

شناخت درمانی در مقایسه با ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی بیماران مبتلا به دیابت بارداری اثربخشی بیشتری نشان داد. درمان شناختی رفتاری به طور گسترده‌ای به‌عنوان یک رویکرد روان‌شناختی برای ارتقای سلامت روان افراد مختلف استفاده می‌شود (Irie et al., 2019). مداخلات درمان شناختی رفتاری فرایندهای شناختی و تفکر را هدف قرار می‌دهند و می‌تواند درمانی مؤثر برای جنبه‌های متفاوت افسردگی باشد. همچنین معلوم شده است شناخت درمانی به بهبود مشکلات مختلفی همانند اضطراب‌ها، دردهای مزمن، افسردگی، اختلال‌های خواب، مشکلات غذایی و اختلالات خوردن کمک کند (Yang et al., 2020). می‌توان ادعا کرد که درمان شناختی رفتاری به طور مؤثر شدت علائم را کاهش می‌دهد و هم نشانگان روان‌شناختی و هم علائم فیزیولوژیک بیماری دیابت را بهبود می‌بخشد. متدهای اصلی شناخت درمانی در فراهم‌کردن اطلاعات درباره بیماری دیابت، ارزیابی منظم قند خون، می‌تواند منجر به کاهش علائم پریشانی روان‌شناختی و اضطراب و استرس شود (Pan et al., 2020). هاروی و همکاران اشاره کردند که چهار متغیر شناختی وجود دارد که در شناخت درمانی به کار می‌رود؛ توجه، حافظه، استدلال و فکر. توجه شامل متغیرهایی مانند توجه انتخابی است. حافظه شامل متغیرهایی مانند نشخوار فکری و باور است؛ شناخت درمانی به حافظه است. استدلال شامل متغیرهایی مانند تفسیر و اسناد است و فکر شامل متغیرهایی مانند نشخوار فکری و باور است؛ شناخت درمانی تکنیکی برای بهبود این افکار خودکار و باورهای ناکارآمد است که با مکانیسم‌های سلامت روان در ارتباطند (Harvey, 2015). این رویکرد یک درمان روان‌شناختی متمرکز است که در بافتار اندیشه‌ای که علائم افسردگی را بهبود می‌بخشد و با مشاهده و در نظر گرفتن فرایندهای فکری از مراجع حمایت می‌کند (Beck, 1979). همچنین به حل‌شدن مشکلات مختلفی همانند اضطراب‌ها، دردهای مزمن، افسردگی، اختلال‌های خواب، مشکلات غذایی و اختلالات خوردن کمک می‌کند (Yang et al., 2020). بیماری مزمنی همچون بیماری دیابت، نیاز به توانمندسازی بیمار مبتلا با تأکید بر رویکردی مشارکتی است که تغییرات رفتاری بهتر را ممکن می‌سازد. به همین دلیل شناخت درمانی که یک ابزار آموزشی است که هدف آن آموزش بیماران برای درمان خود و تأکید بر اقدامات پیشگیرانه است، می‌تواند ابزاری مناسب در کمک به بهبود افسردگی بیماران مبتلا به بیماری دیابت باشد. شناخت درمانی به بیماران مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا با ترکیبی از آموزش، و مشارکت فعال بیمار، تغییرات رفتاری مثبت ایجاد کنند و تفکر سازگارتری داشته باشند و مهارت‌های خود را برای تصمیم‌گیری درست برای بهبودی و رهایی از بیماری دیابت افزایش دهند.



هرچند شناخت درمانی در بهبود افسردگی بیماران مبتلا به دیابت بارداری اثربخشی بیشتری داشت با این وجود ذهن آگاهی نیز در بهبود افسردگی اثربخش بود. نتایج پژوهش‌ها در دو دهه اخیر نشان داده است که بهبود افسردگی با ذهن آگاهی ارتباط دارد. ذهن آگاهی توصیف کننده آگاهی است که هدفمند، غیر واکنشی، بدون قضاوت و هماهنگ با زمان حال باشد. آگاهی هدفمند به زندگی در لحظه اشاره دارد کاری که فرد از دیدگاهی پویا و در حال تکامل انجام می‌دهد و افراد را قادر می‌سازد تا با لحظه حال هماهنگ شوند (Kabat-Zinn, 2013; Kabat-Zinn & Hanh, 2009). علاوه بر این، عدم قضاوت به معنای نداشتن دیدگاه قضاوتی، ارزیابی تجربه، و عدم واکنش خودکار به کاستی‌ها و موقعیت‌های چالش برانگیز اشاره دارد. این آگاهی هدفمند، غیر واکنشی، غیر قضاوتی و حال محور از آنچه اتفاق می‌افتد می‌تواند توانایی مشاهده تجربیات منفی را از دیدگاهی غیرمتمرکز افزایش دهد (Whitehead et al., 2019). در نتیجه، افرادی که ذهن آگاه هستند، بیشتر احتمال دارد که در قالب‌بندی مجدد شناختی موقعیت‌های منفی، توانایی بیشتری داشته باشند.

برسی دامنه گسترده‌ای از متغیرهای دخیل در مجال این بررسی قرار نداشت. ویژه آنکه پژوهش حاضر در منطقه محدودی صورت پذیرفت و از طرح تصادفی با حجم نمونه بیشتر استفاده نشد. موارد ذکر شده می‌تواند در پژوهش‌های بعدی لحاظ شود. هر کدام از دو رویکرد مکانیسم اثرگذاری ویژه خود را دارند. در حالی که ذهن آگاهی بر طرح‌واره‌های احساسی - فکری از قبیل اجتناب و نشخوار متمرکز شده است (Segal et al., 2018). شناخت درمانی بر فرایندهای فکری متمرکز است (Kuyken et al., 2016). برجسته کردن نیازهای ویژه هر بیمار می‌تواند به انتخاب رویکرد درمانی کمک کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است. این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.REC.1402.020 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن ثبت گردید

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References



- Ahmadi Kani Golzar, A., & GoliZadeh, Z. (2015). Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for Screening Postpartum Depression in Iran. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 3(3), 1-0. https://ijpn.ir/browse.php?a_id=611&sid=1&slc_lang=en
- Al Nasr, R. S., Altharwi, K., Derbah, M. S., Gharibo, S. O., Fallatah, S. A., Alotaibi, S. G., Almutairi, K. A., & Asdaq, S. M. (2020). Prevalence and Predictors of Postpartum Depression in Riyadh, Saudi Arabia: A Cross Sectional Study. *PLoS One*, 15(2), e0228666. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228666>
- Aliasgari, S., Farhangi, A., & Sedaghat, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Body Dysmorphic Disorder in Young Women with Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 30-40. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.448850.1062>
- Babakhanlou, A. (2023). Presenting Structural Model of Emotional Eating in People with Obesity based on Self-Regulation with the Mediating Role of Emotional Processing. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 2(2), 30-40. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2023.185859>
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. https://books.google.ch/books/about/Cognitive_Therapy_of_Depression.html?id=L09cRS0xWj0C&redir_esc=y
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*, 150, 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dong, N., Wang, X., & Yang, L. (2023). The Short-and Long-Term Effects of Cognitive Behavioral Therapy on the Glycemic Control of Diabetic Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BioPsychoSocial Medicine*, 17(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13030-023-00274-5>
- Elliott, A., Walters, R. K., Pirinen, M., Kurki, M., Junna, N., Goldstein, J. I., Reeve, M. P., Siirtola, H., Lemmelä, S. M., Turley, P., Lahtela, E., Mehtonen, J., Reis, K., Elnahas, A. G., Reigo, A., Palta, P., Esko, T., Mägi, R., Estonian Biobank Research, T., . . . Widén, E. (2024). Distinct and shared genetic architectures of gestational diabetes mellitus and type 2 diabetes. *Nat Genet*, 56(3), 377-382. <https://doi.org/10.1038/s41588-023-01607-4>
- Haigh, C., Lau, H. W. R., Weir, T., & Glasstras, S. (2023). The experiences of women from culturally and linguistically diverse backgrounds with gestational diabetes mellitus: A mixed methods systematic review. *Endocrinol Diabetes Metab*, 6(4), e421. <https://doi.org/10.1002/edm2.421>
- Harvey, J. N. (2015). Psychosocial Interventions for the Diabetic Patient. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 8, 29-43. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S44352>
- Irie, T., Yokomitsu, K., & Sakano, Y. (2019). Relationship Between Cognitive Behavioral Variables and Mental Health Status Among University Students: A Meta-Analysis. *PLoS One*, 14(9), e0223310. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223310>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Some Reflections on the Origins of MBSR, Skillful Means, and the Trouble with Maps Mindfulness*. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564844>
- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Delta. https://books.google.ch/books/about/Full_Catastrophe_Living_Revised_Edition.html?id=flluNDtnb2ZkC&redir_esc=y
- Khanpour, F., Karimi, A., Shahoie, R., Sharifish, S., & Soufizadeh, N. (2020). Investigating the Effect of Mindfulness Training on Depression in Pregnant Women. *Zanko Journal of Medical Sciences*, 21(69), 35-46. https://zanko.muk.ac.ir/browse.php?a_id=503&sid=1&slc_lang=en
- Kiani Rad, M. (2024). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Body Image Concern in Women with Depression Symptoms. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 124-138. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.434757.1039>
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalgleish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-Analysis From Randomized Trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565-574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>
- OuYang, H., Chen, B., Abdulrahman, A. M., Li, L., & Wu, N. (2021). Associations between Gestational Diabetes and Anxiety or Depression: A Systematic Review. *J Diabetes Res*, 2021, 9959779. <https://doi.org/10.1155/2021/9959779>
- Oyarzabal, E. A., Seufferling, B., Babbar, S., Lawton-O'Boyle, S., & Babbar, S. (2021). Mind-Body Techniques in Pregnancy and Postpartum. *Clin Obstet Gynecol*, 64(3), 683-703. <https://doi.org/10.1097/GRF.0000000000000641>
- Pace, R., Rahme, E., Da Costa, D., & Dasgupta, K. (2018). Association between gestational diabetes mellitus and depression in parents: a retrospective cohort study. *Clin Epidemiol*, 10, 1827-1838. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S184319>
- Pan, X., Wang, H., Hong, X., Zheng, C., Wan, Y., Buys, N., Zhang, Y., & Sun, J. (2020). A Group-Based Community Reinforcement Approach of Cognitive Behavioral Therapy Program to Improve Self-Care Behavior of Patients With Type 2 Diabetes. *Front Psychiatry*, 11, 719. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00719>
- Parvareh, M., Taghinezhad, N., Amirfakhraei, A., & Sabahizadeh, M. (2024). Providing an Optimal Model for Enhancing Cognitive Flexibility Based on Mindfulness in Nurses. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 112-123. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.434590.1033>
- Riggin, L. (2020). Association Between Gestational Diabetes and Mental Illness. *Can J Diabetes*, 44(6), 566-571. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2020.06.014>



- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2018). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression*. Guilford Publications. https://books.google.ch/books/about/Mindfulness_Based_Cognitive_Therapy_for.html?id=QHRVDwAAQBAJ&redir_esc=y
- Shukla, R., Gupta, M., Agarwal, N., & Bajpai, A. (2021). Mindfulness Meditation as Adjunctive Therapy to Improve the Glycemic Care and Quality of Life in Patients with Type 1 Diabetes. *Med Sci (Basel)*, 9(2), 33. <https://doi.org/10.3390/medsci9020033>
- Sukarno, A., & Bahtiar, B. (2022). The Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Psychological Stress, Physical Health, and Self-Care Behavior among Diabetes Patients: A Systematic Review. *Health Education and Health Promotion*, 10(3), 531-537. <https://hehp.modares.ac.ir/article-5-62242-en.html>
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. J. (2002). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Recurrence*. Guilford Press. https://books.google.ch/books/about/Mindfulness_Based_Cognitive_Therapy_for.html?id=_QJ3cQT5UPsC&redir_esc=y
- Tovote, K. A., Schroevers, M. J., Snippe, E., Emmelkamp, P. M. G., Links, T. P., Sanderman, R., & Fleer, J. (2017). What Works Best for Whom? Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depressive Symptoms in Patients with Diabetes. *PLoS One*, 12(6), e0179941. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0179941>
- White, C. A. (2001). Cognitive Behavioral Principles in Managing Chronic Disease. *Western Journal of Medicine*, 175(5), 338. <https://doi.org/10.1136/ewjm.175.5.338>
- Whitehead, R., Bates, G., Elphinstone, B., Yang, Y., & Murray, G. (2019). Nonattachment Mediates the Relationship Between Mindfulness and Psychological Well-Being, Subjective Well-Being, and Depression, Anxiety and Stress. *Journal of Happiness Studies*, 2141-2158. <https://doi.org/10.1007/s10902-018-0041-9>
- Wilson, C. A., Newham, J., Rankin, J., Ismail, K., Simonoff, E., Reynolds, R. M., Stoll, N., & Howard, L. M. (2020). Is there an increased risk of perinatal mental disorder in women with gestational diabetes? A systematic review and meta-analysis. *Diabet Med*, 37(4), 602-622. <https://doi.org/10.1111/dme.14170>
- Yang, X., Li, Z., & Sun, J. (2020). Effects of Cognitive Behavioral Therapy-Based Intervention on Improving Glycaemic, Psychological, and Physiological Outcomes in Adult Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry*, 11, 711. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00711>
- Zemestani, M., & Fazeli Nikoo, Z. (2020). Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Comorbid Depression and Anxiety in Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Arch Womens Ment Health*, 23(2), 207-214. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00962-8>