

«زن و مطالعات خانواده»

سال یازدهم - شماره چهل و سوم - بهار ۱۳۹۸

ص ص: ۸۵-۱۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۲/۲۱

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و سبک پاسخ دهی نشخواری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲

محمود جاجرمی^{۱۱}

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و نشخواری ذهنی زنان دیابتی انجام شده است. طرح پژوهش آزمایشی و از نوع طرح های تک عاملی با پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از گروه گواه بود. نمونه متشکل از ۳۰ بیمار زن مبتلا به دیابت عضو هیات ورزشهای همگانی استان خراسان شمالی بودند که به طور تصادفی به یک گروه آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) و یک گروه کنترل گمارده شدند. بیماران گروه آزمایش در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای در هفته درمان ذهن آگاهی شرکت کردند. افسردگی و نشخواری ذهنی بیماران در پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از ابزارهای افسردگی بک (BDI-II) و سبک پاسخ دهی نشخواری (RRS) اندازه گیری شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نمرات افسردگی ($p=0/0007$) و نشخواری ذهنی ($p=0/085$) در گروه آزمایش در پس آزمون شد و این تغییرات در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل معنادار بود. اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش افسردگی و نشخواری ذهنی بیماران دیابتی شد.

واژه‌های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ افسردگی؛ نشخواری ذهنی؛ دیابت نوع ۲

مقدمه

دیابت^۱ یک بیماری متابولیک است که از طریق هایپرگلیسمی^۲ (سطوح قند خونی که بالاتر از حد طبیعی است) مشخص می شود. هایپر گلیسمی در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولی یا هر دوی این موارد به وجود می آید (برنالد^۳، لیود^۴ و هالت^۵، ۲۰۱۲) و هم چنین یک مشکل بزرگ بهداشتی با شیوع رو به افزایش در جهان است (آتالی^۶ و لاکسونن^۷، ۲۰۰۲). عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلا، تنظیم و کنترل این بیماری نقش دارد (کاهولوکولا^۸ و همکاران، ۲۰۰۳). بر اساس آخرین آمارهای موجود، انتظار می رود تا سال ۲۰۴۰+ از هر ۷ ایرانی یک نفر به دیابت مبتلا گردد (فدراسیون بین المللی دیابت^۹، ۲۰۰۹). این بیماری به عنوان هفتمین علت مرگ در امریکا (انجمن امریکایی دیابت^{۱۰}، ۲۰۰۸) و به طور کلی ۹ درصد کل مرگ های جهان است و بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی^{۱۱} میزان مرگ و میر ناشی از دیابت بین سالهای ۲۰۰۵ تا ۲۰۳۰ به دو برابر افزایش خواهد یافت (انجمن امریکایی دیابت، ۲۰۰۸؛ سیده^{۱۲}، ایمپراتور^{۱۳} و بکلس^{۱۴}، ۲۰۱۳). مطالعات نشان می دهد که دیابت با افزایش خطر اختلالات و علایم روان شناختی همراه است (پیور^{۱۵} و رویین^{۱۶}، ۱۹۹۷؛ فرگوسن^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال اضطراب فراگیر^{۱۸} در ۱۳ درصد، ترس های مرضی^{۱۹} در ۲۱٫۶ درصد و اختلال وسواسی- اجباری^{۲۰} در ۱٫۳ درصد افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است (گریسبای^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۱). افسردگی^{۲۲}، اضطراب^{۲۳}،

-
1. Diabetes
 2. Hyperglycemia
 3. Barnard
 4. Lloyd
 5. Holt
 6. Atalay
 7. Laaksonen
 8. Kaholokula
 9. International Diabetes Federation
 10. American Diabetes Association
 11. World Health Organization
 12. Saydah
 13. Imprator
 14. Beckles
 15. Peyrot
 16. Rubin
 17. Ferguson
 18. Generalized anxiety
 19. phobia
 20. Obsessive-compulsive disorder
 21. Grigsby
 22. depression
 23. anxiety

پراشتهایی^۱ و بی اشتهاهی عصبی^۲ نیز در این افراد شایع تر از جمعیت عادی است (پاورز^۳، ۲۰۰۵؛ داس منشی^۴ و همکاران، ۲۰۰۷؛ کروس^۵، اسمیتز^۶ و تیفل^۷، ۲۰۰۳). کنترل ضعیف قند خون و جنسیت مونث از عواملی است که با اضطراب بالا ارتباط دارد. در افرادی که از وضعیت اجتماعی و اقتصادی خوبی برخوردارند و همچنین سن بالایی دارند، افسردگی و اضطراب کمتری گزارش شده است. علایم افسردگی در افراد مبتلایی که به علت عوارض مزمن^۸ دیابت کارکرد فیزیکی کمتری داشته اند، بیشتر گزارش شده است. مدت زمان ابتلا به دیابت، تعداد عوارض مزمن دیابت و جنس مونث از فاکتورهای خطر برای علایم افسردگی گزارش شده است (فرگوسن و همکاران، ۲۰۰۵؛ ایکس یو^۹ و همکاران، ۲۰۰۴). افسردگی یکی از پیامدهای منفی کنترل نامطلوب قند خون است (کابات زین^{۱۰}، ۱۹۹۹).

میزان شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت به صورت واضح بیشتر از جمعیت عادی است و در بررسی های مختلف میزان آن را دو برابر (گلدنی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۴) تا سه برابر (زنتو^{۱۲} و کاردیال^{۱۳}، ۲۰۰۲) جمعیت عادی اعلام کردند. اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (سگال^{۱۴}، ویلیامز^{۱۵} و تیزدل^{۱۶}، ۲۰۰۲). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علافگی و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. هم چنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و فعالیت های روانی- حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (ایمل^{۱۷} و همکاران، ۲۰۰۸). افسردگی نه تنها می تواند منجر به عوارض روانشناختی و اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت شود بلکه ممکن است عامل خطری برای کنترل متابولیک

-
- 1 Bulimia nervosa
 - 2 Anorexia nervosa
 - 3 Powers
 - 4 Das-Munshi
 - 5 Kruse
 - 6 Schmitz
 - 7 Thefeld
 - 8 Chronic
 - 9 Xu
 - 10 Kabat-Zinn
 - 11 Goldney
 - 12 Zeneto
 - 13 Cardiel
 - 14 Segal
 - 15 Williams
 - 16 Teasdale
 - 17 Imel

ضعیف و مختل شدن رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران شود (لاست من^۱ و کلوز^۲، ۲۰۰۵؛ استل^۳، ۲۰۰۷).

در سالهای اخیر نشخوار فکری^۴ به عنوان یک مولفه مهم در افسردگی به طور فزاینده مورد توجه قرار گرفته است (واتکینز^۵ و باراکیا^۶، ۲۰۰۱). نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک های محیطی فوری و ضروری این افکار باز هم پدیدار می شوند (مارتین^۷ و تسر^۸، ۱۹۸۹). نشخوار فکری با ناسازگاری روان شناختی و افزایش احساسات منفی مانند خشم و فشار روانی رابطه دارد (ونزالاف^۹ و ونگر^{۱۰}، ۲۰۰۰). نشخوار فکری زنجیره ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود متمرکز و پاسخی به افکار منفی اولیه است که بهبودی افسردگی را در درمانهای رفتاری شناختی به تاخیر می اندازد (پاپا جورجیو^{۱۱} و لز^{۱۲}، ۲۰۰۱).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۳} نوعی درمان روانشناختی که به منظور جلوگیری از عود افسردگی، خصوصاً در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، طراحی شده است. این روش، در امتداد رویکرد CBT^{۱۴} (درمان شناختی رفتاری) به وجود آمد و اصول این روش را به اصول جدیدتر روانشناسی، نظیر ذهن آگاهی و مراقبه ی ذهن آگاهانه، پیوند داده است (پایت^{۱۵} و هوگارد^{۱۶}، ۲۰۱۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عناصری از شناخت درمانی را به درمان می افزاید که در آن دیدگاه تمرکز زدایی، افکار فرد را تسهیل می سازد. این نوع رویکرد تمرکز زدا در مورد هیجانات و حس های بدنی هم به کار می رود. در این روش به افراد آموزش داده می شود که افکار و احساسات خود را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). این روش درمانی، نوید تازه ای در پیشرفت رویکرد شناختی رفتاری در درمان افسردگی است، چرا که آموزش ذهن آگاهی به همراه یادگیری های فراشناختی^{۱۷} و راهبردهای رفتاری به گسترش افکار جدید، کاهش هیجانات ناخوشایند و کاهش

1 Lustman

2 Clouse

3 Astle

4 rumination

5 Watkins

6 Baracaia

7 Martin

8 Tesser

9 Wenzalaff

10 Wengner

11 Papageorgiou

12 Wells

13 Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT)

14 Cognitive Behavioral Therapy

15 Piet

16 Hougard

17 Meta- cognitive

نشخوارهای فکری و پاسخ های اضطراب آمیز می انجامد(کاریگهد^۱، ۲۰۰۳). امروزه، مطالعات متعدد نشان داده اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)، موجب کاهش افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی(سون^۲ و همکاران، ۲۰۱۴؛ هنن^۳ و همکاران، ۲۰۱۶؛ نیکلیک^۴ و همکاران، ۲۰۱۶؛ والا و همکاران، ۱۳۹۴)، کاهش استرس در بیماران دیابتی(زارع و همکاران، ۱۳۹۲)، نگرانی و افسردگی بیماران جسمی(کابات زین، ۲۰۰۳؛ ایوانز^۵ و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیویدسون^۶ و همکاران، ۲۰۰۳) و بهبودی خلق(زیدان^۷ و همکاران، ۲۰۱۲) کاهش اضطراب و افسردگی(جهانگیرپور و همکاران، ۱۳۹۲؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۸؛ ماسودا^۸ و تولی^۹، ۲۰۱۲) کاهش نشخوار فکری و افسردگی(محمدی، میردریکوند و عزیز، ۱۳۹۴؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ پاول^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۳؛ مک کیم^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ دیمیدجان^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۴؛ تیموری، رضانی و محبوب، ۱۳۹۴؛ آزرگون و همکاران، ۱۳۸۸؛ لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۲؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ستارپور، احمدی و صادق زاده، ۱۳۹۴؛ فیلی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵) می شود. هم چنین چندین فراتحلیل از اثربخشی این شیوه درمانی بر افسردگی حکایت دارد(پایت و هوگارد، ۲۰۱۱؛ هافمن^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۰). با توجه به اهمیت سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت و پیشگیری از عوارض بیماری و کاهش رفتارهای خود مراقبتی این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در تعدیل عوارض روانشناختی شایع از بیماری دیابت انجام شد.

روش

این مطالعه در زمره تحقیقات شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می باشد. بدین منظور از بین زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ عضو انجمن ورزشهای همگانی استان خراسان شمالی در سال ۱۳۹۶ تعداد ۳۰ نفر بر اساس رضایت آگاهانه و به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم شدند. قبل از اجرای طرح وضعیت بیماران توسط پژوهشگر در جلسات انفرادی مورد بررسی قرار گرفت و سپس در گروه پیش آزمون اجرا شد و پس از

1 Carighead

2 Son

3 Haenen

4 Nyklíček

5 Evans

6 Davidson

7 Zeidan

8 Masuda

9 Tully

10 Paul

11 Mckim

12 Dimidjian

13 Hofmann

اجرای ۸ جلسه درمان ذهن آگاهی بر اساس پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی (کابات زین، ۲۰۰۳)، پس از آزمون اجرا شد. معیارهای ورود به طرح عبارت بودند از: ابتلا به دیابت نوع ۲ بر اساس خوداظهاری بیماران، داشتن افسردگی متوسط به بالا در پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی حداقل یک ماه قبل از ورود به طرح، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت‌نامه‌ی کتبی، تحصیلات در سطح خواندن و نوشتن و داشتن حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۶۷ سال. معیارهای خروج از طرح نیز عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های کامل اختلالات روانشناختی در محور I منطبق بر متن بازنویسی شده‌ی ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۲ (DSM-5) که قبل از جلسات به تشخیص روانشناس بالینی (نویسنده سوم) وجود داشته باشد، وابستگی و سوءمصرف‌مواد، افکار جدی خودکشی و غیبت بیش از دو جلسه. به منظور رعایت اخلاق پژوهش، کسب موافقت از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی و نیز عدم آگاهی مراجعان از مقایسه شرایط آنان با گروه دیگر، مورد نظر قرار گرفت.

از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد:

۱) پرسشنامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI) می‌باشد که جهت بررسی شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. این پرسشنامه نیز همانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده‌ی شدت افسردگی اوست بر می‌گزیند. هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و به این ترتیب کل پرسش نامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ نمره دارد. نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسش‌نامه به این ترتیب می‌باشند: افسردگی جزئی نمره‌ی ۰-۱۳، افسردگی خفیف نمره‌ی ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط نمره‌ی ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید نمره‌ی ۲۹-۶۳ در راهنمای BDI-II نقطه‌ی برش برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. ضریب اعتبار بازآزمایی آن در فاصله‌ی یک هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آمده است (بک^۳، استیر^۴ و براون^۵، ۱۹۹۶). تحقیقات حاکی از آن است که ضریب همسانی درونی این آزمون بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۴ است (استیر و همکاران، ۱۹۹۹). ضریب آلفای کرونباخ در نمونه‌ی ایرانی ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۹۱ محاسبه شده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴).

مقیاس سبک پاسخ‌دهی نشخواری^۶ (RRS): این مقیاس خودگزارشی توسط نولن- هوکسما^۷ و مارو^۸ (۱۹۹۳) ساخته شده است که تمایل افراد به نشخوار را در پاسخ به خلق افسرده می‌سنجد (ولز، ۱۹۹۵). این

1 Beck Depression Inventory- II addition

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

3 Beck

4 Steer

5 Brown

6 Ruminative Response Styles

7 Nolen- Hoeksemas

8 Morrow

مقیاس دارای ۲۲ سؤال با پاسخ‌های ۴ گزینه‌ای به صورت لیکرت می‌باشد و نمرات آن بین ۲۲ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. نمرات بالا بیانگر تمایل بیشتر به پاسخ‌دهی نشخواری در بیماران می‌باشد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است (لامینت^۱، ۲۰۰۴). این مقیاس توسط باقری-نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی (۱۳۸۹) به فارسی ترجمه شده است. اعتبار پیش‌بین RRS، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. همچنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه، نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی‌کننده یک دوره‌ی بالینی افسردگی باشد (لامینت، ۲۰۰۴؛ تینور^۲، گونزالس^۳ و نولن هوکسیما^۴، ۲۰۰۳). ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۸۹).

محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عبارت بودند از:

جلسه ی اول: هدایت خودکار، تمرین های جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه واریسی بدن.

جلسه ی دوم: مقابله با موانع، تمرین های جلسه مراقبه واریسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس.

جلسه ی سوم: حضور ذهن بر روی تنفس و بر بدن در زمان حرکت، تمرین های جلسه ی حرکت با حالت ذهن آگاهانه، تمرین تنفس و کشش، انجام حرکات کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام مراقبه در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین ها می توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس.

جلسه ی چهارم: ماندن در زمان حال، تمرین های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی هایی بدون جهت گیری خاص، فضای سه دقیقه ای تنفس، معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که شرایط احساس های دشواری را بر می انگیزد، راه رفتن با حضور ذهن.

جلسه ی پنجم: پذیرش و اجازه یا مجوز حضور، تمرین های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر ادراک چگونگی واکنش دهی به افکار، احساس ها و حس های بدنی ایجاد شده، معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.

جلسه ی ششم: فکرها نه حقایق، تمرین های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس.

1 Luminet

2 Treynor

3 Gonzalez

4 Nolen- Hoeksema

جلسه ی هفتم: چگونه می توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم، تمرین های جلسه ی مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن. جلسه ی هشتم: استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده، تمرین های جلسه ی مراقبه واریسی، به پایان رساندن مراقبه.

در تجزیه و تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. مفروضات تحلیل با آزمون کالموگروف-اسمیرنوف^۱ برای نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لون برای همگنی خطای واریانس ها^۲ و هم خطی متغیر همپراش^۳ و وابسته با نمودار اسکاتر^۴ بررسی شد. در نهایت از آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه های بین گروهی استفاده شد.

یافته ها

توصیف جمعیت شناختی نمونه نشان داد که در کل نمونه ۱۶٪ در سنین ۳۰ تا ۵۰ سال، ۷۲٪ در سنین ۵۱ تا ۶۵ سال و ۱۲٪ در سنین ۶۶ سال و بالاتر بودند. این نسبت ها در گروه ذهن آگاهی به ترتیب ۲۳/۱٪، ۶۱/۵٪ و ۱۵/۴٪ و در گروه کنترل به ترتیب ۸/۳٪، ۸۳/۳٪ و ۸/۳٪ می باشد. بررسی همگنی نشان داد که بر حسب سن تفاوتی میان گروه های آزمایشی و کنترل وجود ندارد ($P=0/47$). تو صیف نمونه بر حسب میزان تحصیلات نیز نشان داد که در کل نمونه ۴۴٪ تحصیلات ابتدایی، ۲۴٪ تحصیلات سیکل و ۳۲٪ تحصیلات دیپلم و بالاتر دارند. این میزان در گروه ذهن آگاهی به ترتیب ۳۰/۸٪، ۲۳/۱٪ و ۴۶/۲٪ و در گروه کنترل ۵۸/۳٪، ۲۵٪ و ۱۶/۷٪ بود. بررسی همگنی نیز نشان داد که بین گروه های آزمایشی و کنترل در میزان تحصیلات تفاوتی وجود ندارد ($P=0/25$). شاخص های توصیفی افسردگی و نشخوار ذهنی در پیش آزمون و پس آزمون بر حسب گروه های آزمایشی و کنترل در جدول ۱ آورده شده است.

1 Kolmogorov-smirnov

2 Levene's Test of Equality of Error Variance

3 Covariate

4 Scatter Plot

جدول ۱. شاخص های توصیفی افسردگی و نشخوار ذهنی در پیش آزمون و

پس آزمون گروه های آزمایشی و کنترل

+گروه	شاخص	افسردگی		نشخوار ذهنی	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
ذهن آگاهی	میانگین	۳۷/۶۲	۲۸/۵۴	۶۰/۸۵	۳۹/۰۰
	انحراف استاندارد	۶/۹۳	۵/۴۷	۸/۹۶	۷/۸۵
کنترل	میانگین	۴۴/۹۲	۴۳/۹۲	۵۴/۶۷	۶۰/۸۳
	انحراف استاندارد	۱۰/۲۵	۶/۲۲	۷/۵۶	۱۰/۲۳

بررسی مفروضات تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که نرمال بودن توزیع متغیرها به تفکیک گروه ها ($P \geq 0.05$) و همگنی واریانس ها ($P \geq 0.05$) در افسردگی و نشخوار ذهنی محقق شده است. میان متغیر همپراش (پیش آزمون) و متغیر وابسته (پس آزمون) نیز رابطه خطی وجود داشت. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای افسردگی و نشخوار ذهنی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس افسردگی و نشخوار ذهنی

متغیر	منبع تغییرات	MS*	F	P	Partial η^2	توان آزمون
افسردگی	پیش آزمون	۲۲۱/۶۶	۸/۶۷	۰/۰۰۷	۰/۲۸	۰/۸۰
	عضویت گروهی	۸۵۳/۱۲	۳۳/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۰	۱
نشخوار ذهنی	پیش آزمون	۲۴۴/۰۱	۳/۲۶	۰/۰۸۵	۰/۱۳	۰/۴۱
	عضویت گروهی	۱۶۴۷/۶۶	۴۲/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	۱

MS= مجذور اتای سهمی = Partial η^2 میانگین مجزورات

* از آنجا که درجات آزادی برابر با ۱ است تنها میانگین مجزورات ارائه شده است.

نتایج نشان داد که بر حسب عضویت گروهی در افسردگی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P \leq 0.01$) و عضویت گروهی ۶۰ درصد از تفاوت ها را تبیین می کند. مقایسه میانگین های اصلاح شده نشان داد که میانگین در آزمودنی های گروه کنترل بیشتر از گروه ذهن آگاهی است (۴۲/۵۶) در برابر (۲۹/۷۹).

سایر نتایج در خصوص نشخوار ذهنی نشان داد که بر حسب عضویت گروهی تفاوت آماری معناداری وجود دارد ($P \leq 0.01$) و عضویت گروهی ۶۶ درصد تفاوت ها در نشخوار ذهنی را تبیین می کند. مقایسه میانگین های اصلاح شده نشان داد که میانگین در آزمودنی های گروه کنترل بیشتر از گروه ذهن آگاهی است (۳۷/۸۴) در برابر (۶۲/۰۹).

نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و نشخوار ذهنی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. همان طور که نتایج نشان می دهد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نمرات افسردگی بیماران گروه آزمایش در پس آزمون شده است و این تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ آماری معنادار می باشد. این نتایج با نتایج برخی تحقیقات مرتبط همسو می باشد. از جمله سون و همکاران (۲۰۱۴) و نیک لیک و همکاران (۲۰۱۶)، پس از اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ۸ جلسه دو ساعته در هفته بر روی اضطراب، افسردگی و استرس ادارک شده بیماران دیابتی و پیگیری ۶ ماهه، کاهش معنادار این علائم روانشناختی را گزارش کردند. هنن و همکاران (۲۰۱۶) تفاوت معناداری را در اضطراب، افسردگی و خشم بیماران دیابتی پس از اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون گزارش نمودند. والا و همکاران (۱۳۹۴) پس از اجرای ۸ جلسه ۲٫۵ ساعته درمان ذهن آگاهی بهبودی در علائم اضطراب، استرس و افسردگی بیماران دیابتی مشاهده نمودند. هم چنین این نتایج با تحقیقات (کابات زین، ۲۰۰۳؛ ایوانز و همکاران، ۲۰۰۸؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ محمدی، میردریکوند و عزیزی، ۱۳۹۴؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ تیموری، رمضانی و محبوب، ۱۳۹۴؛ آذرگون و همکاران، ۱۳۸۸؛ لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ عبدالقادری و همکاران، ۱۳۹۲؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ ستارپور، احمدی و صادق زاده، ۱۳۹۴) در اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی بیماران همسو می باشد. افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در بیماران دیابتی است (لاست من و همکاران، ۱۹۹۷). از آنجایی که افسردگی جز عوامل خطر ساز یا تشدید کننده بیماری دیابت می باشد که نیاز به استفاده از خدمات پرهزینه پزشکی و نیز کاهش سلامت روانی این بیماران را در پی دارد (سی وارد^۱، ۲۰۱۲؛ سافرن^۲ و همکاران، ۲۰۱۴)، رویکردهای مختلف رواندرمانی بخصوص شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان افسردگی استفاده شده است. طبق دیدگاه ذهن آگاهی، ذهن ما در مورد وقایعی که اتفاق می افتد تعبیر و تفسیر می کند و باعث واکنش ها و احساسات پایداری می شود. در افرادی که مستعد افسردگی هستند، ذهن دائماً معطوف به افکار ناراحت کننده و منفی است که این خود باعث تداوم بیشتر افسردگی می شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). به نظر می رسد تمرین های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، با افزایش آگاهی افراد نسبت به زمان حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس، واریسی بدن، افزایش آگاهی نسبت به زمان و مکان با تکالیفی مانند خوردن و نوشیدن توام با آگاهی، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر دارد.

نتایج این تحقیق نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری زنان دیابتی نیز اثربخش بوده است و باعث کاهش نمرات آزمودنی ها در پس آزمون شده است و این تفاوت در دو گروه

1 Seaward

2 Safren

آزمایش و کنترل معنادار می باشد. این نتایج با نتایج تحقیقات (محمدی، میردریکوند و عزیزی، ۱۳۹۴؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ پاول و همکاران، ۲۰۱۳؛ مک کیم، ۲۰۰۸؛ دیمیدجان و همکاران، ۲۰۱۴؛ تیموری، رضوانی و محبوب، ۱۳۹۴؛ آذرگون و همکاران، ۱۳۸۸؛ لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳؛ فیلی و همکاران، ۱۳۹۱؛ حیدریان، زهراکار و محسن زاده، ۱۳۹۵) در کاهش نشخوار ذهنی بیماران همسو است. نشخوار فکری یکی از مولفه های شناختی در افسردگی می باشد (هاید^۱، مزولیس^۲ و ابرامسون^۳، ۲۰۰۸). از آنجایی که نشخوار فکری بر خلق افسرده اثر می گذارد و می تواند موجب افزایش اثرات خلق منفی بر روی حل مسئله و انگیزش شود (لو^۴، هو^۵، هولو^۶، ۲۰۰۸). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ارائه متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون ذهن آگاهی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربه افکار و هیجانات ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آگاهی افراد به اینجا و اکنون به مراجع کمک می کند، فراتر از الگوهای نشخوار فکری خود گام بردارد. هم چنین به مراجع کمک می کند که شناخت بیشتری بر نیروهای مرتبط با عود بیماری در فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهد، مشکل بودن کنترل افکار و هیجاناتش او را آشفته نسازد، به علایم و نشانه های پیش آیند افکار ناخوشایندش آگاهی یابد، توانایی تحملش را افزایش داده و بتواند خود را برای مقابله با آنها آماده سازد. این موضوع باعث می گردد فرد بتواند از تاثیر افکار منفی بر خلقش بکاهد و با وجود حضور افکار خودآیند منفی، احساس افسردگی را تجربه نکند. از سوی دیگر در کنار ذهن آگاهی فرد چارچوب نگرشی همراه با کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال را در خود ایجاد می کند. در نهایت با درک درست از بشر در می یابد که اگر چه رنج قسمتی از تجربه ماست، اما راه هایی وجود دارد که ما می توانیم الگوهای عادت شده جدیدی را جهت افزایش و تعمق در آن یاد بگیریم (کرین^۷، ۲۰۰۹).

داده های این پژوهش بر اساس بررسی وضعیت زنان دیابتی با حجم محدود جمع آوری شده است و قضاوت دقیق تر نیاز به در نظر گرفتن بیماران هر دو جنس با حجم وسیع تر و در محدوده زمانی طولانی تری می باشد. بیماران فاقد هرگونه توانایی خواندن و نوشتن و بالاتر از ۶۵ سال از این پژوهش حذف شدند، در حالی که ممکن است این افراد با مشکلات متفاوتی روبرو باشند که پژوهشگر موفق به بررسی آنها نشده است. با توجه به اینکه بیماری دیابت جزو بیماری های طول عمری محسوب می شود و پژوهش هایی با محتوای بررسی شرایط این بیماران در داخل کشور در حداقل است، لذا انجام پژوهش با نمونه

1 Hyde
2 Mezulis
3 Abramson
4 Lo
5 Ho
6 Hollon
7 Crane

های هر دو جنس، فاقد تحصیلات و در محدوده زمانی طولانی تر جهت افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج توصیه می شود.

References

- Abdolghaderi, M. Kafae, M. Saberi, A. Aryapouran, S. (2014), The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. **Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences**, 21(6), 795-807(Persion).
- American Diabetes Association: Medical Management of Type 1 Diabetes. (2008), Alexandria, VA, American Diabetes Association.
- Atalay, M. Laaksonen, D.E. (2002), Diabetes, oxidative stress and physical exercise. **Journal of Sports Science and Medicine**, 1-14.
- Astle, F. (2007), Diabetes and depression: A review of the Literature. **Nursing Clinics of North America**, 42, 67-78
- Azargoon, H. Kajbaf, M.B. (2010), The Effect of Mindfulness Training on the Dysfunctional Attitude and Automatic Thinking of Depressed Students of Isfahan University. **Journal of Psychology**, 14, 94-79(Persian).
- Bagherinejad, M. Salehi Fadardi, J. Tabatabaei, S.M. (2010), The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian university students. **Journal of Educational and Psychological Studies**, 11 (1), 28- 38.
- Barnard, K.D, Lloyd, C.E, Holt, R.I.G. (2012), Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. **Psychology and Diabetes Care**, 1-22.
- Beck, A.T. Steer, R. A, Brown, G. (1996), **Beck depression inventory manual**. 2nd ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Carighead, W.E. (2003), **Behavioral & cognitive Behavioral psychotherapy**. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B.

Weiner (Editor in chief) Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology. NJ: Jone Wiley, & Sons.

- Crane, R. (2009), **Mindfulness- based Cognitive Therapy: Distinctive Features**. Taylor & Francis Ltd: London.

- Das-Munshi, J. Stewart, R. Ismail, K. et al. (2007), Diabetes, common mental disorders, and disability: Findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. **Journal of Psychosomatic Research**, 69(6), 543-50.

- Davidson, R.J. Kabat – zinn, J. Schumacher, J. Rosenkranz, M. Muller, D. Santorelli, S.F.(2003), Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. **Psychosomatic Medicine**, 65 , 564- 570

- Dimidjian, S. Beck, A. Felder, J.N. Boggs, J.M. Gallop, R. Segal, Z. (2014), Web – based Mindfulness – based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi – experimental comparison to propensity score matched controls. **Behaviour Research and Therapy**, 63: 83- 89.

- Evans, S. Ferrando, S. Findler, M. Stowell, C. Smart, C. Haglin, D. (2008), Mindfulness - based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. **Journal of Anxiety Disorders**, 22, 716 – 721

- Farhadi, A. Movahedi, Y. Kariminajad, K. Movahedi, M. (2014), The effect of mindfulness-based cognitive therapy on depression in male patients with coronary artery disease. **Cardiovascular Nursing Journal**, 2 (4), 6-14(Persian).

- Fata, L. Birashk, B. Atefvahid, M. Dabson, K. (2005), Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. **Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology**, 11(3), 312- 326 (Persian).

- Feili, A.R. Borjali, A. Sohrabi, F. Farrokhi, N. (2012), The Comparative efficacy of Cognitive – Behavior Therapy and Teasdale MindfulnessBased Cognitive Therapy of Infertile Depressed Women's

Rumination. **Yasuj University of Medical Sciences Journal (YUMSJ)**, 17(1), 14-21(Persion).

- Ferguson, S.C, Blane, A. Wardlaw, J. Frier, B.M. Perros, P. Mccrimmon, R.J. et al.(2005), Influence of an Early-Onset Age of Type 1 Diabetes on Cerebral Structure and Cognitive Function. **Diabetes Care**, 28(6), 1431-7.

- Goldney, R.D. Phillips, P.J. Fisher, L.J. Wilson, D.H. (2004), Diabetes, depression, and quality of life: a population study. **Diabetes Care**, 27, 1066-70.

- Grigsby, A.B. Anderson, R.J. Freedland, K.E. Clouse, R.E. Lustman, P.J.(2001), Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. **Journal of Psychosomatic Research**, 53 (6), 1053-60.

- Haenen, S. Nyklíček, I. Son, J.V. Pop, V. Pouwer, F. (2016), Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in diabetes outpatients: Findings from the DiaMind randomized trial. **Journal of Psychosomatic Research**, 85, 50-44.

- Harrison, T.R. (2012), Principles of Internal medicine. (18th edition); New York: MCGRAW-HILL MEDICAL. Kaholokula, J.K, Haynes, S.N, Grandinetti, A, Chang, H.K. (2003), Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. **Journal of Behavioral Medicine**, 26(5), 435- 458.

- Heidarian, A. Zaharak, K. Mohsenzade, F. (2016), The Effectiveness of Mindfulness Training on Reducing Rumination and Enhancing Resilience in Female Patients with Breast Cancer: a Randomized Trial. **Iranian Quarterly Journal of Breast Diseases**, 9(2), 52-59(Persion).

- Hofmann, S.G. Sawyer, A.T. Wit, S.A. Oh, D. (2010), The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A Meta-Analytic review. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 78(2), 169-183.

- Hyde JS, Mezulis AH, and Abramson LY. (2008), The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. **Psychological Review**, 115(2), 291-313.

- Imel, Z.E. Malterer, M.B. McKay, K.M. Wampold, B.E. (2008), A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. **Journal of Affective Disorders**, 110(3), 197-206.

- International Diabetes Federation (IDF). (2009), **Diabetes Atlas: Prevalence & Projections**.

- Jahangirpour, M. Musavi, S.V. Khosrojauid, M. Salari, A. Rezaei, S. (2013), The effectiveness of Group Mindfulness Training on depression, hostility and anxiety in individuals with coronary heart disease. **The Journal of Urmia University of Medical Sciences**, 24(9), 739-730(Persian).

- Kabat-Zinn, J. (1999), **Indra's net at work: The mainstreaming of dharma practice in society**. In The Psychology of Awakening, Watson G, Batchelor S, and Claxton G (eds). London, UK: Random House/Rider.

- Kabat-Zinn, J. (2003), Mindfulness - based interventions in context: Past, present, and future. **Clinical Psychology: Science and Practice**, 10,144- 156.

- Kruse, J. Schmitz, N. Thefeld, W. (2003), On the association between diabetes and mental disorders in a community sample: Results from the German National Health Interview and Examination Survey. **Diabetes Care**, 26(6), 1841-6.

- Larijani, Z.S. Mohammadkhani, P. Hasani, P. Sepahmansour, M. Mahmoodi, G.H. (2014), A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. **Quarterly Journal of Psychological Studies**, 10, 50-27(Persian).

- Lo, C.S.L. Ho, S.M.Y. and Hollon, S.D. (2008), The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. **Behaviour Research and Therapy**, 46, 487-495.

- Luminet, O. (2004), **Measurement of depressive rumination and associated constructs**. In: C. Papageorgiou, A. Wells, (Eds.), *Depressive Rumination: Nature, Theory, and Treatment*. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.

- Lustman, P.J. Clouse, R.E. (2005), Depression in diabetic patients. The relationship between mood and glycemic control. **Journal of Diabetes and Its Complications**, 19,113-22.

- Lustman, P.J. Griffith, L.S. Clouse, R.E. Freedland, K.E. Eisen, S.A. Robin, E.H. et al. (1997), Effects of nortriptyline on depression and glucose regulation in diabetes: results of a double-blind, placebo-controlled trial. **Psychosomatic Medicine**, 59, 241-250.

- Mahmoodi, G.H. Sepahmansour, M. Hasani, F. Mohammadkhani, P. Sadatlarjani, Z. (2014), A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms, positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. **Psychological Studies**, 10(2), 27-50(Persian).

- Mansouri, A. Farnam, A. Bakhshipour Roodsari, A. Mahmood Aliloo, M. (2010), The Comparison of Rumination in Patients with Major Depression Disorder, Obsessive- Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. **Journal of Sabzevar University of Medical Sciences**, 17 (3), 189- 195 (Persian).

- Martin, L.L. Tesser, A. (1989), **Toward a motivational and structural theory of ruminative thought**. In J. S. Uleman & J. A. Bargh (Eds.), *Unintended thought*. New York: Guilford Press.

- Masuda, A. Tully, E.C. (2012), The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, 17(1), 66-71.

- Mckim, R.D. (2008), Rumination as a mediator of the effects of mindfulness: Mindfulness -based stress reduction (MBSR) with a heterogeneous community sample experiencing anxiety, depression,

and/or chronic pain. Dissertation Abstracts International: Section B: **The Sciences and Engineering**, 68(11 – B), 76-73.

- Melyani, M. Alahyari, A.A. Azadfallah, P. Fathi Ashtiani, A. Tavoli, A. (2014), Mindfulness based Cognitive therapy versus Cognitive Behavioral therapy on predictors of relapse in recurrent Depression. **Journal of Clinical Psychology & Personality**, 2(10), 86-75.

- Mohamadi, J. Mir Drikvand, F. Azizi, A.(2015), Efficacy of Mindfulness on Anxiety and Depression in Patients with Irritable Bowel Syndrome .Journal of Mazandaran University of Medical Sciences, 25(130), 52-61(Persian).

- Nolen- Hoeksema, S. Morrow, J. (1993), Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood, **Cognition and Emotion**, 61,115- 121.

- Nyklíček, I. Son, J.V. Pop, V.J. Denollet, J. Pouwer, F. (2016), Does Mindfulness-Based Cognitive Therapy benefit all people with diabetes and comorbid emotional complaints equally? Moderators in the DiaMind trial. **Journal of Psychosomatic Research**, 91, 47-40.

- Papageorgiou, C. Wells, A. (2001) Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. **Behavior Therapy**, 32, 13-26

- Paul, N.A. Stanton, S.J. Greeson, J.M. Smoski, M.J. Wang, L. (2013), Psychological and neural mechanisms of trait mindfulness in reducing depression vulnerability. **Social Cognitive and Affective Neuroscience**, 8(1), 56-64.

- Peyrot, M. Rubin, R.R. (1997), Levels and Risks of Depression and Anxiety Symptomatology among Diabetic Adults. **Diabetes Care**, 20(4), 585-90.

- Piet J, Hougaard E. (2011), The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. **Clinical Psychology Review**, 31, 1032–1040.

- Powers, A.C. (2005), Diabetes Mellitus. In: Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson J.L, Fauci A.S. Harrison's principle of

Internal Medicine 16th ed. **New York:Mc Graw – Hill companies**, 2152-80.

- Safren, S.A. Gonzalez, J.S. Wexler, D.J. Psaros, C. Delhanty, L.M. Blashill, A.J. Margolina, A.I. Cagliero, E. (2014), A Randomised Controlled Trial of Cognitive Behavioral Therapy For Adherence and Depression (CBT-AD) in Patient With Uncontrolled **Type 2 diabetes**. **Diabetes Care**, (37) 3,625-633.

- Sattarpour, F. Ahmadi, E. Sadegzadeh, S. (2015), Effect of mindfulness training on reduction of depressive symptoms among students. **Journal of Gorgan University of Medical Sciences**, 17(3), 81-88(Persian).

- Saydah, S.H, Imprator, G, Beckles, G.L. (2013), Socioeconomic Status and Mortality: Contribution of Health Care access and Psychological distress among U.S. adults with diagnosed diabetes. **Diabetes Care**, 36(1), 49-55.

- Sea Ward, B.L. (2012), **Managing stress:Principles and Strategies For health and wellb-eing** – Jones and Bartlett publishers.Inc. UK, 19.

- Segal. Z.V. Williams, J.M.G. Teasdale, J.D. (2007), Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. **Cogn Behav Therapy Book Review**, 3,351.

- Son, J. Nyklíček, I. Victor, J.P. Blonk, M.C. Erdtsieck, R.J. Pouwer, F.(2014), Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: Long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. **Journal of Psychosomatic Research**, 77, 84-81.

- Steer, RA. Clark, D.A. Beck, A.T. Ranieri, W.F. (1999), Common and specific dimensions of self- reported anxiety and depression: the BDI- II versus the BDI- IA, **Behaviour Research and Therapy**, 37,190- 183.

- Taimory, S. F. Ramezani, F. Mahjob, N. (2015), The Effectiveness of Mindfulness-Based Group Cognitive Therapy in Reducing

Depression and Obsessive Rumination among Women under Methadone Treatment. **Research on Addiction**, 34, 159-145(Persian).

- Teasdale, J. D. Segal, Z.V. Williams, J. M. G. Ridgeway, V. A. Soulsby, J. M. lau, M. A. (2000), Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 68, 615-623.

- Teasdale, J.D. Williams, J.M. Segal, Z.V. Soulsby, J. (2000), Mindfulness – based cognitive therapy reduces over general autobiographical memory in for merely depressed patients. **Journal of Abnormal Psychology**, 109, 150-155.

- Treynor, W. Gonzalez, R. Nolen- Hoeksema, S. (2003), Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. **Cognitive Therapy and Research**, 27(3), 247- 259.

- Vala, M. Razmandeh, R. Rambod, K. Nasli Esfahani, E. Ghodsi Ghasemabadi, R.(2015), Mindfulness-based Stress Reduction Group Training on Depression, Anxiety, Stress, Self-confidence and Hemoglobin A1c in Young Women with Type 2 Diabetes. **Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism**, 17(5), 382-421(Persian).

- Wells, A. (1995), Metacognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorders. **Behavioural and Cognitive Psychotherapy**, 23,273- 280.

- Watkins, E.d. Baracaia, S. (2001), **Why do people ruminate in dysphoric moods?** Personality and Individual Differences, 30,723-734.

- Wenzalaff, R.M. Wengner, D.M. (2000), Thought suppression. **Annual Review of Physiology**, 51, 91-59.

- Xu, L. Ren, J. Cheng, M. Tang, K. Dong, M. Hou, X. et al.(2004), Depressive Symptoms and Risk Factors in Chinese Persons with Type 2 Diabetes. **Archives of Medical Research**, 35(4), 301-7.

- Zare, H. Zare, M. Khalegi Delavar, F. Amirabadi, F. Shahriari, H. (2013), Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of mindfulness based stress reductionon glycemic control in diabetes. **Razi Journal of Medical Sciences**, 20, 47-39(Persion).

- Zeidan, F. Johnson, S.K. Diamond, B.J. David, Z. Goolkasian, P. (2012), Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. **Consciousness and Cognition**, 19, 597 –605.

- Zeneto, J.F. Cardiel, M.H. (2002), Risk factors Associated with Depression in patients with type II Diabetes mellitus. **Archives of Medical Research**, 33, 53-60.

