

اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو

ابراهیم قنبری^۱، فاطمه شهابی زاده^{۲*}

(۱) کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

(۲) دانشیار گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

*نویسنده مسئول: f_shahabizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله ۹۷/۰۹/۲۸

تاریخ دریافت مقاله ۹۷/۰۷/۲۰

چکیده

دیابت نوع دو یک معضل مهم برای سلامت عمومی است که باعث اثرات گسترده‌ای بر عملکردهای فردی و اجتماعی افراد می‌شود. پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. پژوهش حاضر از نیمه آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز دولتی سلامت شهر بیرجند در ۳ ماه آخر سال ۱۳۹۵ بودند (۱۰۰ بیمار) که نمونه‌ای شامل ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: دشواری در تنظیم هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) و نشخوار فکری نالن-هاکسما و مارو (۱۹۹۱)، جهت تحلیل داده، از تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد، میانگین گروه آزمایش در مولفه‌های دشواری در تنظیم هیجانی ($p < 0/05$) و نشخوار فکری ($p < 0/01$) کاهش داشته است. بنابراین نتایج پژوهش اهمیت مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در ارتقاء زندگی بیماران دیابتی را نشان می‌دهد.

کلیدواژه‌گان: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دشواری در تنظیم هیجان، نشخوار فکری، دیابت نوع دو

مقدمه

نوع یک، اختلال متابولیکی است که ویژگی اصلی آن عدم تولید و ترشح انسولین می‌باشد و دیابت نوع دو یا دیابت وابسته به غیر انسولین، بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال دیده می‌شود. در این نوع دیابت انسولین تولید شده از پانکراس به خوبی عمل نمی‌کند، در واقع یا پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح شده فاقد کارایی لازم برای بدن است (مهرابی زاده هنرمند، عیدی بایگی و داوودی، ۱۳۹۱). بروز دیابت، جریان زندگی را مختل کرده و زندگی افراد را در همه زمینه‌ها تحت تاثیر قرار می‌دهد. عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قند خون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز

شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (شاو، سیسری و زیمت^۱، ۲۰۱۰). دیابت یک اختلال پیچیده متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود و هایپرگلیسمی در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد بوجود می‌آید (بامرد، لوید و هالت^۲، ۲۰۱۲). دیابت

1 . Shaw, Sicree, Zimmet

2 . Barnard, Lloyd & Holt

افسردگی می شوند و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش بینی و افزایش روان رنجوری را در پی دارد (پاپاجونیو و ولز،^۹ ۲۰۰۱). مطالعات نشان می دهند که نشخوار فکری روی موضوعاتی از شکست یا گذشته زندگی فرد استوار است (بورکوی، روبینسون، پروزینسکی، دپ ری^{۱۰}، ۱۹۸۳). دیویس و کلارک^{۱۱} (۱۹۹۸) و وگنر، اشنایدر، کارتر و وایت^{۱۲} (۱۹۸۷) دریافتند سرکوب هیجانی در هنگام رویارویی با یک رویداد استرس زا باعث پدید آوردن نشخوار فکری پس از آن رویداد می شود. کامرسون، پاگچ، کمپبل و ویسکو^{۱۳} (۲۰۲۰) نیز دریافتند دشواری در تنظیم هیجان با نشخوار فکری تداعی می شود.

در سال های اخیر، تعدادی از پژوهشگران تلفیق رویکردهای بر پایه ذهن آگاهی را با مداخلات شناختی رفتاری موجود (موج سوم رفتار درمانی) پیشنهاد کرده اند (ویتفیلد^{۱۴}، ۲۰۰۶). پژوهشگران بر این باورند که به کار گیری روش های درمانی مانند درمان بر پایه ذهن آگاهی به دلیل ساز و کارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری و خودداری از اجتناب هیجانی می تواند در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی، اثربخشی درمان ها را برای جلوگیری از مشکلات روانی کاهش دهد (تیسدل، سیگال و ویلیامز^{۱۵}، ۱۹۹۵). همچنین ذهن آگاهی به نوبه ی خود به جلوگیری از ماریج های فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (سیگال، ویلیامز و

عوارض جسمانی جدید نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی سبب بروز مشکلات روانشناختی در افراد دیابتی می گردند (قشقای، نظیری، فرنام، ۱۳۹۳). بیماران دیابت نوع یک و دو به استرس و هیجان های منفی مانند ترس و خشم کاملاً حساس هستند و مبتلایان به این بیماری در کنترل استرس و تنظیم هیجان های خود دچار مشکل می باشند (اسنوک، نیکولز و لایچ^۳، ۱۹۹۹؛ اسمارت ریچمن، کابانسکی و ماسلکو^۴، ۲۰۰۵). تجربه احساسات منفی مانند خشم، سرماخوردگی، ناامیدی، ترس، احساس گناه، شرم، کفر و افسردگی در مبتلایان به دیابت بسیار معمول است، بنابراین تنظیم هیجان، یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگارانه و همچنین جلوگیری از هیجان های منفی و رفتارهای ناسازگارانه محسوب می شود (گارفنسکی، کریچ و اسپینون^۵، ۲۰۰۱)؛ بررسی ها نشان می دهند که حدود ۲۰ تا ۴۰ درصد مبتلایان سرپایی دیابت، درجاتی از پریشانی هیجانی و نشانه های عمومی اضطراب و افسردگی را تجربه می کنند و پایین بودن سطح سلامت هیجانی، به نتایج نامطلوب دیگری همچون کاهش کیفیت زندگی، سلامت روان و افزایش مرگ و میر منجر می شود (ونسان، نیلک، پاپ و پاور^۶، ۲۰۱۱)، افزون بر این سبک های ناکارآمد هیجانی از جمله نشخوار فکری با ناراضایتی زندگی بین فردی نیز همراه است (آبت^۷، ۲۰۰۵). نشخوار فکری به عنوان افکاری مقاوم و عودکننده پیرامون یک موضوع تعریف می شود که به طریق غیر ارادی، وارد آگاهی می شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می سازند (جورمن^۸، ۲۰۰۶). معمولاً نشخوار فکری ساز و کارهایی ایجاد می کند که منجر به عوامل خطرآفرین برای

⁹ . Papageorgiou, Wells

¹⁰ . Borkovec, Robinson, Pruzinsky, DePree

¹¹ . Davies & Clark

¹² . Wegner, Schneider, Carter & White

¹³ . Cameron Pugach, Campbell, Wisco

¹⁴ . Whitfield

¹⁵ . Teasdale, Segal, Williams

³ . Snock, Nicols, Lubach

⁴ . Smart Richman, Kubzansky, Maselko

⁵ . Garnefski, Kraaij, Spinhoven

⁶ . Van Son, Nyklíček, Pop & Pouwer

⁷ . Abbot

⁸ . Joormann

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده از نوع پیش آزمون- پس آزمون دوگروهی (گروه آزمایش و گروه کنترل) بود. جامعه آماری کلیه بیماران زن و مرد مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز دولتی سلامت شهر بیرجند در ۳ ماه آخر سال ۱۳۹۵ بودند؛ که حدود ۱۰۰ نفر را شامل می شد. گروه نمونه ۳۰ بیمار دیابتی (۱۵ نفر گروه آزمایش، ۱۵ نفر در گروه کنترل) دارای شرایط حضور و فاقد شرایط خروج از پژوهش بودند را شامل می شود، که به صورت در دسترس انتخاب شدند. شرایط ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، قند سه ماهه بالاتر از ۰/۷، عدم ابتلا به بیماری دیگر، عدم تغییر در دوز انسولین مصرفی سه ماه آزمایش، عدم سابقه درمان با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عدم مصرف داروهای روانپزشکی و علاقمندی به شرکت در پژوهش بود. ملاک های خروج غیبت بیش از اندازه در جلسات آموزشی و یا عدم همکاری در برنامه آموزش و نیز از نظر سن، جنس، مدت بیماری و تحصیلات همتاسازی شدند. ابزار گردآوری داده ها، شامل پرسش نامه های زیر بود.

مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی^{۲۳}: این مقیاس توسط گراتز و رومر^{۲۴} (۲۰۰۴) برای سنجش جنبه های مختلف تنظیم هیجانی و نقص در آن ابداع شده است. مقیاس دشواری های تنظیم هیجانی، یک شاخص خود گزارشی است که برای ارزیابی دشواری های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت و ۶ خرده مقیاس است. خرده مقیاس ها عبارتند از: ۱- عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (سؤالات ۲۳، ۳۰، ۲۹، ۲۵، ۱۱، ۲۱، ۱۲)؛ ۲- دشواری های دست

تیسدل^{۱۶}، ۲۰۱۲). در مطالعه کومار، فلئمن و هیز^{۱۷} (۲۰۰۸)، فراستادوتی و دورجی^{۱۸} (۲۰۱۹)؛ کلادرمیکوس، بکر و اسپیکر^{۱۹} (۲۰۱۹) و مولایی و خواجهبند خوشلی (۱۳۹۳) در تحقیق خود به این موضوع دست یافتند که افزایش در ذهن آگاهی به مقدار زیادی با کاهش در نشخوار فکری و اجتناب (دو استراتژی در تنظیم هیجانی) همراه است. افزون بر این مطالعات اثربخشی ذهن آگاهی را بر کسب توانایی تنظیم هیجان (هیز و فلدمن^{۲۰}، ۲۰۰۴) و همچنین در مطالعه ای همبستگی، تداعی آن را با کاهش دشواری تنظیم هیجان (کاویسولی، موالی و مافی^{۲۱}، ۲۰۱۹) نشان داده است. اما آنچه در ارتباط با پژوهش های مذکور قابل توجه است، جامعه مورد بررسی آن هاست؛ چرا که پژوهش حاضر به اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر بیماران دیابتی به دلایل مذکور می پردازد. در این راستا در بیماران دیابتی اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری (رضوی زاده تبادکان، جاجرمی و کیلی، ۱۳۹۸) و دشواری در تنظیم هیجان (روسونینگ، ریبیل، گریسون و ادمان^{۲۲} ۲۰۰۷) نشان داده شده است، اما در این راستا مطالعات محدود بوده است و پژوهش های بیشتری را در جهت روایی بیرونی می طلبد. با توجه به مطالب گفته شده و لزوم اهمیت دادن به نقش مهم نشخوار فکری و دشواری در تنظیم هیجانی در این بین و از سویی با توجه به اینکه رویکردهای جدید موج های رفتاری در قرن حاضر توجه محققین را به خود جلب کرده است، این سوال پژوهشی به ذهن می رسد که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در دشواری تنظیم هیجان و نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو موثر است؟

16 . Segal, Williams, Teasdale

17 . Kumar, Fledman & Hayes

18 . Frostadottir, & Dorjee

19 . Cladder-Micus, Becker, Spijker

20 . Hayes, Feldman

21 . Cavicchioli, MMovalli, & Maffei,

22 . Rosenzweig, Reibel, Greeson & Edman

23 . Difficulties emotion regulation scale

24 . Gratz , Roemer

دهندگان خواسته می شود هر کدام را در مقیاسی از از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند. نالن-هاکسما و مارو (۱۹۹۱)، همسانی درونی این مقیاس را مطلوب ارزیابی نموده اند (۰/۸۹). روایی این مقیاس در نمونه خارجی به شیوه بازآزمایی از ۰/۴۸ تا ۰/۸۲ محاسبه کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به عنوان شاخصی از همسانی درونی برای مقیاس پاسخ های نشخواری در پژوهش باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی (۱۳۸۹) بدست آمد. در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمد.

پروتکل جلسات آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس راهنمای کتاب شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی نوشته سیگال و همکاران (۲۰۰۲) تنظیم شده است. شامل هشت جلسه ۴۵ دقیقه ای می باشد. که خلاصه جلسات به شرح زیر است.

زدن به رفتار هدفمند (سؤالات ۲۰، ۳۳، ۱۳، ۱۸، ۲۶)؛ ۳- دشواری های کنترل تکانه (سؤالات ۲۴، ۳، ۲۷، ۱۹، ۱۴، ۳۲)؛ ۴- فقدان آگاهی هیجانی (سؤالات ۱۰، ۷، ۸، ۲، ۱)؛ ۵- دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (سؤالات ۳۶، ۳۵، ۲۸، ۳۱، ۱۶، ۱۵) و ۶- فقدان شفافیت هیجانی (سؤالات ۹، ۵، ۴). پاسخ آزمودنی ها در دامنه ای از یک تا پنج قرار می گیرد (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، نیمی از اوقات، بیشتر اوقات و تقریباً همیشه (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا ۰/۹۳ برای کل مقیاس و برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۸۵ برای خرده مقیاس عدم پذیرش، ۰/۸۹ برای اهداف، ۰/۸۶ برای تکانه، ۰/۸۰ برای آگاهی، ۰/۸۸ برای راهبردها، و ۰/۸۴ برای خرده مقیاس شفافیت می باشد. پایایی آزمون-بازآزمون برای نمرات کلی این مقیاس ۰/۸۸ است. در رابطه با روایی نیز بررسی ها نشانگر روایی سازه و پیش بین کافی برای این مقیاس است (گراتز و رومر، ۲۰۰۴). همچنین همسانی درونی و پایایی فرم ترجمه شده فارسی این مقیاس مورد محاسبه قرار گرفته است. نتایج این مطالعه همسانی درونی بالا را برای کل مقیاس (۰/۸۶) و همچنین برای خرده مقیاس ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۶۳، ۰/۷۴، و ۰/۸۵ در یک جمعیت ایرانی نشان داد (علوی، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمد.

مقیاس نشخوار فکری^{۲۵}: نالن-هاکسما و مارو^{۲۶} در سال (۱۹۹۱) پرسش نامه ای خودآزما تدوین کردند که چهار سبک متفاوت واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می داد. پرسش نامه سبک های پاسخ از دو مقیاس پاسخ های نشخوار فکری و مقیاس پاسخ های منحرف کننده حواس تشکیل شده است. مقیاس نشخوار فکری ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ

25 . Scale rumination

26 . Nolen-Hoeksema & Morrow

هفته اول: اجرای خودکار	
تمرینات عملی جلسه	خوردن یک کشمش با آگاهی - مراقبه و آرسی بدن
تجربیات هر جلسه	تشکیل گروه - آرایه کدهای اخلاقی این روش و مرزهای گروهی،
تمرین منزل	۴۵ دقیقه درمان مراقبه و آرسی بدن، ایجاد توجه روزانه جهت مراقبه فعالانه و مداوم از طریق حمام کردن - خوردن یک وعده غذا از طریق ذهن آگاهی در طول هفته
هفته دوم: رفع موانع	
تمرینات عملی	درمان مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن
تجربیات هر جلسه	تفکر در مورد تمرین ها و حس کردن دقیق هریک از آن ها
تمرین منزل	۴۵ دقیقه درمان مراقبه و آرسی بدن - ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی. معطوف کردن توجه به فعالیت های مداوم مختلف روزانه
هفته سوم: تنفس با ذهن آگاهی (حرکات جسمی با کمک این تکنیک)	
تمرینات عملی	حرکت هوشیارانه. (تمرین منبسط کردن و تنفس) گسترده نگه داشتن افکار و ذهن از طریق پیگیری تمرین های مراقبه ای و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن.
تجربیات هر جلسه	سه دقیقه تنفس - کشف تجربه های خوشایند روزانه یا می تواند به کشف تجارب ناخوشایند در هفته چهارم بپردازد
تمرین منزل	تداوم و تمرین تنفس در روزهای ۱ و ۳ و ۵ در هفته - تمرین حرکات به شکل هوشیارانه در روزهای ۲ و ۴ و ۶ در هفته - ثبت روزانه از تجارب خوشایند و دلپذیر، ۳ دقیقه تنفس در سه مقطع از روز
هفته چهارم: ماندن در لحظه	
تمرینات عملی	۵ دقیقه دیدن یا شنیدن با شیوه ذهن آگاهی (آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار) - سه دقیقه تنفس - آرایه تمرین های الگوبرداری شده جهت کاربرد در زمان هایی که دچار احساسات دشوار می شویم - پیاده روی با ذهن آگاهی
تجربیات هر جلسه	کشف تجارب ناخوشایند. - کشف و تعریف مساله افسردگی یا تمرکز متناوب گروهی - خستگی مزمن و شدید، استرس و غیره
تمرین منزل	ایجاد تن آرامی و مراقبه - سه دقیقه تنفس عادی، مرور (سه بار در روز) سه دقیقه تنفس الگوبرداری
هفته پنجم: پذیرفتن و اجازه دادن	
تمرینات عملی	نشست های مدیتیشن که آگاهی از تنفس و اعضای بدن تاکید بر چگونگی واکنش نشان دادن به هر آنچه فکر، احساس می کنیم و آنچه از احساسات بدن ناشی می شود؛ سه دقیقه تنفس
تجربیات هر جلسه	خواندن شعر و کشف محتوای متناسب با اهداف آن ها در گروه.
تمرین منزل	تمرین کشف واکنش به الگوهای عادی شده و کاربرد استعداد بالقوه مهارت های ذهن آگاهی جهت آسان سازی واکنش به تجارب تن آرامی و مراقبه. سه دقیقه تنفس عادی، مرور آن (سه بار در روز) - سه دقیقه تنفس تمرین شده، سپس تمرین کشف انتخاب بازگشایی ((درهای بدن)) ورود به فضای بیرون از بدن ((در بدن))
هفته ششم: تفکرات منشا واقعی ندارند	
تمرینات عملی	نشست های مدیتیشن - مطرح کردن مشکلات بیمار طی تمرین و کشف اثرات آن بر بدن و ذهن، سه دقیقه تنفس.
تجربیات هر جلسه	تمرین ایجاد تغییر خلق، افکار و نگرش ها شروع گسترش عودهای شخصی و طرح فعالیت - آماده شدن برای پایان دوره.
تمرین منزل	تمرین به مدت ۴۰ دقیقه هر روزه - کار با ترکیبات مختلفی از سه تمرین اصلی؛
هفته هفتم: چگونه به بهترین نحو از خود مراقبت کنیم	
تمرینات عملی	جلسات مدیتیشن - آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات - سه دقیقه تنفس
تجربیات هر جلسه	کشف رابطه میان فعالیت و خلق، لیست کلی از فعالیت های روزانه و رسیدگی به ((تخلیه هیجانی)) یا ((مقوی)) که احساس مطلوبی از قدرت می دهد - بررسی راه های افزایش فعالیت های مفید - تشخیص عودها و فعالیت های موثر در عود
تمرین منزل	تنفس - عادی و تمرین شده؛ بعد از تمرین های اکتشافی اقدام به انتخاب یک تمرین می کند - توسعه یک سیستم پویای هشدار دهنده اولیه جهت کشف عودهای مجدد
هفته هشتم: چگونگی استفاده از این موارد در تصمیم گیری های آینده.	
تمرینات عملی	مراقبه و آرسی بدن، پایان درمان.
تجربیات هر جلسه	بازنگری مجدد سیستم هشدار دهنده اولیه و طرح عملیاتی آرایه شده برای به کارگیری در زمان عودهای مجدد -
تمرین منزل	نشستی با برنامه تمرین منزل که شما در مه های آینده قادر به ادامه برنامه به تنهایی باشید

از ۳۰ نفر حاضر در پژوهش، در گروه آزمایش ۶ نفر مرد و ۹ نفر زن و در گروه کنترل نیز ۶ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. ۳ نفر از اعضای گروه آزمایش بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۹ نفر ۳۰ تا ۳۵ سال و ۳ نفر نیز بین ۴۰ تا ۴۵ سال سن دارند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر بین ۲۵ تا ۳۰ سال، ۸ نفر ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱ نفر نیز بین ۴۰ تا ۴۵ سال سن داشتند. همچنین ۳ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دارای مدرک فوق دیپلم، ۶ نفر لیسانس، ۳ نفر فوق‌لیسانس و ۳ نفر دارای مدرک دکتری هستند. در گروه کنترل ۳ نفر دارای مدرک فوق دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۶ نفر هم دارای مدرک فوق‌لیسانس بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی گزارش شده است.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات برنامه مشاوره‌ای گروهی، تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش بود. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و متناسب با سطح سنجش داده‌ها و مفروضات آماری، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره جهت آزمون فرضیه‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری در دو مرحله اندازه‌گیری به

تفکیک گروه آزمایش و کنترل

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	عدم پذیرش	۱۹/۴۰	۳/۹۶	۱۳/۲۶	۲/۸۶
	اهداف	۱۸/۸۰	۴/۱۰	۱۰/۸۰	۱/۶۵
	تکانه	۱۷/۶۰	۱/۸۰	۱۱/۸۶	۳/۷۷
	آگاهی	۲۳	۳/۷۲	۱۵/۴۶	۲/۳۵
	راهبردها	۲۳/۸۶	۲/۳۲	۱۸/۴۰	۲/۵۰
	شفافیت	۱۸	۱/۸۵	۱۲/۴۰	۳/۱۸
کنترل	عدم پذیرش	۱۳/۴۰	۳/۶۲	۱۲/۵۳	۲/۸۵
	اهداف	۱۶/۲۶	۲/۴۶	۱۴/۴۷	۲/۴۴
	تکانه	۱۵/۶۰	۱/۹۱	۱۳/۴۶	۲/۴۷
	آگاهی	۲۰	۱/۳۶	۱۸/۲۶	۱/۲۲
	راهبردها	۲۰/۲۰	۳/۷۸	۲۱/۸۰	۱/۳۷
	شفافیت	۱۴/۶۰	۲/۲۲	۱۳/۶۰	۱/۶۸
آزمایش	نشخوار فکری	۶۵/۸۰	۱۴/۸۱	۵۱/۴۰	۱۴/۵۶
	کنترل	۶۱/۸۶	۶/۸۹	۵۸/۸۰	۵/۵۳

پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. به‌منظور بررسی اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان بیماران دیابتی نوع دو، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد. نتایج

در جدول ۱. ملاحظه می‌گردد میانگین نمرات دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تفاوت زیادی را نشان نمی‌دهد. درحالی‌که در گروه آزمایش، کاهش بیشتر نمرات در

۲۷/۱۴ معنادار بدست آمد ($p < 0/05$)، که حاکی از تایید مفروضه است. مفروضه مساوی بودن ماتریس های کوواریانس با توجه به اینکه آزمون M باکس در سطح ۰/۰۵ غیر معنی دار شد، تایید شد، لذا در ادامه به گزارش آماره چند متغیره پرداخته می شود.

آزمون کلموگروف اسمیرنوف نشان داد خرده مقیاس های دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری نرمال است ($p < 0/01$). در بررسی مفروضه تحلیل کواریانس، همبستگی بین خرده مقیاس های دشواری در تنظیم هیجان از آزمون بارتلست استفاده شد، نتایج مقدار کای اسکوئر تقریبی برابر

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه نمرات دشواری در تنظیم هیجان گروه آزمایش و کنترل

اثر	آزمون‌ها	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
گروه	اثر پیلایی	۰/۹۶۵	۷۷/۶۵۸	۶	۱۷	۰/۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۵	۷۷/۶۵۸	۶	۱۷	۰/۰۱
	اثر هتلینگ	۲۷/۴۰۹	۷۷/۶۵۸	۶	۱۷	۰/۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۲۷/۴۰۹	۷۷/۶۵۸	۶	۱۷	۰/۰۱

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری های تنظیم هیجان بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بوده است. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از مؤلفه های مربوط به دشواری در تنظیم هیجان، آزمون اثرات بین آزمودنی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل در ادامه ارائه شده است.

همان طور که مشاهده می گردد سطح معنی داری هر چهار آماره چند متغیری مربوطه یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی، برابر با ۰/۰۱ است ($p > 0/01$). بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می گردد که بین بیماران دیابتی در دو گروه آزمایش و کنترل، در نمرات مربوط به دشواری در تنظیم هیجان، در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت

جدول ۳. آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه دشواری در تنظیم هیجان گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
عدم پذیرش	بین گروهی	۲۶/۳۴۷	۱	۲۶/۳۴۷	۱۳/۷۹۱	۰/۰۱
	درون گروهی	۴۲/۰۳	۲۲	۱/۹۱۰		
اهداف	بین گروهی	۵۸/۲۷۵	۱	۵۸/۲۷۵	۹۰/۱۵۷	۰/۰۱
	درون گروهی	۱۴/۲۲	۲۲	۰/۶۴۶		
تکانه	بین گروهی	۲۹/۶۷۳	۱	۲۹/۶۷۳	۶/۳۹	۰/۰۱
	درون گروهی	۱۰۲/۰۹۸	۲۲	۴/۶۴۱		
آگاهی	بین گروهی	۴۱/۵۷۳	۱	۴۱/۵۷۳	۴۶/۱۰۸	۰/۰۱
	درون گروهی	۱۹/۸۳	۲۲	۰/۹۰۲		
راهبردها	بین گروهی	۱۲/۶۱۱	۱	۱۲/۶۱۱	۵/۸۱۱	۰/۰۵
	درون گروهی	۴۷/۷۴	۲۲	۲/۱۷۰		
شفافیت	بین گروهی	۵۱/۶۹۰	۱	۵۱/۶۹۰	۶۰/۰۲۹	۰/۰۱
	درون گروهی	۱۸/۹۴	۲۲	۰/۸۶۱		

آزمایش در مرحله پس از آزمون چنین نتیجه می شود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثر بوده و موجب کاهش دشواری های مرتبط با تنظیم هیجانات بیماران دیابتی نوع دو، می شود. به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو، از آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، مقدار F به دست آمده، برای تمامی مؤلفه ها در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد؛ بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تایید قرار می گیرد. با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نشخوار فکری بیماران دیابتی دو گروه آزمایش و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری
پیش آزمون	۲۶۶۷/۸۲۴	۱	۲۶۶۷/۸۲۴	۹۸/۳۸۰	۰/۰۱
گروه	۸۳۶/۲۶۱	۱	۸۳۶/۲۶۱	۳۰/۸۳۸	۰/۰۱
خطا	۷۳۲/۱۷۶	۲۷	۲۷/۱۱۸		
کل	۳۸۱۰/۷۰	۲۹			

در جدول ۴. مقدار F به دست آمده برابر با ۳۰/۸۳۸ است و سطح معنی داری آن نیز برابر با ۰/۰۱ می باشد. از این رو فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد. بر این اساس و با توجه به پایین تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش، می توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثر بوده و موجب کاهش نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو می شود.

بحث و نتیجه گیری

دیابت نوع دو یک معضل مهم برای سلامت عمومی است که باعث اثرات گسترده ای بر عملکردهای فردی و اجتماعی افراد می شود. با توجه به شیوع و عوارض دیابت و تاثیرات آن بر زندگی بیماران دیابتی، پژوهش حاضر با هدف اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش دشواری های تنظیم هیجان بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بوده است. به عبارت دیگر می توان گفت که بیماران دیابتی با اجرای تمرینات ذهن آگاهی، می توانند هیجانات خود را تنظیم کنند؛ که نتیجه حاصل در راستای پژوهش های مشابه پیشین هست. مطالعات متعددی بدعملکردی تنظیم هیجان را در بیماران دیابتی نشان داده است (اسنوک و همکاران، ۱۹۹۹؛ اسمارت و همکاران، ۲۰۰۵) که به کاهش سلامت روان و افزایش مرگ و میر (ونسان و همکاران، ۲۰۱۱) و کاهش رضایت مندی زندگی (آبت، ۲۰۰۵) منجر می شود. افزون بر این در مطالعات غیر مداخله ای نیز تداعی ذهن آگاهی با کاهش دشواری تنظیم هیجان (کاويسولي و همکاران، ۲۰۱۹) تأیید شده است، لذا اثر بخشی درمان ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم

هیجان قابل استنباط است. به هر حال شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن نوعی شناخت درمانی شامل مراقبه-های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش های مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدنی و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس های بدنی پیرامون را در «همان لحظه» امکان پذیر می سازد و پردازش های خودکار افسردگی را کاهش می دهد (تیسدل و همکاران، ۱۹۹۵). روسنوینگ و همکاران، (۲۰۰۷) نیز همراستا با نتایج حاضر نشان داد مداخله ذهن آگاهی سبب قطع یا کاهش واکنش روانی فرد به محرک های استرس زا شده و با تنظیم تأثیر استرس بر فیزیولوژی بدن در بهبود تنظیم قند خون بیماران دیابتی مؤثر است. در تبیین فرضیه فوق می توان گفت افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات عملی از جنبه های مثبت ذهن آگاهی است و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت و موجب بهبود قابلیت های فردی در جهت فعالیت های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت ها می شود. همچنین آموزش ذهن آگاهی نیز باعث افزایش احساس بدون قضاوت شده و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی کمک می کند (چامبرز، گالون و آلن^۱، ۲۰۰۹). در تبیین دیگری فرضیه فوق می توان گفت که ذهن آگاهی نوعی از آگاهی و کیفیتی از هوشیاری که بر اثر توجه به هدف در لحظه اکنون و بدون ارزشیابی لحظه به لحظه به وجود می آید، به بیان دیگر. ذهن آگاهی پیش بینی کننده هیجانات مثبت بوده و از طریق سرزندگی و واضح دیدن تجربیات می تواند تغییرات مثبتی در فرد ایجاد کند. ذهن آگاهی باعث می شود توانایی مواجهه با دامنه گسترده ای از

¹ . Chambers, Gullone & Allen

تفکرات، عواطف و تجربه‌ها اعم از خوشایند و ناخوشایند ایجاد شود. این توانایی به فرد کمک می‌کند واقعیت درونی و بیرونی را آزادانه و بدون تحریف درک کند و از طریق سرزندگی و واضح دیدن تجربیات تغییرات مثبتی در داورهای انسان ایجاد کرده و خلق را بهبود ببخشد.

از طرفی در مطالعات متعددی تداعی قوی بین تنظیم هیجان و نشخوار فکری تایید شده است (جورمن، ۲۰۰۶؛ دیویس و کلارک، ۱۹۹۸؛ وگنر و همکاران، ۱۹۸۷؛ کامرسون و همکاران، ۲۰۲۰). لذا در مطالعه حاضر نیز همچنان که درمان مذکور کاهش دشواری در تنظیم هیجان را موجب شده است، نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری بیماران دیابتی نوع دو می‌شود؛ اگر چه مطالعات متعددی (از جمله کومار و همکاران، ۲۰۰۸؛ فراستادوتی و دورجی، ۲۰۱۹؛ کلادرمیکوس و همکاران، ۲۰۱۹) در تحقیق خود دست یافتند که افزایش ذهن آگاهی به مقدار زیادی با کاهش در نشخوار فکری همراه است، اما مطالعات مذکور در جامعه بیماران غیر دیابتی و یا نمونه های غیر بالینی انجام شد. همراستا با نتایج پژوهش حاضر رضوی زاده تبادکان و همکاران (۱۳۹۸) در بیماران دیابتی اثربخشی ذهن آگاهی را بر کاهش نشخوار فکری نشان دادند اما در این راستا اگرچه مطالعات بیشتری را در جهت روایی بیرونی می‌طلبند اما در مطالعه مذکور تنها بیماران زن ورزشکار هدف قرار گرفت. پژوهش مولایی و خواجه‌بند خوشلی (۱۳۹۳) نیز نشان داد آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (MS) می‌شود. به هر حال بنا به گفته شاپیرو، بیرون و بیگل^۱ (۲۰۰۷)، کاهش

قابل توجه در استرس، عاطفه منفی، نشخوار فکری، اضطراب حالت و صفت و افزایش قابل توجه در عاطفه مثبت و خود-ترحمی پیامد ذهن آگاهی است. در تبیین فرضیه فوق می‌توان گفت که در فرآیند نشخوار فکری، ذهن به صورت هدایت خودکار از زمان حال خارج می‌گردد و افکار غیر سودمند را به راه می‌اندازد، در صورتی که فرد آگاهی چندانی نسبت به این افکار و هدایت خودکار ذهن ندارد. آموزش ذهن آگاهی با ویژگی‌هایی همچون حضور در لحظه حاضر و توجه متمرکز، فرد را متوجه افکار غیر سودمند و هدایت خودکار ذهن می‌کند، همچنین آموزش ذهن آگاهی کمک می‌کند این افکار غیر سودمند و عوامل راه‌اندازی آن شناسایی شوند و فرد با مهارت‌هایی که از آموزش ذهن آگاهی به دست می‌آورد، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد. افراد در تمرین ذهن آگاهی با تمرین واریسی بدن یاد می‌گیرند توجه خود را تنظیم و نسبت به احساسات بدنی خود آگاهی یابند، آگاهی نسبت به بدن آغازی برای آگاهی به حالات هیجانی و افکار می‌باشد، توجه و آگاهی عوامل بسیار مهمی در کنترل نشخوار فکری می‌باشند. تیزدل و همکاران (۱۹۹۵) در توجیه این مطلب بیان نمودند واقعیت در زمان حال از طریق تمرکز آگاهانه روی احساس‌های بدنی آغاز می‌شود و با هدایت توجه روی این احساسات باعث دوری از نشخوار فکری می‌شویم. ذهن آگاهی با توقف فکری درباره رویدادهای منفی و پیامدهای آن در جهت کمک به نشخوار فکری مؤثر است. ذهن آگاهی، توجه منفی فرد را به‌طور مداوم به سرزنش و ناتوانی و تحلیل چرایی هیجانات منفی خود می‌پردازد تغییر می‌دهد؛ و توجه را به زمان حال برمی‌گرداند و افکار و رفتار فرد را در جهت فعالیت‌های سودمند هدایت می‌کند. آموزش ذهن آگاهی، آگاهی فرد را نسبت به افکار

¹. Shapiro, Brown, Biegel

- رضوی زاده تبادکان، بی بی زهره؛ جاجرمی، محمود؛ وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، نشخوار فکری و استرس ادراک شده زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی؛ ۱۱ (۱): ۸-۱.

- علوی، خدیجه (۱۳۸۸). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی گروهی در کاهش نشانه های افسردگی دانشجویان مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

- قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم؛ فرنام، رابرت (۱۳۹۳). اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ۱۳ (۴)، ۳۱۹-۳۳۰

- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ عیدی بایگی، مجید؛ داوودی، ایران (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱، ۲ و افراد غیرمبتلای شهر اهواز، تحقیقات علوم رفتاری، ۱(۷)، ۶۶۲-۶۵۴.

- مولایی، سمانه و خواجهوند خوشلی، افسانه (۱۳۹۳) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر نشخوار فکری و نگرانی زنان مبتلا به مولتیپل اسکروزیس (MS) در شهر گرگان، کنفرانس بین المللی علوم رفتاری و مطالعات اجتماعی.

- Abbott, B. V. (2005). Emotion dysregulation and re-regulation: Predictors of relationship intimacy and distress. Texas A&M University

- Barnard K.D, Lloyd C.E & Holt R.I.G. (2012). Psychological Burden of Diabetes and What It Meanto People with Diabetes. Psychology and Diabetes Care, 1-22.

و نشخوار فکری و همچنین هدایت خودکار بالا می برد و در صورت افتادن در چرخه منفی افکار، پیام حضور ذهن به افکار و تمرکز بر لحظه حاضر را به فرد می دهد. آموزش ذهن آگاهی در گروه های آزمایشی توانست به طور مطلوبی به کاهش نشخوار فکری افراد کمک می کند (آذرگون، کجباف، مولوی و عابدی، ۱۳۸۸). به هر حال اگر چه درمان مذکور در تنظیم هیجان و کاهش نشخوار فکری موثر واقع شد، اما با محدودیت هایی نیز همراه بود. از محدودیت های پژوهش حاضر به خود گزارش بودن ابزار پژوهش را می توان از جمله مشکلات این پژوهش نام برد. با توجه به اثربخش بودن ذهن آگاهی در دشواری در تنظیم هیجان و نشخوار فکری بیماران دیابتی، پیشنهاد می شود که به اثربخش بودن مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت کاهش افسردگی، اضطراب و مشکلات روانشناختی بیماران دیابتی اقدام شود. همچنین جهت راستی آزمایی نتایج پژوهش پیشنهاد می شود که به انجام پژوهش در محیط های اجتماعی خاص و افراد خاص از جمله مراکز سالمندان، دانش آموزان بی سرپرست و... پرداخته شود.

منابع

- آذرگون، حسن؛ کجباف، محمداقرا؛ مولوی، حسین؛ و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و افسردگی دانشجویان دانشگاه اصفهان. دانشور رفتار، ۱۶ (۳۴)، ۲۰-۱۳.

- باقری نژاد، مینا؛ صالحی فدردی، جواد؛ طباطبایی، محمود (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. مطالعات تربیتی و روانشناسی، ۱۱ (۱)، ۳۸-۲۱.

- Psychol. 10:1099. doi: 10.3389/fpsyg.2019.01099.
- Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. (2001). Negative life events, cognitive Difficulties emotion regulation and emotion problems. *Personality and Individual Differences*, 30: 1311-1327
 - Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of Difficulties emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Difficulties emotion regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41–54.
 - Hayes, A. M., Feldman, G. (2004). Clarifying the Construct of Mindfulness in the Context of Difficulties emotion regulation and the Process of Change in Therapy. *Clin Psychol Sci Prac*, 11(3), 255-262.
 - Joormann, J. (2006). Differentials effect of rumination and dysphonia on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognitive and Research Therapy*, 30, 149-160.
 - Kumar, S., Fledman, G., and Hayes, A. (2008) Ghanges in Mindfulness and Difficulties emotion regulation in an Exposure-Based Cognitive Therapy for Depression. *Cogn Ther Res*, 32, 734-744.
 - Nolen-Hoeksema S, Morrow J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personality Soc Psychol*; (61): 115-121.
 - Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
 - Borkovec TD, Robinson E, Pruzinsky T, DePree JA. (1983).Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther*. 21: 9-16.
 - Cameron P. Pugach, C. Campbell, A.A. Wisco, B.E. (2020). Emotion regulation in posttraumatic stress disorder (PTSD): Rumination accounts for the association between emotion regulation difficulties and PTSD severity. *Journal of clinical psychology*, 76(3): 508-525.<https://doi.org/10.1002/jclp.22879>.
 - Cavicchioli, M. MMovalli, M. & Maffei, C. (2019). Difficulties with emotion regulation, mindfulness, and substance use disorder severity: the mediating role of self-regulation of attention and acceptance attitudes, *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 45:1, 97-107, DOI: 10.1080/00952990.2018.1511724.
 - Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical psychology review*, 29(6), 560-572.
 - Cladder-Micus, M.B., Becker, E.S., Spijker, J. et al. (2019). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on a Behavioural Measure of Rumination in Patients with Chronic, Treatment-Resistant Depression. *Cogn Ther Res* 43, 666–678. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-09997-8>
 - Davies, M. I., & Clark, D. M. (1998). Thought suppression produces a rebound effect with analogue post-traumatic intrusions. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 571-582.
 - Frostadottir, AD. & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients With Depression, Anxiety, and Stress. *Front.*

design of a randomized controlled trial. BMC Public Health, 11(1), 131.

- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 5-13.

- Whitfield, J. H. (2006). Towards case-specific applications of mindfulness-based cognitive-behavioral therapies: A Mindfulness-Based Rational Emotive Behaviour Therapy. *Private Practice Counseling Psychology*, 19, 154-163.

- Rosenzweig, S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., & Edman, J. S. (2007). Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 13(5), 36.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2012). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Press.

- Shapiro, S. L., Brown, K. W., Biegel, G. M. (2007). Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1 (2), 105-1151.

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 87:4-14.

- Smart Richman L, Kubzansky L, Maselko J. (2005). Positive Emotion and Health: Going beyond the Negative. *Health Psychol*, 24: 422-9.

- Snock FJ, Nicols CW, Ven VD, Lubach C. (1999). Cognitive Behavioral Group Training for Poorly Controlled Type 1 Diabetes Patients: A Psychoeducational Approach. *Diabetes Spectrum*, 12: 147-9.

- Teasdale J D, Segal Z V, Williams J M G. (1995). How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attention Control (Mindfulness) Training Help? *Behavior Research and Therapy*, 33: 25-39.

- Van Son, J., Nyklíček, I., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2011). Testing the effectiveness of a mindfulness-based intervention to reduce emotional distress in outpatients with diabetes (DiaMind):

Quarterly Journal of Educational Psychology

Islamic Azad University Tonekabon Branch

Vol. 9, No. 3, autumn 2018, No 35



Journal of Educational
Psychology

The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Difficulties in emotion regulation and rumination component in diabetes 2

Ebrahim Ghanbari¹, Fatemeh Shahabizadeh^{2*}

- 1) M.A. Clinical Psychology, Islamic Azad University, Birjand Branch, Birjand, Iran
- 2) Dept. of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran

*Corresponding author: f_shahabizadeh@yahoo.com

Abstract

Type II diabetes is an important public health problem that has a massive impact on individual and social functions of individuals. The present study was aimed at the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Difficulties emotion regulation and obsessive- rumination component in diabetes 2. The present study was a semi-experimental pretest-posttest design. The statistical population of all women and men with type 2 diabetes referred to health centers of Birjand in the last 3 months of 1395 (100 people). To collect data, a sample of 30 people was selected using available sampling method. The tools used were: Gratz and Romer's (2004) Difficulties emotion regulation (2004), and Nalen-Huxma and Marrow's Rumination Scale (1991). For data analysis, variance and multivariate covariance analysis were used. The findings showed that the mean of the experimental group in the stress components of emotional regulation ($p<0/05$) and rumination ($p<0/01$) decreased compared to the control group. The results of the study show the importance of mindfulness-based cognitive therapy intervention in improving the life of diabetic patients.

Key words: mindfulness-based cognitive therapy, Difficulties in emotion regulation, Ruminating, Type II Diabetes
