Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 2/ Summer 2016
Page: 44-55

Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Group Therapy in Cognitive Emotional Regulation for Patients with Type 2 Diabetes

Alizadeh A.[1], Poursharifi, H[2*]

1- Master in Clinical Psychology, Department of Psychology, East Azarbayjan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.
Ramiin.alizadeh@yahoo.com. 0914 414 0779 – 041 35555863. Adress: Shahriyar Counseling and Psychological Services, Bahar Building, 17 Shahrivar Ave, Tabriz.

2- Associate Professor of Health Psychology, Department of Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran. poursharifih@gmail.com.

Abstract

Introduction: This study aimed to evaluate the effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy in cognitive emotion regulation for patients with type-2 diabetes.
Method: This study was a quasi-experimental research. Its research plan was in the form of two-group method (control and experimental groups) and included three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population included all male and female patients aged between 30 and 50 in Tabriz in 2015, who received the diagnosis of type-2 diabetes. Using available sampling method, a sample of 24 patients was selected and randomly assigned to both experimental and control groups. Individuals in the experimental group received group therapeutic intervention in 8 sessions (60 to 90 minutes), and those in the control group received no intervention. Before the intervention, at the end of the meetings, and at the one-month follow-up, both groups completed the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.
Results: The results showed there is a significant difference between the two groups in terms of the use of cognitive emotion regulation strategies at the post-test and follow-up stages.
Discussion: Although the drugs and lifestyle changes are the main pillars of modern treatment in diabetes management, the impact of psychological factors on the lives of people with various diseases has been proven. Therefore, the increase in general health and proper management of diabetes occurs when the psychological component is added to the medication. Mindfulness-based cognitive therapy increases the use of adaptive cognitive emotion regulation strategies as psychosocial issues raised in this disease.
Key words: Mindfulness Based Cognitive Therapy, Cognitive Emotional Regulation, Type 2 Diabetes.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۵
صفحات: ۵۵-۴۴

اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

اصغر علیزاده[۱]، حمید پورشریفی[۲*]

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد علوم و تحقیقات آذربایجان‌شرقی، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. ۰۹۱۴۴۱۴۰۷۷۹- Ramiin.alizadeh@yahoo.com -۰۴۱۳۵۵۵۵۸۶۳

آدرس: تبریز، خیابان ۱۷ شهریور، ساختمان بهار، طبقه دوم، واحد یک، مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهریار

۲- دانشیار روانشناسی سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

pourSharifih@gmail.com - ۰۹۱۲۵۲۶۴۹۴۷

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام پذیرفت. این پژوهش، درگروه پژوهش‌های نیمه‌تجربی قرار می‌گیرد.

روش: طرح تحقیق پژوهش به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران زن و مرد ۵۰-۳۰ ساله‌ی شهر تبریز در سال ۱۳۹۴ بود که توسط پزشک متخصص، تشخیص دیابت نوع ۲ دریافت کرده بودند. به روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه به تعداد ۲۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفت. افراد گروه آزمایش مداخله‌ی درمانی را در ۸ جلسه (۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه قبل از شروع مداخلات، پایان جلسات و در پیگیری یک‌ماهه، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: در مدیریت دیابت هرچند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شوند ولی تاثیر عوامل روان‌شناختی بر زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف ثابت شده است. بنابراین، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث افزایش استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان مسائل روانی – اجتماعی مطرح در این بیماری شد.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، دیابت نوع دو

[دریافت مقاله: پذیرش مقاله:]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

مقدمه

دیابت[1] گروهی ناهمگن از بیماری‌های سوخت و ساز است که مشخصه‌ی آن‌ها افزایش مزمن قندخون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است و در نتیجه وجود نقایصی در ترشح انسولین و یا عمل انسولین ایجاد می‌شود (انجمن دیابت آمریکا[2]، ۲۰۰۵). این بیماری در قلب مسائل رفتاری است و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند. به لحاظ سبب‌شناختی، دو نوع متمایز دیابت وجود دارد. دیابت نوع یک و نوع دو. تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ مبتلا می‌باشند؛ توضیح اینکه، دیابت ملیتوس نوع یک، که قبل‌ها به عنوان دیابت "وابسته به انسولین" یا "آغاز نوجوانی" شناخته می‌شد، نوعی بیماری است که با شروع زودهنگام رابطه دارد، به‌طوری‌که به عنوان مثال در میان کودکان، نوجوانان و بزرگ‌سالان جوان تشخیص داده می‌شود. دیابت ملیتوس نوع دو، به عنوان دیابت "غیر وابسته به انسولین" شناخته می‌شود که به‌طور تقریبی در میان ۹۰ درصد بیماران دیابتی رایج است (گاندر- فردریک، کاکس و کلارک[3]، ۲۰۰۵).

شیوع جهانی دیابت در سال ۲۰۱۴، حدود ۹ درصد در جمعیت بالای ۱۸ سال تخمین زده شده است (سازمان بهداشت جهانی[4]، ۲۰۱۴). پیش‌بینی شده است در سال ۲۰۳۰ تعداد افراد دیابتی به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش یابد (وایلد، روگلیک، گرین، سیسری و کینگ[5]، ۲۰۰۴). به نظر می‌رسد، ۱۴ الی ۲۳ درصد بزرگ‌سالان بالای سی‌سال ایرانی دیابت داشته و یا دارای تحمل انسولین آسیب‌دیده هستند (عدیلی، لاریجانی و حقیقت‌پناه، ۲۰۰۶). شیوع جهانی دیابت نوع دو، تا حدودی در میان مردان بیشتر از زنان است، اما از آن‌جا که به‌طور عمومی امید به زندگی در زنان بیشتر است و آن‌ها طول عمر زیادتری دارند بیش از مردان تحت تأثیر این مسأله قرار می‌گیرند؛ در ایران، دیابت نوع دو، ۹۰ الی ۹۵ درصد این موارد را به خود اختصاص داده است (پورشریفی و همکاران، ۲۰۱۳). دیابت ملیتوس دارای عوارض بلندمدت و کوتاه‌مدت است. این بیماری به علت بروز عوارض جسمانی مانند رتینوپاتی[6]، نفروپاتی[7]، نوروپاتی[8] و بیماری‌های قلبی عروقی[9]، به طورگسترده‌ای بر زندگی بیماران اثر می‌گذارد (لانگو و همکاران[10]، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه‌ی تجربی، رفتارهایی که موجب این عوارض می‌شوند بر سازگاری‌روانی بیماران دیابتی اثر می‌گذارند (کاتون و همکاران[11]، ۲۰۱۴). علی‌رغم مسائل فیزیولوژیکی مربوط به این بیماری؛ عدم‌پذیرش بیماری، حساس‌شدن به نوسانات قندخون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت و نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود، سبب بروز مشکلات روان‌شناختی در افراد دیابتی می‌گردند (وایت[12]، ۲۰۰۱).

هدف اکثر راهبردهای روان‌درمانی در کمک به این بیماران، کاهش مشکلات روانی مربوط به دیابت و به حداقل رساندن تعاملات ظریف و پیچیده‌ی بین این عوامل است. از آنجا که دیابت می تواند پردازش هیجانی افراد را تحت تاثیر قرار دهد، به نظر می‌رسد یکی از عواملی که در ارتباط با جنبه‌های روان‌شناختی مبتلایان به دیابت نوع دو کمتر به آن پرداخته شده، تنظیم شناختی هیجان[13] می‌باشد. توضیح این‌که، تنظیم

1.Diabetes
2.American Diabetes Association
3.Gonder-Frederick, Cox & Clarke
4.World Health Organization
5.Wild, Roglic, Green, Sicree, & King

6.Retinopathy
7.Nephropathy
8.Neuropathy
9.Cardiovascular disease
10.Longo & et al
11.Katon & et al
12.White
13.Cognitive Emotion Regulation

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

هیجان وجه ذاتی گرایش‌های پاسخ هیجانی است (آمستادر[1]، ۲۰۰۸). در واقع، تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل خاصی از خودنظم بخشی است که به عنوان فرآیندهای بیرونی و درونی دخیل در واکنش‌های هیجانی تعریف شده است (تامپسون[2]، ۲۰۰۸). گرانفسکی و کرایج[3] (۲۰۰۹) راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را کنش‌هایی می‌نامند که نشانگر راه‌های کنارآمدن فرد با شرایط استرس‌زا و یا اتفاقات ناگوار است. بررسی مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم شناختی هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (لام، پترز، ولاین و پاتیجن[4]، ۲۰۰۵).

پژوهش‌های پیشین، ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، توجه مثبت مجدد، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری و دیدگاه‌گیری (گارنفسکی، کرایج و اسپینهاون[5]، ۲۰۰۲). این راهبردها به دو دسته راهبردهای مثبت و منفی تقسیم شده است. راهبردهای مثبت عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری. و راهبردهای منفی عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و پذیرش (علیزاده، هاشم‌زاده و هاشمی، ۲۰۱۵). بنابراین، به نظر می‌رسد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در تعامل با ناگوئی خلقی که به عنوان ناتوانی در پردازش شناخت‌ها و تنظیم هیجان‌ها تعریف می‌شوند، مشکلات بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند.

در موج سوم روان‌درمانی‌ها که به روان‌درمانی‌های پست‌مدرن معروف هستند، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت (هیز، لوما و باند[6]، ۲۰۰۶). لذا، با توجه به ماهیت خاص بیماری دیابت به نظر می‌رسد یکی از مداخله‌های روان‌شناختی که می‌تواند بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر باشد، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT)[7] است. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (تیزدل، سگال و ویلیامز[8]؛ به نقل از کنی[9] و ویلیامز، ۲۰۰۷) یک مداخله ی کوتاه‌مدت (۸ جلسه‌ای) و ساختاریافته است که از روی مدل کاهش استرس مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی کابات زین[10] (به نقل از مارک، ویلیامز و سوالز[11]، ۲۰۰۴) ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. درحال حاضر این رویکرد در جمعیت‌های بالینی ویژه مورد پژوهش و کاربرد قرار گرفته و نتایج به‌دست آمده حاکی از تأثیر به‌سزای روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات اضطرابی و خلقی، افسردگی توام با میل به خودکشی، دردهای مزمن و سرطان می‌باشد (مارچاند و ویلیام[12]، ۲۰۱۲). تحقیقات در حوزه‌ی دیابت نشان داده است که قابلیت اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی علاقه‌ی بسیاری را در مسیر ارتقای سلامت و رفاه بیماران مبتلا به دیابت نیز به خود جلب کرده است (وایت‌بیرد، کریتزر و اُکانر[13]، ۲۰۰۹). در این راستا، نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی (گرین و

1.Amstadter
2.Thompson
3.Garnefske & Kraaij
4.Lame, Peters, Vlaeyen & Patijn
5.Spinhoven

6.Hayes, Luoma & Bond
7.Mindfulness-Based Cognitive Therapy
8.Teasdale, Segal & Williams
9.Kenny
10. Kabat-Zinn
11. Mark, Swales
12. Marchand & William
13. Whitebird, Kreitzer & O'Connor

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

بیلینگ[1]، ۲۰۱۱)، کاهش فشارخون (اسکاستر[2]، ۲۰۱۰)، کاهش افسردگی (روزنوایگ و همکاران[3]، ۲۰۰۷)، کاهش افکار مزاحم و بهبود کیفیت خواب (فاد-لانگ و همکاران[4]، ۲۰۱۰) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نقش داشته باشد، اما اثربخشی آن بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و ناگوئی‌خلقی در این بیماران چندان مشخص نیست.

با توجه به ماهیت خاص بیماری دیابت و با در نظر داشتن این مسئله که بررسی احساسات و هیجانات از بُعد روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمتر مورد توجه متخصصین قرار گرفته است، به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در تنظیم شناختی هیجان این بیماران تاثیر داشته باشد. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام پذیرفت.

روش پژوهش

این پژوهش، درگروه پژوهش‌های نیمه‌تجربی قرار می‌گیرد؛ و بر طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استوار می‌باشد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه‌ی بیماران زن و مرد ۵۰-۳۰ ساله‌ی شهر تبریز بود که توسط پزشک متخصص، تشخیص دیابت نوع دو دریافت کرده و در فاصله‌ی بین شش ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۴ در بیمارستان سینای تبریز تحت درمان قرار داشتند. ابتدا با کسب مجوزهای لازم، با مراجعه به کلینیک تخصصی بیمارستان سینای تبریز (بخش دیابت) و شناسایی بیمارانی که جهت دریافت خدمات درمانی برای دیابت نوع دو به این بیمارستان مراجعه می کردند، با ترتیب جلسه‌ای برای معرفی شیوه‌ی درمان گروهی و نحوه‌ی اجرای آن، اطلاعات لازم در اختیار بیمارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، قرار گرفت. سپس، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه به تعداد ۲۴ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی) و گروه کنترل قرار گرفت. بیمارانی از جامعه‌ی آماری جهت شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند که ۱۲ ماه از تشخیص آنها گذشته بود. از ورود بیمارانی در پژوهش خودداری به عمل آمد که مداخله‌هایی را از مراکز خدمات مشاوره‌ای و نظایر آن دریافت می‌کردند؛ ناتوانی یادگیری داشتند؛ تحت درمان روان‌پزشکی، و یا دارای مشکلات جدی پزشکی نظیر بیماری مزمن دیگری غیر از دیابت بودند. افراد گروه آزمایش مداخله‌ی درمانی (شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی) را در ۸ جلسه (۶۰ تا ۹۰ دقیقه‌ای) به صورت گروهی دریافت کردند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط درمان دارویی مربوط به دیابت نوع ۲ که توسط متخصص دیابت برایشان تجویز شده بود، دریافت کردند. جلسات شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در یکی از کلینیک‌های روان‌شناختی شهر تبریز که قبلاً مجوزهای لازم کسب شده بود؛ با حضور پژوهش‌گر و همکار وی به عنوان تسهیل‌گر گروه تشکیل و محتوای جلسات با تکیه بر اصول نظری و فنون شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و در چارچوب طرح درمانی برگرفته از ویلیامز، سگال و تیزدل (۲۰۰۲) در هشت جلسه طراحی و اجرا گردید. از هر دو گروه قبل از شروع مداخلات، پیش‌آزمون به‌عمل آمد و در پایان جلسات از هر دو گروه پس‌آزمون و پیگیری ۳۰ روزه به‌عمل آمد. شرکت‌کنندگان، پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان را

1 .Green & Bieling
2 Schuster
3. Rosenzweig & et al
4. Faude-Lang & et al

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

تکمیل نمودند و داده‌ها با استفاده از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

ابزارهای اندازه‌گیری پرسش‌نامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ)[1]: یک پرسش‌نامه‌ی چند بُعدی می‌باشد که به منظور شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد بعد از تجربه‌ی موقعیت‌ها و حوادث منفی، توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ ساخته شده است. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که به‌صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسش‌نامه، افکار فرد را پس از یک تجربه‌ی منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. پرسش‌نامه‌ی مذکور، یک ابزار خودگزارشی است که اجرای آن خیلی آسان و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت‌های بالینی) قابل استفاده می‌باشد و شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه تا هرگز) است که در مجموع ۹ عامل را مورد ارزیابی قرار می دهد: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و پذیرش. مطالعات زیادی بر روی این پرسش‌نامه انجام شده است که نتایج همه‌ی آن‌ها دلالت بر روایی و پایایی مناسب این پرسش‌نامه می‌باشد (موریس[2]، ۲۰۰۲). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران در پژوهش ربیعی، زره‌پوش، پالاهنگ و زارعی‌محمودآبادی (۲۰۱۳) بررسی شد. مقادیر پایایی آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی (با فاصله زمانی ۴ هفته) برای عامل کلی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۱ به دست آمد. برای زیرمقیاس‌ها نیز به ترتیب در دامنه ۰/۶۳ تا ۰/۸۹ و ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ گزارش شد.

یافته‌ها

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس استفاده است [برای پیش‌آزمون (P=۰/۰۶۱ >۰/۰۵ و F=۲/۱۷۲ و Box's M=۱۴/۳۰) و برای پس‌آزمون (P=۰/۱۳۴>۰/۰۵ و F=۱/۴۸ و Box's M=۱۰/۱۸) محاسبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که ماتریس واریانس-کوواریانس‌ها همگن می‌باشند.

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون زیر مقیاس‌های تنظیم شناختی هیجان بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون در دو گروه از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ ارائه شده است.

1 . Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
2. Muris

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

جدول ۱: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل

زیرمقیاس‌ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
	پیش‌آزمون	۱۷/۳۲	۱	۱۷/۳۲	۲/۱۴	۰/۱۵۰	۰/۰۸۸
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی	گروه	۱۰۰۳/۱۵	۱	۱۰۰۳/۱۵	۱۱۵/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
هیجان	خطا	۱۷۰/۴۱	۲۱	۷/۵۵	–	–	–
راهبردهای منفی تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	۱۵۵/۳۴	۱	۱۵۵/۳۴	۱۱/۸	۰/۰۰۲	۰/۳۶۸
هیجان	گروه	۷۶۵/۸۰	۱	۷۶۵/۸۰	۶۴/۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	خطا	۲۵۳/۴۱	۲۱	۱۱/۳۴	–	–	–

چنانچه در جدول ۱ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات پس‌آزمون زیر مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود دارد [η^2=۰/۸۰ و P<۰/۰۰۰۱ و F(۱و۲۱) =۱۱۵/۷۴]. همچنین، نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌دار دارد [η^2=۰/۷۴ و P<۰/۰۰۰۱ و F(۱و۲۱) =۶۴/۰]. بنابراین، میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معنی‌داری در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بیش از گروه گواه و در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان کمتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، موجب افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه شده است.

همچنین، در جدول ۲، نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس به منظور مقایسه میانگین نمرات پیگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پیگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل

زیرمقیاس‌ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
	پیش‌آزمون	۲/۲۸	۱	۲/۲۸	۰/۰۷۰	۰/۶۰	۰/۰۰۳
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی	گروه	۱۱۴۷/۱۰	۱	۱۱۴۷/۱۰	۵۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۸
هیجان	خطا	۳۶۳/۴۴	۲۱	۱۶/۴۶	–	–	–
راهبردهای منفی تنظیم شناختی	پیش‌آزمون	۴/۷۶	۱	۴/۷۶	۰/۴۰	۰/۵۷۴	۰/۰۳۱
هیجان	گروه	۱۲۶۴/۱۵	۱	۱۲۶۴/۱۵	۱۰۷/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	خطا	۲۱۸/۲۷	۲۱	۱۰/۶۲	–	–	–

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

چنانچه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات پیگیری زیر مقیاس راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بعد حذف اثر پیش‌آزمون، تفاوت معنی‌داری وجود دارد [η^2=۰/۷۸ و P<۰/۰۰۰۱ و F(۱و۲۱) =۵۷/۳۸]. معنی‌داری نمرات پیگیری زیرمقیاس راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، نیز قابل ملاحظه است [η^2=۰/۹۲ و P<۰/۰۰۰۱ و F(۱و۲۱) =۱۰۷/۳۳]. بنابراین، میانگین نمرات پیگیری گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان بیش از گروه گواه و در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان کمتر از گروه گواه است. به‌عبارتی، می‌توان گفت که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، در مرحله پیگیری ادامه داشته و موجب افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، موجب افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در مرحله پس‌آزمون شده است. همچنین، اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، در مرحله پیگیری ادامه داشته و موجب افزایش استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه شده است.

نتایج پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش هایی است که نشان داده‌اند؛ شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی (گرین و بیلینگ، ۲۰۱۱)، کاهش فشارخون (اسکاستر، ۲۰۱۰)، کاهش افسردگی (روزنوایگ و همکاران، ۲۰۰۷)، کاهش افکار مزاحم و بهبود کیفیت خواب (فاد-لانگ و همکاران، ۲۰۱۰) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نقش داشته باشد. طبق نظر کابات‌زین (۲۰۰۳)، مشاهده‌ی خالی از قضاوت در ذهن‌آگاهی می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را کاهش دهد. بنابراین، تمرین مهارت ذهن‌آگاهی، توانایی مراجعان را برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی افزایش می‌دهد و آن‌ها را به مقابله‌ی مؤثر، قادر ساخته و کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ی غیرانطباقی را به دنبال خواهد داشت.

با وجود تشابهات هیجانی بین انسان‌ها، انتظار می‌رود، الگویی که هر فرد برای تنظیم هیجاناتش استفاده می‌کند، نتایج هیجانی متفاوتی به دنبال داشته باشد. در این زمینه، گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) نشان دادند که استفاده از بعضی راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان از جمله سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌بار خواندن و تا حدودی سرزنش دیگران در بزرگسالان دارای اختلال روانی، شایع‌تر است. از آنجائی‌که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در شرایط استرس‌زایی زندگی می‌کنند و دارای محدودیت‌های بسیاری هستند که به دلیل بیماری مزمن پزشکی ایجاد شده است در تنظیم هیجانات خود دچار مشکل بوده و به همین دلیل از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان به سبب عوارضی که زندگی با دیابت بر آن‌ها تحمیل کرده، بیشتر استفاده می‌کنند. همچنین، ریان، مارتین و اریک[1] (۲۰۰۵) سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه‌بار خواندن و سرزنش دیگری را به‌عنوان معتبرترین پیش‌بینی کننده‌های هیجانات منفی و از

[1] . Ryan, Martin & Eric

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

جمله افسردگی معرفی کردند؛ در این زمینه، با توجه به اینکه بیماران مبتلا به

دیابت نوع دو در معرض انواع آسیب‌های روانی از جمله افسردگی می‌باشند و از آنجائی‌که تنظیم شناختی هیجان با بیماری‌های روان‌پزشکی ارتباط دارند؛ این‌گونه به نظر می‌رسد؛ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تحت فشار همبسته‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و سایر اختلالات اضطرابی و تحت تاثیر هیجانات منفی ناشی از آن، از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بیشتر استفاده می‌کنند. از طرفی، گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) نیز متوجه شدند که در تمامی گروه‌های مورد بررسی آن‌ها (نوجوانان، جوانان و افراد مسن) استفاده از راهبردهای نشخوار فکری، فاجعه‌بار خواندن و سرزنش خود با علایم افسردگی رابطه‌ی مستقیم و بازارزیابی مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری با آن، رابطه‌ی معکوس دارد که این یافته نیز استفاده‌ی بیماران دیابتی نوع دو از راهبردهای تنظیم شناختی ناسازگار را تبیین می‌کند.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان گفت که یکی از جنبه‌های مهم شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند و نکته مهم دیگر این که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافصل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکرکردن آموزش داده می‌شود (مکه[۱]، ۲۰۰۸). در تبیین این نظریه و در ارتباط آن با بیماری دیابت نوع دو می‌توان اظهار داشت که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با استفاده از آموزش‌های مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با هیجانات منفی ناشی از این بیماری کنار آمده و به بازنمایی ذهنی آن در مسیر زندگی خود می‌پردازند و به جای اجتناب، آن را پذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده می‌نمایند. بطوری‌که تأکید بر توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم می‌گردد که شاید یکی از دلایل کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ای مثل سرزنش خود، سرزنش دیگری و نشخوار در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، تغییر در راه‌برد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. تاثیر مداخله‌ی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر روی بیماران دیابتی در پژوهش روزنوایگ و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که این مداخله سبب قطع یا کاهش واکنش روانی فرد به محرک‌های استرس‌زا شده و با تنظیم تاثیر استرس بر فیزیولوژی بدن در بهبود تنظیم قندخون بیماران دیابتی موثر بوده است. در مطالعه‌ی هارتمن و کپف[۲] (۲۰۱۲) نیز اثربخشی مداخله‌ی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش طولانی‌مدت فشارهای روانی اجتماعی و بهبود سلامت روانی و کاهش افسردگی بیماران دیابتی مشهود است.

با توجه به پژوهش‌های مورد اشاره و با عطف به اینکه در موج سوم درمان‌های رفتاری شناختی از جمله شناخت درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت (هیز و همکاران، ۲۰۰۶)، می‌توان اظهار داشت که با توجه به اینکه شرایط و ویژگی‌های بیماری و نحوه‌ی زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو متفاوت از سایر بیماری‌های مزمن پزشکی بوده؛ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی

۱. Mace

۲. Hartmann & Kopf

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

توانسته است به این بیماران در تغییر شناخت‌ها و هیجانات کمک نماید تا بتوانند از راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان بهره ببرند.

محدود بودن نمونه آماری مورد نظر این تحقیق موجب می‌شود که در تعمیم نتایج آن به جامعه، جانب احتیاط را رعایت کرد. همچنین، استفاده از پرسش نامه‌ی خودارزیابی و خودگزارش‌دهی برای سنجش نیز می‌تواند از جمله محدودیت‌های پژوهش به شمار آید. با توجه به نتایج حاصل از فرضیه‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود؛ اثربخشی شناخت‌درمانی گروهی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر خودمدیریتی و کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نیز در پژوهش‌های آتی مورد بررسی قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود این شیوه درمانی به عنوان مکمل درمان‌های داروئی در مراکز دولتی و خصوصی که به درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می پردازند، مورد استفاده قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

از همکاری مسئولین و پرسنل بیمارستان سینای تبریز، کلینیک روان‌شناختی شهریار و تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

Adili, F., Larijani, B., & Haghighatpanah, M. (2006). *Diabetic patient*: psychological aspects, Annals New York Academy of Sciences, 1084, 329-349.

Alizadeh, A., Hashemzadeh, F., Hashemi, T. (2015). *Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in Major Depressive disorder patients and healthy people*, unpublished.

American Diabetes Association .(2005). National standards for diabetes selfmanagement education. *Diabetes Care*, 28 (l1): 72-79.

Amstadter, A. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *J Anxiety Disord*, 22, 211-22.

Dubey, A., Pandey, R., & Mishra, K. (2010). Role of emotion regulation difficulties and positive/negative affectivity in explaining alexithymia-health relationship: An overview. *Indian Journal of Social Science Researches*, 7, 20-31.

Faude-Lang, V., Hartmann, M., Schmidt, E.M., Humpert, P., Nawroth, P., Herzog, W. (2010). Acceptance and mindfulness-based group intervention in advanced type 2 diabetes patients: therapeutic concept and practical experiences. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 60(5):185-9.

Garnefske, N., & Kraaij, V. (2009). Cognitive emotion regulation questionnaire dewelopment of a short itim wersion (CERQ-short). *Journal of Personality and Individual Differences*. 41: 1045-1053.

Garnefski, N., Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Journal of Personality and Individual Differences*, 40: 1659 – 1669.

Garnefski, N., Kraaji, V., Spinhoven, P. (2002). CERQ: *Manual for the use of cognitive emotion Regulation Questionnaire*. Leiderdorp, the Netherlands: DATEC.

Gonder-Frederick, L., Cox, D.J., & Clarke, W.L. (2002). Diabetes. In A.J. Christensen and M.H. Antoni (Eds.), *chronic physical disorders: Behavioral medicine's perspective* (pp. 137-164). Oxford: Blackwell Publishers.

Green, S.M., Bieling, P.J., (2011). Expanding the Scope of Mindfulness-

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

Based Cognitive Therapy: Evidence for Effectiveness in a Heterogeneous Psychiatric Sample. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2011.doi:10.1016/j.cbpra. 02.006.

Hartmann, M., Kopf, S. (2012). Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 35:945–947.

Hayes, S., Luoma, J.B., Bond, F. (2006). Acceptance andcommitment therapy: Model, processes andoutcomes. *Behavior Research and Therapy*, (44), 1-25.

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

Katon, W., Simon, G., Von Korff, M., Ludman, E., Ciechanowski, P., Walker, E., etal. (2004). Behavioral and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 27, 914-920.

Kenny, M.A., Williams, M.G. (2007). Treatmentresistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45:617-625.

Lame, I.E., Peters, M.L., Vlaeyen, J.W.S., & Patijn, J. (2005). Quality of life in chronic pain is more associated with beliefs about pain, than with pain intensity. *Journal of European Pain*. 9:15˚24.

Longo, D., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., Loscalzo, J., (2012). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18th ed.).Mc Grow Hill.

Mace, C. (2008).*Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. America, New York. Routledge Press, 35-36.

Marchand, W.R., William, R. (2012). Mindfulness Based Stress Reduction, Mindfulness-Based Cognitive Therapy, and Zen Meditation for Depression, Anxiety, Pain, and Psychological Distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4):233-252.

Mark, J., Williams, G., Swales, M. (2004). The use of Mindfulness-Based Approaches for suicidal patients. *Archives of suicide research*, p8: 315-329.

Muris, P. (2002).Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Beh Res Thera*, 40(7), 753-72.

Poursharifi, H., Zamani, R., Mehryar, A.H., Besharat, M.A., Rajab, A. (2013). Effectiveness of motivational interviewing on improving physical health outcomes (weight loss and glycogenic control) in adults with Type II diabetes, Contemporary Psychology, Vol, 3, No.2, 3-14.

Rabie, M., Zerehpush, A., Palahang, H., Zarie, Mahmood Abadi, H. (2014). Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders. *J Res Behave Sci*; 11(5):363-374.

Rosenzweig, S., Reibel, D.K., Greeson, J.M., Edman, J.S., Jasser, S.A,, McMearty, K.D., etal. (2007). Minfulness-based stress reduction is associated with empowered glydemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Altern Ther Health Med*, 13(5):36-38.

Schuster, K. (2010). Effect of mindfulness meditation on A1C levels in African American females with Type 2 diabetes. Adler School of Professional Psychology (*PhD Dissertation*), 82 pages; 3455595.

Thompson, R.A. (2008). Emotion regulation: A theme in search of definition. The development of emotion regulation: *Biological and behavioral considerations*. MFTSFRICD [Serial online]. 1994; 59: 25-52. Available From: DOI: 10.1111/j.1540- 5834.1994.tb01276.x. 28 JUN 2008.

World Health Organization. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Geneva.

Whitebird, R.R., Kreitzer, M.J., O'Connor, P.J. (2009). Mindfulness-Based

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]

Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spect*, 22(4): 226–230.
White, C,A (2001). *Cognitive Behavior Therapy for chronic Medical Problems: a guide to assesment and treatment in practice*. Translated by: Moloodi. R., Fatahi, K. (2010). Edited by: Fata, Ladan.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1395.3.2.3.4]