

مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر شیراز نبی فتاحی^۱، سلطانعلی کاظمی^۲، حسین بقولی^۳، مریم کوروشنیا^۴

Comparison of the effectiveness of two classic cognitive-behavioral therapies (CBT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the emotion regulation strategies of patients with type 2 diabetes in Shiraz

Nabi Fattahi¹, Sultan Ali Kazemi², Hossein Bagholi³, Maryam Kouroshnia⁴

چکیده

زمینه: مطالعات متعددی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان پرداخته‌اند. اما پیرامون مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** مقایسه اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر شیراز بود. **روش:** پژوهش از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۶ نفر از بیماران دیابتی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۱)، جلسات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (موس و همکاران، ۲۰۱۵) و درمان شناختی رفتاری (مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰؛ به نقل از صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷). تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد. **یافته‌ها:** دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معنی‌داری بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران داشت ($P < 0/001$). بین دو درمان از لحاظ تأثیر بر راهبردهای تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود نداشت ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** بیمارانی که در جلسات درمان شناختی رفتاری و درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند راهبردهای تنظیم هیجان مثبت بیستر و راهبر تنظیم هیجان منفی کمتر را تجربه کردند. **واژه کلیدی‌ها:** درمان شناختی رفتاری کلاسیک، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم هیجان، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲.

Background: Numerous studies have examined the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and mindfulness-based stress reduction on emotion regulation strategies. But there is a research gap between comparing the effectiveness of the two classic cognitive-behavioral therapies (CBT) and reducing mindfulness-based stress (MBSR) on emotion regulation strategies for patients with type 2 diabetes. **Aims:** Comparison of the effectiveness of two classical cognitive-behavioral therapies and mindfulness-based stress reduction therapy was based on the strategies for regulating emotion in patients with type 2 diabetes in Shiraz. **Method:** The research was pre-test-post-test with control group. The statistical population included all type 2 diabetic patients present in Shiraz medical and hospital centers in 2018. Thirty-six diabetic patients were selected by simple random sampling and randomly assigned to three 12-person groups (two experimental groups and one contrast group). Research tools of Garnefsky's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, Craig and Spinhaon (2001), Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy Meetings (Mouse et al., 2015) and Behavioral Cognitive Behavioral Therapy (Moloudi and Fattahi, 2011; quoted by Samadzadeh et al., 1397). Data analysis was performed using multivariate analysis of covariance. **Results:** Two cognitive-behavioral therapies of classical behavior and mindfulness-based stress reduction therapy had a significant effect on patients' emotion regulation strategies ($P < 0/001$). There was no significant difference between the two treatments in terms of the effect on emotion regulation strategies ($P < 0/001$). **Conclusions:** Patients who participated in cognitive-behavioral therapy sessions and mindfulness-based stress reduction therapy experienced more positive and less negative emotion regulation strategies. **Key Words:** Classical cognitive behavioral therapy, mindfulness-based stress reduction, emotion regulation strategies, patients with type 2 diabetes.

Corresponding Author: Kazemi_edu@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۱ Ph.D Student in Psychology, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

^۲ دانشیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

^۴ استادیار دانشگاه آزاد، گروه روانشناسی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران

^۴ Assistant Professor, Department of Psychology, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran

مقدمه

استرس، افسردگی، باشد (هیل و کوران، ۲۰۱۵). درمان‌های شناختی رفتاری برای ایجاد تعادل بین سلامت پزشکی و روانشناختی و بهبود پیامدها مثلاً کاهش دیسترس‌های روانی و بهبود پایداری به درمان، ضروری می‌باشد. در ادبیات پژوهشی به طور گسترده، مداخلات روانشناسی مخصوصاً درمان شناختی رفتاری برای کمک به افراد دیابتی برای مقابله با استرس‌های معمول دیابت مؤثر شناخته است. درمان شناختی رفتاری رویکردی است که به بیماران کمک می‌کند تا قدرت خودگویی (آنچه آنها به خود می‌گویند) را تخصیص دهند و مهارت‌های مقابله‌ای خود را در برخورد با پریشانی هیجانی افزایش دهند، همچنین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری مقرون به صرفه است، ائتلاف منابع را کاهش می‌دهد و نقش مهمی در جلوگیری از پیشروی شرایط مزمن و ناتوان کننده دارد (کریگ، ۲۰۱۰). درمان شناختی رفتاری به عنوان یکی از روش‌های مطرح برای بهبود بیماری‌های مزمن، می‌تواند با استمداد از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت‌های فرد بیمار در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایشان، به عنوان راهبرد درمانی مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد (ترنر، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری با به کارگیری فنون شناختی رفتاری و سایر روش‌های تنش‌زدایی به شناسایی و اصلاح باورهای اساسی بیماران و در پی آن، بالا بردن پایبندی به رژیم غذایی، می‌پردازد (ابیشرا، کومانو، ساتو، ساکورا و ایواماتو، ۲۰۱۰؛ به نقل از صمدزاده، شالحی، بنی جمالی و احدی، ۱۳۹۸).

ذهن‌آگاهی به مراقبه‌ای اشاره دارد که در آن بر حضور و آگاهی بر زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت تأکید می‌شود. در طی ۳۰ سال گذشته، علاقه به استفاده درمانی از ذهن‌آگاهی افزایش یافته است، کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، یک برنامه گروهی ساختار یافته است که با هدف کاهش استرس به منظور ارتقای سلامت روان و کاهش درد و رنج به کار برده می‌شود. هسته کاهش استرس به شیوه ذهن‌آگاهی بر آموزش مراقبه ذهن‌آگاهی و کاربردهای آن برای زندگی روزانه و مقابله با استرس، بیماری و درد متمرکز است (روسنزنگ، گریسون، ریپیل، گرین، جاسر و بیسلی، ۲۰۱۰). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مداخله‌ای رفتاری است که بر مبنای توجه و تمرکز خود استوار می‌باشد. تمرینات به صورت تمرکز بر روی تنفس تا تمام فعالیت

بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی در سراسر جهان است. افزایش شیوع دیابت یکی از نگرانی‌های کلی سلامت عمومی در قرن ۲۱ است (بلاکبوم، سیودروویچ و لیسترا، ۲۰۱۳). شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسید. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد، سازمان بهداشت جهانی اعلام کرد که شیوع دیابت در ایران در بین مردان ۹/۸ درصد و در بین زنان ۱۱/۱ درصد می‌باشد. این بیماری شایع‌ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و یکی از عوامل خطر در ایجاد بیماری قلبی است. از این رو افراد مبتلا به دیابت جهت کنترل دیابت ملزم به تغییرات اساسی در زندگی خود می‌باشند (عاشوری، ۱۳۹۴). دیابت اغلب با مشکلات و اختلال‌های روانشناختی همراه است و متأسفانه کنترل دیابت، مشکلات روانشناختی بیماران را تشدید می‌کند و باعث می‌شود بیماران در یک چرخه معیوب گرفتار شوند، زیرا دیابت با باورها، افکار، احساسات و رفتارهای موجود بیمار تعامل دارد و بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد و مشکلات روانی نیز به نوبه خود بر توانایی افراد در اجرای روش خود مدیریتی تأثیر دارند (کریگ، ۲۰۱۰).

تنظیم هیجان شامل استفاده از استراتژی‌های رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است و تحت عنوان راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه مورد بحث واقع شده است، یکی از مدل‌های مطرح در این زمینه، مدل تنظیم هیجان گروس ۱۹۸۸ است که در دو چهارچوب مهم بررسی می‌شود. ۱. راهبردهایی که پیش از ایجاد هیجان و یا در آغاز بروز آن فعال می‌شوند و از بروز هیجان‌های شدید پیشگیری می‌کنند و باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهند این راهبردها، فرآیند بازاریابی نامیده می‌شوند. ۲. راهبردهایی که پس از پیدایی هیجان فعال می‌شوند (این راهبردها نمی‌توانند از ایجاد هیجان‌های شدید پیشگیری کنند) و بازداری نامیده می‌شوند و ادعا شده است استفاده از هر راهبرد منحصر به فرد، پیامدهای متفاوتی را به دنبال دارد (امپیل و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از زارعی، غرایاق زندی، نظری طب و محبی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان داده است که استفاده از راهبرد بازاریابی، عامل مؤثری در کاهش هیجان‌ات منفی خشم، اضطراب،

پژوهشگر پاسخ‌گویی به این سؤال پژوهشی است: آیا بین اثربخشی دو درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع تفاوت وجود دارد؟

روش

طرح تحقیق حاضر، آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ حاضر در مراکز درمانی و بیمارستانی شهر شیراز در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. بعد از انتخاب جامعه آماری، با روش تصادفی ساده، تعداد ۳۶ نفر از بیماران دیابتی که ۲۵ درصد نمره کرانه‌ای را در پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان کسب کردند را انتخاب و در سه گروه ۱۲ نفره (به این صورت که ۱۲ نفر در گروه CBT، ۱۲ نفر در گروه MBSR و ۱۲ نفر هم در گروه گواه) جایگزین شدند. آزمودنی‌ها به روشی کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. به این صورت که ۱۲ نفر از بیماران دیابتی در گروه آزمایش در معرض CBT و ۱۲ نفر از بیماران دیابتی دیگر هم تحت درمان MBSR قرار گرفتند. گروه کنترل را ۱۲ نفر از بیمارانی تشکیل دادند که هیچ آموزشی به آنها داده نشد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی ۶۵-۱۸ سال - داشتن سواد خواندن و نوشتن - نداشتن ملاک‌های تشخیصی برای اختلالات روان‌پزشکی - نداشتن بیماری جسمی دیگری که فرد را از شرکت در برنامه پژوهش بازدارد. ملاک‌های خروج از پژوهش: عدم تمایل برای شرکت در پژوهش بود. در این تحقیق، اصول اخلاقی زیر رعایت شده است: به آزمودنی‌ها این اطمینان داده شد که در هر مرحله‌ای از کار در صورت عدم تمایل می‌توانند از روند مطالعه خارج شوند. - به منظور رعایت اصول اخلاقی در امر آموزش در پایان کار، گروه گواه جزء شرکت‌کنندگان طرح قرار گرفتند و آموزش به آنان نیز داده شد. - به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اصول رازداری رعایت شده و بدون کسب اجازه از آنها هیچ‌گونه از اطلاعات شخصی در اختیار کسی قرار نمی‌گیرد. بعد از گردآوری اطلاعات داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

های زندگی حاصل می‌گردد. این درمان با تغییر داراک افراد از حوادث استرس‌زا و افزایش توانایی آنها در کنترل زندگی، به افراد کمک می‌نماید (داوودی و نسیمی فر، ۲۰۱۲). شواهد نشان می‌دهد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات مثبتی بر روی علائم جسمی و روانی داشته است و می‌تواند درمان کمکی مؤثری برای بیماری‌های جسمانی باشد (جام، علی نقی، ایمانی، مرادمند بادی، رضانی و محرز، ۲۰۱۱). امروزه شواهد زیادی وجود دارد که حاکی از اثربخشی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر ذهن آگاهی بر منافع مرتبط با سلامتی دارد (مک‌کنویل، مک‌آلر و هان، ۲۰۱۷). نتایج پژوهش میلر، کریستلر، هدینگز و ناگاراچا (۲۰۱۲) نشان داد آموزش خوردن ذهن آگاهانه و رفتارهای خودمراقبتی تأثیر معناداری بر پایبندی به رژیم غذایی، اعتدال در کاهش وزن و کاهش قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر مطلوبی دارد. لائو، گرانوالد، ژو و پالرمو (۲۰۱۸) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر سلامت و مهارت قند خون مبتلایان به دیابت تأثیر دارد. یان یی هو، چانگ، یانگ، هویی و کینگ وینگ چینگ، (۲۰۱۴) نشان دادند درمان شناختی رفتاری موجب افزایش خودمراقبتی بیماران مبتلا به بی‌خوابی شد. صمدزاده، صالحی، بنی‌جمالی و احدی، (۱۳۹۷) دریافتند هر دو روش بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت تأثیر معنادار داشت. سلطانی‌زاده، منتظری و لطیفی (۱۳۹۷) نشان دادند، درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان کودکان مبتلا به دیابت تأثیر داشت. محمدزاده، فراهانی، نادری، رجب، احدی و کراسکیان، (۱۳۹۶) نشان دادند، درمان شناخت رفتاری بر مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس مؤثر بود. عاشوری (۱۳۹۴) دریافت درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار داشت.

در اهمیت این پژوهش باید گفت، با توجه به اینکه هیجان‌ها علت و نتایج بسیار پیچیده‌ای دارند، خیلی زود در زندگی ظاهر می‌شوند و تأثیر معناداری بر واکنش‌های فرد دارند. هر احساسی یک کارکرد تطبیقی ذاتی دارد، اما افراد از کودکی باید یاد بگیرند تا ابراز هیجانشان را تعدیل و تنظیم کنند به طوری که با محیط سازگار باشند، اساس هیجان‌ها و سبک‌های عاطفی یک الگوی منحصر به فرد، نسبتاً ثابت و پایداری از شخصیت است که احساس، فکر و رفتار را در یک سبک مشخصی معین می‌کند (شکوهی یکتا، اکبری‌زرد خانه، علوی‌نژاد و سجادی‌اناری، ۱۳۹۸)، بنابراین هدف

ابزار

مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. نسخه فارسی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P) در فرهنگ ایرانی توسط حسنی، آزاد فلاح، رسولزاده طباطبایی و عشایری (۱۳۸۷) مورد هنجاریابی قرار گرفته است. در این مطالعه، اعتبار مقیاس بر اساس روش‌های همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ و بازآزمایی با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷ و روایی پرسشنامه مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش Varimax، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. در پژوهش حاضر از فرم کوتاه این پرسشنامه استفاده خواهد شد. در پژوهش حاضر پایایی مرکب این پرسشنامه ۰/۶۶ است. درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک برنامه استاندارد هشت هفته‌ای است که هفته‌ای یک بار و هر جلسه ۲/۵ ساعت برگزار شد، و دارای یک روز کامل عقب‌نشینی بین هفته ششم و هفتم می‌باشد (موس و همکاران، ۲۰۱۵؛ به نقل از درسخوان وزیری، ۱۳۹۵).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپنهایون (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده و دارای دو نسخه انگلیسی و هلندی است و یک پرسشنامه چندبعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است و دارای ۳۶ ماده است. پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان از ۹ خرده مقیاس تشکیل شده است. خرده مقیاس‌های مذکور ۹ راهبرد شناختی ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. در پژوهش گارنفسکی و کرایچ ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه ارزیابی	مصاحبه درد، بحث در مورد منطق فردی و منطق درمان، تکمیل پرسشنامه‌ها، توضیح در مورد تکنیک‌ها و تکالیف خانگی
جلسه اول	بحث در مورد اثر درد در زندگی، توضیح در مورد نظریه کنترل دروازه درد، استرس چیست و اینکه چقدر تحت استرس قرار دارید؟ ذهن آگاهی و استرس روزمره، تمرین رسمی خوردن آگاهانه کشمش، تمرین رسمی واریسی بدن به مدت ۲۰ دقیقه، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه اول. تکالیف خانگی.
جلسه دوم	تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، بازخورد در مورد هفته گذشته و انجام تکالیف، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده به مدت ۴۵ دقیقه، تمرین واریسی بدن (بیان یک تجربه خوشایند)، بحث در مورد معمای نه نقطه، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه دوم. تکالیف خانگی.
جلسه سوم	تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه با تمرکز بر نفس در ناحیه شکم، تمرین رسمی مراقبه نشسته، توضیح در مورد دام‌های ذهن، گفت‌وگوی منفی با خود، شیوه‌های همیشگی و عادی تفکر، فاجعه‌سازی، بزرگ کردن امور کوچک و کوچک کردن امور مثبت، ذهن خوانی، کارشناس بودن، بایدها، سرزنش خود، تمرین رسمی واریسی بدن (بیان یک تجربه ناخوشایند)، ارائه تکالیف خانگی، سی دی آموزشی و جزوات جلسه سوم. تکالیف خانگی.
جلسه چهارم	تمرین رسمی مراقبه نشسته، تمرین رسمی مراقبه راه رفتن، چگونه ذهن آگاهی استرس را کاهش می‌دهد؟ چه چیزی کار می‌کند و چه چیزی کار نمی‌کند؟ تنفس هشیارانه به مدت ۱۵ دقیقه. تکالیف خانگی.
جلسه پنجم	تمرین تنفس آگاهانه به مدت ۱۵ دقیقه، تمرین رسمی یوگای ایستاده، تمرین رسمی مراقبه نشسته. توضیح در مورد واکنش و پاسخ به استرس، مدیتیشن عشق و مهربانی. تکالیف خانگی.
جلسه ششم	بحث در مورد تمرینات خانگی و تأثیر آن روی زندگی کنونی، تمرین مراقبه نشسته، تمرین رسمی یوگای دراز کشیده، مراقبه کوهستان، ارائه تکالیف خانگی. تکالیف خانگی.
جلسه هفتم	تمرین رسمی واریسی بدن، مراقبه راه رفتن و لبخند زدن، تنفس آگاهانه با تمرکز بر نفس در نواحی دارای تنش. تکالیف خانگی
جلسه هشتم	تمرین واریسی بدن در حال راه رفتن، تمرین مراقبه نشسته، بحث در مورد تجربیات فرد در مورد شرکت در این دوره و پیشرفت بیمار، بحث در مورد تمرینات رسمی و غیررسمی، تنظیم کردن تمرینات رسمی و غیررسمی، اختتام درمان. روز عقب نشینی.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه اول	برقراری ارتباط و آشنایی اولیه، توصیف قوانین گروه، ارائه توضیحات مقدماتی درباره دیابت و ماهیت آن و معرفی درمان شناختی رفتاری.
جلسه دوم	طبقه‌بندی مشکلات بیمار و هدف‌گزینی، آموزش تکنیک اندازه‌گیری خلق، شناسایی هیجان منفی و فکر همراه آن.
جلسه سوم	آموزش الگوی شناختی - رفتاری به بیماران، آموزش خطاهای شناختی، آموزش چالش با فکر منفی و جایگزینی افکار کارآمد.
جلسه چهارم	ارائه برگه ثبت افکار ناکارآمد و فرم ثبت فعالیت‌های هفتگی و ارائه توضیح مختصری در این رابطه، شناسایی افکار برانگیزاننده علایم بیماری و احساسات ناخوشایند آن، آموزش نحوه ارزیابی افکار.
جلسه پنجم	استفاده از روش‌های مانند فلش رو به پایین، تحلیل مزایا و معایب و پرسشگری سقراطی در جهت تغییر و اصلاح افکار خودآیند، تهیه لیست فعالیت‌های لذت بخش، جدول برنامه‌ریزی فعالیت، بررسی اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت.
جلسه ششم	آموزش تن آرامی تنش‌زدایی پیش‌رونده عضلانی، توقف فکر، تشخیص خطاهای شناختی و تمرین مهارت‌های حل مسئله.
جلسه هفتم	جلب توجه بیماران به باورها و پیش‌فرض‌های زیر بنایی، تقویت مهارت‌های اجتماعی و مهارت جرأت‌مندی، استفاده از تکنیک رویارویی تجسمی.
جلسه هشتم	خلاصه و جمع‌بندی مطالب جلسات گذشته، معرفی کتاب، خاتمه جلسات و برگزاری پس‌آزمون.

یافته‌ها

بین ۲- تا ۲+ است. آزمون شپرو و ویلک نیز نشان می‌دهد راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و منفی در همه گروه‌ها به جز پس‌آزمون راهبردهای منفی در گروه MBSR و پیش‌آزمون راهبردهای منفی در گروه گواه نرمال است. از آنجایی که تعداد آزمودنی‌ها در همه گروه‌ها یکسان است، می‌توان این تخطی از توزیع نرمال را نادیده گرفت و آزمون‌های پارامتریک را انجام داد (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷).

جدول ۳ آماره‌های توصیفی مرتبط با متغیر راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و منفی را در سه گروه نشان می‌دهد. آماره‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی و نتیجه آزمون شاپرو و ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع مشاهدات است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود کجی و کشیدگی متغیر راهبردهای تنظیم هیجان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر سه گروه

جدول ۳. آماره‌های توصیفی متغیر راهبردهای تنظیم هیجان

زمان اندازه‌گیری	گروه	آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	شاپرو و ویلک	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون راهبردهای مثبت تنظیم هیجان	CBT	۱۲	۲۸/۷۵	۵/۷۳	-۱/۳۴	۱/۲۳	۰/۹۶۷	۰/۸۷۲
	MBSR	۱۲	۲۷/۵۰	۵/۰۵	۱/۴۲۲	۱/۲۸۱	۰/۹۴۱	۰/۵۰۹
	گواه	۱۲	۲۸/۱۷	۴/۴۵	۰/۷۳۸	۰/۸۱۱	۰/۸۹۶	۰/۱۳۹
	CBT	۱۲	۲۲/۶۷	۴/۱۸	-۰/۴۵۱	-۱/۱۳۸	۰/۹۶۷	۰/۸۷۸
پیش‌آزمون راهبردهای منفی تنظیم هیجان	MBSR	۱۲	۲۲/۸۳	۳/۴۳	-۰/۲۰۲	-۰/۴۴۳	۰/۸۴۳	۰/۱۱۲
	گواه	۱۲	۲۳/۵۰	۳/۰۲	-۰/۴۳۵	-۱/۰۰۴	۰/۸۱۷	۰/۰۱۵
	CBT	۱۲	۳۳/۱۷	۳/۱۳	۰/۴۵۶	-۰/۷۴۹	۰/۹۶۷	۰/۸۷۲
	MBSR	۱۲	۳۲/۱۸	۳/۹۵	۰/۸۷۶	۰/۸۲۵	۰/۹۴۱	۰/۵۰۹
پس‌آزمون	گواه	۱۲	۲۸/۷۵	۳/۴۲	-۰/۲۸۷	۰/۰۴۳	۰/۸۹۶	۰/۱۳۹
	CBT	۱۲	۱۸/۹۲	۴/۸۰	۰/۰۰۲	-۰/۷۲۰	۰/۹۶۷	۰/۸۷۸
	MBSR	۱۲	۱۹/۹۲	۳/۵۶	۰/۳۳۴	۰/۸۵۶	۰/۸۴۳	۰/۰۳
	گواه	۱۲	۲۳/۴۲	۳/۹۷	۰/۰۳۷	۰/۳۸۹	۰/۹۷۱	۰/۹۲۳

جدول ۴. بررسی مفروضه‌های همبستگی متغیر مستقل و همپراش و همگن بودن شیب‌های رگرسیون (متغیر وابسته: راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و منفی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
پیش‌آزمون	۶۷/۱۲۳	۱	۶۷/۱۲۳	۵/۹۵۵	۰/۰۲۰
تعامل گروه × پیش‌آزمون	۱۷/۷۳۰	۲	۸/۳۶۵	۱/۶۵۴	۰/۱۰۸
	۳۶۰/۷۰۷	۳۲	۱۱/۲۷۲		
خطا					
پیش‌آزمون	۹۹/۶۳۶	۱	۹۹/۶۳۶	۱۰/۶۵۷	۰/۰۰۳
تعامل گروه × پیش‌آزمون	۱۶/۳۷۵	۲	۸/۱۶۳	۱/۴۷۲	۰/۱۱۷
	۲۹۹/۱۸۷	۳۰	۹/۳۵۰		
خطا					

مربوط به گروه معنی‌دار شده است ($F=۴/۶۹۵$ ؛ $P<۰/۰۵$)؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و $۰/۲۶$ واریانس متغیر وابسته توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ($\eta^2=۰/۲۶۲$)، در راهبردهای تنظیم هیجان منفی، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد که پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F مربوط به گروه معنی‌دار شده است ($P<۰/۰۵$)؛ به عبارت دیگر پس از خارج کردن اثرات پیش‌آزمون، اختلاف معنی‌داری بین نمرات کل آزمودنی‌ها در پس‌آزمون وجود داشته است و $۰/۲۷$ واریانس متغیر وابسته توسط گروه‌های آزمودنی تبیین می‌شود ($\eta^2=۰/۲۷۳$)،

سطح معنی‌داری آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها، معنی‌دار نشده است ($F=۰/۶۳۷$ و $P>۰/۰۵$)؛ بنابراین فرض همگنی واریانس خطاها به عنوان یکی از پیش‌فرض‌های تحلیل، تأیید می‌شود. سطح معنی‌داری مربوط به اثر پیش‌آزمون معنی‌دار شده است؛ می‌توان گفت پیش‌فرض همبستگی متغیر مستقل و همپراش نیز رعایت شده است. سطح معنی‌داری مربوط به تعامل گروه و پیش‌آزمون معنی‌دار نشده است؛ بنابراین می‌توان گفت شیب خط‌های رگرسیون همگن می‌باشند؛ پس مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار است.

در راهبردهای تنظیم هیجان مثبت نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی نشان می‌دهد پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون، مقدار F

جدول ۵. آزمون اثرات بین آزمودنی (متغیر وابسته: راهبردهای تنظیم هیجان)							
منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	
پیش‌آزمون	۶۴/۲۰۵	۱	۶۴/۲۰۵	۶/۰۲۹	۰/۰۲۰	۰/۱۵۹	
گروه	۱۲۰/۸۴۰	۲	۶۰/۴۲۰	۵/۶۷۳	۰/۰۰۸	۰/۲۶۲	راهبردهای مثبت
خطا	۳۴۰/۷۹۵	۳۲	۱۰/۶۵۰	-	-	-	
پیش‌آزمون	۸۵/۲۸۸	۱	۸۵/۲۸۸	۹/۳۶۴	۰/۰۰۴	۰/۲۲۶	
گروه	۱۰۹/۵۹۹	۲	۵۴/۸۰۰	۶/۰۱۷	۰/۰۰۶	۰/۲۷۳	راهبردهای منفی
خطا	۲۹۱/۴۶۲	۳۲	۹/۱۰۸	-	-	-	

جدول ۶. مقایسه زوجی نمره راهبردهای تنظیم هیجان آزمودنی‌ها در سه گروه (متغیر وابسته: راهبردهای تنظیم هیجان)							
متغیر	(I) گروه	(J) گروه	اختلاف میانگین (I-J)	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	حد بالا
راهبردهای مثبت	CBT	MBSR	۰/۶۵۸	۱/۳۴۰	۰/۶۲۶	-۲/۰۷۰	۳/۳۸۷
		گواه	۴/۱۷۴°	۱/۳۳۴	۰/۰۰۴	۱/۴۵۷	۶/۸۹۱
	MBSR	CBT	-۰/۶۵۸	۱/۳۴۰	۰/۶۲۶	-۳/۳۸۷	۲/۰۷۰
		گواه	۳/۵۱۶°	۱/۳۸۰	۰/۰۶۰	-۰/۱۱۹	۵/۵۰۳
	گواه	CBT	-۴/۱۷۴°	۱/۳۳۴	۰/۰۰۴	-۶/۸۹۱	-۱/۴۵۷
		MBSR	-۳/۵۱۶°	۱/۳۳۴	۰/۰۱۳	-۶/۲۳۴	-۰/۷۹۸
راهبردهای منفی	MBSR	MBSR	-۰/۹۲۰	۱/۲۳۲	۰/۴۶۱	-۳/۴۳۰	۱/۵۹۱
		گواه	-۴/۰۹۸°	۱/۲۳۹	۰/۰۰۲	-۶/۶۶۲	-۱/۵۷۵
	CBT	گواه	۰/۹۲۰	۱/۲۳۲	۰/۴۶۱	-۱/۵۹۱	۳/۴۳۰
		MBSR	-۳/۱۷۹	۱/۲۳۷	۰/۰۱۵	-۵/۶۹۸	-۰/۶۶۰
	گواه	CBT	۴/۰۹۸°	۱/۲۳۹	۰/۰۰۲	۱/۵۷۵	۶/۶۲۲
		MBSR	۳/۱۷۹	۱/۲۳۷	۰/۰۱۵	۰/۶۶۰	۵/۶۹۸

همان‌گونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود تفاوت میانگین نمره راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و منفی آزمودنی‌ها در گروه گواه با میانگین نمره گروه‌های CBT و MBSR معنی‌دار است ($P<۰/۰۵$)؛ بنابراین می‌توان گفت دو روش CBT و MBSR به یک میزان توانسته است بر راهبردهای تنظیم

معنی‌داری بر راهبردهای تنظیم هیجان مثبت و منفی نمونه مورد پژوهش داشته است؛ اما بین دو گروه MBSR و CBT تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود؛ به عبارت دیگر می‌توان گفت دو روش MBSR و CBT به یک میزان توانسته است بر راهبردهای تنظیم

هیجان مثبت و منفی آزمودنی‌ها تأثیر داشته باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک (CBT) و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر راهبردهای تنظیم هیجان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. یافته پژوهش با نتایج پژوهش‌های (جام و همکاران، ۲۰۱۱)، (مک کنویل و همکاران، ۲۰۱۷)، (میلر و همکاران، ۲۰۱۲)، (لاو و همکاران، ۲۰۱۸)، (یان یی هو و همکاران، ۲۰۱۴)، (صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۷)، (محمدزاده و همکاران، ۱۳۹۶) و عاشوری (۱۳۹۴) همسو بود. در تبیین یافته پژوهش می‌توان گفت که یکی از جنبه‌های مهم کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی 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 کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل انسان خارج است و این امر از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (مکه، ۲۰۰۸). می‌توان اظهار داشت که با توجه به اینکه شرایط و ویژگی‌های بیماری و نحوه زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو متفاوت از سایر بیماری‌های مزمن پزشکی بوده؛ کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به این بیماران در تغییر شناخت‌ها و هیجان‌ات کمک نماید تا بتوانند از راهبردهای سازگارانه‌ی تنظیم شناختی هیجان بهره ببرند. استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار در موقعیت‌های تنش‌زا و هیجان‌های منفی عامل مهمی در ارتقاء سلامت جسمی و روانی است؛ بنابراین استفاده افراد از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار با افزایش اضطراب و افسردگی در ارتباط است، اما استفاده از راهکارهای تنظیم سازگار مانند پذیرش، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و کنار آمدن با دیدگاه بر عملکرد اجتماعی فرد تأثیر مثبت خواهد داشت و موجب بازسازی شناختی مسأله و در نتیجه ارتقاء سلامت روان خواهد شد و از آنجا که روش شناختی رفتاری، افکار منفی همچون مقصر دانستن خود و سرزنش خود را مورد چالش قرار می‌دهد و افکار منطقی از جمله ارزیابی مجدد مثبت را جایگزین می‌کند و در این روش از افراد خواسته می‌شود که بر این امر تأکید و آن را مورد تمرین و تعمیق قرار دهند، بنابراین روش شناختی رفتاری می‌تواند در بهبود تنظیم شناختی هیجان تأثیر معنی‌داری داشته باشد (آذرگون و کجباف،

۲۰۱۰). یافته‌ها نشان داد که اجرای درمان شناختی رفتاری کلاسیک در افزایش استفاده راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کاهش به کارگیری راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی مؤثر است. درمان شناختی رفتاری کلاسیک باعث افزایش کیفیت زندگی شده و از آنجایی که کیفیت زندگی و تنظیم هیجان ارتباط مستقیم با هم دارند، بنابراین ارتقاء کیفیت زندگی باعث ارتقاء راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان شده است. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، راه‌های کنار آمدن فرد با موقعیت‌های استرس‌زا می‌باشند (سزیگل، بوکزنی و بازین اسکا، ۲۰۱۲). افرادی که در مواجهه با مشکلات زندگی درگیر نشخوار فکری می‌شوند و آن را فاجعه‌بار می‌دانند و تسلیم این افکار می‌شوند، کیفیت زندگی ضعیف و احساسات منفی را تجربه می‌کنند. از طرف دیگر، این امر منشاء نشخوار فکری است و این مسئله باعث استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان می‌شود و این چرخه ادامه پیدا می‌کند. از لحاظ نظری، وقتی نگرانی ناسازگارانه یا فاجعه‌بار می‌شود، یک حلقه فیدبک منفی خود تقویت‌کننده ممکن است ایجاد شود. در نتیجه نگرانی فاجعه‌بار تکراری ممکن است یک آسیب‌پذیری شناختی و یا آمادگی برای افراد مستعد ابتلا به اختلالاتی مثل افسردگی شود و افسردگی هم باعث تقویت نگرانی فاجعه‌بار میشود (آبلا و هانکین، ۲۰۰۸). استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان باعث تشدید تفکر منفی و تداخل در حل مسئله شده و فرد در معرض خطر از دست دادن حمایت اجتماعی قرار می‌گیرد. فاجعه‌سازی با مؤلفه‌های نشخوار فکری، بزرگ‌نمایی و درماندگی ادغام می‌شود و منجر به تحریف شناختی می‌شود که باعث توسعه و تشدید علائم افسردگی می‌شود. در مقابل، ارزیابی مجدد مثبت و یا تولید یک تفسیر مثبت از یک وضعیت و رویداد منفی زندگی باعث کاهش علائم افسردگی و عاطفه منفی می‌شود (دوارت، ماتوس و مارکوئیس، ۲۰۱۵). ناتوانی در تنظیم هیجان و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، به‌ویژه نشخوار فکری و فاجعه‌سازی منجر به افزایش برانگیختگی شبانه و بی‌خوابی می‌شود (گاستلاو مولدز، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اختلال در خواب ممکن است باعث اختلال در تنظیم هیجان از طریق فرآیندهای شناختی مانند باورهای اشتباه درباره خواب و سوگیری ناسازگار در توجه شود (بگلیونی، لامباردو، باکس، هانسن، سالوتا، بیلو و اسپی، ۲۰۱۰). درمان

دیگر و مقایسه آن با نتایج پژوهش‌هایی از این دست می‌تواند در بردارنده نکات آموزنده‌ای باشد.

منابع

حسنی، جعفر؛ آزاد فلاح، پرویز؛ رسول‌زاده طباطبایی، سید کاظم و عشایری، حسن (۱۳۸۷). بررسی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر اساس ابعاد روان‌نژندی گرای و برون‌گرایی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۰(۴)، ۱۳-۱.

درسرخوان، مینا و وزیر، شهرام (۱۳۹۵). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر احساس انسجام روان و سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به آسم. *اندیشه و رفتار*، ۱۱(۴۲)، ۴۷-۵۶.

سلطانی‌زاده، محمد؛ منتظری، مریم و لطیفی، زهره (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان کودکان مبتلا به دیابت نوع یک. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۸(۲)، ۹۷-۱۰۹.

شکوهمی یکتا، محسن؛ اکبری‌زردخانه، سعید؛ علوی‌نژاد، سیده ثریا و سجادی اناری، سید سجاد (۱۳۹۸). آموزش توانش‌های تنظیم هیجان مبتنی بر روی‌آورد شناختی رفتاری و اثربخشی آن بر رضایت زناشویی و شادکامی زوجین. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۸۰)، ۸۷-۸۹۵.

صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با ذهن‌آگاهی بر روان‌درستی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۷(۶۸)، ۴۹۹-۴۹۱.

صمدزاده، افسانه؛ صالحی، مهدیه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات و احدی، حسن (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان‌گری شناختی رفتاری و آموزش ذهن‌آگاهی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۳)، ۴۵-۵۴.

عاشوری، جمال (۱۳۹۴). تأثیر درمان شناختی رفتاری بر شادکامی و سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان پرستاری*، ۴(۱۲)، ۷۹-۷۱.

محمدزاده فراهانی، اکرم؛ نادری، فرح؛ رجب، اسدالله؛ احدی، حسن و کراسکیان، آدیس (۱۳۹۶). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر مشکلات روانشناختی و کنترل قند خون کودکان مبتلا به دیابت ملیتوس نوع یک. *نشریه پرستاری کودکان*، ۴(۳)، ۶۲-۵۵.

Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2007). Cognitive vulnerability to depression *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 34-78). New York: Guilford Publications.

Azargoon, H., Kajbaf, M.B. (2010). The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude

شناختی - رفتاری می‌تواند با به چالش کشیدن افکار خودکار منفی و باورهای اساسی ناکارآمد و همچنین تغییر الگوهای رفتاری مربوط به خواب، مؤثر باشد. از این رو یک الگوی درمانی رفتاری کنترل محرک برای معکوس کردن شرطی‌سازی نامناسب ارائه شده است، که به افراد کمک کند اتاق خواب و تختخواب را با خوابیدن تداعی کنند و هیچ کار دیگری غیر از خواب در اتاق خواب انجام ندهند. درمان شناختی رفتاری کلاسیک می‌تواند بر بی‌خوابی و افسردگی شرکت‌کنندگان غلبه کند و در نهایت افراد به تنظیم هیجان کارآمد برسند. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری کلاسیک به عمل‌گرایی معطوف است، نحوه ارائه درمان آن به شکل ساختارمند همراه با آموزش روانشناختی، ارائه تکالیف و ثبت تکالیف بوده که علاوه بر رویکرد چهره به چهره، از طریق اینترنت (تلگرام و ایمیل) هم ارائه می‌شود. نتایج نشان داد تفاوتی در درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در تغییر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان وجود ندارد، یعنی هر دو نحوه ارائه درمان تقریباً تأثیر یکسانی دارند. باین حال درمان شناختی رفتاری کلاسیک می‌تواند به افراد کمک کند که یاد بگیرند چگونه در موارد عود به خود کمک کنند. نتایج تحلیل مرتبط با این فرضیه، بیانگر آن بود که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی دیده نشد. این پژوهش با محدودیت‌هایی روبرو بود، محدودیت اول عدم دسترسی به آزمودنی‌ها و تعداد کم حجم نمونه بود. هم درمان و هم ارزیابی توسط یک نفر انجام شد که خود این امر می‌تواند باعث سوگیری در تفسیر داده‌ها شود. با توجه به اهمیت و حساسیت کار بیماران این احتمال وجود دارد که بیماران دریافت‌کننده درمان، پس از دوره پیگیری نتوانند دستاوردهای فراگیر درمانی را حفظ کنند. پیشنهادها پژوهشی عبارتند از: انجام پژوهش در دیگر بیماری‌های مرتبط با حوزه سلامت، به درمان‌گران و پژوهشگران توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان و ارزیابی توسط افراد مستقلی صورت گیرد که از اهداف پژوهش آگاهی نداشته باشند تا بدین وسیله بتوان سوگیری احتمالی در تفسیر داده‌های به‌دست‌آمده را کاهش داد. با توجه به اینکه درمان شناختی رفتاری کلاسیک و کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی فرآیندهای زیربنایی را هدف قرار می‌دهند، بنابراین ارزیابی تأثیر این درمان‌ها بر بیماری‌های

- randomized controlled trial. *Health Education & Behavior*, 41(2), 145-54.
- Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *J Psychosom Res*, 68(1), 29-36. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.03.010 PMID: 20004298
- Szczygiel, D., Buczny, J., & Bazińska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: The moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 533-537.
- Turner, J. (2010). The use of cognitive behavioral therapy in diabetes care: A review and case study. *Journal of Diabetes Nursing*, 14(3), 86-92.
- Yan-YeeHo, F., Chung, K.F., Yeung, W.F., Ho-Yee, T., & Kin-Wing Chenge, S. (2014). Weekly brief phone support in self-help cognitive behavioral therapy for insomnia disorder: Relevance to adherence and efficacy. *Behavior Research and Therapy*, 63, 147156.
- and automatic thinking of depressed students of isfahan university. *Journal of Psychology*, 14(1), 79-94.
- Baglioni, C., Lombardo, C., Bux, E., et al. (2012). Psychophysiological reactivity to sleep-related emotional stimuli in primary insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 567-574.
- Blackburn, D.F., Swidrovich, J., Lemstra, M. (2013). Nonadherence in type 2 diabetes: practical considerations for interpreting the literature. *Patient Prefer Adherence*, 7, 183-9. DOI: 10.2147/PPA.S30613 PMID: 23487395
- Craig, A. (2010). [Cognitive behavioral therapy for chronic medical problems: A guide to assessment and treatment in practice]. Moloodi R, Fattahy C, editors. Tehran: Arjomand; 2010. 15.
- Davoodi, I., Nasimifar, N. (2012). [The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction and Pain Catastrophizing, Coping Strategies in Women with Chronic Musculoskeletal Pain]. *J New Find Psychol*, 7(22), 45-62.
- Duarte, A. C., Matos, A. P., & Marques, C. (2014). Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: Gender's moderating effect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 274-283.
- Guastella, A. J., & Moulds, M. L. (2007). The impact of rumination on sleep quality following a stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 42(6), 1151-1162.
- Hill, A.P., & Curran, T. (2015). *Multidimensional Perfectionism and Burnout A Meta-Analysis*. Personality and Social Psychology Review.
- Jam, S., Alinaghi, A., Imani, A.H, Moradmand Badi, B., Ramezani, A., Mohrez, M. (2011). [The Effect of Stress Reduction Program Based on Physical Consciousness and Mental Status of Patients with HIV / AIDS]. *Med J*, 16(52), 41-61.
- Law, E.F., Groenewald, C.B., Zhou, C., & Palermo, T.M. (2018). Effect on Health Care Costs for Adolescents Receiving Adjunctive Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy: Results of a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Pain*, 19(8), 910-919.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. America, New York. Routledge Press, 35-36.
- McConville, J., McAleer, R., & Hahne, A. (2017). Mindfulness Training for Health Profession Students—The Effect of Mindfulness Training on Psychological Well-Being, Learning and Clinical Performance of Health Professional Students: A Systematic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *Explore (The Journal of Science & Healing)*, 13(1), 26-45.
- Miller, C.K., Kristeller, J.L., Headings, A., & Nagaraja, H. (2014). Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a