

Doi: 10.83069/PCL.2026.1234536

Journal of Psychology and Welfare Culture

Year 2026, Volume 1, Issue 2



The Effectiveness Of Behavioral Activation Therapy On Cognitive Avoidance And Rumination In Diabetic Patients

Zahra Azimzadeh Zargabadi¹, Munireh Rezaei², Hasan Sattut Ghasriki³

1. Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

2. (Corresponding author) Department of Midwifery, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran. Email: m.rezaee1351@iau.ac.ir

3. Department of Psychology, Urmia Branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran.

Abstract

Aim and Background: Diabetes, in addition to its physical consequences, is associated with psychological distress and maladaptive cognitive patterns such as cognitive avoidance and rumination. The present study aimed to determine the effectiveness of behavioral activation therapy in reducing cognitive avoidance and rumination among patients with diabetes.

Methods and Materials: This applied, quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of patients with diabetes who attended the Urmia Diabetes Association in the autumn of 2025. Thirty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received ten sessions of behavioral activation therapy, whereas the control group remained on a waiting list. Data were collected using the Cognitive Avoidance Questionnaire and the Ruminative Responses Scale and analyzed using multivariate and univariate analyses of covariance in SPSS version 27.

Findings: After controlling for pretest scores, a significant difference was found between the two groups in the combined dependent variables. Moreover, the mean scores of cognitive avoidance and rumination decreased significantly in the experimental group compared with the control group.

Conclusions: Behavioral activation therapy may reduce cognitive avoidance and rumination by decreasing avoidant patterns, increasing engagement in value-based activities, and redirecting attention from repetitive thoughts toward goal-directed behaviors. Therefore, it may be considered an effective adjunct to medical care in diabetes clinics and psychological services for patients living with diabetes.

Keywords: Cognitive avoidance, behavioral activation, rumination, diabetes

Citation: Azimzadeh Zargabadi, Z., Rezaei, Munireh, and Sattut Ghasriki, Hasan. (2026). The effectiveness of behavioral activation therapy on cognitive avoidance and rumination in diabetic patients. *Journal of Psychology and Welfare Culture*, 1(2), 143-155.

Extended Abstract

Introduction

Diabetes mellitus is a chronic metabolic condition that requires continuous self-management, including blood glucose monitoring, medication adherence, dietary regulation, physical activity, and regular medical follow-up. Beyond its physical complications, diabetes can impose a psychological burden and increase vulnerability to emotional distress, anxiety, depressive symptoms, and maladaptive cognitive processes. Among these processes, cognitive avoidance and rumination are particularly important because they may interfere with adaptive coping, problem solving, and engagement in self-care behaviors. Cognitive avoidance refers to attempts to suppress, replace, or distance oneself from

distressing thoughts, emotions, and memories. Although such strategies may provide temporary relief, their persistent use can maintain psychological distress and reduce effective confrontation with illness-related demands. Rumination, in turn, involves repetitive and passive thinking about the causes, meanings, and consequences of distress. This pattern can intensify negative mood, impair concentration and decision-making, and diminish motivation for purposeful action.

Behavioral activation is a structured, action-oriented intervention grounded in functional behavioral analysis. It seeks to reduce avoidance and inactivity by increasing engagement in meaningful, rewarding, and value-consistent activities. Through activity monitoring, values clarification, graded task assignment, problem solving, and behavioral planning, this approach may redirect attention from repetitive negative thinking toward constructive interaction with the environment. Although behavioral activation has demonstrated effectiveness in reducing depressive and anxiety symptoms, its impact on cognitive avoidance and rumination among people with diabetes has received limited empirical attention, particularly in Iran. Therefore, the present study examined the effectiveness of behavioral activation therapy in reducing cognitive avoidance and rumination among patients with diabetes.

Method

This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with an experimental group and a wait-list control group. The study population consisted of all patients with diabetes who attended the Urmia Diabetes Association during the autumn of 2025. Using purposive sampling and according to the predefined inclusion and exclusion criteria, 30 eligible patients aged 18–40 years were recruited and randomly assigned to the experimental and control groups, with 15 participants in each group. The inclusion criteria comprised a physician-confirmed diagnosis of diabetes for at least one year, the presence of cognitive avoidance and ruminative thoughts, a minimum high-school diploma, and the absence of psychotic disorders, personality disorders, substance use disorders, and other major physical illnesses. Following the provision of written informed consent, both groups completed the Cognitive Avoidance Questionnaire and the Ruminative Responses Scale at pretest. The experimental group subsequently received ten sessions of behavioral activation therapy, whereas the control group received no psychological intervention during the study and remained on a waiting list. Both groups completed the measures again after the intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate and univariate analyses of covariance in SPSS version 27 after examining the assumptions of normality and homogeneity of variances. The study was approved by the relevant ethics committee under code IR.IAU.URMIA.REC.1404.166.

Findings

The participants had a mean age of 30 years; 17 participants were women and 13 were men. Descriptive findings indicated substantial reductions in both outcome variables among participants who received behavioral activation therapy. In the experimental group, the mean scores of cognitive avoidance and rumination decreased markedly from pretest to posttest, whereas no meaningful changes were observed in the control group. After controlling for baseline scores, the results of multivariate analysis of covariance revealed a significant overall difference between the experimental and control groups in the combined dependent variables. The subsequent univariate analyses of covariance also demonstrated significant between-group differences in the posttest scores of cognitive avoidance and rumination ($p < .001$). Participants in the experimental group obtained significantly lower adjusted posttest scores on both variables than those in the control group. Overall, these findings indicated that behavioral activation therapy was effective in reducing cognitive avoidance and rumination among patients with diabetes.

Discussion and Conclusion

The findings suggest that behavioral activation therapy can effectively reduce cognitive avoidance and rumination among patients with diabetes. This result is consistent with the theoretical foundations of behavioral activation, which emphasize reducing avoidance and inactivity and increasing engagement in meaningful, rewarding, and value-consistent activities. By monitoring daily activities, identifying personal values, planning gradual behavioral tasks, and encouraging active interaction with the

environment, the intervention may help patients replace avoidant responses with more adaptive and goal-directed behaviors. Furthermore, increased involvement in structured and meaningful activities may redirect attention away from repetitive negative thinking and interrupt the passive cognitive cycle underlying rumination. These changes may be particularly relevant for individuals with diabetes, who frequently face ongoing treatment demands, concerns about complications, and illness-related psychological distress. Behavioral activation may therefore be considered a practical and structured adjunct to routine medical and psychological care for patients with diabetes. Nevertheless, the findings should be interpreted cautiously because of the small sample size, purposive sampling, recruitment from a single center, reliance on self-report measures, and absence of follow-up assessment. Future studies should use larger multicenter samples, active comparison groups, and follow-up evaluations and should examine psychological outcomes alongside self-care behaviors and objective clinical indicators of diabetes. Overall, behavioral activation appears to be a promising intervention for reducing maladaptive cognitive processes and supporting comprehensive diabetes care.



اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری در بیماران دیابتی

زهرا عظیم‌زاده زرگ آبادی^۱ منیره رضایی^۲، حسن سطوت قصریکی^۳

۱- گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) گروه مامایی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران. m.ezaee1351@iau.ac.ir

۳- گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیابت افزون بر پیامدهای جسمانی، با فشارهای روان‌شناختی و الگوهای شناختی ناسازگارانه‌ای مانند اجتناب شناختی و نشخوار فکری همراه است. پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر ارومیه در پاییز ۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری را دریافت کرد و گروه گواه در فهرست انتظار قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از مقیاس اجتناب شناختی و مقیاس پاسخ‌های نشخواری گردآوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

یافته‌ها: پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه در ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معناداری مشاهده شد. همچنین، میانگین نمرات اجتناب شناختی و نشخوار فکری در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به طور معناداری کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری با کاهش الگوهای اجتنابی، افزایش مشارکت در فعالیتهای ارزش‌محور و هدایت توجه از افکار تکراری به رفتارهای هدفمند، می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش اجتناب شناختی و نشخوار فکری بیماران دیابتی باشد و به‌عنوان مکمل مراقبت‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اجتناب شناختی، فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری، دیابت

ارجاع: عظیم‌زاده زرگ آبادی، ز، رضایی، منیره، و سطوت قصریکی، حسن. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری در بیماران دیابتی. *مجله روان‌شناسی و فرهنگ به‌زیستی*، ۱(۲)، ۱۴۳-۱۵۵.

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های مزمن متابولیک است که افزون بر پیامدهای جسمانی گسترده، می‌تواند ابعاد مختلف سلامت روان‌شناختی افراد مبتلا را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد. ضرورت پایش مستمر قند خون، رعایت رژیم غذایی، مصرف منظم دارو، انجام فعالیت بدنی و نگرانی درباره عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری، مدیریت روزمره دیابت را به فرایندی مستمر و گاه تنش‌زا تبدیل می‌کند. ازاین‌رو، افراد مبتلا به دیابت ممکن است در معرض سطوح بالاتری از پریشانی روان‌شناختی، اضطراب و افسردگی قرار گیرند (نوون^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). این مشکلات، علاوه بر کاهش کیفیت زندگی، ممکن است با تضعیف انگیزه خودمراقبتی، کاهش پایبندی به توصیه‌های درمانی و دشوارتر شدن مدیریت بیماری همراه باشند. بر همین اساس، توجه به مداخلات روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی، یکی از الزامات مراقبت جامع از افراد مبتلا به دیابت به شمار می‌رود (دیمیدجیان^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). مواجهه طولانی‌مدت با الزامات و فشارهای ناشی از بیماری مزمن ممکن است زمینه استفاده از راهبردهای شناختی ناسازگارانه را فراهم سازد. در این میان، اجتناب شناختی و نشخوار فکری از جمله فرایندهایی هستند که می‌توانند سازگاری روان‌شناختی فرد را مختل کرده و نحوه مواجهه او با بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهند. اگرچه این راهبردها ممکن است در

¹ Nouwen

² Dimidjian

کوتاه‌مدت موجب کاهش موقت پریشانی شوند، تداوم آن‌ها می‌تواند به حفظ یا تشدید هیجان‌های منفی و کاهش مشارکت فرد در رفتارهای سازنده و هدفمند بینجامد (کانتر^۱ و همکاران، ۲۰۱۰).

اجتناب شناختی به تلاش فرد برای دوری کردن، سرکوب یا کنترل افکار، احساسات و خاطرات ناخوشایند اشاره دارد (باراجاس^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). این سازه غالباً به‌عنوان یک راهبرد مقابله‌ای ناسازگارانه در نظر گرفته می‌شود و سطوح بالاتر آن با پیامدهایی مانند اضطراب و افسردگی بیشتر و وضعیت نامطلوب‌تر سلامت جسمانی ارتباط دارد (جاکوبسون^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). همچنین، اجتناب شناختی به‌عنوان یکی از فرایندهای مؤثر در شکل‌گیری یا تداوم اختلالات روان‌شناختی، به‌ویژه اختلالات افسردگی و اضطرابی، موردتوجه قرار گرفته است (بارلو، ۲۰۱۴). در افراد مبتلا به دیابت، اجتناب شناختی ممکن است به شکل پرهیز از فکرکردن درباره بیماری، نادیده‌گرفتن نگرانی‌های مرتبط با درمان، اجتناب از دریافت اطلاعات پزشکی یا فاصله‌گرفتن از موقعیت‌ها و فعالیت‌های یادآور بیماری ظاهر شود. چنین الگویی، اگرچه ممکن است در کوتاه‌مدت از شدت هیجان‌های ناخوشایند بکاهد، در بلندمدت می‌تواند مانع پردازش سازگارانه هیجان‌ها، حل مسئله و رویارویی مؤثر با الزامات بیماری شود. افزون بر این، اجتناب ممکن است با کاهش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش، ارزشمند و تقویت‌کننده و افزایش فاصله فرد از محیط اجتماعی و بیرونی همراه باشد (دیمی‌جیان و همکاران، ۲۰۱۱).

نشخوار فکری نیز یکی دیگر از فرایندهای شناختی ناسازگارانه است که به افکار مکرر، نسبتاً پایدار و منفعلانه درباره علل، نشانه‌ها و پیامدهای پریشانی اشاره دارد و توجه فرد را از اهداف و فعالیت‌های جاری منحرف می‌سازد (نولن-هوکسما^۴، ۲۰۱۳). بر اساس نظریه سبک‌های پاسخ، نشخوار فکری یکی از عوامل خطر مهم در تداوم و تشدید نشانه‌های افسردگی محسوب می‌شود (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). این سبک‌شناختی، علاوه بر تشدید خلق منفی، ممکن است با ایجاد اختلال در کارکردهایی مانند تمرکز، حل مسئله و تصمیم‌گیری، توانایی فرد را برای مدیریت مؤثر موقعیت‌های تنش‌زا کاهش دهد (اسمیت و آلوی^۵، ۲۰۰۹). در زمینه دیابت، نشخوار فکری ممکن است به شکل اشتغال ذهنی مکرر درباره عوارض بیماری، نتایج آزمایش‌ها، تغییرات قند خون، محدودیت‌های ناشی از درمان و نگرانی درباره آینده بروز کند. تداوم چنین افکاری می‌تواند پریشانی مرتبط با دیابت را افزایش داده و انگیزه فرد را برای انجام رفتارهای خودمراقبتی کاهش دهد. افزون بر این، نشخوار فکری ممکن است به‌عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای اجتنابی عمل کند؛ به این معنا که فرد به‌جای اقدام عملی و حل مسئله، در چرخه‌ای از تفکر منفی، انفعال و اجتناب از فعالیت‌های سازنده گرفتار شود (مارتل^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، اجتناب شناختی و نشخوار فکری را می‌توان دو فرایند مرتبط دانست که احتمال دارد در تداوم پریشانی روان‌شناختی و کاهش سازگاری افراد مبتلا به دیابت نقش داشته باشند.

باتوجه به نقش احتمالی این فرایندهای شناختی در سازگاری روان‌شناختی و مدیریت بیماری، شناسایی مداخلاتی که بتوانند اجتناب و نشخوار فکری را کاهش دهند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. فعال‌سازی رفتاری یکی از مداخلات مبتنی بر اصول رفتاری است که ریشه در نظریه‌های رفتاری افسردگی و تحلیل کارکردی رفتار دارد (جاکوبسون و همکاران، ۲۰۰۱). در این رویکرد، کاهش خلق و پریشانی روان‌شناختی با افزایش اجتناب، کاهش تماس فرد با منابع تقویت مثبت و محدودشدن فعالیت‌های معنادار مرتبط دانسته می‌شود. از این‌رو، هدف فعال‌سازی رفتاری آن است که از طریق شناسایی الگوهای اجتنابی و افزایش مشارکت فرد در فعالیت‌های هدفمند، ارزشمند و تقویت‌کننده، چرخه انفعال، اجتناب و خلق منفی را تعدیل کند (کانتر و همکاران، ۲۰۱۰).

منطق اصلی فعال‌سازی رفتاری بر این فرض استوار است که تغییر در الگوهای رفتاری و افزایش تعامل سازنده با محیط می‌تواند زمینه بهبود خلق، کاهش تفکر منفی و افزایش احساس تسلط، کفایت و ارزشمندی را فراهم سازد (مارتل و همکاران، ۲۰۲۱). این مداخله به‌جای تمرکز مستقیم و طولانی‌مدت بر محتوای افکار منفی، به فرد کمک می‌کند تا ارتباط میان موقعیت‌ها، هیجان‌ها، افکار و رفتارهای خود را شناسایی کند و به‌تدریج فعالیت‌هایی را در برنامه روزانه خود قرار دهد که با ارزش‌ها و اهداف شخصی او هماهنگ هستند. از این منظر، فعال‌سازی رفتاری می‌تواند با کاهش رفتارهای اجتنابی، افزایش درگیری در فعالیت‌های سازنده و انتقال توجه از افکار تکراری به اقدامات

¹ Kanter

² Barajas

³ Jacobson

⁴ Nolen-Hoeksema

⁵ Smith & Alloy

⁶ Martell

هدفمند، بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری نیز تأثیرگذار باشد. نسخه تجدیدنظرشده درمان مختصر فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی، موسوم به BATD-R، مداخله‌ای ساختاریافته است که معمولاً در قالب جلسات محدود اجرا می‌شود. این پروتکل از طریق فونونی مانند پایش روزانه فعالیت‌ها و خلق، شناسایی ارزش‌های فردی، انتخاب و برنامه‌ریزی فعالیت‌های متناسب با ارزش‌ها، بررسی موانع رفتاری و حل مسئله، به افراد کمک می‌کند تا الگوهای اجتنابی خود را شناسایی و به‌تدریج با الگوهای رفتاری سازگارانه‌تر جایگزین کنند (لجوز^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). سادگی نسبی، ساختار مشخص، تمرکز بر رفتارهای قابل‌مشاهده و امکان اجرای آن در مدت‌زمان محدود، فعال‌سازی رفتاری را به مداخله‌ای بالقوه مناسب برای استفاده در جمعیت‌های مبتلا به بیماری‌های مزمن تبدیل کرده است. شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که فعال‌سازی رفتاری می‌تواند در کاهش نشانه‌های افسردگی و برخی مشکلات هیجانی در جمعیت‌های مختلف مؤثر باشد (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶). با این حال، بیشتر مطالعات انجام‌شده بر نشانه‌های کلی افسردگی و اضطراب تمرکز داشته‌اند و تأثیر این مداخله بر فرایندهای شناختی خاصی مانند اجتناب شناختی و نشخوار فکری، به‌ویژه در افراد مبتلا به دیابت، کمتر بررسی شده است. هرچند ارتباط دیابت با مشکلات روان‌شناختی و برخی الگوهای شناختی ناسازگارانه در پژوهش‌های پیشین گزارش شده است (باردن^۲ و همکاران، ۲۰۱۹)، شواهد موجود درباره اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری در این جمعیت همچنان محدود است.

این خلأ در پژوهش‌های داخلی برجسته‌تر به نظر می‌رسد؛ زیرا در ایران، مطالعات اندکی به بررسی اختصاصی اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری افراد مبتلا به دیابت پرداخته‌اند. در نتیجه، هنوز به طور روشن مشخص نیست که آیا کاهش اجتناب و افزایش مشارکت در فعالیت‌های ارزش‌محور می‌تواند به تعدیل این دو فرایند شناختی در افراد مبتلا به دیابت منجر شود یا خیر. بررسی این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که اجتناب شناختی و نشخوار فکری ممکن است نه تنها با پریشانی روان‌شناختی، بلکه با نحوه مواجهه فرد با الزامات درمان و رفتارهای خودمراقبتی نیز ارتباط داشته باشند. بر این اساس، مسئله اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به دیابت است. سؤال اصلی پژوهش آن است که آیا درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند موجب کاهش اجتناب شناختی و نشخوار فکری در افراد مبتلا به دیابت شود؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. در این طرح، شرکت‌کنندگان پس از انتخاب، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و متغیرهای وابسته در هر دو گروه، پیش‌و پس از اجرای مداخله اندازه‌گیری شدند (کرلینجر و لی، ۱۹۸۶). جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر ارومیه در سه‌ماهه پاییز سال ۱۴۰۴ بود. از میان اعضای جامعه آماری، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص دیابت حداقل یک سال پیش از ورود به مطالعه توسط پزشک متخصص، برخورداری از نشانه‌های نشخوار فکری و اجتناب شناختی، نداشتن اختلالات شخصیت، اختلالات روان‌پریشی و اختلال سوءمصرف مواد، نداشتن بیماری جسمانی عمده دیگری به‌صورت هم‌زمان، دریافت نکردن مداخلات روان‌شناختی یا درمان‌های دارویی مرتبط با متغیرهای پژوهش طی شش ماه گذشته، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم و قرارداشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال بود. ظهور نشانه‌های روان‌پریشی، تشخیص سوءمصرف مواد در جریان پژوهش، دریافت هرگونه مداخله روان‌شناختی هم‌زمان، غیبت در بیش از دو جلسه درمان و تکمیل نکردن پرسش‌نامه‌ها نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسش‌نامه‌های استاندارد سنجش اجتناب شناختی و نشخوار فکری بود. پس از ارائه توضیحات لازم درباره اهداف و مراحل پژوهش، دریافت رضایت‌نامه آگاهانه و اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه با کد IR.IAU.URMIA.REC.1404.166، پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان هر دو گروه قرار گرفت. سپس پروتکل درمانی برای گروه آزمایش اجرا شد، درحالی‌که گروه گواه طی این مدت هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی مرتبطی دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار داشت. پس از پایان جلسات مداخله، پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. در اجرای پژوهش، اصول اخلاقی از جمله مشارکت

¹ Lejuez

² Bardeen

داوطلبانه، ارائه اطلاعات کافی درباره روند پژوهش، حق انصراف در هر مرحله، حفظ محرمانگی اطلاعات و استفاده از داده‌ها صرفاً در چارچوب اهداف علمی رعایت شد. همچنین، پس از پایان پژوهش و باهدف رعایت اصل عدالت، جلسات آموزشی-درمانی مشابهی برای اعضای گروه گواه برگزار شد.

ابزار تحقیق

پرسش‌نامه اجتناب شناختی^۱: پرسش‌نامه رضایت جنسی به‌وسیله لارسون و همکارانش در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است که شامل ۲۵ سؤال به روش پاسخ‌دهی پنج گزینه‌ای لیکرت می‌باشد و رضایت جنسی به‌صورت کلی را می‌سنجد. آلفای محاسبه‌شده برای این پرسش‌نامه ۰/۹۳ گزارش شده است (بهرامی و همکاران، ۲۰۱۶). پاسخ به سؤالات این پرسش‌نامه به‌صورت ۵ گزینه‌ای و بر اساس یک مقیاس لیکرتی از ۱ تا ۵ را دریافت می‌کنند. بر اساس این پرسش‌نامه نمره‌ها به‌طور کلی بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد و طبقه‌بندی رضایت جنسی به سطوح عدم رضایت جنسی (نمره کمتر از ۵۰)، رضایت کم (نمره بین ۵۱ تا ۷۵)، رضایت متوسط (نمره بین ۷۶ تا ۱۰۰) و رضایت زیاد (نمره بالاتر از ۱۰۱ به بالا) است. پایایی این پرسش‌نامه به روش ضریب آلفای کرونباخ برای گروه بارور ۰/۹۳ و برای گروه نابارور ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است (۲۱)؛ اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در تحقیق ثمین فر و وزیر (۲۲) به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۸۱ به دست آمده است.

پرسش‌نامه نشخوار فکری^۲: مقیاس پاسخ‌های نشخواری توسط نولن-هوکسما و مارو در سال ۱۹۹۱ باهدف سنجش میزان نشخوار فکری طراحی شد. این ابزار شامل ۲۲ گویه است که پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر گویه با وضعیت خود را بر اساس طیف لیکرت چهاردرجه‌ای، از ۱ تا ۴، مشخص می‌کنند. دامنه نمره کل مقیاس از ۲۲ تا ۸۸ متغیر است و کسب نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بیشتر نشخوار فکری در فرد است. این مقیاس سه مؤلفه در فکر فرورفتن، تأمل و نشانه‌های مرتبط با افسردگی را ارزیابی می‌کند. نولن-هوکسما و مارو (۱۹۹۱) با استفاده از تحلیل عاملی، شواهد مناسبی را برای روایی سازه این مقیاس گزارش کردند. همچنین، ضریب پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. در ایران، باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۸۸/۰ گزارش کردند. افزون بر این، روایی هم‌زمان مقیاس از طریق بررسی همبستگی آن با سیاهه افسردگی بک و کلارک ارزیابی شد که ضریب ۰/۷۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس پاسخ‌های نشخواری با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۷۹ بود و نشان‌دهنده همسانی درونی قابل‌قبول ابزار است.

شیوه اجرا

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری

جلسه	محتوای جلسه و اهداف آموزشی
جلسه اول	معرفی دوره درمانی و قوانین شرکت در جلسات؛ تبیین منطق مداخله و ساختار کلی درمان؛ معرفی فرم بازبینی روزانه فعالیت‌ها؛ آموزش ثبت و درجه‌بندی فعالیت‌های روزانه بر اساس میزان لذت و اهمیت.
جلسه دوم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه و رفع اشکالات مربوط به ثبت فعالیت‌ها؛ معرفی و تکمیل فرم‌های حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌های مرتبط با آن‌ها.
جلسه سوم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ مرور فرم‌های حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها؛ انتخاب، اولویت‌بندی و رتبه‌بندی فعالیت‌های متناسب با ارزش‌های فردی.
جلسه چهارم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ آموزش برنامه‌ریزی فعالیت‌ها؛ تنظیم برنامه فعالیت‌های روزانه برای هفته آینده بر اساس اولویت‌ها و ارزش‌های فردی.
جلسه پنجم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ آموزش مفهوم قرارداد رفتاری و نحوه استفاده از آن؛ برنامه‌ریزی و ثبت فعالیت‌های تعیین‌شده برای هفته آینده.
جلسه ششم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ مرور اجرای فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده؛ تنظیم برنامه فعالیت‌ها برای هفته آینده؛ تداوم، اصلاح یا افزودن قراردادهای رفتاری متناسب با نیازهای فرد.
جلسه هفتم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ مرور مفاهیم حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها؛ انجام ارزیابی کارکردی رفتار؛ آموزش فنون تکمیلی موردنیاز، از جمله ذهن‌آگاهی؛ برنامه‌ریزی فعالیت‌های هفته آینده.

¹ Cognitive avoidance questionnaire

² Rumination Questionnaire:

جلسه هفتم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ تنظیم برنامه فعالیت ها برای هفته آینده؛ مرور و بازنگری فرم انتخاب و رتبه بندی فعالیت ها؛ تداوم، اصلاح یا افزودن قراردادهای رفتاری.
جلسه نهم	بررسی تکلیف بازبینی روزانه؛ مرور و بازنگری قراردادهای رفتاری؛ برنامه ریزی فعالیت ها برای هفته آینده؛ تداوم، اصلاح یا افزودن قراردادهای بر اساس میزان پیشرفت شرکت کنندگان.
جلسه دهم	بررسی نهایی تکالیف بازبینی روزانه؛ آماده سازی شرکت کنندگان برای پایان جلسات؛ مرور محتوای دوره و تغییرات ایجاد شده؛ بررسی راهکارهای حفظ دستاوردهای درمانی، تداوم فعالیت های ارزش محور و پیشگیری از بازگشت به الگوهای اجتنابی.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ استفاده شد. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار محاسبه گردید. در سطح آمار استنباطی و پس از بررسی مفروضه ها (نرمال بودن با آزمون شاپیرو-ویلک و همگنی واریانس ها با آزمون لوین)، برای آزمون فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد تا اثر پیش آزمون کنترل شده و تفاوت بین گروه ها در نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته بررسی گردد.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه شامل ۱۵ نفر، شرکت کردند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۳۰ سال بود. از مجموع شرکت کنندگان، ۱۷ نفر معادل ۷/۵۶ درصد زن و ۱۳ نفر معادل ۳/۴۳ درصد مرد بودند. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

به منظور توصیف داده ها، میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات اجتناب شناختی و نشخوار فکری در مراحل پیش آزمون و پس آزمون، به تفکیک گروه های آزمایش و گواه، محاسبه شد. نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و مرحله اندازه گیری

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اجتناب شناختی	آزمایش	پیش آزمون	۸۳/۸۷	۷/۵۱	۰۰/۷۰	۰۰/۹۵
		پس آزمون	۲۹/۷۸	۳/۱۵	۰۰/۳۵	۰۰/۴۶
	گواه	پیش آزمون	۸۳/۸۷	۷/۵۱	۰۰/۷۱	۰۰/۹۵
		پس آزمون	۵۳/۸۳	۷/۸۰	۰۰/۶۸	۰۰/۹۳
نشخوار فکری	آزمایش	پیش آزمون	۶۶/۸۰	۴/۵۲	۰۰/۵۸	۰۰/۷۳
		پس آزمون	۲۹/۹۲	۱/۵۳	۰۰/۲۷	۰۰/۳۲
	گواه	پیش آزمون	۴۷/۶۴	۵/۷۰	۰۰/۵۶	۰۰/۷۳
		پس آزمون	۶۵/۰۷	۴/۲۶	۰۰/۵۷	۰۰/۷۲

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می شود، میانگین نمره اجتناب شناختی در گروه آزمایش از ۸۳/۸۷ در مرحله پیش آزمون به ۳۹/۷۳ در مرحله پس آزمون کاهش یافت. در مقابل، میانگین این متغیر در گروه گواه از ۸۳/۸۷ به ۵۳/۸۳ رسید و تغییر محسوسی نشان نداد. همچنین، میانگین نمره نشخوار فکری در گروه آزمایش از ۶۶/۸۰ در پیش آزمون به ۲۹/۹۳ در پس آزمون کاهش یافت؛ در حالی که میانگین نمرات گروه گواه از ۴۷/۶۴ در پیش آزمون به ۶۵/۰۷ در پس آزمون رسید. بنابراین، الگوی توصیفی داده ها نشان دهنده کاهش نمرات اجتناب شناختی و نشخوار فکری در گروه دریافت کننده درمان فعال سازی رفتاری است. معناداری آماری این تفاوت ها در بخش یافته های استنباطی بررسی شد.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، مفروضه های لازم مورد بررسی قرار گرفت. پس از تأیید مفروضه ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری باهدف بررسی اثر درمان فعال سازی رفتاری بر ترکیب خطی متغیرهای اجتناب شناختی و نشخوار فکری و با کنترل نمرات پیش آزمون اجرا شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و گواه از

نظر ترکیب خطی متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار مجذور اتای جزئی نشان‌دهنده اندازه اثر بسیار بزرگ عضویت گروهی بر مجموعه متغیرهای وابسته بود. در ادامه، برای بررسی جداگانه اثر مداخله بر هر متغیر، تحلیل‌های کوواریانس تک متغیری انجام شد.

جدول ۳. نتایج تقریبی تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تک متغیری برای متغیرهای پژوهش

نوع تحلیل	متغیر یا اثر مورد بررسی	آماره	مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
تحلیل کوواریانس چندمتغیری	اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته	اثر پیلایی	۰/۹۹	-	$P < ۰/۰۰۱$
	اثر گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته	F	۰۰/۱۲۸۷	۲ و ۲۶	$P < ۰/۰۰۱$
تحلیل کوواریانس تک متغیری	اجتناب شناختی	F	۰۰/۵۱۳	۱ و ۲۷	$P < ۰/۰۰۱$
	نشخوار فکری	F	۰۰/۲۶۷۳	۱ و ۲۷	$P < ۰/۰۰۱$

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر ترکیب خطی متغیرهای اجتناب شناختی و نشخوار فکری معنادار بود؛ اثر پیلایی برابر با ۰/۹۹ به دست آمد. این نتیجه نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از نظر ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری نشان داد که با کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون اجتناب شناختی معنادار بود. همچنین، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری نیز معنادار به دست آمد. با توجه به میانگین پایین‌تر گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون، نتایج بیانگر اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش اجتناب شناختی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت بود. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری با کنترل نمرات پیش‌آزمون نشان داد که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون اجتناب شناختی در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. مقدار مجذور اتای جزئی نشان داد که اندازه اثر مداخله بر اجتناب شناختی بسیار بزرگ بوده است. با توجه به پایین‌تر بودن میانگین پس‌آزمون اجتناب شناختی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، می‌توان نتیجه گرفت که درمان فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش معنادار اجتناب شناختی در بیماران مبتلا به دیابت شده است. بنابراین، فرضیه نخست پژوهش تأیید شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون نشان داد که بین میانگین تعدیل‌شده نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر به‌دست‌آمده نشان‌دهنده تأثیر بسیار بزرگ مداخله بر نمرات نشخوار فکری بود. با توجه به پایین‌تر بودن میانگین پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، درمان فعال‌سازی رفتاری موجب کاهش معنادار نشخوار فکری در بیماران مبتلا به دیابت شده است. بر این اساس، فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید شد. در مجموع، یافته‌های پژوهش نشان داد که با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، درمان فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با شرایط گروه گواه، با کاهش معنادار اجتناب شناختی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به دیابت همراه بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از اجرای مداخله، نمرات اجتناب شناختی و نشخوار فکری در گروه دریافت‌کننده درمان فعال‌سازی رفتاری، در مقایسه با گروه گواه، به طور معناداری کاهش یافت. این نتیجه بیانگر آن است که فعال‌سازی رفتاری می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای ساختاریافته و عمل‌محور، در تعدیل برخی فرایندهای شناختی ناسازگارانه بیماران مبتلا به دیابت مؤثر باشد. یافته مربوط به کاهش اجتناب شناختی با پژوهش‌های مارتل و همکاران (۲۰۲۲)، نسرين و همکاران (۲۰۱۷)، دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶) و تقوی و همکاران (۱۳۹۷) همسو است. در این رویکرد، اجتناب یکی از فرایندهای مهم در تداوم انفعال، خلق منفی و کاهش تماس فرد با منابع تقویت‌کننده محیطی محسوب می‌شود. هنگامی که فرد در واکنش به تجربه‌های ناخوشایند از موقعیت‌ها، فعالیت‌ها یا مسئولیت‌های مهم فاصله می‌گیرد، فرصت تجربه پیامدهای مثبت و احساس تسلط نیز کاهش می‌یابد و چرخه اجتناب و پریشانی تقویت می‌شود. فعال‌سازی رفتاری با شناسایی کارکرد الگوهای اجتنابی، پایش فعالیت‌های روزانه، برنامه‌ریزی فعالیت‌های تدریجی و افزایش مشارکت در رفتارهای متناسب با ارزش‌های فردی، درصدد شکستن این چرخه است (کانتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ مارتل و همکاران، ۲۰۲۲).

در بیماران مبتلا به دیابت، اجتناب شناختی ممکن است به شکل تلاش برای سرکوب افکار مربوط به بیماری، دوری از اطلاعات پزشکی، نادیده گرفتن نگرانی‌های مرتبط با عوارض بیماری یا استفاده افراطی از حواس‌پرتی بروز کند. اگرچه این راهبردها ممکن است به طور موقت از شدت پریشانی بکاهند، در بلندمدت می‌توانند پردازش سازگارانه هیجان‌ها، حل مسئله و مواجهه مؤثر با الزامات بیماری را مختل کنند. فعال‌سازی رفتاری به بیمار کمک می‌کند به جای تمرکز بر حذف افکار و هیجان‌های ناخوشایند، بر انجام فعالیت‌های مشخص، قابل کنترل و هماهنگ با ارزش‌های شخصی تمرکز کند. از این منظر، کاهش اجتناب شناختی را می‌توان پیامد احتمالی افزایش رفتارهای رویکردی و کاهش انفعال دانست، هرچند بررسی دقیق این سازوکار به مطالعات میانجی‌گری نیاز دارد. این یافته با نتایج ابراهیمی و همکاران (۱۳۹۹)، نسرين و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. آنان نشان دادند که فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت با کاهش نشانه‌های افسردگی، افزایش فعال‌شدن رفتاری و کاهش اجتناب خودگزارش‌شده همراه بود. همچنین، نتایج آن پژوهش احتمال نقش رفتارهای رویکردی را در اثربخشی فعال‌سازی رفتاری مطرح کرد. با این حال، تغییر در شاخص عینی گرایش رویکرد-اجتناب در آن مطالعه به طور کامل معنادار نبود؛ از این رو، شواهد مربوط به تأثیر مستقیم فعال‌سازی رفتاری بر تمام ابعاد اجتناب همچنان قطعی نیست. نتایج پژوهش حاضر همچنین با یافته‌های دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ است که اثربخشی فعال‌سازی رفتاری را در کاهش نشانه‌های افسردگی نشان دادند. هرچند متغیرهای پژوهش آنان با مطالعه حاضر متفاوت بود، نتایج آن از این اصل حمایت می‌کند که اصلاح الگوهای رفتاری و افزایش تعامل سازنده با محیط می‌تواند به بهبود وضعیت روان‌شناختی منجر شود.

پژوهش نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری با کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به دیابت همراه بود. پژوهش حاضر با پژوهش‌های صابری و همکاران (۲۰۲۴)، چری و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. براساس نظریه سبک‌های پاسخ، نشخوار فکری نوعی پاسخ منفعلانه و تکراری به پریشانی است که در آن، فرد به طور مداوم بر علل، معانی و پیامدهای مشکلات خود تمرکز می‌کند، بدون آنکه به اقدام مؤثر یا حل مسئله دست بزند. این فرایند می‌تواند خلق منفی را تشدید کند، تفکر منفی را افزایش دهد و عملکرد فرد را در حل مسئله و انجام رفتارهای هدفمند مختل سازد (نولن-هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸). درمان فعال‌سازی رفتاری با ساختاردهی به برنامه روزانه، افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار و هدایت فرد به سوی اقدام عملی، می‌تواند چرخه تفکر منفعلانه و تکرارشونده را مختل کند. هنگامی که بیمار در فعالیت‌های هدفمند و هماهنگ با ارزش‌های خود مشارکت می‌کند، توجه او از پردازش‌های درونی تکراری به تعامل فعال با محیط معطوف می‌شود. تجربه موفقیت‌های تدریجی نیز ممکن است احساس تسلط، خودکارآمدی و کنترل‌پذیری را افزایش دهد و از زمینه‌های هیجانی تقویت‌کننده نشخوار فکری بکاهد. بنابراین، کاهش نشخوار فکری را می‌توان نه حاصل مقابله مستقیم با محتوای افکار، بلکه پیامد احتمالی کاهش انفعال و افزایش رفتارهای هدفمند دانست (مارتل و همکاران، ۲۰۲۲).

فعال‌سازی رفتاری گروهی موجب کاهش تفکر منفی تکرارشونده و نشانه‌های افسردگی و بهبود عملکرد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. اگرچه جامعه مورد بررسی آنان با بیماران مبتلا به دیابت متفاوت بود، یافته‌های آن مطالعه از این دیدگاه حمایت می‌کند که فعال‌سازی رفتاری می‌تواند فرایندهای تفکر تکراری را نیز تحت تأثیر قرار دهد. پژوهشگران نشان دادند که نشخوار فکری می‌تواند در ارتباط میان باورهای فراشناختی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نقش واسطه‌ای داشته باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که نشخوار فکری صرفاً یک پیامد جانبی بیماری نیست، بلکه ممکن است در تداوم اضطراب و افسردگی بیماران نقش داشته باشد. بر این اساس، مداخلاتی که مشارکت فرد در رفتارهای هدفمند را افزایش داده و از اشتغال ذهنی منفعلانه بکاهند، می‌توانند از نظر بالینی برای این بیماران سودمند باشند. مدیریت روزمره دیابت با مجموعه‌ای از الزامات مستمر، مانند مصرف دارو، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، پایش قند خون و مراجعه‌های درمانی همراه است. تداوم این مسئولیت‌ها ممکن است در برخی بیماران به خستگی روانی، کاهش انگیزه، نگرانی درباره آینده و احساس محدودیت منجر شود. در چنین شرایطی، اجتناب شناختی و نشخوار فکری می‌توانند توانایی بیمار برای تصمیم‌گیری، حل مسئله و مشارکت در رفتارهای خودمراقبتی را محدود کنند. فعال‌سازی رفتاری با تبدیل اهداف کلی به فعالیت‌های کوچک و قابل اجرا، شناسایی موانع و افزایش تدریجی فعالیت‌های ارزش‌محور، ممکن است احساس کنترل و مشارکت فعال بیمار در زندگی روزمره را افزایش دهد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری با کاهش اجتناب شناختی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به دیابت همراه است. این یافته با مبانی نظری فعال‌سازی رفتاری و نتایج برخی پژوهش‌های پیشین درباره کاهش اجتناب، تفکر تکرارشونده و نشانه‌های افسردگی همسو است (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ نسرين و همکاران، ۲۰۱۷؛ صابری و همکاران، ۲۰۲۴). در عین حال، شواهد مختلط نشان می‌دهد که اثربخشی این مداخله ممکن است به شیوه اجرا، حضور درمانگر، میزان مشارکت بیمار و نوع پیامد ارزیابی‌شده وابسته

باشد (نائیک و همکاران، ۲۰۱۹؛ صابری و همکاران، ۲۰۲۴). فعال‌سازی رفتاری با تأکید بر کاهش اجتناب، افزایش مشارکت در فعالیت‌های معنادار و تبدیل اهداف کلی به رفتارهای قابل‌اجرا، می‌تواند به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مکمل مراقبت روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت موردتوجه قرار گیرد. بااین‌حال، برای تأیید قطعی اثربخشی، بررسی ماندگاری نتایج و تعیین پیامدهای احتمالی آن بر خودمراقبتی و وضعیت جسمانی، انجام پژوهش‌های گسترده‌تر با گروه‌های مقایسه‌فعال، ارزیابی پیگیری و شاخص‌های روان‌شناختی و پزشکی ضروری است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها موردتوجه قرار گیرند. انتخاب شرکت‌کنندگان از یک مرکز درمانی، حجم محدود نمونه و استفاده از نمونه‌گیری هدفمند، تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به دیابت را محدود می‌کند. همچنین، شرکت‌کنندگان داوطلب ممکن است از نظر انگیزه درمان، نگرش به مداخلات روان‌شناختی یا میزان همکاری با سایر بیماران تفاوت داشته باشند. نبود مرحله پیگیری نیز امکان بررسی پایداری نتایج را محدود کرد. مشخص نیست که کاهش اجتناب شناختی و نشخوار فکری پس از پایان جلسات تا چه مدت حفظ می‌شود. ازاین‌رو، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده ارزیابی‌های پیگیری در نظر گرفته شود. استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز می‌تواند یافته‌ها را تحت‌تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به ارائه تصویر مطلوب و آگاهی شرکت‌کنندگان از عضویت گروهی قرار دهد. یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند از توجه بیشتر به مداخلات روان‌شناختی در برنامه مراقبت جامع از بیماران مبتلا به دیابت حمایت کند. فعال‌سازی رفتاری به دلیل ساختار نسبتاً روشن، تمرکز بر رفتارهای قابل‌مشاهده و امکان انطباق با شرایط فردی، می‌تواند در کنار درمان‌های پزشکی و آموزش‌های متداول دیابت مورد استفاده قرار گیرد. بااین‌حال، این مداخله نباید جایگزین درمان پزشکی، مصرف دارو یا آموزش تخصصی مدیریت دیابت تلقی شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

نویسندگان در پژوهش حاضر هیچ‌گونه دریافت وجه در قبال مقاله، یا به‌دست‌آوردن سهم در یک سازمان، از طریق انتشار مقاله را نداشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی پژوهش مبنی بر رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان و اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات افراد صورت‌گرفته است.

تقدیر و تشکر

بدین‌وسیله از تمامی افرادی که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع فارسی

- ابراهیمی، س.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۹). تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار فکری و اضطراب مرتبط با درد در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۱۹(۵)، ۵۰۱-۵۱۴. https://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/3007713990303.pdf
- باقری‌نژاد، م.، صالحی فدردی، ج.، و طباطبایی، س. م. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۱(۱)، ۲۱-۳۸. <https://www.sid.ir/paper/99372/fa>
- برقی ایرانی، ز.، محمدی، ا.، بگیان کوله‌مرز، م.، و بختی، م. (۱۳۹۴). نقش اجتناب شناختی و تعلل‌ورزی تصمیم‌گیری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی، ۴(۱۶)، ۱۷-۳۵.
- بساکن‌نژاد، س.، معینی، م.، و مهرابی‌زاده، م. (۱۳۸۹). بررسی رابطه راهبردهای اجتناب شناختی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان. مجله روان‌شناسی دانشگاه تبریز، ۵(۲۰)، ۱۰۱-۱۱۹. https://cprpi.semnan.ac.ir/article_3764.html
- تقوی، س. ج.، و کاظمی، ی. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت بر نشخوار فکری و اجتناب تجربی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله مطالعات ناتوانی، ۸، ۱۰۵-۱۱۵.

References

- Barajas, S., Garra, L., & Ros, L. (2017). Avoidance in anxiety and depression: Adaptation of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale in a Spanish sample. *The Spanish Journal of Psychology*, 20, Article E18. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.16>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress, and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Cherry, M. G., Brown, S. L., Purewal, R., & Fisher, P. L. (2023). Do metacognitive beliefs predict rumination and psychological distress independently of illness representations in adults with diabetes mellitus? A prospective mediation study. *British Journal of Health Psychology*, 28(3), 814–828. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12655>
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C. R., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1–38. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535>
- Holt, R. I. G. (2025). Diabetes and depression. In K. R. Feingold, R. A. Adler, S. F. Ahmed, et al. (Eds.), *Endotext*. MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498652/>
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255–270. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.3.255>
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 608–620. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.001>
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2000). *Foundations of behavioral research* (4th ed.). Harcourt College Publishers.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111–161. <https://doi.org/10.1177/0145445510390929>
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2022). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide* (2nd ed.). Guilford Press.
- Naik, A. D., Hundt, N. E., Vaughan, E. M., Petersen, N. J., Zeno, D., Kunik, M. E., & Cully, J. A. (2019). Effect of telephone-delivered collaborative goal setting and behavioral activation vs enhanced usual care for depression among adults with uncontrolled diabetes: A randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 2(8), Article e198634. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.8634>
- Nasrin, F., Rimes, K. A., Reinecke, A., Rinck, M., & Barnhofer, T. (2017). Effects of brief behavioural activation on approach and avoidance tendencies in acute depression: Preliminary findings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 45(1), 58–72. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000394>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504–511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). *Women who think too much: How to break free of overthinking and reclaim your life*. Holt Paperbacks.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(1), 115–121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400–424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Nouwen, A., Adriaanse, M. C., van Dam, K., Iversen, M. M., Viechtbauer, W., Peyrot, M., Caramlau, I., Kokoszka, A., Kanc, K., de Groot, M., Nefs, G., & Pouwer, F. (2019). Longitudinal associations between depression and diabetes complications: A systematic review and meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 36(12), 1562–1572. <https://doi.org/10.1111/dme.14054>
- Oettingen, G. (2012). Future thought and behaviour change. *European Review of Social Psychology*, 23(1), 1–63. <https://doi.org/10.1080/10463283.2011.643698>
- Saberi, S., Ahmadi, R., Khakpoor, S., Pirzeh, R., Hasani, M., Moradveisi, L., & Saed, O. (2024). Comparing the effectiveness of behavioral activation in group vs. self-help format for reducing depression, repetitive thoughts, and enhancing performance of patients with major depressive disorder: A randomized clinical trial. *BMC Psychiatry*, 24, Article 516. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-05973-z>
- Sexton, K. A., & Dugas, M. J. (2008). The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 355–370. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005>

Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116–128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.10.003>



© 2026 The Author(s). Published by Islamic Azad University, Ne.C.. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

