

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو

سحر قشقایی^{۱*}، قاسم نظیری^۱، رابرت فرنام^۲

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از شایع‌ترین و پر هزینه‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند. عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون و نشانه‌های جسمی، محدودیت‌های غذایی و میزان فعالیت از عوامل برانگیزنده مشکلات روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت می‌باشد. پایین بودن سطوح سلامت هیجانی، بیمار را به نتایج نامطلوب دیگری همچون کاهش کیفیت زندگی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ و میر سوق می‌دهد. درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه این که به هر دو بعد جسمانی و روانی می‌پردازند دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است. هدف ما از این مطالعه تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه مطهری شیراز بود.

روش‌ها: این پژوهش یک تحقیق آزمایشی بر اساس طرح گروه آزمایش و کنترل با پیش آزمون و پس آزمون بود. ۴۲ زن و مرد مبتلا به دیابت نوع دو با تحصیلات حداقل دیپلم انتخاب و بعد از هم‌تاسازی از نظر سن و جنس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه "وار و شربورن" (SF-۳۶) پیش آزمون به عمل آمد. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. سپس از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. اطلاعات به دست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ به روش‌های تحلیل کواریانس تک متغیره و چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمره کلی کیفیت زندگی در گروه آزمایش (۷۴/۹۹) بیشتر از گروه گواه (۴۵/۶۴) در پس آزمون و مقدار F در سطح معنا دار ($P \leq 0/0001$)، معنادار بود. بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی دار بود و میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی کلی و ابعاد جسمانی و روانی مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

۱- گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، فارس

۲- عضو کمیته علمی اعتبار انجمن روانپزشکان ایران

* **نشانی:** شیراز، چهارراه پانزده خرداد، آزمایشگاه دکتر بیضایی تلفن: ۰۷۱۱)۲۳۳۱۱۷۷ (نمابر: ۰۷۱۱)۲۳۵۷۰۳۰ کدپستی:

۷۱۳۳۸۹۵۱۸۳ پست الکترونیک: ghashghaie@yahoo.com

مقدمه

شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشم‌گیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون مورد در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد [۱]. دیابت یک اختلال پیچیده متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود. هایپرگلیسمی در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد به وجود می‌آید. دیابت مشکلی ناتوان کننده و مزمن است [۲]. بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تاثیر قرار می‌دهد [۳، ۴].

در سال‌های اخیر مطالعات متعددی در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است. نتایج مطالعه منجمد و همکاران نشان می‌دهد که کیفیت زندگی اکثر بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در سطح متوسط می‌باشد و در پژوهش صداقتی کسبخی و همکاران نیز کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد غیردیابتی نامطلوب گزارش شده است [۵، ۶].

دیابت به علت بروز عوارض جسمانی مانند رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری‌های قلبی عروقی و عوارض روانی به طور گسترده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد [۷].

عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون، نیاز به تزریق انسولین، محدودیت در رژیم غذایی و میزان فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمانی جدی نظیر مشکلات کلیوی، چشمی و قلبی سبب بروز مشکلات روانشناختی در افراد دیابتی می‌گردند [۸].

یافته‌های تحقیق نعمت پور و همکاران در بررسی مشکلات روانی مبتلایان به دیابت شیرین نشان می‌دهد که ۴۰ درصد جمعیت مورد مطالعه دارای مشکلات روانشناختی م باشند و شکایت عمده به ترتیب میزان شیوع، افسردگی، وسواس-اجبار، شکایات جسمانی و اضطراب گزارش گردیده است [۹] و در مطالعه سجادی و

همکاران شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران دیابتی نوع دو، ۴۳/۷۵ درصد گزارش شده است [۱۰].

در یک مطالعه مروری با بررسی پژوهش‌های انجام شده بین سال‌های ۲۰۰۶ تا ۲۰۱۱ آمریکا و اروپا، همبودی بالای افسردگی و دیابت مشاهده گردید. در این مطالعه شیوع میزان افسردگی در بیماران دیابتی نوع دو نزدیک به دو برابر افراد غیردیابتی گزارش شده است [۱۱].

افسردگی در بیماران دیابتی با رفتارهای خود مراقبتی پایین‌تر از سطح مطلوب، پایبندی کمتر به درمان‌های دارویی و رژیم غذایی همراه است [۱۲، ۱۳].

تحقیقات دیگر نشان می‌دهند اضطراب هم با دیابت همبودی دارد و شیوع اختلالات اضطرابی در افراد مبتلا به دیابت، ۲۰ درصد بیشتر از افراد غیردیابتی برآورد می‌شود [۱۴، ۱۵].

پایین بودن سطوح سلامت هیجانی، بیمار را به نتایج نامطلوب دیگری همچون کاهش کیفیت زندگی، کنترل متابولیک نامطلوب و افزایش نرخ مرگ‌ومیر سوق می‌دهد [۱۶].

در مدیریت دیابت هرچند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شوند ولی تاثیر روان‌درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف ثابت شده است. دست کم سه عامل، افزودن مداخلات روانشناختی به برنامه‌های درمانی مبتلایان به دیابت را توجیه می‌کند: افزایش پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و نیز پذیرش وضعیتی که در آن قرار دارد، ایجاد تغییرات رفتاری برای خود مراقبتی بهتر و از بین بردن موانع روانشناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری [۱۷].

با توجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامت روان و نیز شیوع بالای مسائل روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت، انجام مداخلات مؤثر به منظور بهبود وضعیت سلامت روانی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری به نظر می‌رسد [۱۸، ۱۹]. در این پژوهش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) ^۱ به منظور ارتقاء کیفیت زندگی و در نتیجه کاهش عوارض دیابت به کار گرفته شد.

^۱ Mindfulness-Based cognitive Therapy

را افزایش می‌دهد. در این شیوه مراجعین ترغیب می‌شوند تا تجربه را بدون قضاوت به همان گونه‌ای که شکل گرفته پردازش کنند و رابطه‌شان را با افکار و احساسات چالش برانگیز تغییر دهند و آنها را بپذیرند [۲۲].

در حال حاضر این رویکرد در جمعیت‌های بالینی ویژه نیز مورد پژوهش و کاربرد قرار گرفته و نتایج به دست 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 [۳۳-۲۶].

با بررسی پژوهش‌های انجام شده در ایران نیز می‌توان به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب [۳۴] و سواس- اجبار [۳۵] کاهش اضطراب امتحان [۳۶] درمان چاقی [۳۷]، افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس [۳۸]، کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن [۳۹] و درمان بیماران افسرده خودکشی‌گرا [۴۰] اشاره نمود.

قابلیت اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی علاقه بسیاری را در مسیر ارتقای سلامت و رفاه بیماران مبتلا به دیابت نیز به خود جلب کرده است [۴۱]. به‌عنوان مثال تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر روی بیماران دیابتی در پژوهش Rosenweig و همکاران (۲۰۰۷) نشان می‌دهد که این مداخله سبب قطع یا کاهش واکنش روانی فرد به محرک‌های استرس‌زا شده و با تنظیم تأثیر استرس بر فیزیولوژی بدن در بهبود تنظیم قندخون بیماران دیابتی مؤثر بوده است [۴۲].

در مطالعه Hartman و همکاران (۲۰۱۲) نیز اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش طولانی مدت فشارهای روانی اجتماعی و بهبود سلامت روانی و کاهش افسردگی بیماران دیابتی مشهود است [۴۳].

با مقایسه تأثیر مداخله مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی در پژوهش son و همکاران (۲۰۱۲) [۴۴] و درمان رفتاری شناختی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی که توسط زارع بهرام آبادی و همکاران (۱۳۹۱) [۴۵] بر روی بیماران دیابتی نوع دو شهر سمنجان انجام شد،

ذهن‌آگاهی به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت است. در طی ۳۰ سال گذشته، علاقه به استفاده درمانی از ذهن‌آگاهی افزایش یافته است، به‌نحوی که مرور پیشینه حکایت از وجود بیش از ۷۰ مقاله علمی چاپ شده تا سال ۲۰۰۷ در این زمینه دارد [۲۰].

تمرین‌های مراقبه و ذهن‌آگاهی به افزایش توانایی خودآگاهی و پذیرش خود، در بیماران منجر می‌شود [۲۱]. به کمک ذهن‌آگاهی، فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه و کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود [۲۲]. نُسخوار فکری تلاشی در جهت حل و فصل هیجان‌های مشکل‌زا از طریق فرایند تحلیل و حل مسئله است. در ذهن‌آگاهی بیشترین تلاش، جهت جلوگیری از فرایند نُسخوار فکری در حل مشکل است چرا که این چرخه، تأثیر ناخوشایند دایمی فراوانی دارد [۲۳]. الگوهای فکری تکرار شونده و غیرقابل کنترل در قالب نُسخوار فکری و نگرانی، هر دو می‌توانند زمینه‌ساز نشانه‌های اضطراب و افسردگی در طولانی مدت باشند [۲۴، ۲۵].

در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی ظهور کرده‌اند که از آن جمله می‌توان به درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) اشاره نمود.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) به‌وسیله Segal و همکاران (۲۰۰۲) در هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) و بر اساس برنامه کاهش تنش مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ (Kabat-Zinn MBSR)، اولین بار برای جلوگیری از عود افسردگی طراحی شده است. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نُسخوار فکری، بیش‌تعمیمی در حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خود انتقادگرایانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده‌گری غیرقضاوتی محتوای ذهنی

^۱ Mindfulness-Based Stress Reduction

اینچنین به نظر می‌رسد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی با بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی از هر دو بعد جسمانی و روانی، می‌تواند نقش بارزتری در سلامت روان این بیماران داشته باشد.

به‌رغم آثار مفید ذهن آگاهی، با مرور پژوهش‌های انجام شده در ایران، جای خالی این قبیل مطالعات بر بیماری‌های مزمنی همچون دیابت بسیار مشهود است. لذا هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد.

روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای آزمایشی بر اساس طرح گروه آزمایش-گواه، با پیش آزمون و پس آزمون بود. بعد از اخذ مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز، جهت انجام نمونه‌گیری به بخش دیابت درمانگاه شهید مطهری مراجعه شد. با مطالعه ۶۰۰ پرونده جاری مربوط به بیماران دیابتی نوع دو که همگی ساکن شیراز بودند، افراد بین سنین ۳۵ تا ۶۵ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و فاقد مشکلات روانپزشکی شدید انتخاب شده و به‌طور تصادفی از ۱۰۰ نفر دعوت به عمل آمد. بررسی عدم وجود مشکلات روانپزشکی، بر اساس اطلاعات مکتوب در پرونده و اظهار نظر شخصی این افراد صورت گرفت. عدم دریافت هر گونه برنامه آموزشی دیگر در حین انجام مداخله ذهن آگاهی از دیگر ملاک‌های ورود این افراد به پژوهش بوده است. بعد از توضیحات لازم در مورد هدف پژوهش و جلب رضایت و اعتماد آنها، ۴۲ نفر تمایل به همکاری خود را در این پژوهش اعلام کردند که بعد از هم‌تاسازی از نظر سن و جنس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند (۲۱ نفر در گروه آزمایش و ۲۱ نفر در گروه گواه).

ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی وار و شربون (SF-۳۶) بود که قبل و بعد از مداخله توسط آزمودنی‌های هر دو گروه تکمیل شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که برای سنجش هشت بعد طراحی شده‌اند. ابعاد پرسشنامه شامل عملکرد جسمانی،

محدودیت‌های ایفای نقش به‌علت مشکلات جسمانی، محدودیت‌های ایفای نقش به‌علت مشکلات هیجانی، خستگی یا نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی است. این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران ترجمه و بر روی نمونه‌ای ۴۰۰ نفره از شهروندان بالای ۱۵ سال تهرانی اعتباریابی شده است. پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روایی آن با استفاده از روش گروه‌های شناخته شده و تحلیل عاملی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج بررسی‌ها حاکی از پایایی قابل قبول پرسشنامه بود؛ به‌طوری‌که مقدار ضریب پایایی در مورد بعد نشاط ۰/۶۵ (کمترین مقدار) و در مورد سایر ابعاد بین ۰/۷۷ تا ۰/۹ قرار داشت. علاوه بر این بررسی روایی پرسشنامه با استفاده از روش‌های پیش‌گفته، نتایج رضایت‌بخشی به‌دست داده است [۴۶].

در اجرای مداخله، گروه آزمایش به‌مدت هشت جلسه (هر هفته یک جلسه) به شیوه گروهی، تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت؛ در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. کلیه مراقبه‌های لازم جهت تکالیف خانگی هفتگی ب صورت سی دی به شرکت‌کنندگان داده شد. در صورتی که هر یک از افراد در جلسه یا جلساتی شرکت نمی‌کردند، درمانگر در ابتدای جلسه بعد، علاوه بر تکرار خلاصه جلسه قبل، جزوه خلاصه آن جلسه را نیز در اختیار آن افراد قرار می‌داد. محتوای جلسات آموزشی عبارتند از:

جلسه اول: خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، تمرین واریسی بدنی، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.

جلسه دوم: تمرین واریسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش ثبت رخدادهای مطلوب، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توأم با حالت حضور ذهن.

جلسه سوم: مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن،

پرسشنامه کیفیت زندگی در اجرای پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردیدند. قبل از انجام تحلیل، با استفاده از آزمون‌های لوین^۲، کولموگروف-اسمیرنوف^۳ و یکسانی رگرسیون (آزمون F)، مفروضه‌های یکسانی واریانس، طبیعی بودن توزیع و یکسانی رگرسیون بررسی و از برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس اطمینان حاصل شد.

در ادامه به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره^۴ استفاده گردید. بدین صورت که متغیر گروه (آزمایش و گواه) به‌عنوان متغیر مستقل، نمره کلی پرسشنامه کیفیت زندگی در اجرای پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراکنش (کنترل) و نمرات ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی در اجرای پس‌آزمون به‌عنوان متغیر وابسته وارد تحلیل گردیدند.

قبل از انجام تحلیل اصلی، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام باکس^۵، یکسانی رگرسیون با استفاده از آزمون یکسانی رگرسیون (آزمون F) و طبیعی بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بررسی و از برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره اطمینان حاصل شد.

یافته‌ها

مطابق با نتایج موجود در جدول ۱، ترکیب جنسیتی هر دو گروه یکسان بوده و شامل ۵۷/۱ درصد زن و ۴۲/۹ درصد مرد است. سطح تحصیلات فوق دیپلم در هر دو گروه بیشترین فراوانی را داشته و دو گروه از نظر میزان تحصیلات تقریباً مشابه هم‌دیگر هستند.

تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب.

جلسه چهارم: مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به‌طور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابله‌ای.

جلسه پنجم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن صداها و افکار) و چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای، خواندن داستان پادشاه و سه پسرش و معرفی مفهوم پذیرش.

جلسه ششم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، برقراری ارتباط با افکار و احساس‌های خود و گسترش آنها و پذیرش افکار و هیجانات ناخوشایند بدون قضاوت و داوری، بحث در مورد این که «افکار واقعیت نیستند»، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.

جلسه هفتم: مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار)، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند. سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابله‌ای.

جلسه هشتم: تامل و آرسی بدن، مروری بر کل دوره، روش‌هایی برای حفظ دستاوردهای یاد گرفته شده، انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد، بحث در مورد دلایل مثبت و موانع احتمالی تمرین‌ها پس از پایان دوره و تکمیل فرم نظرسنجی پیرامون دوره توسط شرکت کنندگان [۲۲]. محل برگزاری جلسات با هماهنگی قبلی در کلینیک دیابت انجام می‌گرفت.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۲۰ انجام شد. به‌منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی (نمره کل) بیماران دیابتی، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره^۱ استفاده گردید. بدین صورت که متغیر گروه (آزمایش و گواه) به‌عنوان متغیر مستقل، نمره کلی پرسشنامه کیفیت زندگی در اجرای پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر هم‌پراکنش (کنترل) و نمره کلی

² leven

³ Kolmogorov-Smirnov Z

⁴ Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)

⁵ Box's M

¹ Analysis of Covariance (ANCOVA)

جدول ۱- وضعیت دموگرافیک شرکت کنندگان در این تحقیق

| متغیر | گروه آزمایش | | گروه گواه | |
|---------|---------------------|------|-----------|-------|
| | تعداد | درصد | تعداد | درصد |
| جنسیت | مرد | ۹ | ۹ | ۴۲/۸۶ |
| | زن | ۱۲ | ۱۲ | ۵۷/۱۴ |
| تحصیلات | دیپلم | ۶ | ۹ | ۴۲/۸۶ |
| | فوق دیپلم | ۱۰ | ۸ | ۳۸/۱۰ |
| | لیسانس | ۵ | ۳ | ۱۴/۲۹ |
| | فوق لیسانس و بالاتر | - | ۱ | ۴/۷۶ |

افزایش یافته است. همچنین بررسی معذور اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، ۶۲ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند که حاکی از تأثیرگذاری قابل قبول برنامه مداخله‌ای، بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی است.

مطابق با نتایج موجود در جدول ۲، بین دو گروه آزمایش و گواه پس از کنترل نمرات کیفیت زندگی در پیش‌آزمون، از نظر میانگین نمره کلی کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که میزان کلی کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه

جدول ۲- جدول مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کلی کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

| اندازه اثر | P | گروه گواه | | گروه آزمایش | | مرحله‌ی آزمون | متغیر |
|-------------|--------|--------------|---------|--------------|---------|---------------|-------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| کیفیت زندگی | ۰/۰۰۰۱ | ۱۹/۲۳ | ۵۳/۰۸ | ۱۷/۲۷ | ۵۹/۶۷ | پیش‌آزمون | |
| | | ۱۸/۲۶ | ۴۵/۶۴ | ۱۶/۲۶ | ۷۴/۹۹ | پس‌آزمون | |

اتای تفکیکی (اندازه‌ی اثر) حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بیشترین تأثیر را بر بعد محدودیت‌های ایفای نقش به دلیل محدودیت‌های جسمانی (۴۴ درصد) و کمترین تأثیر را بر بعد خستگی یا نشاط (۲۴ درصد) داشته است.

مطابق با نتایج موجود در جدول ۳، بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است. همچنین بررسی معذور

جدول ۳- جدول مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه

| اندازه اثر | P | گروه گواه | | گروه آزمایش | | مرحله آزمون | ابعاد کیفیت زندگی |
|----------------|--------|--------------|---------|--------------|---------|-------------|--|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| عملکرد جسمانی | ۰/۰۰۰۱ | ۲۶/۰۲ | ۵۸/۸۱ | ۱۷/۵۸ | ۷۸/۱۱ | پیش آزمون | محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی |
| | | ۲۵/۹۵ | ۵۳/۳۳ | ۱۷/۱۵ | ۸۲/۳۸ | پس آزمون | |
| مشکلات جسمانی | ۰/۰۰۰۱ | ۳۷/۸۴ | ۴۷/۶۲ | ۴۲/۵۰ | ۴۷/۶۲ | پیش آزمون | محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات جسمانی |
| | | ۲۷/۲۸ | ۲۷/۳۸ | ۳۱/۵۳ | ۷۲/۶۲ | پس آزمون | |
| مشکلات هیجانی | ۰/۰۰۰۱ | ۳۵/۴۱ | ۳۸/۱۰ | ۴۲/۰۴ | ۴۱/۲۷ | پیش آزمون | محدودیت‌های ایفای نقش به علت مشکلات هیجانی |
| | | ۳۱/۴۶ | ۲۵/۴۰ | ۳۲/۴۵ | ۷۹/۳۷ | پس آزمون | |
| خستگی یا نشاط | ۰/۰۰۱ | ۲۲/۸۷ | ۴۹/۲۹ | ۱۸/۰۹ | ۴۸/۸۱ | پیش آزمون | خستگی یا نشاط |
| | | ۲۰/۳۹ | ۴۴/۲۹ | ۱۷/۳۴ | ۶۵/۷۱ | پس آزمون | |
| سلامت عاطفی | ۰/۰۰۰۱ | ۱۴/۶۵ | ۵۸/۷۱ | ۱۹/۷۳ | ۵۷/۹۰ | پیش آزمون | سلامت عاطفی |
| | | ۱۵/۰۴ | ۵۲/۱۹ | ۱۶/۷۷ | ۷۱/۹۰ | پس آزمون | |
| عملکرد اجتماعی | ۰/۰۰۱ | ۲۳/۹۰ | ۵۷/۱۴ | ۲۱/۴۱ | ۶۶/۶۷ | پیش آزمون | عملکرد اجتماعی |
| | | ۲۰/۷۲ | ۵۴/۷۶ | ۲۱/۴۱ | ۷۹/۱۷ | پس آزمون | |
| درد جسمانی | ۰/۰۰۰۱ | ۲۵/۹۴ | ۵۱/۵۵ | ۲۴/۶۹ | ۶۲/۸۶ | پیش آزمون | درد جسمانی |
| | | ۲۴/۸۹ | ۴۶/۶۷ | ۱۹/۵۱ | ۷۸/۳۳ | پس آزمون | |
| سلامت عمومی | ۰/۰۰۱ | ۲۴/۹۸ | ۵۴/۰۵ | ۱۸/۶۱ | ۵۵/۲۴ | پیش آزمون | سلامت عمومی |
| | | ۲۴/۱۸ | ۴۸/۸۱ | ۱۹/۲۱ | ۷۲/۳۸ | پس آزمون | |

تأثیر روش درمانی MBCT را در بهبود کیفیت زندگی تأیید می‌کند.

بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش با تحقیق Son و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. این پژوهش به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود سلامت هیجانی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام شد. حالات روانی چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سادگی، سهولت و عدم صرف وقت زیاد تمرینات ذهن‌آگاهی، همچنین تأکید این رویکرد بر مشاهده افکار و تغییر آگاهی در مقایسه با به چالش کشیدن و تغییر افکار، شیوه نوینی از مواجهه با هیجان‌های آشفته‌ساز ارائه می‌دهد. نتایج نشان داد که گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، بعد از گذراندن دوره کامل درمان، بهبود چشم‌گیری، در کلیه مقیاس‌های پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36) یافته است [۴۴].

در مجموع یافته‌های فوق حاکی از اثربخشی مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی است.

بحث

در طول ۲۰ سال اخیر، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشم‌گیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است [۸].

نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو مؤثر است. براساس نتایج به دست آمده، میانگین کلی کیفیت زندگی و میانگین کلیه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه افزایش یافته است که

روش می‌بایست موجب افزایش کیفیت زندگی شود و سودمندی آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای برای طیف وسیعی از اختلالات روانی مزمن نشان داده شده است [۵۰].

بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش با تحقیق Arab-Sheibani و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. این پژوهش به منظور بررسی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع دو، حاکی از آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با کاهش استرس مربوط به بیماری منجر به رفتارهای خودمراقبتی بهتر و بهبود کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه، شده است. استرس‌های هیجانی و عاطفی ممکن است بر رفتار فرد دیابتی تأثیر گذاشته به‌نحوی که فرد قادر به کنترل برنامه درمانی، رژیم غذایی و ورزشی خود نشود. شناخت مشکلات روانی این بیماران، رفع یا کاهش آنها، به همراه آرایه آموزش‌هایی نظیر مداخلات ذهن آگاهی، برای ارتقای کیفیت زندگی و به‌عنوان بخش مهمی از درمان جامع دیابت توصیه می‌شود [۵۱].

اثر بخشی بالای مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی، به‌واسطه تأثیر بر ابعاد جسمانی و روانی، در درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی، گزارش شده است [۲۳]. در پژوهش حاضر بهبود کیفیت زندگی هم از لحاظ بعد جسمی و هم از لحاظ بعد روانی حاصل گردید که این نتایج با پژوهش son و همکاران [۴۴] همخوانی دارد.

در تحقیق حاضر اثر بخشی (MBCT) در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی، بر اساس اصولی چون ماندن در زمان حال، مشاهده‌گری بدون قضاوت، پذیرش، بالا بردن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش سازگاران قابل توجه است. آموزش مشاهده افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت، و پذیرا بودن به جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگاران و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در بیماران دیابتی شده است. تداوم تمرین‌های ذهن آگاهی منجر به پذیرش بیماری از جانب فرد مبتلا و ایجاد تغییرات رفتاری برای خودمراقبتی بهتر و از بین بردن

تحقیق Godfrin و همکاران (۲۰۱۰) نیز اثر مثبت MBCT را بر کیفیت زندگی نشان داده است. آنها پیرامون تأثیر برنامه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به دوره‌های افسردگی، پژوهشی انجام دادند. نتایج نشان داد که بعد از هشت جلسه آموزش، کیفیت زندگی افراد افزایش چشم‌گیر یافته است [۴۷].

پژوهش انجام شده همچنین با نتایج تحقیق Roth و Robbins (۲۰۰۴) همسو است. این پژوهش به‌منظور بررسی تأثیر کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سلامت عمومی و سلامت مرتبط با کیفیت زندگی بر روی ۶۸ بیمار مرکز پزشکی مریدن (Meriden) انجام شد. بعد از گذراندن دوره کامل درمان، در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه، بهبود چشم‌گیری در پنج مقیاس از هشت مقیاس پرسشنامه کیفیت زندگی (SF36)، مشاهده و (MBSR) به‌عنوان یک برنامه رفتار درمانی مؤثر پیشنهاد گردید [۴۸].

تحقیق Carlson و همکاران (۲۰۰۳) به اثر بخشی (MBSR) بر کیفیت زندگی افراد مبتلا به سرطان پستان و پروستات اشاره دارد و نتایج نشان می‌دهد که بعد از هشت جلسه آموزش، کیفیت زندگی افراد افزایش چشم‌گیر یافته است. این پژوهش نشان می‌دهد که ذهن آگاهی با تأثیر بر افسردگی و اضطراب و نیز دیگر احساسات جسمی - روانی می‌تواند ارتقای کیفیت زندگی را در پی داشته باشد. وجود همبستگی منفی بین افسردگی و کیفیت زندگی پشتیبان جدی این ایده نظری است [۴۹].

نتایج پژوهش حاضر با پژوهشی که توسط Kaviani و همکاران (۱۳۸۷) انجام گرفت همسو و بیانگر آن است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود سلامت روان و افزایش کیفیت زندگی در افراد افسرده غیربیمار می‌شود. با توجه به اینکه زندگی ابعاد گوناگونی دارد، از جمله بعد جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی، تمرین‌های ذهن آگاهی به‌گونه‌ای طراحی شده است که بر همه این ابعاد تأثیر می‌گذارد. تمرین‌های (MBCT) با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، برنظام شناختی و پردازش اطلاعات مؤثر است به این ترتیب این

بهداشت روان بیماران دیابتی دارد و به علت شیوع بالای دیابت و به منظور کاهش هزینه‌های درمانی و تسریع فرآیند بهبودی در این بیماران، به‌عنوان قسمتی از مراقبت‌های پزشکی پیشنهاد می‌گردد. انجام دوره‌های پیگیری جهت بررسی تاثیر این مداخله در دراز مدت و اضافه کردن یک گروه مداخله دوم به‌منظور مقایسه یک روش روان درمانی دیگر با روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نیز پیشنهاد می‌گردد.

صرف انتخاب بیماران دیابت نوع دو در این تحقیق، می‌تواند از محدودیت‌های پژوهش به‌حساب آمده و به همین سبب پیشنهاد می‌گردد جهت تعمیم نتایج، مداخله مشابهی بر روی سایر انواع دیابت نیز صورت پذیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از مساعدت معاونت محترم درمان (اداره بیماری‌های خاص)، معاونت محترم پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شیراز و سرکار خانم طاهره پاک فطرت مسئول کلینیک دیابت درمانگاه شهید مطهری و کلیه عزیزان شرکت کننده در این پژوهش، ابراز می‌دارند.

موانع روانشناختی موجود بر سر راه کنترل بیماری می‌گردد.

نتایج پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۰) بیانگر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با کاهش فاجعه آمیز کردن درد و در نتیجه کاهش اضطراب و ترس مرتبط با درد، در کاهش شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد بیماران با درد مزمن مؤثر بوده و بهبود کیفیت زندگی از بعد جسمانی را تبیین می‌کند [۳۹].

مشاهده به دور از قضاوت، در مورد افراد دارای دردهای مزمن کاربرد فراوان دارد. Ludwig و همکاران پیشنهاد می‌کنند که در مراقبه و نشستن‌های طولانی مدت و بدون حرکت، روی حس‌های درد در بدن و مفاصل تمرکز کنند و بدون تکان خوردن و نشان دادن واکنش‌های هیجانی به این دردها، فقط نظاره‌گر باشند. وی یادآوری می‌کند که این مشاهده‌گری می‌تواند پاسخ‌های هیجانی را که به‌وسیله درد فراخوانی شد اند، کاهش دهد. بنابراین تمرین مهارت ذهن آگاهی، توانایی مراجعان، برای تحمل حالت‌های هیجانی منفی را افزایش می‌دهد و آنها را به مقابله مؤثر قادر می‌سازد. به‌نظر می‌رسد چنین حالتی می‌تواند کیفیت زندگی را بالا ببرد [۲۰].

Fazil و همکاران (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای شیوع خودبیمارانگاری در بیماران دیابتی دو را گزارش کرده و بیان می‌کنند که بیماران دیابتی ممکن است به مشکلات دیابت حساس شوند و این حساسیت را به همه موقعیت‌های زندگی تعمیم دهند. ممکن است بیمار نه تنها به نوسان‌های قندخون بلکه نسبت به همه نشانه‌های جسمی حساس شود و بعضی از بیماران تمایل دارند عواطف منفی و اختلال‌های بدنی زیادی را گزارش کنند [۵۲]. به‌نظر می‌رسد که (MBCT) از طریق تغییرات تطابقی توجه^۱، و کاهش تکرار افکار خودبیمارانگاری و یادگیری مهارت‌های لازم در عدم تمرکز بر افکار و ترس‌های مرتبط با سلامتی عمل کرده و بهبود کیفیت زندگی از بعد جسمانی را سبب می‌گردد [۵۳].

یافته‌های این پژوهش نشان داد آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی و

² Adaptive changes in attention

ماخذ

1. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87:4-14.
2. Barnard K.D, Lloyd C.E & Holt R.I.G. Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. *Psychology and Diabetes Care* 2012;1-22.
۳. درویش پور کاخکی ع، عابد سعیدی ز، یغمایی ف، علوی مجد ح، منتظری ع. بررسی کیفیت زندگی با مشخصات بیماری و فردی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان‌های شهر تهران در سال ۱۳۸۳. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران* ۱۳۸۴؛ (۱) ۵۶-۴۹.
۴. باقری ح، ابراهیمی ح، تقوی ن، حسنی م. بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس عوارض دیابت در بیماران مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد* ۱۳۸۴؛ (۱) ۶۰-۵۰.
۵. منجمد، زهرا؛ علی اصغر پور، منصوره؛ مهران، عباس؛ پیمان، طاهره. کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران* ۱۳۸۵؛ (۱) ۱۲.
۶. صداقتی کسبخی، مریم؛ احسانی، مریم؛ قنبری، عاطفه. مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیردیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم بابل* ۱۳۸۶؛ (۵) ۹-۵۵.
7. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine* (18th ed.). Mc Grow Hill; 2012.
۸. وایت، کریگ ا. *درمان شناختی-رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی* (ترجمه رضا مولودی، کتابون فتاحی). تهران: ارجمند، ۱۳۹۰؛ (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).
۹. نعمت پور، سرور؛ شهبازیان، حاجیه بی بی؛ غلام پور، آمنه. بررسی مشکلات روانی مبتلایان به دیابت شیرین. *مجله علمی پزشکی* ۱۳۸۹؛ (۴) ۳۵۱-۳۴۵.
۱۰. سجادی، علیرضا؛ بخشانی، نورمحمد؛ لشکری پور، کبری؛ باغیان قیقی، مهری؛ صعودی، رویا؛ صفرزایی، منصور. شیوع اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان* ۱۳۸۹؛ (۱) ۸۲-۸۵.
11. Roy T, Lloyd C.E. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. *Journal of Affective Disorders* 2012; 142 Suppl:S8-21.
12. Karan JK, Tanveer CT, Jaskanwal S, Jayadave S. Screening for Anxiety and Depression in type 2 diabetes. *Endocrine Abstracts* 2012; 28 p 221.
13. Gonzalez Jeffrey s, Peyrot Mark. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence. A Meta-Analysis. *Diabetes Care* 2008; 31(12):1-6.
14. Collins MM, Corcoran P and Perry IJ. Original Article: Psychology Anxiety and depression symptoms in patients with diabetes. *Diabetic Medicine* 2008; 26, 153-161.
15. Li C, Barker L, Ford ES, Zhang X. Diabetes and anxiety in US adults: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Diabetic Medicine* 2008; 25:871-881.
16. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Areean P, Glasgow R, Masharani U. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2008; 25: 1096-1101.
17. Feifer C, Tansman M. Promoting psychology in diabetes primary care. *Professional Psychology: Research and Practice* 1999; 30(1): 14-21.
18. Donald M, Dower J, Coll JR, Baker P, Mukandi B, Doi SA. Mental health issues decrease diabetes-specific quality of life independent of glycaemic control and complications: findings from Australia's living with diabetes cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes* 2013; 11:170.
۱۹. نجاتی صفا، علی اکبر؛ لاریجانی، باقر؛ شریعتی، بهنام. افسردگی، کیفیت زندگی و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت. *مجله دیابت و لیپید ایران* ۱۳۸۶؛ (۲) ۷.
- ۲۰۴-۱۹۵
20. Ludwig DS, Jon Kabat-Zinn J. Mindfulness in Medicine. *JAMA* 2008; 300(11):1350-1352.
21. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10, 125-143.
22. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse* New York. Guilford Press, 2002.
23. Crane R. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Routledge/Taylor & Francis Group: New York, NY, 2009.
24. Calms Christine A, Raberts John E. Repetitive Thought and Emotional Distress: Rumination and Worry as Prospective Predictors of Depressive and Anxious Symptomatology. *Cogn Ther Res* 2007; 30:343-356.

25. Raes Filip. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences* 2010; 48:757-761.
26. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. Theeffect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J ConsultClin Psychol* 2010; 78(2): 169-83.
27. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitivetherapy for generalized anxiety disorder. *J AnxietyDisord* 2008; 22(4): 716-21.
28. Kim B, Lee SH, Kim YW, et al. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct topharmacotherapy in patients with panic disorder. *JAnxiety Disord* 2010;24:590-5.
29. Williams MJ, McManus F, Muse K, et al. Mindfulnessbased cognitive therapy for severe health anxiety (hypochondriasis): An interpretative phenomenological analysis of patients' experiences. *Br J Clin Psychol* 2011; 50:379-397.
30. Weber B, Jermann F, Gex-Fabry M, et al. Mindfulnessbased cognitive therapy for bipolar disorder. A feasibilitytrial. *Eur Psychiatry* 2011; 25:334.
31. Crane C, Williams JM. Factors associated with attritionfrom mindfulness-based cognitive therapy in patientswith a history of suicidal depression. *Mindfulness (N Y)* 2010; 1:10-20.
32. Marchand WR, WILLIAM R. Mindfulness-Based Stress Reduction, Mindfulness-BasedCognitive Therapy, and Zen Meditation for Depression,Anxiety, Pain, and Psychological Distress. *Journal of Psychiatric Practice*. 2012; 18(4):233-252.
33. Foley E, Baillie A, Huxter M, Price M, Sinclair E. Mindfulness based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2010;78(1):72-79.
۳۴. کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرایی، هادی. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. *مجله تازه‌های علوم شناختی* ۳۸۴؛ سال ۷، شماره ۱.
۳۵. موسوی مدنی، نوشین؛ آتش پور، سیدحمید؛ مولوی، حسین. تاثیر آموزش روش ذهن آگاهی گروهی بر میزان علائم اختلال وسواس-اجباری در زنان شهر اصفهان. *یافته‌های نو در روان شناسی* ۱۳۸۹؛ ۵۵-۶۹.
۳۶. بیرامی، منصور، عبدی، رضا. بررسی تاثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. *مجله علوم تربیتی* ۱۳۸۸؛ شماره ۶، ۳۴-۵۴.
۳۷. موسویان، نرگس؛ مرادی، علیرضا؛ میرزایی، جعفر؛ شیدفر، فرزاد؛ محمودی کهریز، بهرام؛ طاهری، فاطمه. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی. *اندیشه و رفتار* ۱۳۸۹؛ (۱۶) ۴۹،۴-۵۸.
۳۸. آقاباقری، حامد؛ محمدخانی، پروانه؛ عمرانی، سمیرا؛ فرهمند، وحید. اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روان شناسی بالینی* ۱۳۹۱؛ سال چهارم، شماره ۱، ۲۳-۳۱.
۳۹. محمدی، فرزانه؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشاهی، بهروز؛ اصغری مقدم، محمدعلی. اثربخشی درمان شناختی حضور ذهن بر شدت درد ادراک شده و محدودیت عملکرد زنان مبتلا به درد مزمن در روند سالمندی. *مجله سالمندی ایران* ۱۳۹۰؛ سال ششم، شماره نوزدهم، ۵۹-۶۶.
۴۰. حنا ساب زاده، مریم، یزدان دوست، رخساره، اصغرنژاد فرید، علی اصغر، غرابی بنفشه. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در مورد بیماران افسرده خودکشی گرا: یک مطالعه کیفی. *مجله علوم رفتاری* ۱۳۹۰؛ (۱) ۵، ۳۳-۳۸.
41. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes. *Diabetes Spectr* 2009; 22(4): 226-230.
42. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, Goldstein BJ. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Altern Ther Health Med* 2007; 13:36-38.
43. Hartmann M, Kopf S. Sustained Effects of a Mindfulness-Based Stress-Reduction Intervention in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care* 2012; 35:945-947.
44. Son J, Nykilcek I, Pop V, Pouwer. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality-of-life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) A randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2013; 36(4):823-30.
۴۵. زارع بهرام آبادی، مهدی؛ وفایی بانه، فاروق؛ قادری، ابراهیم؛ تقوایی، داوود. اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دیابت و لیپید ایران* ۱۳۹۱؛ (۳) ۲۲۵،۱۲-۲۳۲.
۴۶. منتظری، علی؛ گشتاسبی، آرزیتا؛ وحدانی‌نیا، مریم سادات. ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی

ابزار استاندارد SF 36. فصلنامه پایش ۱۳۸۴؛ سال پنجم شماره اول. ۴۹-۵۶.

47. Godfrin KA, Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48: 738-746.
48. Roth B, Robbins D. Mindfulness-Based Stress Reduction and Health-Related Quality of Life: Findings From a Bilingual Inner-City Patient population. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:113-123.
49. Carlson LE, Speca M, Patel KD, & Goodey E. Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and immuneparameters in breast & prostat cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65 (4), 571-581.
50. Kaviani H, Hatami N, Javaheri F. The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on mental health and quality of life in a sub-clinically depressed population. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2012; 1:21-8.
51. Arab-Sheibani k, Alipor A, Poursharifi H, Zare H. The Impact of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Mental and Physical Well-Being Indicators in Patients with Type 2 Diabetes. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences* 2013; 29-33.
52. Fazil Mohd, Akram Mohd, Kapoor Prem. General Hypochondriasis in Diabetes Mellitus Type-II (DM-II): Implications for Clinicians. *Global journal of medicine and public health* 2013; 2(3):1-11.
53. Lovas David A, Barskya Arthur J. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: A pilot study. *Journal of anxiety disorders* 2010; 24:931-935.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY ON QUALITY-OF-LIFE IN OUTPATIENTS WITH DIABETES

Sahar Ghashghaie^{1*}, Ghasem naziry¹, Rabrert Farnam²

1. Department of Clinical Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran

2. Member of Addiction Scientific Committee of Iranian Psychiatrist Association

ABSTRACT

Background: Diabetes Mellitus is one of the most common and expensive chronic disorders, which produce lots of limitation in patients' activities. The aim of this study was to determine the effectiveness of Mindfulness – Based Cognitive Therapy (MBCT) in improving the Quality of Life in outpatient with type 2 Diabetes Mellitus.

Methods: In this experimental research, 42 outpatients with type 2 diabetes were selected and matched according to age and sex. Then patients were assigned randomly to experimental and control group. Ware & Sherbourne quality of life questionnaire was performed for both groups in pre-test and post-test sessions. The experimental group participated in 8 sessions of MBCT course which was held once a week and each session lasted for 2 hours. Univariate and multivariate analysis of covariance (with controlling for pre-test scores) were applied to data.

Results: There was significant difference between experimental and control groups in post test scores of quality of life and all of its scales. Experimental group acquired higher scores.

Conclusion: The results of this study revealed that MBCT can improve the quality of life in diabetic patients.

Keywords: Diabetes, Quality of life, MBCT

* Dr.Beizaei Lab,15khordadcross,Shiraz,Iran, Post Code:7133895183, Tel:0711-2331177,Fax:0711-2357030
Email:sghashghaie@yahoo.com