



مقاله پژوهشی

اثربخشی استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن بر کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

محمد شاکری^{۱*} , محمد حاتمی^۲، جعفر حسنی^۳، حبیبه سادات شاکری^۴^۱ دکترای روانشناسی سلامت، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران^۲ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران^۳ دانشیار گروه روانشناسی بالینی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران^۴ استادیار گروه بیماریهای داخلی، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران

* نویسنده مسئول: محمد شاکری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران، ایمیل: mohammadshakeri738@gmail.com

DOI: 10.29252/nkjmd-010025

چکیده

مقدمه: استرس ناشی از بیماری دیابت علاوه بر اثرات مخرب جسمانی، اثرات منفی روانی چون افسردگی، اضطراب، استرس به دنبال دارد. از این رو می توان گفت که استرس، افسردگی و اضطراب را جزء عوامل خطر ساز با تشدید کننده بیماری دیابت می باشد که منجر به افزایش هزینه های درمانی و کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی در این بیماران خواهند شد. در پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی مداخله استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن (MBSR) بر بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هستیم.

روش کار: طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با گروه کنترل می باشد. ۳۶ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به یک مطب خصوصی در شهرستان بجنورد به صورت هدفمند وارد مطالعه شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۱۸ نفره تقسیم شدند. گروه آزمایشی مداخله MBSR به مدت هشت جلسه دریافت کردند. برای بررسی کیفیت زندگی از پرسشنامه SF36 و برای بررسی سلامت روان از مقیاس نشانگان مختصر BSI در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل شد. آزمون تحلیل واریانس مختلط توسط نرم افزار SPSS برای تجزیه و تحلیل آماری استفاده شد.

یافته ها: یافته ها حاکی از اثربخشی مداخله MBSR در بهبود کیفیت زندگی و سلامت روان بود. اثر تعامل بین گروه ها و زمان اندازه گیری بر سلامت روان ($F=15/989, P<0/001$) و کیفیت زندگی ($F=16/609, P<0/001$) معنادار بود. همچنین نتایج نشان داد که این اثرات تا دوره پیگیری نیز یا پایدار بودند یا تغییرات اندکی داشتند که نشان دهنده ماندگاری اثرات این مداخله می باشد.

نتیجه گیری: مداخله MBSR می تواند کیفیت زندگی و سلامت روان را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشد.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۵/۰۳

واژگان کلیدی:

دیابت نوع دو
کیفیت زندگی
سلامت روان
استرس زدایی مبتنی بر
حضور ذهن

مقدمه

گذشته شیوع دیابت دوبرابر شده است و همچنین شیوع دیابت در سال ۲۰۱۳، ۱۳/۸ درصد بوده [۳] و مطالعه فراملی دیگری که توسط درخشان و همکاران (۲۰۱۴) صورت گرفت، که بخشی از مطالعه طولی ۹ ساله گلوکز و لیپید تهران بود، نتایج حاکی از آن است که بروز دیابت حدود ۱/۱ است [۴]. دیابت به عنوان یک بیماری مزمن علاوه بر اثرات جسمانی از لحاظ روانی نیز تأثیرات مخربی بر فرد مبتلا خواهد گذاشت. پاسخ هیجانی معمول در ابتدای تشخیص بیماری، اضطراب است اما با پیشرفت بیماری، اختلالات روانشناختی بارزتر می گردد [۵]. اختلالات روانشناختی در بیش از یک

دیابت، شایع ترین بیماری متابولیک در جهان محسوب می شود و از سوی سازمان جهانی بهداشت، "همه گیری نهفته" لقب یافته است. طبق گزارش آماری ملی دیابت^۱ در آمریکا در سال ۲۰۱۵ شیوع دیابت در همه سنین، حدود ۹/۴٪ برآورد شده است [۱]. و بر اساس گزارش فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)^۲، در سال ۲۰۱۷، ۴۲۵ میلیون نفر از افراد ۲۰-۷۹ سال جهان، مبتلا به دیابت بوده اند و این میزان در سال ۲۰۴۵ با ۴۸٪ افزایش به ۶۲۹ میلیون نفر خواهد رسید [۲]. در مطالعه جامعی که توسط پیکاری در سال ۲۰۱۵ انجام شد، نتایج نشان داد که در ایران طی ۳ دهه

^۲ International Diabetes Federation (IDF)^۱ National diabetes statistics report

چهارم بیماران بستری در بخشهای داخلی دیده می شود و در بیماران دیابتی نیز نسبت به جمعیت عمومی شایع تر هستند، این در حالی ست که غالباً از سوی پزشکان مورد توجه و تشخیص قرار نگرفته و یا مشکلات روان شناختی شان به طور نامناسبی به بیماری های جسمی نسبت داده می شود [۵، ۶]. بیشتر مسائل روانشناختی بیماران به دلیل مشکلات تحمیل شده از جانب دیابت مانند؛ رژیم غذایی، تحرک و فعالیت کم، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمانی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر می باشد [۷]. فشار ناشی از این بیماری علاوه بر اثرات مخرب جسمانی، اثرات منفی روانی چون افسردگی، اضطراب، استرس به دنبال دارد [۸]. می توان گفت که استرس، افسردگی و اضطراب جزء عوامل خطر ساز یا تشدید کننده بیماری دیابت هستند که منجر به افزایش هزینه های درمانی و کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی در این بیماران خواهند شد [۹]؛ به طوری که در بیماری دیابت، افسردگی با ۶۳/۳٪ سه برابر شایع تر از سایر بیماری های مزمن است [۶]. سلامت روان یک حالت پویا از تعادل درونی است که افراد را قادر می سازد تا از توانایی های خود در هماهنگی با ارزش های کلی جامعه استفاده کنند. مهارت های پایه شناختی و اجتماعی، توانایی تشخیص، بیان و تعدیل احساسات و هیجانات و همچنین احساس همدردی با دیگران، انعطاف پذیری و توانایی مقابله با حوادث نامطلوب زندگی و ایفای نقش اجتماعی و رابطه هماهنگ بین ذهن و بدن نشان از اجزای مهم سلامت روان که به درجات مختلف به حالت تعادل درونی در افراد کمک می کند [۱۰]. اختلالات روانی درمان نشده در طولانی مدت می تواند باعث ایجاد و تشدید بیماری و سایر اختلالات جسمانی شده همچنین، از اثربخشی درمان کاسته و به بقا و طول عمر بیماران مرتبط باشد [۷، ۱۱].

امروزه توافق عمومی و فزاینده ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری های مزمن باشد [۱۱]. نه تنها باید به کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه باید برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای آنها و شناخت عوامل تأثیر گذار روی آنان تلاش گردد. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی، پویا و وسیع تر از سلامتی می باشد و بر چهار بعد اصلی سلامت روانشناختی، جسمانی، اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط تأکید دارد. علاوه بر این ابعاد، کیفیت زندگی شامل بیماری، درمان و نیز، ماهیت ذهنی کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار است [۷]. گزارش ها نشان می دهد که مشکلات روان شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و از دیگر سو، خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می شود [۱۲]. در بیماران دیابتی نوع دو، کیفیت زندگی مسیر اصلی برای صحبت کردن پیرامون زندگی شخصی و بیماری است [۱۲]. کاهش کیفیت زندگی نه تنها باعث کاهش احساس رضایت فرد مبتلا در زندگی می شود، بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی و مراقبتی می تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری مؤثر واقع شود [۱۱].

درمان های روان شناختی در کاهش مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به بیماری های مزمن به ویژه دیابت می تواند از نقشی مهم برخوردار باشد. اخیراً درمان های نسل سوم رفتار درمانی با تغییر نگاه فرد به فلسفه درد و رنج روان شناختی مبنی بر پذیرش فعال و انکارناپذیر بودن این مشکلات یک انقلاب واقعی در روان درمانی ایجاد کرده است [۱۳]. در حالی که هدف درمان های نسل اول و دوم حذف یا کاهش مشکلات مراجع است، این درمان ها باهدف تغییر در پاسخ افراد به جنبه های دردآور افکار، خاطرات و

احساسات جسمی شان ایجاد شده اند. در این درمان ها مراجعان تشویق می شوند که نه تنها از درد و رنج اجتناب نکنند، بلکه به صورت فعال و درگیرانه این مشکلات را بپذیرند و به روال زندگی عادی خود ادامه دهند و با انجام فعالیت های مورد علاقه ی خود بپردازند [۱۳]. استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های مؤثر نسل سوم رفتار درمانی به طور گسترده در درمان مشکلات روان شناختی در اختلالات های مختلف مورد استفاده قرار می گیرد. این روش یک مداخله ساختارمند و اساساً گروهی است که در ابتدا برای مدیریت درد مزمن به کار می رفت، ولی اکنون به طور گسترده ای برای کاهش عوارض روان شناختی بیماری های مزمن مورد استفاده قرار می گیرد [۱۴]. در این درمان به بیماران تمرین های متنوعی از ذهن آگاهی از قبیل، مراقبه نشسته، مراقبه پایش بدن، یوگا، مراقبه ذهن مشفق آموزش داده می شود. نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که استرس زدایی مبتنی بر ذهن آگاهی یک مداخله اثربخش در ارتقاء سلامت روان شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن است [۱۵، ۱۶].

با توجه به اثرات سوئی که بیماری دیابت بر سلامت جسمانی و روانی مبتلایان بر جای می گذارد بدون شک انجام مداخله های روان شناختی کارآمد و مؤثر در این زمینه امری واجب و انکارناپذیر است؛ بنابراین توجه به درمان های روان شناختی در کنار درمان های دارویی می تواند تأثیرات مثبت و امیدبخشی بر این بیماران داشته باشد و زمینه را برای سازگاری هرچه بیشتر با این بیماری و افزایش رفتارهای خود مراقبتی در آن ها فراهم کند. در همین راستا این مطالعه به دنبال بررسی اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می باشد.

روش کار

این پژوهش کاربردی، به صورت شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری دو ماهه و در دو گروه (یک گروه کنترل و یک گروه آزمون یا مداخله) انجام شد. در گروه مداخله به مدت ۸ جلسه ۱/۵ ساعته، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی ارائه شد. جامعه آماری، کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تحت درمان در مطب های پزشکان غدد شهرستان بجنورد بود. روش نمونه گیری در مرحله اول بر اساس نمونه گیری در دسترس بود. بدین منظور، ابتدا با مراجعه به مطب های دو نفر از پزشکان غدد شهرستان بجنورد یک پرسشنامه مشخصات دموگرافیک محقق ساخته (که شامل سن، جنس، شغل و تحصیلات بود) در بین بیماران مراجعه کننده به مرکز توزیع شد تا از نظر احراز شرایط ورود به مطالعه مورد ارزیابی قرار گیرند و اطلاعاتی در مورد طرح پژوهش به آنها داده شد. ۳۶ نفر از افرادی که تمایل به همکاری در طرح داشتند و سایر معیارهای ورود به طرح را دارا بودند، انتخاب شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیرگروه حداقل ۱۵ نفر باشد برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد [۱۷]. معیارهای ورود شرکت کنندگان به مطالعه عبارت بودند از: حداقل یکسال از دریافت تشخیص بیماری دیابت نوع دو گذشته باشد، دارا بودن بهره هوشی متوسط و بالاتر، عدم سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر، عدم وجود تشنج و مشکلات نورولوژیک، دریافت نکردن درمان های روان شناختی دیگر؛ همچنین معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: شواهدی مبنی بر وجود بیماری جسمانی شدید در شخص

بر اساس پرونده بیمار، تفکرات شدید خود کشی بر اساس مصاحبه، غیبت بیش از دو جلسه در طول جلسات گروه. در مرحله بعد یک جلسه توجیهی ۶۰ دقیقه ای توسط پژوهشگر برای کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش برگزار شد. در این جلسه پرسشنامه های SF36 و BSI به عنوان خط پایه (پیش آزمون) و فرم رضایت نامه آگاهانه توسط بیماران تکمیل شد و همچنین آنها بصورت تصادفی بر اساس جدول تصادفی اعداد به دو گروه ۱۸ نفره تقسیم شدند. سپس برنامه برگزاری جلسات هر گروه به اطلاع بیماران رسانده شد. به اعضای گروه کنترل توضیح داده شد که بعد از اتمام این طرح پژوهشی و جمع آوری داده ها در آخرین مرحله، یعنی در مرحله پیگیری، در صورتی که تمایل داشته باشند می توانند از خدمات روانشناختی

که توسط درمانگر ارائه می شود استفاده کنند. در انتهای جلسه آخر مداخله نیز پرسشنامه های کیفیت زندگی و علائم نشانگان مختصر تکمیل شدند. همچنین جهت پیگیری پایداری اثرات درمانی، دو ماه بعد از اتمام مداخله مجدداً هر دو پرسشنامه توسط شرکت کنندگان در مداخله تکمیل شد. دو نفر از بیماران از گروه استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن MBSR یکی از جلسه دوم و یکی از جلسه سوم به بعد درمان را ادامه ندادند. از گروه کنترل نیز اطلاعات یک نفر در مراحل پس آزمون و پیگیری تکمیل نشد. سپس داده های جمع آوری شده تحت تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت و برای مقایسه نتایج گروه های آزمایشی و کنترل از تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. تجزیه و تحلیل های آماری توسط نرم افزار SPSS20 انجام شد.

سرفصل های ارائه شده در مداخله کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن

جلسه ۱	مقدمه و معرفی حضور ذهن بنیاد نگرشی: ذهن مبتدی تم جلسه: بودن با آنچه که هست
جلسه ۲	ادراک و پاسخ دهی خلاقانه بنیاد نگرشی: قضاوتی نبودن تم جلسه: اثر استرسورها نیستند بلکه نحوه کنترل شماست ترویج حضور ذهن در فعالیت های روزمره
جلسه ۳	لذت و قدرت در لحظه حال حاضر بنیاد نگرشی: اعتماد تم جلسه: بحث در مورد تقویم رویدادهای خوشایند مواجهه شدن با آنچه که از تجربه مان ناشی می شود
جلسه ۴	واکنش و پاسخ دهی به استرس بنیاد نگرشی: عدم تلاش تم جلسه: بحث در مورد تقویم رویدادهای ناخوشایند آگاهی از احساس گیر افتادن، مسدود شدن، کرختی، مقاومت در لحظه حال
جلسه ۵	یافتن فضایی برای تصمیم گیری بنیاد نگرشی: پذیرش تم جلسه: یادگیری اینکه چگونه به افکار نگرسته شود بجای آنکه در آنها غرق شد حرکت و پیش روی از رفتارهای عادی به سوی انتخاب پاسخ های موثرتر
جلسه ۶	ارتباط حضور ذهن بنیاد نگرشی: رها بودن تم جلسه: حضور ذهن بین فردی ترویج شفقت و مهربانی به خود آگاه شدن به لحظاتی که در آن فرد به لحاظ عاطفی واکنشی می شود و مواجهه شدن با آن بجای پرت کردن حواس، فاصله گرفتن یا اجتناب کردن
جلسه ۷	ادغام حضور ذهن در زندگی روزمره بنیاد نگرشی: شکیبایی تم جلسه: یافتن تعادل و پیوند (connectedness) در ارتباطات بین فردی توانایی توجه و گوش دادن واقعی به دیگران توانایی درک انسانیت مشترک با افرادی که ارتباط با آنها را دشوار می دانیم
جلسه ۸	ادغام دادن به تمرینات تم جلسه: حفظ و ادامه انرژی و نظم ایجاد شده در طی ۷ هفته گذشته ترویج ذهن آگاهی در زندگی روزمره فیدبک دادن در مورد ۸ هفته گذشته، قدردانی، گزینش اهدافی برای حرکت بسوی منابع ذهن آگاهی

مقاله حاضر گزارش بخشی از یافته های پایان نامه دکتر در رشته روانشناسی سلامت می باشد که در دانشگاه خوارزمی به تصویب رسیده است.

می‌گیرد. در این درمان به بیماران تمرین‌های متنوعی از حضور ذهن (از قبیل مراقبه نشسته، مراقبه پایش بدن، یوگا، مراقبه ذهن مشفق) آموزش داده می‌شود [۲۲]

یافته‌ها

میانگین سنی افراد شرکت کننده در پژوهش در گروه MBSR $53/50 \pm 5/41$ و در گروه کنترل $52/94 \pm 8/562$ می‌باشد. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه‌های مورد پژوهش به همراه درصد و فراوانی برای گروه‌ها در **جدول ۱** ارائه شده است.

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار برای گروه‌های آزمایش و کنترل و پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در **جدول ۲** ارائه شده است.

نتایج **جدول ۲** میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس‌های سیاهه نشانگان مختصر و کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و در گروه‌های استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن و کنترل نشان می‌دهد.

جهت انجام آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر MBSR بر سلامت روان ابتدا پیش‌فرض‌های انجام آن بررسی شد. مقدار ضریب چولگی و ضریب کشیدگی توزیع نمرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و با توجه به دو گروه MBSR و کنترل در دامنه $2+$ تا -2 قرار دارند و نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرهای وابسته غیر از نمرات روان‌پیش‌گرای در مرحله پیگیری ($P=0/043$) معنی‌دار نبوده است ($P>0/05$). بنابراین، می‌توان استنباط نمود که توزیع متغیرهای وابسته برای گروه‌های آزمایش و کنترل از مفروضه نرمال بودن تبعیت می‌کنند. همچنین آماره موچلی برای تمامی متغیرهای وابسته به جز متغیر اضطراب و پرخاشگری معنادار بود، که نشان می‌دهد واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معناداری متفاوت است. بنابراین پیش‌فرض کرویت رعایت نمی‌شود. در این پژوهش از شاخص گرین‌هاس-گیسر جهت رفع این مشکل استفاده شد. نتایج آزمون لون نیز در هیچ‌یک از مراحل آزمون معنادار نبود، یعنی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار بود.

در **جدول ۳** نتایج تحلیل واریانس مختلط به منظور بررسی اثر MBSR بر سلامت روان ارائه شده است.

فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی سنجش سلامت روانی (BSI-3): این پرسش‌نامه فرم خلاصه شده‌ی پرسش‌نامه SCL-90-R است و شامل ۵۳ سوال می‌باشد که هر کدام نمرات ۰ تا ۳ را به خود اختصاص می‌دهند. این پرسش‌نامه برای نخستین بار توسط دراگوتیس و ملیسارانتوس (۱۹۸۳) معرفی شد. نقطه برش این پرسش‌نامه ۴۱ می‌باشد که نمره بالاتر از ۴۱ به عنوان بیمار تلقی می‌گردد. بیشترین ضریب همبستگی برای افسردگی ۰/۹۵ و کم‌ترین آن برای روان‌گسسته‌گرایی ۰/۷۷ گزارش شده است [۱۸]. در ایران نیز محمدخانی و همکاران در سال ۲۰۱۰ به بررسی ویژگی‌های روانسنجی سیاهه نشانگان مختصر در بین گروهی از بیماران افسرده بهبود یافته، پرداختند. ضریب پایایی بین ۰/۷۱ (برای زیرمقیاس روان‌پیش‌گرای) تا ۰/۸۷ (برای جسمانی‌سازی و افسردگی) بدست آمد [۱۹].

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسش‌نامه توسط ویر^۴ در سال ۱۹۹۳ ساخته شده است [۲۰]. پرسش‌نامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت می‌تواند به صورت یک ابزار ارزیابی عمومی با هدف مقایسه کیفیت زندگی افراد بیمار و سالم به کار رود. این پرسش‌نامه ابزار مناسبی در مداخله‌ها و مطالعات مقطعی می‌باشد و ارائه دهنده اطلاعاتی می‌باشد که قادر است برای پایش سلامت بیماران استفاده شود. این مقیاس شامل هشت زیرمقیاس عملکرد جسمی، مشکلات جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی، نشاط، عملکرد اجتماعی، مشکلات روحی، سلامت روان می‌باشد [۲۰]. این پرسش‌نامه توسط منتظری، گشتسابی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) ترجمه و در جامعه ایرانی استاندارد شد. شواهد حاکی از آن است که این پرسش‌نامه از روایی و اعتبار لازم برخوردار است. درواقع بجز زیرمقیاس نشاط که ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۶۵ گزارش شد سایر مقیاس‌های نسخه فارسی SF-36 با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شد [۲۱].

در این پژوهش منظور از استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن جلسات درمانی است که در طی ۸ هفته به صورت گام‌به‌گام در جلسات ۱/۵ تا ۲ ساعته به صورت گروهی اجرا شد. استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن یک درمان ساختارمند و اساساً گروهی است که در اصل برای مدیریت درد مزمن به کار می‌رفت، ولی اکنون به‌طور گسترده‌ای برای کاهش عوارض روان‌شناختی بیماری‌های مزمن مورد استفاده قرار

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	MBSR (n=16)	کنترل (n=17)
جنسیت		
مرد	۱۰ (۶۲/۵)	۱۱ (۶۴/۷)
زن	۶ (۳۷/۵)	۶ (۳۵/۳)
تحصیلات		
ابتدایی	۰ (۰)	۰ (۰)
سیکل	۱ (۶/۳)	۵ (۲۹/۴)
دیپلم	۸ (۵۰)	۶ (۳۵/۳)
لیسانس و بالاتر	۷ (۴۳/۸)	۶ (۳۵/۳)

^۴ Ware

^۳ Brief Symptom Inventory

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های MBSR و کنترل

متغیرها	MBSR										کنترل	
	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری		پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M
جسمانی سازی	۲/۰۹	۰/۴۸	۱/۶۵	۰/۶۷	۱/۶۳	۰/۶۶	۲/۲۸	۰/۵۹	۲/۲۱	۰/۳۷	۲/۲۱	۰/۳۵
وسواسی جبری	۲/۳۷	۰/۴۱	۱/۵۴	۰/۴۶	۱/۵۳	۰/۴۵	۲/۴۳	۰/۶۳	۲/۲۵	۰/۵۹	۲/۲۶	۰/۵۹
حساسیت بین فردی	۲/۴۵	۰/۵۳	۲/۰۸	۰/۶۷	۲/۱۰	۰/۶۷	۲/۷۱	۰/۶۷	۲/۴۸	۰/۶۷	۲/۴۷	۰/۶۴
افسردگی	۲/۳۰	۰/۴۴	۱/۰۲	۰/۴۵	۰/۹۹	۰/۴۵	۲/۵۶	۰/۴۲	۲/۷۱	۰/۶۸	۲/۶۸	۰/۶۵
اضطراب	۲/۸۵	۰/۴۷	۱/۶۵	۰/۵۸	۱/۶۳	۰/۵۷	۲/۲۱	۰/۴۴	۲/۵۶	۰/۴۵	۲/۴۶	۰/۴۳
پرخاشگری	۱/۹۸	۰/۴۸	۱/۰۸	۰/۴۰	۱/۰۷	۰/۴۳	۱/۸۶	۰/۵۱	۲/۰۳	۰/۳۲	۲/۱۵	۰/۳۸
ترس مرضی	۱/۷۲	۰/۶۹	۱/۵۴	۰/۸۲	۱/۵۵	۰/۸۲	۲/۴۳	۰/۷۲	۱/۸۰	۰/۵۴	۱/۷۷	۰/۵۴
افکار پارانوئید	۲/۲۴	۰/۷۰	۲/۱۶	۰/۷۷	۲/۱۷	۰/۷۲	۱/۲۰	۰/۴۲	۲/۴۰	۰/۷۴	۲/۳۷	۰/۷۱
روانپزش گرای	۱/۲۰	۰/۵۶	۱/۱۲	۰/۴۸	۱/۱۳	۰/۴۷	۲/۲۸	۰/۵۹	۱/۱۵	۰/۴۵	۱/۱۵	۰/۴۷
عملکرد جسمی	۶۲/۸۵	۱۶/۰۸	۷۰/۷۱	۱۷/۷۱	۷۰/۹۱	۱۷/۷۶	۶۲/۵۸	۱۵/۹۰	۶۳/۶۴	۱۵/۰۴	۶۳/۵۶	۱۵/۰۴
محدودیت در نقش	۵۰/۹۴	۱۲/۳۷	۶۱/۲۲	۱۲/۷۹	۶۱/۲۷	۱۲/۵۸	۵۲/۰۱	۱۰/۵۷	۵۰/۷۹	۱۰/۵۰	۵۰/۶۶	۹/۶۰
ناشی از مشکل جسمی												
محدودیت در نقش	۵۶/۲۸	۱۳/۶۸	۶۷/۲۱	۱۲/۷۰	۶۷/۴۸	۱۲/۸۷	۵۷/۱۴	۹/۴۱	۵۷/۹۶	۹/۹۰	۵۶/۷۴	۷/۲۵
ناشی از مشکل هیجانی												
انرژی / خستگی	۵۶/۶۲	۷/۶۷	۶۱/۷۶	۸/۴۱	۶۱/۵۱	۹/۰۶	۵۶/۵۵	۷/۹۳	۵۶/۹۹	۸/۳۰	۵۷/۰۱	۸/۲۶
سلامت روانی	۶۰/۳۳	۱۲/۶۶	۶۶/۹۱	۱۳/۱۳	۶۷/۴۳	۱۳/۰۸	۶۲/۱۱	۱۳/۹۵	۶۱/۹۹	۱۴/۷۱	۶۱/۹۱	۱۴/۶۹
عملکرد اجتماعی	۶۱/۸۳	۱۵/۳۷	۶۹/۳۶	۱۶/۷۶	۶۹/۶۱	۱۷/۶۳	۶۲/۷۳	۱۶/۶۳	۶۳/۲۹	۱۵/۹۰	۶۳/۱۴	۱۵/۹۴
درد	۵۶/۴۳	۸/۸۶	۶۲/۱۵	۸/۶۰	۶۲/۰۹	۸/۵۵	۵۸/۱۱	۱۱/۹۷	۵۷/۶۸	۱۲/۶۵	۵۷/۶۱	۱۲/۶۱
سلامت عمومی	۵۷/۲۳	۲۴/۱۳	۶۴/۲۴	۲۳/۲۲	۶۳/۹۳	۲۳/۹۳	۵۷/۱۲	۲۱/۱۷	۵۷/۶۶	۲۱/۸۱	۵۷/۷۶	۲۱/۴۴

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر MBSR بر سلامت روان

اثر	شاخص	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	p	مجذور اتا
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۱۶	۱۶/۸۳۸	۱۰	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۸۸۴
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۴	۱۷/۲۵۴	۲۰	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۶
زمان * گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۳۶	۱۵/۹۸۹	۲۰	۱۲	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴

با توجه به دو گروه آزمایش و کنترل در دامنه ۲ تا ۲- قرار داشتند و نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرهای وابسته غیر از نمرات محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی در مرحله پیگیری ($P=0/026$) و انرژی/خستگی در مرحله پیش آزمون ($P=0/048$) معنی دار نبود ($P>0/05$). بنابراین، توزیع متغیرهای وابسته برای گروه های آزمایش و کنترل از مفروضه نرمال بودن تبعیت می کرد. همچنین آماره موجهی در تمامی موارد به جز زیر مقیاس "محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی" معنادار بود. بنابراین پیش فرض کروییت رعایت نمی شد که از شاخص گرین-هاس-گیسر جهت رفع این مشکل استفاده شد.

نتایج آزمون لون نیز در هیچ یک از مراحل آزمون به جز "محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی" در مرحله پیگیری ($P=0/012$) معنادار نبود و این نشانگر همگنی واریانس ها می باشد.

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس مختلط به منظور بررسی اثر MBSR بر کیفیت زندگی ارائه شده است.

جدول ۳ نشان می دهد که اثر گروه ها بر سلامت روان در آزمون ویلکز ($0/116$) معنادار است ($F=16/838, P<0/001$). افزون بر این بین گروه MBSR و کنترل در سلامت روان تفاوت معنادار وجود دارد. اثر زمان اندازه گیری بر سلامت روان در آزمون ویلکز ($0/034$) معنادار است ($F=17/254, P<0/001$)؛ افزون بر این بین میانگین سلامت روان در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های MBSR و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین سلامت روان در اثر مداخلات در پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. همچنین اثر تعامل بین گروه ها و زمان اندازه گیری بر سلامت روان در آزمون ویلکز ($0/036$) معنادار است ($F=15/989, P<0/001$). بنابراین می توان بیان کرد که میانگین سلامت روان در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیرها تفاوت معناداری دارد.

در گام بعدی جهت انجام آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر MBSR بر کیفیت زندگی نیز ابتدا پیش فرض های انجام آزمون بررسی شد. مقدار ضریب چولگی و ضریب کشیدگی توزیع نمرات متغیرهای وابسته در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر MBSR بر کیفیت زندگی

اثر	شاخص	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	p	مجذور اتا
گروه	لامبدای ویلکز	۰/۵۸۳	۲/۱۴۶	۸	۲۴	۰/۷۱	۰/۴۱۷
زمان	لامبدای ویلکز	۰/۰۵۴	۱۷/۵۸۹	۱۶	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۶
زمان* گروه	لامبدای ویلکز	۰/۰۵۷	۱۶/۶۰۹	۱۶	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۴۳

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر گروه ها بر کیفیت زندگی در آزمون ویلکز (۰/۵۸۳) معنادار نیست ($F=2/146, P<0/071$). یعنی بین گروه MBSR و کنترل در کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود ندارد. اثر زمان اندازه گیری بر کیفیت زندگی در آزمون ویلکز (۰/۰۵۴) معنادار است ($F=17/589, P<0/001$)؛ افزون بر این بین میانگین کیفیت زندگی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه های MBSR و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین کیفیت زندگی در اثر مداخلات در پس آزمون و پیگیری افزایش یافته است. و اثر تعامل بین گروه ها و زمان اندازه گیری بر کیفیت زندگی در آزمون ویلکز (۰/۰۵۷) معنادار است ($F=16/609, P<0/001$). بنابراین می توان بیان کرد که میانگین نمره کیفیت زندگی در زمان های مختلف با توجه به سطوح متغیرها تفاوت معناداری دارد.

بحث

طبق نتایج به دست آمده، نمرات تمامی زیرمقیاس های چک لیست نشانگان مختصر (BSI) به جز افکار پارانوئید و روانپریش گرابی در گروه MBSR در پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون کاهش معناداری داشته است و این کاهش تا دوره پیگیری نیز ثابت مانده است، که نشان دهنده پایا بودن اثرات درمان است. همچنین میانگین جسمانی کردن، وسواس - جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی در گروه MBSR با گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری دارد که نشان دهنده اثربخشی مداخله است.

نتایج به دست آمده با یافته های مطالعات پیشین [۲۳، ۲۴] هماهنگ است. در مطالعه مقدماتی مشاهده ای که توسط روزنویگ و همکاران در سال ۲۰۰۷ بر روی ۱۴ بیمار مبتلا به دیابت صورت گرفته بود تا اثرات MBSR را بر HbA1c، فشار خون، وزن و علائم روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی، جسمانی سازی، و پریشانی روانی کلی مورد بررسی قرار دهد. این مطالعه کنترل نشده کاهش نیم درصدی در HbA1c و کاهش در فشار خون باندازه ۶ mmHg را نشان داد. همچنین کاهش در افسردگی، اضطراب و پریشانی کلی روانی در افرادی که جلسات را به طور کامل شرکت کرده بودند مشاهده شد. تحلیل ها نشان داده که تغییر در سبک زندگی باعث کاهش HbA1c نشده بود. میانگین وزن شرکت کنندگان تغییری نکرده بود و تغییری در داروها، رژیم غذایی یا ورزش که می توانست عامل بهبود کنترل گلیسمیک باشد، نیز گزارش نشده بود. بنابراین نویسندگان این مطالعه نتیجه گرفتند که کاهش HbA1c و فشار خون می تواند بخاطر اثرات درمان باشد [۲۵].

هارتمن و همکاران [۲۰۱۲] در مطالعه خود اثر معناداری بلافاصله بعد از مداخله MBSR نیافتند، اما در پیگیری یک ساله بهبود قابل ملاحظه ای در علائم افسردگی ($d=0/71$) (کوهن) و وضعیت سلامت کلی ($d=0/54$) را گزارش کردند. اما تغییر معناداری در میزان آلبومینوری بیماران که هدف اصلی مطالعه شان بود مشاهده نکردند. همچنین طبق یافته های آنها میزان کاهش استرس در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل بود ($d=0/64$). آنها معتقد بودند که اینکه بعد از مداخلات اثر معناداری در پیامد درمانشان مشاهده نکردند به دلیل این است که میزان افسردگی در شرکت کنندگان مطالعه آنها در خط پایه کمتر از میزان گزارش شده در مطالعات دیگر بوده است. برای همین اثر مداخله بر افسردگی بیشتر نقش جلوگیری از پیشرفت علائم افسردگی را داشته تا اینکه سطح تنش هیجانی را کاهش دهد [۲۳].

محمدی شیرمحله و همکاران نیز در سال ۱۳۹۴ مطالعه ای برای بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و کنترل قند خون بیماران دیابتی انجام دادند، که طبق یافته های آنها این درمان بر کاهش اضطراب ($F=25/06$ و $p=0/001$) و بهبود کنترل قند خون ($F=20/22$ ، $p=0/002$) بیماران دیابتی اثر معنی داری داشته است [۲۴].

MBSR قابلیت های قابل ملاحظه ای در تسهیل انطباق با بیماری های مزمن و بهبود علائم پزشکی و روانشناختی و کیفیت زندگی از خود نشان داده است. مسیری که احتمالاً MBSR از طریق آن بر سلامت اثر می گذارد، از طریق تاثیر آن بر استرس است [۲۶]. در دهه های اخیر پیرامون نقشی که استرس می تواند در سلامت کلی داشته باشد بحث های زیادی صورت گرفته است و باور گسترده ای وجود دارد که استرس می تواند منجر به بیماری شود. استرس بر ایجاد هیجانات منفی مثل اضطراب و افسردگی تاثیر می گذارد که آن نیز به نوبه خود به طور منفی بر فرآیندهای بیولوژیکی و رفتار تاثیر می گذارد. رفتارهایی مثل سیگار کشیدن، خوردن بیش از حد، کمبود خواب و ورزش، خطر ابتلا به بیماری را بیشتر می کند. و فرآیندهای بیولوژیکی نیز از طریق سیستم پاسخ درون ریز تحت تاثیر قرار می گیرند. این سیستم اختصاصاً به استرس از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-فوق کلیه و سیستم سمپاتیک-آدرنال-مدولاری واکنش نشان می دهد و بر طیف گسترده ای از فرآیندهای روانشناختی تاثیر می گذارد [۲۷]. فعالیت طولانی مدت و مکرر سیستم درون ریز، توانایی آن در تنظیم سیستم فیزیولوژیکی بدن را تحت تاثیر قرار می دهد و ریسک ابتلا به بیماری های روانشناختی و جسمانی افزایش می یابد [۲۸]. ارتباط بین فشار روانی و بیماری ها در چندین مورد به خوبی مورد مطالعه قرار گرفته و نشان داده شده است، مثل افسردگی، بیماری های قلبی عروقی و ایدز؛ و مطالعات برای سایر بیماری ها در حال گسترش است [۲۷].

و تجربه شان از تمرین مراقبه را به اشتراک بگذارند که این حمایت اجتماعی و ابراز هیجانات، در فرآیند تلاش اشخاص برای مقابله با بیماری شان، فاکتور بسیار مهمی برای درمان و بهبود است [۳۵]. شواهد روزافزونی وجود دارد که افراد دارای بیماری مزمنی که در گروه های حمایتی دور هم جمع می شوند تا تجارب خود را به اشتراک بگذارند، در مورد بیماری خود اطلاعاتی به دست آورند و مهارتهای مقابله ای بیاموزند، در علائم جسمی و روانشناختی شان بهبود نشان می دهند و ممکن است زمان زنده ماندنشان را افزایش دهد [۳۶].

علاوه بر عوامل حمایت اجتماعی و ابراز هیجانات، انتظار بیماران نیز ممکن است در پاسخ درمانی مرتبط با MBSR اثرگذار باشد. طبق مطالعه ریبیل و همکاران صد در صد شرکت کنندگان گروه MBSR در آغاز درمان پیش بینی کردند که در سطح تنش کلی آنها کاهش به وجود خواهد آمد. همچنین ۸۰-۹۰ درصد از آنها انتظار داشتند که علائم جسمانی و درد بدنی و محدودیت هایی که بخاطر این درد و ناراحتی بدنی دارند کاهش پیدا کند [۲۹]. این یک حقیقت شناخته شده است که باور و انتظار بیمار می تواند پیامد درمان را تحت تاثیر قرار دهد [۳۷]. و ممکن است در این مطالعه نیز این انتظار و باور در بیماران در اثربخشی مداخله دخیل باشد.

طبق یافته های بدست آمده نتیجه گرفته می شود که مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند کیفیت زندگی و سلامت روان را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشد. از آنجایی که دیابت بیماری مزمنی است که همیشه خطر ناتوانی های جسمی بیشتر و حتی مرگ را به همراه دارد و آگاهی از این امر و خطرات این بیماری و بار سنگین مدیریت بیماری که مستلزم رژیم های سخت غذایی و تغییرات سبک زندگی و عاداتی است، همگی می توانند منبع فشار روانی زیادی برای بیمار باشند. این شرایط فرد هیجانات ناخوشایند زیادی را تجربه خواهد کرد از قبیل اضطراب و نگرانی از وضعیت سلامتی و آینده، غم و خشم به خاطر مقصر دانستن خود و نا عادلانه بودن شرایط. تجربه این هیجانات ناخوشایند به علاوه مشکلات جسمانی ای که با آن درگیر هستند باعث می شود که فرد مستعد مشکلات روانشناختی شود و کیفیت زندگی اش کاهش یابد. در این میان مداخلات کوتاه مدت و کم هزینه ای مانند MBSR می تواند مهارت هایی مانند توجه ذهن آگاهانه و پذیرش وضع موجود را در اختیار بیماران قرار دهند تا با استفاده از آنها علیرغم وجود بیماری و این شرایط سخت، وضعیت کنونی و بیماری خود را بپذیرند، چرا که تا زمانی که فرد وضع موجود را نپذیرد نمی تواند به سمت درمان و مدیریت وضع موجود حرکت کند.

یکی از محدودیت های مطالعه حاضر عدم بررسی و یا کنترل رژیم دارویی مرتبط با بیماری دیابت یا سایر بیماری های جسمی و روانی می باشد. چرا که تغییرات در این رژیم دارویی در طول مداخلات یا قطع مصرف آنها و یا تفاوت بین گروه های مداخله و کنترل از این نظر، ممکن است نتایج را تحت تاثیر قرار دهد. محدودیت دیگر است که گروه های مورد مطالعه ترکیبی از زن و مرد بودند. البته این محدودیت بخاطر کم بودن تعداد بیمارانی که تمایل به شرکت در مطالعه داشته باشند به وجود آمد. اما به هر صورت این امر با توجه به متون روانشناختی می تواند

طبق یافته های به دست آمده، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نیز در گروه MBSR در پس آزمون نسبت به پیش آزمون بهبود معناداری داشته است و این بهبود تا دوره پیگیری نیز ثابت مانده است. که این امر نشان دهنده پایداری اثرات MBSR در بهبود کیفیت زندگی است. این یافته با پژوهش ریبیل و همکاران که اثرات MBSR بر گروه ناهمگنی از بیماران را مورد بررسی قرار داده بودند [۲۹] و همچنین پژوهش هایی مانند نیکلیچک و کویچپرس [۳۰]، ونسون و همکاران [۳۱] و زارع و همکاران [۳۲] که اختصاصاً اثربخشی این مداخله را روی نمونه مبتلا به دیابت سنجیده بودند، هماهنگ است.

در پژوهش ریبیل و همکاران که روی ۱۳۶ نفر از بیماران ناهمگن صورت گرفته بود، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با توجه به نمرات پرسشنامه SF-36 شامل انرژی، درد بدنی، محدودیت در ایفای نقش ناشی از مشکلات جسمی و عملکرد اجتماعی ($p=0/01$). بهبود نشانه های جسمانی نیز با ۲۸ درصد کاهش در نمره چک لیست نشانگان پزشکی (MSCL) ^۵ نشان داده شد ($p<0/001$). کاهش تنش روانشناختی نیز با ۴۴ درصد کاهش در زیرمقیاس اضطراب و ۳۴ درصد کاهش در زیرمقیاس افسردگی نشان داده شد ($p<0/001$). و یافته های پیگیری یکساله این مطالعه نیز حاکی از تداوم این پیامدهای اولیه درمان است. یکی از محدودیت های عمده این مطالعه نداشتن گروه کنترل است. که می تواند اسناد این بهبودها به مداخله را تحت تاثیر قرار دهد [۲۹].

در پژوهش نیکلیچک و کویچپرس که در سال ۲۰۰۸ انجام شد نیز نتایج نشان دهنده کاهش بیشتر استرس ادراک شده ($p=0/016$) خستگی و کمبود انرژی ($p=0/001$) در گروه MBSR بود و همچنین افزایش بیشتر در عاطفه مثبت ($p=0/006$)، کیفیت زندگی ($p=0/009$) و ذهن آگاهی ($p=0/001$) بود. اما هدف مطالعه آنها از اجرای مداخله MBSR در بیماران دیابتی صرفاً بررسی اثربخشی این مداخله نبود و آنها قصد داشتند که ببینند مکانیسم اثرگذار این مداخله چیست. طبق فرض آنها که افزایش ذهن آگاهی باعث بهبود علائم روانشناختی و کیفیت زندگی می شود، تجزیه و تحلیل داده هایشان نیز از این فرض حمایت کرد و با در نظر گرفتن ذهن آگاهی به عنوان متغیر همپراش اثربخشی مداخله بر استرس ادراک شده و کیفیت زندگی کاهش پیدا کرد، بصورتی که دیگر معنادار نبود [۳۰]. همچنین طبق مطالعه ونسون و همکاران در سال ۲۰۱۳، مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود کیفیت زندگی روانی ($d=0/55$) و جسمانی ($d=0/40$) موثر بود [۳۰]. مداخله MBSR شامل چندین عنصر بالقوه درمانی است که ممکن است تبیین کننده بهبود مشاهده شده در کیفیت زندگی باشد. که شامل آموزش مراقبه ذهن آگاهی و همچنین سایر عوامل درمانی مثل بیان هیجانات و حمایت اجتماعی باشد. در حال حاضر مشخص نیست که مراقبه ذهن آگاهی به تنهایی تا چه حد مسئول بهبود سلامت است. چندین مطالعه کنترل شده نشان داده اند که تمرین مراقبه می تواند اثرات عمیق ذهنی/جسمی داشته باشد [۲۲، ۲۳، ۳۴]. مداخلات MBSR علاوه بر آموزش تکنیک های مراقبه خاص، یک محیط حمایتی نیز برای شرکت کنندگان فراهم می آورد که ممکن است آن نیز بر درمان اثر بگذارد. بعنوان بخشی از مداخله گروهی MBSR شرکت کنندگان این فرصت را دارند که احساساتشان را در مورد بیماری

و کیفیت زندگی اش کاهش یابد. در این میان مداخلات کوتاه مدت و کم هزینه ای مانند مداخله MBSR می توانند مهارت هایی مانند توجه همراه با حضور ذهن آگاهانه و پذیرش وضع موجود را در اختیار بیماران قرار دهند تا با استفاده از آنها علیرغم وجود بیماری و این شرایط سخت، وضعیت کنونی و بیماری خود را بپذیرند، چرا که تا زمانی که فرد وضع موجود را نپذیرد نمی تواند به سمت درمان و مدیریت وضع موجود حرکت کند. طبیعی است که وقتی بیماران خود را در این وضعیت سخت می یابند مهارت رویاوری و مقابله مناسب با چنین شرایطی را نداشته باشند. مداخله MBSR به بیماران این فرصت را می دهد که راهبردهای نظم جویی هیجان سازگانه تری را اتخاذ کنند و با حرکت به سمت اهداف و ارزش هایشان در زندگی، بجای اجتناب و درماندگی در برابر بیماری، از منابع و فرصت های موجود در زندگی شان در جهت بهبود استفاده کنند.

سپاسگزاری

بر خود لازم می دانم از استاد عزیزم جناب آقای دکتر محمد حاتمی که با راهنمایی های کار ساز و سازنده خود هدایت گر اینجانب بودند، تقدیر و تشکر نمایم. با تقدیر و تشکر بی پایان از جناب آقای دکتر جعفر حسنی، استادگرانقدر که با بزرگواری و حوصله هیچگاه از راهنمایی و روشن گری دریغ نکردند و نکته سنجی و هدایتشان موجب شد که دشواری و فراز و نشیب این راه بر من سهل و آسان گردد. و از کمک های بی دریغ دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی (بجنورد) به ویژه معاونت محترم آموزشی جناب آقای دکتر رضا گنجی و معاونت محترم پژوهشی جناب آقای دکتر کاوه حجت و سرکار خانم دکتر حبیبیه سادات شاکری فوق تخصص غدد، استادیار دانشگاه و سرکار خانم مهسا شمشیرگران کارشناس تغذیه تشکر و قدردانی می نمایم. و در پایان از تمامی بیمارانی که صبورانه و به موقع در جلسات گروه شرکت فعالانه داشتند بی نهایت سپاسگزارم.

عملکرد آن ها را تحت تاثیر قرار دهد. یعنی افراد یک جنسیت در گروه همگن عملکرد متفاوتی نسبت به وقتی که در گروه ناهمگن هستند خواهند داشت. همچنین سبک مقابله ای زنان و مردان در برابر مشکلات تا حدودی متفاوت است که این امر می تواند در مورد بیماری مزمن دیابت نیز وجود داشته باشد. چرا که آن ها هر کدام نقش ها و وظایف متفاوتی را به عهده دارند که می تواند شرایط را برایشان سهل تر یا سخت تر کند. این موضوع نیز به طور کامل روشن نیست و می تواند در مطالعات بعدی مورد بررسی بیشتر قرار بگیرد.

همچنین با توجه به اینکه در این مطالعه به بررسی اثربخشی MBSR بر کیفیت زندگی و سلامت روان پرداخته شد. و تحلیل داده ها فقط محدود به میزان اثر مداخله بر متغیرهای وابسته بود، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی تغییرات این متغیرهای وابسته در طول مداخلات نیز بررسی شود، تا مشخص شود که با ارائه هر یک از عوامل درمان چه تغییراتی در کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران اتفاق می افتد.

نتیجه گیری

طبق یافته های بدست آمده از پژوهش نتیجه گرفته می شود که استرس زدایی مبتنی بر حضور ذهن می تواند کیفیت زندگی، سلامت روان را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهبود بخشد. از آنجایی که دیابت بیماری مزمنی است که همیشه خطر ناتوانی های جسمی بیشتر و حتی مرگ را به همراه دارد و آگاهی از این امر و خطرات این بیماری و بار سنگین مدیریت بیماری که مستلزم رژیم های سخت غذایی و تغییرات سبک زندگی و عاداتی است، همگی می توانند منبع فشار روانی زیادی برای بیمار باشند. در این شرایط فرد هیجانات ناخوشایند زیادی را از قبیل اضطراب و نگرانی از وضعیت سلامتی و آینده، غم و خشم به خاطر مقصر دانستن خود و نا عادلانه بودن شرایط تجربه خواهد کرد. تجربه این هیجانات ناخوشایند به علاوه مشکلات جسمانی ای که با آن درگیر هستند باعث می شود که فرد مستعد مشکلات روانشناختی شود

References

1. Control CfD, Prevention. National diabetes statistics report, 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. 2017.
2. DiabetesAtlas. Brussels:: International Diabetes Federation; 2017.
3. Peykari N. A comprehensive study of national and sub-national trends, burden, in equality of fasting plasma Glucose and Diabetes Prevalence in Iranian Population (1990-2013). Tehran, Iran: Tehran University of Medical Sciences; 2015.
4. Derakhshan A, Sardarinia M, Khalili D, Momenan AA, Azizi F, Hadaegh F. Sex specific incidence rates of type 2 diabetes and its risk factors over 9 years of follow-up: Tehran Lipid and Glucose Study. PloS one. 2014;9(7):e102563.
5. Das-Munshi J, Stewart R, Ismail K, Bebbington PE, Jenkins R, Prince MJ. Diabetes, common mental disorders, and disability: findings from the UK National Psychiatric Morbidity Survey. Psychosomatic medicine. 2007;69(6):543-50.
6. Arigo D, Smyth JM, Haggerty K, Raggio GA. The social context of the relationship between glycemic control and depressive symptoms in type 2 diabetes. Chronic illness. 2015;11(1):33-43.
7. Schmitz N, Garipey G, Smith KJ, Clyde M, Malla A, Boyer R, et al. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: an important risk factor for poor health outcomes. Diabetes Care. 2014;37(4):970-8. DOI: 10.2337/dc13-1832 PMID: 24198303
8. Pouwer F, Skinner TC, Pibernik-Okanovic M, Beekman AT, Craddock S, Szabo S, et al. Serious diabetes-specific emotional problems and depression in a Croatian-Dutch-English Survey from the European Depression in Diabetes [EDID] Research Consortium. Diabetes research and clinical practice. 2005;70(2):166-73.
9. Seaward B. Essentials of managing stress: Jones & Bartlett Publishers; 2016.
10. Organization WH. World malaria report 2014: World Health Organization; 2015.
11. Al-Akour N, Khader YS, Shatnawi NJ. Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type 1 diabetes mellitus. Journal of Diabetes and its Complications. 2010;24(1):43-7.
12. Roshanfar A, Padash Z, Mokhtari S, Izadikhah Z. The effectiveness of psychotherapy training based on Frisch's theory on the quality of life of clients in Isfahan. J Health Syst Res. 2014;9(8):2046-55.
13. Spiegler M, Guevremont D. Contemporary behavior therapy. Belmont: Wadsworth/Cengage Learning; 2010.
14. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83.
15. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. Journal of psychosomatic research. 2010;68(6):539-44.

16. Nyklíček I, Mommersteeg P, Van Beugen S, Ramakers C, Van Bortel GJ. Mindfulness-based stress reduction and physiological activity during acute stress: A randomized controlled trial. *Health Psychology*. 2013;32(10):1110.
17. Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Roshd Publications; 2011.
18. Derogatis LR, Melisaratos N. The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*. 1983;13(3):595-605.
19. Mohammadkhani P, Dobson KS, Amiri M, Hosseini Ghafari F. Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory in a sample of recovered Iranian depressed patients. *International journal of clinical and health psychology*. 2010;10(3).
20. Ware JE, Kosinski M. SF-36 physical & mental health summary scales: a manual for users of version 1: Quality Metric; 2001.
21. Montazeri A, GOSHTASBI A, Vahdaninia M. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. 2006.
22. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003;10(2):144-56.
23. Hartmann M, Kopf S, Kircher C, Faude-Lang V, Djuric Z, Augstein F, et al. Sustained effects of a mindfulness-based stress-reduction intervention in type 2 diabetic patients: design and first results of a randomized controlled trial (the Heidelberg Diabetes and Stress-study). *Diabetes care*. 2012;DC_111343.
24. Shirmahaleh FM, Jomehri F, Keraskian A, Alzakerini SM. The effect of mindfulness-based stress reduction in depression and blood sugar reduction diabetic patients with BIS type of personality.
25. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS, Jasser SA, McMearty KD, et al. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine*. 2007;13(5):36-9.
26. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. *Diabetes Spectrum*. 2009;22(4):226-30.
27. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *Jama*. 2007;298(14):1685-7.
28. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*. 1998;338(3):171-9.
29. Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General hospital psychiatry*. 2001;23(4):183-92.
30. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*. 2008;35(3):331-40.
31. Jenny van Son M, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF, et al. The Effects of a Mindfulness-Based Intervention on Emotional Distress, Quality of Life, and HbA^{1c} in Outpatients With Diabetes (DiaMind): A randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013;36(4):823.
32. Zare H, Zare M, Amirabadi F, Shahriari H. Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction on glycemic control in diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013;20(108):40-52.
33. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN, Cook R, Myers H, Nidich S, et al. Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. *Stroke*. 2000;31(3):568-73.
34. Schneider RH, Staggers F, Alexander CN, Sheppard W, Rainforth M, Kondwani K, et al. A randomized controlled trial of stress reduction for hypertension in older African Americans. *Hypertension*. 1995;26(5):820-7.
35. Ornish D. Love and survival: The scientific basis for the healing power of intimacy: Harper Collins; 2011.
36. Delisle VC, Gumuchian ST, Rice DB, Levis AW, Kloda LA, Körner A, et al. Perceived benefits and factors that influence the ability to establish and maintain patient support groups in rare diseases: a scoping review. *The Patient-Patient-Centered Outcomes Research*. 2017;10(3):283-93.
37. Harrington A. The placebo effect: An interdisciplinary exploration: Harvard University Press; 1999.



Research Article

The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on mental health and quality of life of the patients with type 2 diabetes

Mohammad Shakeri ^{1*} , Mohammad Hatami ², Jafar Hasani ³, Habibeh Sadat Shakeri ⁴

¹ PhD of Health Psychology, Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

² Associate Professor, Department of Health Psychology, Faculty Member, Kharazmi University, Karaj, Iran

³ Associate Professor, Department of Health Psychology Department, Faculty Member, Kharazmi University, Karaj, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Internal Diseases, Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Shakeri, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran, E-mail: mohammadshakeri738@gmail.com

DOI: [10.29252/nkjmd-010025](https://doi.org/10.29252/nkjmd-010025)

How to Cite this Article:

Shakeri M, Hatami M, Hasani J, Shakeri HS. The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on mental health and quality of life of the patients with type 2 diabetes. JNKUMS. 2018; 10 (2): 31-40

URL: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-1516-fa.html>

Received: 15 May 2018

Accepted: 25 Jul 2018

Keywords:

Type II Diabetes

Mental Health

Quality of Life

Mindfulness Based Stress
Reduction

Abstract

Introduction: The stress resulting from Diabetes will also have negative psychological effects like depression, anxiety, stress as well as physical damages. In other words, stress, depression and anxiety are among the risk factors or exacerbating factors of diabetes, which will lead to an increase in treatment costs and a reduction in mental health and quality of life in these patients.

Objectives: The present study aimed to investigate the effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on improving the quality of life and mental health in patients with type 2 diabetes.

Methods: The present study is a quasi-experimental study with control group. Thirty six patients with diabetes referred to a private clinic in Bojnourd were included in the study with convenient sampling method and randomly divided into two groups of 18 patients. The experimental groups received an 8 session MBSR intervention. For assessing the quality of life, Sf36 questionnaires and Brief Symptom Inventory (BSI) were administered in pretest, posttest and a 2- month follow up. The mixed variance analysis was used for the statistical analysis using SPSS.

Results: The findings indicated the effectiveness of MBSR intervention on improving the quality of life and mental health. The interaction effect between groups and the time of evaluation on mental health ($F=15.989$, $p<0.001$) and quality of life ($F=16.609$, $p<0.001$) was statistically significant. the results also represented that these effects were stable or had a slight change in follow-up which reflects the lasting effects of the intervention.

Conclusions: MBSR intervention can improve the quality of life and mental health in patients with type 2 diabetes.