

اثربخشی درمان یکپارچه‌شده شناختی-رفتاری با ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی نوع دو

جواد ایوبی^۱، *ایمان‌الله بیگدلی^۲، علی مشهدی^۳

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.

۲. استناد، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

۳. استناد، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۶/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۰۷)

The Effect of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavior Therapy on Quality of Life, Psychological Distress and Adherence in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

Javad Ayoubi¹, *Imanollah Bigdeli², Ali Mashhadi³

1. M.A. in Clinical Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

2. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

3. Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

Original Article

(Received: Aug. 28, 2019 - Accepted: Jul. 28, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on quality of life, psychological distress and adherence to therapy in patients with type II diabetes mellitus. **Method:** The method of research was quasi-experimental with pretest-posttest control group. The sample included 30 persons who were selected by purposeful sampling among people with type II diabetes mellitus that were divided randomly into two group (experimental and control, N=15). After that an 8 session of MiCBT was done for the experimental group but The control group did not received any intervention. Measures included: world health organization quality of life (WHOQOL), depression, anxiety and stress scale (DASS-21) and Modanloo adherence to therapy test. **Findings:** result of univariate covariance analysis was statistically significant on quality of life ($p < 0/05$, $F = 151/65$), psychological distress ($p < 0/05$, $F = 69/178$) and adherence ($p < 0/05$, $F = 36/146$). **Conclusion:** It is suggested that mindfulness-integrated cognitive behavior therapy decreased psychological distress symptoms and improved quality of life and adherence to therapy in patients with type II diabetes mellitus.

Keywords: Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy, Quality of Life, psychological Distress, Adherence, Type 2 Diabetes Mellitus.

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی بر روی کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. روش: طرح این مطالعه از نوع شبه‌آزمایشی با گروه گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که تعداد ۳۰ نفر بیمار دیابتی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل ($N = 15$) قرار گرفتند. ۱۵ نفری که در گروه مداخله قرار گرفتند به مدت ۸ جلسه به‌صورت هفتگی و هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان و مداخله با رویکرد MiCBT قرار گرفته و اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در این پژوهش از ابزارهایی همچون پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، مقیاس پریشانی روان‌شناختی لویباند و پرسشنامه سنجش تبعیت از درمان مدانلو استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کواریانس حاکی از بهبود معنادار کیفیت زندگی ($F = 151/65$, $P < 0/05$)، کاهش پریشانی روان‌شناختی ($F = 69/178$, $P < 0/05$) و بهبود وضعیت تبعیت از درمان ($F = 36/146$, $P < 0/05$) بود. نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی و پایین آوردن پریشانی روان‌شناختی و همچنین افزایش تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شود و به این جهت مداخله‌ای مؤثر برای بیماران دیابتی محسوب می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی، کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی، تبعیت از درمان، دیابت نوع دو.

*Corresponding Author: Imanollah Bigdeli

*نویسنده مسئول: ایمان‌الله بیگدلی
Email: Ibigdeli@mail.um.ac.ir

مقدمه

جهانی اعلام کرده است که شیوع دیابت تا سال ۲۰۲۵ در ایران حدود ۶/۸ درصد خواهد بود (لاریجانی و زاهدی، ۱۳۸۰؛ اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۲).

دیابت نوع دو بر ابعاد مختلفی از بیماران از جمله خصوصیات جسمانی، روانی و عملکرد فردی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد و درمان‌های پزشکی باینکه تا حدی باعث کاهش علائم می‌شوند ولی خود می‌توانند الگوی زندگی فرد را مختل کنند. از یک‌سو دیابت، برای افراد مبتلا به بیماری به‌عنوان یک منبع فشار روانی تلقی می‌شود و از سوی دیگر خود استرس، بر علائم این بیماران اثر منفی می‌گذارد، به‌عنوان مثال استرس با فعال کردن بیشتر سیستم سمپاتیک دستگاه عصبی باعث افزایش قند خون می‌شود (توکلی و کاظمی زهرانی، ۲۰۱۸). پژوهش‌ها نیز ارتباط بین استرس و کنترل ضعیف قند خون در افراد مبتلا به دیابت را نشان داده‌اند (موریس^{۱۰}، مور^{۱۱} و موریس^{۱۲}، ۲۰۱۱).

شواهد نشان می‌دهد که عواملی همچون عدم پذیرش بیماری، حساسیت به افزایش یا کاهش قند خون، علائم بدنی و رژیم غذایی محدودکننده از جمله عوامل راه‌انداز مشکلات روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشند که این افراد را با درجه بالایی از پریشانی روانی روبرو می‌کنند (پیرسون و همکاران، ۲۰۱۸). پریشانی روان‌شناختی^{۱۳} در واقع همان اضطراب، افسردگی

امروزه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی فراوانی شناسایی شده‌اند، برخی از این بیماری‌ها مزمن هستند. دیابت نوع دو^۱ یکی از بیماری‌های مزمن پزشکی می‌باشد که علاوه بر جسم، بر سلامت روان‌شناختی افراد نیز تأثیر می‌گذارد. این بیماری با عدم تعادل انسولین نسبی ناشی از اختلال عملکرد سلول‌های بتای پانکراس و مقاومت به انسولین در اندام‌های هدف مشخص می‌شود در پزشکی در صورتی که بیمار محدودیتی در مصرف دارو نداشته باشد از داروی متفورمین برای درمان این بیماران استفاده می‌شود (بولارد^۲ و همکاران، ۲۰۱۸).

طبق مطالعات ۴۱۵ میلیون نفر بیمار دیابتی در سراسر جهان زندگی می‌کنند و با وجود افزایش دانش در رابطه با این بیماری، بروز و شیوع این بیماری در سراسر جهان در حال افزایش است (چترجی^۳، خوانتی^۴ و دیویس^۵، ۲۰۱۷). برآوردها نشان می‌دهند که حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد افراد مبتلا به دیابت در جهان مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشند (پیرسون^۶، ویلز^۷، وودز^۸ و وارنک^۹، ۲۰۱۸). در مطالعات همه‌گیر شناختی درباره شیوع دیابت نوع دو در ایران، تعداد افراد مبتلا به دیابت در کشور ایران بیش از ۱.۵ میلیون نفر تخمین زده شده است و سازمان بهداشت

- 1.Type 2 Diabetes Mellitus
- 2.Bullard, K. M.
- 3.Chatterjee, S.
- 4.Khunti, M.
- 5.Davies, J.
- 6.Pearson, S.
- 7.Wills, K.
- 8.Woods, M.
- 9.Warnecke, E.

- 10.Morris, T.
- 11.Moore, M.
- 12.Morris, F.
- 13.Psychological distress

و استرسی است که فرد تجربه می‌کند که اضطراب با نشانه‌هایی مثل عدم آرامش، بی‌قراری، دلشوره و تپش قلب همراه است و افسردگی علائمی مثل بی‌انرژی بودن، مشکلات خواب و اشتها و عدم رضایت را به همراه دارد، استرس نیز هرگونه فشاری است که در فرد تنش ایجاد می‌کند و جسم و روان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (ملاجعفر و همکاران، ۱۳۹۶). دیابت نوع دو موجب افسردگی شدید روان‌شناختی و مشکلات جسمی در بیماران می‌شود و بار سنگینی بر روی سیستم‌های مراقبت بهداشتی می‌گذارد (چترجی و همکاران، ۲۰۱۷). در افرادی که به یک بیماری مزمن مبتلا هستند شیوع اختلالات اضطرابی و افسردگی دو برابر جمعیت عادی می‌باشد (بارنارد^۱، لیوید^۲ و هولت^۳، ۲۰۱۲). بیماران مبتلا به دیابت نیز سطوح مختلفی از اضطراب و افسردگی را که از مؤلفه‌های بسیار مهم پریشانی روان‌شناختی به شمار می‌رود تجربه می‌کنند (دی گروت^۴، گلدن^۵ و واگنر^۶، ۲۰۱۶؛ فیشر^۷ و همکاران، ۲۰۰۸؛ والا، رزمنده، رامبول، نسلی اصفهانی و قدسی قائم‌آبادی، ۲۰۱۶؛ نعمت پور، شهبازیان و غلامپور، ۲۰۱۰؛ راجپوت^۸، گهلاوات^۹، گهلان^{۱۰}، گوپتا^{۱۱}، راجپوت^{۱۲}، ۲۰۱۶؛ اگید^{۱۳} و الیس^{۱۴}، ۲۰۱۰؛ ون سون^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۵). در این بیماران مساله پریشانی روان‌شناختی می‌تواند در نهایت باعث ناامیدی و بی‌تفاوتی فرد شود که به نوبه خود عدم تبعیت از درمان^{۱۶} و عدم رعایت رژیم‌های غذایی را به دنبال خواهد داشت؛ که این از جمله مشکلات مهم در سیستم سلامت در بیماران دیابتی می‌باشد (ایکونگ^{۱۷} و کاوکجیان^{۱۸}، ۲۰۱۶). همانطور که در مطالعات روان‌شناختی در بیماران دیابتی، استرس و افسردگی دو مانع بسیار مهم تبعیت از درمان این بیماران نامبرده شده است (هاشمی و بویا، ۲۰۱۸؛ دلاماتر^{۱۹}، مارچانت^{۲۰} و هراندز^{۲۱}، ۲۰۱۵). سازمان بهداشت جهانی تبعیت از درمان را برای بیماری‌های مزمن از جمله دیابت مطرح کرده است که رفتارهایی مثل تبعیت از مصرف داروهای تجویز شده، رعایت رژیم غذایی و پیروی از توصیه‌های متخصصان را دربر می‌گیرد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۱۱). این عدم تبعیت از درمان از دلایل شکست درمان، زیاد شدن عوارض بیماری و مشکلات دیگری از جمله افزایش هزینه‌های درمان می‌شود (اولوکوبا^{۲۲}، اوباترو^{۲۳} و اولوکوبا^{۲۴}، ۲۰۱۲).

در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پریشانی‌های روانی از جمله اضطراب و افسردگی و پیامدهای ناشی از عدم تبعیت از درمان در کنار مشکلات جسمی ناشی از علائم بیماری می‌تواند

۱. Barnard, K. D.
 ۲. Lloyd, C. E.
 ۳. Holt, R. I.
 ۴. De Groot, M.
 ۵. Golden, S. H.
 ۶. Wagner, J.
 ۷. Fisher, L.
 ۸. Rajput, R.
 ۹. Gehlawat, P.
 ۱۰. Gehlan, D.
 ۱۱. Gupta, R.
 ۱۲. Rajput, M.
 ۱۳. Egede, L. E.

14. Ellis, C.
 15. van Son, J.
 16. Adherence
 17. Ekong, G
 18. Kavookjian, J
 19. Delamater, M.A.
 20. Marchante, A.
 21. Hernandez, J.
 22. Olokoba, A. B.
 23. Obateru, O. A.
 24. Olokoba, L. B

و همکاران، ۲۰۱۸). از جمله درمان‌های موج سوم شناختی رفتاری، درمان یکپارچه‌شده شناختی رفتاری با ذهن‌آگاهی (MiCBT)^۹ می‌باشد که در واقع ترکیبی از تمرینات ذهن‌آگاهی با تکنیک‌های CBT است.

درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی، مراقبه ذهن‌آگاهی را آموزش می‌دهد که به منظور افزایش کنترل توجه بر افکار، ایجاد آگاهی نسبت به رابطه بین افکار و احساسات، پرورش نگرش پذیرنده و غیر انتقادی نسبت به اندیشه‌ها، تنظیم احساسات از طریق پرورش صمیمیت و ایجاد همدردی برای خود و دیگران است و از مزایای درمان شناختی رفتاری همچون تشخیص افکار بی‌فایده و تأثیر آن بر احساسات و رفتار ما نیز بهره می‌برد (کایون^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ داربی^{۱۱} و بیوان^{۱۲}، ۲۰۱۷؛ اوسبورن و همکاران، ۲۰۱۸). این درمان یک رویکرد ساخت‌دار می‌باشد که شامل چهار مرحله می‌باشد: مرحله اول) مرحله شخصی که توجه و هیجان در آن تنظیم می‌شود، مرحله دوم) مرحله مواجهه که در آن تنظیم رفتاری صورت می‌گیرد، مرحله سوم) مرحله کار بر روی روابط میان‌فردی می‌باشد و مرحله چهارم) مرحله همدلی که در آن روی بینش اخلاقی و پیشگیری از عود کار می‌شود. MiCBT با هدف مداخله در طیف گسترده‌ای از مشکلات روان‌شناختی و رویدادهای تنش‌زا مراقبه ذهن‌آگاهی را با مؤلفه‌های اساسی روش‌ها

منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران شود (رانی^۱، کومار^۲ و کریشان^۳، ۲۰۱۸؛ محمدپور، محمدپور، حریریان، مقدسیان و ابراهیمی، ۲۰۰۸؛ رانی و همکاران، ۲۰۱۸؛ کاسپر^۴ و همکاران، ۲۰۱۵؛ غلامی، ۱۳۹۶). در بررسی‌هایی که بر روی بیماران دیابتی انجام شده، این موضوع مطرح شده که اگر افزایش کیفیت زندگی در ابعاد گوناگون به‌عنوان بازده مداخلات درمانی در بیماری دیابت موردتوجه قرار گیرد می‌تواند به افزایش سازگاری این بیماران کمک کند (محمد پور و همکاران، ۲۰۰۸).

در طول سالیان گذشته در کنار درمان‌های پزشکی درمان‌های روان‌شناختی زیادی برای کنترل و بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران دیابتی موردبررسی و استفاده قرار گرفته است که از جمله آنها می‌توان درمان شناختی رفتاری (CBT)^۵، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)^۶ و آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس (MBSR)^۷ را نام برد.

درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مقایسه با درمان‌های متمرکز بر تغییر مانند درمان شناختی رفتاری که در آن درمان شامل ارزیابی و تغییر شناخت‌ها است، باعث کاهش اضطراب و پریشانی می‌شوند و پذیرش به سمت تجربیات داخلی و خارجی، از طریق مشاهده و تجربه بدون قضاوت این تجربیات هدایت می‌شود (اوسبورن^۸

1. Rani, M.
2. Kumar, R.
3. Krishan, P.
4. Kasper, D. L.
5. Cognitive Behavior Therapy
6. Mindfulness Based Cognitive Therapy
7. Mindfulness Based Stress Reduction
8. Osborn, R.

9. Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy
10. Cayoun, B.A.
11. Darby, M.
12. Beavan, V.

مداخلات شناختی رفتاری (یوچندو^۲ و بلیک^۳، ۲۰۱۷؛ لی^۴ و همکاران، ۲۰۱۷؛ نوروزی، ۱۳۹۰) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (تاووت و همکاران، ۲۰۱۴؛ بوگاچ^۵ و اوبرایان^۶، ۲۰۱۸؛ میر مهدی و رضاعلی، ۱۳۹۷) و برنامه آموزشی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس و کار بر روی بهبود مهارت‌های مقابله‌ای در بیماران دیابتی وجود دارد (الیس^۷ و همکاران، ۲۰۱۹؛ والا و همکاران، ۲۰۱۶؛ دلاماتر و همکاران، ۲۰۱۵).

با توجه به کم بودن میزان پژوهش‌های مربوط به رویکرد درمانی MiCBT در زمینه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، انجام پژوهشی که بتواند هر سه مسئله کیفیت زندگی، تبعیت از درمان و پریشانی روان‌شناختی که اثرات متقابل با نشانه‌های جسمانی بیماری و نیز با یکدیگر دارند را در این بیماران با استفاده از مداخله‌ای جامع‌تر مورد بررسی قرار دهد ضروری به نظر می‌رسد؛ و از آنجاکه درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی با در نظر گرفتن محدودیت‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی به‌خصوص در زمینه پردازش هیجانات برنامه مداخله‌ای جدیدی با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی ارائه می‌دهد (کایون^۸ و اوشه^۹، ۲۰۱۲)؛ لذا بررسی اثربخشی این درمان بر روی مشکلات روان‌شناختی بیماران دیابتی می‌تواند یکی از موضوعات مهم در زمینه کمک به دانش موجود در زمینه کمک به بهبود

و مفاهیم شناختی-رفتاری یکپارچه می‌کند و هدف از این یکپارچگی درواقع آموختن حالت‌های توجه به درمان‌جویان به‌صورت درونی‌سازی شده است تا قادر باشند هیجان‌های خودشان را تنظیم کنند و همچنین این مهارت‌ها را به موقعیت‌های دیگری که ممکن است مشکلات و آسیب‌ها از آنجا شروع، راه‌اندازی یا حفظ شود تعمیم دهند.

در مطالعات پیشین، اثربخشی این مداخله مورد بررسی قرار گرفته است به‌طور نمونه در بررسی اثربخشی این درمان بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان مبتلا به MS^۱ نتایج نشان داد که درمان MiCBT یک درمان مؤثر برای کاهش پریشانی هیجانی در بیماران مبتلا به MS می‌باشد (بحرانی، زرگر، یوسفی پور و اکبری، ۲۰۱۷؛ صباغ کرمانی، ۱۳۹۶)؛ و همچنین می‌توان آن را به‌عنوان مداخله‌ای مفید در افزایش دو مؤلفه بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به MS معرفی کرد (اورکی و سامی، ۱۳۹۵). مطالعه‌ای دیگر نیز نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با حضور ذهن بر افسردگی، تعهد به درمان و کنترل قندخون بیماران دیابتی نوع دو بوده است (سهرابی، ۱۳۹۲).

با نگاهی به پیشینه پژوهش مشخص می‌شود مطالعات نسبتاً کمی در مورد درمان مؤلفه‌های پریشانی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و از آن مهم‌تر تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت وجود دارد هرچند بررسی‌هایی در زمینه اثربخشی

2.Uchendu, C.
3.Blake, H.
4.Li, C.
5.Bogusch, L. M.
6.O'Brien, W. H.
7.Ellis, D. A.
8.Cayoun, B. A.
9.O'Shea, E.

1.Multiple Sclerosis

سلامت روانی این بیماران باشد.

روش

روش این مطالعه طرح شبه‌آزمایشی با گروه گواه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد که تعداد ۳۰ نفر بیمار دیابتی با روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس معیارهای ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت‌اند از: ۱- شرکت‌کننده به بیماری دیابت نوع دو مبتلا باشد. ۲- دامنه سنی بین ۱۵ تا ۴۵ سال باشد. ۳- حضور داوطلبانه در پژوهش به‌منظور بهبود سلامت روان شناختی. ۴- شرکت‌کننده تحت مداخله روان‌شناختی یا مشاوره‌ای دیگری قرار نداشته باشد که احتمال برود متغیرهای مطالعه کنونی را تحت تأثیر قرار دهد. معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: ۱- در صورتی که شرکت‌کننده به بیماری مزمن دیگری نیز علاوه بر دیابت مبتلا باشد به‌گونه‌ای که متغیرها را تحت تأثیر قرار دهد. ۲- در صورتی که شرکت‌کننده بیمار روان‌پزشکی نیازمند بستری باشد و یا داروی روان‌پزشکی مصرف کند. ۳- در صورتی که شرکت‌کننده تمایل به حضور در ادامه جلسات را نداشته باشد. پس از انتخاب شرکت‌کنندگان بر اساس این ملاک‌ها و تکمیل فرم رضایت‌نامه جهت شرکت در پژوهش به‌صورت تصادفی (گمارش تصادفی) در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر در گروه مداخله و ۱۵ نفر لیست انتظار) قرار گرفتند. ۱۵ نفری که در گروه مداخله قرار گرفتند تحت مداخله و درمان با رویکرد شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و

اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. از هرکدام از آنها پیش‌آزمون و مصاحبه ارزیابی وضعیت روان‌شناختی گرفته شد و سپس از اعضای گروه مداخله دعوت شد تا در جلسات گروهی هفتگی درمان MiCBT شرکت کنند و در افراد گروه کنترل هیچ نوع مداخله‌ای انجام نشد، پس از پایان دوره، مجدداً از اعضای هر دو گروه پس‌آزمون و بررسی متغیرهای مربوط به پژوهش به عمل آمد. ابزارهایی که جهت جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد عبارت‌اند از: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس که در ادامه توضیح داده می‌شوند.

۱) پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL): این پرسشنامه را سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۳۳۶ طراحی نموده است. این پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. گویه‌های این پرسشنامه در واقع چهار زیرمقیاس و یک نمره کلی را موردسنجش قرار می‌دهد. ۲۴ سؤال این پرسشنامه چهار حیطه زیرمقیاس‌هایی را که موردسنجش قرار می‌دهند عبارت‌اند از: سلامت جسمی، سلامت روان‌شناختی، روابط اجتماعی و سلامت محیطی. دو سؤال اول نیز حیطه‌های کلی کیفیت زندگی را می‌سنجد. گویه‌های این پرسشنامه بر روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای ارزیابی می‌شود. هرچه فرد نمره بالاتری بدست آورد نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر

صفر تا ۳۵؛ تلفیق درمان با زندگی، صفر تا ۲۵؛ چسبیدن به درمان، صفر تا ۲۰؛ تعهد به درمان، صفر تا ۲۵؛ و تدبیر در اجرای درمان، صفر تا ۱۵ می‌باشد که در نتیجه نهایی نمرات و محاسبات، هرچه میزان نمره فرد بیشتر باشد وضعیت تبعیت از درمان بهتری دارد. در تحقیقی که توسط مدانلو روایی صوری و محتوایی این ابزار سنجیده شد مورد تایید قرار گرفته و اندازه پایایی این پرسشنامه به روش آزمون-بازآزمون ۰/۸۷۵ گزارش شده است (فاطمی، رفیعی، حاجی‌زاده و مدانلو، ۲۰۱۸).

۳ پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (DASS-21)^۱: این مقیاس به‌وسیله لویباند طراحی شده است. نسخه اصلی این مقیاس ۴۲ سؤال را شامل می‌شود اما برای این پژوهش فرم ۲۱ سؤالی آن مورد استفاده قرار می‌گیرد که برای تعریف و اندازه‌گیری سازه‌های اضطراب، افسردگی و استرس ساخته شده است و در واقع شامل سه مقیاس خودسنجی برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی یا به عبارتی پریشانی روانی به صورت کلی می‌باشد. هرکدام از خرده مقیاس‌های این پرسشنامه ۷ سؤال دارد و در نمره‌گذاری در این مطالعه نمره کلی پریشانی روان‌شناختی موردنظر بوده است، آزمودنی به خرده مقیاس‌ها بر روی یک مقیاس درجه‌بندی لیکرت از صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) پاسخ می‌دهد. لویباند (۱۹۹۵) ضریب همسانی درونی برای آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس

است. اخیراً در بررسی نسخه کوتاه، این پرسشنامه دارای اعتبار افتراقی، اعتبار محتوی و پایایی درونی بوده است و آلفای کرونباخ سلامت جسمی ۰/۸۰؛ سلامت روان‌شناختی ۰/۷۶؛ روابط اجتماعی ۰/۶۶؛ محیطی ۰/۸۰ بدست آمده است و همچنین این پرسشنامه پایایی آزمون-باز آزمون مناسبی داشته است و روایی پرسشنامه ۰/۹۳ بدست آمده است (باباپور، زینلی و نجاتی، ۲۰۱۸). در ایران نیز اعتبار این پرسشنامه حدود ۰/۷۹ گزارش شده است و همگنی درونی زیرمقیاس‌های چهارگانه به روش آلفای کرونباخ برای گروه بهنجار ۰/۷۳ و برای گروه بیماران ۰/۷۷ گزارش شده است (سیفی، جان بزرگی، علیپور و علی‌اکبری، ۲۰۱۶).

۲ پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو: این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط مدانلو برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی و مورد بررسی‌های روان‌سنجی و آماری قرار گرفت. پرسشنامه شامل ۴۰ سؤال در حیطه‌هایی همچون اهتمام در درمان (۹ سؤال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سؤال)، توانایی تطابق (۷ سؤال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سؤال)، چسبیدن به درمان (۴ سؤال)، تعهد به درمان (۵ سؤال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سؤال) می‌باشد. این مقیاس بر روی طیف لیکرت درجه‌بندی شده است و شیوه نمره‌گذاری و تفسیر آن بدین صورت است آزمودنی در هر سؤال نمره‌ای از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) می‌گیرد. دامنه امتیاز در حیطه‌های اهتمام در درمان، صفر تا ۴۵؛ تمایل به مشارکت در درمان، صفر تا ۳۵؛ توانایی تطابق،

تمام افراد این دو گروه پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تبعیت از درمان و مقیاس پریشانی روان‌شناختی را تکمیل کردند. در روند پژوهش افراد گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه به صورت هفتگی و هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه تحت درمان و مداخله با رویکرد MiCBT قرار گرفتند اما افراد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان دوباره افراد هر دو گروه می‌بایست پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تبعیت از درمان و مقیاس پریشانی روان‌شناختی را تکمیل می‌کردند تا از طریق مقایسه آنها اثربخشی این درمان بر این سه مؤلفه در بیماران مشخص شود.

اضطراب ۰/۹۱ برای افسردگی ۰/۸۱ و برای استرس ۰/۸۹ گزارش می‌کند، در ایران نیز سامانی و جوکار (۱۳۸۷) پایایی بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۸ و استرس ۰/۸۰ و به ترتیب ضریب آلفای ۰/۸۵، ۰/۷۵، ۰/۸۷ گزارش نموده‌اند (حسنی و شاهمرادی فر، ۱۳۹۴)؛ و از آنجا که DASS-21 فرم کوتاه مقیاس ۴۲ سؤالی است لذا نمره هر خرده مقیاس می‌بایست دو برابر شود (لویباند و لویباند، ۱۹۹۵؛ فتحی آشتیانی، ۱۳۹۵).

جدول ۱. خلاصه روند درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن آگاهی

جلسات	محتوا
جلسه اول	آشنایی با اعضای گروه؛ معرفی درمان MiCBT و توضیحات به‌منظور تعهد به انجام تمرینات و تکالیف؛ توضیح اصول ذهن‌آگاهی و مسیر درمان؛ توضیح ساختار اصلی جلسات و تمرین‌های خانگی
جلسه دوم	معرفی کارکردهای مهم MiCBT و مدل همبودی تقویت و متانت به‌منظور افزایش احتمال انجام تمرین‌ها؛ تکلیف این جلسه تمرین پایش جسمانی می‌باشد.
جلسه سوم	افزایش آگاهی از تغییرات حس‌های جزئی جسمی و کاهش اجتناب تجربی؛ آموزش تفاوت تغییری که منجر به اجتناب می‌شود و پذیرش که باعث تجربه می‌شود؛ تمرین غیررسمی؛ تکلیف تمرین روزانه پایش جسمانی و تمرین غیررسمی می‌باشد.
جلسه چهارم	معرفی برخی مؤلفه‌های CBT؛ آموزش ارتباط بین CBT و ذهن‌آگاهی؛ تمارین و تکالیف شامل پایش متقارن به مدت ۳۰ دقیقه ۲ بار در روز، تمرین غیررسمی، آگاهی جسمانی پیش و پس از خواب، مواجهه‌ی دوجهی و مستقیم با دو واقعه مورد هدف
جلسه پنجم	ارائه شکلی دیگر از ذهن‌آگاهی و CBT؛ مفهوم مالکیت تجربی یعنی به عهده گرفتن مسئولیت تمام احساس‌های جسمانی، افکار خود و عدم مالکیت نسبت به افکار و احساس‌های دیگر افراد؛ آموزش پیشرفته، ۱۵ دقیقه تمرین گروهی روش پاکسازی جزئی؛ تمرین‌ها و تکالیف شامل تمرین پاکسازی جزئی، تمرین غیررسمی، آگاهی درون‌نگرانه قبل و بعد از خواب، مواجهه ذهنی و مستقیم با دو مورد از مواردی که بیشترین فشار را ایجاد می‌کنند، فرم ذهنی مواجهه با فشار
جلسه ششم	معرفی مهارت‌های جرات‌ورزی و نقش بازی کردن؛ ارائه سبک ارتباطی بین فردی مؤثر؛ تکلیف مواجهه‌ای به تکالیف قبلی افزوده می‌شود
جلسه هفتم	یادگیری تمرکز بر خود به‌طور هر چه عینی‌تر مسئولیت پذیرانه‌تر؛ تمرکززدایی رنج‌ها مسئولیت‌های دیگران؛ تمرین مراقبه دوست داشتن محبت‌آمیز دو بار در روز و تمرین پایش، تمرین غیررسمی، آگاهی جسمانی قبل و بعد از خواب
جلسه هشتم	پوششی بر جلسات و مراحل قبل؛ ارزیابی نتایج طبق انتظارات اولیه شرکت‌کنندگان؛ یکپارچه کردن تمرین‌ها و راهکارها

یک متغیری (ANCOVA) برای تجزیه و تحلیل استفاده شده است.

خلاصه روند درمان (کایون، ۲۰۱۱) گروه آزمایش به صورت مختصر در جدول ۱ شرح داده شده است.

داده‌های بدست آمده با استفاده از نسخه ۲۳ نرم افزار SPSS مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و با توجه به طرح اجرا شده در این مطالعه، استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس

یافته‌ها

پس از آزمون گرفته شد. اطلاعات توصیفی این مراجعان بر اساس جنسیت، سن و تأهل در جدول ۲ ارائه شده است.

در این مطالعه تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به صورت داوطلبانه شرکت کردند که در دو مرحله از آنها پیش‌آزمون و

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش

گروه‌ها	جنسیت		تأهل		فراوانی	میانگین سن
	مرد	زن	متأهل	مجرد		
گروه آزمایش	۵	۱۰	۸	۷	۱۵	۴۲/۱۳۳
گروه کنترل	۶	۹	۹	۶	۱۵	۴۳/۸۶۶

جدول ۳. گزارش توصیفی نمره‌های کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه	تعداد	میانگین	انحراف	بیشترین	کمترین
پریشانی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۲۳/۸	۸/۶۷	۴۳	۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۳/۷۳	۵/۶۱	۲۸	۵
	پیش‌آزمون	کنترل	۱۵	۲۲/۴۶	۷/۸۷	۳۴	۷
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵	۸۳/۶	۱۱/۹۳	۹۹	۵۰
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۸۴/۱۳	۱۲/۰۸	۱۰۶	۶۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۹۹/۸	۷/۶۶	۱۱۲	۸۴
	پیش‌آزمون	کنترل	۱۵	۸۲/۶	۱۰/۳۴	۱۰۰	۶۲
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵	۱۵۰/۰۶	۱۶/۴۹	۱۷۳	۱۱۸
تبعیت از درمان	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۵۲/۶	۱۲/۲۲	۱۷۶	۱۳۰
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵	۱۶۶/۳۳	۱۲/۳۳	۱۸۱	۱۴۴
	پیش‌آزمون	کنترل	۱۵	۱۵۴/۷۳	۱۰/۰۲	۱۷۴	۱۳۸
	پس‌آزمون	کنترل	۱۵	۱۵۴/۷۳	۱۰/۰۲	۱۷۴	۱۳۸

هر سه متغیر نسبت به گروه کنترل تغییر بیشتری داشته است؛ اما جهت بررسی معناداری از آمار استنباطی استفاده می‌شود. برای آزمون معناداری از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیره استفاده شده است به همین دلیل پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس به‌طور مختصر بیان می‌شود.

فاصله‌ای بودن داده‌ها: داده‌های هر سه پرسشنامه مورد استفاده در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند و بنابراین هر سه دسته از داده‌ها دارای مقیاس اندازه‌گیری فاصله‌ای هستند. نرمال بودن توزیع داده‌ها: در این پژوهش برای بررسی این فرض از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که ارزش معناداری آن برای همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ بود ($P > ۰/۰۵$) پس پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها نیز رعایت شده است. همگنی واریانس‌ها: جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد که برای هر سه متغیر کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و همچنین تبعیت از درمان

نتایج داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان در دو گروه مداخله و کنترل به‌صورت توصیفی شامل فراوانی، میانگین و انحراف معیار در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول ۳، میانگین، انحراف استاندارد، کمترین و بیشترین نمره‌ها را در پرسشنامه کیفیت زندگی، پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان در دو گروه مداخله و کنترل در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

همانطور که از داده‌های توصیفی بر می‌آید میانگین نمره‌های کیفیت زندگی در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. میانگین نمره‌های پریشانی روان‌شناختی نیز در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. همچنین میانگین نمره‌های تبعیت از درمان در گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. پس نمره‌های گروه مداخله در

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس یک متغیره برای متغیر کیفیت زندگی،

پریشانی روان‌شناختی و تبعیت از درمان						
متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	متغیر همپراش	۱۹۰۸/۱۷	۱	۱۲۵/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۸۲۲
	متغیر مستقل	۲۳۱۳/۱۸	۱	۱۵۱/۶۵	۰/۰۰۰	۰/۸۴۹
	خطا	۱۵/۲۵	۲۷			
پریشانی روان‌شناختی	متغیر همپراش	۱۰۷۴/۲۴	۱	۱۲۳/۷۲۸	۰/۰۰۰	۰/۸۲۱
	متغیر مستقل	۶۰۰/۶۲۰	۱	۶۹/۱۷۸	۰/۰۰۰	۰/۷۱۹
	خطا	۸/۶۸۲	۲۷			
تبعیت از درمان	متغیر همپراش	۲۵۵۸/۰۳	۱	۷۰/۶۰۳	۰/۰۰۰	۰/۷۲۳
	متغیر مستقل	۱۳۰۹/۳۱۸	۱	۳۶/۱۴۶	۰/۰۰۰	۰/۵۷۲
	خطا	۳۶/۲۳۱	۲۷			

نتیجه‌گیری و بحث

نتیجه این مطالعه نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی می‌تواند کیفیت زندگی و پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع دو را بهبود بخشد و نیز به طرز معناداری تبعیت از درمان را در این بیماران افزایش دهد.

هدف از درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی که برای بیماران مبتلا به دیابت انجام شده، این بوده است که حضور پویا و آگاهی با لحظات فرد ادغام شود و در واقع فرد بتواند از کاری که در هر لحظه انجام می‌دهد آگاه باشد، هیجان‌هایی که در او شکل می‌گیرند را بدون قضاوت تجربه کند و نسبت به ابعاد درونی و بیرونی بتواند در موضع مشاهده قرار بگیرد. در درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی علاوه بر تغییر رفتار و یا صرفاً تغییر شناخت‌ها و باورها، تمرین‌هایی برای تقویت پذیرش، تجربه و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود. نتیجه این مطالعه که مداخله ذهن‌آگاهی در بهبود معنادار کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نقش دارد همراستا با نتیجه مطالعاتی از دیگر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی در جمعیت بیماران دیابتی بوده است (از قبیل بوگاچ و اوبرایان، ۲۰۱۸؛ قشقایی و همکاران، ۱۳۹۳؛ ون سون و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین MiCBT در افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری مزمن مالتیپل اسکلروزیس نیز موثر بوده است (صباغ کرمانی، ۱۳۹۶؛ اورکی و سامی، ۱۳۹۵). از آنجاکه کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به طرز معناداری کاهش می‌یابد

در همگنی واریانس‌ها به ترتیب ارزش معناداری ۰/۹۰۳، ۰/۱۱۴ و ۰/۰۶۶ به دست آمد که هر سه بزرگتر از ۰/۰۵ هستند ($P > 0/05$) و معنادار نیستند پس پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها نیز رعایت شده است. همگنی شیب رگرسیون: یعنی تعامل بین متغیر مستقل و متغیر همپراش ما نباید معنادار باشد. در بررسی میزان F تعاملی دو متغیر مستقل و همپراش، نتیجه آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون برای کیفیت زندگی، تبعیت از درمان و پریشانی روان‌شناختی، حاکی از آن است که تعامل بین متغیر مستقل و متغیر همپراش معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ لذا پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون نیز رعایت شده است. پس می‌توانیم از روش تحلیل کواریانس استفاده نماییم.

نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس یک متغیره در جدول ۴ ارائه شده است. با توجه به نتایج حاصل از تحلیل کواریانس با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش (کمکی) و تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل برای هر سه متغیر کیفیت زندگی ($F=151/65, p < 0/05$)، پریشانی روان‌شناختی ($F=69/178, p < 0/05$) و تبعیت از درمان ($F=36/146, p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد پس فرض صفر رد می‌شود و می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی بر افزایش کیفیت زندگی، کاهش پریشانی روان‌شناختی و افزایش تبعیت از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثر معناداری دارد.

روان‌شناختی این بیماران نقش داشته است. با توجه به مطالعات قبلی در زمینه اضطراب، استرس و افسردگی در این بیماران این نتیجه همراستا با نتایج تحقیقاتی است که مداخلات ذهن‌آگاهی باعث کاهش اضطراب (تاووت و همکاران، ۲۰۱۴)، افسردگی (تاووت و همکاران، ۲۰۱۴؛ ماسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ شوماخر و همکاران، ۲۰۱۷؛ سهرابی، ۱۳۹۲؛ لیندسای^۶، ۲۰۰۷) و استرس (موسوی نژاد و همکاران، ۲۰۱۸) و به‌طورکلی پریشانی روان‌شناختی (بوگاچ و اوبرایان، ۲۰۱۸) در این بیماران شده است. همچنین MicBT بر روی بیماری‌های مزمنی همچون مالتیپل اسکلروزیس نیز باعث کاهش پریشانی روان‌شناختی شده است (بحرانی و همکاران، ۲۰۱۷؛ صباغ کرمانی، ۱۳۹۶). بیشتر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو زمانی که با بیماری‌شان مواجه می‌شوند سعی در عدم پذیرش دارند و درواقع سبک اجتناب را در پیش می‌گیرند که این اجتناب و عدم پذیرش باعث نشخوارهای فکری بیشتر می‌شود، همچنین به دلیل این‌که این افراد مدام تحت درمان قرار می‌گیرند و رژیم غذایی محدودی دارند، به تدریج علائمی از بی‌حوصلگی و غم در آنها پدیدار می‌شود که خود می‌تواند زمینه را برای اضطراب و افسردگی آماده نماید که شیوع بیشتر افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی می‌تواند تأییدی برای این مطلب باشد (فیشر و همکاران، ۲۰۰۸؛ مفید و همکاران، ۱۳۸۸؛ والا و همکاران، ۲۰۱۶؛ نعمت‌پور و همکاران، ۲۰۱۰؛ راجپوت و همکاران، ۲۰۱۶؛

محققان اذعان کرده‌اند هدف اولیه تشخیص و درمان دیابت، کیفیت زندگی است و در کنترل این بیماری نقش مهمی دارد (تریکالینو و همکاران، ۲۰۱۷؛ مینت^۱، مولر^۲، واچ^۳، واگنر^۴ و هنریکسن^۵، ۲۰۱۰؛ رامش، مقدم، صفری، فیضی، ۱۳۹۷؛ کاسپر و همکاران، ۲۰۱۵؛ رانی و همکاران، ۲۰۱۸)؛ و از آنجایی‌که مطالعات نشان داده ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان محافظی در برابر نفوذ شرایط استرس‌زا از جمله دیابت بر بهزیستی هیجانی عمل کند (ون سون و همکاران، ۲۰۱۵)؛ پس بالا رفتن کیفیت زندگی در صورت کاربرد آن در زندگی می‌تواند نتیجه مفیدی برای بیماران به دنبال داشته باشد. افرادی که ذهن‌آگاه نیستند با واکنش‌گری نسبت به شرایطی که کنترلی روی آن ندارند و همچنین قضاوت‌های پی‌درپی و به عادت تبدیل‌شدن علایق و لذت‌ها در جنبه‌های مختلفی مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند؛ بیماران دیابتی در کنار همه این موارد، واقعه‌ای غیرقابل‌کنترل همچون بیماری‌شان را دارند که می‌تواند در زمینه‌های زیادی سیستم قضاوتی و واکنش‌گری آن‌ها را فعال کرده، باعث نشخوارهای فکری شود و بر روابط با اطرافیان اثر بگذارد که این‌ها جنبه‌هایی از کیفیت زندگی محسوب می‌شوند و خود نیز می‌توانند عواملی در ایجاد افسردگی و اضطراب و تنش محسوب شوند.

همچنین این مداخله در کاهش پریشانی

1. Minet, L.
2. Møller, S.
3. Vach, W.
4. Wagner, L.
5. Henriksen, J. E.

6. Lindsay, M.

سالم در بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع دو انجام شد نتایج نشان داد که اعضای گروهی که تحت مداخله MiCBT قرار گرفته بودند در مقایسه با گروه کنترل در چهار بعد ذهن‌آگاهی (مشاهده، آگاهی عمل، قضاوت نکردن و عدم واکنش‌گری) افزایش معناداری داشتند، همچنین خودکارآمدی کلی در رفتارهایی مثل ورزش و رژیم غذایی که به‌عنوان مؤلفه‌های اصلی تبعیت از درمان به شمار می‌روند نیز افزایش معناداری مشاهده شد. همچنین شرکت‌کنندگان این تحقیق در آسیب‌های کلی شامل شدت علائم و نشانه‌ها در زمینه‌های مختلف (رفتارهای ناخواسته، افکار ناراحت‌کننده، حس‌های بدنی ناخوشایند، روابط نامناسب با دیگران) کاهش معناداری نشان دادند که بر اساس این مطالعه می‌توانیم اینگونه نتیجه بگیریم که رویکرد درمانی MiCBT احتمالاً می‌تواند پروتکل آموزشی سودمند و مؤثری در کار با بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد و به آنها یاری دهد خودکارآمدی، شفقت به خود و پیشرفت بیشتری در زمینه رفتارهای مربوط به خود مراقبتی دیابت داشته باشند (لیندسای، ۲۰۰۷). از آنجاکه رعایت رژیم غذایی مربوط به دیابت، نیازمند توجه آگاهانه به مصرف مواد خوراکی می‌باشد، غذا خوردن همراه با ذهن‌آگاهی باعث می‌شود فرد کنترل و تمرکز بیشتری بر روی خوردن داشته باشد (علینقی لو، ۱۳۹۴). این مساله به هنگام مصرف دارو نیز صادق است پس می‌تواند در بهبود تبعیت از درمان در زمینه رعایت رژیم غذایی و مصرف به هنگام داروها کمک‌کننده باشد. با توجه به یافته‌ها و

آگید و الیس، ۲۰۱۰؛ سان و همکاران، ۲۰۱۶؛ ماسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ دلامتر و همکاران، ۲۰۱۵؛ رن و همکاران، ۲۰۱۱)؛ و از آنجایی‌که یکی از کاربردهای اصلی ذهن‌آگاهی برای پیشگیری از عود افسردگی می‌باشد و پژوهش‌ها در زمینه اضطراب و استرس هم سودمندی بالینی آن را نشان داده‌اند لذا می‌توان برای کاهش پریشانی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نیز از آن سود جست که افزایش مهارت‌های کنارآمدن با بیماری را به دنبال دارد و این خود از جمله عوامل مهم تبعیت از درمان می‌باشد (سگال و همکاران، ۲۰۱۷).

تبعیت از درمان در بیماران دیابتی امری جدای از مشکلات هیجانی و کیفیت زندگی آنها نیست چراکه این درمان به کاهش پریشانی روان‌شناختی کمک می‌کند لذا باعث ثبات بیشتر هیجانی شده و مطالعات نشان داده است ثبات هیجانی خود با تبعیت بهتر از درمان ارتباط دارد (بیات اصغری و همکاران، ۱۳۹۴). در رابطه با تبعیت از درمان نیز نتیجه این مطالعه در واقع همسو با نتیجه دیگر مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تبعیت از درمان بوده است (سهرابی، ۱۳۹۲؛ کیوان، ۱۳۹۶). همچنین گفته‌شده نوع دیابت ارتباط زیادی با کیفیت زندگی ندارد اما مدیریت بهتر قند خون یعنی همان تبعیت از درمان بر کیفیت زندگی اثرگذار است (آقاجانی، صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۶). پس بهبود تبعیت از درمان به‌طور غیرمستقیم به بهبود کیفیت زندگی هم کمک می‌کند. در یک مطالعه برنامه MiCBT به‌منظور افزایش رفتار

خانواده‌هایشان و جامعه را به همراه داشته باشد، می‌توانیم درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی را به‌عنوان مداخله‌ای مقرون‌به‌صرفه و مؤثر جهت کمک به سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع دو معرفی نماییم.

سپاسگزاری

در انتها بر خود لازم می‌دانیم نهایت سپاس‌گزاری را از مراجعین شرکت‌کننده در طرح و همچنین انجمن دیابت ایران-شعبه استان خراسان رضوی داشته باشیم.

تجزیه و تحلیل‌های بدست آمده مشخص شد که درمان شناختی رفتاری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بالا می‌برد؛ پریشانی روان‌شناختی را در این بیماران به میزان قابل‌توجهی کاهش می‌دهد؛ و همچنین منجر به افزایش میزان تبعیت از درمان در این بیماران می‌شود؛ که این می‌تواند برای افراد متخصصی که برای این بیماران درمان‌هایی را تجویز می‌کنند امیدوارکننده باشد. همچنین با توجه به این‌که کاهش مسائل روان‌شناختی در این بیماران می‌تواند به کنترل بهتر بیماری منجر شود و همچنین کاهش هزینه‌ها برای بیماران،

منابع

اورکی، محمد؛ سامی، پوران. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس، فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۵ (۲۰): ۱۸-۵.

بیات اصغری، عباس؛ غرابی، بنفشه؛ حیدری، حسن؛ جواهری، جواد؛ موسی‌نژاد، سحر؛ آرامون، احمد. (۱۳۹۴). بررسی رابطه ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۴ (۴): ۶۸-۵۹.

آقاجانی، سیف‌اله؛ صمدی فرد، حمیدرضا؛ نریمانی، محمد. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶ (۱): ۱۵۶-۱۴۲.

اسماعیلی، احمد؛ اسدنیای، سعید؛ عیسی‌زاده، افشین؛ امیرسرداری، لیلی؛ عیسی‌زادگان، علی؛ انصاری، بهجت. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، اداره مشاوره و راهنمایی دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ۲۴ (۱۰): ۸۲۲-۸۱۲.

زندگی افراد مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

علینقی لو، شیوا. (۱۳۹۴). مقایسه تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر استرس، اضطراب، افسردگی و کاهش وزن افراد چاق، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س).

غلامی، ثریا. (۱۳۹۶). عملکرد جنسی، کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی شهر سنندج ۱۳۹۴-۱۳۹۵، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۵). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان، تهران: نشر بعثت، چاپ سیزدهم.

قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم؛ فرنام، رابرت. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳(۴): ۳۱۹-۳۳۰.

کایون، برونو. ای. (۲۰۱۱). شناخت رفتار

حسینی، جعفر؛ شاهمرادی فر، طیبه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش راهبردهای نظم‌جویی فرایندی هیجان در پریشانی روان‌شناختی، فصلنامه شخصیت و تفاوت‌های فردی، ۱۰(۴): ۶۵-۸۰.

دهنمکی، وحیده. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های حل مساله بر تبعیت از درمان، کیفیت زندگی و سبک زندگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو بیمارستان شریعتی تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور استان تهران.

رامش، سمیه؛ علیزاده مقدم، اکرم؛ صفری، علیرضا؛ فیضی، مرضیه. (۱۳۹۷). رابطه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه‌ای کیفیت زندگی، مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۸(۲): ۸۹-۸۰.

سهرابی، فرهاد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری یکپارچه‌شده با حضور ذهن بر افسردگی، تعهد به درمان و کنترل قندخون بیماران دیابتی نوع دو، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه کردستان.

صباغ کرمانی، لیدا. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی و طرحواره‌درمانی بر حالات عاطفی و کیفیت

ملاجعفر، همدم؛ پورشریفی، حمید؛ مسچی، فرحناز؛ برماس، حاحد؛ تاجری، بیوک. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی پروتکل مبتنی بر یکپارچه نگری بر کاهش پریشانی روان‌شناختی در سالمندان، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۰ (۳): ۸۸-۹۷.

میرمهدی، رضا؛ رضاعلی، مرضیه. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۷ (۴): ۱۶۷-۱۸۳.

نوروزی، زهرا. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به انجمن دیابت اهواز، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز.

درمانگری یکپارچه‌شده با ذهن‌آگاهی: اصول و روش اجرا، محمد خدایاری فرد، کورش محمدی حاصل، مریم دیده دار، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

کیوان، شیما. (۱۳۹۶). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری، فعالیت‌های خودمراقبتی و امید به زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان.

لاریجانی، باقر؛ زاهدی، فرزانه. (۱۳۸۰). همه‌گیرشناسی دیابت در ایران، *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۱ (۱): ۸-۱.

مفید، علیرضا؛ سید علی‌نقی، احمد؛ زندیه، سعید؛ مفید، رزا. (۱۳۸۸). بیماری دیابت: راهنمای جامع تشخیص، پایش و درمان، تهران: اوسانه. چاپ دوم.

Babapur J, Zeinali S, Nejati V. Structural Relationship of Religious Attitude and Paper Strategies with Quality of Life and Psychological Fatigue in Cancer Patients. *J Health Care*. 2016;15(1):46-56.

Bahrani, S., Zargar, F., Yousefipour, G., & Akbari, H. (2017). The effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy

on depression, anxiety, and stress in females with multiple sclerosis: a single blind randomized controlled trial. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 19(4).

Barnard, K. D., Lloyd, C. E., & Holt, R. I. (2012). Psychological burden of diabetes and what it means to people with diabetes. In *Psychology and*

- Diabetes Care* (pp. 1-22). Springer, London.
- Bogusch, L. M., & O'Brien, W. H. (2018). The Effects of Mindfulness-Based Interventions on Diabetes-Related Distress, Quality of Life, and Metabolic Control Among Persons with Diabetes: A Meta-Analytic Review. *Behavioral Medicine*, 1-11.
- Bullard, K. M., Cowie, C. C., Lessem, S. E., Saydah, S. H., Menke, A., Geiss, L. S., ... & Imperatore, G. (2018). Prevalence of Diagnosed Diabetes in Adults by Diabetes Type—United States, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(12), 359.
- Cayoun, B. A. (2011). *Mindfulness-integrated CBT: Principles and practice*. John Wiley & Sons.
- Cayoun, B. A., & O'Shea, E. (2012). Mindfulness-integrated cognitive behavioural therapy: Rationale for integration and the MiCBT model.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2011). National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: US department of health and human services, centers for disease control and prevention, 201(1).
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). National diabetes statistics report, 2017. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.
- Chatterjee, S., Khunti, K., & Davies, M. J. (2017). Type 2 diabetes. *The Lancet*, 389(10085), 2239-2251.
- Darby, M., & Beavan, V. (2017). Grist to the Mill: A Qualitative Investigation of Mindfulness-Integrated Cognitive Behaviour Therapy for Experienced Health Professionals. *Australian Psychologist*, 52(6), 491-502.
- De Groot, M., Golden, S. H., & Wagner, J. (2016). Psychological conditions in adults with diabetes. *American Psychologist*, 71(7), 552.
- Delamater, A. M., Marchante, A., & Hernandez, J. (2015). Psychological problems and management of patients with diabetes mellitus. *International Textbook of Diabetes Mellitus*, 846-852.
- Egede, L. E., & Ellis, C. (2010). Diabetes and depression: global perspectives. *Diabetes research and clinical practice*, 87(3), 302-312.
- Ekong, G., & Kavookjian, J. (2016). Motivational interviewing and outcomes in adults with type 2 diabetes: A systematic review. *Patient education and counseling*, 99(6), 944-952.
- Ellis, D. A., Carcone, A. I., Slatcher, R., Naar-King, S., Hains, A., Graham, A., & Sibinga, E. (2019). Efficacy of mindfulness-based stress reduction in emerging adults with poorly controlled, type 1 diabetes: A pilot randomized controlled trial. *Pediatric diabetes*, 20(2), 226-234.

- Fatemi, N. S., Rafii, F., Hajizadeh, E., & Modanloo, M. (2018). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: a mix method study. *Koomesh*, 20(2).
- Fisher, L., Skaff, M. M., Mullan, J. T., Arean, P., Glasgow, R., & Masharani, U. (2008). A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Diabetic medicine*, 25(9), 1096-1101.
- Hashemi S M, Bouya S. Treatment Adherence in Diabetic Patients: An Important but Forgotten Issue. *J Diabetes Nurs*. 2018; 6 (1):341-351.
- Kasper, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2015). *Harrison's principles of internal medicine*. McGraw Hill Education.
- Li, C., Xu, D., Hu, M., Tan, Y., Zhang, P., Li, G., & Chen, L. (2017). A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for patients with diabetes and depression. *Journal of psychosomatic research*, 95, 44-54.
- Lindsay, M. (2007). *Mindfulness Integrated Cognitive Behaviour Therapy: A Pilot Program for Developing Mindfulness-based Self-efficacy and Self-compassion for People with Type 2 Diabetes Mellitus* (Doctoral dissertation, University of Auckland).
- Mason, J., Meal, A., Shaw, I., & Adams, G. G. (2018). Outcomes of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy in adults with diabetes: a systematic review. *Journal of Diabetes and Treatment*, 2018(2).
- Minet, L., Møller, S., Vach, W., Wagner, L., & Henriksen, J. E. (2010). Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: a meta-analysis of 47 randomised controlled trials. *Patient education and counseling*, 80(1), 29-41.
- Mohammadpour, Y., Ebrahimi, H., Mogadasian, S., & Haririan, H. (2008). Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz university of medical sciences-1386. *The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 6(1), 37-42.
- Morris, T., Moore, M., & Morris, F. (2011). Stress and chronic illness: the case of diabetes. *Journal of Adult Development*, 18(2), 70-80.
- Mousavinejad, S. M., Sanagouye Moharer, G., & Zarban, A. (2018). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Flexibility and Perceived Stress of Type II Diabetic patients. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8, 10-10.
- Nematpour, S., Shahbazian, H. B., & GHOLAMPOUR, A. (2010).

- Evaluation of psychological problems in diabetic patients.
- Olokoba, A. B., Obateru, O. A., & Olokoba, L. B. (2012). Type 2 diabetes mellitus: a review of current trends. *Oman medical journal*, 27(4), 269.
- Osborn, R., Girgis, M., Morse, S., Sladakovic, J., Kneebone, I., Shires, A., ... & Roberts, L. (2018). Mindfulness-Integrated CBT (MiCBT) for Reducing Distress in Parents of Children with Intellectual Disability (ID): a Case Series. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 1-10.
- Pearson, S., Wills, K., Woods, M., & Warnecke, E. (2018). Effects of Mindfulness on Psychological Distress and HbA 1c in People with Diabetes. *Mindfulness*, 1-12.
- Rajput, R., Gehlawat, P., Gehlan, D., Gupta, R., & Rajput, M. (2016). Prevalence and predictors of depression and anxiety in patients of diabetes mellitus in a tertiary care center. *Indian journal of endocrinology and metabolism*, 20(6), 746.
- Rani, M., Kumar, R., & Krishan, P. (2018). Metabolic Correlates of Health-Related Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of pharmacy practice*, 089719001876 0622.
- Renn, B. N., Feliciano, L., & Segal, D. L. (2011). The bidirectional relationship of depression and diabetes: a systematic review. *Clinical psychology review*, 31(8), 1239-1246.
- Saifi Y, Jan-Bozorgi M, Alipour A, Ali Akbari M. The Effectiveness of Islamic Psychotherapy Based on Quality of Life on Quality of Life and Depression in Depressed Students of Payame Noor University, Chaharmahal Bakhtiari. *Toluh Health*. 2016;11(1):33-9.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. 2nd eds NY: The Guildford Press.
- Shomaker, L. B., Bruggink, S., Pivarunas, B., Skoranski, A., Foss, J., Chaffin, E., ... & Broderick, P. (2017). Pilot randomized controlled trial of a mindfulness-based group intervention in adolescent girls at risk for type 2 diabetes with depressive symptoms. *Complementary therapies in medicine*, 32, 66-74.
- Sun, N., Lou, P., Shang, Y., Zhang, P., Wang, J., Chang, G., & Shi, C. (2016). Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(8), e012540.
- Tavakoli, Z., & Kazemi-Zahrani, H. (2018). Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction Intervention on Distress Problems and Self-

- Regulation in Patients with Type 2 Diabetes.
- Tovote, K. A., Fler, J., Snippe, E., Peeters, A. C., Emmelkamp, P. M., Sanderman, R., ... & Schroevers, M. J. (2014). Individual mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and cognitive behavior therapy (CBT) for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Diabetes care*, DC_132918.
- Trikkalinou, A., Papazafiropoulou, A. K., & Melidonis, A. (2017). Type 2 diabetes and quality of life. *World journal of diabetes*, 8(4), 120.
- Uchendu, C., & Blake, H. (2017). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy on glycaemic control and psychological outcomes in adults with diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetic Medicine*, 34(3), 328-339.
- Vala, M., Razmandeh, R., Rambol, K., Nasli Esfahani, E., & Ghodsi Ghasemabadi, R. (2016). Mindfulness-based stress reduction group training on depression, anxiety, stress, self-confidence and hemoglobin A1C in young women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 17(5), 382-390.
- Van Son, J., Nykliček, I., Nefs, G., Speight, J., Pop, V. J., & Pouwer, F. (2015). The association between mindfulness and emotional distress in adults with diabetes: Could mindfulness serve as a buffer? Results from Diabetes MILES: The Netherlands. *Journal of behavioral medicine*, 38(2), 251-260.