

اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

شیما کیوان^۱، نوشیروان خضری مقدم^{۱*}، اسدالله رجب^۲

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که با مشکلات روان‌شناختی به‌ویژه استرس رابطه‌ی زیادی دارد. در این زمینه مداخلات روان‌شناختی می‌تواند مفید واقع شود. هدف این پژوهش، بررسی اثر بخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌ها: در این پژوهش از طرح نیمه‌تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند که عضو انجمن دیابت ایران شهر تهران محسوب می‌شدند. برای نمونه‌ی پژوهش، تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در نظر گرفته شد که به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری (PAIS) بود.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) تأثیر معناداری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری داشته است. همچنین یافته‌ها نشان داد، روش فوق بر نگرش نسبت به بیماری و محیط اجتماعی تأثیر معناداری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می‌تواند بر افزایش سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر باشد. این یافته‌ها تبیین‌کننده‌ی نیازمندی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به افزایش سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری خود می‌باشد.

واژگان کلیدی: دیابت نوع دو، ذهن آگاهی، استرس، سازگاری روانی، سازگاری اجتماعی

۱- گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شهید باهنر کرمان، کرمان، ایران

۲- انجمن دیابت ایران، تهران، ایران

* **نشانی:** کرمان، باغملی، ساختمان پزشکان دی، مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره‌ی مه‌راد، کد پستی: ۷۶۱۴۶۱۳۷۷، تلفن: ۰۳۲۲۸۲۸۲-۳۲۲۸۲۸۲

همراه: ۰۹۱۳۳۹۷۶۱۶۳، پست الکترونیک: khezri147@yahoo.com

مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که توجه روزافزون متخصصان سلامت را به خود جلب کرده است و حوزه‌ی مناسبی برای بررسی اثربخشی مداخله‌های روان‌شناختی است. براساس برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت^۱ (IDF) در سال ۲۰۱۷، ۸/۸ درصد از جمعیت بزرگسال که به حدود ۴۲۵ میلیون نفر می‌رسند، مبتلا به دیابت می‌باشند و تعداد آنها تا سال ۲۰۴۵، به بیش از ۶۲۹ میلیون نفر خواهد رسید. در این میان ۲۱۲ میلیون نفر نیز همچنان بدون تشخیص می‌باشند [۱]. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO)، اگر در زمینه‌ی پیشگیری از دیابت اقداماتی ویژه‌ای انجام نشود، آمار مبتلایان به آن در سال ۲۰۳۰ در ایران به ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. ایران با شیوع بیش از ۸ درصد، از جمله مناطقی است که بیشترین درصد دیابت را در جهان به خود اختصاص داده است [۲].

دیابت نوع دو که در حدود ۹۰ الی ۹۵ درصد افراد دیابتی به آن مبتلا می‌باشند [۳]، به دسته‌ای از بیماری‌های سوخت و سازی گفته می‌شود که با افزایش سطح قند خون به دلیل نقص در ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن و یا هر دو مشخص می‌گردد [۴]. شیوع این بیماری هم‌زمان با تغییر سبک زندگی افراد و کاهش فعالیت بدنی به‌طور قابل توجهی رو به افزایش است [۵]. براساس پیش‌بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت (WHO)، میزان شیوع دیابت نوع دو در ایران در سال‌های ۱۹۹۵، ۲۰۰۰ و در نهایت ۲۰۲۵ به ترتیب ۵/۵، ۵/۷ و ۶/۸ درصد برآورد شده بود که بر مبنای آن جمعیت دیابتی کشور در سال‌های مذکور به ترتیب ۱،۶۹۲،۰۰۰، ۱،۹۷۷،۰۰۰ و ۵،۱۲۵،۰۰۰ نفر خواهد بود [۶].

امروزه استرس یکی از علل عمده‌ی بسیاری از بیماری‌ها به‌شمار می‌رود؛ اختلالات روانی، بیماری‌های قلبی، سرطان، ناراحتی‌های گوارشی و پوستی و نظیر آن‌ها همگی می‌توانند با فشارهای روانی قرن حاضر ارتباط داشته باشند [۷-۹]. طبق برآوردهای پزشکان، استرس عامل ۷۵ درصد از شکایات پزشکی است [۱۰]. استرس جسمانی و روانی، مسیرهای عصبی-هورمونی و به‌ویژه محورهای هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال^۳ (HPA) را برمی‌انگیزانند [۱۱]. در واقع استرس بالاتر موجب افزایش بیماری‌های جسمانی و روانی می‌شود. با این حال امروزه پژوهشگران عقیده دارند که چگونگی سازگاری با

استرس روانی و محیطی در فرد بیمار باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد. طی چند دهه‌ی گذشته، مفهوم سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. این موضوع نه تنها در روان‌پزشکی، بلکه در سایر حیطه‌های پزشکی نیز مشهود بوده است. تشخیص بیماری‌های مزمن نظیر دیابت آغازگر فرآیند ارزیابی‌های متوالی و مستمر است تا بیمار با نیازها و محدودیت‌های تحمیل شده از طرف بیماری سازگار شود. سازگاری خوب به بیمار این امکان را می‌دهد تا تغییراتی را که سلامتی‌اش را تضمین می‌کند، اعمال کند [۱۲]. سازگاری با بیماری، فرآیند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی است [۱۳]. فرآیند سازگاری با یک بیماری مزمن، فرآیندی پویاست که دائماً تحت تأثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار می‌گیرد و بیمار با افزایش میزان سازگاری جسمی و روان‌شناختی، می‌تواند به خودکنترلی مطلوب‌تر از بیماری خود دست یابد [۱۴]، در این فرآیند بیمار باید با چالش‌های فردی و محیطی مقابله کند تا به سطح قابل قبولی از سلامت و عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی رسیده و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد [۱۵]. ابعاد مختلف رژیم درمانی بیماری دیابت، سازگاری فرد مبتلا به دیابت با بیمارانش را با مشکلاتی مواجه می‌کند. افراد مبتلا به دیابت باید روش زندگی خود را براساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجبار و بنا به طبیعت بیماری باید بخشی از آزادی‌های زندگی خود، مانند میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت بدنی‌اش را محدود کند، این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه‌ی درمانی دیابت پیدا می‌کنند [۱۶]. با توجه به سیر مزمن دیابت، سازگاری روانی-اجتماعی با این بیماری ضروری به نظر می‌رسد. در حقیقت مواجه شدن با یک بیماری مزمن، برای همه‌ی افراد خانواده موقعیت دشواری را ایجاد می‌کند، چرا که سازگاری با شرایط جدید زندگی معمولاً مشکل و زمان‌بر است [۱۷]. لذا علاوه بر اجرای دستورالعمل‌های درمانی، باید ابعاد اجتماعی و روان‌شناختی زندگی با یک بیماری مزمن نیز مدیریت شود [۱۸].

در زمینه‌ی بهبود دیابت نوع دو به‌ویژه کاهش استرس مرتبط با این بیماری، درمان‌های مختلفی صورت گرفته است. به‌عنوان مثال یکی از درمان‌هایی که امروزه بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۴ (MBSR) می‌باشد. مطالعات نشان داده‌اند که مراقبه‌ی ذهن‌آگاهی و به‌ویژه برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) می‌تواند برای افراد مبتلا به انواع

¹ International Diabetes Federation

² World Health Organization

³ Hypothalamic Pituitary Adrenal

⁴ Mindfulness Based Stress Reduction

و دیابت در زنان دچار اضافه وزن و چاقی با یا بدون سندرم تخمدان پلی کیستیک حمایت کرده است [۲۴]. Rahmani و همکاران نیز در مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی برنامه‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) و یوگای آگاهانه بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند. نتایج آنها نشان داد که روش فوق به طور معناداری موجب افزایش کیفیت زندگی این بیماران شده بود [۲۵]. همچنین، والا و همکاران در پژوهشی تأثیر آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را بر افسردگی، اضطراب، استرس، اعتماد به نفس و هموگلوبین A_{1c} در ۶۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که افسردگی، اضطراب، استرس و اعتماد به نفس با میزان هموگلوبین A_{1c} رابطه داشت و درمان فوق در کاهش برخی نشانگان روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، افزایش اعتماد به نفس و کنترل قند خون این بیماران مؤثر واقع شد [۶].

با توجه به بیان مسأله و پژوهش‌های پیشین به نظر می‌رسد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) می‌تواند افزایش دهنده‌ی سازگاری بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باشد. همان‌طور که نشان داده شد، پژوهش‌های پیشین بیشتر بر سلامت روانی و شاخص‌های دیابت تمرکز داشته‌اند و توجهی به سازگاری این بیماران با بیماری خود نشده است. بنابراین هدف این پژوهش بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌ها

در این پژوهش از طرح نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آنها را به‌طور تصادفی به دو گروه تقسیم کرده و سپس آزمودنی‌های هر دو گروه با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس متغیر مستقل بر گروه آزمایش اعمال شد، اما گروه کنترل به روند طبیعی خود ادامه داد. در پایان آزمودنی‌های هر دو گروه با ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند.

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که عضو انجمن دیابت ایران شهر تهران بودند، تشکیل دادند. تعداد اعضای این انجمن ۳۶۱۳۰ نفر است که حدود ۱۷۳۳۸ نفر از آنها مبتلا به دیابت نوع دو هستند. برای نمونه‌ی پژوهش، ۶۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو به روش نمونه‌گیری در دسترس براساس

بیماری‌های جسمی مزمن مفید و مؤثر واقع شود [۱۹]. کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) یک مداخله‌ی مؤثر بالقوه در درمان عوارض روان شناختی بیماران مزمن است که Jon Kabat-zinn آن را جهت کاهش استرس و نشانه‌های درد به کار برده است [۶]. ذهن آگاهی مجموعه‌ای است از تکنیک‌های طراحی شده جهت ترغیب تماس عمدی و بدون ارزیابی با حوادثی که در اینجا و اکنون رخ می‌دهند [۲۰]. ذهن آگاهی، آگاهی لحظه به لحظه، خالی از قضاوت است [۲۱]. ویژگی‌های ذهن آگاهی^۱ پاسخ‌های شناختی و هیجانی هستند که هنگام توجه کردن به زمان حال پرورش می‌یابند. پایبندی به این ویژگی‌ها اثرات درون فردی و بین فردی چشم‌گیری را موجب می‌گردد. این ویژگی‌ها با یکدیگر همپوشی داشته و باعث بهبود سایر ویژگی‌ها در فرد و به همان اندازه در تعامل با دیگران و دنیا می‌گردند. این ویژگی‌ها را می‌توان به مثابه‌ی مفاهیم مهم جهت مکاشفه و مراقبه، به‌طور مستقیم به مراجع ارائه داد. همچنین جهت درک این ویژگی‌ها به وسیله‌ی مراجع، می‌توان از شعرها، استعاره‌ها و معماها استفاده کرد. مراقبه‌ها و راهبردهای ذهن آگاهانه‌ی خاصی باعث ایجاد و قدرتمند شدن این ویژگی‌ها می‌گردند. بعضی از تکنیک‌ها بر ویژگی ذهن آگاهانه‌ی خاصی تأکید داشته و بعضی دیگر بر همه‌ی ویژگی‌های ذهن آگاهی تأکید دارند [۲۲].

در زمینه‌ی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) پژوهش‌هایی صورت گرفته است. به‌عنوان مثال، Rosenzweig و همکاران در پژوهشی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را بر کنترل گلیسمی، وزن بدن، فشار خون و علائم روان شناختی مرتبط با استرس در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش حاکی از کاهش HbA_{1c}، فشار خون، پریشانی روانی عمومی، اضطراب و افسردگی بود [۲۳]. همچنین، نتایج پژوهش Raja-Khan و همکاران که در آن اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) را بر فشار خون، قند خون، کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی در زنان دچار اضافه وزن و چاقی با یا بدون سندرم تخمدان پلی کیستیک مورد بررسی قرار داده بودند، نشان داد که روش فوق باعث افزایش ذهن آگاهی و در نهایت منجر به تغییرات مطلوب در فشار خون، قند خون، پریشانی روان شناختی و کیفیت زندگی در این بیماران گردید. همچنین این شواهد از ادغام روش فوق با درمان‌های پزشکی مرسوم برای کاهش پریشانی روان شناختی، فشار خون، بیماری قلبی-عروقی

¹ mindfulness qualities

ترجمه گردید، سپس توسط سه نفر آشنا به زبان انگلیسی بازبینی شد و در نهایت به‌وسیله یک متخصص بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و با توجه به مسائل و فرهنگ ایران، تغییراتی در آن ایجاد و بومی‌سازی شد. پس از تغییرات اعمال شده، روایی مقیاس به روش روایی محتوا توسط ده تن از اساتید محترم دانشگاه علوم پزشکی بیرجند صورت گرفت و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در ۲۰ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲، ۰/۹۴ محاسبه شد [۲۸]. در پژوهش حاضر پایایی این مقیاس با توجه به آلفای کرونباخ ۰/۶۹۸ گزارش شد.

در روند اجرای پژوهش، نخست توضیحاتی در مورد هدف پژوهش، مدت آن و فواید شرکت در آن به آزمودنی‌ها ارائه شد و به آن‌ها گفته شد که در یک طرح پژوهشی شرکت خواهند کرد و همه‌ی اطلاعات گرفته شده از آن‌ها، محرمانه خواهد ماند. آزمودنی‌ها پس از دریافت رضایت‌نامه‌ی کتبی از آنها، به‌وسیله‌ی پژوهشگر با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. در نهایت از افراد انتخابی برای گروه آزمایش خواسته شد تا در تاریخ موردنظر برای اجرای مداخله به انجمن دیابت ایران شهر تهران مراجعه کنند و به گروه کنترل گفته شد که پس از پایان مداخله‌ی گروه دیگر، مداخله بر روی آن‌ها نیز انجام خواهد شد. بدین ترتیب گروه آزمایش تحت مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) به مدت ۸ هفته (هفته‌ای یک جلسه‌ی ۲ ساعته) قرار گرفتند. پس از پایان مداخله، آزمودنی‌های هر دو گروه با ابزارهای پژوهش مجدداً ارزیابی شدند. در طی مداخله دو نفر از بیماران گروه آزمایش به‌علت غیبت بیش از سه جلسه و یک نفر از بیماران گروه کنترل به‌دلیل عدم شرکت در پس‌آزمون از پژوهش حذف شدند. همچنین یک نفر از بیماران گروه آزمایش نیز به‌دنبال بروز عوارض بیماری و بستری شدن در بیمارستان از پژوهش حذف شد. بنابراین تعداد افرادی که داده‌های به‌دست آمده از آنها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، ۲۷ نفر از گروه آزمایش و ۲۹ نفر از گروه کنترل و در مجموع ۵۶ نفر بود. در پایان داده‌های به‌دست آمده به‌منظور تجزیه و تحلیل آماری وارد نرم‌افزار SPSS22 و نتایج استخراج شد. محتوای جلسات مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) [۲۱] در جدول ۱ به‌طور خلاصه آورده شده است:

ملاک‌های ورود و خروج زیر از بیماران عضو انجمن دیابت ایران انتخاب شده و به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارتند از: ۱- دریافت تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع دو حداقل به مدت یک سال از جانب متخصص مربوطه ۲- رضایت شرکت در پژوهش ۳- عدم وجود سابقه‌ی بیماری عصبی و روانی و سوء مصرف مواد ۴- عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه ۵- فقدان قطع عضو و نقص عضو ۶- عدم ابتلا به سایر اختلالات حاد یا مزمن ۷- تحصیلات حداقل دیپلم ۸- سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال ۹- جنسیت مؤنث ۱۰- عدم شرکت در کلاس‌های یوگا و مراقبه‌ی قبل و در حین انجام مداخله. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: ۱- غیبت بیش از سه جلسه‌ی در فرآیند درمان ۲- عدم تمایل به ادامه‌ی درمان ۳- بروز استرس‌های بزرگ و حوادث حاد و غیرمنتظره در هر مرحله از پژوهش ۴- ابتلا به بیماری‌های مزمن مثل سرطان یا سایر بیماری‌های طبی جدی به جز بیماری‌های مربوط به عوارض دیابت یا بیماری‌های همراه با دیابت.

ابزار گردآوری اطلاعات در این پژوهش، مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری^۱ (PAIS) بود. این مقیاس در سال ۱۹۹۰ توسط Derogatis جهت ارزیابی چگونگی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری طبی و یا تأثیرات باقی‌مانده از بیماری طراحی شده است. این مقیاس دارای ۴۶ سؤال و هفت خرده مقیاس: نگرش نسبت به بیماری (۸ سؤال)، محیط کار (۶ سؤال)، محیط خانوادگی (۸ سؤال)، روابط جنسی (۶ سؤال)، توسعه‌ی روابط فامیلی (۵ سؤال)، محیط اجتماعی (۶ سؤال) و اختلالات روان‌شناختی (۷ سؤال) می‌باشد. گزینه‌ی سؤالات براساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلاً صفر، کمی=یک، تا حدودی=دو و کاملاً=سه تنظیم شده است. از مجموع نمرات هر مؤلفه و تقسیم بر تعداد سؤالات آن، میانگین نمره‌ی سازگاری هر مؤلفه و از مجموع نمرات کل سؤالات و تقسیم بر تعداد سؤالات، میانگین نمره‌ی سازگاری کل به‌دست می‌آید. نمرات بالاتر، وضعیت نامناسب سازگاری را نشان می‌دهد. طبقه‌بندی امتیاز سازگاری کل با منطق ۳۳ درصد به سه دسته‌ی سازگاری زیاد (کمتر از یک)، سازگاری متوسط (۲-۱) و سازگاری کم (بیشتر از دو) انجام شد. روایی و پایایی این مقیاس، مطلوب گزارش شده است [۲۶، ۲۷]. همچنین این مقیاس از روایی و پایایی مطلوبی برای استفاده در ایران برخوردار است. این مقیاس ابتدا

¹ Psychosocial Adjustment to Illness Scale

جدول ۱- خلاصه‌ی جلسات مداخله‌ی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)

جلسات	محتوای جلسات
پیش‌جلسه	آشنایی اولیه با شرکت‌کنندگان و برقراری رابطه‌ی مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد، اجرای پیش‌آزمون
جلسه‌ی اول	معرفی درمانگر و آشنایی شرکت‌کنندگان با یکدیگر، توضیح منطق درمان و روش کار، تمرین کشمش، تمرین واریسی بدن، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی اول و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی دوم	بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرین واریسی بدن، مراقبه‌ی نشسته، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی دوم و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی سوم	بحث در مورد تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته، تمرین هاتا یوگا، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی سوم و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی چهارم	بحث در مورد تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته، مراقبه‌ی قدم زدن، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی چهارم و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی پنجم	بحث در مورد تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین، ثبت وقایع ناخوشایند، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی پنجم و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی ششم	بحث در مورد تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته، تمرین واریسی بدن، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ثبت وقایع خوشایند، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی ششم و فایل صوتی مراقبه‌ها
عزالت‌گزینی نیم‌روزه به مدت ۵ ساعت	
جلسه‌ی هفتم	بحث در مورد تکالیف خانگی، مراقبه‌ی نشسته، مراقبه‌ی کوهستان، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، ارائه‌ی تکالیف خانگی و توزیع جزوات جلسه‌ی هفتم و فایل صوتی مراقبه‌ها
جلسه‌ی هشتم	بحث در مورد تکالیف خانگی، تمرین واریسی بدن، مراقبه‌ی نشسته، بحث در مورد تجربیات شرکت‌کنندگان در طول تمرین‌ها، مروری بر تمام جلسات و جمع‌بندی آن‌ها به کمک شرکت‌کنندگان، ارائه‌ی راهکارهایی جهت ادامه‌ی تمرینات ذهن‌آگاهی پس از پایان دوره، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنف، لون و آزمون تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نرم‌افزار مورد استفاده در این پژوهش SPSS22 بود.

یافته‌های پژوهش شامل دو بخش توصیفی و استنباطی می‌باشد. یافته‌های توصیفی با توجه به شاخص‌هایی نظیر میانگین و انحراف معیار و یافته‌های استنباطی با توجه به

جدول ۲- مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان

شاخص	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۴۳/۰۷	۵/۱۹	۴۲/۸۲	۵/۲۵
مدت ابتلا به بیماری	۹/۱۲	۵/۴۶	۸/۲۷	۴/۰۴
تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
دیپلم	۱۵	۵۵/۶	۱۸	۶۲/۱
فوق دیپلم	۱	۳/۷	۳	۱۰/۳
لیسانس	۱۰	۳۷	۷	۲۴/۱
فوق لیسانس	۱	۳/۷	۱	۳/۵

شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، ۵۵/۶ درصد دارای مدرک دیپلم، ۳/۷ درصد دارای مدرک فوق دیپلم، ۳۷ درصد دارای مدرک لیسانس و ۳/۷ درصد دارای مدرک فوق لیسانس بودند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل، ۶۲/۱ درصد دارای مدرک دیپلم، ۱۰/۳ درصد دارای مدرک فوق دیپلم، ۲۴/۱ درصد دارای مدرک لیسانس و ۳/۵ درصد دارای مدرک فوق لیسانس بودند.

جدول ۲ نشان‌دهنده‌ی مشخصات دموگرافیک شرکت‌کنندگان از نظر سن، مدت ابتلا به بیماری و تحصیلات می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین (انحراف معیار) سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب، ۴۳/۰۷ (۵/۱۹) و ۴۲/۸۲ (۵/۲۵) بود. همچنین، میانگین (انحراف معیار) مدت ابتلا به بیماری در گروه آزمایش و کنترل به ترتیب، ۹/۱۲ (۵/۴۶) و ۸/۲۷ (۴/۰۴) بود. از لحاظ تحصیلات نیز،

جدول ۳- شاخص توصیفی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و خرده مقیاس‌های آن در پیش‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	آزمایش	۷۱/۳۳	۹/۹۹
	کنترل	۷۲/۰۰	۱۴/۰۶
نگرش نسبت به بیماری	آزمایش	۱۵/۷۵	۲/۴۷
	کنترل	۱۴/۹۳	۲/۴۳
محیط کار	آزمایش	۸/۰۸	۲/۹۴
	کنترل	۷/۸۹	۲/۹۹
محیط خانوادگی	آزمایش	۱۰/۰۴	۳/۸۱
	کنترل	۱۰/۲۷	۲/۷۳
روابط جنسی	آزمایش	۶/۷۵	۴/۸۸
	کنترل	۶/۲۰	۵/۴۹
توسعه‌ی روابط فامیلی	آزمایش	۶/۲۰	۲/۰۲
	کنترل	۶/۶۵	۲/۰۷
محیط اجتماعی	آزمایش	۱۳/۲۵	۳/۷۵
	کنترل	۱۲/۸۶	۳/۴۹
اختلالات روان‌شناختی	آزمایش	۱۱/۲۵	۴/۲۰
	کنترل	۱۳/۰۶	۵/۷۸

روان‌شناختی در گروه کنترل به ترتیب، ۷۲/۰۰، ۱۴/۹۳، ۷/۸۹، ۱۰/۲۷، ۶/۲۰، ۶/۶۵، ۱۲/۸۶ و ۱۳/۰۶ می‌باشد.

جدول ۳ نشان‌دهنده‌ی شاخص‌های توصیفی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و خرده مقیاس‌های آن در پیش‌آزمون می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین سازگاری روانی-اجتماعی، نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه‌ی روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلالات روان‌شناختی در گروه آزمایش به ترتیب، ۷۱/۳۳، ۱۵/۷۵، ۸/۰۸، ۱۰/۰۴، ۶/۷۵، ۶/۲۰، ۱۳/۲۵ و ۱۱/۲۵ می‌باشد. همچنین میانگین سازگاری روانی-اجتماعی، نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه‌ی روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلالات

جدول ۴- شاخص توصیفی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و خرده مقیاس‌های آن در پس‌آزمون

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	آزمایش	۷۰/۸۳	۹/۶۱
	کنترل	۶۵/۶۳	۸/۶۸
نگرش نسبت به بیماری	آزمایش	۱۶/۷۰	۲/۳۳
	کنترل	۱۵/۰۶	۲/۲۵
محیط کار	آزمایش	۷/۶۲	۲/۰۸
	کنترل	۷/۸۶	۲/۰۹
محیط خانوادگی	آزمایش	۹/۹۵	۲/۲۱
	کنترل	۱۰/۹۳	۲/۸۹
روابط جنسی	آزمایش	۶/۶۲	۵/۵۳
	کنترل	۶/۴۸	۴/۳۲
توسعه‌ی روابط فامیلی	آزمایش	۶/۴۵	۱/۴۴
	کنترل	۶/۵۸	۱/۵۹
محیط اجتماعی	آزمایش	۱۴/۰۰	۳/۱۸
	کنترل	۱۲/۳۴	۳/۹۶
اختلالات روان‌شناختی	آزمایش	۹/۴۵	۴/۲۳
	کنترل	۱۱/۱۳	۵/۷۶

جدول ۴ نشان‌دهنده‌ی شاخص‌های توصیفی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و خرده مقیاس‌های آن در پس‌آزمون می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین سازگاری روانی-اجتماعی، نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه‌ی روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلالات روان‌شناختی در گروه کنترل به ترتیب، ۶۵/۶۳، ۱۵/۰۶، ۷/۸۶، ۱۰/۹۳، ۶/۴۸، ۶/۵۸، ۱۲/۳۴ و ۱۱/۱۳ می‌باشد.

جدول ۴ نشان‌دهنده‌ی شاخص‌های توصیفی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و خرده مقیاس‌های آن در پس‌آزمون می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، میانگین سازگاری روانی-اجتماعی، نگرش نسبت به بیماری، محیط کار، محیط خانوادگی، روابط جنسی، توسعه‌ی روابط فامیلی، محیط اجتماعی و اختلالات روان‌شناختی در گروه آزمایش به ترتیب، ۷۰/۸۳، ۱۶/۷۰، ۷/۶۲، ۹/۹۵، ۷/۶۲، ۶/۶۲، ۶/۴۵ و ۱۴/۰۰ می‌باشد.

جدول ۵- آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن متغیرها

متغیر	آماره‌ی آزمون	معناداری
سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	۰/۱۰۰	۰/۲۰۰

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. به عبارتی توزیع یک صفت در یک نمونه را با توزیعی که برای جامعه مفروض است، مقایسه می‌کند. اگر داده‌ها دارای توزیع نرمال باشند، امکان استفاده از آزمون پارامتریک وجود دارد و در غیر این صورت باید از آزمون ناپارامتریک استفاده کرد. با توجه به جدول ۵، متغیر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری نرمال می‌باشد.

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. به عبارتی توزیع یک صفت در یک نمونه را با توزیعی که برای جامعه مفروض است، مقایسه می‌کند. اگر داده‌ها دارای توزیع نرمال باشند، امکان استفاده از آزمون پارامتریک وجود دارد و در غیر این صورت باید از آزمون ناپارامتریک استفاده کرد. با توجه به جدول ۵، متغیر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری نرمال می‌باشد.

جدول ۶- آزمون لون جهت بررسی واریانس متغیرها در پس‌آزمون

متغیر	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	معناداری
سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	۱	۴۳	۰/۰۲۶	۰/۸۷۱
نگرش نسبت به بیماری	۱	۴۳	۱/۷۰۰	۰/۱۹۹
محیط کار	۱	۴۳	۰/۰۰۵	۰/۹۴۲
محیط خانوادگی	۱	۴۳	۹/۷۰۴	۰/۰۰۳
روابط جنسی	۱	۴۳	۰/۴۳۱	۰/۵۱۵
توسعه‌ی روابط فامیلی	۱	۴۳	۰/۸۹۰	۰/۳۵۱
محیط اجتماعی	۱	۴۳	۴/۰۰۱	۰/۰۵۲
اختلالات روان‌شناختی	۱	۴۳	۲/۲۳۵	۰/۱۴۲

کوواریانس جهت بررسی متغیرهای پژوهش مناسب است. جهت بررسی متغیرهای پژوهش در آزمون تحلیل کوواریانس، متغیر محیط خانوادگی حذف شد. با توجه به نتایج آزمون لون، مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها مورد تأیید می‌باشد.

جدول ۶ نشان دهنده‌ی آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌ها بین گروه‌های پژوهش می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، متغیرهای پژوهش به جز محیط خانوادگی، دارای همگنی می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که آزمون تحلیل

جدول ۷- تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری

متغیر وابسته	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری	گروه	۲۷۶/۱۵	۱	۲۷۶/۱۵	۶/۲۴۳	۰/۰۱۷	۰/۱۴۴
	خطا	۱۶۳۶/۶۰	۳۷	۴۴/۲۳			
	کل	۲۱۸۹۰۴/۰۰	۴۶				
نگرش نسبت به بیماری	گروه	۴۲/۸۶	۱	۴۲/۸۶	۷/۳۱۰	۰/۰۱۰	۰/۱۶۵
	خطا	۲۱۶/۹۵	۳۷	۵/۸۶			
	کل	۱۱۷۴۴/۰۰	۴۶				
محیط کار	گروه	۰/۲۸	۱	۰/۲۸	۰/۰۷۳	۰/۷۸۸	۰/۰۰۲
	خطا	۱۴۲/۷۱	۳۷	۳/۸۵			
	کل	۲۷۹۸/۰۰	۴۶				
روابط جنسی	گروه	۱/۸۲	۱	۱/۸۲	۰/۱۶۷	۰/۶۸۵	۰/۰۰۴
	خطا	۴۰۴/۷۹	۳۷	۱۰/۹۴			
	کل	۲۶۹۳/۰۰	۴۶				
توسعه‌ی روابط فامیلی	گروه	۰/۰۹۵	۱	۰/۰۹۵	۰/۰۵۷	۰/۸۱۳	۰/۰۰۲
	خطا	۶۳/۰۱	۳۷	۱/۶۷			
	کل	۱۹۷۱/۰۰	۴۶				
محیط اجتماعی	گروه	۶۵/۲۱	۱	۶۵/۲۱	۷/۳۲۲	۰/۰۱۰	۰/۱۶۵
	خطا	۳۲۹/۵۴	۳۷	۸/۹۰			
	کل	۸۳۲۹/۰۰	۴۶				
اختلالات روان‌شناختی	گروه	۷/۰۲	۱	۷/۰۲	۰/۵۲۰	۰/۴۷۵	۰/۰۱۴
	خطا	۴۹۹/۸۰	۳۷	۱۳/۵۰			
	کل	۴۵۶۵/۰۰	۴۶				

پژوهش از آزمون کوواریانس استفاده گردید. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) تأثیر معناداری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر نگرش نسبت به بیماری و محیط اجتماعی تأثیر معناداری دارد. یافته‌ی این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Young و همکاران [۲۹] و Semple و همکاران [۳۰] همسو می‌باشد. Young و همکاران به بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به دیابت پرداختند. آن‌ها نشان دادند این درمان تأثیر معناداری بر کاهش پریشانی هیجانی در افراد دیابتی دارد [۲۹]. Semple و همکاران تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان^۱

جدول ۷ نشان‌دهنده‌ی تحلیل کوواریانس جهت بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) تأثیر معناداری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری دارد ($P < 0/05$). همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر دو خرده مقیاس نگرش نسبت به بیماری و محیط اجتماعی نیز تأثیر معناداری دارد ($P < 0/05$).

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. در راستای بررسی هدف

¹ Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children

پژوهش Joensen و همکاران [۳۶] همسو می‌باشد. به بیان دیگر، نگرش فرد نسبت به بیماری، نگاهی است که وی نسبت به بیماری و علائم آن دارد و هنگامی که این نگرش مثبت باشد، بیمار دستورالعمل‌های درمانی و پیشگیرانه را نیز بهتر دنبال خواهد کرد و در نتیجه سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در وی افزایش می‌یابد. ذهن‌آگاهی یک شیوه‌ی تغییر نگرش نسبت به مشکلات به‌ویژه مشکلات لاینحل و اجتناب‌ناپذیر زندگی نظیر ابتلا به یک بیماری مزمن، به‌گونه‌ای غیرقضوتی و همراه با پذیرش است. بر این اساس انتظار می‌رود که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) باعث تغییر نگرش فرد مبتلا به دیابت نسبت به بیماری‌اش گردد.

پژوهش‌های پیشین نشان دادند یکی از مشکلاتی که افراد دیابتی با آن مواجه هستند، مشکلاتی است که در محیط‌های اجتماعی پیش می‌آید. ابتلا به بیماری‌های مزمن اعم از دیابت، از یک طرف سازگاری روانی و عملکرد اجتماعی فرد را مختل می‌کند و از طرف دیگر بر عملکرد خانواده به‌طور منفی تأثیر می‌گذارد [۲]. هنگامی که بیماران مبتلا به دیابت به‌ویژه دیابت نوع دو، با مشکلات اجتماعی مواجه می‌شوند، محیط اجتماعی بر آنها تأثیر منفی می‌گذارد و در نتیجه این مشکلات باعث می‌شود شدت بیماری افزایش پیدا کند. ویژگی‌های ذهن‌آگاهی پاسخ‌های شناختی و هیجانی هستند که هنگام توجه کردن به زمان حال پرورش می‌یابند. پابندی به این ویژگی‌ها اثرات درون‌فردی و بین‌فردی چشمگیری را موجب می‌گردد. این ویژگی‌ها با یک‌دیگر همپوشی داشته و باعث بهبود سایر ویژگی‌ها در فرد و به همان اندازه در تعامل با دیگران و دنیا می‌گردند [۲۲]. بر این اساس می‌توان گفت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) با دربرداشتن چنین ویژگی‌هایی می‌تواند بر کیفیت روابط بین‌فردی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثر بگذارد و از این طریق تأثیر خود را بر محیط اجتماعی این بیماران نیز اعمال کند و باعث افزایش سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در آنها گردد.

همچنین، جهت سازگاری با بیماری‌های جسمی توصیه شده است که افراد از مراقبه و تمرکز بر حس‌های بدنی خود استفاده کنند تا در نهایت آگاهی هیجانی و جسمی آن‌ها نسبت به بیماری بالاتر رود [۳۷]. در واقع تمرین‌های ذهنی و آگاهی‌بخش که در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) وجود دارد، ممکن است از یک طرف باعث کاهش استرس و از طرفی دیگر باعث افزایش

را بر تاب‌آوری هیجانی-اجتماعی در کودکان ۱۳-۹ ساله بررسی کردند. یافته‌های آن‌ها نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت و معنادار درمان فوق بر تاب‌آوری هیجانی-اجتماعی بود [۳۰]. با این حال پژوهش‌های پیشین هیچ کدام به‌طور مستقیم اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) را بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بررسی نکرده‌اند.

از آنجا که ویژگی‌های اصلی ذهن‌آگاهی، اطمینان، پذیرش، شکیبایی و رها کردن است [۳۱]، می‌توان گفت که آموزش این ویژگی‌ها باعث افزایش سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. Brantley شکیبایی را توانایی تحمل کردن مشکلات با یک حالت آرامش و خودکنترلی تعریف می‌کند [۳۲]. همچنین Crane بیان می‌کند، پذیرش شیوه‌ای از بودن با تجربه‌ی واقعی، بدون تلاش برای تغییر دادن آن است [۳۳]. در واقع این مفاهیم با درونی شدن در فرآیند درمان اثرات ویژه‌ای را بر ساختارهای روان‌شناختی به‌خصوص سازگاری افراد در مقابل تهدیدها و موقعیت‌های سخت روانی و اجتماعی خواهد گذاشت. باید توجه داشت که هر کس از ظرفیت معینی جهت تحمل فشارهای روانی برخوردار است و وجود فشارهای عاطفی مختلف، خطر از هم پاشیدن روان را افزایش داده و به سلامت روان لطمه وارد خواهد کرد و فرد دیگر قادر نخواهد بود رفتاری موزون و هماهنگ با جامعه داشته باشد و سلامت روان خود را حفظ کند [۳۴]. در واقع هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه‌ای مختل شود که منجر به ایجاد حالت ناخوشایندی در وی گردد، جهت ایجاد توازن نیازمند به‌کارگیری نیروهای درونی و حمایت‌های بیرونی است. براساس ویژگی‌هایی که در درمان ذهن‌آگاهی وجود دارد، رسیدن به توازن درونی و بیرونی، به‌ویژه تأثیر آن بر نگرش بیمار نسبت به بیماری و محیط اجتماعی، امکان‌پذیر می‌گردد.

نگرشی که یک بیمار دیابتی نسبت به بیماری خود دارد، بر سازگاری وی با بیماری و کنترل آن اثر می‌گذارد. به‌عنوان مثال، اگر فرد مبتلا به دیابت بر این باور باشد که دیابت باعث مرگ زودرس وی می‌گردد، به احتمال بیشتری ممکن است از این افکار اجتناب کند و برای رهایی از این احساس ترس ممکن است فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت را نادیده بگیرد [۳۵]. در واقع هنگامی که بیمار نسبت به بیماری خود تفکرات منفی داشته باشد و آن را غیرقابل کنترل فرض کند، نسبت به بهبودی ناامید خواهد شد. این یافته با

تک‌جنسیتی بودن نمونه، نبود گروه کنترل دارودرمانی و همچنین گروه کنترل درمانی با آموزشی متفاوت و نبود دوره‌ی پیگیری پس از اتمام درمان بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از جنسیت مذکر نیز در فرآیند نمونه‌گیری استفاده شود. به‌علاوه پیشنهاد می‌شود جهت آشکار ساختن بهتر اثرات درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)، درمان فوق به‌صورت مقایسه‌ای و ترکیبی با دارودرمانی صورت پذیرد و همچنین از یک جلسه‌ی پیگیری استفاده گردد. همچنین می‌توان از یافته‌های این پژوهش در کلینیک‌های روان‌شناختی و همچنین بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز پزشکی-درمانی مرتبط با دیابت استفاده کرد. همچنین توصیه می‌گردد برنامه‌ی درمانی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) به‌عنوان یک درمان مکمل در دوره‌های آموزش عمومی دیابت، جهت توانمندسازی بیماران دیابتی در حیطه‌ی سازگاری با بیماری، مورد استفاده قرار گیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید باهنر کرمان در سال ۱۳۹۶ و با کد اخلاق E.A.96.9.5-01 می‌باشد که با همکاری انجمن دیابت ایران واقع در شهر تهران انجام شده است. بدین‌وسیله از کلیه‌ی اساتید، همکاران، بیماران دیابتی و پرسنل محترم انجمن دیابت ایران، که در اجرای این پژوهش یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیمار گردد. در این حیطه Sieverdes و همکاران نشان دادند که مراقبه و تمرین‌های ذهنی، باعث کاهش استرس در بیماران جسمی می‌گردد [۳۸]. همچنین Phatak و همکاران در مطالعه‌ی خود گزارش کردند، تمرین‌های مراقبه باعث کاهش استرس در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود [۳۹]. بنابراین تمرین‌های ذهنی و آگاهی‌بخش در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)، به کاهش استرس و در نتیجه به افزایش سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری کمک می‌کند. شایان ذکر است با توجه به تجربه‌ی پژوهشگر در حین درمان، به‌نظر می‌رسد بیماران مبتلا به دیابت از یک سو، دچار مشکلات زیادی در زمینه‌ی سازگاری هستند و از سویی دیگر، تمایل زیادی به شرکت در جلسات درمانی ندارند. بدین معنا که به‌نظر می‌رسد سطح امیدواری پایینی نسبت به درمان شدن و بهبود یافتن دارند. بنابراین مشکلات مربوط به امیدواری، استرس، اضطراب، افسردگی و به‌طور کلی بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی این بیماران باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد. در واقع یافته‌های این پژوهش، با توجه به فرآیند درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR)، به بیماران دیابتی کمک کرد که استرسشان در مواجهه با بیماری و مشکلات احتمالی ناشی از آن کاهش پیدا کند و و از این طریق باعث افزایش سازگاری روانی-اجتماعی این بیماران با بیماری‌شان گردید. لذا در راستای اهداف و یافته‌های این پژوهش، توصیه می‌شود در بیماران دیابتی به سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و سطح استرس در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زای بیماری، توجه بیشتری مبذول گردد.

با توجه به بار اقتصادی، اجتماعی و روان‌شناختی بسیاری که دیابت بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیل می‌کند، نتایج این پژوهش برای بیماران مبتلا به دیابت، متخصصان دیابت و بهداشت روانی امیدوارکننده است. به‌علت شیوع بالای دیابت و فقدان روان‌شناس و متخصص بهداشت روانی به تعداد کافی و همچنین به‌منظور جلوگیری از افزایش هزینه‌های درمانی-مراقبتی بیماران، ارائه‌ی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) به‌صورت گروهی و کوتاه مدت، می‌تواند سودمند باشد و به رفع مشکلات این بیماران کمک کند.

هر پژوهشی محدودیت‌های خاص خود را دارد که این پژوهش نیز از آن مستثنی نیست. از جمله محدودیت‌های این پژوهش،

مآخذ

1. Atlas ID. 8th. *International Diabetes Federation*. 2017.
۲. علیجانی، سمیه؛ اکرمی، ناهید؛ فقیه ایمانی، الهام. اثربخشی آموزش اصلاح سبک زندگی بر علایم روان‌شناختی و کنترل میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله‌ی تحقیقات علوم رفتاری* ۱۳۹۴؛ دوره ۱۳ (شماره ۴): ۵۶۲-۵۷۱.
3. Egede LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: a review of the literature. *Current psychiatry reports*. 2012; 14(1):15-22.
4. Jones L, Crabb S, Turnbull D, Oxlad M. Barriers and facilitators to effective type 2 diabetes management in a rural context: A qualitative study with diabetic patients and health professionals. *Journal of health psychology* 2014; 19(3):441-453.
5. Hakimi S, Simbar M, Tehrani FR. Perceived concerns of Azeri menopausal women in Iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2014; 16(5): 1-7.
۶. والا، محبوبه؛ رزمنده، رضوان؛ رامبد، کاملیا؛ نسلی اصفهانی، انسیه؛ قدسی قاسم آبادی، ربابه. آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی، اضطراب، استرس، اعتماد به نفس و هموگلوبین A1c در زنان جوان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران* ۱۳۹۴؛ دوره ۱۷ (شماره ۵): ۳۸۲-۳۹۰.
7. Johansen C, Sørensen IK, Høeg BL, Bidstrup PE, Dalton SO. Stress and Cancer. In: Cooper, C. L., & Quick, J. C. (Eds.). *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*. New York: Wiley Blackwell; 2017. p. 125-134
8. Hébert S, Mazurek B, Szczepek AJ. Stress-Related Psychological Disorders and Tinnitus. In: Szczepek, AJ, & Mazurek, B. (Eds.). *Tinnitus and Stress*. Springer; 2017. p. 37-51.
9. Cho MH, Na J. The Effect of Mood Awareness and Emotional Expression on the Relationship between Academic Stress and Adjustment. *International Journal of Psychology* 2016; 51(Supplement 1):540.
۱۰. اکبری داقی، حمزه؛ کوشکی، شیرین؛ جمالی، محمود؛ صالحی، مهدیه. اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر روی علایم استرس و اضطراب در بیماران قلبی، پیگیری ۶۰ روزه. *فصلنامه‌ی پژوهشنامه‌ی تربیتی* ۱۳۹۰؛ دوره ۷ (شماره ۲۹): ۱-۲۵.
۱۱. زارع، حسین؛ زارع، مریم؛ خالقی دلاور، فائزه؛ امیرآبادی، فاطمه؛ شهریاری، حسینه. ذهن‌آگاهی و دیابت: اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر کنترل دیابت. *مجله‌ی علوم پزشکی رازی* ۱۳۹۲؛ دوره ۲۰ (شماره ۱۰۸): ۳۹-۴۷.
12. Michael SR. Integrating chronic illness into one's life: a phenomenological inquiry. *Journal of Holistic Nursing* 1996; 14(3):251-267.
13. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F, Missitzis I. Psychosocial Adjustment to Illness Scale: Factor structure, reliability, and validity assessment in a sample of Greek breast cancer patients. *Women & health* 2017; 57(6):705-722.
۱۴. صادق نژاد فروتقه، ملیحه؛ ونکی، زهره؛ معاریان، ربابه. تأثیر برنامه‌ی مراقبتی براساس مدل پرستاری «روی» بر میزان سازگاری روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو. *مراقبت مبتنی بر شواهد/فصلنامه‌ی دانشکده‌ی پرستاری و مامایی مشهد* ۱۳۹۰؛ دوره ۱ (شماره ۱): ۵-۲۰.
۱۵. افراسیابی فر، اردشیر؛ حسنی، پرخیده؛ فلاحی خشک‌ناب، مسعود؛ یغمایی، فریده. الگوهای سازگاری با بیماری. *دانشکده‌ی پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی* ۱۳۸۸؛ دوره ۱۹ (شماره ۶۷): ۴۲-۴۷.
۱۶. صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید؛ باباپور خیرالدین، جلیل. بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری و نشانه‌های افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع II. *فصلنامه‌ی مطالعات روان‌شناسی بالینی* ۱۳۹۳؛ دوره ۵ (شماره ۱۷): ۷۷-۹۶.
17. Hanas R. *Type 1 diabetes in children, adolescents, and young adults: how to become an expert on your own diabetes*. London: Class Publishing Ltd; 2007.
18. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *The Lancet* 2004; 364(9444):1523-1537.
19. Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health* 2010; 16(3):200-210.
20. Hayes SC, Wilson KG. Mindfulness: Method and process. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2003; 10(2):161-165.
21. Kabat-zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacourt; 1990.
22. Labbé EE. *Psychology moment by moment: A guide to enhancing your clinical practice with mindfulness and meditation*. New Harbinger Publications; 2011.
23. 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):36-38.
24. Raja-Khan N, Agito K, Shah J, Stetter CM, Gustafson TS, Socolow H, et al. Mindfulness-based stress reduction for overweight/obese women with and without polycystic ovary syndrome: Design and methods of a pilot randomized controlled trial. *Contemporary clinical trials* 2015; 41:287-297.
25. Rahmani S, Zahirroddin A, Moradi M, Hoveida S, Nejati S. Examining the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Program and Conscious Yoga on Quality of Life in Patients with Diabetes Type 2. *Iranian Journal of Diabetes and Obesity* 2014; 6(4):168-175.
26. Rodrigue JR, Kanasky WF, Jackson SI, Perri MG. The Psychosocial Adjustment to Illness Scale—Self Report: Factor structure and item stability. *Psychological assessment*. 2000; 12(4):409-413.
27. Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). *Journal of psychosomatic research*. 1986; 30(1):77-91.
۲۸. فقهی، حمید؛ سعادت جو، سید علیرضا؛ دستجردی، زهرا. بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۲. *مراقبت‌های نوین* ۱۳۹۲؛ دوره ۱۰ (شماره ۴): ۲۴۹-۲۵۶.
29. Young LA, Cappola AR, Baime MJ. Mindfulness based stress reduction: effect on emotional distress in diabetes. *Practical Diabetes* 2009; 26(6):222-224.
30. Semple RJ, Lee J, Rosa D, Miller LF. A randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for children: Promoting mindful attention to enhance social-emotional resiliency in children. *Journal of Child and Family Studies* 2010; 19(2):218-229.
31. Quaglia JT, Brown KW, Lindsay EK, Creswell JD, Goodman RJ. From conceptualization to operationalization of mindfulness. *Handbook of mindfulness* 2015:151-170.
32. Brantley J. *Mindfulness-based stress reduction*. In: Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer; 2005. p. 131-145.
33. Crane R. *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*. New York: Routledge; 2017.
۳۴. آرزومانیانس، سونیا؛ ذوالفقاری، میترا؛ شریعت، اسماعیل؛ صحبایی، فائزه؛ محمدزاده، شهلا. *مجموعه‌ی کامل خلاصه‌ی دروس پرستاری*. تهران: نشر و تبلیغ بشری؛ ۱۳۸۹.
35. Gregg JA, Callaghan GM, Hayes SC, Glenn-Lawson JL. Improving diabetes self-management through acceptance, mindfulness, and values: a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology* 2007; 75(2):336-343.
36. Joensen LE, Almdal TP, Willaing I. Associations between patient characteristics, social relations, diabetes management, quality of life, glycaemic control and emotional burden in type 1 diabetes. *Primary care diabetes* 2016; 10(1):41-50.
37. Jung HY, Lee H, Park J. Comparison of the effects of Korean mindfulness-based stress reduction, walking, and patient education in diabetes mellitus. *Nursing & health sciences* 2015; 17(4):516-525.
38. Sieverdes JC, Adams ZW, Nemeth L, Brunner-Jackson B, Mueller M, Anderson A, et al. Formative evaluation on cultural tailoring breathing awareness meditation smartphone apps to reduce stress and blood pressure. *M Health* 2017; 3(44):1-15.
39. Phatak MS, Chawla TG, Phatak PS. Effect of raja yoga meditation on glycaemic status in type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Research in Medical Sciences* 2017; 5(10):4385-4388.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS BASED STRESS REDUCTION (MBSR) ON PSYCHOSOCIAL ADJUSTMENT TO ILLNESS IN PATIENT WITH TYPE 2 DIABETES

Shima Keyvan¹, Noshiravan Khezri Moghadam^{*1}, Asadollah Rajab²

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran

2. Head of Iranian Diabetes Society, Tehtan, Iran

ABSTRACT

Background: Diabetes is one of the most prevalent chronic illness that is closely associated with some psychological problems, particularly stress. In this case, psychological interventions can be useful. The aim of this study was to investigate effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) on psychosocial adjustment to illness in patient with type 2 diabetes.

Methods: In this study, semi-experimental method (pre-posttest) with control group was used. Population of the study included patients with type 2 diabetes that were member of Iranian Diabetes Society of Tehran. For sampling, 60 patients with type 2 diabetes were considered and then divided in two groups based on random sampling method. Psychosocial Adjustment to Illness Scale was used.

Results: ANCOVA showed that MBSR significantly effect on psychosocial adjustment to illness. Additionally, the results showed that MBSR significantly effect on attitude towards the disease and the social environment ($P < 0.05$).

Conclusion: Findings revealed that MBSR can be effective on increasing psychosocial adjustment to illness in patients with type 2 diabetes. These findings have been inferred that patients with type 2 diabetes need to increase their psychosocial adjustment to illness.

Keywords: Type 2 diabetes, Mindfulness, Stress, Psychological Adjustment, Social Adjustment

* Mehrad psychological services and consulting center, Dey physicians building, Baghmelli, Kerman, Iran. Postal Code: 7614613775, Tel: 034-32268282, Mobile: 09133976163, Email: khezri147@yahoo.com