MEJDS. 2020; 10:151.

Published online 2020 Oct. **Research Article**

The Effects of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy on Psychological Wellbeing, Hope, and Quality of Life in Patients With Type 2 Diabetes

Ghorbani M[1], *Borjali M[2], Ahadi H[3]

Author Address
1. Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Alborz, Iran.
***Corresponding author's email:** M_borjali501@yahoo.com

Received: 2020 July 28; **Accepted:** 2020 October 3

Abstract

Background & Objectives: Diabetes consists of a group of metabolic diseases. The incidence of diabetes disrupts the regular flow of life and affects individuals' Quality of Life (QoL) in various dimensions. Therefore, improving the patients' QoL is essential for numerous therapists, including psychologists. Psychological wellbeing is a psychological component of QoL, i.e., defined as individuals' perception of their lives respecting emotional behaviors and mental functions, and mental health dimensions. Hope also significantly impacts stressful life events. It is necessary to assist individuals with diabetes to solve problems related to their condition, by recognizing the factors affecting psychological wellbeing, hope, and QoL; these elements can be improved by various approaches. The present study aimed to determine the effects of Mindfulness-Based Cognitive-Behavioral Therapy (MBCBT) on psychological wellbeing, hope, and QoL in patients with diabetes.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up and a control group design. The statistical population of the study included patients with type 2 diabetes referring to medical centers and the Tehran Diabetes Association, in 2019. The sample size of the present study was measured by Cohen's table to determine the sample size in experimental studies, and by considering the effect size of 0.7, test power of 0.91, and the significance level of 0.05; the minimum sample size for each group was 15 subjects. Considering sample dropout, 20 individuals were allocated per group. The study samples were selected by convenience sampling method and participated voluntarily in this research. They were randomly divided into two groups of MBCBT and control (n=15/group). The inclusion criteria were having type 2 diabetes with physician approval for ≥1 year, the age range of 20-50 years, having a minimum-cycle education, not receiving psychological treatment since diagnosis, the lack of acute or chronic medical diseases, like epilepsy and skeletal conditions (based on medical records), and not having severe mental illnesses (based on the diagnosis of a clinical psychologist). Severe complications of diabetes, leading to hospitalization (based on the diagnosis of a physician), absence from >2 treatment sessions, and major stresses caused by unconceived accidents were also considered as the exclusion criteria. MBCBT protocol was performed in eight 90-minute sessions (one weekly session) based on Kabat-Zinn's (2011) training package. The required data were collected using the Ryff Psychological Well-Being Scale (1989), the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) (1996), and the Hope Scale (Schneider, 1991); then, they were analyzed by repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) in SPSS. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: ANOVA data regarding the QoL were significant for the intra-group factor (time) (p<0.001), and the inter-group factor (p<0.045). Besides, ANOVA results concerning psychological wellbeing was significant for intra-group (time) (p<0.001) and inter-group (p<0.019) factors. Moreover, ANOVA data on hope was significant for intra-group (time) (p<0.001), and inter-group (p<0.001) factors. The posttest scores of QoL in the experimental group were higher than those of the pretest (p<0.001). Furthermore, the follow-up QoL scores were significantly different from those of the pretest stage (p<0.001). There was no significant difference between the scores of the posttest and follow-up stages (p=0.105). The results also suggested that psychological wellbeing posttest scores in the experimental group were higher than those of the pretest step (p<0.001). Additionally, psychological wellbeing follow-up values were significantly different from the pretest stage (p<0.001). There was no significant difference between the scores of the posttest and follow-up stages (p=0.804). The obtained results revealed that hope posttest scores in the experimental group were higher than those of the pretest (p<0.001); hope follow-up values were significantly different from those of the pretest stage (p<0.001). There was no significant difference between the scores of the posttest and follow-up stages (p=0.804).

Conclusion: The present study findings suggested the effectiveness of MBCBT on psychological wellbeing, hope, and QoL in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Mindfulness, Psychological wellbeing, Hope, Quality of life, Type 2 diabetes.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۵۱.

انتشار برخط مهرماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مریم قربانی[۱]، *محمود برجعلی[۲]، حسن احدی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران؛

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، البرز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** M_borjali501@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۷مرداد۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۲مهر۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمنی است که عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در اداره و کنترل آن ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و انجمن دیابت شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌روش داوطلبانه و دردسترس صورت گرفت و نمونه‌ها با شیوهٔ تصادفی در دو گروه درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی تحت درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی قرار گرفت. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹)، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) و مقیاس امیدواری (اشنایدر، ۱۹۹۱) جمع‌آوری شدند. سپس داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$)، امیدواری ($p<۰/۰۰۱$) و کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$) بیماران مبتلا به دیابت مؤثر است و این تأثیر تا دورهٔ پیگیری ماندگار بوده است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت اثربخشی درمان شناختی_رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: ذهن‌آگاهی، بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری، کیفیت زندگی، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

دیابت[1] گروهی از بیماری‌های متابولیک را در بر می‌گیرد که مشخصهٔ آن‌ها زیادبودن سطح گلوکز خون ناشی‌از درجات مختلف مقاومت بدن فرد دربرابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است (۱). بین بیماری دیابت نوع دو و کیفیت زندگی[2] ارتباط دوسویه وجود دارد. کیفیت زندگی بیانگر ادراک فرد دربارهٔ توانایی داشتن عملکرد خوب در سطوح جسمی، روانی و اجتماعی است (۲). بروز دیابت نوع دو، جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت‌تأثیر قرار می‌دهد؛ زیرا عوارض این بیماری، زیاد و درمان آن درازمدت و موفقیت آن کم است (۳). اصلاح (کیفیت زندگی) نه‌تنها برای بیماران دیابتی سودمند است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد (۴). روان‌درمانی در بیماران دیابتی می‌تواند سبب بهبود تحمل شرایط درمان، کیفیت بهتر زندگی، ایجاد پایبندی به درمان و تغییر سبک زندگی شود. بهبود کیفیت زندگی یکی از اهداف اولیهٔ درمان و شاخص مهم درمانی در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود؛ ازاین‌رو، ارتقای کیفیت زندگی بیماران برای بسیاری از درمانگران ازجمله روان‌شناسان از اهمیت بسزایی برخوردار است (۵).

یکی دیگر از متغیرهایی که در حوادث تنش‌زای زندگی نقش دارد، امیدواری[3] است. سازهٔ امیدواری توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است؛ به‌طوری‌که از راهبردهای مناسب برای کمک به افراد مبتلا به دیابت، بهبود امیدواری است. امید، مجموعه‌ای شناختی مبتنی‌بر احساس موفقیت ناشی‌از منابع گوناگون و مسیرها است. درواقع امید عاملی برانگیزاننده است و افراد را قادر می‌سازد مسیری را انتخاب کنند که به نتایج مثبت می‌انجامد. امید، نمادی از سلامت روحی و توانایی باورداشتن به احساس بهتر در آینده است؛ اما ناامیدی، نقطهٔ مخالف امید و از خصوصیات و مظاهر اصلی افسردگی است (۶). ناامیدی بر سلامتی و ابعاد روان‌شناختی افراد اثر منفی دارد و عاملی پرخطر برای اختلال در این ابعاد است. امیدواری، سلامت جسمی و روانی را که با انواع شاخص‌ها ازجمله سلامت، خودگزارشی، پاسخ مثبت به مداخله‌های پزشکی، سلامت ذهنی، خلق مثبت، نیرومندی ایمن شناختی، کنارآمدن مؤثر و رفتارهای ارتقادهندهٔ سلامت مشخص شده است، پیش‌بینی می‌کند (۷).

فشار روانی ناشی‌از دیابت علاوه‌بر اثرات جسمانی، دارای عوارض روانی نامطلوبی است که درمان و کنترل بیماری دیابت را دشوار می‌کند (۸). ازطرفی، به‌دلیل ارتباط بین جسم و ذهن، تغییرات طبیعی و بیمارگونهٔ جسمانی می‌تواند منجربه نشانه‌های روان‌شناختی بیمارگونه و ناتوان‌کننده‌ای شود که خود این نشانه مبنای تشدید یا راه‌اندازی اختلال‌هایی چون افسردگی، اضطراب، استرس، آسیب‌ها و تحریفات شناختی در افراد درقبال خود و جهان بیرونی است؛ همچنین پیامد این حالات می‌تواند عوارض منفی بر سلامتی و پیشبرد درمان جسمی و خودکارآمدی آنان داشته باشد؛ بنابراین تعامل بین بیماری‌های جسمانی و روانی باید مدنظر متخصصان پزشکی و روان‌پزشکی و روان‌شناسی باشد و به‌عنوان چالشی ذاتی بین محیط زیستی، روانی و اجتماعی مراجعان مدنظر قرار گیرد و می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی[4] فرد را به خطر بیندازد (۹).

بهزیستی روانی جزء روان‌شناختی کیفیت زندگی است که به‌عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطهٔ رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف می‌شود و شامل دو جزء است: اولین جزء آن قضاوت شناختی دربارهٔ این است که چطور افراد در زندگی‌شان در حال پیشرفت هستند؛ درصورتی‌که دومین جزء آن، سطح تجربه‌های خوشایند را در بر می‌گیرد. برخی از محققان بهزیستی روان‌شناختی را از نظر مؤلفه‌ها یا فرایندهای ویژه نظیر فرایندهای عاطفی مفهوم‌سازی می‌کنند (۱۰). بیماران مبتلا به دیابت به‌دلیل مشکلات تحمیل‌شده از طرف دیابت مانند رژیم غذایی، محدودیت فعالیت، پایش تهاجمی قندخون، تزریق روزانهٔ انسولین، عوارض مزمن جسمی و بستری‌شدن در بیمارستان، پاسخ‌های هیجانی مناسبی ندارند و بهزیستی روانی ضعیفی را تجربه می‌کنند (۱۱).

روش مداخلهٔ شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی[5] ازطریق تمرین‌های مراقبهٔ منظم باعث افزایش هوشیاری لحظه‌به‌لحظهٔ افراد دربارهٔ احساسات و عواطف معطوف به جسم خود می‌شود. از این طریق آن‌ها یاد می‌گیرند که با آگاهی و هوشیارشدن به افکار هیجانی منفی خود، پذیرای این نوع افکار به‌صورت غیرقضاوتی باشند و آن‌ها را همراه با آرامش بیان کنند. این روش در ایجاد، حفظ و ارتقای سبک‌های مقابله با بیماری، کاهش استرس، اختلال‌های خلقی و حتی بهبود عملکرد سیستم ایمنی بدن به بیماران کمک می‌کند (۱۲). نوردالی و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر عوارض فیزیولوژیک و روانی در بزرگسالان مبتلا به دیابت مؤثر است (۱۲). تووته و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی فرد و درمان شناختی‌ـ‌رفتاری بر معالجهٔ علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت تأثیر دارد (۱۳). عسکری و همکاران در پژوهش خود دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و نشانه‌های روان‌شناختی بیماران مؤثر است (۱۴).

باتوجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عمدهٔ آن‌ها در زمینهٔ بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی، به‌نظر می‌رسد که بسیاری از این بیماران شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی را ندارند. در صورت آموزش صحیح درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و آموزش سبک زندگی ارتقادهندهٔ سلامت به بیماران مبتلا به دیابت می‌توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. باوجود آثار مفید ذهن‌آگاهی بر بیماری‌های مزمنی همچون دیابت، با مرور پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، جای خالی این قبیل مطالعات بسیار مشهود است. نوآوری این پژوهش از این حیث است که در زمینهٔ اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بیماران مبتلا به دیابت پژوهش چندانی صورت نگرفته است و سایر بیماری‌های مزمن با این درمان روان‌شناختی بررسی شده‌اند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی

[1]. Diabetes
[2]. Quality of life
[3]. Hope
[4]. Psychological well-being
[5]. Mindfulness based cognitive therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

اثربخشی درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون‌ـ‌پس‌آزمون و پیگیری دوماهه همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و انجمن دیابت شهر تهران در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونهٔ مطالعهٔ حاضر با مراجعه به جدول کوهن[1] برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی و با درنظرگرفتن اندازهٔ اثر ۰/۷، توان آزمون ۰/۹۱ و سطح معناداری ۰/۰۵ مشخص شد و حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر به‌دست آمد. باتوجه به مسئلهٔ ریزش، ۲۰ نفر برای هر گروه در نظر گرفته شد (۱۵).نمونه‌های پژوهش با نمونه‌گیری به‌روش داوطلبانه و دردسترس انتخاب شدند و با استفاده از شیوهٔ تصادفی در دو گروه درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (n=۱۵) و گواه (n=۱۵) قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۶)، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۷) و مقیاس امیدواری (۱۸) به‌دست آمد. پروتکل درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسه، به‌صورت یک‌جلسه در هفته، به‌مدت ۹۰ دقیقه انجام شد.

معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به دیابت نوع دو با تأیید پزشک به‌مدت حداقل یک سال؛ داشتن حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۵۰ سال؛ داشتن حداقل تحصیلات سیکل؛ دریافت‌نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری؛ نبود بیماری طبی حاد یا مزمن مانند صرع و بیماری‌های اسکلتی (براساس پروندهٔ پزشکی)؛ مبتلانبودن به بیماری‌های شدید روانی (براساس تشخیص روان‌شناس بالینی). عوارض شدید دیابت منجربه بستری در بیمارستان (براساس تشخیص پزشک)، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و بروز استرس‌های بزرگ ناشی‌از حوادث پیش‌بینی‌نشده نیز به عنوان معیارهای خروج از طرح در نظر گرفته شد.

ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف[2] : برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی از پرسشنامه تدوین‌شده توسط ریف در سال ۱۹۸۹ استفاده شد (۱۶). پرسشنامه ۱۸ سؤال دارد و ۶ عامل خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی، پذیرش خود و تسلط بر محیط را می‌سنجد. نحوهٔ نمره‌گذاری تمامی سؤالات و ابعاد پرسشنامه براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است (۱۶). آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در مطالعهٔ ریف برای پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶ تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدف‌مندی در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد (۱۶). این مقیاس در آغاز بر نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا شد و ضریب هماهنگی بین خرده مقیاس‌ها ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته بر نمونه‌ای ۱۱۷نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به‌دست آمد (۱۹). پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط بیانی و همکاران آزمون شد و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه‌ای بین ۰/۷۰ تا ۰/۷۸ به‌دست آمد (۱۹).

ـ پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی[3]: پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ توسط کارشناسان سازمان بهداشت جهانی طراحی شد (۱۷). این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و این پرسشنامه یکی از ابزارهای استاندارد عمومی موجود برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی است. این پرسشنامه به ارزیابی چهار دامنه از کیفیت زندگی افراد شامل سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط با دیگران و محیط زندگی می‌پردازد. هر سؤال در دامنه‌ای از ۱تا۵ به‌ترتیب (اصلاً، کم، متوسط، زیاد، کاملاً) یا (خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام، کاملاً راضی‌ام)، نمره‌گذاری می‌شود. حیطهٔ سلامت جسمانی (فیزیکی) جمع نمرات سؤال‌های ۳، ۴، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۷ و ۱۸، حیطهٔ روان‌شناختی کیفیت زندگی جمع نمرات سؤال‌های ۲۶، ۱۹، ۱۱، ۷، ۶ و ۵، حوزهٔ روابط اجتماعی جمع نمرات سؤالات ۲۲، ۲۱ و ۲۰ و حیطهٔ محیط و وضعیت زندگی جمع نمرات سؤالات ۸، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴ و ۲۵ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ کیفیت زندگی بهتر است. پایایی مقیاس توسط سازندگان آن بیشتر از ۰/۷۰ گزارش شد (۱۷). در ایران، یوسفی و همکاران پایایی پرسشنامه را در نمونه بالینی و غیر بالینی برای تمامی خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ به‌دست آوردند (۲۰).

ـ مقیاس امیدواری[4]: مقیاس امیدواری توسط اشنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ برای سنجش امیدواری ساخته شد (۱۸). این مقیاس دارای ۱۲ عبارت است و به‌صورت خودسنجی اجرا می‌شود. سؤالات به‌صورت ۴ گزینه‌ای و در پیوستاری ۴درجه‌ای (کاملاً غلط=۱ و کاملاً درست=۴) است. دامنهٔ نمرات بین ۸تا۳۲ می‌باشد. از این عبارات ۴ عبارت برای سنجش تفکر عامل، ۴ عبارت برای سنجش مسیر و ۴ عبارت انحرافی است؛ بنابراین پرسشنامه دو زیرمقیاس را در بر می‌گیرد: تفکر عامل و مسیرها (۱۸). تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این مقیاس اندازه‌گیری امیدواری حمایت می‌کنند. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ امیدواری بیشتر است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۴تا۰/۸۴ است و پایایی آزمون‌بازآزمون ۰/۸۰ و دوره‌های بیشتر از ۸تا۱۰ هفته، از این میزان نیز بیشتر است. همسانی درونی زیرمقیاس تفکر عامل ۰/۷۱تا۰/۷۶ و زیرمقیاس مسیرها ۰/۶۳تا۰/۸۰ است (۱۸). در ایران، روایی این پرسشنامه توسط شهنی ییلاق و همکاران ازطریق بررسی اعتبار محتوا ارزیابی شد و ضرایب آلفای کرونباخ در بعد تفکر عامل ۰/۶۶ و در بعد مسیرها ۰/۸۰ بود (۲۱).

درمان شناختی‌ـ‌رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در هشت جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و هفته‌ای یک بار به‌مدت دو ماه براساس بستهٔ آموزشی کابات‌ـ‌زین اجرا شد. روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۲). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط پنج تن از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری روان‌شناسی

[1]. Cohen
[2]. Ryff Psychological Well-Being Scale
[3]. The World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)
[4]. Scale of Hope

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی کیش و دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کار بالینی تأیید شد و سپس در این پژوهش استفاده شد. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ارائه شده است.

جدول ۱. جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی

جلسات	شرح جلسات
اول	تنظیم خط‌مشی کلی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود به یکدیگر، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات. مراقبه و تمرین آگاهی، تکنیک خوردن کشمش، ۴۵ دقیقه وارسی بدن و صحبت دربارهٔ احساسات ناشی‌از آن و تکلیف خانه: حضور ذهن در لحظه و بسط‌دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیت‌ها.
دوم	آموزش تن‌آرامی برای گروهی از عضلات شامل ساعد، بازو، عضلهٔ پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی. بحث دربارهٔ تکالیف خانگی موانع تمرین و راه‌حل‌های ذهن‌آگاهی برای آن، مراقبه و تمرین آگاهی، تمرین حضور ذهن، ۴۵ دقیقه وارسی بدن، مراقبهٔ نشسته، تنفس در طول روز. تکلیف خانه: انجام وارسی بدن به‌مدت ۴۵ دقیقه و افزایش سطح آگاهی در فعالیت‌های روزانه مانند غذاخوردن، حمام‌کردن، نشستن و مسواک‌زدن.
سوم	آموزش تن‌آرامی برای ۸ گروه از عضلات شامل دست‌ها، بازوها، پاها، ران‌ها، شکم، سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن‌آرامی. بحث دربارهٔ تکالیف خانه، تمرین مراقبهٔ ۴۵ دقیقه و وارسی بدن، افسانه‌هایی دربارهٔ مراقبه و تکمیل تقویم وقایع خوشایند و تمرین فضای تنفسی ۳دقیقه‌ای. تکلیف خانه: ثبت تقویم وقایع خوشایند، تداوم فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی و تمرین مراقبه.
چهارم	آشنایی با نحوهٔ ذهن‌آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه با آرامش و بدون تفکر دربارهٔ موضوع دیگر، آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی تنفس قبل از زندگی. مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه ۴۵ دقیقه و وارسی بدن، واکنش به استرس، تمرین فضای تنفسی یک‌دقیقه‌ای، تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تداوم فعالیت‌های روزانه. تکلیف خانه: تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تمرین ۳دقیقه‌ای فضای تنفسی.
پنجم	آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جست‌وجوی حس‌های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی خوردن. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، گزارش فضای تنفسی ۳دقیقه‌ای، تکمیل کاربرگ ارتباطی برای تمرکز بر تعاملات طی هفته با افراد مهم زندگی. تکلیف خانه: تکمیل برگهٔ کاربرگ ارتباطی و فعالیت‌های روزانه همراه با آگاهی.
ششم	آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایندبودن افکار، اجازه‌دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به‌آسانی خارج‌کردنشان از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها. بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، سبک‌های مدیریت تعارض، بحث دربارهٔ پاسخ‌های استرس و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار و نگرش‌ها و رفتارهای جایگزین. تکلیف خانه: تمرین‌های مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، تداوم فعالیت‌های روزانه.
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبهٔ نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خلق. بررسی تکالیف خانه، تمرین‌های مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، بحث دربارهٔ فرایند درد، رهایی از درد و فرایندهای خشم، گزارش درد. تکلیف خانه: مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، تداوم فعالیت‌های روزانه و گزارش درد.
هشتم	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبهٔ ۴۵دقیقه‌ای و وارسی بدن، فضای تنفسی ۳دقیقه‌ای و صحبت راجع به آنچه تاکنون شرکت‌کنندگان یاد گرفته‌اند، مطرح‌کردن سؤالات دربارهٔ کل جلسه از این قبیل که آیا شرکت‌کنندگان به انتظارات خود دست یافته‌اند، آیا احساس می‌کنند شخصیتشان رشد کرده است، آیا احساس می‌کنند مهارت‌های مقابله‌شان افزایش یافته است و آیا دوست دارند مراقبه را ادامه دهند؟ بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

پس از دریافت مجوز از مراکز درمانی و انجمن دیابت شهر تهران، تعیین گروه‌های آزمایش و گواه و کسب رضایت از آن‌ها، اطلاعاتی دربارهٔ نوع درمان، نحوهٔ حضور در جلسه، تعداد و زمان جلسات به تمامی بیماران گروه آزمایش ارائه شد. همچنین، رازداری به‌عنوان اصل اساسی در درمان توضیح داده شد تا بیماران از محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی خود اطمینان حاصل کنند. سپس، هر دو گروه آزمایش و گواه، در مرحلهٔ پیش‌آزمون، اقدام به تکمیل مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۶)، پرسشنامهٔ کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۸) و مقیاس امیدواری (۲۰) کردند. پس از اتمام جلسات نیز پرسشنامه‌های مربوط توسط گروه‌های آزمایش و گواه تکمیل شد. سپس بعد از گذشت دو ماه، برای مرحلهٔ پیگیری پرسشنامه‌های مربوط توسط گروه‌های آزمایش و گواه تکمیل شد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به‌شرح ذیل بود: ۱. تمامی افراد به‌طور کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

در پژوهش مشارکت کردند؛ ۲. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد؛ ۳. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله برای شرکت‌کنندگان دو گروه انجام شد. آن‌ها همچنین پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش (درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی) به‌صورت هفتگی در انجمن دیابت تهران تحت آموزش گروهی قرار گرفت.

در بخش آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌کار رفت. شایان ذکر است به‌منظور بررسی پیش‌فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (برای بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف (برای نرمال‌بودن توزیع داده‌ها)، آزمون ام‌باکس و آزمون کرویت موچلی استفاده شد. به‌منظور مقایسهٔ دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات)، آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های آماری مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ انجام پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار، تعداد آزمودنی‌های نمونه و همچنین جدول فراوانی و درصد بود.

جدول ۲. توزیع و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش بین دو گروه مطالعه‌شده

متغیر	سطح متغیر	ذهن‌آگاهی (درصد) تعداد	گواه (درصد) تعداد	مقدار احتمال
جنسیت	زن	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۷)	۰/۳۶۷
	مرد	۹ (۶۰)	۸ (۵۳/۳)	
تأهل	مجرد (مطلقه یا بیوه)	۴ (۲۶/۷)	۱ (۶/۷)	۰/۴۸۲
	متأهل	۱۱ (۷۳/۳)	۱۴ (۹۳/۳)	
سن	۳۰تا۴۰ سال	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۳)	۰/۳۱۵
	۴۱تا۵۰ سال	۵ (۳۳/۳)	۵ (۳۳/۳)	
	۵۱تا۶۰ سال	۴ (۲۶/۷)	۵ (۳۳/۳)	
تحصیلات	کمتر از دیپلم	۶ (۴۰)	۴ (۴۵)	۰/۱۱۰
	فوق‌دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۶ (۳۰)	
	کارشناسی و بیشتر	۴ (۲۶/۷)	۵ (۲۵)	

نتایج مربوط به توزیع فراوانی و مقایسهٔ مشخصات دموگرافیک واحدهای پژوهش برای تمامی متغیرهای مطالعه‌شده در این تحقیق در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج جدول ۲ نشان داد که دو گروه آزمایش و گواه از نظر متغیرهای جنسیت، تأهل، سن و تحصیلات، به‌لحاظ آماری تفاوت معناداری باهم ندارند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کیفیت زندگی	آزمایش	۵۸/۴۶	۶/۱۵	۶۷/۶۰	۵/۹۰	۶۶/۶۰	۵/۸۷
	گواه	۶۰/۰۰	۴/۵۹	۶۰/۵۳	۴/۷۰	۶۰/۴۶	۴/۷۷
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۳۱/۰۶	۳/۷۶	۳۶/۷۳	۳/۸۸	۳۶/۰۰	۳/۶۲
	گواه	۳۰/۶۰	۴/۱۳	۳۱/۲۶	۴/۰۰	۳۱/۴۶	۳/۹۶
امیدواری	آزمایش	۱۳/۶۶	۲/۵۲	۱۸/۲۰	۲/۷۳	۱۸/۴۰	۲/۷۷
	گواه	۱۳/۴۶	۱/۹۹	۱۳/۸۰	۱/۹۷	۱۳/۹۳	۱/۸۶

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

همچنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات گروه آزمایش در متغیرهای کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری در مرحلهٔ پس‌آزمون افزایش یافته است؛ ولی در گروه گواه تغییرات درخورتوجهی دیده نمی‌شود. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، برای رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های ام‌باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. ازآنجاکه آزمون ام‌باکس برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ‌کوواریانس رد نشد. همچنین معنادارنبودن هیچ‌یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی رعایت شده است و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی است. درنهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی مشخص کرد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنادار است؛ بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون‌آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نمی‌شود ($p<۰/۰۰۱$). ازاین‌رو از آزمون گرین‌هاوس‌گیزر به‌منظور بررسی نتایج آزمون تک‌متغیره برای اثرات درون‌گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون لاندای ویلکز تفاوت معناداری را میان نمرات اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر بهبود کیفیت زندگی ($p<۰/۰۰۱$)، بهزیستی روان‌شناختی ($p<۰/۰۰۱$) و امیدواری ($p<۰/۰۰۱$) در دو گروه آزمایش و گواه نشان داد و بیانگر آن بود که میانگین آزمون‌ها از نظر اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی بر متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری دارد.

جدول ۴. تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری

مقیاس	منبع متغیر	منبع اثر	F	مقدار احتمال	مجذور اتا
کیفیت زندگی	درون‌گروهی	زمان	۱۴۸/۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۸۴
		زمان*گروه	۱۱۷/۹۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۰
	بین‌گروهی	گروه	۴/۰۵	۰/۰۴۵	۰/۱۲
بهزیستی روان‌شناختی	درون‌گروهی	زمان	۱۲۴/۷۱	<۰/۰۰۱	۰/۸۱
		زمان*گروه	۷۱/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۷۱
	بین‌گروهی	گروه	۶/۲۰	۰/۰۱۹	۰/۱۸
امیدواری	درون‌گروهی	زمان	۲۳۲/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۸۹
		زمان*گروه	۱۶۴/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۵
	بین‌گروهی	گروه	۱۲/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۱

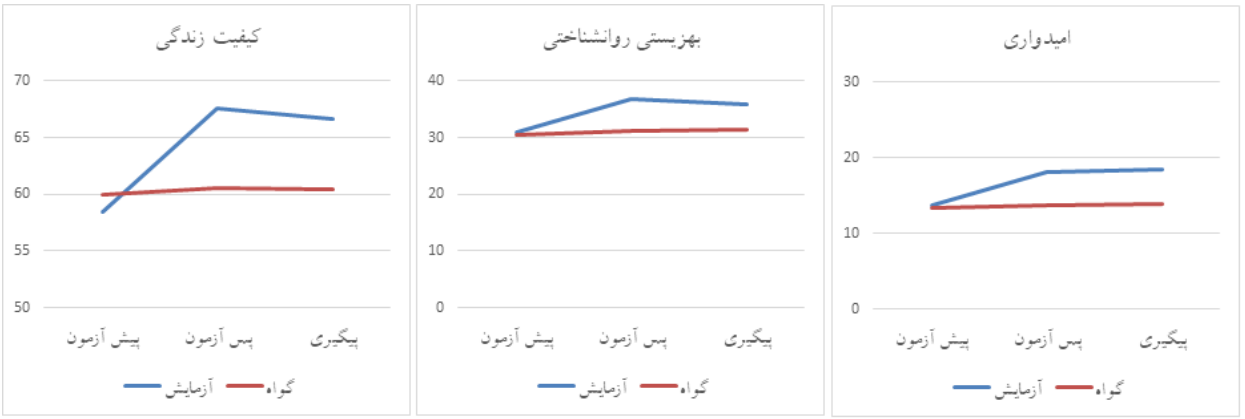
نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، تحلیل واریانس متغیر کیفیت زندگی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۴۵$) معنادار است و تحلیل واریانس متغیر بهزیستی روان‌شناختی برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۱۹$) معنادار است؛ همچنین تحلیل واریانس متغیر امیداوری برای عامل درون‌گروهی (زمان) ($p<۰/۰۰۱$) و بین‌گروهی ($p<۰/۰۰۱$) معنادار می‌باشد؛ این بدین معناست که در هر سه متغیر کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری بین دو گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد که حاکی‌از تأثیر مداخله است. برای بررسی تفاوت‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در هریک از مؤلفه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج این آزمون در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسهٔ دوبه‌دوی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

متغیر	مراحل		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۴/۸۳	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	ـ۴/۳۰	۱/۱۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۳	۰/۵۹	۰/۱۰۵
بهزیستی روان‌شناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۳/۱۶	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	ـ۲/۹۰	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۶	۰/۵۳	۰/۸۰۴
امیدواری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	ـ۲/۴۳	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
		پیگیری	ـ۲/۶۰	۰/۵۱	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	ـ۰/۱۶	۰/۵۳	۰/۸۰۴

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]



نمودار ۱. مقایسهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری کیفیت زندگی، بهزیستی روان‌شناختی و امیدواری در گروه آزمایش و گروه گواه

نتایج جدول ۵ و نمودار ۱ نشان می‌دهد، نمرات متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین کیفیت زندگی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=۰/۱۰۵$). نتایج مشخص کرد، نمرات بهزیستی روان‌شناختی در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بهزیستی روان‌شناختی در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری دیده نشد ($p=۰/۸۰۴$). نتایج نشان داد، نمرات امیدواری در گروه آزمایش و در مرحلهٔ پس‌آزمون بیشتر از پیش‌آزمون است ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین امیدواری در مرحلهٔ پیگیری، تفاوت معناداری با مرحلهٔ پیش‌آزمون دارد ($p<۰/۰۰۱$). تفاوت معناداری بین دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد ($p=۰/۸۰۴$). نتایج حاکی‌از آن بود که اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مرحلهٔ پیگیری برای هر سه متغیر بهزیستی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و امیدواری ماندگار بوده است.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. یافته‌ها نشان داد، اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت تأثیر دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش نوردالی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی مداخلات مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر عوارض فیزیولوژیک و روانی در بزرگسالان مبتلا به دیابت (۱۲)، نتایج پژوهش توونه و همکاران مبنی‌بر درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی فرد و درمان شناختی‌ـ رفتاری برای معالجهٔ علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت (۱۳) و با نتیجهٔ پژوهش عسکری و همکاران مبنی‌بر اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی و نشانه‌های روان‌شناختی بیماران (۱۴)، همسوست.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌توان گفت، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر فرایندهای فراشناختی، منعکس‌کنندهٔ این حقیقت است که شیوهٔ پردازش می‌تواند به اندازهٔ محتوای معنا و تفسیرهای مربوط به سازگاری روانی مهم باشد. هنگامی‌که این نوع مداخله برای مشکلات و مسائل بیماران مبتلا به مشکلات جسمی به‌کار می‌رود، به شناخت معنادهی‌های مربوط به تشخیص و کنترل بیماری‌های مزمن کمک می‌شود. نقش اساسی معنادهی‌ها و تفسیرهای فرد از رویدادها و موقعیت‌ها در مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری یکی از دلایلی است که این مدل درمانی را به درمانی مناسب برای اجزای روانی مشکلات مزمن پزشکی تبدیل کرده است (۱۳). روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به بیماران کمک می‌کند که یاد بگیرند چگونه از احساس‌های بدنی، افکار و هیجان‌های خودآگاهی یابند و به‌شکل غیرمستقیم با کاهش میزان استرس پاسخ سازگارانه‌ای به علائم هشداردهندهٔ عود بیماری نشان دهند؛ بنابراین ذهن‌آگاهی این توانایی را به ما می‌دهد تا آسیب‌پذیری‌های فراگیر را در انسان ببینیم و با آن‌ها روبه‌رو شویم و آن‌ها را که بخشی از وجود ذاتی و درونی انسان‌هاست، به چالش بکشیم. ذهن‌آگاهی نوعی آگاهی است که در زمان توجه ما به تجربیاتمان دربارهٔ موضوع خاصی شکل می‌گیرد؛ توجهی که متمرکز بر هدف است (توجه به‌طور آشکار به جنبه‌های خاصی از تجربه معطوف می‌شود) و در زمان حال (وقتی ذهن به گذشته یا آینده معطوف می‌شود، آن را به زمان حال باز می‌گردانیم) و بدون قضاوت (فرایندی که با روح پذیرش درقبال آنچه رخ می‌دهد، همراه است) صورت می‌گیرد (۱۱). آگاهی از آنچه در آینده اتفاق می‌افتد و آنچه در حال رخ‌دادن است، توجه عمیق و مستقیم به آن و مرتبط‌کردن آن با پذیرش موضوع، آسان است؛ یعنی قدرت عمل مشاهدهٔ مشارکتی. گرچه ماهیت موضوع و توجه به آن آسان است، تمرین ذهن‌آگاهی اغلب کاری سخت به‌نظر می‌رسد؛ تمرینی که در آن به‌طور منظم به خود آموزش می‌دهیم تا به آنچه در اطرافمان رخ می‌دهد و ناشی‌از تجارب ماست، اطمینان کنیم. همچنین این تمرین به معرفی غریزهٔ ما برای اجتناب از مشکل و جنبه‌های چالش‌برانگیز تجربهٔ درمانی می‌پردازد (۸). درنهایت باتوجه به بحث‌های صورت‌گرفته و نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت، مداخلهٔ شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را می‌توان به‌عنوان مداخلهٔ روان‌شناختی اثرگذار معرفی کرد که می‌تواند منجربه بهبودی شاخص‌های بهزیستی روان‌شناختی و بعد روانی کیفیت زندگی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

مبتلایان به بیماری دیابت و نیز سایر بیماری‌های مزمن همچون سرطان، آرتریت روماتوئید و نظایر آن‌ها شود تا بتوان در کنار درمان‌های فیزیکی و دارویی بخشی از آلام این بیماران را کم کرد؛ بنابراین باتوجه به مطالب بیان‌شده درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند باعث بهبود بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت شود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر امیدواری بیماران مبتلا به دیابت نیز می‌توان گفت، پژوهشگران بر این باور هستند که روش‌های درمانی مانند درمان پذیرش و تعهد ذهن‌آگاهی به‌دلیل سازوکارهای نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون داوری و خودداری از اجتناب تجربی می‌تواند در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی‌ـ رفتاری، اثربخشی درمان‌ها را افزایش دهد (۷). در درمان شناختی‌ـ رفتاری بر بهبود روابط دوستان، آشنایان، همسر و فرزندان تأکید می‌شود تا منابع حمایتی فرد از غنای کافی برخوردار باشد؛ بنابراین انتظار می‌رود که مداخلات شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهبود امیدواری اثربخش باشد (۸). در این میان، ذکر این نکته لازم است که برنامهٔ آموزش کنترل توجه، درمانی سریع و کامل و اکسیری شفابخش برای بهبود امیدواری نیست. درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، عملکرد مغز و کارکردهای فیزیولوژیک نیمکره‌های مغز را بهبود می‌بخشد (۱۰). برای نمونه، نتایج تصویربرداری مغزی به‌شیوهٔ MRI نشان می‌دهد، مغز افرادی که به‌صورت حرفه‌ای تمرینات ذهن‌آگاهی را انجام می‌دهند، به‌لحاظ ساختاری در چند ناحیه قطورتر از مغز گروه گواه است. این نواحی شامل قشر حسی‌ـ حرکتی و اینسولای قدامی راست است که در ادراک درونی، کنترل حرکت، خودآگاهی، عملکرد شناختی و نیز تجربهٔ بین‌فردی نقش دارند. همین‌طور در قشر پیشانی که ازجمله کارکردهای آن حل مسئله، شناسایی هیجان‌ها، تمرکز، قضاوت، سخن‌گفتن و حرکات ارادی است، فعال‌سازی بیشتری مشاهده می‌شود (۱۲)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی می‌تواند بر امیدواری بیماران مبتلا به دیابت تأثیرگذار باشد.

همچنین در تبیین اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت می‌توان گفت، این رویکرد درمانی بر افرادی که برای کمک به خودشان مصمم هستند، تأثیر بیشتری دارد. هدف درمان شناختی‌ـ رفتاری پیشرفت سریع در رفتارهای سازگار، شناسایی و اصلاح مفروضه‌های ناکارآمد و طرحواره‌های مرتبط با رویدادهای آسیب‌زا است. ترکیب چنین روش درمانی کارآمد، با روش حضور ذهن، فرایند بهبودی و ماندگاری درمان را بیشتر کرده است. روش درمان ترکیبی (ترکیب شناختی‌ـ رفتاری و ذهن‌آگاهی) در افراد مطالعه‌شده به‌علت جامع‌بودن درمان (بازسازی شناختی، مواجههٔ تجسمی و واقعی با سرنخ‌ها، مراقبه و ریلکسیشن و سایر تکنیک و فنون رویکردهای درمانی) مؤثر بوده است (۱۱). به همین دلیل نبود درمان برای این افراد باعث می‌شود امیدواری در سطح کم بماند. آموزش‌های ذهن‌آگاهی ازجمله درمان‌هایی هستند که می‌توانند بر امیدواری بیماران مبتلا به دیابت مؤثر باشند. ذهن‌آگاهی با آگاه‌کردن فرد از فرایندهای ذهن درگیر با نبود امیدواری و درمان ترکیبی با مجموعه‌ای از درمان شناختی‌ـ رفتاری که فکر و رفتار را به چالش می‌کشند، در بهبود بیشتر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر است؛ اما درمان ترکیبی به‌دلیل وسعت بیشتر، تأثیر عمیق‌تری دارد (۱۲). درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، آگاهی غیرقضاوتی مبتنی‌بر حال را آموزش می‌دهد و روی‌آوردن به کارهایی درجهت بهبود کیفیت زندگی بیماران را تشویق می‌کند. درنهایت اینکه درمان ترکیبی شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به‌دلیل جامعیت درمان، بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر می‌گذارد و باعث بهبود آن می‌شود.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت که نتایج پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو محدود بود؛ بنابراین در تعمیم نتایج به بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و سایر بیماران باید احتیاط کرد. این پژوهش تنها بر جمعیت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر تهران صورت گرفت؛ ازاین‌رو در تعمیم نتایج به دیگر مناطق و شهرها باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در سایر شهرها نیز انجام پذیرد و نتایج آن ارزیابی شود و با نتایج این پژوهش مقایسه شود؛ همچنین این پژوهش در سایر شهرها صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود؛ دیگر اینکه پژوهش پس از آموزش گروهی به‌صورت مشاورهٔ فردی نیز پیگیری شود. همچنین باتوجه به تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بیش از پیش مدنظر درمانگران و مراکز مشاوره قرار گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت، اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر بهزیستی روان‌شناختی، امیدواری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر دارد؛ بنابراین می‌توان از درمان شناختی‌ـ رفتاری مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده کرد و در راستای ارتقای کیفیت زندگی، امیدواری و بهزیستی روان‌شناختی آنان گام برداشت.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان: این مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌الملل کیش است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط مسئولان مراکز درمانی و انجمن دیابت شهر تهران با شماره نامهٔ ۱۶۳ صادر شد. تمامی افراد به‌صورت کتبی اطلاعاتی دربارهٔ پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده خواهد شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

رضایت‌نامهٔ انتشار: غیرقابل اجرا.

دسترسی به داده‌ها: بخشی از داده‌ها نظیر اطلاعات مربوط به پیامد

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]

اصلی یا امثال آن امکان اشتراک‌گذاری دارد.

تزاحم منافع: نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی: منابع مالی از هزینه‌های شخصی تأمین شده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است. مشارکت نویسندگان: مریم قربانی داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. محمود برجعلی در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, et al. Physical activity/exercise and diabetes: a position statement of the american diabetes association. Diabetes Care. 2016;39(11):2065–79. doi: 10.2337/dc16-1728
2. American Diabetes Association. Executive summary: standards of medical care in diabetes--2014. Diabetes Care. 2014;37(Supplement_1):S5–13. doi: 10.2337/dc14-S005
3. Polonsky WH, Hessler D, Ruedy KJ, Beck RW, DIAMOND Study Group. the impact of continuous glucose monitoring on markers of quality of life in adults with type 1 diabetes: further findings from the DIAMOND randomized clinical trial. Diabetes Care. 2017;40(6):736–41. doi: 10.2337/dc17-0133
4. Dawson AZ, Walker RJ, Campbell JA, Egede LE. Effect of perceived racial discrimination on self-care behaviors, glycemic control, and quality of life in adults with type 2 diabetes. Endocrine. 2015;49(2):422–8. doi: 10.1007/s12020-014-0482-9
5. Silverstein MP, Miller JA, Xiao R, Lubelski D, Benzel EC, Mroz TE. The impact of diabetes upon quality of life outcomes after lumbar decompression. Spine J. 2016;16(6):714–21. doi: 10.1016/j.spinee.2015.10.041
6. Cefalu WT, Kaul S, Gerstein HC, Holman RR, Zinman B, Skyler JS, et al. cardiovascular outcomes trials in type 2 diabetes: where do we go from here? reflections from a diabetes care editors' expert forum. Diabetes Care. 2018;41(1):14–31. doi: 10.2337/dci17-0057
7. Landon BE, Zaslavsky AM, Souza J, Ayanian JZ. Trends in diabetes treatment and monitoring among medicare beneficiaries. J Gen Intern Med. 2018;33(4):471–80. doi: 10.1007/s11606-018-4310-4
8. Hofmann M, Dack C, Barker C, Murray E. The impact of an internet-based self-management intervention (help-diabetes) on the psychological well-being of adults with type 2 diabetes: a mixed-method cohort study. J Diabetes Res. 2016;2016:1476384. doi: 10.1155/2016/1476384
9. Washington ED, Williams AE. An exploratory phenomenological study exploring the experiences of people with systemic disease who have undergone lower limb amputation and its impact on their psychological well-being. Prosthet Orthot Int. 2016;40(1):44–50. doi: 10.1177/0309364614556838
10. Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. JAMA Psychiatry. 2016;73(6):565–74. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0076
11. Parsons CE, Crane C, Parsons LJ, Fjorback LO, Kuyken W. Home practice in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. Behav Res Ther. 2017;95:29–41. doi: 10.1016/j.brat.2017.05.004
12. Noordali F, Cumming J, Thompson JL. Effectiveness of Mindfulness-based interventions on physiological and psychological complications in adults with diabetes: A systematic review. J Health Psychol. 2017;22(8):965–83. doi: 10.1177/1359105315620293
13. Tovote KA, Fleer J, Snippe E, Peeters ACTM, Emmelkamp PMG, Sanderman R, et al. Individual mindfulness-based cognitive therapy and cognitive behavior therapy for treating depressive symptoms in patients with diabetes: results of a randomized controlled trial. Diabetes Care. 2014;37(9):2427–34. doi: 10.2337/dc13-2918
14. Askari M, Radmehr H, Mohammadi H, Jahangir Amir H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on increasing the quality of life and reducing psychological symptoms in patients with Multiple Sclerosis. J Isfahan Med Sch. 2017;34(410):1487–95. [Persian] http://jims.mui.ac.ir/index.php/jims/article/view/7562/7718
15. Langer ÁI, Schmidt C, Mayol R, Díaz M, Lecaros J, Krogh E, et al. The effect of a mindfulness-based intervention in cognitive functions and psychological well-being applied as an early intervention in schizophrenia and high-risk mental state in a Chilean sample: study protocol for a randomized controlled trial. Trials. 2017 25;18(1):233. doi: 10.1186/s13063-017-1967-7
16. Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. Psychol Aging. 1989 Jun;4(2):195–201. doi: 10.1037//0882-7974.4.2.195
17. World Health Organization, Division of Mental Health. WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version [Internet]. World Health Organization; 1996. Availble from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/63529
18. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST, et al. The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope. J Pers Soc Psychol. 1991;60(4):570–85. doi: 10.1037//0022-3514.60.4.570
19. Bayani AA, Mohammad Koochekya A, Bayani A. Reliability and validity of Ryff's psychological well-being scales. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;14(2):146-51. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-464-en.html
20. Yousefy AR, Usefy AR, Ghassemi GR, Sarrafzadegan N, Mallik S, Baghaei AM, et al. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in an Iranian adult sample. Community Ment Health J. 2010;46(2):139–47. doi: 10.1007/s10597-009-9282-8
21. Shehni Yailagh MS, Kianpour Ghahfarokhi F, Maktabi GH, Samavi A, Neasi A. Reliability and validity of the hope scale in the Iranian Students. J Life Sci Biomed. 2012;4(2):125–8.
22. Kabat-Zinn J. Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, and the trouble with maps. Contemporary Buddhism. 2011;12(1):281–306. doi: 10.1080/14639947.2011.564844

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.224.3]