pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

محمد حسن دوازده امامی[۱]، **حمید خراط زاده*[۲]**، مریم بختیاری[۳]، بهزاد مهکی[۴]

۱. استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۲. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
۴. دانشیار، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: حمید خراط زاده، دانشگاه شاهد تهران **hkharratzade@yahoo.com**

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت بیماری مزمنی است که علاوه بر عوارض جسمی، عوارض روانشناختی را برای فرد مبتلا به همراه دارد؛ که این مهم کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هدف از این مطالعه تعیین اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

مواد و روشها: این مطالعه از نوع شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و همراه با گروه شاهد بود. جمعیت مورد مطالعه ۳۰ بیمار (۴۰ درصد مرد) مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (N=۱۵) و شاهد (N=۱۵) قرار گرفتند. پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی وارن-شربورن (SF-۳۶) به عنوان ابزار در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت. ۸ جلسه آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای گروه آزمایش انجام شد؛ در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. هر دو گروه پرسشنامه (SF-۳۶) را قبل و بعد از مداخله تکمیل نمودند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که در مقایسه با گروه شاهد، برخی از مقیاس‌های کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش، به طور معنی‌داری در مرحله‌ی پس آزمون بهبود یافته بود. ($p <$ ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، می‌تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: استرس، ذهن آگاهی، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Davazdah Emamy M H, Kharatzadeh H, Bakhtiari M, Mahaki B. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on the Quality of Life of Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (4) :607-617

تاریخ دریافت: ۹۷/۴/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۰/۲۲

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

مقدمه و هدف

دیابت نوع ۲ یک اختلال پیچیده متابولیک و غدد درون‌ریز است. مشخصه‌ی این بیماری، میزان بالای قند خون است که به علت مقاومت سلول‌های بدن نسبت به انسولین ایجاد شده و این مقاومت نسبت به انسولین متعاقباً کمبود انسولین را در پی دارد (۱). در این میان عدم ترشح کافی انسولین برای غلبه بر مقاومت نسبت به انسولین، مشخصه‌ی انتقال از مرحله عدم تحمل گلوکز به دیابت نوع ۲ است (۲). در سال ۱۹۸۸ پیش بینی می‌شد که ۲۸۶ میلیون نفر در سراسر جهان تا سال ۲۰۳۰ به دیابت مبتلا شوند (۳) اما در سال ۲۰۱۴ فدراسیون بین المللی دیابت اعلام کرد که ۳۸۷ میلیون نفر در سراسر جهان به بیماری دیابت مبتلا بوده و ۴/۹ میلیون مرگ و میر در این سال به علت این بیماری اتفاق افتاده است. دیابت در سال ۲۰۱۴ چیزی در حدود ۱۱/۱ درصد از کل هزینه های مربوط به سلامت بزرگسالان را به خود اختصاص داده است (۲) و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۵ تعداد افراد مبتلا به دیابت تقریبا به ۶۰۰ میلیون نفر افزایش پیدا کند (۴).

عوارض مربوط به دیابت به دو دسته عوارض جسمی و عوارض روانشناختی تقسیم می‌شوند. عوارض جسمی مربوط به دیابت را می‌توان به دو بخش عوارض عروقی و عوارض غیر عروقی تقسیم کرد که عوارض عروقی خود به دو زیر گروه میکروواسکولار (شامل رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی) و ماکروواسکولار (شامل بیماری عروق قلبی، عروق محیطی و عروق مغزی) تقسیم می‌شوند. بیماری‌های گوارشی، بیماری‌های عفونی، تغییرات پوستی، از دست رفتن شنوایی نیز از عوارض غیر عروقی بیماری دیابت هستند (۵). از عوارض روانشناختی دیابت نوع ۲ می توان به افسردگی، اضطراب و استرس اشاره کرد (۶). دیابت یک بیماری مزمن است که اغلب در تمام طول زندگی ادامه خواهد داشت (۷) و مدیریت این بیماری نیازمند نظارت روزانه بر رژیم غذایی، فعالیت بدنی، سلامت عمومی، سطح استرس، میزان قند خون و برنامه دارویی توسط فرد است (۸). گاهی اوقات کنار آمدن با دیابت دشوار شده و باعث می‌شود مدیریت این بیماری فشار زیادی را بر بیمار وارد کند. این موضوع پیامدهایی چون اضطراب، نگرانی، احساس گناه، درماندگی و افسردگی را برای فرد در پی دارد (۹) و در نتیجه کیفیت زندگی فرد مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش‌ها نیز پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت را گزارش می‌کنند. برای مثال در پژوهش صداقتی و همکاران کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نسبت به افراد غیر دیابتی نامطلوب گزارش شده است (۱۰). همچنین در پژوهش تیماره و همکاران، علاوه بر پایین بودن کیفیت زندگی، مشخص شد که کیفیت زندگی رابطه معناداری با سطح هموگلوبین A1c این بیماران دارد (۱۱). بنابراین انجام مداخلاتی که بتواند افزایش کیفیت زندگی این بیماران را در پی داشته باشد ضروری به نظر می‌رسد.

پزشکی ذهن-بدن شیوه‌ای است که به‌کارگیری آن به منظور کاهش عوارض بیماری‌های مزمن در بسیاری از کشورها رایج شده و حوزه‌ای است که بر تعامل بین مغز، ذهن، بدن و رفتار تأکید می‌کند و واجد روش‌های نیرومندی است که به طور مستقیم بر سلامت جسمی و روانی اثر می‌گذارند. مدیتیشن یکی از فنون رایج در این دیدگاه است و ذهن آگاهی به مدیتیشنی اشاره دارد که در آن بر حضور و آگاهی در زمان حال تأکید می‌شود (۱۲). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به واسطه‌ی این که به هر دو بعد جسمی و ذهنی می‌پردازند دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی هستند (۱۳). در حال حاضر رایج‌ترین روش در پزشکی ذهن-بدن کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR[1]) است(۱۴) و اثربخشی این شیوه در کاهش

[1] Mindfulness Based Stress Reduction

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

میزان قند خون، استرس اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت پیش از این مورد تأیید قرار گرفته است (۱۵-۱۸). همچنین اثر بخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی نیز پیش از این در پژوهش‌هایی مورد بررسی قرار گرفته است که برای نمونه می‌توان به پژوهش رجاخان و همکاران (۱۹) و روث و رابینز (۲۰) اشاره کرد. با این حال در هیچ یک از این پژوهش‌ها، نمونه مورد مطالعه را بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تشکیل نمی‌دادند. در پژوهشی نیز قشقایی و همکاران اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT[۲]) را بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد مطالعه قرار داده اند(۲۱). مطالعه‌ی حاضر، با توجه به اینکه در هیچ پژوهشی تاکنون اثربخشی MBSR بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار نگرفته است طراحی شده است و پیش بینی می‌شود که MBSR در بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی می باشد که پیشنهاد آن در کمیته اخلاق دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی با کد اخلاق IR.SBMU.MSP.REC.۱۳۹۵.۱۸۴ تصویب شده است و بین سال‌های ۹۶-۱۳۹۵ در مرکز خیریه دیابت اصفهان انجام شد.

جامعه آماری در این مطالعه کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و جامعه هدف، آن دسته از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که عضو انجمن خیریه دیابت اصفهان بودند. ۳۰ نفر از افرادی که واجد ملاک‌های ورود بودند به شیوه‌ی نمونه‌گیری داوطلبانه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (N=۱۵) و شاهد (N=۱۵) گماشته شدند. معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بودند از ابتلا به دیابت نوع ۲ با تایید پزشک به مدت حداقل یک سال، داشتن حداقل ۱۸ سال سن، داشتن تحصیلات سیکل یا بالاتر، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی از زمان تشخیص بیماری، عدم بیماری طبی حاد یا مزمن که مشکلاتی را در تحمل جلسات طولانی ایجاد کند، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید روانی مانند اختلالات سایکوتیک و عدم مصرف داروهای روان‌گردان یا سوء مصرف مواد در حال حاضر. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از عوارض شدید دیابت که منجر به بستری در بیمارستان گردد، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و بروز استرس‌های بزرگ ناشی از حوادث پیش‌بینی نشده.

پیش از شروع جلسات و با اخذ رضایت آگاهانه، تمامی شرکت‌کنندگان هر دو گروه، پرسشنامه کیفیت زندگی وارن و شربورن (SF-۳۶) را به منظور تعیین سطح کیفیت زندگی تکمیل نمودند. پس از آن، افراد گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعتی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را (طبق جدول ۱) به صورت گروهی و در مرکز خیریه دیابت اصفهان دریافت نمودند و پس از پایان جلسات و در جلسه نهم افراد هر دو گروه مجددا پرسشنامه SF-۳۶ را تکمیل نمودند. برای تحلیل یافته ها نیز، نرم افزار SPSS ۲۲ مورد استفاده قرار گرفت.

[۲] Mindfulness Based Cognitive Therapy

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

جدول شماره ۱: خلاصه دستورالعمل اجرایی جلسات آموزشی

جلسه	دستورالعمل
اول	معرفی اعضا، بیان اهداف و تعدیل انتظارات، بیان توضیحات درباره دیابت و تاثیر آن بر کیفیت زندگی، خوردن کشمش و دادن پسخوراند و معرفی سیستم هدایت خودکار، نحوه کاربرد آگاهی در لحظه حاضر از احساسات بدنی، تفکرات و هیجانات در کاهش استرس، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای
دوم	بحث در مورد تجربه تمرینات خانگی، مراقبه اسکن بدن و صحبت در مورد تجربه مراقبه، انجام تمرینات کششی یوگا
سوم	۴۵ دقیقه نشست هشیارانه، بحث در مورد تجربه نشست هشیارانه، انجام تمرینات یوگا، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای
چهارم	نشست هشیارانه با آگاهی از هیجانات و افکار، ۱۰ دقیقه تمرین دیدن یا شنیدن، تمرین یوگای بهشیار
پنجم	انجام تمرین وارسی بدن، تمرین یوگای بهشیار، بررسی آگاهی از وقایع ناخوشایند و هیجانات،افکار و حس‌های بدنی همراه با آن
ششم	تمرین وارسی بدن، تمرین پیاده روی هشیارانه، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و هیجانات،افکار و حس‌های بدنی همراه با آن
هفتم	انجام مراقبه کوهستان، تکرار تمرینات جلسات قبل، توزیع جزوه‌ها
هشتم	تمرین وارسی بدن، بازنگری برنامه، بحث در مورد برنامه‌ها و جمع بندی کل برنامه

مقیاس کیفیت زندگی وارن - شربورن (SF-۳۶

): این ابزار دارای ۳۶ سوال است و کیفیت زندگی را در ۸ حیطه مورد بررسی قرار می‌دهد که عبارتند از؛ عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی، انرژی/خستگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روانی و سلامت روانی. دو مقیاس کلی نیز از ادغام ۸ مقیاس ذکر شده به دست می‌آیند که عبارتند از: ۱. سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات جسمی، درد جسمی، وضعیت سلامت عمومی) و ۲. سلامت روانی (انرژی/خستگی، عملکرد اجتماعی، محدودیت در ایفای نقش به علت مشکلات روانی و سلامت روانی). نمره‌ی کیفیت زندگی در حیطه‌های مختلف از ۰ تا ۱۰۰ نمره‌گذاری می‌شود و نمره بالاتر نشان دهنده‌ی کیفیت زندگی بالاتر است. این ابزار در سال ۱۳۸۴ توسط منتظری و همکاران برای جمعیت ایران بومی سازی شده است (۲۲). روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج پایایی درونی نشان داد که به جز حیطه نشاط (α=۰/۶۵) سایر حیطه‌های گونه‌ی فارسی SF-۳۶ از حداقل ضرایب در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون آماری مقایسه‌ی گروه‌های شناخته شده نشان داد این ابزار قادر به افتراق زیرگروه های جمعیتی به تفکیک سن و جنس می‌باشد و دارای روایی ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ است (۲۲).

یافته‌ها

در مرحله‌ی پس آزمون ۳ نفر از افراد گروه آزمایش و ۲ نفر از افراد گروه شاهد از شرکت در ادامه طرح انصراف دادند و ۲ نفر از افراد گروه آزمایش نیز بر اساس ملاک‌های خروج، از طرح کنار گذاشته شدند. در نهایت ۱۰ نفر در گروه آزمایش (۴ مرد و ۶ زن) با میانگین سنی ۵۴/۳ و ۱۳ نفر در گروه شاهد (۴ مرد و ۹ زن) با میانگین سنی ۵۰/۷۶ باقی ماندند. از نظر جنس، میزان تحصیلات و سن تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت. اطلاعات مربوط به جنس و میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در جدول شماره ۲ قابل مشاهده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

جدول شماره ۲: اطلاعات مربوط به جنس و میزان تحصیلات شرکت کنندگان

	متغیر	گروه آزمایش		گروه شاهد	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنس	مرد	۴	۴۰	۴	۳۰/۸
	زن	۶	۶۰	۹	۶۹/۲
تحصیلات	سیکل و دیپلم	۷	۷۰	۸	۶۱/۵
	کاردانی و کارشناسی	۳	۳۰	۵	۳۸/۵

داده‌های موجود در جدول شماره ۳ نیز نشان می‌دهند که نمرات دو گروه پس از مداخله در ۴ بعد از ابعاد کیفیت زندگی (محدودیت ایفای نقش به علت مشکل جسمی، محدودیت ایفای نقش به علت مشکل هیجانی، انرژی/ خستگی و عملکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌داری دارد.

علاوه بر این نمره کلی افراد در مقیاس کیفیت زندگی و همچنین نمره‌های آنها در هر دو زیرمقیاس سلامت جسمی و سلامت روانی بهبود معنی‌داری نشان می‌دهد. با این حال نمره شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش در ۴ بعد (عملکرد جسمی، بهزیستی هیجانی، درد جسمانی و سلامت عمومی) با وجود بهبود نسبت به قبل از انجام مداخله، تفاوت معنی‌داری با گروه گواه ندارد.

جدول شماره ۳: میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون کوواریانس (F و معنی داری)

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		ضریب F	معنی داری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
عملکرد جسمانی	آزمایش	۷۰/۵	۱۴/۶۱	۷۸	۱۱/۸۳	۱/۷۶	۰/۱۹
	شاهد	۷۰	۱۸/۲۵	۷۰/۷۶	۱۹/۹۸		
محدودیت ایفای نقش به علت مشکل جسمی	آزمایش	۵۲/۵	۳۹/۸	۸۰	۳۲/۹۱	۳/۷۶	۰/۰۶
	شاهد	۷۱/۱۵	۳۰/۳۵	۵۷/۶۹	۴۰/۰۳		
محدودیت ایفای نقش به علت مشکل هیجانی	آزمایش	۴۹/۹	۳۹/۲۸	۷۹/۹۸	۳۲/۲۱	۱۶/۴۹	۰/۰۰۱
	شاهد	۶۱/۵	۲۶/۶۹	۳۰/۷۳	۲۸/۷۱		
انرژی/ خستگی	آزمایش	۵۳/۵	۱۶/۸۴	۶۳/۸	۱۱/۱	۶/۱۲	۰/۰۲
	شاهد	۵۰	۱۰/۴	۵۰	۱۴/۱۴		
بهزیستی هیجانی	آزمایش	۶۰	۱۴/۲۳	۶۷/۱	۱۶/۱	۲/۶۴	۰/۱۱
	شاهد	۵۵/۳۸	۱۷/۱۹	۵۵/۴۶	۱۴/۵۵		
عملکرد اجتماعی	آزمایش	۶۷/۵	۱۷/۸۷	۷۵	۱۱/۷۸	۵/۰۶	۰/۰۳
	شاهد	۶۰/۵۷	۱۴/۲۹	۵۶/۷۳	۲۰/۱۶		
درد جسمانی	آزمایش	۶۶/۷	۱۹/۸۲	۷۰/۶۵	۱۱/۸۷	۱/۴۶	۰/۲۴
	شاهد	۶۸/۲۶	۱۷/۶۳	۶۴/۲۳	۲۰/۰۳		
سلامت عمومی	آزمایش	۴۶/۸۷	۱۳/۱۹	۵۲/۵	۱۵/۱۳	۲/۴	۰/۱۳
	شاهد	۴۳/۸۴	۱۷/۲۱	۴۲/۶۹	۱۳/۱۶		
سلامت جسمی	آزمایش	۵۹/۲۱	۱۹	۷۰/۲۵	۱۴/۳۲	۵/۱۴	۰/۰۳
	شاهد	۶۳/۲۷	۱۴/۹۱	۵۹/۳۸	۱۸/۱		
سلامت روانی	آزمایش	۵۷/۶۱	۱۸/۹۴	۷۱/۶۵	۱۵/۳۶	۱۴/۲۱	۰/۰۰۱
	شاهد	۵۶/۹۱	۱۳/۶۱	۵۰	۱۷/۲۲		
نمره کل کیفیت زندگی	آزمایش	۵۸/۴۳	۱۷/۸۳	۷۰/۹۶	۱۳/۵۸	۱۱/۱۴	۰/۰۰۳
	شاهد	۶۰/۰۹	۱۳/۳۱	۵۴/۶۹	۱۵/۹۲		

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ طراحی شد. یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد که آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تاثیر معنی‌داری بر روی کیفیت زندگی بیماران دارد.

نتایج حاصل از این مطالعه همسو با پژوهش‌های پیشین است. پژوهش‌های رجاخان و همکاران (۱۹)، روث و رابینز (۲۰) و قشقایی و همکاران (۲۱) نیز نشان دادند که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود.

با توجه به اینکه درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به هر دو بعد جسمی و ذهنی می‌پردازند (۱۳) بهبود کیفیت زندگی افراد گروه آزمایش قابل انتظار بود. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا به شیوه‌ی بهتری با استرس، درد و بیماری کنار بیایند. این شیوه باعث افزایش حالت ذهن آگاهی در افراد می‌شود و این حالت ذهن آگاهی، از طریق کاهش نشخوار ذهنی و اجتناب هیجانی و همچنین افزایش رفتارهای خود نظم‌دهی، بهبود عملکرد آنها را در پی دارد (۲۳). همچنین MBSR می‌تواند باعث کاهش میزان استرس، اضطراب، و افسردگی در افراد شود (۲۴) علاوه بر این، تمرینات یوگا که در برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی گنجانده شده‌اند باعث افزایش فعالیت جسمی و افزایش شفقت نسبت به خود[۳] در افراد می‌شود (۲۵, ۲۶). بنابراین MBSR می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد، هم در بعد جسمی و هم در بعد روانشناختی کمک کند. از طرفی، آموزش گروهی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، علاوه بر آموزش مهارت‌های مدیتیشن، یک فضای حمایتی را در داخل گروه برای افراد مهیا می‌کند و شرکت کنندگان فرصت دارند تا هیجانات خود را در مورد بیماری ابراز کنند و تجربیات خود را در اختیار یکدیگر قرار دهند. این حمایت اجتماعی و بیان هیجانات در تلاش فرد برای کنار آمدن با بیماری و بهبود شرایط موثر است (۲۷). شواهد نشان می‌دهند که افراد دچار بیماری‌های مزمن که به منظور تقسیم تجربیات و افزایش آگاهی در مورد بیماری خود و آموزش مهارت‌های کنار آمدن با بیماری، در گروه‌های حمایتی شرکت می‌کنند کاهش قابل توجهی در علایم فیزیکی و روانشناختی نشان می‌دهند و احتمال افزایش طول عمر آنها نیز وجود دارد (۲۸-۳۰).

با این حال، با وجود بهبود نمرات گروه آزمایش در مقیاس کلی کیفیت زندگی، نمرات افراد در ۴ بعد (کارکرد جسمی، بهزیستی هیجانی، درد جسمانی و سلامت عمومی) از ۸ بعد کیفیت زندگی، با وجود بهبود نسبت به مرحله‌ی پیش آزمون، تفاوت معنی‌داری با نمرات گروه شاهد نشان نداد. سه بعد از این چهار بعد، به زیرمقیاس سلامت جسمانی مربوط می‌شوند و عدم بهبود معنی‌دار در این ابعاد ممکن است به مزمن بودن بیماری، عوارض جسمانی و محدودیت‌هایی مربوط باشد که این بیماری برای افراد به وجود آورده است. انجام مداخلاتی مانند ورزش‌های هوازی که بهبود سلامت جسمانی را در پی دارند شاید بتوانند به بهبود کیفیت زندگی این بیماران در بعد جسمانی، به طور موثرتری کمک نمایند.

مقایسه این شیوه با دیگر درمان‌های روانشناختی از جمله مدیریت استرس، درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، آموزش مهارت‌های زندگی و همچنین مداخلات غیر روانشناختی مانند ورزش‌های هوازی از جمله پژوهش‌هایی هستند که نتایج آنها می‌تواند در تدوین برنامه‌ی جامع درمانی برای بیماران مبتلا به دیابت و کمک به این افراد موثر باشد.

[۳] Self-Compassion

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

آموزش گروهی کاهش اســترس مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش کیفیــت زنــدگی بیمــاران مبتلا به دیابت نوع ۲ موثر اســت و بــا توجــه بــه بــار اقتصــادی، اجتمــاعی و روان‌شــناختی زیادی که دیابت بر افراد، خانواده‌ها و جامعه تحمیــل می‌کنــد، و همچنین تــأثیری کــه این بیمــاری بر کیفیــت زندگی افراد دارد، نتایج این پژوهش برای بیماران دیابتی، متخصــصــان دیابت و بهداشت روانی امیدوارکننده است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، مصوبه شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۵ به شماره ثبت (۴۷۴ م) می‌باشد. بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایستگاه تحقیقات سلامت اصفهان و مرکز خیریه‌ی دیابت اصفهان که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند صمیمانه تشکر می نماییم.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

References

1. Tahrani AA, Bailey CJ, Del Prato S, Barnett AH. Management of type 2 diabetes: new and future developments in treatment. The Lancet. 2011; 378(9786): 182-97.
2. Wu J, Shi S, Wang H, Wang S. Mechanisms underlying the effect of polysaccharides in the treatment of type 2 diabetes: a review. Carbohydrate Polymers. 2016; 144: 474-94.
3. Harris MI, Flegal KM, Cowie CC, Eberhardt MS, Goldstein DE, Little RR, et al. Prevalence of diabetes, impaired fasting glucose, and impaired glucose tolerance in US adults: the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. Diabetes Care. 1998; 21(4): 518-24.
4. Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. Diabetes Research and Clinical Practice. 2014; 103(2): 137-49.
5. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrisons manual of medicine. 19th ed. New York: McGraw-Hill Education; 2016.
6. Almawi WY, Tamim H, Al-Sayed N, Arekat MR, Al-Khateeb GM, Baqer A, et al. Association of comorbid depression, anxiety, and stress disorders with type 2 diabetes in Bahrain, a country with a very high prevalence of type 2 diabetes. Journal of Endocrinological Investigation. 2008; 31(11): 1020-4.
7. Barnett R. Diabetes. The Lancet. 2010; 375(9710): 191.
8. Golden SH, Lazo M, Carnethon M, Bertoni AG, Schreiner PJ, Roux AV, et al. Examining a bidirectional association between depressive symptoms and diabetes. JAMA. 2008; 299(23): 2751-9.
9. Katon WJ. The comorbidity of diabetes mellitus and depression. The American Journal of Medicine. 2008; 121(11):S8-15.
10. Sedaghati KM, Ehsani M, Ghanbari A. Comparative study of quality of life in type 2 diabetic patients with non diabetic people. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2007; 9(5): 55-60. [Persian]
11. Timareh M, Rhimi MA, Abbasi P, Rezaei M, Hyaidarpoor S. Quality of life in diabetic patients referred to the diabete research center in Kermanshah. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2012; 16(1): 63-9.
12. Whitebird RR, Kreitzer MJ, O'Connor PJ. Mindfulness-based stress reduction and diabetes. Diabetes Spectrum. 2009; 22(4): 226-30.
13. Ludwig DS, Kabat-Zinn J. Mindfulness in medicine. JAMA. 2008; 300(11): 1350-2.
14. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10(2): 125-43.
15. Kharatzadeh H, Davazdah Emamy MH, Bakhtiary M, Kachuei A, Mahaki B. Effectiveness of mindfulness based stress reduction on glycemic control, stress , anxiety and depression on patients with type 2 diabetes mellitus. Urmia Medical Journal. 2017; 28(3): 207-14. [Persian]
16. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS. Mindfulness-based stress

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. Alternative Therapies in Health and Medicine. 2007; 13(5): 36-9. [Persian]

17. Vala M, Razmandeh R, Rambol K, Nasli Esfahani E, Ghodsi Ghasemabadi R. 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. 2016; 17(5): 382-90. [Persian]

18. Zare H, Zare M, Amirabadi F, Shahriari H. Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of mindfulness based stress reductionon glycemic control in diabetes. Razi Journal of Medical Sciences. 2013; 20(108): 40-52. [Persian]

19. 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: 287-97.

20. Roth B, Robbins D. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life: findings from a bilingual inner-city patient population. Psychosomatic Medicine. 2004; 66(1): 113-23.

21. Ghashghaie S, Farnam R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality-of-life in outpatients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014; 13(4): 319-30. [Persian]

22. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. Quality of Life Research. 2005; 14(3): 875-82.

23. Momeni J, Omidi A, Raygan F, Akbari H. The effects of mindfulness-based stress reduction on cardiac patients' blood pressure, perceived stress, and anger: a single-blind randomized controlled trial. Journal of the American Society of Hypertension. 2016; 10(10): 763-71.

24. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2015; 78(6): 519-28.

25. Blom K, Baker B, How M, Dai M, Irvine J, Abbey S, et al. Hypertension analysis of stress reduction using mindfulness meditation and yoga: results from the harmony randomized controlled trial. American Journal of Hypertension. 2014; 27(1): 122-9.

26. van Son J, Nyklíček I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF, et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress, quality of life, and HbA1c in outpatients with diabetes (DiaMind) a randomized controlled trial. Diabetes Care. 2013; 36(4): 823-30.

27. Reibel DK, Greeson JM, Brainard GC, Rosenzweig S. Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. General Hospital Psychiatry. 2001; 23(4): 183-92.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

28. Cella DF, Sarafian B, Snider PR ,Yellen SB, Winicour P. Evaluation of a community-based cancer support group. Psycho-Oncology. 1993; 2(2): 123-32.

29. Parker JC, Smarr KL, Buckelew SP, Stucky-ropp RC, Hewett JE, Johnson JC, et al. Effects of stress management on clinical outcomes in rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatology. 1995; 38(12): 1807-18.

30. Trojan A. Benefits of self-help groups: a survey of 232 members from 65 disease-related groups. Social Science & Medicine. 1989; 29(2): 225-32.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]

Journal of Diabetes Nursing **Received: 21/7/2018**

pISSN: 2345-5020 **Accepted: 12/1/2019**

eISSN: 2423-5571 Volume **6** Number **4** **p: 607-617**

Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on the Quality of Life of Patients with Type II Diabetes Mellitus

Davazdah Emamy Mohammad Hasan[1], Kharatzadeh Hamid[2] *, Bakhtiari Maryam[3], Mahaki Behzad [4]

1. Assistant professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. PhD candidate of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Human Sciences, Shahed University, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Associate Professor, Department of Epidemiology and Biostatistics, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

***Corresponding author**: Hamid Kharatzadeh, Shahed University of Tehran. **Email**: hkharratzade@yahoo.com

Abstract

Introduction: Diabetes is a chronic and lifelong disease, which has many physical and psychological complications that may affect the quality of life. This study aimed to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction on the quality of life in patients with type II diabetes.

Materials and Methods: This quasi-experimental study had a pretest-posttest design with a control group. The study population included 30 diabetic patients (%40 male), randomly divided into two groups of the experimental and control groups. This study benefited from Waren and Sherbourne quality of life questionnaire (SF-36). Eight sessions of Mindfulness-based stress reduction group training were conducted in eight weeks for the experimental group while the control group received no intervention. Both groups completed the SF-36 questionnaire before and after the intervention.

Results: Data analysis showed that some scales of quality of life in the experimental group significantly were improved in the posttest compared to the control group.

Conclusion: Based on the obtained results of this study, mindfulness-based stress reduction group training can be effective in improving the patients' quality of life with type II diabetes mellitus.

Keywords: Stress, Mindfulness, Quality of life, Type II diabetes

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Davazdah Emamy M H, Kharatzadeh H, Bakhtiari M, Mahaki B. Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on the Quality of Life of Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (4) :607-617

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-13]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.4.3.0]