

تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی

مهدی عبداللهزاده رافی^۱، *علی گل‌باف^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران.

۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۵/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۲/۱۲)

The Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy on Adherence of Doctor's Directions in the Treatment of Diabetic Patients

Mehdi Abdollahzadeh Rafi¹, *Ali Golbaf²

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran.

2. M.A. in Clinical Psychology, Kashmar Branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran.

Original Article

(Received: Aug. 11, 2019 - Accepted: May. 01, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: The purpose of this study was to investigate The effectiveness of mindfulness-based therapy on adherence of doctor's directions of diabetic patients. **Method:** The method of this research was a Quasi-experimental design with pretest-posttest design with control group. The population of the study included all diabetic patients, who were members of Diabetic Association in the city of Mashhad in 2018. Wich 30 of them were placed using purposive sampling method and were matching assigned to experimental group (n=15) and control group (n=15). Participants of the experimental group received 8-sessions of mindfulness-based therapy and the control group only used the common treatment. To collect the data adherence of doctor's directions questionnaires (Hayes & et al, 1994) were used. Data were analyzed using covariance method. **Findings:** The results showed that adherence of doctor's directions of patients participating in the experimental group significantly increased compared to the control group ($P < 0/05$). **Conclusion:** Therefore, it can be concluded that mindfulness-based therapy increases the adherence of doctor's directions of diabetic patients.

Keywords: Mindfulness-Based Therapy, Adherence of Doctor's Directions, Diabetic Patients.

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش تأثیر درمان مبتنی بر ذهن آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی بود. **روش:** روش این پژوهش به شیوه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی عضو انجمن دیابت شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آن‌ها ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت هم‌تا در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای داده شدند. شرکت‌کنندگان گروه آزمایش درمان مبتنی بر ذهن آگاهی را طی ۸ جلسه دریافت نمودند و گروه کنترل فقط از درمان رایج استفاده کردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پیروی از دستورات پزشک (هیز و همکاران، ۱۹۹۴) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش آماری کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که پیروی از دستورات پزشک بیماران شرکت‌کننده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به‌صورت معناداری افزایش یافته بود ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی باعث افزایش پیروی از دستورات پزشک بیماران دیابتی می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، پیروی از دستورات پزشک، بیماران دیابتی.

*Corresponding Author: Ali Golbaf

*نویسنده مسئول: علی گل‌باف
Email: aligolbaf@yahoo.com

مقدمه

می‌شود، تبعیت بیماران از توصیه‌های درمانی است. پزشک و بیمار زمان زیادی را صرف تشخیص بیماری و نوع درمان می‌کنند اما زمانی که نوبت به اجرای درمان می‌رسد بیماران به علت خستگی ناشی از روند طولانی درمان و عدم اطمینان به قطعی بودن درمان، توصیه‌های درمانی را پیگیری نمی‌کنند (ولیدی پاک، خالدی، معینی منش، ۱۳۹۳).

عدم تبعیت از توصیه‌های درمانی یعنی «میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی» (غلامعلی، کریمی شاهنجری، روشنایی، رضاپور شاهکلانی، ۱۳۹۴). در برخی بررسی‌های انجام‌شده میزان پیروی نکردن از دستورات درمانی در دیابتی‌ها بین ۲۳ تا ۹۳ درصد و در برخی دیگر یک‌سوم تا سه‌چهارم گزارش شده است (به نقل از علیپور، علی‌اکبری دهکردی، امینی، هاشمی جشنی، ۱۳۹۵).

از طرف دیگر، بین ۲۰ تا ۴۰ درصد بیماران دیابتی مشکلات هیجانی از قبیل نگرانی‌های ناشی از بیماری (مثل ترس از بروز نشانه‌های بیماری) تا نشانه‌های عمومی‌تر نگرانی، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کنند (نوون و همکاران، ۲۰۱۰). این مشکلات هیجانی علاوه بر این‌که برای فرد ناخوشایند هستند، باعث کاهش کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی ضعیف (حدادی کوهسار، مرادی، غباری‌بناب و ایمانی، ۱۳۹۷)، ارزیابی منفی از درمان با انسولین و کاهش کنترل قند خون (نوون و همکاران، ۲۰۱۰) و در موارد

دیابت^۱ از مهم‌ترین بیماری‌های جهان است که شیوع آن در گروه‌های سنی مختلف رو به افزایش است (گومز-لوپرا، پیندا-تروخیلو و دیاز-والنسیا^۲، ۲۰۱۹). به‌گونه‌ای که در ده سال گذشته با ۵۰ درصد افزایش روبه‌رو بوده است (متزگر، سورکین، بلیمک، گرین فیلد و کاپلان^۳، ۲۰۱۲). یک فراتحلیل نشان می‌دهد که شیوع این بیماری در ایران، بیشتر از کشورهای توسعه‌یافته است (حق‌دوست، رضازاده کرمانی، صادقی راد و برادران، ۲۰۰۹). این بیماری علت اصلی نابینایی، قطع عضو و نارسایی کلیه در سن بین ۲۰ تا ۷۰ سال است (انجمن دیابت آمریکا^۴، ۲۰۱۵).

دیابت نوع ۱ و نوع ۲، دو شکل اصلی این بیماری هستند (چان و همکاران، ۲۰۲۰). دیابت نوع ۲، بیماری مزمنی است که با ایجاد مشکل در چرخه سوخت‌وساز گلوکز، باعث آسیب به قسمت‌های مختلف بدن فرد می‌شود و این مشکل به دلیل اختلال ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن نسبت به انسولین ایجاد می‌شود (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۱۸).

بیماران دیابتی با دو مشکل اساسی در ارتباط هستند: (۱) میزان تبعیت بیماران از توصیه‌های درمانی (۲) کنترل استرس ناشی از دیابت (پاور^۵ و همکاران، ۲۰۱۵).

یکی از رفتارهایی که باعث افزایش میزان موفقیت در درمان و کاهش عوارض منفی بیماری

1. Diabet
2. Gomez-Lopera, Pineda-Trujillo & Diaz-Valencia
3. Metzger, Sorkin, Billimek, Greenfield & Kaplan
4. World Health Organization (WHO)
5. Powers

پاسخ‌هایی که آن‌ها را برمی‌انگیزانند جدا کنند و در نهایت معنای آن‌ها را تغییر دهد» (قادری جاوید، غلامرضایی، رضایی، ۱۳۹۵). ذهن‌آگاهی بر کاربردهای آموزش مراقبه ذهن در زندگی روزانه تمرکز دارد (نسیمی فر، حیدری و داودی، ۱۳۹۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد که استفاده از درمان ذهن‌آگاهی، می‌تواند منجر به کاهش استرس افراد دچار بیماری‌های مزمن شود. بیماری‌های مزمنی از قبیل مشکلات قلبی - عروقی (امیدی، مؤمنی، رایگان، اکبری و طلیقی، ۱۳۹۵)، فشارخون بالا (خسروی و قربانی، ۱۳۹۴)، کمردرد مزمن (معصومیان، شعیری، شمس و مومن‌زاده، ۱۳۹۲)، سندرم پیش از قاعدگی (شعبانی و خلعتبری، ۱۳۹۸)، مولتیپل اسکلروزیس (اورکی و سامی، ۱۳۹۵)، سندرم روده تحریک‌پذیر (پور محسنی کلوری و اسلامی، ۱۳۹۵) و درد قفسه سینه غیرقلبی (متولی باشی نائینی، سجادیان و بشارت، ۱۳۹۵). با این حال، در مورد بیماران مبتلا به دیابت اثربخشی این درمان بررسی نشده است و مشخص نیست آیا این درمان می‌تواند در پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی مؤثر باشد. با توجه به اهمیت موارد گفته‌شده پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی پردازد.

روش

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

شدید باعث ناراحتی‌های قلبی-عروقی و حتی مرگ بیمار می‌شوند (رامش، علیزاده مقدم، صفری، فیضی، ۱۳۹۷).

بر اساس الگوی زیستی- روانی- اجتماعی و الگوی ادغام پزشکی و روان‌شناسی، دیابت یک منبع استرس برای افراد مبتلا به این بیماری است. این استرس علاوه بر اثرات منفی که بر روی جسم می‌گذارد باعث ایجاد افسردگی نیز می‌شود. این افسردگی می‌تواند بیماران را دچار بی‌اشتهایی و بی‌نظمی در رژیم غذایی کند و همچنین پذیرش انسولین از طرف آنان را کاهش دهد و در نتیجه کنترل و درمان دیابت مشکل شود (بویر و پاهریا، ۲۰۰۸؛ به نقل از علی پور، علی‌اکبری، امینی، هاشمی جشنی، ۱۳۹۵).

بنابراین، به نظر می‌رسد حالت روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت از جمله استرس و افسردگی می‌تواند تبعیت از توصیه‌های درمانی را کاهش دهند، به همین خاطر، ضرورت مداخله روان‌شناختی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران دیابتی و به دنبال آن، پیگیری دستورات پزشک، احساس می‌شود.

یکی از روش‌های جدید که برای درمان کاهش مشکلات روان‌شناختی گوناگون استفاده شده است، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۱ است. این روش توسط سگال، ویلیامز و تیزدل^۲ مطرح شده است (کرین^۳، ۲۰۰۹) و هدفش این است که فرد بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد، وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از

1. Boyer & Paharia
2. Mindfulness
3. Segal, Williams & Teasdale
4. Crane

(۱) وجود تنش‌زاهای شدید زندگی مانند طلاق و سوگواری (که با سؤال مستقیم از خود فرد بررسی شد)

(۲) داشتن هم‌زمان سایر بیماری‌های مزمن (که با توجه به پاسخ‌های خود آزمودنی به چک‌لیستی که شامل سؤالاتی از قبیل «در حال حاضر بیماری قلبی دارم: بلی، خیر»، بررسی شد).

(۳) غیبت بیش از ۲ جلسه و عدم شرکت در جلسات جبرانی

(۴) عدم تمایل شرکت در جلسات آموزشی یا ناتوانی شدید جسمی که مانع از شرکت بیمار در جلسات آموزشی شود.

در این پژوهش به‌منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه مقیاس پیروی کلی (از دستورات پزشک) و پرسش‌نامه مقیاس پیروی اختصاصی (از دستورات پزشک) استفاده شد.

راهنمای مقیاس پیروی کلی و مقیاس پیروی اختصاصی (پرسش‌نامه پیروی از دستورات پزشک): این مقیاس‌ها به‌منظور سنجش میزان پیروی بیماران مزمن توسط هیز و همکاران (۱۹۹۴) طراحی شده‌اند که مقیاس پیروی کلی تمایل بیمار را به پیروی از توصیه‌های پزشکی به‌طورکلی اندازه می‌گیرد و دارای ۵ ماده است و همسانی درونی آن قابل قبول ($\alpha = 0/81$) گزارش شده است. پیروی اختصاصی، میزان پیروی بیماران از توصیه‌های ضروری ویژه یک بیماری را اندازه می‌گیرد. مقیاس پیروی اختصاصی بیماران دیابتی، میزان پیروی بیماران دیابتی از توصیه‌های مبنی بر مصرف دارو و تغییر سبک زندگی را می‌سنجد که این مقیاسی دارای ۷ ماده

در این پژوهش دو گروه وجود دارد که برای گروه آزمایش، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان متغیر مستقل اجرا شد و گروه کنترل، درمان روان‌شناختی دریافت نکرد.

جامعه پژوهش این پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر مشهد در تیرماه سال ۱۳۹۷ بود.

به‌منظور تعیین حجم نمونه در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و برای انتخاب حجم نمونه، بر اساس قاعده‌ای که گال، بورگ و گال^۱ (۱۳۹۸) برای تحقیقات آزمایشی و شبه آزمایشی پیشنهاد کرده‌اند (۱۵ نفر برای هر گروه)، عمل شد و پس از بررسی ملاک‌های ورود و خروج و اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای هر گروه) انتخاب و به‌تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از:

- (۱) داشتن دیابت نوع ۲
 - (۲) مرد بودن
 - (۳) قرار داشتن در دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال
 - (۴) عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های درمانی (که با سؤال مستقیم از خود فرد بررسی شد)
 - (۵) داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی
 - (۶) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش.
- همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از:

جدول ۱. محتوای جلسات درمان مبتنی بر ذهن آگاهی

| جلسه پیش از درمان | خوش آمدگویی-پرکردن پرسشنامه |
|-------------------|--|
| جلسه اول | توضیحات در ارتباط با رابطه متقابل دیابت و استرس اجرای خودکار خوردن یک کشمش با آگاهی مراقبه و آرسی بدن ارائه تمرین توجه آگاهانه به فعالیت‌های روزمره برای انجام در منزل |
| جلسه دوم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع درمان مراقبه و آرسی بدن تمرین تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن آشنایی با مفهوم ذهن سرگردان، مثل ظرف آب گل‌آلود و پیامدهای آن ارائه تمرین تنفس با ذهن آگاهی و مراقبه ذهن برای انجام در منزل |
| جلسه سوم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع آشنایی با مفهوم کنار گذاشتن ذهن نشخوارگر تنفس با ذهن آگاهی هوشیار بودن و تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن ارائه تمرین تمرکز بر تنفس آگاهانه و اعضای بدن برای انجام در منزل |
| جلسه چهارم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع ماندن در لحظه دیدن یا شنیدن با ذهن آگاهی آشنایی با مفهوم فشارسنج درونی سه دقیقه تنفس پیاده‌روی با ذهن آگاهی ارائه تمرین فشارسنج درونی برای انجام در منزل |
| جلسه پنجم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع پذیرش و اجازه حضور نشست‌های مدیتیشن ۳ دقیقه تنفس ارائه تمرین ایجاد یک مشکل و کار کردن روی آن از طریق بدن برای انجام در منزل |
| جلسه ششم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع تفکرات واقعی نیستند نشست‌های مدیتیشن آگاهی نسبت به تنفس و بدن ارائه تمرین آگاهی بدون انتخاب برای انجام در منزل |
| جلسه هفتم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع چگونه می‌توانیم به‌خوبی از خود مراقبت کنیم مدیتیشن آگاهی از تنفس، اعضای بدن، اصوات، افکار و هیجانات ۳ دقیقه تنفس ارائه تمرین مکث ۳ دقیقه‌ای برای انجام در منزل |
| جلسه هشتم | بررسی تمرین در منزل و رفع موانع جمع‌بندی و چگونگی استفاده مهارت‌ها برای آینده مراقبه و آرسی بدن پایان درمان |

در راستای بیماری دیابت و استفاده شد. در جلسات از افراد خواسته شد تا بر روی صندلی‌های خود بنشینند و به‌صورت گروهی تمرین‌ها و فعالیت‌های گفته‌شده توسط درمانگر را اجرا کنند (محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده‌اند). پس از پایان هر جلسه، برای جلسه بعدی تکلیف مشخص شد و در شروع هر جلسه، در مورد تکلیف جلسه قبل صحبت و در صورت وجود مشکل در اجرای تکلیف، مشکل حل شد. یک هفته پس از اتمام جلسات درمان از ۲ گروه خواسته شد تا دوباره پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کنند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس در برنامه SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

یافته‌ها

قبل از تحلیل داده‌ها، همسانی آماری گروه‌های در متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی شد. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش، نشان می‌دهد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۴۴/۰۰ سال با انحراف معیار ۶/۳۲ بوده است و در گروه کنترل، میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش ۴۵/۳۳ سال با انحراف معیار ۶/۰۳ بوده است. میانگین سن شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به گروه تفاوت آماری معناداری ندارد (۰/۵۵۹). $p=$

در گروه آزمایش، میانگین مدت‌زمان ابتلا به دیابت شرکت‌کنندگان در پژوهش ۷/۱۳ سال با انحراف معیار ۳/۶۶ بوده است و در گروه کنترل، میانگین مدت‌زمان ابتلا به دیابت شرکت‌کنندگان

در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای است و همسانی درونی آن قابل قبول ($\alpha=0/87$) گزارش شده است. در پژوهشی که توسط سبحانی و همکاران (۱۳۹۶) انجام شد ضرایب آلفای به‌دست‌آمده برای مقیاس پیروی کلی (۰/۷۶) و مقیاس پیروی اختصاصی (۰/۸۷) به دست آمد، همچنین روایی پرسشنامه مقیاس پیروی کلی و مقیاس پیروی اختصاصی از روش‌های روایی محتوایی، روایی سازه (تحلیل عاملی و تحلیل همبستگی) بررسی و تأیید شده است (سبحانی و همکاران، ۱۳۹۶).

جلسات درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی: این جلسات بر اساس راهنمای کرین (۲۰۰۹)، در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت یک روز در میان تشکیل شد. محتوای جلسات در جدول شماره ۱ ذکر شده است. یک جلسه توجیهی برای شرکت‌کنندگان برگزار شد. از افراد داوطلب درخواست شد فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را تکمیل کنند، به آن‌ها اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات و مطالب مطرح‌شده در جلسات درمانی، همچنین نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه بوده و در اختیار هیچ فرد یا سازمانی قرار نمی‌گیرند و داده‌ها به‌صورت گروهی و بدون نام مراجع تحلیل و بررسی می‌شوند. به شرکت‌کنندگان اعلام شد در هر نقطه از پژوهش که تمایلی به همکاری نداشته باشند، می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

جهت متناسب‌سازی مداخله با بیماری دیابت، توضیحاتی پیرامون رابطه متقابل استرس و دیابت مطرح شد و از مثال‌ها، تمرین‌ها و تکالیف

تومان بوده است. در گروه کنترل، میزان درآمد ماهیانه ۱ نفر (۶/۷٪) کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، ۳ نفر (۲۰/۰٪) ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان، ۸ نفر (۵۳/۳٪) ۱ تا ۲ میلیون تومان و ۳ نفر (۲۰/۰٪) بالاتر از ۲ میلیون تومان بوده است. میزان درآمد ماهیانه با توجه به گروه و با استفاده از آزمون فیشر (چون فراوانی مورد انتظار در بیش از ۲۰ درصد خانه‌ها کمتر از ۵ بود) مقایسه شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری در میزان درآمد شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به گروه وجود ندارد (p=۰/۶۵۹).

قبل از تحلیل استنباطی داده‌ها، نرمال بودن توزیع متغیرهای پیوسته پژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد توزیع داده‌های پیوسته پژوهش در هر دو گروه و در هر دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نرمال است (p>۰/۰۵)؛ همچنین، شرط برابری واریانس خطا در متغیر مستقل رعایت شده است (p=۰/۳۰۳).

در پژوهش ۶/۴۷ سال با انحراف معیار ۳/۹۴ بوده است. میانگین مدت‌زمان ابتلا به دیابت شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به گروه تفاوت آماری معناداری ندارد (p=۰/۶۳۵).

در گروه آزمایش، میزان تحصیلات ۱ نفر (۶/۷٪) ابتدایی، ۳ نفر (۲۰/۰٪) سیکل، ۸ نفر (۵۳/۳٪) دیپلم، ۲ نفر (۱۳/۳٪) لیسانس و ۱ نفر (۶/۷٪) بالاتر از لیسانس بوده است. در گروه کنترل، میزان تحصیلات ۲ نفر (۱۳/۳٪) ابتدایی، ۳ نفر (۲۰/۰٪) سیکل، ۷ نفر (۴۶/۷٪) دیپلم و ۲ نفر (۱۳/۳٪) لیسانس و ۱ نفر (۶/۷٪) بالاتر از لیسانس بوده است. میزان تحصیلات با توجه به گروه و با استفاده از آزمون فیشر (چون فراوانی مورد انتظار در بیش از ۲۰ درصد خانه‌ها کمتر از ۵ بود) مقایسه شد. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که تفاوت آماری معناداری در میزان تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به گروه وجود ندارد (p=۰/۷۱۷).

در گروه آزمایش، میزان درآمد ماهیانه ۱ نفر (۶/۷٪) کمتر از ۵۰۰ هزار تومان، ۲ نفر (۱۳/۳٪) ۵۰۰ تا ۱ میلیون تومان، ۸ نفر (۵۳/۳٪) ۱ تا ۲ میلیون تومان و ۴ نفر (۲۶/۷٪) بالاتر از ۲ میلیون

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیروی از دستورات پزشک کلی با توجه به گروه

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۱۵/۳۳ | ۳/۷۹ | ۱۷/۳۳ | ۳/۴۱ |
| کنترل | ۱۴/۹۳ | ۲/۸۷ | ۱۵/۲۰ | ۳/۱۹ |

عبداله‌زاده رافی و گل‌باف: تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی

با توجه به جدول ۳، پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، مداخله (گروه) اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک کلی داشته است ($p=0/004$). اثر مداخله بر میانگین نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک کلی برابر با ۸۶/۳ درصد بوده است. درواقع، مداخله به‌طور معناداری پیروی از دستورات پزشک کلی گروه مداخله را افزایش داده است.

با توجه به جدول ۵، پس از کنترل آماری اثر پیش‌آزمون، مداخله (گروه) اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک اختصاصی داشته است ($p=0/027$). اثر مداخله بر میانگین نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک اختصاصی برابر با ۶۱/۸ درصد بوده است. ازاین‌رو می‌توان مطرح کرد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی مؤثر است.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک کلی شرکت‌کنندگان در پژوهش با توجه به گروه

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | | F | مقدار احتمال | اندازه اثر |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------------|------------|
| | | | میانگین | انحراف معیار | | | |
| پیش‌آزمون | ۲۴۱/۷۹ | ۱ | ۲۴۱/۷۹ | ۲۴۱/۷۹ | ۱۰۲/۰۹ | ۰/۰۰۰۱ | ۱/۰۰ |
| گروه | ۲۳/۷۷ | ۱ | ۲۳/۷۷ | ۲۳/۷۷ | ۱۰/۰۴ | ۰/۰۰۰۴ | ۰/۸۶۳ |
| خطا | ۶۳/۹۴ | ۲۷ | ۲/۳۷ | ۲/۳۷ | | | |

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار پیروی از دستورات پزشک اختصاصی با توجه به گروه

| گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | |
|--------|-----------|--------------|----------|--------------|
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| آزمایش | ۱۹/۷۳ | ۴/۹۲ | ۲۲ | ۴/۸۳ |
| کنترل | ۲۰/۸۰ | ۴/۷۱ | ۲۱/۶۰ | ۴/۰۱ |

جدول ۵. مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون پیروی از دستورات پزشک اختصاصی شرکت‌کنندگان با توجه به گروه

| منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | | F | مقدار احتمال | اندازه اثر |
|--------------|---------------|------------|-----------------|--------------|--------|--------------|------------|
| | | | میانگین | انحراف معیار | | | |
| پیش‌آزمون | ۴۸۷/۸۰ | ۱ | ۴۸۷/۸۰ | ۴۸۷/۸۰ | ۲۰۶/۴۳ | ۰/۰۰۰۱ | ۱/۰۰ |
| گروه | ۱۲/۹۹ | ۱ | ۱۲/۹۹ | ۱۲/۹۹ | ۵/۴۹ | ۰/۰۲۷ | ۰/۶۱۸ |
| خطا | ۶۳/۸۰ | ۲۷ | ۲/۳۶ | ۲/۳۶ | | | |

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک بیماران دیابتی انجام شد.

نتایج نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر پیروی از دستورات پزشک بیماران دیابتی اثر داشته و موجب افزایش پیروی از دستورات پزشک در بیماران دیابتی شده است. این نتیجه در ایران با یافته‌های کیوان و همکاران (۱۳۹۶)؛ نیکوگفتار و قاسمی‌جویبه (۱۳۹۵)؛ قشقای، نظیری و رابرت (۱۳۹۳)؛ میرمهدی و رضاعلی (۱۳۹۷) و همچنین در پژوهش‌های خارجی با یافته‌های ستین و آیلاز (۲۰۱۸)؛ سالماگیروبلاتچر و کری (۲۰۱۷)؛ لیما، گاگو، گرت و پریرا (۲۰۱۶) هم‌خوانی دارد.

نیکوگفتار و قاسمی‌جویبه (۱۳۹۵) در پژوهش بر روی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ دریافتند که آموزش ذهن‌آگاهی بر افزایش خودمراقبتی این افراد اثر مثبت دارد. در پژوهشی دیگر کیوان و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر فعالیت‌های خودمراقبتی اثر مثبت دارد. همچنین ستین و آیلاز (۲۰۱۸) دریافتند که آموزش روان‌شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش پیروی دارویی اثربخش است.

در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان این‌گونه گفت که آگاهی بیشتر از بدن می‌تواند منجر به پیروی از دستورات پزشک شود؛ به عبارت دیگر، زمانی فرد به‌خوبی رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دهد که با بدن خود بهتر بتواند رابطه برقرار

کند (کمپین، کالچیوس، گنزالز و گومز^۱، ۲۰۱۰). در ذهن‌آگاهی فرد با انجام تمرین‌های منظم مانند مراقبه‌ی نشسته یا واری بدن، نسبت به بدن خود و حس‌های خوشایند و ناخوشایندش آگاه می‌شود. با افزایش آگاهی از بدن، شانس اینکه فرد به خود توجه بیشتری کند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهد، افزایش می‌یابد (کول^۲ و همکاران، ۲۰۱۰).

همچنین، در ذهن‌آگاهی افراد با کمک تمرین‌هایی مثل تمرکز بر تنفس، واری بدن و مراقبه‌ی نشسته، می‌آموزند که در مقابل رویدادهای بد یا ناخوشایند، آگاهی لحظه‌به‌لحظه داشته باشد و آن را قضاوت نکند. این آگاهی‌ها پیامدهای مثبتی با خود دارند که یکی از آن‌ها آرامش روان است و باعث می‌شود فرد در آرامش تصمیم بگیرد و به‌جای واکنش سریع و هیجانی، واکنش هدفمند و سازنده داشته باشد. برای مثال، با کاهش افکار منفی در ارتباط با بیماری و بیهوده بودن درمان، بیمار تمایل بیشتری به انجام رفتارهای خودمراقبتی نشان می‌دهد و احتمال پیگیری دستورات پزشک افزایش می‌یابد (والش، بالینت، اسمولیرا، فریدریکسن و مادسن^۳، ۲۰۰۹).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج را تا حدودی کاهش دهد. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت‌اند از: استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس؛ عدم شرکت زنان دیابتی در پژوهش و نبود مرحله‌ی پیگیری به دلیل محدودیت زمانی.

1. Compean, Gallegos, Gonzalez & Gomez

2. Colle

3. Walsh, Balint, Smolira, Fredericksen & Madsen

درمانی و پزشکی موجود برای افراد مبتلا به دیابت، از آموزش‌ها و مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور افزایش پیروی از دستورات پزشک آنان استفاده شود.

سپاسگزاری

در پایان از کلیه شرکت‌کنندگان در این طرح و انجمن دیابت شهر مشهد کمال تشکر را داریم.

به پژوهشگران بعدی پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی همین روش را روی زنان نیز اجرا کنند، همچنین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اقوام مختلف ایرانی مقایسه شود تا مشخص شود آیا در این زمینه تفاوت‌های قومی و فرهنگی وجود دارد؟ همچنین، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، پایداری درمان مبتنی بر ذهن-آگاهی در پیگیری‌های بلندمدت‌تر موردبررسی قرار گیرد.

با توجه به نقش مؤثر ذهن‌آگاهی در افزایش پیروی از دستورات پزشک، در مراکز و کلینیک‌های درمان دیابت، علاوه بر برنامه‌های

منابع

زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت. ۵(۲۰): ۶۷-۴۸.

حدادی کوهسار، علی‌اکبر؛ مرادی، علیرضا؛ غباری‌بناب، باقر؛ ایمانی، فرناد. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی معنویت‌درمانی مبتنی بر فرهنگ ایرانی با رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران مبتلا به درد مزمن. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۱)، ۳۰-۱.

خسروی، الهه؛ قربانی، مریم. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر استرس

امیدی، عبدالله؛ مؤمنی، جواد؛ رایگان، فریبا؛ اکبری، حسین؛ طلیقی، انسیه. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی- عروقی. *اندیشه و رفتار (روانشناسی کاربردی)*، ۱۱(۴۲)، ۱۶-۷.

اورکی، محمد؛ سامی، پوران. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی مداخله شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکپارچه بر میزان بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۵(۲۰): ۳۷-۳۴.

پور محسنی کلوری، فرشته؛ اسلامی، فینا. (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سلامت روان و کیفیت

- علی‌پور، احمد؛ علی‌اکبری، مهناز؛ امینی، فاطمه؛ هاشمی جشنی، عبدالله. (۱۳۹۵). رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و پیروی از درمان در بیماران با دیابت نوع ۲: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید. فصلنامه علمی-پژوهشی پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰(۲): ۶۷-۵۳.
- غلامعلی، بهزاد؛ کریمی شاهنجری، اکرم؛ روشنایی، قدرت اله؛ رضاپور شاهکلانی، فروزان. (۱۳۹۴). تبعیت از درمان دارویی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی نوع دو. مجله آموزش و سلامت جامعه، ۲(۴): ۱۲-۳.
- قادری جاوید، سارا؛ غلامرضایی، سیمین؛ رضایی، فاطمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش استرس ادراک‌شده و اختلال خوردن در دانش آموزان مبتلا به علائم اختلال خوردن. مجله پزشکی ارومیه، ۲۷(۹): ۸۱۰-۸۰۱.
- قشقایی، سحر؛ نظیری، قاسم؛ فرنام، رابرت. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳(۴): ۳۳۰-۳۱۹.
- کیوان، شیما؛ خضری مقدم، نوشیروان؛ رجب، اسدالله. (۱۳۹۶). اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) بر سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری در بیماران مبتلا به دیابت ادراک‌شده و فشارخون زنان مبتلا به فشارخون بالا. دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض، ۲۰(۴)، ۳۶۸-۳۶۱.
- رامش، سمیه؛ عزیزاده مقدم، اکرم؛ صفری، علیرضا؛ فیضی، مرضیه. (۱۳۹۷). رابطه‌ی اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه‌ای کیفیت زندگی. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۸(۲): ۸۹-۸۰.
- سبحانی، زهرا؛ احدی، حسن؛ خسروی، صدراله؛ پورشریفی، حمید؛ صیرفی، محمدرضا. (۱۳۹۶). شاخص‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه رفتارهای خود - مدیریتی پس از عمل جراحی چاقی. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰(۱)، ۸۴-۹۵.
- شعبانی، مهشید؛ خلعتبری، جواد. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری‌های تنظیم هیجان و بهزیستی روان‌شناختی در سندرم پیش از قاعدگی. فصلنامه-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۸(۲۹): ۱۵۲-۱۳۴.
- علیپور، احمد؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ امینی، فاطمه؛ هاشمی جشنی، عبدالله. (۱۳۹۵). رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲: نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و امید. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱۰(۲): ۶۷-۵۳.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری، تنظیم هیجان و امید به زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو. *روانشناسی سلامت*. ۱۶۷-۱۸۳.

نسیمی فر، نجمه؛ حیدری، علیرضا؛ ایران، داودی. (۱۳۹۱). کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی: درمانی کارآمد در بهبود دردهای مزمن و کاهش اختلال در عملکرد روزانه، چهارمین کنگره بین‌المللی روان‌تنی (سایکوسوماتیک)، اصفهان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان.

نیکوگفتار، منصوره؛ قاسمی جوینه، رضا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۴(۴): ۴۳۳-۴۲۸.

ولیدی پاک، آذر؛ خالدی، شادیه؛ معینی منش، کیومرث. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر افزایش خوش‌بینی در زنان باردار دیابتی. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۴(۱۴): ۷۸-۶۲.

نوع دو. *مجله دیابت و متابولیسم/ایران*، ۱۷ (۲): ۱۱۶-۱۰۵.

گال، دامین؛ مردیت؛ بورگ، والتر؛ گال، جویس. (۱۳۹۸). روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی (جلد اول)، ترجمه احمدرضا نصر و همکاران. تهران: انتشارات سمت.

متولی باشی نائینی، افسانه؛ سجادیان، ایلناز؛ بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۵). مقایسه‌ی ذهن‌آگاهی و خودتنظیم‌گری در زنان مبتلا به درد قفسه سینه غیرقلبی و عادی شهر تهران. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۸۴-۶۹: (۱۹)۵.

معصومیان، سمیرا؛ شعیری، محمدرضا؛ شمس، جمال؛ مومن‌زاده، سیروس. (۱۳۹۲). بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی زنان مبتلا به کمردرد مزمن. *پژوهش در پزشکی*، ۳۷ (۳): ۱۶۳-۱۵۸.

میرمهدی، سید رضا؛ رضاعلی، مرضیه. (۱۳۹۷).

Association, A. D. (2015). Standards of medical care in diabetes—2015 abridged for primary care providers. *Clinical diabetes: a publication of the American Diabetes Association*, 33(2), 97.

Association, A. D. (2018). Updates to the Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes care*, 41

(9), 2045.

Care, D. (2018). Medical Care in Diabetesd 2018. *Diabetes care*, 41(1), S105-S118.

Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of

- schizophrenia patients. *Archives of psychiatric nursing*, 32(5), 737-744.
- Chan, C. L., Steck, A. K., Severn, C., Pyle, L., Rewers, M., & Zeitler, P. S. (2020). Lessons From Continuous Glucose Monitoring in Youth With Pre-Type 1 Diabetes, Obesity, and Cystic Fibrosis. *Diabetes care*.
- Colle, K. F. F., Vincent, A., Cha, S. S., Loehrer, L. L., Bauer, B. A., & Wahner-Roedler, D. L. (2010). Measurement of quality of life and participant experience with the mindfulness-based stress reduction program. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 16(1), 36-40.
- Compeán Ortiz, L. G., Gallegos Cabriales, E. C., González González, J. G., & Gómez Meza, M. V. (2010). Self-care behaviors and health indicators in adults with type 2 diabetes. *Revista latino-americana de enfermagem*, 18(4), 675-680.
- Crane, R. (2017). *Mindfulness-based cognitive therapy: Distinctive features*: Routledge.
- Gomez-Lopera, N., Pineda-Trujillo, N., & Diaz-Valencia, P. A. (2019). Correlating the global increase in type 1 diabetes incidence across age groups with national economic prosperity: A systematic review. *World Journal of Diabetes*, 10(12), 560.
- Haghdoust, A., Rezazadeh Kermani, M., Sadghirad, B., & Baradaran, H. (2009). Prevalence of type 2 diabetes in the Islamic Republic of Iran: systematic review and meta-analysis. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 15(3). 2009.591-599.
- Lima, S., Gago, M., Garrett, C., & Pereira, M. G. (2016). Medication adherence in Alzheimer's disease: The mediator role of mindfulness. *Archives of gerontology and geriatrics*, 67, 92-97.
- Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D. H., Billimek, J., Greenfield, S., & Kaplan, S. H. (2012). The effects of financial pressures on adherence and glucose control among racial/ethnically diverse patients with diabetes. *Journal of general internal medicine*, 27(4), 432-437.
- Nouwen, A., Winkley, K., Twisk, J., Lloyd, C. E., Peyrot, M., Ismail, K., Consortium, E. D. i. D. R. (2010). Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis. In: Springer.
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., Vivian, E. (2017).

Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 43(1), 40-53.

Alipour, A., Aliakbari Dehkordi, M., Amini, F., Hashemi Jashni, A. (2016). Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope *Journal of*

Research in Psychological Health, 10(2), 53-67.

Sc, H., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change. new york.

Walsh, J. J., Balint, M. G., SJ, D. R. S., Fredericksen, L. K., & Madsen, S. (2009). Predicting individual differences in mindfulness: The role of trait anxiety, attachment anxiety and attentional control. *Personality and Individual differences*, 46(2), 94-99.