

نقش روان رنجوری و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان

خلیل کرمی^{۱*}، جواد کریمی^۲، تورج سپهوند^۳

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد بروجرد، بروجرد، ایران
۲. استادیار گروه روان شناسی، دانشگاه ملایر، ملایر، ایران
۳. استادیار گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اراک، اراک، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۱

زمینه و هدف پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش روان رنجوری و ذهن آگاهی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان انجام شده است.

مواد و روش ها روش این تحقیق توصیفی از نوع هم بستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران دیابتی شهر دلفان در نیمه دوم سال ۱۳۹۴، به تعداد ۹۴۵ نفر بود. بر این اساس، با استفاده از فرمول کوکران تعداد ۱۹۷ نفر با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای ساده انتخاب شدند. برای اندازه گیری متغیرهای پژوهش از پرسش نامه ذهن آگاهی بائر و همکاران، پرسش نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسش نامه روان رنجوری نئو استفاده گردید. داده ها با استفاده از آزمون هم بستگی پیرسون و آزمون رگرسیون گام به گام تحلیل شد.

یافته ها نتایج پژوهش نشان داد که بین ذهن آگاهی با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی رابطه معنادار مثبت، و بین روان رنجوری با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی رابطه معنادار منفی وجود داشت. با توجه به مقادیر بتا عدم قضاوت، روان رنجوری با ضریب بتا (Beta = 0/588)، عمل آگاهانه با ضریب بتا (Beta = 0/286) و مشاهده با ضریب بتا (Beta = 0/151) قوی ترین متغیرها برای پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی هستند.

نتیجه گیری با توجه به نقش روان رنجوری و ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی به نظر می رسد با بالا بردن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی می توان به پرورش ذهن آگاهی درست در این بیماران امیدوار بود و روان رنجوری آنان را کاهش داد.

کلیدواژه ها:

ذهن آگاهی، روان رنجوری، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی.

۱. مقدمه

در کشورهای در حال توسعه، تهدیدی جدی به شمار می رود. از بیماری های مهم این گروه دیابت^۱ است که بسیار به سبک زندگی وابسته است و تغذیه نامناسب و نداشتن فعالیت بدنی میزان بروز آن را افزایش می دهد [۱]. دیابت از جمله بیماری های متابولیک بوده و یک اختلال چندعاملی است که با افزایش مزمن قند خون یا هیپرگلیسمی (طبق معیارهای

تا چند سال قبل بیماری های واگیر بزرگ ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می رفت؛ به طوری که تمام توان کشورها صرف کنترل و پیشگیری از همه گیری های این امراض می شد. در حال حاضر، افزایش بار بیماری های غیرواگیر، به ویژه

1. diabetes

* نویسنده مسئول: خلیل کرمی

نشانی: لرستان، دلفان، فرهنگیان فاز ۱، کوچه دانش ۴

تلفن: ۰۶۶۳۲۷۴۰۲۰۸ دورنگار:

رایانه: karamikhalil63@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-5846-6685

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-5846-6685

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۶، شماره ۵، آذر و دی ۱۳۹۸، ص ۵۷۴-۵۶۶

آدرس سایت: http://jsums.medsab.ac.ir رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

[۵].

با توجه به گذشت زمان و بی‌توجهی به وضعیت جسمی و روحی بیماران دیابتی، کم‌کم توان آن‌ها برای مقابله با مشکلات کاهش یافت و اختلالات روحی در آن‌ها پدیدار شد؛ به عبارتی این بیماران را روان‌رنجور، و ناگزیر از مراجعه برای درمان کرد. به اعتقاد کتل^۳، روان‌رنجوری^۴ عبارت است از الگویی از رفتارها که در اشخاصی مشاهده می‌شود که برای دریافت کمک به دلیل مشکلات هیجانی به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند. کتل به این دلیل از چنین تعریف‌های عملیاتی استفاده می‌کرد که اعتقاد داشت درک ما از روان‌رنجوری‌ها باید به وسیله شناخت روش اندازه‌گیری آن‌ها که این گروه را از گروه بهنجار متمایز می‌کند، آغاز شود. با استفاده از این معیار علاوه بر کتل، آیسنک و سایر روان‌شناسان برجسته تحلیل عاملی دریافته‌اند که روان‌رنجوری‌ها در ماهیت نیز، هم با روان‌پریشی‌ها و هم با جنبه‌های هنجار شخصیت تفاوت دارند. کتل معتقد بود روان‌رنجوری در یک الگوی خانوادگی مشتمل بر تعارض، انضباط و تربیت متناقض و محبت کم رشد می‌کند. روان‌رنجورها همچنین در معرض تقاضای والدین برای پذیرفتن معیارهای اخلاقی افراطی هستند و این زمینه خانوادگی همراه با زمینه‌های ژنتیکی و ثبات هیجانی پایین به روان‌رنجوری منجر می‌شود [۶]. کتل اعتقاد داشت افراد روان‌رنجور کم‌رو هستند و به‌طور کلی از ابراز احساسات خود جلوگیری می‌کنند. به‌باور او، سطح پایین قدرتمندی ایگو به این معناست که آن‌ها به‌آسانی مغلوب عواطفشان می‌شوند، تحت تسلط خلقیاتشان قرار می‌گیرند و قادر به سازگار کردن رفتارشان با موقعیت‌های مختلف نیستند [۷]. به‌گفته کارن هورنای^۵، اضطراب (و در نتیجه روان‌رنجوری) می‌تواند بر اثر عوامل مختلفی از قبیل سلطه مستقیم یا غیرمستقیم، بی‌تفاوتی، رفتار غیرعادی، بی‌توجهی به نیازهای شخصی کودکان، گرایش‌های تحقیرآمیز، تحسین بیش از حد یا نبود آن، کمبود محبت واقعی، اجبار به سوگیری در مشاجرات پدر و مادر، مسئولیت خیلی زیاد یا خیلی کم، بی‌عدالتی، وعده‌های عمل نشده، فضای خصمانه و... به‌وجود آید [۸].

افراد مبتلا به روان‌رنجوری به‌شدت از اندیشه‌های تکراری و ناخواسته ناراحت هستند و در مهار و سواس‌های فکری‌شان ناتوان‌اند. این افراد هنگام ابتلا به بیماری‌ای مانند دیابت، در برابر آن رفتار اضطرابی بروز می‌دهند و همچنین در ارتباط با افراد و روابط اجتماعی احساس ناتوانی می‌کنند و به‌تبع بر کیفیت

تشخیصی) مشخص می‌شود و ناشی از اختلال ترشح و عمل انسولین و یا هر دوی آن‌هاست. سالیانه افراد زیادی به‌علت مسائل ژنتیکی و تغذیه نامناسب به آن مبتلا می‌شوند. این بیماری باوجود شیوع زیاد (حدود ۸٪ به‌طور کلی و در مناطق شهری ۱۰ تا ۱۵٪) و حتی مرگ بسیاری از افراد مبتلا، متأسفانه مورد بی‌توجهی قرار گرفته است [۲]. این بیماری علاوه بر ایجاد مشکلات جسمی، باعث مشکلات روحی از قبیل اضطراب و افسردگی می‌شود که در شرایط سخت، فرد را ناتوان و ادامه زندگی را برای او مشکل می‌کند؛ در نتیجه از تلاش برای حفظ سلامت و رسیدن به سطح مطلوب زندگی کوتاهی می‌کند. این مشکلات موجب بدتر شدن شرایط زندگی و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی^۱ فرد دیابتی می‌شود. کیفیت زندگی متفاوت با وضعیت سلامت است. کیفیت زندگی یعنی ارزیابی و رضایت فرد از سطح عملکرد موجودش در مقایسه با آنچه ایدئال یا ممکن می‌پندارد. کیفیت زندگی به‌نوعی بیانگر وضع افراد ساکن در یک کشور یا منطقه است. نظریات اولیه مربوط به کیفیت زندگی بیشتر بر نگرانی‌ها و اولویت‌های فردی تأکید می‌کردند؛ اما در سال‌های اخیر، مباحث نظری از فردمحوری به سمت نگرانی‌های اجتماعی نظیر امنیت، آزادی، گستردگی کیفیت زندگی و ساختار و کیفیت روابط اجتماعی افراد در جامعه تغییر یافته است [۳].

جالب این است که افراد مبتلا به بیماری‌های خاص (مثل دیابت) به‌سبب مشغولیت ذهنی به آن و نگرانی درباره آینده به‌مرور از لحاظ ذهنی ضعیف‌تر شده، فرصت زندگی کردن و بودن در زمان حال را از دست می‌دهند؛ یعنی ذهن آگاهی^۲ بیمار کاهش می‌یابد. از نظر مفهومی، ذهن آگاهی را می‌توان یکی از تعالیم آیین‌ها (به‌طور خاص بودایی) و شاید مذاهب ظهوریافته در شرق آسیا دانست که بر تقویت توان ذهنی و روانی انسان برای درک لحظه‌ها، پاک کردن ذهن و ایجاد آرامش درونی برای فهم دقیق جریان زندگی تمرکز داشتند. ذهن آگاهی یا حضور ذهن به‌معنای آگاهی از افکار، رفتار، هیجانات و انگیزه‌هاست؛ به‌طوری که بهتر بتوانیم آن‌ها را مدیریت و تنظیم کنیم [۴]. ما چه ذهن آگاه باشیم و چه نباشیم، این اتفاقات بالاخره رخ می‌دهند. اما وقتی در حالت ذهن آگاهی هستیم، تک‌تک این رخدادها را می‌بینیم و با تمام وجود حس می‌کنیم و درمی‌یابیم. ذهن آگاهی چیزی از جنس آگاهی است و علم و دانش نیست که آن را با حفظ کردن و به‌خاطر سپردن بیاموزیم (به‌قول سهراب سپهری: زندگی آب‌تنی کردن در حوضچه اکنون است)

4. neurosis
5. Horney

1. quality of life
2. mindfulness
3. Cattel

روستا، ۱۲ خانه بهداشت به صورت تصادفی خوشه‌ای ساده انتخاب شد. سپس با مراجعه به این خانه‌های بهداشت و دریافت فهرست بیماران دیابتی، بیمارانی که دارای معیارهای ورود به پژوهش و خروج از آن بودند، مشخص شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ابتلا به بیماری دیابت؛ داوطلب شرکت در پژوهش؛ جواب دادن به پرسش‌نامه‌های پژوهش و نداشتن اختلالات حاد روان‌شناختی. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: وجود هرگونه بیماری شناخته‌شده یا تشخیص داده‌شده جسمی دیگری غیر از دیابت؛ عدم تمایل و انگیزه کافی جهت همکاری و پاسخ دادن به پرسش‌نامه‌ها. پس از مراجعه به بیماران و هماهنگی با آنان و خانواده‌هایشان، پرسش‌نامه‌های مورد نظر درمورد آن‌ها اجرا شد. این پرسش‌نامه‌ها شامل پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی بائر و همکاران، پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی و پرسش‌نامه روان‌رنجوری نئو بود. درنهایت داده‌ها با استفاده از آزمون هم‌بستگی پیرسون و آزمون رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام تحلیل شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، ضمن بیان هدف کلی پژوهش و اطلاع دادن به آزمودنی‌ها جهت مختار بودن برای حضور در پژوهش، از نظر محرمانه ماندن اطلاعات و فقدان هرگونه آسیب جسمی یا روانی به آن‌ها اطمینان داده شد.

۲.۱. پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی

پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی^۱ مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن‌آگاهی فریبرگ^۲ و والش^۳ و همکاران، مقیاس هشجاری و توجه ذهن‌آگاه^۴ (MAAS)، براون^۵ و ریان^۶، و مقیاس ذهن‌آگاهی کنجوکی^۷ با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. این پرسش‌نامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه بود. عامل‌های به‌دست‌آمده چنین نام‌گذاری شده‌اند: مشاهده، عمل توأم با هشجاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی بودن. روش اجرا و نمره‌گذاری ابزار به این شرح بود که آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز یا بسیار به‌ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود را با هریک از عبارات بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۳۹-۱۹۵ است؛ یعنی حداقل نمره ۳۹ و حداکثر نمره ۱۹۵ است که از جمع نمرات هر زیرمقیاس یک نمره کلی به‌دست می‌آید؛ هرچه نمره بالاتر باشد، ذهن‌آگاهی هم بیشتر

زندگی خود و اطرافیان تأثیر می‌گذارند. با این اوصاف، افرادی که از ذهن‌آگاهی بیشتری بهره‌مند هستند، از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نیز برخوردارند. این قضیه در افراد دیابتی هم صدق می‌کند؛ چون شخص مبتلا به دیابت با ذهن‌آگاهی به بررسی و شناخت مشکل خود می‌پردازد و به آن توجه می‌کند؛ به این ترتیب، بدون قضاوت یا سرزنش مشکل خود را می‌پذیرد و درکش می‌کند و با ذهن‌آگاهی بالا با آن روبه‌رو می‌شود. درواقع با ذهن‌آگاهی صحیح با مشکل کنار می‌آید و کیفیت زندگی فعلی‌اش را بهبود می‌بخشد [۹].

بنابراین، با توجه به اهمیت بیماری دیابت و مسائل تشدیدکننده آن، پژوهش حاضر به سبب این ضرورت‌ها صورت گرفت: لزوم ارتقای کیفیت زندگی و دستیابی به خانواده سالم و به تبع آن جامعه سالم و به دور از بیماری (دیابت) که نیازمند راهکارها و پیشنهادهایی است تا سلامت جسمی و روحی بیشتری را به‌ارمغان بیاورد و همچنین بالا بردن سطح آگاهی بیماران، خصوصاً افراد دیابتی، تا بدانند که بیمار شدن آخر کار نیست و با اعمالی که فقط خود آن‌ها می‌توانند برای بازیابی سلامت خود و جلوگیری از عود بیماری انجام دهند، به سطح سلامت طبیعی برگردند و در آینده نیز اگر با مشکلات مشابهی روبه‌رو شوند، به آسانی با آن کنار بیایند و حتی مبارزه کنند. با این کار نه تنها خودشان را از ناراحتی و درد و رنج نجات می‌دهند، بلکه الگویی برای دیگر افراد خواهند بود. در پایان ذکر این نکته ضروری است که در ایران طرح‌های پژوهشی و تحقیقات اندکی درباره بیماران دیابتی صورت گرفته؛ بنابراین ضرورت انجام دادن تحقیقات بیشتر در این زمینه احساس می‌شود. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر تعیین نقش روان‌رنجوری و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان بود.

۲. مواد و روش‌ها

روش این تحقیق توصیفی از نوع هم‌بستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام بیماران دیابتی شهر دلفان در نیمه دوم سال ۱۳۹۴، به تعداد ۹۴۵ نفر بود که حجم نمونه آماری براساس فرمول کوکران برابر با ۱۹۷ نفر تعیین شد. برای انتخاب نمونه پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. البته در ابتدا با مراجعه به مرکز بهداشت شهرستان دلفان و دریافت فهرست خانه‌های بهداشت شهر و

5. Brown

6. Ryan

7. Kentucky inventory of mindfulness skills

1. Five Factor Mindfulness Questionnaire

2. the Freiburg mindfulness inventory

3. Walach

4. mindful attention awareness scale

پرسش‌نامه ۶۰ سؤالی که کاستا و مک‌کری^۴ تهیه کرده‌اند، ۵ عامل شخصیت را با ۱۲ سؤال برای هر عامل، در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) به صورت جداگانه اندازه می‌گیرد. همان‌گونه که اشاره شد، این پرسش‌نامه دارای ۵۰ ماده است که ۱۰ ماده به هر بُعد شخصیت تعلق دارد. نمره‌گذاری آن به صورت مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت است. به گزینه اول (عمدتاً نادرست) نمره ۱ و به گزینه ۵ (عمدتاً درست) نمره ۵ تعلق می‌گیرد. این پرسش‌نامه به دفعات مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته و روایی و پایایی آن به تأیید رسیده است. برای نمونه مک‌کری و کاستا [۱۲] و کیامهر [۲۱] به ترتیب ضریب هم‌بستگی این آزمون با آزمون ۲۴۰ سؤالی عامل روان‌رنجوری را ۰/۸۳ و ۰/۷۵ و عطاری و دیگران [۲۰] ضریب هم‌بستگی آن با یک سؤال کلی در مقیاس پانزده‌درجه‌ای را ۰/۶۶ به دست آوردند. این پژوهشگران همچنین ضریب پایایی این عامل را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ گزارش کردند.

۳. یافته‌های پژوهش

داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی بررسی شد. تحلیل‌های توصیفی نشان داد که گروه نمونه این پژوهش دارای میانگین سنی ۵۲/۸۱ سال (انحراف معیار ۱۴/۴۱) بود. از این گروه تعداد ۱۰۹ نفر (۵۶٪) دارای دیابت نوع ۱ و ۸۸ نفر (۴۴٪) دارای دیابت نوع ۲ بودند. همچنین از بین تمام این بیماران تعداد ۸۹ نفر (۴۵٪) دارای زمینه خانوادگی این بیماری بودند و ۱۷ نفر (۹٪) نیز به جراحی نیاز داشتند. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و آزمون نرمال بودن توزیع آن‌ها گزارش شده است.

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار متغیرهای ذهن‌آگاهی، روان‌رنجوری و کیفیت زندگی گزارش شده است. همچنین مشاهده می‌شود فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد بررسی تأیید شده است؛ به این معنا که نمرات افراد در متغیرهای مورد بررسی دارای توزیع نرمال است. قبل از تحلیل رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام، ابتدا ضرایب هم‌بستگی بین متغیرها به صورت ماتریس هم‌بستگی در جدول ۲ آمده است.

است. روایی بیرونی و روایی سازه این مقیاس را مارتین^۱ تأیید کرده است. همچنین ضرایب پایایی آلفای کرونباخ اختصاصاً در هر بار حذف آیتم‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۸۸ گزارش شده است. پایایی و روایی این مقیاس را هاشمی تأیید کرده است [۱۰].

۲.۲ پرسش‌نامه کیفیت زندگی

پرسش‌نامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی^۲ (SF-36) مشهورترین و پر استفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است. سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسش‌نامه مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسش‌نامه کیفیت زندگی صدسؤالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسش‌نامه، فرم کوتاهی از آن تهیه شد. پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHOQOL-BRIEF) یک پرسش‌نامه ۳۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد. این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم صدسؤالی این پرسش‌نامه ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال است و از ۸ زیرمقیاس تشکیل شده و هر زیرمقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است. در این پرسش‌نامه، ۸ زیرمقیاس وجود دارد: عملکرد جسمی، اختلال نقش به سبب سلامت جسمی، اختلال نقش به علت سلامت هیجانی، انرژی خستگی، بهزیستی هیجانی، کارکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی. همچنین از ادغام زیرمقیاس‌ها، ۲ زیرمقیاس کلی با نام‌های سلامت جسمی و سلامت روانی به دست می‌آید. در این پرسش‌نامه، نمره پایین‌تر نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین‌تر و نمره بالاتر نمودار کیفیت زندگی است. اعتبار این پرسش‌نامه از ۰/۷۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده و از نظر روایی نیز این مقیاس مورد تأیید است؛ به طوری که روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی محاسبه شده و قابل قبول بودن آن به تأیید رسیده است. عیسی‌زادگان و همکاران [۱۱] پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ برآورد کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز، اعتبار درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ به دست آمده است.

۲.۳ پرسش‌نامه روان‌رنجوری

مقیاس روان‌رنجوری از پرسش‌نامه تجدیدنظرشده^۳ نئو: این

4. McCarey & Paul Costa

1. Martin
2. the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)
3. NEO

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و آزمون نرمال بودن توزیع متغیرهای ذهن‌آگاهی، روان‌رنجوری و کیفیت زندگی

متغیرهای مورد مطالعه	میانگین	انحراف استاندارد	Z	sig
مشاهده	۲۵/۶۱	۵/۸۳	۱/۲۹۳	۰/۰۷۱
توصیف	۲۱/۴۴	۵/۳۷	۱/۳۰۷	۰/۰۶۶
عمل آگاهانه	۲۲/۷۹	۴/۷۹	۱/۲۲۱	۰/۱۰۱
عدم قضاوت	۲۵	۵/۵۹	۰/۹۴۷	۰/۳۳۱
عدم واکنش	۲۱/۹۰	۵/۵۹	۱/۳۲۴	۰/۰۶۰
ذهن‌آگاهی	۱۱۶/۸۲	۲۱/۲۱	۰/۶۶۵	۰/۷۶۹
روان‌رنجوری	۲۸/۳۱	۵/۴۶	۱/۲۲۳	۰/۰۵۸
کیفیت زندگی	۶۸/۰۹	۱۰/۱۲	۱/۱۰۹	۰/۱۷۱

جدول ۲. ماتریس ضرایب هم‌بستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
۱. مشاهده								
۲. توصیف	**۰/۷۸۲							
۳. عمل آگاهانه	**۰/۶۷۸	**۰/۴۳۶						
۴. عدم قضاوت	**۰/۵۸۷	**۰/۶۵۰	**۰/۳۹۲					
۵. عدم واکنش	**۰/۶۰۸	**۰/۷۷۱	**۰/۳۵۹	**۰/۶۰۷				
۶. ذهن‌آگاهی	**۰/۸۰۰	**۰/۸۹۲	**۰/۵۰۱	**۰/۸۳۱	**۰/۸۶۳			
۷. روان‌رنجوری	**۰/۳۹۱	**۰/۵۲۳	-۰/۳۰۸	-۰/۳۳۶	-۰/۴۴۲	**۰/۵۲۴		
۸. کیفیت زندگی	**۰/۳۳۳	**۰/۲۶۸	**۰/۲۵۰	**۰/۳۸۶	**۰/۲۷۲	**۰/۳۷۱	**۰/۳۱۴	۱

در جدول ۲، ضرایب هم‌بستگی بین متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، ذهن‌آگاهی و مؤلفه‌های آن با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه مثبت و معنادار، اما روان‌رنجوری با کیفیت زندگی این بیماران رابطه منفی و معنادار دارد. در ادامه برای پیش‌بینی

کیفیت زندگی کلی بر مبنای مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و روان‌رنجوری از رگرسیون گام‌به‌گام استفاده شده است. بدین ترتیب، جدول ۳ خلاصه مدل رگرسیون پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی بر مبنای مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و روان‌رنجوری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه مدل رگرسیون پیش‌بینی کیفیت زندگی کلی بر مبنای مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و روان‌رنجوری

مدل	R	R ²	R ² change	R ² adjusted	Sig.
گام ۱	۰/۳۸۶	۰/۱۴۹	۰/۱۴۹	۰/۱۴۴	۰/۰۰۰
گام ۲	۰/۴۸۹	۰/۲۴۰	۰/۰۹۱	۰/۲۲۷	۰/۰۰

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که در گام نخست، عدم قضاوت حدود ۱۴٪ از واریانس نمرات کیفیت زندگی را تبیین می‌کرد. در گام دوم، اضافه کردن روان‌رنجوری بیانگر حدود ۸٪ دیگر از واریانس کیفیت زندگی بود. این مدل بهبود معناداری

را در تبیین کیفیت زندگی نشان داد. در مجموع این مدل‌ها حدود ۲۳٪ واریانس کیفیت زندگی را بیان کردند. جدول ۴ نیز ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی کیفیت زندگی در گام ۲ را نشان می‌دهد.

جدول ۴. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین کیفیت زندگی در گام ۲

مدل	B	SE	Beta	T	Sig.
مقدار ثابت	۴۶/۲۰۰	۵/۱۶۱	-	۸/۹۵۲	۰/۰۰۰
عدم قضاوت	۰/۳۰۲	۰/۱۶۷	۰/۱۶۲	۱/۸۰۶	۰/۰۰۳
روان‌رنجوری	-۰/۵۹۷	۰/۱۳۷	-۰/۳۲۳	-۴/۳۴۶	۰/۰۰۷

مطابق جدول ۴، در گام دوم عدم قضاوت (با ضریب

بتای ۰/۱۶۲) و روان‌رنجوری (با ضریب بتای -۰/۳۲۳) نقش

و افزایش میزان بیماری‌های سخت و خطرناک مرتبط است. همچنین با یافته‌های بولمیچر و همکاران [۱۸] و پولاک و همکاران [۱۹] همسانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به روان‌رنجوری به‌گونه‌ای وسواسی به‌شدت از اندیشه‌های تکراری و ناخواسته ناراحت هستند و در مهار این افکار ناتوان‌اند. این افراد زمانی که به بیماری‌ای مانند دیابت دچار شوند، درمقابل مریضی خود رفتار اضطرابی نشان می‌دهند و در روابط فردی و اجتماعی هم احساس ناتوانی می‌کنند که در نتیجه بر کیفیت زندگی خود و اطرافیان تأثیر می‌گذارند. همچنین از یک طرف این افراد می‌خواهند خود را بی‌عیب و نقص نشان دهند و از طرف دیگر در دید اطرافیان نمی‌توانند اقدامات خاصی درباره بیماری‌شان انجام دهند و قصد کتمان آن را دارند؛ بنابراین این رفتارهای آن‌ها بر کیفیت زندگی‌شان تأثیر منفی می‌گذارد و به‌مرور وضع جسمی و روانی آنان را بدتر می‌کند.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود؛ از جمله اینکه یافته‌های پژوهش محدود به شهرستان دلفان بود و اندک بودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه در داخل و خارج از کشور و نیز محدودیت دسترسی به این منابع، پژوهشگر را در مقایسه یافته‌های این پژوهش با سایر نتایج با مشکل مواجه کرد. همچنین همکاری نابسندۀ شرکت‌کنندگان در پژوهش در تکمیل کردن پرسش‌نامه موجب شد که زمان خیلی زیادی صرف پژوهش شود. با توجه به آنچه گفته شد، چنین استنباط می‌شود که بیماران دیابتی به‌علت ناآگاهی یا آگاهی اندک از شرایط و ویژگی‌های روانی‌ای که موجب بهبود زندگی آن‌ها می‌شود و به سبک زندگی سالم‌تر و به دور از اضطراب و نگرانی می‌انجامد، متحمل هزینه‌های مادی و روانی زیادی هم برای خود و هم برای خانواده‌هایشان می‌شوند که به‌تبع هزینه‌های زیادی هم برای جامعه دارد. از این رو پیشنهاد می‌شود این پژوهش در نمونه‌های بیشتری صورت گیرد و از روش‌های ارزیابی دیگری مانند مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین انجام مداخلاتی با هدف افزایش ذهن‌آگاهی و کاهش روان‌رنجوری بیماران دیابتی کاملاً ضروری به‌نظر می‌رسد. با توجه به نتایج پژوهش و وجود هم‌بستگی مثبت بالای ذهن‌آگاهی با کیفیت زندگی، می‌توان با برپایی کارگاه‌های آموزشی و توانمندسازی ذهن‌آگاهی، آموزش سبک زندگی سالم، تغذیه سالم و غیره، ذهن‌آگاهی این افراد را بالاتر برد و از سوی دیگر تأثیر منفی روان‌رنجوری بر

معناداری در پیش‌بینی کیفیت زندگی نشان دادند. دیگر متغیرها نقشی در تبیین کیفیت زندگی نداشتند و از مدل‌ها حذف شدند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش روان‌رنجوری و ذهن‌آگاهی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان بود. به همین منظور، هریک از مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی و روان‌رنجوری به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر ملاک بررسی شدند. نتایج حاکی از رابطه بین ذهن‌آگاهی و روان‌رنجوری با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود؛ ضمن اینکه ذهن‌آگاهی (مؤلفه عدم قضاوت) و روان‌رنجوری قوی‌ترین توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را داشتند. ذهن‌آگاهی که به‌شکل مثبتی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را داشت، بدین معناست که هرچه ذهن‌آگاهی افراد بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنان نیز مطلوب‌تر می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج داماتا و همکاران [۳]، استادزاده و همکاران [۵]، آنگ و همکاران [۱۳] و پترسون و همکاران [۱۴] همخوانی دارد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت در روان‌شناسی بالینی حضور ذهن عبارت است از توجه به لحظه حال به‌شیوه غیرقضاوتی و متمرکز بر هدف. با این اوصاف باید گفت افرادی که از ذهن‌آگاهی بالاتری بهره‌مند هستند، از کیفیت زندگی مطلوب‌تری نیز برخوردارند. این قضیه در افراد دیابتی هم صدق می‌کند؛ چون شخص مبتلا به دیابت آگاهانه به بررسی و شناخت عوامل بهبوددهنده یا تشدیدکننده بیماری خود توجه کرده و مضمون‌های نهفته زندگی را در معرض آگاهی قرار می‌دهد؛ به این ترتیب بدون قضاوت یا سرزنش، نه‌تنها پس از مواجهه با مشکل خود آن را به‌درستی می‌پذیرد و درک می‌کند، بلکه با مشکل خود کنار می‌آید و کیفیت زندگی فعلی‌اش را بهبود می‌بخشد.

در ارتباط با روان‌رنجوری نیز که به‌صورت منفی توانایی پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را داشت، بدین معناست که هرچه روان‌رنجوری افراد بیشتر باشد، کیفیت زندگی آنان نیز بدتر می‌شود و برعکس هرچه روان‌رنجوری افراد کمتر باشد، کیفیت زندگی آنان نیز بهتر می‌شود. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیق اریکسون و همکاران [۱۶] و پالینکاس و همکار [۱۷] همخوانی دارد؛ طبق این تحقیقات، آسیب‌پذیری در برابر بیماری، روان‌رنجوری و هیجان‌پذیری منفی با کاهش کیفیت زندگی

برداشته شود.

قدردانی و تشکر

نویسندگان این اثر بر خود لازم می‌دانند از همه کارکنان شبکه بهداشت و بیماران دیابتی شهرستان دلفان که در این پژوهش شرکت و ما را یاری کردند، سپاس‌گزاری نمایند.

کیفیت زندگی را با اجرای برنامه‌هایی مانند آموزش مدیریت اضطراب و استرس، بهبود روابط بین‌فردی، افزایش عزت‌نفس، کنترل خشم و غیره کاهش داد. پیشنهاد می‌شود این برنامه‌ها در مراکز بهداشتی و آموزشی برای کارکنان مراکز بهداشتی و بیماران دیابتی و خانواده‌های آنان اجرا شود تا گام کوچکی در جهت ارتقای سطح سلامتی و کاهش نگرانی‌های ناشی از بیماری این گروه آسیب‌پذیر جامعه

References

- [1]. Rwegerera GM, Moshomo T, Gaenamong M. Antidiabetic medication adherence and associated factors among patients in Botswana; implications for the future. *Alex J Med.* 2018 June; 54 (2): 103-9.
- [2]. American Diabetes Association, Standards of Medical Care in Diabetes. The mission of the American Diabetes Association is to prevent and cure diabetes and to improve the lives of all people affected by diabetes. *The Journal of Clinical and Applied Research and Education.* 2016 January; 39 (1): 119.
- [3]. Da Mata AR, Alvares J, Diniz LM. Quality of life of patients with diabetes mellitus types 1 and 2 from a referral health centre in Minas Gerais, Brazil. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2016 February; 9 (5): 739-46.
- [4]. Haenen S, Nyklíček I, van Son J, Pop V, & Pouwer F. Mindfulness facets as differential mediators of short and long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy in diabetes outpatients: findings from the DiaMind randomized trial. *Journal of psycho-somatic research.* 2016 June; 85 (1): 44 -50.
- [5]. Ostazadeh Atefeh, Ebrahimi Amrullah, Mozafari Majid. Investigating the relationship between quality of life and primary disorders and demographic characteristics in patients with type 2 diabetes mellitus in Kashan. Selected Paper in the Proceedings of the 7th International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran, 1395. (7th intl conf. on psychology & sociology-16th.feb.2017). (persian)
- [6]. Cattell R, B. Structured personality-learning theory: A holistic multivariate research approach. 1985 January; 21 (1): 76-80.
- [7]. Park M, Katon WJ, Wolf FM. Neurosis and risk of mortality in individuals with diabetes: a meta-analysis and systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2013 May; 35 (3): 217-25.
- [8]. Hornev, K. The flight from womanhood: The masculinity-complex in women as viewed by men and women. *Feminine psychology.* 1967 April; 13 (2): 54-70.
- [9]. Baer, R. A. Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cognitive and Behavior Therapy.* 2009; 38 (1): 15-20.
- [10]. Brown KW, Rvan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho.* 2003 April; 84 (4): 822-48.
- [11]. Issazadegan A, Hasani M, Ahmadian L. Students. Meaning of education and culture. 2015; 2 (7): 165-47. (persian)
- [12]. Costa P.T, McCrae R.R. NEO-PI-R Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources. 1992 May; 66 (1): 25.
- [13]. Ang COM, Maudren Tan LS, Tai ES. Factors associated with psychological distress, behaviour impact and health-related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complicat.* 2015 April; 29 (3): 378-83.
- [14]. Petersson C, Huus K, Samuelsson U, Hanberger L, Akesson K. Use of the national quality registry to monitor health-related quality of life of children with type 1 diabetes: a pilot study. *J Child Health Care* 2015; 19 (1): 30-42.
- [15]. Kabat-Zinn Jon. Mindfulness-based Interventions in Context: Past, Personal, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2006 May; 10 (2): 144-56.
- [16]. Eriksson AK, Gustavsson JP, Hildin A, Granath F, Ekblom A, Ostenson CG. Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012 January; 95 (1): 145-52.
- [17]. Palinkas L, Barrett-Connor E, Wingard D. Type 2 diabetes and neurotic symptoms in older adults: a population-based study. *Diabet Med.* 2011 August; 8 (6): 532-39.
- [18]. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2010 June; 68 (6): 539-40.
- [19]. Pollock-BarZiv SM, Davis C. Personality Factors and Disordered Eating in Young Women with Type 1 Diabetes Mellitus. *Psychosomatics.* 2011 January-February; 46 (1): 11-18.
- [20]. Atari, Y, Aman Alahifard, A, Mehrabizadeh, H.M. Investigating the Relation between Personality Characteristics and Personal-Family Factors with Marital Satisfaction in Ahvaz Public Employees. *Journal of Shahid Chamran University of Education & Psychology.* 2005; 3(13): 81-108. (persian)
- [21]. Kiamehr, Javad. Standardization of the short form of the NEO Five Factor Questionnaire and its Factor Structure among the Students of Humanities in Tehran Universities. Master of Science in Measurement and assessment, 2002. Allameh Tabatabai University, Tehran. (persian)

Determining the Role of Neurosis and Mindfulness in Predicting the Quality of Life of Diabetes Patients in Delfan

Khalil Karami^{*1}, Javad Karimi², Tooraj Sepahvand³

1. M.A of Clinical Psychology, Borujerd Branch of Islamic Azad University, Borujerd, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Malayer University, Malayer, Iran
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Educational Sciences, Arak University, Arak, Iran

Abstract

Introduction: This study was implemented in order to study the role of neurosis and mindfulness in predicting the quality of life of diabetic patients in Delfan.

Methods: The research is a descriptive-correlational study. The study population included all diabetic patients, 945 individuals, in Delfan in second half of year 2015. Accordingly, using Cochran formula, 197 people were selected using simple cluster random sampling. To measure the variables of research, the mindfulness questionnaire (Bauer and colleague, 2006), quality of life questionnaire (WHO, 1996), and NEO questionnaire of neurosis (Casta and Maccarry, 1992) were used. Data were analyzed using Pearson correlation and stepwise multiple regressions.

Results: The results showed that there is a significant positive relationship between mindfulness with quality of life. Also, there is a significant negative relationship between neuroticism with quality of life. Regarding the amount of beta of non-judgment (Beta = 0.249), neuroticism with beta coefficient (Beta = 0.588), conscious action with beta coefficient (Beta = 0.286) and observation with beta coefficient (Beta = 0.151) are the most powerful variables to predict the quality of life of diabetic patients.

Conclusion: According to research findings, it seems that improving the mindfulness in diabetic patients, will increase the quality of life and decrease the neurosis.

Received: 2018/11/08

Accepted: 2018/12/22

Keywords: Diabetic patients, Mindfulness, Neurosis, Quality of life.