

نام خانوادگی: نوروزی	نام: زهرا
<b>عنوان پایان نامه:</b> بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دارای دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت اهواز	
<b>استادان راهنما:</b> دکتر مهناز مهربابی زاده هنرمند و دکتر نیلوفر خواجه الدین	
<b>استادان مشاور:</b> دکتر یدالله زرگر و دکتر حمیرا رشیدی	
<b>درجه تحصیلی:</b> کارشناسی ارشد	<b>رشته:</b> روان شناسی
<b>گرایش:</b> بالینی	
<b>دانشکده:</b> روان شناسی و علوم تربیتی	
<b>تاریخ فارغ التحصیلی:</b> ۱۳۹۰/۴/۱۵	
<b>کلید واژه ها:</b> درمان شناختی- رفتاری، دیابت، افسردگی، کیفیت زندگی	
<p><b>چکیده:</b></p> <p>هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر اهواز است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت اهواز می باشد. نمونه پژوهش به روش در دسترس انتخاب شد. ۳۰ نفر از بین ۷۰ نفر افراد مراجعه کننده به انجمن دیابت که با استفاده از آزمون افسردگی ۱۳ ماده ای و مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها علاوه بر پرسشنامه افسردگی پرسشنامه کیفیت زندگی را نیز تکمیل کردند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه روان درمانی گروهی به شیوه شناختی- رفتاری دریافت کردند. ولی روی گروه کنترل هیچ درمانی صورت نگرفت. پس از پایان مداخله، از هر دو گروه پس آزمون به عمل آمد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته ها بیانگر این بود که مداخله مورد استفاده، در کاهش علائم افسردگی (<math>F=72/17</math> و <math>p &lt; 0/001</math>) و بهبود کیفیت زندگی (<math>F=8/82</math> و <math>p &lt; 0/05</math>) موثر واقع شده است.</p>	

**First name:** zahra

**Surnam:** norouzi

**Title:** The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on depression and quality of life of women's with type 2 diabetes of Ahvaz Diabetes Association

**Supervisor:** Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand, PH.D. & Nilufar Khajeddin,

**Grade:** Master

**Course:** Clinical psychology

**Graduation Date:** 2011

**Number Pages:** 114

**Key Words:** cognitive- behavior therapy, depression disorder, quality of life

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of group cognitive-behavior therapy on depression and quality of life in women's with type 2 diabetes of Diabetes Association in Ahvaz. The sample included 30 women who were selected randomly among 70 women with depression disorder. The women were divided randomly into two groups (experimental and control). The subjects also completed Beck's Depression Questionnaire and Quality of Life Scale. 10 sessions of group therapy carried out. Result of MANCOVA were statistically significant at  $p < 0/05$ . It is suggested that group cognitive-behavior therapy decreased depression symptoms ( $F=72.17$ ,  $p < 0.001$ ) and improve quality of life ( $F=8.82$ ,  $p < 0.05$ ) in the experimental group compared with the control group.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

دیابت یک اختلال در سوخت و ساز بدن است. در حالت طبیعی، غذا در معده تبدیل به گلوکز یا قند خون می شود. قند از معده وارد جریان خون می شود. لوزالمعده هورمون انسولین ترشح می کند و این هورمون باعث می شود قند از جریان خون وارد سلولهای بدن شود. در نتیجه مقدار خون در حد نرمال و متعادل باقی می ماند. اما در بیماری دیابت، یا انسولین به میزان کافی در بدن وجود ندارد و یا انسولین موجود قادر نیست تا وظایف خود را بدرستی انجام دهد، در نتیجه به علت وجود مقاومت در برابر آن، قند خون نمی تواند به طور موثری وارد سلول های بدن شود و مقدار آن بالا می رود. انسولین هورمونی است که توسط سلول های بتا واقع در پانکراس ترشح می شود و وظیفه اصلی آن کاهش قند خون است. پانکراس نیز یکی از غدد دستگاه گوارش است، که در پشت معده قرار دارد (هگلسون<sup>۱</sup>، اسنایدر<sup>۲</sup>، اسکوبار<sup>۳</sup>، سمینریو<sup>۴</sup> و بکر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۷). دیابت نوع ۲ در مراحل اولیه با تغییر شیوه زندگی اعم از تغذیه سالم، فعالیت بدنی و نیز کنترل استرس قابل درمان خواهد بود. در مراحل پیشرفته تر بیماری اغلب با مصرف داروهای خوراکی قابل کنترل است (هگلسون و همکاران، ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان داده است که مسائل روان شناختی در کنترل دیابت بسیار موثر است. آموزش های روانشناختی همراه با درمان های پزشکی در دیابت بسیار موثرتر و پایدارتر از درمان دارویی به تنهایی است. این نکته را باید در نظر گرفت که، آموزش های روانشناختی باید با توجه به نوع دیابت و توانایی های بیماران باشد. به دلیل اینکه بیماران دیابتی ریسک بالایی در ابتلا به افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن دارند باید تحت آموزش های روان شناختی قرار بگیرند، همچنین خانواده

<sup>1</sup> Hegelson

<sup>2</sup> Snyder

<sup>3</sup> Escobar

<sup>4</sup> Siminerio

<sup>5</sup> Becker

های افراد دیابتی باید تحت آموزش قرار بگیرند تا طرز برخورد صحیح با این بیماری را فرا بگیرند. درمان های روانشناختی و گروهی از جمله، آموزش مراقبت از خود، توانایی حل مسئله، کنترل خشم و رعایت رژیم غذایی مناسب در بهبودی پایدارتر بیماران دیابتی بسیار موثر بوده است (انجمن دیابت کانادا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). یکی از شیوه های روانشناختی موثر در درمان دیابت، درمان شناختی-رفتاری است. رویکرد شناختی-رفتاری<sup>۲</sup> بر تحریفات شناختی و تلاش برای تغییر رفتار تمرکز دارد. جوهره رویکرد شناختی-رفتاری عواطف و رفتارهایی است که توسط افکار و شناخت ما شکل گرفته اند. درمانگر به بیمار کمک می کند تحریفات شناختی خود درباره ی موضوعات مرتبط با شرایط دیابتیک را شناسایی نموده و شیوه های تفکری مثبت تر و واقع بینانه تری را جایگزین آنها نماید (ویلدرموت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

### بیان مسأله

دیابت نوع ۲ بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال و چاق دیده می شود که ۹۰-۸۰ درصد کل موارد دیابت را شامل می شود و انسولین تولید شده از پانکراس در این افراد به خوبی عمل نمی کند. در واقع پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی کند و یا انسولین ترشح شده، فاقد کارایی لازم است (تایلبرگ<sup>۴</sup>، میراندا<sup>۵</sup>، جیمز<sup>۶</sup> و بتل<sup>۷</sup>، ۲۰۰۱). تحقیقات نشان داده است که افراد دیابتی ریسک بالایی بالایی در ابتلا به افسردگی و اضطراب دارند. شیوع افسردگی در افراد دیابتی ۲۴ درصد است (گلدنی<sup>۸</sup>، فیلیپس<sup>۹</sup>، فیشر<sup>۱۰</sup> و ویلسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴)، ولی درمان های بسیار کمی در زمینه بهبود سطح کیفیت

<sup>1</sup>. Canadian Diabetes Association

<sup>2</sup>. Cognitive Behaviour Therapy

<sup>3</sup>. Wildermuth

<sup>4</sup>. Tilburg

<sup>5</sup>. Miranda

<sup>6</sup>. James

<sup>7</sup>. Bethel

<sup>8</sup>. Goldney

<sup>9</sup>. Philips

<sup>10</sup>. Fisher

<sup>11</sup>. Wilson

زندگی و کنترل هیجانات دریافت می کنند. همچنین موقعیت اجتماعی بیماران در روشهای درمانی در نظر گرفته نمی شود. درمان های صرفاً پزشکی برای بیماران در دراز مدت کافی نیست و درمان باید مسائل جسمانی و مسائل روانشناختی را مد نظر قرار دهد. هدف از درمان روانشناختی در افراد دیابتی نوع ۲ این است که زندگی سالمتر و بهتری با دیابت داشته باشند. هدف از اجرای این طرح، آموزش کامل و جامع با تمرکز بر زندگی بهتر با دیابت با استفاده از روش درمان شناختی-رفتاری است. در این روش سطح کیفیت زندگی و هیجانات و موقعیت اجتماعی بیماران بررسی می شود. هدف کاهش پتانسیل منفی در بزرگسالان دیابتی است. توانایی خود کنترلی در عدم مصرف غذاهای کم ارزش و ناکارآمد و مراقبت های صحیح روزانه و رعایت رژیم دارویی، مداخله درمان روانشناختی را ضروری می کند (ویلدرموت، ۲۰۰۸).

تحقیقات نشان داده است که در یک فعالیت گروهی، افراد دیابتی یاد می گیرند که چه روش هایی برگزینند تا تغییرات مثبت و پایدارتری را بدست آورند و روش رفتار درمانی شناختی می تواند بر افزایش کنترل متابولیکی، عزت نفس و افزایش کیفیت زندگی آنها موثر باشد (گلدنی و همکاران ، ۲۰۰۴). طبق تحقیقات انجام شده، شیوع افسردگی در افراد دیابتی ۱۱ تا ۱۲ درصد است. در تحقیقات انجام شده بر روی ۴۸۰۰ بزرگسال مبتلا به دیابت نوع ۲ مشخص شد که ۱۲ درصد آنها مبتلا به افسردگی ماژور و ۸/۵ درصد آنها اختلال افسردگی مینور دارند (سادوک<sup>۱</sup> و سادوک ، ۲۰۰۸). مطالعات مطالعات انجام شده نشان داده است، افراد دیابتی که اختلال افسردگی دارند در کنترل گلوکز خون ضعیف عمل می کنند و تغییرات زیادی در آزمایش  $HbA_{1c}$  دارند (سادوک ، سادوک ، ۲۰۰۸).

<sup>1</sup>. Sadock

<sup>2</sup>.glycosylated hemoglobin A<sub>1c</sub> levels

در تحقیقی که توسط (یوربانسکی<sup>۱</sup>، فابری<sup>۲</sup> و تایلور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹)، انجام شد، تاثیر درمان شناختی- رفتاری بر اختلال خوردن در افراد دیابتی بررسی شد. نتیجه این تحقیق نشان داد که این درمان علاوه بر افزایش خودکنترلی در خوردن، موجب بالا رفتن عزت نفس و انطباق بهتر با بیماری شده و همچنین این درمان موجب کاهش میانگین قند خون در بیماران شده است.

به علت عدم مداخله غیر دارویی در اختلالات روانپزشکی همراه در بیماران دیابتی، اختلال همراه با بیماری دیابت کنترل نشده و موجب افت کیفیت زندگی بیماران و تشدید عوارض دیابت می شود. با توجه به این که دارو درمانی به تنهایی نتایج مطلوب را تامین نمی کند، مداخلات غیر دارویی از جایگاه ویژه ای برخوردار است. از آنجایی که مداخلات و درمان های گروهی تاثیر بسزا و بیشتری در درمان های دیابت داشته اند، درمان شناختی- رفتاری گروهی برای مداخله غیر دارویی انتخاب شد. تا آنجایی که پژوهشگر به بررسی پیشینه پژوهش پرداخته است، تا کنون روش درمانی شناختی- رفتاری بر روی افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیابتی در ایران و بخصوص خوزستان انجام نشده است، بنابراین این خلأ پژوهشگر را بر آن داشت تا به بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری بر دیابت در بیماران زن دیابتی بپردازد.

### اهمیت و ضرورت پژوهش

آسیب های فیزیکی و مشکلات جسمانی افراد دیابتی بسیار زیاد است و عواقب این بیماری بسیار پر زحمت و طولانی است. این حقیقت وجود دارد که سازگاری صحیح با بیماری مزمن و طولانی کار بسیار دشواری است و در بیماران نگرش منفی نسبت به بیماری ایجاد می کند و آنها را دچار استرس و افسردگی می سازد. بسیاری از بیماران از اینکه باید تسلیم تجویزهای دارویی شوند احساس

<sup>1</sup>. Urbanski

<sup>2</sup>. Fabri

<sup>3</sup>. Taylor

بی‌کفایتی می‌کنند، این امر بر روی خلق آنها و تنظیم گلوکز خونشان تاثیر منفی می‌گذارد (تایلبرگ<sup>۱</sup>، میراندا<sup>۲</sup>، جیمز<sup>۳</sup> و بتل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱، به نقل از ویلدرموت، ۲۰۰۸).

رژیم‌های سخت دارویی و تغذیه‌ای موجب افزایش ریسک آنها نسبت به بیماری‌های روانپزشکی از قبیل، پایین رفتن عزت نفس، افسردگی، اضطراب و اختلالات خوردن می‌شود (بردن<sup>۵</sup>، دانگر<sup>۶</sup>، مایو<sup>۷</sup>، مایو<sup>۷</sup>، پویلر<sup>۸</sup> و نیل<sup>۹</sup>، ۲۰۰۳). افراد دیابتی نیاز دارند تا بهترین روش مراقبت از خود را یاد بگیرند. تحقیقات نشان داده است که اکثر افراد دیابتی از کیفیت زندگی مناسبی برخوردار نیستند و این بیماری بر روی بهداشت روان آنها تاثیر منفی گذاشته است، افراد دیابتی ریسک بالایی در ابتلا به افسردگی و اضطراب و اختلالات خوردن دارند.

بنابراین با توجه به اهمیت این اختلال و مشکلات جسمانی و روانی که به دنبال دارد، ضرورت ایجاد می‌کند که با استفاده از شیوه‌های درمانی و مداخله‌ای روانشناختی به همراه دارو درمانی، نسبت به رفع این مشکل اقداماتی صورت گیرد. بنابراین در پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند مورد استفاده‌ی پژوهشگران دیگر، سازمان‌ها و نهاد‌های مختلف از جمله دانشگاه‌ها، مراکز درمانی، کلینیک‌های روانی، متخصصین تغذیه، کلینیک‌های رژیم درمانی، متخصصین غدد، انجمن‌های دیابت و غیره قرار گیرد.

---

1. Tilburg  
2. Miranda  
3. James  
4. Bethel  
5. Bryden  
6. Dungen  
7. Mayou  
8. Peveler  
9. Neil



### هدف پژوهش

هدف از انجام این پژوهش تعیین اثر بخشی روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران زن دیابتی نوع ۲، با علائم افسردگی مراجعه کننده به انجمن دیابت در شهر اهواز است.

### سؤال پژوهش

آیا روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری بر افسردگی و کیفیت زندگی زنان دیابتی نوع ۲، با علائم افسردگی مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر اهواز تاثیر دارد.

### فرضیه های پژوهش

۱- روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی زنان دیابتی نوع ۲ می شود.

۱-۱ روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث کاهش افسردگی زنان دیابتی نوع ۲ می شود.

۱-۲ روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث بهبود کیفیت زندگی زنان دیابتی نوع ۲ می شود.

۲- روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث بهبود حیطه های کیفیت زندگی زنان دیابتی نوع ۲ می شود.

۲-۱ روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث بهبود بهداشت و سلامت جسمی زنان دیابتی نوع ۲ می شود

۲-۲ روان درمانی گروهی به روش شناختی-رفتاری باعث بهبود وضعیت روانشناختی زنان دیابتی نوع ۲ می شود.

۲-۳ روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری باعث بهبود روابط اجتماعی زنان دیابتی نوع ۲ می‌شود.

۲-۴ روان درمانی گروهی به روش شناختی- رفتاری باعث بهبود محیط اجتماعی زنان دیابتی نوع ۲ می‌شود.

### تعریف متغیرها

#### ۱- دیابت نوع ۲

**تعریف مفهومی:** دیابت نوع ۲ یا دیابت غیر وابسته به انسولین، بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال دیده می‌شود. در این نوع دیابت انسولین تولید شده از پانکراس به خوبی عمل نمی‌کند. در واقع یا پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح شده فاقد کارایی لازم برای بدن است (وحدانی، ۱۳۷۰).

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش، اگر میزان قند خون ناشتا حداقل در دو آزمایش بیش از ۱۲۶ میلی‌گرم در هر ۱۰۰ سی سی خون باشد، تشخیص دیابت را می‌توان مطرح کرد (وحدانی، ۱۳۷۰).

#### ۲- روان درمانی شناختی- رفتاری

**تعریف مفهومی:** مدل به کار برده شده در این پژوهش شکلی از درمان شناختی- رفتاری می‌باشد که توسط ویلدرموت (۲۰۰۸) برای درمان افسردگی و افزایش کیفیت زندگی به کار گرفته شده است. اهداف درمانی شامل افزایش خود کنترلی و خود مراقبتی، افزایش عزت نفس، افزایش کیفیت زندگی، کاهش علائم افسردگی و زندگی بهتر و سالم تر با دیابت می‌باشد.

**تعریف عملیاتی:** درمان شناختی-رفتاری گروهی که در این پژوهش از آن استفاده خواهد شد، مشتمل بر ۱۰ جلسه درمانی (هر هفته دو جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه) می باشد (ویلدرموت، ۲۰۰۸).

### ۳- افسردگی

**تعریف مفهومی:** افسردگی حالتی است خلقی که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، کاهش اشتها، تغییر در سطح فعالیت، افت توانایی های شناختی، تغییر در تکلم و کارکردهای نباتی که به طور مستمر حداقل دو هفته بطول می انجامد، مشخص می شود (سادوک، سادوک، ۱۹۹۸، ترجمه رفیعی، ۱۳۷۸).

**تعریف عملیاتی:** در پژوهش حاضر منظور از افسردگی نمره ای است، که افراد نمونه از آزمون افسردگی بک فرم ۱۳ سوالی کسب می کنند.

### ۴- کیفیت زندگی

**تعریف مفهومی:** درجه ای است که یک فرد از امکانات موجود زندگی خود لذت برده و احساس رضایت کند (حضرتی، زحمتکشان، دژبخش، نیک سرشت و ضیغمی، ۱۳۸۴).

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از کیفیت زندگی نمره ای است که فرد با توجه به پاسخ هایش به پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> فرم ۲۶ سوالی کسب می کنند. لازم به توضیح است که، کیفیت زندگی دارای ۴ حیطة است که تعریف مفهومی و عملیاتی هر حیطة در قسمت بعد آورده می شود.

<sup>۱</sup>.WHOQOL

### ۴-۱. سلامت جسمانی

**تعریف مفهومی:** شامل بود یا نبود اختلال در اشتها، اختلالات بلع و تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال، تنگی نفس، خستگی و بی خوابی، ناتوانی، بی حسی، درد، توان انجام حرکت برای مراقبت از خود و انجام کارهای روزانه است (برگر<sup>۱</sup>، پورتنوی<sup>۲</sup> و ویسمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸).

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از سلامت جسمانی نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ هایش به سوالات سلامت جسمانی در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم ۲۶ سؤالی کسب می‌کند.

### ۴-۲. سلامت روانشناختی

**تعریف مفهومی:** مشتمل بر وجود یا فقدان اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس، تمرکز، سازش با بیماری و درمان است.

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از سلامت روانشناختی نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ هایش به سوالات سلامت روانشناختی در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم ۲۶ سؤالی کسب می‌کند.

### ۴-۳. روابط اجتماعی

**تعریف مفهومی:** دربرگیرنده نحوه ایفای نقش ها، ارتباطات، تعاملات خانوادگی، ارتباط با دوستان، توانایی کار در خارج از منزل و فعالیت های جنسی است.

---

<sup>1</sup>.Berger

<sup>2</sup>.Portenoy

<sup>3</sup>.Weissman

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از روابط اجتماعی نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ‌هایش به سوالات روابط اجتماعی در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم ۲۶ سؤالی کسب می‌کند.

### ۴-۴. محیط اجتماعی

**تعریف مفهومی:** شامل آزادی و امنیت فیزیکی، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی، سلامت محیط زندگی و دسترسی به حمل و نقل آسان می‌شود.

**تعریف عملیاتی:** در این پژوهش منظور از محیط اجتماعی نمره‌ای است که فرد با توجه به پاسخ‌هایش به سوالات محیط اجتماعی در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت فرم ۲۶ سؤالی کسب می‌کند.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

در این فصل سعی می شود به ارائه مبانی نظری موجود در رابطه با متغیرهای پژوهش حاضر و پژوهش های مرتبط صورت گرفته در این حوزه ها، در خارج و داخل کشور پرداخته شود.

### دیابت

بیماری قند یا به عبارت دیگر دیابت بیماری مزمنی است که در نتیجه اختلال در تولید و عملکرد انسولین در بدن به وجود می آید. دیابت یا به علت فقدان انسولین یا به علت وجود عواملی که مخالف انسولین عمل می کنند، به وجود می آید. نتیجه ی عدم کفایت عمل انسولین افزایش غلظت گلوکز خون است. اختلالات متابولیک دیگر نیز روی می دهد، نمونه بارز آن افزایش اجسام کتونیک خون در هنگام کمبود شدید انسولین است (وحدانی، ۱۳۷۰).

به طور کلی دیابت به چهار گروه دیابت نوع یک، دیابت نوع دو، دیابت حاملگی و دیابت به علل متفرقه تقسیم می شود: دیابت نوع یک که ۱۵-۱۰ درصد کل موارد دیابت را تشکیل می دهد، تولید انسولین از پانکراس به علت از بین رفتن سلول های سازنده انسولین، متوقف می شود. به همین دلیل افراد مبتلا به این نوع دیابت باید از بدو تشخیص، انسولین مورد نیاز بدن را به صورت تزریقات روزانه تامین کنند، به این نوع دیابت، دیابت وابسته به انسولین می گویند (ویلدرموت، ۲۰۰۸). دیابت وابسته به انسولین ناشی از تخریب و نهایتاً از بین رفتن سلول های B جزایر لانگرهاس پانکراس است که به فقدان تولید انسولین منجر می شود. عاملی که موجب تخریب جزایر می شود ناشناخته است، در بعضی موارد ممکن است یک ویروس باشد. دیابت وابسته به انسولین مستقیماً به ارث نمی رسد، اگرچه بعضی از افراد ممکن است استعداد به دیابت را به ارث ببرند که در آنها افزایش استعداد ابتلا به این نوع دیابت نشان داده شده است (وحدانی، ۱۳۷۰).

دیابت حاملگی به دیابتی می‌گویند که برای اولین بار در طول حاملگی تشخیص داده می‌شود. این نوع دیابت معمولاً گذراست و بعد از اتمام حاملگی بهبود می‌یابد. خانم‌های مبتلا به دیابت حاملگی بعدها در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند.

دیابت به علل متفرقه می‌تواند بر اثر ارث، سابقه فامیلی قوی، سابقه زایمانی بد و یا نوزادان بسیار بزرگ در بدو تولد، ایجاد شود.

دیابت نوع ۲ بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال و چاق دیده می‌شود که ۹۰-۸۰ درصد کل موارد دیابت را شامل می‌شود و انسولین تولید شده از پانکراس در این افراد به خوبی عمل نمی‌کند. در واقع پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح شده، به علت وجود مقاومت سلول‌ها مخصوصاً در افراد چاق، فاقد کارایی لازم است. به این نوع دیابت (دیابت غیر وابسته به انسولین) یا دیابت بزرگسالی می‌گویند (تایلبرگ<sup>۱</sup>، میراندا<sup>۲</sup>، جیمز<sup>۳</sup> و بتل<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱). دیابت نوع ۲ شروع خیلی آهسته‌ای دارد و شایع‌ترین علامت اولیه‌ی آن در واقع بی‌علامتی است. درصد قابل توجهی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ از بیماری خود خبر ندارند و تنها با انجام آزمایش قند خون می‌توان بیماری آنها را تشخیص داد.

از علائم دیابت نوع ۲ می‌توان به عفونت‌های مکرر، مخصوصاً عفونت دستگاه ادراری و پوست، تاری دید، بهبودی دیررس زخم‌ها، احساس سوزش و بی‌حسی در انگشتان پا، پر نوشی و تشنگی، پر ادراری، زود رنجی و تحریک پذیری و خستگی زیاد غیر قابل توجیه اشاره کرد. تمامی افراد بالای ۴۰ سال در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند و باید هر ۳ سال یک بار تحت آزمایش قند خون

<sup>1</sup> Tilburg  
<sup>2</sup> Miranda  
<sup>3</sup> James  
<sup>4</sup> Bethel



قرار بگیرند. هم چنین مطالعات نشان داده است که افراد چاق، افراد با کلسترول بالا و فشار خون بالا در معرض خطر ابتلا به دیابت نوع ۲ هستند (هیتمن<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از ویلدرموت، ۲۰۰۸).

آزمایش میانگین قند خون<sup>۲</sup> که بصورت درصد بیان می شود نشان می دهد که در طول ۲-۳ ماه گذشته چند درصد از هموگلوبین خون که یکی از پروتئین های موجود در گلبول های قرمز است، با قند ترکیب شده است. هرچه این درصد بالاتر باشد بیانگر این است که معدل قند خون بالاتر از حد طبیعی بوده است. این آزمایش وسیله بسیار خوبی برای تصمیم گیری در مورد موفقیت روش درمانی می باشد. در واقع وقتی می توان درمان یک دیابتی را موفق دانست که درصد هموگلوبین HbA<sub>1c</sub> در حد قابل قبولی باشد. این حد قابل قبول زیر ۸ و ترجیحاً زیر ۷ درصد است. نگهداشتن هموگلوبین HbA<sub>1c</sub> زیر ۷ درصد از پیدایش عوارض در چشم ها، کلیه ها و اعصاب جلوگیری می کند. این آزمایش را باید ترجیحاً هر ۳ ماه یک بار انجام داد (تایلبرگ و همکاران، ۲۰۰۱).

### ریسک به ارث رسیدن دیابت

یک کودک دارای مادر یا پدر دیابتیک وابسته به انسولین دارای افزایش ریسک برای مبتلا شدن به همان نوع دیابت قبل از ۲۰ سالگی است، اما خطر آن هنوز کم و در حدود ۱ درصد است. اگر والدین هر دو مبتلا به دیابت وابسته به انسولین باشند، خطر بیماری افزایش میابد (وحدانی، ۱۳۷۰).

<sup>1</sup> Hitman

<sup>2</sup>.HbA<sub>1c</sub>

### کنترل متابولیک

آنچه که امروزه از آن به عنوان کنترل متابولیک در افراد مبتلا به دیابت نام برده می شود، مجموعه ای از آزمایش ها و بررسی های مرتبط با دیابت به طور روزانه و ۲-۳ ماه یک بار است که با دستیابی به این مجموعه اعمال، به طور مرتب می توان از وضعیت سازگاری جسمی فرد مبتلا به دیابت با بیماری و سیر پیشرفت آن آگاه شد (دلآوری، مهدوی، نوروزی نژاد و یاراحمدی، ۱۳۸۳).

### کنترل روزانه

عبارت از آزمایش هایی است که فرد مبتلا به دیابت به تنهایی قادر به انجام آن در منزل می باشد. این آزمایش ها عبارتند از: ۱) کنترل روزانه قند خون، ۲) کنترل روزانه قند ادرار و ۳) کنترل روزانه کتون ادرار.

#### ۱. کنترل روزانه قند خون

از آنجا که هدف از درمان دیابت دستیابی به میزان قند خون در حد طبیعی است، این هدف فقط زمانی میسر می شود که فرد مبتلا به دیابت بتواند کنترل مداوم قند خون را ۳-۴ بار در روز پیش از وعده های غذایی و قبل از خواب انجام دهد. در این آزمایش از سر انگشتان دست خون گرفته و به کمک نوارهای تست قند خون و با مقایسه تغییر رنگ نوار با جداول و مربع های رنگی روی قوطی نوارها، به میزان دقیق تری از قند خون دست یافت.

#### ۲- کنترل روزانه قند ادرار

در صورتی که قند خون افراد از میزان آستانه ی کلیه ی آنها بیشتر شود، قند در ادرار آنها دفع خواهد شد. نوارهای آزمایش قند ادرار بر این اساس ساخته شده است. در اصل می توان هم زمان با استفاده از نوارهای آزمایش قند خون، جهت دستیابی به میزان دقیق تر قند خون از نوارهای آزمایش

قند ادرار استفاده نمود. با استفاده از نوارهای آزمایش قند ادرار فقط می توان از بالا بودن قند خون بیش از حد آستانه ی کلیه آگاه شد.

### ۳- کنترل روزانه کتون ادرار

کتون ماده ای است که از تجزیه ی چربی ها در بدن حاصل می شود و هنگام کاهش وزن و یا فعالیت شدید بدنی، یعنی زمانی که چربی زیاد در بدن تجزیه می شود، مقدار کمی کتون وارد ادرار می شود اما در افراد مبتلا به دیابت، وجود کتون در ادرار نشان دهنده ی میزان قند خون بالاست که نتیجه ی کنترل نامطلوب است. در واقع، فرد دچار کاهش یا فقدان انسولین شده است. در نتیجه ی بالا بودن میزان قند خون، فرد دچار پرنوشی، پرخوری و پرادراری می شود و در صورتی که دچار تب یا استفراغ شود، آزمایش ادرار از نظر وجود کتون ضروری است ( دلاوری، مهدوی، نوروزی نژاد و یاراحمدی، ۱۳۸۳).

دیابت نوع ۲ در مراحل اولیه با تغییر شیوه زندگی اعم از تغذیه سالم، فعالیت بدنی و نیز کنترل استرس قابل درمان خواهد بود. در مراحل پیشرفته تر بیماری اغلب با مصرف داروهای خوراکی قابل کنترل است (هگلسون و همکاران، ۲۰۰۷).

تحقیقات نشان داده است که مسائل روانشناختی در کنترل دیابت بسیار موثر است. آموزش های روانشناختی همراه با درمان های پزشکی در دیابت بسیار موثرتر و پایدارتر از درمان دارویی به تنهایی است. این نکته را باید در نظر گرفت که آموزش های روانشناختی باید با توجه به نوع دیابت و توانایی های بیماران باشد.

### درمان شناختی- رفتاری

این شیوه درمانی به ارتباط بین تفکرات، هیجان ها، نشانه های جسمانی، رفتار و محیط تمرکز دارد و بر نقش اصلی تفکرات و فرآیندهای مربوط به آن تأکید می کند (کینگدام<sup>۱</sup> و دیمیچ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). مدل شناختی- رفتاری، مشکلات روانی را ناشی از اختلالی که در تفکر یک بیمار اتفاق می افتد، تصور می کند و بنیادی ترین شکل ارتباط بین تفکر، هیجان، رفتار و فیزیولوژی را شرح می دهد (بک<sup>۳</sup>، رایش<sup>۴</sup>، شاو<sup>۵</sup> و امری<sup>۶</sup>، ۱۹۷۹، به نقل از ستوده ناوردی، ۱۳۸۷).

### پیشینه فلسفی و نظری درمان شناختی- رفتاری

اگر بخواهیم تاریخچه‌ای در مورد مکتب شناختی- رفتاری بگوییم باید به شرطی‌سازی کلاسیک در نظریه پاولف<sup>۷</sup> بازگردیم. از همان زمان ریشه های نظری رفتاری شکل گرفت و سپس با آمیختن بعد شناختی به آن، مکتب شناختی- رفتاری به گونه ای که اکنون شاهد آن هستیم به وجود آمد، که البته هر روز با انجام پژوهش های فراوان تغییراتی در آن صورت می گیرد (پروچسکا<sup>۸</sup> و نورکاس<sup>۹</sup>، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۳).

نظریه های شناختی ریشه در نظریه ی فلسفی رواقیان در قرن اول و دوم میلادی مخصوصاً اپیکتتوس<sup>۱۰</sup> و امپراتور مارکوس اورلیوس<sup>۱۱</sup> دارد. اپیکتتوس می گوید " افراد به وسیله اشیا دچار

<sup>1</sup> Kingdom

<sup>2</sup> Dimech

<sup>3</sup> Beck

<sup>4</sup> Rush

<sup>5</sup> Shaw

<sup>6</sup> Emery

<sup>7</sup> Pavlov

<sup>8</sup> Prochaska

<sup>9</sup> Norcass

<sup>10</sup> Epictetus

<sup>11</sup> Marcus Aurelius