

فصل اول

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

ابتلا به یک بیماری مزمن موجب تحمیل هزینه‌های فراوان، بر بیماران و خانواده‌هایشان می‌شود. افراد مبتلا به این بیماری‌ها، متحمل دوره‌های تکرار شونده‌ی احساس ضعف و درماندگی، نیاز به معاینات پزشکی منظم، محدودیت در نوع تغذیه و سایر جنبه‌های زندگی، یا مصرف روزانه‌ی دارو شده و این بیماری‌ها حتی در برخی موارد باعث درد همیشگی شده و می‌توانند به ناتوانی و مرگ بیانجامند (سارافینو^۱، ۲۰۰۲).

یکی از بیماری‌های مزمن شایع، که از دسته‌ی اختلالات متابولیک محسوب می‌شود و توجه پزشکان و روانشناسان و به ویژه روانشناسان سلامت را به خود جلب کرده، بیماری دیابت شیرین^۲ است که به عنوان ششمین و یا هفتمین عامل مرگ و میر در آمریکا معرفی شده است (انجمن دیابت آمریکا^۳، ۱۹۹۸).

میزان شیوع دیابت در جهان بین ۷/۸ درصد تا ۱۵/۵ درصد در گروه‌های نژادی مختلف گزارش شده است (کاسپر، بران‌والد، فاوسی، هاوسر، لونگو و جمسون^۴، ۲۰۰۵). این میزان شیوع، روند رو به رشدی دارد به طوری که طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۲۵ به ۳۳۳ میلیون نفر در جهان خواهد رسید. از طرف دیگر منطقه‌ی آسیای میانه یکی از مراکز رشد اپیدمیکی سریع دیابت در جهان می‌باشد (آموس، مک‌کارتی و زیمت^۵، ۱۹۹۷؛ کینگ، اوبرت و هرمن^۶، ۱۹۹۸). ایران نیز جزء کشورهای است که به میزان زیاد در معرض خطر افزایش ابتلا به دیابت قرار دارد به طوری که بر اساس مطالعات اخیر ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانیان بالغ بالای ۳۰ سال دیابتی بوده و یا مبتلا به اختلال عدم تحمل گلوکز (IGT)^۷ هستند و تقریباً ۲۵ درصد موارد IGT در آینده به دیابت مبتلا می‌شوند (لاریجانی، ابوالحسینی، مهاجری و طباطبایی، ۱۳۸۴).

بیماری دیابت می‌تواند بر عملکرد فیزیکی، وضعیت روحی-روانی، ارتباطات بین‌فردی، خانوادگی و اجتماعی و به طور کلی سلامت عمومی و احساس خوب بودن بیماران تأثیر منفی داشته باشد. بنابراین عوارض این بیماری متنوع و گسترده می‌باشد به نحوی که شایع‌ترین علت نارسایی کلیه، کوری، قطع عضو غیرترومایی و نوروپاتی محسوب می‌شود. علاوه بر آن بر اساس مطالعات انجام شده خطر بروز بیماری

¹ Sarafino

² Mellitus Diabetes

³ American Diabetes Association

⁴ Kasper, Braunwald, Fauci, Hauser, Longo & Jameson

⁵ Amos, McCarty & Zimmet

⁶ King, Aubert & Herman

⁷ Impaired Glucose Tolerance

عروق کرونری، سکته‌ی مغزی و بیماری عروق محیطی در دیابتی‌ها بیشتر از غیردیابتی‌ها است (اسکندریان، رشیدی‌پور، قربانی و ملک، ۱۳۸۸). علاوه بر عوارض فیزیکی و جسمی، دیابت از جمله اختلالات طبی است که می‌تواند علایم روانپزشکی نیز داشته باشد (سادوک^۱ و سادوک، ۲۰۰۷) و حتی می‌تواند منجر به افزایش خطر اختلالات روانی و علایم روانشناختی گردد (نوروزی نژاد، بوستانی، نعمت‌پور و بهروزیان، ۱۳۸۵).

تحقیقات انجام شده نشان می‌دهند که میزان شیوع اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی بیشتر از آزمودنی‌های غیردیابتی است (جیمنز-گاریسیا، مارتینز-هودو، هرماندز-باررا، آندرس، مارتینز، جیمنز-تروخیلو^۲ و همکاران، ۲۰۱۱) و این میزان شیوع تا ۴۱/۵ درصد در بیماران دیابتی تازه مبتلا شده گزارش شده است (رین، واجن‌گوت، واندل و گاولز^۳، ۲۰۱۱).

شایع‌ترین نوع اختلال روانی در بین دیابتی‌ها، افسردگی می‌باشد (لاستمن، گریفیس، کلوز، فریدلند، ایسن و روبین^۴، ۱۹۹۷؛ گراندینت، کاهولوکولا، کرابک، کنوئی، چن و چانگ^۵، ۲۰۰۰؛ هریس^۶، ۲۰۰۳؛ ظهیرالدین و صدیقی، ۲۰۰۳؛ گلدنی، فیلیپس، فیشر و ویلسون^۷، ۲۰۰۴؛ نوروزی نژاد و همکاران، ۱۳۸۵). که میزان شیوع آن را تا دو برابر افراد عادی (آندرسون^۸، ۲۰۰۱؛ گلدنی و همکاران، ۲۰۰۴)، بیشتر از دو برابر (خالیدا^۹، ۲۰۰۹) و حتی تا سه برابر سایر بیماریهای مزمن (هریس، ۲۰۰۳) گزارش کرده‌اند. بنابراین اختلال افسردگی هم ابتدایی بالایی با بیماری دیابت دارد (اگد و ایس^{۱۰}، ۲۰۱۰) که هم در دیابت نوع ۱ و هم در دیابت نوع ۲ شایع است و تأثیرات قابل ملاحظه‌ای روی دوره‌ی بیماری و پیامدهای آن دارد (لاستمن و کلوز^{۱۱}، ۲۰۰۵).

مطالعات دیگر نشان می‌دهند که اختلالات اضطرابی با میزان شیوع ۴۱/۷ درصد، از دیگر اختلالات روانی شایع در بیماران دیابتی است (ژانگ، چن و چن^{۱۲}، ۲۰۰۸). شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی نیز اضطراب تعمیم یافته است که در ۱۴ درصد بیماران دیده می‌شود. میزان شیوع علایم اضطراب در بین بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲ تفاوتی نداشته ولی در زنان شایع‌تر از مردان می‌باشد (گریسبی، آندرسون، فریدلند، کلوز و

¹ Sadock

² Jimenez-Garcia, Martinez Huedo, Hernandez-Barrera, Andres, Martinez, Jimenez-Trujillo

³ Rane, Wajngot, Wandell & Gafvels

⁴ Lustman, Griffith, Clouse, Freedland, Eisen & Rubin

⁵ Grandinetti, Kaholokula, Crabbek, Kenui, Chen & Changh

⁶ Harris

⁷ Goldney, Phillips, Fisher & Wilson

⁸ Anderson

⁹ Khalida

¹⁰ Egede & Ellis

¹¹ Lustman & Clouse

¹² Zhang, Chen & Chen

لاستمن^۱، ۲۰۰۲). اختلال خوردن (خالیدا، ۲۰۰۸) و اختلال پانیک (لودمن، کاتون، روسو، سیمون، کورف، لین^۲ و همکاران، ۲۰۰۶) نیز از دیگر اختلالات روانشناختی شایع در بین مبتلایان به دیابت محسوب می شود.

شیوع اختلالات روانی در بین بیماران دیابتی، اثر منفی بر روی کنترل قند خون دارد (کوراکس، موکرچی، ینگر و دراش^۳، ۱۹۹۶). بیماران دیابتی افسرده در مقایسه با دیابتی‌های غیرافسرده نسخه‌های بیشتری دریافت نموده و از مراقبت‌های سرپایی بیشتری استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، هزینه‌های مراقبتی آنها تا ۴/۵ برابر بیشتر می‌شود (اگد، ژنگ و سیمپسون^۴، ۲۰۰۲). افسردگی بیماران دیابتی، روی پیش‌آگهی آنها تأثیر قابل توجهی دارد و برخی مطالعات نشان داده‌اند که عدم تشخیص و عدم درمان افسردگی، پیش‌آگهی بیماران را بدتر می‌کند (هوسینی، هول، شرکت، امرسون، اورتون و کراون^۵، ۲۰۰۴). مطالعات دیگری نشان داده‌اند که افسردگی با افزایش خطر عوارض و مرگ و میر در بیماران دیابتی همراه است (کاتون، روتر و سیمون^۶، ۲۰۰۵؛ ژانگ، نوریس و گرگ^۷، ۲۰۰۵). بنابراین افسردگی نه تنها منجر به عوارض روانشناختی و اجتماعی در بین بیماران مبتلا به دیابت می‌شود، بلکه ممکن است عامل خطری برای کنترل ضعیف متابولیک، در این بیماران نیز باشد. برخی پژوهشگران رابطه‌ای ضعیف تا متوسط بین افسردگی و کنترل نامناسب قند خون در دیابتی‌ها گزارش کرده‌اند (اسکندریان و همکاران، ۱۳۸۸). برخی از مطالعات دیگر نیز نشان می‌دهند که سیر افسردگی در بیماران دیابتی بدخیم تر از سایر بیماران می‌باشد (سوینکوک، گونی، اوسلو و باکلاسی^۸، ۲۰۰۱). بنابراین، این مطالعه با هدف ارزیابی میزان اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی و آموزش مدیریت استرس، در کاهش علائم روانشناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی و نیز مقایسه‌ی میزان اثربخشی دو روش مذکور انجام شده است.

۲-۱. بیان مسأله:

افزایش پیشرونده در بروز و شیوع بیماری‌های مزمن در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ و میر و افزایش روزافزون هزینه‌های مراقبت از این بیماران و به خصوص نقش لاینفک عوامل روانشناختی در

¹ Grigsby, Anderson, Freedland, Clouse & Lustman

² Ludman, Katon, Russo, Simon, Korff, Lin

³ Koracs, Mukerji, Iyengar & Drash

⁴ Egede, Zheng & Simpson

⁵ Husaini, Hull, Sherkat, Emerson, Overton & Craun

⁶ Katon, Rutter & Simon

⁷ Zhang, Norris & Gregg

⁸ Sevincok, Guney, Uslu & Baklaci

شروع، استمرار و تشدید علائم این بیماران، موجب شده است که روی جنبه‌های روانی تأکید بیشتری به عمل آید (فینکلستین^۱ و فینکلستین، ۲۰۰۰) و روزبه‌روز بر ضرورت استفاده از مراکز مشاوره و مداخلات روانشناختی، در کنار مداخلات جسمانی افزوده شود چرا که انجام این گونه مداخلات، می‌تواند به طور مؤثری سبب کاهش علائم روانشناختی در بیماران مزمن شود. این نکته در استانداردهای درمانی توصیه شده توسط انجمن دیابت آمریکا نیز لحاظ شده است. به طوری که آنها، ضمن تأکید بر نقش عوامل روانشناختی در کنار سایر عوامل، تأکید می‌کنند که مدیریت خود^۲ زیربنای اصلی درمان، برای همه‌ی مبتلایان به دیابت است (استروب^۳، ۲۰۰۱).

پیشرفت عوارض و هزینه‌های بالای درمان در بیماران دیابتی عمدتاً ناشی از کنترل نامناسب قند خون می‌باشد (ری، اسلوکوم، زیمر، کولر، کوک، کبی^۴ و همکاران، ۲۰۰۵). بر اساس تحقیقات انجام گرفته، کنترل قند خون در این بیماران تحت تأثیر عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. بنابراین، بررسی همه‌جانبه‌ی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی در فهم علت بیماری دیابت و نیز در مدیریت و کنترل علائم فیزیکی ضروری است (استروب^۳، ۲۰۰۱).

یکی از عوامل روانشناختی مهم مرتبط با دیابت که مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته، استرس است (سارافینو^۵، ۲۰۰۲) که هم دیابت نوع یک و هم دیابت نوع دو، نسبت به اثرات آن کاملاً حساس هستند (تایلور^۶، ۲۰۰۳). استرس در بسیاری از بیماران دیابتی، فرایند کنترل قند خون را مختل ساخته (مورگ، کولیند، لینس و آدامسون^۷، ۱۹۹۴) و رویدادهای استرس‌زای زندگی با کنترل ضعیف دیابت همراه هستند و استرس‌های کوچک زندگی روزمره، حتی بیشتر از استرس‌های بزرگ با کنترل ضعیف متابولیک مرتبط هستند (برادلی^۸، ۱۹۹۴).

استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثرات منفی روانی نیز دارد. از عمده‌ترین این اثرات می‌توان به افسردگی اشاره کرد (پیبرنیک^۹، ۲۰۰۵). افسردگی در بیماران دیابتی می‌تواند با ایجاد بی‌اشتهایی،

¹ Finkelstein

² Self Management

³ Straub

⁴ Rhee, Slocum, Ziemer, Culler, Cook, Kebbi

⁵ Sarafino

⁶ Taylor

⁷ Moberg, Kollind, Lins & Adamson

⁸ Bradly

⁹ Pibernik

بی نظمی در رژیم غذایی و عدم پذیرش در تزریق انسولین، درمان و کنترل بیماری را دشوار نماید (مدهو و اسریدار^۱، ۲۰۰۵).

استرس، علاوه بر افزایش میزان افسردگی، می‌تواند باعث کاهش رضایت شغلی، نقص در ارتباطات بین-فردی و حتی افکار خودکشی گردیده و با کاهش تمرکز بیمار و ایجاد اختلال در مهارت‌های تصمیم‌گیری، موجب کاهش اثربخشی مداخلات روانشناختی شود (شاپیرو، استین، بیشاپ و کاردوا^۲، ۲۰۰۵).

بنابراین از آنجا که استرس و افسردگی ناشی از آن، جزء عوامل خطر ساز یا تشدید کننده‌ی بیماری دیابت محسوب می‌شوند، طراحی و به کارگیری مداخلات روانشناختی اثربخش و سودمند، برای حذف یا کاهش این عوامل می‌تواند در بیماران مزمن و به ویژه بیماران دیابتی حائز اهمیت باشد.

در این راستا مداخلات درمانی زیادی با هدف‌های مختلف صورت گرفته است. برخی از این مداخلات روی اطلاعات ضعیف بیماران از بیماری دیابت متمرکز شده، بعضی‌ها، درمان اختلالات روانی مرتبط با دیابت را هدف قرار داده، برخی دیگر بر روش‌های مدیریت وزن و استرس تمرکز نموده‌اند و بالاخره بعضی از مطالعات نیز مسأله میزان پذیرش روش‌های درمانی بیماران دیابتی و تقویت ارتباطات و افزایش حمایت اجتماعی را مرکز ثقل درمان معرفی کرده‌اند (استروب، ۲۰۰۱). بنابراین علیرغم کارهای زیاد صورت گرفته در زمینه‌ی درمان بیماران دیابتی، و بعضاً نتایج ضد و نقیض به دست آمده، هنوز ابهامات و سردرگمی زیادی در این زمینه به چشم می‌خورد ابهاماتی که منجر به افزایش آسیبها، طولانی شدن و پرهزینه‌تر شدن درمان مبتلایان می‌گردد.

با توجه به آنچه ذکر شد، مسأله‌ی اصلی مطرح شده در این پژوهش، این بود که آیا روش‌های مداخله‌ای روانشناختی آموزش مدیریت استرس^۳ و نیز روان‌درمانی بین‌فردی^۴ (IPT) گروهی، به تفکیک در کاهش علائم روانشناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی مؤثر هستند؟ و اینکه آیا بین میزان اثربخشی دو روش مذکور بر روی بیماران دیابتی، تفاوت وجود دارد؟

۱-۳. اهمیت و ضرورت پژوهش

بیماری‌های مزمن و ناتوان‌کننده که امروزه تحت عنوان «بیماری‌های مدرن» یا «امراض جدید زندگی»، قلمداد می‌شوند از مهمترین عوامل مرگ و میر در جهان محسوب شده و قابل درمان نمی‌باشند ولی قابل

¹ Madhu & Sridhar

² Shapiro, Astin, Bishop & Cardova

³ Stress Management

⁴ Interpersonal Psychotherapy

کنترل هستند. افزایش پیشرونده در بروز و شیوع این بیماریها در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ و میر و افزایش روزافزون هزینه‌های مراقبت از این بیماران و به خصوص ماهیت زیستی، روانی و اجتماعی داشتن آنها، موجب شده که متخصصان در برخورد با این بیماران، از توجه صرف به یکی از ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی پرهیز نموده و سعی نمایند که توجه کلی و سه بعدی داشته باشند. امروزه صدها پژوهش انجام گرفته در رشته‌ی روانشناسی سلامت، علاوه بر تأیید نکته‌ی فوق، بیشترین توجه را به عوامل روانی اختصاص داده و بر این نکته تأکید می‌کنند که بدون در نظر گرفتن عوامل روانی، مداخلات معمول چندان پاسخگو نخواهد بود (کورتیس، ۱۳۸۵). بنابراین، روزه‌روز بر میزان توجه به نقش جدایی‌ناپذیر عوامل روانشناختی در شروع، استمرار و تشدید علائم این بیماران افزوده می‌شود (فینکلستین و فینکلستین، ۲۰۰۰). نکته‌ی جالب توجه دیگر، این است که بسیاری از بیماران مزمن، علاوه بر تأثیرپذیری از عوامل روانشناختی، علائم بیماری‌های مختلف روانی به خصوص افسردگی و اضطراب را در کنار بیماری جسمی-شان از خود نشان داده و این هم ابتلایی باعث شده که در روند کنترل و درمان این بیماری‌ها خلل زیادی ایجاد شود. به عنوان مثال می‌توان به اثر منفی اختلالات روانی در کنترل قند خون (کوراکس و همکاران، ۱۹۹۶)، دریافت بیشتر نسخه‌های درمانی بیماران دیابتی افسرده در مقایسه با غیرافسرده‌ها و نیاز بیشتر آنها برای استفاده از مراقبت‌های سرپایی و همچنین افزایش ۴/۵ برابری هزینه‌های مراقبتی آنها (اگد و همکاران، ۲۰۰۲)، تأثیر منفی اختلالات روانی روی پیش‌آگهی بیماران (هوسینی و همکاران، ۲۰۰۴)، و افزایش خطر عوارض و مرگ و میر در بیماران دیابتی در نتیجه‌ی ابتلا به افسردگی (کاتون و همکاران، ۲۰۰۵؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۰۵) اشاره نمود. همه‌ی موارد فوق بیانگر ضرورت توجه هر چه بیشتر به وضعیت روانی به خصوص وضعیت خلقی بیماران دیابتی می‌باشد.

میزان هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم تحمیل شده به بیماران و خانواده‌های آنان و به خصوص سیستم اقتصادی کشور نیز قابل تأمل و سرسام‌آور است. بر اساس گزارش فدراسیون جهانی دیابت، هزینه‌های مهار و درمان دیابت، حدود ۱۰ درصد بودجه‌ی ملی بهداشت جوامع را به خود اختصاص می‌دهد (مفید و همکاران، ۱۳۸۸) و طبق گزارش انجمن دیابت آمریکا در سال ۱۹۹۷، فقط هزینه‌های مستقیم پزشکی وابسته به دیابت ۴۴/۱ میلیارد و هزینه‌های غیرمستقیم حاصل از آن برابر با ۵۴/۱ میلیارد دلار در سال تخمین زده شده است (انجمن دیابت آمریکا، ۱۹۹۸).

بنابراین با انجام این پژوهش، در صورتی که اثربخشی روش‌های مذکور در کاهش علائم روانشناختی تأیید گردد، می‌توان با آموزش به مشاوران و روان‌شناسان و از این طریق فراهم آوردن زمینه برای استفاده‌ی گسترده از این روش‌ها در برخورد با بیماران مزمن، پیش‌آگهی بیماران را بهبود بخشیده، میزان پاسخ‌دهی آنها

به درمان را افزایش داده و از این طریق از میزان هزینه‌های سرسام‌آور مراقبت بهداشتی این قبیل بیماران کاست. و مهم‌تر از همه اینکه ضمن ارتقای کیفیت زندگی بیماران از میزان مرگ و میر آنها نیز می‌توان کاست. همه‌ی موارد مذکور حاکی از ضرورت و اهمیت انجام این پژوهش می‌باشند. با توجه به اینکه بر اساس یافته‌ها، تحقیقی با این عنوان به ویژه در ایران برای اولین بار است که انجام می‌گیرد، اهمیت و ضرورت آن دوچندان می‌شود.

۱-۴. اهداف پژوهش

۱-۴-۱. هدف کلی

هدف اصلی و عمده از اجرای این پژوهش مقایسه‌ی میزان اثربخشی دو روش روان‌درمانی بین فردی گروهی و آموزش مدیریت استرس، در کاهش علائم روانشناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی بود.

۱-۴-۲. اهداف جزئی و اختصاصی

۱- تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس، در کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی

۲- تعیین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس، در کنترل قند خون بیماران دیابتی

۳- تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، در کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی

۴- تعیین میزان اثربخشی روان‌درمانی بین فردی گروهی، در کنترل قند خون بیماران دیابتی

۵- مقایسه‌ی میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، از لحاظ کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی

۶- مقایسه‌ی میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی از لحاظ کنترل قند خون بیماران دیابتی

۱-۵. سوالات پژوهش

سوالات مطرح شده در این پژوهش، عبارت بودند از:

- ۱- نیمرخ روانشناختی بیماران دیابتی چگونه است؟
- ۲- آموزش مدیریت استرس، در کاهش علائم روانشناختی بیماران دیابتی، تا چه اندازه مؤثر است؟
- ۳- آموزش مدیریت استرس، در کنترل قند خون بیماران دیابتی، تا چه اندازه مؤثر است؟
- ۴- آیا روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، در کاهش علائم روانشناختی بیماران دیابتی مؤثر است؟
- ۵- آیا روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، در کنترل قند خون بیماران دیابتی مؤثر است؟
- ۶- آیا بین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، از لحاظ کاهش علائم روانشناختی بیماران دیابتی تفاوت وجود دارد؟
- ۷- آیا بین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی از لحاظ کنترل قند خون بیماران دیابتی تفاوت وجود دارد؟

۱-۶. فرضیه های پژوهش

فرضیه های مطرح شده در این پژوهش، عبارت بودند از:

- ۱- آموزش مدیریت استرس، در کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی مؤثر است.
- ۲- آموزش مدیریت استرس، در کنترل قند خون بیماران دیابتی مؤثر است.
- ۳- روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، در کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی مؤثر است.
- ۴- روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، در کنترل قند خون بیماران دیابتی مؤثر است.
- ۵- بین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، از لحاظ کاهش علائم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی) بیماران دیابتی، تفاوت وجود دارد.
- ۶- بین میزان اثربخشی آموزش مدیریت استرس و روان‌درمانی بین‌فردی گروهی، از لحاظ کنترل قند خون بیماران دیابتی، تفاوت وجود دارد.

۱-۷. متغیرهای پژوهش

- متغیرهای مستقل: مداخلات روان‌درمانی بین‌فردی گروهی و آموزش مدیریت استرس.
- متغیرهای وابسته: علایم روانشناختی (شکایت جسمانی، وسواس - اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی) و شاخص هموگلوبین گلیکوزیله^۱ (HbA1c).
- متغیرهای کنترل: سن، سابقه‌ی ابتلا به بیماری، نوع دیابت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات.

۸-۱. تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

دیابت: دیابت بیماری مربوط به غدد درونریز بدن است که در آن بدن از تولید انسولین ناتوان است (دیابت نوع یک) و یا اینکه قادر به استفاده مناسب از هورمون پانکراتیک نمی‌باشد (دیابت نوع دو) (استروب، ۲۰۰۱). تعریف عملیاتی از واژه‌ی «بیمار دیابتی» در این پژوهش، فردی بود که با تشخیص بیماری مزمن دیابت، اعم از نوع یک و یا نوع دو، ضمن تشکیل پرونده در درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل، جهت دریافت مداخلات درمانی معمول خود، مراجعات مکرر و منظم به آن درمانگاه داشت.

آموزش مدیریت استرس: آموزش مدیریت استرس به مجموعه‌ای از تکنیک‌ها و روش‌هایی اطلاق می‌شود که برای کاهش استرس تجربه شده توسط افراد و یا افزایش توانایی آنها در مقابله با استرس‌های زندگی به کار گرفته می‌شوند (سیوارد^۲، ۲۰۰۴). تعریف عملیاتی از این اصطلاح در این پژوهش، برنامه‌ی آموزشی-درمانی ۱۲ جلسه‌ای ۱/۵ ساعته‌ی مداوم است که هر هفته دو جلسه به مدت ۶ هفته انجام شد.

رواندرمانی بین‌فردی گروهی: رواندرمانی بین‌فردی (IPT)، روشی است که برای کمک به بیماران جهت غلبه‌ی غیرمستقیم بر بیماری‌شان، از طریق حل مسائل جاری مربوط به زندگی بین‌فردی‌شان طراحی شده است. IPT در اصل برای درمان افسردگی ارائه شده ولی امروزه با اقتباس از نسخه‌ی اصلی، برای درمان اختلالات دیگر نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد (مورفی، کوپر، هولون و فایربورن^۳، ۲۰۰۹). تعریف عملیاتی از این اصطلاح نیز در این پژوهش، برنامه‌ی درمانی ۱۲ جلسه‌ای ۱/۵ ساعته مداوم بود که هر هفته دو جلسه به مدت ۶ هفته انجام شد.

علایم روانشناختی: در روانشناسی بالینی، علامت عبارت است از رویدادی که می‌توان آن را حاکی از وجود یا تغییرات در حالات بیمارگونه دانست (پورافکاری، ۱۳۸۵). منظور از علایم روانشناختی در این

¹ Glycosylated Hemoglobin

² Seaward

³ Murphy, Cooper, Hollon & Fairburn

پژوهش، مجموعه علایمی است که از طریق اجرای آزمون SCL-90-R مورد سنجش قرار می‌گیرند. این علایم عبارتند از: شکایت جسمانی، وسواس و اجبار، حساسیت در روابط متقابل، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوییدی، و روانپریشی. هر کدام از علایم فوق سوالات خاص خودش را دارد و نمره‌ی فرد در هر کدام از آنها، بیانگر وضعیت روانی وی در آن بعد می‌باشد.

فصل دوم

مبانی نظری و

پیشینه‌ی پژوهش

۲-۱. مبانی نظری پژوهش

۲-۱-۱. دیابت

۲-۱-۱-۱. مقدمه

دیابت یک گروه ناهمگن از بیماری‌های سوخت و ساز است. مشخصه‌ی این بیماری‌ها، افزایش مزمن قند خون و اختلال در سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است و در نتیجه‌ی وجود نقایصی در ترشح انسولین، عملکرد انسولین یا هر دوی این موارد ایجاد می‌شود. علامت اصلی دیابت، افزایش قند خون (هایپرگلیسمی^۱) است که در طی زمان درجات متغیری دارد. این امر منعکس‌کننده‌ی شدت فرایند آسیب‌زای زمینه‌ای است که ممکن است پیشرفت یا پسرفت داشته و یا ثابت باقی بماند. با این تغییرات، تأثیر درمان نیز تغییر می‌کند اما این حالت مبین تغییر در ذات و ماهیت فرایند بیماری نیست. انسولین هورمون تولیدی سلول‌های بتا^۲ جزایر پانکراس است که برای سلول‌های بدن به منظور سوخت و ساز گلوکز خون ضروری است (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۶).

افزایش مزمن قند خون، یا در حالت ناشتا و یا بعد از خوردن غذا، مسئول عمده‌ی عوارض حاد، کوتاه مدت و طولانی‌مدت بیماری دیابت است که می‌تواند تمام دستگاهها و اعضای بدن را تحت تأثیر قرار دهد (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۱۹۹۹).

۲-۱-۱-۲. تعریف دیابت

«دیابت» واژه‌ای است با ریشه‌ی یونانی، مرکب از دو کلمه‌ی «dia» به معنی «میان» و «خلال»، و «betes» (از ریشه‌ی «bainein» به معنای «عبور»). اصطلاح «دیابت»، در کل به معنای «چشمه» است. این اصطلاح در پزشکی برای مجموعه‌ای از بیماری‌ها به کار می‌رود که وجه مشترک همه‌ی آنها، پرادراری بیمار است. این بیماری‌ها عبارتند از:

۱- دیابت ملیتوس^۴ یا مرض قند: پرادراری بیمار در این نوع از دیابت ناشی از افزایش سطح قند خون و دفع آن از طریق ادرار است. در عرف، کلمه‌ی دیابت معمولاً به این نوع از دیابت اطلاق می‌شود که از دید

¹ Hyperglycemia

² Beta Cells

³ World Health Organization (WHO)

⁴ Diabetes Mellitus

پزشکی یک غلط مصطلح محسوب می‌شود. این نوع از دیابت، به صورت بیماری مزمنی تعریف می‌شود که در اثر کمبود و یا کاهش اثر انسولین در بدن ایجاد می‌شود. بر همین اساس، دیابت به انواع یک و دو تقسیم می‌شود. به گفته‌ی متخصصان این رشته، دیابت ملیتوس نوع یک، نوعی بیماری خودایمنی است که به علت تخریب پیشرونده‌ی سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس ایجاد می‌شود. این بیماری بیشتر در میان کودکان، نوجوانان و افراد زیر ۳۰ سال مشاهده شده و به ندرت افراد بالای ۳۰ سال به آن مبتلا می‌شوند. در این نوع دیابت، بدن افراد مبتلا، انسولین کافی ترشح یا تولید نمی‌کند و در نتیجه، فرد دیابتی از همان ابتدای شروع بیماری نیاز به تزریق انسولین دارد. بیماری دیابت نوع دو، بیشتر افراد بالای ۳۰ سال را مبتلا می‌سازد. پزشکان علت اصلی ابتلا به آن را کم‌حرکی و تغذیه‌ی نادرست می‌دانند. از این رو، این نوع دیابت در آغاز با فعالیت جسمی و تغذیه‌ی صحیح، کنترل شده و در صورت کنترل نشدن از داروهای خوراکی پایین آورنده‌ی قند خون استفاده می‌شود.

۲-دیابت بی‌مزه^۱: افراد مبتلا به این نوع دیابت، به دلیل وجود اختلال در کلیه‌ها یا غده‌ی هیپوفیز، دفع ادرار بیش از اندازه از خود نشان می‌دهند.

۳-دیابت دارویی: این بیماری در نتیجه‌ی مصرف داروهای ادرارآور مانند تیازیدها ایجاد می‌شود.

۴-دیابت فسفره: این دیابت اصطلاحی است که متخصصین ارتوپدی برای وضعیتی به کار می‌برند که فرد در اثر اختلالات متابولیک، مقدار زیادی فسفر از ادرار دفع می‌کند و میزان مواد معدنی استخوانها نیز کاهش می‌یابد.

بنابراین دیابت ملیتوس شامل گروهی از اختلالات متابولیک شایع است که وجه مشترک آنها افزایش قند خون می‌باشد. علاوه بر این، اختلالات دیگری نیز ممکن است در سوخت و ساز چربی و پروتئین بروز کند.

۳-۱-۱-۲. تاریخچه‌ی بیماری دیابت

دیابت، در روزگار باستان نیز شناخته شده بود. برخی از پزشکان دوران باستان، نشانه‌های آن را به خوبی توصیف کرده و راه‌هایی برای درمان آن پیشنهاد کرده بودند. اولین سند به دست آمده درباره‌ی دیابت، پاپیروسی مربوط به ۱۵۵۲ سال پیش از میلاد است که در سال ۱۸۶۲ میلادی، در شهر باستانی تبس در مصر به دست آمده است. در این پاپیروس، پزشکی مصری به شرح بیماری مرموزی پرداخته است که بیماران مبتلا به آن، زیاد آب می‌نوشیدند و بیش از حد ادرار می‌کردند و آب بدنشان کم می‌شد و زودتر از بقیه‌ی مردم

¹ Incipides Diabetes

می‌مردند. پزشکی یونانی به نام اریتوس^۱ (۳۰ تا ۹۰ پس از میلاد)، علاوه بر پرادراری، به نشانه‌های دیگری از این بیماری، مانند تشنگی همیشگی و کاهش وزن اشاره کرده و نام «دیابت» را که به معنای «گذر کردن» یا «جریان پیدا کردن» است، برای این بیماری انتخاب کرده است. وی دیابت را پیامد آب شدن گوشت دست و پا و وارد شدن آن به ادرار می‌دانست. جالینوس (۲۰۱-۱۳۱ میلادی)، پزشک سرشناس ارتش روم، بر این باور بود که این بیماری رازآلود از نارسایی کلیه‌ها پدید می‌آید. تا نزدیک به دو هزار سال، همه‌ی پزشکان چنین نظری را درست قلمداد می‌کردند (مفید، سیدعلی نقی، زندیه و مفید، ۱۳۸۸).

دو نفر از پزشکان بسیار حاذق و مشهور هندی در قرن پنجم میلادی، با چشیدن ادرار بیماران، به شیرین بودن آن پی بردند. مشهور است که آنها برای تشخیص بیماران به دستشویی‌ها توجه می‌کردند و اگر مورچه‌ها در آنجا جمع می‌شدند، می‌فهمیدند که بیماری که در آن خانه زندگی می‌کند، مبتلا به دیابت است. آنها برای اولین بار تشخیص دادند که بیماران دیابتی دو دسته‌اند؛ دسته‌ای از آنها چاق بوده و دسته‌ای لاغرند. همچنین دریافتند که کودکان مبتلا به دیابت عموماً لاغر هستند.

در قانون ابن سینا نیز به شیرین بودن ادرار بیماران دیابتی اشاره شده است. ابن سینا اولین پزشکی بود که به دو عارضه‌ی بسیار مشهور بیماری دیابت، یعنی ناتوانی جنسی و گانگرن یا قانقاریا اشاره کرده و استفاده از گیاهان مختلف را به عنوان عوامل مؤثر در کاهش شدت بیماری را پیشنهاد نموده است. نوشته‌های ابن سینا تا صدها سال بدون تغییر در دانشکده‌های پزشکی مغرب زمین تدریس می‌شد.

در قرن شانزدهم، پزشکی سوئسی به نام فون‌هوهنهایم^۲، پس از جوشاندن ادرار بیماران دیابتی متوجه ذرات سفیدی شده که به احتمال زیاد، مواد قندی بوده ولی او آنها را نمک پنداشته و چنین استدلال کرده که پرنوشی و پرادراری بیماران دیابتی، ناشی از تجمع نمک در کلیه‌هاست. صد سال بعد در قرن هفدهم، پزشکی انگلیسی به نام توماس ولس^۳، دوباره ادرار دیابتی‌ها را جوشانده و این بار شیرینی ماده‌ی سفید حاصله را تأیید کرده و این حقیقت هزار ساله را که ادرار بیماران دیابتی شیرین است، مجدداً اثبات نموده است. در همین قرن، پزشکی به نام توماس سیدنهایم، برای اولین بار به این حقیقت اشاره کرده که دیابت یک بیماری عمومی در تمام اعضای بدن است (مفید و همکاران، ۱۳۸۸).

¹ Areatus

² Von Hohenheim

³ Thomas Willis

در قرن هیجدهم، پزشک و فیلسوف انگلیسی به نام متیوداپسون^۱، برای اولین بار شرح داده که علاوه بر ادرار، سرم بیماران دیابتی نیز شیرین است. در همین زمان، جان رالو^۲، واژه‌ی «ملیتوس» را که در زبان یونانی به معنی «عسل» است، به عنوان «دیابت» اضافه کرده است.

آسیب‌شناسی دقیق دیابت تا قرن نوزدهم به درستی روشن نبوده است. تا اینکه در سال ۱۸۷۵، فیزیولوژیستی مشهور به نام کلودبرنارد، گلیکوژن را به عنوان فرآورده‌ی سوخت و ساز گلوکز در کبد معرفی کرده و به این مفهوم اشاره کرده که اختلال در سوخت و ساز گلوکز، باعث بروز بیماری دیابت می‌شود. در سال ۱۸۶۹، دانشمندی آلمانی به نام پائول لانگرهانس^۳، جزایر لانگرهانس را کشف نموده و پژوهشگران دیگر، ناهنجاری جزایر لانگرهانس را در کالبدشکافی بیماران دیابتی فوت شده مشاهده کرده‌اند. سپس در سال ۱۸۸۹، دو پژوهشگر فرانسوی، به نام‌های مینکووسکی^۴ و ون‌مریگ^۵، نشان داده‌اند که اگر لوزالمعده‌ی سگی را از بدنش بیرون آورند، نشانه‌های دیابت پدیدار شده و سگ به زودی می‌میرد.

از ابتدای قرن بیستم، این نظر مطرح شده که بیماران دیابتی دچار کمبود ماده‌ای هستند که لوزالمعده‌ی سالم، می‌تواند آن را بسازد. ماده‌ی ترشح شده از سلول‌های بتای موجود در جزایر لانگرهانس، انسولین^۶ خوانده شده که از واژه‌ی لاتین «اینسولا» به معنای «جزیره»، گرفته شده است. در سال ۱۹۰۸، دانشمندی آلمانی به نام گیورگ زولزر، برای نخستین بار نشان داده که با تزریق عصاره‌ای از لوزالمعده، می‌توان ورود گلوکز به ادرار را کاهش داد. سپس در سال ۱۹۲۰، فردریک بنتینگ^۷ و دستیارش چارلز بست^۸، آزمایش‌های خود را برای یافتن ماده‌ای در عصاره‌ی لوزالمعده که قند ادرار را در سگ مبتلا به دیابت کاهش می‌دهد، آغاز کرده‌اند. آنها از شیمیدانی به نام جیمز کلیپ برای خالص نمودن عصاره‌ی لوزالمعده و استخراج انسولین خالص کمک گرفتند و بالاخره توانستند در سال ۱۹۲۱، پروتئین انسولین را از لوزالمعده به دست آورده و با تزریق آن به فردی چهارده ساله به نام لئونارد هانس^۹ (که در حال مرگ بود) در تورنتوی کانادا، تأثیر این پروتئین را در کاهش قند ادرار و بهبود بیماران دیابتی نشان دهند. هانس بهبود یافت و سال‌ها زندگی کرد.

تا آن زمان، بیماران دیابتی بخصوص بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، خیلی زود در نتیجه‌ی عوارض بیماری می‌مردند. این کشف، انقلابی بزرگ در درمان دیابت به شمار می‌رفت. بنتینگ و جان مک لوید، به

¹ Mathius Dapson

² John Rallo

³ Paul Langerhans

⁴ Minkovskie

⁵ Von Merig

⁶ Insulin

⁷ Fredrik Banting

⁸ Charls Best

⁹ Hans

پاس کشف بزرگ و تاریخی‌شان مفتخر به دریافت جایزه‌ی نوبل پزشکی در سال ۱۹۲۳ شدند و جایزه‌ی خود را با چارلز بست و جیمز کلیپ تقسیم کردند.

در سال ۱۹۳۰، دانشمندی آرژانتینی متوجه شده که مصرف بعضی از قرص‌های سولفامید، باعث کاهش قند خون می‌شود. این کشف بزرگ، مورد توجه واقع نشده تا اینکه در اوج جنگ جهانی دوم، یک پزشک نظامی فرانسوی به نام لوباتیه^۱، هنگام درمان بیماران مجروح جنگی با آنتی بیوتیک سولفامید، متوجه شده که قند خون آنها کاهش می‌یابد و این موضوع، سرآغاز مصرف گروهی از داروهای کاهنده‌ی قند خون بوده که هنوز هم در بازار دارویی وجود دارند. بعدها، انواع جدیدی از این داروها، که تحت عنوان گروه سولفونیل اوره‌ای^۲ معروفند، عرضه شده است.

در دهه‌ی ۱۹۵۰، دانشمندان آمریکایی دسته‌ی دیگری از داروهای خوراکی را که نوع جدید آن به گلوکوفاز یا متفورمین مشهور است، کشف کردند. این داروهای خوراکی در درمان دیابت نوع دو کاربرد دارند. در اواخر دهه‌ی ۱۹۶۰، یک پزشک ایرانی به نام دکتر شموئیل رهبر، هموگلوبین قنددار شده یا گلیکوزیله^۳ را که به هموگلوبین A1c مشهور است، کشف نموده که با اندازه‌گیری آن میانگین قند خون سه ماهه‌ی بیماران دیابتی تعیین می‌گردد. کشف این هموگلوبین، نیز انقلاب بزرگی در پیگیری نحوه‌ی کنترل قند و درمان بیماران دیابتی به وجود آورد. با پیشرفت تکنولوژی، به جای انسولین حیوانی (مانند انواع گاوی، خوک و اسبی) که به مقدار کم تولید می‌شد و ممکن بود در انسان آلرژی ایجاد کند، انسولین نوترکیب انسانی، از طریق ژن سازنده‌ی انسولین به باکتری‌ها به دست آمد (مفید و همکاران، ۱۳۸۸).

۴-۱-۱-۲. انواع دیابت

مکانیسم تقسیم‌بندی دیابت ملیتوس، بر اساس فرایندهایی است که دیابت از طریق آن، باعث افزایش قند خون در بیماران مبتلا می‌شود. سازمان جهانی بهداشت، چهار نوع دیابت را مشخص کرده است: دیابت نوع یک، دیابت نوع دو، دیابت نوع حاملگی و دیابت ثانویه بر دیگر حالات (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۹).

۱- دیابت نوع یک: دیابت نوع یک، قبلاً «دیابت جوانی»^۴ یا «دیابت وابسته به انسولین»^۵ نامیده می‌شده ولی این اصطلاحات در حال حاضر، خیلی رایج نیستند. اصطلاح دیابت جوانی، به این دلیل برچیده شده که این نوع دیابت، تقریباً در هر سنی (کودکی، نوجوانی و بزرگسالی)، دیده می‌شود. استفاده از اصطلاح دیابت

^۱ Loubatier

^۲ Solfanil Urea

^۳ Glycosylated Hemoglobin

^۴ Juvenile Diabetes

^۵ Insulin-Dependent Diabetes

وابسته به انسولین نیز به این دلیل کم‌رنگ شده که فقط افراد مبتلا به این نوع دیابت، نیازمند تزریق انسولین نیستند بلکه افراد مبتلا به دیابت نوع دو نیز، در صورت پیشرفت بیماری، نیازمند انسولین هستند و از این جهت، این نوع دیابت نیز به نحوی وابسته به انسولین تلقی می‌شود.

این نوع از دیابت، به دو زیرگروه تقسیم می‌شود که عبارتند از: الف) نوع A: این نوع از دیابت نوع یک، که اکثریت بیماران دیابتی نوع یک را شامل می‌شود، در اثر تخریب خودایمنی سلول‌های بتا ایجاد شده و منجر به کمبود انسولین می‌شود. ب) نوع B: این دسته از بیماران دیابتی، فاقد نشانگرهای ایمنی هستند که بر تخریب خودایمنی سلول‌های بتا دلالت دارند. این بیماران، از طریق مکانیسم‌های ناشناخته‌ای دچار کمبود انسولین می‌شوند و مستعد ابتلا به کتواسیدوز دیابتی هستند. درصد نسبتاً کمی از بیماران دیابتی نوع یک، در این گروه قرار می‌گیرند.

در هر حال، دیابت نوع یک، با سطوح پایین یا فقدان انسولین درونی همراه است. بنابراین، تزریق انسولین به طور روزانه برای این دسته از بیماران، جهت حفظ بقا، ضروری است.

۲- دیابت نوع دو: دیابت نوع دو، شامل گروه ناهمگونی از اختلالات است که با درجات متفاوتی از مقاومت به انسولین، اختلال در ترشح انسولین و افزایش تولید گلوکز همراه هستند. قبل از بروز دیابت نوع دو، دوره-ای از تنظیم غیرطبیعی قند خون وجود دارد که طی آن گلوکز خون افزایش می‌یابد ولی این افزایش در حد ایجاد بیماری نیست. اگر این افزایش گلوکز در حالت ناشتا رخ دهد، به آن، اختلال گلوکز ناشتا (IFG) می‌گویند و اگر اختلال در گلوکز خون، به دنبال صرف غذا رخ دهد، تحت عنوان اختلال تحمل گلوکز^۱ (IGT) نامیده می‌شود.

دیابت نوع دو، شایع‌ترین نوع دیابت است، به طوری که ۸۵ تا ۹۵ درصد موارد مبتلا به دیابت در کشورهای توسعه یافته و به میزان بالاتری در کشورهای در حال توسعه دارای این نوع دیابت هستند (اتحادیه بین‌المللی دیابت^۲، ۲۰۰۵). دیابت نوع دو، با بی‌کفایتی انسولین یا مقاومت انسولین همراه است و در آن اگرچه بیمار، نیازمند تزریق انسولین برای بقا نیست، ولی تزریق انسولین ممکن است برای کنترل گلوکز بالای خون به کار رود. دیابت نوع دو، قبلاً «دیابت با شروع در دوره‌ی بزرگسالی»^۳، نامیده می‌شده است.

¹ Impaired Glucose Tolerance

² International Diabetes Federation

³ Adult-Onset Diabetes

نکته‌ی قابل توجه این است که برخی افراد، دیابت نوع دو را دیابت خفیف می‌نامند در حالی که دیابت خفیف وجود ندارد. تمام افراد مبتلا به انواع دیابت در صورتی که به طور دقیق درمان نشوند و همواره قند خون آنها بالا باشد، دچار عوارض مخرب دیابت خواهند شد.

به طور کلی، اگرچه دیابت نوع یک و دیابت نوع دو، در سبب شناسی، سن شروع و درمان متفاوت هستند، ولی در صورت پیشرفت، هر دو به عوارض حاد و مزمن نسبتاً مشابهی منجر می‌شوند. چاقی، سن بالا، سابقه‌ی خانوادگی دیابت و بی‌تحرکی بدنی جزء عوامل خطر ساز دیابت نوع دو هستند (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها^۱، ۲۰۰۵). بر خلاف دیابت نوع یک، که شروعش به طور معمول، در کودکی یا نوجوانی اتفاق می‌افتد، شروع دیابت نوع دو، معمولاً در افراد بالاتر از ۴۰ سال است (هاریس^۲، ۱۹۹۵). در سال‌های اخیر، افزایش چشمگیری در تعداد نوجوانان مبتلا به دیابت نوع دو مشاهده شده است و فرض می‌شود که افزایش چاقی دوران کودکی، عامل اصلی این پدیده است (پورتر^۳ و بارت^۴، ۲۰۰۷).

۳-دیابت حاملگی: دیابت حاملگی (GPA)، به حالتی گفته می‌شود که در آن فرد مبتلا به دلیل برخی تغییرات متابولیکی ناشی از حاملگی، عدم تحمل گلوکز پیدا کند. اگرچه این حالت، معمولاً بعد از زایمان به حالت طبیعی باز می‌گردد (مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، ۲۰۰۵) ولی احتمال ابتلا به دیابت در سال‌های بعد را به میزان ۳۰ تا ۶۰ درصد افزایش می‌دهد. این حالت در ۲ تا ۵ درصد کل حاملگی‌ها رخ می‌دهد اما احتمال دارد در بعضی از جوامع، تا ۱۴ درصد جمعیت به آن مبتلا شوند که این میزان برای بیماران دیابتی در دوران حاملگی، تقریباً ۹۰ درصد گزارش شده است.

عدم تشخیص و درمان این اختلال ممکن است پیامدهای سخت و ناگواری برای مادر و جنین داشته باشد. سرند کردن برای دیابت حاملگی، معمولاً در زنان بالای ۲۵ سال، بین هفته‌های ۲۴ تا ۲۸ حاملگی انجام می‌گیرد. همچنین، در مورد زنان جوانتری که به دلیل عوامل مختلف مانند چاقی، داشتن سابقه‌ی دیابت حاملگی، وجود دیابت در بستگان درجه یک و گلیکوزاوریا، در معرض خطر بالای ابتلا هستند، بایستی در معاینه‌ی اولیه‌ی مامایی و ویزیت پیش از زایمان، مورد آزمایش قرار گیرند.

۴-دیابت ثانویه یا سایر انواع دیابت: بیشتر بیماران دیابتی به دیابت نوع یک و دو مبتلا هستند و مبتلایان به سایر انواع دیابت‌ها، نادر هستند. همچنین، میزان شیوع دیابت نوع دو به مراتب بیشتر از دیابت نوع یک است. سایر انواع دیابت‌ها بسته به علل آنها، به چند دسته تقسیم می‌شوند که عبارتند از:

¹ Centers for Disease Control and Prevention(CDC)

² Harris

³ Porter

⁴ Barret

الف) دیابت ناشی از نقایص ژنتیکی عملکرد سلول‌های بنای لوزالمعده: شامل دیابت جوانان با شروع در دوران بلوغ که الگوی وراثت غالب داشته و با شروع زودرس اختلال ترشح انسولین و ایجاد قند خون بالا همراه است. اختلال ارثی ژنتیکی در مواد میتوکندری‌ها و نقص در تبدیل پیش‌نیاز انسولین به انسولین، از دیگر علل نادر ایجاد دیابت در اثر نقایص ژنتیکی هستند.

ب) نقایص ژنتیکی عملکرد انسولین

ج) بیماری‌های بخش برون‌ریز لوزالمعده: بیماری‌هایی مانند التهاب لوزالمعده (پانکراتیک)، برداشتن لوزالمعده (پانکراتکتومی)، سرطان لوزالمعده، بیماری فیروز کیستیک، بیماری هموکروماتوز و سفت شدن بافت لوزالمعده (فیروز پانکراس)، می‌توانند باعث بروز دیابت گردند.

د) اختلالات غدد درون‌ریز: اختلالاتی مانند آکرومگالی، نشانگان کوشینگ، گلوکاغونوم، فئوکروموسیتوم، پرکاری تیروئید، سوماتواستاتینوم و آلدوسترونوم، می‌توانند منجر به ایجاد دیابت گردند.

ه) داروها و مواد شیمیایی: داروهایی مانند واکور، پتامیدین، اسید نیکوتینیک، کورتیکواستروئیدها، دیازوکساید، آگونیست‌های بتا‌آدرنرژیک، تیازیدها، فنی‌توئین، اینترفرون آلفا، مهارکننده‌های پروتئاز، کلوزاپین و مسدودکننده‌های بتا، از دیگر عوامل ایجاد دیابت هستند. در این نوع دیابت، مکانیسم ایجاد بیماری به نوع ماده بستگی دارد.

و) عفونت‌ها: عفونت‌هایی مانند سرخچه‌ی مادرزادی، سایتومگالوویروس و کوکساکسی، از علل شایع بروز علائم دیابت هستند.

ز) سایر نشانگان‌های ژنتیکی که گاهی با دیابت همراه هستند مانند نشانگان داون، نشانگان کلاین فلتز، نشانگان ترنر و غیره.

۵-۱-۱-۲. علائم و نشانه‌های دیابت

اغلب بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، علامت‌دار هستند ولی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ممکن است تا سال‌ها پس از شروع بیماری و ایجاد عوارض، علامتی مشاهده نشود. علائم دیابت می‌تواند ناشی از افزایش سطح گلوکز خون و ورود گلوکز به ادرار و یا ناشی از عوارض مختلف دیابت مانند اختلالات بینایی و نوروپاتی باشد.

برخی از نشانه‌های اصلی دیابت عبارتند از: تشنگی (خشکی دهان)، پرنوشی، خستگی، خارش متمادی مجرای تناسلی زنان، التهاب آلت تناسلی مردان، پرادرازی، کاهش وزن، پرخوری، تاری دید، زخم پا، و افزایش حساسیت به عفونت‌ها.