



دانشگاه پیام نور تهران
مرکز تحصیلات تکمیلی

رساله

برای دریافت مدرک دکتری تخصصی (Ph.D)
رشته روان شناسی سلامت

اثر بخشی مداخلات روانشناختی بر شاخصهای سلامت جسمی و
روانی بیماران دیابتی نوع ۲

خدیجه اعراب شبانی

استادان راهنما:

دکتر احمد علی پور

دکتر حمید پور شریفی

استادان مشاور:

دکتر حسین زارع

دکتر محمد افخمی اردکانی

بهار ۱۳۹۲

تقدیم به :

دو گوهر درخشان زندگی ام

مهربانانی که برای سخاوت بی دریغشان هرگز پاسخی نیافتم

دخترم و همسرم

تشر و قدردانی

حمد و ثنا کردگار توانا را که مرا یاری نمود تا این پژوهش را به اتمام برسانم امید دارم کمک او شامل حالم شود

تا این پژوهش زمینه سازمرحله‌ی جدیدی از علم در زندگی ام باشد. بر خود واجب می دانم که از کلیه سرورانی

که در این پژوهش مرا یاری نمودند تشکر و قدردانی نمایم. به ویژه

- اساتید محترم راهنما؛ جناب آقای دکتر علی پور و جناب آقای دکتر پورشریفی

- اساتید محترم مشاور؛ جناب آقای دکتر زارع و جناب آقای دکتر افخمی اردکانی

- بیماران محترم دیابتی مرکز تحقیقات دیابت یزد که با وجود مشکلات اما به سبب تعهد اخلاقی شرکت در

کلاس ها را تحت هر شرایطی بر خود واجب می دانستند.

- پرسنل محترم مرکز تحقیقات دیابت یزد بویژه، واحد محترم پرستاری، آزمایشگاه و نیز پذیرش محترم.

چکیده

به منظور بررسی اثر بخشی مداخلات روان شناختی بر شاخص‌های سلامت جسمی و روانی در بیماران دیابتی، در سال ۱۳۹۰ از مرکز تحقیقات دیابت یزد، ۸۰ نفر بیمار زن مبتلا به دیابت نوع ۲ انتخاب شدند. میانگین سنی پاسخگویان ۴۳/۹۱ و انحراف معیار ۲/۹۶ بود، حداقل مدت ابتلاء به دیابت نیز شش ماه و تحصیلات نیز در سطح متوسطه بود. ابتدا شرکت‌کنندگان پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند و سپس آزمایش خون جهت انجام آزمایش‌های هموگلوبین گلیکوزیله و کورتیزول سرم، از آنها گرفته شد. سپس شرکت‌کنندگان به طور تصادفی به پنج گروه تقسیم شدند؛ ۴ گروه مداخله شامل؛ مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی، مداخله‌ی گروهی افزایش انگیزه، مداخله‌ی گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، مداخله‌ی گروهی رفتاری شناختی و یک گروه کنترل. پس از اتمام مداخلات (پس آزمون) و یک ماه بعد (پی‌گیری) پرسشنامه‌ها تکمیل شد و صرفاً در مرحله‌ی پس آزمون آزمایش خون گرفته شد. در این پژوهش شاخص‌های روانی در قالب پرسشنامه‌های خودکارآمدی، بهزیستی روانی، تیپ شخصیتی D، کیفیت زندگی ویژه‌ی افراد دیابتی، رفتار مراقبت از خود، مشکلات مرتبط با دیابت، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت و شاخص‌های بهزیستی جسمانی از طریق فشار خون و آزمایش خون (کورتیزول و هموگلوبین گلیکوزیله) سنجیده شد.

داده‌های تحقیق با استفاده از روش آماری مانوا و آزمون‌های تعقیبی مناسب تجزیه و تحلیل شد. جهت بررسی توزیع متغیرها نیز از آزمون کلموگورف-اسمیرنوف استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد که به ترتیب مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی، شناختی رفتاری، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و افزایش انگیزه تأثیر بیشتری در بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی و نگرانی‌های ناشی از دیابت داشته‌اند. در بهبود شاخص بهزیستی روانی مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، شناختی رفتاری و افزایش انگیزه به ترتیب تأثیر بیشتری داشته‌اند. مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، شناختی رفتاری و افزایش انگیزه تأثیر بیشتری در بهبود شاخص قند خون داشته‌اند، در بهبود شاخص کورتیزول مداخله‌ی شناختی رفتاری، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، گروهی روانی اجتماعی و افزایش انگیزه تأثیر بیشتری داشته‌اند و نیز مداخله‌ی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی، شناختی رفتاری، گروهی روانی اجتماعی و افزایش انگیزه تأثیر بیشتری در بهبود شاخص فشار خون داشته‌اند.

بر اساس نتایج پژوهش به نظر می رسد که مداخلات روان شناختی با گذشت زمان باعث بهبودی شاخص های روان شناختی و نیز افزایش رفتار مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت می شود. توصیه می شود جهت افزایش رفتار مراقبت از خود و نیز بهزیستی روانی در بیماران دیابتی، آموزش ها و مداخله های گروهی روان شناختی در دستور کار درمان این بیماران قرار گیرد.

کلمات کلیدی: دیابت نوع دو، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، بهزیستی روانی، کورتیزول، فشارخون، هموگلوبین گلیکوزیله

فهرست مطالب

فهرست جداول/س

فهرست نمودارها/ظ

فصل اول: کلیات تحقیق

- ۱-۱- بیان مساله ۲/
- ۲-۱- ضرورت و اهمیت پژوهش/۵
- ۳-۱- هدف های پژوهش/۸
- ۴-۱- فرضیه های پژوهش/۹
- ۵-۱- معرفی متغیرهای پژوهش و تعاریف عملیاتی آنها/ ۱۰
- ۱-۵-۱- آموزش گروهی شناختی-رفتاری/ ۱۰
- ۲-۵-۱- آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی/ ۱۱
- ۳-۵-۱- مداخله ی گروهی افزایش انگیزه/ ۱۱
- ۴-۵-۱- مداخله ی گروهی روانی اجتماعی/ ۱۲
- ۵-۵-۱- هموگلوبین گلیکوزیله/ ۱۲
- ۶-۵-۱- کورتیزول/ ۱۴
- ۷-۵-۱- فشارخون
- ۸-۵-۱- بهزیستی/ ۱۵
- ۹-۵-۱- کیفیت زندگی / ۱۵
- ۱۰-۵-۱- تیپ شخصیتی D / ۱۶
- ۱۱-۵-۱- خودکارآمدی / ۱۶
- ۱۲-۵-۱- رفتار مراقبت از خود/ ۱۶
- ۱۳-۵-۱- استرس / ۱۶
- ۱۴-۵-۱- مشکلات مرتبط با دیابت / ۱۷
- ۱۵-۵-۱- کانون کنترل سلامت / ۱۷

فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

- ۱-۲- مداخلات روان شناختی گروهی مربوط به دیابت / ۱۹
- ۱-۱-۲- ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی / ۲۰

- ۲-۱-۱-۱-۲- تعریف ذهن‌آگاهی / ۲۰
- ۲-۱-۱-۲- تاریخچه‌ی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی / ۲۲
- ۲-۱-۱-۳- نسخه‌های گوناگون درمان ذهن‌آگاهی / ۲۳
- ۲-۱-۱-۴- مکانیسم عمل ذهن‌آگاهی / ۲۵
- ۲-۱-۱-۵- اثر بخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی / ۲۶
- ۲-۱-۲- درمان گروهی شناختی رفتاری / ۲۷
- ۲-۱-۲-۱- تعریف درمان شناختی رفتاری / ۲۷
- ۲-۱-۲-۲- اصول و مولفه‌های درمان شناختی رفتاری / ۲۸
- ۲-۱-۲-۳- هدف درمانگری شناختی رفتاری / ۲۹
- ۲-۱-۲-۴- کاربردهای درمان شناختی رفتاری / ۳۰
- ۲-۱-۲-۵- اثر بخشی درمان گروهی شناختی رفتاری در بیماران دیابتی / ۳۱
- ۲-۱-۳- مصاحبه‌ی انگیزشی / ۳۲
- ۲-۱-۳-۱- تعریف مصاحبه‌ی انگیزشی / ۳۲
- ۲-۱-۳-۲- اصول و فنون مصاحبه‌ی انگیزشی / ۳۲
- ۲-۱-۳-۳- شواهد تجربی از کاربرد مصاحبه‌ی انگیزشی در بیماران دیابتی / ۳۵
- ۲-۱-۳-۴- درمان افزایش انگیزه (MET) / ۳۶
- ۲-۱-۴- مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی / ۳۷
- ۲-۱-۴-۱- پیشینه‌ی مداخلات گروهی روانی اجتماعی / ۳۷
- ۲-۱-۴-۲- اثربخشی مداخلات روانی اجتماعی / ۳۹
- ۲-۱-۴-۳- مداخلات روانی اجتماعی گروهی در بیماران دیابتی / ۴۰
- ۲-۲- دیابت / ۴۲
- ۲-۲-۱- مقدمه / ۴۳
- ۲-۲-۲- تعریف دیابت / ۴۳
- ۲-۲-۳- انواع دیابت / ۴۴

- ۴۴/۱-۲-۳-۱- دیابت نوع ۱/۴۴
- ۴۴/۲-۲-۳-۲- دیابت نوع ۲/۴۴
- ۴۵-۲-۳-۴- دیابت حاملگی/۴۵
- ۴۵/۲-۳-۵- دیابت همراه با بیماری های دیگر/۴۵
- ۴۵/۲-۳-۶- پری دیابت/۴۵
- ۴۶/۲-۲-۴- همه گیر شناسی دیابت/۴۶
- ۴۷/۲-۲-۵- سبب شناسی دیابت/۴۷
- ۴۷-۲-۲-۶- عوارض دیابت/۴۷
- ۴۷-۲-۲-۱- عوارض زودرس/۴۷
- ۴۹/۲-۲-۶- عوارض دیررس دیابت/۴۹
- ۵۲/۲-۲-۷- عوامل خطر در دیابت نوع دو و مراقبت از خود/۵۲
- ۵۲/۲-۲-۱- چاقی و دیابت/۵۲
- ۵۳/۲-۲-۷- فعالیت بدنی و دیابت/۵۳
- ۵۴/۲-۲-۷- تغذیه و دیابت/۵۴
- ۵۵/۲-۲-۷- فشارخون و دیابت/۵۵
- ۵۶/۲-۲-۷- استرس و دیابت/۵۶
- ۵۷/۲-۲-۸- همبسته های روانی دیابت/۵۷
- ۵۷/D-۲-۲-۱- تیپ شخصیتی/۵۷
- ۵۹/۲-۲-۸- خودکارآمدی/۵۹
- ۶۱/۲-۲-۸- حمایت اجتماعی ادراک شده/۶۱
- ۶۳/۲-۲-۸- کانون کنترل سلامت/۶۳

فصل سوم: روش تحقیق

- ۷۰/۱-۳- نوع و طرح پژوهش/۷۰
- ۷۰/۲-۳- شرکت کنندگان/۷۰
- ۷۰/۱-۲-۳- جامعه آماری/۷۰
- ۷۰/۲-۲-۳- نمونه و نحوه انتخاب آن/۷۰

- ۳-۳- شیوه ی اجرا / ۷۲
- ۳-۴- روش تجزیه و تحلیل داده ها / ۷۶
- ۳-۵- ابزارهای اندازه گیری / ۷۶
- ۳-۵-۱- پرسشنامه ی بهزیستی روانی / ۷۷
- ۳-۵-۲- پرسشنامه ی خود کارآمدی عمومی / ۷۸
- ۳-۵-۳- پرسشنامه ی تیپ شخصیتی / ۷۸/D
- ۳-۵-۴- پرسشنامه ی کیفیت زندگی ویژه ی افراد دیابتی / ۷۹
- ۳-۵-۵- پرسشنامه ی رفتار مراقبت از خود / ۷۹
- ۳-۵-۶- پرسشنامه ی مشکلات مرتبط با دیابت / ۸۰
- ۳-۵-۷- پرسشنامه ی افسردگی، اضطراب و استرس / ۸۱
- ۳-۵-۸- مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت / ۸۲

فصل چهارم: یافته های تحقیق

- ۴-۱- مقدمه / ۸۴
- ۴-۲- توصیف آماری متغیرها و شاخص های پژوهش / ۸۵
- ۴-۲-۱- آماره های توصیفی شاخص های سلامت روانی / ۸۵
- ۴-۲-۱-۱- کیفیت زندگی / ۸۵
- ۴-۲-۱-۲- بهزیستی / ۸۶
- ۴-۲-۱-۳- خودکارآمدی / ۸۷
- ۴-۲-۱-۴- نگرانی های ناشی از دیابت / ۸۹
- ۴-۲-۱-۵- استرس / ۹۰
- ۴-۲-۲- آماره های توصیفی شاخص های سلامت جسمی / ۹۱
- ۴-۲-۲-۱- قندخون / ۹۱
- ۴-۲-۲-۲- کورتیزول / ۹۲
- ۴-۲-۲-۳- فشار خون / ۹۴
- ۴-۲-۳- آماره های توصیفی شاخص های کانون کنترل سلامت / ۹۵
- ۴-۲-۳-۱- درونی / ۹۵
- ۴-۲-۳-۲- منبع قدرت / ۹۶

۹۷/ شانس ۳-۳-۲-۴

۹۸/ آماره‌های توصیفی سایر متغیرها ۴-۲-۴

۹۸/ سن ۱-۴-۲-۴

۹۹/ میزان مراقبت از خود ۲-۴-۲-۴

۱۰۰/ تیپ شخصیتی ۳-۴-۲-۴

۱۰۱/ آزمون تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها ۳-۴

فصل پنجم: جمع بندی، نتیجه گیری و ارائه‌ی پیشنهادات

۱-۵ - بحث ۱۷۱/

۱-۱-۵- اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی ۱۷۱/

۲-۱-۵- اثربخشی آموزش گروهی روانی اجتماعی ۱۷۳/

۳-۱-۵- اثربخشی آموزش گروهی شناختی رفتاری ۱۷۴/

۴-۱-۵- اثربخشی آموزش گروهی افزایش انگیزه ۱۷۶

۵-۱-۵- مقایسه اثربخشی مداخلات روان شناختی ۱۷۶/

۲-۵- نتیجه گیری ۱۷۸/

۳-۵- محدودیت‌ها ۱۸۰/

۴-۵- پیشنهادها ۱۸۱/

منابع / ۱۸۴

پیوست‌ها / ۲۰۱

فهرست جداول

- جدول ۳-۱. زمان بندی و محتوای جلسات مداخله ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی / ۷۴
- جدول ۳-۲. زمان بندی و محتوای جلسات مداخله روانی اجتماعی / ۷۴
- جدول ۳-۳. زمان بندی و محتوای جلسات مداخله شناختی-رفتاری / ۷۵
- جدول ۳-۴. زمان بندی و محتوای جلسات مداخله افزایش انگیزه / ۷۵
- جدول ۴-۱. آماره‌های توصیفی شاخص کیفیت زندگی در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۸۶
- جدول ۴-۲. آماره‌های توصیفی شاخص بهزیستی در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۸۷
- جدول ۴-۳. آماره‌های توصیفی شاخص خودکارآمدی در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۸۹
- جدول ۴-۴. آماره‌های توصیفی شاخص نگرانی ناشی از دیابت در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۰
- جدول ۴-۵. آماره‌های توصیفی شاخص استرس در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۱
- جدول ۴-۶. آماره‌های توصیفی شاخص قند خون در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۳
- جدول ۴-۷. آماره‌های توصیفی شاخص کورتیزول در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۴
- جدول ۴-۸. آماره‌های توصیفی شاخص فشار خون در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۵
- جدول ۴-۹. آماره‌های توصیفی شاخص کانون کنترل سلامت (درونی) به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۶
- جدول ۴-۱۰. آماره‌های توصیفی شاخص کانون کنترل سلامت (منبع قدرت) به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۷
- جدول ۴-۱۱. آماره‌های توصیفی شاخص کانون کنترل سلامت (شانس) به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۸
- جدول ۴-۱۲. آماره‌های توصیفی سن پاسخگویان به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۹۹
- جدول ۴-۱۳. آماره‌های توصیفی متغیر مراقبت از خود در سنجش اول به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۱۰۰
- جدول ۴-۱۴. آماره‌های توصیفی متغیر تیپ شخصیتی به تفکیک گروه‌های پژوهشی / ۱۰۱
- جدول ۴-۱۵. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت جسمی در میان دو گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل (تفاضل سنجش اول با دوم و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۰۳
- جدول ۴-۱۶. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت جسمی در گروه‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۰۴
- جدول ۴-۱۷. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت جسمی در میان دو گروه شناختی رفتاری و کنترل (تفاضل سنجش اول با دوم و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۰۶

جدول ۴-۱۸. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت جسمی در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل / ۱۰۷

جدول ۴-۱۹. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت جسمی در میان دو گروه، گروهی روانی اجتماعی و کنترل (تفاضل سنجش اول با دوم و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۰۸

جدول ۴-۲۰. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت جسمی در گروه‌های گروهی روانی اجتماعی و کنترل / ۱۰۹

جدول ۴-۲۱. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه گروهی روانی اجتماعی و کنترل (تفاضل سنجش اول و دوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۱۱

جدول ۴-۲۲. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های مداخله روانی اجتماعی و کنترل / ۱۱۲

جدول ۴-۲۳. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه گروهی روانی اجتماعی و کنترل (تفاضل سنجش اول و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۱۳

جدول ۴-۲۴. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های گروهی روانی اجتماعی و کنترل / ۱۱۵

جدول ۴-۲۵. مقایسه‌ی نتایج توصیفی دو مرحله تحلیل به لحاظ تأثیرگذاری مطلوب مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های سلامت روانی / ۱۱۶

جدول ۴-۲۶. مقایسه‌ی نتایج استنباطی دو مرحله تحلیل به لحاظ معناداری آزمون‌های چندمتغیری و تک متغیری و اندازه اثر / ۱۱۷

جدول ۴-۲۷. وضعیت توزیع متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در میان دو گروه گروهی روانی اجتماعی و کنترل از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۱۸

جدول ۴-۲۸. نتایج توصیفی متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در گروه‌های گروهی روانی اجتماعی و کنترل / ۱۱۹

جدول ۴-۲۹. آزمون اثرات درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های گروهی روانی اجتماعی و کنترل / ۱۲۰

جدول ۴-۳۰. آزمون مقایسه‌های درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های روانی اجتماعی و کنترل / ۱۲۱

جدول ۴-۳۱. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت جسمی در میان دو گروه افزایش انگیزه و کنترل (تفاضل سنجش اول با دوم و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۲۲

جدول ۴-۳۲. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت جسمی در گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل / ۱۲۳

جدول ۴-۳۳. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه افزایش انگیزه و کنترل (تفاضل سنجش اول و دوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۲۵

جدول ۴-۳۴. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های مداخله‌ی افزایش انگیزه و کنترل / ۱۲۶

- جدول ۴-۳۵. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه افزایش انگیزه و کنترل (تفاضل سنجش اول و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۲۷
- جدول ۴-۳۶. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل / ۱۲۹
- جدول ۴-۳۷. مقایسه‌ی نتایج توصیفی دو مرحله تحلیل به لحاظ تأثیرگذاری مطلوب مداخله افزایش انگیزه بر شاخص‌های سلامت روانی / ۱۳۰
- جدول ۴-۳۸. مقایسه‌ی نتایج استنباطی دو مرحله تحلیل به لحاظ معناداری آزمون‌های چندمتغیری و تک متغیری و اندازه اثر / ۱۳۰
- جدول ۴-۳۹. وضعیت توزیع متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در میان دو گروه افزایش انگیزه و کنترل از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۳۱
- جدول ۴-۴۰. نتایج توصیفی متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل / ۱۳۲
- جدول ۴-۴۱. آزمون اثرات درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل / ۱۳۳
- جدول ۴-۴۲. آزمون مقایسه‌های درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل / ۱۳۴
- جدول ۴-۴۳. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص کیفیت زندگی / ۱۳۵
- جدول ۴-۴۴. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص خودکارآمدی / ۱۳۶
- جدول ۴-۴۵. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص نگرانی‌های ناشی از دیابت / ۱۳۶
- جدول ۴-۴۶. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص استرس / ۱۳۷
- جدول ۴-۴۷. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص قند خون / ۱۳۷
- جدول ۴-۴۸. نتایج آزمون رگرسیون چندگانه شاخص کورتیزول / ۱۳۸
- جدول ۴-۴۹. متغیرهای پیش‌بین معنادار شاخص‌های سلامت (روانی و جسمی) و میزان مراقبت از خود / ۱۳۹
- جدول ۴-۵۰. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل (تفاضل سنجش اول و دوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۴۰
- جدول ۴-۵۱. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های مداخله‌ی ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۴۲
- جدول ۴-۵۲. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل (تفاضل سنجش اول و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۴۳
- جدول ۴-۵۳. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۴۴

- جدول ۴-۵۴. مقایسه‌ی نتایج توصیفی دو مرحله تحلیل به لحاظ تأثیرگذاری مطلوب مداخله‌ی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر شاخص‌های سلامت روانی / ۱۴۶
- جدول ۴-۵۵. مقایسه‌ی نتایج استنباطی دو مرحله تحلیل به لحاظ معناداری آزمون‌های چندمتغیری و تک متغیری و اندازه اثر / ۱۴۶
- جدول ۴-۵۶. وضعیت توزیع متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در میان دو گروه ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۴۷
- جدول ۴-۵۷. نتایج توصیفی متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در گروه‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۴۸
- جدول ۴-۵۸. آزمون اثرات درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۴۹
- جدول ۴-۵۹. آزمون مقایسه‌های درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل / ۱۵۰
- جدول ۴-۶۰. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه شناختی رفتاری و کنترل (تفاضل سنجش اول و دوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۵۱
- جدول ۴-۶۱. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های مداخله‌ی شناختی رفتاری و کنترل / ۱۵۲
- جدول ۴-۶۲. وضعیت توزیع متغیرهای شاخص‌های سلامت روانی در میان دو گروه شناختی رفتاری و کنترل (تفاضل سنجش اول و سوم) از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۵۳
- جدول ۴-۶۳. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل / ۱۵۴
- جدول ۴-۶۴. مقایسه‌ی نتایج توصیفی دو مرحله تحلیل به لحاظ تأثیرگذاری مطلوب مداخله‌ی شناختی رفتاری بر شاخص‌های سلامت روانی / ۱۵۵
- جدول ۴-۶۵. مقایسه‌ی نتایج استنباطی دو مرحله تحلیل به لحاظ معناداری آزمون‌های چندمتغیری و تک متغیری و اندازه اثر / ۱۵۶
- جدول ۴-۶۶. وضعیت توزیع متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در میان دو گروه شناختی رفتاری و کنترل از نظر طبیعی بودن توزیع / ۱۵۷
- جدول ۴-۶۷. نتایج توصیفی متغیر میزان مراقبت از خود (سه سنجش) در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل / ۱۵۸
- جدول ۴-۶۸. آزمون اثرات درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل / ۱۵۹

- جدول ۴-۶۹. آزمون مقایسه‌های درون آزمودنی مراقبت از خود و گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل / ۱۵۹
- جدول ۴-۷۰. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی در چهار نوع مداخله / ۱۶۰
- جدول ۴-۷۱. نتایج آزمون آنوا در میان چهار نوع مداخله / ۱۶۱
- جدول ۴-۷۲. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها / ۱۶۲
- جدول ۴-۷۳. نتایج آزمون تعقیبی دانت C برای شاخص‌های کیفیت زندگی و نگرانی‌های ناشی از دیابت / ۱۶۳
- جدول ۴-۷۴. نتایج آزمون تعقیبی شفه برای شاخص بهزیستی / ۱۶۴
- جدول ۴-۷۵. نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت جسمی در چهار نوع مداخله / ۱۶۵
- جدول ۴-۷۶. نتایج آزمون آنوا در میان چهار نوع مداخله / ۱۶۶
- جدول ۴-۷۷. نتایج آزمون همگنی واریانس‌ها / ۱۶۷
- جدول ۴-۷۸. نتایج آزمون تعقیبی دانت C برای شاخص قند خون / ۱۶۷
- جدول ۴-۷۹. نتایج آزمون تعقیبی دانت C برای شاخص کورتیزول / ۱۶۸
- جدول ۴-۸۰. نتایج آزمون تعقیبی دانت C برای شاخص فشار خون / ۱۶۹

فهرست نمودارها

- نمودار ۴-۱. میانگین کیفیت زندگی گروه‌های پژوهشی/۸۷
- نمودار ۴-۲. میانگین بهزیستی گروه‌های پژوهشی/۸۸
- نمودار ۴-۳. میانگین خودکارآمدی گروه‌های پژوهشی/۸۹
- نمودار ۴-۴. میانگین نگرانی‌های ناشی از دیابت گروه‌های پژوهشی/۹۱
- نمودار ۴-۵. میانگین استرس گروه‌های پژوهشی/۹۲
- نمودار ۴-۶. میانگین قند خون گروه‌های پژوهشی/۹۳
- نمودار ۴-۷. میانگین کورتیزول گروه‌های پژوهشی/۹۴
- نمودار ۴-۸. میانگین فشار خون گروه‌های پژوهشی/۹۵
- نمودار ۴-۹. میانگین کانون کنترل سلامت (درونی) گروه‌های پژوهشی/۹۷
- نمودار ۴-۱۰. میانگین کانون کنترل سلامت (منبع قدرت) گروه‌های پژوهشی/۹۸
- نمودار ۴-۱۱. میانگین کانون کنترل سلامت (شانس) گروه‌های پژوهشی/۹۹
- نمودار ۴-۱۲. میانگین سنی گروه‌های پژوهشی/۱۰۰
- نمودار ۴-۱۳. میانگین مراقبت از خود گروه‌های پژوهشی/۱۰۱
- نمودار ۴-۱۴. میانگین تیپ شخصیتی گروه‌های پژوهشی/۱۰۲
- نمودار ۴-۲۸. مقایسه‌ی میانگین‌های متغیر مراقبت از خود (سنجش اول تا سوم) در گروه‌های گروهی روانی اجتماعی و کنترل/۱۲۰
- نمودار ۴-۴۰. مقایسه‌ی میانگین‌های متغیر مراقبت از خود (سنجش اول تا سوم) در گروه‌های افزایش انگیزه و کنترل/۱۳۳
- نمودار ۴-۵۷. مقایسه‌ی میانگین‌های متغیر مراقبت از خود (سنجش اول تا سوم) در گروه‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی و کنترل/۱۴۹
- نمودار ۴-۶۷. مقایسه‌ی میانگین‌های متغیر مراقبت از خود (سنجش اول تا سوم) در گروه‌های شناختی رفتاری و کنترل/۱۵۸

فصل اول

کلیات تحقیق

۱-۱- بیان مساله

در میان پژوهش‌های فراوانی که در سال‌های اخیر پیرامون سبب شناسی، سیر، پیش‌آگهی و درمان دیابت انجام شده است، عوامل روان‌شناختی مورد توجه خاص قرار گرفته‌اند (نونون^۱ و همکاران؛ ۲۰۱۰، ایگد^۲؛ ۲۰۰۵). به عبارتی این بیماران با دو مساله عمده مواجه هستند؛ (۱) مسائل خودمراقبتی مثل رژیم گرفتن و ادامه دادن رژیم و (۲) مسائل هیجانی؛ بیش از ۶۰-۲۰ درصد بیماران دیابتی مشکلات هیجانی را تجربه می‌کنند که از نگرانی‌های ناشی از بیماری (مثل ترس از بروز نشانه‌های بیماری) تا نشانه‌های عمومی‌تر نگرانی، اضطراب و افسردگی را شامل می‌شود (نونون و همکاران؛ ۲۰۱۰). این ناراحتی‌های هیجانی نه تنها برای فرد ناخوشایند است بلکه تحقیقات نشان داده است که باعث کاهش کیفیت زندگی (ایگد، ۲۰۰۵)، رفتارهای خودمراقبتی ضعیف (لوستمن^۳؛ ۲۰۰۸) و ارزیابی منفی از درمان با انسولین و کاهش کنترل قندخون (نونون و همکاران؛ ۲۰۱۰) و در موارد شدید باعث ناراحتی‌های قلبی-عروقی و حتی مرگ بیمار می‌شود (بنگنر، مرالس، پست و براس^۴؛ ۲۰۰۷). از جمله عوامل تاثیرگذار بر تشدید هیجانات منفی در این بیماری کانون کنترل سلامت بیماری و تیپ شخصیتی بیمار است. نتیجه تحقیقات نشان داده است که افراد تیپ D سطوح بالاتر بیگانگی اجتماعی را تجربه می‌کنند، هرچه فرد از نظر اجتماعی بیشتر در خود فرو رفته باشد، به همان اندازه حمایت اجتماعی کمتری را تجربه می‌کند (دنولت، ۲۰۰۰) و نتیجه تحقیقات نشان داده است که حمایت اجتماعی مهم‌ترین عامل در کنترل قندخون در بیماران دیابتی می‌باشد (ادی‌تام، ۲۰۱۱).

از عوامل روان‌شناختی که مورد توجه پژوهشگران این حوزه قرار گرفته‌اند، می‌توان به استرس (فشار روانی) اشاره کرد. استرس می‌تواند با کاهش تمرکز مراجع و ایجاد اختلال در مهارت‌های تصمیم‌گیری و با تاثیر بر توانایی‌های متخصص سلامت روان در برقراری ارتباط درمانی قوی با مراجع، موجب کاهش تاثیر مداخله‌های روان‌شناختی شود.

از طرفی دیابت، یک منبع استرس برای افراد مبتلا به این بیماری است. استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثر منفی روانی نیز دارد. از عمده‌ترین این اثرها می‌توان به افسردگی

-
1. Nouwen
 2. Egede
 3. Lustman
 4. Bongner, Morales, Post & Bruce

اشاره نمود . افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند با بی‌اشتهایی، ایجاد بی‌نظمی در رژیم غذایی یا نپذیرفتن تزریق انسولین از طرف بیمار همراه شود و در نتیجه درمان و کنترل دیابت را دشوار سازد . این موضوع در یک چرخه‌ی معیوب، باعث تشدید مشکلات هیجانی فرد از جمله استرس، افسردگی و اضطراب می‌شود. بنابراین، شناخت مشکلات روانی این بیماران، رفع و یا کاهش این مشکلات، به همراه ارائه‌ی آموزش‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی آنها، بخش مهمی از درمان جامع دیابت را تشکیل می‌دهد .

بنابراین شناخت مشکلات جسمی و روانی به همراه ارائه‌ی آموزش‌هایی برای ارتقای کیفیت زندگی آنها بخش مهمی از درمان جامع دیابت را تشکیل می‌دهد(دوازده امامی ، روشن، محرابی و عطاری؛ ۱۳۸۸). با وجود آنکه در مورد دیابت نوع ۲ نتیجه‌ی تحقیقات حاکی از اثربخشی درمان‌های روانی در این بیماران است در مورد دیابت نوع ۱ نتیجه‌ی فراتحلیل‌ها نشان داده است که اثر بخشی درمان‌های روانشناسی در بهبود کنترل قند خون در بزرگسالان با دیابت نوع ۱ هنوز تایید نشده است و نتایج در مورد تاثیر آن ضدو نقیض است شاید به این دلیل که علت این بیماری بیشتر زیستی است(باچ^۵؛ ۲۰۰۲).

به نظر می‌رسد عوامل روان شناختی جزء عوامل خطر ساز و یا تشدید کننده‌ی بیماری دیابت هستند. یک علت شایع برای عدم مدیریت هیجانات در این بیماران این باور غلط است که تاثیر هیجانات منفی جدی نیست. از آنجا که روان‌درمانی با هدف آموزش فنون تغییر رفتار در بیماری‌های طبی، می‌تواند باعث کاهش نیاز به استفاده از خدمات پرهنزینه‌ی پزشکی و افزایش سلامت روان بیماران شود، طراحی و به‌کارگیری مداخله‌هایی مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی اثربخش و سودمند در مورد بیماری‌های طبی و مزمن به طور کلی و دیابت به طور خاص از اهداف مهم درمانی است.

امروزه درک و تغییر نگرش‌ها و رفتار بیمار که هدف درمان‌های شناختی رفتاری است یک مولفه‌ی اساسی در مراقبت از کسانی است که از دیابت نوع ۲ رنج می‌برند. این برنامه‌ها که به آموزش بیمار و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس می‌پردازد می‌تواند به درمان طبی متداول و استاندارد اضافه شود تا نیازهای روان‌شناختی، رفتاری و سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت را برطرف نماید(فرمن، هربرت، مویترا، یومنز و گلر^۶؛ ۲۰۰۷). نتایج

1.Bach

2.Forman,Herbert,Moitra,Yeomans&Geller

مطالعات با هدف تاثیر مداخلات روانشناسی بر مشکلات جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع ۲ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری یک درمان موثر در افسردگی اساسی بیماران دیابتی می‌باشد (واندرفلدز کرنیلز و همکاران؛ ۲۰۱۰) و اساسا در کاهش علائم اضطراب، استرس و نگرانی‌های ویژه دیابت درمان موثری است (وان باستیلار، پاور و اسنوک؛ ۲۰۱۱). سابورین، والیس و کوری (۲۰۱۱) شکل کوتاهی از مداخله‌ی روانی اجتماعی گروهی^{۱۰} را طراحی کردند ویژه‌ی اصلاح رفتار، کمک به مدیریت و ثبات هیجانی در بیماران دیابتی نوع ۲ که نتیجه‌ی تحقیق آنها نشان داد که بیماران این مداخله را در مدیریت دیابتشان بسیار مفید یافتند.

درمان افزایش انگیزه^{۱۱} روشی مراجع‌محورو رهنمودی دیگری به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییرات از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی است. این درمان یک شیوه‌ی مشاوره‌ای کوتاه مدت برای افزایش انگیزه جهت تغییر رفتارها بوسیله‌ی جستجو و حل مسائل درباره‌ی تغییر است (بوند و بونک؛ ۲۰۰۰).

مداخله‌ی روان شناسی دیگری که می‌تواند به بهزیستی روانی بیماران دیابتی کمک کند درمان بر اساس ذهن آگاهی^{۱۳} است. بیشاب^۴ (۲۰۰۲) معتقد است که ذهن آگاهی در روان شناسی معاصر به عنوان رویکردی برای افزایش آگاهی در پاسخ دادن به فرایندهای ذهنی شامل اختلالات هیجانی و بسیار جدید است. در آخرین فراتحلیل از اثر بخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی نشان داده شد که این مداخلات در بیماری‌های سرطان، اختلال اضطراب منتشر و مشکلات روانپزشکی و اختلالات مزمن از جمله دیابت در جهت کاهش علائم اضطراب و ناراحتی‌های خلقی دیگر موثر است و پیشنهاد می‌شود که مداخلات ذهن آگاهی ممکن است موجب فرایندهایی شود که زیربنای بهزیستی روانی است. در بیمار دیابتی علاوه بر تاثیر ذهن آگاهی بر بهزیستی روانی، ممکن است همچنین بر خود مدیریتی بیماری بسیار موثر باشد چراکه با بهتر شدن خلق فرد رفتارهای خود-مراقبتی هم بهتر می‌شود و دیگر اینکه ذهن آگاهی باعث می‌شود حتی در حالت تجربه‌ی هیجانات و افکار

1. Van der Feltz-Cornelis

2. Van Bastelaar, Pouwer & Snoek

3. Sabourin, Vallis & Currie

4. Brief psychosocial Group intervention

5. Motivational enhancement therapy (MET)

6. Bond & Bunce

7. mindfulness

8. Bishop