



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز
گروه روانشناسی

پایانامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی

عنوان

تعیین اثر بخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر شاخص های
سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع دو

استاد راهنما :

دکتر میر تقی گروسی فرشی

استاد مشاور:

دکتر حمید پورشریفی

پژوهشگر:

رقیه عبدالهی

تیرماه ۱۳۸۹

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تشکر و قدردانی:

« سپاس خداوندی را که به عدم وجود بخشید و به وجود کمال »

اکنون که به لطف و عنایت پروردگار متعال توانستم پژوهش حاضر را به پایان رسانم بر خود لازم می دانم ، از زنده یاد مرحوم جناب آقای دکتر میرتقی گروسی فرشی در مقام استاد راهنما یاد نموده و شادی روح ایشان را از پروردگار مسئلت نمایم

از جناب آقای دکتر حمید پور شریفی در مقام استاد مشاور ، که با سعه صدر ستودنی و کمک های بی دریغ مرا یاری نمودند تشکر نمایم که بی تردید بدون هدایت صادقانه این بزرگوار ، تحقیق حاضر به انجام نمی رسید

از جناب آقای دکتر جلیل باباپور که زحمت داوری این پایان نامه را به عهده گرفته و با راهنمودهای ارزنده خود باعث غنای آن شدند سپاسگزارم.

در پایان جا دارد از کلیه مسئولین و کارکنان دانشگاه تبریز و به ویژه دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی بالاخص ریاست محترم دانشکده ، معاونین آموزشی و پژوهشی ، مدیر گروه و اساتید بزرگوار گروه روانشناسی که به نحوه انحاء در امر تحصیل اینجانب دخیل بودند و نیز مسئولین و کارکنان واحد تحصیلات تکمیلی تشکر و قدردانی نمایم.

چکیده

نام خانوادگی دانشجو: عبدالهی	نام: رقیه
عنوان پایان نامه: تعیین اثر بخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر شاخصهای سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع دو	
استاد راهنما: دکتر میر تقی گروسی	استاد مشاور: دکتر حمید پورشریفی
مقطع تحصیل: کارشناسی ارشد	رشته: روان شناسی
دانشگاه: دانشگاه تبریز	دانشکده: علوم تربیتی و روان شناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۶ / ۴ / ۸۹	تعداد صفحه: ۱۰۲
کلید واژه ها : مداخله آموزشی رفتاری - شناختی گروهی ، بیماری دیابت، سلامت جسمی و سلامت روانی	
<p>هدف : پژوهش حاضر با هدف ارزیابی تعیین اثر بخشی آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر ارتقاء شاخص های سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع دو انجام گرفته است.</p> <p>روش: در این پژوهش در قالب طرح پیش آزمون - پس آزمون به همراه گروه کنترل ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بالای ۴۰ سال که به مدت یک سال از تشخیص بیماری آنها گذشته و از سایر مراکز خدمات مشاوره ای دریافت نکرده باشند انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جای داده شدند ابزارهای گرد آوری داده ها پرسشنامه خلاصه ای از رفتارهای مراقبت از خود افراد دیابتی توبرت و گلاسکوف ، پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به دیابت برادلی و همکاران و پرسشنامه بهزیستی برادلی بود که قبل از شروع برنامه مداخله رفتاری - شناختی و دو هفته بعد از اتمام دوره آموزشی ، توسط بیماران دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید. تحلیل داده ها به روش تحلیل کوواریانس انجام شد.</p> <p>نتایج: نتایج نشان داد که برنامه آموزشی رفتاری - شناختی گوهی موجب بهبود کیفیت زندگی و ارتقاء بهزیستی و افزایش رفتارهای مراقبت از خود افراد دیابتی شده است ($P < 0/01$) همچنین بر اساس نتایج به دست آمده ملاحظه شد که برنامه آموزشی رفتاری - شناختی گروهی موجب کاهش قند خون و نمایه توده بدن بی ماران دیابتی شده است.</p> <p>بحث و نتیجه گیری : با توجه به تاثیر آموزش رفتاری شناختی گروهی بر بهبود شاخص های سلامت روانی بیماران دیابتی نوع دو بکار گیری این روش به همراه مداخلات پزشکی برای بیماران دیابتی نوع دو توصیه می شود.</p>	

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
------	-------

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱-مقدمه	۱
۲-۱- بیان مسئله	۳
۳-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش	۹
۴-۱- اهداف پژوهش	۱۱
۴-۱-۱- هدف کلی پژوهش	۱۱
۴-۱-۲- اهداف جزئی پژوهش	۱۱
۵-۱- سؤالیهای های پژوهش	۱۲
۶-۱- متغیرهای پژوهش	۱۳
۷-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیره ا	۱۳

فصل دوم: گستره نظری و پیشینه پژوهش

۱-۲- مقدمه	۱۶
۲-۲- دیابت	۱۸
۲-۲-۱- شیوع	۱۹
۲-۲-۲- انواع دیابت	۲۰
۲-۲-۲-۱- دیابت نوع یک	۲۰
۲-۲-۲-۲- دیابت نوع دو	۲۰
۲-۲-۲-۳- دیابت حاملگی	۲۱
۲-۲-۲-۴- دیابت همراه سایر بیماریها	۲۱
۲-۲-۳- عوارض دیابت	۲۱
۲-۲-۳-۱- عوارض کوتاه مدت	۲۱
۲-۲-۳-۲- عوارض بلند مدت	۲۲
۲-۲-۴- سبب شناسی دیابت	۲۳

۲۴	۳-۲- شاخصهای سلامت جسمی مرتبط با دیابت
۲۴	۲-۳-۱- چاقی و دیابت
۲۵	۲-۳-۲- هموگلوبین گلیکوزیله و دیابت
۲۷	۲-۴- شاخصهای سلامت روانی مرتبط با دیابت مربوطه
۲۷	۲-۴-۱- کیفیت زندگی
۲۹	۲-۴-۲- بهزیستی و افسردگی
۳۳	۲-۴-۳- رفتارهای مراقبت از خود و تاثیر عوامل روان شناختی
۳۳	۲-۴-۱-۳- حمایت اجتماعی
۳۷	۲-۴-۳-۲- خود کار آمدی
۳۹	۲-۴-۴- استرس
۴۰	۲-۴-۴-۱- پاسخ های روان شناختی به تنیدگی
۴۱	۲-۴-۴-۲- آرمسازی
۴۲	۲-۴-۴-۳- آموزش مدیریت استرس شناختی رفتاری
۴۳	۲-۵- درمان بیماری دیابت
۴۳	۲-۵-۱- دارو درمانی
۴۳	۲-۵-۲- درمان تغذیه ای
۴۴	۲-۵-۳- ورزش و فعالیت بدنی
۴۵	۲-۶- مداخلات روانشناختی در خصوص دیابت
۴۶	۲-۶-۱- رفتار درمانی شناختی
۴۷	۲-۶-۱-۱- آموزش گروهی رفتاری شناخت
۴۸	۲-۶-۲- پیشینه پژوهشی مرتبط با دیابت و آموزش شناختی و رفتاری

فصل سوم: روش شناسی پژوهش

۵۱	۳-۱- مقدمه
۵۱	۳-۲- روش پژوهش
۵۱	۳-۳- جامعه آماری
۵۲	۳-۴- شیوه نمونه گیری و حجم نمونه
۵۲	۳-۵- ابزارهای پژوهش و روش گرد آوری آنها
۵۲	۳-۵-۱- بررسی کیفیت زندگی وابسته به دیابت
۵۳	۳-۵-۲- پرسشنامه بهزیستی (بردالی، ۱۹۹۴)
57	۳-۵-۳- پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی
۵۷	3-5-4- هموگلوبین گلیکوزیله

۵۷	..... ۳-۵-۵-نمایه توده بدنی
57	..... ۳-۶-روش اجرای پژوهش
58	..... ۳-۷-تحلیل آماری پژوهش

فصل چهارم: یافته های پژوهش

59	..... ۱-۴-مقدمه
59	..... ۲-۴-یافته های توصیفی
62	..... ۳-۴-یافته های استنباطی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

79	..... ۵-۱-مقدمه
89	..... ۵-۲-نتیجه گیری
92	..... ۵-۳-محدودیت های پژوهش
92	..... ۵-۳-پیشنهادات

فهرست جداول

صفحه	عنوان
59	جدول شماره ۴-۱- فراوانی متغیر جنسیت در گروه‌های مورد مطالعه.....
60	جدول شماره ۴-۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرها به تفکیک گروهها.....
63	جدول شماره ۴-۴- نتایج تحلیل واریانس متغیر کیفیت زندگی در گروه آزمایش برای بررسی پیش فرض یک همگونی ضرایب رگرسیون.....
64	جدول شماره ۴-۵- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطای گروه ها در متغیر وابسته بهای متغیر کیفیت زندگی.....
65	جدول شماره ۴-۶- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر کیفیت زندگی.....
66	جدول شماره ۴-۷- نتایج تحلیل واریانس متغیر بهزیستی در گروه آزمایش برای بررسی پیش فرض همگونی ضرایب رگرسیون.....
68	جدول شماره ۴-۸- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطای گروه ها در متغیر وابسته برای متغیر بهزیستی.....
68	جدول شماره ۴-۹- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر بهزیستی.....
69	جدول شماره ۴-۱۰- نتایج تحلیل واریانس متغیر رفتارهای مراقبت از خود در گروه آزمایش برای بررسی پیش فرض همگونی ضرایب رگرسیون.....
71	جدول شماره ۴-۱۱- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطای گروه ها در متغیر وابسته برای متغیر رفتارهای مراقبت از خود در افراد دیابتی.....
72	جدول شماره ۴-۱۲- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر رفتارهای مراقبت از خود.....
73	جدول شماره ۴-۱۳- نتایج تحلیل واریانس متغیر هموگلوبین گلیکوزیله در گروه آزمایش برای بررسی پیش فرض همگونی ضرایب رگرسیون.....
74	جدول شماره ۴-۱۴- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطای گروه ها در متغیر وابسته برای متغیر هموگلوبین گلیکوزیله.....
75	جدول شماره ۴-۱۵- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر هموگلوبین گلیکوزیله.....
76	جدول شماره ۴-۱۶- نتایج تحلیل واریانس متغیر نمایه توده بدنی در گروه آزمایش برای بررسی پیش فرض همگونی ضرایب رگرسیون.....
78	جدول شماره ۴-۱۷- نتایج آزمون لوین جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس های خطای گروه ها در متغیر وابسته برای متغیر نمایه توده بدنی.....
78	جدول شماره ۴-۱۸- نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی متغیر نمایه توده بدنی.....

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
نمودار شماره ۴-۱- نمودار رگرسیون برای متغیر کیفیت زندگی جهت بررسی پیش فرض سه	63
نمودار شماره ۴-۱- نمودار رگرسیون برای متغیر بهزیستی جهت بررسی پیش فرض سه	67
نمودار شماره ۴-۳- نمودار رگرسیون برای متغیر رفتارهای مراقبت از خود جهت بررسی پیش فرض سه	70
نمودار شماره ۴-۴- نمودار رگرسیون برای متغیر هموگلوبین گلیکوزیله جهت بررسی پیش فرض سه	73
نمودار شماره ۴-۵- نمودار رگرسیون برای متغیر نمایه توده بدنی جهت بررسی پیش فرض سه	77

فصل اول :

کلیات پژوهش

انسان متمدن امروزی از برکت متمدن شدن با مسائل و مشکلات فراوانی رودر رو گشته است که از هیچ لحاظ برای آنها آمادگی ندارد. این مشکلات به طور عمده از دگرگونی سریع وضع زندگی، از حالت نسبتاً سراده کشاورزی و روستایی به حالت بسیارپیچیده صنعتی و شهرنشینی ناشی شده اند. هزاران سال به طول انجامید تا انسان اولیه برای زیستن در اجتماعات کوچک زندگی کشاورزی از لحاظ زیست شناختی و فرهنگی تکامل یابد و از آنجا که تغییرات لازم برای سازگاری با شرایط زندگی کشاورزی را در طول زمان به طور تدریجی کسب کرده بود به خوبی می توانست در آن شرایط زندگی کند. این انسان در مدت بسیار کوتاهی که در قیاس با تاریخ تکامل بشر لحظه ای بیش نیست از یک شرایط بسیار مناسب با اوضاع زیست شناختی و روانشناختی اش به یک شرایط زیستی بسیار نامناسب زندگی در شهرهای صنعتی شلوغ، دودآلود، بدون فعالیت جسمانی کافی و روابط صمیمی بین فردی که خود آن را وجود آورده است رانده شد. انسان صد سال پیش همه کارهای سخت را به طور جسمی انجام می داد، عمر کوتاهی داشت و توسط بیماریهای همه گیر به سادگی از بین می رفت اما امروزه تکنولوژی فیزیکی کارهای او را آسان کرده است و نیازی به فعالیت شدید جسمانی ندارد، از بیماریهای همه گیر جلوگیری کرده و امید به زندگی خویش را افزایش داده است (سیف، ۱۳۸۵).

انسان امروزی شاهد شیوع بیماریهای مزمن از قبیل بیماریهای قلبی - عروقی، دیابت، فشار خون، افسردگی، اضطراب و استرس می باشد که اغلب آنها ریشه در سبک زندگی افراد و الگوهای رفتاری آنها دارد، الگوهایی که در زمان کودکی و جوانی در افراد درونی شده است و جزئی از زندگی شان قرار گرفته است. بخش قابل توجهی از ۱۰ عامل مرگ و میر، ناشی از عوامل قابل تعدیل

اجتماعی و شیوه زندگی می باشد. شیوه زندگی سالم، منبعی ارزشمند برای کاهش شیوع و تاثیر مشکلات بهداشتی، ارتقاء سلامت و کاهش عوامل استرس زای زندگی می باشد. بسیاری از این مشکلات بهداشتی ناشی از شیوه زندگی، قابل پیشگیری اند و یا حداقل می توان، وقوع شان را به تاخیر انداخت. به دنبال این مباحث متخصصان بهداشتی و علوم رفتاری در پی تغییر آگاهی ها، نگرشها و رفتارها هستند، که این امر نیازمند افزایش اعتماد به نفس، خودبستگی و ایجاد توانمندی در افراد در راستای حفظ و ارتقای سلامت خود و جامعه خود می باشد (ترسک^۱، ساچوارتز^۲، دنر^۳ و پاترسون^۴، ۲۰۰۲).

در پی شیوع بیماریهای مزمن و محرز شدن این موضوع که منشاء بسیاری از بیماریهای جسمی، با عوامل روانی، عاطفی و اجتماعی مرتبط است دیگر الگوی ساده زیستی - پزشکی به تنهایی نمی تواند توجیه گر سبب شناسی، سیر و درمان همه بیماریها باشد و سخن از سایر رشته های علمی در تبیین و توضیح بیماریها به میان می آید. پزشکی رفتاری یکی از این علوم هست که به کاربرد روشهای علوم رفتاری برای کاوش در زمینه رفتارهای بیماری ساز و اصلاح آنها می پردازد این رشته به همراه پزشکی روان تنی (که به سبب شناسی می پردازد) و رفتار درمانی شناختی (که اصولا به درمان می پردازد) موجب پیشرفتهای بزرگی به ویژه در زمینه نقش فرآیند های روانشناختی در سبب شناسی بیماریها و پدیدآیی مداخله های درمانی روانشناختی برای بیماری ها شده است (نقل از چوبدار، ۱۳۸۷).

¹ - Trask

² - Schwartz

³ - Deaner

⁴ - Paterson

۱-۲- بیان مسئله

هر چه بیشتر از قرن بیست و یکم می گذرد ما بیشتر شاهد جهانی شدن، تغییر در سبک زندگی مردم و صنعتی شدن هستیم. که یکی از نتایج این پیشرفتها تغییر در الگوی بیماریهاست. قدمت بیماری، همسنگ خود انسان است و همه افراد در جاده زندگی خود بیماری را به گونه ای تجربه می کنند:

بیماریهای خفیف و درمان شونده را پشت سر می گذارند، در مقابل بیماریهای سخت و درمان ناپذیر سر تسلیم خم می کنند و با گروهی از بیماریها در طول حیات خود همراه می شوند (واتکینز، ۱۳۷۷). ولی آنچه توجه بیشتری می طلبد این است که امروزه به سبب پیشرفتهای علمی و پزشکی بیماریهای عفونی جای خود را به بیماریهای مزمنی چون سرطان، بیماریهای قلبی- عروقی و دیابت داده است (نارین^۵ و همکاران، ۲۰۰۰).

بیماری مزمن یک یا چند اختلال و یا انحراف از ساختار و کنش طبیعی است که معلول تغییرات آسیب شناختی بر گشت ناپذیر بوده و معمولاً " با ناتواناییهایی همراه است که به جا می ماند. این بیماران باید همیشه گوش به زنگ باشند تا علائم نزدیک شدن بحرانهای پزشکی را تشخیص دهند و یا از برخی موقعیتهای و برای پیشگیری از این بحرانها اجتناب کنند. بکار بردن این همه اقدامات احتیاطی و انجام رفتارهای خود مراقبتی می تواند بیماران را به ستوه آورده و استقلال عمل آنها را به شدت محدود کند. بعلاوه، این افراد برای اینکه بر چسب بیماری به آنها زده نشود دایماً" برای یافتن راههای مخفی کردن نشانه های بیماری و محدودیتهای خود و همچنین برای برخورداری از زندگی نسبتاً" مستقل از دیگران در حال مبارزه اند (دیماتئو^۶، ۱۳۷۸).

⁵ - Narayan

⁶ - Dimatteo

از اینرو زندگی با بیماریهای مزمن و لاعلاج چون سرطان، بیماری قلبی، دیابت و آرتروز می تواند کیفیت زندگی افراد را پایین آورده و نگرش آنها را به زندگی منفی می کند (وایت، ۲۰۰۱). به لحاظ آماری حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد این بیماران مشکلات روانشناختی بارزی را تجربه می کنند. اختلالات خلقی و اضطرابی از جمله شایع ترین اختلالهای روانپزشکی در میان بیماران مزمن می باشد که بکارگیری تکنیکهای روانشناختی در رفع این مشکلات و جلوگیری از بغرنج تر شدن این بیماریها می تواند بسیار تاثیر گذار باشد (اسنوک^۷ و اسکینر^۸، ۲۰۰۶).

نکته حائز اهمیت دیگر در این زمینه، این است که بطور تجربی ثابت شده است بین دو

فردی که به لحاظ پزشکی و آسیب وارده در شرایط یکسانی به سر می برند از نظر واکنشها و ناتوانیهای که بروز می دهند و همچنین عملکرد اجتماعی و فیزیکی تفاوت بارزی وجود دارد. یکی از عواملی که در تبیین این تفاوت می تواند بسیار حیاتی باشد، مولفه های روانشناختی نظیر افکار و باورهای زیر بنایی افراد است. تحقیقات نشان می دهند افرادی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آن را جدی، مزمن و غیر قابل کنترل می دانند، بسیار منفعلانه عمل می کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی داشته و ناتوانیهای زیادی از خود نشان می دهند و همچنین به یکسری اختلالهای روانی نظیر افسردگی مبتلا هستند. بیماران حتی به لحاظ تفسیر نشانه های جسمانی که تجربه می کنند با یکدیگر تفاوت دارند. (وایت، ۲۰۰۱).

دیابت که یکی از این بیماریهای مزمن است، به گروهی از بیماریهای متابولیکی اطلاق

می شود که مشخصه آنها بالا بودن سطح گلوکز خون ناشی از اختلال در ترشح و یا اثرات انسولین می باشد. دیابت نوع ۱^۹ و دیابت نوع ۲^{۱۰} دو شکل اصلی این بیماری هستند. این بیماری که شایع ترین

⁷Snoek

⁸Skinner

⁹Type 1 Diabetes

¹⁰Type 2 Diabetes

و قدیمی ترین بیماری متابولیکی در انسان می باشد، سومین عامل مرگ و میر ناشی از بیماری محسوب می شود بخصوص اینکه بیماریهای قلبی عروقی به عنوان یکی از عارضه های بلند مدت این بیماری در میان آنها شایع است . افزون بر مرگ و میر بالا، این بیماری گرفتاریهای فردی ، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری به همراه دارد(برونر^{۱۱} و سودارت^{۱۲} ، ۱۳۸۳)

دیابت و عوارض آن به ویژه دیابت نوع دو که بخش کثیری از بیماران دیابتی را در بر می گیرد یکی از معضلات عمده بهداشت عمومی محسوب می شود . طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۵ تقریباً " ۳۰۰-۲۰۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان به دیابت نوع ۲ مبتلا خواهند شد. به عبارت دیگر سالانه در حدود ۶ میلیون نفر به تعداد این بیماران افزوده می شود. مسئله نگران کننده دیگری که در مورد دیابت نوع ۲ وجود دارد این است که بروز این بیماری در میان کودکان در حال افزایش است امری که لزوم پیشگیری و درمان آن را دو چندان می کند (هاسین^{۱۳} ، کلوسن^{۱۴} و ویلیامز^{۱۵}، ۲۰۰۷).

عوامل زیادی در بروز دیابت نقش دارد و به نظر می رسد عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز این بیماری همیاری دارند ولی آنچه که از تحقیقات بر می آید در بروز و تداوم دیابت نوع ۱ نقش عوامل ژنتیکی و ایمونولوژی و در بروز دیابت نوع ۲ نقش عوامل محیطی نظیر (عدم تحرک بدنی، تغذیه نامناسب، چاقی) برجسته تر باشد(قنبری،۱۳۸۲). در واقع می توان گفت دیابت نوع ۲ یک بیماری است که به شدت با سبک زندگی مرتبط است و مولفه های رفتاری و هیجانی بسیار قوی

11 - Brunner
12 - Suddarth
13 - Hussian
14 - Claussen
15 - Williams

دارد تا جایی که برخی از صاحب‌نظران همچون گلاسکوف^{۱۶} (۱۹۹۷) آن را در حقیقت یک مسئله رفتاری قلمداد می‌کنند (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶).

بنابراین انتظار می‌رود با ارائه آموزشهای مناسب در خصوص ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری این بیماری و مواردی که مانع کنترل عوامل خطرزا (چه در سطح جسم و چه در سطح روان) می‌شود، بتوان تعداد مبتلایان به این بیماری و یا حداقل عوارض آن را کاهش داد.

مداخلات روانشناختی به سه شیوه می‌توانند در کنترل دیابت تاثیر گذار باش‌ند. اولین کاری که می‌توانند انجام دهند این است که به بیماران کمک کنند تا بیماری خود را بپذیرند. دوم اینکه آنها را در ایجاد یکسری تغییرات رفتاری در جهت افزایش رفتارهای خود مراقبتی یاری کنند سوم موانع روانشناختی (نظیر افسردگی، باورهای غلط ...) را که کنترل بیم‌اری را دچار مشکل می‌سازد از میان بردارند (فیفر^{۱۷} و تانسمن^{۱۸}، ۱۹۹۹).

اغلب مداخلات انجام گرفته برای بیماران دیابتی را می‌توان در قالب روان‌درمانی، گروه حمایتی، گروه درمانی با هدف آموزش مهارت‌های مقابله‌ای طبقه بندی کرد. هر یک از این مداخلات به نوعی می‌کوشند تا به بیماران دیابتی در غلبه موثر بر مشکلات و گرفتاریهایی روزانه که به واسطه این بیماری با آنها مواجهه هستند، کمک کنند. آنچه از تحقیقات بر می‌آید مداخلات آموزش روانی^{۱۹}

به ویژه مداخلاتی که بیشتر روی مولفه های شناختی تاکید می‌کنند و یکسری راهبردهای رفتاری – شناختی به بیماران آموزش می‌دهند موجب تغییرات رفتاری پایدارتری در طول زمان می‌شوند (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۰). علاوه مداخلات رفتاری – شناختی مداخله های دیگری نیز صورت

پذیرفته است.

¹⁶ - Glasgow

¹⁷ - Feifer

¹⁸ - Tansman

¹⁹ - psychoeducation

فوسری^{۲۰}، سنوکن^{۲۱}، ریل^{۲۲} و باسلی^{۲۳} (۱۹۹۷) در پژوهشی درمان تحلیلی - شناختی^{۲۴} را با آموزش‌های رایجی که برای بیماران دیابتی ارائه می‌شود مقایسه کردند. بیماران در هر دو شرایط در کنترل هموگلوبین گلیکوزیله بهبود نشان دادند ولی تنها در گروه درمان تحلیلی شناختی بود که این نتایج رضایت بخش حتی بعد از مدت زمان طولانی همچنان ادامه داشت.

از سوی دیگر بسیاری از جنبه‌های مراقبت نظیر ارائه اطلاعات، آموزش مهارت‌های رفتاری و حل مشکلات بین فردی در گروه درمانی راحت‌تر و موثرتر از درمان‌های انفرادی انجام می‌پذیرد و بیماران در چنین گروه‌هایی از تجربیات یکدیگر درغلبه برمشکلات مشترکی که پیش رو دارند استفاده کرده از سوی آنها حمایت عاطفی و اجتماعی دریافت می‌کنند. علاوه بر این درمان‌های گروهی موجب صرفه‌جویی در وقت و هزینه می‌شود که باتوجه به شیوع بالای این بیماری می‌توانند بسیار مفید واقع شوند (وندرون^{۲۵}، ۲۰۰۳).

متاسفانه پژوهش‌های خیلی کمی در زمینه ارزیابی اثر بخشی مداخلات رفتاری و شناختی گروهی در افراد دیابتی صورت گرفته است. ولی با وجود این، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این نوع مداخلات برای بیماران دیابتی موثر هستند. به‌طور نمونه اسنوک و همکارانش (۲۰۰۱) عنوان می‌کنند که آموزش گروهی رفتاری - شناختی^{۲۶} در کاهش قند خون و ارتقاء بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی نوع یک تاثیر به‌سزایی دارد.

وینگر^{۲۷} و همکارانش (۲۰۰۲) در پژوهشی آموزش گروهی رفتاری - شناختی را با

20 - Fosbury

21 - Sonken

22 - Ryle

23- Bosley

24 - cognitive analytic therapy

25 - Van der ven

26 - cognitive behavioral group training

27 - Weinger

آموزشهایی که بطور معمول برای کنترل هموگلوبین گلیکوزیله ارائه می شود مقایسه کردند . مداخله آنها عبارت بود از بازسازی شناختی و آموزش آرمیدگی . نتایج این تحقیق نشان داد که در هر دو شرایط سطح هموگلوبین گلیکوزیله کاهش می یابد ولی کیفیت زندگی تنها در بیمارانی که مداخله رفتاری- شناختی دریافت می کنند، ارتقاء می یابد.

نیکل و دیگران (۲۰۰۵) در پژوهشی آموزشی آموزش گروهی رفتاری- شناختی را بر روی بیماران دیابتی نوع یک که آشفتگی روانشناختی بالا و علائم افسردگی داشتند اجرا کردند . نتایج پژوهش آنها نشان داد که مداخلات رفتاری - شناختی در کاهش هیجانات منفی، افزایش خود کارآمدی در مورد دیابت و رفتارهای خود مراقبتی و کنترل قند خون موثر است .

نگاهی بر پژوهش های گذشته نشان می دهد اغلب مداخلات رفتاری - شناختی بر روی بیماران دیابتی نوع یک صورت گرفته است این در حالی است که به نظر می رسد بیماران دیابتی نوع دو نیز به دلیل ارتباط نزدیک این بیماری با سبک زندگی می توانند از مداخله های رفتاری- شناختی که هدف آن شناسایی و اصلاح افکار و متعاقب آن هیجانات و رفتارهای ناکارآمد بیماران است، بهرمنند شوند . از اینرو پژوهش حاضر قصد دارد تا میزان اثر بخشی آموزش گروهی رفتاری - شناختی را بر روی شاخص های سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع دو بررسی کند.

1-3- اهمیت و ضرورت پژوهش

دیابت، بیماری مزمن و پیش رونده ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می شود. حتی اگر این بیماری کشنده نباشد می تواند ناتوانیهای دائمی به وجود آورد و باعث اختلال در اندامهای مختلف بدن شود. در اغلب بیماران دیابتی در طول دوره بیماری در فواصل متغیری، تغییرات پاتولوژیک رخ می دهد. این تغییرات بیشتر در سیستم عروقی می باشد. ولی در اعصاب، پوست و عدسی چشم نیز مشاهده می شود. علاوه بر عوارض مذکور بیماران دیابتی مستعد افزایش میزان بروز عفونت نیز می باشند. به بیانی ساده دیابت عامل عمده نابینایی در بزرگسالی، بیماری کلیوی پیشرفته که در نهایت به نارسایی کلیه و نیاز به پیوند کلیه منجر می شود و همچنین قطع عضو است. براساس آمارهای موجود در هر ۳۰ ثانیه یک پا به علت بیماری دیابت قطع می شود (نارین و همکاران، ۲۰۰۰).

تحرك بدنی کم، رژیم غذایی پرچربی و استرس که نتیجه شهر نشینی و صنعتی شدن جوامع امروزی است موجب افزایش شیوع این بیماری در سالهای اخیر شده است (دیویدسون^{۲۸}، ۲۰۰۰). با افزایش تعداد بیماران دیابتی هزینه های اقتصادی این بیماری از اهمیت ویژه بر خودار می شود.

دیابت و عوارض آن در حال حاضر بعد از اختلالات ذهنی پر هزینه ترین بیمارهای مزمن محسوب می شود. حتی از بیماریهایی چون سرطان و قلب و عروق نیز پر هزینه است (بلوم گاردن^{۲۹}، ۱۹۹۹).

تقریباً " سالانه نصف بیماران دیابتی ۶۵ ساله در بیمارستان بستری می شوند. هزینه های درمانی بیماران دیابتی را در امریکا در سال (۱۹۹۲) ۱۰۰ بیلیون دلار تخمین زده اند. این رقم شامل هزینه های مستقیم و غیر مستقیم است که صرف ناتوانی و مرگ زودرس می شود. در مطالعه ای دیگری که اخیراً صورت گرفته است هزینه های پزشکی مستقیم دیابت نوع دو را در ۸ کشور اروپایی ۲۹

²⁸ Davidson

²⁹ Bloomgardn

بیلیون یورو تخمین زده اند (هاسین و همکاران، ۲۰۰۷) متأسفانه تا کنون مطالعه جامعی در مورد هزینه های این بیماری در کشور ما صورت نگرفته است. این در حالی است که طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۰۱) با کنترل مطلوب دیابت می توان بیماریهای چشمی را تا ۷۶ درصد، بیماریهای سیستم عصبی را تا ۶۰ درصد، بیماریهای کلیوی را تا ۵۰ درصد و بیماریهای قلبی را تا ۳۵ درصد کاهش داد (قنبری، ۱۳۸۲).

بیماری دیابت در حقیقت یک بیماری خود مدیریتی است چنانچه بیمار نخواهد و یا قادر نباشد بیماری خود را کنترل کند به هیچ عنوان نمی توان به او کمک کرد (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶). ولی مسرعه ای که در این زمینه وجود دارد این است که از میان کسانی که سعی در کنترل دیابت خود دارند تنها تعداد معدودی می توانند قند خون را به سطح دلخواه برسانند و تنها ۵ درصد آنها می توانند قند خون خود را در این سطح حفظ کنند. البته این بدان معنی نیست که آنها به آموزشهایی در خصوص دیابت دسترسی نداشته و یا از فواید آن آگاه نیستند و یا آنکه دارای ویژگیهای شخصیتی مجزا و متمایز از بقیه بیمارانی دارند که قادرند دیابت خود را کنترل کنند. بلکه آنچه این امر را برای آنها مشکل می سازد نگرش منفی نسبت به دیابت همراه با احساس ناامیدی و خود اتریخشی پایین است. در واقع آنها باور ندارند که می توانند یکسری تغییرات رفتاری را که برای کنترل قند خون ضرورت دارد در خود ایجاد کنند. یکی از دلایل این امر این است که وقتی این افراد در کنترل قند خون خود شکست می خورند یکسری افکار منفی نظیر " من هرگز نخواهم توانست دیابتم را کنترل کنم " به آنها هجوم می آورد چنین افکاری موجب احساس های منفی چون ناکامی، خشم و ناامیدی و افسردگی می شود که نتیجه آن چیزی جز کاهش رفتارهای خود مراقبتی نیست و این چرخه و دور باطل همین طور ادامه می یابد. بنابراین اولین قدم برای افزایش رفتارهای خود مراقبتی که مهمترین بخش در درمان دیابت محسوب می شود شکستن این دور باطل است. برای این منظور می باید با