

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور تهران مرکز

دانشکده علوم انسانی

گروه علمی

پایان نامه

برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی عمومی

عنوان پایان نامه:

بررسی مقایسه ای حافظه کوتاه مدت و بلند مدت در بیماران مبتلا به دیابت شیرین نوع (II)

افراد سالم

استاد راهنما:

دکتر فرهاد شقاقی

استاد مشاور:

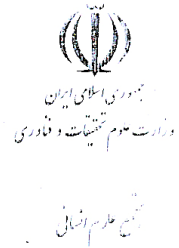
دکتر احمد علیپور

نگارش :

رقیه فتحی

خردادماه ۱۳۹۰

شماره:
تاریخ:
پیوست:



تصویب نامه

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی عمومی
رقیه فتحی شماره دانشجویی: ۸۷۰۰۰۶۰۴۷ شماره پروژه: ۵۰۸۱

تحت عنوان:

" بررسی مقایسه ای س حافظه کوتاه مدت و بلند مدت در بیماران

مبتلا به دیابت شیرین نوع ۲ افراد سالم "

تاریخ دفاع: ۹۰/۰۳/۰۸ ساعت: ۱۴/۳۰-۱۲/۳۰

نمره: ۱۹ نوزدهم درجه ارزشیابی: ع

هیات داوران:

امضاء	مرتبۀ علمی	نام و نام خانوادگی	داوران
		آقای دکتر فرهاد شفاقی	استاد راهنما
		آقای دکتر احمد علی پور	استاد مشاور
	دانشیار	آقای دکتر حسین زارع	استاد داور

تهران، خیابان استاد نجات
الهی، نرسیده به خیابان
کریمخان زند، چهارراه
سینسد، پلاک ۲۳۲
تلفن: ۸۸۸۰۱۰۹۰
دورنگار: ۸۸۸۹۰۵۳۶

تقدیم به :

همسر م بابک

و

پسر م کوشا

که شریک سختی های دوران تحصیل بودند.

سپاسگذاری

لازم می دانم از استاد عزیز جناب آقای دکتر فرهاد شقاقی به خاطر چیزهای زیادی که از ایشان یاد گرفته ام تشکر کنم. گشاده رویی و صبوری ایشان سختی های پژوهشی را برای من آسان نمود.

از استاد گرامی جناب آقای دکتر علیپور نیز به خاطر راهنمایی ها و مشارکت فعالشان در انجام تحقیق سپاسگذارم.

کمک های فکری همسرم دکتر بابک نیرومند در انجام و هم در طول نگارش پایان نامه برای من ارزشمند بود.

چکیده:

هدف: هدف از پژوهش حاضر مقایسه حافظه (کوتاه مدت، بلند مدت و بصری) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم می باشد. **روش:** روش پژوهش از نوع علی مقایسه‌ای است. جامعه آماری این تحقیق را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهرستان پارس آباد و روستاهای اطراف آن تشکیل می دهند. از بین این جامعه، ۴۰ نفر از بیماران مراجعه کننده به پزشکان متخصصین داخلی و پزشکان خانواده که در شهرستان پارس آباد و روستاهای اطراف آن مشغول طبابت بودند، انتخاب شدند و افراد عادی با این بیماران از نظر متغیرهای جمعیت شناختی هم‌تاسازی شدند و دو گروه با استفاده از پرسشنامه های جمعیت شناختی و حافظه وکسلر (WMS) مورد آزمون قرار گرفتند و برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و آزمون t گروه های مستقل استفاده شد. **یافته ها:** یافته ها نشان داد که بین بیماران دیابتی و افراد عادی در حافظه دراز مدت و حافظه بصری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$) اما این دو گروه در حافظه کوتاه مدت تفاوتی با هم نداشتند و تفاوت بین دو گروه معنادار نبود ($p > 0/01$). **نتیجه گیری:** این نتایج تاثیر بیماری دیابت در تغییرات شناختی را بخصوص در حافظه درازمدت و بصری، بیش از پیش برجسته می سازد. در واقع می توان گفت در اثر بیماری دیابت عملکردهای مختلف بدن بیمار با اختلال مواجهه می شود که عملکرد شناختی به خصوص حافظه، از آن جمله می باشد.

کلمات کلیدی: دیابت نوع ۲، حافظه دراز مدت، حافظه کوتاه مدت، حافظه بصری

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات تحقیق
۲	مقدمه
2	بیان مسئله
۵	اهمیت و ضرورت پژوهش
6	اهداف پژوهش
6	الف) هدف کلی
6	ب) اهداف اختصاصی
6	فرضیه های پژوهش
6	متغیرهای پژوهش
6	تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش
	فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق
9	مقدمه
9	دیابت
10	انواع دیابت
10	دیابت نوع I
10	دیابت نوع II
11	دیابت حاملگی
11	دیابت و اختلال در عملکرد شناختی
12	حافظه
۱5	حافظه کوتاه مدت
18	رمز گردانی
18	رمز گردانی شنیداری
18	رمز گردانی دیداری
19	دو نظام حافظه کوتاه مدت
19	ظرفیت محدود

20	تقطیع
20	بازیابی
21	حافظه بلند مدت
24	رمزگردانی معنایی
24	افزودن پیوندهای معنی دار
25	بازیابی
25	الگوهای بازیابی
25	اندوزش
27	رابطه بین دو نوع حافظه کوتاه مدت و حافظه بلند مدت
27	تفاوتهای حافظه کوتاه مدت و بلند مدت
27	انتقال از حافظه کوتاه مدت به حافظه بلند مدت
28	حافظه بصری
32	عوامل مؤثر در حافظه
32	مشکلات شناختی
33	اضطراب و استرس
33	توجه انحصار یافته
33	شرایط وابسته به حالت
34	سن
35	میزان اهمیت ادراکی از اطلاعات
35	شفاهی، کتبی یا ویژگی های غیرکلامی
36	فراموشی
36	عوامل هیجانی در فراموشی
38	پیشینه عملی و تحقیقاتی
38	دیابت
39	حافظه
40	حافظه کوتاه مدت
41	حافظه بلندمدت
42	حافظه بصری

فصل سوم: روش تحقیق

44	.....	مقدمه
44	.....	جامعه آماری
44	.....	حجم نمونه و روش نمونه گیری
44	.....	ابزارهای پژوهش
45	.....	روش تحقیق
46	.....	شیوه اجرای پژوهش
46	.....	روش تحلیل آماری

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

48	.....	مقدمه
48	.....	یافته های توصیفی
48	.....	جنسیت
49	.....	سن
49	.....	تحصیلات
50	.....	سابقه بیماری
50	.....	حافظه دراز مدت
51	.....	حافظه کوتاه مدت
52	.....	حافظه بصری
52	.....	تحلیل استنباطی

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

57	.....	مقدمه
57	.....	بحث در نتایج
60	.....	محدودیت های پژوهش
61	.....	پیشنهادات
62	.....	پیوست ها
79	.....	منابع

فهرست جداول

- جدول ۴-۱: میانگین تفاوت سنی دو گروه بیماران دیابتی و افراد عادی 49
- جدول ۴-۲: فراوانی سطح تحصیلات دو گروه بیماران دیابتی و افراد 49
- جدول ۴-۳: میانگین و انحراف معیار سابقه بیماری گروه دیابتی بر حسب سال 50
- جدول ۴-۴: نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات حافظه دراز مدت دو گروه بیماران دیابتی و افراد عادی 51
- جدول ۴-۵: نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات حافظه کوتاه مدت دو گروه بیماران دیابتی و افراد عادی 51
- جدول ۴-۶: نتایج میانگین و انحراف معیار نمرات حافظه بصری دو گروه بیماران دیابتی و افراد عادی 52
- جدول ۴-۷: نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری در متغیرهای مورد مطالعه 53
- جدول ۴-۸: خلاصه نتایج آزمون معنی داری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بر روی حافظه دراز مدت، کوتاه مدت و بصری دو گروه 54
- جدول ۴-۹: مقایسه دو به دو میانگین اختلافی حافظه بلندمدت، کوتاه مدت و حافظه بصری بین دو گروه بر اساس آزمون تعقیبی LSD 55

فصل اول

کلیات تحقیق

مقدمه

در پی صنعتی شدن کشورها در قرن ۲۱، افزایش امید به زندگی و تغییر شیوه زندگی، الگوی بیماری‌ها از بیماری‌های حاد به سمت بیماری‌های مزمن کشیده شده است. از جمله یکی از شایعترین و مهمترین آنها بیماری دیابت^۱ به عنوان یک اختلال داخلی است که بشر با آن روبروست. در حال حاضر دیابت در بیشتر کشورها تبدیل به بیماری همه‌گیر شده است (انجمن دیابت آمریکا^۲، ۲۰۰۵).

دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها محسوب می‌شود به خصوص اینکه بیماریهای قلبی- عروقی یکی از عارضه‌های بلند مدت است که در بین مبتلایان به دیابت شایع شده است (دیویدسون^۳، ۲۰۰۰). با افزایش تعداد بیماران دیابتی هزینه‌های اقتصادی این بیماری از اهمیت ویژه برخوردار می‌شود. دیابت و عوارض آن در حال حاضر بعد از اختلالات روانی از پرهزینه‌ترین بیماریهای مزمن محسوب می‌شود (حیدری و همکاران، ۱۳۸۷). دیابت در بسیاری از کشورها در سنین ۷۰-۲۰ سالگی علت اصلی کوری و سردسته علل قطع عضو و نارسایی مزمن کلیه محسوب می‌شود (هاریسون^۴، ۱۳۸۴). در اثر این بیماری، امید به زندگی در بیماران میانسال ۵ تا ۱۰ سال کاهش یافته و تعداد بیمارانی که به علت دیابت در بیمارستان بستری می‌شوند نسبت به سایر بیماری‌های مزمن ۲/۴ برابر بیشتر می‌باشد (جون^۵، ۱۳۸۱). در اثر بیماری دیابت عملکردهای مختلف بدن بیمار با اختلال مواجهه می‌شود که از آن جمله عملکرد شناختی به خصوص حافظه می‌باشد (سارافینو^۶، ۱۳۸۴).

بیان مسئله

دیابت نوع ۲ بیماری مزمن و غیر واگیرداری است که با ایجاد مشکل در سوخت و ساز گلوکز، چربی و پروتئین ظاهر شده و باعث صدمه به ارگانهای مختلف فرد مبتلا می‌شود و به عنوان یک بیماری شایع در هزاره‌ی سوم مطرح شده است (جون، ۱۳۸۱) و به دلایل متعددی از جمله شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری و هزینه‌های بسیار هنگفت توجه سیستم بهداشتی- درمانی را به خود معطوف نموده است (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۵).

1- diabet

2- american Diabetes Association

3- Davidson

4- Harison

5- Joun

6- Sarafino

دیابت یکی از علل شایع قطع عضو غیر تروماتیک اعضای تحتانی بدن مانند پاها و کلیه ها و همچنین نابینایی در افراد بالغ می باشد و با افزایش شیوع دیابت در سراسر جهان انتظار می رود که این بیماری همچنان یکی از علل اصلی بیماریزایی و مرگ و میر باقی بماند (عزیزی، ۱۳۸۸). بیش از ۱۷۱ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت هستند و پیش بینی می شود که این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر برسد (برونر و سودارت^۷، ۱۳۸۶). در ایران آمارها کاملاً متفاوت است. مرکز تحقیقات غدد درون ریز و متابولیسم دانشگاه شهید بهشتی تهران شیوع دیابت را ۲ تا ۱۰ درصد گزارش کرده اند. در حالی که معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شیوع آنرا ۲۳ درصد اعلام نموده است (بوترابی، ۱۳۸۱). یکی از عواملی که به نظر می رسد تاثیر زیادی در روند بهبودی نشان می دهد عملکرد شناختی و بالخصوص عملکرد حافظه بیماران دیابتی است. بدین ترتیب که عوارض مزمن دیابت سیستم- ارگان های زیادی را تحت تاثیر قرار می دهد. اکثر موارد ناتوانی و مرگ و میر ناشی از دیابت نیز به علت همین عوارض مزمن آن بوجود می آید و در میان این عوارض، نوروپاتی^۸ در ۵۰٪ افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ یا ۲ مزمن، ایجاد می شود که ممکن است بصورت پلی نوروپاتی^۹، منوروپاتی^{۱۰} (تظاهر یابد (کومار، لویی، بورلی^{۱۱}، ۲۰۰۹). همانند دیگر عوارض دیابت، ایجاد و پیشرفت نوروپاتی با مدت ابتلا به دیابت و سطح کنترل قند خون همبستگی دارد. در این شرایط هم فیبر های عصبی دارای غلاف میلین^{۱۲} و هم فیبر های بدون میلین^{۱۳} از بین می روند (همان منبع).

مکانیسم های احتمالی در ایجاد اختلال عملکرد شناختی در دیابت شامل هیپرگلیسمی مزمن، بیماری عروقی، اثرات تجمعی حملات کاهش قند خون و اثرات احتمالی مستقیم انسولین بر روی مغز است. در بیماری دیابت بار تجمعی قابل توجهی از بیماری عروقی مغزی وجود دارد که از عواملی مثل میکروآنژیوپاتی، افزایش چربی خون و تشدید عوامل خطر عروقی دیگر همچون فشار خون^{۱۴} بالا نتیجه می شود (فاوچی^{۱۵} و همکاران ۲۰۱۰). مکانیسم کلیدی دیگر دژنراسیون عصبی^{۱۶} در

^۷- Broner & soudres

^۸- neuropathy

^۹- poly neuropathy

^{۱۰}- monoropathy

^{۱۱}- komar & looi & Beverly

^{۱۲}- myelinated

^{۱۳}- unmyelinated

^{۱۴}- hypertension

^{۱۵}- Fauci

^{۱۶}- neurodegeneration

دیابت، می تواند خود انسولین بوده باشد که ممکن است سبب افزایش التهاب، استرس های اکسیداتیو، کاهش ترمیم عصبی شود (همان منبع). نتایج پژوهش ژولان، چاووی، ویبینگ و بیاو^{۱۷} (۲۰۱۰) نشان داد که بالا بودن مزمن قند خون، اختلال در سوخت و ساز گلوکز، تغییر علامت دهی انسولین در مغز و عوارض ثانویه به افزایش کورتیزول خون از عوامل موثر در اختلال عملکرد شناختی در دیابت نوع دو در نظر گرفته شده است. در پژوهش دیگر لانگ و برایت^{۱۸} (۲۰۰۶)، با بررسی حافظه بیماران دیابت نوع ۲ در گروه ۱۵ نفری و مقایسه آن با گروه بهنجار شامل ۱۵ نفر، نشان می دهند که حافظه بیماران دیابتی به ویژه در زمینه یادآوری خاطرات مثبت دچار آسیب بوده و در مقایسه با افراد سالم زمان طولانی تری را به بازیابی اطلاعات صرف می کنند. کوماری و مرموت^{۱۹} در طی پژوهشی که در سال ۲۰۰۵ انجام دادند به این نتایج دست یافتند که در یک دوره پیگیری ۵ ساله، کاهش در عملکرد کلی شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مقایسه با افراد بدون دیابت ۲/۶ برابر بیشتر بوده است و همچنین نشان دادند که دیابت نوع ۲ با عملکرد ضعیف در برخی از جنبه های شناخت در مردان و زنان میانسال همراه بوده است.

با توجه به اینکه عدم وخامت وضعیت سلامت بیماران مزمن و بهبود روز افزون آنان یک چالش مهم در افراد مبتلا به بیماری های مزمن بخصوص دیابت بوده و این بیماران در صورت عدم کنترل و پیروی از برنامه های درمانی گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری، تشدید ناتوانی، نیاز به درمان های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهند داشت، لزوم توجه به عوامل موثر در حفظ، کنترل و ارتقا سلامت جسمانی و روانی بیماران دیابتی احساس می شود. لذا در پژوهش حاضر در نظر است از بین عوامل مختلف موثر در حفظ سلامت و ارتقا بهداشت جسمانی و روانی، نقش حافظه به عنوان عامل فردی بیمار و از مولفه های پردازش شناختی اطلاعات را از طریق مقایسه عملکرد حافظه افراد دیابتی با افراد سالم مورد بررسی قرار گیرد. همچنین به این سوال پاسخ داده شود که آیا بین حافظه (کوتاه مدت، بلند مدت و بصری) مبتلایان به دیابت نوع ۲ و افراد سالم تفاوت وجود دارد یا خیر.

^{۱۷}- Zhaolan & Chaowei & Weibing and Biao

^{۱۸}- Leung & Bryant
Kumari & ^{۱۹}- Marmot

اهمیت و ضرورت پژوهش

بیماری قند هر سال علت مستقیم مرگ دهها هزار نفر در ایالات متحده آمریکا می باشد و در ایجاد مشکلات بهداشتی ناتوان کننده متنوعی دخالت دارد و هر سال علت غیرمستقیم حدود ۱۰۰/۰۰۰ مرگ است (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۵).

طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، در سال ۱۹۹۷ تعداد مبتلایان به دیابت ۱۲۴ میلیون نفر بود که در سال ۲۰۰۰ این تعداد به ۱۷۱ میلیون نفر رسیده و در صورت عدم بکارگیری راهبردهای مناسب، پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (آقا مولایی و همکاران، ۲۰۰۳). شیوع دیابت در کل جمعیت ایران در سال ۱۳۸۵، دو تا سه درصد و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورد شده که نشانگر وجود بالغ بر ۴ میلیون نفر بیمار دیابتی در ایران است (مروتی و روحانی، ۱۳۸۶). شایعترین نوع دیابت، دیابت نوع ۲ می باشد، که به طور تقریبی در میان ۹۰ درصد بیماران دیابتی رایج است (گاندر- فردریک، کارلس و کلارک، ۲۰۰۲). بیماری دیابت در ایجاد مشکلات بهداشتی ناتوان کننده متنوعی دخالت دارد که از آن جمله می توان نوروپاتی یا بیماری عصب، مشکلات بینایی، کلیوی، قانقاریا، بیماریهای قلبی و سکتته مغزی را نام برد (سارافینو، ۱۳۸۴).

نکته جالب توجه اینجاست که تعداد کمی از افراد مبتلا به دیابت در صورت کنترل بیماری پیروی از درمان و رژیم دارویی توصیه شده برای کنترل قندخون، جان خود را از دست می دهند (سانتیانو^{۲۱}، ۲۰۰۲). و یکی از عوامل اساسی که در کنترل بیماری نقش دارد عملکرد حافظه بیماران می باشد (بویر و پاهاریا^{۲۲}، ۲۰۰۸) که به نظر می رسد این عملکرد شناختی خود در اثر بیماری دیابت دچار عارضه شده و عملکرد حافظه افراد پایین می آید (ژولان، چاووی، ویبینگ و بیاو، ۲۰۱۰؛ لانگ و برایت، ۲۰۰۶؛ کوماری و مارموت، ۲۰۰۵)

با توجه به مطالب ذکر شده اهمیت رسیدگی به مقوله کنترل بیماری و پیروی بیمار از درمان به منظور جلوگیری از هزینه های قابل توجه درمان و میزان عوارض مرگ و میر ناشی از آن و بهبود جایگاه خدمات بهداشتی، درمانی احساس می شود و می توان با بررسی عوامل مؤثر گامی در جهت بهبود پیامدهای درمانی گذاشت. در این میان از شاخص های مؤثر بر پیامد درمانی، حافظه می باشد و از آنجایی که پژوهشی به مقایسه حافظه کوتاه مدت، بلند مدت و بصری بیماران دیابت نوع ۲ و

20- Gonder- Fredrick, Cox & Clarke

21 - Santiago

22 - Boyer& paharia

افراد سالم در غالب یک پژوهش صورت نگرفته است. امید است این پژوهش زمینه را برای انجام اقدامات لازم و مناسب در جهت آموزش، کنترل بهینه و کاهش عوارض دیابت فراهم آورده و از این طریق بتوان گامی مؤثر در جهت ارتقاء سلامت بهداشت و روان جامعه برداشت.

اهداف پژوهش

الف) هدف کلی

تعیین تفاوت حافظه کوتاه مدت و بلندمدت بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد سالم.

ب) اهداف اختصاصی

۱- تعیین تفاوت حافظه بلندمدت بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد سالم.

۲- تعیین تفاوت حافظه کوتاه مدت بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد سالم.

۳- تعیین تفاوت حافظه بصری بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد سالم.

فرضیه های پژوهش

۱- بین حافظه بلند مدت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

۲- بین حافظه کوتاه مدت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

۳- بین حافظه بصری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

متغیرهای پژوهش

متغیر مقایسه ای : حافظه کوتاه مدت، حافظه بلند مدت، حافظه بصری

متغیر مقوله ای : گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد بهنجار

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرهای پژوهش

تعریف مفهومی دیابت نوع ۲ : بیماری دیابت یکی از اختلالات داخلی است که معمولترین علایم آن عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون است که در اثر عدم تعادل بین ذخیره و تقاضای انسولین ایجاد می شود (دیماتئو^{۲۳}، ۱۳۸۸).

تعریف عملیاتی دیابت نوع ۲ : در این تحقیق منظور از دیابت نوع ۲ بیماری است که توسط پزشک متخصص و براساس سطوح گلوکز خون ناشتای بالاتر از ۱۲۶ mg/dl یا

^{۲۳} - Dimatteo

سطوح بالاتر از ۲۰۰ mg/dl دو ساعت بعد از آزمون تحمل خوراکی گلوکز تشخیص داده شود (رحیمیان، ۱۳۸۸).

تعریف مفهومی حافظه: توانایی احیاء تجربیات گذشته بر اساس پردازش ذهنی مسائل یاد گرفته شده توسط ثبت کردن، ذخیره سازی، یادآوری و بازشناسی می‌باشد (کرسینی، ۱۹۹۹).

تعریف عملیاتی حافظه: در این تحقیق منظور از حافظه نمره‌ای است که فرد در آزمون حافظه وکسلر (WMS) بدست می‌آورد.

تعریف مفهومی حافظه کوتاه مدت: حافظه‌ی کوتاه مدت حافظه‌ای است که معمولاً اطلاعات را حدود ۳۰ ثانیه نگه می‌دارد و ظرفیت آن ۲+۷ می‌باشد. در این انباره اطلاعات به صورت شنیداری رمزگردانی می‌باشد (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۴).

تعریف عملیاتی حافظه کوتاه مدت: در این تحقیق منظور از حافظه کوتاه مدت نمره‌ای است که فرد در آزمون حافظه وکسلر (WMS^{۲۴}) بدست می‌آورد.

تعریف مفهومی حافظه بلند مدت: حافظه‌ی بلند مدت با ظرفیت وسیع و توانایی ذخیره اطلاعات برای دوره بسیار طولانی و حتی شاید نامحدود است. در این انباره رمز گردانی به صورت معنایی انجام می‌شود (اتکینسون و همکاران، ۱۳۸۴).

تعریف عملیاتی حافظه بلند مدت: در این تحقیق منظور از حافظه بلند مدت نمره‌ای است که فرد در آزمون حافظه وکسلر (WMS) بدست می‌آورد.

تعریف مفهومی حافظه بصری: حافظه بصری یک ثبت کننده حسی دیداری است که اطلاعات را برای زمان بسیار کوتاهی در خود نگه می‌دارد. در این انباره اطلاعات به صورت تصویری ذخیره می‌گردد (استرنبرگ، ۱۳۸۷).

تعریف عملیاتی حافظه بصری: در این تحقیق منظور از حافظه بصری نمره‌ای است که فرد در آزمون حافظه وکسلر (WMS) بدست می‌آورد.

فصل دوم

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

مقدمه

در این فصل ابتدا به تعریف و توضیح در زمینه‌ای بیماری دیابت به عنوان یکی از شایعترین و مهمترین بیماریهای مزمن پرداخته شده و در ارائه تعریفی از انواع دیابت با توصیفی جامعتر به مبحث دیابت نوع II می‌پردازیم که در عین حال جمعیت بالینی پژوهش ما را به دلیل اهمیت و شیوع روز افزونش تشکیل می‌دهد. از آن جایی که یکی از مشکلات اساسی در زمینه بیماری دیابت عوارضی که در اثر این بیماری ایجاد می‌شود و یکی از مهمترین این عوارض اختلال در عملکرد شناختی به خصوص در زمینه حافظه می‌باشد. لذا در این قسمت ابتدا به ارائه مبانی نظری و عملی متغیر مقوله ای دیابت نوع ۲ می‌پردازیم و سپس متغیرهای مقایسه ای این پژوهش که عبارت اند از حافظه و انواع حافظه بلند مدت، کوتاه مدت و بصری با بیان پیشینه نظری و عملیاتی مرتبط با موضوع پژوهش ارائه می‌شود.

پیشینه نظری

دیابت

واژه دیابت قندی از دو جزء Diabetet به معنای سرچشمه و Mellitus به معنای شیرینی از زبان یونانی گرفته شده است. قدیمی‌ترین سند مکتوب شناخته شده که تاکنون درباره این بیماری بدست آمده، اطلاعاتی است که در پاپيروس های مصر باستان نوشته شده و ابرس^{۲۵} آنها را در سال ۱۸۸۲ خواند و بنام پاپيروس های ابرس مشهور است. این پاپيروس ها بیماری مستقلی را توضیح می‌دهند که با نشانه های پرنوشی^{۲۶} و پرادراری^{۲۷} تظاهر می‌کند و منجر به لاغری شدید و در نهایت منجر به مرگ می‌شود. پیشرفت زیادی در زمینه شناخت دیابت از ادوار گذشته صورت گرفت تا اینکه در نهایت در قرن ۱۷ افتخار تشخیص دیابت نصیب یک پزشک انگلیسی بنام توماس ویلیس^{۲۸} گردید (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۵).

²⁵ - Ebres

²⁶ - Poly Dyspsia

²⁷ - Poly Urae

²⁸ - Thomas Willis

بیماری دیابت ملیتوس که بعضی اوقات به اپیدمی خاموش^{۲۹} تعبیر می‌شود عبارت است از یک گروه ناهمگن از بیماری‌های سوخت و ساز که مشخصه آنها افزایش میزان قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین که در نتیجه وجود نقایصی در ترشح انسولین یا هر دوی این موارد ایجاد می‌شود. انسولین هورمون تولیدی سلولهای بتای جزایر لانگرهانس در لوزالمعده است که برای سلولهای بدن به منظور سوخت و ساز گلوکز جریان خون ضروری است (جون، ۱۳۸۱).

انواع دیابت

سازمان بهداشت جهانی^{۳۰} (۲۰۰۳) چهار نوع عمده دیابت را مشخص کرده است که عبارتند از دیابت نوع I، دیابت نوع II، دیابت حاملگی و دیابت وابسته به نوع دیگر.

دیابت نوع I

دیابت نوع I، نوعی بیماری است که با شروع زود هنگام رابطه دارد به طوری که در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان جوان تشخیص داده می‌شود. در این نوع دیابت سلولهای ایمنی به سلولهای ترشح کننده انسولین در لوزالمعده حمله می‌کنند و آنها را تخریب می‌کنند. در نتیجه لوزالمعده انسولین تولید نکرده یا مقادیر ناچیزی تولید می‌کند. شناسایی مناسب قند خون، برای پیشگیری از آغاز انواعی از عوارض کوتاه مدت ضروری است و یکی از پر استفاده‌ترین شاخص‌های کنترل قند خون بیمار، آزمون سنجش هموگلوبین یا ماده قرمز خون (HbA1c) است که سطوح متوسط قند خون به مدت دو تا سه ماه قبل را منعکس می‌سازد (درمن^{۳۱} و همکاران، ۱۹۹۵).

دیابت نوع II

دیابت نوع II، به عنوان دیابت غیر وابسته به انسولین^{۳۲} شناخته می‌شود که به طور تقریبی در میان ۹۰ درصد بیماران دیابتی رایج است (گاندر- فردریک، کاکس و کلارک^{۳۳}، ۲۰۰۲). مقاومت نسبت به انسولین و اختلال در ترشح آن، دو مشکل عمده در ارتباط با دیابت نوع II می‌باشد. نیمی از بیماران دچار دیابت نوع II با علایم کلاسیک پرادرای، پرنوشی،

²⁹ - silent epidemic

³⁰ - world Health Organization

³¹ - Derman

³² - noninsulindependent diabetes melitus

³³ - Gonder Fredrick, Cox, Clarke