

رویکردهای نوین آموزشی  
دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان  
سال ششم، شماره ۱، شماره پیاپی ۱۳، بهار و تابستان ۱۳۹۰  
ص ۶۱-۷۴

## بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر علائم اختلال جسمانی کردن بیماران دیابتی

محمد امیری، کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان\*  
Salarkhan61@yahoo.com  
اصغر آقایی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان  
احمد عابدی، استادیار دانشگاه اصفهان

### چکیده

هدف پژوهش، تعیین اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر علائم اختلال جسمانی کردن بیماران دیابتی بود. روش پژوهش آزمایشی و جامعه آماری شامل ۲۶۳۰ نفر بیماران دیابتی مؤسسه خیریه دیابت اصفهان بود که از میان آن‌ها ۱۶ زن و ۱۴ مرد به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند و پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی را قبل و پس از مداخله تکمیل کردند. در هر گروه ۸ زن و ۷ مرد بودند. گروه آزمایش، آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس را طی ۶ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای با میانگین فاصله زمانی جلسات ۶ روز دریافت کرد و گروه گواه این آموزش را دریافت نکرد. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مزبور موجب کاهش معناداری در میانگین نمره‌های علائم جسمانی کردن گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است ( $P < 0/001$ ). بنابراین، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای بهبود علائم جسمانی کردن بیماران دیابتی به کار رود.

**واژه‌های کلیدی:** ایمن‌سازی در مقابل استرس، دیابت، علائم جسمانی کردن

---

\* نویسنده مسئول



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

## مقدمه

امروزه استرس به عنوان یک عامل خطرزا برای سلامتی مورد توجه است. مطالعات متعدد نشان داده است که افراد با استرس بالا در هر دو سطح جسمانی و روانی شکایات بیشتری را مطرح نموده‌اند. برنامه‌هایی که مستقیماً مرتبط با استرس تنظیم شده باشند، اثربخش هستند (پرالتا، رامیرز، روبلز، ناواریت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

در طول دهه‌های گذشته، جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، زیرا که دیابت به عنوان یکی از پرزحمت‌ترین بیماری‌های مزمن از لحاظ هیجانی و رفتاری به شمار می‌آید (عدیلی، لاریجانی و حقیقت پناه، ۲۰۰۶). در حالی که انگیزش بیمار نقش اساسی در مدیریت بیماری دیابت دارد، افراد دارای سلامت روان‌شناختی ضعیف، انگیزه و قدرت هیجانی کافی برای مدیریت دیابت خود را ندارند. سازگاری روانی - اجتماعی یک عامل و در عین حال نتیجه مهم مراقبت از دیابت، از هر دو جنبه کیفیت زندگی و تأثیرات درمانی است (اسنوک و اسکینر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶).

عوامل اجتماعی و روانی نه تنها بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند، بلکه اغلب در مشخص شدن نتیجه مقابله با یک بیماری مزمن نقش ایفا می‌کنند، مخصوصاً در مراقبت از دیابت که تا حد زیادی به عوامل روانی - اجتماعی فرد برای مدیریت این بیماری و دستیابی به کنترل مناسب وابسته است (کنت، هاس، لاند، لین و همکاران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

بیماری‌هایی از قبیل بیماری‌های قلبی، فشار خون بالا، بیماری‌های گوارشی، دیابت؛ بیماری‌های پوستی و انواع دیگر بیماری‌ها. البته، می‌توان گفت رابطه استرس و بیماری یک رابطه دوطرفه تعاملی است؛ بدین معنی که بیماری‌های جسمی نیز به نوبه خود؛ به ویژه اگر به صورت مزمن درآمده باشند؛ از استرس‌ها و حوادث مهم زندگی به شمار می‌آیند (پاورز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵).

1- Peralta- Ramirez, Robles, Navarrete

2- Snock & Skinner

3- Kent, Haas, Randa & Lin

4- Powers

روبه رو شدن با یک بیماری مزمن، برای همه افراد خانواده موقعیت سختی را ایجاد می‌کند، زیرا وفق دادن خود با شرایط جدید زندگی اغلب مشکل بوده، به زمان نیاز دارد (هاناس، ۱۳۸۵). علاوه بر این، در هر دوره زمانی مشخصی، حدود ۵۰ درصد افراد جامعه به یکی از انواع بیماری‌های مزمن مبتلا هستند (تیلور، ۲۰۰۳). این موضوع اهمیت آموختن روش‌های مقابله با استرس ناشی از ابتلا به این بیماری‌ها را مضاعف می‌کند. بنابراین، لازم است علاوه بر اجرای دستورالعمل‌های درمانی، به مدیریت جنبه‌های اجتماعی و روان‌شناختی زندگی با یک بیماری مزمن نیز پرداخته شود (نیومن، استید و مولیگان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

در پژوهش سورویت و همکاران<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) ضمن اندازه‌گیری میزان HbA1c خون، ۷۲ نفر از داوطلبان دیابتی (نوع ۲) اضطراب حالت صفت<sup>۳</sup>، استرس ادراکی و سلامت عمومی به عنوان متغیرهای وابسته و شاخص توده بدنی<sup>۴</sup> (BMI)، رژیم دریافتی و وضعیت فعالیت‌های روزانه‌شان نیز تحت کنترل قرار گرفت. در گروه آزمایش علاوه بر آموزش‌های عمومی دیابت، مدیریت استرس شامل آموزش آرام‌سازی عضلانی پیش رونده و برخی آموزش‌های رفتاری و شناختی دیگر نیز اجرا شد. نتایج این پژوهش نشان داد تأثیرات مداخله در آزمون‌های پیگیری ر فاصله‌های زمانی ۲، ۴، ۶ و ۱۲ ماه پس از اجرای پژوهش پایدار بوده و تأثیر مثبتی بر کنترل متابولیک و علائم جسمانی کردن شرکت‌کنندگان داشته است، اما این پژوهش نتوانست نشان دهد چه افرادی از مدیریت استرس بیشتر سود می‌برند.

وندرون و همکاران (۲۰۰۵)، تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی را بر پیامدهای مختلف درمانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ مورد بررسی کردند و پس از مداخله، میزان خودکارآمدی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنادار داشت. میزان افسردگی و ناراحتی‌های مربوط به دیابت نیز در آنها به طور معناداری کاهش یافت، ولی تفاوت معناداری بین میزان قند خون آنها با گروه کنترل مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه اسنوک و همکاران (۲۰۰۱)، همین روش درمانی تأثیر معناداری را بر کاهش قند

1- Newman, Steed & Mulligan

2- Surwit

3- State- trait anxiety

4- Body Mass Index

خون در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ بر جای گذاشت. وندرن و همکاران (۲۰۰۵)، مؤثر نبودن مداخله خود بر کنترل قند خون را به کوتاه بودن مداخله و عدم تطبیق آن با نیازهای فردی بیماران شرکت‌کننده در مطالعه نسبت می‌دهند.

متأسفانه، برخی از بیماران به علت استرس ناشی از اجبار به رعایت رژیم‌های غذایی خاص و اطلاع از عوارض دیابت با شیوه‌های منفی به انکار بیماری دیابت خود پرداخته، با برجسته کردن سایر علائم جسمانی خویش آن را به سایر بیماری‌های قابل درمان، مثل بیماری‌های گوارشی و کلیوی مرتبط می‌دانند. این افراد در حالتی خفیف‌تر از دستوره‌های درمانی پیروی نمی‌کنند؛ غافل از اینکه در درمان دیابت، یکی از مهمترین عوامل مؤثر، پیروی از درمان است. به گونه‌ای که بین میزان پیروی از درمان و کنترل متابولیک مطلوب قند خون همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (کیتزلر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷).

پرآلتا و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای علامت‌شناسی حالت روانی طبیعی افراد سالمی را که در معرض استرس بالا قرار گرفته بودند، بررسی کرده و برنامه‌های مدیریت استرس را برای این افراد اثربخش توصیف نموده‌اند، ولی تحقیقات آنها نشان نداد که آیا این نوع درمان بر نشانه‌شناسی جسمانی افراد سالم تأثیر داشته است یا نه. انصاری (۱۳۸۵) و اکبری‌پور (۱۳۸۵) با اجرای روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه مایکنبام بر روی بیماران مبتلا به فشارخون و بیماری عروق کرونری قلب به نتایج مشابهی از کاهش معنادار میزان علائم اختلال جسمانی کردن گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به ترتیب با ( $p < 0/006$ ) و ( $p < 0/005$ ) دست پیدا کردند. محرابی (۱۳۸۶) نیز در پژوهش خود، تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی- رفتاری را بر کنترل قند خون، افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابتی بررسی کرد. پس از مداخله، میانگین نمره‌های HbA1c، افسردگی و استرس آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به طور معناداری کاهش یافت، ولی این معناداری در مورد اضطراب، صادق نبود. در ضمن، اثرهای مشاهده شده درباره افسردگی و استرس، سه ماه پس از مداخله به قوت خود باقی ماند.

در مجموع، برخی تحقیقات نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی مبتنی بر اصول شناختی- رفتاری و مدیریت استرس بر حالات روان‌شناختی بیماران دیابتی در کشورهای مختلف به صورت معناداری مؤثر است و مخصوصاً کاربرد این روش‌ها باعث بهبود در حالات افسردگی و اضطراب و علائم جسمانی کردن در این بیماران می‌شود، ولی نتایج همه پژوهش‌های انجام شده در این زمینه مؤید این تأثیر نیستند و به علت تناقضات و ابهامات موجود، نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر و دقیقتر به، خصوص در کشورهایی، همچون ایران که شیوع بالای دیابت را دارند، وجود دارد. از طرف دیگر، پژوهشی که تأثیر روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه می‌کنبام را بر روی علائم جسمانی کردن بیماران دیابتی در ایران نشان دهد، وجود نداشت، لذا تصمیم گرفته شد تا مشخص شود آیا آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کاهش علائم جسمانی کردن در بیماران مبتلا به دیابت تأثیر دارد؟

## روش

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی است و طرح تحقیق به روش دو گروهی از نوع گروه آزمایش و گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. در این پژوهش، روش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه گروهی بر روی گروه آزمایش که شامل مردان و زنان بود، اجرا شد، در حالی که این روش بر روی گروه کنترل اجرا نشد. نمونه آماری در این پژوهش در ابتدا ۴۰ بیمار مبتلا به بیماری دیابت بودند که به صورت تصادفی سیستماتیک از جامعه آماری ۲۶۳۰ نفره گزینش شدند. با توجه به احتمال ریزش در افراد گروه، برای هر گروه (گروه آزمایشی و گروه کنترل) تعداد ۲۰ نفر در نظر گرفته شد که هر گروه شامل ۱۰ مرد و ۱۰ زن بود که به صورت تصادفی گزینش شدند. در طی اجرای مداخله درمانی بر روی گروه آزمایشی ۳ مرد و ۲ زن در برخی جلسات به دلیل مشکلات شخصی در برنامه آموزشی شرکت نکردند. بنابراین به علت وجود ۵ نفر ریزش در گروه آزمایشی برای رعایت تساوی در حجم گروه‌های آزمایشی و کنترل، ۵ نفر از افراد گروه کنترل (۳ نفر مرد و ۲ نفر زن) که نمره‌هایی معادل با افراد حذف شده از گروه آزمایش داشتند، به صورت هم‌تاسازی حذف

شدند. از سوی دیگر، با توجه به توان آزمون که مطابق جدول شماره ۱ (ردیف گروه شاخص توان آزمون) ۹۲٪ بود، حجم نمونه مناسب بوده است (مولوی، ۱۳۸۸). محدوده سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش بین ۲۰ تا ۶۹ سال بود. افراد هر دو گروه از مراقبت‌های معمول پزشکی نیز همزمان با اجرای مداخله استفاده می‌کردند.

**ابزار پژوهش:** ابزار مورد استفاده در این پژوهش برای جمع‌آوری و بررسی داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) است که توسط گلدبرگ<sup>۱</sup> و هیلر<sup>۲</sup> (۱۹۷۹) تدوین شده است. در ایران نیز مولوی (۲۰۰۴) با انجام تحقیقی بر روی ۱۱۶ دانشجوی ایرانی و تحلیل عوامل سؤال‌ها به همان چهار فاکتور اصلی پیشنهاد شده از سوی گلدبرگ و هیلر دست یافت. ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش و یعقوبی (۱۳۸۶) نیز ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی در جمعیت ایرانی را بررسی نمودند. در نتیجه، با تحلیل عوامل چهارگانه در GHQ-28 که سه عامل اول بیشترین مقدار واریانس را تبیین می‌نمود، با نقطه برش بالینی، حساسیت، ویژگی، خطای کلی طبقه‌بندی به ترتیب ۲۴، ۰/۸۰، ۰/۹۹ و ۰/۱۰ به دست آمد. همچنین، ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ ضریب پایانی تنصیف ۰/۹۰، آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و بهترین نقطه برش بالینی این پرسشنامه ۲۴ است که شاخص‌های روان‌سنجی بالایی را دارد. روایی ملاک، روایی سازه و ضرایب پایایی به دست آمده تحقیق ایشان، نشان می‌دهد پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) یکی از معتبرترین آزمون‌های سرند سلامت عمومی است. در این پژوهش، منظور از علائم جسمانی نمره خام شرکت‌کنندگان در زیر مقیاس علائم جسمانی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 است که سؤال‌های ۱ تا ۷ این پرسشنامه را در برمی‌گیرد. علت انتخاب یک زیرمقیاس از پرسشنامه سلامت عمومی، چنانکه در قسمت ابزار پژوهش توضیح داده شد، نتیجه‌بخش بودن استفاده از این پرسشنامه در تحلیل هر یک از زیرمقیاس‌های چهارگانه آن است (مولوی، ۲۰۰۴). بنابراین استفاده از نتایج یک زیرمقیاس برای پژوهش کافی است. علاوه بر این، با توجه به این موضوع

---

1- Goldberg

2- Hillier

که در پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس جسمانی کردن نمره‌های بالاتری آورده بودند، در این پژوهش صرفاً مقیاس جسمانی کردن بررسی شد.

همچنین، یک مصاحبه تشخیصی به وسیله روانپزشک براساس (DSM-IV) انجام گرفت که بیانگر وجود علائم اختلال جسمانی کردن در آزمودنی‌ها بود.

ملاک‌های ورودی شامل بیمار دیابت که واجد خصوصیات تشخیصی بیماران دیابتی بوده، در مرکز بهداشتی درمانی مؤسسه خیریه دیابت اصفهان صاحب پرونده باشد، حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 داشته و نیز دست کم یک سال از تشخیص قطعی دیابت او گذشته باشد.

**تجزیه و تحلیل داده‌ها:** اطلاعات خام حاصل از این پژوهش به وسیله نرم‌افزار SPSS-10 در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده است. ابتدا با استفاده از روش کواریانس اثر متغیرهای کنترل از روی متغیرهای وابسته برداشته گردید و سپس دو گروه با توجه به نمره‌های باقیمانده با هم مقایسه شدند.

**شیوه اجرا:** پس از انجام نمونه‌گیری، در ابتدای مردادماه ۱۳۸۸ از همه اعضای انتخاب شده برای پژوهش برای اجرای پیش‌آزمون در یک جلسه واحد شد. در این جلسه همه اعضا به سؤال‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پاسخ دادند که در انتهای جلسه، افراد انتخاب شده به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند.

بر اساس این تقسیم‌بندی افراد گروه آزمایش طی شش جلسه (هفته‌ای یک جلسه) آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس را که به صورت گروهی ارائه می‌شد، دریافت کردند که با توجه به اینکه مایکنام (۱۹۸۶) تعداد جلسات لازم برای اجرای آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس را با توجه به نیازهای جامعه هدف از یک جلسه یک ساعته آماده‌سازی بیمار برای عمل جراحی تا چهل جلسه یک ساعته برای درمان دردهای مزمن متفاوت بیان کرده است، بنابراین، با توجه به بررسی‌های انجام شده و میزان آمادگی گروه آزمایش برای حضور مستمر در جلسات، تعداد جلسات شش جلسه در نظر گرفته شد و مدت هر جلسه تقریباً ۱۰۰ دقیقه بود.



یک هفته پس از جلسه آموزش ششم، گروه آزمایش و گروه کنترل برای انجام پس‌آزمون برای پاسخگویی مجدد به سؤال‌های پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) دعوت شدند و به سؤال‌های پرسشنامه پاسخ دادند. به علت اینکه بعضی از آزمودنی‌ها به سبب مشکلات شخصی قادر به حضور در جلسه پس‌آزمون نبودند، افراد باقیمانده به صورت انفرادی در ۲ روز پس از اجرای پس‌آزمون، برای انجام پس‌آزمون مراجعه کردند.

در این پژوهش، منظور از آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، برنامه درمانی شش جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای است که بر مبنای روش ایمن‌سازی در مقابل استرس طراحی شده است.

محتوای شش جلسه آموزشی به این شرح است:

جلسه اول: مفهوم‌سازی مجدد مشکل، توصیف استرس، علائم، تأثیر آن در ایجاد بیماری دیابت، توضیح نقش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس برای کنترل بهتر استرس و کاهش علائم بیماران و تعیین تکالیف خانگی.

جلسه دوم: آموزش تن آرام‌سازی با استفاده از لوح فشرده صوتی و بدون استفاده از لوح فشرده صوتی و تعیین تکالیف خانگی و تمرین تن آرام‌سازی در خانه.

جلسه سوم: آشنایی با مفاهیم شناختی و نقش افکار در ایجاد استرس و ارتباط افکار با احساسات و رفتار و شناسایی آنها، تمرین تن آرام‌سازی در جلسه، تعیین تکالیف خانگی و تمرین تن آرام‌سازی در خانه.

جلسه چهارم: چالش با افکار استرس‌زا و آزمون افکار منفی، آموزش خودگویی و شناسایی نقش خودگویی‌های منفی در ایجاد استرس، تمرین تن آرام‌سازی در جلسه، تعیین تکالیف خانگی و تمرین تن آرام‌سازی در خانه.

جلسه پنجم: تمرکز فکر و فنون توجه برگردانی و پرت کردن حواس از موضوع‌های استرس‌آور حل ناشدنی؛ به علاوه آموزش حل مسأله، تمرین تن آرام‌سازی در جلسه، تعیین تکالیف خانگی و تمرین تن آرام‌سازی در خانه.

جلسه ششم: تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل و تأکید بر لزوم به کارگیری این مهارت‌ها در هنگام برخورد با موقعیت‌های استرس‌زا برای کاهش نشانه‌های بیماری.

### یافته‌های پژوهش

هر یک از گروه‌ها شامل ۷ نفر مرد و ۸ نفر زن دیابتی با تحصیلات دیپلم بودند. میانگین سنی گروه آزمایش ۳۵/۵ سال با ۴ نفر متاهل و ۱۱ نفر مجرد و میانگین سنی گروه گواه ۴۰ سال با ۱۴ نفر متاهل و ۱ نفر مجرد بود.

با عنایت به اینکه هدف پژوهش تعیین میزان تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران دیابتی بود و به علت تعداد کم آزمودنی‌ها بر حسب جنس تحلیل به صورت کلی برای هر دو جنس یکجا انجام شد.

جدول ۱: اطلاعات میانگین و انحراف معیار نمره جسمانی کردن در گروه‌های آزمایش و گواه

گواه		آزمایش		
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	شاخص آماری
۷/۳۶	۷/۶۲	۳/۶	۷/۹	میانگین
۳/۲۹	۴/۱۳	۱/۴۹	۱/۷۵	انحراف معیار

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تفاوت نمره‌های پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل

در خرده مقیاس جسمانی کردن (نمره‌های پس آزمون)

توان آزمون	ETA	سطح معناداری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	شاخص منابع تغییرات
%۶۰	%۱۹	۰/۰۱۷	۶/۴۲	۵۴/۱۷	۱	۵۴/۱۷	پیش‌آزمون (کواریت متغیر همپراش)
%۹۲	%۳۱	۰/۰۰۱	۱۲/۵۴	۱۰۵/۸۱	۱	۱۰۵/۸۱	گروه
				۸/۴۳	۲۷	۲۲۷	خطا

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد با همراه کردن متغیر پیش آزمون (متغیر همپراش) بین دو گروه آزمایش و کنترل در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس، نتیجه گرفته می‌شود روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس در کاهش علائم جسمانی کردن بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر علائم اختلال جسمانی کردن بیماران دیابتی بود. لذا نتایج پژوهش نشان داد نمره‌های علائم جسمانی کردن بیماران حاضر در گروه درمانی به صورت معناداری کمتر از نمره‌های باقیمانده علائم جسمانی کردن گروه کنترل است. با توجه به بالا بودن میزان این تأثیر، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس به صورت معناداری علائم جسمانی کردن را در بیماران دیابتی کاهش می‌دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش انصاری (۱۳۸۵)؛ عدیلی، لاریجانی و حقیقت پناه (۲۰۰۶) و اکبری‌پور (۱۳۸۵) همخوانی دارد.

انصاری (۱۳۸۵) با اجرای روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه مایکنبام بر روی بیماران مبتلا به فشار خون با یک گروه آزمایش ( $n=14$ ) و یک گروه کنترل ( $n=14$ ) به نتایج مشابهی از کاهش علائم اختلال جسمانی کردن با ( $p < 0/006$ ) دست یافت. اکبری‌پور (۱۳۸۵) نیز با اجرای روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه مایکنبام بر روی بیماران عروق کرونری قلب با یک گروه آزمایش ( $n=14$ ) و یک گروه کنترل ( $n=14$ )، به نتایج مشابهی از کاهش علائم اختلال جسمانی کردن با ( $p < 0/005$ ) دست یافت. در مورد اثربخشی این مداخله بر کاهش علائم جسمانی کردن بیماران دیابتی می‌توان چنین استنباط نمود: شناسایی علائم استرس و توانایی کاهش این علائم و همچنین، افزایش و بهبود سلامت عمومی افراد از طریق کاهش حالتهای روان‌شناختی منفی می‌تواند باعث شود که علائم جسمانی کردن که در واقع تظاهراتی از عوامل روان‌شناختی در فرد است با بهبود حالت‌های روان‌شناختی در او، کاهش پیدا می‌کند.

درباره این موضوع می‌توان گفت: با توجه به اینکه آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به بیماران دیابتی، آنها را با نحوه تأثیر استرس بر خودشان آشنا می‌سازد، به آنها یاد می‌دهد که به موقعیت‌های استرس‌زا به صورت مسائلی قابل حل نگاه کنند و نیز روش‌های مختلف رویارویی و مدیریت مؤثر آنها به بیماران دیابتی نشان داده می‌شود.

پذیرش این باور که مسائل استرس‌زا حل شدنی‌اند، باعث می‌گردد که آنها احساس کنترل بیشتری بر محیط پیرامون خود داشته باشند، در برخورد با چنین موقعیت‌هایی آنها را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کنند، هنگام مواجهه با موقعیت‌های مذکور با داشتن مهارت‌های مقابله‌ای کارآمدتر بتوانند به صورت مؤثرتری آنها را حل کنند و از عوارض روان‌شناختی منفی که بر اثر مقابله ناکارآمد با موقعیت‌های استرس‌زا در فرد ایجاد می‌شود، ایمن باشند. همین امر باعث ایجاد آرامش در بیماران دیابتی می‌شود که می‌تواند علائم اختلال جسمانی کردن در آنها را کاهش دهد.

همچنین، در این مداخله با یادگیری تأثیر استرس در ایجاد علائم جسمانی، رفتاری و شناختی، کمک به افراد در شناسایی علائم استرس، شرکت‌کنندگان دریافته‌اند که بسیاری از علائم جسمانی که آنها هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا تجربه می‌کنند، ناشی از استرس هستند که علائمی طبیعی هستند و در صورت کنترل، این نشانه‌ها می‌توانند از تشدید و تأثیر آنها در ایجاد یک عدم تعادل در سیستم تنظیم قند خون بدنشان جلوگیری کنند و علاوه بر این، کاربرد روش‌های ایمن‌سازی در مقابل استرس در زندگی روزمره و دریافت پسخوراند مثبت از کاربرد آنها، باعث افزایش سلامت عمومی و کاهش علائم جسمانی کردن در بیماران دیابتی می‌گردد.

بنابراین، آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفیدی در کنار سایر روش‌های درمان و آموزش، برای بهبود سلامت عمومی و کاهش علائم اختلال جسمانی کردن بیماران دیابتی به کار رود.

## منابع

- ابراهیمی، امراله؛ مولوی، حسین؛ موسوی، سیدغفور؛ برنامش، علیرضا. و یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی، **مجله تحقیقات علوم رفتاری**، ۵(۱)، ۹-۱۲-۵.

اکبری، سحر. (۱۳۸۵). **اثر بخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران عروق کرونری قلب شهر اصفهان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، (چاپ نشده). دانشگاه اصفهان.

انصاری، فریماه. (۱۳۸۵). **بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشارخون شهر اصفهان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده). دانشگاه اصفهان: دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

ثنائی، باقر. (۱۳۶۲). **روان‌درمانی و مشاوره گروهی**، تهران: انتشارات چهر.

دلاور، علی. (۱۳۸۰). **روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی**. ویرایش سوم، تهران: موسسه نشر دانش.

سارافینو، ادوارد، پ. (۱۳۸۴). **روان‌شناسی سلامت**، ترجمه گروهی از مترجمان؛ زیر نظر الهه میرزایی، تهران: انتشارات رشد.

گال م.، بورگ و.، و گال، ج. (۱۳۸۲). **روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی**. جلد ۱، ترجمه احمد رضا نصر و دیگران، تهران: سمت. مایکنام، دونالد. (۱۳۸۸). **راهنمای عملی SPSS**. تهران: انتشارات رشد.

محرابی، علی. (۱۳۸۶). **اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر کنترل قند خون و تغییر بعضی شاخص‌های سلامت روان در بیماران دیابت نوع ۱**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران.

مولوی حسین. (۱۳۸۶). **راهنمای عملی ۱۰-۱۳-۱۴ SPSS در علوم رفتاری**، اصفهان: انتشارات پویش اندیشه.

هاناس، راگنار. (۱۳۸۵). **دیابت وابسته به انسولین در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان**، ترجمه امیر کامران نیکوسخن و معصومه اقبال‌جو، تهران: نشر آبی.

یعقوبی، نورالله. (۱۳۷۵). **بررسی همه‌گیرشناسی اختلالات در مناطق شهری و روستایی و صومعه‌سرای گیلان**، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده. انستیتو روان‌پزشکی ایران.

- Adili, F., Larijani, B., & Haghigatpanah, M. (2006). *Diabeti patient: Psychological spectis*. Annals New York Academy of Sciences, 1084, 329-349.
- American Diabetes Association. (2008). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 31, (1), 315-358.
- Feldman. S, R. (2002). *Understanding psychology*, (6 Ed). New York: McGrow-Hill.
- Gatchel, R. M. Baum, A., & Krantz, D. S. (1989). *Health Psychology*, (2 ed). New York: Mc Grow-Hill.
- Goldberg, D. P., & Hiller, V. F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Kent, D., Haas, L., Randal, D., Lin, E., Thorpe, C. T., Boren, S. A., Fisher, J., Heins, J., Lustman, P., Nelson, J., Ruggiero, L., Wysocki, T., Fitzner, K., Sherr, D., & Martin, A. L. (2010). Healthy coping: Issues and implications in diabetes education and care source: *Population Health Management*. 13, (5), 227-233.
- Kitzler, T. M., Bachar, M., Skrabal, F., & Kotanko, P. (2007). Evaluation of treatment adherence in type 1 diabetes: A novel approach. *European Journal of Clinical Investigation*, 37, 207-213.
- Meichenbaum, D. (1986). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Meichenbaum, D., & Genest, M. (1980). *Cognitive behavior modification*. New York: Guilford press.
- Molavi, H. (2004). Reliability factor structure and validity of General Health Quest. Iranian Scholars. *Journal of Pakistan Psychological Research*. 17, 3-4.
- Newman, S., Steed, L., & Mulligan, K. (2004). Self-management interventions for chronic illness. *Lancet*, 364, 1523-37.

- Peralta-Ramirez, MI., Robles- Ortega, H., & Navarrete- Navarrete. (2009). Effectiveness of stress management therapy in two populations with high stress: Chronic patients and healthy people. *Salud Mental*, 32, (3): 251-258.
- Powers, A. C. (2005). Psychoneuroendocrine effects of cognitive-behavioral stress management in anaturalistic settin- a randomized controlled trial. Diabetes mellitus, In L. D. Kasper (Ed in chief): Harrison's principles of internal medicine. McGraw-Hill. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 428-438.
- Snoek, F. J., & Skinner, T. C. (2006). Psychological aspects of diabetes management. *Medicine*, 34; 2, 61-63.
- Snoek, F. J., Van der Ven, N. C. W., Lubach, C. H., Chatrou, M., Ader, H. J., & Heine, R. J. (2001). Effect of cognitive- behavioral group training (CBGT) in adult patients with poorly controlled insulin dependent (type1) diabetes: A pilot study. *Patient educ couns*, 45, 143- 148.
- Surwit, R. S., Van Tilburg, M. A., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edwards, C. L., Williams, P., & Lane, J. D. (2002). Stress management improves long – term glycemic control in type2 diabetes. *Diabetes Care*. 24, 30-34.
- Taylor, S. (2003). *Health Psychology*. (5<sup>th</sup>ed). McGraw Hill.
- Van der Ven, N. C. W., Lubach, C. H. C., Hogenelst, M. H. E., Van Iperen, A., Tromp- Wever, A. M. E., Vriend, A., Van der Plog, H. M., Heine, R. J., & Snoke, F. J. (2005). Cognitive behavioral group training (CBGT) for patient with type 1 diabetes in persistent poor glycaemic control: who do we reach? *Patient Education and Counseling*, 56, 313-322.