

بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر علائم افسردگی بیماران دیابتی

محمد امیری*، اصغر آقائی**، احمد عابدی***، یداله صفری****

دریافت مقاله:

۹۲/۸/۱۴

پذیرش:

۹۳/۲/۳۰

چکیده

هدف: با توجه به تأثیر تعاملی استرس و بیماری‌های مزمن، هدف این پژوهش، بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر علائم افسردگی بیماران دیابتی بود.

روش: روش مطالعه تجربی دوگروهی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و جامعه آماری ۲۶۳۰ نفر از مبتلایان دیابت در مرکز دیابت اصفهان بود. تعداد ۱۶ زن و ۱۴ مرد به روش نمونه‌گیری و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایش آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس طی ۶ جلسه (۹۰ دقیقه‌ای) با میانگین فاصله زمانی جلسات ۶ روز اجرا شد. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس علائم افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-۲۸) بود که در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مزبور موجب کاهش ($P<0/001$) در میانگین نمرات کل علائم افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس، یک مداخله درمانی رفتاری شناختی است که جلسات آن فرصتی برای شناسایی و چالش با افکار خودآیند منفی و همچنین شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی در فرد فراهم می‌آید و می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای درمان افسردگی بیماران مبتلا به دیابت به کار رود.

کلیدواژه‌ها: دیابت، استرس، افسردگی، آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس.

*کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد خوراسگان، اصفهان ایران (نویسنده مسئول) Salarkhan61@yahoo.com

**دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد خوراسگان (اصفهان) ایران

***استادیار گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان (اصفهان) ایران

****کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد خوراسگان، (اصفهان) ایران

- این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی مؤلف اول می‌باشد.

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 باشد اثربخش هستند. (پر آلتا، رامیرز، روبلز، ناوریت؛ جیمز، آلونس، ۲۰۰۹) توانمندسازی روانی به عنوان یک جهت-گیری و نتیجه هدفمند تلاش‌های جامعه برای توسعه است که بسیاری از مطالعات در روانشناسی بر آن متمرکز است. توانمندسازی روانشناختی می‌تواند به افراد جامعه برای کنترل امورشان کمک و با افزایش سطح مشارکت اجتماعی، اثرات محافظتی بر بهداشت روان داشته باشد. (بری اندی، ۲۰۱۲) در طول دهه‌های گذشته، جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است، چراکه دیابت به عنوان یکی از پر زحمت‌ترین 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 اثرات

درمانی است. (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶) عوامل اجتماعی و روانی نه تنها بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند، بلکه اغلب در مشخص شدن نتیجه مقابله با یک بیماری مزمن نقش ایفاء 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، ۲۰۱۰) احساس سلامت شامل ویژگی‌های جسمی و روانی و همچنین مدیریت روابط بین فردی است. (کاراسیماپوئولو، درایی، زروئوداکی، ۲۰۱۲) دیابت بیماری مزمنی است که اداره آن، نقش بسزایی در کاهش عوارض ناشی از این بیماری دارد و در این میان کنترل دیابت به دلیل ماهیت خاص بیماری، تزریقات مکرر انسولینی، سنجش قند خون در چندین نوبت، اصلاح وضعیت کلی زندگی و تغییرات رژیم غذایی نیاز داشته و می‌تواند به عامل استرس‌زای قابل ملاحظه‌ای در مبتلایان آن تبدیل گردد، شواهد علمی نشان داده‌اند که استرس قادر است با واسطه سیستم آندوکراین (کانن، دیگمان، ۱۹۹۳) بر رفتارهای تغذیه‌ای، فعالیت بدنی و سایر عملکردهای مرتبط با خودمراقبتی (self care) به افزایش سطح قند خون و در نتیجه خارج شدن از وضعیت کنترل مناسب قند منجر گردد. (هاتسون، همکاران، ۱۹۸۷؛ لیوید، ونینگ و همکاران، ۱۹۹۳).

3. Snock & Skinner
4. Kent, Haas, Randa, Lin
5. Karasimopoulou, S.; Derri, V.; Zervoudaki, E.

1. Peralta- ramirez, MI; robles- ortega, H; navarrete- navarrete
2. Brian D. Christens

از عوارض مزمن دیابت می‌توان به عوارض عروقی میکرو واسکولار^۱ (شامل بیماری‌های چشمی رتینوپاتی^۲ و ادم ماکولا، نوروپاتی^۳ حسی و حرکتی و نفروپاتی^۴)، عوارض عروقی ماکرو و اسکولار^۵ (شامل بیماری‌های عروق کرونر، عروق محیطی و عروق مغز) و عوارض غیرعروقی (شامل عوارض گوارشی، ادراری، اختلال در عملکرد جنسی، گلوکرم و عوارض اندام‌های انتهایی مانند زخم پا) اشاره کرد. (پاورز، ۲۰۰۵)

در پژوهش سورویت و همکاران^۶ (۲۰۰۲) ضمن اندازه‌گیری میزان هموگلوبین گلیکوزیته خون (HbA1c)، ۷۲ نفر از داوطلبان دیابتی (نوع ۲) اضطراب حالت صفت^۷، استرس ادراکی و سلامت عمومی به عنوان متغیرهای وابسته و شاخص توده بدنی^۸ (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 اثرات مداخله در آزمون‌های پیگیری که در فاصله‌های زمانی ۲، ۴، ۶ و ۱۲ ماه پس از اجرای پژوهش پایدار بوده و تأثیر مثبتی بر

کنترل متابولیک و علائم افسردگی شرکت‌کنندگان داشته است. اما این پژوهش نتوانست نشان دهد چه افرادی از مدیریت استرس بیشتر سود می‌برند.

ون در ون، لویچ، هاگنلست، ون ایپرن، ترومپور، وریند، ون در بلاگ، هین و اسنوک^۹ (۲۰۰۵)، تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی را بر پیامدهای مختلف درمانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ مورد بررسی قرار داد. در این مطالعه ۱۰۷ نفر از بیماران دیابتی نوع ۱ به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند و گروه آزمایش طی ۶ هفته تحت درمان شناختی رفتاری گروهی قرار گرفتند. در ارزیابی سه ماه بعد از مداخله، میزان خودکارآمدی افراد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل افزایش معنی- دار داشت. میزان افسردگی و ناراحتی‌های مربوط به دیابت نیز در آنها به طور معنی‌داری کاهش یافت. ولی تفاوت معنی‌داری بین میزان قند خون آنها با گروه کنترل مشاهده نشد. این در حالی است که در مطالعه اسنوک، ون در ون، لویچ، چاترو، آدر و هین^{۱۰} (۲۰۰۱) همین روش درمانی تأثیر معنی‌داری را بر کاهش قند خون در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ بر جای گذاشت. ون در ون 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.

1. Microvascular
2. Retinopathy
3. Neuropathy
4. Nephropathy
5. Macrovascular
6. Surwit, Van Tilburg, Zucker
7. State- trait anxiety
8. Body Mass Index

9. Van der Ven, Lubach, Hogenelst, Van Iperen, Tromp-Wever, Vriend, Van der Plog, Heine & Snoek
10. Snoek, Van der Ven, Lubach, chatrou, Ader & Heine

پرآلتا و همکاران (۲۰۰۹) در مطالعه‌ای علامت‌شناسی حالت روانی طبیعی افراد سالمی که در معرض استرس بالا قرار گرفته بودند را 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. انصاری (۱۳۸۵) و اکبری‌پور (۱۳۸۵) با اجرای روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه میکنبام بر روی بیماران مبتلا به فشارخون و بیماری عروق کرونری قلب به نتایج مشابهی از کاهش معنادار میزان علائم افسردگی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به ترتیب با $(p < 0/0007)$ و $(p < 0/008)$ 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 مورد بررسی قرار داد. پس از مداخله، میانگین نمرات HbA1c، افسردگی و استرس آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، به طور معنی‌داری کاهش یافت. ولی این معنی‌داری در مورد اضطراب، صادق نبود. در ضمن اثرهای مشاهده شده در مورد افسردگی و استرس، سه ماه پس از مداخله به قوت خود باقی ماند.

از طرفی مزیت روش درمان روان‌شناختی در مقایسه با سایر روش‌ها از جمله درمان دارویی، نبودن عارضه جانبی و قابلیت اجرای بر تمامی مبتلایان است و آموزش مهارت‌های

مدیریت استرس علاوه بر تعدیل سطح احساسات و عواطف درونی سبب جلب حمایت اجتماعی و کاهش مشکلات روانی می‌گردد. (میرزائی، نشاط‌دوست؛ کلانتری؛ زاده‌ماهانی، جبل عاملی، مهرالهی، ۱۳۹۰) همچنین درمان فراشناختی در کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تأثیر معناداری دارد. (بهادری، جهانبخش، جمشیدی، عسگری، ۱۳۹۰)

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. لذا نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر و دقیق‌تر به خصوص در کشورهای 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 افسردگی بیماران دیابتی در ایران را نشان دهد وجود نداشت. لذا تصمیم‌گیری تأثیر آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس بر کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت را بررسی نماییم.

روش

این پژوهش از نوع تجربی است و طرح تحقیق به روش دو گروهی از نوع گروه آزمایش و گروه

کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه گروهی فقط بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. نمونه آماری در این پژوهش ۴۰ بیمار مبتلا به بیماری دیابت بود که به صورت تصادفی سیستماتیک از جامعه آماری ۲۶۳۰ نفره که فهرست اسامی و پرونده آنان موجود بود 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. در طی اجرای مداخله درمانی بر روی گروه آزمایش ۳ مرد و ۲ زن در برخی جلسات به دلیل مشکلات شخصی در برنامه آموزشی شرکت نکردند. بنابراین به دلیل وجود ۵ نفر ریزش در گروه آزمایش برای رعایت تساوی در حجم گروه‌های آزمایشی و کنترل، ۵ نفر از افراد گروه کنترل (۳ نفر مرد و ۲ نفر زن) که نمراتی معادل با افراد حذف شده از گروه آزمایش داشتند به صورت همتاسازی حذف گردیدند از سوی دیگر با توجه به توان آزمون (ردیف گروه شاخص توان آزمون) ۰/۹۲٪ بود حجم نمونه مناسب بوده است. (مولوی، ۱۳۸۸) محدوده سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش بین ۲۰ تا ۶۹ سال بود. افراد هر دو گروه از مراقبت‌های معمول پزشکی نیز همزمان با اجرای مداخله استفاده می‌کردند.

ملاک‌های ورودی شامل بیمار دیابت که واجد خصوصیات تشخیصی بیماران دیابتی بوده و در مرکز بهداشتی درمانی مؤسسه خیریه دیابت اصفهان دارای پرونده باشد، از سواد

خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) به‌رمند بوده و نیز حداقل یک سال از تشخیص قطعی دیابت او گذشته باشد. همچنین یک مصاحبه تشخیصی توسط روانپزشک براساس (DSM-IV) انجام گرفت، که بیانگر وجود علائم افسردگی در آزمودنی‌ها بود.

ابزار پژوهش

ابزار پژوهش پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) بود که توسط گلدبرگ^۱ و هیلر^۲ (۱۹۷۹) تدوین شده است.

در ایران مولوی (۲۰۰۴) با انجام تحقیقی بر روی ۱۱۶ دانشجوی ایرانی و تحلیل عوامل سوالات به همان چهار فاکتور اصلی پیشنهاد شده توسط گلدبرگ و هیلر دست یافت.

ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنام‌نشن، یعقوبی (۱۳۸۶) نیز، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه سلامت عمومی در جمعیت ایرانی 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 طبق‌بندی به ترتیب 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.

1. Goldberg
2. Hillier

آزمایش و کنترل قرار داده شدند. افراد گروه آزمایش (طی ۶ جلسه) با میانگین زمانی ۶ روز یکبار آموزش گروهی ایمن سازی در مقابل استرس را دریافت کردند. که با توجه به اینکه مایکنبام (۱۹۸۶) تعداد جلسات لازم جهت اجرای آموزش ایمن سازی در مقابل استرس را با توجه به نیازهای جامعه هدف از یک جلسه یک ساعته آماده سازی بیمار جهت عمل جراحی تا چهل جلسه یک ساعته برای درمان دردهای مزمن متفاوت بیان کرده است، لذا با توجه به بررسی‌های به عمل آمده و میزان آمادگی گروه آزمایش برای حضور مستمر در جلسات تعداد جلسات ۶ جلسه در نظر گرفته شد و مدت هر جلسه تقریباً ۱۰۰ دقیقه بود. پس از آخرین جلسه آموزش، هر دو گروه جهت انجام پس آزمون به سؤالات پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پاسخ دادند.

در این پژوهش منظور از آموزش ایمن سازی در مقابله با استرس، برنامه درمانی ۶ جلسه ۱۰۰ دقیقه‌ای می‌باشد که بر مبنای روش ایمن سازی در مقابل استرس طراحی شده است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

اطلاعات خام حاصل از این پژوهش به وسیله نرم‌افزار SPSS-۱۵ در دو بخش توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شده است ابتدا با استفاده از روش کواریانس تأثیر متغیرهای کنترل مانند سن، جنس و اثر پیش آزمون روی متغیر وابسته کنترل شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده با هم مقایسه شدند.

روایی ملاکی، 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 افسردگی پرسشنامه سلامت عمومی GHQ-28 می‌باشد که سؤالات ۲۲ تا ۲۸ این پرسشنامه را دربرمی‌گیرد. علت انتخاب یک زیر مقیاس از پرسشنامه سلامت عمومی چنان که در قسمت ابزار پژوهش توضیح داده شد نتیجه بخش بودن استفاده از این پرسشنامه در تحلیل هر یک از زیر مقیاس‌های چهارگانه آن است. (مولوی، ۲۰۰۴) بنابراین استفاده از نتایج یک زیر مقیاس برای پژوهش کافی است.

در اینجا به دو نمونه سؤال از مقیاس مزبور اشاره می‌شود.

- آیا احساس می‌کنید زندگی ارزش زنده ماندن ندارد؟

به هیچ وجه نه بیش از معمول بیش از معمول بسیار بیشتر از معمول

- آیا درباره امکاناتی فکر کرده‌اید که می‌

توانند شما را از شر خودتان خلاص کنند؟

هرگز چنین فکری نمی‌کنم به ذهنم خطور کرده است قطعاً چنین است

شیوه اجرا

پس از انجام نمونه‌گیری، نفرات گزینش شده به سؤالات پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) پاسخ دادند و به صورت تصادفی در دو گروه

خلاصه محتوای آموزشی جلسات

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

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

جلسه چهارم: چالش با افکار استرس زا و آزمون افکار منفی، آموزش خودگویی و شناسایی نقش خودگویی های منفی در ایجاد استرس، تمرین تن آرام سازی در جلسه، تعیین تکالیف خانگی و تمرین تن آرام سازی در خانه.

جلسه پنجم: تمرکز فکر و فنون توجه برگردانی و پرت کردن حواس از موضوعات استرس آور لاینحل به علاوه آموزش حل مسئله، تمرین تن آرام سازی در جلسه، تعیین تکالیف خانگی و تمرین

تن آرام سازی در خانه.

جلسه ششم: تمرین مهارت های آموخته شده در جلسات قبل و تأکید بر لزوم به کارگیری این مهارت ها در هنگام برخورد با موقعیت های استرس زا جهت کاهش نشانه های بیماری.

یافته ها

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

با عنایت به اینکه هدف پژوهش تعیین میزان تأثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر علائم افسردگی بیماران دیابتی بود و به دلیل تعداد کم آزمودنی ها بر حسب جنس تحلیل به صورت کلی برای هر دو جنس یک جا انجام شد.

اطلاعات حاصل از پژوهش جهت سهولت بررسی در جداول زیر ارائه می شود این اطلاعات شامل خلاصه اطلاعات توصیفی جنسیت، تأهل، میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت عمومی و جدول تحلیل واریانس دو گروه آزمایش و کنترل می باشد.

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه آنکوا در مقیاس افسردگی بیماران دیابتی

متغیرها	SS	d.f	MS	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	۴۶/۶۳	۱	۴۶/۶۳	۴/۳۸	۰/۰۴۶	۰/۱۴	٪۵۲
گروه	۱۳۷/۲	۱	۱۳۷/۲	۱۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳	٪۹۳
خطا	۲۸۷/۲۲	۲۷	۱۰/۶۳				

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد با همراه کردن متغیر پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در سطح ($P < 0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود روش آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس در کاهش علائم افسردگی شدید یا اساسی بیماران مبتلا به دیابت مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه در جستجوی محقق، پژوهشی که اجرای روش ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه می‌کنم را بر روی علائم افسردگی بیماران دیابتی مستقیماً تبیین کند، یافت نشد، لذا نتایج یافته‌های این تحقیق با نتایج تحقیقاتی که تأثیر مداخلات روانشناختی را بر متغیرهای مشابه این تحقیق در بیماران دیابتی سنجیده‌اند، مقایسه می‌شود. علاوه بر آن از نتایج پژوهش‌های اجرای روش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر روی سایر بیماران استفاده خواهد شد. هدف پژوهش چنین بود که آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس میانگین نمرات پس‌آزمون علائم افسردگی بیماران دیابتی گروه آزمایش را در مقایسه با گروه کنترل کاهش می‌دهد.

نتایج تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان می‌دهد که پس از حذف تأثیر متغیرهای کنترل، میانگین باقیمانده نمرات علائم افسردگی افراد گروه کنترل می‌باشد. با توجه به بالا بودن این تأثیر می‌توان نتیجه گرفت درمان گروهی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به صورت معناداری علائم افسردگی بیماران مبتلا به دیابتی را کاهش می‌دهد.

یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ون در ون و همکاران (۲۰۰۵)، انصاری (۱۳۸۵)، عدیلی، لاریجانی و حقیقت‌پناه (۲۰۰۶) و اکبری‌پور (۱۳۸۵) که در فصل دوم به آنها اشاره شده نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی باعث کاهش افسردگی بیماران دیابتی، فشار خون و بیماری عروق کرونری قلب می‌شود. بنابراین نتیجه حاصل از این تحقیق در مورد کاهش معنادار علائم افسردگی پس از اجرای آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس با نتایج پژوهش‌های مورد اشاره همخوانی دارد.

در مورد تأثیر این مداخله بر افسردگی بیماران دیابتی می‌توان بیان کرد که بسیاری از بیماران دیابتی پس از اطلاع و تشخیص قطعی بیماری‌شان معمولاً به دلیل از دست دادن بعضی از توانایی‌های خود در انجام امور احساس درماندگی می‌کنند و دچار افسردگی می‌شوند. با توجه به اینکه، این مداخله، یک مداخله درمانی رفتاری شناختی است در جلسات آن فرصتی برای شناسایی و چالش با افکار خودآیند منفی و همچنین شناسایی و اصلاح خطاهای شناختی در فرد فراهم می‌آید که این امر باعث می‌گردد بیمار خود را از قید بایدها و نبایدها و افکار ایده‌آل‌گرایانه رها کند، بیمار بودن خود و عدم توانایی خود را در بعضی از امور بپذیرد و به صورت منطقی با آنها مواجه گردد.

علاوه بر این، با کمک روش حل مسئله فرد می‌تواند از طریق ایجاد نظم فکری راه‌حل‌های مؤثرتری برای برخورد با موقعیت‌های زندگی خود، علی‌رغم وجود ناتوانایی‌هایش پیدا کند و

در حد توان به فعالیت‌های روزمره خود ادامه دهد. در نتیجه احساس درماندگی در فرد کاهش می‌یابد که منجر به افزایش خلق بیمار در نتیجه کاهش علائم افسردگی می‌گردد.

از دیدگاه فیزیولوژیکی می‌توان چنین تبیین نمود که واکنش جنگ یا گریز به عنوان مجموعه‌ای از تغییرات بیوشیمیایی می‌شناسیم که انسان را برای مواجهه با استرس آماده می‌سازد. دقیقاً آنچه را که در پاسخ جنگ یا گریز در بدن ایجاد می‌شود این است که احساس هرگونه مشکل واقعی یا تخیلی می‌تواند سبب تغییرات بیوشیمیایی در بدن شود. قشر مخ^۱ (بخش متفکر مغز) در موقعیت استرس‌زا علامت هشداردهنده‌ای را به هیپوتالاموس^۲ می‌فرستد که محرک اصلی پاسخ استرس در مغز میانی است. سپس هیپوتالاموس سلسله اعصاب سمپاتیک^۳ را تحریک می‌کند و مجموعه‌ای از تغییرات در بدن ظاهر می‌شود. در بدن ضربان قلب، حجم خون و فشار خون بالا می‌رود و فرد شروع به عرق کردن می‌کند. خون از اقصی نقاط بدن و دستگاه گوارش دور می‌شود و به طرف ماهیچه‌های بزرگ‌تری هدایت می‌شود که می‌تواند برای جنگ یا گریز به فرد کمک کند. دست‌ها و پاها سرد و دیافراگم و ماهیچه نشیمن قفل و مردمک چشم جهت خیره شدن بینایی باز می‌شود، شنوایی حساس می‌شود، غدد آدرنال شروع به ترشح مواد کورتیزول^۴ (آدرنالین^۵، اپی نفرین^۶، نوراپی نفرین^۷) می‌کند.

1. Cerebral Cortex
2. Hypothalamus
3. Sympathetic
4. Corticoids
5. Adrenaline

مهم‌تر از همه با تأثیر این هورمون‌ها در کبد فرمان تبدیل ذخایر کبدی به گلوکز (قند) برای تأمین انرژی مورد نیاز فرآیند پاسخ جنگ و گریز صادر می‌شود و قندخون افزایش می‌یابد. همان مکانیزمی که پاسخ استرس را آغاز کرد، می‌تواند آن را خاموش کند. یعنی به مجرد اینکه شخص متقاعد شود که موقعیت، دیگر خطرناک نیست مغز از ارسال علامت هشداردهنده به ساقه مغز خودداری و ساقه مغز نیز به نوبه خود از ارسال پیام‌های هراسناک به سلسله اعصاب جلوگیری می‌کند، و سه دقیقه پس از آنکه ارسال پیام‌ها به بدن متوقف شد پاسخ جنگ یا گریز متوقف می‌شود و فرد به حالت عادی برمی‌گردد، و اگر پیام متوقف ساختن پاسخ جنگ و گریز بروز نکند می‌تواند موجب استرس مزمن و به تبع آن شکستن مولکول‌های درشت ذخیره شود و در کبد در فرآیند گلیکوزنز به صورت دائمی در خون وارد شود. در اینجا می‌توان به اهمیت تأثیر مداخلات روانشناختی بر تنظیم میزان قند خون بیماران دیابتی پی برد و در حقیقت کنترل استرس علاوه بر بهبود سلامت عمومی بیماران از نوسانات شدید میزان قند خون آنها می‌کاهد. (اسنوک و همکاران، ۲۰۰۱)

همچنین استرس ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن و دائمی مثل دیابت عوارض روانشناختی متعددی را می‌تواند به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال می‌توان به افسردگی، بی‌خوابی، اضطراب، علائم جسمانی کردن و اختلال در کنش اجتماعی اشاره نمود و از آنجا

6. Epinephrine
7. Norepinephrine

در بعد علائم افسردگی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری ندارد.

از آنجا که شرایط استرس در زندگی همه افراد چه زنان و چه مردان وجود دارد، عدم توانایی در مقابله و مدیریت این شرایط می‌تواند هر دو جنس را تحت تأثیر قرار دهد و باعث کاهش سلامت عمومی و ایجاد مشکلات روانشناختی در آنها گردد. هر چند موضوعاتی که می‌تواند منجر به ایجاد استرس در هر دو جنس گردد ممکن است در آنها متفاوت باشد. ولی از آنجا که هدف آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس آموزش روش‌های مدیریت استرس به افراد و کاربرد آنها در زندگی روزمره و معمول است و این روش فقط برای استفاده در موارد خاص استرس آموزش داده نمی‌شود. بنابراین آموزش این روش‌ها توانایی مقابله‌ای و مدیریتی افراد را در برخورد با شرایط استرس‌زا افزایش می‌دهد و فرصتی را برای افراد فراهم می‌آورد که بر وقایع زندگی خود کنترل بیشتری داشته باشند و با موقعیت‌ها به صورت مؤثرتری برخورد کنند و همین امر باعث می‌شود سلامت عمومی افراد افزایش یابد و مشکلات روانشناختی مانند افسردگی ناشی از عدم کنترل بر زندگی و ناتوانی در برخورد مؤثر با شرایط استرس‌زا در آنها کاهش یابد. پس میزان تأثیرپذیری این روش را نحوه کاربرد آن مشخص می‌کند نه جنسیت افراد. در نهایت نتایج این پژوهش نشان داد آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای مفید، برای بیماران مبتلا به دیابت به کار رود.

در حقیقت آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر بیماران دیابتی با کاهش اضطراب بیماران این رابطه تعاملی را به نفع بیمار و در

که استرس در حالت مزمن خود به کمک ایجاد حالت آماده باش دائمی در بدن، فرسایش ذخایر جسمانی و روانی فرد مبتلا را باعث می‌شود و همین امر نقش مؤثری را با استفاده از مکانیسم اثر درماندگی آموخته شده فرد مبتلا به دیابت بر عدم پیروی از درمان ایفا می‌کند. (کنت، هاس، لاند، لین و همکاران، ۲۰۱۰)

این درماندگی از آنجا حادث می‌شود که فرد به دنبال عدم پذیرش بیماری دیابت خویش در مراحل اولیه تشخیص بیماری و وجود استرس ناشی از آن با توجه به بروز عوارض روان-شناختی بیماری که بدان اشاره شد بین مرحله‌ای از انکار و پذیرش بیماری قرار می‌گیرد و این حالت باعث رعایت نکات درمانی در مرحله احساس پذیرش و عدم رعایت آن در مرحله انکار بیماری می‌شود. نتیجه اینکه فرد به کنترل منظم قند خون خویش دست نمی‌یابد و همین امر این نکته را به بیمار یاد می‌دهد که کنترل قند خویش در هر دو صورت پیروی و عدم پیروی از درمان ممکن نیست و این همان درماندگی آموخته شده‌ای است که نقش استرس در ایجاد آن بسیار مؤثر می‌نماید. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که وجود استرس دائمی در مواقع مختلف مثل تشخیص بیماری تا زمان پذیرش آن، غذا خوردن، ورزش کردن و حتی دیدن غذا و انجام آزمایشات متعدد روزانه، رابطه تعاملی با میزان قندخون و پیروی از درمان دارد.

همچنین یافته‌های جانبی این پژوهش نشان داد که میزان اثربخشی آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس به شیوه گروهی در بین دو جنس

جهت مثبت تغییر می‌دهد و به بیمار می‌آموزد که می‌تواند در مقابله با استرس از ایجاد نقش انفعالی جلوگیری نموده و به عناصر استرس‌زا به عنوان موارد قابل حل بنگرد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسئولان و کارکنان محترم مؤسسه خیریه دیابت اصفهان که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

آقایی، ا؛ آتش‌پور، ح. (۱۳۸۰). *استرس و بهداشت روانی*. اصفهان: انتشارات پردژ. ص ۱۰۳.

ابراهیمی، ا؛ مولوی، ح؛ موسوی، س. غ؛ برنامه‌نش، ع؛ یعقوبی، م. (۱۳۸۶). «ویژگی‌های روان-سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی». *فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری*. ۵ (۱). ۹-۱۲-۵.

اکبری، س. (۱۳۸۵). «اثربخشی آموزش گروهی ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران عروق کرونری قلب شهر اصفهان». پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد. چاپ نشده. دانشگاه اصفهان: دانشکده علوم تربیتی. گروه روانشناسی.

انصاری، ف. (۱۳۸۵). «بررسی تأثیر آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی

بیماران مبتلا به فشار خون شهر اصفهان». پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد چاپ نشده. دانشگاه اصفهان: دانشکده علوم تربیتی. گروه روانشناسی.

بهادری، م. ح؛ جهانبخش، م؛ جمشیدی، آ؛ عسگری، ک. (زمستان ۱۳۹۰). «اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی». *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. سال دوازدهم. شماره ۴. پیاپی ۴۶.

تقوی، س. م. (زمستان ۱۳۸۰). «بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی». *مجله روانشناسی*. پیاپی ۲۰. ص ۳۹۸-۳۹۱.

سارافینو، ادوارد، پ. (۱۳۸۴). *روانشناسی سلامت*. ترجمه گروهی از مترجمان. زیر نظر الهه میرزایی. تهران: انتشارات رشد (۲۰۰۲).

محرابی، علی (۱۳۸۶). «اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کنترل قند خون و تغییر بعضی شاخص‌های سلامت روان در بیماران دیابت نوع ۱». پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد چاپ نشده. دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روانپزشکی تهران.

میرزائی، ف؛ نشاط دوست، ح. ط؛ کلانتری، م؛ نعمت‌اله زاده ماهانی، ک؛ جبل‌عاملی، ش؛ مهراللهی، ط. (زمستان ۱۳۹۰). «تأثیر مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب و علائم جسمانی زنان مبتلا به نشانگان پیش از قاعده‌گی». *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. سال دوازدهم. شماره ۴. پیاپی ۴۶.

نجفیان، ج؛ گلستان هاشمی، س. م. (۱۳۸۲). «بررسی و مقایسه اثر دو روش بیوفیدبک- آرام‌سازی و آرام‌سازی در کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به افزایش فشار خون». *مجله پزشکی دانشگاه*

۱۳۸۰». مجله پژوهشی حکیم. ۱۱ (۴). ۵۳-۴۷.
هاناس، ر. (۱۳۸۵). دیابت وابسته به انسولین در
کودکان، نوجوانان و بزرگسالان. ترجمه امیر کامران
نیکوسخن و معصومه اقبال‌جو. تهران: نشر آبی.

Konen, J. C.; Summerson, J. H.;
Dignan, M. B. (1993). "Family
function, stress and locus of control:
relationship to glycemia in adults
with diabetes mellitus". *Arch Fam
Med* 1993. 2 (4). 393-402.
Martinus, R.; Corban, R.; Wackerhang,
H.; Atkins, S. & Singh, J. (2006).
Ann. N. Y. Acad. Sci. 1084. 350-360.
Meichenbaum, D. (1986). *Stress
inoculation training*. New York:
Pergamon Press.
Molavi, H. (2004). "Reliability factor
structure and validity of General
Health Quset. Onnaire in 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, M. I.; Robles-Ortega,
H.; Navarrete, N. (2009).
"Effectiveness of stress
management therapy in two
populations with high stress:
chronic patients and healthy people
N^o et al". *Source: SALUD
MENTAL*. Vol. 32. Issue. 3. P. 251-
258. Published: ISI Times Cited: 0
Powers, A. C. (2005). *Diabetes
mellitus*, In L. D. Kasper (Ed in
chief). *Harrison's principles of
internal medicine*. Vol. II. McGraw-
Hill. Psychoneuroendocrinology.
31. 428-438. Psychoneuroendocrine
effects of cognitive – behavioral

علوم پزشکی تبریز. ۵۷. ۸۶-۸۱
نوربالا، احمدعلی؛ باقری‌یزدی، سیدعباس؛ محمد،
کاظم (زمستان ۱۳۸۷). «اعتباریابی پرسشنامه ۲۸
سؤالی سلامت عمومی به عنوان ابزار غربالگری
اختلالات روان پزشکی در شهر تهران –
stress management in a naturalistic
settin- a randomized controlled trial.
Sharf, R. S. (2000). *Theories of
Psychotherapy and counseling:
coricepts and cases*. instructors
manudl. (2ed edition). Pacific grove,
CA: Brooks/cole.
Shigemi, T. M. & Toshihide, T.
(2000). "Stability of factor structure
and correlation with perceived job
stress in Genetal Health
Questionnaire: a three wave survey
over one year in Japanese workers".
Journal of Occupational Health. 42.
284-291.
Snoek, F. J.; Vander 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.
Snoek, F. J. & Skinner, T. C. (2006).
"Psychological aspects of diabetes
management". *Medicine*. 34: 2. 61-
63.
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 imprives long – term
glycemic control in type 2 diabetes".
Diabetes Care 24. 30-34.
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.