

تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

حسین زارع^۱؛ احمد علیپور^۲؛ حمید پورشریفی^۳؛ محمد افخمی اردکانی^۴؛ *خدیجه اعراب شیبانی^۵

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، ۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز،

۴. فوق تخصص غدد و دانشیار بخش داخلی مرکز تحقیقاتی درمانی دیابت یزد، ۵. مربی دانشگاه پیام نور

(تاریخ وصول: ۹۱/۰۸/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۴)

The Impact of Group Psychosocial Intervention on Indicators of Mental and Physical Well-being in Patients with Type 2 Diabetes

Hossein Zare¹, Ahmad Alipour², Hamid Poursharifi³, Mohammad Afkhami Ardakani⁴,
*Khadijeh Aarab Sheybani⁵

1. Associate Professor, Faculty of Psychology, Payam_e_noor University, 2. Professor, Faculty of Psychology, Payam_e_noor University, 3. Assistant Professor, Faculty of Psychology, Tabriz University, 4. Associate Professor of Internal Medicine Department of Endocrinology and Diabetes Research Center, Yazd, 5. M.Sc. of Psychology, Payam_e_noor University

(Received: Nov. 01, 2012 - Accepted: June. 03, 2013)

چکیده

Abstract

Aims: Given the high prevalence of stress and emotional distress caused by diabetes and also its negative effects on glycemic control in these patients, various methods of psychological intervention have been investigated. The present study aimed to investigate the impact of group psychosocial intervention on indices of mental and physical well-being in diabetic patients. **Methods:** All women with type2 diabetes in Yazd Diabetes Research Centre were considered as statistical community from which 80 women were selected by random sampling. They completed WBQ-12 questionnaire and diabetes-dependent quality of life questionnaire (ADDQOL) and then were introduced to lab for blood test. Data was analyzed by SPSS software and MANOVA. **Results:** Statistical analyses showed that the scores of experimental group on quality of life and psychosocial well-being were significantly higher in second stage than first stage. So HbA1c decreased in the experimental group but this difference was not significant. **Conclusion:** The results showed that group psychosocial intervention has positive effects on glycaemic control in diabetic patients and leads to well-being and better quality of life in these patients. But the effects of this intervention increases over time.

Key words: Diabetes, Psychosocial, Well-being, Quality of life.

زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای استرس و ناراحتی‌های هیجانی ناشی از بیماری دیابت و همچنین تأثیر منفی آن بر روی کنترل قند خون در این بیماران؛ تاکنون شیوه‌های مختلفی از مداخله‌های روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی جسمی و روانی بیماران دیابتی انجام گردید. **روش:** کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو در مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد جامعه آماری پژوهش حاضر بودند که از این تعداد ۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه‌های بهزیستی روانی WBQ-12، پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به دیابت (ADDQOL19) را تکمیل کرده و سپس برای گرفتن آزمایش خون به آزمایشگاه معرفی شدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss و روش MANOVA تجزیه و تحلیل شد. **نتایج:** تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی در بهبود شاخص‌های بهزیستی روانی و کیفیت زندگی در مرحله دوم (تفاضل سنجش اول و سوم) بیشتر و معنادارتر از مرحله اول (تفاضل سنجش اول و دوم) بوده است. همچنین میزان HbA1c در پس آزمون گروه آزمایش کاهش نشان داده بود اما این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که مداخله گروهی روانی اجتماعی بر بهبود متغیرهای سلامت روانی در بیماران دیابتی تأثیر مثبت دارد و سبب افزایش بهزیستی و کیفیت بهتر زندگی در این بیماران می‌شود. اما تأثیر این مداخله با گذشت زمان مشهودتر می‌باشد.

واژگان کلیدی: دیابت، روانی اجتماعی، بهزیستی روانی، کیفیت زندگی.

مقدمه

حمایت اجتماعی از طریق رفتارهای مرتبط با سلامت مثل تشویق رفتارهای سالم - ۲- اثر تعدی‌کننده حمایت اجتماعی که به تعدیل آثار فشار عصبی حاد و مزمن بر سلامت و همچنین افزایش سازگاری با فشار عصبی بیماری دیابت کمک می‌کند (لت^۷ و همکاران، ۲۰۰۵).

تحقیقات مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی تغییرات فیزیولوژیک ناشی از استرس‌ها را می‌کاهد و تغییرات مثبتی در شاخص‌های فعالیت ایمنی بدن ایجاد می‌کند. همین طور حمایت اجتماعی باعث افزایش رفتارهای حافظ سلامتی از جمله خواب مناسب و کنترل وزن می‌شود و رفتارهای تهدیدکننده سلامتی و نیز استرس را کاهش می‌دهد. مشاهده شده است که هم حمایت اجتماعی عمومی و هم حمایت مربوط به دیابت با تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی همبستگی دارد (آلتو^۸، ۱۹۹۷؛ گیلیبرند^۹، ۲۰۰۶؛ تلجامو^{۱۰}، ۲۰۰۱؛ فام^{۱۱}، ۱۹۹۶؛ ون^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ آلبریت^{۱۳}، ۲۰۰۱؛ گری-ویلا^{۱۴}، ۱۹۹۵). به عبارتی حمایت اجتماعی که هدف مداخلات روانی اجتماعی است سبب افزایش توان سازگاری فرد می‌شود و واکنش‌های سازگارا نه نیروی بالقوه فرد را به حرکت در آورده و بر عکس واکنش‌های ناسازگار نه باعث عمیق‌تر شدن نگرانی حاصل از بیماری، انحطاط، واپس‌گرایی

دیابت گروهی ناهمگن از بیماریهای سوخت و ساز است که مشخصه آنها افزایش مزمن قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است و در نتیجه وجود نقایصی در ترشح انسولین و یا عمل انسولین ایجاد می‌شود (انجمن دیابت آمریکا^۲، ۲۰۰۵). این بیماری در قلب مسائل رفتاری است و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند (اسنوک^۳، ۲۰۰۲؛ دنولت^۴، ۲۰۰۵). امروزه، شیوع دیابت رو به رشد است و راه‌های گوناگونی برای کنترل و کاهش عوارض آن وجود دارد هرچند عوامل زیادی بر کنترل دیابت مؤثر هستند. این عوامل شامل حمایت روانی اجتماعی، عقاید بهداشتی، نگرش بهداشتی، خود کارآمدی، وضعیت اقتصادی اجتماعی و فاکتورهای رفتاری یا روش زندگی هستند. در بین این عوامل خودکار آمدی است که موجب ارتقای رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی این بیماران می‌گردد (بارث^۵ و همکاران، ۲۰۰۴). در سال‌های اخیر تحولات صورت گرفته در زمینه‌ی درمان اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، موجب گردیده تا روش‌های نوینی توسط روان‌شناسان بالینی مطرح و ارایه گردد (بارث و همکاران، ۲۰۰۴؛ پاول^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). از جمله این موارد می‌توان به شیوه‌ی مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی در درمان دیابت نام برد. هدف اصلی این مداخلات حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی از طریق دو فرایند عمده بر کنترل بیماری دیابت مؤثر است: ۱- اثر مستقیم

⁷ Lett

⁸ Aalto

⁹ Gillibrand

¹⁰ Tolljamo

¹¹ Pham

¹² Wen

¹³ Albright

¹⁴ Gray-sevilla

² American Diabetes Association (ADA)

³ Snoek

⁴ Denollet

⁵ Barth

⁶ Powell

همکاران (۲۰۱۱) با بکار بردن مداخله روانی اجتماعی کوتاه ۶ جلسه‌ای که به صورت آزمایشی در بیماران دیابتی نوع دو انجام داد به این نتیجه رسید که میزان نگرانی سترس‌های ناشی از این بیماری و نیز میزان مصرف غذاهای چرب در این بیماران کاهش یافت و به جای آن میزان ورزش روزانه در این بیماران افزایش یافت.

از آنجا که این مداخله ی ۶ جلسه‌ای تنها در گروه ۱۵ نفری بیمار دیابتی نوع دو انجام شد و جهت اطلاع از مفید بودن این شیوه‌ی درمانی نیاز به بررسی در گروه‌های بیشتری است، این مداخله در گروه ۱۴ نفری زن بیمار دیابتی نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها

آزمودنی‌ها

کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو (مطابق تشخیص متخصص دیابت مرکز) که در مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد عضو بودند جامعه آماری پژوهش حاضر بودند که از این تعداد ۸۰ نفر به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند به این ترتیب که با کمک مسئول کامپیوتر مرکز لیست کاملی از زنان دیابتی مرکز تهیه شد سپس کسانی که واجد ملاک‌های شمول و فاقد ملاک‌های خروج بودند به عنوان افراد گروه نمونه انتخاب شدند. از آنجا که تعداد کل افرادی با این مشخصات در سیستم کامپیوتری ۱۰۰ نفر بود با همه آنها تماس تلفنی گرفته شد که مشخص شد ۲۰ نفر تحصیلات آنها به اشتباه ثبت شده و با ۸۰ نفر دیگر در مرکز تحقیقات دیابت قرار ملاقات گذاشته شد، آنها ابتدا برگه رضایت نامه را امضا کردند و سپس آزمون‌ها پس از توضیح کامل برای پر کردن در اختیار آنها قرار گرفت. پس از هماهنگی با واحد آزمایشگاه مرکز نیز، طبق برنامه زمان‌بندی که به آزمودنی‌ها داده شده بود از آنها خواسته شد برای آزمایش خون به آزمایشگاه مراجعه کنند. میانگین سنی آزمودنیها ۴۶ سال و دو ماه بود. از این تعداد ۲۰ نفر انسولین، ۵۹ نفر قرص مصرف می‌کردند و یک

و در نهایت بروز اختلالات روانی- اجتماعی می‌گردد (کوهن^{۱۵} و ویلس، ۱۹۸۵). در واقع مداخلات روانی اجتماعی ریشه در نظریه شناخت اجتماعی بندورا دارد که مبتنی بر ارتباطات تعاملی و دینامیک بین عوامل محیطی، عوامل شخصی و رفتار فرد است و می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای استراتژی‌های مداخله بکار رود (بندرا^{۱۶}، ۱۹۹۴). نیاز به مداخلات روانی اجتماعی گروهی در افراد دیابتی در مطالعات مختلف بارها ذکر شده است (کوهن و ویلس، ۱۹۸۵؛ آلتو، ۱۹۹۷). هدف اصلی بکار بردن مداخلات روانی اجتماعی هم کنترل قند خون و هم افزایش کیفیت زندگی این بیماران است. لورنز^{۱۷} و همکاران، (۱۹۹۶). از آنجا که فشار روانی حاصل از این بیماری که متوجه بیماران است زیاد است بکار بردن مداخلات روانی اجتماعی ضروری است و به کار بردن این مداخله به شکل گروهی بهتر و مقرون به صرفه‌تر است (اسپیس^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۵). در بیماران مزمن نسبت به بیمارانی که مشکلات حاد جسمی دارند کاربرد مداخلات روانی اجتماعی معمول‌تر و دارای پیشینه بیشتری است (لورنز و همکاران، ۱۹۹۶).

اسپیس (۱۹۹۵) با بکار بردن روش مداخله گروهی روانی اجتماعی در بیماران دیابتی نوع ۱ کاهش میزان HbA1c را در این بیماران گزارش داد. همچنین الووی (۲۰۰۱) با بکار بردن یک مداخله‌ی روانی اجتماعی شش جلسه‌ای در بیماران دیابتی که دچار اختلال خوردن نیز بودند به این نتیجه رسید که میزان HbA1c به میزان ۴۳٪ کاهش یافته بود همچنین پیگیری شش ماهه این مداخله نشان داد که رفتار غذا خوردن این بیماران به میزان زیادی اصلاح شده بود. سابورین و

¹⁵ Cohen&Wills

¹⁶ Bandra

¹⁷ Lorenz

¹⁸ Spiess

کند، سابقه‌ی دریافت آموزش مدیریت استرس یا آرامسازی و داشتن سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت.

شیوه‌ی اجرا

دست‌والعمل مداخله‌ی گروهی روانی اجتماعی (سابورین و همکاران، ۲۰۱۱) شامل ۶ جلسه آموزش گروهی است. تعداد و محتوای هر جلسه در جدول ذیل آمده است. پس از پایان جلسات آزمون مجدد و نیز آزمایش خون مجدد از آزمودنی‌ها گرفتند. بعد از ۳ ماه از پایان جلسات مداخله مجدداً آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. اما به دلیل مشکل کم‌خونی برخی بیماران با مشورت پزشک مرکز تحقیقات از خون‌گیری مجدد ممانعت به عمل آمد.

نفر هنوز هیچ درمان دارویی را شروع نکرده بود. آزمودنی‌ها به ۵ گروه ۱۵ نفره انتخاب شدند، یکی از این گروه‌ها، مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را دریافت کردند، نتایج این پژوهش در کنار گروه کنترل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است به دلیل افت آزمودنی گروه به صورت ۱۴ نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ملاک‌های شمول این پژوهش شامل سن ۴۰ تا ۵۰ سال، ابتلا به دیابت نوع دو به مدت حداقل ۶ ماه به تشخیص متخصص دیابت مرکز و میزان تحصیلات بالاتر از سیکل. موارد زیر نیز به عنوان ملاک‌های خروج این پژوهش در نظر گرفته شد: بیماری طبی حاد یا مزمن که مشکلاتی در خون‌گیری ایجاد

جدول ۱: زمان‌بندی و محتوای جلسات مداخله روانی اجتماعی.

شماره‌ی جلسه	محتوای جلسه
جلسه‌ی پیش درمان	خوش آمد گویی-پرکردن پرسشنامه‌ها
اولین جلسه مداخله	مدیریت اهداف به منظور تغییر رفتار
دومین جلسه مداخله	حفظ انگیزه در تغییر رفتار
سومین جلسه مداخله	مدیریت استرس
چهارمین جلسه مداخله	مدیریت هیجانات
پنجمین جلسه مداخله	خوردن احساسی
ششمین جلسه مداخله	برنامه‌ریزی طولانی مدت- چه یاد گرفتیم
هفتمین جلسه	پرکردن مجدد پرسشنامه‌ها و دادن برگه‌ی معرفی برای آزمایشگاه

آزمون‌ها

آزمایش HbA1c خون: پروتئینی است که از لحاظ بالینی به عنوان مهمترین نشانگر کنترل طولانی مدت قند خون شناخته شده است. آزمایش HbA1c میزان متوسط گلوکز خون در ۲ تا ۳ ماه قبل را می‌سنجد (گری-سویلا، ۱۹۹۵؛ کوهن و ویلس، ۱۹۸۵). در واقع تاثیر نوع درمان و بهبودی کنترل میزان قند خون را می‌توان از کاهش HbA1c دریافت. این شاخص به صورت درصد گزارش شده و با توجه به دامنه نرمال تعیین شده توسط هر آزمایشگر قابل تفسیر است. در آزمودنیهای این تحقیق این میزان بین ۵/۵ تا ۱۳/۵ متغیر بود.

یافته‌ها

آزمودنی‌های گروه کنترل و آزمایش همه زن بوده و از نظر متغیرهای سن و سطح تحصیلات همگن بوده و اختلافی بینشان وجود نداشت. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله آمده است.

پرسشنامه بهزیستی روانی WBQ12: پرسشنامه‌ی بهزیستی به صورت اولیه در مطالعه‌ی سازمان جهانی بهداشت که برای ارزیابی درمان‌های جدید در مدیریت دیابت انجام گرفته بود، طراحی گردید (برادلی^{۱۹}، ۱۹۹۴). این مقیاس ۱۲ گویه‌ای (W-BQ12) سه خرده مقیاس بهزیستی منفی (NWB)، انرژی و بهزیستی مثبت (PWB) دارد. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌ی بهزیستی (W-BQ12) روی ۳۴ نفر بیمار دیابتی نوع دو در ایران مورد بررسی انجام گرفت ضریب آلفای کرونباخ هر کدام از این خرده مقیاس‌ها، محاسبه گردید که عبارتند از خرده مقیاس بهزیستی منفی ۰/۸۷، خرده مقیاس انرژی برابر ۰/۵۱ و خرده مقیاس بهزیستی مثبت برابر ۰/۷۵ بود (پورشریفی و همکاران، ۱۳۸۶). پرسشنامه کیفیت زندگی وابسته به دیابت^{۲۰} (ADDQoL) (برادلی و همکاران^{۲۱}، ۱۹۹۹). پرسشنامه ADDQoL دارای ۱۹ گویه است و برای اندازه‌گیری ادراک افراد در مورد تاثیر دیابت بر کیفیت زندگی طراحی شده است. هر گویه در یک مقیاس هفت درجه‌ای نمره گذاری می‌شود. آنچنانکه آلفای کرونباخ (۰/۸۵) نشان می‌دهد، پایایی درونی خوبی وجود دارد. تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ، از ادغام گویه‌ها در یک مقیاس حمایت می‌کند. این ابزار، هم برای دیابتی‌های وابسته به انسولین و هم غیروابسته به انسولین طراحی شده است. روایی سازه‌ی ADDQoL توسط تفاوت میان بیماران انسولینی و بیماران که قرص مصرف می‌کنند یا رژیم غذایی دارند تایید می‌شود.

¹⁹ Bradley

²⁰ Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL)

²¹ Bradley, Todd, Gorton, Symonds, Martin, & Plowright

حسین زارع و همکاران: تأثیر مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی جسمی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرانی‌های ناشی از دیابت، مقیاس کیفیت زندگی و HbA1c در دو گروه مداخله و کنترل قبل از اجرای مداخله.

متغیر	گروه مداخله	گروه کنترل
	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	۵۴/۱۴ ۱۸/۱۱	۶۱/۲۸ ۱۸/۴۴
بهزیستی روانی	۱۳/۷۸ ۶	۱۷/۳۶ ۵/۶
HbA1c	۸/۳۳ ۱/۷۴	۹/۲۳ ۱/۳

سوم انجام پذیرفت. اما در مورد شاخص HbA1c سنجش اول منهای سنجش دوم مبنای محاسبات قرار خواهد گرفت. بر اساس آزمون کلموگورف-اسمیرنوف کلیه متغیرها دارای توزیع نرمال (طبیعی) بودند. در جدول ۳ وضعیت توزیع متغیرها آمده است.

با توجه به اینکه متغیرهای سلامت روانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون (بلافاصله بعد از مداخله) و پیگیری (یک ماه پس از مداخله) اندازه‌گیری شده است، لذا کلیه پردازش‌های آماری در دو مرحله، بر اساس تفاضل شاخص‌ها در مرحله اول و دوم و تفاضل شاخص‌ها در مرحله اول و

جدول ۳: وضعیت توزیع متغیرهای بهزیستی روانی، کیفیت زندگی و HbA1c از نظر طبیعی بودن توزیع در سنجش مرحله اول و دوم.

متغیر	تعداد	کلموگورف-اسمیرنوف Z	sig	مرحله اول (تفاضل سنجش اول و دوم)	مرحله دوم (تفاضل سنجش اول و سوم)
بهزیستی روانی	۲۸	۱/۱۷	۰/۱۲۹	۰/۸۶	۰/۴۵
کیفیت زندگی	۲۸	۰/۷	۰/۷۰۴	۰/۴۸	۰/۹۸
HbA1c	۲۸	۰/۴۹	۰/۹۷	-	-

رتیب F برابر ۲/۲، ۰/۴۰۴ و ۰/۰۰۶) پیش فرض تساوی واریانس‌ها، مورد تأیید قرار گرفت و مفروضه لازم برای استفاده از آزمون آماری وجود داشت. نتایج توصیفی آزمون مانوا نشان داد که مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های سلامت جسمی در مرحله اول و شاخص‌های سلامت روانی در مرحله اول و دوم تأثیر مطلوبی داشته است.

با توجه به نرمال بودن توزیع متغیرها و وجود یک متغیر مستقل و سه متغیر وابسته از مانوا به عنوان روش آماری برای این تحلیل استفاده شد. بر اساس نتایج آزمون باکس (مقدار M باکس برابر ۳۱/۳۵ و sig برابر ۰/۰۵۴) برای شاخص‌های سلامت روانی و مقدار M باکس برابر ۱۵/۱۶۹ و sig برابر ۰/۰۳۹) برای شاخص‌های سلامت جسمی) پیش فرض تساوی کواریانس‌ها و بر اساس آزمون لوین، برای شاخص‌های کیفیت زندگی، مشکلات مرتبط با دیابت و HbA1c (به

جدول ۴: نتایج توصیفی شاخص‌های سلامت روانی (کیفیت زندگی و بهزیستی روانی) و سلامت جسمی (HbA1c)

در گروه‌های مداخله و کنترل.

مرحله اول (تفاضل سنجش اول و دوم)			مرحله دوم (تفاضل سنجش اول و سوم)				
تعداد	انحراف معیار	میانگین	تعداد	انحراف معیار	میانگین	گروه‌ها	شاخص‌های سلامت
۱۴	۸/۳	-۵/۲۸	۱۴	۴/۲	۶/۱۴	کنترل	بهزیستی روانی
۱۴	۴/۲۱	۱۰/۲۱	۱۴	۴/۴۷	۱۰/۲۱	مداخله	
۲۸	۱۰/۲	۲/۴۶	۲۸	۴/۷۴	۸/۱۸	کل	
۱۴	۱۴/۸	۰/۹۳	۱۴	۱۹/۹۱	۷/۶۴	کنترل	کیفیت زندگی
۱۴	۱۰/۹	۱۱/۸۶	۱۴	۱۲/۲۸	۱۴/۱۴	مداخله	
۲۸	۱۳/۹۱	۶/۳۹	۲۸	۱۶/۵۷	۱۰/۸۹	کل	
		-	۱۴	۱/۱	۱/۹۳	کنترل	HbA1c
			۱۴	۰/۸۶	۱/۳۶	مداخله	
			۲۸	۱	۱/۶۴	کل	

موجب بهبود قند خون در افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که روش درمان گروهی روانی اجتماعی بر کنترل بیماری دیابت موثر است و باعث افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی و کاهش استرس‌های ناشی از این بیماری می‌گردد. نتیجه این تحقیق در راستای تحقیق سابورین و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر اثر بخشی مفید این مداخله بر کنترل قند خون است. اگر چه پیشینه‌ی پژوهشی که مستقیماً اثربخشی این روش درمان گروهی روانی اجتماعی را در کنترل دیابت نوع ۲ بررسی نماید، کم است اما یافته‌ها حاکی از اثربخشی سایر مداخلات روانی اجتماعی، در بهبود بیماریهای مزمن وجود دارد (آلتو، ۱۹۹۷؛ گیلیبرند، ۲۰۰۶؛ تلجامو، ۲۰۰۱). از جمله ویژگی‌های این بیماری، ناراحتیهای هیجانی مثل اضطراب و افسردگی و نیز وجود استرس زیاد، به ویژه که خود بیماری دیابت نوعی استرس مزمن محسوب می‌شود. این ناراحتیهای هیجانی باعث کنترل نامطلوب قند خون می‌شود، که همین کنترل نامطلوب خود نوعی استرس محسوب می‌شود و بیمار دیابتی در دور باطلی از استرس، کنترل نامطلوب و استرس مجدد قرار می‌گیرد که بر بهزیستی و کیفیت زندگی این بیماران تأثیر نامطلوب می‌گذارد و باعث افسردگی و خلق پایین در این بیماران می‌شود. امروزه هدف اصلی درمان بیماران دیابتیک را دستیابی به میزان (HbA1c کمتر از ۷٪) کنترل مطلوب می‌دانند چون با کاهش میزان مرگ و میر بیماری‌زایی مرتبط می‌باشد (لورنز، ۱۹۹۶). برخی از مطالعات بر روی رابطه کنترل قند و کیفیت زندگی گرفته است که برخی از آنها وجود ارتباط بین کیفیت زندگی و کنترل قند را نشان می‌دهد در حالی که سایر مطالعات به چنین اطلاعاتی دست پیدا نکرده اند، مطالعاتی که این ارتباط دست پیدا کرده‌اند پیشنهاد می‌دهند که کنترل مطلوب قند در

نتایج استنباطی مانوا نشان داد که در مورد شاخص‌های سلامت روانی (بهزیستی روانی و کیفیت زندگی) در مرحله اول (تفاضل سنجش اول و دوم) هیچ‌کدام از آزمون‌های چند متغیری (اثر پیلایی^{۲۲}، لامدای ویلکز^{۲۳}، اثر هاتلینگ^{۲۴} و بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی ری^{۲۵}) معنادار نیستند (F برابر ۱/۴۵ و sig مساوی ۰/۲۴۵ می‌باشد) لذا تساوی میانگین ترکیبی شاخص‌های سلامت روانی در دو گروه مداخله و کنترل نتیجه می‌شود و این یعنی، مداخله گروهی روانی اجتماعی علی‌رغم نتایج توصیفی، موجب بهبود شاخص‌های سلامت روانی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشده است. اما در مرحله دوم (تفاضل سنجش اول و سوم) تمامی آزمون‌های چند متغیری (اثر پیلایی، لامدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی ری) معنادار هستند (F برابر ۸/۷ و sig مساوی ۰/۰۰۰) لذا تفاوت میانگین ترکیبی شاخص‌های سلامت روانی در دو گروه مداخله و کنترل نتیجه می‌شود و این یعنی، مداخله گروهی روانی اجتماعی مطابق نتایج توصیفی، موجب بهبود شاخص‌های سلامت روانی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو شده است.

در مورد HbA1c به عنوان شاخص بهزیستی جسمی نتایج استنباطی نشان داد که هیچ یک از آزمون‌های چند متغیری (اثر پیلایی، لامدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه اختصاصی ری) معنادار نیستند (F برابر ۱/۸۷ و sig مساوی ۰/۱۸۳)؛ لذا تساوی میانگین ترکیبی شاخص سلامت جسمی (HbA1c) در دو گروه مداخله و کنترل نتیجه می‌شود و این یعنی مداخله گروهی روانی اجتماعی مطابق نتایج توصیفی،

²² Philla s Trace

²³ Wilk s Lamda

²⁴ Hotelling s Trace

²⁵ Roy s Largest Root

معنادار مداخله گروهی روانی اجتماعی در مرحله اول نسبت به مرحله دوم می‌توان به وقوع زمانی اجرای مداخله اشاره کرد. بیماران هفته‌ای یک بار طبق تعهد اخلاقی که داده بودند ملزم به شرکت در جلسات مداخله بودند و بعلاوه ایام پایانی سال و استرس‌های کاری بر اثر بخشی مداخله تأثیر منفی گذاشته بود، در حالیکه در سنجش دوم که این گونه استرس‌ها از بین رفته بود و بیماران فرصت بازنگری تکالیف اجرای آنها را بدون استرس حضور در کلاس کسب کرده بودند، نتایج تفاوت معنادار نشان داده بود.

بر این اساس می‌توان به دو دسته پیامد عملی و نظری پژوهش اشاره کرد. در سطح عملی، تهیه برنامه‌های آموزشی و مداخله‌ای گروهی روانی اجتماعی جهت کمک به بیماران برای کنترل مطلوب قند خونشان و نیز بالا بردن کیفیت زندگی و کاهش استرس و نگرانی‌های مربوط به بیماری آنها اشاره کرد. مداخلات گروهی که هیجانانگیز و نگرانی‌های بیماران دیابتی را هدف درمان قرار می‌دهند. در سطح نظری یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای یافته‌های علمی مبنی بر نقش مفید مداخله‌ی ۶ جلسه‌ای گروهی روانی اجتماعی در بهبود دیابت کمک کند و منجر به ارتقای رفتارهای خود مراقبتی و پیشگیری از عوارض دیابت که یک چالش مداوم برای سیستم‌های بهداشتی و دولت‌ها محسوب می‌شود گردد.

سپاسگزاری

این مقاله، بخشی از رساله دکتری نویسنده مسئول در رشته روان‌شناسی سلامت می‌باشد. از همکاری صمیمانه کارکنان ارجمند مرکز تحقیقات دیابت یزد، بویژه واحد پرستاری، پذیرش و آزمایشگاه محترم و نیز بیماران عزیز سپاسگزاری می‌گردد.

ارتباط با کنترل بهتر کیفیت زندگی می‌باشد. به عبارتی کنترل نامطلوب قند خون در این بیماران نوعی استرس محسوب می‌شود که بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر نامطلوب می‌گذارد.

حمایت اجتماعی که به «امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند» و یا بعنوان «معرفتی که باعث می‌شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن به شمار آمده و به یک شبکه اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد» یکی از واسطه‌های استرس-بیماری است (گری-سویلا، ۱۹۹۵). برخی حمایت اجتماعی را واقعیتهای اجتماعی و برخی آن را ناشی از ادراک فرد می‌دانند. ساراسون (۱۹۸۸) حمایت اجتماعی را مفهومی چند بُعدی می‌داند که هر دو مفهوم را دربر می‌گیرد (کوهن و ویلس، ۱۹۸۵). پژوهش‌های مختلف نشان داده است که حمایت اجتماعی با سلامتی و بیماری رابطه دارد. برای توجیه این رابطه دو مدل مطرح شده است، مدل سپر مانند که بر اساس آن حمایت اجتماعی همانند سپری اثرات منفی استرس به ویژه استرس‌های شدید را می‌کاهد و مدل تأثیر مستقیم که معتقد است صرف نظر از وجود یا عدم وجود استرس، بالا بودن حمایت اجتماعی با افزایش سلامتی و کاهش بیماری مرتبط است (فام، ۱۹۹۶؛ ون، ۲۰۰۴؛ آلبریت، ۲۰۰۱).

با توجه به یافته‌های پژوهش اگر چه اثر بخشی مداخله گروهی روانی اجتماعی بر شاخص‌های بهزیستی روانی ثابت شد اما این مداخله تأثیر معناداری بر شاخص قند خون نداشت. در تبیین این نتایج می‌توان به این نکته اشاره کرد که مداخله گروهی روانی اجتماعی با کنترل متغیرهای استرس و نگرانی‌ها و مشکلات مرتبط با دیابت، کنترل بیمار دیابتی را در کاهش مصرف مواد قندی و داشتن رژیم غذایی کم می‌کند و از آنجا که بیمار از استرس‌ها رها شده است کمتر به جوانب منفی دیابت فکر می‌کند و این موضوع سبب افزایش میزان HbA1c در بیماران شده است. در تبیین موضوع عدم تأثیر

منابع

- Bradley, C. (1994). The Well-being Questionnaire. In: Bradley C., (Ed.) handbook of psychology and diabetes, A guide to psychological measurement in diabetes research and practice. UK: Harwood, 89-109.
- Bradley, C.; Todd, C.; Gorton, T.; Symonds, E.; Martin, A. & Plowright, R. (1999). The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQOL. Quality of Life Research, 8, 79-91.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, Social support and buffering hypothesis. Psychosocial Bulletin, 98, 310-357.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med; 67: 89-97.
- Douketis, J.D.; Macie, C.; Thabane, L. & Williamson, D.F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. International Journal of Obesity, 29, 1153-1167.
- Gillibrand, R. & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. Br J Health Psychol; 11: 155-69.
- Gray-sevilla M.E.; Nava, L.E. & Malacara, J.M. et al. (1995). Adherence to treatment and social support in Patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications; 9: 81-86.
- Lett, H.S.; Blumenthal, J.A.; Babyak, M.A.; Strauman, T.; Robins, C. & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosom Med; 67: 869-78.
- Lorenz, R.A.; Bubb, J.; Davis, D.; Jacobson, A.; Jannasch, K.; Kramer, J. & Lipps, J. (2005). Stress, Social support and buffering hypothesis. Psychosocial Bulletin, 98, 310-357.
- Denollet, J. (2005). DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. Psychosom Med; 67: 89-97.
- Douketis, J.D.; Macie, C.; Thabane, L. & Williamson, D.F. (2005). Systematic review of long-term weight loss studies in obese adults: Clinical significance and applicability to clinical practice. International Journal of Obesity, 29, 1153-1167.
- Gillibrand, R. & Stevenson, J. (2006). The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. Br J Health Psychol; 11: 155-69.
- Gray-sevilla M.E.; Nava, L.E. & Malacara, J.M. et al. (1995). Adherence to treatment and social support in Patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. J Diabetes Complications; 9: 81-86.
- Lett, H.S.; Blumenthal, J.A.; Babyak, M.A.; Strauman, T.; Robins, C. & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. Psychosom Med; 67: 869-78.
- پورشریفی، حمید؛ پورنقاش تهرانی، سعید؛ عابدین، علیرضا؛ شهیدی، شهریار؛ باباپور، جلیل و گروسی فرشی، میرتقی (۱۳۸۶). بررسی روایی زبان‌شناختی و دیگر ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، الگوهای شخصی، مراقبت از خود و بهزیستی بیماران دیابتی. پیش‌نویس گزارش پژوهش مصوب دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز.
- Aalto A.M. & Uutela A. (1997). Glycemic control, self-care behaviors, and Psychosocial factors among insulin treated diabetics : a test of an extended health belief model .Int J behav Med; 4: 191-214.
- American Diabetes Association (ADA). National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2005; 28(11): 72-79.
- Albright, T.L.; Parchman, M. & Burge, S.K. (2001). Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNEST study. Fam Med; 33: 354-360.
- Alloway, S.C.; Toth, E.L. & McCargar, L.J. (2001). Effectiveness of a group psychoeducation program for the treatment of subclinical disordered eating in women with type 1 diabetes. Can J Diet Pract Res 62: 188-192.
- Barth, J.; Schumacher, M. & Herrmann-Lingen, C. (2004). Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. Psychosom Med; 66: 802-13.
- Bandra, A. (1994). Self efficacy. In V.S. Ramachandran, encyclopedia of human Behavior.; 4: 71-8.

(1996). Schlundt :Changing behaviour: practical lessons from the Diabetes Control and Complications Trial. *Diabetes Care* 19:648–652,

- Pham, D.T.; Fortin, F. & Thibaudeau, M.F. (1996). The role of the Health Belief Model in amputees' selfevaluation of adherence to diabetes self-care behaviors. *Diabetes Educ*; 22:126-132.

- Powell, L.H.; Calvin, J.E. & Calvin, J.E. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologist*, 62, 234-246.

- Sabourin B.C.; Vallis, T.M. & Currie, S. (2011). Development and Pilot-Testing of a Brief Psychosocial Group Intervention Protocol for Diabetes Self-Management. *Canadian journal of diabetes*. 35(3):287-294.

- Snoek, F.J. (2002). Management of diabetes: Psychological aspects of diabetes management. The Medicine Publishing Company, Ltd.

- Spiess, K.; Sachs, G.; Pietschmann, P. & Prager, R. (1995). A program to reduce onset distress in unselected type I diabetic patients: effects on psychological variables and metabolic control. *Eur J Endocrinol* 132:580–586.

- Toljamo, M. & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*; 10:618-627.

- Wen, L.K.; Shepherd, M.D. & Parchman, M.L. (2004). Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*; 30:980-993.