

## تاثیر آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کاهش احساس فشار روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

قهرمان محمودی<sup>۱\*</sup>، شهنام ابوالقاسمی<sup>۲</sup>، هادی درویشی خضری<sup>۳</sup>

تاریخ وصول: ۹۱/۴/۱۲ تاریخ پذیرش: ۹۱/۶/۱۴

### چکیده:

**زمینه و هدف:** علاوه بر بالا بودن قندخون در بیماران دیابتی، سابقه افسردگی، احساس گناه، اضطراب، برجسب منفی به خود و فقدان اعتماد به نفس نیز دیده می‌شود. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کاهش احساس فشار روانی مبتلایان به دیابت نوع II در شهرستان ساری انجام شده است. **روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع کار آزمایشی بالینی بود. جامعه پژوهش ۷۵۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت شهرستان ساری بودند. از بین ۷۵۰ نفر، تعداد ۲۷۵ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و با پر کردن پرسش نامه احساس فشار روانی مورد سنجش قرار گرفته‌اند که از بین آنها تعداد ۲۴ نفر به صورت ۲ گروه ۱۲ نفره مورد و شاهد انتخاب و مداخله درمانی بر روی آن‌ها انجام شد. ابزار اندازه‌گیری شامل پرسشنامه روانی مارکهام جهت سنجش میزان فشار روانی بود. جهت توصیف داده‌ها از آمار توصیفی و برای تحلیل داده‌های استنباطی از روش آماری کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS پرداخته شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مصون سازی استرس در گروه مورد و مقایسه آن با گروه کنترل اختلاف معنی‌داری را در میانگین دو گروه از نظر احساس فشار روانی نشان داده است ( $p < 0/05$ ). **بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که میزان احساس فشار روانی بعد از پایان مداخله درمانی نسبت به قبل از درمان کاهش معنی‌داری یافت. لذا، بیماران دیابتی می‌توانند، از روش‌های درمان روان شناختی بعنوان درمان‌های مکمل همراه با درمان‌های دارویی جهت کاهش فشار روانی استفاده نمایند.

**واژگان کلیدی:** آموزش مصون سازی، فشار روانی، میزان قند خون، دیابت نوع II.

### مقدمه

تلف شدن انسان‌ها، رویاها و آرزوهای برآورده نشده و کودکان تحقیر شده و سرخورده اند (۴). با در نظر گرفتن این که استرس سبب از هم گسیختگی کنترل بهینه دیابت می‌گردد به نظر می‌رسد یکی از روش‌های مؤثر در کنترل دیابت از بین بردن استرس و کاهش مشکلات عاطفی ناشی از عوامل مربوط به بیماری باشد (۵ و ۱).

عاملی که در این پژوهش برای ایجاد و یا تشدید دیابت مورد توجه است انواع استرس می‌باشد. با این که وقایع استرس زا با دیابت رابطه دارند، اما اثبات یک ارتباط مستقیم بین استرس و دیابت دشوار است. توضیح این مسأله ممکن است در این حقیقت نهفته باشد که افراد، به دلیل برخی وقایع استرس‌زا به پزشک مراجعه می‌کنند و در همین ملاقات‌ها است که تصادفاً دیابت تشخیص داده می‌شود (۶ و ۱).

فشار روانی نقش دوگانه علت و معلول را در رابطه با بیماری دیابت ایفا می‌کند، بدین معنا که از یک طرف موجب افزایش گلوکز و در نتیجه افزایش هموگلوبین گلیکوزیله ( $HbA_{1C}$ ) شده که پی‌آمد آن نیاز به دفعات بیشتر استفاده از دارو یا تزریق

فشار روانی، زهر آگین‌ترین، فراگیرترین و مخرب‌ترین نیروی مؤثر در جامعه امروزی می‌باشد، این پدیده نسبت به هر ارگانسیم آلوده‌کننده‌ای مهاجم‌تر، آسیب‌زننده‌تر و جهانی‌تر است (۱). امروزه همه روان‌شناسان، متفق‌القول هستند که هرگاه نیاز روانی انسان در نتیجه برخورد با مانع یا فقدان شرایط مطلوب ارضاء نشود احساس فشار روانی و اضطراب بروز خواهد کرد و این فشار، بدون ارضای نیاز موجود از بین نخواهد رفت (۲ و ۳). فشار روانی (استرس) در زندگی امروز بیش از هر زمان دیگر نمود پیدا کرده است. در عین حال، بیماری‌هایی چون زخم معده، ورم مفاصل رماتیسمی و مرض قند (دیابت) نیز از عواقب فشار روانی محسوب می‌شود، همه موارد به اندازه کافی گویا هستند و بر وجود فشار زندگی گواهی می‌دهند؛ این‌ها مبین هدر رفتن و

۱. استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری \* (نویسنده مسؤول)

Email: ghahraman48@yahoo.com

۲. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن  
۳. گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

وقوع پیوستن معجزه، همسفری که باعث خزان زندگی شده، متفاوت بودن با سایر نوجوانان(۵).

یافته‌های بسیاری از تحقیقات نشان می‌دهد که متغیرهایی نظیر فشار روانی در مورد دیابت، کفایت رفتاری و شیوه سازگاری با نحوه کنترل متابولیک دیابت در این بیماران رابطه دارد. عقاید و نگرش منفی نسبت به دیابت نیز از مشکلات شناختی در میان افراد با زمینه ناتوانی در کنترل دیابت است. از این رو به نظر می‌رسد که مداخلات روان شناختی بتواند به این قبیل بیماران در کنترل بهینه سطح قند خون کمک نماید(۱۱).

در پژوهش انجام شده توسط لید و همکاران<sup>۱</sup> با استفاده از مقیاس (HADS)<sup>۲</sup> بر روی بیماران دیابتی نوع I و II به منظور بررسی میزان شیوع علائم روان شناختی و میزان نیاز به خدمات روان شناختی و همزمان انجام تست هموگلوبین گلیکوزیله (HbA<sub>1c</sub>) مشخص شد که بیماران دارای میزان علائم افسردگی و اضطراب بوده‌اند(۱۲). راس و همکاران<sup>۳</sup> به منظور مشخص کردن این موضوع که آیا اداره و کنترل روان شناختی استرس و اضطراب می‌تواند موجب کنترل دیابت گردد، مطالعه‌ای انجام دادند. به این منظور ۵ دختر نوجوان دیابتی با دامنه سنی ۱۸-۱۵ ساله که کنترل متابولیکی ضعیف داشتند تحت دوره ۶ ماهه در بیمارستان مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که کنترل بهبود یافته استرس و اضطراب، تأثیر مثبت در تنظیم دیابت داشت(۱۳). براساس یافته‌های مطالعات انجام شده در خصوص بزرگسالان مبتلا به دیابت به ویژه نوع ۲، مداخلات روان شناختی تأثیر قابل ملاحظه‌ای در کنترل سطح قند خون از یک سو و کاهش واکنش‌های هیجانی نظیر فشارروانی، اضطراب و افسردگی از سوی دیگر دارد. از آنجائیکه در کشور ما، اکثر بیماران دیابتی به رژیم غذایی یا داروها برای درمان متوسل می‌شوند لذا روش‌های درمان شناختی جهت کنترل استرس و سطح قندخون بیماران دیابتی چندان مورد آزمایش قرار نگرفته‌اند. بدین جهت در پژوهش حاضر سعی شده است درمان مکمل درمانهای دیگر مورد آزمایش و تأیید قرار گیرد.

### روش بررسی

نوع مطالعه کار آزمایشی بالینی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت شهرستان ساری بوده که مجموعاً از ۷۵۰ نفر زن و مرد تشکیل شده است. تمامی این بیماران عضو انجمن دیابت

انسولین است و از سوی دیگر خود از عوارض بیماری محسوب می‌شود(۷).

هر فردی که متوجه بیماری دیابت خود شود، مورد هجوم یک سلسله افکار ناراحت کننده و معشوش قرار می‌گیرد. کمتر کسی است که در روزها یا ماههای اول آگاهی از بیماری قند خود، از بی‌خوابی، خستگی روانی، بی‌نشاطی و عدم علاقه به انجام کارهای اجتماعی شکایت و رنج نبرد. باید علایم، روند درمان و ملاحظات لازم را برای بیمار شرح دهد و احتمال کنترل پذیر بودن علایم بیماری را توضیح دهد(۳). بیماری دیابت شیوع بالایی در جهان دارد(۶). این بیماری به عنوان یک بیماری عمده غیر واگیر باعث هزینه شدن حدود ۸ درصد از بودجه بهداشتی در کشورهای توسعه یافته است. بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۴۰۴ تعداد افراد بالغ مبتلا به دیابت در کشورهای توسعه یافته با افزایشی ۱۷۰ درصدی از ۸۴ میلیون به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید(۵). این پیش‌بینی‌ها مسلماً باید باعث برنامه‌ریزی بهداشتی در تمام کشورها به خصوص در کشورهای در حال توسعه می‌شود، طبق آمارها در سال ۱۳۷۷ تعداد افراد مبتلا به بیماری قند در ایران ۳ میلیون نفر بوده است و براساس پیش‌بینی‌ها این تعداد در طی ۳۰ سال، بیشتر از ۳ برابر خواهد شد(۳). براساس گزارشات بالینی تعداد زیادی از بیماران مبتلا به دیابت علیرغم بهره‌گیری از مداخلات دارویی و پزشکی، مشکلات فراوان در کنترل دیابت دارند. در رابطه با جنبه‌های روان شناختی، نتایج مطالعات حاکی از آن است که در مقایسه با افراد سالم این قبیل بیماران دارای علائم افسردگی، اضطراب، جسمانی کردن علائم، حساسیت در روابط بین فردی، احساس گناه، تصویر بدنی مختل، کاهش اعتماد به نفس و برچسب زدن منفی به خود هستند(۸). می‌خنبام در بررسی خود پیرامون شیوه‌های مقابله و ویژگی‌های روانی - اجتماعی ۱۰۰ نوجوان مبتلا به دیابت مشخص ساخت که ۶ درصد مبتلایان دچار احساس تنهایی، بی‌کسی و اضطراب شده بودند و بقیه دچار افسردگی بودند(۹). در پژوهش دیگری که بر روی آزمودنی‌های ۹ تا ۱۸ ساله انجام شده بود، ۶۲ درصد مبتلا به اضطراب و علایم استرس و بقیه احساس ناامیدی و سرخوردگی می‌کردند(۵). سایر تحقیقات که جهت بررسی اثر بخشی مهارت‌های مقابله‌ای، حل مشکل آرام سازی، باز سازی شناختی و ابزار وجود، تعداد ۸۵ نفر از مبتلایان به دیابت را مورد بررسی قرار دادند. ۸۵-۸۰ درصد از افراد مهارت مقابله با استرس را نیاموخته بودند و تحت شرایط استرس دچار اضطراب و ناامیدی می‌شدند(۱۰). سرتیپ پوردر پژوهشی بر روی ۲۰۰ نوجوان مبتلا به دیابت مشخص کرد که به ترتیب علایم زیر دیده می‌شود: اضطراب و ترس از حضور در اجتماع به عنوان یک فرد دیابتی، ناتوانی در کنار آمدن با شرایط موجود، تصویر هولناک از دیابت در ذهن، امید به

1. Liayd, C.E, Barental, A.H

2. Hospital Anxiety and Depression Scale

3. Rose, I.F, Heick, M.C.

عضلانی و مبارزه با افکار خودکار، آموزش مسئله‌گشایی و تکلیف‌خانگی.

جلسه هفتم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، مرور تکلیف واگذار شده، اجرای فن توقف فکر، تصویر پردازی ذهنی و ارائه تکلیف.

جلسه هشتم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، مرور تکلیف واگذار شده، اجرای فن خود بیانی مثبت و تمرین آن و همراه کردن آن با دیگر فنون ارائه شده و ارائه تکلیف.

جلسه نهم: مرور مطالب و مباحث جلسات قبل، مرور تکلیف واگذار شده، بررسی میزان اثربخشی فنون ارائه شده، تقویت اعضا برای بکارگیری فنون و تداوم اجرای آن، اجرای پس آزمون و اختتام جلسه.

لازم به ذکر است که در دو گروه آزمایشی و کنترل اکتی مشاهده نشد. هم چنین ۲ جلسه اول مربوط به مرحله اول آموزش مصون سازی در مقابل استرس (مفهوم سازی) اختصاص یافت. ۵ جلسه بعد به مرحله دوم آموزش مصون سازی در مقابل استرس (کاربرد و پیشگیری) اختصاص یافت. و ۲ جلسه آخر به مرحله سوم آموزش مصون سازی در مقابل استرس اختصاص داده شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها به شرح زیر عمل شد:

جهت ارزیابی میزان فشار روانی از پرسشنامه روانی مارکهام استفاده شد. این پرسشنامه ۳۶ سؤال دارد که کسب نمره بالاتر از ۲۱ نشانه احساس فشار روانی بالاتر از متوسط بوده و نیاز به درمان دارد.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، با بیمارانی که بصورت تصادفی ساده انتخاب شده بودند و پرسشنامه مارکهام بر روی آنها اجرا شده بود و نمره بالاتر از ۲۱ کسب کرده بودند، صحبت شد و با توضیحات لازم در مورد روند جلسات درمان، به تعداد ۲۴ نفر که در نمونه نهایی حضور داشتند همگی پذیرفتند که در جلسات شرکت کنند.

متغیرهای پژوهش شامل: متغیر مستقل: آموزش مصون سازی در مقابل استرس: (SIT): این روش بخشی از روش درمانی مایکنیام است که بیشتر جنبه پیشگیری دارد تا درمان. این روش بر این اساس استوار است که اضطراب ناشی از ناهمخوانی میان فشارهای وارد شده بر فرد و منابع وامکانات فردی برای کنار آمدن با آن فشارها می‌باشد. آموزش مصون سازی در برابر استرس (SIT) شامل تدریس آموزشی، بحث سقراطی بازسازی شناختی، حل مسأله، آموزش آرامش‌دهی، تمرین تصویرسازی ذهنی و رفتاری، خودبازنگری، آموزش خودفرمانی، آموزش خود و اقداماتی در جهت تغییر محیط می باشد (مایکنیام، ۱۹۸۶).

متغیرهای وابسته شامل واکنش جسمانی، ذهنی و شیمیایی

شهرستان ساری بوده و تحت نظر پزشک بیماری آنها تأیید شده است.

از بین جامعه آماری تعداد ۳۵۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و پرسشنامه احساس فشار روانی در مورد آنها اجرا شد و از این تعداد، افرادی که نمره بالاتر از ۲۱ در پرسشنامه احساس فشار روانی را کسب کرده به تعداد ۳۰ نفر انتخاب گردیدند. به علت افت آزمودنی به تعداد ۳ نفر از هر دو گروه به علت عدم شرکت و عدم همکاری، کل نمونه‌های شرکت کننده در پژوهش ۲۴ نفر بودند. قبل از انجام آزمون علاوه بر همگن سازی از نظر سن، جنس، تحصیلات، میزان فشار روانی و شدت قند خون، ابتدا پیش فرض‌های آن (همگنی رگرسیون، داشتن رابطه خطی، فاصله ای بودن داده‌ها، نرمال بودن توزیع و تصادفی بودن داده‌ها) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

سپس ارزیابی برای هر دو گروه در دو مرحله انجام گرفته است. مرحله اول قبل از انجام مداخله درمانی بوده و مرحله دوم ارزیابی در پایان دوره درمان برای هر دو گروه اجرا شد. ارزیابی‌ها شامل اجرای یک آزمون مربوط به احساس فشار روانی بود. آموزش مصون‌سازی در مقابل استرس بصورت گروهی در ۹ مرحله و در ۹ هفته از قرار جلسه‌ای یک ساعت و نیمه برای گروه آزمایش اجرا گردید. برای گروه کنترل دو جلسه ارزیابی اولیه و پایانی تشکیل گردید.

شرح مختصر مفاد و مباحث هر بحث

جلسه اول: معرفی و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر. مشخص شدن ادراک، اهداف و انتظارات اعضای گروه، ذکر قوانین، برقراری رابطه مبتنی بر همکاری، ابراز علت انتخاب و گزینش اعضا و مشخص شدن نمونه انجام کار.

جلسه دوم: ارائه اهداف جلسه، بحث در مورد فشار روانی ناشی از مشاغل، ذکر نقش افکار و باورها در بروز فشار روانی، بحث در مورد علائم ناشی از فشار روانی، آموزش ABC ایس و اجرای فن تصویر سازی ذهنی.

جلسه سوم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، بحث در مورد پیامدها و مشکلات مرتبط با فشار روانی مشاغل و تأثیر آن بر فرسودگی شغلی و نارضایتی شغلی، آموزش آرامیدگی عضلانی و ارائه تکلیف خانگی.

جلسه چهارم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، مرور تکلیف واگذار شده، آموزش نقش افکار در احساس و رفتار، توضیح شناخت درمانی بک، اجرای فن بازسازی شناختی با رویکرد بک و ارائه تکلیف خانگی.

جلسه پنجم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، مرور تکلیف واگذار شده، مبارزه با افکار منفی خودکار ثبت شده و ارائه تکلیف خانگی.

جلسه ششم: مرور مطالب و مباحث جلسه قبل، مرور تکلیف واگذار شده، بحث در مورد کارایی اجرای ترکیبی آرامیدگی

**یافته‌ها**

در این پژوهش ۲۴ بیمار دیابتی در ۲ گروه ۱۲ نفره آزمایش و کنترل پس از مداخله گروه مورد، مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند و یافته‌های دموگرافیک در جدول شماره ۱ قید شده است.

بدن درمقابل رویدادهایی است که موجب ترس، هیجان، دست پاچگی، احساس خطر یا خشم می شود . جهت توصیف داده‌ها از روشهای آماری توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد و برای تحلیل داده‌های استنباطی از روش آماری کوواریانس (ANCOVA) از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ استفاده شده است.

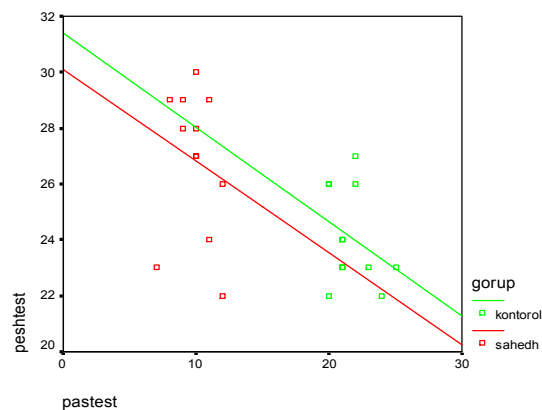
جدول (۱) خصوصیات دموگرافیک گروه آزمایش و کنترل

گروهها	آزمایش				کنترل			
	جنس		تعداد	تحصیلات	جنس		تعداد	تحصیلات
	مؤنث	مذکر			مؤنث	مذکر		
۳۰-۳۵	۲	۱	۳	۲	۱	۲	۱	
۳۵-۴۰	۱	-	۲	۲	۲	۳	-	
۴۰-۴۵	۱	۱	۲	۱	۲	۱	۲	
۴۵-۵۰	۲	۱	۳	۱	۲	۱	۲	
۵۰-۶۰	۱	۱	۲	-	۱	۲	-	

جهت بررسی فرضیه‌ها از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شده که اجازه می دهد اثریک متغیرمستقل برمتغیروابسته مورد بررسی قرار گیرد درحالی که اثرمتغیردیگری را حذف کرده یا از بین می برد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کاهش احساس فشار روانی بیماران دیابتی نوع II مؤثر است و بر اساس آزمون آماری کوواریانس با توجه به معنادار شدن F نشان داد که این شیوه آموزش با ۹۹ درصد اطمینان در کاهش احساس فشار روانی بیماران دیابتی نوع II مؤثر است (جدول شماره ۳).

در پژوهش حاضر ، پیش فرض های آن (همگنی رگرسیون، داشتن رابطه خطی،فاصله ای بودن داده ها، نرمال بودن توزیع وتصادفی بودن داده ها) مورد بررسی و تأیید قرار گرفت .

نمودار (۱) نمودار احساس فشار روانی در دو گروه مورد و شاهد



جدول (۳) نتایج تحلیل کوواریانس جهت احساس فشار روانی گروههای آزمایش و کنترل

شاخص‌های آماری		پس آزمون
تعداد	۱۲	۱۲
میانگین	۹/۹۲	۲۱/۶۷
انحراف معیار	۱/۵۱	۱/۶۱
p-value	p < ۰/۰۰۰۵	

در پژوهش حاضر، داده‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه مورد و کنترل در جدول شماره ۲ آمده است.

جدول (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروههای آزمایش و کنترل

گروهها	متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون
آزمایش	میانگین	۲۶/۸۳	۲/۵۸
	انحراف معیار	۹/۹۲	۱/۵۰
کنترل	میانگین	۲۴/۰۸	۱/۷۳
	انحراف معیار	۲۱/۶۷	۱/۶۱

**بحث و نتیجه گیری**

بر اساس یافته‌های حاصل از این پژوهش مشخص گردید که روش آموزش مصون سازی در مقابل استرس بر کاهش احساس فشار روانی بیماران دیابتی نوع II مؤثر است.

دیابت به طور مثبتی تغییر کرد و با بیماری سازگاری بهتری ایجاد نمودند و امید به زندگی در این افراد بهبود یافت و این امر می تواند به دلیل بالا رفتن اعتماد به نفس و هم چنین تغییر نگرش باشد.

لذا با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می شود که از تکنیک های آموزش مصون سازی در مقابل استرس نظیر آموزش جرأت ورزی، سازگاری با فشار روانی، مهارت حل مساله و خودگویی مثبت در بهبود مدیریت استرس در مبتلایان به دیابت نوع ۲ استفاده گردد.

### تشکر و قدردانی

در این پژوهش از همکاری انجمن دیابت شهرستان ساری، بیماران شرکت کننده در این پژوهش و پرسنل محترم کتابخانه دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری تشکر می شود.

در این زمینه پژوهش انجام شده توسط زیتلر و همکاران<sup>۱</sup> بر روی بیماران دیابتی نشان داد که آموزش مصون سازی در مقابل استرس باعث کاهش فشار روانی بیماران دیابتی گردید که در راستای پژوهش حاضر بود. هم چنین پژوهش انجام شده توسط اسنوک و همکاران<sup>۲</sup>، بر روی بیماران دیابتی وابسته به انسولین نشانه داد که آموزش مصون سازی و درمان های شناختی رفتاری نقش بسزایی در کاهش میزان تنش های وارده به این بیماران داشت که هم جهت با پژوهش اخیر بود (۱۱). هم چنین پژوهش انجام شده توسط لاید و همکاران، روز و همکاران، فوجبوری و همکاران، لاستمن و همکاران، اوست و همکاران و مارک و همکاران بر روی بیماران دیابتی نشان داد که آموزش مصون سازی، نقش بسزایی در کاهش میزان تنش های وارده به این بیماران داشت که در راستای پژوهش حاضر بود (۱۲ و ۱۳ و ۱۹-۱۵).

اما پژوهش انجام شده توسط پلیت و همکاران که بر روی بیماران دیابتی نوع II انجام شد نشان داد که آموزش مصون سازی استرس در گروه آزمایش در پس آزمون با گروه کنترل چندان تفاوتی نداشت و میانگین نمرات افتراقی گروه آزمایش با گروه کنترل از مرحله پیش آزمون به مرحله پس آزمون معنادار نبود ( $P > 0/05$ ) (۱۴).

از آنجایی که آموزش مصون سازی در مقابل استرس گروهی مستقیماً با افکار، احساسات و تعبیر و تفسیر رویدادهای پیرامون زندگی فردی هر انسانی و هم چنین بر زمان حال تأکید دارد، بنابراین بطور معنی داری در کاهش احساس فشار روانی مؤثر بوده است و به نظر می رسد این تأثیر ناشی از تغییر در عقاید و نگرش های بیماران نسبت به دیابت از یک سو و افزایش مهارت های مقابله ای با استرس و مدیریت بیمار از سوی دیگر بوده است.

در راستای مطالب فوق می توان گفت که در نتیجه آموزش مصون سازی در مقابل استرس، هر فرد به کمک مشاور و اعضای گروه نسبت به چگونگی کنترل قند خون خویش آگاهی یافته و بر اساس رویکرد شناختی بک که بر اهمیت عناصر شناختی سه گانه نظیر: توجه گزینشی (انتخابی)، بزرگ نمایی و استنباط اختیاری تأکید دارد، هر یک از این عناصر را در طی آموزش و مشاوره می تواند تغییر دهد. در این پژوهش تلاش شد تا آزمودنی ها با تغییر در شیوه زندگی، کنترل وزن، ورزش و تغذیه مناسب، شناخت بهتر از بیماری دیابت و سازگاری بیشتر با زندگی فردی، دید بهتری نسبت به ادامه و نحوه زندگی خودشان داشته باشند، در واقع با دیابت زندگی کنند نه برای دیابت و در نتیجه شاهد رسیدن به سطح بهینه قند خون در این افراد بودیم. نکته قابل توجه این است که عقاید افراد مبتلا به

**References:**

1. Howton K, Salkuvis keith C. Cognitive-behavioral therapy, Translated by Habibollah Qasemzadeh. First Printing. Tehran: Arjomand Publication 2007. [persians]
2. Omidvar A. behavior change techniques, cognitive-behavioral therapy. Mashhad: Publication learns motivation. First Printing. 2006. [persian]
3. Sartippour M. Investigating the views of children and adolescents with diabetes toward diabetes and living. Isfahan: Endocrinology and Metabolism Research Center. Isfahan University of Medical Sciences. 2000. [persian]
4. Shams G .The use of cognitive therapy in emotional disorders, Tabib publication, First Printing. 2008. [persian]
5. Blackburn IM, Kate MD. Cognitive therapy of depression and anxiety (Training for adults), Translated by Hassan Tuzandehjani, Mashhad. Astan Qods Razavi publications .2001. [persian].
6. Amini M. Diabetic patients care". Isfahan: Isfahan Publications. 2000. [persian].
7. SurrIDGE DH, Lawson E, Donald JS, Monga MW, Bird TN, Letemednia FJ. Psychiatric aspects of diabetes mellitus. Brititsh Journal of Psychiatry. 2000; 145: 269 - 276.
8. Skinner BF. The operational analysis of psychological terms, Psychological Review. 2003; 52: 270 -7.
9. Meichenbaum D, Cameron R. Stress inoculation: A skill training approach
10. Meichenbaum D, Novaco R. Stress inoculation: A preventative approach. In c. spiel berger and L. (Eds). Stress and anxiety (vol.5). New York: Halsted press. Sarason.1978.
11. Snoek FJ, Jacobson AM Effect of cognitive behaviourul group training, (CBGT). In adult patients With Poorly Controlled insulin dependent diabetes: a pilot study, Patient Education and Counseling. 2001; 45: 143-148.
12. Liayd CE, Barntl AH Prevalence of Symptoms of depresión and anxiety in a diabetes clinic population. Diabetic Medicine, mar . 2000; 17 (3): 171.
13. Rose IF, Heick M C, Faugh K. The effects of Anxiety management training on the control of juvenile Diabetes mellitus". Journal of Behavioral medicine. 2007; 6 (4): 71-77.
14. Fosbury JA, Bosley CM, ASonksen PH, Judd SL .A trial of cognitive analytic therapy (CAT) in poorly controlled type 1 patients, Diabetes Care. 2000; 29: 959-964.
15. Lust man PJ, Griffith LS, Freed land KE, Kissel SS, & Clouse RE .Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. Ann Int Med. 2003;129: 613-621.
16. Weist MD, Ollendick TH, Finney JW. Toward the empirical validation of treatment targets in children. Clinical Psychology Review. 2000; 11: 515-520.
17. Mark B, person B, Fisher L, Rydelius PA"Symptoms of depression are important to psychological adaptation & metabolic control in children with diabetes mellitus". J Diabetic med. 1999; 16: 14-22.
18. Ismailbeigi H .The role of exercise in the treatment of diabetes. Journal of Medical Council, No.1, Tehran: Tehran Medical Sciences Publications. 2002. [persian]
19. Javaherizadeh R. Investigating some social-psychological variables that influence the control of diabetes in youths with type 1 diabetes compared with non-diabetic youths. Master of Psychology thesis. Tehran: Institute of Psychiatry. 1995. [persian]