

## اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهدی زارع بهرام‌آبادی<sup>۱</sup>، فاروق وفائی بانه<sup>۲\*</sup>، ابراهیم قادری<sup>۳</sup>، داود تقوایی<sup>۴</sup>

### چکیده

**مقدمه:** به منظور کنترل دیابت، بیمار باید قبول کند که یکی از اعضای اصلی تیم مراقبان است. هرچند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شوند ولی تاثیر رفتار درمانی شناختی ممکن است بتواند تاثیرات مثبتی در این افراد داشته باشد. تاثیر رفتار درمانی شناختی بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به بیماری‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است، ولی مطالعات کمی در مورد دیابت انجام گرفته است. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر رفتار درمانی شناختی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت سنندج می‌باشد.

**روش‌ها:** این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی (Quasi - Experimental) به روش پیش آزمون و پس آزمون بود. تعداد ۴۸ نفر انتخاب شدند و با روش تصادفی بلوکی در دو گروه جایگزین گردیدند. گروه مداخله و گروه شاهد هر کدام شامل ۲۴ نفر از دو جنس مرد و زن به اندازه مساوی بودند. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی وار و همکاران (Short form-36) = SF-36 36 items بررسی شد. سپس مداخله با روش رفتار درمانی شناختی انجام گردید. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و آنالیز کوواریانس، تست فیشر، تی مستقل و تست من ویتنی استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نمره حیطه سلامت جسمی قبل از مداخله در گروه مداخله و گواه به ترتیب ۶۴/۷ (±۱۴/۸) و ۶۷/۲ (±۱۱/۵) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۷۱/۸ (±۱۱/۸) و ۶۷/۱ (±۱۱/۴) بود (P=۰/۰۰۳). نمره حیطه سلامت روانی قبل از مداخله در گروه مداخله و گواه به ترتیب ۳۱/۳ (±۷/۸) و ۳۶/۲ (±۸) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۵۴/۲ (±۷/۸) و ۳۶/۹ (±۷/۹) بود (P=۰/۰۰۱). نمره کلی کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۵۱/۴ (±۱۱) و ۵۵/۱ (±۱۰/۵) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۶۷ (±۹/۲) و ۵۵/۹ (±۹/۲) بود (P=۰/۰۱۴).

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج، رفتار درمانی شناختی در بیماران دیابتی می‌تواند کیفیت زندگی کلی و ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی را ارتقا دهد ولی روی ابعاد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی و درد جسمانی تاثیر معنی داری ندارد.

**واژگان کلیدی:** دیابت، کیفیت زندگی، رفتار درمانی شناختی

۱- مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی (سازمان سمت)

۲- دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۳- گروه اپیدمیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان

۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اراک

\* **نشانی:** سنندج، ابتدای خیابان آبیدر، ستاد دانشگاه علوم پزشکی کردستان، معاونت بهداشتی، تلفن: ۰۸۷۱۳۲۸۷۹۱۱، نمابر:

fwafaei@yahoo.com، پست الکترونیک: ۰۸۷۱۳۲۸۷۹۱۱

## مقدمه

دیابت شیرین با شیوع ۶-۷٪ یکی از بزرگترین مشکلات سلامت عمومی است [۱]. شیوع دیابت به سرعت در حال افزایش می‌باشد، به طوری که در طول ده سال گذشته، ۵۰٪ افزایش یافته است [۲]. سازمان جهانی بهداشت (WHO) اعلام می‌دارد که شیوع دیابت در منطقه مدیترانه شرقی در بالغین ۱۴/۵٪ است، در ایران در بین مردان ۹/۸٪ و در بین زنان ۱۱/۱٪ می‌باشد. در بعضی از کشورها شروع دیابت نوع ۲ در بین جوانان گزارش شده است [۳]. تعداد زیادی از بیماران سال‌ها به آن مبتلا هستند و متحمل عوارض آن می‌باشند. دیابت می‌تواند عوارض جسمی از قبیل هیپوگلیسمی، کتواسیدوز، کمای هیپراسمولار، رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری عروق بزرگ، پای دیابتی و عفونت‌ها را بوجود آورد [۴،۳].

بروز دیابت جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی را نیز به دنبال داشته باشد. سالمندان مبتلا به دیابت درجاتی از اختلالات شناختی را از خود نشان می‌دهند [۵]. همچنین شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بسیار بیشتر از جمعیت عمومی است و در ارزیابی‌های روان‌پزشکی علایم آن در ۴۰٪ از بیماران دیده می‌شود [۶،۷]. در مطالعه‌ای مشخص شد که شاخص سرزندگی و شادابی در ۳۹/۱٪ بیماران و شاخص کارکرد اجتماعی در ۵۰٪ بیماران سطح پایینی داشت و ۷۷٪ از بیماران از کیفیت زندگی متوسط و پایین برخوردار بودند [۸]. بیمارانی که درباره بیماریشان دیدگاه منفی‌تری دارند، احتمال بیشتری دارد که افسرده شوند [۹]. استرس، پیشرفت بیماری دیابت را تشدید می‌کند [۱۰].

با توجه به افزایش شیوع و پر هزینه بودن بیماری دیابت، انجام مداخلات موثر به منظور کنترل عوارض و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری است. به منظور کنترل عوارض، بیمار باید قبول کند که خودش به عنوان یک عضو اصلی از تیم مراقبان دیابتی‌ها باشد، نه به عنوان یک فرد بیمار که توسط تیم مراقبت کننده دیابت پرستاری می‌شود [۱۱]. هرچند مصرف داروها و تغییر سبک زندگی ارکان اصلی درمان قلمداد می‌شوند [۱۲]، ولی تاثیر شناخت درمانی بر ارتقای کیفیت زندگی افراد مبتلا به

بیماری‌های مختلف ثابت شده است. برای مثال کاهش میزان اضطراب و افسردگی مبتلایان به سکنه قلبی [۱۳]، کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان پستان [۱۴]، درمان اجتماع هراسی [۱۵] از جمله این مطالعات هستند. در این پژوهش رفتاردرمانی شناختی به منظور ارتقای کیفیت زندگی و در نتیجه کاهش عوارض دیابت بکار گرفته شد. با جاری کردن روش‌های ارتقاء کیفیت زندگی می‌توان هم از نظر کاهش هزینه نگهداری از بیمار دیابتی و هم از نظر پیشگیری از عوارض بیماری دیابت بهتر عمل کرد. اصطلاح رفتاردرمانی شناختی برای نخستین بار در ادبیات علمی میانه دهه ۱۹۷۰ بکار رفت و نخستین آزمایش‌های کنترل شده درمانی در انتهای این دهه به چاپ رسید. رفتاردرمانی شناختی رویکردی است که در آن روش‌های جدید اندیشیدن و رفتار کردن به بیمار آموخته می‌شود تا آنها را جانشین نگرش‌های منفی و معیوبی کند که در مورد خود، جهان، و آینده دارد. کوتاه مدت است و به مشکلات فعلی بیمار و رفع آنها نظر دارد. اعتقاد بر این است که ایجاد تغییر در رفتار شخص موثرترین راه برای تغییر افکار و احساسات است [۱۶].

آثرون یک پدیدآورنده شناخت درمانی هدف از آن را شناسایی شناخت‌های منفی، ایجاد روش مثبت اندیشیدن و تمرین پاسخ‌های شناختی و رفتاری می‌دانست [۱۶]. شناخت درمانی بر نقش نظام‌های اعتقادی و تفکر و برداشت‌های غلط و رفتار و احساس تاکید دارد [۱۷].

در روش رفتار درمانی شناختی سعی می‌گردد به فرد کمک شود تا خود بتواند تفکر و تصورهایش را در خصوص مشکلات و ناراحتی‌های زندگی ارزیابی کند. آنها را با واقعیت‌های عینی بسنجد، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید، آنگاه یافته تعدیل شده خود را که همان شناخت جدید می‌باشد در باره خود، جهان و آینده بدست آورد و تصورات ناکارآمد را کاهش دهد. حوزه رفتار درمانی شناختی شامل شناخت افکار منفی و نحوه مقابله با آنها هم می‌باشد [۱۸].

با توجه به موارد ذکر شده و اینکه مطالعات بسیار کمی در مورد تاثیر رفتار درمانی شناختی در دیابت انجام شده است این مطالعه تدوین گردید. پژوهشگران مطالعه حاضر را با

عدم دسترسی از گروه گواه خارج شدند. در نهایت نتایج مطالعه براساس اطلاعات بدست آمده از ۴۰ نفر از دو گروه مداخله و شاهد استخراج شد. داده‌های بدست آمده از افراد خارج شده در تحلیل استفاده نگردید.

در آغاز مطالعه، بیمار بعد از ورود به درمانگاه توسط پزشک ویزیت و به روانشناس ارجاع داده می‌شد. در صورت داشتن معیارهای ورود و دادن رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش، توسط روانشناس به مشارکت و همکاری دعوت می‌شد. در این افراد بعد از مصاحبه و جلب رضایت و اعتماد آنان، سطح کیفیت زندگی به عنوان پیش‌آزمون سنجیده می‌شد. کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه کیفیت زندگی وار و همکاران (Short form-36) (items=SF-36) سنجش می‌شد. اعتبار (دامنه تغییرات ۵۸/۰ تا ۹۵/۰) و پایایی (مقیاس نشاط ۶۵/۰ و بقیه مقیاس‌ها ۷۷/۰ تا ۹/۰) این پرسشنامه در ایران توسط منتظری و همکاران بررسی شده است [۱۹]. این پرسشنامه علاوه بر کیفیت زندگی کلی هشت بعد محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی، سلامت روانی را می‌سنجد. این پرسشنامه ۳۶ سوالی ۱۵۰ گزینه دارد.

پس از ارزیابی‌های ابتدای مطالعه، مداخله توسط یک نفر کارشناس ارشد روانشناسی در طول دوره درمان انجام گرفت. مداخله به صورت رفتار درمانی - شناختی در هر هفته یک جلسه برای هر فرد و به مدت پانزده هفته تدوین گردید. پنج جلسه اول که بیشتر مفاهیم مشترک شرکت کنندگان بود به صورت گروهی و به مدت یک ساعت و نیم و با تفکیک جنسی برگزار گردید و در جلسات بعدی بیماران به صورت فردی در جلسات ۴۵ دقیقه‌ای تا یک ساعت در فرایند درمان شرکت می‌کردند، که مسائل این جلسات نسبت به جلسات قبل موارد شخصی‌تر بودند. در جلسات چهارم و نهم از یکی از اعضای خانواده هم دعوت بعمل آمد و درباره نقش بسیار مهم رژیم غذایی و فعالیت‌های ورزشی در کنترل بیماری صحبت شد. موارد مطرح شده در جلسات اول و دوم توضیح روش درمانی، نحوه انجام تکالیف خانگی و تعامل گروهی بود. در

هدف تاثیر رفتاردرمانی شناختی بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت سنندج انجام دادند.

## روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق نیمه تجربی به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. این طرح مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک با کد ۱۲۱۲۰۷۰۵۸۹۲۰۲۷ می‌باشد. جامعه پژوهش زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج بودند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن زیر ۵۰ سال، توانایی برقراری ارتباط، داشتن تحصیلات حداقل توانایی مهارت خواندن و نوشتن، داشتن فرصت کافی برای مشارکت در جلسه‌های درمان، داشتن حداقل بهره هوشی معمولی و داشتن انگیزه کافی برای مشارکت در پژوهش بود. معیار زیر ۵۰ سال به این دلیل در نظر گرفته شد چون به نظر می‌رسید که همکاری بیشتری در اجرای پروژه با محققین خواهند داشت، و همچنین عوارض بیماری به آن درجه پیشرفت نکرده‌اند که مانع همکاری بیمار شوند. معیارهای خروج از تحقیق عبارت بودند از داشتن اختلالات مزمن روانی، داشتن افسردگی شدید، داشتن بیماری مزمن جسمانی همراه با دیابت مثل ضعف شدید بینایی، داشتن زخم‌های شدید ناشی از دیابت و قطع پا ناشی از دیابت بود.

تعداد ۴۸ نفر شامل ۲۴ مرد و ۲۴ زن به عنوان نمونه انتخاب شدند، سپس با روش تصادفی بلوکی در دو گروه جایگزین گردیدند. گروه مداخله و گروه شاهد هر کدام شامل ۲۴ نفر از دو جنس مرد و زن به اندازه مساوی بودند. حجم نمونه با توجه به معیار مهم گروه درمانی که مشخصا باید تعداد افراد هر گروه حداقل ۸ نفر و حداکثر ۱۵ نفر باشد در نظر گرفته شد. تفکیک گروه‌ها براساس نوع جنس به منظور خنثی کردن تاثیر عامل جنسیت در پروسه درمان در نظر گرفته شد. تا پایان پژوهش یک نفر زن به علت فوت و یک نفر زن دیگر و دو نفر مرد به علت ادامه ندادن جلسات درمانی از گروه تجربی خارج شدند و همچنین دو نفر زن و دو نفر مرد به علت عدم همکاری و

شرایط تحلیل با کوواریانس بودند. با توجه به اینکه متغیر محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی توزیع نرمال نداشت و شرایط انجام آنالیز کوواریانس برقرار نبود افراد به دو گروه تغییر کرده و بدون تغییر تقسیم شدند و با توجه به تعداد کم در برخی از خانه‌های جدول از تست فیشر برای مقایسه دو گروه مداخله و شاهد استفاده شد. در مورد متغیر سرزندگی و شادابی فرض برابری واریانس وجود نداشت لذا تفاوت قبل و بعد در هر گروه محاسبه شد و این تفاوت‌ها توسط تست تی مستقل مقایسه گردید. متغیر محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی توزیع نرمال نداشت و از تست من ویتنی یو برای تحلیل استفاده شد.

### یافته‌ها

همان گونه که در جدول ۱ آورده شده، در این مطالعه تعداد ۱۵ نفر (۳۷/۵٪) از بیماران در گروه سنی ۳۰ الی ۴۰ سال و بقیه افراد دارای سن ۴۰ الی ۵۰ سال بودند. از نظر تحصیلات تعداد ۲۰ نفر (۵۰٪) تحصیلات ابتدایی داشتند. از نظر وضعیت تاهل تعداد ۳۳ نفر (۸۲/۵٪) متأهل بودند.

جلسات دیگر درمان تلاش در جهت اصلاح خطاهای شناختی درشت نمایی، تفکر همه یا هیچ، تعمیم مبالغه‌آمیز، فیلتر ذهنی، بی‌توجهی به امر مثبت، نتیجه‌گیری شتاب زده، استدلال احساسی، بایدها، برجسب زدن، شخصی‌سازی و سرزنش بود. محل برگزاری جلسات با هماهنگی قبلی یا در کلینک دیابت و یا در محل کار روانشناس در مرکز بهداشت استان تعیین می‌گردید.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ استفاده گردید. نمرات کیفیت زندگی براساس روش تحلیل استاندارد محاسبه شدند. وضعیت داده‌ها از نظر نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون K-S (کولموگروف-اسمیرنوف) بررسی شدند. تحلیل به صورت پیش فرض می‌بایست توسط تحلیل کوواریانس انجام گیرد لذا ابتدا شرایط تحلیل کوواریانس برای کیفیت زندگی و حیطه‌های آن بررسی شد. پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل فرض برابری واریانس، فرض همگنی خطوط رگرسیون در دو گروه و همبستگی سنجش قبل و بعد، در نظر گرفته شد. ابعاد عملکرد جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، و حیطه‌های سلامت جسمی، سلامت روانی و همچنین نمره کلی کیفیت زندگی دارای

جدول ۱- وضعیت دموگرافیک شرکت کنندگان در این تحقیق

متغیر	درصد
سن (سال)	
۳۰-۴۰	۳۷/۵
۴۰-۵۰	۶۲/۵
تحصیلات	
ابتدایی	۵۰
راهنمایی و دبیرستان	۳۰
دانشگاهی	۲۰
وضعیت تاهل	
متاهل	۸۲/۵
مجرد	۱۲/۵
مطلقه و متارکه	۵

تغییرات معنی‌دار بوده است. ولی نمره محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی و درد جسمانی تغییرات معنی‌دار آماری نداشته‌اند.

همان طور که در جدول ۲ درج شده است، نمره ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی بعد از مداخله از نظر آماری بهبود پیدا کرده‌اند و این

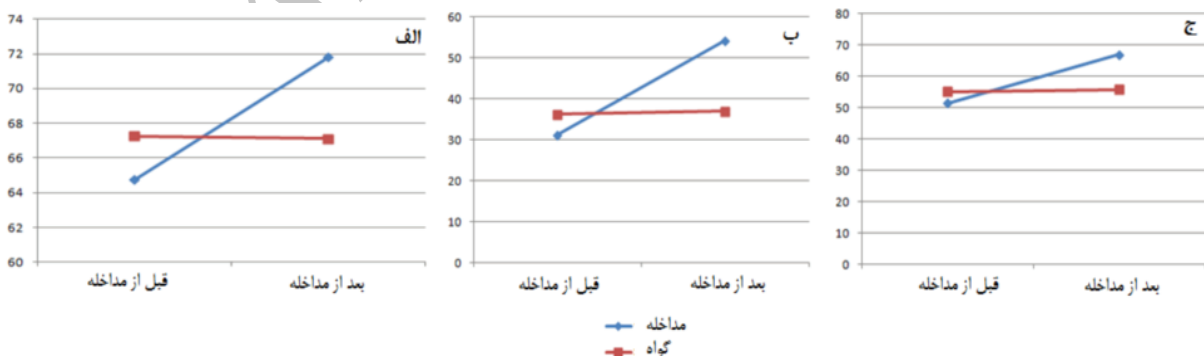
آماری معنی‌دار بود ( $P=0/001$ ). نمره کلی کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۵۱/۴ ( $\pm 11$ ) و ۵۵/۱ ( $\pm 10/5$ ) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۶۷ ( $\pm 9/2$ ) و ۵۵/۹ ( $\pm 9/2$ ) بود. همان طور که در شکل ۱ نشان داده شده است این تغییرات از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/014$ ). بعد از کنترل جنس به عنوان covariate مشخص گردید که مداخله تاثیر متفاوتی روی دو جنس نداشته است ( $P=0/263$ ).

نمره حیطة سلامت جسمی قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۶۴/۷ ( $\pm 14/8$ ) و ۶۷/۲ ( $\pm 11/5$ ) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۷۱/۸ ( $\pm 11/8$ ) و ۶۷/۱ ( $\pm 11/4$ ) بود که این تغییرات از نظر آماری معنی‌دار بود ( $P=0/003$ ). همچنین نمره حیطة سلامت روانی قبل از مداخله در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۳۱/۳ ( $\pm 7/8$ ) و ۳۶/۲ ( $\pm 8$ ) بود و بعد از مداخله در دو گروه به ترتیب ۵۴/۲ ( $\pm 7/8$ ) و ۳۶/۹ ( $\pm 7/9$ ) بود که این تغییرات از نظر

جدول ۲- جدول مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات در ابعاد هشت گانه کیفیت زندگی در گروه‌های مداخله و شاهد

P	گروه گواه		گروه مداخله		مرحله آزمون	ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱	۳۴/۳۰	۸۰	۳۴/۳۰	۸۰	پیش آزمون	محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی
	۳۲/۳۲	۸۱/۲۵	۱۶/۵۳	۸۹/۵	پس آزمون	
۰/۳۸۵	۹/۸	۹۲/۵	۱۶/۴	۸۹/۲۵	پیش آزمون	عملکرد جسمانی
	۹/۶۶	۹۲/۵	۱۶/۵۳	۸۹/۵	پس آزمون	
۰/۰۸۴	۲۱	۸۷/۸۵	۲۲/۷۱	۸۶/۲۵	پیش آزمون	درد جسمانی
	۱۹/۶۶	۸۸	۱۶/۲۹	۸۹/۵	پس آزمون	
۰/۰۰۳	۷/۵۲	۳۲/۱	۷/۸	۲۷/۹۵	پیش آزمون	سلامت عمومی
	۶/۵۴	۳۱/۳۵	۷	۴۱/۳۵	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۷/۸۸	۴۴	۸/۴۱	۴۰/۵	پیش آزمون	سرزندگی و شادابی
	۷/۵۲	۴۲/۷۵	۸/۴۴	۵۳/۵	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱۸/۲۹	۴۴/۶	۱۹/۸۵	۴۱/۴	پیش آزمون	عملکرد اجتماعی
	۲۰/۴۳	۴۴/۶۵	۱۵/۱۳	۶۲/۶	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱۶/۹۳	۱۶/۵	۱۲/۱	۴/۹۵	پیش آزمون	محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی
	۱۹/۴۹	۲۱/۵	۲۵/۳۱	۵۳/۴۵	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۹/۸۴	۴۳/۸	۸/۲۶	۴۱/۸	پیش آزمون	سلامت روانی
	۸/۶۹	۴۴/۴	۶/۵۵	۶۰/۲	پس آزمون	
۰/۰۱۴	۱۰/۵۲	۵۵/۱۵	۱۱	۵۱/۴۵	پیش آزمون	نمره کل کیفیت زندگی
	۹/۲۵	۵۵/۹	۹/۲۸	۶۷	پس آزمون	

در مورد نوع تست‌های بکار رفته برای تحلیل به مواد و روش‌ها مراجعه شود. برای سهولت درک نتایج، میانگین‌ها و انحراف معیارها ذکر شد.



(الف)، سلامت روانی، (ب) و همچنین نمره کلی کیفیت زندگی، (ج) در دو گروه مداخله و گواه در طول مطالعه

شکل ۱- روند تغییرات نمره حیطة‌های سلامت جسمی

## بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر رفتار درمانی شناختی بر سطح کیفیت زندگی، در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد. براساس نتایج، نمره ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی بعد از مداخله از نظر آماری بهبود پیدا کرده‌اند و این تغییرات معنی‌دار بود. ولی نمره محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی و درد جسمانی تغییرات معنی‌دار آماری نداشته‌اند. به صورت کلی، نمره حیطه سلامت جسمی، سلامت روانی و نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله بهبود یافته بودند.

کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد غیردیابتی نامطلوب است [۲۰]. امروزه در بحث بیماری‌های مزمنی همچون دیابت به جای توجه به شاخص‌های مرگ و میر و ابتلا، بیشتر به کیفیت زندگی اهمیت داده می‌شود. ولی باتوجه به رابطه کیفیت زندگی و سلامت روانی و نیز شیوع بالای مسائل روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت، بهبود وضعیت سلامت روانی این بیماران می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی آنها شود [۲۱]. در این پژوهش با اصلاح ۱۰ خطای شناختی در جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مداخله انجام شد. یافته‌ها نشان می‌دهند که مداخله صورت گرفته تاثیر معناداری داشته است. این یافته با نتیجه پژوهش جبل عاملی و همکاران شباهت دارد. آنها تاثیر درمان شناختی- رفتاری با روش مدیریت استرس بر روی بیماران مبتلا به فشارخون، نشان دادند که میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله به طور معناداری نسبت به گروه شاهد افزایش پیدا کرد [۲۲]. در این پژوهش این نتیجه حاصل شد که نمره سطح کیفیت زندگی بیماران از نظر بعد روانی (قبل از مداخله ۳۱/۳۰ و بعد از مداخله ۵۴/۲) پایین‌تر از بعد جسمی (قبل از مداخله ۶۴/۷۵ و بعد از مداخله ۷۱/۸) می‌باشد. این یافته با پژوهش (Wang, 2001) همخوانی دارد که نشان داده بود در بیماران دیابتی کیفیت زندگی در بعد روانی نسبت به بعد جسمی از سطح پایین‌تری برخوردار است. به نظر می‌رسد که این تفاوت ناشی از

ماهیت عوارض این بیماری است یعنی عوارض و ناراحتی‌های جسمی در بیماران خیلی دیرتر از عوارض و ناراحتی‌های روانی بروز می‌کنند.

بیماری دیابت به بیماری بدون درد معروف است. از نظر میانگین نمره گروه مداخله در قبل از مداخله ۵۱/۴۵ با انحراف معیار ۱۱ بود، که بعد از اجرای مداخله درمانی این نمره به ۶۷ با انحراف معیار ۹/۲۸ رسید و در گروه شاهد میانگین نمره در مرحله اول ۵۵/۱۵ با انحراف معیار ۱۰/۵۲ بود و در همین گروه در مرحله دوم میانگین نمره ۵۵/۹۰ با انحراف معیار ۹/۲۵ بود. بین دو گروه از نظر کیفیت زندگی کلی بعد از مداخله با لحاظ نمره قبل از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد. این یافته با نتیجه پژوهش‌های نشاط‌دوست و همکاران [۲۳]. کلاتری و همکاران [۲۴]، نکویی [۲۵]، پورشریفی و همکاران [۲۶] مشابه است.

معنادار نبودن نتیجه پژوهش حاضر از نظر ارتقای سطح نمره محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی و درد جسمانی احتمالاً ناشی از نوع بیماری مورد مطالعه، شرایط سنی بیماران و همچنین زمان کوتاه ارائه رفتار درمانی شناختی که کمتر از سه ماه طول کشید، می‌باشد. مطالعه‌ای توسط تقدیسی و همکاران بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ صورت گرفت که نتایج آن با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد. در آن مطالعه از چارچوب الگوی Precede-Proceed برای برنامه‌ریزی آموزشی استفاده شد. در آن مداخله بیماران توسط کارشناس تغذیه رژیم غذایی مخصوص خود را دریافت نمودند و در خصوص نوع و نحوه انجام فعالیت‌های ورزشی مفید به صورت عملی و گروهی به تمرین پرداختند. یافته‌ها در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی نشان داد که بین میانگین نمره سلامت جسمانی قبل و بعد از آموزش اختلاف معنی‌دار آماری وجود دارد، ولی هیچ اختلاف آماری معنی‌داری بین سلامت روانی، اجتماعی و محیطی قبل و بعد از آموزش دیده نشد. به نظر می‌رسد در مطالعه مذکور تاکید روی بعد روانی بیماران نبوده چون با وجود اینکه اظهار می‌دارند یکی از اهداف پژوهش تغییر باورهای غلط بوده ولی از اینکه چه کسانی و با چه تخصصی در این

روی محدودیت نقش به علت مشکلات جسمانی، عملکرد جسمانی، درد جسمانی تاثیر معنی‌داری ندارد. انجمن دیابت آمریکا، بر لزوم دسترسی متخصصان و بیماران مبتلا به دیابت به روانشناس به عنوان عضوی از تیم درمان تاکید کرده است. در این پژوهش هم محققین به این نتیجه‌گیری کلی رسیدند که بکارگیری روانشناس در تیم درمان دیابت ضروری است. این موضوع به عنوان پیشنهاد محققین این پژوهش به برنامه‌ریزان درمانی کشور داده می‌شود.

### سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب تشکر صمیمانه خود را از مساعدت‌های دکتر نادیا شکیبا مسول کلینک دیابت شهر سنج و کلیه عزیزان شرکت کننده در این پژوهش ابراز می‌دارند. ضمناً این پژوهش با پشتیبانی مالی دانشگاه آزاد واحد اراک انجام گرفته است. بدین وسیله کمال تشکر خود را ابراز می‌داریم.

زمینه بیماران را آموزش داده‌اند صحبتی به میان نمی‌آورند [۲۷]. بیماران دیابتی نیازمند مراقبت روزانه و برای تمام طول عمر هستند، دیابت و کیفیت زندگی رابطه متقابل دارند، و از همدیگر تاثیر می‌پذیرند. به منظور بالا بردن سطح کیفیت زندگی بیماران باید قند خون آنان در حد مطلوب کنترل گردد، در مقابل کنترل قند خون کیفیت زندگی را بالا می‌برد. نتایج حاصل از این پژوهش و دیگر پژوهش‌های اشاره شده بیانگر این واقعیت‌اند که رفتار درمانی شناختی در ایجاد این تعادل کمک کننده است. پرداختن به بعد روانی بیماران دیابتی پیام اصلی این تحقیق می‌باشد. به نظر می‌رسد به منظور ارتقاء بیشتر کیفیت زندگی بیماران و ماندن در سطح مطلوب باید رفتار درمانی شناختی جریانی مداوم در پروسه درمان باشد. در مجموع براساس نتایج، رفتار درمانی شناختی در بیماران دیابتی می‌تواند در کیفیت زندگی، ابعاد سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی، عملکرد اجتماعی، محدودیت نقش به علت مشکلات هیجانی و سلامت روانی را ارتقا دهد، ولی

### مأخذ

1. Padala PR, Desouza CV, Almeida S, Shivaswamy V, Ariyaratna K, Rouse L, Burke WJ, Petty F. The impact of apathy on glycemic control in diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract.* 2008; 79(1): 37-41.
2. Metzger BE. American Association Guide to Living with Diabetes: Preventing and Treating Type 2 Diabetes. *John Wiley and Sons* 2007.p.17.
3. Oussama MN Khatib. *Guidelines for the prevention, management and care of diabetes mellitus* (2006), World Health Organization Press.
4. Liew G, Klein R, Wong TY. "The role of genetics in susceptibility to diabetic retinopathy". *Int ophthalmol clin* 2009; 49(2): 35-52.
5. Mohsen Khoshniat Niko, Farah Madarshahian, Mohsen Hassanabadi, Ramin Heshmat, Nasim Khaleghian. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2007; 7(1): 71-76.
6. Sayed Abbas Mousavi, Shahrokh Aghayan, Nasrin Razavian-Zade, Nasim Norouzi, Ahmad Khosravi. Depression and General Health Status in Type II Diabetic Patients. *Knowledge & Health* 2008; 3(1): 44-48.
7. Robert D, Goldney, Pat J, Phillips, Laura J, Fisher, David H, Wilson. Diabetes, depression, and quality of life. *Diabetes Care* 2004; 27(5): 1066-2070.
۸. صادقیه، اهری؛ سعید، عرشی؛ سولماز؛ ایران‌پرور، منوچهر؛ امانی، فیروز؛ سیاه‌پوش، حسین. تاثیر عوارض دیابت نوع ۲ در کیفیت زندگی بیماران دیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، زمستان ۱۳۸۷؛ ۸ (۴ (پیاپی ۳۰): ۳۹۴-۴۰۲.*
9. Craig A, White. *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems: a guide to assessment and treatment in practice*, Publisher: Wiley-Blackwell (5 Jan 2001).
۱۰. رجب، اسداله. خودمهاری در کنترل استرس. تهران: انتشارات نشرآبی؛ ۱۳۸۱.
11. Braunwald Eugene, et al. *Harrison's Principles of Internal medicine* (17<sup>th</sup> ed). Chapter 338. Diabetes Mellitus, (2008).
۱۲. رفعتی، مسعود؛ قطبی، مرجان؛ احمدنیا، هاله. *نظام مراقبت بیماری‌های کشوری*. تهران: انتشارات سپید برگ باغ کتاب؛ ۱۳۸۷.
13. N, Hamid. Effect of muscle relaxation and cognitive psychotherapy on anxiety in patients with myocardial infarction, in hospitals affiliated to Ahwaz Medical Sciences University- 2003,

- Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2007; 11(1): 33-39.
14. Sajadi hezaveh M, Salehi B, Moshfeghi K, Comparison effect of drug therapy and drug-cognitive therapy on decreasing depression in women with breast cancer, *Arak Medical University Journal (Rahavard Danesh)* 2008; 11(3): 55-61.
  15. Mahmoudi Gh, Ghafar Zadeh E, Azimi H, Heidari J, Studying the effect of cognitive therapy on the social phobia among high school boys in Kashan province in 1999, *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences* 2005; 15(46): 110-103.
  16. Kaplan & Sadock's, *Psychiatry: Behavioral Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Sciences/ Clinical Psychiatry*, 10<sup>th</sup> Psychiatry, 10<sup>th</sup> Edition, (2009).
  17. Sharf rechar. *Theories of Psychotherapy & counseling: concepts and cases*.5 edition, 2011.
  18. Sapp, M. *Test Anxiety, Applied research, assessment and treatment interventions*, Lanham, USA: Wisconsin University Press of American, 1999.
  19. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Grandek B. The short form health survey (SF-36): Translation and validation study of Iranian version- *Payesh* (Health Monitor) [No] Publish date: Thursday, December 22, 2005, 5(1):49-56.
  ۲۰. صداقتی کسبخی، مریم؛ احسانی، مریم؛ قنبری، عاطفه. مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیردیابتی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم باطن،* (۱۳۸۶)، ۵(۹): ۵۵-۶۰.
  21. Aliakbar Nejati Safa, Begher Larijani, Behnam Shariati, Homayon Amini, Adeleh Rezagholizadeh. Depression, quality of life and glycemic control in patients with diabetes. *Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders* 2007; 7(2): 195-204.
  22. Noorian K, Kazemian A, Aslani Y, Delaram M, The effect of rehabilitation on life quality of patients suffering from stroke, *Journal of Zanjan University of Medical Sciences & Health Services* 2005; 13(50): 27-22
  23. Javaheri R, Neshat-Doost HT, Molavi H, Zare M. Efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on improving the quality of life in females with temporal lobe epilepsy. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, Summer 2010; 13(2): 32-43.
  24. Salehzadeh, M.Kalantari, M, Hosein Molavi H, Najafi, M.R, Nouri, A, Effectiveness of cognitive- behavioral group therapy with focusing on dysfunctional attitudes in epilepsy on quality of life in intractable epileptic patients, *Journal of Behavioral Sciences*, 2011; 4(4): 255-260.
  25. Alireza Yousefy, Qolamreza Manshaee, Zohreh Khayam Nekouei, The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Improvement of Cardiac Patients' Life Quality, *Iranian Journal of Medical Education* 2010; 2(26): 148-154.
  ۲۶. پورشریفی، حمید؛ زمانی، رضا؛ مهریار، امیرهوشنگ؛ بشارت، محمدعلی، رجب، اسداله. تاثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *پژوهش‌های نوین روانشناختی* (روانشناسی دانشگاه تبریز (پاییز ۱۳۹۰؛ ۶(۲۳): ۳۹-۶۰.
  27. Taghdisi MH, Borhani M, Solhi M ,Afkari ME, Hosseini ME, Effect of educational program based on PRECED model on quality of life in patients with typeII diabetes, *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, Spring 2011; 13(1). 13.