

مداخله شناختی- رفتاری در میان افراد مبتلا به دیابت نوع دو: اثرها بر خودمراقبتی، سازگاری و نشانه‌های اختلالات همبود

نسیم صمدزاده^{۱*}، حمید پورشریفی^۲، جلیل باباپور خیرالدین^۳^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز^۲^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز^۳^۳ گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر درمان شناختی- رفتاری بر خودمراقبتی، سازگاری روانی- اجتماعی و نشانه‌های اختلالات همبودی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. شرکت‌کنندگان پژوهش ۳ زن مبتلا به دیابت نوع دو بودند که به مدت ۸ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود (SDSC)، مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری (PAIS) و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی- رفتاری موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی، افزایش سازگاری با بیماری، کاهش نشانه‌های افسردگی و کاهش نسبی علائم و نشانه‌های اضطراب در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی رفتاری؛ دیابت؛ افسردگی؛ اضطراب

مقدمه

بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خودمراقبتی در تمام عمر می‌باشد. عوامل مختلفی بطور مستقیم یا غیرمستقیم بر روی رفتار مراقبت از خود بیماران دیابتی مؤثر بوده که شامل عوامل بیولوژیکی، روانی، اقتصادی و اجتماعی، فرهنگی و سیستم مراقبت بهداشتی جامعه می‌باشد (بل، آرکوری، اسنیولی، ۲۰۰۵). ابعاد روانی بیماری‌های مزمن اغلب نادیده گرفته می‌شود. به عبارتی دیگر، تصور می‌شود که اکثر بیماران به خوبی با جنبه‌های روانی بیماری‌های مزمن سازگار می‌شوند. اما هنگامی که بیماران نقصی را در وضعیت سلامت جسمی‌شان تجربه می‌کنند، سازگاری روانی دشوارتر می‌شود (استوارت و لارایا، ۲۰۰۴). یکی از عوامل تأثیرگذار بر خودمراقبتی، سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری می‌باشد.

فرایند سازگاری با یک بیماری مزمن، فرایندی پویاست که دائماً تحت تأثیر محرک‌های فردی و محیطی قرار می‌گیرد و بیمار با افزایش میزان سازگاری جسمی و روانشناختی، می‌تواند به خودکنترلی مطلوب‌تر از بیماری خود دست یابد. از عوامل روانشناختی تأثیرگذار بر خود مراقبتی و سازگاری روانی- اجتماعی می‌توان به اضطراب و افسردگی اشاره کرد.

افسردگی بیماری پرعارضه و ناتوان کننده‌ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیش‌تر از جمعیت عمومی (۸ تا ۲۰ درصد) بوده و حدود ۳۳ درصد تخمین زده می‌شود (سادوک و سادوک، کاپلان، ۲۰۰۷). اضطراب که خود، همبودی بالایی با افسردگی دارد، از دیگر مشکلات روانشناختی شایع همراه دیابت است. در برخی پژوهش‌ها مشخص شده که نشانه‌های ترس و اضطراب و میزان شیوع اختلال‌های اضطرابی به خصوص اضطراب منتشر و هراس ساده در بیماران دیابتی، بیش از جمعیت عمومی است (گریگسی، اندرسون، فریدلند، کوز و لاستمن، ۲۰۰۲).

رویکرد شناختی رفتاری به دلیل کوتاه مدت بودن، عینیت، فنون مداری و برخورداری از پشتوانه پژوهشی غنی و محکم یکی از درمان‌های مطرح برای بیماری‌های مزمن است (خیام‌نکویی و یوسفی، ۱۳۸۹). اینکه آیا روان‌درمانی می‌تواند موجب افزایش خودمراقبتی، سازگاری روانی- اجتماعی و بهبود اختلالات روانی در این افراد شود، پژوهش‌های کمی وجود دارد. از این رو پژوهش حاضر در نظر داشت اثر درمان شناختی رفتاری را بر میزان خود مراقبتی، سازگاری روانی- اجتماعی و کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در این بیماران مورد بررسی قرار دهد.

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه‌ی آماری این پژوهش را، زنان مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل می‌دهند که عضو انجمن دیابت شهر تبریز می‌باشند. روش نمونه‌گیری، به صورت نمونه‌گیری در دسترس است و سه نفر با لحاظ کردن ملاک‌های و خروج انتخاب شده است. ملاک‌های ورود عبارتند از: دریافت تشخیص بیماری دیابت نوع دو، گذشت حداقل یک سال از تشخیص قطعی بیماری، داشتن حداقل سواد در حد فهمیدن و پاسخ دادن به سوالات، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، زن بودن. معیارهای خروج عبارتند از: وجود بیماری طبعی جدی دیگر، تحت درمان روان‌شناختی بودن، وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکردهای شناختی. ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان نیز بدین شرح بود: شرکت‌کننده اول: خانمی ۴۹ ساله، مطلقه، دارای تحصیلات سوم راهنمایی و آرایشگر؛ شرکت‌کننده دوم: زنی ۴۹ ساله، متأهل، تحصیلات اول راهنمایی و خانه دار؛ شرکت‌کننده سوم: خانمی ۵۳ ساله، متأهل، دیپلم و خانه دار است. طرح پژوهش مطالعه حاضر از نوع تک موردی است.

* e-mail: samadzade.n@gmail.com

ابزار

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS): از فرم بلند پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس برای سنجش میزان افسردگی و اضطراب بیماران استفاده شد. این مقیاس توسط لوویباند و لوویباند در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و دارای ۴۲ سؤال است که سه بعد افسردگی، اضطراب و استرس را می‌سنجد. نمرات بالا در هر مقیاس نشانگر وضعیت منفی فرد در آن مقیاس است. ضرایب اعتبار محاسبه شده برای سه مقیاس مذکور در جمعیت غیربالینی و بالینی مطلوب و در همه موارد بالای ۰/۸۴ گزارش شده است (لوویباند و لوویباند، ۱۹۹۵). ضریب آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری برای افسردگی ۰/۸۱، برای اضطراب ۰/۷۳ و برای استرس ۰/۸۱ بود.

پرسشنامه خلاصه رفتارهای مراقبت از خود (SDCS): پرسشنامه خلاصه رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود (توبرتو گلاسکو، ۱۹۹۴). این پرسشنامه ابزار خودگزارشی معتبر ۱۲ سؤالی است که در نسخه جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. توبرت و گلاسکو برای سنجش ثبات درونی پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۸۵ را که نشان‌دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است به دست آوردند.

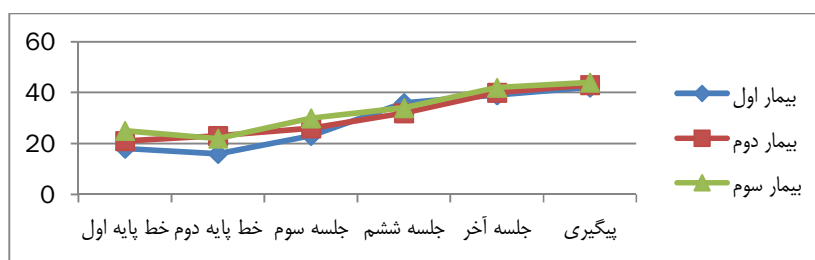
مقیاس سازگاری روانی/ اجتماعی با بیماری (PAIS): مقیاس سازگاری روانی/ اجتماعی با بیماری شامل ۴۶ سؤال است که در یک مقیاس چهار درجه‌ای صفر تا سه شامل هفت حوزه جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط شغلی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روانشناختی است (دروگیتس و دروگیتس، ۱۹۹۰). در مطالعه اصلی اعتبار با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر مقیاس‌های ذکر شده به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۶۲، ۰/۸۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس حاکی از آن بود که این هفت مؤلفه در مجموع ۶۳٪ و هر یک از زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۱۸٪، ۱۰٪، ۹٪، ۸٪، ۷٪، ۷٪ و ۵٪ از واریانس کل مقیاس را تبیین می‌کنند.

شیوه اجرا

از میان اعضای انجمن دیابت شهر تبریز، سه نفر که در مقیاس افسردگی در طبقه شدید و خیلی شدید قرار داشتند، دارای ملاک‌های ورود به پژوهش بوده و برای شرکت در پژوهش رضایت داشتند، وارد مداخله شدند. قبل از شروع مداخله برای تعیین خط پایه، دو بار پیش‌آزمون به عمل آمد و وضعیت فرد از لحاظ متغیرهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت. سپس مراحل مداخله در هشت جلسه به صورت انفرادی بر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. سه هفته پس از اجرای مداخله نیز، متغیرهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفت. پکیج درمانی که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، پکیج درمان شناختی رفتاری برای افسردگی (روزللو و برنال، ۲۰۰۷) بود. محتوای پکیج نیز با توجه به همبودی افسردگی با دیابت، تعدیل شد. جلسات مداخله به سه بخش تقسیم شدند. در بخش اول به چگونگی تأثیر افکار بر خلق، در بخش دوم به چگونگی تأثیر فعالیت‌ها بر خلق و در بخش سوم به تأثیر روابط بر خلق پرداخته شده است.

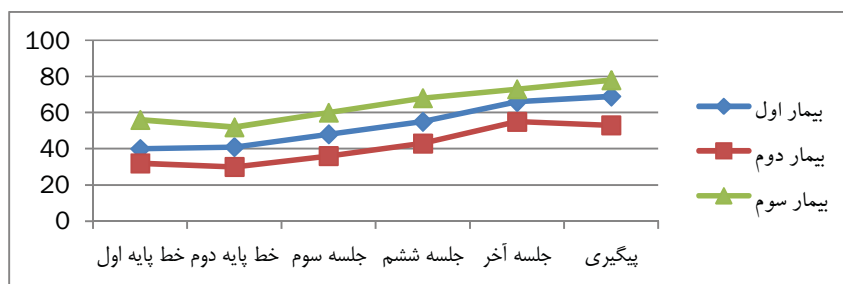
نتایج

خودمراقبتی: درصد بهبودی شرکت‌کننده اول در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۱۲۹/۴۱ و ۱۴۷/۰۵، شرکت‌کننده دوم ۸۱/۸۱، ۹۵/۴۵ و شرکت‌کننده سوم ۷۸/۷۳ در مرحله درمان و ۸۷/۲۳ در مرحله پیگیری می‌باشد. اندازه اثر درمان بدست آمده برای هر شرکت‌کننده به ترتیب، ۲/۲۳، ۱/۸۳ و ۲/۳۱ می‌باشد. نمودار ۱، روند تغییرات خودمراقبتی را نشان می‌دهد.



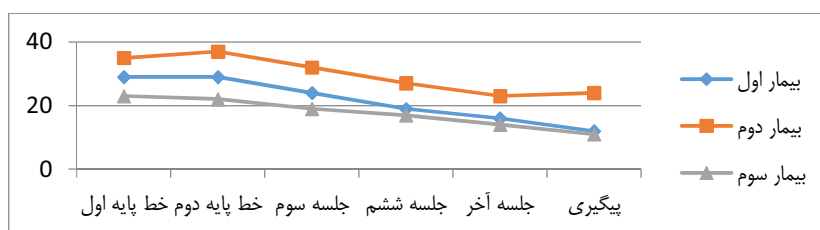
شکل ۱: روند تغییرات خودمراقبتی در بیماران

سازگاری روانی- اجتماعی: درصد بهبودی شرکت‌کننده اول در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۶۲/۶۹ و ۷۰/۳۷، درصد بهبودی شرکت‌کننده دوم ۷۷/۴۱، ۷۰/۹۶ و درصد بهبودی شرکت‌کننده سوم ۳۵/۱۸ در مرحله درمان و ۴۴/۴۴ در مرحله پیگیری می‌باشد. اثر درمان بدست آمده برای شرکت‌کنندگان به ترتیب، ۲/۳۲ و ۱/۷۳ می‌باشد. نمودار ۲ نشانگر روند تغییرات سازگاری است.



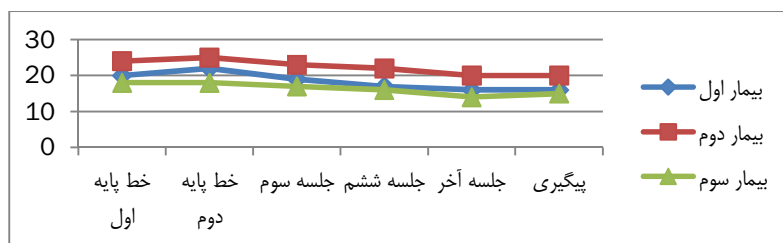
نمودار ۲: روند تغییرات سازگاری با بیماری در بیماران

افسردگی: درصد بهبودی شرکت کننده اول در مرحله درمان و پیگیری به ترتیب ۴۴/۸۲، ۵۸/۶۲، درصد بهبودی شرکت کننده دوم ۲۶/۱۱، ۳۳/۳۳ و درصد بهبودی شرکت کننده سوم ۳۷/۷۷ در مرحله درمان و ۵۱/۱۱ در مرحله پیگیری می باشد. اندازه اثر درمان بدست آمده برای شرکت کنندگان به ترتیب، ۲/۸۳، ۲/۲۹ و ۲/۷۹ می باشد. نمودار ۳، نشانگر روند تغییرات افسردگی است.



نمودار ۳: روند تغییرات افسردگی بیماران

اضطراب: درصد بهبودی شرکت کننده اول در مرحله درمان و پیگیری ۲۱، درصد بهبودی شرکت کننده دوم ۱۸/۳۶ و درصد بهبودی شرکت کننده سوم ۲۲/۲۲ در مرحله درمان و ۱۶/۶۶ در مرحله پیگیری می باشد. اندازه اثر درمان بدست آمده برای شرکت کنندگان به ترتیب، ۲/۴۷، ۲/۱۶ و ۱/۸۸ می باشد. نمودار ۴ روند تغییرات اضطراب را نشان می دهد.



نمودار ۴: روند تغییرات اضطراب بیماران

بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودمراقبتی، سازگاری روانی- اجتماعی و نشانه های اختلالات همبودی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. یافته اول پژوهش نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری، منجر به تغییرات معناداری از لحاظ بالینی در رفتارهای خودمراقبتی می شود. نتایج پژوهش همسو با یافته های وینگر و همکاران (۲۰۰۲)، اسماعیل و همکاران (۲۰۱۰)، پورشریفی و همکاران (۱۳۸۹) و حمید (۱۳۹۰) است. با توجه به مدل شناختی- رفتاری آنچه که افراد بر آن باور دارند بر احساس ها و رفتارهایشان تاثیر می گذارد. شناختها و نگرش های منفی در مورد کنترل بیماری موجب کاهش رفتارهای خودمراقبتی در فرد می شود. فکر منفی باعث بوجود آمدن احساس منفی در فرد شده که رفتارهای ناسازگارانه مرتبط با سلامت را فرد ایجاد می کند. از اصول بنیادی مدل شناختی- رفتاری تأثیر و تأثر متقابل و، بین شناختها یا عقاید فرد در مورد بیماری (افکار)، احساسات، رفتارهای او و روابط او با دیگران وجود دارد. طبق این مدل برای فرد دیابتی با کنترل ضعیف بیماری، شناسایی افکار خودکار، کشف اینکه این افکار چگونه بر خلق و رفتار تأثیر می گذارند و چالش با این افکار و باورها بسیار سودمند است و باعث کاهش احساسات منفی شده و موجب مقابله ی سازگارانه با بیماری می شود.

یافته دوم پژوهش نشان داد که مداخله شناختی- رفتاری، منجر به تغییرات معناداری از لحاظ بالینی در سازگاری با بیماری، می شود. این یافته همسو با یافته ی لوریگ (۱۹۹۹) می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت، جنبه های گوناگون رژیم درمانی بیماری دیابت سازگاری فرد دیابتی با بیماری را با مشکلاتی مواجه می سازد. همچنین

بیماران میانسال به دلیل ایجاد اختلال در نقش‌های تثبیت‌شده، روند زندگی و ناتوانی در انجام وظایف، در سازگاری دچار مشکل می‌شوند. با توجه به اینکه افسردگی یکی از پیش‌بین‌های سازگاری با بیماری می‌باشد (لرنمارک و همکاران، ۱۹۹۹)، شاید وجود اختلالات همبود در بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش یکی از نشانه‌های عدم سازگاری و یا سازگاری پایین آنها با بیماری دیابت باشد. از مهمترین عوامل تأثیرگذار بر میزان و نحوه سازگاری بیماران با دیابت باورها و نگرش آنان نسبت به بیماری و همچنین ارزیابی آنها از بیماری خود می‌باشد. درمان شناختی- رفتاری با به چالش کشیدن افکار فرد، و کاهش خطاهای شناختی، سعی در تغییر باورها و نگرش فرد در مورد بیماری دارد. همچنین با افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط بیماران و از آن طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی دیابتی می‌تواند موجب افزایش سازگاری با بیماری شود.

یافته سوم پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخله شناختی- رفتاری، منجر به کاهش معناداری، در نشانه‌های افسردگی می‌شود. این قسمت از یافته‌های پژوهش همسو با یافته‌های پیروت و رابین (۲۰۰۷)، آمسبرگ، آندربرو، ردلینگ و همکاران (۲۰۰۹)، بلتمن، آد ووشار و اسپکنس (۲۰۱۰)، ولسچن، وان اپن، بوت، کوستنس، دکر و نیچلس (۲۰۱۲)، می‌باشد. افراد مبتلا به دیابت باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجبار و بنا به طبیعت بیماری لازم است پاره‌ای از آزادی‌های زندگی خود، مثل میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت فیزیکی‌اش را محدود سازد. این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه‌ی درمانی دیابت پیدا می‌کنند. تغییر روش زندگی و آگاهی از عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری موجب فعال شدن نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بیماران می‌شود. درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن این شناخت‌های منفی سعی در تغییر آنها و بهبود نشانه‌های افسردگی دارد.

یافته چهارم نشان داد درمان شناختی- رفتاری موجب کاهش نسبی علائم اضطراب می‌شود. این یافته همسو با یافته‌های پنگ، هونگ، چن و زو (۲۰۰۹)؛ آمسبرگ، آندربرو، ردلینگ و همکاران (۲۰۰۹)؛ التانجی، کیسلر و دکون (۲۰۱۰)؛ بلتمن، آد ووشار و اسپکنس (۲۰۱۰)، می‌باشد. پروتکل استفاده شده در این پژوهش در حین اثربخشی بر اضطراب، نسبت به سایر متغیرها تأثیر کمتری بر متغیر اضطراب داشته است. با توجه به اینکه محتوای پروتکل مورد استفاده در این پژوهش، بیشترین تمرکز را بر عوامل مؤثر بر افزایش خلق دارد و به طور مستقیم کاهش نشانه‌های اضطراب را در نظر نگرفته است، تأثیر کمی بر نشانه‌های اضطراب داشته است. با این حال کار بر روی افکار منفی و چالش با آنها و همچنین افزایش فعالیت‌ها و گستره‌ی روابط بیماران توانسته است تا حدی نشانه‌های اضطراب را کاهش دهد. با توجه به ماهیت مطالعه موردی و حجم نمونه کم، چنین روش پژوهشی در تعمیم یافته‌ها با مشکلاتی مواجه است، به همین دلیل لازم است در تعمیم یافته‌های پژوهش احتیاط لازم صورت گیرد. برای کاهش بیشتر نشانه‌های اضطراب بیماران توصیه می‌شود در پروتکل‌های مورد استفاده از تکنیک‌هایی مثل ریلکسیشن و حساسیت‌زدایی منظم نیز استفاده شود.

منابع

- پورشرفی، حمید؛ زمانی، رضا؛ مهریار، امیرحوشنگ؛ بشارت، محمدعلی و رجب، اسدالله (۱۳۸۹). تأثیر مصاحبه‌ی انگیزشی و آموزش گروهی شناختی- رفتاری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۶(۲۳)، XX-XX.
- دهشیری، غلامرضا (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۴)، XX-XX.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., (XX) et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patient- a randomized controlled trail. *Patient Education Counselling*, 77, 72-80.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self management programme can improve health status while reducing hospitalisation. *Medical Care*, 37, 5-14.
- Peyrot, M., Rubin, R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 30, 2433-2440.
- Rossello, B., Bernal, G. (2007). *Treatment manual for cognitive behavioral therapy for depression*. XX-XX.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of Psychiatry/Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry (10th)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Snoek F. J. (2002). *Management of diabetes: Psychological aspects of diabetes management*. XX: The Medicine Publishing Company.
- Welschen, L. M., van Oppen, P., Bot, S. D., Kostense, P. J., Dekker, J. M., Nijpels, G. (2012). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to manage care: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, XX-XX.