

اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس بر کاهش علائم نگرانی و باورهای فراشناختی در زنان دارای دیابت نوع یک

فاطمه الیکائی^۱ و اردلان دانژه^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس بر کاهش علائم نگرانی و باورهای فراشناختی در زنان دارای دیابت نوع یک در شهرستان پیشوا بود. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی می‌باشد. طرح تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و کنترل) و شامل دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زنان دارای دیابت نوع اول شهرستان پیشوا بود که از میان آن‌ها ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، این ۳۰ نفر به شکل تصادفی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل گماشته شدند، ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسش‌نامه‌ی نگرانی و باورهای فراشناختی می‌باشد که شرکت‌کنندگان به سؤالات آن پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل نتایج از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کواریانس استفاده شده است. نتایج پژوهش بیانگر آن است که اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر مدیریت استرس بر نگرانی و باورهای فراشناختی در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه معنا دار است.

واژه‌گان کلیدی: درمان مبتنی بر مدیریت استرس، نگرانی، باورهای فراشناختی و دیابت.

^۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی ایران واحد گرمسار، سمنان. (نویسنده مسئول)

fatemehelikaii13731222@gmail.com

^۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران. ardalandezeh@gmail.com

مقدمه

دیابت هم اکنون پنجمین دلیل اصلی مرگ به طور کلی است و بر طبق گزارشات سازمان جهانی دیابت^۱ اینگونه برآورد می‌شود که شیوع آن از ۳۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ برسد (آملیا، لیو، لیندراتو و موتیارو،^۲ ۲۰۱۸). بر طبق گزارش مرکز تحقیقات دیابت ایران، بالغ بر ۳ میلیون نفر در ایران به این بیماری مبتلا می‌باشند. دیابت انواع مختلفی دارد که دیابت نوع یک و دو از انواع مهم آن هستند (هیوج، بریگ و وایی،^۳ ۲۰۱۴). دیابت نوع یک، اختلال متابولیکی است که با عدم ترشح انسولین یا ترشح ناکافی انسولین به وجود این بیماری دارای عوارض بلندمدت از قبیل عوارض قلبی، مغزی و کلیوی می‌باشد (گلاستیا و ریديل،^۴ ۲۰۱۳) از آنجا که دیابت نوع یک منجر به تغییرات دائمی در زندگی افراد می‌شود، این مسئله می‌تواند بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی و شغلی افراد تاثیر بگذارد و موجب بروز مشکلات روانشناختی و ایجاد نگرانی و اضطراب در افراد مبتلا به این اختلال شود (ون‌دونکرکین و اسنوکی و دیوایت،^۵ ۲۰۲۰). شواهد فراوانی دال بر اینکه افراد طبیعی نیز نگران می‌شوند وجود دارد، البته شدت، فراوانی و قابلیت کنترل این پدیده در افراد طبیعی با افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی مزمن مانند دیابت متفاوت است اما ساختارهای دارای اجزایی متفاوت است چون نگرانی به عنوان زنجیره‌ای از افکار، تصورات و عواطف منفی و احتمالاً غیر قابل کنترل شناخته می‌شود که برای حل یک مسأله درونی، عمل می‌کند (ویگتل^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). طبق این موضوع نگرانی مجموعه‌ای از افکار و احساسان ناخوشایند منفعلانه هستند که جنبه تنش‌زا دارند، و مانع حل مسأله سازگارانه شده و به افزایش عاطفه منفی می‌انجامد و حتی باورهای فراشناختی افراد مبتلا به دیابت را نیز مورد هجوم قرار می‌دهد باورهای

1. Diabetes

2. Amelia, R., Lelo, A., Lindarto, D., & Mutiara, E

3. Huges, AE., Berg, CA., & Wiebe, D.J

4. Galasseti, P., & Riddell, M. C

5. Van Duinkerken, E., Snoek, F. J., & De Wit, M

6. Voegtline, K

فراشناختی به عنوان فرآیندهای شناختی منفی شناخته می‌شوند که در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطرابی و نگرانی و نشانه‌های همبود روانشناختی در بیماران دیابتی نقش زیادی دارند (اسچرادر، کلارک و ماسر^۱، ۲۰۱۹). مطالعات قبلی نشان می‌دهد حدود ۴۰-۲۰ درصد متلایان سرپایی دیابت درجاتی از پریشانی هیجانی و نشانه‌های عمومی اضطراب و نگرانی را تجربه می‌کنند که با نتایج ناطلوب دیگری همچون کنترل متابولیک نامطلوب سوق می‌دهد (میرمهدی، انصاری‌جابری، شفیع‌پور و صیادی، ۱۳۹۸) به عبارت دیگر بیماران مبتلا به دیابت در ابعاد مختلفی چون نگرانی در مورد کیفیت درمان، عدم درک دیگران از مدیریت دشوار دیابت، احساس عدم توانایی در مدیریت صحیح دیابت و رژیم‌های درمانی دچار استرس و نگرانی می‌شوند که به استرس دیابتی موسوم است (صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴).

از طرفی باورهای فراشناختی از جمله متغیرهای هستند که می‌تواند در کنترل نگرانی و یا افزایش آن تاثیر داشته باشند (کاپوبیناکو، فایجوا، هوسین و ویلز^۲، ۲۰۲۰). فراشناخت^۳ عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (سلمانی و همکاران، ۲۰۱۴) از یک نظر، آن را می‌توان به عنوان یک جنبه عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روانشناختی رابطه دارد (ولز، ۲۰۰۷). نظریه و تحقیق در مورد فراشناخت عمدتاً از طریق کار در روانشناسی رشد شناختی نوروسایکولوژی، عملکرد حافظه و سالمندی (جانکوویسکی و هولاس^۴، ۲۰۱۴) توسعه یافته است بیشتر فعالیت‌های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آنها نظارت و کنترلشان می‌کنند علاوه بر این، اطلاعاتی که از نظارت فراشناخت منشعب می‌شوند اغلب به صورت احساسات ذهنی تجربه می‌شوند که می‌توانند بر رفتار اثر بگذارند و چرخه روانشناختی منفی بیماران دارای دیابت را پیچیده تر کند

1. Schroder, H. S., Clark, D. A., & Moser, J. S

2. Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A

3. Metacognitive

4. Jankowski, T., & Holas, P

(ولز، ۲۰۱۱). باورهای منفی فراشناختی نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (نورمن و و مورینو^۱، ۲۰۱۸). کاملاً واضح است که درمان روانشناختی بخش جدایی ناپذیر در رویکرد جامع مدیریت دیابت میباشد که با وجود اهمیت آن، توجه کمی به آن شده است. علت آن میتواند آگاهی نداشتن به نتیجه درمان‌های روانشناختی است اما پژوهش‌ها حاکی از آن است که متغیرهای روانشناختی در بیماری دیابت از اهمیت بالایی برخوردار است (صمدزاده و همکاران، ۱۳۹۴؛ حمدزاده، عزتی، سعیدی و نصیری، ۱۳۹۱).

براساس تحقیقات انجام شده ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به دیابت از نگرانی و باورهای معیوب فراشناختی در مراحل چرخه زندگی خود رنج می‌برند از طریق روان‌درمانی، می‌توان این عوارض را به حداقل رساند و با کمک به بیمار نظام جسمی بدن وی را نیز تقویت کرد. درمان‌های روانشناختی موضوعی هستند که باید در رابطه با بیماری‌هایی مانند دیابت که پی‌آمدهای مستقیم و غیرمستقیم روان‌شناختی دارد، مد نظر قرار گیرد تاکنون درمان‌های روانشناختی مختلفی برای ارتقاء متغیرهای مثبت و کاهش متغیرهای منفی در بیماران مبتلا به دیابت به کار برده شده است که هر کدام از اثر بخشی خاص خود برخوردار است (باخته، رضایی، کولیوند، جابرقادری و اسدی، ۱۳۹۷).

درمان شناختی- رفتاری مدیریت استرس برای درمان افرادی به کار می‌رود که با فشار ناشی از ابتلا به مشکلاتی که زندگی آنها را تحت تأثیر قرار داده شده است دست و پنجه نرم می‌کنند. برنامه‌ی مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی- رفتاری برای توجه به مسائلی مانند فقدان کنترل شخصی، خواست‌های مقابله‌ای، انزوای اجتماعی، نگرانی اضطراب و افسردگی سازمان‌دهی شده است که همگی در افراد مبتلا به دیابت برجسته می‌باشند (متیو^۲، ۲۰۱۸). هدف از آموزش

1. Normann, N., & Morina, N

2. Matthew T, A

مدیریت استرس، توانمند کردن افراد در مقابله با فشارهای ناشی از اختلال جسمی و روانشناختی ناشی از دیابت است و با آموزش‌های مدیریت استرس، فرد بهتر می‌تواند با مشکلات ناشی از دیابت و ارتقاء سطح کیفی عوامل محافظت‌کننده روانشناختی خود کنار آید. اهداف طراحی این برنامه عبارتند از: ۱- جمع‌آوری اطلاعات برای افراد در مورد منابع استرس، ماهیت پاسخ‌های استرس در انسان، انواع راهبردهای مقابله‌ای که در مواجهه با عوامل تنیدگی‌زا به کار می‌روند، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر از جمله آموزش حل مسئله، آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب و نگرانی از قبیل آرمیدگی عضلانی تدریجی و تصویرسازی آرام‌بخش، تعدیل و اصلاح ارزیابی‌های شناختی ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی، ارتقای مهارت‌های حل تعارض بین فردی و ارتباطی از طریق آموزش ابرازگری و مدیریت خشم، افزایش دسترسی و استفاده از شبکه‌های حمایت اجتماعی از طریق مهارت‌های بین فردی و ارتباطی اصلاح شده (خانجانی و همکاران، ۱۳۹۷). که همگی این عوامل می‌توانند فاکتورهای دخیل در مشکلات روانشناختی زنان مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار دهد و امید برای کاهش نگرانی و باورهای معیوب شناختی را در این زنان افزایش دهد با توجه به مطالب ارائه شده عوامل زیادی در بروز و ایجاد تنش‌های روانشناختی در افراد مبتلا به دیابت به عنوان فاکتورهای دخیل در افراد دارای دیابت مطرح شده است که می‌تواند عملکرد جسمی و روانشناختی این بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. از سوی دیگر رویکرد درمانی مبتنی بر مدیریت استرس با توجه به ماهیت توسعه‌دهنده الگوهای محافظتی به عنوان درمان پیشرو و خط اول در روانشناسی مثبت شناخته می‌شوند از این رو انتظار می‌رود که این درمان بتواند بر نگرانی و باورهای فراشناختی زنان دارای دیابت تأثیری قابل تأمل داشته باشد با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در ایران پژوهشی در حیطه اثر بخشی این رویکرد درمانی بر نگرانی و باورهای فراشناختی بر زنان دارای دیابت در شهر پیشوا صورت نگرفته است. در نهایت این پرسش بوجود می‌آید که آیا به‌کارگیری درمان مبتنی بر مدیریت استرس بر نگرانی و باورهای فراشناختی زنان دارای دیابت نوع ۱ تأثیر دارد؟

روش پژوهش

این مطالعه از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و گروه گواه بود. جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت شهرستان پیشوا که دارای پرونده فعال در مرکز بهداشت این منطقه بودند. نمونه آماری، شامل ۳۰ بیمار زن مبتلا به دیابت که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا از بین افراد مراجعه‌کننده مراجع کنندگان به مرکز بهداشت منطقه پیشوا به صورت در دسترس و بر اساس همکاری بیماران و برگزیده و پس از آن نیز به صورت در دسترس تعداد ۱۳۰ نفر از بیماران زن مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به این مراکز، پرسشنامه نگرانی و باورهای فراشناختی را تکمیل کردند. بعد از بررسی پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۰ نفر از بیماران مبتلا زن مبتلا به دیابت که میانگین نمره به دست آمده آن‌ها از پرسشنامه نگرانی و باورهای فراشناختی یک انحراف معیار بالاتر از میانگین بود و نیز سایر ملاک‌های ورود به پژوهش را دارا بودند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی، ۱۵ بیمار زن در گروه آزمایش و ۱۲ نفر دیگر در گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن بیماران بین ۳۰ تا ۵۰ سال، حداقل میزان تحصیلات دیپلم، گذشتن حداقل ۶ ماه از ابتلای آن‌ها به بیماری دیابت عملکرد شناختی بیمار دچار آسیب شدید نشده باشد و توانایی شرکت در جلسات و انجام تکالیف را داشته باشد، نمره به دست آمده از پرسشنامه نگرانی و باورهای فراشناختی بیماران بالاتر از حد میانگین باشد.

ابزار گردآوری

الف) پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا^۱: این پرسشنامه خودگزارشی توسط مایر، میلر، متزگر و بورکووک^۲ در سال ۱۹۹۰ تدوین شده است و دارای ۱۶ سوال است که نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را اندازه می‌گیرد. سوالات شماره ۱ الی ۱۱ مؤلفه نگرانی عمومی و سوالات شماره

1. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)

2. Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

۱۲ الی ۱۶ مؤلفه فقدان نگرانی را ارزیابی می‌کنند. این پرسشنامه به عنوان ابزاری برای غربالگری اختلال اضطراب فراگیر به کار می‌رود. نمره‌گذاری سوالات پرسشنامه در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت (گزینه اصلاً صادق نیست = نمره ۱ تا گزینه کاملاً صادق است = نمره ۵) انجام می‌شود. در این پرسشنامه سوالات شماره ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات کل پرسشنامه بین ۱۶ تا ۸۰ است. سازندگان پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۶ الی ۰/۹۰ و همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی آن را طی چهار هفته ۰/۷۴ الی ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند (مایر و همکاران، ۱۹۹۰). همچنین در پژوهشی اعتبار پرسشنامه با محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی در یک دوره دو تا ۱۰ هفته‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (آنتونی، اورسیلو و رومر^۱، ۲۰۰۲). و روایی پرسشنامه نگرانی بین نیز بر حسب همبستگی آن با تعدادی از شاخص‌های مرتبط با نگرانی و اضطراب در نمونه‌های دانشجویان و بالینی شده است (استارتاپ و اریکسن^۲، ۲۰۰۶). در پژوهش موسوی‌نیا و همکاران (۱۳۹۳) نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ و پایایی آزمون به فاصله دو ماه ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه ۷۸ درصد به دست آمد.

ب) پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز: این پرسشنامه ۳۰ سوالی خود گزارش‌دهی، باورهای افراد را درباره تفکر خود می‌سنجد. این پرسشنامه دارای پنج زیر مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، مهارناپذیری و بروز افکار خطرناک، اطمینان شناختی، نیاز به مهار افکار و خودآگاهی شناختی است. همه این زیر مقیاس‌های به صورت مستقیم نمرگذاری می‌شود و نمره‌های بالاتر نشان‌دهند سطوح بالاتر در هر یک از زیر مقیاس‌ها است. ولز و کارترایت هاتن (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه و مؤلفه‌های آن را در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و ضریب اعتبار بازآزمایی با فاصله یک ماه را ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند. در ایران شیرین زاده دستگیری، گودرزی، غنی‌زاده و تقوی (۱۳۸۷) ضریب همسانی درونی آن را با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس

1. Roemer, L., Antony, M. M., & Orsillo

2. Startup, H. M., & Erickson

۰/۹۱ و برای زیر مقیاس‌های آن ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ و روایی آن را ۰/۸۷ گزارش کردند. پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

خلاصه جلسات درمانی مبتنی بر مدیریت استرس اقتباس شده از (آنتونی، ۲۰۰۲؛ ترجمه آل محمد و همکاران، ۱۳۹۲):

جلسه اول: معرفی برنامه، استرس زها و پاسخ‌های استرس، آرمیدگی عضلانی تدریجی معرفی رهبر گروه، ارائه اطلاعات کلی برنامه و هدف، توضیح اصل رازداری، بررسی استرس زها، تأثیرات جسمی استرس، پیامدهای احتمالی استرس مزمن بر سلامت، آموزش آرمیدگی و اجرای آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای و اریه بازخورد

جلسه دوم: آرمیدگی عضلانی تدریجی، استرس و آگاهی آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تکمیل چک لیست نشانه‌های استرس، مرور تأثیرات استرس و افزایش آگاهی از نشانه‌های جسمی استرس.

جلسه سوم: تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی، ارتباط افکار و هیجانات معرفی تنفس دیافراگمی، آموزش آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۴ گروه ماهیچه ای، تمرین تصویرسازی و آرمیدگی، مرور نشانه‌ها و تأثیرات استرس، بررسی ارتباط بین افکار و احساسات، تمرین قدرت فکر.

جلسه چهارم: تنفس، تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، تفکر منفی و تحریفات شناختی ترکیب تنفس دیافراگمی با تصویرسازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل همراه با تصویرسازی مکان خاص، بررسی تفکر منفی و تحریفات شناختی، تأثیر تفکر منفی بر رفتار، تمرین شناسایی افکار منفی.

جلسه پنجم: بررسی تفاوت بین خودگویی منطقی و غیر منطقی، معرفی گام‌های جایگزینی افکار منطقی، تمرین جایگزینی افکار منطقی.

جلسه ششم: ارائه تعریفی از مقابله، معرفی انواع مقابله کارآمد و ناکارآمد، بحث در مورد راهبردهای مقابله‌ای.

جلسه هفتم: مدیریت خشم معرفی مقابله، ارائه حالات بدنی مراقبه و بحث در مورد فواید تمرین منظم، بحث در مورد مفهوم خشم و پاسخ‌های خشم، کمک به خودارزیابی اعضا از خشم، بحث در مورد خشم و آگاهی، آموزش مدیریت خشم آموزش خودزاد همراه با تصویرسازی و خودالقایی.

جلسه هشتم: مراقبه شمارش تنفس، آموزش ابرازگری اجرای مراقبه شمارش تنفس و مراقبه نور خورشید همراه با خودزادها، معرفی سبک‌های بین فردی، بحث در مورد موانع رفتار ابرازگونه مرور کل برنامه، کمک به اعضای گروه در ایجاد یک برنامه مدیریت استرس شخصی.

شیوه اجرا:

بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای بیمارانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و از آن‌ها به صورت کتبی رضایت آگاهانه جهت شرکت در جلسات مداخله گرفته شد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. بسته مداخله معنادرمانی در طی ۸ جلسه و به صورت گروهی طی جلسات هفتگی در مدت زمانی دو ماه و نیم به بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایش ارائه شد. هر جلسه دو ساعت به طول می‌انجامید. در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف جلسه قبل بحث و گفتگو می‌شد، سپس مطالب آموزشی ارائه می‌شد که بیماران آن را به صورت مکتوب نیز دریافت می‌کردند و سپس در مورد آن گفتگو می‌شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی هر دو گروه آزمایش و گواه مجدداً، پرسشنامه نگرانی و باورهای فراشناختی را به عنوان پس‌آزمون پاسخ دادند. قابل ذکر است بعد از اتمام اجرای پژوهش، گروه گواه نیز در چهار جلسه مداخله مدیریتی استرس شرکت نمودند. داده‌های به دست آمده نیز از طریق روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و

روش آماراستنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره و با به کارگیری نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها

بر اساس نتایج این پژوهش میانگین سن بیماران مبتلا به دیابت گروه آزمایش و کنترل، ۳۵ سال و ۴ ماه بود. در جدول (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به متغیر نگرانی و باورهای فراشناختی به صورت تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱: اطلاعات توصیفی متغیرهای تعارض زناشویی و مؤلفه‌های آن و عملکرد جنسی به تفکیک مرحله سنجش در گروه آزمایش و کنترل

گروه کنترل		گروه آزمایش		مرحله سنجش	شاخص آماری
انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین		
۷/۱۷	۴۹/۶۶	۶/۰۶	۵۸/۸۰	پیش‌آزمون	نگرانی کلی
۵/۴۵	۵۵/۹۳	۷/۹۰	۴۸/۵۳	پس‌آزمون	
۱۱/۵۰	۸۸/۲۵	۷/۲۲	۱۰۹/۴۵	پیش‌آزمون	باورهای فراشناختی کلی
۱۱/۲۰	۹۹/۱۲	۱۳/۲۱	۹۲/۲۰	پس‌آزمون	

چنان‌که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون، در نگرانی به صورت کلی کاهش محسوس نشان می‌دهد. هم‌چنین در متغیر باورهای

فراشناختی با کاهش نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون روبرو هستیم که این کاهش در نمرات گروه کنترل محسوس نیست.

پیش فرض‌های توزیع نرمال و همسانی واریانس‌های متغیرهای وابسته که از پیش فرض‌های آماری استفاده از آزمون‌های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، آزمون لوین و آزمون m باکس با مقادیر $(p > 0/05)$ مورد تایید قرار گرفت، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده کرد.

برای آزمون این فرضیه که مداخله مدیرتی استرس بر کاهش نگرانی و باورهای فراشناختی زنان مبتلا به دیابت تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲ گزارش شده است

جدول ۲: آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای متغیر نگرانی

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	اندازه‌ی اثر	توان آماری	سطح معنی‌داری
اثر پیلاهی	۰/۵۶۹	۱۶/۵۳۴	۲	۲۵	۰/۵۶۹	۱	$P < 0/001$
لامبدای ویلکز	۰/۴۳۱	۱۶/۵۳۴	۲	۲۵	۰/۵۶۹	۱	$P < 0/001$
اثر هنتلینگ	۱/۳۲۳	۱۶/۵۳۴	۳	۲۵	۰/۵۶۹	۱	$P < 0/001$
بزرگترین ریشه‌ی روی	۱/۳۲۳	۱۶/۵۳۴	۳	۲۵	۰/۵۶۹	۱	$P < 0/001$

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $p < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. حال به منظور بررسی این تفاوت از تحلیل واریانس یک راه استفاده شده که در ادامه در جدول ۴ و ۵ گزارش شده است.

جدول ۳؛ نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون نگرانی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
پیش‌آزمون		۱۶۵/۵۲۵	۱	۱۶۵/۵۲۵	۳/۹۵۸	۰/۱۲۸	۱	<۰/۰۰۱
نگرانی گروه		۵۷۴/۶۲۲	۱	۵۷۴/۶۲۲	۱۳/۷۴۰	۰/۳۳۷	۱	<۰/۰۰۱
خطا		۱۱۲۹/۱۴۱	۲۷	۴۱/۸۲۰	-	-	-	-

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متغیر نگرانی ($F=۱۳/۷۴۰$ و $p<۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین فرضیه مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس در کاهش نگرانی افراد دارای دیابت تأیید می‌شوند. به علاوه ضریب اندازه‌ی اثر نشان می‌دهد که ۳۴ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر نگرانی مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و توان آماری برابر ۱ می‌باشد.

جدول ۴؛ نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راه بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون باورهای فراشناختی گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	توان آماری	سطح معنی داری
پیش‌آزمون		۲۲۸۱/۸۰۵	۱	۲۲۸۱/۸۰۵	۴۰/۸۸۹	۰/۶۰۲	۱	<۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی گروه		۱۷۵۸/۸۵۵	۱	۱۷۵۸/۸۵۵	۳۱/۵۱۸	۰/۵۳۹	۱	<۰/۰۰۱
خطا		۱۵۰۶/۷۲۸	۲۷	۵۵/۸۰۵	-	-	-	-

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تحلیل کوواریانس یکراهه در متغیر باورهای فراشناختی ($F=40/889$ و $p<0/001$) معنی‌دار می‌باشند. بنابراین می‌توان چنین بیان کرد که مداخله مدیریت استرس بر باورهای فراشناخت بیماران گروه آزمایش تاثیر گذاشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روان درمانی مبتنی بر مدیریت استرس بر نگرانی و باورهای فراشناختی زنان دارای دیابت نوع ۱ شهر پیشوا متقاضی بوده است. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر مدیریت استرس بر نگرانی و باورهای فراشناختی زنان دارای دیابت نوع ۱ شهر پیشوا اثر دارد این یافته‌های پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر مدیریت استرس با پژوهش‌های سیگال و همکاران (۲۰۲۰)، ژو و همکاران (۲۰۲۰)، سیگال و همکاران (۲۰۱۸)، باخته و همکاران (۱۳۹۷)، خانجانی و همکاران (۱۳۹۷)، و صمدزاده و همکاران (۱۳۹۴) همسو می‌باشد. انتظار این بود که درمان مبتنی بر مدیریت استرس، میزان شکایات روانشناختی شامل نگرانی و باورهای منفی فراشناختی آزمودنی‌ها را کاهش دهد چرا که آزمودنی‌ها یاد می‌گیرند توجه و نگرش خود را نسبت به وضعیت شناختی خود، افزایش دهند.

در تبیین این یافته می‌توان چنین بیان کرد که، آشنایی با موضوع نگرانی، میزان خودآگاهی رفتاری افراد دارای دیابت را بالا برده و این امر باعث ایجاد انگیزش در جهت کاهش باورهای منفی فراشناختی می‌شود؛ چرا که آنان متوجه می‌شوند که وجود صرف محرک‌های بیرونی مانند ترس، جنگ، سرزنش یا تهدید دیگران، باعث آغاز نگرانی در آنان نیست، بلکه نوع برداشت و دیدگاهی که نسبت به خود و دیگران دارند و حالت برانگیختگی جسمانی قبلی خودشان نیز می‌تواند در بروز واکنش‌های نگرانی دخیل باشد که در مراحل ۶ و ۷ آموزش مدیریت استرس زنان دارای دیابت آموزش دیده اند که چگونه با تکنیک‌های آرام‌سازی بتوانند از رفتارهای نگران‌کننده مصون باشند همچنین آگاهی به این مسأله، می‌تواند منجر به کنترل بیش‌تر بر خود از جانب زنان دارای دیابت گردد. باید توجه داشت که این افراد ضمن آشنایی با تغییرات زیستی و هورمونی

پایه‌ی نگرانی در روند آموزش، شیوه‌های مؤثر مقابله با نگرانی را مثل ابراز وجود، جرأت‌ورزی، مهارت‌های ارتباطی و آرام‌سازی عضلانی را می‌آموزند. آرام‌سازی عضلانی روشی است که افراد دارای دیابت را به غلبه بر اضطراب و نگرانی، ایجاد تعادل در جسم خود به هنگام برافروختگی-های جسمانی و ابراز پرخاشگری و نگرانی مجهز می‌سازد (سیگال، ۲۰۲۰).

همچنین پژوهش حاضر حاوی جلساتی در ارتباط با شیوه‌های کنترل نگرانی و باورهای معیوب فراشناختی بود. یکی از مواردی که در آموزش به آن تأکید بسیاری شد تقویت ابراز وجود در افراد دارای دیابت بود. اپستین^۱ (۱۹۸۰) در پژوهشی دریافت که سبک ابراز وجود معمولاً پیامدهای اجتماعی مثبت را در موقعیت‌های درخواستی برمی‌انگیزد، حال آن‌که سبک مضطربانه همراه با نگرانی پاسخ‌های منفی را برمی‌انگیزد. استروف، پیلات و کریک^۲ (۲۰۰۶) به این نتیجه رسید که بین نگرانی و باورهای منفی فراشناختی رابطه‌ی مستقیم وجود دارد. از آن‌جا که این مهارت آموختنی است، پس از فراگیری آن می‌توانند در روابط میان‌فردی آن را به کار برند. در پژوهش‌های متعدد نیز آموزش‌های مبتنی بر مدیریت استرس به‌عنوان راهکاری مناسب جهت کنترل نگرانی در افراد دارای دیابت نوع ۱ و در جمعیت دارای دیابت تأکید شده است. با تأیید فرضیه‌ی پژوهش حاضر در رابطه با کاهش نگرانی و باورهای فراشناختی توسط آموزش مدیریت استرس که حاوی جلساتی در رابطه با افزایش مهارت کنترل نگرانی و مدیریت استرس در افراد دارای دیابت بود، سعی بر این شد که میان یک توانایی به نام ابراز وجود و قاطعیت و بیان یک ناهنجاری شناختی به نام نگرانی تمایز برقرار شود. برنامه‌ی آموزشی مبتنی بر مدیریت استرس، حاوی جلسات مدیریت نگرانی همراه با ارائه‌ی روش آرام‌سازی عضلانی بود. آموزش مهارت کنترل نگرانی سبب ایجاد خود‌نظاره‌گری در افراد دارای دیابت می‌شود، که این امر باعث آگاهی آنان از علائم هشدار دهنده و استفاده از آرام‌سازی عضلانی می‌گردد. این عمل باعث خودگویی-های مثبت، خویشتن‌داری، احساس خودکارآمدی، افزایش مهارت‌های اجتماعی و جلوگیری از

1. Epstein

2. Ostrov, Pilat & Crick

افزایش برانگیختگی جسمی و روانی افراد دارای دیابت در هنگام بروز نگرانی می‌شود. پژوهشگران معتقدند افراد دارای دیابت نگران و غیرنگران در کاربرد شیوهی حل مسئله با هم تفاوت معنی‌داری دارند و شیوهی آموزش مهارت حل مسئله به‌طور معنی‌داری رفتارهای نگرانی را کاهش خواهد داد. با توجه به این‌که افراد دارای دیابت نگران، هنگام حل مسئله راه‌حل‌های جرأت‌آمیز کم‌تری را از خود نشان می‌دهد و بیش‌تر راه‌حل‌های نگرانانه و هیجان‌مدار را برای حل مشکلات بین فردی ارائه می‌دهد که مرتبط با تنش و استرس است، آموزش روان‌درمانی مبتنی بر مدیریت استرس باعث ایجاد دیدگاه حل مسئله هنگام روبه‌رو شدن با برانگیختگی و نگرانی می‌شود می‌شود این موضوع به این علت است که مهارت‌های حل مسئله و آموزش مبتنی بر مدیریت استرس و در بیماری‌های جسمی زمینه‌ای در دوره بزرگسالی، از عوامل اساسی در سلامت روانی-اجتماعی و تحقق توانایی‌های ذاتی انسان است و هرچه این متغیرها از کیفیت بالاتری برخوردار باشند، زندگی جسمی-روانی بزرگسالان بهتر خواهد بود. مسلماً مهم‌ترین رابطه‌ای که در دوره بزرگسالی تجربه می‌شود و بر جنبه‌های مختلف شخصیت افراد تاثیر می‌گذارد، چگونگی آنها با برخورد با استرس‌سور ها و نگرانی‌های افراد است و امنیتی که فرد در این دوران تجربه می‌کند، اهمیت بسزایی دارد. تمام این موارد در آموزه‌های درمان مبتنی بر مدیریت استرس مورد توجه بوده است.

از محدودیت‌های این پژوهش فقدان سنجش پیگیری در طرح مطالعه به دلیل عدم دسترسی آسان به شرکت‌کننده‌های گروه به علت وضعیت جسمانی و بیماری آن‌ها که باعث شد تداوم تأثیرات درمانی در این پژوهش سنجیده نشود و نیز نمونه آماری پژوهش، زنان مبتلا به دیابت شهر پیشوا بود که این نتایج قابل تعمیم به سایر بیماران و نیز سایر افراد دارای بیماری مزمن در سطح کشور نیست. هم‌چنین با توجه به کارآمدی درمان مدیریت استرس در کاهش نگرانی و باورهای فراشناختی بیماران دیابت، پیشنهاد می‌شود تا بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها تسهیلات لازم برای تشکیل مستمر گروه‌درمانی با مداخلات روان‌درمانی را فراهم آورند.

منابع

- 1) شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی زاده، احمد و تقوی، سید محمدرضا (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسیولیت پذیری در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱): ۵۵-۶۶.
- 2) میرمهدی، اعظم، جابری، علی انصاری، شفیع پور، محمدرضا، صیادی، احمدرضا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش روان شناختی همراه با آرام سازی پیشرونده عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران دیابت تیپ ۲. مقاله پژوهشی سلامت جامعه، ۱۳ (۴): ۶۲-۴۵.
- 3) صمدزاده، نسیم؛ پورشریفی، حمید و باباپورخیرالدین، جلیل (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خود مراقبتی و نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲، فیض. ۱۹ (۳)، ۲۵۵-۲۶۴.
- 4) حمدزاده، سعید؛ عزتی، ژاله؛ عابد سعیدی، ژیلا و نصیری، نویده (۱۳۹۱). سبک های مقابله ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت. نشریه پرستاری ایران. ۸۰، ۳۳-۲۴.
- 5) باخته، اعظم؛ رضایی، منصور؛ کولیوند، میترا؛ جابری قادری، نسرین؛ اسدی، ناهید (۱۳۹۸). تاثیر مشاوره شناختی رفتاری بر خودکارآمدی زنان مبتلا به دیابت بارداری: یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۴ (۵): ۶۵-۵۵.
- 6) خانجانی، مهدی، سهرابی، فرامرز و اعظمی، یوسف (۱۳۹۷). بررسی تأثیر برنامه ارتقای تابآوری و مدیریت استرس بر بهزیستی روانشناختی، معنای زندگی، خوشبینی و رضایت از زندگی زنان. فصلنامه روان پرستاری. ۶ (۲)، ۱-۱۰.
- 7) موسوی نیا، رویا (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تحمل بلا تکلیفی به شیوهی درمان شناختی رفتاری داگاس بر اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی

8) Siegel KR, Ali MK, Zhou X, Ng BP, Jawanda S, Proia K, Zhang X, Gregg EW, Albright AL, Zhang P.(2020). Cost-effectiveness of

- interventions to manage diabetes: has the evidence changed since 2008? *Diabetes Care* ;43:1557–1592
- 9) Zhou X, Siegel KR, Ng BP, Jawanda S, Proia KK, Zhang X, Albright AL, Zhang, P.(2020).Cost-effectiveness of diabetes prevention interventions targeting high-risk individuals and whole populations: a systematic review. *Diabetes Care* ;43:1593–1616
 - 10) Roemer, L., Antony, M. M., & Orsillo, S. M. (2002). Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety.
 - 11) Startup, H. M., & Erickson, T. M. (2006). The penn state worry questionnaire (PSWQ). *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 101-119.
 - 12) Matthew T, A. (2018). A Primer on Stress and Applications for Evidence-Based Stress Management Interventions in the Recreational Therapy Setting. *Journal of Therapeutic Recreation*, 4, 490–409.
 - 13) Capobianco, L., Faija, C., Husain, Z., & Wells, A. (2020). Metacognitive beliefs and their relationship with anxiety and depression in physical illnesses: A systematic review. *PloS one*, 15(9), e0238457.
 - 14) Wells A, Cartwright-Hatton S.(2007). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*; 42(4):385-396.
 - 15) Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisley J, Mendel E.(2011). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*; 48(5):429-34.
 - 16) Salmani, B., Hasani, J., Mohammad-Khani, S., & Karami, G. R. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Feyz Medical Sciences Journal*, 18(5), 428-439.

- 17) Amelia, R., Lelo, A., Lindarto, D., & Mutiara, E. (2018). Quality of life and glyceimic profile of type 2 diabetes mellitus patients of Indonesian: a descriptive study. In IOP Conference Series: Earth and Environmental Science (Vol. 125, No. 1, p. 012171). IOP Publishing.
- 18) Huges, AE., Berg, CA., & Wiebe, D.J. (2014). Emotional processing and self-control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 37(8), 925-934.
- 19) Galassetti, P., & Riddell, M. C. (2013). Exercise and type 1 diabetes (T1DM). *Compr Physiol*, 3(3), 1309-1336.
- 20) Van Duinkerken, E., Snoek, F. J., & De Wit, M. (2020). The cognitive and psychological effects of living with type 1 diabetes: a narrative review. *Diabetic Medicine*, 37(4), 555-563.
- 21) Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- 22) Voegtline, K., Payne, J. L., Standeven, L. R., Sundel, B., Pangtey, M., & Osborne, L. M. (2021). Using the Penn State worry questionnaire in the peripartum. *Journal of Women's Health*, 30(12), 1761-1768.
- 23) Schroder, H. S., Clark, D. A., & Moser, J. S. (2019). Screening for problematic worry in adults with a single item from the Penn State Worry Questionnaire. *Assessment*, 26(2), 336-346.
- 24) Jankowski, T., & Holas, P. (2014). Metacognitive model of mindfulness. *Consciousness and cognition*, 28, 64-80.
- 25) Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 412665.