

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس بر ضعف روانی و در آمیختگی فکر بیماران دیابتی

پرویز کریمی ثانی^۱، شیرین زینالی^۲، سید محمود طباطبائی^۳، حسین رستمی^۴، آیت اله فتحی^۵، پروین علمشاهی وایقان^۶

^۱گروه روانشناسی، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران، ^۲گروه روانشناسی، واحد ارومیه، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران، ^۳گروه فیزیولوژی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران، ^۴پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا، تهران، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۸/۰۹/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: دیابت از جمله بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های فیزیکی و شرایط روانی بیماران ایجاد می‌کند. هدف از این مطالعه تعیین و بررسی تأثیر گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس بر ضعف روانی و درآمیختگی افکار بیماران دیابتی دارای زخم بود.

روش بررسی: این یک پژوهش شبه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل بیماران دیابتی دارای زخم در بیمارستان سینا شهر تبریز به تعداد ۵۰ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند، ۲۴ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در جلسه‌های گروهی شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. از پرسشنامه درآمیختگی افکار لازاروس (TFI) و پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا (MMPI) مقیاس ضعف روانی (pt) به‌عنوان ابزار سنجش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. به منظور توصیف داده‌های این پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف استاندارد) و نیز از شاخص‌های آمار استنباطی مانند تحلیل کواریانس تک متغیری و تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس بر کاهش ضعف روانی تأثیر معنی‌داری دارد ($F=41/128$ ، $p=0/01$) و همچنین نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر درآمیختگی افکار بیماران دیابتی دارای زخم تأثیر معنی‌داری دارد ($F=9/206$ ، $p=0/007$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی و رفتاری با تغییر افکار ناکارآمد و کمک به پذیرش بیماری، منجر به تغییرات رفتاری در بیماران دیابتی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس، ضعف روانی، درآمیختگی افکار، بیماران دیابتی، زخم دیابتی

*نویسنده مسئول: حسین رستمی، تهران، پژوهشگاه علوم انتظامی و مطالعات اجتماعی ناجا

Email: rostami.psychologist@gmail.com

مقدمه

در گذشته بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه محور اصلی سیاست‌گذاری‌های کلان بهداشتی بودند. هرچند هنوز هم بیشتر کشورهای با درآمد کم و متوسط گریبان‌گیر مسائل فوق هستند، ولی ارتقاء مراقبت‌های بهداشتی و افزایش پوشش ایمن‌سازی توانسته است تا حد زیادی با عوامل فوق مقابله کند (۱). از طرف دیگر، با افزایش امید به زندگی (۲) و تغییرات سریع شیوه زندگی، به ویژه در جنبه‌های تغذیه‌ای و کمبود فعالیت جسمی، الگوی بیماری‌ها به سمت بیماری‌های غیرواگیر مانند: دیابت، پوکی استخوان، بیماری‌های قلبی - عروقی، چاقی و بسیاری از بیماری‌های بدخیم تغییر یافته است (۱).

در این میان دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری مزمن در سراسر جهان شناخته شده است که متأسفانه علی‌رغم پیشرفت‌های علوم پزشکی شیوع این بیماری نه تنها کاهش نیافته، بلکه روز به روز در حال افزایش می‌باشد. این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگر، فرد مبتلا را با مشکلاتی مواجه می‌سازد که در نتیجه آن تمامی جنبه‌های زندگی روزمره فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد (۳). این بیماری به دو نوع ۱ و ۲ تقسیم می‌شود که نوع ۱ نتیجه تخریب سلول‌های بتا است، نوع ۲ تقریباً شایع‌تر است که با مقاومت انسولینی و کاهش آن همراه است (۴).

معمولاً ابعاد روانی بیماری‌های مزمن 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 جسمی خود تجربه می‌کنند، سازگاری روانی دشوارتر می‌شود (۳).

بیماری‌های جسمی یک عامل خطر برای ابتلاء به اختلالات روانی می‌باشند. ساده‌ترین واکنش فرد دیابتی به دنبال آگاهی از بیماری خویش و عوارض حاصل از بیماری خویش، اضطراب و افسردگی خواهد بود، چرا که با آگاهی از بیماری، فرد به اجبار لازم است پاره‌ای از آزادی‌های زندگی خود، مثل میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت فیزیکی خود را محدود سازد که این مشکل در اوقات تنهایی، افسردگی یا استرس، شدت پیدا می‌کند (۵). در بررسی‌های صورت گرفته، شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت، دو تا سه برابر افراد غیر دیابتی گزارش شده است (۶).

برای فرد دیابتی مشکلات روانشناختی و اجتماعی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود و احتمال بروز عوارض جسمی جدی نظیر؛ مشکلات کلیوی، چشمی قلبی و مغزی به وجود آید. چون این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری خود تا حدودی اطلاع دارند؛ افسردگی، اضطراب و افکار در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (۷). در مطالعه هو و همکاران شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۱۲/۵۳ درصد (۸) و در مطالعه نوروزی‌نژاد و همکاران ۷ درصد درصد گزارش شده

است (۹). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دیابت با افزایش خطر اختلالات و علائم روانشناختی همراه است (۱۱) و (۱۰). اختلال اضطراب فراگیر در ۱۳ درصد، ترس‌های مرضی در ۲۱/۶ درصد و وسواس و اجبار در ۱/۳ درصد افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است (۱۲).

بیماران دیابتی به دلیل بیماری خود اغلب مایل به حضور در مجامع عمومی و خروج از منزل نیستند و در روابط اجتماعی دچار اضطراب می‌شوند. از این رو به این بیماران علاوه بر خدمات پزشکی بایستی خدمات اجتماعی و روان پزشکی در جهت کاهش ضعف‌های روانی و مشکلات تفکر ارایه شود (۱۰). ضعف روانی و درهم آمیختگی افکار^(۱) از جمله مشکلات پریشانی‌های روانی این بیماران است و همان‌طور که نام آن‌ها نشانگر است، از همان مراحل اولیه در ارتباط با افکار می‌باشند (۱۳).

در آمیختگی فکر بدین معنی است فکر کردن در مورد یک رخداد باعث اتفاق افتادن آن حادثه می‌شود و به سه حالت در آمیختگی فکرکنش^(۲)، فکر رویداد^(۳) و فکر شی^(۴) تقسیم می‌گردد. در نوع اول یعنی فکر کردن به یک حاثه منجر به رخداد آن حادثه می‌شود، در نوع دوم فکر کردن به یک رویداد منجر به آن رویداد خواهد شد و در نوع فکرشی یعنی افکار مزاحم به اشیا منتقل شده و از راه اشیای آلوده به دیگران انتقال می‌یابد (۱۴). همچنین، ضعف روانی نوعی افسردگی است که در آن ارتباط افکار وجود دارد و بیمار ناتوانی خود را برای انجام کارها احساس می‌کند (۱۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بیماران با تشخیص دیابت در

معرض اختلالات روانی از جمله اضطراب و افسردگی هستند و بین اختلالات روانی و ضعف روانی رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه درمانی دیابت پیدا می‌کنند، تغییر روش زندگی و آگاهی از عوارض کوتاه مدت و بلندمدت بیماری موجب فعال شدن نشانه‌های افسردگی، اضطراب، ترس‌های غیرمنطقی و وسواس‌های فکری — عملی در بیماران می‌شود (۱۷ و ۱۶).

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، آموزش، اساس و شالوده درمان دیابت است. از سال ۱۹۹۰ توانمندسازی بیماران دیابت از لحاظ روانشناختی به عنوان یک هدف معرف شده، به‌طوری که بیمار عضوی فعال در فرآیند مراقبت از خود باشد و قادر شود در اتخاذ تصمیمات بالینی خود سهیم شود و به صورت گسترده در سیستم بهداشتی درمانی مشارکت داشته باشند (۱).

یکی از شیوه‌های روان درمانی که ابعاد سلامت را مدنظر قرار داده است، درمان چندوجهی لازاروس^(۵) است. درمان چند وجهی لازاروس به نحو موفقیت‌آمیزی در طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات به کار می‌رود (۱۸). لازاروس معتقد است که شخصیت انسان می‌تواند کاملاً به واسطه هفت بعد

1-Thought fusion
2-Thought action fusion
3-Thought event fusion
4-Thought object fusion
5-Lazarus multimodal approach

روش بررسی

پژوهش حاضر یک طرح شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل بود. جامعه آماری، تمام بیماران مبتلا به بیماری دیابت دارای زخم بیمارستان سینا تبریز در بازه زمانی تیر تا شهریور می‌باشد که تعداد افراد مراجعه کننده ۵۰ نفر بود. انتخاب بیماران به صورت غیرتصادفی هدفمند بود و از میان نمونه‌های در دسترس ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش، ۱۲ نفر گروه کنترل) پس از بررسی‌های اولیه از روی لیست مذکور انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیار ورود به تحقیق، ابتلا به بیماری دیابت دارای زخم، تحصیلات بالای راهنمایی، طیف سنی بین ۳۰ الی ۵۰، عدم دریافت روان درمانی و داور درمانی در طول جلسه‌های آموزشی و اعلام همکاری برای شرکت در جلسه‌ها می‌باشد. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه و عدم انجام تکالیف در بین جلسه‌ها به تعداد بیش از سه بار بود. در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسشنامه آزمون درآمیختگی افکار (TFI)، پرسشنامه شخصیت چندوجهی مینه سوتا زیرمقیاس ضعف روانی برای هر دو گروه کنترل و آزمایش اجرا شد. گروه آزمایش در یک دوره مشاوره‌ای آموزشی ۸ جلسه‌ای ۱۲۰ دقیقه به صورت گروهی مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس، شرکت کردند و برای گروه کنترل جلسه‌ای برگزار نشد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، پس از اتمام مداخلات، این گروه نیز در جلسات آموزشی

(رفتار، عاطفه، دریافت‌های حسی، تصویرپردازی، شناخت، روابط بین فردی و دارو زیست‌شناختی) توصیف شود. بر این اساس در این شیوه از درمان، هفت بعد به طور مجزا، اما متعامل با هم مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و درمان چشم‌اندازی از ارتباط معنی‌دار این ابعاد با یکدیگر است (۱۹). لی و همکاران در مطالعه فراتحلیل خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بر افسردگی، کیفیت زندگی و اضطراب بیماران با تشخیص دیابت نوع دوم تأثیر معنی‌داری دارد (۲۰). درخشان شهرآباد و همکاران در مطالعه خود تأثیر درمان شناختی رفتاری چند وجهی لازاروس را بر اضطراب، افسردگی و کنترل گلوکز بیماران دیابت نوع ۲ مطلوب ارزیابی کردند (۲۱).

با توجه به این که دیابت با مشکلات روانی متعددی همایند است (۱۶) و مشکلات شناختی رفتاری متعددی با این بیماری همراه است (۱۷)، بنابراین، تشخیص و درمان این مشکلات از جمله، ضعف روانی و درهم‌آمیختگی فکر در بیماران دیابتی حایز اهمیت است، زیرا مانع شروع درمان و موجب ناامیدی بیمار شده و نتایج بالینی ضعیفی به همراه خواهد داشت. از طرفی رویکرد لازاروس چند وجهی بوده و عوامل روانشناختی متعددی را هدف قرار می‌دهد. بنابراین هدف از این مطالعه تعیین و بررسی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد چند وجهی لازاروس بر کاهش ضعف روانی و درآمیختگی افکار بیماران دیابتی بود.

شناختی رفتاری شرکت کردند. جلسه‌های آموزشی در بیمارستان سینا تبریز و به وسیله دکترای روانشناس اجرا شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی، از همه شرکت کنندگان رضایت نامه دریافت شد و در صورت عدم تمایل به ادامه جلسه‌ها، امکان انصراف فراهم بود. در این تحقیق از پرسشنامه‌های در آمیختگی افکار و پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا استفاده شد. برای تعیین مشخصه‌های توصیفی شرکت کنندگان از روش‌های متداول آمار توصیفی همانند فراوانی، میانگین، انحراف معیار، بیشینه و کمینه استفاده شد.

پرسشنامه در آمیختگی افکار^(۱) به وسیله ویلیام، کارترایت هاوتون و ولز ساخته شده است. یک آزمون خودسنجی ۱۴ گویه است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. این پرسشنامه سه مقوله در آمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از: در آمیختگی فکر- عمل، در آمیختگی فکر- رویداد و در آمیختگی فکر- شی. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از ۰= هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰= کاملاً معتقدم و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره قابل اکتساب در پرسشنامه، ۱۴۰۰ می‌باشد. ملاک‌های نمره‌دهی در پرسشنامه در آمیختگی افکار بر اساس هر عامل به صورت زیر می‌باشد؛ عامل در آمیختگی فکر- عمل دارای ۶ گویه است که شامل؛ سوالات ۱۲ و ۱۰، ۷، ۶، ۴، ۲ می‌باشد. عامل در آمیختگی فکر- رویداد نیز دارای ۵ گویه است

که شامل سوالات ۱۳ و ۸، ۵، ۳ می‌باشد و عامل در آمیختگی فکر- شی هم دارای ۳ گویه است که به سوالات ۹، ۱۱، ۱۴ مربوط می‌شود (۲۲). ولز و سیمبی پرسشنامه در هم آمیختگی افکار را بر پایه الگوی فراشناختی و با هدف سنجش گسترده مفهوم در آمیختگی افکار ساخته‌اند و در چند بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی را سنجیده‌اند. آنها ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کردند. هم‌چنین همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ها از ۳۵ تا ۷۸ درصد گزارش شد است و ضریب پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی ۶۹ درصد گزارش کردند (۲۳).

پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه سوتا^(۲) دارای ۵۶۷ سوال بوده که ۱۰ مقیاس اصلی بالینی و سه مقیاس روایی دارد. در این مطالعه مقیاس PT (ضعف روانی)^(۳) مورد سنجش واقع شد که نشان‌دهنده نگرانی، اضطراب، تنش، تردید و وسواس است. سوالات مقیاس ضعف روانی به دو قسمت درست و غلط تقسیم می‌شود. که قسمت غلط سوالات: ۳۲۱ و ۲۹۳، ۱۷۴، ۱۶۵، ۱۴۰، ۱۰۹، ۳۳، ۹، ۳ می‌باشد و قسمت درست سوالات: ۳۲۱ و ۳۲۹، ۳۲۸، ۳۲۷، ۳۲۶، ۳۲۵، ۳۲۰، ۳۱۷، ۳۱۶، ۳۱۳، ۳۱۰، ۳۰۹، ۳۰۸، ۳۰۴، ۳۰۲، ۳۰۱، ۲۸۹، ۲۸۵، ۲۷۷، ۲۷۵، ۲۷۳، ۲۴۲، ۲۱۸، ۱۹۶، ۱۷۵، ۱۷۰، ۱۴۷، ۱۳۰، ۹۴، ۸۹، ۸۲، ۷۳، ۶۵، ۵۶، ۳۸، ۳۱، ۲۳، ۱۶، ۱۱ می‌باشد. نمره‌های

1-Thought Fusion Inventory (TFI)
2-Minnesota Multiphasic Personality Inventory
4-Psychasthenia

بالا بیانگر افرادی با ضعف روانی هستند (۲۴). ضریب اعتبار این مقیاس ۰/۸۴ برای PT است، همچنین روایی صوری این ابزار به وسیله متخصصان مطلوب ارزیابی شده و روایی همزمان آن با مقیاس اضطراب بک مطلوب گزارش شده است (۲۵). در جدول ۱ خلاصه جلسه‌های آموزشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس ارائه شده است (۱۹).
داده‌های با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری آنالیز کواریانس تک متغیری و چند متغیری، کالموگروف - اسمیرنوف، رگرسیون و آزمون لون تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

نتایج تحلیل داده‌ها در بخش توصیفی نشان داد میانگین سنی گروه آزمایش ۴۴/۴ و گروه کنترل ۳۹/۸ بود. همچنین در این مطالعه توزیع جنسیت بین گروه آزمایش (مرد=۵ و زن=۷) و کنترل (مرد=۶ و

زن=۶) بود. به‌منظور ارائه تصویری روشن از یافته‌های پژوهش، یافته‌های توصیفی متغیرهای ضعف روانی و درآمیختگی افکار، درآمیختگی فکر-کنش، درآمیختگی فکر-رویداد، درآمیختگی فکر-شی به تفکیک گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده در جدول ۲ میانگین نمرات درآمیختگی افکار و ضعف روانی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است.

برای اجرای آزمون آماری کواریانس، بایستی پیش‌فرض‌های آزمون مد نظر قرار بگیرند. آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس‌های درآمیختگی فکر و ضعف روانی در سطح ($p < 0.05$) (جدول ۳).

نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان می‌دهد که پیش فرض نرمال بودن برقرار است (جدول ۴).

جدول ۱: خلاصه جلسه‌های آموزشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس

جلسات	محتوی
۱	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و درمان‌گر، آگاهی اعضا از قوانین گروه درمانی و انتظارات درمان‌گر از گروه و بالعکس، بررسی کلی ضعف روانی و علایم آن
۲	تعریف و تشریح موضوع درآمیختگی افکار، بحث گروهی و صحبت در مورد مشکلات و جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سوالات
۳	مرور جلسه قبل، بررسی تکنیک‌های کاهش ضعف روانی و درآمیختگی افکار با تأکید بر راهکار رفتار و شرطی سازی تقابلی، پرسشنامه خودسنجی، جمع بندی جلسه و پاسخ به سوالات. (تکلیف: واداشتن افراد به اندیشیدن با صدای بلند).
۴	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، تکنیک عاطفه و تخلیه هیجانی، جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سوالات (تکلیف: توجه به وضعیت بدنی و حرکات و آهنگ صدا)
۵	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، تکنیک احساس و تنش‌زدایی، جمع‌بندی جلسه و پاسخ به سوالات (تکلیف: طرح سوالات به منظور کشف احساسات و کیفیت احساس)
۶	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، تکنیک تصویرسازی ذهنی و مقابله با تصاویر ذهنی، جمع‌بندی جلسه (تکلیف: بررسی عقاید و آرزوها در مورد خود و روابط با دیگران و بررسی تخیلات و تصورات ذهنی)
۷	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، راهکار شناخت و بازسازی شناختی (تکلیف: ارزیابی و تفسیر خود، دیگران و جهان پیرامون را در مواجهه با مسایل)
۸	بررسی تکالیف، مرور جلسه قبل، راهکار روابط میان فردی، پرورش جسارت و سایر مهارت‌های اجتماعی (تکلیف: بررسی افراد مهم زندگی)

به منظور بررسی پیش فرض آماری ماتریس کواریانس‌های خطا از آزمون باکس استفاده شد. نتیجه گزارش شده در جدول ۵ نشان می‌دهد که اندازه آزمون باکس از نظر آماری معنی‌دار نیست، به عبارت دیگر ماتریس کواریانس‌های خطا دارای تقارن لازمه است.

به منظور بررسی تفاوت میانگین‌های دو گروه پس از تعدیل اثرات پیش‌آزمون از آزمون تحلیل واریانس تک متغیری برای ضعف روانی (جدول ۶) و تحلیل واریانس چند متغیری برای درآمیختگی فکر استفاده شده است (جدول ۷).

مطابق نتایج جدول ۶، درمان شناختی رفتاری بر ضعف روانی ($F=41/138$ و $p=0/01$) تأثیر معنی‌دار گذاشته و با توجه به مقایسه میانگین‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون این درمان موجب کاهش ضعف روانی در بیماران دیابتی دارای زخم شده است. همچنین نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری بر ضعف روانی ($F=99/039$ و $p=0/007$) تأثیر معنی‌دار گذاشته و با توجه به مقایسه میانگین‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون این درمان موجب کاهش درآمیختگی فکر در بیماران دیابتی دارای زخم شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد ضعف روانی و درآمیختگی فکر گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درآمیختگی افکار	پیش‌آزمون	۵۷۰/۸۳	۱۰۴/۵۷	۱۰۵/۸۵
	پس‌آزمون	۳۹۵/۸۳	۸۳/۶۰	۱۲۶/۷۷
درآمیختگی فکر-شی	پیش‌آزمون	۱۱۰/۸۳	۳۲/۰۳	۳۴/۳۳
	پس‌آزمون	۸۸/۳۳	۲۸/۵۵	۲۱/۰۸
درآمیختگی فکر-کنش	پیش‌آزمون	۲۷۰/۸۳	۶۳/۱۰	۶۴/۳۰
	پس‌آزمون	۱۷۸/۳۳	۳۵/۳۷	۵۲/۳۰
درآمیختگی فکر-رویداد	پیش‌آزمون	۱۹۰	۴۲/۱۰	۴۷/۵۶
	پس‌آزمون	۱۳۰	۳۴/۶۴	۵۶/۳۲
ضعف روانی	پیش‌آزمون	۷۵/۲۴	۱۰۶/۹	۴۵/۲
	پس‌آزمون	۱۴/۷۵	۲۰۹/۴	۵۶۱/۴

جدول ۳: نتیجه آزمون لون جهت بررسی همسانی واریانس‌ها

گروه	نسبت F لون	Df ₁	Df ₂	سطح معنی‌داری
درآمیختگی افکار	۰/۳۵۶	۱	۲۲	۰/۲۱۹
درآمیختگی فکر-کنش	۰/۳۴۲	۱	۲۲	۰/۲۵۵
درآمیختگی فکر-شی	۰/۲۲۶	۱	۲۲	۰/۶۵۰
درآمیختگی فکر-رویداد	۰/۲۷۶	۱	۲۲	۰/۵۷۰
ضعف روانی	۰/۲۵۵	۱	۲۲	۰/۶۱۹

جدول ۴: آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی نرمال بودن

گروه	مؤلفه ها	مقدار	سطح معنی داری
تنظیم هیجان	در آمیختگی افکار	۰/۹۷۲	۰/۶۰۸
	در آمیختگی فکر-کنش	۰/۹۵۷	۰/۲۵۹
	در آمیختگی فکر-شی	۰/۹۶۶	۰/۴۳۷
	در آمیختگی فکر-رویداد	۰/۹۶۳	۰/۳۶۷
	ضعف روانی	۰/۹۴۶	۰/۱۲۸

جدول ۵: آزمون باکس برای بررسی همسانی ماتریس کواریانس ها

مقدار آزمون باکس	۴۰/۳۵۵
مقدار F	۲/۷۴۲
درجات آزادی ۱	۱۵
درجات آزادی ۲	۱۳۵۴۴/۵۲۶
سطح معنی داری	۰/۰۵۹

جدول ۶: خلاصه یافته های آزمون اثر بین آزمودنی ضعف روانی نمونه های پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
پیش آزمون	۱۴۲۰۲۳۴	۱	۱۴۲۰۲۳۴	۱۹۰۵۳۱	۰۰۱	۰/۱۳۰
گروه	۲۹۹۰۵۸۴	۱	۲۹۹۰۵۸۴	۴۱۰۱۳۸	۰۰۱	۰/۲۲۱

جدول ۷: خلاصه یافته های آزمون اثر بین آزمودنی در آمیختگی فکر نمونه های پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجزوات	درجه آزادی	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
گروه	در آمیختگی افکار	۴۶۲۲۸	۱	۹۰۳۰۶	۰۰۰۷	۰/۳۰۱
	در آمیختگی فکر-کنش	۶۰۶۵	۱	۴۰۶۴۱	۰۰۴۵	۰/۱۲۰
	در آمیختگی فکر-شی	۷۶۴	۱	۲۰۵۳۲	۰۰۱۲	۰/۲۵۱
	در آمیختگی فکر-رویداد	۹۹۵۱	۱	۹۰۴۱۹	۰۰۳۱	۰/۱۸۱

بحث

که در نتیجه آن تمامی جنبه های زندگی روزمره فرد تحت تأثیر قرار می گیرد (۳). لذا این مطالعه به منظور تعیین و بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس بر ضعف روانی و در آمیختگی افکار بیماران دیابتی دارای زخم در بیمارستان سینا انجام شد.

دیابت به عنوان شایع ترین بیماری مزمن در سراسر جهان شناخته شده است که متأسفانه علی رغم پیشرفت های علوم پزشکی شیوع این بیماری نه تنها کاهش نیافته، بلکه روز به روز در حال افزایش می باشد. این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان کننده دیگر، فرد مبتلا را با مشکلاتی مواجه می سازد

نتایج به دست آمده نشان داد که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس بر کاهش مؤلفه‌های ضعف روانی، درآمیختگی افکار، درآمیختگی فکر- کنش، درآمیختگی فکر- شی و درآمیختگی فکر- رویداد بیماران دیابتی دارای زخم تأثیر معنی‌داری دارد. نتیجه این تحقیق با نتایج پژوهش‌های به وسیله لی و همکاران، درخشان شهرآباد و همکاران هم‌سو است (۲۱ و ۲۰)، که در پژوهش‌های خود تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر مؤلفه‌های شناختی و رفتاری بیماران با تشخیص دیابت نوع دو مطلوب ارزیابی کردند. پالیزی بختیاری استقامتی در مطالعه کارآزمایی بالینی خود تأثیر درمان شناختی رفتاری را بر کنترل قندخون و افسردگی بیماران دیابت نوع ۲ مطلوب ارزیابی نمودند (۲۶). همچنین میکائیلی، حاجیلو، نریمانی و پورنیکدست تحقیقی با عنوان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری چند وجهی لازاروس بر روی علایم فیزیکی، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیسیوفیزیک کارکردی، انجام دادند. نتایج مطالعه نشان داد که بین گروه کنترل و شاهد در قبل از درمان و پس از درمان، در متغیرهای کیفیت زندگی و علایم جسمی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (۲۷). در همین راستا، نتایج پژوهش حسن‌زاده نشان می‌دهد آموزش توان بخشی شناختی رفتاری لازاروس بدون نیاز به کارگیری رویکردهای دیگر از قبیل: روان درمانی، خانواده درمانی و مشاوره بر میزان درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به دیابت تأثیر معنی‌داری دارد و میزان

درآمیختگی افکار این بیماران را کاهش و میزان تاب‌آوری آنان را افزایش می‌دهد (۲۸). در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان عنوان نمود باورهای غیرمنطقی و ناکارآمد و سواسی در بین بیماران دیابتی دارای زخم، باعث شکل‌گیری افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم می‌شود، در حالی که اکثر مردم این باورها و نگرش‌ها را دارند، ولی تعدادی از آنها به اضطراب دچار می‌شوند، بنابراین به نظر می‌رسد پردازش‌های شناختی بعدی به دنبال باورهای و سواسی اولیه زمینه‌ساز اختلالات اضطرابی است. یکی از این شناخت‌ها باور به صحت و عملی شدن افکار مزاحم است که فرد تصور می‌کند یک آسیب جدی در حال وقوع است و او باید بتواند در جهت جلوگیری از روی دادن واقعه مورد نظر اقدام کند، که این باور در آمیختگی فکر- کنش یاد می‌شود (۲۹). دادن اهمیت بیش از حد به این افکار باعث می‌شود که فرد ظهور یک فرد مزاحم به ذهن را با عمل کردن به آن مساوی بداند (اخلاقی) یا این که تصور کند که ظهور افکار منفی باعث افزایش احتمال وقوع آن می‌شود (احتمال)، این شناخت‌های نادرست موجب می‌شود که به تدریج تمایز بین واقعیت و خیال در ذهن کمرنگ شود و فرد در وضعیتی مبهم به سر ببرد (۳۰). گروه درمانی شناختی- رفتاری با رویکرد لازاروس بر این اساس است که تنها با فکر کردن به یک رویداد آن رویداد به وقوع نمی‌پیوندد. فکر نگران کننده به معنای انجام آن عمل نیست، افکار مزاحم را می‌توان به صورت ارادی متوقف کرد، پیش از آن که

پیامدهای اضطرابی آن آغاز شود و همچنین الگوی شناختی رفتاری به بازسازی شناختی یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش پیش برآورد خطر و پیش مهم پنداری افکار متمرکز می‌شود (۳۱). در درمان شناختی رفتاری تلاش می‌شود تا فرد با فرونشانی افکار و تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی و وسواسی، هنگام مواجهه با افکار مزاحم، جریان فکر را مشاهده کند، بدون این که آن را تفسیر، تعبیر و کنترل کند و یا به آن واکنش بدهند (۳۲). همچنین با تکنیک آشنایی با افکار خودآیند منفی، بیماران افکار منفی خود را شناسایی کرده و روش‌های چالش با این افکار را فرا می‌گیرند که از طریق به جای آن که خود را مساوی افکار منفی قرار دهند، افکار منفی را به عنوان جزیی از زندگی نگاه می‌کنند (۳۳).

در این رویکرد درمانی، تکنیک‌هایی مانند آرام‌سازی و بهبود روابط بین فردی، مستقیماً تغییر رفتار را مورد هدف قرار می‌دهد. استفاده از مهارت‌هایی مانند فعال‌سازی رفتاری، خودکنترلی دقیقاً سبک زندگی را هدف قرار می‌دهد و با تغییر سبک زندگی و انجام فعالیت‌های روزانه، ضعف جسمانی و روانی این بیماران مورد هدف تغییر قرار می‌گیرد. فراگیری مهارت‌های تنظیم هیجان، مهارت‌های ارتباطی و مدیریت اضطراب است (۳۴)، آموزش تنظیم هیجانات به این بیماران کمک می‌کند تا نسبت به بیماری و شرایط جسمانی خود، ارزیابی شناختی مطلوب داشته باشند و هیجانات متناسب با

موقعیت را بروز دهند و توانمندی خود را در حل مسائل بالا ببرند (۳۲). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد بیماران دیابتی دارای زخم، با حضور در گروه درمانی و آشنایی با بیماران مشابه، متوجه می‌شوند افکار و هیجانات مشابه در دیگران بیماران وجود دارد و از طریق یادگیری مهارت‌هایی مانند: اصلاح افکار، شناسایی افکار ناکارآمد، مشاهده افکار بدون قضاوت، بر کنترل افکار خود موفق شده و در آمیختگی فکر را کنترل می‌کنند. همچنین با آموزش مهارت‌های کنترل تنفس، آرام‌سازی و فعال‌سازی رفتاری بر ضعف روانی خود غلبه می‌کنند.

مطالعه حاضر با برخی محدودیت‌ها مواجه بود که از جمله موارد مهم آن می‌توان به غیبت برخی بیماران در برخی جلسه‌های درمانی اشاره کرد، انتخاب افرادی با اطلاع از بیماری و فرآیند درمان آن محدودیت جامعه آماری را بالا می‌برد، نبود مکان استاندارد برای مداخلات درمانی از جمله محدودیت‌های دیگر بود. در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود از روش بررسی‌های موردی جهت بررسی روند تغییرات مبتنی بر تکنیک‌های درمانی استفاده کرد. انجام این روش درمانی در بیماران با تغییرات فیزیکی ملموس پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که درمان‌گران و متخصصان بیمارستان در کنار درمان‌های پزشکی، از مداخلات شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس در کاهش مشکلات رفتاری بیماران دیابتی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش شناخت توان بخشی شناختی- رفتاری مبتنی بر رویکرد لازاروس برکاهش ضعف روانی و در آمیختگی افکار بیماران دیابتی و ارایه خدمات بهداشتی با کیفیت به بیماران توصیه می شود.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده با کد ۱۹۵۲۱۶۰۳۹۵۲۰۰۹ دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر می‌باشد، که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کارکنان و مدیریت بیمارستان سینا که در اجرای این مطالعه همکاری داشتند و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر نهایت تشکر و قدردانی را داشته باشند.

REFERENCES

1. Tol A, Alhani F, Shojaezadeh D, Sharifirad G. Empowerment approach to promote quality of Life and self-Management among type 2 diabetic patients. J of Health Systems Research 2012; 7(2): 157-68.
2. Aghamollaei T, Eftekhari H, Shojaezadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofranipour F. Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patients at Bandar Abbas diabetic clinic. Iranian J public Health 2003; 32(3): 54-9.
3. Neamat Pour S, Shahbazian HB, Gholam Pour A. Evaluation of psychological problems in diabetic patients. Journal of Medical Sciences 2010; 9(4): 345-52.
4. Blair L. Diabetes mellitus review. J Urol Nurs 2016; 36(1): 27-36.
5. Wagner JA, Feinn R, Lampert R, Bermúdez-Millán A, Pérez-Escamilla R. Changes in negative affect and changes in heart rate variability among low-income Latinos with type 2 diabetes in a randomized, controlled stress management trial. J Psychosom Res 2019; 12: 41-53.
6. Eslami M, Fesharki M, Farmahini Farahani B, Haji Esmaeilpour A. The relationship between depression and self-care behaviors in depressed and non-depressed patients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes 2010; 10(2): 313-8.
7. Shang X, Peng W, Hill E, Szoek C, Zhang L. incidence of medication-treated depression and anxiety associated with long-term cancer, cardiovascular disease, diabetes and osteoarthritis in community-dwelling women and men. J Clin Med 2019; 15: 23-32.
8. Huo L, Zhang G, Du X, Jia Q, Zhang X. The prevalence, risk factors and clinical correlates of diabetes mellitus in Chinese patients with schizophrenia. J Schizophr Res 2020; 32: 156-67.
9. NoroziNezhad GH, Bostani H, Nematpour S, Behrozian F. Comparison of depression in diabetic and non diabetic patients. Journal of Science and Medicine 2006; 5(1): 389-91.
10. Esmaili A, Asadnia S, easazadeh A, Amirsardari L, Issazadeghan A, Ansari B. Evaluation of the effectiveness of cognitive behavioral therapy on decreasing depression levels and improving the lifestyle of patients with type 2 diabetes. The Journal of Urmia University of Medical Sciences 2013; 24(10): 812-22.
11. Nefs G, Hendrickx C, Reddy P, Browne JL, Pouwer F. Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. J Diabetes Complications 2019; 33: 523-9.
12. Jahandar M, Badeleh M, Taghi Badeleh M, Mohamad khani SH. The effectiveness of a short cognitive behavioral group intervention on quality of life and illness perception in patients with type 2 diabetes disease. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism 2016; 6(15): 371-81.
13. Deschênes SS, Burns R, Schmitz N. Comorbid depressive and anxiety symptoms and the risk of type 2 diabetes: Findings from the lifelines cohort study. J Affect Disord 2018; 2381: 24-31.
14. Wells A, Cartwright Hatton SA. Short form of the Meta cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ 30. Behavior Research and Therapy 2004; 42: 385- 96.
15. Kontoangelos K, Raptis AE, Papageorgiou CC, Papadimitriou GN, Rabavilas AD, Dimitriadis G. The association of the metabolic profile in diabetes mellitus type 2 patients with obsessive-compulsive symptomatology and depressive symptomatology. New Insights 2013; 17(1): 241-58.
16. Kimberley JS, Béland M, Clyde M, Gariépy G, Pagé V, Badawi G, et al. Association of diabetes with anxiety: A systematic review and meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research 2013; 74(2): 89-99.
17. Janbozorgi M, Noori N. Therapeutic methods of anxiety and stress. Tehran: Samt; 2003; 242-90.
18. Bahramkhani M, Janbozorgi M, Alipour A, Barzghar Ghazi K. The effectiveness of Lazarus multifaceted therapy on extended disability status in patients with multiple sclerosis. J Principles and Mental Health 2013; 1(3): 1-15.
19. Lazarus AA. The practice of multimodal therapy: Systematic, comprehensive, and effective psychotherapy. Johns Hopkins University Press 1989; 30; 25.
20. Li C, Xu D, Hu M, Tan Y, Zhang P, Li G. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behavior therapy for patients with diabetes and depression. J Psychosom Res 2017; 95: 44-54.
21. Derakhshan Shahrabad H, Bayazi MH, Zafari Z, Teimouri S, Rajabzadeh F. The effect of Lazarus multimodal therapy on depression, anxiety, and blood glucose control in women with type 2 diabetes. Journal of Funds of Mental Health 2018; 20(4): 302-9.

22. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. The Thought Fusion Instrument (unpublished selfreport scale). Manchester: University of Manchester 2001.
23. Wells A, Simbi S. Meta – cognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behev Ther* 2001; 35(9): 304-318.
24. Butcher JN, Williams CL. Personality assessment with the mmpi-2: historical roots, international adaptations, and current challenges. *J Appl Psychol Health Well Being* 2009; 1(1): 105–35.
25. Sellbom M, Ben-Porath YS, Lilienfeld SO, Patrick CJ, Graham JR. Assessing psychopathic personality traits with the MMPI-2. *J Pers Assess* 2005; 85: 334-43.
26. Palizghir M, Bakhtiari M, Estegamati A. Comparison of cognitive-behavioral therapy and psychological training on blood glucose control in depressed patients with type 2 diabetes, randomized clinical trial. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2014; 3(8): 1-15.
27. Mikaeili N, Hajillo N, Narimani M, pournikdast S. Effectiveness of multimodal Lazarus and Moltimodal spiritual Religious, of physical symptoms and quality life in patients with functional Dyspepsia. *Journal of Asian Scientific Research* 2015; 5(12): 534-44.
28. Hasanzadeh Pashangh S, Zare H, Alipour A. The effectiveness of stress coping training on resiliency, anxiety, depression and stress in patients with spinal cord injury. *Journal of Jahrom University of Medical Sciences* 2012; 3(10): 15-26.
29. Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *J Pers Individ Dif* 2009; 46(4): 460-4.
30. Hezel DM, Stewart E, Riemann BC, McNally RC. Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2019; 20: 75-84.
31. Wing Wong C. collaborative empiricism in culturally sensitive cognitive behavior therapy. *J Cog Behav Prac* 2013; 20: 390-8.
32. Beck AT. Cognitive therapy: nature and relation to behavior therapy – republished article. *J Behav Ther* 2016; 74(6): 776-84.
33. Esbitt SA, Batchelder AW, Tanenbaum ML, Shreck E, Gonzalez JS. knowing that you're not the only one": perspectives on group-based cognitive-behavioral therapy for adherence and depression (cbt-ad) in adults with type 1 diabetes. *J Cogn Behav Prac* 2015; 22(3): 393-406.
34. Nyklíček I, Van Son J, Pop VJ, Denollet J, Pouwer F. does mindfulness-based *cognitive therapy* benefit all people with *diabetes* and comorbid emotional complaints equally? moderators in the diamind trial. *J Psychosom Res* 2016; 91: 40-7.

The Efficacy of Group Cognitive-Behavioral Therapy Based on Lazarus's Multimodal Approach on Psychological Weakness and Thought Fusion Among Diabetic Patients

Karimi Sani P¹, Zeinali SH², Tabatabai SM³, Rostami H^{4*}, Fathi A⁴, Alamshahi Vayqan P¹

¹Department of Psychology, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran, ²Psychology Group, Urmia Branch, Urmia University, Urmia, Iran, ³Physiology Group, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran, ⁴NAJA Research Sciences and Social Studies Research Institute, Tehran, Iran

Received: 11 Des 2019

Accepted: 15 Feb 2020

Abstract

Background & aim: Diabetes is as a chronic disorder, which produce lots of limitation in patients' activities and psychological quality. The aim of the present study was to investigate the efficacy of cognitive-behavioral therapy based on Lazarus's multimodal approach to psychological weakness and thoughts fusion among diabetic patients with wounds.

Methods: The present study was a semi-experimental (pre-test, post-test) with a control and experimental group. The statistical population of study consisted of 50 diabetic patients with wounds in Tabriz Sina Hospital, 24 patients with Purposive sampling selected and randomly divided into two experimental and control groups (each group was 12). The experimental group participated in group sessions for 8 sessions of 120 minutes, while the control group did not receive any intervention. Subjects in both experimental and control groups were assessed with the Minnesota Multiplier Questionnaire (MMPI) Questionnaire (Pt sub-scale) and Thought Fusion Inventory (TFI) before and after treatment. Data were analyzed by descriptive statistics (such as mean and standard deviation), ANCOVA and MANCOVA.

Results: Results indicated that there were significant differences in post-test mean scores of experimental and control groups and cognitive behavior therapy could significantly reduce psychological weakness ($F=41/138$, $p=0.01$) and increase thought fusion ($F=9/306$, $P<0.007$).

Conclusion: Cognitive behavioral therapy with changing maladaptive thought and helping to accept disease, resulted in behavior change in diabetic patients.

Keywords: cognitive-behavioral therapy with Lazarus multiple approach, psychological weakness, thoughts fusion, diabetic patients, diabetic wounds.

*Corresponding author: Rostami H, NAJA Research Sciences and Social Studies Research Institute, Tehran, Iran

Email: rostami.psychologist@gmail.com

Please cite this article as follows:

Karimi Sani P, Zeinali SH, Tabatabai SM, Rostami H, Fathi A, Alamshahi Vayqan P. The Efficacy of Group Cognitive-Behavioral Therapy Based on Lazarus's Multimodal Approach on Psychological Weakness and Thought Fusion Among Diabetic Patients. Armaghane-danesh 2020; 25(2)(1):287- 300.