

اثر بخشی مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در افزایش کیفیت زندگی بیماران

دیابتی نوع 2

- علی اکبر ثمری¹
دکتر حسن احدی²
دکتر رباب ابوترابی³
دکتر علی صاحبی⁴
دکتر نور علی فرخی⁵

چکیده

دیابت یک بیماری های مزمن است که به دلیل نقص در عملکرد انسولین در بدن بوجود می آید. شیوع این بیماری در حال حاضر در جامعه ایران 4 تا 4/5 درصد گزارش شده است که به دلایلی همچون رژیم غذایی، چاقی و سبک زندگی نامناسب رو به افزایش است و پیامدهای منفی مهمی مانند افت کیفیت زندگی در افراد مبتلا را به دنبال دارد. به این منظور تاکنون درمانهای مختلفی برای مقابله با جنبه های زیستی- روانی- اجتماعی بیماری پیشنهاد شده است که نتایج مثبتی را به دنبال داشته است. هدف از مطالعه حاضر بررسی اثربخشی نظریه انتخاب در افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2 بوده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی نوع 2 مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهید قدسی مشهد در نیمه اول سال 1390 بودند. نمونه مورد مطالعه شامل 40 بیمار بودند که بصورت نمونه گیری هدفمند از بین بیماران دارای پرونده انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه (20 بیمار برای گروه آزمایش و 20 بیمار برای

¹ دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج، گروه روانشناسی، کرج، ایران.

² استاد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج.

³ فوق تخصص غدد، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

⁴ عضو هیأت علمی مؤسسه واقعیت درمانی ویلیام گسازر.

⁴ استادیار روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

گروه کنترل) تقسیم شدند. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و گروه کنترل بوده است. مداخله درمانی نیز در قالب 8 جلسه دو ساعته گروهی و به صورت هفتگی بر روی بیماران اجرا شده است. برای ارزیابی کیفیت زندگی از "مقیاس فرم کوتاه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی" استفاده شد. تحلیل نتایج نیز با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس انجام شد. نتایج حاکی از اثربخشی مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب در افزایش کیفیت جسمی، ارتباط اجتماعی و کیفیت کلی زندگی بود اما در کیفیت روانی و محیط زندگی موثر نبود.

کلید واژه ها:

نظریه انتخاب، کیفیت زندگی، دیابت نوع 2

مقدمه

بیماریهای مزمن از جمله بیماریهای قلبی- عروقی¹، سرطان²، بیماریهای تنفسی³، دیابت⁴، آنفلوآنزا و عفونت ریه از علل عمده مرگ و میر در جهان به حساب می آیند و بیماری دیابت از این حیث در رتبه ششم قرار دارد (سارافینو⁵، 2011). دیابت یک بیماری مزمن ناشی از ناهنجاری در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می شود و دارای علائم متعددی است ولی معمول ترین علائم آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون می باشد. فرد مبتلا به دیابت یا انسولین تولید نمی کند و یا به انسولین پاسخ نمی دهد و در نتیجه ازدیاد قند خون به عوارض

¹ cardiovascular

² cancer

³ respiratoral

⁴ diabetes

⁵ Sarafino

کوتاه مدت و بلندمدت ناشی از آن دچار می‌شود (باقیانی مقدم و همکاران، 1385؛ انجمن دیابت آمریکا¹، 2010).

از جمله این عوارض می‌توان به رتینوپاتی و نابینایی، ایجاد کرحتی و درد در پاها، سکنه، حمله قلبی و مشکلات عروق محیطی و بیماریهای کلیوی اشاره کرد که در صورت عدم پیشگیری و درمان، می‌تواند منجر به افت شدید کیفیت زندگی² فرد شود. شیوع این بیماری در آمریکا 6 تا 8 درصد (مرکز کنترل بیماری³، 2008؛ نقل از گروننگ⁴، 2010)، در جهان 2/8 درصد (وایلد⁵ و همکاران، 2004) که تا سال 2030 به حدود 366 میلیون نفر خواهد رسید و در جمعیت بالای 20 سال ایران 4/67 درصد (لاریجانی و همکاران، 1384) و 4-4/5 درصد (باقیانی مقدم و همکاران، 1385)، 7/3 در تهران و 3/6 درصد در ایران (عزیزی، 1996) گزارش شده که میزان آن در زنان بیشتر از مردان است، ضمن اینکه با بالا رفتن سن، دیابت نیز افزایش پیدا می‌کند.

از مجموع بیماران دیابتی، حدود 10 درصد به دیابت نوع 1 و 90 درصد به دیابت نوع 2 مبتلا هستند (مرکز کنترل بیماری، 2008؛ نقل از گروننگ⁶، 2010). ابتلا به دیابت و سایر بیماریهای مزمن پیامدهای منفی متفاوتی را برای فرد به همراه دارد که از جمله آنها می‌توان به کاهش کیفیت زندگی اشاره کرد که یکی از موضوعات بحث انگیز و مورد توجه بوده است. نتایج مطالعات (لوید⁷ و ارچارد⁸، 2010) نشان داده است که هدف اصلی درمان تنها بر طرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلی کیفیت زندگی بیماران

¹ American Diabetes Association

² quality of life

³ Center for Disease Control

⁴ Grung

⁵ Wild

⁶ Grung

⁷ Liyod

⁸ Orchard

مدنظر باشد و برای دستیابی به این مهم باید به پیامدهای روانشناختی و روانی - اجتماعی ناشی از بیماری نیز توجه کرد.

تعریف کیفیت زندگی کار دشواری است، چرا که مفهومی پیچیده است و با وضعیت شناختی، رضایتمندی و شادکامی هیجانی فرد ارتباط دارد (قنبری و پارسا، 1380). سازمان بهداشت جهانی (1995) کیفیت زندگی را اینگونه تعریف می‌کند: برداشت و ادراک افراد از موفقیت خود در رابطه با اهداف و نظام ارزشی مورد قبول آنان با توجه به شرایط عینی زندگی. جالوویس (1990) نیز کیفیت زندگی را شامل سلامتی، توانایی عملکرد و رضایت از زندگی می‌داند و آن را در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی خلاصه می‌کند. بعد جسمی شامل توانایی کارکردن و عملکرد سالم، بعد اجتماعی شامل فشارهای اجتماعی و منابع حمایتی اجتماع و بعد روانی شامل توانایی مقابله، خودباوری وضعیت بهداشتی و سازگاری با بیماری است (نقل از رحیمیان بوگر، 1388).

از بعد شناختی، کنترل حاد و مزمن قند خون و تغییرات عصب- روان شناختی می‌تواند کیفیت زندگی افراد دیابتی و خانواده آنها را کاهش دهد (گلدنی¹، 2004)، از بعد روان شناختی نیز، باورها² و نگرش ها³، خود-کارآمدی⁴، تاب آوری⁵، منبع کنترل⁶ و حمایت اجتماعی⁷ با کیفیت زندگی مرتبط است بطوری که افراد برخوردار از حمایت خوب، کیفیت زندگی بهتر و افسردگی کمتری دارند. ضمن اینکه راهبردهای توانمند سازی و ایجاد حس کنترل، کیفیت

¹ Goldney

² belief

³ attitude

⁴ self-efficacy

⁵ resilience

⁶ locus of control

⁷ Social support

زندگی آنها را بهبود می بخشد.

کاهش کیفیت زندگی در اکثر بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بخصوص افراد وابسته به انسولین گزارش شده است، چرا که نحوه مصرف آن اثری منفی بر کیفیت زندگی دارد و این وضعیت در افراد با سابقه طولانی دیابت چشمگیرتر است (رابین، 2000؛ دیویس¹ و دیگران، 2001).

برای مقابله با تبعات منفی بیماری های مزمن و از جمله دیابت از گذشته شیوه های متفاوتی بکار گرفته شده که بارزترین آنها مداخلات پزشکی و روان شناختی بوده است. مداخلات روان شناختی با رویکرد های مختلف بصورت انفرادی با تاکید بر مشکلات درون فردی بکار گرفته شده است، اما شیوع روز افزون بیماری های مزمن ناگزیر درمانگران را به سوی درمان های گروهی هدایت کرده است که در آنها جنبه های دیگری مانند فراهم کردن اطلاعات، آموزش مهارت های رفتاری و مهارت های بین فردی مورد تاکید قرار گرفته و مقرون به صرفه تر هم هست (ریکایم² و همکاران، 2002). افراد مبتلا به بیماری های مزمن اغلب مشکلات مقابله ای دارند و مزیت درمان های گروهی بر انفرادی این است که به کسب حمایت هیجانی، درک متقابل و احساس تعلق به افراد با تجارب مشابه و استفاده از آنها به عنوان الگو کمک می کند، بهزیستی هیجانی فرد را افزایش می دهد و محیطی غنی تر برای یادگیری مهارت های بین فردی کارآمد فراهم می کند (لوریگ³ و همکاران، 2001)، باعث آگاهی بیشتر از پیش آگهی بیماری، مقابله با عوارض جانبی درمان، استفاده از درمان های جدید، سازگاری با تغییرات در

¹ Davis

² Rickheim

³ Lorig

سبک زندگی و سطح عملکرد، بهبود در خلق و انرژی و مشکلات مربوط به روابط بین فردی و زندگی می شود (اسپیرا^۱، ۱۹۹۷).

مداخلات روانی- اجتماعی عمدتاً در چارچوب همین گروه ها صورت می گیرد که می تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی (مک گیلیون^۲ و همکاران، ۲۰۰۸)، بهبود بیماران جسمی مزمن، کمک به سازگاری روان شناختی بیماران مزمن و کاهش هیجانات منفی مانند افسردگی و اضطراب شود (ونگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

نظریه انتخاب^۴ به عنوان اساس واقعیت درمانی^۵ در سالهای اخیر در حوزه های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و مطالعات متعدد بر آن صحت گذاشته است، این رویکرد بطور موفقیت آمیزی در کانادا، ایالات متحده، کره، ژاپن، ایرلند، آلمان، اسپانیا، اسلونی، کرواسی، ایتالیا، ایرلند، آلمان، استرالیا، نیوزلند و هنگ کنگ مورد استفاده قرار گرفته است و اعتبار آن تایید شده است (وبولدینگ^۶، ۲۰۰۰).

واقعیت درمانی مجموعه ای از فنون، روش ها و ابزارهایی است که برای کمک به افراد، به منظور حرکت از رفتارهای ناکارآمد به رفتارهای کارآمد، از انتخاب های مخرب به سازنده و از همه مهم تر از سبک زندگی ناخشنود به سبک زندگی خشنود مورد استفاده قرار می گیرد. به باور گلسر^۷ (۱۹۹۶) افراد، چه سالم و چه بیمار براساس تصمیم گیری هایی رفتار خود را انتخاب می کنند. به زعم گلسر هر نوع رفتاری که از فرد سر می زند برای کاهش سطح ناکامی یا ارضای یکی از

¹ Spira

² McGillion

³ Wong

⁴ Choice theory

⁵ Reality therapy

⁶ Wubbolding

⁷ Glasser

نیازهای پنجگانه بقاء، عشق و تعلق، آزادی، قدرت و تفریح انجام می‌گیرد. نظریه انتخاب توضیح می‌دهد که رفتار ما توسط خودمان انتخاب می‌شود و اگرچه ممکن است رفتار مذکور ناکارآمد باشد، اما به این علت که فرد در آن لحظه راه بهتری برای کاهش ناکامی خود نمی‌شناسد، به رفتارش ادامه می‌دهد. هدف اساسی واقعیت‌درمانی کمک به مراجع برای یادگیری بهتر روشهای ارضای نیازهای خود است، روشی که منجر به تغییر شود و مبتنی بر دو فرض ویژه است (گلسر، 1992). فرض اول این است که رفتار کنونی آنها را به هدفشان نمی‌رساند و فرض دوم این است که وقتی افراد باور کنند که می‌توانند رفتارهای دیگری را انتخاب کنند که آنها را به آنچه می‌خواهند نزدیک کند، برانگیخته می‌شوند تا تغییر کنند.

گلسر با طرح رویکرد واقعیت‌درمانی با محوریت نظریه انتخاب، در پی تبیین شالوده نظری رفتار آدمی و چرایی و چگونگی آن است و به این منظور اصول دهگانه‌ای را بیان می‌کند (گلسر، 1996) که عبارتند از:

- تنها فردی که می‌توانیم رفتارش را کنترل کنیم، خود ما هستیم.
- تنها چیزی که می‌توانیم به فرد دیگری بدهیم "اطلاعات" است.
- تمام مشکلات دامنه‌دار و پایدار روانشناختی از مشکلات ارتباطی نشأت می‌گیرند.
- وجود این رابطه مشکل‌دار، همواره بخشی از زندگی کنونی ماست (یعنی به گذشته مربوط نمی‌شود).

- گذشته فرد، بر شرایط کنونی ما اثری شگرف دارد. اما ما می‌توانیم برای ارضای نیازهای بنیادین به شکل مناسب، در آینده طرح و برنامه‌ریزی انجام دهیم.
- هر یک از ما یک جهان کیفی خاص خود را در ذهن خویش به عنوان "جهان مطلوب" خود دارد.

- تمام آنچه از ما سر می‌زند "فقط یک رفتار" است.
- تمام رفتارهای ما از یک کلیت متشکل از 4 مؤلفه (بخش) فکر، احساس، فیزیولوژی (کارکرد بدنی) و عمل تشکیل شده است که به آن رفتار کلی می‌گوییم.
- تمام رفتار کلی ما انتخاب شده است. ما بر عناصر و مؤلفه‌های عمل و فکر به صورت مستقیم و بر بخش احساسات و فیزیولوژی (کارکرد بدنی) به صورت غیرمستقیم و از طریق آن که چگونه فکر یا عملی را انتخاب کنیم، کنترل داریم.
- تمام رفتار کلی ما به وسیله "فعل" یا "اسم" خاصی نام‌گذاری شده و قابل شناسایی‌اند مثلاً: افسردگی (اسم)، افسردگی کردن (فعل) یا ترس (اسم)، ترسیدن (فعل).

وبولدینگ (2000) برنامه اجرایی نظریه انتخاب را در قالب سر واژه

WDEP¹ به این شرح معرفی کرده است:

W = تعیین خواسته‌ها از طریق طرح سوال و تشویق مراجع به تعیین مسیر خود و پرداختن به آلبوم تصاویر ذهنی خود.

D = تعیین رفتار و مسیر کنونی فرد و مشخص کردن اینکه آیا رفتار کنونی فرد را به هدف مورد نظرش می‌رساند.

E = ارزیابی شخصی، مواجه کردن مراجعان با موثر بودن رفتارهایشان در جهت رسیدن به هدف را ارزیابی کنند.

P = برنامه ریزی و اقدام عملی، کمک به اعضا برای شناسایی راههای تغییر انتخاب های ناکارآمد کنونی و تبدیل آنها به انتخاب های موثر. تعیین اهداف کوتاه مدت با احتمال موفقیت بالا یک اصل است.

¹ Wants, direction, evaluation, planning

بر طبق نظر گلسر (1992) وقتی افراد متقاعد می‌شوند که رفتار کنونی شان، آنها را به خواسته‌شان نمی‌رسانند و وقتی باور کنند که انتخاب رفتارهای دیگر آنها را به خواسته‌شان نزدیک تر می‌کند برانگیخته می‌شوند تا تغییر کنند. بنابراین وقتی بیماران تصمیم می‌گیرند تغییر کنند، این نوعی انتخاب از طرف آنهاست و واقعیت درمانگر می‌تواند به آنها کمک کند تا طرحهای سازمان یافته‌ای را برای تغییر در رفتار خود تدوین کنند.

این رویکرد تا کنون در زمینه‌های مختلفی مورد استفاده قرار گرفته است و گلسر (2001) به مثال‌های متعددی در این زمینه اشاره می‌کند که از جمله می‌توان به اثربخشی برنامه واقعیت درمانی در درمان دختران نوجوان بزهکار، بیماران مبتلا به روانپریشی در محیط بیمارستان و مطب، و محیط‌های آموزشی اشاره کرد. علاوه بر این واقعیت درمانی بطور موفقیت آمیزی در آموزش در مدارس (میسون¹، 2009) و تربیت فرزند (گلسر، 1990؛ 1993 نقل از کوری، 2009) و مشاوره و درمان (وولدینگ، 2000 و وولدینگ و بریکل²، 1999، نقل از کوری، 2009) مورد استفاده قرار گرفته است. مطالعه پرنزلا³ (2006) نیز حاکی از اثربخشی این رویکرد در کاهش نشخوار و سواسی و بدنی سازی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه⁴ است. لارنس⁵ (2004) نیز شواهدی از اثربخشی واقعیت درمانی در افزایش برخی عوامل مرتبط با خود-تصمیم‌گیری افراد مبتلا به ناتوانی ارابه کرده است. للوید⁶ (2005) هم در تحقیق خود دریافت که ارابه اصول نظریه انتخاب به دانش آموزان دبیرستانی اثر مثبت پایداری بر ادراک آنها

¹Mason

²Brickell

³Prenzelau

⁴Post traumatic stress disorder

⁵Lawrence

⁶Lloyd

از رضایتمندی در ارضای سه نیاز روان شناختی تفریح، آزادی و قدرت داشته است. همچنین مداخله واقعیت درمانی گروهی بر افزایش سطح عزت نفس و کاهش اعتیاد به اینترنت در دانشجویان (کیم^۱، 2008) کاهش درد مزمن (شو، 2008) و کاهش مشکلات انضباطی دانش آموزان دبیرستانی (والتر^۲ و همکاران، 2008) موثر بوده است. ضمن اینکه در برخی پژوهشها به مقایسه اثربخشی واقعیت درمانی با دارودرمانی در کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه^۳ (بارنس^۴ و پاریش^۵، 2006)، کاربرد واقعیت درمانی در درمان بیماران اسکیزوفرن (کیم، 2005)، اثربخشی مداخله واقعیت درمانی در نوجوانان بزهکار (کلاگت^۶، 1992) و کاربرد واقعیت درمانی در کاهش تعارضات زناشویی (فرحبخش و همکاران، 1387؛ حسینی غفاری و همکاران، 1386) اشاره شده است.

ضرورت نیاز به مداخلات روان شناختی برای کمک به افراد دیابتی در چندین تحقیق مورد تاکید قرار گرفته است (اسنوک^۷ و اسکینر^۸، 2002؛ رابین^۹ و پیروت^{۱۰}، 1992؛ دلامتر^{۱۱} و همکاران، 2001). رژیم های درمانی بویژه در حال حاضر بیش از پیش فشرده و کوتاه مدت شده است و برای حفظ و تداوم کوششها در جهت بهینه سازی کنترل قند خون و افزایش کیفیت زندگی مداخلات متعددی

¹ Kim

² Walter

³ Attention deficit hyperactivity disorder

⁴ Barnes

⁵ Parish

⁶ Clagett

⁷ Snoek

⁸ Skinner

⁹ Rubin

¹⁰ Peyrot

¹¹ Delamater

لازم است (لورنز¹ و همکاران؛ 1996؛ گلاسگو² و همکاران، 1999). شواهد نشان می‌دهد که مداخلات روان‌شناختی در برخی مشکلات مرتبط با دیابت از جمله کنترل قند خون موثر است، به عنوان مثال درمان شناختی-رفتاری (CBT) در کاهش افسردگی و بهبود کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع 2 اثر بخش بوده است (اسنوک و اسکینر، 2002، اسماعیل³ و همکاران، 2004).

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی دارای پرونده بودند که در نیمه اول سال 1390 برای درمان به مرکز دیابت شهید قدسی مشهد مراجعه کرده بودند. نمونه مورد مطالعه شامل 40 نفر بیمار مبتلا به دیابت بودند که بدنبال ارجاع توسط پزشک و نتیجه آزمایش خون موجود در پرونده به عنوان بیمار دیابتی، پس از سرند اولیه بر اساس معیارهای ورودی یعنی: 1- حداقل سن 25 سال 2- حداقل تحصیلات سیکل 3- عدم دریافت داروهای روان‌گردان، داروهای ضد افسردگی و ضد اضطراب 4- قرار نداشتن تحت هیچگونه برنامه روان‌درمانی یا مداخله روان‌شناختی همزمان با اجرای طرح، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین کل بیماران مرکز مذکور انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروههای آزمایش و کنترل قرار داده شدند. درضمن همه بیماران فرم رضایت آگاهانه شرکت در برنامه درمانی را تکمیل کردند. برای گردآوری

¹ Lorenz

² Glasgow

³ Ismail

اطلاعات مورد نیاز در خصوص کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی- فرم کوتاه(1996)۱ استفاده شد. این پرسشنامه دارای 26 سوال است و کیفیت زندگی را در پنج بعد جسمی، روان شناختی، روابط اجتماعی، محیط فیزیکی و کیفیت کلی زندگی اندازه گیری می کند. نمره گذاری سوالات آزمون به صورت پنج درجه ای خیلی خوب(5) ، خوب(4) ، متوسط(3)، بد(2) و خیلی بد(1) انجام می شود. پایایی آزمون به روش آزمون - آزمون مجدد در فرم اصلی 0/89 گزارش شده است (سازمان بهداشت جهانی، 1998) ، همچنین این آزمون همبستگی بالایی با مقیاس 36 سوالی پیمایش^۲ سلامت داشته است که بیانگر روایی همگرایی آزمون است (منتظری و همکاران، 2005). شهاب جهانلو(1386) نیز در تحقیق خود بر روی بیماران دیابتی، پایایی آن را با استفاده از آلفای کرونباخ 0/83 اعلام کرده است.

پس از اجرای پیش آزمون در جلسه اول که بصورت گروهی انجام شد، 8 جلسه دو ساعته (به صورت هفتگی) برنامه مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب بر روی بیماران گروه آزمایش اجرا شد اما گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند، ضمن اینکه برنامه درمان دارویی هر دو گروه طبق معمول ادامه داشت. بلافاصله پس از اتمام دوره اجرای متغیر مستقل ، پس آزمون انجام شده و مجدداً متغیر وابسته اندازه گیری شد.

محتوای جلسات برگزار شده عبارت بود از:

جلسه اول: معرفی رهبر گروه، اعضای گروه ، قواعد گروه و تنظیم اهداف برنامه مورد نظر.

¹ World Health Organization Quality Of Life – Brief Form

² The Short Form 36 Health Survey

جلسه دوم: معرفی نیازهای اساسی و کمک به اعضا برای درک بیشتر پیامدهای بیماری دیابت .

جلسه سوم: معرفی نظریه انتخاب و نقش آن در رفتار های فرد.

جلسه چهارم: معرفی رفتار کلی و پیدا کردن فعالیت های جایگزین.

جلسه پنجم: توضیح طرح WDEP به گروه و تمرین فرایند آن.

جلسه ششم: کمک به گروه در جهت تدوین یک طرح عینی و انجام آن.

جلسه هفتم: کمک به گروه برای نوشتن یک قرارداد و خواندن آن در جهت متعهد ماندن به طرح.

جلسه هشتم: کمک به گروه برای ساختن کارت های یادآور و استفاده از آنها در دنیای واقعی و بحث پیرامون اهداف و میزان دستیابی اعضای گروه به آنها.

یافته ها:

جدول شماره 1 : میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد مختلف پرسشنامه

کیفیت زندگی در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	جسمی	روانی	روابط اجتماعی	محیط زندگی	کیفیت کلی
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	21/28	17/33	8/33	24/83	72/22
	پس آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	4/24	4/35	2/11	2/99	10/67
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	26/00	20/89	11/22	27/89	86/56
	پس آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	2/89	2/33	2/24	3/00	8/30
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	22/06	19/56	10/22	26/11	84/67
	پس آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	3/86	4/18	2/13	3/35	9/86
کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	24/83	20/83	10/83	28/11	90/00
	پس آزمون	پس آزمون	میانگین	انحراف معیار	2/96	3/29	1/46	2/68	9/40

همانطور که در جدول شماره 1 نشان داده شده است، ابتدا میانگین و انحراف معیار نمرات در پیش آزمون و پس آزمون مربوط به پنج بعد آزمون کیفیت زندگی در هر یک از دو گروه مورد مطالعه بدست آمد.

جدول شماره 2: تحلیل کوواریانس اثر بخشی مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در

افزایش ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2

مقیاس	متغیرها	مجموع مربعات	درجه آزادی	MS	F
بعد جسمی	کوواریانس	125/884	1	125/884	25/236**
	گروه	21/026	1	21/026	4/215*
	خطا	164/616	33	4/988	
	کل	23559/000	36		
بعد روانی	کوواریانس	140/081	1	140/081	33/941
	گروه	10/405	1	10/405	2/521
	خطا	136/197	33	4/127	
	کل	15943/000	36		
بعد اجتماعی	کوواریانس	67/065	1	67/065	40/574**
	گروه	19/986	1	19/986	12/091**
	خطا	54/546	33	1/653	
	کل	4501/000	36		
بعد محیطی	کوواریانس	69/284	1	69/284	11/084**
	گروه	1/063	1	1/063	0/170
	خطا	206/271	33	0/251	
	کل	28500/000	36		
کیفیت کلی	کوواریانس	1438/755	1	1438/755	52/656**
	گروه	127/593	1	127/593	4/670*
	خطا	901/689	33	27/324	
	کل	282994/000	36		

* P-Value \leq 0/05

** P-Value \leq 0/01

برای تحلیل نتایج و کنترل اثرات احتمالی پیش آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. تحلیل کوواریانس نشان می دهد، اثر پیش آزمون در چهار متغیر بعد جسمی، اجتماعی، محیطی و کیفیت زندگی کلی معنادار است، یعنی اجرای پیش آزمون بر نمرات پس آزمون تأثیر گذار بوده است. F تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه، در دو متغیر کیفیت جسمی و کیفیت کلی در سطح 0/05 و در متغیر کیفیت اجتماعی در سطح 0/01 معنادار می باشد. بنابراین مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در بهبود ابعاد مذکور اثر بخش بوده اما در تغییر بعد روان شناختی و محیطی کیفیت زندگی اثری نداشته است.

بحث و نتیجه گیری:

همانطور که گفته شد کیفیت زندگی از جمله مسایل مهم و مورد توجه در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت است. بنابراین رویکردهای درمانی دارویی و غیر دارویی مختلف درصدد بهبود وضعیت مذکور بوده‌اند. در پژوهش حاضر، به بررسی اثر بخشی مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2 در پنج بعد مختلف پرداخته شده است. همان‌گونه که مشاهده شد با مقایسه دو گروه آزمایش و کنترل، مداخله گروهی مذکور بر روی سه بعد کیفیت جسمی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی کلی موثر بوده است. نتایج فوق با یافته‌های پژوهش‌های زیر مبنی بر اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب در افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2، هم‌سو می‌باشد: اسپیرا (1997)، مک گیلیون و همکاران (2004)، ونگ و همکاران (2007)، و بولدینگ (2000)، و بولدینگ و بریکل، 1999؛ نقل از کوری، 2009 (للوید (2005)، کیم (2008)، اسنوک و اسکینر (2002)، اسماعیل و همکاران (2004).

گلسر (1996) معتقد است آموزش اصول نظریه انتخاب، آگاهی دادن در مورد شدت نیازهای آن‌ها و ایجاد حسن مسوولیت در افراد برای ارضای نیازهای خود می‌تواند نقش مهمی در ایجاد و بهبود روابط صمیمانه داشته باشد و به دنبال آن کیفیت زندگی ارتقاء پیدا می‌کند. با توجه به این که مشکل در سلامت جسمانی یا عاطفی بر دیگر ابعاد کیفیت زندگی فرد، تصور او از سلامت عمومی، انرژی و خستگی، فعالیت اجتماعی، سلامت روانی و محدودیت نقش‌های معمول تاثیر می‌گذارد، بنابراین می‌توان گفت علایم فیزیولوژیکی در بیماری دیابت و نیز

مشکلات روان شناختی این بیماران (شبکه پزشکی¹، 2006) احتمالاً می‌تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان شود. هم چنین گزارش شده که مشکلات هیجانی در بیماران که کیفیت زندگی پایین دارند، زیاد است و خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌شود (ریکایم و همکاران، 2002)، بنابراین هر عاملی که موارد ذکر شده را تضعیف کند، کیفیت زندگی را نیز پائین می‌آورد و هر عاملی که ابعاد ذکر شده را بهبود بخشد باعث کیفیت زندگی می‌شود (اندرسون و همکاران، 2002).

استرس در ایجاد و تشدید علایم و نشانه‌های بیماری دیابت تأثیر زیادی دارد. استرس ناشی از اختصاص زمان‌های مکرر برای بررسی سطح قند خون، پذیرش بیماری (ولش² و همکاران، 1997) و ترس از مصرف انسولین، ترس از بدتر شدن دیابت و سخت شدن شرایط زندگی یا ایجاد عوارض مرتبط با دیابت (دی گروت³ و همکاران، 2001؛ ولش و همکاران، 1997) می‌تواند با تشدید تغییرات رفتاری و عدم پایبندی بیمار به رژیم‌های درمانی مراقبتی به شکل غیر مستقیم بر میزان قند خون (وان در ون⁴، 2003؛ اسنوک و اسکینر، 2002) و در نتیجه سلامتی جسمی، روانی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی اثر بگذارد. در حالی که آموزش فنون مقابله با استرس (آرام سازی، حل مسئله)، دادن آگاهی‌های صحیح در مورد ماهیت بیماری، درمان و عوارض جانبی داروها (که یکی از عوامل نگران‌کننده عمده در این بیماران است) می‌توان ترس‌های غیر واقع بینانه بیماران و در نتیجه میزان استرس آنها را کاهش داده و به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

¹ Web Med

² Welch

³ De Groot

⁴ Van der ven

از طرفی چون استرس مربوط به دیابت رابطه مثبت معنی داری با میزان شیوع نشانه های افسردگی در بیماران دیابتی نوع 2 دارد (کوریٹکوسکی¹، 2002) این آموزش ها موجب کاهش استرس نیز می شود. افسردگی یک پدیده شایع در دیابت نوع 2 است که سبب کاهش تمایلات، انگیزه ها و احساس توانایی بیماران برای انجام فعالیت خود- مراقبتی می گردد (رهنما و همکاران، 1381، نقل از رحیمیان بوگر، 1388). این مداخله با آموزش به چالش کشیدن افکار خود آیند منفی، تشویق بیمار به افزایش فعالیت های لذت بخش، برنامه ریزی فعالیت ها (که منجر به افزایش موفقیت های فرد می شود)، آموزش نحوه تاثیر رفتار و فکر بر روی احساسات و فیزیولوژی ما و آموزش این که چگونه با انتخاب فکر یا عمل می توانیم احساسات و فیزیولوژیمان را کنترل کنیم، باعث کاهش افسردگی می شود که خود می تواند عاملی در جهت فعال سازی فرد و بهبود سلامت جسمی، روابط اجتماعی و افزایش کیفیت زندگی بیماران باشد. بیماران دیابتی به دلیل ابتلا به یک بیماری مزمن، درماندگی ناشی از افسردگی و افکار منفی در مورد توانایی های خود احساس کنترل کمتری بر نشانه ها بیماری دارند. آموزش مبتنی بر نظریه انتخاب با آموزش تکنیک مدیریت خود به این بیماران یاد می دهد که علائم دیابت مانند دیگر تجربیات آنهاست که می توانند از طریق شناسایی عوامل برانگیزاننده و تشدید کننده، آن را کنترل کنند و در نتیجه باعث ارتقاء کیفیت زندگی خود شوند.

بیماران مزمن به دلیل شرایط بیماریشان غالباً دچار نقص در روابط اجتماعی اند از آن جا که روابط اجتماعی یکی از مولفه های بسیار مهم در کیفیت زندگی این افراد می باشد با آموزش ابراز وجود و رفتار جرات مندانه و نیز مهارت ارتباطی صحیح این افراد می توانند روابط اجتماعی خود را بهبود بخشند. از طرفی

¹ Korytkowski

درمان گروهی بیماران با فراهم کردن شرایط کسب حمایت هیجانی از افراد با تجارب مشابه و توانایی استفاده از تجارت دیگران به عنوان یک الگو، تقویت احساس تعلق و محیطی غنی تر برای یادگیری الگوها و مهارت های بین فردی برای بیماران به بهبود روابط اجتماعی آنها کمک می کند.

بین ادراک افراد از داشتن اهداف مهم در زندگی و پیشرفت رضایت بخش در به دست آوردن آن ها رابطه وجود دارد. تحقیقات روفلمن و ولچیک (1988) نشان داده، این که فرد احساس کند در تعقیب اهداف خود از حمایت های دیگران برخوردار است احساس مثبت و خوب را در وی پرورش می دهد و احساس این که دیگران مانع تحقق اهداف وی می کردند از احساس خوب بودن می کاهد پس با کمک به بیماران برای تعیین اهدافشان با توجه به نیازهای اساسی آن ها به ایجاد حس خوب در آن ها و ساختن زندگی بهتر کمک می کند. عدم تاثیر این مداخله بر بعد روانی و محیط می تواند دلایل متعدد داشته باشد از جمله در زمینه بعد روانی از آن جا که حس دست یابی به اهداف می تواند در ایجاد حس خوب به افراد کمک کند، اگر این اهداف غیر واقع بینانه یا دراز مدت باشند (برخلاف آنچه در نظریه انتخاب مد نظر است)، یا این که اهداف تعیین شده مورد تایید افراد مهم زندگی فرد نباشند و از سوی آن ها حمایت و تشویق نشوند و یا این که امکانات لازم برای رسیدن به آن ها فراهم نباشد، می تواند به دلیل احساس شکست در فرد از کیفیت روانی او بکاهد. با توجه به این که برداشت افراد و ادراک آنها از موفقیت خود در رابطه با اهداف و نظام ارزشی مورد قبول آنان با توجه به شرایط عینی تعیین می شود.

در بعد محیط نیز که وجود مشکلات خارج از کنترل فرد از جمله وجود افرادی در محیط زندگی، کار و درمان، که قادر به درک بیمار و حمایت از او نباشند می تواند مانع از رضایت فرد در بعد محیط شود. از طرفی چون مداخله

بصورت گروهی انجام شده، نتوانسته بر مشکلات درون فردی افراد و نیز بررسی دقیق نیازها و موانع و مشکلات شخصی آن ها در راه دست یابی به اهدافشان تاکید و توجه داشته باشد، که این می تواند خود عاملی برای عدم تغییر افراد در بعد روانی و محیط باشد.

نتایج تحقیق حاضر حاکی از اثربخشی مداخله گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب درافزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2 بود. لذا مداخله مبتنی بر نظریه انتخاب می تواند به عنوان شیوه درمانی انتخابی و مکمل در کنار درمان های پزشکی و سایر درمان های روان شناختی درافزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2 به کار گرفته شود.

کتابنامه:

- باقیانی مقدم، محمد؛ افخمی اردکانی، محمد؛ مظلومی، سید سعید، سعیدی زاده، محمد (1385). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع 2 یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. دوره چهاردهم، شماره 4: 39-54
- حسینی غفاری، فاطمه؛ قنبری هاشم آبادی، بهرامعلی؛ آقامحمدیان شعریاف، محمد رضا (1387). مقایسه اثربخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب و درمان انگیزشی نظام مند بر افزایش رضایت زناشویی. مجله مطالعات تربیتی و روان شناختی دانشگاه فردوسی، شماره 19: 65-77.
- رحیمیان بوگر، اسحاق (1388). روان شناسی سلامت بالینی. تهران: نشر دانژه.
- شهاب جهانلو، علیرضا؛ غفرانی پور، فضل الله، کیمیاگر، مسعود؛ وفایی، مریم؛ حیدر نیا، علیرضا؛ سبحانی، علیرضا؛ جهانی، ژولیت (1386). ارتباط بین آگاهی، خودکارآمدی و کیفیت زندگی با کنترل قند و چربی خون در بیماران دیابتیک مصرف کننده دخانیات. مجله پزشکی هرمزگان، سال یازدهم. شماره 4: 261-266.
- فرحبخش، کیومرث؛ شفیعی آبادی، عبدالله؛ احمدی، سید احمد، دلاور، علی (1387). مقایسه میزان اثر بخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی ایس، واقعیت درمانی گلسر و اختلاطی از این دو در کاهش تعارضات زناشویی. تازه ها و پژوهشهای مشاوره، شماره 18: 33-57.
- قنبری، عاطفه؛ پارسا، یکتا (1380). تعیین الگوی عوامل موثر بر ابعاد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی. مجله علمی پژوهشی گیلان، سال دهم (شماره 37 و 38): 82-89.

-گلسر، ویلیام (1996). *نظریه انتخاب*. ترجمه علی صاحبی (1390). تهران:
انتشارات سایه سخن
-لاریجانی، باقر؛ ابوالحسنی، فرید؛ مهاجری تهرانی، محمد رضا؛ طباطبایی
ملاذی، عذرا (1384). فراوانی دیابت نوع دو در ایران در سال 1380. *مجله*
دیابت و لیپید ایران، 1384؛ دوره 4 (شماره 3): 75-83.