


اثربخشی واقعیت درمانی گروهی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران دیابتی نوع I

نگار فرشچی^۱، دکتر قمر کیانی^۲، دکتر حسین چیتی^۳ 

نویسنده‌ی مسئول: دکتر حسین چیتی، مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران h.chiti@yahoo.com

دریافت: ۹۶/۴/۱۳ پذیرش: ۹۷/۵/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات روان‌پزشکی در بیماران دیابتی نوع یک (I) نسبت به جمعیت عمومی، شایع‌تر است و می‌تواند روی موفقیت درمان دیابت موثر باشد. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی در کاهش اضطراب، افسردگی و افزایش پیروی از درمان بیماران دیابتی نوع I شهر زنجان در سال ۱۳۹۵ انجام گرفت.

روش بررسی: این پژوهش به روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. نمونه‌ی آماری شامل ۴۰ نفر بیمار بود که به روش در دسترس انتخاب شدند و پس از یکسان‌سازی گروه‌ها از نظر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلا به صورت تصادفی در گروه آزمایش و شاهد قرار گرفتند. قبل از اجرای مداخله از هر دو گروه، پیش‌آزمون با استفاده از مقیاس اضطراب بک (BAI)، افسردگی بک (BDI)، پیروی از درمان موریسکی (MMAS) و پیروی از درمان کلی گاس به عمل آمد. گروه آزمایش ۸ جلسه به مدت ۲ ماه و هر هفته یک جلسه، در جلسات واقعیت درمانی شرکت کردند. سپس از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و داده‌ها با استفاده از آزمون‌های MANOVA و ANOVA در نرم‌افزار SPSS ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که واقعیت درمانی موجب کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش پیروی از درمان بیماران دیابتی نوع یک (I) می‌شود. همچنین بین گروه آزمایش و شاهد تفاوت معناداری دیده شد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن یافته‌های پژوهش، می‌توان از واقعیت درمانی در درمان بیماران دیابتی نوع I که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند و پیروی از درمان پایینی دارند، استفاده کرد.

واژگان کلیدی: افسردگی، اضطراب، پیروی از درمان، واقعیت درمانی، دیابت نوع یک (I)

مقدمه

افزایش بروز دیابت و کاهش مرگ‌ومیر ناشی از آن، یکی از عواملی که امروزه به طور گسترده‌ای مورد توجه باعث افزایش شیوع این بیماری شده است (۱). در این میان قرار گرفته است، عوامل روانی نظیر افسردگی و اضطراب

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زنجان، زنجان، ایران

۲- دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۳- فوق تخصص بیماری‌های غدد و متابولیسم، استادیار مرکز تحقیقات بیماری‌های متابولیک، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

از جمله پیشرفت بیماری، ناتوانی، نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان خواهند داشت. تخمین زده شده است که بیش از ۹۵ درصد مراقبت دیابتی‌ها، شامل رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. عدم پیروی از درمان می‌تواند به کنترل نامطلوب قند خون و فشارخون و میزان چربی بدتر منجر شود که می‌تواند هم به افزایش میزان عوارض میکروواسکولار (عروق ریز) مانند بیماری چشم و کلیه و آسیب عصبی و هم عوارض ماکروواسکولار (عروق بزرگ) مانند بیماری‌های قلبی عروقی منجر شود. ترکیب آسیب عروقی و عصبی، خطر گانگرن را افزایش می‌دهد، که در مجموع، می‌تواند به قطع اندام‌های پایین‌تر، کاهش امید به زندگی و کیفیت زندگی ضعیف منجر شود (۹ و ۱۰). برای پیشگیری از بروز این مشکلات متخصصان بالینی تلاش می‌کنند تا با درمان‌های روان‌شناختی مشکلات و اختلالات روحی و روانی افراد مبتلا را کاهش دهند که این نشانه‌ها شامل نشانه‌های جسمانی، روان‌شناختی و هیجانی می‌باشند و این عوارض با تشخیص به موقع و درمان مناسب دیابت و استفاده از روش واقعیت‌درمانی در راستای پیروی از درمان این بیماران کاهش یافته و می‌توان با واقعیت‌درمانی به بیماران دیابتی کمک نمود. واقعیت‌درمانی یک روش مشاوره و روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا خواسته‌ها، نیازها، ارزش‌ها و راه‌هایی را بررسی کنند که آن‌ها را در رسیدن به نیازهایشان کمک می‌کند (۱۰). در واقع هدف اصلی واقعیت‌درمانی تغییر هویت ناموفق و ایجاد رفتار مسئولانه در فرد است، زیرا آنچه که موجب ناراحتی و اضطراب انسان می‌شود، رفتار غیرمسئولانه‌ی اوست (۱۱). نتایج مطالعات پژوهشی، نشان از اعتبار اجرای عملی روش‌های واقعیت‌درمانی در کشورهایی نظیر ایالات متحده آمریکا، کانادا، کره، ژاپن، سنگاپور، انگلستان، نروژ، ایرلند، آلمان، اسپانیا، اسلوانی، کرواسی، ایتالیا، کلمبیا، کویت، روسیه، استرالیا، نیوزیلند و هنگ‌کنگ دارد (۱۲). همچنین پژوهش‌های انجام‌شده در نقاط مختلف

در بیماران دیابتی است (۲). مطالعاتی، تاثیر عوامل خلقی را در پیشگیری از ایجاد دیابت در بیماران دیابتی نشان داده‌اند (۳). از سوی دیگر دیابت باعث افزایش علائم اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود (۴). افسردگی علاوه بر این‌که منجر به عواقب اجتماعی و روان‌شناختی در این افراد می‌شود، می‌تواند عامل خطری برای رفتارهای خودمراقبتی در آن‌ها نیز باشد (۵). لذا افسردگی با شیوع بیشتر عوارض دیابت از جمله عوارض قلبی عروقی و مرگ‌ومیر همراه است (۲). همچنین هر دو نوع دیابت I و II نسبت به اثرات اضطراب حساس‌اند. اضطراب، در بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت، کنترل قند خون را مختل می‌کند. رویدادهای اضطراب‌آفرین زندگی با کنترل ضعیف دیابت ارتباط مثبت معنی‌داری دارند و استرس‌های کوچک روزمره زندگی، حتی بیشتر از استرس‌های مهم و چشمگیر با کنترل ضعیف متابولیک مرتبط بوده است (۶). بسیاری از بیماران در زمینه‌ی مقابله سازگارانه با اضطراب‌های مرتبط با بیماری‌های مزمن مانند دیابت، مشکلات زیادی دارند (۷). استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثرات منفی روانی نیز به همراه دارد. از عمده‌ترین تاثیرات آن می‌توان به افسردگی اشاره کرد. همچنین استرس می‌تواند با کاهش تمرکز فرد و ایجاد اختلال در مهارت‌های مربوط به تصمیم‌گیری، در برقراری ارتباط درمانی درمانگر و بیمار اختلال ایجاد کند و موجب کاهش تاثیر مداخله‌های روان‌شناختی شود (۸). بنابراین برای فرد مبتلا به دیابت قبول و پذیرش این موضوع که باید زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهد مشکل خواهد بود. بیماران دیابتی که افسرده هستند، تبعیت کمتری از رژیم غذایی و دارویی و همچنین کنترل ضعیف‌تری از قند خون خود دارند و این روند باعث ضعیف شدن جسم و روان آن‌ها می‌شود؛ در واقع پیروی از درمان یک چالش بسیار مهم برای بیماران مبتلا به دیابت است و این بیماران در صورت عدم پیروی برنامه‌های درمانی، گرفتار عواقب وخیم آن

پرسشنامه دامنه‌ای از صفر تا شصت‌وسه دارد. بک ضریب اعتبار باز آزمایشی آزمون را ۰/۹۳ گزارش کرد (۱۸). رحیمی در جمعیت دانشجویی، ثبات درونی ۰/۸۷ و پایایی ۰/۷۳ را برای این ابزار گزارش کرد (۱۹).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): یک مقیاس ۲۰ ماده‌ای با درجه‌بندی لیکرت از صفر تا سه است. نمره کل در دامنه‌ای از ۰ تا ۶۰ قرار می‌گیرد. بک و همکاران (۱۹۹۶) ضریب اعتبار باز آزمایشی آزمون در فاصله یک‌هفته‌ای را ۰/۹۳ به دست آوردند (۲۰). رفیعی و سیفی آلفای کرونباخ ۰/۹۲ را در جمعیت دانشجویی برای این ابزار گزارش کردند (۲۱).

پرسشنامه پیروی از درمان موریسکی (MMAS): دارای هشت ماده که بر اساس مقیاس لیکرت (هرگز/ بندرت/ بعضی از اوقات/ اغلب اوقات) طراحی شده است که هر ماده نمره‌ای بین یک الی چهار می‌گیرد و به‌این‌ترتیب نمره کل پرسشنامه دامنه‌ای از ۸ تا ۳۲ دارد. که کمترین نمره، عدم پیروی و بیشترین نمره پیروی از درمان را نشان می‌دهد (۲۲). پرسشنامه پیروی از درمان موریسکی توسط قانعی قشلاق و همکاران به فارسی ترجمه و روانی و پایایی آن نیز تایید شد (۲۳).

پرسشنامه پیروی کلی (GAS): این مقیاس توسط هایس (۱۹۹۴) طراحی شده است که تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به‌طور کلی اندازه می‌گیرد که دارای ۵ ماده آزمون در مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای است. همسانی درونی ۰/۸۱ پایایی ۰/۶۲ برای آن گزارش شد (۲۴). زاهدنژاد ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۸ را برای این ابزار گزارش کرد (۲۵). بعد از انتخاب نمونه‌ها و هم‌تاسازی گروه‌ها از نظر نمرات متغیرهای مورد بررسی (تا حد امکان)، سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلا، با گمارش تصادفی، ۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه شاهد جایگزین شدند. پروتکل درمانی ۸ جلسه‌ای ذیل به صورت گروهی

دنیا، نشان از اثربخش بودن واقعیت درمانی بر انواع مولفه‌ها، مشکلات و اختلالات روان‌شناختی دارد؛ نظیر افسردگی بزرگ‌سالان (۱۳)؛ پیروی از درمان (۹)، کاهش استرس و اضطراب (۱۴) و (۱۵) و همچنین اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش اضطراب (۱۶) دارد. لذا با توجه به افزایش پیش‌رونده‌ی دیابت، پژوهش و کاربست مطالعاتی که جنبه‌های روانی را در این بیماران بهبود ببخشد و پیروی از درمان‌های دارویی و خودمراقبتی را افزایش دهد، ضروری به نظر می‌رسد. این مطالعه باهدف بررسی اثربخشی واقعیت درمانی گروهی در کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش پیروی از درمان بیماران دیابتی نوع I انجام پذیرفت.

روش بررسی

این مطالعه از نوع کاربردی بود و به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های گواه و مداخله بر روی بیماران دیابتی نوع I که در انجمن دیابت زنجان پرونده داشتند، انجام شد. از آنجایی که تعداد نمونه‌ی توصیه‌شده برای مطالعات آزمایشی ۱۵ نفر است (۱۷)، با در نظر گرفتن احتمال ریزش نمونه‌ها در فرایند اجرای مطالعه، ۲۰ نفر به‌عنوان نمونه در هرگروه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به مطالعه داشتن افسردگی (نمره حداقل ۱۰ در پرسشنامه مربوطه)، اضطراب (نمره حداقل ۸)، پیروی از درمان دارویی پایین (نمرات کمتر از ۳۲)، پیروی از درمان کلی پایین (نمره کمتر از ۳۰)، عدم شرکت در سایر جلسات روان‌درمانی، عدم تجویز داروهای ضد اضطراب و افسردگی توسط پزشک معالج، رضایت برای شرکت در جلسات درمانی و معیار خروج، تمایل به ترک جلسات بود. **ابزارهای مطالعه:** پرسشنامه افسردگی بک (BDI): توسط بک و همکاران تدوین شده و شامل ۲۱ ماده است. هر ماده نمره‌ای بین صفر تا سه می‌گیرد و به این ترتیب نمره کل

لذا در تجزیه و تحلیل آماری وارد نشدند. داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس با رعایت پیش فرض‌های آن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پروتکل درمان بر اساس منابع در دسترس قرار گرفت (جدول ۱).

برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، به گروه شاهد اطلاع داده شد در صورت تمایل می‌توانند بعد از اتمام مطالعه در جلسات واقعیت درمانی که در انجمن دیابت برگزار خواهد شد شرکت نمایند. ۲ نفر از گروه آزمایش شرکت منظم در جلسات نداشتند

جدول ۱: پروتکل درمان بر اساس منابع در دسترس

جلسه	اهداف
اول	۱- محیط سازی (فراهم نمودن محیط امن و سرشار از اعتماد) ۲- تخصیص کد شناسایی به اعضا ۳- درگیری عاطفی اعضای گروه (گفت‌و شنود کوتاه) ۴- توضیح و تبیین قوانین مشاوره گروهی ۵- تاکید بر تعهد و تشویق جهت حضور منظم و انجام تکالیف
دوم	۱- آشنایی با ماشین رفتار گلاسه ۲- آشنایی با هویت خود و بحث در مورد رفتار کنونی ۳- آشنایی با ویژگی‌ها و ادبیات و تعاریف اضطراب‌گری و افسردگی کردن و کاهش آثار آن‌ها و افزایش پیروی از درمان دارویی و غذایی.
سوم	۱- تاکید بر ضرورت تعهد در برابر مسئولیت محوله ۲- توضیح در مورد مفهوم آزادی انتخاب در رفتار ۳- تقویت رفتارهای مثبت و حذف رفتارهای مزاحم ۴- کسب آگاهی و پایبندی به اصول تغییر رفتار (بهبود رفتارهای غلط و صدمه زننده)
چهارم	۱- شروع به تغییر رفتار و تفکرات غیرمنطقی، تغییر باورهای تحریف‌شده و تعمیم افراطی، (تغییر رفتارهای منفی مثل اضطراب و افسردگی کردن که راحت‌تر است) ۲- کاهش فشارهای روانی ناشی از تغییر با صحبت کردن در مورد احساسات اهداف
پنجم	۱- انتخاب بهترین راه جهت دستیابی به نیازهای اساسی و افزایش گزینه‌ها برای حل مشکل و تغییر دید افراد برای حل مشکل (اضطراب کردن، افسردگی کردن، عدم پیروی از درمان) ۲- استفاده از روش تفکر بارش مغزی در حل مشکل ۳- خلق موقعیت جدید از طریق انتخاب راه‌های مؤثر
ششم	۱- طرح‌ریزی نقشه حل مشکل و برنامه‌ریزی جهت اجرای نقشه در زندگی فعلی (در جهت کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش پیروی از درمان) ۲- ارزیابی رفتار و به چالش کشیدن افکار غیرمنطقی باقیمانده ۳- آموزش تکنیک روابط شخصی به صورت عملی جهت شناخت رفتار و احساس کنونی

هفتم	۱- اجرای طرح‌ها در مورد خود و مسئولیت‌ها و کمک به پذیرش شرایط در جهت کاهش اضطراب و افسردگی ۲- بحث و بررسی عواقب طبیعی رفتار در مورد اثرات تغییر تفکر در زندگی ۳- تاکید مجدد بر مسئولیت پذیری و نقش آن در زندگی و ارائه راه کارها (ایفای نقش)
هشتم	۱- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری مطالب ارائه شده ۲- تاکید بر حفظ بینش مثبت و تغییر برداشت منفی ۳- تعهد در قبال حفظ تغییر (تقویت پیروی از درمان و کاهش افسردگی و اضطراب) ۴- در نهایت باور اینکه فرآیند تغییر در خود نتیجه انتخاب فرد است که منجر به افزایش پیروی از درمان دارویی و غذایی و کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود.

یافته‌ها

زیر دیپلم، ۱۶ نفر (۴۴/۴ درصد) دیپلم و ۱۰ نفر (۲۷/۸ درصد) لیسانس بودند. در بررسی سابقه‌ی ابتلا به بیماری دیابت، ۹ نفر (۲۵ درصد) زیر ۵ سال، ۱۷ نفر (۴۷/۲ درصد) ۱۰-۵ سال و ۱۰ نفر (۲۷/۸ درصد) بیش از ده سال و متوسط سابقه ابتلا به دیابت $6/4 \pm 8/8$ سال بود. میانگین افسردگی، اضطراب و پیروی از درمان در جدول ۲ ارائه شده است.

از ۳۶ نفر شرکت‌کننده در مطالعه، ۲۲ نفر زن (۶۱/۱ درصد) و ۱۴ نفر مرد (۳۸/۹ درصد) بودند. در بررسی سنی حداقل سن ۱۶ سال و حداکثر سن ۳۹ سال و به‌طور متوسط $24/4 \pm 6/2$ سال بود. از کل جمعیت مورد مطالعه نیز ۲۴ نفر مجرد (۶۶/۷ درصد) و ۱۲ نفر متاهل (۳۳/۳ درصد) بودند. در بررسی وضعیت تحصیلی، ۱۰ نفر (۲۷/۸ درصد)

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار افسردگی، اضطراب و پیروی از درمان گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	شاخص	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۰/۸۸	۱۱/۸۸
		پس‌آزمون	۱۱/۷۲	۷/۳۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۵/۱۶	۱۲/۹۴
		پس‌آزمون	۱۵/۸۳	۱۲/۳۶
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۷/۷۷	۱۱/۶۶
		پس‌آزمون	۱۴/۳۳	۱۱/۲۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۳/۵۰	۱۲/۳۸
		پس‌آزمون	۱۳/۶۱	۱۱/۹۶
پیروی از درمان (رژیم دارویی)	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۷۷	۵/۷۱
		پس‌آزمون	۲۴/۱۱	۵/۸۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۳/۳۸	۳/۶۳
		پس‌آزمون	۲۴/۰۵	۳/۴۰
پیروی از رژیم غذایی و ورزش	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۵/۶۶	۳/۹۷
		پس‌آزمون	۱۷/۲۷	۴/۲۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶/۱۱	۲/۵۶
		پس‌آزمون	۱۶/۷۷	۲/۹۰

واریانس‌ها ($P > 0/05$)، همگنی شیب‌خط رگرسیون استفاده شد. پیش فرض‌های این آزمون شامل آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ($P > 0/05$)، لوین برای بررسی همگنی

واریانس‌ها ($P > 0/05$)، همگنی شیب‌خط رگرسیون استفاده شد. پیش فرض‌های این آزمون شامل آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ($P > 0/05$)، لوین برای بررسی همگنی

نتایج این آزمون در جدول ۳ و ۴ گزارش شده است.

برای آزمون پیش فرض‌های مطالعه از آزمون کوواریانس استفاده شد. پیش فرض‌های این آزمون شامل آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها ($P > 0/05$)، لوین برای بررسی همگنی

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی تاثیر واقعیت درمانی بر کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی

از درمان بیماران دیابتی نوع ۱

نام آزمون	مقدار	فرضیه Df	اشتباه Df	میزان F	سطح معنی داری
آزمون اثر پیلایی	۰/۵۶۲	۳	۳۳	۱۴/۰۹۵	۰/۰۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۳۸	۳	۳۳	۱۴/۰۹۵	۰/۰۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۲۸۱	۳	۳۳	۱۴/۰۹۵	۰/۰۰۰
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۲۸۱	۳	۳۳	۱۴/۰۹۵	۰/۰۰۰

این است که مقدار F چند متغیری (۱۴/۰۹۵) در سطح $P < 0/001$ از لحاظ آماری معنی دار است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیری (Mancova) حاکی از

جدول ۴: تحلیل کوواریانس تک متغیری برای بررسی تاثیر واقعیت درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی از

درمان دارویی، رژیم غذایی و ورزش

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی داری	ضریب	توان آزمون
افسردگی	گروه	۵۸۳/۶۵۹	۱	۵۳۸/۶۵۹	۲۶/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۰/۹۹
	پیش‌آزمون	۴/۸۰۲	۱	۴/۸۰۲	۰/۲۱۷	۰/۶۴۵	۰/۷۹۲	۰/۷۷
اضطراب	گروه	۳۸۴۷/۶۱۶	۱	۱۹۲۳/۶۵۹	۸۷/۰۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۰۰	۰/۴۶۱
	پیش‌آزمون	۰/۳۱۴	۱	۰/۳۱۴	۰/۰۱۴	۰/۹۰۶	۰/۸۴۰	۰/۹۹
پیروی از درمان دارویی	گروه	۲۲۸/۵۵۲	۱	۲۲۸/۵۵۲	۱۳/۸۰۹	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴	۰/۱۰۰
	پیش‌آزمون	۷/۵۲۵	۱	۷/۵۲۵	۰/۴۵۵	۰/۵۰۵	۰/۲۹۵	۰/۹۵
پیروی از رژیم غذایی و ورزش	گروه	۱۰۴/۳۹۱	۱	۱۰۴/۳۹۱	۱۰/۰۶۳	۰/۰۰۳	۰/۲۳۴	۰/۸۶۸
	پیش‌آزمون	۴/۸۱۳	۱	۴/۸۱۳	۰/۴۶۴	۰/۵۰۱	۰/۲۴۲	۰/۱۰۱

از فرد می پرسد در مواجهه با این مشکل چه گزینه‌هایی داری؟ درمان‌جو باید از روش بارش مغزی استفاده کند و هرچه تعداد گزینه‌ها بیشتر باشد بهتر است. درمانگر نیز چندین گزینه ارائه می‌دهد که باید معقولانه، آسان، در دسترس و بر اساس توانایی فرد باشند. همچنین با طرح سوالاتی افکار غیرمنطقی بیمار به چالش کشیده می‌شود. در این جا سعی می‌شود که با بینشی مثبت به بیماری و تغییر برداشت‌های منفی و شناخت راهی رضایت‌بخش و لذت‌بخش از زندگی بررسی و با توجه به نقش‌های متفاوت اعضا در زندگی تاکید گردد (شما اسیر دیابت نیستید، از همین حالا می‌توانید با انتخاب سبک زندگی سالم، زندگی بهتری داشته باشید). در بخش دیگر درمان که قلب واقعیت درمانی است، از درمان‌جویان خواسته می‌شود تا کارهایی را که برای ارضای نیازها انجام داده‌اند، بیان کنند. (برای این‌که حال خوب و احساس خوشی داشته باشی چه کارهایی را انجام داده‌ای؟ آیا این کارها موثر بود؟) و از آن‌ها خواسته می‌شود هم مهارت بیانی و هم مهارت گوش دادن را تمرین کنند. لذا در جلسات واقعیت درمانی پس از برقراری یک رابطه‌ی عاطفی قوی با بیمار، درمانگر توانست درمان‌جویان را متقاعد کند که افسردگی را خود فرد انتخاب می‌کند و اگر می‌خواهد فردی افسرده نباشد بایستی واقعیت را بپذیرد و با بیماری خود کنار بیاید و در فرآیند درمان به او آموزش داده شد که نیازهایش را با شناخت درست از واقعیت جهان پیرامونش و در چارچوب آن برآورده کند و ناتوانی در ارضای نیازهایش را با انتخاب غلط افسرده شدن که از نظر او بهترین راه حل برای ارضای نیازهای اساسی‌اش بوده کنار گذاشته و به انتخاب بهینه و رفتار درست و مسئولانه در قبال خود دست زند، زیرا برآورده شدن نیازهای اساسی بیمار در گروهی مسئولیت‌پذیری و تغییر رفتار اوست. همچنین نتایج نشان داد که واقعیت درمانی در کاهش اضطراب بیماران موثر

لذا می‌توان گفت که بین گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که آزمون فوق تنها نشان دهنده‌ی تفاوت معنی‌دار گروه‌ها در جامعه‌ی متغیرهای وابسته است، به منظور بررسی اثر گروه بر هر یک از متغیرهای پژوهش از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت دو گروه در میزان افسردگی در مرحله‌ی پس‌آزمون معنی‌دار است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واقعیت درمانی باعث کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی از درمان دارویی و پیروی از رژیم غذایی و ورزش شده است.

بحث

نتایج نشان داد واقعیت درمانی در کاهش افسردگی بیماران موثر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۰-۲۶ و ۶) همسو است. از دیدگاه گلاسه انسان‌ها افسرده نمی‌شوند بلکه افسردگی را انتخاب می‌کنند، زیرا نتوانسته‌اند نیازهای اساسی خود را از راه درست و معقولانه ارضا کنند. وی معتقد است وقتی که سعی می‌کنیم دیگران را وادار سازیم تا از معیارهای ما پیروی کنند، انرژی خود را هدر داده و خود را افسرده می‌کنیم. بنابراین هرچه بیشتر به دیگران وابسته باشید، روی شما کنترل بیشتری خواهند داشت (۳۱). انسان‌ها می‌توانند با انتخاب کردن راهی موثر و مناسب برای نیل به نیازها، نظیر تفریح، قدرت، آزادی، بقا، عشق و تعلق، موقعیت بهتری خلق کنند. آنچه در روان‌پزشکی سستی بیماری روانی نامیده می‌شود انتخاب نامناسب، انتخاب رفتار غیر موثر و ناکافی است که به وسیله‌ی آن می‌خواهد نیازهای خود را ارضا کند. گلاسر معتقد است نظریه انتخاب و واقعیت درمانی نظام کنترل درونی را شکل می‌دهد. درمانگر

راحت‌تر است. به عقیده گلاسه (۱۹۹۲) دیدن آنچه انجام می‌دهیم راحت‌تر و انکار کردن آن غیرممکن است. از آنجایی که این درمان به صورت گروهی انجام می‌شد، بنابراین گروه می‌توانست از فواید گروه‌درمانی نیز بهره‌مند شود، به عنوان مثال توافق برای انجام فعالیت‌های ورزشی گروهی در زمان‌های خاص به جهت ایجاد آشنایی و صمیمیت بین اعضای گروه، می‌توانست از فواید آن باشد. واقعیت درمانی با آموزش تئوری انتخاب به بیماران کمک کرد تا برای ارضای نیاز اساسی بقای خود مسئولیت پیروی دقیق از دستورات درمانی را بپذیرند تا در کنار بیماری خود دست به انتخاب‌های بهتر زده و وضعیت جسمانی و روانی خود را بهبود بخشند. لازم به ذکر است که جوان بودن گروه مداخله از مزایای این مطالعه بود، زیرا امکان ایجاد تغییر در رفتار در این سنین آسان است، بنابراین برای تعمیم یافته‌ها پیشنهاد می‌شود این مداخله در بیماران میان‌سال مبتلا به دیابتی نوع یک نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، امکانی فراهم شود یا متغیر مزاحم افسردگی زیستی کنترل شود.

نتیجه‌گیری

با توجه به اثربخشی واقعیت درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و افزایش پیروی از درمان، به نظر می‌رسد اجرای این مداخله در بیماران دیابتی نوع یک، به ویژه در مراحل ابتدایی تر بعد از تشخیص، گام موثری در کنترل دیابت باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی است. از دست‌اندرکاران انجمن دیابت زنجان و بیماران دیابتی نوع یک که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری

است. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۲ و ۲۸ و ۱۵ و ۶) همسو است. به دلیل ماهیت مزمن دیابت و دوره‌های متناوب نوسانات قند خون، این بیماران در معرض اختلالات اضطرابی و خلقی هستند و مشکلاتی نظیر اضطراب هراسی یا اختلال در عملکرد شناختی نیز در این بیماران مشاهده می‌گردد. همان‌طوری که گلاسه عنوان کرده آنچه به عنوان بیماری روانی خوانده می‌شود در حقیقت شامل صدها راهی است که انسان‌ها هنگام عاجز ماندن در ارضای نیازهای اساسی ژنتیکی خود، انتخاب می‌کنند تا رفتار کنند. همچنین رفتار غیرمسئولانه‌ی افراد، باعث بروز اضطراب می‌شود نه این‌که اضطراب باعث غیرمسئول بودن فرد شود. بنابراین در این پژوهش، واقعیت درمانی، توانست در یادگیری رفتارهای مسئولانه در فرد موثر باشد و در نتیجه از بروز اضطراب در فرد جلوگیری کند. درمانگر به هیچ وجه وقت خود را صرف آن نکرد که نقش کارآگاه و جست‌وجوگر را ایفا کند و به عذر و بهانه‌های مراجع گوش دهد، بلکه سعی نمود از راه توجه دقیق به رفتار کنونی فرد و احتراز از موارد تهدیدآمیز، مقدمات تشکیل رفتار مسئولانه و هویت موفق را در او پایه‌گذاری کند و بدین وسیله با کاستن اضطراب و نگرانی، مقدمات شخصیت سالم را در او تقویت کند. برای حصول این مهم بیشترین تمرکز بر ایجاد تفکر مثبت و از بین بردن افکار منفی با کاربرد جملات مثبت و انرژی‌زا و تغییر در باورهای غلط بیمار بود. یافته دیگر این مطالعه اثربخشی واقعیت درمانی در افزایش پیروی از درمان (دارویی، رژیم غذایی و ورزش) بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (۳۴ و ۳۳ و ۲۶ و ۲۵) هم‌خوانی داشت. از تکالیف جلسات درمانی این بود که بیماران متعهد شوند در طول هفته بدون کمک گرفتن از اعضای خانواده، تنها خود مسئول انجام به موقع تزریق انسولین و انجام آزمایش‌ها مربوط به قند خون خود باشند. فلسفه این تکلیف این بود که تغییر دادن آنچه انجام می‌دهیم و فکر می‌کنیم از تغییر دادن احساسات خود

تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

نمودند و شرکت فعالانه در جلسات درمانی داشتند، نهایت

References

- 1- Ringborg A, Lindgren P, Martinell M, Yin DD, Schon S, Stalhammar J. Prevalence and incidence of type 2 diabetes and its complications 1996-2003-estimates from a Swedish population-based study. *Diabet Med.* 2008; 25: 1178-86.
- 2- Nouwen A, Nefs G, Caramlau I, et al. Prevalence of depression in individuals with impaired glucose metabolism or undiagnosed diabetes: a systematic review and meta-analysis of the european depression in diabetes (EDID) research consortium. *Diabetes Care.* 2011; 34: 752-62.
- 3- Kyrios M, Moore SM, Hackworth N, et al. The influence of depression and anxiety on outcomes after an intervention for prediabetes. *Med J Aust.* 2009; 190: 81-85.
- 4- Naicker K, Johnson JA, Skogen JC, et al. Type 2 diabetes and comorbid symptoms of depression and anxiety: longitudinal associations with mortality risk. *Diabetes Care.* 2017; 40: 352-58.
- 5- Andreoulakis E, Hyphantis T, Kandyliis D, Iacovides A. Depression in diabetes mellitus: a comprehensive review. *Hippokratia.* 2012; 16: 205-214.
- 6- Moayedie F, Zare Sh, Nikbakht A. Evaluation of anxiety and depression in patients with diabetes referred to diabetes clinic in Bandar Abbas. *J Hormozgan Univ Med Sci.* 2014; 18: 65-71.
- 7- Peyrot M, Rubin RR, Kruger DF, Travis LB. Correlates of insulin injection omission. *Diabetes Care.* 2010; 33: 240-45.
- 8- Mayberry LS, Egede LE, Wagner JA, Osborn CHY. Stress, depression and medication non-adherence in diabetes: test of the exacerbating and buffering effects of family support. *J Behav Med.* 2015; 38: 363-71.
- 9- Baek RN, Tanenbaum ML, Gonzalez JS. Diabetes burden and diabetes distress: the buffering effect of social support. *Ann Behav Med.* 2014; 48: 145-55.
- 10- Wubbolding RE. Reality Therapy. Washington, DC: *American Psychological Association*, 2011.
- 11- Shafie Abadi A, Naseri GH. Theories of counseling and psychotherapy. Tehran: Nashre Daneshghahy, 2011.
- 12- Palmer Mason C, Duba JD. Using reality therapy in schools :its potential impact on the effectiveness of the ASCA national model. *Int J Real Ther.* 2009; 29: 5-12.
- 13- Bhargava R. The use of reality therapy with a depressed deaf adult. *Clinical Case Studies.* 2013; 12: 388-96.
- 14- Al-Sawalmeh A, Al-samadi A. The effectiveness of group reality therapy in reducing psychological stress and anxiety among

- pregnant women. *J Education Sci.* 2012; 8: 365-76.
- 15- Asmkhany Akbarnezhad H, Etemadi A, Nasirnezhad F. The effectiveness of group reality therapy on anxiety in women. *J Psychol Study.* 2014; 10: 73-87.
- 16- Pasha Gh, Amini S. The effect of reality therapy on life expectancy and anxiety of martyrs' wives. *New Find Psychol.* 2009; 3: 37-50.
- 17- Sadi Pour S. Research Methods in Psychology and Educational Sciences. Tehran: Nashre duran. 2014.
- 18- Basker M, Moses PD, Russell S, Swamidhas P, Russell S. The psychometric properties of beck depression inventory for adolescent depression in a primary-care paediatric setting in India. *Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2007; 8: 1-8.
- 19- Rahimi CH. Application of Beck Depression Inventory – 2 in Iranian students. *J Clin Psychol Personal.* 2014; 21: 173-89.
- 20- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988; 56: 893-97.
- 21- Rafiee M, Seifi A. Reliability and reliability of beck anxiety scale among students. *J Thought Behav.* 2013; 7: 37-48.
- 22- Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward H. Predictive validity of a medication adherence measure for hyperension control. *J Clin Hypertension.* 2008; 10: 348-354.
- 23- Ghanei Gheshlagh R, Ebadi A, Wissi Reygani AA, Norouzi Tabrizi K, Dalouni A, Mahmudi H. Determining the criterion validity of complian drug regimen scale of morris in type ii diabetic patients. *Rehabil Res Nurs.* 2015; 1: 24-32.
- 24- Hays RD. The medical outcomes study (mos) measures of patient adherence. *J Behav Med.* 1994; 17: 361-7.
- 25- Zahednezhad H, Poursharifi H, Babapour. The relationship between memory error ,the doctor patient relationship health focus of control and compliance with treatment in patients with type 2 diabets. *J Yazd Univ Med Sci.* 2012; 20: 249-58.
- 26- Massah O, Farmani F, Karimi R, Karami H, Hoseini F, Farhoudian A. Group reality therapy in addicts rehabilitation process to reduce depression, anxiety and stress. *Iran Rehabil J.* 2015; 13: 42-88.
- 27- Vafaa'ei JZ, Sepehri Z, Salehi J. Comparing effectiveness of enrichment and enhancement of life and reality therapy to improve the therapeutic index of the drug abusers. *Res Clin Psychol Counsel.* 2013; 3: 99-118.
- 28- Movasat R. Comparison of the effectiveness of reality therapy and treatment to the manner of anxiety, depression and self –estem of young people with epilepsy. Mashhad Ferdosi University. 2013. [dessertation]
- 29- Toozandehjani H, Soltanzadeh Mezerji H. Effectiveness of reality therapy on depression in infertile women before treatment with

- assisted reproductive techniques IVI. *J Res Behav Sci.* 2014; 12: 45-53.
- 30- Rahimi niyat M. The effects if reality therapy on depression and quality of life for orphaned boys in the city of Mashhad. Mashhad university. 2013. [dessertation]
- 31- Glaser W. Reality Therapy. Translation: Ali Sahebi. Tehran: Saye Sokhan. 2000.
- 32- Amanlou F. A comparative study of the effectiveness of cognitive- behavioral group reality therapy on diabetic patients. Mashhad Ferdosi university. 2008. [dessertation]
- 33- Raum E, Krämer HU, Rüter G, et al. Medication non-adherence and poor glycaemic control in patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 97: 377-84.
- 34- Oraki M, Zare H, Shirazi N, Hassanzadeh Pashang S. Effectiveness of cognitive behavioral anger management training on adherence and glycaemic control in patients with diabetes type 2. *J Health psychol.* 2012; 4: 56-70.

Effectiveness of Group Therapy Reality in Reducing Depression, Anxiety and Increased Compliance to Treatment in Patients with Diabetic Type 1

Farshchi N¹, Kiani Q¹, Chiti H²

¹Dept. of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.

²Metabolic Disease Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

Corresponding Author: Chiti H, Metabolic Disease Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

E-mail: h.chiti@yahoo.com

Received: 4 Jul 2017 **Accepted:** 18 Aug 2018

Background and Objective: Compared to the general population, psychiatric problems are more prevalent in Type 1 Diabetes patients and can affect the success of diabetes treatment. The aim of this study was to investigate the effectiveness of group reality therapy in decreasing depression/anxiety and increasing treatment compliance in patients with Type 1 Diabetes in Zanjan in 2017.

Materials and Methods: This quasi-experimental study with a pretest-posttest design was performed on 40 patients that were selected through convenient sampling and were randomly assigned into two groups (experimental and control) after equalizing the groups according to age, sex, education and illness duration. Both groups were tested via Beck Anxiety Inventory (BAI), Beck Depression Inventory (BDI), Morisky compliance with treatment (MMAS) and Gus overall compliance questionnaires. The experimental group received reality therapy for 8 sessions each week for two months and then performed the posttest. Data were analyzed with MANOVA and ANOVA.

Results: Findings showed that reality therapy decreased depression and anxiety and increased treatment compliance in the experimental group compared to the control group. There was a significant difference between the experimental and control group ($P < 0.01$).

Conclusion: Considering the results of this study, reality therapy could be used for patients with Type 1 Diabetes who suffer from depression, anxiety and have low treatment compliance.

Keywords: *Depression, Anxiety, Treatment Compliance, Type 1 Diabetes*