

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی در کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان

مهري افشاري^۱، يوسف گرجي^۲

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران

نویسنده مسئول:

مهري افشاري

چکیده:

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان انجام گرفت. جامعه آماری این پژوهش عبارت از کلیه کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک ساکن شهر اصفهان بود که به یکی از مراکز درمانی مراجعه کرده و دارای پرونده بیماری فعال بودند. بنابراین برای تعیین نمونه از بین کودکان مبتلا به دیابت نوع یک در شهر اصفهان که ملاک های ورود در مطالعه را دارا بودند، تعداد ۴۰ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و سپس با گمارش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) تقسیم شدند. این پژوهش طی یک طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون و با گروه کنترل اجرا گردید. ابتدا هر دو گروه از طریق پرسشنامه افسردگی کودکان کاریاکواس (CDI) مورد آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه ای تحت مداخله قرار گرفت. در پایان هر دو گروه در مرحله پس آزمون ارزیابی شدند و در این مدت بر روی گروه گواه هیچ مداخله ای صورت نگرفت. داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/01$). به طوری که درمان شناختی رفتاری بر بهبود همه مؤلفه های افسردگی (احساس بیهودگی، مشکلات بین فردی، احساس عدم لذت، عزت نفس منفی) به جزء مولفه خلق افسرده کودکان مبتلا به دیابت نوع یک تأثیر داشته است.

کلمات کلیدی: افسردگی، درمان شناختی رفتاری، دیابت نوع یک، کودکان

مقدمه

بیماری دیابت^۱ یکی از شایع ترین اختلالات متابولیکی در سراسر جهان است که شیوع آن در حال افزایش است و به یکی از نگرانی های سلامت عمومی تبدیل شده است (بلک برن، سودروویچ و لمسترا^۲، ۲۰۱۳). بیماری دیابت به گروهی از بیماری های متابولیکی گفته می شود که ویژگی مشترک آن ها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، یا نقص در عملکرد آن و یا هر دو می باشد. دیابت انواع مختلفی دارد که دیابت نوع یک و دو از انواع مهم آن هستند (رستمی، ۱۳۹۶). دیابت نوع یک (وابسته به انسولین) یکی از رایج ترین بیمارهای مزمن متابولیک است که با شروع زود هنگام رابطه دارد و در اثر وراثت یا نقص اکتسابی در تولید انسولین به وجود می آید. در بدن مبتلایان به دیابت نوع یک انسولین یا اصلاً تولید نمی شود یا بسیار ناچیز ساخته می شود که برای جبران آن باید انسولین تزریق شود در غیر این صورت منجر به افزایش قند خون، آسیب به اکثر سیستم های بدن و ایجاد عوارض جبران ناپذیر و ناتوان ساز می گردد (گوارگواتا، ویتینگ، ویل و انیون^۳، ۲۰۱۱). متأسفانه علیرغم پیشرفت های علوم پزشکی، این بیماری نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش بوده و در کودکان نیز پدیدار شده است. باید توجه داشت که عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلاء به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند. از سوی دیگر این بیماری همانند هر بیماری مزمن و ناتوان کننده دیگر، فرد مبتلاً خصوصاً کودکان را با مشکلاتی مواجه می سازد که در نتیجه آن، تمامی جوانب زندگی روزمره فرد تحت تأثیر قرار می گیرد (کالوین، گاویریا و ریوس^۴، ۲۰۱۵). از آنجا که دیابت نوع یک منجر به تغییرات دائمی در زندگی کودک می شود، این مسئله می تواند بر عملکرد جسمی، روانی، اجتماعی، ارتباطی و تحصیلی او تأثیر بگذارد و موجب یأس و ناامیدی او شود (راپی، ویگنال، اسپنس، کابم و لینهام^۵، ۲۰۰۸). بنابراین، این بیماری کلیه ارگان های بدن، سبک زندگی، شخصیت و عاطفه کودکان و خانواده ها را تحت تأثیر قرار می دهد (فولکنر^۶، ۲۰۰۷). در واقع دیابت از جمله اختلالات طبی است که می تواند علایم روان پزشکی چون افسردگی^۷ با خود به همراه داشته باشد (سادوک و سادوک^۸، ۲۰۰۷). لذا می توان گفت بیماران دیابتی سطح بالایی از افسردگی را تجربه می کنند (لیروو، هیبرت، بوکزنسکی، چنگ، دوسک و جانستون^۹، ۲۰۰۷). اختلال افسردگی از مهم ترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود که میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است (انگست، گاماف روسلر، آجداکیک و کیلن^{۱۰}، ۲۰۰۹). در جدیدترین مطالعات اختلال افسردگی اساسی در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر (حدود ۱۷ درصد) را داشته است. شیوع طول عمر افسردگی اساسی ۵ تا ۱۷ درصد است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علاقه و یا فقدان احساس لذت تقریباً در همه کارها وجود دارد. همچنین فرد باید دست کم چهار نشانه دیگر از جمله تغییر در اشتها یا در وزن، خواب و کارهای روانی - حرکتی، کاهش نیرو، احساس بی ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر و مشکل تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (امل، مالترر، مک کی، وام پولد^{۱۱}، ۲۰۰۸). افسردگی بیماری پرعارضه و ناتوان کننده ای است که شیوع آن در بیماران دیابتی بیش از جمعیت عمومی (۸ تا ۲۰٪) بوده و حدود ۳۳٪ تخمین زده می شود (سادوک، سادوک، کاپلان، ۲۰۰۵). شواهدی نیز مبنی بر اثر غلظت گلوکز پلاسما بر خلق بیماران دیابتی، وجود دارد به طوری که افسردگی در بیماران دیابتی، با کنترل ضعیف قند خون همراه است و سطح هایپرگلیسمی ارتباط مستقیمی با شدت افسردگی دارد (مادهور و اسرپهار^{۱۲}، ۲۰۰۵). در کل افسردگی می تواند برنامه ی مدیریت یا مهار دیابت در کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. مشاهده شده است اغلب کودکان افسرده کمتر به برنامه ی خود مراقبتی توجه می کنند و

- 1- Diabetes
- 2- Blackburn, Swidrovich, Lemstra
- 3- Guariguata, Whiting, Weil, Unwin
- 4- Calvin, Gaviria, Ríos
- 5- Rapee, Wignall, Spence, Cobham, Lyneham
- 6- Foulkner
- 7- Depression
- 8- Sadock
- 9- Liro, Hibberd, Buczynski, Chang, Dusek, Johnston
- 10- Angst, Gamma, Rossler, Ajdacic, Klein
- 11- Imel, Malterer, McKay, Wampold
- 1- Madhu, Sridhar

با فعالیت های درمانی والدین به خوبی همراه نمی شوند. از طرفی این عوارض روانی سبب بروز عوارض نامطلوب جسمی دیگری هم می شود که به نوبه ی خود در مسیر درمان دیابت مشکلاتی را به وجود می آورد (فولکتر، ۲۰۰۷). افزایش جمعیت زیاد کودکان مبتلا به دیابت نوع یک، جامعه را با مشکلات و مسائل جدی روبرو خواهد ساخت، بنابراین شرایط خاص این کودکان و تأمین بهداشت روانی آن ها از جمله مسائلی است که توجه ویژه ای را می طلبد (سادوک، سادوک و کلوو^۱، ۲۰۱۱). بنابراین ارزیابی سلامت روان کودکان مبتلا به این بیماری، تعیین مداخلات روانشناختی اثربخش و پیش بینی اولویت ها و نیازهای اجتماعی، بهداشتی و روانی آن ها حائز اهمیت است. یکی از رویکردهای قابل استفاده برای این بیماران، درمان شناختی-رفتاری می باشد. درمان شناختی رفتاری آمیزه پیچیده ای از برخی رویکردهای مهم مانند اصلاح رفتار، درمان عقلانی هیجانی و درمان شناختی، توجه به شناخت اجتماعی و سازه های فردی واقعیت است (بک و فرزندز^۲، ۱۹۹۸). این رویکرد مشتمل بر طیفی از فنون شناختی و رفتاری مانند حل مسأله و مدیریت فشار، بازسازی شناختی و آرمیدگی است. مداخله شناختی رفتاری در کاهش نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به بیماری های جسمانی مؤثر است (بلمتن، اوود، وشار و اسپچنز^۳، ۲۰۱۰). همچنین نتایج تحقیقات وال کاپ، آلبانو، پیاسنتین، بیرماهر، کومپتون^۴ و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که درمان شناختی رفتاری نشانه های اضطراب، افسردگی و ناامیدی را بهبود می بخشد. به هر حال چون درمان شناختی-رفتاری گروهی دارای جنبه های شناختی می باشد، به نظر می رسد که این نوع درمان می تواند بر افسردگی در کودکان دیابتی مؤثر واقع شود. شاید این درمان موجب کاهش هیجانات منفی در فرد و در نتیجه ارتقا سلامت روان آنان گردد. پزشکان، روان شناسان، متخصصان تغذیه از یافته های این پژوهش در تسریع درمان بیماری دیابت نوع یک می توانند بهره مند گردند. با توجه به مطالب ذکر شده، هدف از پژوهش حاضر پاسخ به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است؟

روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون به شیوه نمونه گیری هدفمند و گمارش تصادفی در گروه های آزمایش و کنترل می باشد. در ابتدا متون علمی مربوط به بیماری دیابت، افسردگی و درمان شناختی-رفتاری مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت. بعد از هماهنگی و کسب مجوز با مراکز درمانی استان اصفهان (بیمارستان امام حسین(ع)، کلینیک تخصصی دیابت و دو مطب متخصص غدد کودکان) با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش، با آگاه سازی خانواده ی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک و کسب اجازه از آنها برای شرکت در این پژوهش، تعداد ۴۰ کودک مبتلا به دیابت نوع یک به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس این کودکان به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. از ۱۵ نفری که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند، ۱۴ نفر به طور کامل در جلسات درمان حضور پیدا کردند. دو گروه شرکت کننده در مرحله پیش آزمون پرسشنامه افسردگی کودکان کاریا کواس را تکمیل نموده و سپس گروه آزمایش در هشت جلسه ی ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یکبار در کلینیک دیابت اصفهان) جلسات درمان شناختی-رفتاری شرکت کردند و پس از اتمام جلسات پرسشنامه افسردگی دوباره توسط هر دو گروه تکمیل گردید. همچنین بعد از یک ماه و نیم هر دو گروه مورد پیگیری قرار گرفتند تا اثربخشی درمان به طور دقیق مورد بررسی قرار گرفته شود. در نهایت اطلاعات حاصل و گردآوری شده به وسیله نرم افزار SPSS و با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش از پرسشنامه کاریا کواس^۵ (CDI) استفاده شد: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۷ آیتمی است که جهت ارزیابی نشانه های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می شود. آیتم های این پرسشنامه از پرسشنامه افسردگی بک گرفته شده است و هر نشانه ای را که می تواند مختص افسردگی دوره کودکی باشد ارزیابی می کند. پرسشنامه کاریا کواس شامل پنج خرده مقیاس می باشد که عبارتند از: خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین. این پرسشنامه با سایر پرسشنامه های مرتبط با افسردگی دوره کودکی و نوجوانی از جمله مقیاس افسردگی نوجوان رینولدز همبستگی دارد. آیتم ها براساس طبقه بندی از صفر (عدم وجود نشانه) تا ۲ (وجود نشانه های مشخص) نمره گذاری می شوند. نمره کلی (با دامنه ۰ تا ۵۴ است که هر چه

2- Sadock , Kluwer

3- Beck & Fernandez

4- Beltman, Oude Voshaar, Speckens

5- Walkup, Albano, Piacentin, Birmaher, Compton

1- Children's Depression Inventory (CDI)

نمره فرد بیشتر باشد شدت افسردگی فرد نیز بیشتر خواهد بود) با جمع نمرات همه آیت‌ها بدست می‌آید (کواکس^۱، ۱۹۸۵؛ اسماکر، آندربرو وردلینگ، لیسپرز، لینز^۲ و همکاران، ۱۹۸۷). شیوه نمره گذاری: هر سوال در این پرسشنامه دارای سه جمله است که آزمودنی با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته یکی از جملات را انتخاب و ضربدر می‌زند. ۱۴ سوال از ۲۷ سوال به صورت مستقیم و ۱۳ سوال بصورت معکوس ارائه شده است: آیت‌هایی با نمره گذاری مستقیم عبارتند از: ۱-۳-۴-۶-۱۲-۱۴-۱۷-۱۹-۲۰-۲۲-۲۷-۲۶-۲۴-۲۳ و آیت‌های با نمره گذاری معکوس عبارتند از: ۲-۵-۷-۸-۹-۱۰-۱۱-۱۳-۱۵-۱۶-۱۸-۲۱-۲۵. شیوه نمره گذاری برای سوالات مستقیم: پاسخ الف نمره ۰، پاسخ ب نمره ۱، پاسخ ج نمره ۲ می‌گیرد. در سوالات معکوس پاسخ الف نمره ۲، پاسخ ب نمره ۱، پاسخ ج نمره ۰ می‌گیرد. سوالات مربوط به هر خرده مقیاس پرسشنامه کاریا کواس عبارتند از: خلق افسرده: آیت‌های ۱۳-۱۱-۱۰-۹-۸-۷-۵-۲-۱-۸-۶-۱، احساس بی‌په‌ودگی: آیت‌های ۲۷-۲۶-۱۲-۵، مشکلات بین فردی: آیت‌های ۲۴-۲۳-۱۵-۳، احساس عدم لذت: آیت‌های ۲۲-۲۱-۴-۱۶-۱۷-۱۸-۱۹-۲۰، عزت نفس منفی: آیت‌های ۲۵-۱۴-۹-۷-۲. نمره صفر تا ۸ سالم بودن و نمره ۹ تا ۱۹ آستانه افسردگی را نشان می‌دهد و به نمره بالاتر از ۲۰ برچسب افسردگی داده می‌شود. نمره فرد هر چه بیشتر باشد میزان افسردگی نیز بیشتر خواهد بود (توزنده جانی و کمال پور ۱۳۸۰). مطالعات نشان دهنده مشخصات روانسنجی خوبی برای پرسشنامه کاریا کواس وجود دارد. همسانی درونی براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده است (لوگان، دیرد، کلر، گایت و زوک^۳ و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته‌ها

ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی افراد نمونه مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در ذیل ارائه می‌شود:

از نظر تحصیلات افراد نمونه، بیشترین فراوانی مربوط به پایه ششم با ۳۳/۳ درصد بود. از نظر تحصیلات پدر شرکت کنندگان در پژوهش، بیشترین فراوانی مربوط به دیپلم با ۴۶/۹ درصد بود. در بین مادران افراد نمونه، تحصیلات دیپلم با ۴۰/۶ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد. همچنین از نظر شغل پدران بیشترین فراوانی مختص شغل آزاد (۵۶/۳ درصد) بود و در بین مادران آنها، شغل خانه داری با ۸۱/۳ درصد بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داد.

در اینجا جدول اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون و پس آزمون و پیگیری نمره کل افسردگی در دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری افسردگی در دو گروه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	انحراف استاندارد
آزمایش	۱۴	۱۶	۵/۹	۹/۰۷	۵/۹۸	۸/۷۸
کنترل	۱۸	۱۷/۵۵	۵/۰۵	۱۷/۹۴	۴/۷۹	۱۸/۰۵

همانگونه که در جدول ۱ مشاهده می‌گردد، میانگین نمره کل افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اشاره شده است.

2- Kovacs

3- Amsberg, Anderbro, Wredling, Lisspers, Lins

4- Logan, Deirdre ,Claar, Guite, Zuck

داده های حاصل پس از تجزیه و تحلیل به شرح ذیل تلخیص گردید:

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در میزان افسردگی آزمودنی ها

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
مراحل	۱۷۷/۵۰۹	۱	۱۷۷/۵۰۹	۲۶/۵۶۹	***۰/۰۰۱	۰/۴۷۰	۰/۹۹
گروه* مراحل	۲۳۴/۳۲۱	۱	۲۳۴/۳۲۱	۳۵/۰۷۳	***۰/۰۰۱	۰/۵۳۹	۰/۹۹

آن چنان که در جدول ۲ نشان داده شده است تفاوت معناداری بین میانگین نمرات افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P=0/001$). سایر نتایج نشان می دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در افسردگی کودکان معنادار است ($P=0/001$). بدین معنی که عضویت گروهی و مراحل آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین افسردگی کودکان تأثیر دارند و تفاوت میانگین افسردگی کودکان گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. میزان تأثیر اثر تعاملی مراحل آزمون و عضویت گروهی ۵۳/۹ درصد است. بدین معنی ۵۳/۹ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه ها به واسطه دریافت یا عدم دریافت درمان و مراحل آزمون است.

سپس برای بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر مولفه های افسردگی شامل خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین در کودکان مبتلا به دیابت نوع یک نیز از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه می شود:

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مولفه های افسردگی

مولفه ها	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
خلق افسرده	مراحل	۰/۵۹۵	۱	۰/۵۹۵	۰/۷۲۵	۰/۴۰۱	۰/۰۲۴	۰/۱۳۱
	گروه* مراحل	۱/۴۷۰	۱	۱/۴۷۰	۱/۷۹۰	۰/۱۹۱	۰/۰۵۶	۰/۲۵۴
احساس بیهودگی	مراحل	۶/۱۱۳	۱	۶/۱۱۳	۱۴/۶۷۷	***۰/۰۰۱	۰/۳۲۹	۰/۹۶۰
	گروه* مراحل	۸/۴۸۸	۱	۸/۴۸۸	۲۰/۳۷۸	***۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۹
مشکلات بین فردی	مراحل	۶/۶۷۱	۱	۶/۶۷۱	۶/۴۳۹	***۰/۰۱۷	۰/۱۷۷	۰/۶۹۰
	گروه* مراحل	۷/۸۵۸	۱	۷/۸۵۸	۷/۵۸۵	***۰/۰۱۰	۰/۲۰۲	۰/۷۶۰
احساس عدم لذت	مراحل	۲۴/۹۲۳	۱	۲۴/۹۲۳	۱۴/۳۲۷	***۰/۰۰۱	۰/۳۲۳	۰/۹۵
	گروه* مراحل	۲۷/۱۷۳	۱	۲۷/۱۷۳	۱۵/۶۲۱	***۰/۰۰۱	۰/۳۴۲	۰/۹۷
عزت نفس منفی	مراحل	۹/۴۳۱	۱	۹/۴۳۱	۲۶/۴۹۵	***۰/۰۰۱	۰/۴۶۹	۰/۹۹
	گروه* مراحل	۱۳/۹۳۱	۱	۱۳/۹۳۱	۳۹/۱۳۷	***۰/۰۰۱	۰/۵۶۶	۰/۹۹

آن چنان که در جدول ۳ نشان داده شده است تفاوت معناداری بین میانگین نمرات مولفه های افسردگی (به جز مولفه خلق افسرده) در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد ($P=0/001$). سایر نتایج نشان می دهد که اثر تعاملی عضویت گروهی و آزمون در مولفه های افسردگی (به جز مولفه خلق افسرده) کودکان معنادار است ($P=0/001$). بدین معنی که عضویت گروهی و مراحل آزمون به طور تعاملی و همزمان بر میانگین مولفه های افسردگی (به جز مولفه خلق افسرده) کودکان تأثیر دارند و تفاوت میانگین ها در کودکان گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است. اندازه اثر (مجذور اتا) به تفکیک مراحل و تعامل مراحل و عضویت گروهی اشاره شده است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده، نتایج این پژوهش با نتایج بیگی و زینالی (۱۳۹۶)، آزادی و همکاران (۱۳۹۵)، قاسم زاده و همکاران (۱۳۹۵)، نیازمند (۱۳۹۵)، صمد زاده و همکاران (۱۳۹۲)، اسمعیلی (۱۳۹۲)، ثنایی ذاکر و نصیری (۱۳۹۱)، منشیء (۱۳۹۱)، حمید (۱۳۹۰)، رجیبی و همکاران (۱۳۸۹)، دوازده امامی (۱۳۸۸)، ولسچن و همکاران (۲۰۱۳)، بیت اسکو و همکاران، رید (۲۰۱۰)، آمسبرگ و همکاران (۲۰۰۹)، وال کاپ و همکاران (۲۰۰۸)، اگد و همکاران (۲۰۰۲) همخوانی مستقیمی دارد.

در تبیین یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر می توان گفت خلق، هیجان نافذ و پایداری است که فرد در درون خویش احساس می کند. خلق همان احساس درونی است که فرد ادراک و بیان می نماید (لین^۱، ۲۰۰۸؛ به نقل از عطادخت و زارع، ۱۳۹۴). خلق را به عنوان مجموعه احساسات زودگذر در نظر می گیرند که از نظر شدت و مدت متغیر بوده ولی از هیجان طولانی تر است و آن را عاملی می دانند که در ارزیابی و تفسیر یک موقعیت روانشناختی و چگونگی عملکرد در گذشته، حال و آینده مداخله می کند. محتوای خلق به گونه ای است که بر شناخت و رفتار افراد، موفقیت و شکست آنها در موقعیت های بیرونی تأثیرگذار است. واکنش های هیجانی افراد نیز تحت تأثیر خلق قرار دارند و همچنین خلق می تواند بر نوع قضاوت فرد تأثیر گذارد. خلق منفی با دگرگونی های خلق و هیجان مشخص می شود. خلق منفی به تجربه احساسات ناخوشایند شدید اطلاق می شود که در قطب بالای آن احساساتی مانند افسردگی، اضطراب و استرس وجود دارد. افراد با خلق منفی بالا وضعیت خلقی آزار دهنده و هیجانات منفی را تجربه می کنند. خلق منفی یک بعد عمومی از یأس درونی و عدم اشتغال به کار لذت بخش است که به دنبال آن حالت های خلقی اجتنابی از قبیل خشم، غم، تنفر، حقارت، احساس گناه، ترس و عصبانیت پدید می آید. درمان شناختی رفتاری به کودکان کمک می کند تا با سطوح مختلف افکار خود آشنا شوند. افراد با تکالیف و تمرین های داده شده به ارتباط بین افکار خود و حالت های خلقی خود پی می برند. بنابراین در جلسات درمان کودکان با انواع تحریفات شناختی آشنا شدند و با استفاده از کاربرگ STR، نگرش های خود در مورد خویشتن، دیگران، انتظارات از دیگران، توانمندی هایش، گذشته، و غیره و ارتباط این افکار با رفتارهای مخرب روزانه را شناسایی کردند. سرزنش خود، احساس شرم، خودکم بینی، احساس حقارت، احساس ناتوانی، احساس پوچی از معمول ترین جنبه های مورد بررسی در این نوع درمان بوده است. همچنین به کودکان کمک شد تا فعالیت های روزانه خود را براساس ساختار و جهت گیری انجام دهند و فعالیت های لذت بخش و سودمندی روزمره بر اساس یک زمان بندی خاص داشته باشند. در کل نتایج حاصل با این باور بلتمن و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر اینکه مداخله شناختی رفتاری در کاهش نشانگان افسردگی در افراد مبتلا به بیماری های جسمانی مؤثر است، همخوان می باشد.

همچنین می توان گفت، در درمان شناختی رفتاری، چالش با افکار منفی و آموزش حل مسئله باعث می شود تا افراد نقطه نظرها و باورهای خود را به عنوان اصول کامل و خالی از اشکال نپندارند و نسبت به درستی و نادرستی عقاید خود، دیدگاه منعطف تری پیدا کنند، یعنی نسبت به پذیرش افکار، نظرات و باورهای جدید پذیرا تر گردند و فرصت های جدیدتری برای رشد بیابند که این امر در درمان افسردگی بسیار مهم است، زیرا به این ترتیب افراد نسبت به شناخت های معیوب خود دچار شک و تردید گردیده و در صدد تغییر آن ها بر می آیند. بنابراین افراد مبتلا به دیابت باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهند. فرد به اجبار و بنا به طبیعت بیماری لازم است بخش هایی از آزادی های زندگی خود، مثل میزان و نوع مصرف مواد غذایی و گاهی میزان فعالیت فیزیکی خود را محدود سازد، این بیماران مشکلات زیادی در تطبیق خود با برنامه ی درمانی دیابت پیدا می کنند. تغییر روش زندگی و آگاهی از عوارض کوتاه مدت و بلندمدت بیماری موجب فعال شدن نشانه های افسردگی در بیماران می شود. مدل شناختی-رفتاری معتقد است شناخت منفی به شروع افسردگی در بافت استرس زای زندگی کمک می کند و همه افراد در شرایط یکسان افسرده نمی شوند. درمان شناختی رفتاری با هدف قرار دادن این شناخت های منفی سعی در تغییر آنها و بهبود نشانه های افسردگی دارد. بنابراین درمان شناختی رفتاری با هدف قراردادن این شناخت های منفی سعی در تغییر آنها و بهبود نشانه های افسردگی دارد. اساس این نوع درمان آن است که افکار خودکار و خطاهای منطقی علت رفتار غیر انطباقی است، بنابراین افراد برای حل مشکلات خود، باید راه های جدید فکر کردن را بیاموزند (فروزنده و دلارام، ۱۹۹۸). این رویکرد مشتمل بر طیفی از فنون شناختی و رفتاری مانند حل مسأله و مدیریت فشار، بازسازی شناختی، آرمیدگی روانی است

(بک و فرناندز، ۱۹۹۸). بنابراین فرد یاد می گیرد که عوامل مغل ایجاد رابطه مطلوب با دیگران را شناسایی کرده و روابط بین فردی خود را گسترش دهد. همچنین بازسازی شناخت ها و باورهای فرد در مورد بیماری دیابت، تقویت باورهای مثبت و امیدبخش در بیماران و کاهش میزان استرس را به همراه خواهد داشت، که این موضوع می تواند موجب کاهش افسردگی، احساس عدم لذت ناشی از تلقی دیابت به عنوان یک بیماری ناتوان کننده ی مزمن گردد.

منابع و مأخذ

- آزادی، آ.، تقی نژاد، ح.، بستمی، م.، بستمی، ع.، پاشایی ثابت، ف. (۱۳۹۵). بررسی میزان افسردگی و اضطراب در سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان های شهید مصطفی خمینی ایلام و شهدای عشایر خرم آباد، مجله پژوهش.
- اسمعیلی، ا.، اسدینیا، س.، عیسی زاده، ا.، امیرسرداری، ل.، عیسی زادگان، ع.، انصاری، ب. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش سطح افسردگی و بهبود سبک زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۴، شماره ۱۰: ۸۱۲-۸۲۲.
- سادوک، ب.، سادوک، آ. (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷)، ویراست نهم، انتشارات ارجمند.
- بیگی، آ.، زینالی، ع. (۱۳۹۶). تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک به منظور ارائه مراقبت پرستاری، فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، سال پنجم، شماره ۳: ۱۳۹-۱۴۸.
- ثنایی ذاکر، ب.، نصیری، م. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر گروه درمانی شناختی مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب، مجله تازه ها و پژوهش های مشاوره، دوره هفتم، شماره ۸: ۸۹-۹۶.
- حمید، ن. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش مدیریت استرس مبتنی بر نظریه شناختی- رفتاری بر کنترل قند خون زنان دیابتی نوع، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره سیزدهم، شماره ۴: ۳۵۳-۳۴۶.
- دوازده امامی، م.، روشن، ر.، محرابی، ع.، عطاری، ع. (۲۰۱۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی - رفتاری بر کنترل قندخون و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲، مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی شهید بهشتی، دوره یازدهم، شماره ۴: ۳۹۲-۳۸۵.
- رجبی، غ.، ستوده، ا.، خجسته، م. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش خشنودی زناشویی در زنان، مجله مطالعات زنان، شماره هشتم: ۲۵-۴۲.
- قاسم زاده، س.، بیاتی، ب.، نوری پور لیاولی، ر. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مهارت های مقابله با تنیدگی بر افسردگی، اضطراب و استرس مادران دارای نوجوان مبتلا به دیابت نوع یک، مجله دوماهنامه علمی پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، سال دهم، شماره یک: ۷۴-۷۹.
- صمدزاده، ن.، پورشریفی، ح.، بابا پور خیرالدین، ج. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی بر خود مراقبتی و نشانه های افسردگی و اضطراب در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، دوماهنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره نوزدهم، شماره ۳: ۲۶۴-۲۵۵.
- منشی، غ.، کوه منایی، ش.، موسوی، س. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان رفتاری- شناختی بر اضطراب، استرس و افسردگی در کودکان دیابتی بیمارستان ۱۷ شهریور رشت، فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، سال سوم، شماره چهارم: ۲۲-۲۸.
- نیازمند، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب و افسردگی در بین زندانیان مرکزی بوشهر، اولین کنفرانس بین المللی پژوهش های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان شناسی و مطالعات اجتماعی ایران، دوره دهم، شماره ۴: ۱-۱۶.
- Amsberg, S., Anderbro, T., Wredling, R., Lisspers, J., Lins, PE., Adamson, U., et al. (2009). A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patient- a randomized controlled trail. Patient Educ Couns; 77(1): 72-80.
- Angst, J., Gamma, A., Rossler, W., Ajdacic, V., Klein, DN. (2009). Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. J Affect Disord.; 115(1-2): 112-21.
- Beck, R., Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research. 22(1), 63-74.
- Beltman, M. W., Oude Voshaar, R.C., Speckens, A. E. (2010). Cognitivebehavioral therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomized controlled trials. The British Journal of Psychiatry. 197, 11-19.

- Bitsko, M. J., Bean, M. K., Bart, S., Foster, R. H., Thacker, L., Francis, G. L. (2013). Psychological treatment improves hemoglobin A1C outcome in adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Journal of Clinical Psychology Medicine*, 20 (3), 333-342.
- Blacburn, D.F., Swidrovich, F., & Lemstra, M, Non-adherence in type 2 diabetes: pratical consideration for interpreting the literature. *Journal of Patient Preference and Adherence*, 7, (2013),183-189
- Calvín, JL., Gaviria, A., Ríos, MD. (2015). Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. *Revista Clínica Española*; 215(3): 156-64.
- Egede, LE., Zheng, D., Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*; 25: 464- 470.
- Foulkner, MS. (2007). Family Influence On Self- Care: Quality Of Life And Metabolic Control In School Age Children And Adolescent With Type 1 Diabetes. *J Pediat Nurs*; 22(1): 223-236.
- Guariguata, L., Whiting, D., Weil, C., Unwin, N. (2011). The International Diabetes Federation diabetes atlas Methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diab Resea and Cli Prac.*;94(3):322-332.
- Imel, ZE., Malterer, MB., McKay, KM., Wampold, BE. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal Affect Disorder.*; 110(3): 197-206.10.
- Kovacs, M. (1986). The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull*; 57(4):772-9.
- Liro, A., Hibberd, PL., Buczynski, BY., Chang, B., Dusek, KC., Johnston, JM., et al. (2007). Stress management versus lifestyle modification on systolic hypertension and medication elimination: A randomized trial. *J Altern Complement Med.*; 14(2): 129-38.
- Logan, Deirdre, E .Claar, R. Jessica, W., Guite, Zuck SK, Jordan LA, Palermo MT, Wilson CA, Zhou C. (2013). Factor Structure of the Children's Depression Inventory in a Multisite Sample of Children and Adolescents With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, Vol 74, No 1, 2013; pp179-197
- Madhu, K., Sridhar, GR. (2005). Stress management in diabetes mellitus. *Int J diab*; 25: 7-11.
- Sadock, VV., Sadock, BJ., Kaplan, HI. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*, 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins;.
- Sadock, B., Sadock, V., Kluwer, W. (2011). *Synopsis of psychiatry: Behavioral science and clinical psychiatry*. New york:Lippincott Williams & Wilkins; 2011,157(11):1145_51.
- Smucker, MR., Craighead, WE., Craighead, LW., Green, BJ. (1987). Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. *J Abnorm Child Psychol* 1987; 74(7):52-97.
- Reed, M.k. (2010). Social skills training to reduce depression in udolescents. *Journal of Adolescence*, 2010; 89:895-5784.
- Walkup, J. T., Albano, A. M. , Piacentin, I. J., Birmaher, B., Compton, S. N., Shemil, J. T., Ginsburg, G. S., & Rynn, M. A. (2008). Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *Journal of Medicine*, 356 (26), 2753-2766.
- Welschen, LM., van Oppen, P., Bot, SD., Kostense, PJ., Dekker, JM., Nijpels, G. (2013). Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *J Behav Med* 2013; 36(6): 556-66.