تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

جمال عاشوری[1*]

۱- دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: جمال عاشوری- پست الکترونیکی: jamal_ashoori@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: اضطراب فراگیر و افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بسیار شایع است. دیابت نوع دو یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی ایجاد می‌کند. از این رو برای کاهش اضطراب و افسردگی می توان از روش فراشناخت درمانی استفاده کرد. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر قرچک انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قرچک در سال ۱۳۹۴ بودند. از میان آنان ۳۰ نفر با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) شامل گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش فراشناخت درمانی آموزش دید و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. گروه‌ها پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAQ) و پرسشنامه افسردگی (DQ) را به عنوان پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ به روش کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد میان گروه فراشناخت درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارت دیگر روش فراشناخت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد ($P<۰/۰۱$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج این مطالعه نشان داد روش فراشناخت درمانی توانست اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را کاهش دهد. بنابراین مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران می توانند از روش فراشناخت درمانی برای کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی این بیماران استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درمان، فراشناخت درمانی، اضطراب فراگیر، افسردگی، دیابت نوع دو.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

مقدمه و هدف

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که جریان منظم زندگی را مختل می‌کند و می‌تواند پیامدهای روانی مهمی را به دنبال داشته باشد (۱). شیوع دیابت در طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون نفر در جهان رسیده است. تخمین زده می شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش می یابد(۲). دیابت شایع ترین علت قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیوی و یکی از عوامل خطر در ایجاد بیماری قلبی است که می‌تواند باعث اضطراب و افسردگی شود. از تغییراتی که در زندگی افراد دیابتی می توان ایجاد کرد، کاهش اضطراب و افسردگی است(۳). به نظر می‌رسد که روش فراشناخت درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی مؤثر باشد. یکی دیگر از اختلال های روانی شایع در افراد مبتلا به دیابت نوع دو اضطراب است. تمام افراد تا حدی اضطراب را تجربه می‌کنند. اضطراب یک پاسخ سازشی در برابر محرک‌ها تلقی می شود و نبود آن گاهی انسان را با خطرهای جدی مواجه می‌کند. اما اگر اضطراب از حد متعادلش فراتر رود و تداوم پیدا کند، دیگر نمی توان آن را سازش یافته تلقی کرد، بلکه باید آن را به عنوان منبع درماندگی دانست بود(۴). میزان شیوع اختلال های روانی در جوامع در حال صنعتی شدن رو به گسترش است. ایران نیز یکی از این کشورهاست که با این اختلال ها به ویژه اختلال اضطراب درگیر است. میزان اضطراب در جامعه ایران را بین ۱۵-۷ درصد گزارش کرده اند، در حالی که این میزان در دانشجویان بین ۲۰-۱۲ درصد می باشد. این آمار نشان دهنده اهمیت پرداختن به درمان اضطراب در میان دانشجویان می باشد (۵). بر این اساس در تعریف روان درمانی نیز تغییراتی ایجاد شده است. روان درمانی تنها به معنای حذف نشانه های اختلال نمی باشد، بلکه اعتقاد بر این است که روان درمانی باید علاوه بر حذف نشانه های اختلال، مراجع را به سطح کارکردی فراتر از کارکرد طبیعی رهنمون کند. کسانی که تحت هر شرایطی و به هر دلیلی از اضطراب و تنیدگی شدید رنج می برند، اغلب در سطح پایینی از سازش یافتگی قرار دارند(۶). یکی از شایع ترین اختلال های روانی، اختلال اضطراب فراگیر است که با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می شود و همراه با نشانه های جسمانی است. برخلاف سایر اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی مبهم در غیاب اشیاء، محرک ها و موقعیت های خاص است. ویژگی های اصلی اختلال اضطراب فراگیر شامل نگرانی شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت در اکثر روزها حداقل به مدت ۶ ماه، اختلال در عملکرد اجتماعی و شغلی، دشواری در کنترل نگرانی و فراوانی، شدت و مدت نگرانی فراتر از احتمال وقایع تهدیدزا است (۷). یکی دیگر از اختلال های روانی شایع در افراد مبتلا به دیابت نوع دو افسردگی است. اختلال افسردگی از مهمترین انواع اختلالات خلقی به شمار می رود و میزان وقوع آن در طول عمر پانزده درصد است(۸). ویژگی های اصلی اختلال افسردگی شامل یک دوره زمانی حداقل دو هفته ای است که در ضمن آن خلق افسرده یا بی علاقگی و یا فقدان احساس لذت تقریبا در همه کارها

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

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، تمرکز در تصمیم گیری، افکار عود کننده درباره مرگ و خودکشی، طرح نقشه و یا اقدام به خودکشی را داشته باشد (۹). با توجه به آنچه گفته شد نیاز بالایی به وجود روش درمانی موثر برای کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو احساس می‌شود. یکی از روش‌های درمانی مؤثر در کاهش علائم اضطراب فراگیر و افسردگی فراشناخت درمانی است. فراشناخت یک مفهوم چندوجهی می باشد و به دانش یا باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آنها برای تنظیم و کنترل فرایندهای تفکر استفاده می کنند، اشاره دارد. فراشناخت های غلط به ویژه باورهای منفی به کنترل ناپذیری بیشترین همبستگی را با مجموعه ای از مقیاس های مرتبط با آسیب پذیری دارند (۱۰). یکی از درمان های فراشناختی مؤثر و کوتاه مدتی که اخیرا برای اضطراب و افسردگی مطرح شده، درمان فراشناختی ولز (۱۰و۱۱) می باشد. برخلاف درمان‌های شناختی، درمان‌های فراشناختی بدون توجه به محتوای اختلال صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کند و برای تعدیل سایر حوزه های باورها (مثل مسئولیت پذیری افراطی، کمال گرایی و غیره) تلاش نمی‌کند. باورهای اضطراب و افسردگی، پیامد باورهای فراشناختی نابهنجار تلقی می‌شوند (۱۲). در اختلال های اضطراب و افسردگی، افراد ممکن است برای جلوگیری از فاجعه، افکار خود را سرکوب نمایند یا سعی کنند به شیوه دیگری فکر کنند. باورهای فراشناختی بیماران به گونه ای است که این تصورات خطرناک اند و می توانند موجب مصیبت شوند. اضطراب و افسردگی در دیدگاه فراشناخت تنها یک پیامد بیمارگونه نیست، بلکه یک شیوه برانگیخته شده فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط باورهای فرد ایجاد شده است (۱۳). نتایج پژوهش ها حاکی از اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود علائم اضطراب (۱۷-۱۴) و افسردگی (۱۹-۱۸) بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود علائم اضطرابی جانک و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی نقش فرانگری در پیش‌بینی شدت اضطراب نشان دادند که باور افراد از کنترل‌ناپذیر بودن اضطراب با شدت اضطراب پاتولوژیک همبستگی مثبت دارد (۱۴). همچنین در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود افسردگی هاشمی و همکاران در پژوهشی که به بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که فراشناخت درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری باعث کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش شده است (۱۹). تعداد افراد مبتلا به دیابت رو به افزایش می باشد و این اختلال باعث مشکلاتی در روابط ادراک شخصی به ویژه در زمینه اضطراب فراگیر و افسردگی می شود، لذا استفاده از روش درمانی مؤثر برای کمک به این افراد امری ضروری است. همچنین با توجه به مرور پیشینه، هیچ مطالعه ای به بررسی چنین پژوهشی در افراد مبتلا به دیابت نپرداخته است، لذا در این پژوهش تلاش می‌شود این خلأ پژوهشی تکمیل شود. به این ترتیب مساله اساسی این پژوهش بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو می باشد؟ بنابراین هدف کلی این پژوهش تعیین تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

مواد و روش ها

این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قرچک در سال ۱۳۹۴ بودند. از میان ۲۳۷ پرونده جاری مربوط به بیماران دیابتی نوع دو ساکن شهر قرچک، افراد بین سنین ۳۰ تا ۴۰ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و و فاقد مشکلات روانپزشکی شدید و یا فقدان بستگان درجه یک در شش ماه اخیر، به صورت تصادفی ساده ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) شامل گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر قرچک، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. البته پیش از مداخله و پس از مداخله افراد از لحاظ اضطراب فراگیر و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای اندازه گیری اضطراب فراگیر و افسردگی از ابزارهای زیر استفاده شد:

برای اندازه گیری اضطراب فراگیر از پرسشنامه اضطراب فراگیر (Generalized Anxiety Questionnaire (GAQ)) که توسط کتل (Cattlle) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۴۰ گویه سه گزینه ای است که با استفاده از مقیاس سه درجه ای لیکرت از یک تا سه نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه های آن به دست می آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی می باشد. او پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرد. در کشور ما این ابزار توسط شاهجویی ترجمه و هنجاریابی شد. او پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد و روایی آن را با نظر متخصصان تأیید نمود (۲۰). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۶ محاسبه شد. همچنین برای اندازه گیری افسردگی از پرسشنامه افسردگی (Depression Questionnaire (DQ)) که توسط بک (Beck) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۱ گویه است که با استفاده از مقیاس چهار درجه ای لیکرت از صفر تا سه نمره گذاری می‌شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه‌های آن به دست می‌آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، به میزان بیشتری دارای آن ویژگی می باشد. او پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد. در کشور ما این ابزار بارها ترجمه و هنجاریابی شد. برای مثال جوکار پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش کرد و روایی آن را با نظر متخصصان تأیید نمود (۲۱). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای با روش فراشناخت درمانی آموزش دید و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفت. محتوی جلسات فراشناخت درمانی بر اساس تلفیق نظریه شش کلاه تفکر دبونو، فراشناخت درمانی ولز و استفاده از دو راهبرد به تعویق انداختن نگرانی و تغییر توجه به شرح زیر می باشد. در جلسه اول پس از آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، اهمیت و هدف فراشناخت درمانی بیان و مشکلات مراجعان در قالب مدل فرشناخت درمانی صورت بندی شد. در جلسه دوم پس از مرور جلسه قبل و بازخورد به مراجعان، استفاده از کلاه سفید آموزش داده شد. با این راهبرد افراد به شناسایی نگرانی و نشخواری فکری خود می پرداختند، بدون اینکه آنها را تفسیر کنند. در جلسه سوم راهبرد به تعویق انداختن نگرانی آموزش داده شد. برای به تعویق انداختن نگرانی افراد خود را مانند موبایلشان در حالت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

سایلنت (سکوت) قرار می دادند تا نسبت به موقعیت تهدید آمیز بی تفاوت شوند. در جلسه چهارم راهبرد تغییر توجه آموزش داده شد. در این راهبرد افراد توجه خود را از موضوع اضطراب انگیز و افسرده کننده به موضوع دیگری تغییر می‌دادند تا نسبت به موقعیت تهدید آمیز بی تفاوت شوند. در جلسه پنجم استفاده از کلاه قرمز آموزش داده شد. افراد با استفاده از کلاه قرمز احساسات و هیجانات را برای خود بازگو می‌کردند و در عین حال سعی می‌کردند به اینکه چرا این احساس شکل گرفته است و یا اینکه نتیجه این احساس چه خواهد شد، فکر نکنند. در جلسه ششم استفاده از کلاه زرد آموزش داده شد. تفکر کلاه زرد مثبت و سازنده است. کلاه زرد سمبل نور خورشید، روشنایی و خوش بینی است و به عنوان قضاوت مثبت در نظر گرفته می‌شود. در واقع کلاه زرد به این سؤال پاسخ می دهد که اگر فرض کنیم تمامی موانع برای رفع اضطراب و افسردگی شما برطرف شده باشد شما دارای چه فرصتها، مزایا و توانمندی‌هایی خواهید شد. در جلسه هفتم استفاده از کلاه سیاه آموزش داده شد. افراد با استفاده از کلاه سیاه یاد گرفتند موانع موجود در راه رسیدن به هدف را شناسایی کنند. در جلسه هشتم استفاده از کلاه سبز آموزش داده شد. افراد با استفاده از این کلاه یاد گرفتند راه حل جدیدی برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب آمیز و افسرده کننده خلق کنند. در جلسه نهم استفاده از کلاه آبی آموزش داده شد. کلاه آبی با هدف مدیریت، نظارت و کنترل دیگر کلاه‌ها به کار می رود و مؤثرترین کلاه و یا مؤثرترین راهبرد در درمان فراشناختی است. در جلسه دهم یک بار دیگر مطالب مطرح شده در جلسات قبل به صورت اجمالی مرور و راهکارهای یادگرفته شده تمرین شد(۱۰و۱۱). لازم به ذکر است که داده‌ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکووا) با استفاده از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۳۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با میانگین سنی ۱/۴۸±۳۶/۷۳ سال بودند. از میان آنان ۱۹ نفر زن (۶۳/۳۳٪) و ۱۱ نفر مرد (۳۶/۶۷٪) بودند. همچنین از آنها فقط ۴ نفر مجرد (۱۳/۳۳٪) و ۲۶ نفر متأهل (۸۶/۶۷٪) بودند. علاوه بر آن ۷ نفر دیپلم (۲۳/۳۳٪)، ۱۴ نفر فوق دیپلم (۴۶/۶۷٪) و ۹ نفر لیسانس (۳۰٪) بودند. پیش از انجام تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برقرار است. همچنین نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از آن است که فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها برقرار است. در جدول شماره ۱ شاخص آماری میانگین و انحراف استاندارد اضطراب فراگیر و افسردگی در مراحل پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل ارائه شده است. طبق یافته های جدول شماره ۱، در مرحله پس آزمون میانگین اضطراب فراگیر (۶/۳۷±۵۴/۶۷) و افسردگی (۵/۷۳±۲۷/۰۶) گروه فراشناخت درمانی از میانگین اضطراب فراگیر (۷/۶۳±۸۰/۹۳) و افسردگی (۶/۴۵±۴۰/۹۳)

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

گروه کنترل کمتر است. در جدول شماره ۲ نتایج آزمون چند متغیری برای بررسی تأثیر متغیر مستقل بر متغیر وابسته ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول شماره ۲، نتایج هر چهار آزمون نشان داد که متغیر مستقل بر متغیر وابسته مؤثر بوده است. به عبارت دیگر نتایج حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش و کنترل حداقل در یکی از متغیرهای اضطراب فراگیر و افسردگی تفاوت معناداری دارند (P≤۰/۰۰۰۵). بنابراین برای پاسخ دادن به سؤال پژوهشی مبنی بر اینکه آیا فراشناخت درمانی باعث کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می شود از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیری با کنترل اثر پیش آزمون استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است. طبق یافته‌های جدول شماره ۳، گروه تأثیر معناداری بر نمرات پس آزمون داشته است که با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت ۸۹/۱ درصد تغییرات در اضطراب فراگیر و ۹۳/۴ درصد تغییرات در افسردگی ناشی از تأثیر فراشناخت درمانی است. بنابراین در پاسخ به سوال پژوهش مبنی بر تأثیر فراشناخت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی می توان گفت که این روش درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر (F=۱۰۵/۶۱۸ و P≤۰/۰۰۰۵) و کاهش معنادار افسردگی (F=۱۳۱/۲۶۳ و P≤۰/۰۰۰۵) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شده است.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون اضطراب فراگیر و افسردگی گروه های آزمایش و کنترل

گروه ها	تعداد	اضطراب فراگیر				افسردگی			
		پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
		M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
فراشناخت درمانی	۱۵	۸۱/۹۸	۸/۶۷	۵۴/۶۷	۶/۳۷	۴۳/۲۱	۶/۳۴	۲۷/۰۶	۵/۷۳
کنترل	۱۵	۸۲/۶۳	۷/۹۸	۸۰/۹۳	۷/۶۳	۴۲/۷۶	۶/۶۷	۴۰/۹۳	۶/۴۵

جدول شماره ۲: نتایج آزمون چند متغیری برای اضطراب فراگیر و افسردگی

متغیر مستقل	آزمون ها	مقدار	F	Sig	مجذور اتا (PES)
روش‌های درمانی	اثر پیلایی	۰/۷۳۴	۴/۸۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۴۳۶
	لامبدای ویلکز	۰/۶۷۲	۶/۱۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۵۷۱
	اثر هاتلینگ	۱/۴۳۸	۷/۷۶۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۷۴
	بزرگترین ریشه روی	۱/۳۰۶	۲۴/۳۷	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۳

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

جدول شماره ۳: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چندمتغیری گروه های فراشناخت درمانی و کنترل

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اِتا
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۳۷۶/۳۱۴	۱	۳۷۶/۳۱۴	۳۱/۸۰۴	۰/۰۰۰۵	۰/۳۸۴
	گروه	۱۲۴۹/۶۷۸	۱	۱۲۴۹/۶۷۸	۱۰۵/۶۱۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۱
	واریانس خطا	۳۰۷/۶۳۵	۲۶	۱۱/۸۳۲			
	واریانس کل	۶۸۴۳/۳۴۸	۲۹				
افسردگی	پیش آزمون	۲۳۴/۵۶۸	۱	۲۳۴/۵۶۸	۳۱/۲۱۷	۰/۰۰۰۵	۰/۳۷۶
	گروه	۹۸۶/۳۱۲	۱	۹۸۶/۳۱۲	۱۳۱/۲۶۳	۰/۰۰۰۵	۰/۹۳۴
	واریانس خطا	۱۹۵/۳۶۷	۲۶	۷/۵۱۴			
	واریانس کل		۲۹				

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قرچک انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که روش فراشناخت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. یافته های این پژوهش نشان داد که فراشناخت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی مؤثر بوده که این یافته در زمینه اضطراب فراگیر با پژوهش‌های (۱۷-۱۴) و در زمینه افسردگی با پژوهش‌های (۱۹-۱۸و۲۱) همسو بود. برای مثال در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود اضطراب جانک و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی نقش فرانگری در پیش‌بینی شدت اضطراب نشان دادند که باور افراد از کنترل ناپذیر بودن اضطراب با شدت اضطراب پاتولوژیک همبستگی مثبت دارد(۱۴). فیشر و ولز در مطالعه‌ای به صورت موردی، روی ۴ نفر با هدف مقایسه نگرانی گروهی که سطح نگرانی بالایی داشته اما مبتلا به اختلال اضطراب نبودند و گروهی از بیماران با همان سطح نگرانی بالا که اختلال اضطراب داشتند، به این نتیجه رسیدند که افراد مضطرب، کنترل نگرانی‌هایی خود را دشوار گزارش می‌کردند و انواع باورهای منفی را در مورد نگرانی‌های خود گزارش دادند (۱۵). همچنین خرم دل و همکاران در یک پژوهش نیمه تجربی بر روی ۲۴ دانش آموز که با هدف بررسی اثر درمان فراشناختی ولز بر بیماران مبتلا به اضطراب انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری در اضطراب داشت (۱۶). علاوه بر آن در بحث اثربخشی فراشناخت درمانی در بهبود افسردگی هاشمی و همکاران در پژوهشی که به بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر افسردگی پرداختند، به این نتیجه رسیدند که فراشناخت درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری باعث کاهش معنادار افسردگی در گروه آزمایش شده است (۱۹). همچنین قرایی در پژوهشی که به بررسی تأثیر مدل های شناختی و فراشناختی بر بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی پرداخت، به این نتیجه رسید که در مرحله پس آزمون مدل شناختی برخلاف مدل فراشناختی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

باعث کاهش معنادار اضطراب و افسردگی شده است، اما در مرحله پیگیری مدل فراشناختی بیش از مدل شناختی باعث کاهش اضطراب و افسردگی شده است(۲۱). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت روش فراشناخت درمانی با آموزش راهکار تغییر توجه از محرک‌های اضطراب آور و افسرده کننده به سایر محرک‌ها و راهکار به تعویق انداختن به طور موقت باعث کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی می‌شود و استفاده مداوم از این دو راهکار باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر و افسردگی می‌شود. تبیین دیگر اینکه در این روش درمانی استفاده از کلاه‌ها به ویژه کلاه زرد که در این کلاه فرد به موقعیت اضطراب آور افسرده کننده مانند یک فرصت برای رشد نگاه کند، کلاه سبز که فرد راه حل جدیدی برای موقعیت‌های اضطراب آور و افسرده کننده خلق کند و کلاه آبی که کلیدی ترین راهکار محسوب می شود و فرد با استفاده از این کلاه یاد می‌گیرد که بر فعالیت سایر کلاه ها نظارت و آنها را مدیریت کند که در نهایت این عوامل باعث تأثیر مثبت این روش درمانی در کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی می شود. آخرین تبیین اینکه هدف اصلی درمان فراشناختی این است که افراد با مشارکت فعال در درمان مشکل را به گونه ای دیگر ببینند یعنی خود را از مشکل جدا دانسته و با فاصله گرفتن از افکار به ویژه افکار منفی، بهتر بتوانند افکار و اندیشه‌های خود را ارزیابی کنند. این امر با کمک آموزش فنونی مانند شناسایی افکار و احساسات منفی، بازگویی احساسات و هیجانات، قضاوت مثبت، بررسی راه‌های رسیدن به هدف و مقابله با چالش‌ها، خلق راهکار برای مقابله با موقعیت‌های چالش انگیز و مدیریت رفتار انجام می شود. مسلما کاربرد این فنون و نحوه تفکر و بیرونی کردن مشکل در حیطه های روانی به ویژه اضطراب و افسردگی مؤثر بوده و نخست باعث کاهش افکار و احساسات منفی و در نهایت باعث کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی می‌شود. دستاورد این پژوهش اینکه روش فراشناخت درمانی باعث کاهش معنادار اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد. لذا روش فراشناخت درمانی قابلیت کاربرد اجرایی در مراکز درمانی دارد و جزء روش های مؤثر در کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی محسوب می شود. با توجه به تأثیر فراشناخت درمانی در کاهش اضطراب فراگیر و افسردگی باید مشاوران، روانشناسان بالینی و متخصصان در زمینه روش های درمانی مؤثر به این روش توجه نمایند. با کمک به مراجعین جهت افزایش استفاده از روش مذکور می توان این امیدواری را داشت که افراد بهتر بتوانند خود محرک های اضطراب آور و افسرده کننده که عموما ذهنی هستند را کنترل کرده و اضطراب فراگیر و افسردگی خود را کاهش دهند. هر چند در این پژوهش تلاش شد تا با انتصاب تصادفی آزمودنی ها به گروه‌های آزمایش و کنترل، متغیرهای مزاحم و سوگیری‌های احتمالی کم شود، اما مهمترین محدودیت این پژوهش عدم استفاده از مرحله پیگیری بود. محدودیت دیگر، محدود شدن نمونه آن به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر قرچک بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش های آتی از پیگیری های کوتاه مدت و بلند مدت برای بررسی تأثیر مداوم روش فراشناخت درمانی استفاده کنند. همچنین می‌توان در پژوهش‌های آتی روش فراشناخت درمانی را با سایر روش‌ها مثل معنویت درمانی، شناختی رفتاری، طرحواره درمانی، واقعیت درمانی و غیره مقایسه کرد. پیشنهاد دیگر اینکه، این پژوهش در سایر گروه ها انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر روش فراشناخت درمانی با دقت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

و اطمینان بیشتری بحث کرد.

قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهرستان قرچک و شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

The Effects of Meta-cognitive Therapy on Generalized Anxiety Disorder and Depression among Patients with Type II Diabetes

Jamal Ashoori[1*]

1- PhD of Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran

***Corresponding author:** Jamal Ashoori, E-mail: jamal_ashoori@yahoo.com

Abstract

Introduction: Generalized anxiety disorder (GAD) and depression are common among patients with type II diabetes. Type II diabetes is one of the most common chronic conditions, causing various limitations for the patients. Therefore, meta-cognitive therapy can be applied to reduce GAD and depression among these patients. This study aimed to investigate the effects of meta-cognitive therapy on reducing GAD and depression among patients with type II diabetes, referring to healthcare centers of Qarchak, Iran.

Methodology: In this quasi-experimental study, a pre-test, post-test, control-group design was applied. The study population consisted of patients with type II diabetes, referring to healthcare centers of Qarchak in 2015. Overall, 30 patients were selected via simple random sampling and were assigned to experimental and control groups (n=15 per group). The experimental group received 10 sessions of training via meta-cognitive therapy, while the control group did not receive any treatments. The groups completed the Generalized Anxiety Questionnaire (GAQ) and Depression Questionnaire (DQ) for pre-test and post-test assessments. For data analysis, multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was performed, using SPSS version 19.

Results: The findings showed a significant difference between the experimental and control groups. In other words, meta-cognitive therapy led to a significant decline in GAD and depression among patients with type II diabetes ($P<0.01$).

Conclusion: The results of this study showed that meta-cognitive therapy could reduce GAD and depression among patients with type II diabetes. Therefore, counselors, clinical psychologists and therapists can apply meta-cognitive therapy as a means to decrease GAD and depression among these patients.

Keywords: Therapy, Meta-cognitive therapy, Generalized anxiety disorder, Depression, Type II Diabetes

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]

References

1. Khoshniat Niko M, Madarshahian F, Hassanabadi M, Heshmat R, Khaleghian N. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. Iranian J Diabetes & Lipid Disorder. 2007;7(1):71-6. [Persian]
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010;87(1):4–14.
3. Chang K. Comorbidities, quality of life and patients' willingness to pay for a cure for type 2 diabetes in Taiwan. Pub Heal. 2010;124(5):284-94.
4. Janbozorgi M. Investigation the effectiveness psychotherapy with and without Islamic religiosity orientation on anxiety and tension. J Psycho. 2000;2(4): 343-68. [Persian]
5. Sanaee B, Nasiri N. Investigation effect of cognitive-religious group therapy in decrease depression and anxiety of patient with disorder. J New & Res Couns. 2007;8(2):89-97. [Persian]
6. Aldwin CM, Revenson TA. Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. J Pers Soci Psychol. 1987;53(2): 337-48.
7. Schulz J, Gotto JG, Rapaport MH. The diagnosis and treatment of generalized anxiety disorder. Prim Psych. 2005;12(11):58-67.
8. Angst J, Gamma A, Rossler W, Ajdacic V, Klein DN. Long-term depression versus episodic major depression: results from the prospective Zurich study of a community sample. J Affect Disord. 2009;115(1-2):112-21.
9. Imel ZE, Malterer MB, McKay KM, Wampold BE. A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. J Affect Disord. 2008;110(3):197-206.
10. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 6th ed .UK: Wiley & Sons; 2000.
11. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. 1st ed. New York: Guilford Press; 2009.
12. Myers SG, Wells A. Obsessive–compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. J Anxi Disord. 2005;19(7):806-17.
13. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. J Clin Psycho & Psychother. 2004;11(2):137–44.
14. Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking? Metacognitive differences in obsessive–compulsive disorder. J Anxi Disor. 2003;17(2):181–95.
15. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(2):117-32.
16. Khorramdel K, Neshatdoost HT, Molavi H, Amiri SH, Bahrami F. The effect of metacognitive therapy of wells in patient with anxiety. J Fundamental Health. 2010;12(1):400-9. [Persian]
17. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. 9th ed. New York: Williams & Wilkins; 2003.
18. Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K, et al. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psych. 2001;62:53-8.
19. Hashemi Z, Mahmood Alilou M, Hashemi Nosrat Abadi T. Efficacy of metacognitive treatment in major depression: case study. J Clinical Psychology. 2010;7(3):85-97. [Persian]
20. Shahjoee T. Investigation relationship anxiety and anxiety test. (Dissertation). Semnan: The University of Semnan; 2006. [Persian]
21. Jokar M. Investigation of effectiveness of personal counseling, telephonic counseling and book therapy with Beck cognitive method in reduction of depression symptoms at counseling central of Isfahan University. (Dissertation). Isfahan: The University of Isfahan; 2004. [Persian]
22. Gharaee B. Consideration some of cognitive and metacognitive models in patients with anxiety and depression. (Dissertation). Tehran: Tehran Psychiatric Institute; 2014. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-15]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.2.4]