

اثر بخشی آموزش تاب آوری در برابر استرس بر سلامت عمومی و کانون کنترل سلامت در بیماران مبتلا به دیابت

سیدامیر حسین هژبری^۱

^۲ دانشجویی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی دانشگاه علوم و تحقیقات تهران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی آموزش تاب آوری در برابر استرس بر کانون کنترل سلامت و سلامت عمومی در بیماران دیابتی استان قائم شهر انجام گرفت. این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش حاضر عبارت از، تقریباً ۵۵۴ نفر از افراد دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر قائم شهر که از یکسال قبل به انجمن دیابت مراجعه و تشکیل پرونده داده بودند. جامعه پژوهش شامل ۶۰ نفر که بصورت نمونه در دسترس از بین بیماران عضو انجمن دیابت قائم شهر به صورت تصادفی انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. در ابتدا پیش آزمون توسط هر دو گروه انجام شد و سپس گروه آزمایش به مدت ۹ جلسه ۱/۵ ساعته بصورت هفتگی تحت آموزش تاب آوری در برابر استرس همراه با تن آرامی و گروه کنترل طی این مدت تحت آموزش های دیگر نامرتبط با مدیریت استرس مانند آموزش های دارویی قرار گرفتند. پس از پایان دوره هر دو گروه مجدداً به تکمیل پرسشنامه پرداختند. ابزار این پژوهش شامل پرسشنامه های سلامت عمومی و کانون کنترل سلامت بود. همچنین، داده های به دست آمده از پژوهش با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی، حد اکثر و حد اقل) آمار استنباطی به روش کوواریانس و مانووا و تی تست مستقل و توسط نرم افزار Spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته های این پژوهش نشانگر آن است آموزش تاب آوری در برابر استرس باعث افزایش سلامت عمومی بیماران دیابتی شده و کانون کنترل سلامت را به سمت درونی شدن سوق داده است.

واژه های کلیدی: آموزش تاب آوری در برابر استرس، کانون کنترل سلامت، سلامت عمومی و دیابت.

۱. مقدمه

سلامت و بیماری مفاهیمی دارای همپوشی هستند که در طیفی گسترده قرار دارند. یک طرف طیف را سلامت، وضع جسمی، روانی و اجتماعی مطلوب تشکیل می دهد که در طول زمان متغیر است. طرف دیگر، طیف بیماری قرار دارد که با علائم بیماری و ناتوانی توأم است. در طول تاریخ بویژه قرن بیستم، در مقایسه با زمان های گذشته، الگوی بیماری تغییر کرده است. امروزه مردم در سنین بالا و به علل دیگری می میرند. بیماری های عفونی، دیگر دلیل اصلی مرگ در جوامع صنعتی نیست. امروزه در جهان بیماری های مزمن مشکل اصلی بشمار می آیند [۱]. تشخیص این بیماری های تهدید کننده زندگی اثرات متعددی بر کیفیت زندگی فرد میگذارد [۲]. بیماری دیابت یکی از مهم ترین اختلالات غدد و متابولیسم است که بشر با آنها روبروست. طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۵ تقریباً ۲۰۰-۳۰۰ میلیون نفر در سرتا سر جهان به دیابت مبتلا خواهند شد. به عبارت دیگر سالانه حدود ۶ میلیون نفر به تعداد این بیماران افزوده میشود [۳]. از آنجا که این بیماران اغلب از عوارض کوتاه مدت و طولانی مدت بیماری اطلاع ندارند، ایجاد اختلالات خلقی و روانشناختی در این افراد دور از ذهن نخواهد بود [۴]. با افزایش تعداد بیماران دیابتی هزینه های اقتصادی این بیماری از اهمیت ویژه برخوردار میشود دیابت و عوارض آن در حال حاضر بعد از اختلالات روانی پر هزینه ترین بیماری های مزمن محسوب میشود [۵]. دیابت نوع ۱ و نوع ۲ دو شکل اصلی این بیماری هستند. تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ مبتلا هستند. عوامل زیادی در بروز دیابت نقش دارد و به نظر میرسد در بروز دیابت نوع ۲ نقش عوامل محیطی نظیر عدم تحرک بدنی تغذیه نامناسب و چاقی برجسته است [۶]. تاثیر دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ و غیره نمیشود. بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش های متعدد از قبیل فشارهای ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه های درمانی، مراقبتی پیچیده و هزینه بردار، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایشهای مختلف و متعدد، نگرانی در باره آینده بیماری و احتمال ابتلای فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی، اختلال در ویژگی های روانشناختی کار و غیره منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا میشود [۷].

یافته های بالینی نشان می دهد فشار روانی ناشی از رویدادهای روز مره زندگی به تدریج فعالیت سیستم های مختلف بدن را تحت تاثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می سازد و یا با تضعیف سیستم ایمنی، استعداد ابتلا به بیماری های روانی و جسمی را افزایش میدهد. از نشانه های شایع استرس، خستگی، سردرد، تنش ماهیچه ای، اختلالات گوارشی، سرگیجه، بالا رفتن قند خون و... می باشد. استرس بالا قادر است موجب کاهش سطح سلامتی و رفاه افراد گردد [۸]. از آنجایی که، روان درمانی شامل آموزش های شناختی در بیماری های طبی، میتواند موجب کاهش نیاز به استفاده از خدمات پر هزینه پزشکی و افزایش سلامت روان بیماران گردد و این روند در در مورد بیماری های طبی و مزمن به طور کلی دیابت به طور اخص، دارای اهمیت ویژه ای میباشد [۹]. از این رو، تاب آوری در دهه های اخیر به عنوان یکی از سازه های اصلی شخصیت برای فهم انگیزش هیجان و رفتار مورد توجه قرار گرفته است. تاب آوری توانایی منطبق ساختن سطح کنترل بر شرایط محیطی میباشد [۱۰]. در زمینه رفتار انسانی تاب آوری اغلب به عنوان یک ویژگی مرتبط با منش شخصیت و توانایی مقابله در نظر گرفته میشود و بر توانمندی انعطاف پذیری توانایی تسلط یا برگشت به حالت عادی پس از مواجهه با استرس و چالش شدید

دلالت دارد [۱۱] در نتیجه این انعطاف پذیری انطباقی، افراد دارای تاب‌آوری بالاتر اعتماد به نفس بالاتری دارند و با احتمال بیشتری در زندگی خود عواطف مثبت را تجربه مینمایند [۱۲] همچنین در مقایسه با افرادی با سطح پایین تاب‌آوری سازگاری روان‌شناختی بهتری دارند [۱۳] در نتیجه‌ی فرایند تاب‌آوری از طریق اصلاح یا تعدیل و یا حتی ناپدید شدن، اثرات ناگوار فشارهای روانی سلامت روان حفظ میشود [۱۱] همچنین، بین تاب‌آوری و مشکلات روان‌شناختی رابطه‌ای معنا دار و منفی گزارش شده است [۱۴-۱۵] به بیانی دیگر، این سازه میتواند به عنوان عاملی جهت ارتقا سلامت روان مورد توجه قرار گیرد [۱۶] با ارتقای تاب‌آوری، فرد می‌تواند در برابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و همچنین عواملی که مسبب به وجود آمدن بسیاری از مشکلات روان‌شناختی آنها می‌شود از خود مقاومت نشان داده و بر آنها غلبه نمایند [۱۷-۱۸] افراد با سطح زیاد تاب‌آوری معمولاً میتوانند با درد ناشی از بیماری مقابله کنند و نشانه‌های افسردگی در این افراد به دلیل مقابله کارآمد کاهش میابد ولی افراد بیمار به دلیل سیر طولانی بیماری کم‌کم تحلیل می‌روند و تاب‌آوری آنها کاهش میابد و به سمت فاجعه‌سازی درد پیش می‌روند [۱۹] در واقع تاب‌آوری تفاوت‌های فردی را در تجارب روبه‌رو شدن با درد توضیح میدهد و این خصیصه به خوبی توضیح میدهد چرا برخی افراد در برابر بیماری خود را می‌بازند و ناامید میشوند در عین حال برخی افراد از همین بیماری و درد برای ارتقای زندگی و بهبود کیفیت زندگی خود بهره می‌برند [۲۰] تاب‌آوری به معنای مهارت‌ها، خصوصیات و توانمندی‌هایی تعریف می‌شود که فرد را قادر می‌سازد با سختی‌ها، مشکلات و چالش‌ها سازگار شود. هر چند برخی از ویژگی‌های مرتبط با تاب‌آوری به صورت زیستی و ژنتیکی تعیین می‌شوند، اما مهارت‌های مربوط به تاب‌آوری را می‌توان یاد داد و تقویت نمود. تاب‌آوری انعطاف‌پذیری شناختی را به طور معنی‌داری بهبود میبخشد و افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند موقعیت‌های چالش‌برانگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرد و تاب‌آوری بیشتری دارند [۲۱].

در بیماری دیابت که نیازمند مشارکت بیمار در فرایند درمان می‌باشد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. یکی از عوامل تاثیرگذار بر رفتارهای خود مراقبتی، کانون کنترل سلامت است که در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی. افرادی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند بر این اعتقادند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهای بیرونی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردند در عوض افرادی که دارای کانون کنترل سلامتی از نوع درونی هستند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آنها می‌باشد و تعیین‌کننده سلامتی آنها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد [۲۲]. کانون کنترل سلامتی به عنوان یک متغیر موثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. کانون درونی کنترل سلامت به طور مثبت با آگاهی و نگرش، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه می‌شود. در مقابل، بیشتر منابع بیرونی کنترل

سلامت(به خصوص افراد قدرتمندوبا نفوذ و بخت و اقبال)با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند[۲۳].

(شورتز،^۱ ۲۰۰۰)در پژوهشی نشان داد که کانون کنترل درونی سلامت در پیشگیری از بیماری و امیدواری نسبت به زندگی موثر است. همچنین حجم عمده ای از تحقیقات دلالت بر این دارند که هنگام مواجهه با مشکلات بهداشتی، ظاهراً افراد دارای کانون کنترل درونی نسبت به بیرونی به طور کلی پاسخ‌های سازگارانه در دامنه ای از به کار گیری مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و توأم با احتیاط تا راهبردهای درمانی به هنگام بروز بیماری یا اختلال قرار می‌گیرند. پژوهشهای زیادی، ارتباط بین کانون کنترل درونی و سازگاری روانشناختی را در بیماری‌های مزمن مورد تایید قرار داده اند[۲۴]، با این حال مطالعات دیگر ارتباط آشکاری بین این دو متغیر نیافته اند[۲۵].

اکنون به بررسی این نکته می‌پردازیم که فشار روانی چگونه می‌تواند موجب بیماری یا تشدید آن شود. نجفیان و گلستان هاشمی (۱۳۸۲) بیان می‌کنند به دو علت اساسی فشار روانی می‌تواند موجب بیماری یا تشدید آن شده و سلامت عمومی را به خطر اندازد. عامل اول این که در هنگام وضعیت پرفشار روانی بروز عوارض آن مانند افسردگی، نگرانی و اضطراب معمولاً باعث اختلال در روند انجام رفتارها و اعمال مرتبط با حفظ سلامتی مانند خوراک متعادل، ورزش، خواب و استراحت کافی می‌شود. و عامل دوم این که در هنگام وضعیت پر فشار روانی عملکردهای دستگاه ایمنی بدن شرایط مساعد و کارایی ندارد[۲۶]. همچنین مطالعات نشان میدهد مداخلات روانشناختی در کاهش اضطراب پریشانی هیجانی و افکار مزاحم افزایش سلامت روانشناختی تطابق فیزیولوژیک اثرگذار است[۲۷]. بررسیهای انجام شده در سال‌های اخیر به عنوان مثال یافته‌های عدیلی و همکاران (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که به طور کلی روان درمان گری از جمله درمانگری‌های شناختی - رفتاری، در بهبود علائم جسمی و ناراحتی‌های هیجانی آن دسته از بیماران دیابتی که از افسردگی و اضطراب رنج می‌برند، مؤثر است. بر همین اساس همکاری نزدیک بین متخصصان دیابت و روان شناسان مورد تاکید قرار گرفته است[۲۸] افزایش و ارتقای سلامت عمومی مستلزم آموزش روش دستیابی به سبک زندگی سالم، رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز کمک به افراد در معرض خطر است.

مطالعات نشان داده است افرادی که خود را به مجموعه‌ای از مهارت‌ها و توانمندی‌های مقابله ای تجهیز کرده اند در رویارویی با مشکلات موفق ترند. استفاده از پاسخ‌های مقابله ای موثر، به آنها در غلبه بر مشکلات جسمانی و روانی، روابط بین فردی، اجتماعی و تعارضات فردی کمک می‌کند، در نتیجه این افراد از کیفیت زندگی و سلامت روان بهتری برخوردارند. در مقابل، افرادی که از راهبردهای هیجانی یا اجتنابی استفاده می‌کنند بیشتر در معرض فرسودگی عاطفی، هیجانی و نگرشی قرار می‌گیرند سلامت عمومی به معنی استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و موثر بودن در موقعیت‌های دشوار، انعطاف پذیر بودن و بازیابی تعادل خود می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی سلامت عمومی را چنین تعریف می‌کند: حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی و نه فقدان بیماری یا ناتوانی. سلامت دردیدگاهی کلی نگر از جنبه‌های روانی-اجتماعی و فیزیکی مورد توجه

^۱-Shwrtz

قرار می گیرد و رابطه آن با محیط نیز مد نظر قرار می گیرد [۲۹]. لذا سلامت بهینه افراد را قادر می سازد تا تواناییهای جسمی و روانی خود را به حد اکثر رسانیده، از استرس های ناشی از عوامل بین افراد جلوگیری کرده و زندگی اجتماعی، اقتصادی بارور و هماهنگ با محیط داشته باشد [۳۰].

در مجموع، پژوهش ها نشان می دهند که مداخلات روان شناختی و مدیریت استرس بر حالات روان شناختی بیماران دیابتی در کشورهای مختلف به صورت معنی داری مفید بوده است [۳۱]. ولی نتایج همه پژوهش ها در این زمینه موید این تاثیر نیست و به دلیل تناقضات و ابهامات موجود نیاز به انجام پژوهش های بیشتر و دقیق تر احساس میشود. به ویژه در کشورهایی مثل ایران که دیابت شیوع بسیار بالایی دارد [۳۲].

بنابراین پژوهش حاضر به دنبال بررسی دو فرضیه است:

- ۱- آموزش تاب آوری در برابر استرس بر سلامت عمومی بیماران دیابتی اثرگذار است.
- ۲- آموزش تاب آوری در برابر استرس بر کانون کنترل سلامت بیماران دیابتی اثرگذار است.

۲. روش تحقیق

پرسشنامه های سلامت عمومی و کانون کنترل سلامت و همچنین پرسشنامه اطلاعات شخصی در اختیار دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شد. هر دو گروه آزمایش و کنترل به مدت ۹ جلسه به صورت هفتگی در کلاس های آموزشی ۱/۵ ساعته شرکت کردند. برای گروه آزمایشی آموزش تاب آوری در برابر استرس همراه با ریلکسیشن انجام گردید. گروه کنترل طی این مدت تحت آموزش های دیگر نامرتبط با تاب آوری در برابر استرس مانند آموزش های دارویی قرار گرفتند. پس از پایان دوره هر دو گروه مجدداً به تکمیل پرسشنامه پرداختند. هر جلسه با آموزش آرمیدگی آغاز می شود که شامل تکنیک های آرمیدگی است. قسمت دوم هر جلسه به آموزش تکنیک های تاب آوری در برابر استرس می پردازد که با مسائل مرتبط با سلامت بیماران در آمیخته می شود.

جلسات :

جاسه اول معارفه و بیان اهداف

جلسه دوم آشنایی با چارچوب کلی بحث و موضوع تاب آوری

جلسه سوم تقویت عزای نفس: آشنایی با برخی عوامل حمایتی بیرونی

جلسه چهارم ارتقا توانایی افراد در برقراری ارتباط

جلسه پنجم برقراری روابط اجتماعی : آشنایی با راههای ایجاد تابآوری برقراری و حفظ ارتباط با دیگران

جلسه ششم تعیین هدف و امید داشتن نسبت به آینده خودکارآمدی

جلسه هفتم حل مسأله: ادامه ایجاد تابآوری -خودمراقبتی پرورش خوشبین

جلسه هشتم ادامه راههای ایجاد تابآوری

جلسه نهم جمع بندی، نتیجه گیری و اجرای پس آزمون

۳. ابزار پژوهش

پرسشنامه کانون کنترل سلامت

مقیاس چند وجهی منبع کنترل سلامت در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شد. این موضوع که شخص دارای محور کنترل سلامتی (منبع کنترل سلامت) از نوع درونی یا بیرونی باشد، بر اساس یک مجموعه مشخصات است. این مشخصات و ویژگی ها به صورت مقیاس بندی شده وجود دارد و به تعیین نوع محور کنترل سلامتی در افراد می پردازد. مقیاس MHLC شامل سه مولفه با معیار شش گانه لیکرت و مخفف این کلمات است:

۱- منبع کنترل سلامت مربوط به افراد موثر (PHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله افراد دیگر تعیین می شود. ۲- منبع کنترل سلامت درونی (IHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او است. ۳- منبع کنترل سلامت مربوط به شانس (CHLC): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت، اقبال و سرنوشت است. این پرسشنامه دارای سه فرم A، B و C است که هر کدام مشتمل بر هجده عبارت و هر مولفه دارای شش عبارت است. فرم A و B در سال ۱۹۷۸ و فرم C که می تواند برای بیماری های خاص یا شرایط معین مورد استفاده قرار گیرد، در سال ۱۹۹۴ منتشر شد، در مدت ۱۴-۱۰ دقیقه تکمیل می شوند. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است. آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت شش درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از آن را بیان کند. ضریب پایایی کدور - ریچاردسون برای هر یک از مقیاس منبع کنترل درونی، منبع کنترل مربوط به افراد مهم و منبع کنترل مربوط به شانس به ترتیب ۰/۵۰، ۰/۶۱، ۰/۷۷ گزارش شده است. مشکي و همکاران (۱۳۸۵) برای تعیین روایی و پایایی ابزار مورد نظر، ۴۹۶ نفر دانشجو را مورد آزمایش قرار دادند. در این پژوهش، تعیین پایایی فرم B به سه روش باز آزمایی، ثبات درونی و آزمون همپا انجام شد و برای این منظور به ترتیب از فرمول ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن-براون و آلفای کرونباخ استفاده شد. در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای سلامت درونی ۰/۸۱، سلامت مربوط به افراد موثر ۰/۸۳ و سلامت مربوط به شانس ۰/۷۹ به دست آمد.

^۱Powerful Other Locus of Control^۲Internal Health Locus of Control^۳Chance Locus of Control

سلامت عمومی گلد برگ و هیلر GHQ-28:

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر GHQ-28 (۱۹۷۹) شناخته شده ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تاثیر شگرفی بر پیشرفت پژوهش ها داشته است و برای شناسایی اختلالات روانی غیر سایکوتیک در شرایط گوناگون در سطح گسترده ای به کار می رود.

این پرسشنامه برای سرند نمودن اختلالات روانی در جمعیت عمومی گسترده در بررسی های زمینه یابی در کشورهای مختلف به کار برده شده و دارای ۴ مقیاس فرعی بدین شرح می باشد که هر مقیاس دارای ۷ پرسش است: ۱-مقیاس علائم جسمانی ۲-مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب ۳-مقیاس کارکرد اجتماعی و ۴-مقیاس علائم افسردگی. همچنین جنس، سن و سطح تحصیلات تاثیر مهمی در این پرسشنامه نداشته است (گلدبرگ، ۱۹۹۷؛ به نقل از شمس علیزاده و همکاران، ۱۳۸۰).

از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به علائم جسمانی است، موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می سنجد. این پرسشنامه دارای ۴ انتخاب با جواب هاب اصلاً، در حد معمول، بیش از حد معمول و خیلی بیشتر از حد معمول می باشد. نظام نمره گذاری این پرسشنامه به ترتیب از صفر تا ۳ به موارد فوق می باشد. در هر مقیاس از نمره ۶ و در مجموع از نمره ۲۱ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

ویلیامز، گلدبرگ و ماری (۱۹۸۸)، به نقل از شمس علیزاده و همکاران، (۱۳۸۰) در تحلیل ۴۳ بررسی، حساسیت آنرا ۰/۸۴ و ویژگی آنرا ۰/۸۲ گزارش نمودند.

ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه ای حساسیت و ویژگی پرسشنامه را در بهترین نقطه برش (نمره ۲۴) به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۹۹ و ضریب روائی ملاکی، ضریب پایانی تنصیف و آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ گزارش نموده اند. در بررسی نوربالا و همکاران (۱۳۸۷) بهترین نمره برش با استفاده از روش نمره گذاری لیکرت، برای افراد مورد مطالعه نمره ۲۳ به دست آمد. حساسیت و ویژگی و میزان اشتباه طبقه بندی کلی با این نمره برش به ترتیب برابر با ۷۰/۵، ۹۲/۳ و ۱۲/۳ درصد بود.

ضریب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ در مطالعه یعقوبی، نصر و شاه محمدی (۱۳۷۴) برابر با ۰/۸۸ به دست آمد. این پرسشنامه به چندین زبان نیز به کار برده می شود (چان، ۱۹۹۳؛ چیرنگ و پیرز، ۱۹۹۴؛ گورج و ابیکویا، ۱۹۹۰؛ به نقل از مجاهد و بیرشک، ۱۳۸۲).

این پرسشنامه دارای جمله های ساده ای پیرامون وضعیت روانی فرد است برای نمونه ((آیا این روزها دچار حواس پرتی شده اید؟)) که پاسخ آن با چهار گزینه خیر (۰)، خیلی کم (۱)، کم (۲) و زیاد (۳) نمره گذاری می شود (گلدبرگ، ۱۹۷۲).

در این پژوهش منظور از سلامت عمومی نمره خام شرکت کنندگان در پرسشنامه سلامت عمومی است. نحوه نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی با روش نمره گذاری ساده لیکرت چنین است که با افزایش نمرات هریک از

خرده مقیاس ها که از ۰ تا ۲۱ نمره می تواند باشد به اندازه مجموع نمرات هر چهار خرده مقیاس از نمره کل سلامت عمومی فرد که ۸۴ است کسر خواهد شد به عبارت دیگر چون افزایش نمرات خرده مقیاس ها که بیانگر وجود نوعی اختلال و یا بیماری است، امتیاز منفی تلقی و به همان اندازه از سلامت فرد کاسته خواهد شد. بنابراین در نمرات چهار خرده مقیاس های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، علائم افسردگی و عملکرد اجتماعی با افزایش نمره اختلال، نمره سلامتی کاهش می یابد (امیری، ۱۳۸۹).

در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ برای علائم جسمانی ۰/۷۹، علائم اضطرابی و اختلال خواب ۰/۷۶، کارکرد اجتماعی ۰/۷۵ و علائم افسردگی ۰/۷۷ به دست آمد.

۴. یافته ها

تحلیل داده ها با استفاده از روشهای توصیفی از قبیل مجموع، میانگین، انحراف استاندارد و روشهای استنباطی با استفاده از روشهای آماری آزمون تی تست مستقل، تحلیل واریانس چند متغیره، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل کوواریانس انجام شد.

جدول شماره ۱ مقایسه اختلاف نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد سلامت عمومی (پیش آزمون)

عامل	گروه	میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری
علائم جسمانی	کنترل آزمایش	۱۱/۱۷ ۱۰/۰۳	۵۸	-۱/۱	۰/۲۷۴
علائم اضطرابی و اختلال خواب	کنترل آزمایش	۱۱/۲ ۹/۱۷	۵۸	-۱/۶۹	۰/۰۹۶
کارکرد اجتماعی	کنترل آزمایش	۱۲/۱۷ ۸/۲	۵۸	-۳/۸	۰/۰۰۱
علائم افسردگی	کنترل آزمایش	۱۸/۷۷ ۱۵/۱۷	۵۸	-۳/۳۵	۰/۰۰۱

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود تفاوتها در ابعاد کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی معنادار می باشد.

در ادامه به منظور بررسی اختلاف نمرات دو گروه (کنترل و آزمایش) پس از آموزش تاب اوری مدیریت استرس در ابعاد علائم جسمانی و علائم اضطرابی از آزمون تی مستقل استفاده شده است که نتایج در ادامه آورده شده است.

همچنین جهت بررسی اختلاف نمرات دو گروه (کنترل و آزمایش) پس از آموزش تاب اوری در برابر استرس از تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در کارکرد اجتماعی و علائم افسردگی با در نظر گرفتن نمره متغیرهای مذکور در پیش آزمون به عنوان متغیر کمکی اجرا شد.

جدول شماره ۲ مقایسه اختلاف نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد سلامت عمومی (پس آزمون)

عامل	گروه	میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری
علائم جسمانی	کنترل	۱۴/۸۷	۵۸	۷/۶۸	۰/۰۰۱
	آزمایش	۸/۵۷			
علائم اضطرابی و اختلال خواب	کنترل	۱۷/۶	۵۸	۷/۹۷	۰/۰۰۱
	آزمایش	۸/۰۷			

جدول شماره ۳ مقایسه اختلاف نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد مختلف متغیر کانون کنترل سلامت (پیش آزمون)

عامل	گروه	میانگین	درجه آزادی	مقدار تی	سطح معناداری
سلامت درونی	کنترل	۲۸/۷۳	۵۸	-۰/۴۴	۰/۶۶۲
	آزمایش	۲۹/۲۰			
سلامت مربوط به افراد موثر	کنترل	۲۸/۶۰	۵۸	-۰/۷۵	۰/۴۵۳
	آزمایش	۲۷/۶۰			
سلامت مربوط به شانس	کنترل	۲۲/۲۰	۵۸	-۰/۳۱	۰/۷۵۸
	آزمایش	۲۲/۶۷			

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد تفاوت میان دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد کانون کنترل سلامت معنادار نمی‌باشد. لذا برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در این متغیرها تحلیل واریانس چند متغیره انجام گرفته است که در ادامه نتایج این تحلیل‌ها ارائه می‌گردد.

جدول شماره ۴ یافته‌های تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در ابعاد کانون کنترل سلامت را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴ تحلیل واریانس چند متغیره برای بررسی تفاوت ابعاد کانون کنترل سلامت گروه کنترل و آزمایش در پس آزمون

منبع	درجه آزادی	مجموع مربعات	میانگین مربعات	F	سطح معناداری
کانون کنترل سلامت	۱	۵۱۸۶۱/۶	۵۱۸۶۱/۶	۲۸۱۸/۲۱	۰/۰۰۱
	۱	۴۸۵۶۴/۱۵	۴۸۵۶۴/۱۵	۲۱۵۲/۳	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۹۱۸/۴۳	۲۵۶۶۸/۰۲	۲۵۶۶۸/۰۲	۱	سلامت مربوط به شانس	گروه
۰/۰۰۱	۱۹/۸۳	۳۶۵/۰۷	۳۶۵/۰۷	۱	سلامت درونی	
۰/۱۲۷	۲/۴	۵۴/۱۵	۵۴/۱۵	۱	سلامت مربوط به افراد موثر	
۰/۴۸۲	۰/۵۰۲	۱۴/۰۲	۱۴/۰۲	۱	سلامت مربوط به شانس	
		۱۸/۴	۱۰۶۷/۳۳	۵۸	سلامت درونی	درون گروهی (خطا)
		۲۲/۵۶	۱۳۰۸/۷	۵۸	سلامت مربوط به افراد موثر	
		۲۷/۹۵	۱۶۲۰/۹۷	۵۸	سلامت مربوط به شانس	
			۵۳۲۹۴	۶۰	سلامت درونی	کل
			۴۹۹۲۷	۶۰	سلامت مربوط به افراد موثر	
			۲۷۳۰۳	۶۰	سلامت مربوط به شانس	

همانطور که یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد F تحلیل واریانس (۱۹/۸۳) و $P=۰/۰۰۱$ معنادار بوده و این بدان معناست که نمرات سلامت درونی دو گروه (آزمایش و کنترل) در پس آزمون پس از کنترل تفاوت نمرات سلامت درونی دو گروه در پیش آزمون معنادار می‌باشد.

۵. بحث و نتیجه گیری

همانطور که یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد، تفاوت میان نمرات علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب دو گروه کنترل و آزمایش پس از آموزش گروهی مدیریت استرس معنادار می‌باشد و نشان می‌دهد که گروه کنترل از میانگین بالاتری بهره برده اند.

در پژوهش مارتینوس و همکاران (۲۰۰۶) شاخص های جسمانی و روانشناختی دیابت بهبود معنی داری نشان داد و میزان پیروی از درمان جسمی در گروه آزمایش بعد از مداخله آموزش آرام سازی به طور معنی داری بیش از گروه گواه بود و این معنی داری در پیگیری ۶ ماه بعد از مداخله نیز به قوت خود باقی ماند. سورویت و همکاران (۲۰۰۲) نشان دادند که کاربرد مدیریت استرس و روش های مقابله با آن باعث کاهش آشفتگی و بهبود سلامت عمومی در بیماران دیابتی شده و اثر مثبتی بر دستگاه سوخت و ساز و سلامت عمومی آنها دارد.

در این پژوهش منظور از سلامت عمومی نمره خام شرکت کنندگان در پرسشنامه سلامت عمومی است. نحوه نمره گذاری پرسشنامه سلامت عمومی با روش نمره گذاری ساده لیکرت چنین است که با افزایش نمرات هریک از خرده مقیاس ها که از ۰ تا ۲۱ نمره می تواند باشد به اندازه مجموع نمرات هر چهار خرده مقیاس از نمره کل

سلامت عمومی فرد که ۸۴ است کسر خواهد شد به عبارت دیگر چون افزایش نمرات خرده مقیاس ها که بیانگر وجود نوعی اختلال و یا بیماری است، امتیاز منفی تلقی و به همان اندازه از سلامت فرد کاسته خواهد شد. بنابراین در نمرات چهار خرده مقیاس های علائم جسمانی، علائم اضطرابی و اختلال خواب، علائم افسردگی و عملکرد اجتماعی با افزایش نمره اختلال، نمره سلامتی کاهش می یابد [۳۳]. در مورد متغیر عملکرد اجتماعی احتمال می رود با توجه به هم زمانی تحریم ها و اوج مشکلات کمبود و افزایش قیمت دارویی مرتبط با آن و زمان اجرای این پژوهش بر روی نتایج کسب شده تاثیر داشته است. به نظر می رسد رفع نیازهای دارویی بیماران در کنار آموزش مدیریت استرس می تواند مکمل هم باشد و از بار روانی و جسمی بیماران بکاهد. آموزش ایمن سازی در مقابل استرس می تواند به منزله یک روش مداخله ای مفید برای افزایش سلامت عمومی بیماران بکار رود [۳۴].

سلامت عمومی عبارت است از کلیه اقدامات و کاربرد قوانین و مقرراتی که جهت پیشگیری از ابتلا به بیماری روانی به کار می رود و هدف آن ها ارتقاء سطح سلامتی فکر است. جدا کردن سلامت عمومی به صورت کاملاً مجزا از دیگر ابعاد بهداشت عمومی امری دشوار است. زیرا بهداشت یا سلامتی واژه های کلی است و ناشی از کل وجود انسان در سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی است [۳۵].

به نظر می رسد دو عامل در بروز میزان افسردگی در بیماران دیابتی مطرح باشد: اول درگیری با محدودیت ها و فکر کردن زیاد به وضعیت سلامتی؛ در این رابطه گیلدر و همکارانش (۱۹۹۶) مطرح کردند: «برای شخص دیابتی مسائل روانشناختی و اجتماعی ممکن به دلیل محدودیت رژیم غذایی و فعالیت و نیاز به مراقبت دقیق از خود و احتمال عوارض جسمی جدی پیش آید.» دوم کم بودن سطح آگاهی از اصول خود مراقبتی، شاید ترس ایجاد شده به دنبال ناآگاهی از محدودیت ها و نحوه جلوگیری از عوارض در بالا بردن میزان افسردگی این بیماران نقش داشته باشد [۳۶]. در همین رابطه پالینکاس و همکاران (۱۹۹۱) مطرح کردند: «ترس از آینده، وحشت از وخیم شدن بیماری، مرگ یا ناتوانی ممکن است آنقدر شدید باشد که سبب ساز افسردگی در بیماران دیابتی گردد.» [۳۷].

استرس ناشی از ابتلای به یک بیماری مزمن و دائمی مثل دیابت عوارض روانشناختی متعددی را می تواند به دنبال داشته باشد. به عنوان مثال می توان به افسردگی، بی خوابی، اضطراب، علائم جسمانی و اختلال در عملکرد اجتماعی اشاره کرد، و از آنجا که استرس در حالت مزمن خود به کمک ایجاد حالت آماده باش دائمی در بدن، فرسایش ذخایر جسمانی و روانی فرد مبتلا را باعث می شود، همین امر نقش مؤثری را با استفاده از مکانیسم اثر درماندگی آموخته شده فرد دیابتی بر عدم پیروی از درمان ایفا می کند. این درماندگی از آنجا حادث می شود که فرد به دنبال عدم پذیرش بیماری دیابت خویش در مراحل اولیه تشخیص بیماری و وجود استرس ناشی از آن با توجه به بروز عوارض روان شناختی بیماری که بدان اشاره شد بین مرحله ای از انکار و پذیرش بیماری قرار می گیرد و این حالت باعث رعایت نکات درمانی در مرحله احساس پذیرش و عدم رعایت آن در مرحله بیماری می شود. نتیجه این

^۵- Gilder

^۶- Palinkas

که فرد به کنترل منظم قند خون خویش دست نمی یابد و همین امر این نکته را به بیمار یاد می دهد که کنترل قند خونس در هر دو صورت پیروی و عدم پیروی از درمان ممکن نیست، و این همان درماندگی آموخته شده ای است که نقش استرس را در ایجاد آن بسیار مؤثر می نماید [۳۳].

همانطور که یافته های جدول ۴ نشان می دهد F تحلیل واریانس (۱۹/۸۳) و $P=0/001$ معنادار بوده و این بدان معناست که نمرات سلامت درونی دو گروه (آزمایش و کنترل) در پس آزمون پس از کنترل تفاوت نمرات سلامت درونی دو گروه در پیش آزمون معنادار می باشد و این فرضیه را در متغیر سلامت درونی تأیید می کند. یافته پژوهش با نتایج تحقیقات انجام گرفته از تحقیق حیدری (۱۳۸۱)، لاچمن (۱۹۹۸) و تایلور (۱۹۹۶) همسو می باشد و با تحقیقات آنترباخ (۱۹۷۶) و هاستون (۱۹۷۲) نا همسو می باشد. البته پیشینه تحقیقاتی در این زمینه بسیار ناکافی می باشد. کانون کنترل سلامت به باور فرد به این امر که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی (خود) و یا بیرونی (افراد موثر، با نفوذ و اقبال) می باشد. ساختار اولیه کانون کنترل سلامت از نظریه یادگیری اجتماعی راتر^۲ اقتباس شده است و بر این اساس یادگیری در فرد بر پایه تقویت های گذشته انجام می شود و طی آن افراد انتظاراتی خاص و عمومی را در خود شکل می دهند. بدین ترتیب آنهایی که از شخصیت دارای منبع کنترل بیرونی برخوردارند پادشهایی را که دریافت می دارند دیگران، سرنوشت یا شانس کنترل می کنند. به عبارت دیگر، آنها متقاعد شده اند که در رابطه با نیروهای بیرونی ناتوان هستند [۳۸]. کانون کنترل سلامت بعنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می شود. کانون کنترل سلامت بطور مثبتی با بهتر شدن همگام می شود. در مقابل بیشتر منابع بیرونی کانون کنترل سلامت (بخصوص افراد قدرتمند و با نفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می شوند [۳۹]. کانون کنترل درونی سلامت باعث احساس کنترل می شود و استرس افراد را کاهش می دهد به دلیل آنکه مکان کنترل بیرونی در صورت شدید بودن به طور آشکار موجب مشکلات روانشناختی جدی در فرد می شود، تغییر در مکان کنترل بیرونی توجه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران را به خود جلب کرده است. تغییر در مکان کنترل بیرونی امکان پذیر است زیرا مکان کنترل یک صفت نیست. بنابراین فرض نمی شود که به طور کلی در برابر تغییرات ثابت و مقاوم باشد. در برخی از مداخله های درمانی در محیط های طبیعی و مداخلات مبتنی بر روان درمانی، کوشش هایی برای تغییر مکان کنترل بیرونی انجام شده است [۴۰].

با توجه به اینکه آموزش ایمن سازی در مقابل استرس به بیماران دیابتی، آن ها را با نحوه تاثیر استرس بر خودشان آشنا می سازد به آن ها یاد می دهد که به موقعیت های استرس زا به صورت مسائلی قابل حل نگاه کنند، به علاوه روش های مختلف رویارویی و مدیریت مؤثر آن ها به بیماران دیابتی نشان داده می شود. این امر باعث می شود آن ها احساس کنند کنترل بیشتری بر محیط پیرامون خود دارند، در برخورد با چنین موقعیت هایی آن ها را کمتر تهدید کننده ارزیابی کنند، هنگام مواجهه با موقعیت های مذکور با داشتن مهارت های مقابله ای کارآمدتر بتوانند به

^۲ Rutter

صورت موثر تری آن ها را حل کنند و از عوارض روان شناختی منفی که در اثر غلبه ناکارآمدی با موقعیت های استرس زا در فرد ایجاد می شود، ایمن باشند [۳۳].

منابع:

۱. سارافینو، ادوارد. (۱۳۹۱). روانشناسی سلامت، مترجم: الهه میرزایی، تهران، رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۲)
2. Pedram M Mohamadi. M. Nazari Q Ritual N (2010) Effectiveness of cognitive behavioral group therapy of anxiety disorder.
3. Davidson MB. *Diabetes Mellitus: Diagnosis and Treatment*, 4th ed. W.B. Saunders Company, 2000; PP: 53-56
۴. موسوی، سید علی. (۱۳۸۷). مقایسه اثر بخشی رویکردهای درمانی، تنش زدایی و درمان شناختی در درمان درد و اضطراب بیماران مبتلا به درد مزمن، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه علامه طباطبائی.
5. Bloomgarden (1997) ZT. American Diabetes association annual meeting. *Diabetes Care* 1997; 21: 457-480.
6. Brunner LSH, Suddarth DS. *Nursing Diabetes. 2008* (translated by Morovvat Givi), 2nd ed, Tehran,
۷. لاریجانی، باقر و زاهدی، فرزانه. (۱۳۷۷) زخم پای دیابتی: تشخیص و درمان. مجله علمی نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۲۰۷-۱۹۴، ۳.
۸. نعمتی، مریم و پارسایی، محمد صادق. (۱۳۸۸). همبستگی بین استرس و مدیریت زمان. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران. دوره نوزدهم شماره ۷۱ (۸۵-۸۴).
9. Hamid N. Effects of Stress Management Training on Glycemic Control in Women with Type 2 Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 3(4): 346 - 53. [Persian]
10. Abolghasemi S, Mahmoudi G. The Effectiveness of Stress Immunization Teaching on Reducing Stressful Psychological Feelings and Blood Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes. *World Applied Sciences Journal*. 2012; 17(3): 284 -91. [Persian]
11. Momeni KH, Jalili Z, Mohseni R, Karami J, Saeedi M, Ahmadi SM. Efficacy of teaching resiliency on symptoms reduction on anxiety of adolescence with heart disease. *J Clin Res Paramed Sci*. 2015; 4(2): 112 -9. [Persian]
12. Connor KM, Zhang W. Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. *Resilience: determinants, measurement, and treatment responsiveness*. *CNS Spectr*. 2006; 11(10 Suppl 12): 5 -12

- 13.Walker BH, Abel N, Anderies JM, Ryan P. Resilience, adaptability, and transformability in the Goulburn -Broken Catchment, Australia. *Ecology and Society*. 2009; 14(1): 12
- 14.Hegberg NJ, Tone EB. Physical activity and stress resilience: Considering those at -risk for developing mental health problems. *Mental Health and Physical Activity*. 2015; 8:1 -7.
- 15.Harder S, Davidsen K, MacBeth A, Lange T, Minnis H, Andersen MS, et al. Wellbeing and resilience: mechanisms of transmission of health and risk in parents with complex mental health problems and their offspring—The WARM Study. *BMC Psychiatry*. 2015; 15(1):1 -9.
- 16.Davydov DM, Stewart R, Ritchie K, Chaudieu I. Resilience and mental health. *Clinical Psychology review*. 2010; 30(5): 479 -95.
- 17.Romeo RD. Perspectives on stress resilience and adolescent neurobehavioral function. *Neurobiology of Stress*. 2015; 1: 128 -33.
- 18.Sood A, Prasad K, Schroeder D, Varkey P. Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial. *Journal of general internal medicine*. 2011; 26(8): 858 -61
- 19.Bauer, H., Emeny R, T., Baumert, J., Ladwig, K-H. (2016). Resilience moderates the association between chronic pain and depressive symptom
۲۰. تاجیکزاده، ف.، صادقی، ر.، کریمیان، ف. (۱۳۹۵) مقایسه تابآوری، مقابله با استرس و فاجعه سازی درد در بیماران مبتلا به سرطان و افراد عادی فصلنامه علمی پژوهشی بیهوشی و درد
- 21.Burton, N. W., Pakenham, K, I., Brown, W, J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: *Psychology Health Medicine*, 15(3), 266–7
- 22.Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* 6: 160-170
- 23.Malcarne VL, Hamilton NA. Children`s health . (2005). related locus of control beliefs: ethnicity gender,and family income. *Child Health - Care* 34: 47-59.
- 24.Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. (2005). Health Locus of Control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of Health Psychology* 10: 677-686.
25. Lau RR. (1998). Beliefs about control and heath behavior,In D. S. Gochman(Ed). *Health behavior: EmergingResearch Perspective* 33 -63.

۲۶. نجفیان، جمشید و گلستان هاشمی، سید مهدی. (۱۳۸۲). بررسی و مقایسه اثر دو روش بیو فیدبک-آرام سازی و آرام سازی در کنترل فشار خون در بیماران مبتلا به افزایش فشار خون، مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، شماره ۵۷، ۸۶.

۲۷. آنتونی، م.، ایرونسون، ..، اشنایدرمن، ن. (۱۳۸۸). راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری ترجمه س.، آل محمد، س.، جوکار نشاط دوست. اصفهان: جهاد دانشگاهی.

28. Tailor P. (2003). The role of health belief and health locus of control on patient satisfaction. *Journal Rehab Health*, 10: 9-91.

۲۹. بهرامی مشعوف، عباس (۱۳۷۳). بررسی رابطه بین میزان عبادت و سلامت روان در دانشجویان پسر مرکز تربیت معلم همدان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تربیت

۳۰. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۸). بهداشت روانی، تهران، انتشارات قومس.

31. Adili, F. , Larijani, B. , & Haghigatpanah, M. (2006). *Diabetic patient: psychological aspects*. *Annals New York Academy of Sciences*, 1084: 329-349 .

32. Esteghamati, A. , Gouya, M. M. , Abbasi, M. , Delavari, A. , Alikhani, S. , & Alaedini, F. (2008). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care*, 31(1);96-8.

۳۳. امیری، محمد؛ آقایی، اصغرو عابدی، احمد. (۱۳۸۹). تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران دیابتی. فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال ۴، شماره ۴، ۱۶۴-۱۰۰.

۳۴. انصاری، فریمه؛ مولوی، حسین و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش ایمن سازی در مقابل استرس بر سلامت عمومی بیماران مبتلا به فشار خون بال، پژوهشهای روانشناختی، دوره ۱۲، شماره ۴۳، ۴۰۳-۳۵. شاملو، سعید. (۱۳۸۱). بهداشت روانی، تهران، انتشارات رشد.

36. Gilligan, R. (2000). Adversity, Resilience and Young People: the Protective Value of Positives School and Spare Time Experiences. *Children & Society* Volume 14, pp. 37-47.

۳۷. سامانی، سیامک، جوکار، بهرام. (۱۳۸۶). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی، اضطراب و فشار روانی، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز.

۳۸. شولتز، دوان، شواتز، سیدنی الن. (۱۳۸۷). نظریه های شخصیت، ترجمه سید محمدی، تهران، نشر روان.

39. Malcarne VL, Hamilton NA. Children`s health . (2005). related locus of control beliefs: ethnicity gender, and family income. *Child Health - Care* 34: 47-59.

۴۰. نوفرستی، اعظم و طالبیان شریف، جعفر. (۱۳۸۱). بررسی رابطه مکان کنترل، اضطراب و مقایسه اضطراب بین افراد دارای مکان کنترل درونی و بیرونی. مجله اسرار، دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی سبزوار، سال نهم، شماره ۴.