

بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت

بنفشه نوری زاده^۱، کبری حاجی علیزاده*

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت در جمعیت عمومی و همراهی بالای آن با اختلالات روانی، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت. **روش‌ها:** پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران دیابتی بود که در نیمه اول سال ۱۳۹۵ به بیمارستان شهید محمدی بندرعباس مراجعه داشته‌اند. جهت انتخاب نمونه، از میان این مراجعه کنندگان ۲۴ نفر براساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند. اعضای گروه آزمایش تحت درمان رفتاری دیالکتیکی به مدت ۸ جلسه قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های اضطراب بک و سازگاری اجتماعی کالیفرنیا به عنوان پیش آزمون و پس آزمون به کار رفتند. داده‌های گردآوری شده به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در نرم‌افزار SPSS 21 تحلیل گردید. **یافته‌ها:** نتایج حاصل از مانکوا نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش اضطراب و بهبود سازگاری اجتماعی بیماران دیابتی به طور معنی‌داری مؤثر بوده است. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج به دست آمده لازم است در مداخلات توانبخشی بیماران دیابتی به بهبود وضعیت روان‌شناختی آنان با استفاده از روش‌های درمانی اثربخش توجه بیشتری مبذول شود.

واژگان کلیدی: دیابت، اضطراب، عملکرد اجتماعی، رفتاردرمانی، دیالکتیک

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

***نشانی:** هرمزگان، بندرعباس، بلوار دانشگاه، پردیس، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، تلفن: ۰۷۶-۳۳۶۶۵۰۰، پست الکترونیک: ph_alizadeh@yahoo.com

مقدمه

طبق برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت، در سال ۲۰۰۳، ۱۹۴ میلیون دیابتی در سراسر جهان زندگی می‌کنند و تخمین زده می‌شود که در سال ۲۰۲۵ این تعداد به ۳۳۳ میلیون نفر برسد [۱]. با توجه به اینکه دیابت برای سلامتی جهانیان یک تهدید است، می‌توان گفت که بالغ بر ۶/۳ درصد از جمعیت جهان با دیابت زندگی می‌کنند [۲]. براساس مطالعات انجام شده حدود ۱۴ تا ۲۳ درصد ایرانیان بالای ۳۰ سال نیز مبتلا به دیابت یا مبتلا به اختلال عدم تحمل گلوکز می‌باشند [۳].

امروزه دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیکی به‌ویژه در افراد مسن می‌باشد که عوارض ناتوان‌کننده و خطرناکی بر هر یک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جا می‌گذارد که از جمله‌ی آنها کوری، قطع اندام، نارسایی کلیه و بیماری‌های قلبی عروقی و همچنین مشکلات روانی مثل افسردگی و اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و اقتصادی فرد می‌باشد. دیابت به‌علت عوارض دیررس و خطرناک، روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است [۴].

امروزه فهم و درک آسیب‌شناسی و درمان بیماری دیابت از یک دیدگاه زیستی-پزشکی صرف به دیدگاهی که بیماری را متشکل از سه بعد جسمانی، روانی و اجتماعی می‌بیند تبدیل شده است و برخی در بروز بیماری دیابت، حوادث تنیدگی زای زندگی و توان مقابله با آنها را مطرح می‌کنند [۵، ۶]. تحقیقات بالینی نشان داده است که پاسخ به هیجان‌های منفی مانند استرس، اضطراب و ناکامی در بیماران مبتلا به دیابت با پیشرفت بیماری دیابت در ارتباط است [۸]. همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به‌طور عمده شامل اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی است، بالا می‌باشد [۱].

مشکلات روانشناختی در بسیاری از بیماران به‌عنوان یکی از عوامل محرک نشانه‌ها و علائم بیماری دیابت می‌باشد. از جمله مهم‌ترین این عوامل می‌توان به استرس، افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی، مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی و خانوادگی اشاره کرد [۷، ۸]. عوامل روانی از راه‌های گوناگونی می‌توانند وضعیت علائم و نشانه‌های

بیماری را تغییر دهند. اضطراب و استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثرات منفی روانی نیز دارد. از عمده‌ترین آثار آن می‌توان به افسردگی اشاره کرد. همچنین اضطراب می‌تواند با کاهش تمرکز فرد و ایجاد اختلال در مهارت‌های مربوط به تصمیم‌گیری، در برقراری ارتباط درمانی درمانگر و بیمار و همچنین ارتباط بیمار با دیگران اختلال ایجاد کند و موجب کاهش تأثیر مداخلات درمانی گردد [۹].

عمده‌ترین راه درمان بیماری‌های جسمانی مصرف دارو می‌باشد ولی از آنجایی که بیماری‌های جسمی گاه‌اثرات روانی جدی بر بیمار به جای می‌گذارند [۱۰]، در دهه‌های اخیر علاوه بر مصرف دارو از مداخلات رفتاری و روان‌شناختی یا تغییر سبک زندگی نیز برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های جسمانی استفاده شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی نوع خاصی از روان‌درمانی شناختی-رفتاری است که در اواخر دهه‌ی هشتاد میلادی توسط مارشا لینهان^۱ تدوین شد [۱۱]. رفتاردرمانی شناختی زمانی توصیه می‌شود که به‌طور مثال فرد دچار اختلالاتی نظیر افسردگی، ترس یا وحشت زدگی، کمبود یا فقدان اعتماد به نفس، فشار روانی، اعتیاد یا مشکلات بین فردی باشد. علاوه بر این، رفتاردرمانی در مواردی که فرد دچار تجربه‌ی ناگواری است که در عملکرد وی اختلال ایجاد کرده نیز کاربرد دارد. هدف رفتاردرمانی، افزایش کیفیت زندگی و سازگاری از طریق بازسازی رفتاری است. البته در رفتاردرمانی، دلایل ایجاد اختلال در کودکی نیز مورد توجه واقع می‌شود. اما تأکید بر پیشینه‌ی یادگیری فرد است. با وجود این، اساس رفتاردرمانی ایجاد تغییر در رفتارهای کنونی، رفتارهای نامطلوب، و الگوهای فکری ناکارآمد می‌باشد [۱۲].

با تأکید بر این نکته که عوامل روان‌شناختی و هیجانی به‌عنوان عوامل تأثیرگذار بر بیماری دیابت در نظر گرفته می‌شود [۱۳]، محققان درمان‌های روانشناختی را برای نشانه‌ها و علائم بیماری دیابت مورد بررسی و پژوهش قرار داده‌اند. طیف وسیعی از درمان‌های روان‌شناختی شامل درمان‌های شناختی-رفتاری، رفتاردرمانی دیالکتیک، تن

¹ Linehan, Marsha

اجتماعی است. در زمینه‌ی سازگاری اجتماعی شش مقیاس فرعی که هر یک دارای پانزده سؤال است وجود دارد. بنابراین، شش نمره اختصاصی مربوط به عامل‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط مدرسه‌ای، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی دارد و همچنین، یک نمره به‌عنوان سازگاری اجتماعی کلی از نمره‌های مقیاس‌های فرعی به‌دست می‌آید. اعتبار و پایایی برای مقیاس سازگاری شخصی در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و برای مقیاس سازگاری اجتماعی در حدود ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. این ضرایب برای مقیاس‌های فرعی آزمون در دامنه‌ی ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ قرار دارد [۱۵]. Akhoundi (۱۹۹۷) ضریب اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر از دانش‌آموزان عادی تهران ۰/۵۴ و با استفاده از فرمول شماره ۲۰ کودرریچاردسون ۰/۸۱ بر آورد کرد [۱۶]. جانبرت و استفن (۲۰۰۱) ضریب اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر ۰/۵۴ و با استفاده از فرمول شماره ۲۰ Coder- Richardson 81/0 برآورد کردند [۱۶]. خلاصه محتوای جلسات درمان در جدول ۱ ذکر شده است.

نمره‌ای از ۰ تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کلی آزمون در دامنه‌ی ۰ تا ۶۳ قرار دارد. نمره‌ی ۰ تا ۷ به معنای فاقد اضطراب، ۸ تا ۱۵ به معنای اضطراب خفیف، نمره‌ی ۱۶ تا ۲۵ نمایانگر اضطراب متوسط و نمره‌ی ۲۶ تا ۶۳ نشان دهنده‌ی اضطراب شدید می‌باشد. این مقیاس ثبات درونی بالایی به‌دست آورده و همبستگی ماده‌های آن با هم شامل رنجی از ۳۰/۰ تا ۷۱/۰ (میانگین برابر ۶۰/۰) می‌باشد. این آزمون بر روی ۸۳ بیمار با فاصله یک هفته برای بازآزمایی اجرا شد. که همبستگی بالایی (۷۵/۰) به‌دست آمد. همبستگی‌های BAI با نتایج چند آزمون بالینی کاملاً معنادار بود. همبستگی نتایج BAI با HARS-R و HRSD تقریباً ۵۱/۰ و ۲۵/۰ بود. همبستگی نتایج BAI با BDI ۰/۴۸ بود.

پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی کالیفرنیا

این پرسشنامه در سال ۱۹۳۹ ساخته شد. در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت و شامل ۱۸۰ سؤال دو گزینه‌ای از نوع (بله - خیر) است، اما در این تحقیق از فرم ۹۰ سؤالی آن استفاده شده است. این آزمون به‌منظور سنجش جنبه‌های مختلف سازگاری افراد در زندگی به‌کار برده می‌شود. دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان

مهارت	جلسات	محتوای هر جلسه
مقدمه و آموزش هشپاری فراگیر	جلسه‌ی اول	آشنایی با اهداف و قوانین، آشنایی با سه حالت ذهن منطقی، هیجانی و خردگرا
(رشد خردورزی، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی)	جلسه‌ی دوم	تمرین حالات ذهنی جلسه قبل، آموزش مهارت‌های "چه چیز"، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های "چگونه" شامل اتخاذ موضع غیرقضاوتی، خودذهن آگاهی و کارآمد عمل کردن
آموزش تنظیم هیجانی	جلسه‌ی سوم	تمرین عملی مهارت‌های چه چیز و چگونه
(تنظیم حالات هیجانی آشفته‌ساز از طریق توجه مستقیم به تجارب درونی)	جلسه‌ی چهارم	آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن
آموزش تحمل پریشانی	جلسه‌ی پنجم	آموزش بخش دیگر مهارت‌های تنظیم هیجان شامل الگوی شناسایی هیجان و مؤلفه‌های آن
(گام‌های اصلی تحمل پریشانی در سر وازه «ACCEPTS» خلاصه شده است: فعالیت‌ها، مشارکت، مقایسه، هیجان‌ها، فرونشانی، افکار و حس‌ها)	جلسه‌ی ششم	آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی
	جلسه‌ی هفتم	آموزش تحمل پریشانی، آموزش راهبردهای بقا در بحران شامل: مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام‌سازی با حواس پنجگانه
	جلسه‌ی هشتم	آموزش مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجهه با ناکامی یا احساس خشم

یافته‌ها

کمتر از ۶ ماه و برای بقیه ۶ ماه تا یک سال بود. ۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و بقیه مبتلا به دیابت نوع دو بودند. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، میزان تحصیلات ۷۰ درصد افراد نمونه در سطح دبیرستان و پایین‌تر از آن بوده است. ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان در جدول ۲ آمده است.

تعداد کل نمونه برابر با ۲۴ نفر بود که ۱۲ نفر زن و ۱۲ نفر بقیه مرد بودند. حداقل و حداکثر سن بیماران به ترتیب ۱۸ و ۴۰ بوده است. از بین ۲۴ بیمار دیابتی ۱۴ نفر آنان مجرد (۵۸/۳ درصد) و ۱۰ نفر (۴۱/۷ درصد) متأهل بودند. تشخیص قطعی بیماری دیابت برای ۱۱ بیمار

جدول ۲- ویژگی‌های دموگرافیک شرکت کنندگان

ویژگی	طبقات پاسخ	فراوانی	درصد معتبر
سن	۱۸-۲۵	۵	۲۰/۸
	۲۶-۳۳	۸	۳۳/۳
	۳۴-۴۰	۱۱	۴۵/۸
جنسیت	زن	۱۲	۵۰
	مرد	۱۲	۵۰
تحصیلات	ابتدایی	۳	۱۲/۵
	راهنمایی	۶	۲۵
	دبیرستان	۹	۳۷/۵
	لیسانس	۵	۲۰/۸
	بالتر از لیسانس	۱	۴/۲
مدت تشخیص بیماری	کمتر از ۶ ماه	۱۱	۴۵/۸
	۶ ماه تا یک سال	۱۳	۵۴/۲

مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد که بدین منظور از آزمون باکس استفاده شده است (جدول ۴).

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها را در پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای اضطراب و سازگاری اجتماعی نشان می‌دهد. برای پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. یکی از

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	پیش آزمون	۲۶/۲	۵/۰۶
		پس آزمون	۱۹/۹	۵/۴۵
	گواه	پیش آزمون	۲۵/۴	۶/۳
		پس آزمون	۲۷/۶	۷/۴
سازگاری اجتماعی	کل	پیش آزمون	۲۵/۸	۵/۶
		پس آزمون	۲۳/۸	۷/۵
	آزمایش	پیش آزمون	۳۹/۶	۵/۹
		پس آزمون	۴۸/۴	۹/۴
سازگاری اجتماعی	گواه	پیش آزمون	۳۹/۹	۷/۳
		پس آزمون	۴۴/۶	۶/۶
	کل	پیش آزمون	۳۹/۸	۶/۵
		پس آزمون	۴۶/۵	۸/۲

جدول ۴- نتایج آزمون ام باکس

معنی داری	درجه‌ی آزادی ۲	درجه‌ی آزادی ۱	F	ام باکس
۰/۱۵	۸۷۱۲۰	۳	۱/۷۶	۵/۸۷

آزمون کرویت بارتلت استفاده شد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار نشان داد ($P < ۰/۰۱$ و $Chi\ square = ۱۷۲/۹$).

نتایج آزمون لوین نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس‌ها در هر دو متغیر رعایت شده و داده‌ها مفروضه تساوی خطای واریانس‌ها را زیر سؤال نبرده‌اند (جدول ۵).

معنی‌دار نبودن آزمون باکس نشان داد که فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برقرار است ($P > ۰/۰۵$).

پس لازم است در تفسیر نتایج آزمون، شاخص لامبدای ویلکز گزارش شود. جهت بررسی وجود همبستگی کافی بین متغیرهای وابسته جهت ادامه تحلیل کوواریانس از

جدول ۵- تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) بر روی پس آزمون اضطراب و سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش آزمون

اثر	F	DF فرضیه	DF خطا	sig	مجذور اتای سهمی	توان آماری
اثر پیلایی	۲۲/۰۵	۲	۱۹	./۰۰۱	۰/۶۱۳	۱
لامبدای ویلکز	۲۲/۰۵	۲	۱۹	./۰۰۱	۰/۶۱۳	۱

می‌باشد. این بدین معناست که ۶۱ درصد واریانس نمرات پس آزمون اضطراب و عملکرد اجتماعی مربوط به تأثیر مداخلات درمانی می‌باشد. از آنجا که اندازه‌ی اثر به دست آمده (۰/۶۱) بزرگتر از ۰/۱۴ می‌باشد نشان دهنده‌ی اندازه اثر زیاد می‌باشد. توان آماری ۱ می‌باشد که این معنای توان بالای آزمون، عدم امکان خطای نوع دوم و همچنین به معنای کفایت نمونه‌گیری می‌باشد (جدول ۶).

نتایج حاصل از تحلیل مانکوا نشان داد پس از تعدیل پیش آزمون، بین گروه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی و گروه کنترل، از لحاظ متغیر وابسته ترکیبی (اضطراب و عملکرد اجتماعی) تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی بین ۲ گروه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. کنترل پیش آزمون ($P < ۰/۰۰۱$ و $\eta^2_{\text{partial}} = ۰/۶۱$) و $F(۲,۱۹) = ۲۲/۰۵$ (لامبدای ویلکز). براساس شاخص لامبدای ویلکز، مجذور اتای سهمی یا ضریب تأثیر حدود ۰/۶۱

جدول ۶- نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی پس آزمون اضطراب و سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایش و شاهد با کنترل پیش آزمون

پس آزمون	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی داری	ضریب اتا
اضطراب	گروه	۲۶۷/۷	۱	۲۶۷/۷	۱۹/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	خطا	۲۶۹/۹	۲۰	۱۳/۵			
سازگاری اجتماعی	گروه	۲۵۱/۲	۱	۲۵۱/۲	۹/۵	۰/۰۰۶	۰/۳۲
	خطا	۵۲۴/۹	۲۰	۲۶/۲			

Siomon و همکاران (۲۰۰۸) پژوهشی تحت عنوان «درمان سیستماتیک افسردگی افراد دیابتی و کاهش هزینه‌های درمان» انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان‌های نظامند افسردگی نتایج بالینی را بهبود بخشیده و هزینه‌های سلامت درمانی را برای بیماران دیابتی مبتلا به افسردگی کاهش می‌دهد [۱۸].

نتایج تحقیقات بالینی Lioyed و همکاران (۲۰۰۶) نشان داده است که پاسخ به هیجان‌ات منفی مانند استرس، اضطراب و ناکامی در بیماران مبتلا به دیابت با پیشرفت بیماری دیابت در ارتباط است و همچنین میزان همپوشی این بیماری با اختلالات روانی، که به‌طور عمده شامل اضطراب و افسردگی است، بالا می‌باشد [۷].

Pasieczny و Conno (۲۰۱۱) طی پژوهشی در استرالیا، (DBT) به شیوه گروهی را در بیست و چهار جلسه و طی شش ماه بر روی ۸۴ زن و ۶ مرد مبتلا به دیابت با همبودی اختلال‌های اضطراب و افسردگی اجرا کردند. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی (DBT) در کاهش نشانه‌های اضطراب صفت و حالت، افسردگی، رفتارهای خودآسیب رسان و خودکشی بودند [۱۴].

Swales و Heard (۲۰۰۹) در اسپانیا، مهارت آموزی بر مبنای رفتار درمانی دیالکتیکی را در یک دوره‌ی سه ماهه طی ۱۳ جلسه روی افراد مبتلا به دیابت نوع یک و نوع دو اجرا کردند. نتایج این پژوهش نشان دهنده‌ی کاهش معنی‌دار علایم افسردگی، اضطراب، خشم، تحریک پذیری و بی‌ثباتی هیجانی بود [۲۰].

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار آموزش رفتار درمانی دیالکتیک در بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت از چند جنبه قابل تبیین است: اولاً DBT ساختار روشنی دارد و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کند، از سوی دیگر اثربخشی این روش به کاربرد اعتبار بخشی مربوط است و این اعتبار بخشی مربوط به پذیرش مشکلات هیجانی می‌شود و این پذیرش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات می‌شود. همچنین درمان شامل اصول و تکنیک‌های دیالکتیک (مانند خود مشاهده گری) است و این تکنیک‌ها منجر به ثبات نتایج می‌شود. ضمناً رفتاردرمانی دیالکتیک از طریق ترکیب نمودن

چون اثر اصلی درمان معنادار بود بررسی با آزمون‌های F تک متغیری و با سطح آلفای تعدیل شده بونفرونی (۰/۰۲۵) بر روی نمرات اضطراب و عملکرد اجتماعی ادامه یافت. نتایج تحلیل کواریانس پس آزمون نمرات اضطراب نشان می‌دهد با توجه به نتایج به‌دست آمده ($\text{Partial } \eta^2 = 0/49$) $F(1,20) = 19/6, P < 0/05$ زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، تفاوت بین گروه‌ها در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنی‌دار می‌باشد. با توجه به مقدار اثر اتا ۴۹ درصد تفاوت گروه گواه و آزمایش در نمرات اضطراب مربوط به تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بوده است. همچنین براساس نتایج حاصل از اجرای تحلیل کواریانس پس از تعدیل نمرات پیش آزمون عملکرد اجتماعی، اثر معنی‌دار عامل بین آزمودنی‌های ($\text{Partial } \eta^2 = 0/32$) $F(1,20) = 9/5, P < 0/05$ گروه وجود داشت. براساس ضریب اتا، ۳۲ درصد از تفاوت گروه گواه و آزمایش در میزان عملکرد اجتماعی مربوط به تأثیر آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک بوده است. بنابراین فرض صفر پژوهش رد و فرض تحقیق مبنی بر اثر معنی‌دار آموزش رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و افزایش عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت پذیرفته می‌شود.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش اضطراب و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود اضطراب و سازگاری اجتماعی مبتلایان به دیابت مؤثر عمل کرده است.

یافته‌های پژوهش حاضر در زمینه‌ی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار آموزش رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به دیابت با نتایج پژوهش‌های Kruse و همکاران (۲۰۱۳)، O'Brien (۲۰۱۰)، Surwit و همکاران (۲۰۱۲)، Siomon و همکاران (۲۰۰۸)، Garduno و همکاران (۲۰۱۲) همخوان و همسو است [۱۳، ۱۷، ۱۸، ۱۹].

بندرعباس و جمع‌آوری داده‌ها صرفاً از طریق پرسش‌نامه از جمله مواردی هستند که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک با سایر رویکردهای روان‌درمانی و یا دارودرمانی مقایسه شود تا اقتصادی‌تر بودن این روش در قیاس با سایر رویکردها مشخص شود.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده‌ی اول در دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس می‌باشد. بدین‌وسیله از کلیه‌ی شرکت‌کنندگانی که با سعه‌ی صدر زمینه‌ی انجام مطالعه را فراهم نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری، باعث می‌شود که بیماران در حالتی بدون قضاوت به مشاهده‌ی بیماری و حالات هیجانی خود بپردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، سازوکار گذر از این وضعیت را بیاموزند. استفاده از این تمرینات در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجانات، کاستن از نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می‌شود [۲۱، ۲۲].

در کل نتایج حاکی از اثربخش بودن رفتاردرمانی دیالکتیکی در بهبود نشانگان روان شناختی افراد دیابتی می‌باشد. از این رو لازم است در درمان این بیماران به بهبود اختلالات و ناسازگاری‌های روانی نیز اهمیت داده شود و روان‌شناسان و مشاوران در راستای اجرای این هدف به‌کار گرفته شوند. محدود بودن نمونه پژوهش به بیماران دیابتی شهر

مآخذ

- Kruse J, Schmitz N. & There'd W. German national health interview and examination survey on association between diabetes and mental disorders in a community sample: results from the German national health interview and examination survey. *Diabetes Care* 2013; 26: 1841- 1846.
- Rajala U, Keinänen- Kiukaanniemi S, Kivelä SL. Non-insulin-dependent diabetes mellitus and depression in a middle-aged Finnish population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006; 32: 363- 367.
- Larijani B, Khoram Shahi Bayat M, Khalili Gorgani M, Bandarian F, Akhondzadeh Sh, Sadjadi SA. Association between depression and diabetes. *German Journal of Psychiatry* 2009; 7(1): 62-5.
- Miller AL, Rathus JH, Linehan MM. *Dialectical Behavior Therapy With Suicidal Adolescents*. New York: Guilford Press 2007; 14, 477-515.
- Thomasen HV, Berkowitz J, Thommasen AT, Michalos AC. Understanding relationships between diabetes mellifus and health related quality of life in rural community. *Rural Remote Health* 2005; 5(3):441.
- Brody GH, Kogan SM, Murry VM, Chen Yi-fu, Brown AC. Psychological functioning, support for self-management, and Glycemic control among rural African American adults with diabetes mellitus type 2. *Health Psychology*. Jan 2008; 27(1): 83-90.
- Lioyed CE, Dyer PH, Lancashire BA, Harris T. Association between stress and glycemic control in adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2006; 22(8):83-1278.
- Zhang CX, Chen YM, Chen WQ. Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010; 79(3): 523-30.
- Sadock BJ, & Sadock VA Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th ed.). Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2007.
- Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, & et al. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67(1):13-26.
- Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cardova M. Mindfulness-based stress reduction for health care professionals. *Int J Stress Manag*. 2005; 12:164-17
- Wilson GT. Acceptance and change in the treatment of eating disorders: The evolution of manual-based cognitive-behavioral therapy. In Hayes SC, Follette VM, & Linehan MM (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press, 2014.
- O'Brien C. Winnicottian object relations and behavioral theoretical conceptualizations of difficult-to-treat binge-type eating disorders: Proposal for a synthesized treatment approach

- through dialectical behavior therapy. [Dissertation]. Massachusetts: Smith College School for Social Work Northampton; 2010.
14. Pasieczny N, Connor J. The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 2011; 49: 4-10.
 15. Toozandehjani H & Sedighi K. The study of effectiveness of cognitive-behavioral trainings of self-esteem on social adjustment of high school students in Neyshabur. Academic research. Research assistance of Islamic Azad University at Neyshabur branch, 2006.
 16. Akhoundi A. The study of relationship of social percept support with social adjustment of students in Tehran. MA. thesis in general psychology. Tarbiat Moallem University, 1997.
 17. Surwit RS & Schneider MS. Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosm Med* 2012; 55(4):93- 380.
 18. Siomon GE, Katon WJ, Lin EH. Organized care for depression improves outcomes and reduce costs. *Clinical Diabetes* 2008; 26:15-16.
 19. Garduno-Espinosa J, Tellez-Zenteno JF, Hernandez Ronquillo L. Frequency of depression in patients with diabetes mellitus type II. *Rev Invest Clin* 2012; 50(4): 287.
 20. Swales MA, & Heard HL. Dialectical behavior therapy. New York: Rutledge, 2009.
 21. Lynch, TR, & Bronner, LL. Mindfulness and dialectical therapy (DBT): Application with depressed older adults with personality disorders. In R.A. Bear (Ed), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (217-236). Academic press in an imprint of Elsevier, 2010.
 22. Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of mental health settings: An Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 2004; 49: 4-10.

THE EFFECTIVENESS OF DIALECTICAL BEHAVIORAL THERAPY ON REDUCING ANXIETY AND IMPROVING SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH DIABETES

Banafsheh Nourizadeh¹, Kobra Haji alizadeh^{*1}

1. Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

ABSTRACT

Background Due to the high prevalence of diabetes in the general population and companionship with psychiatric disorders, this study was aimed to examine the effectiveness of dialectical behavior therapy in reducing anxiety and improving social function in patients with diabetes.

Methods: This was a semi-experimental design with pretest-posttest and control group. The Community of study included all diabetic patients have been admitted to the Shahid Mohammadi hospital of Bandarabbas in the first half of 1395. The participants (24 people) were selected using available sampling and subsequently assigned into a control and an experimental group. The Members of the experimental group received dialectical behavior therapy for 8 sessions but the control group received no intervention. Beck Anxiety and California social adjustment were applied as pre-test and post-test. The obtained data were analyzed by MANCOVA method.

Results: The results of MANCOVA showed that dialectical behavior therapy was significantly effective in reducing anxiety and improving social adjustment in diabetic patients.

Conclusion: Based on these results it is necessary to improve the psychological rehabilitation of diabetic patients by applying the more effective interventions.

Keywords: Diabetes, Anxiety, Social Function, Dialectical Behavioral Therapy

* Islamic Azad University Bandarabbas Branch, Pardis, Daneshgah Blvd, Bandar Abbas, Hormozgan, Iran, Postal code: 7915893144, Tel: +987633665500, E-mail: ph_alizadeh@yahoo.com