

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال دهم شماره ۳۷ بهار ۱۳۹۴

## اثربخشی مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اضطراب حالت و صفت در بیماران مبتلا به دیابت نوع II

بهاره منتزرنیا<sup>۱</sup>

بهرام میرزائی‌ان<sup>۲</sup>

عذرا آخی<sup>۳</sup>

سارا یداللهی<sup>۴</sup>

### چکیده

رفتاردرمانی دیالکتیکی یا DBT یکی از درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر مهارت‌آموزی است که در سال‌های اخیر توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی مداخله مبتنی بر DBT بر کاهش اضطراب حالت وضعیت بیماران مبتلا به دیابت نوع II اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع II مراجعه‌کننده به یک کلینیک خصوصی در شهر ساری بودند که از بین آن‌ها ۲۰ نفر ملاک ورود به پژوهش را داشتند. شرکت‌کنندگان در طرح آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل قرار گرفتند. در گروه آزمایش مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی با تکیه بر مولفه‌های ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی و کارآمدی بین‌فردی، طی دوازده جلسه دو ساعته و در طول شش هفته بر اساس راهنمای درمانی اجرا شد. برای بررسی اضطراب در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از سیاهه اضطراب حالت-صفت اشیپلبرگر استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد پس از حذف اثر پیش‌آزمون بین نمرات

Email:montazernia.bahar@gmail.com

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی (نویسنده مسئول)

۲- استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری

۳- فوق تخصص غده، استادیار دانشگاه علوم پزشکی مازندران

۴- دانشجوی دکتری روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران

پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل در اضطراب حالت و صفت تفاوت آماری معناداری وجود دارد. مبتنی بر یافته‌های پژوهش می‌توان بیان داشت که مداخله DBT بر کاهش اضطراب حالت و صفت بیماران دارای دیابت نوع II تأثیرگذار است.

**واژگان کلیدی:** رفتاردرمانی دیالکتیکی؛ اضطراب حالت-صفت؛ دیابت

### مقدمه

دیابت بیماری با ماهیت مزمن، چند وجهی، تهدیدکننده و دارای پیامدهای روانشناختی قابل ملاحظه است. شایع‌ترین نوع این بیماری دیابت ملیتوس DM، نوع II (دیابت غیروابسته به انسولین یا دیابت شیرین با شروع بزرگسالی) است که اختلالی متابولیک تلقی می‌شود و با قند خون بالا در زمینه‌ای از مقاومت انسولین و نقص انسولین وابسته مشخص می‌شود (انجمن دیابت آمریکا<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). این نوع دیابت بیش از ۹۰٪ از موارد ابتلا به دیابت را شامل می‌شود (کمپین<sup>۳</sup> و لامپمن<sup>۴</sup>، به نقل از کثیری دولت‌آبادی و همکاران، ۱۳۸۹) و شیوع آن پیوسته در حال افزایش است (بوایل<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). شیوع دیابت شیرین در ایران در سال ۲۰۰۵ حدود ۷/۷ درصد بوده است و پیش‌بینی می‌شود در صورت ادامه روند جاری در سال ۲۰۲۵ به حدود ۵/۲ میلیون مورد برسد (امینی و پرورش، ۲۰۰۹).

دیابت اغلب با مشکلات و اختلالات روانی همراه است و این مشکلات توانایی بیمار را برای خود-مدیریتی بیماری کاهش می‌دهند. از سوی دیگر، کاهش توانایی بیماران در کنترل دیابت، مشکلات روانی آنان را تشدید می‌کند و باعث می‌شود بیماران در یک چرخه معیوب گرفتار شوند (وایت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۱، ترجمه مولودی و همکاران، ۱۳۸۹).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات روانی-اجتماعی و ناتوان‌کننده‌ای نظیر احساس

1- Diabetes Mellitus  
3- Campaign  
5- Boyle

2- American Diabetes Association  
4- Lampman  
6- White

خستگی روانی<sup>۱</sup>، تحریک‌پذیری، عصبانیت، افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت بیش از افراد دیگر جامعه است (کروز<sup>۲</sup> و اشمیت<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). اضطراب یکی از مشکلات روان‌شناختی شایع همراه با دیابت است. هرمانس<sup>۴</sup>، کولزر<sup>۵</sup>، کریچبام<sup>۶</sup>، کوبیاک<sup>۷</sup> و هک<sup>۸</sup> (۲۰۰۵) در پژوهشی اختلال‌های اضطرابی و عاطفی را از نظر شیوع، همبودی و عوامل خطر در یک نمونه آلمانی بیماران دیابتی بررسی کردند. این محققان میزان شیوع اختلالات اضطرابی در این بیماران را ۵/۹٪ گزارش کردند. همچنین این محققان اشاره کردند ۱۹/۳٪ از بیماران برخی نشانه‌های اضطراب را گزارش کردند. در برخی دیگر از پژوهش‌ها نیز مشخص شده که نشانه‌های ترس و اضطراب فراگیر و هراس ساده در بیماران دیابتی، بیش از جمعیت عمومی است (گریگسبای<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۲). به علاوه، اضطراب در بیماران دیابتی با کنترل ضعیف شاخص گلاسمیک<sup>۱۰</sup> یا شاخص قندی، تبعیت از رژیم غذایی خاص، و همچنین تسریع ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی همبستگی دارد (میتسونیز<sup>۱۱</sup>، دیموپولوس<sup>۱۲</sup> و پسارا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹).

برخی از رفتار درمانگران توسعه و تحول رفتار درمانی را بر حسب سه نسل یا موج، مفهوم‌سازی کرده‌اند (مانند هیز<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۴، هافمن<sup>۱۵</sup> و آسموندسون<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). درحالی‌که هدف اصلی در درمان‌های رفتاری نسل ۱ و ۲، حذف و یا کاهش مسائل بیمار است، هدف درمان‌های نسل سوم، کمک به بیمار است که بتواند فعالانه شکل‌های مختلف ناراحتی‌های روانی و درد و رنج را به‌عنوان اجزای گریزناپذیر زندگی خود - و نه به‌عنوان مانعی برای رسیدن به هدف - بپذیرد. (قاسم‌زاده، ۱۳۹۲). رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱۷</sup> (DBT) که توجه پژوهشگران و روانشناسان را در دهه اخیر به خود جلب

1- Fatigue

3- Schmit

5- Kulzer

7- Kubiak

9- Grigsby

11- Mitsonis

13- Psarra

15- Hofmann

17- Dialectical Behavior Therapy

2- Kruse

4- Hermanns

6- Krichbaum

8- Haak

10- Glycemic Index

12- Dimopoulos

14- Hayes

16- Asmundson

کرده است رویکردی از نسل سوم شناختی-رفتاری است و توسط مارشا لینهان<sup>۱</sup> و در اصل، برای درمان گرایش به خودکشی و خودجرمی در زنان مبتلا به اختلال شخصیت مرزی<sup>۲</sup> (BPD) طراحی شد (لینچ<sup>۳</sup> و برنر<sup>۴</sup> روبینز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶؛ لینهان و چن<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴؛ چاپمن<sup>۷</sup> و لینهان، ۲۰۰۵). جهت‌گیری نظری رویکرد DBT، آمیزه‌ای از سه دیدگاه نظری علوم رفتاری، فلسفه دیالکتیکی، و اعمال ذن است (لینهان و دکستر-مازا<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸ به نقل از محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۰). لینهان در رویکرد درمانی خود سعی می‌کند اصول رفتارگرایی و اصول ذن را که در ظاهر دیدگاه‌های متفاوتی هستند با یکدیگر یکپارچه سازد؛ این همان تلفیق و یکپارچه‌سازی روان‌شناسی غرب و روان‌شناسی شرق است. به علاوه، این رویکرد پذیرش و همدلی مراجع محور را با حل مسأله رفتاری-شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی ترکیب می‌کند (دیویسون<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). DBT یک شیوه درمانی یکپارچه نگر است. در این رویکرد به بیمار آموخته می‌شود تضادهای موجود در درون خود و یا میان خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آنها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد (سوالز<sup>۱۰</sup> و هیرد<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹). از سوی دیگر یکپارچه‌سازی در DBT اشاره به ترکیب مدل‌های مختلف درمان دارد. مدل جامع و استاندارد DBT، از چهار نوع مداخله همسو با یکدیگر تشکیل می‌شود که عبارتند از جلسات درمانی ساختاریافته گروهی (برای مهارت‌آموزی) به مدت ۲ ساعت در هفته، جلسات انفرادی به مدت یک ساعت در هفته، تماس‌ها یا مشاوره‌های تلفنی با درمانگر (برای اطمینان از تعمیم مهارت‌آموزی به خارج از جلسات درمانی) و جلسات تیم متخصصان به منظور حمایت از درمانگران DBT و جلوگیری از فرسودگی شغلی آنها (سولر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۰). تأکید بر مهارت‌آموزی در سراسر جلسات درمانی DBT ادامه دارد و درمانگر در هر دو شکل درمان‌های فردی و

1- Marsha Linehan

3- Lynch

5- Robins

7- Chapman

9- Davison

11- Heard

2- borderline personality disorder

4- Bronner

6- Chen

8- Dexter-Maza

10- Swales

12- Soler

گروهی بر درگیری فعالانه درمانجو جهت یادگیری و تمرین مهارت‌های رفتاری تأکید می‌کند. اصطلاح مهارت در معنایی کلی، دربرگیرنده تمامی مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری آشکار و همچنین تلفیق و انسجام آنها است. در DBT استاندارد، چهار دسته مهارت آموزش داده می‌شود: (۱) مهارت‌های حضور ذهن، (۲) مهارت کارآمدی بین فردی، (۳) مهارت تنظیم هیجانی، و (۴) مهارت تحمل پریشانی (رنج). هر یک از این مهارت‌ها با کمک بازی نقش<sup>۱</sup> یا سایر مولفه‌های تجربی، آموزش داده می‌شود و تمرین و یادگیری آنها بر اساس تکالیف خانگی بررسی می‌شود. هر جلسه چند برگ کاغذ جهت یادداشت‌برداری و تعدادی فرم‌های مخصوص که حاوی اطلاعاتی درباره مهارت‌های DBT است، به درمانجو (یا درمانجویان)، در گروه درمانی داده می‌شود (محمودعلیلو و شریفی، ۱۳۹۰). موضع دیالکتیکی در مهارت‌آموزی DBT نیز رعایت شده است، به این معنی که ذهن آگاهی و تحمل پریشانی، مهارت‌های مبتنی بر پذیرش هستند، و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی، مهارت‌های مبتنی بر تغییر به حساب می‌آیند. با این حال، استفاده موثر و کارآمد از تمام این چهار مهارت، به درجه تسلط درمانجو بر ذهن آگاهی بستگی دارد. به همین دلیل، قبل از آموزش سه مهارت دیگر، همیشه در ابتدا مهارت ذهن آگاهی تمرین می‌شود. تأکید DBT بیشتر بر مهارت‌های ذهن آگاهی و تحمل پریشانی است، زیرا مهارت‌های کارآمدی بین فردی و تنظیم هیجانی، عمدتاً از همان اصول و روش‌های سنتی رفتاردرمانی شناختی (عمدتاً، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های جرات‌مندی و ابراز وجود) پیروی می‌کنند (سوالز و هیرد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). طی ۱۵ سال گذشته DBT علاوه بر اختلال شخصیت مرزی، در دامنه نسبتاً متنوعی از سایر اختلال‌ها مورد کاربرد قرار گرفته است. این رویکرد، در درمان اختلال‌های خوردن به‌ویژه پرخوری عصبی، سوءمصرف مواد (لینهان و همکاران، ۲۰۰۲)، کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی کمبود توجه (هسلینجر<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۲)، اختلال دوقطبی (گلدستین<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷)، مدیریت تعارض‌ها در روابط

1- role playing  
3- Hesslinger

2- Heard  
4- Goldstein

بین‌فردی (چودھاری<sup>۱</sup> و تاپا<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲)، افراد دارای افکار خودکشی، افسردگی و اضطراب موفقیت‌آمیز بوده و نتایج امیدوارکننده به‌همراه داشته است. هر چند تعداد مطالعاتی که به‌طور مشخص اثربخشی DBT را بر اضطراب بررسی کرده‌اند محدود است، اما بسیاری از مطالعات درباره سایر اختلال‌ها، اثربخشی بر شاخص‌های اضطراب را به‌عنوان نتایج فرعی گزارش کرده‌اند. به‌عنوان نمونه، پزیسنی<sup>۳</sup> و کانر<sup>۴</sup> (۲۰۱۱) طی پژوهشی دراسترالیا، DBT به شیوه گروهی را در بیست و چهار جلسه و طی شش ماه بر روی ۸۴ زن و ۶ مرد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی با همبودی اختلال‌های اضطراب و افسردگی اجرا کردند. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی DBT در کاهش نشانه‌های اضطراب صفت و حالت، افسردگی، رفتارهای خودآسیب‌رسان و خودکشی بودند. سواز و هیرد (۲۰۰۹)، در اسپانیا، مهارت‌آموزی بر مبنای رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۵</sup> را در یک دوره سه ماهه طی ۱۳ جلسه روی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی اجرا کردند. نتایج این پژوهش نشان‌دهنده کاهش معنی‌دار علائم افسردگی، اضطراب، خشم، تحریک‌پذیری و بی‌ثباتی هیجانی بود.

از بین مطالعات صورت گرفته در ایران می‌توان به نتایج مطالعه صالحی و همکاران (۱۳۹۰) اشاره کرد. این محققان نشان دادند که مهارت‌آموزی مبتنی بر DBT منجر به کاهش علائم افسردگی، اضطراب و حساسیت بین فردی می‌شود. منصوریان (۱۳۹۰)، در پژوهش خود که تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را بر اضطراب، افسردگی و کنترل میزان قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع II بررسی کرد، این نوع درمان را موثر در کاهش افسردگی، و اضطراب و کاهش قند خون اعلام نموده و اثر آن را معنادار گزارش کرد.

با توجه به این واقعیت که عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند (کاهولا کولا<sup>۶</sup>، هاینس<sup>۷</sup>، گراندینتی<sup>۸</sup> و چنگ<sup>۹</sup>،

1- Choudhary  
3- Pasieczny  
5- DBT-ST  
7- Haynes  
9- Chang

2- Thapa  
4- Connor  
6- Kaholokula  
8- Grandinetti

۲۰۰۳)، با این حال برای بیماری که از به دیابت مبتلاست قبول این موضوع که فرد باید روش زندگی خود را بر اساس بیماری تغییر دهد همیشه آسان نیست. علاوه بر این، چون این بیماران اغلب از عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری خود تا حدودی اطلاع دارند، بروز علائم اضطراب در این افراد دور از ذهن نخواهد بود (نوروزی‌نژاد و همکاران، ۲۰۰۶) و مطالعات نیز همبودی اضطراب و دیابت را تأیید می‌کنند. این در حالی است که اضطراب در این بیماران کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد (گیلدر<sup>۱</sup>، مایو<sup>۲</sup> و کوون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). با توجه به این که مطالعات گسترده انجام شده عموماً بر اثربخشی مداخلات مبتنی بر DBT در درمان هیجانات ناخوشایند اشاره دارند و همچنین مطالعه‌ای به بررسی تأثیر مداخله‌ای این رویکرد در اضطراب بیماران دارای دیابت پرداخته است، این پژوهش در صدد است تا بررسی نماید که آیا مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش نشانه‌های اضطراب صفت-حالت در بیماران مبتلا به دیابت نوع II موثر است؟

### روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی با روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران زن ۲۵-۵۵ ساله مبتلا به دیابت نوع II شهر ساری با علایم اضطراب و افسردگی بودند که تا پایان فروردین سال ۱۳۹۲ در مطب خصوصی پزشک فوق تخصص غدد پرونده داشته‌اند. تعداد شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۰ نفر بوده است که به روش تصادفی ساده از میان بیماران واجد شرایط از پرونده‌ها انتخاب شدند و پس از اعلام رضایت خود در پژوهش شرکت کردند.

جهت گردآوری داده‌ها از سیاهه اضطراب حالت-صفت<sup>۴</sup> STAI-Y استفاده شد. نخستین فرم پرسشنامه حالت-صفت (آشکار و پنهان) اضطراب در سال ۱۹۷۰ توسط اشپیلبرگر و همکاران به نام STAI-Y ارائه گردید و در سال ۱۹۸۳ مورد تجدیدنظر قرار

1- Gelder  
3- Cowen

2- Mayou  
4- Spielberger State-Trait Anxiety Inventory

گرفت. فرم تجدیدنظرشده STAI-Y، ۴۰ سؤال دارد؛ از سؤال ۱ تا ۲۰ اضطراب حالت (آشکار) با چهار گزینه (به هیچ‌وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد) و از سؤال ۲۱ تا ۴۰ اضطراب صفت با چهار گزینه (تقریباً هرگز، گاهی اوقات، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) شامل می‌شود. نمره‌گذاری این سؤالات در قالب طیف لیکرتی چهار درجه‌ای صورت می‌گیرد. اضطراب حالت یا آشکار در بیماران دیابتی مربوط به احساسات آنها در لحظه کنونی و شرایط فعلی است. شرایطی که ممکن است منجر به برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، تنش عضلانی و سایر پدیده‌های ناسازگار با آرامش شوند. افرادی که اضطراب حالت بالایی را تجربه می‌کنند معمولاً حالت‌های ظاهری مضطرب و نگران را از خود نشان می‌دهند. از سوی دیگر، اضطراب صفت یا پنهان نشان از احساسات کلی و معمول افراد در اغلب اوقات دارد.

برای بررسی روایی این ابزار بین نمرات حاصل از آن و دیگر آزمون‌هایی که اضطراب را می‌سنجد همبستگی‌های بالا گزارش شده است. همبستگی این مقیاس با مقیاس اضطراب آشکار تایلر TMAS از ۰/۷۹ تا ۰/۸۳ و همبستگی بین صفت اضطراب با فهرست صفت عاطفه AACT از ۰/۵۲ تا ۰/۵۸ گزارش گردیده است. یافته‌ها حاکی از آن هستند که این ابزار پایایی مناسبی نیز دارد و ضریب همابستگی درونی آن بالا گزارش شده است (کاباکف<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷). میانه ضرائب آلفا در گردهمایی مختلف در مقیاس حالت ۰/۹۴ و برای صفت ۰/۹۱ گزارش گردیده است (پاسیزنی و کانر، ۲۰۱۱).

### شیوه اجرا

شرکت‌کنندگان این پژوهش همگی مبتلا به دیابت نوع II بوده که توسط پزشک متخصص غدد، بیماری آنها تأیید شده و برای حداقل دو سال مبتلا به این بیماری بودند. پرونده این بیماران مورد بررسی اولیه قرار گرفت. ملاک ورود به پژوهش عبارت بودند از این که بیمار حداقل دارای مدرک دیپلم باشد، ساکن شهر ساری بوده، داروهای ضد اضطراب و افسردگی دریافت نکرده و قند خون کنترل نشده داشته باشند. قند خون کنترل نشده

1- Kabakoff



یعنی هموگلوبین گلوکوزیده بالای ۶/۵ درصد و قند ناشتای بیشتر از ۱۲۶ و یا قند ۲ ساعت بعد از صبحانه بیشتر از ۱۸۰. کسانی که دارای تمام شرایط فوق بودند ابتدا یک مصاحبه کوتاه اولیه از آنها به عمل آمد و کسانی که نشانه‌های اضطراب را دارا بودند، جهت اجرای پرسشنامه اضطراب صفت - حالت اشیپلبرگر<sup>۱</sup> (پیش‌آزمون) دعوت شدند. در نهایت از میان ۴۸ بیمار واجد شرایط، تعداد ۲۹ نفر که نمره‌های آنها از حد متوسط به بالا بود انتخاب شدند و از این تعداد، ۲۴ نفر به صورت تصادفی در دو گروه درمان و کنترل قرار گرفتند. افرادی از گروه آزمایش که بیش از سه جلسه غیبت داشتند، از گروه حذف شدند. در نتیجه به منظور همتا کردن دو گروه، دو نفر نیز از گروه کنترل به صورت تصادفی حذف گردیدند. برای اطمینان از همتا بودن گروه‌های مورد مطالعه، میزان تحصیلات و سن بیماران و نیز شاخص‌های روانسنجی اضطراب و افسردگی در پیش‌آزمون، از آزمون آماری (T مستقل برای مقایسه برابری میانگین‌ها) استفاده شد. سپس در گروه آزمایش مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی با تکیه بر مولفه‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی، طی دوازده جلسه دو ساعته و در طول شش هفته (هفته‌ای دو جلسه) بر اساس راهنمای درمانی اجرا شد. ساختار جلسات بر اساس مبانی و تکنیک‌های DBT (لینهان، ۱۹۹۳) و مک‌کی (۲۰۰۷) طراحی شد. در خاتمه، دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند و داده‌های جمع‌آوری شده پژوهش با روش تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-20<sup>۲</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### یافته‌ها (نتایج)

در ۲۰ نمونه مورد تحقیق ۲۵٪ دارای سن کمتر از ۳۵ سال، تعداد ۲۵٪ درصد از آزمودنی‌ها دارای سن بین ۳۵ تا ۴۵ سال و ۵۰٪ آزمودنی‌ها دارای سن بیشتر از ۴۵ سال (بیشترین فراوانی) بودند. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب حالت و صفت شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل به ترتیب در جدول شماره ۱ و ۲ مشخص شده است.

1- Spielberger

2- Statistical Package for Social Sciences (SPSS)

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش

متغیر	مرحله آزمون شاخص		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب صفت	۴۸	۱۲/۸۰۶	۴۲	۱۰/۲۵۲
اضطراب حالت	۴۷	۱۱/۶۳۳	۳۳/۷۰	۶/۰۹۳

جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل

متغیر	مرحله آزمون شاخص		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب صفت	۴۵/۵	۱۰/۰۳۶	۴۷/۱۰	۱۰/۰۰۵
اضطراب حالت	۴۰/۶۰	۷/۹۴۷	۴۳/۳۰	۱۰/۱۲۲

پس از بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین<sup>۱</sup> و برآورده شدن این فرض برای هر دو متغیر اضطراب صفت و حالت (به ترتیب  $F=۰,۰۱۷$  و  $F=۲,۰۹۴$  و  $sig<۰,۰۵$ )، آزمون باکس برای بررسی فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس اجرا شد. آماره آزمون باکس به لحاظ آماری معنادار نبود ( $F=۰/۸۲۷$ ،  $Sig=۰/۴۷۹$ ) و در نتیجه داده‌های پژوهشی، فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس را زیر سؤال نبرد. پس از بررسی این دو پیش‌فرض تحلیل کوواریانس اجرا شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. با توجه به جدول شماره ۳ خرده‌مقیاس‌های اضطراب یعنی حالت اضطراب و صفت اضطراب ( $F_{2,15}=۸/۰۲۳$  و  $sig<۰/۰۵$ ) معنادار است. با توجه به جدول شماره ۴ نیز تفاوت در پس‌آزمون دو گروه آزمایشی و کنترل پس از حذف اثر پیش‌آزمون در خرده‌مقیاس‌های حالت اضطراب ( $F_1=۰/۰۰۳$ ؛  $P=۱۲/۶۰۸$ ) و صفت اضطراب ( $F_1=۰/۰۰۳$ ؛  $P=۹/۶۱۴$ ) معنادار می‌باشد. به عبارت دیگر فرض تحقیق تأیید می‌شود، به عبارت دیگر مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه‌های اضطراب صفت و اضطراب حالت بیماران مبتلا به دیابت نوع II مؤثر بود.

1- Levene

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (خرده‌مقیاس‌های اضطراب)

آزمون-گروه	اندازه اثر	F	df <sub>1</sub>	df <sub>2</sub>	Sig.	مجذور اتای سهمی
لامبدا و یلکز	۰/۴۸۳	۸/۰۲۳	۲	۱۵	۰/۰۰۴	۰/۵۱۷

جدول (۴) نتایج آزمون تعامل بین گروه‌ها

منبع	متغیرها	مجموع مجذورها	Df	مجذور میانگین	F	Sig.
گروه	حالت اضطراب- پس آزمون	۶۲۱/۱۳۱	۱	۶۲۱/۱۳۱	۱۲/۶۰۸	۰/۰۰۳
	صفت اضطراب- پس آزمون	۲۶۸/۶۲۵	۱	۲۶۸/۶۲۵	۹/۶۱۴	۰/۰۰۷
خطا	حالت اضطراب- پس آزمون	۷۸۸/۲۴۹	۱۶	۴۹/۲۶۶		
	صفت اضطراب- پس آزمون	۴۴۷/۰۶۸	۱۶	۲۷/۹۴۲		

### بحث

این پژوهش با توجه به نیاز بیماران مبتلا به دیابت که علاوه بر مصرف دارو و رعایت پرهیزهای تغذیه‌ای هم‌چنان به میزان زیادی درگیر این بیماری‌اند و از احساس اضطراب ناشی از عوارض این بیماری رنج می‌برند، مورد توجه واقع گردید و در آن به بررسی تاثیر مهارت‌آموزی مبتنی بر رفتار درمانی دیالکتیک بر نشانه‌های و اضطراب صفت-حالت در بیماران مبتلا به دیابت نوع II پرداخته شد. مطابق نتایج بین میانگین نمرات اضطراب حالت و صفت دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیش‌آزمون تفاوت معناداری یافت شد. بسیاری از مطالعات اثربخشی مداخله DBT در کاهش نشانه‌های اضطراب را گزارش کرده‌اند (مثلاً لینهان و همکاران، (۲۰۰۲)، سواز و هیرد (۲۰۰۹)، پزیسنی و کانر (۲۰۱۱) و صالحی و همکاران (۱۳۹۰)) بنابراین نتایج حاصل از پژوهش حاضر هم‌چنین با نتایج حاصل از مطالعه، در کاهش علایم مشکلات هیجانی از جمله اضطراب همسو بوده و آنان نیز به نتایج مشابهی دست یافتند. هم‌چنین با توجه به تعریف نظری دو سازه اضطراب حالت و صفت و با در نظر گرفتن اهداف مداخله مبتنی بر DBT چنین اثربخشی انتظار می‌رود. طبق تعریف اضطراب حالت یا آشکار در

بیماران دیابتی مربوط به احساسات آنها در لحظه کنونی و شرایط فعلی می‌باشد. شرایطی که ممکن است برانگیختگی دستگاه عصبی خودمختار، افکار رقابتی، تنش عضلانی و سایر پدیده‌های ناسازگار با آرامش را باعث شوند که منجر به ایجاد و افزایش اضطراب حالت می‌گردد. افرادی که در این آزمون نمره بالایی می‌آورند معمولاً حالت‌های ظاهری مضطرب و نگران دارند. از طرفی در DBT فرد می‌آموزد که در هر لحظه از حالت هیجانی خود آگاهی داشته و توجه خود را به شیوه‌های مختلف بروز هیجانات و رفتار بر اساس آنها متمرکز نماید. در نتیجه DBT فرد را قادر می‌سازد با پذیرش حالات خود بدون قضاوت و تغییر عواملی که نیاز به تغییر دارند (حل مسأله)، از میزان این اضطراب بکاهد. اضطراب صفت در بیماران دیابتی نشان از احساسات کلی و معمول افراد در اغلب اوقات می‌باشد. تمرینات ذهن آگاهی و تنظیم هیجان و تحمل پریشانی با زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آنها، می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. مشاهده بدون قضاوت افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که اینها «فقط افکارند» و نمایانگر واقعیت یا حقیقت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. در فرایند آموزش DBT از افراد خواسته می‌شود با تجارب ناخوشایند خود رابطه‌ای متفاوت ایجاد کنند و با پذیرش و اعتباربخشی به احساسات ناخوشایند در مورد تصمیم درباره چگونگی پاسخ به هیجانات، آگاهی داشته باشند. متعاقباً این رابطه به کاهش اضطراب کلی فرد منجر شود.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدودیت در حجم نمونه بود. در این زمینه پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی از نمونه‌های دارای حجم وسیع‌تر استفاده شود. همچنین استفاده از نمونه وسیع محقق را قادر خواهد ساخت که متغیرهای دیگر از قبیل پیشینه درمان، نوع داروهای درمانی، متغیرهای شخصیتی (از قبیل برون‌گرایی - درون‌گرایی، سرسختی یا تاب‌آوری روان‌شناختی<sup>۱</sup>، منبع کنترل و غیره) و عوامل مردم‌شناختی که تأثیر

---

1- resiliency

احتمالی بر درمان دارند (از قبیل سطح تحصیلات، حمایت خانوادگی و اجتماعی) را مقایسه و بررسی نماید.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۳/۰۷/۱۱  
تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۳/۱۱/۰۵  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۲/۱۰



## منابع

- حیدری، فریبا (۱۳۸۵). بررسی اثر درمان شناختی رفتاری در کمک به کنترل بیماری دیابت و کاهش اختلالات هیجانی نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
- صالحی، ا.؛ باغبان، ا.؛ بهرامی، ف. و احمدی، ا. (۱۳۹۱). تأثیر دو روش آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرایند گراس و رفتار درمانی دیالکتیک، بر علائم مشکلات هیجانی. *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*. ۱۴ (۲)، ۴۹-۵۵.
- قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۹۲). رفتار درمانی: زمینه، مسایل و دورنما (ویرایش سوم). تهران: ارجمند.
- کنیری دولت‌آبادی، منیره؛ مرتضی‌پور، سمیه و حسینی، سیدمحسن (۱۳۸۹). بررسی افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲ اصفهان. *مجله تحقیقات نظام سلامت*، ۶(۲)، ۳۱۴-۳۰۸.
- محمودعلیلو، مجید؛ شریفی، محمدامین (۱۳۹۰). رفتار درمانی دیالکتیکی برای اختلال شخصیت مرزی. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- منصوریان، مریم و میرزائیان، بهرام (۱۳۹۰). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن MBCT بر اضطراب و افسردگی و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع II. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری.
- نوروزی‌نژاد، غلامحسین؛ بوستانی، حاتم؛ نعمت‌پور، سرور و بهروزیان، فروزان (۱۳۸۵). مقایسه افسردگی بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی. *مجله علمی پزشکی*، ۵(۱)، ۳۹۱-۳۸۵.
- وایت، کریگ ا. (۱۳۸۹). *درمان شناختی رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی*. ترجمه رضا مولودی و کتابیون فتاحی. تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۱).
- Amini, M., Parvaresh, E. (2009). *Prevalence of macro- and microvascular complications among patients with type 2 diabetes in Iran: a systematic review*, *diabetes research and clinical practice*; 83: 18-25.
- American Diabetes Association (2009). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 31(1), 315-358.
- Bear, R.A. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness-and acceptance-based treatment approaches. In R.A. Bear(Ed). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (pp.3-27). Academic press in an imprint of Elsevier.

- Boyle, J.P., Honeycutt, A.A., Narayan, K.M., Hoerger, T.J., Geiss, L. S., Chen, H, et al. (2001). Projection of diabetes burden through 2050. *Diabetes Care*, 24(11).
- Chapman, A.L., & Linehan, M.M. (2005). *Dialectical behaviour therapy of borderline personality disorder*. In Zanarini, M.C. (Ed). *Borderline personality disorder*. (pp.211-242). New York: Taylor & Francis.
- Choudhary, Sh. & Thapa, K. (2012). Dialectical Behavior Therapy for Managing Interpersonal Relationships. *Psychological Studies*. Vol. 57(1). 46-54.
- Davison, D., Neal, J. & Kring, A., Johnson, S. (2007). *Abnormal Psychology*. New York: Wiley.
- Gelder, M., Mayou, R., Cowen, P. (2001). *The shorter Oxford textbook of psychiatry*. (4th ed), New York: Oxford University Press. 208-14.
- Grigsby, BA., Anderson RJ, Freedland KE., Clouse RE. & Lustman, PJ. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systemic review. *J. Psychosom. Res*: 53: 1053-1060.
- Goldstein, T.R., Axelson, D.A., Birmaher, B., Brent, D.A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Child Adolesc Psychiatry*. Jul; 46(7):820-30.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bisset, R., Luoma, J., & Guerreto, L.F. (2004). *DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behaviour therapy technologies? Behavior Therapy*.
- Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T. & Haak T. Affective and anxiety disorders in a German sample of diabetic patients: prevalence, comorbidity and risk factors. *Diabet Med*. 2005; 22(3):293-300.
- Hesslinger, B., Tebartz L., Nyberg E., Dykieriek P., Richter H., Berner M. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychol Clin*; 252: 177-84.
- Hofmann, S.G. & Asmundson, G.J.G. (2008). Acceptance and mindfulness-Based therapy: New wave an old hat? *Clinical Psychology Review*, 28, 1-16.
- Kabakoff, R.I., Seagal, D.L., Hersen, M., & Van Hasselt, V.B. (1997). Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck anxiety inventory and the state-trait anxiety inventory with older adult psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 33-47.

- Kaholokula, J.K., Haynes, S.N., Grandinetti A. & Chang, H.K. (2003). Biological, psychosocial, and sociodemographic variables associated with depressive symptoms in persons with type 2 diabetes. *Behav Med*, 26(5), 435-58.
- Kruse J, Schmitz N. & There'd W. (2003) 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*; 26, pp: 1841-1846.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavior treatment of borderline personality disorder*. New York, USA: the Guilford Press.
- Linehan, M.M. & Chen, E.Y. (2004). Dialectical behaviour therapy in eating disorder. In Freeman, A. (Ed), *Encyclopedia of cognitivebehavior therapy*. (pp.168-171).New York: Springer.
- Linehan M.M, Dimeff LA, Reynolds SK, Comois KA, Welch SS, & Heagerty P. (2002). 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*; 67: 13-29.
- Lynch, T.R., & Bronner, L.L. (2006). 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.
- McKay M., Wood J.C., Brantley J. (2007). *The Dialectical Behavior Therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation & distress tolerance*. New Harbinger publication. 248 pages
- Mitsonis, C., Dimopoulos, N. & Psarra, V. (2009). Clinical implications of anxiety in diabetes: Acritical review of the evidence base. *European Psychiatry*.24: S526
- Pasieczny, N., Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behavior therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behavior Research and Therapy*. 49. 4-10.
- Swales, M.A. & Heard, H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy*. New York: Rutledge.