اثر بخشی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوۀ گروهی بر کاهش علایم ناگویی هیجانی، استرس و علایم دیابت در مبتلایان به دیابت نوع دو

کیمیا بایگان[*1]، دکتر ابوالقاسم خوش کنش[2]، دکتر مجتبی حبیبی عسکر آباد[3]، دکتر هاجر فلاح زاده[4]

1. کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید بهشتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران ، ایران.
2. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید بهشتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران ، ایران.
3. استادیار روانشناسی سلامت، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده، تهران ، ایران.
4. استادیار گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی شهید بهشتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران ، ایران.

***نویسنده مسئول**: کیمیا بایگان - **پست الکترونیکی**: kimia2960@gmail.com

فصلنامه علمی- پژوهشی پرستاری دیابت - تابستان1395؛4(3): 18-8

چکیده

مقدمه و هدف: استرس به عنوان عامل خطر مهم شدت نشانه های دیابت را در بیماران تشدید می کند. علاوه براین، ناگویی هیجانی دارای پتانسیلی برای افزایش نشانه های دیابت می باشد. از این رو هدف پژوهش حاضر تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوۀ گروهی بر علائم ناگویی هیجانی، استرس و علایم دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را بررسی می‌کند.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک تحقیق آزمایشی به روش پیش آزمون و پس آزمون بود.30 آزمودنی از کلینیک غدد بیمارستان امام‌خمینی شهر تهران انتخاب شدند و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل جایگزین شدند. رفتار درمانی دیالکتیکی در 8 جلسه (نود دقیقه، یک بار در هفته) اجرا شد و پس از آن پس آزمون اجرا گردید. ابزار پژوهش مقیاس پرسشنامه های ناگویی هیجانی تورنتو (باگبی،1986)، فشار روانی مارکهام (مارکهام، 1992) و آزمایش قند خون بود. برای تحلیل داده های بدست آمده از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت معنا داری بین دو گروه در ناگویی هیجانی (F=16/05 ،p=0/01) فشار روانی (F=30/09 ،p=0/01) و نشانه های دیابت (F=4/47 ،p=0/04) در دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات پیش آزمون وجود دارد($p<0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که میتوان رفتار درمانی دیالکتیکی رابه عنوان مداخله درمانی مؤثر برای کاهش ناگویی هیجانی ، استرس و نشانه های بیماری در بیماران دیابتی در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی، ناگویی هیجانی، استرس، علایم، دیابت نوع دو.

تاریخ دریافت:95/03/15 **تاریخ پذیرش 95/04/21**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

مقدمه و هدف

بیماری‌های روان تنی، ازجمله بیماری های جسمانی هستند که عوامل روانشناختی به ویژه استرس، فشار روانی و هیجانات منفی در شروع و تشدید آن‌ها مؤثر هستند (1). دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های روان‌تنی است که تنیدگی و فشار روانی در ایجاد، تشدید و مزمن شدن آن تأثیر فراوانی دارد (2) و مبتلایان علاوه بر مشکلات جسمانی مربوط به بیماری، در خطر مشکلات سلامت روان نیز هستند. مراقبت از مبتلایان شامل مراقبت های جسمی و روانی می باشد که در مراقبت های جسمانی نقش پرستار را در این زمینه نمیتوان نادیده گرفت. پرستار با برقراری ارتباط مؤثر با بیماران و خانواده های آنان، ترس ها و نگرانی های بیمار را ارزیابی کرده و اطلاعاتی در زمینه سازگاری با بیماری، راهبرد های تغییر رفتار و حل مساله ارایه میدهد تا بیمار بتواند این بیماری را کنترل نماید(3). پرستار در نقش آموزش دهنده موارد مختلف از جمله آموزش در زمینه طرز مصرف داروهای پایین آورنده قند خون (خوراکی یا تزریقی)، تغذیه مناسب، کنترل وزن، اهمیت فعالیت فیزیکی روزانه، شناسایی علایم افت و افزایش قند خون و نحوه برخورد با آنها، معاینه روزانه پاها، کنترل فشار خون و کلسترول، معاینات دوره ای چشم و کلیه می باشد(4). همچنین همانطور که پیشتر اشاره شد، استرس ازجمله عوامل روان‌شناختی است که به‌صورت ناگهانی و یا مزمن می‌تواند در بروز دیابت نقش مؤثری داشته باشد. استرس، پاسخ ارگانیسم به محرک‌های تنش‌زای درونی و بیرونی است(5). استرس با تأثیر بر دستگاه عصبی خودکار و غدد درون‌ریز و محور HPA، موجب افزایش ناهنجاری‌های اندوکرین و دیابت نوع دو می‌شود. به این نحو که افزایش HPA ، افزایش کورتیزول را به همراه دارد. از طرفی دیگر ترشح هورمون استرس (گلوکامان، کاته کولامین و کورتیزول) که به نوعی در افزایش میزان گلوکز مؤثرند را افزایش می‌دهد (1). علاوه براین، بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که زندگی با بیماری دیابت نوع دو با انواع هیجان‌های منفی مثل ترس، خشم، غم همراه است (6). بنابراین با توجه به ارتباط هیجانات و حالات درونی با دیابت به نظر می‌رسد که پردازش هیجانی در این زمینه دارای اهمیت زیادی باشد. ناگویی هیجانی که اختلالی ویژه در پردازش هیجانی است و بیشتر به کاهش توانمندی در شناسایی و تشخیص و توصیف هیجان ها اشاره دارد (7). ناگویی هیجانی دارای دو بعد شناختی (ناتوانی در شناسایی، تفسیر و کلامی کردن احساسات) و عاطفی (ناتوانی در پاسخ‌دهی و ابراز احساسات) می‌باشد (8). مطالعات رابطه ناگویی هیجانی و بیماری دیابت را نشان دادند (11،10،9). در مطالعه لمچه و همکاران (2014) ناگویی هیجانی به عنوان یک ریسک فاکتور دیابت نوع دو مشخص شده است(12)، همچنین نشان داده شد که شدت ناگویی هیجانی پیش بینی کننده این بیماری است (13). مطالعه هوسیاکس و همکاران (2010) نشان داد که بعد مشکل در تشخیص احساسات در توانایی بیماران مبتلا به دیابت برای دریافت مزایای خدمات مراقبت از سلامت و مدیریت بیماری شان، مداخله ایجاد می‌کند (14). در پژوهشی نشان دادند که از 120 نفر بزرگسال مبتلا به دیابت 75% مبتلا به ناگویی هیجانی بودند، و سبک تفکر بیرونی داشتند (9). نقص در آگاهی از عواطف و فعالیت‌های شناختی نمادین در افراد مبتلا بـه نـاگویی هیجـانی، عامل آسیب پذیری آن ها در مقابله با استرس اسـت. همچنین این افراد ظرفیـت محدودی در مقابله سازگارانه با شـرایط اسـترس زا دارنـد. بـه همین

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

دلیل گرایش به رفتارهای ناسالمی مانند تغذیه ناکافی، مصرف الکل و سبک زندگی کم‌تحرک دارند (15). بنابراین درمان‌های متمرکز بر کنترل هیجانی چون، رفتاردرمانی دیالکتیکی از اهمیت خاصی برخوردار شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردی که از راهبردهای تنظیم هیجان برای حل مشکلات هیجانی و رفتاری بهره می‌گیرد و در مداخلات درمانی بر مهارت‌آموزی، پذیرش و اعتباربخشی هیجان تأکید می‌کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی بر دو مفهوم اساسی تأکید می‌کند: بدتنظیمی هیجانی و محیط نامعتبر ساز. ابعاد مختلف این رویکرد، شامل آموزش مهارت‌های تحمل آشفتگی، توجه آگاهی، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط مؤثر است. این رویکرد براین نکته تأکید دارد که آسیب‌پذیری هیجانی به همراه پرورش در محیط نامساعد موجب می‌شود فرد با نقایصی در تنظیم هیجان و رفتارهای اجتماعی و ناکارآمدی در حل مشکلات زندگی خود روبرو شود (16). رفتاردرمانی دیالکتیکی نوعی درمان رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی است که توازنی را بین استفاده از فنون تغییر و پذیرش برقرار می‌سازد. پذیرش اساسی یعنی به آنچه در هرلحظه تجربه می‌کنید، توجه کنید و بدون قضاوت آن را بپذیرید (17). در چارچوب رفتاردرمانی دیالکتیکی تنظیم هیجان به شرح زیر مفهوم‌سازی شده است: مجموعه‌ای از مهارت‌های انطباقی و ازجمله شناسایی هیجان‌ها، درک هیجان‌ها، کنترل رفتارهای تکانه‌ای و استفاده از راهبردهای انطباقی در موقعیت‌های مربوطه جهت تنظیم پاسخ‌های هیجانی به‌منظور یاری‌دادن بیماران در جهت غلبه بر ترس خود و اجتناب از هیجان‌ها و نیز افزایش قدرت پذیرش تجارب هیجانی (16). این درحالی است که ناگویی هیجانی که اختلالی است که با تنظیم هیجانی مرتبط است، در دیابت نوع دو پیش‌بینی کننده سطح هموگلوبین گلیکوزیله است و همچنین پژوهش‌های پیشین که ارتباط میان ناگویی هیجانی با بیماری دیابت را گزارش کرده بودند، ضرورت انجام مداخلات روانشناختی را در کاهش ناگویی هیجانی به‌منظور کنترل این بیماری نمایان ساخته بودند(۹،۱۰،۱۱). از آنجا که رفتار درمانی دیالکتیکی به عنوان زیر شاخه ای از درمان شناختی رفتاری به عنوان درمانی برای تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی در نظر گرفته می شود، در سالیان اخیر به عنوان درمانی برای کاهش ناگویی هیجانی نیز شناخته شده است (18). با توجه به این که پژوهش‌های متعددی در مورد اثر بخشی آموزش مدیریت استرس در مورد بیماران دیابتی انجام شده ولی مطالعه‌ای بطور اخص استرس و ناگویی هیجانی را بررسی نکرده است و به ندرت به آموزش تغییرات شناختی بر روی افکار و باورهای بیماران، و نیز سایر مهارتهای لازم برای کنترل هیجانی پرداخته‌اند با توجه به اینکه عوامل روان شناختی و هیجانی در بروز بیماری دیابت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، و رفتار درمانی دیالکتیکی رویکردی است که بر مشکلات هیجانی تکیه دارد، و از آنجا که بیماران دیابتی، ناگویی هیجانی بالایی دارند سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوۀ گروهی می‌تواند استرس، ناگویی هیجانی و علائم دیابت را در مبتلایان به دیابت نوع دو کاهش دهد؟ بنابراین هدف پژوهش حاضر اثر بخشی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش استرس، ناگویی هیجانی و علایم دیابت در مبتلایان به دیابت نوع دو می‌باشد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، روش آزمایشی از نوع پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل آزمون پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

حاضر، شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع دو هستند که به کلینیک غدد بیمارستان امام خمینی تهران مراجعه کرده‌اند که با روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شده‌اند. در تحقیق‌های آزمایشی و نیمه آزمایشی حجم گروه نمونه برای هر یک از گروه‌های آزمایشی و کنترل 15 نفر در نظر گرفته می-شود (19). به همین جهت در این پژوهش حجم گروه نمونه در ابتدا 30 نفر بود که به علت افت آزمودنی به 26 نفر رسید که شامل 5 مرد و 21 زن، بود که به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند. در ابتدا به بیماران واجد شرایط، اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه اجرای درمان داده شد. بیماران گروه آزمایش در کنار دریافت مراقبت‌های معمول پزشکی، به‌مدت 8 جلسه 90 دقیقه، به‌صورت یک بار در هفته تحت مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی مبتنی بر بسته درمانی که توسط لینهان (16)، تدوین گردیده است قرار گرفتند. اما بیماران گروه کنترل در این مدت تنها مراقبت‌های معمول پزشکی دریافت نمودند. به فاصله یک هفته پس از پایان مداخلات پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اعمال شد. معیار ورود به این پژوهش شامل؛ 1. حداقل سن 25 و حداکثر سن 60 سال، 2. نداشتن مداخلات روانشناختی طی 6 ماه گذشته، 3. تحصیلات بالاتر از دیپلم، 4. نداشتن اعتیاد، 5. نداشتن سابقه بیماری روانی و سابقه بستری در بیمارستان روانی، 6. کسب نمره بالاتر از 19 در پرسشنامه فشار روانی مارکهام، 7. کسب نمره بالاتر از 60 در پرسشنامه تورنتو، 8. ابتلا به بیماری دیابت بیشتر از یک سال، بود. معیار خروج از روند درمان شامل 1.وجود اختلالات روانی نیازمند درمان‌های فوری، 2.ایجاد اخلال در روند طبیعی درمان، 3.عدم همکاری،4. ناتوانی جسمی به دلیل وخامت بیماری، 5. غیبت بیش از یک جلسه بود. ساختار هر جلسه شامل بررسی تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، ارایه موضوع اصلی، خلاصه و جمع‌بندی و توضیح تکالیف خانگی جلسه بعد بود. محتوای جلسات درمانی در جدول 1 آمده است.

1-پرسشنامه تورنتو(TAS): این پرسشنامه شامل 20 سؤال است که توسط باگبی (1986) تنظیم شد (20). شامل 3 زیرمقیاس است؛ 1-دشواری در تشخیص احساسات؛ که شامل توانایی آزمودنی در شناسایی احساسات و تمایز میان احساسات و حس‌های بدنی می‌باشد.2-دشواری در توصیف احساسات که توانایی آزمودنی در بیان احساسات و میزان توانایی احساسات در قالب واژگان می‌باشد 3-تفکر عینی که میزان عمیق شدن و درگیر شدن فرد در احساسات خودش و دیگران را می‌سنجد. این پرسشنامه در مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت از نمره 1 (کاملاً مخالف) تا نمره 5 (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. حد پایین این پرسشنامه نمره 20، حدمتوسط نمرات 60 و حد بالا نمره 100 می‌باشد.. بشارت (1386) در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجان تورنتو ضریب آلفای کرونباخ برای نمره ناگویی هیجانی کل و سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را به ترتیب 0/85، 0/82، 0/72 گزارش کرد که نشانه همسانی درونی خود مقیاس است (21).

2- پرسشنامه فشار روانی مارکهام: این پرسشنامه توسط مارکهام (1992) به‌منظور سنجش تنیدگی روانی و هیجانی ناشی از فشارزاهای محیطی تنظیم شد. در این پرسشنامه از آزمودنی خواسته می‌شود تا نظر خود را نسبت به سؤال‌هایی که نشانگر وجود برخی از آشفتگی‌های روانی-هیجانی همچون ضعف حافظه، اضطراب و نگرانی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

ترس از بیماری است را بیان کند. مارکهام پژوهش‌های لازم را درباره روایی این پرسشنامه به عمل‌آورده است. ازاین‌رو درباره روایی و اعتبار آن می‌توان به نظریه‌هایی که مقیاس بر آن استوار است و پژوهش‌های سازنده آن استناد کرد. این پرسشنامه شامل 38 سؤال که مشتمل بر گزینه‌های بله-خیر نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس در مورد گروهی از دانشجویان دوره‌های کارشناسی شهر تهران هنجاریابی شده است. ضریب اعتبار محاسبه شده برای این مقیاس با روش آلفای کرونباخ 83% گزارش شده است که بیانگر اعتبار قابل توجه این مقیاس است(22). از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) برای آزمون تفاوت بین گروه های آزمایش و کنترل در میزان تغییر در استرس و ناگویی هیجان با استفاده از نرم‌افزار استفاده گردید.

جدول شماره 1: ساختار جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی

جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول	آموزش مهارت تحمل پریشانی، پذیرش بنیادین، توجه برگردانی با استفاده از شیوه‌های گوناگون، آموزش خود آرامش بخشی با استفاده از حواس گوناگون
جلسه دوم	آموزش تشخیص هیجانات، آموزش پذیرش بنیادین و استفاده از آن، تدوین و ایجاد راهبردهای مقابله‌ای و سازگاری با موقعیت‌های آشفته ساز
جلسه سوم	آموزش مهارت بهوشیاری، آموزش تمرکز بر لحظه با استفاده از شیوه‌های گوناگون، آموزش توصیف هیجان و بهوشیاری بر هیجانات، آموزش مفهوم ذهن هیجانی، عاقلانه و خردمند
جلسه چهارم	آشنایی با قضاوت‌ها، آموزش مراقبه با استفاده از فنون مختلف
جلسه پنجم	آموزش شناسایی و تشخیص هیجانات، آموزش مهارت تنظیم هیجان، آموزش راه‌های کاهش آسیب پذیری جسمی در برابر هیجان‌های آشفته ساز، آموزش تعادل بین افکار و احساسات
جلسه ششم	آموزش نامگذاری بر روی هیجانات، آموزش رویارویی با هیجانات، آموزش مهارت حل مساله، آموزش بهوشیاری بر روی هیجانات
جلسه هفتم	آموزش مهارت‌های بین فردی، آموزش شناسایی سبک‌های ارتباطی،آموزش مهارهای بین فردی آموزش تعادل میان خواسته‌های فرد و دیگران
جلسه هشتم	آموزش شیوه‌های مختلف خود شناسی، آموزش شناسایی حقوق فرد در ارتباط، آموزش جرأت-ورزی و مهارت نه گفتن، آموزش مهارت‌های چگونگی درخواست کردن، آموزش مذاکره

یافته‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه افراد مبتلا به دیابت نوع دو بودند که به کلینیک غدد بیمارستان امام خمینی شهر تهران مراجعه کرده بودند که با روش نمونه گیری در دسترس و هدفمند انتخاب شدند. حجم گروه نمونه 26 نفر بود که در مجموع شامل 5 مرد(23.3 درصد) و 21 زن(76.7 درصد)، که به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل جایگزین شدند، انتخاب شد. در گروه نمونه،(3.3) درصد در فاصله سنی 20-30 سال، (20) درصد بین 31-40 سال و (13.3) درصد بین 41-50 و (63.3) پاسخ دهندگان بیش تر از 50 سال داشته اند. مجردها (33) درصد متأهل ها نیز (67) درصد افراد را تشکیل می دهند. همچنین (56.7) درصد افراد دیپلم، (66.7) درصد فوق دیپلم، (10) درصد دارای تحصیلات لیسانس، (23.3) درصد دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند. پس از بررسی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرونف و بررسی فرض همگنی واریانس ها با استفاده از آزمون لوین، از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی تأثیر متغیر مستقل (رفتاردرمانی دیالکتیکی) بر متغیرهای وابسته (میزان استرس، ناگویی هیجانی و علائم دیابت) در بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد. همانطور که در جدول شماره 3آمده است، داده‌ها نشان می‌دهند تفاوت معناداری بین میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون نمره کل میزان استرس ادراک شده (sig=0/01، F=30/09)، ناگویی هیجانی (sig=0/01، F=16/05)، علائم دیابت (sig=0/04، F= 4/47)، وجود دارد.

جدول شماره 2: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغرهای ناگویی هیجانی، میزان استرس و علائم دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
پیش آزمون FTS	آزمایش	163.00	36.252	12
	کنترل	146.29	15.809	14
پس آزمون FTS	آزمایش	124.17	15.643	12
	کنترل	145.00	15.447	14
پیگیری FTS	آزمایش	124.42	15.412	12
	کنترل	147.64	16.685	14
پیش آزمون استرس	آزمایش	26.0000	3.41121	12
	کنترل	26.4286	3.45775	14
پس آزمون استرس	آزمایش	16.0833	2.19331	12
	کنترل	25.9286	3.51840	14
پیگیری استرس	آزمایش	16.0000	2.37410	12
	کنترل	26.6429	3.00275	14
پیش آزمون ناگویی هیجانی	آزمایش	73.6667	3.82179	12
	کنترل	72.7857	6.58879	14
پس آزمون ناگویی هیجانی	آزمایش	48.8333	4.26046	12
	کنترل	71.4286	5.24352	14
پیگیری ناگویی هیجانی	آزمایش	48.7500	4.04801	12
	کنترل	72.1429	6.27397	14

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

جدول شماره 3: بررسی تفاوت معناداری بین میانگین نمرات گروه آزمایشی و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p
ناگویی هیجانی	اثر مداخله	63/72	1	63/72	16/05	0/01
	خطا	107/17	27	3/96		
	کل	90216/0	26			
میزان استرس	اثر مداخله	1151/34	1	1151/34	30/09	0/01
	خطا	1033/03	27	38/26		
	کل	70401/00	26			
علائم دیابت (میزان انسولین)	اثر مداخله	291/77	1	291/77	4/47	0/04
	خطا	1761/89	27	65/25		
	کل	110100/00	26			

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به‌منظور بررسی اثر بخشی مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر کاهش ناگویی هیجانی، استرس و علایم دیابت در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر میزان ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است . یافته‌های این مطالعه با مطالعاتی که با مداخله رفتاردرمانی دیالکتیکی به تنظیم هیجان، بهبود مسائل خلقی، کاهش تکانشوری کمک کرده‌اند (22) و همچنین در مطالعات پژوهشگران دیگر که بر روی مؤلفه‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی چون؛ مهارت آموزش ذهن آگاهی (23)، آموزش فنون آرمیدگی (24)، همسو می‌باشد. می‌توان این نتایج را این‌گونه تبیین کرد که افرادی که به ناگویی هیجانی مبتلا هستند، دارای مشکلاتی در تنظیم هیجانی نیز هستند (15). علاوه براین، راهبردهای تنظیم هیجان و ناگویی هیجانی با یکدیگر ارتباط دارند(۹،۱۱،۱۰). علاوه براین، مطالعات پیشین رابطه منفی قوی میان ناگویی هیجانی و مهارت های تنظیم هیجان و به‌خصوص توانایی سازگاری و مدیریت هیجانات یافته‌اند (۲۵،۲۶). از سویی دیگر ناگویی هیجانی و کنترل قند خون با یکدیگر رابطه دارند (12). در نتیجه به نظر می‌رسد، اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان از طریق رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند به کاهش ناگویی هیجانی بیانجامد، نتایج مطالعه کنونی نیز این تأثیر را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو گروه مورد مطالعه نشان داد. علاوه بر این نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر میزان استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است. نتایج این تحقیق با نتایج مطالعات پیشین که تأثیر مداخلات شناختی رفتاری و ذهن آگاهی بر کاهش استرس بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داده‌اند، همسو است (۲۹،۲۸،۲۷). ون سون و همکاران (2015) در مطالعه‌ای بر روی 666 فرد مبتلا به دیابت نشان دادند ذهن‌آگاهی بعنوان هسته اصلی رفتاردرمانی دیالکتیکی نقش میانجی در استرس ادراک شده و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

اضطراب دارد (30). همچنین، بیر و همکاران (2012) دریافتند مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی میزان استرس ادراک شده در افراد را کاهش می‌دهد(31). حمید (2011)، در تحقیقی بر روی بیماران دیابتی وابسته به انسولین نشانه داد که آموزش مصون سازی و درمانهای شناختی رفتاری نقش بسزایی در کاهش میزان تنش‌های وارده به این بیماران داشت که هم جهت با پژوهش اخیر بود (32). در تبیین داده های این تحقیق می‌توان گفت آموزش ذهن آگاهی و تنظیم هیجانی به بهبود روابط میان فردی، تحمل آشفتگی می پردازد، در مجموع باعث کنترل حالات ذهنی، هیجانی و جسمانی که حاصل اتخاذ یک موضع غیر قضاوتی و پذیرش هر آنچه اتفاق می‌افتد، پذیرش بیماری و محدودیت‌های آن و کنارآمدن با تعارض‌های میان فردی است که مجموعه این تغییرات می‌تواند زمینه کاهش استرس بیماران دیابتی را فراهم آورد. علاوه براین، یکی دیگر از نتایج این مطالعه نشان داد که مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر میزان علایم دیابت (کاهش قند خون) در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است. یافته‌های این پژوهش در ارتباط با پایین آمدن شاخص قند خون پس از مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی و مداخلات شناختی رفتاری و به‌خصوص ذهن آگاهی با پژوهش‌های پیشین هماهنگی دارد (33). همچنین، در پژوهش‌های قبلی دریافتند با کنترل ناگویی هیجانی بطور معناداری میزان قندخون نیز کاهش می‌یابد که این نتایج با توجه به رابطه ناگویی هیجانی در بیماران مبتلا به دیابت و همچنین تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی کاهش میزان ناگویی هیجانی با نتایج پژوهش حاضر همراستا می‌باشد (۹،۱۱،۱۲،۱۳،۳۴). در تبیین این یافته‌ها و با توجه به نتایج پژوهش‌ها، می‌توان گفت مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی با تأثیری که بر کاهش استرس و تنظیم هیجانات منفی داشته است منجر به کاهش نشانه های بیماری و قند خون از طریق کاهش استرس و هیجانات منفی شده است . رفتاردرمانی دیالکتیکی با به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان و با مهارت آموزی‌هایی مانند ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، نظم‌بخشی هیجانی و ارتباط مؤثر می‌تواند به کاهش استرس و مشکلات هیجانی آشفته‌ساز بیماران دیابتی یاری رساند. نتایج این تحقیق ضرورت مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات دارویی و پزشکی را مورد تأکید قرار می‌دهد و می‌تواند تلویحاتی برای کادر درمانی پزشکی، بیماران، پژوهشگران آینده و کاربالینی برای بهبود رفتارهای خود مدیریتی و ارتقا سلامتی و کنترل بیماری دیابت نوع دو و سایر بیماری‌های مزمن به همراه داشته باشد. پیامدهای مثبت این آموزش در بهبود علائم بیماری و ناگویی هیجانی و استرس ادراک‌شده، در بررسی کوتاه مدت تأیید گردید. بنابراین پیشنهاد می‌شود این پژوهش به‌صورت طولی مورد ارزیابی قرار گیرد تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. همچنین، پیشنهاد تکرار کار بر روی جمعیت‌های مختلف و سایر بیماری‌های مزمن و یافتن ویژگی‌های خاص آموزشی که برای گروه‌های مختلف و متفاوت مناسب باشد. بدیهی است تعمیم نتایج این مطالعه بعلت محدودیت‌هایی چون؛ مقطعی بودن و نداشتن امکان برای پیگیری‌های درازمدت، نابرابر بودن گروه نمونه ازنظر جنسیت باید با احتیاط صورت گیرد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients

Baigan K[*1], Khoshkonesh A[2], Habibi Askarabad M[3], Fallahzade H[4]

1. MSc of Family Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.
3. Assistant Professor of Health Psychology, Shahid Beheshti University, Family Research Center, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** Baigan K**, E-mail:** kimia2960@gmail.com

Abstract

Introduction: Alexithymia and stress, as a critical risk factor, can intensify the symptoms of diabetes patients. Therefore, in this study we aimed to investigate the effectiveness of dialectical behavioral therapy in alexithymia, perceived stress, and diabetes symptoms among patients with type 2 diabetes.

Methodology: This quasi-experimental study with a pretest-posttest design was performed on 30 subjects referred to Endocrinology clinic of Imam Khomeini Hospital, Tehran, Iran. The patients were randomly assigned to control and experimental groups. Dialectical behavioral therapy was conducted for the experimental group during eight sessions (90 minutes, once a week) followed by post-test. The data collection tools were Toronto Assessment Scale (Bagby, 1986) and Markham Mental Pressure Inventory (Markham, 1992). Statistical analysis was performed using analysis of variance (ANOVA) test.

Results: In pre-test scores, ANOVA test showed a significant difference between the two groups in terms of alexithymia (F=16.05, P=0.01), perceived stress (F=30.09, P=0.01), and diabetes symptoms (F=4.47, P=0.04).

Conclusion: The results indicated that dialectical behavioral therapy can be considered as an effective therapeutic intervention for diminishing alexithymia, perceived stress, and diabetes symptoms among diabetic patients.

Keywords: Dialectical behavioral therapy, Alexithymia, Stress, Symptoms, Type 2 diabetes.

Received: 4 June 2016 **Accepted: 11 July 2016**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

References

1. Danning P, Martin M. Bliefs about diabetes and diabetic complication. Professional nurse. 1998; 13(7): 429-34.
2. Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison internal medical. 1st ed. Tehran: Arjmand; 2012. [Persian[
3. Smeltzer S. Brunner and Suddarth textbook of medical-surgical nursing. 12th ed. Tehran: Andishe raffi; 2010.
4. Fujiwara Y, Kishida K, Terao M, Takahara M, Matsuhisa M, Funahashi T, et al. Beneficial effects of foot care nursing for people with diabetes mellitus: An uncontrolled before and after intervention study. Journal of advanced nursing. 2011; 67(9): 1952-62.
5. Ritchie L, Prentice D. An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes. Applied Nursing Research. 2011; 24(2): 88-93.
6. Aala M, Tabatabai-Malazy A, Sanjari M, Mohajeri-Tehrani MR. The role of nurses in the prevention and care of the diabetic foot. Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2011; 10(5): 472- 80. [Persian[
7. Haririan HR, Moqaddasian S, Aqajanlo A. Dimensions of quality of life in patients referred to the Diabetes Center of Tabriz University of Medical Sciences. Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2010; 9(2): 160-52. [Persian[
8. Khamseh M, Abdi H, Malek M. Recognizing the importance of the link between diabetes and its complications and follow-up care. koomesh. 2011; 12(3): 334 - 41. [Persian[
9. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA. 2005; 293(2): 217-28.
10. Yekta Z, Pourali R, Ghasemi-rad M. Comparison of demographic and clinical characteristics influencing health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers and those without foot ulcers. Diabetes Metab Syndr Obes. 2011; 4: 393-99. [persian[
11. Sueki H, Furukawa N, Higo N, Akiyama M, Batchelor J, Iijima M. Association of verrucous skin lesions and skin ulcers on the feet in patients with diabetic neuropathy. Clinical and experimental dermatology. 2004; 29(3): 247-53.
12. Baghianimoghadam M, Sharifirad G, Afkhami-Ardekani M, Mashahiri M, Baghianimoghadam B, Zulghadr R, et al. Foot Care in Diabetic Patients, Based on Health Belief Model in Yazd – Iran. Iranian Journal of diabetes and obesity. 2011; 3(1): 25-31. [Persian[
13. Piran P, Joukar F, Moosavi S, Atrkarroushan Z, Mehrdad M. Effective Risk Factors for Foot skin in Diabetic Patients. Holistic Nursing And Midwifery Journal. 2015; 25(4): 29-36. [Persian[
14. Formosa C, Vella L. Influence of diabetes-related knowledge on foot ulceration-To investigate the relationship between diabetes-related knowledge and foot ulceration among people with type 2 diabetes. Diabetic Foot. 2011; 14(2):81-5.
15. Hosseini R, Rasouli A, Baradaran HR. Risk factors for diabetic foot ulcers in patients with diabetes clinics Center - treatment Kamkar city of Qom 2007. Qom University of Medical Sciences. 2008; 2(3): 25-32. [Persian[
16. Kruse I, Edelman S. Evaluation and treatment of diabetic foot ulcers. Clinical diabetes. 2006; 24(2): 91-3.
17. Tulley S, Foster A, Van-Putten M, Urbancic-Rovan V, Bakker K. Diabetic foot care training in developing countries: Addressing the skills shortage-To address the skills shortage in diabetic foot care, the International Working Group on the Diabetic Foot presents a

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]

programme to train diabetic foot care assistants in developing countries. Diabetic Foot. 2009; 12(1):14-22.
18. Heitzman J. Foot care for patients with diabetes. Topics in Geriatric Rehabilitation. 2010; 26(3): 250-63.
19. Abetz L, Sutton M, Brady L, McNulty P, Gagnon DD. The Diabetic Foot Ulcer Scale (DFS): a quality of life instrument for use in clinical trials. Practical Diabetes International. 2002; 19(6): 167-75.
20. Boozari S, Jafari H, Sanjari MA, Jamshidi A. Reliability and minimal detectable change of foot arch height index device. Modern Rehabilitation. 2010; 4(3): 35-40. [Persian[
21. Shahrad Bajestani H, Motabar A. Assessment of diabetic foot ulcer's predisposing factors and its outcomes in patients with diabetic foot syndrome hospitalized in Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital in Tehran during 1996-2001. Razi Journal Of Medical Sciences. 2004; 11(39): 77-84. [Persian [
22. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40(5): 373-83.
23. Huang Y, Xie T, Cao Y, Wu M, Yu L, Lu S, et al. Comparison of two classification systems in predicting the outcome of diabetic foot ulcers: the Wagner grade and the saint elian wound score systems. Wound Repair Regen. 2015; 23(3): 379-85.
24. Shera AS, Jawad F, Maqsood A, Jamal S, Azfar M, Ahmed U. Prevalence of chronic complications and associated factors in type 2 diabetes. J Pak Med Assoc. 2004 Feb;54(2):54-9.
25. Vesti Nielsen J. Peripheral neuropathy, hypertension, foot ulcers and amputations among Saudi Arabian patients with type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 1998; 41(1): 63-9.
26. Tabatabaei-Malazy O, Mohajery-Tehrani M, Pajoohi M, Larijani B. Research Group report- a study of diabetic foot. Iran Diabetes and Lipid journal. 2008; 8(1): 77-83. [Persian[
27. Alavi A, Sanjari M, Haghdoost A, Sibbald R. Common foot examination features of 247 Iranian patients with diabetes. International wound journal. 2009; 6(2): 117-22. [Persian[
28. Ali SM, Basit A, Mumtaz S, Hydrie M, Sheikh T. Diabetic foot ulcer—a prospective study. J Pak Med Assoc. 2001; 51(2): 78-81.
29. Bakri FG, Allan AH, Khader YS, Younes NA, Ajlouni KM. Prevalence of Diabetic Foot Ulcer and its Associated Risk Factors among Diabetic Patients in Jordan. J Med J. 2012; 46(2): 118-25.
30. McEwen LN, Ylitalo KR, Herman WH, Wrobel JS. Prevalence and risk factors for diabetes-related foot complications in Translating Research Into Action for Diabetes (TRIAD). J diabetes complications. 2013; 27(6): 588-92.
31. Formosa C, Gatt A, Chokhalingam N. Diabetic foot complications in Malta: Prevalence of risk factors. foot. 2012; 22(4): 294-7.
32. Tabatabaei Malazy O, Mohajeri Tehrani M, Madani S, Heshmat R, Larijani B. The Prevalence of Diabetic Peripheral Neuropathy and Related Factors. Iranian Journal of Public Health. 2011; 40(3): 55-62 [Persian[
33. Sibbald RG, Ayello EA, Alavi A, Ostrow B, Lowe J, Botros M, et al. Screening for the high-risk diabetic foot: a 60-second tool (2012)©. Adv Skin Wound Care. 2012; 25(10): 465-76.
34. Abbott CA, Vileikyte L, Williamson S, Carrington AL, Boulton AJ. Multicenter study of the incidence of and predictive risk factors for diabetic neuropathic foot ulceration. Diabetes care. 1998; 21(7): 1071-5.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-02-14]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1395.4.3.7.8]