

اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان

The Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy on Self-Coherence, Anger and Aggressive Behavior and Quality of Life of Teachers with Type 2 Diabetes in Isfahan City

Keyvan Toghraee
M. A in Educational Psychology, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
Maryam Kadhodaee(corresponding Aauthor)
Assistant Professor, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. Email mkadhodaie@gmail.com

کیوان طغرای
کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
مریم کدخدایی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
Email mkadhodaie@gmail.com

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of dialectical behavior therapy on self-coherence, anger, aggressive behavior, and quality of life of teachers with type 2 diabetes in Isfahan City. **Method:** The research method was semi-experimental with pre-test and post-test. The statistical population included all teachers with type 2 diabetes in Isfahan City, and using the Purposive sampling method, 30 teachers with type 2 diabetes were selected randomly in two groups (15 people in the experimental group and 15 people in the control group) were included. The data collection tools included Ghorbani et al Self-Consistency Questionnaire (2008), Buss and Perry's Aggression Questionnaire (1992), and the World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (1996). To analyze the data, statistical methods of multivariate analysis of covariance were used. **Results:** Based on the effect size values, the effect of dialectical behavior therapy on self-coherence, anger, aggressive behavior, and quality of life of teachers with type 2 diabetes is 0.73, 0.27, 0.23, and 0.71, respectively. **Conclusion:** The results of this research can be taken into consideration to improve the mental health of type 2 diabetic patients in counseling and education centers. **Keyword:** Dialectical Behavior Therapy, Self-Coherence, Anger, Aggression, Quality of Life, Type 2 Diabetes Patients, Teachers.

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان بود. **روش:** پژوهش نیمه تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان بود و با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ نفر از معلمان با بیماری دیابت نوع دو انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه خود انسجامی قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، پرسشنامه پر خاشگرا نه شگری باس و پری (۱۹۹۲) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد. یافته‌ها: بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرا نه و کیفیت زندگی معلمان مبتلا به دیابت نوع دو به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۲۷، ۰/۲۳ و ۰/۷۱ می‌باشد. نتیجه‌گیری: طبق نتایج این پژوهش می‌تواند جهت ارتقاء سلامت روانی بیماران دیابتی در مراکز مشاوره و آموزش و پرورش مورد توجه قرار گیرد. **کلمات کلیدی:** درمان شناختی - رفتاری، اختلال روانی، افسردگی، نشخوار فکری، کلمات کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، خود انسجامی، خشم، پر خاشگرا نه، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو.

مقدمه

دیابت شامل گروه ناهمگونی از بیماری‌های متابولیک است که مشخصه آن‌ها بالا بودن قند خون به‌طور مزمن و اختلال در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین می‌باشد. این بیماری‌ها بر اثر نقایصی در ترشح انسولین، عملکرد انسولین و یا هر دوی آن‌ها پدید می‌آیند (دیویس و همکاران، ۲۰۲۲). بیماری دیابت به معنی گلوکز خون ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر می‌باشد (بک و همکاران، ۲۰۲۱). دیابت به دو تیپ یک و دو تقسیم می‌شود، و هر بیمار دیابتی صرف‌نظر از نوع دیابت در مراحل از بیماری به سه تجویز انسولین نیاز پیدا می‌کند. (ون و همکاران، ۲۰۲۲). هزینه‌های دیابت در ابعاد مادی و معنوی برای همه افراد وجود دارد. این هزینه‌ها فقط مخارج درمان نیستند، بلکه هزینه‌های روانی که هزینه‌های نامحسوس هستند را نیز شامل می‌شود. این هزینه‌ها معمولاً شامل: درد، اضطراب، کاهش کیفیت خواب، ناتوانی در کنترل هیجانات، نگرانی، خشم، و سردرد بوده که عمدتاً به کاهش کیفیت زندگی در فرد و به سه دنبال آن به سه از بین رفتن توحید یافتگی و خود انسجامی منجر می‌شوند (گوف و همکاران، ۲۰۲۰).

بر اساس نظریه بندورا ادراک فرد از خود انسجامی به معنی، باور داشتن فرد نسبت به قابلیت‌ها و توانایی‌ها از یک طرف و از سوی دیگر ناتوانی و نقاط ضعف خود، برای سازمان‌دهی و انجام اعمال و دستیابی به اهداف است که در موقعیت‌های پیش‌رو ضروری می‌باشند. به عبارت دیگر «خود انسجامی توانایی و ناتوانی فرد برای سازمان‌دهی و اجرای عملکرد مورد نیاز برای وصول به اهداف و سطوح مشخص شده آن می‌باشد» (بندورا، ۲۰۰۵). اکسی و لی (۲۰۲۲) خود انسجامی را به عنوان تلاش فرد در یکپارچگی تجربیات گذشته، حال و آینده به‌منظور سازش و ارتقاء خود تعریف می‌کنند.

کامپ و همکاران (۲۰۱۹) معتقدند، وقتی شخص بتواند به مهارت خود انسجامی و مدیریت تنظیم هیجان دست یابد، توانایی بیشتری را در کنترل خشم و پرخاشگری پیدا خواهد کرد. خشم و پرخاشگری از نظر بیولوژیکی به‌طور تفکیک‌ناپذیری با یکدیگر مرتبط هستند. خشم یک احساس است و پرخاشگری بیانگر آن احساس است و هر دو از اشکال غریزه پرخاشگری هستند (تاوریس، ۱۳۹۷). در مدل پردازش اطلاعات شناختی-اجتماعی، پرخاشگری و رفتار پرخاشگرانه از یک سو راهی برای مقابله با مشکلات روزمره اجتماعی است و از سوی دیگر نقص در رمزگشایی، تفسیر موقعیت‌ها، اهداف انتخابی، ایجاد راهبردها و ارزیابی پاسخ‌هاست که می‌تواند منجر به رفتار پرخاشگرانه شود (لیو و همکاران، ۲۰۲۱). مدل دیگری که علاوه بر توسعه نظریه پردازشی در حوزه پرخاشگری منجر به تولید ابزار

نیز شده است، مدل چندبعدی پرخاشگری باس و پری است. بر اساس این مدل پرخاشگری از سه بعد کلی تشکیل شده است که عبارت‌اند از:

بعد ابزاری یا حرکتی: این بعد به صورت پرخاشگری کلامی و فیزیکی ظاهر می‌شود و هدف اصلی آن آسیب رساندن به دیگران است.

بعد عاطفی و هیجانی: این بعد پرخاشگری که به صورت خشم ظاهر می‌شود، عوامل و شرایط درونی ارگانیزم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌سازد. این بعد مسئول تدارک و آماده‌سازی رفته‌ار پرخاشگرانه است.

بعد شناختی: این عامل که خصومت نامیده می‌شود، باعث ایجاد احساس خودخواهی، دشمنی و کینه‌توزی نسبت به دیگران می‌شود (باس و پری، ۲۰۰۵).

بر اساس نتایج پژوهش‌های متعدد، خشم از هیجان‌های نامطلوب رایج در افراد مبتلا به دیابت است (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰) که می‌تواند کیفیت زندگی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. در سال‌های اخیر، در پژوهش‌های پزشکی، کیفیت زندگی به عنوان یک شاخص مهم برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم‌گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد مختلف زندگی افراد، به ویژه افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، مطرح شده است (اوستیس و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین لازم است در سنجش سلامت و ارزیابی مداخلات بهداشتی، افزون بر شاخص‌های فراوانی و شدت بیماری، به جنبه‌های روانی و اجتماعی مانند کیفیت زندگی نیز توجه شود (جونگ و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را ادراک فرد از وضعیت زندگی خود و توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می‌کند و رابطه این ادراک با اهداف، انتظارات، استلزامات و اولویت‌های مدنظر او تعریف می‌کند (پلپهارکو و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بین سلامت و کیفیت زندگی رابطه‌ای متقابل و دوطرفه وجود دارد و کیفیت زندگی نامطلوب با بدتر شدن بیماری، کاهش طول عمر، افزایش تعداد روزهای بستری و کاهش فعالیت‌های عملکردی بیماران دیابتی همراه است (نریندرادگورا و همکاران، ۲۰۲۲). افزون بر شیوع بیماری، میزان عوارض، هزینه‌های بالای بیماری و کاهش سلامت روانی افراد مبتلا؛ برخی از پژوهش‌ها از مدل رابطه دوجانبه بین مشکلات هیجانی / روان شناختی بیماران دیابتی و کنترل قند خون آن‌ها حمایت می‌کند (هسلر و همکاران، ۲۰۱۴)؛ بنابراین بهتر است مداخلات روان‌شناختی بیشتری برای افزایش سلامت روانی و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شود.

تاکنون مداخلات روان‌شناختی متعددی از جمله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (محدث شکوری گنجوی، و همکاران، ۱۴۰۰)، درمان شناختی رفتاری (سعیدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ منتظری و همکاران، ۱۴۰۰)، آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس (انصاری و همکاران، ۱۳۹۰)، درمان روان‌شناختی چند جنبه‌ای (نجمی و همکاران، ۱۳۸۶)، مصاحبه انگیزشی (چن و همکاران، ۲۰۱۲) بر روی بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفته است. یکی از مداخلات درمانی که

اخیراً مورد توجه قرار گرفته است، رفتار درمانی دیالکتیکی^۱ (DBT) است. رفتار درمانی دیالکتیکی، نوعی روان درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی-رفتاری است که بر جنبه‌های روان‌شناختی درمان تمرکز دارد (گوردن شیتز، ۱۳۹۹). رفتار درمانی دیالکتیکی به دنبال تعادل بین تغییر و پذیرش است به گونه‌ای که مراجعان بتوانند پاسخ‌های هیجانی خود را نسبت به وقایع مختلف تنظیم نمایند. در این روش بر آموزش مهارت‌های اثربخش بین فردی، ذهن آگاهی، تنظیم هیجان، افزایش تحمل ناکامی و پذیرش هیجانات تأکید می‌شود. این شیوه درمانی برای ایجاد تغییرات در تفکر و رفتار فرد، کاهش تفکرات منفی، تغییر سبک زندگی، افزایش ثبات رفتار و هیجان تدوین شده است (ون دایک، ۲۰۱۳). تأثیر رفتار درمانی دیالکتیکی بر متغیرهای مختلف شخصیتی و روانی در جوامع آماری مختلف مانند بیماران دیالیزی، دانش آموزان روستایی و زنان و مردان مصرف‌کننده مواد مخدر صنعتی و بر متغیرهایی همچون اختلالات هیجانی (خشم و پر خاشگری)، خود اذیت‌سجامی، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی، کیفیت زندگی، استرس و انعطاف‌پذیری شناختی توسط گاسول و همکاران (۲۰۲۲)، کانو-ویندل و همکاران (۲۰۲۱)، مارتینز و همکاران (۲۰۲۱)، معمار (۱۴۰۱)، محمدی (۱۴۰۱) و خاکشور شانديز، شهابی زاده، آهی، و مجاهدی (۱۴۰۰) مورد تأیید قرار گرفته است. با توجه به اینکه رفتار درمانی دیالکتیکی از طرفی بر هیجان و کنترل آن مؤثر و از طرف دیگر تعاملات فرد را مورد هدف قرار دهد و با اذعان به اینکه پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر روی دیابت نوع ۲ انجام شده و مطالعه‌ای بر روی انسجام، خشم، پر خاشگری و کیفیت زندگی این بیماران صورت نگرفته است بنابراین پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا رفتار درمانی دیالکتیکی می‌تواند بر خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو تأثیرگذار باشد؟

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه معلمان مبتلا به بیماری دیابت نوع دو در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بود. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام شد. با مراجعه به مرکز دیابت شهر اصفهان (واقع در چهارباغ بالا، خیابان باغ‌زر شک) با همکاری مدیریت از روی پرونده افراد مراجعه‌کننده با توجه به ملاک‌های ورود (شاغل به عنوان معلم، ابتلا به دیابت نوع ۲، تمایل به همکاری)، ۳۰ نفر انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل) به صورت مساوی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره انجام شد.

ابزار

پرسشنامه خود انسجامی: این پرسشنامه توسط قربانی و همکاران (۲۰۱۰) ساخته شده است و شامل ۱۲ سؤال بسته پاسخ با طیف پنج گزینه‌ای لیکرت (از عمدتاً نادرست ۱ نمره تا عمدتاً درست ۵ نمره) می‌باشد. این پرسشنامه خود انسجامی را در سه بعد خود آگاهی تأملی (سوالات ۳، ۶، ۹)، خود آگاهی تجربی (سوالات ۱، ۵، ۷، ۸) و یکپارچه کردن

¹ Dialectical Behavior Therapy

تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده مطلوب (سؤالات ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲) را مورد سنجش قرار می‌دهد. نمره بالاتر خود انسجامی بالاتر در فرد را نشان می‌دهد. قربانی و همکاران (۲۰۰۸) ضریب پایایی پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب برابر با ۰/۸۵ و ۰/۸۸ و ضریب روایی همگرایی پرسشنامه از طریق همبستگی پرسشنامه پرخاشگری: پرسشنامه پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) با استفاده از چهار خرده مقیاس پرخاشگری صفت را اندازه‌گیری می‌کند: پرخاشگری فیزیکی (سؤالات ۱۸-۱۴-۱۰-۶-۲)، پرخاشگری کلامی (سؤالات ۲۸-۲۶-۲۴-۲۱-۱۷-۱۳-۹-۵-۱)، خشم (سؤالات ۲۹-۲۲-۱۹-۱۵-۱۱-۷-۳) و خصومت (سؤالات ۲۷-۲۵-۲۳-۲۰-۱۶-۱۲-۸-۴). این ابزار سنجش پرخاشگری را در حوزه‌های ابزاری، عاطفی و شناختی ترکیب می‌نماید و شامل ۲۹ ماده با طیف پنج گزینه‌ای (کاملاً مخالف خصوصیات من است تا حدی مخالف خصوصیات من است، فقط کمی شبیه خصوصیات من است تا حدی زیادی شبیه خصوصیات من است، کاملاً مشابه خصوصیات من است) بوده که به ترتیب نمره ۱-۲-۳-۴-۵ به آن‌ها تعلق می‌گیرد. در این پرسشنامه نمره بالا نشان‌دهنده پرخاشگری بیشتر است. باس و پری (۲۰۰۴) نمره برش پرسشنامه را ۴۹ گزارش نمودند. باس و پری (۱۹۹۲) ضریب روایی هم‌زمان ۰/۵۲ و ضریب پایایی پرسشنامه را با روش کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های پرخاشگری کلامی و فیزیکی برای اندازه‌گیری پرخاشگری و از مجموع نمرات خرده مقیاس‌های خشم و خصومت برای اندازه‌گیری خشم استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه کیفیت زندگی: این پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) تهیه شد و دارای ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه کیفیت زندگی را در چهار حیطه سلامت جسمانی (سؤالات ۱۵-۱۴-۱۳-۹-۸-۲-۱)، سلامت روانی (سؤالات ۲۴-۱۹-۱۷-۱۶-۶-۴)، روابط اجتماعی (سؤالات ۲۱-۲۰-۱۸) و سلامت محیطی (سؤالات ۲۳-۲۲-۱۲-۱۰-۷-۵-۳) اندازه‌گیری می‌کند. هر سؤال آزمون دارای یک مقیاس پنج‌درجه‌ای: بسیار بد، بد، متوسط، خوب، بسیار خوب است که به هر گزینه نمره‌ای بین ۱ تا ۵ تعلق می‌گیرد. به گزینه‌ی بسیار خوب نمره ۵ و به گزینه بسیار بد نمره ۱ داده می‌شود. دامنه‌ی کلی نمرات پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ نمره است و نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی هم‌زمان و پایایی پرسشنامه توسط سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) به ترتیب ۰/۵۴ و ۰/۸۳ گزارش شده است. همچنین در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ مورد محاسبه که ۰/۸۹ به دست آمد.

رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت گروهی در ۸ جلسه (هر جلسه ۹۰ دقیقه) یک بار در هفته به مدت ۲ ماه و نیم برای گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی دریافت نکردند. جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، پس از اتمام درمان و اجرای پس‌آزمون‌ها، جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات مهارت‌آموزی DBT، بر اساس تکنیک‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران (۱۳۹۱)

اول	آشنایی اولیه، چرا باید این مهارت‌ها را بیاموزیم؟ شروع مراحل خودآگاهی.
دوم	آموزش مهارت‌های شناخت خود؛ آموزش مهارت‌های شناخت خود (خودآگاهی هیجانی)، آگاهی هیجانی و عمل کردن به شیوه مناسب در برابر هیجان‌های منفی (خشم، ترس، افسردگی، استرس و احساس گناه).
سوم	آموزش خود آرامش بخشی، تصمیم‌گیری بر اساس ذهن خردمند، پذیرش بنیادین، قضاوت و برچسب‌ها، کاربرد مهارت‌های حل مسئله و عمل مخالف برای هیجان‌های منفی.
چهارم	توجه برگردانی از رفتارهای خود جرحی، توجه برگردانی از طریق فعالیت‌های لذت‌بخش، توجه برگردانی از طریق معطوف کردن توجه به کار یا موضوعی دیگر.
پنجم	توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و ذهن منطقی در مورد تفاسیر و پاسخ به هیجانات، مشاهده و توصیف آن‌ها (خود مشاهده گری)، مسلط شدن بر دنیای خود: آموزش برنامه‌ریزی برای افزایش تجارب مثبت، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش.
ششم	آموزش زندگی در زمان حال، استفاده از افکار مقابله‌ای خود تشویق‌گرانه، نقش خودگویی‌های مثبت و مهارت‌های حل مسئله در مهار هیجان‌ها.
هفتم	آموزش مهارت‌های کاهش آسیب (برنامه‌ریزی برای خواب، ورزش، تغذیه مناسب، کاهش مصرف مواد و پر کردن اوقات فراغت).
هشتم	آموزش مهارت دوری از ذهن هیجانی، آموزش تصویرسازی از مکان امن و کشف ارزش‌ها، مرور جلسات و تمرینات داده شده.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۳۰ معلم مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۵ نفر گروه کنترل و ۱۵ نفر گروه گواه) در دامنه سنی بین ۴۰ تا ۵۲ سال مورد بررسی قرار گرفتند که همگی متاهل بودند. از نظر جنسیت بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۶۶/۷ درصد) و گروه گواه ۱۲ نفر (۸۰ درصد) مربوط به معلمان مرد بود. از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش ۹ نفر (۶۰ درصد) و گروه گواه ۸ نفر (۵۳/۳ درصد) مربوط به معلمان با مدرک تحصیلی لیسانس بود. از نظر سن، بیشترین فراوانی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش (۶۰ درصد) و گروه گواه (۶۰ درصد) مربوط به معلمان گروه سنی ۴۷-۵۲ سال بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمرات کل پیش‌آزمون و پس‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان به تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر وابسته	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
خود انسجامی	آزمایش	۲۶/۰۶	۵/۷۸	۳۵/۸۶	۶/۴۷
	گواه	۲۶/۶۶	۶/۴۳	۲۶/۱۳	۷/۶۴
خشم	آزمایش	۲۰/۲۰	۴/۸۹	۱۴/۲۰	۳/۷۶
	گواه	۲۰/۹۳	۷/۴۵	۲۰/۴۷	۶/۵۲
رفتار پر خاشگری	آزمایش	۵۱/۲۶	۸/۷۱	۴۵/۷۳	۷/۹۶
	گواه	۵۱	۱۲/۵۲	۵۳/۲۰	۸/۳۶
کیفیت زندگی	آزمایش	۶۰/۳۳	۱۱/۰۶	۶۹/۴۰	۱۴
	گواه	۶۰/۳۳	۹/۸۴	۶۰/۶۰	۱۱/۰۶

چنانکه در جدول ۲ م مشاهده می شود، میانگین نمرات پیش‌آزمون خود انسجامی، خشم، رفتار پر خاشگری و کیفیت زندگی معلمان گروه آزمایش و گروه گواه تقریباً با هم برابر بوده اما در پس‌آزمون خود انسجامی و کیفیت زندگی میانگین نمرات گروه آزمایش بزرگ‌تر از میانگین نمرات گروه گواه، اما در خشم و رفتار پر خاشگری، میانگین نمرات گروه آزمایش کوچک‌تر از میانگین نمرات گروه گواه بود.

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون تحلیل کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای

خود از سجامی، خ شم و رفتار پرخا شگری و کیفیت زندگی در گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون برقرار است ($P < 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در چهار متغیر خود از سجامی، خ شم و رفتار پرخا شگری و کیفیت زندگی رعایت شده است ($P < 0/05$). همچنین مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز مورد تأیید قرار گرفت ($P < 0/05$).

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخا شگری و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع

۲

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
گروه	خود انسجامی	۷۷۵/۸۷	۱	۷۷۵/۸۷	۶۶/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	خشم	۲۹۱/۴۷	۱	۲۹۱/۴۷	۹/۱۱	۰/۰۰۶	۰/۲۷
	رفتار پرخاشگری	۴۱۱/۹۷	۱	۴۱۱/۹۷	۷/۵۱	۰/۰۱	۰/۲۳
	کیفیت زندگی	۵۵۷/۹۲	۱	۵۵۷/۹۲	۶۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۱

نتایج جدول ۳، F مشاهده شده در سطح $\alpha = 0/05$ تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سجامی، خشم، رفتار پرخا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود از سجامی، خ شم، رفتار پرخا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است. بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار پرخاشگرانه ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خود از سجامی، خشم، رفتار پرخا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان انجام شد. بررسی یافته‌های توصیفی نشان داد که بین دو گروه کنترل و آزمایش از نظر متغیرهای مورد پژوهش قبل از مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد. بررسی پیش‌فرض‌های نرمال بودن، همگنی واریانس و همگنی شیب رگرسیون نشان از برقرار بودن این پیش‌فرض‌ها جهت تحلیل کواریانس داشت.

نتایج نشان داد، تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون خود از سجامی، خ شم، رفتار پرخا شگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ گروه آزمایش و گواه وجود داشت. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع ۲ تأثیر داشته است. بر اساس مقادیر اندازه اثر، میزان تأثیرگذاری رفتاردرمانی دیالکتیک بر خود انسجامی ۰/۷۳، خشم ۰/۲۷، رفتار پرخاشگری ۰/۲۳ و کیفیت زندگی ۰/۷۱ معلمان می‌باشد.

یافته های پژوهش به طور مستقیم و غیر مستقیم با یافته های محمدی (۱۴۰۱)، معمار (۱۴۰۱)، گاسول و همکاران (۲۰۲۲) و هارتینز و همکاران (۲۰۲۱) همخوانی دارد. این پژوهشگران تأثیر رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی (محمدی، ۱۴۰۱)، بر خشم، تنفر و پرخاشگری نوجوانان (معمار، ۱۴۰۱)، بر کیفیت زندگی (گاسول و همکاران، ۲۰۲۲)، و بر خود انسجامی (مارتینز و همکاران، ۲۰۲۱) را مورد تأیید قرار داده بودند.

در توضیح نتایج پژوهش می توان گفت، پژوهشگر با استفاده از تنظیم هیجان، ذهن آگاهی، روابط و تحمل پریشانی متمرکز در روش رفتاردرمانی دیالکتیک، توانسته فرآیندهای پذیرش، ذهن آگاهی، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آنها موجب تقویت خود انسجامی روان شناختی شده را در معلمان با بیماری دیابت نوع دو تقویت کند. در حقیقت زمانی که بیمار دیابتی به شدت در سیکل اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی قرار می گیرد، رفتاردرمانی دیالکتیک با افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و هیجانی موجب می شود تا فرد احساس خود انسجامی و توحید یافتگی بیشتری را احساس کند.

پژوهشگران معتقدند؛ درد ناشی از بیماری، از یک سو، درد عواطف و هیجانات منفی همچون خشم و رفتار پرخاشگری را به دنبال دارد و از سوی دیگر، عاطفه منفی به نوبه خود باعث تداوم درد می شود. تأثیر علی هر یک بر دیگری یکی از مهم ترین اسرار تجربه درد و بروز خشم است و همین منجر به برهم خوردن کنترل هیجانی و بروز خشم فرد بیمار می شود. بر اساس پژوهش گاسول و همکاران (۲۰۲۲)؛ تکنیک های مورد استفاده در رفتاردرمانی دیالکتیکی باعث می شود تا افراد نسبت به هیجان ها، افکار و رفتارهای خود، آگاه تر شوند و در نتیجه، میزان کنترل خود و توانایی مدیریت هیجان ها در آنها افزایش می یابد. استفاده از این تکنیک ها به افراد کمک می کند از راهبردهای مؤثرتری برای کنترل هیجانات استفاده کنند. زمانی که هیجانات و افکار هم زمان با احساسات بدنی ظاهر می شوند، در چنین شرایطی فرد یاد می گیرد با احساسات بدنی خود همراه شود، عکس العمل های هیجانی او کمتر شده و احساس بهتری را درک، و خشم و پرخاشگری کاهش پیدا می کند. بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی می تواند نقش مهمی در کاهش تنظیم رفتاری هیجانی و کاهش خشم و رفتارهای پرخاشگرانه ایفا کند. به نظر می رسد مهارت کنترل خشم از شاخص های مهم درمان دیابت می باشد و این پژوهش در این زمینه مؤثر بوده است.

بیماران دیابتی در زمان مراجعه برای درمان حداقل مدتی را تحت چالش ذهنی درد ناشی از بیماری هستند و ممکن است نگرش کاملاً مثبتی نسبت به فرآیند درمان نداشته باشند، به همین دلیل مقاومت آنها در ابتدا قابل مشاهده است. تداوم چنین امری باعث کاهش کیفیت زندگی شده در حالی که روش رفتاردرمانی دیالکتیک با تقویت ذهن آگاهی به عنوان یک عنصر اصلی بالا بردن خود آگاهی باعث تقویت توانمندسازی و پاسخ های مطلوب در شرایط بحرانی در فرد شده و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می کنند. این رویکردها می تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و افزایش کیفیت زندگی داشته باشد. همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی با آرامش دهی ذهنی به بیماران در کاهش هیجانات نامطلوب و بهبود پیامدهای درد مؤثر بوده

و با دادن آگاهی و شناخت کامل از فرآیند درمان و تأثیرات مثبت آن موجب بالا رفتن اعتماد به نفس آن‌ها و تحمل درد می‌شود و آستانه تحمل درد در آن‌ها بیشتر می‌شود؛ بنابراین افراد کمتر با مشکلات جسمی و دردهای ناشی از بیماری‌های جسمی مواجه و می‌توانند از کیفیت زندگی مناسب‌تری برخوردار شوند.

به‌طور خلاصه یافته‌های این پژوهش تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقاء سلامت جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو دارد. کاهش خشم و پرخاشگری و افزایش خود انسجامی و کیفیت زندگی در ارتقاء سلامت جسمانی و روانی این بیماران مؤثر است.

از محدودیت‌های مهم این پژوهش به نبود دوره پیگیری، می‌توان اشاره نمود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش با دوره پیگیری تکرار شود. همچنین بررسی این مداخله بر سایر متغیرهای شخصیتی، در جوامع و فرهنگ‌های مختلف نیز توصیه می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آن‌ها داده شده است. هم‌چنین بعد از اتمام پژوهش و انجام پس‌آزمون‌ها، جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی برای گروه کنترل نیز اجرا شد.

سهم نویسندگان: نویسنده مسئول بر تمامی مراحل فرایند پژوهشی نظارت نموده و مسئول نگارش مقاله است. حمایت مالی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی نویسنده اول تحت عنوان «اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر خود انسجامی، خشم، رفتار پرخاشگرانه و کیفیت زندگی معلمان با بیماری دیابت نوع دو شهر اصفهان» تحت حمایت مالی - معنوی جایی نبوده و نویسندگان هزینه‌های آن را تقبل نموده‌اند.

تعارض منافع: یافته‌های این مطالعه هیچ‌گونه تضاد با منافع شخصی یا سازمانی ندارد. قدردانی: از انجمن دیابت اصفهان و کلیه معلمان شهر اصفهان که با شرکت خود در پژوهش، به روند اجرای پژوهش کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

- انصاری، مجتبی؛ شمس اسفندآبادی، حسن؛ و محکمی، محمد. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش مهارت کنترل خشم و مدیریت استرس بر سطح گلوکز خون افراد مبتلا به دیابت. *سلامت و روان‌شناسی*، ۱(۳)، ۴۷-۶۰.
- تاواریس، کارول. (۱۳۹۷). روان‌شناسی خشم. ترجمه احمد تقی‌پور و سعید درودی. تهران: دایره.
- خاکشور شاندیز، مسعود، شهابی زاده، مریم، آهی، نرگس، و مجاهدی، فاطمه. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر استرس و انعطاف‌پذیری شناختی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲(۴)، ۸۹-۱۰۲.
- سعیدی، ابوطالب؛ جبل عاملی، شیدا؛ گرجی، یوسف؛ و ابراهیمی، امراه. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر ادراک بیماری و سرمایه روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه علمی روانشناسی/ اجتماعی*، ۹(۵۹)، ۸۷-۱۰۰.
- گوردن شیتز، ملانی. (۱۳۹۹). رفتار درمانی دیالکتیکی برای تنظیم هیجان‌ها و رفتارهای ناشی از آن. ترجمه شیرین ایزدی و مهناز غیاثی. تهران: ارجمند.

محدث شکوری گنجوی، لیلا؛ احدی، حسن؛ جمهری، فرهاد؛ خلعتبری، جواد. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه روان شناسی تحلیلی-شناختی. ۱۲ (۴۷)، ۱-۱۱

محمدی، الهام. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر پرخاشگری، افسردگی، توحید یافتگی، کنترل هیجانی و کیفیت زندگی زنان و مردان مصرف کننده مواد مخدر صنعتی. پایان نامه دکتری دانشگاه آزاد تهران.

معمار، افسانه. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک بر خشم، تنفر و پرخاشگری نوجوانان دارای رفتارهای بزهکاری. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران.

منتظری، مریم؛ سلطانی زاده، محمد؛ و لطیفی، زهره. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اضطراب ناشی از تزریق انسولین در کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. مطالعات روان شناسی بالینی، ۱۱ (۴۲)، ۱۴۵-۱۶۵.

نجمی، بدالدین؛ احدی، حسن؛ دلاور، علی؛ و هاشمی پور، مهین. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان روان شناختی چند جنبه ای بر بهبود پایداری به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. تحقیقات علوم رفتاری، ۵ (پیاپی ۱۰)، ۱۲۷-۱۳۷.

- Bandura, A. (2005). *The evolution of social cognitive theory*. In K. G. Smith & M. A. Hitt (Eds.) *Great Minds in Management* (pp. 9-35). Oxford: University Press.
- Beck, J., Greenwood, D. A., Blanton, L., Bollinger, S. T., Butcher, M. K., Condon, J. E., Cypress, M., Faulkner, P., Fischl, A. H., Francis, T., Kolb, L. E., Lavin-Tompkins, J. M., MacLeod, J., Maryniuk, M., Mensing, C., Orzeck, E. A., Pope, D. D., Pulizzi, J. L., Reed, A. A., Rhinehart, A. S., Siminerio, L., & Wang, J. (2021). *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, Feb, 47(1), 14-29. <https://DOI: 10.1177/0145721720987926>.
- Buss, A. H., & Perry, M. P. (2005). *The aggression questionnaire*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-59.
- Cano-Vindel, A., MuñozNavarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021). *Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: the results of the PsicAP randomized controlled trial*. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H. S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on selfmanagement, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 49(6), 637-644.
- Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., Browning, L., Carter, A., Condon, J. E., Dennison, M., Francis, T., Hughes, P. J., Jaime, S., Lau, K. H. K., McArthur, T., McAvoy, K., Magee, M., & Newby, O. (2022). Ponder SW, Quraishi U, Rawlings K, Socke J, Stancil M, Uelmen S, Villalobos S. 2022 *National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support*. *Sci Diabetes Self Manag Care*, 48(1), 44-59. <https://DOI: 10.1177/26350106211072203>. Epub 2022 Jan 20. PMID: 35049403.
- Eustis, E. H., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2017). *Reductions in experiential avoidance as a mediator of change in symptom outcome and quality of life in acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for generalized anxiety disorder*. *Behav. Res*, 87, 188-195.
- Gasol, X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-bera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). *Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a DBT Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System*. *Int. J Environ. Res. Public Health*, 19, 494. <https://DOI.org/10.3390/ijerph19010494>.
- Ghorbani, N., Cunningham, C. J. L., Watson, P. J. (2010). *Comparative analysis of integrative self-knowledge, mindfulness, and private selfconsciousness in predicting responses to stress in Iran*. *International Journal of Psychology*, 45: 147-154.
- Goff, L. M., Moore, A., Harding, S., & Rivas, C. (2020). *Providing culturally sensitive diabetes self-management education and support for black African and Caribbean communities: a qualitative exploration of the challenges experienced by healthcare practitioners in inner London*. *BMJ Open*

- Diabetes Res Care, 8(2), e001818. <https://DOI: 10.1136/bmjdr-2020-001818>. PMID: 33293296; PMCID: PMC7725076.
- Hessler, D., Fisher, L., Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Dickinson, L.M., Arean, P.A., & Mashrani, U. (2014). *Reductions in Regimen Distress Are Associated With Improved Management and Glycemic Control Over Time*. Diabetes Care, 37(3), 617-624.
- Jeong, Y. J., Nho, J. H., Kim, H. Y., & Kim, J. Y. (2021). *Factors Influencing Quality of Life in Early Postpartum Women*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 2988-2998. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18062988>.
- Kamp, K. J., Luo, Z., Holmstrom, A., Given, B., & Wyatt, G. (2019). *Self-management through social support among emerging adults with inflammatory bowel disease*. Nursing.
- Liu, H., Dou, K., Yu, C., Nie, Y., & Zheng, X. (2021). *The Relationship between Peer Attachment and Aggressive Behavior among Chinese Adolescents: The Mediating Effect of Regulatory Emotional Self-Efficacy*. Int. J. Environ. Res. Public Health, 18, 7123. <https://DOI.org/10.3390/ijerph18137123>.
- Martínez, R. R., Marraccini, M., Knotek, S., Neshkes, R., & Vanderburg, J. (2021). *Effects of dialectical behavioral therapy skills training for emotional problem solving for adolescents (DBT STEPS-A) program of rural ninth-grade students*. Sch. Men. Health.
- Narindrarangkura, P., Boren, S. A., Khan, U., Day, M., Simoes, E. J., & Kim, M. S. (2022). *SEE-Diabetes, a patient-centered diabetes self-management education and support for older adults: Findings and information needs from patients' perspectives*. Prim Care Diabetes, 16(3), 395-403. <https://DOI: 10.1016/j.pcd.2022.02.008>.
- Papamarkou, M., Sarafis, P., Kaite, C. P., Malliarou, M., Tsounis, A., & Niakas, D. (2017). *Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: A correlational study*. BMC Womens Health, 17, 115.
- Van Dijk, S. (2013). *DBT Made Simple: A Step-by-Step Guide to Dialectical Behavior Therapy (The New Harbinger Made Simple Series)*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wen, M. J., Maurer, M., Schwerer, L., Sarkarati, N., Egbujor, U. M., Nordin, J., Williams, S. D., Liu, Y., & Shiyanbola, O. (2022). *Perspectives on a Novel Culturally Tailored Diabetes Self-Management Program for African Americans: A Qualitative Study of Healthcare Professionals and Organizational Leaders*. Int J Environ Res Public Health, 19(19), 12814. <https://DOI: 10.3390/ijerph191912814>. PMID: 36232115; PMCID: PMC9566600.
- Xie, S., & Li, H. (2022). *Self-regulation mediates the relations between family factors and preschool readiness*. Early Childhood Research Quarterly, 59, 32-49. <https://DOI.org/10.1016/j.ecresq.2021.10.005>

