

October–November 2022, Volume 11, Issue 5

The Effectiveness of “Dialectical Behavior Therapy” on Basic Psychological Needs and Health Hardiness in Patients with Type 2 Diabetic

Fatemeh Pahlavan¹, Khosro Ramezani^{2*}, Yosaf Rasouli³

1- PhD Student, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Yasooj Branch, Farhangian University, Yasooj, Iran.

Corresponding author: Khosro Ramezani, Assistant Professor, Department of Psychology, Yasooj Branch, Islamic Azad University, Yasooj, Iran.

Email: Kh.ramezani@gmail.com

Received: 6 Jan 2022

Accepted: 27 June 2022

Abstract

Introduction: Health management in patients with type 2 diabetic patients is related to basic psychological needs and health hardiness. This study aims to determine the effectiveness of “Dialectical Behavior Therapy” on basic psychological needs and health hardiness in type 2 diabetic patients.

Methods: The present study was conducted with a semi-experimental method with a pre-test, post-test and 4-month follow-up design with an intervention group and a control group. The statistical population of this study included patients with type 2 diabetes of Neyriz Shohada hospital in 1400. A number of 40 patients with type 2 diabetes were selected purposively and then by simple random method of lottery type selected in 2 groups of 20 intervention and control groups. Data were collected using a demographic questionnaire, the “Basic Psychological Needs Scale” and the “Revised Health Hardiness Inventory”. Content validity was measured by qualitative and reliability was measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The intervention group went under 12 sessions of 90 minutes of “Dialectical Behavior Therapy”, while the control group was put on the waiting list for intervention. The instruments were completed by two groups in three rounds of pre-test, post-test and follow-ups. Data were analyzed in SPSS. 23.

Results: There are no significant differences between the groups in terms of age, gender, education, occupation and marital status as the ($P > 0.05$). It also shows that the “Dialectical Behavior Therapy” leads to permanent increase of basic psychological needs and health hardiness in type 2 diabetic patients as the ($P < 0.05$). “Dialectical Behavior Therapy” 28% of the score differences in basic psychological needs and 56% of the health hardiness.

Conclusions: “Dialectical Behavior Therapy” leads to the increase of basic psychological and health hardiness needs. Using this therapy improves the physical and psychological health of patients with type 2 diabetes. It is suggested that this intervention be used to empower patients with type 2 diabetes.

Keywords: Dialectical Behavior Therapy, Basic Psychological Needs, Health Hardiness, Type 2 Diabetes.

اثر بخشی "رفتار درمانی جدلی" بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

فاطمه پهلوان^۱، خسرو رضانی^{۲*}، یوسف رسولی^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

۳- استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه فرهنگیان، یاسوج، ایران.

نویسنده مسئول: خسرو رضانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.
ایمیل: Kh.ramezani@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۱۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۴/۶

چکیده

مقدمه: مدیریت سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت ارتباط دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی "رفتار درمانی جدلی" بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر با روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴ ماهه با یک گروه مداخله و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان شهدای نی ریز در استان فارس در سال ۱۴۰۰ بودند. تعداد ۴۰ تن بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به شیوه هدفمند انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در ۲ گروه ۲۰ تن مداخله و کنترل قرار گرفتند. جمع آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی"، (Basic Psychological Needs Scale) و "سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴" (24-Revised Health Hardiness Inventory) انجام شد. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ اندازه‌گیری شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه مداخله ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) تحت "رفتار درمانی جدلی" قرار گرفت و گروه کنترل در لیست انتظار برای مداخله قرار داشت. ابزارها توسط ۲ گروه در ۳ نوبت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل گردید. در نرم افزار آماری اس پی اس اس نسخه ۲۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، اشتغال و تأهل تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$). همچنین "رفتار درمانی جدلی" باعث افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت بصورت پایدار ($P < 0.05$) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شد. "رفتار درمانی جدلی" ۲۸ درصد از تفاوت در نمره نیازهای بنیادین روانشناختی و ۵۶ درصد از سرسختی سلامت را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: "رفتار درمانی جدلی" منجر به افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت می‌گردد. بکارگیری این درمان باعث سلامت جسمی و روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که از این مداخله جهت توانمندسازی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی جدلی، نیازهای بنیادین روانشناختی، سرسختی سلامت، دیابت نوع ۲.

مقدمه

بیماری دیابت نوع ۲ (type2 diabetes) از جمله بیماری‌های روان‌تنی (psychosomatics) است که عوامل ارثی، چاقی، تنیدگی و فشار روانی در ایجاد، تشدید و مزمن شدن آن تأثیر فراوانی دارد و مبتلایان علاوه بر مشکلات جسمانی مربوط به بیماری، در خطر مشکلات سلامت روان نیز هستند [۱]. مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ منوط به مراقبت‌های جسمی و روانی می‌باشد، که در مراقبت‌های جسمانی نقش خود فرد، پرستاران، روانشناسان و پزشکان را نمی‌توان نادیده گرفت [۲]. تاکنون هیچ درمان قطعی و بدون بازگشت برای بیماری دیابت وجود نداشته است [۳]. مهم‌ترین روش‌های استفاده شده برای مدیریت این بیماری، کنترل مناسب قند خون در محدوده، طبیعی با استفاده از عوامل تعدیل‌پذیر از جمله داروها و سبک زندگی سالم می‌باشد، که بخش بزرگی از این اقدامات به عهده خود فرد است [۴]. مطالعات نشان داده‌اند که زندگی با بیماری دیابت نوع ۲ با انواع هیجان‌های منفی مثل ترس، خشم، غم، نداشتن انگیزه و اعتماد به نفس پایین و نگرش منفی به زندگی که عوامل تأثیرگذار بر نیازهای بنیادین روانشناختی هستند، همراه است که این نیز باعث تشدید بیماری و رنج روانی (psychological suffering) فرد می‌شود [۱]. پژوهشگران با مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که بین سلامت روانشناختی، سرسختی سلامت (health hardiness)، تاب آوری، و اهمیت دادن به پیگیری درمانی، در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ارتباط وجود دارد [۵].

مدیریت بیماری دیابت در افراد با نگرش مثبت به توان فکری و رفتاری خود، در مواجهه با مشکلات بیماری مرتبط است و اقدامات لازم را با اعتماد به خود، دنبال می‌کنند [۵]. در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کاهش انگیزه درونی و بیرونی که مرتبط با نیازهای بنیادین روانشناختی (basic psychological needs) است و نداشتن باور به خویشتن در مواجهه با مشکلات ناخواسته بیماری دیابت که مرتبط با سرسختی (نستوهی) سلامت آن‌ها می‌باشد مشهود است. نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت پایین می‌تواند بر فعالیتهای بدنی، اجتماعی و پیروی از توصیههای درمانی و سبک زندگی سالم تأثیر گذاشته، که در دراز مدت می‌تواند، منجر به مشکلات جسمی و روانشناختی از جمله افسردگی گردد [۶].

در حوزه روانشناسی تربیتی، «نظریه خودتعیین گری» (Self-Determination Theory) یکی از مقبول‌ترین نظریات را در مورد نقش عاملیت انسانی ارائه و ابعاد انگیزش انسانی را مطرح می‌کند. اساس «نظریه خودتعیین گری»، نیازهای بنیادین روانشناختی است، که به عنوان انرژی دهنده لازم برای کمک به درگیری فعال فرد با محیط، پرورش مهارتها و رشد سالم در نظر گرفته شده است [۷]. با توجه به «نظریه خودتعیین گری»، نیازهای بنیادین روانشناختی متمرکز بر انگیزه‌های درونی، بیرونی و پرداختن به ۳ نیاز اساسی (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در انسان است. این نیازها فطری و برای رشد و بهزیستی روانشناختی انسان ضروری هستند، تأکید اصلی نظریه بر میزان اراده و یا نیازهای بنیادین روانشناختی رفتار انسان دارد [۸].

سرسختی (نستوهی) که از ویژگی‌های شخصی می‌باشد، از روانشناسی هستی‌گرا سرچشمه گرفته، در اصل یک خصیصه کلی مربوط به فردی است که وقایع پرتنش زندگی را، مسؤلاًنه تلقی می‌کند و تغییرات را به عنوان بخش طبیعی و جالب توجه زندگی در نظر می‌گیرد. تصور می‌شود که این جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی، به فرد کمک می‌کند که تحت شرایط تنش‌زا سالم بماند [۹]. بر اساس نظر Kobasa سرسختی (نستوهی) از ۳ بعد مرتبط به هم تشکیل شده است. ۱- تعهد: احساس درگیری و اشتغال با فعالیت‌های زندگی؛ ۲- مبارزه طلبی: گرایش برای تلقی کردن وقایع پرتنش به عنوان فرصت‌های بلقوه و جالب توجه فرد برای رشد و شکوفایی؛ و ۳- کنترل: ادراکی از تأثیر داشتن بر زندگی خود می‌باشد [۱۰].

مطالعه اسدزندی و همکاران نشان داد که، آموزش در چارچوب «لگوی اعتقاد بهداشتی» (Health Belief Model)، ممکن است منجر به تغییر باورهای بهداشتی، افزایش آگاهی و به دنبال آن ارتقای رفتارهای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گردد [۱۱]. در مطالعه Moreau و همکاران مشخص شد که مداخله رفتاری باعث ارتقاء نیازهای بنیادین روانشناختی و انگیزش به فعالیت و اصلاح سبک زندگی، پایبندی به درمان و کاهش وزن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است [۱۲]. نتایج پژوهش Teixeira و همکاران که یک مطالعه تحلیل محتوا است، نشان داد که ارتقاء نیازهای بنیادین روانشناختی منجر به افزایش انگیزه و فعالیت‌های بدنی و مدیریت وزن بیماران

نوع ۲ انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر با روش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴ ماهه با یک گروه مداخله و یک گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۳۰۸۵ تن بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به بیمارستان شهدای نی ریز در استان فارس در سال ۱۴۰۰ بوده است. تعداد نمونه با استفاده از نرم‌افزار G-Power براساس مطالعات بایگان و همکاران [۱۷] با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان ۸۰ درصد، ۱۲ تن برای هر گروه برآورد شد. با توجه به احتمال تأثیر متغیرهای ناخواسته و خارج از کنترل پژوهش‌گر، ریزش نمونه‌ها، وجود داده‌های پرت و امکانات محیط کلاس، ۴۰ تن مشارکت‌کننده که (۸۰ درصد زن و ۲۰ درصد مرد) با توجه به محدودیت مشارکت کنندگان مرد) که دارای بیماری دیابت نوع ۲ بودند بر اساس معیارهای ورود، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به روش تصادفی ساده به روش قرعه‌کشی در ۲ گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص قطعی سابقه ابتلا به دیابت از ۲ سال قبل توسط پزشک، دامنه سنی ۳۰ الی ۵۵ سال، داشتن سطح تحصیلات در حد دبیرستان و بالاتر برای پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه‌ها و درک «رفتار درمانی جدلی»، تمایل برای شرکت در مطالعه، سپردن رضایت‌نامه کتبی جهت حضور در کلاس، عدم وجود اختلالات سایکوتیک (اختلال هذیانی، مانیا و علائم سایکوتیک)، عدم سوء مصرف مواد، نداشتن نقایص شناختی بر اساس ارزیابی با مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس بالینی (پژوهشگر اول مقاله)، عدم دریافت خدمات روانشناختی در ۳ ماه گذشته، دریافت هر دو دوز واکسن کرونا و رعایت اصول بهداشتی از جمله فاصله اجتماعی و ماسک زدن به هنگام حضور در کلاس‌های «رفتار درمانی جدلی» بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارتند از: غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس گروه مداخله، ابتلا به بیماری کرونا یا عدم علاقه فرد به همکاری بوده است.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل، سن، جنسیت، سطح تحصیلات، اشتغال و وضعیت تاهل بود.

«مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» (Basic

مبتلا به چاقی در دراز مدت می‌شود [۱۳]. مطالعه دیگر نشان داد که مداخله‌های نسل جدید رفتار درمانی مانند مصاحبه انگیزشی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری مثبت در جهت کنترل بهتر بیماری دیابت نوع ۲ می‌شود [۱۴].

بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که مداخلات آموزشی-رفتاری متمرکز بر تأثیرات شناختی روش‌های بسیار مفید بر بهبود سلامتی و عملکرد بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌تواند باشد. برای مدیریت سلامت بیماری دیابت نوع ۲ مانند سایر بیماری‌های روان‌تنی نیاز به مداخله‌ها در هر ۳ ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی است [۲].

«رفتار درمانی جدلی» (Dialectical Behavior Therapy) یک مداخله روانشناختی از نسل سوم درمان‌های رفتاری است و بر پایه نظریه زیستی-اجتماعی (Biosocial Theory) بنا نهاده شده است، به طور موفقیت‌آمیزی مفاهیم رفتاری درمانی را با رفتار جدلی و مفاهیم شرقی ترکیب کرده است. درمان فردی، گروه درمانی، و حتی مشاوره تلفنی به شیوه مؤثری در این درمان یکپارچه شده است. پذیرش، مسأله‌گشایی، و رفتاری به ویژه رویاروی، از جمله روش‌هایی هستند که در «رفتار درمانی جدلی» استفاده می‌شود. این درمان برای اختلالات شخصیت و اختلال خوردن، کنترل وسوسه و مدیریت سبک زندگی در حیطه سلامت بکار گرفته شده است [۱۵].

بررسی مطالعات دلالت بر این دارند که «رفتار درمانی جدلی» بر افسردگی [۱۶]، کاهش تنش و بهبود هیجانی [۱۷]، موثر است. اما مطالعه‌ای که پیامدهای این مداخله بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. با توجه به اینکه نتایج مداخلات پیشین نشان داد که «رفتار درمانی جدلی» نقش مؤثری بر درمان افسردگی، کاهش تنش و بهبود هیجانی دارد؛ و تنظیم هیجان یک عامل میانجی در ارتقاء نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت است [۸، ۱۸]. می‌توان انتظار داشت که این مداخله منجر به بهبودی در نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گردد. با توجه به مطالب مطرح شده، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت ضعیفی دارند. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله «رفتار درمانی جدلی» بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت

بحرایی و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «پرسشنامه نیازهای بنیادین روانشناختی» را بر روی نمونه ۴۲۰ تن بر روی زنان و مردان متاهل شاغل در کادر آموزشی سازمان آموزش و پرورش شهر تهران بررسی کردند و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه ۲۱۹ تن زن و ۲۰۱ تن مرد این مطالعه ۰/۹۲ برای کل پرسشنامه گزارش شده است [۲۳]. «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» (Hardiness Inventory-24) توسط Gebhardt و همکاران [۹] در سال ۲۰۰۱ در کشور هلند برای بزرگسالان طراحی گردید. این سیاهه با ۲۴ عبارت دارای ۴ زیر مؤلفه ارزش سلامت (health value) با ۶ عبارت (۶،۵،۴،۳،۲،۱)، مکان کنترل درونی سلامت (internal health locus of control) با ۵ عبارت (۱۱،۱۰،۹،۸،۷)، مکان کنترل بیرونی سلامت (external health locus of control) با ۷ عبارت (۱۸،۱۷،۱۶،۱۵،۱۴،۱۳،۱۲) و شایستگی سلامت ادراک شده (perceived health competence) با ۶ عبارت (۱۹،۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴) است. عبارت ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌گردد. عبارت های ۱ الی ۱۱، ۲۳ و ۲۴ بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً مخالف (نمره ۱) تا کاملاً موافق (نمره ۵) و عبارت های ۱۲ الی ۲۲ از کاملاً مخالف (نمره ۵) تا کاملاً موافق (نمره ۱) نمره‌گذاری می‌گردد. مجموع نمره کل ایزار را به دست می‌دهد. لذا حداقل نمره ۲۴ و حداکثر نمره ۱۲۰ است. نمره ۲۴ تا ۶۰ نشان دهنده سرسختی سلامت سطح پایین (نامطلوب) و نمره بالاتر از ۶۰ نشانه سرسختی سلامت سطح بالا (مطلوب) می باشد در ضمن حد متوسط نمره ذکر نگردیده است [۹].

Gebhardt و همکاران [۹] روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴»، را بر روی ۲۸۶ تن مردم عادی و ۲۰۵ تن دانشجو در کشور هلند بررسی کردند. روایی کل و ۴ زیر مؤلفه های ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی و شایستگی سلامت ادراک شده تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ۴ زیر مؤلفه آن، به ترتیب در جمعیت مردم عادی ۰/۷۹، ۰/۶۶، ۰/۶۷ و ۰/۶۹ و در گروه نمونه دانشجویان به ترتیب ۰/۷۸،

(Psychological Needs Scale) توسط Ryan & Deci [۲۰] در سال ۲۰۰۰ در کشور استرالیا طراحی گردید. این مقیاس دارای ۲۱ عبارت و ۳ زیرمقیاس خودمختاری (autonomy) با ۷ عبارت (۲۰، ۱۷، ۱۴، ۱۱، ۸، ۴، ۱)، شایستگی (competence) با ۷ عبارت (۲۱، ۱۸، ۱۶، ۱۲، ۹، ۷، ۶) و ارتباط (relationship) با ۷ عبارت (۱۹، ۱۵، ۱۳، ۱۰، ۵، ۲، ۳) است. عبارت های (۲۱، ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۲، ۱۰، ۹، ۸، ۶، ۵، ۲، ۱) بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) و عبارت های (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۴، ۱۲، ۹، ۷، ۶، ۳) از کاملاً مخالفم (نمره ۷) تا کاملاً موافقم (نمره ۱) نمره گذاری می شوند. لذا حداقل نمره ۲۱ و حداکثر نمره ۱۴۷ است و نمره بالا در این مقیاس نشانه نیازهای بنیادین روانشناختی سطح بالا است. نمره بین ۲۱ تا ۴۱ نشان دهنده نیازهای بنیادین روانشناختی پایین، نمره ۴۲ تا ۱۰۴ نشان دهنده نیازهای بنیادین روانشناختی متوسط و نمره بالاتر از ۱۰۵ نشان دهنده نیازهای بنیادین روانشناختی سطح بالا است [۲۰].

Ryan & Deci [۲۰] روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» را بر روی ۴۲۰ تن از دانشجویان در کشور استرالیا بررسی کردند و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط در ۸۶ تن از نمونه های فوق به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۶ و ۰/۸۶ برای نمره کل ۰/۹۱ گزارش شده است [۲۰]. در پژوهش دیگر Varsamis و همکاران، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» را بر روی ۳۹۹ تن از معلمان و دانشجویان کشور یونان بررسی کردند و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۶۵ تن این مطالعه ۰/۸۱ برای کل پرسشنامه گزارش شده است [۲۱].

تابع بردبار و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» را بر روی ۱۸۲ پسر و دختر دبیرستانی در شهر بهمن در استان فارس بررسی و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۸۲ تن مشارکت کننده این مطالعه برای ۳ زیر مقیاس: خودمختاری، ارتباط و شایستگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است [۲۲]. در مطالعه دیگر

توسط بایگان و همکاران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است [۱۷]. روایی محتوای «رفتار درمانی جدلی» به روش کیفی مورد تایید ۵ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج قرار گرفت. مداخله توسط پژوهشگر اول مطالعه حاضر که آموزش در زمینه «رفتار درمانی جدلی» دیده بود، در بخش مشاوره روانشناختی، بیمارستان شهدای نی ریز استان فارس به مشارکت کنندگان این مطالعه ارائه گردید.

محتوای جلسات «رفتار درمانی جدلی»

جلسه اول: آشنایی اعضا با یکدیگر و تشریح اهداف مداخله گروهی، ایجاد احساس راحتی اعضا با پژوهشگر و سایر هم گروهی ها، توضیحات مقدماتی در مورد «رفتار درمانی جدلی» و ارتباط آن با افکار و رفتار فرد، مفهوم سازی مشکل افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، آماده سازی مراجعان و معرفی «رفتار درمانی جدلی» بود.

تکلیف: تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و انگیزشی و گنجاندن آن در برنامه هفتگی که اعضا در جلسه بیاموزند و در طی هفته بر روی آن کار می کردند.

جلسه دوم و سوم: در ابتدای جلسه تکلیف جلسه قبل مورد ارزیابی قرار گرفت و به سؤالات مشارکت کنندگان پاسخ داده شد. آموزش ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه)، آموزش به مراجع در مورد این که چه مهارتهایی مشاهده و توصیف می شوند و چگونه مهارتها مورد قضاوت قرار نمی گیرند، و متمرکز می ماند و چطور کار می کنند، داده شد.

تکلیف: تمرین مهارت ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه) و مشاهده و توصیف آن‌ها بدون قضاوت در طی هفته همراه با تکرار تکلیف جلسه قبل تذکر داده شد.

جلسه چهارم و پنجم: در ابتدای جلسه به ارزیابی تکلیف جلسات قبل پرداخته و قسمتی از تکلیف مجدد در کلاس انجام گردید تا ابهامی باقی نماند. آموزش جهت گیری اهداف (مهارت‌های پایبندی در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس پنج گانه و تمرین ذهن آگاهی)، در این جلسه مورد تحلیل و آموزش با پرسشگری سقراطی، اکتشاف هدایت شده و تجربه مشارکتی انجام شد.

تکلیف: انجام ذهن آگاهی، منحرف کردن حواس بصورت روزانه و یادداشت برداری از آن‌ها تذکر داده شد.

جلسه ششم و هفتم: تعریف باورهای شناختی افراد و تأثیر آن‌ها بر فرد توضیح داده شد و سپس نحوه برخورد با

۰/۶۵، ۰/۵۸ و ۰/۷۶ گزارش شد [۹]. James روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» را بر روی ۷۸۰ تن زن و مرد سیاه پوست امریکایی بررسی و ۴ مؤلفه ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی و شایستگی سلامت ادراک شده، تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۷۸۰ تن این مطالعه برای کل ابزار و مؤلفه های آن بین ۰/۶۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است [۲۴].

سیاهه منصور و کاتبی روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» را بر روی ۲۳۴ تن بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۲۳۴ بیمار مبتلا به سرطان سینه در شهر اصفهان بررسی کردند، و ۴ مؤلفه ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی و شایستگی سلامت ادراک شده تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۴۶۸ تن از نمونه های مطالعه برای کل ابزار ۰/۷۸ و مؤلفه های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۵ گزارش شده است [۲۵]. ملکان و همکاران روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» بر روی ۶۰ تن بیمار مبتلا به مالتیپل اسکروزیس در شهر تهران بررسی شده، و ۴ زیر مؤلفه ارزش سلامت، مکان کنترل درونی سلامت، مکان کنترل بیرونی سلامت و شایستگی سلامت ادراک شده تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۶۰ تن از نمونه های مطالعه برای کل ابزار ۰/۷۰ گزارش شده است [۲۶].

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه نیازهای بنیادین روانشناختی» و «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» بر اساس نظر ۵ تن متخصص روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج که سابقه تدریس دروس روانسنجی را داشته بررسی و تأیید شد. پایایی «مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» و «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی تمام ۴۰ تن مشارکت کننده این مطالعه که مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۲ محاسبه گردید.

«رفتار درمانی جدلی» بر اساس چهارچوب درمانهای نسل سوم رفتاری توسط Linehan به نقل از Cancian و همکاران [۲۷] تدوین شده است. در ایران «رفتار درمانی جدلی»

نیز دریافت شد. سپس به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که از بیمارستان شهدای نی ریز استان فارس خدمات دریافت می کردند، از طریق پیامک و آگهی های نصب شده در مراکز در سال ۱۴۰۰ به مدت ۱۵ روز اطلاع رسانی شد. تعداد ۱۵۰ تن به پژوهشگر اول مراجعه نمودند، که از این تعداد ۱۱۰ تن واجد شرایط ورود بودند. از میان این افراد ۴۰ تن به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند و با قرعه کشی ساده در یک گروه مداخله و یک گروه کنترل تخصیص یافتند (هر گروه ۲۰ تن).

پس از تخصیص افراد در گروه های مداخله و کنترل، پرسشنامه های جمعیت شناختی در ابتدا و «مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی» و «سیاهه اصلاح شده سرسختی سلامت-۲۴» توسط هر ۲ گروه در ۳ مرحله: پیش آزمون (قبل از مداخله)، پس آزمون (بعد از مداخله) و پیگیری ۴ ماهه بصورت خود اظهاری با پر کردن پرسشنامه ها در قسمت مشاوره روانشناختی بیمارستان شهدای نی ریز (محل انجام مطالعه) تکمیل شد. سپس گروه مداخله به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای با فراوانی ۲ بار در هفته (پنجشنبه بعد از ظهر و جمعه صبح ها) تحت «رفتار درمانی جدلی» قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار دریافت مداخله تا اتمام پژوهش منتظر ماندند.

در این مطالعه ملاحظات اخلاقی با توجه به، انطباق مداخلات با توجه به صلاحیت علمی و اخلاقی پژوهشگران، مطرح کردن حقوق و وظایف هر کدام از طرفین مطالعه به صورت شفاف، اخذ رضایت آگاهانه، متوسل نشدن به فریب مشارکت کنندگان، رعایت این که هیچ صدمه روانی و جسمی به آزمودنی ها وارد نشود، رازداری، ارائه مداخله به گروه کنترل بلافاصله پس از اتمام پژوهش، رعایت اصول کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز، رعایت اصول بهداشتی در دوران کرونا (واکسینه بودن، ماسک زدن، رعایت فاصله اجتماعی، امکان تهیه مناسب محل کلاس) و آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه رعایت گردید.

به منظور تحلیل نتایج پژوهش در بخش توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار در خصوص اطلاعات جمعیت شناختی (جنسیت، سن، تحصیلات، اشتغال، تاهل) و شاخص های میانگین و انحراف معیار در مراحل پیش آزمون پس آزمون و پیگیری و در بخش استنباطی از روش خی دو، آزمون t مستقل (مقایسه میانگین سنی ۲ گروه) جهت مقایسه پارامترهای جمعیت شناختی و تحلیل واریانس با

باورهای شناختی مثبت و منفی تذکر داده شد، چگونگی ارزش گذاری درونی برای ایجاد انگیزه مطرح شد و اشاره ای به ماهیت عزت نفس و اعتماد به نفس گردید و آموزش درباره چگونگی افزایش انگیزش فعالیت و فرضیه های زیر بنایی آن و نیازهای خود تعیین گری داده شد.

تکلیف: ارزیابی باورهای شناختی، ارزش گذاری بر آن ها به روش درست و منطقی و نوشتن گزارش انجام این فعالیت و گزارش آن در جلسه بعد تاکید شد.

جلسه هشتم و نهم: آموزش خودکارآمدی و مطرح کردن اهداف آموزش خودکارآمدی و منافع آن در رفتارهای مرتبط با سلامت جسمی، روانی و اجتماعی و ارتباطی انسان توضیح داده شد، دانستن این که چرا خودکارآمدی مهم می باشد، تشخیص خودکارآمدی فرد، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق قصد متناقض با عواطف اخیر و انگیزش فعالیت بود. تکلیف: تمرین خودکارآمدی با توجه به موضوع مورد بحث این جلسه و گزارش نتیجه در جلسه بعد بود.

جلسه دهم و یازدهم: در ابتدای جلسه گزارش تمرینات جلسه قبل که افراد در طول هفته انجام داده بودند مورد بررسی قرار گرفت و تذکر داده شد که توان خودکارآمدی می تواند با تمرین و توجه به توصیه ها ارتقا یابد، جهت گیری اهداف به سمت رفع هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت در کنار ذهن آگاهی هیجانی، شناختی و محیطی تاکید گردید.

تکلیف: انجام تمام تکالیف جلسات گذشته و یادشترداری برای پایبندی به تکالیف، که در طی زمان فراموش نشود بود.

جلسه دوازدهم: در این جلسه، کل جلسات آموزشی قبل جمع بندی و مرور گردید، و محتوای جلسات آموزشی تذکر داده شد و ضمن نظر سنجی در مورد کیفیت دوره، به سؤالات و ابهامات مشارکت کنندگان پاسخ داده شد. در نهایت با مشارکت کنندگان هماهنگی لازم برای حضور در جلسه هفته بعد، جهت پاسخگویی به پرسشنامه ها انجام شد (اجرای پس آزمون) و خداحافظی با اعضا و تذکر و هماهنگی جهت حضور برای ارزیابی ۴ ماه بعد (اجرای پیگیری)، پایان بخش جلسه بود.

جهت انجام پژوهش حاضر، مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج و مسئولین بیمارستان شهدای نی ریز استان فارس و کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی شیراز

فاطمه پهلوان و همکاران

تحصیلات ۲۷ تن (۶۷/۵ درصد) از مشارکت کنندگان در سطح دیپلم و ۱۳ تن (۳۲/۵ درصد) در سطح کارشناسی بود. ۲۴ تن (۶۰ درصد) از مشارکت کنندگان غیرشاغل و ۱۶ تن (۴۰ درصد) شاغل بودند. در ضمن ۳۷ تن (۹۲/۵ درصد) متأهل و ۱۳ تن (۷/۵ درصد) مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ آورده شده است.

اندازه‌گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) برای بررسی فرضیه‌های پژوهش در نرم‌افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۳ تحلیل گردید.

یافته‌ها

بررسی یافته‌های جمعیت‌شناسی نشان داد که در این پژوهش ۳۲ تن (۸۰ درصد) زن و ۸ تن (۲۰ درصد مرد) مشارکت داشتند. میانگین سنی \pm انحراف معیار گروه مداخله و کنترل به ترتیب $40/41 \pm 5/08$ و $41/48 \pm 5/41$ بود.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های مداخله و کنترل در مراحل مطالعه

متغیرها وابسته	مراحل	گروه "رفتار درمانی جدلی"		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نیازهای بنیادین روانشناختی	پیش‌آزمون	۵۵/۵۱	۲۸/۵	۲۰/۵۱	۲۲/۱۰
	پس‌آزمون	۸/۶۷	۶۵/۶	۴۰/۵۱	۶۲/۳
	پیگیری	۱۵/۷۰	۴۱/۹	۷۰/۵۳	۹۹/۱۰
سرسختی سلامت	پیش‌آزمون	۵۶/۸۲	۸/۰۵	۵۴/۵۸	۸/۶۶
	پس‌آزمون	۶۸/۰۰	۸/۰۹	۵۵/۰۱	۹/۰۹
	پیگیری	۷۰/۳۵	۷/۱۷	۵۴/۱۶	۷/۴۷

با آزمون M-BOX و فرض همگنی کوواریانس‌ها بر اساس آزمون کرویت موخلی (Mauchly) قرار گرفتند. پیش فرض نرمال بودن داده‌ها و همگنی واریانس‌ها تأیید شدند ($P > 0/05$)، اما همگنی ماتریس واریانس کوواریانس تأیید نشد ($P < 0/05$). بنابراین، برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، باید سطوح بالاتری از معناداری آماری را در نظر گرفت [۲۸]. فرض کرویت موخلی در مورد متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت تأیید نگردید ($P < 0/05$)؛ لذا درجه آزادی داده‌ها با روش گرین‌هوس‌گیسر (Greenhouse-Geisser) مورد تصحیح قرار گرفت. با توجه به نتایج مفروضه‌ها استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مجاز است. بنابراین، برای آزمودن فرضیه‌های پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

در جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر بخشی "رفتار درمانی جدلی" به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت ارائه شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱ میانگین نمره گروه مداخله در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری افزایش داشته است، که نشان از تأثیر مداخله "رفتار درمانی جدلی" بر متغیرهای مطرح شده است، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است. لازم به ذکر است که افزایش میانگین نمره نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت نشان از بهبود این متغیرها در مشارکت کنندگان دارد.

برای تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از تحلیل داده‌ها برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش پیش‌فرض‌های زیربنایی تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر را برآورده می‌کنند، پس از بررسی و حذف داده‌های پرت (یک مورد در مرحله پس‌آزمون گروه کنترل)، مورد بررسی مفروضه‌های: نرمال بودن داده‌ها با آزمون شاپیرو ویلکز (Shapiro Wilkes)، همگنی واریانس‌ها (Homogeneity of variance) با آزمون لون (Levene)، همگنی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	مقدار احتمال	اندازه اثر
نیازهای بنیادین روانشناختی						
گروه	۳۶۷۴/۱۳	۱	۳۶۷۴/۱۳	۴۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳
زمان	۲۴۵۸/۱۲	۱/۶۷	۱۴۷۵/۴۵	۲۱/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶
تعامل گروه و زمان	۱۷۲۲/۷۲	۱/۶۷	۱۰۳۴/۰۴	۱۴/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸
سرسختی سلامت						
گروه	۲۹۶۵/۲۰	۱	۲۹۶۵/۲۰	۱۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
زمان	۹۲۲/۹۸	۱/۴۱	۶۵۳/۷۰	۴۱/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵
تعامل گروه و زمان	۹۵۸/۵۴	۱/۴۱	۶۷۸/۸۸	۴۳/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶

در نمره بعد از مداخله مشاهده شد که با توجه به بررسی اثر تکرار آزمون (زمان) و اثر تعامل (گروه) مشخص شد که این تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است ($P < 0/001$).

بطور خلاصه نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در مورد متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت نشان داد، که تعامل بین مداخله (گروه) و زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار بوده است ($P < 0/001$). معناداری تعامل نشان می‌دهد که، اثری که یک عامل (گروه) بر متغیرهای وابسته نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت داشته بستگی به سطح زمان دارد. بیشترین اندازه اثر به ترتیب مربوط به سرسختی سلامت (۰/۵۶) و نیازهای بنیادین روانشناختی (۰/۲۸) است. در جدول ۳ نتایج آزمون تعقیبی توکی برای بررسی مقایسه میانگین نمره نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در گروه «رفتار درمانی جدلی» در مراحل مطالعه به در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ نشان می‌دهد که اثر «رفتار درمانی جدلی» بر متغیر نیازهای بنیادین روانشناختی میان گروه مداخله و گروه کنترل معنادار است ($P < 0/001$). اثر تکرار زمان (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) در سطح $P < 0/001$ معنادار است و همچنین اثر تعاملی (گروه \times زمان) در سطح $P < 0/001$ معنادار است. بین گروه مداخله و گروه کنترل از لحاظ نمره نیازهای بنیادین روانشناختی تفاوت معناداری در نمره بعد از آموزش مشاهده شد که با توجه به بررسی اثر تکرار آزمون (زمان) و اثر تعامل (گروه) مشخص شد که این تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری داشته است ($P < 0/001$).

همچنین اثر «رفتار درمانی جدلی»، بر متغیر سرسختی سلامت گویای تفاوت معنادار میان گروه «رفتار درمانی جدلی» و گروه کنترل است ($P < 0/001$). اثر تکرار زمان (پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری) در سطح $P < 0/001$ معنادار است. اثر تعاملی (گروه \times زمان) با در سطح $P < 0/001$ معنادار است. بین گروه مداخله و گروه کنترل از لحاظ نمره سرسختی سلامت تفاوت معناداری

جدول ۳: نتایج مقایسه‌های میانگین نمره نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در گروه مداخله و کنترل در مراحل آزمون

متغیرها	زمان الف	زمان ب	تفاوت میانگین‌ها (الف - ب)	خطای استاندارد	مقدار احتمال
گروه مداخله "رفتار درمانی جدلی"					
نیازهای بنیادین روانشناختی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱۶/۲۵	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پی‌گیری	-۱۸/۶۰	۲/۳۱	۰/۰۰۱
سرسختی سلامت	پس آزمون	پیش آزمون	۱۶/۲۵	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پی‌گیری	-۲/۳۵	۲/۳۱	۰/۵۷۰
نیازهای بنیادین روانشناختی	پس آزمون	پیش آزمون	۱۸/۶۰	۲/۳۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پس آزمون	۲/۳۵	۲/۳۱	۰/۵۷۰

فاطمه پهلوان و همکاران

۰/۰۰۱	۲/۶۷	-۱۱/۳۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	سرسختی سلامت
۰/۰۰۱	۲/۶۳	-۱۴/۲۱	پی‌گیری		
۰/۰۰۱	۲/۶۷	-۱۱/۳۳	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
۰/۵۳۹	۲/۷۰	-۲/۲۹	پی‌گیری		
۰/۰۰۱	۲/۶۳	۱۴/۲۱	پیش‌آزمون	پی‌گیری	
۰/۵۳۹	۲/۷۰	۲/۸۸	پس‌آزمون		

که علت اصلی ایجاد انگیزش در انسان را نیازهای بنیادین روانشناختی می‌داند، که در ۳ بعد شایستگی، خودپیروی و تعلق (ارتباط) شکل می‌گیرد. این نیاز با این فرض آغاز می‌شود که انسان‌ها موجوداتی زنده و فعال، با تمایلات تکامل یافته به سمت رشد، تسلط بر چالش‌های محیطی و یکپارچه کردن تجربیات جدید برای دست یافتن به یک احساس منسجم از خود هستند. در این میان، بافت اجتماعی هم می‌تواند از گرایش‌های طبیعی به سوی تعامل فعال و رشد روانشناختی پشتیبانی و هم از آن جلوگیری کند. بنابراین، "رفتار درمانی جدلی" با ایجاد انگیزش منجر به تمایل فعال فرد به مشارکت اجتماعی می‌شود، و این ارتباط اجتماعی ایجاد شده، به زندگی فرد معنا می‌دهد و تمام تلاش خود را برای استفاده از فرصت‌هایش و سلامتی خود می‌کند [۳۰].

در این پژوهش همبستگی مثبت و معنا دار "رفتار درمانی جدلی" در بهبود نیازهای بنیادین روانشناختی افراد مبتلا به دیابت از چند جنبه قابل تبیین است. اولاً "رفتار درمانی جدلی" ساختار روشنی دارد و از مهارت‌های رفتاری استفاده می‌کند، از سوی دیگر، اثربخشی این روش به کاربرد اعتبار بخشی به خود مربوط است و این اعتبار بخشی مربوط به پذیرش منفعل و یا فعال بودن است. پذیرش باور به خودش در نهایت منجر به تسهیل تغییرات در او می‌شود (پذیرش شرط اصلی تغییر است). همچنین درمان شامل اصول خود مشاهده‌گری از بالاست. این مهارت منجر به توجه به تمام ابعاد مثبت و منفی شرایط اجتماعی، روانی و جسمی اش می‌شود و توجه انتخابی نمی‌کند. ضمناً "رفتار درمانی جدلی" از طریق ترکیب نمودن تمرینات ذهن آگاهی با تمرینات رفتاری باعث می‌شود که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در حالتی بدون قضاوت به مشاهده بیماری و حالات هیجانی خود بپردازند و علاوه بر سعی در پذیرش وجود این حالت و تحمل آن، ساز و کار گذر از این وضعیت را بیاموزند. استفاده از این تمرینات در نهایت منجر

بر اساس نتایج آزمون تعقیبی توکی (Tukey) مربوط به گروه مداخله (جدول ۳)، اختلاف میانگین‌های نمره، پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد مطالعه معنادار ($P < 0/001$)، اما اختلاف میانگین پس‌آزمون و پیگیری نیازهای بنیادین روانشناختی ($P > 0/570$) و سرسختی سلامت ($P > 0/539$) غیرمعنادار است. تفاوت معنادار مرحله پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون حاکی از تاثیر روش مداخله یعنی "رفتار درمانی جدلی" و تفاوت معنادار مرحله پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون حاکی از تداوم تاثیر آن است. آزمون تعقیبی توکی به همچنین نشان داد که، بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه کنترل بر خلاف گروه مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "رفتار درمانی جدلی" بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بیمارستان شهدای نی ریز استان فارس انجام شد. بر اساس یافته‌های بدست آمده روش "رفتار درمانی جدلی" به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر نیازهای بنیادین روانشناختی و سرسختی سلامت مؤثر بود و این نتایج تا مرحله پیگیری تداوم اثر داشت. یافته مطالعه نشان داد، "رفتار درمانی جدلی" به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری اثربخش است. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات رفتاری همسو می‌باشد [۱۷، ۲۹-۳۱]. برای مثال شیخی و همکاران با مطالعه‌ای در مشهد به این نتیجه رسیدند که "رفتار درمانی جدلی" می‌تواند به عنوان یک مداخله روانشناختی مؤثر برای کاهش افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ باشد [۱۶]. در تبیین این نتیجه با توجه به "نظریه خود تعیین‌گری"

است، باعث افزایش فعالیت بخش پیشانی مغز (prefrontal lobe) (که با عواطف مثبت همراه است) و کاستن از فعالیت پایه مغز (pons) (با رفتار غیر ارادی ناشی از هیجان‌ها همراه است)، آسیب‌پذیری زیستی نسبت به محرک‌های هیجانی منفی را کاهش دهد [۳۶]. این تمرینات به وسیله افزایش توانایی فرد در چرخش توجهش از آنچه مفید یا مؤثر نیست (مانند تمرکز روی افکار منفی در فرد بی‌انگیزه) و توجه به آنچه مفید و مؤثر است، می‌تواند به تعدیل تجربه هیجانی منفی یا به عبارتی افزایش باورهای مثبت و سرسختی سلامت کمک کند. در واقع فقدان توانایی در هدایت توجه منجر به مشکلات شایع متعددی می‌شود که شامل ناتوانی در متوقف‌سازی فکر کردن درباره گذشته، آینده، یا مشکلات فعلی، بی‌برنامه‌گی و ناتوانی در تمرکز بر تکالیف مهم زندگی هست. به طور کلی‌تر، هدف مهارت‌های ذهن آگاهی در "رفتار درمانی جدلی" رشد خرد ورزی به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، توانایی دیدن آنچه درست است، عمل کردن به شکل عاقلانه، مشارکت کامل و عاری از قضاوت در تجارب زندگی رضایت بخش به منظور تسهیل ظهور رفتار مؤثر و ماهرانه است. در نهایت بهبود سرسختی سلامت باعث رفتارهای حافظ سلامت و سرزندگی فرد می‌تواند بشود که این مهم منجر به سلامت روانشناختی و به تبع آن سلامتی اجتماعی و جسمی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌گردد.

نتیجه‌گیری

مداخله "رفتار درمانی جدلی" منجر به بهبود نیازهای بنیادین روانشناختی و افزایش سرسختی سلامت می‌گردد. بکارگیری این درمان باعث سلامت جسمی و روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌گردد. پیشنهاد می‌شود که از این مداخله جهت توانمندسازی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ استفاده شود. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کم بودن تعداد نمونه در مردان و ابزارهای مورد استفاده به عنوان ابزار خود گزارش دهی که امکان سوگیری در آن محتمل است، نام برد.

سپاسگزاری

این پژوهش از رساله دوره دکتری فاطمه پهلوان به راهنمایی آقای دکتر خسرو رضانی با کد پژوهشی ۴۱۱۳۳۳۱۵۰۴۹۰۴۸۴۲۳۰۹۶۹۰۱۲۰۴۸۴۲۳۰۹۶۹۰۴۱۱۳۳۳۱۵ که در سامانه پژوهشیار دانشگاه

به فاصله‌گیری از هیجان‌ها منفی، کاهش منفعل بودن و افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی می‌شود، بنابراین، در "رفتار درمانی جدلی" به این پرداخته می‌شود که کدام جنبه از بافت‌های اجتماعی به طور چشمگیری مشارکت و کارآمدی فرد در محیط را تقویت خواهد کرد و لذا با اطلاع از اینکه نیازهای اساسی روانشناختی افراد باید جهت پیشرفت از لحاظ روانشناختی و برخوردار از کارکرد مؤثر ارضا شوند به تقویت این نیاز می‌پردازد. این مهم از طریق اهمیت به شایستگی خود، خودپیروی و تعلق خاطر (ارتباط) با دیگران در نهایت باعث ارتقاء سلامت روانشناختی فرد و اهمیت به خود و به تبع آن رفتارهای مناسب و سلامت جسمی فرد می‌گردد.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که "رفتار درمانی جدلی" به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بر افزایش سرسختی (نستوهی) سلامت در مراحل پس آزمون و پیگیری اثربخش است. این نتیجه با نتایج سایر مطالعات رفتاری همسو می‌باشد [۳۲-۳۵]. برای مثال نتایج مطالعه دشت بزرگی و شمشیرگران نشان داد، آموزش مثبت نگری به پرستاران منجر به افزایش سرسختی سلامت در آن‌ها می‌شود [۳۳].

در تبیین تأثیر "رفتار درمانی جدلی" بر سرسختی سلامت به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌توان چنین استنباط کرد که، بدنه اصلی تمرکز "رفتار درمانی جدلی" حول یادگیری و آموزش، و به کارگیری و تعمیم مهارت‌های انطباقی خاصی است که باعث افزایش تاب‌آوری در مقابل مشکلات و موانع مرتبط با سلامت فرد است. در "رفتار درمانی جدلی" ۴ دسته از مهارت‌ها آموزش داده می‌شود: مهارت‌های تنظیم هیجانی، مهارت‌های کارآمدی بین فردی، مهارت‌های ذهن آگاهی، مهارت‌های تحمل پریشانی (رنج). برای نمونه با آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی متمرکز بر تنظیم هیجان‌ها به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ آموزش داده می‌شود که از غلیان هیجان‌ها مرتبط با سلامت خود هراس نداشته باشد و با آن‌ها روبرو شود، این مهم از یک سو با توجه به نظریه خود تعیین‌گری، منجر به پی بردن به شایستگی‌های خود، خود پیروی و باور به خویشتن که همین موضوع باعث کاهش تنش و اضطراب بیماری در آن‌ها شده و قصد خود را عزم می‌کند، برای مقاومت و مقابله با عوامل مختل کننده سلامت [۷]. از سوی دیگر، انجام تمرینات ذهن آگاهی که از مؤلفه‌های "رفتار درمانی جدلی"

علوم پزشکی شیراز و استادان محترم که با حمایت‌های معنوی خود موجب تسهیل انجام مطالعه شدند، قدرانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافی را گزارش نکرده‌اند.

آزاد اسلامی واحد یاسوج در تاریخ ۹۸/۱۱/۲۵ به ثبت رسیده است می‌باشد. مجوز اخلاق در پژوهش در تاریخ ۱۴۰۰/۳/۵ از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد IR. SUMS. REC. 1400.566 اخذ گردید. از تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مشارکت‌کننده در مطالعه، مدیریت مراکز درمانی نی ریز استان فارس، معاون محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج، کمیته اخلاق دانشگاه

References

1. Kiriella DA, Islam S, Oridota O, Sohler N, Dessenne C, de Beaufort C, et al. Unraveling the concepts of distress, burnout, and depression in type 1 diabetes: A scoping review. *EClinical Medicine*. 2021; 40:101118 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101118>
2. Ilhan N, Telli S, Temel B, Aşti T. Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary Care Diabetes*. 2021; 15(1):74-9 . <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.06.009>
3. Moraveji M, Hatami M, Ahadi M, Seyrafi M, Chiti H. [The effect of group motivational interview on therapeutic satisfaction and therapeutic adherence of patients with type 1 diabetes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8(6):39-47. <http://jhpm.ir/article-1-1121-en.html>
4. Mainous AG, Rooks BJ, Wright RU, Sumfest JM, Carek PJ. Diabetes Prevention in a U.S. Healthcare System: A portrait of missed opportunities. *American Journal of Preventive Medicine*. 2022; 62(1):50-56 . <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.06.018>
5. Hajializadeh K, Norizadeh B. [The effectiveness of dialectical behavioral therapy on reducing anxiety and improving social functioning of patients with diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2018; 17(3):130-8. <http://ijddl.tums.ac.ir/article-1-5599-en.html>
6. Yao X, Zhang L, Du J, Gao L. Effect of information-motivation-behavioral model based on protection motivation theory on the psychological resilience and quality of life of patients with type 2 DM. *Psychiatric Quarterly*. 2021; 92(1):49-62 . <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09783-w>
7. Qian TY, Wang JJ, Zhang JJ, Hulland J. Fulfilling the basic psychological needs of esports fans: A Self-Determination Theory approach. *Communication & Sport*. 2020; 10(2):216-40. <https://doi.org/10.1177/2167479520943875>
8. Sudacka M, Adler M, Durning SJ, Edelbring S, Frankowska A, Hartmann D, et al. Why is it so difficult to implement a longitudinal clinical reasoning curriculum? A multicenter interview study on the barriers perceived by European health professions educators. *BMC Medical Education*. 2021; 21(1):575 . <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02960-w>
9. Gebhardt WA, van der Doef MP, Paul LB. The Revised Health Hardiness Inventory (RRHI-24): Psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*. 2001; 16(5):579-92 . <https://doi.org/10.1093/her/16.5.579>
10. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982; 42(1):168. <https://psycnet.apa.org/record/1982-23579-001> <https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
11. Asadzandi M, Farsi Z, Najafi Mehri S, Karimizarchi AA. [Educational intervention focusing on health belief model in health beliefs, awareness and behavior of diabetic patients]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2006; 6(2):169-76. <http://ijddl.tums.ac.ir/article-1-328-en.html>
12. Moreau M, Gagnon MP, Boudreau F. Development of a fully automated, web-based, tailored intervention promoting regular physical activity among insufficiently active adults with type 2 diabetes: Integrating the I-Change Model, Self-Determination Theory, and motivational interviewing components. *JMIR Research Protocols*. 2015; 4(1):e25 . <https://doi.org/10.2196/resprot.4099>
13. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and Self-Determination Theory: A systematic

- review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012; 9(1):78 .
<https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
14. Moraveji M, Hatami M, Ahadi M, Seyrafi M, Chiti H. [The effect of group-based motivational interviews on clinical outcomes in patients with type 1 and type 2 diabetes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9(3):61-71. <http://jhpm.ir/article-1-1121-en.html>
 15. Marra T. *Dialectical Behavior Therapy in Private Practice: A Practical and Comprehensive Guide*: New Harbinger Publications; 2005. <https://www.amazon.com/Dialectical-Behavior-Therapy-Private-Practice/dp/1608829065>
 16. Sheikh S, Malihi Alzackerini S, Mohammadi shirmahaleh F, Zam F, Baseri A. [Effect of dialectical behavior and metacognitive therapies on depression and fasting blood sugar in patients with type II diabetes]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2020; 8(3):1175-87. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-420-en.html>
 17. Baigan K, Khoshkonesh A, Habibi Askarabad M, Fallahzade H. [Effectiveness of Dialectical Behavioral Group Therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients]. *Journal of Diabetes Nursing*. 2016; 4(3):8-18. <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-205-en.html>
 18. Bai B, Wang J. Hong Kong secondary students' self-regulated learning strategy use and English writing: Influences of Motivational Beliefs. *System*. 2021; 96:102404. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.system.2020.102404>
 19. Sharifi T, Javan-Noughabi J, Asadi Z, Zarqi M. Reasons for non-participation in a self-care training program for diabetic patients: A qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2022; 22(127):1-9 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07541-1>
 20. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*. 2001; 52(1):141-66. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
 21. Varsamis P, Katsanis G, Iosifidou E. Development and initial validation of a scale for the situational recognition of the basic psychological needs. *Heliyon*. 2022; 8(1):e08786 <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e08786>
 22. Tabe Bordbar F, Esmacili M, Karamad M. [To predict the positive youth development on the level of basic needs and parental bonding]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*. 2021; 9(11):77-86. <http://frooyesh.ir/article-1-2310-en.html>
 23. Bahraei Z, Hosseini Almadani SA, Baseri A. [The modeling family resilience based on marital happiness, basic psychological needs and spirituality with the mediating role of emotion regulation]. *Islamic Life Style*. 2022; 5(4):85-98. <http://islamiclifej.com/article-1-752-en.html>
 24. James D. Hardiness and attitudes toward professional healthcare services: Implications for healthcare service utilization among black American adults. *Health Psychology Open*. 2021; 8(2):20551029211029157 <https://doi.org/10.1177/20551029211029157>
 25. Sepahmansour M, Katebi M. [Comparison of health hardiness and life expectancy in patients with diabetes and breast cancer]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2019; 8(31):155-68.
 26. Malekan M, Saffarinia M, Sabet M, Sedaghat M. [Investigation of diet on mental well-being by health hardiness mediation among women suffering from multiple sclerosis]. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2021; 10(37):161-88 .
 27. Cancian ACM, de Souza LAS, Liboni RPA, Machado WdL, Oliveira MdS. Effects of a Dialectical Behavior Therapy-based skills group intervention for obese individuals: A Brazilian pilot study. *Eating and Weight Disorders*. 2019; 24(6):1099-1111. <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2>
 28. Ren Y, Zhang Y, Jia Y, Huang Y, Yao M, Li L, et al. Analyses of repeatedly measured continuous outcomes in randomized controlled trials needed substantial improvements. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2022; 143:105-17. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2021.12.007>
 29. Badakhshan F, Kiamarsi A, Ghaffari A. [The effectiveness of “Eialectical Behavior Therapy” on affective control and sexual function in women with marital conflict]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(3):19-29. <http://jhpm.ir/article-1-1315-fa.html>
 30. Fleer M, Fragkiadaki G, Rai P. The place of theoretical thinking in professional development: Bringing science concepts

- into play practice. *Learning, Culture and Social Interaction*. 2022; 32:100591 <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2021.100591>
31. Britton PC, Patrick H, Wenzel A, Williams GC. Integrating motivational interviewing and Self-Determination Theory with Cognitive Behavioral Therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2011; 18(1):16-27 . <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.004>
 32. Dortaj A, Towhidi A, Tajrobehkar M. [The effectiveness of the mindfulness-based stress reduction training on academic hope, academic hardiness, academic adjustment, and mindfulness]. *Positive Psychology Research*. 2020; 6(3):69-90 .
 33. Dasht Bozorgi Z, Shamshirgaran M. [Effectiveness of positive training on social competence and health hardiness in nurses]. *Positive Psychology Research*. 2018; 4(2):13-24.
 34. Ezazi Bojnourdi E, Ghadampour S, Moradi Shakib A, Ghazbanzadeh R. [Predicting corona anxiety based on cognitive emotion regulation strategies, health hardiness and death anxiety in diabetic patients]. *Journal of Nursing Education*. 2020; 8(2):34-44. <http://ijpn.ir/article-1-1547-fa.html>
 35. Sanagouye Moharer G, Kia S, Akbarizadeh A, Erfani M. [Effect of Hope Therapy on sleep quality, subjective well-being and health hardiness among cancer patients with breast evacuation]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing*. 2019; 6(2):66-73. <http://ijrn.ir/article-1-435-fa.html>
 36. Ghasem Zade F, Isazadeghan a, Mikaeli F. [The role of prediction of state / trait anxiety based on behavioral brain systems and nightly bridges in students]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 8(4):26-34. <http://jhpm.ir/article-1-872-fa.html>