



# A Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Training Based on Metacognition on Basic Psychological Needs of Type 2 Diabetes Patients

Fatemeh Pahlavan<sup>1</sup>, Khosro Ramezani<sup>2\*</sup>, Yosaf Rasouli<sup>3</sup>

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

ORCID: 0000-0003-3127-6707

2- Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Sciences, Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Iran. ORCID: 0000-0002-3765-5073

3- Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Sciences, Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

ORCID: 0000-0003-3451-0028

\*Corresponding Author: Khosro Ramezani, Assistant Professor, Department of psychology, Faculty of Sciences, Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Iran.

E-mail: [Ramezani.khosro@zand.ac.ir](mailto:Ramezani.khosro@zand.ac.ir)

Received: 2 Sep 2022

Revised: 6 Jan 2023

Accepted: 2 Feb 2023

## Abstract

**Introduction:** Physical and psychological health in patients with type 2 diabetes is related to basic psychological needs. This study was conducted to compare the effectiveness of dialectical behavior therapy and training based on metacognition on the basic psychological needs of patients with type 2 diabetes.

**Methods:** The present study is quasi-experimental with pre-test, post-test, and follow-up group design. The statistical population of this research included patients with type 2 diabetes referred to Shahada Neiriz Hospital in Fars province in 2021. A total of 60 patients with type 2 diabetes were selected purposefully and randomly assigned to two experimental groups and one control group (20 people in each group). Data collection was done using a demographic questionnaire and the Basic Psychological Needs Scale. After the pre-test, experimental groups 1 and 2 underwent 12 sessions of 75 minutes (2 sessions per week) of dialectical behavior therapy and metacognition-based therapy separately. The tools were completed by 3 groups 3 times: pre-test, post-test, and follow-up. Data analysis was analyzed in SPSS software version 23 ( $P < 0.05$ ).

**Results:** There are no significant differences between the groups in terms of age, gender, education, occupation, and marital status ( $P > 0.05$ ). Dialectical behavior therapy and training based on metacognition both increased basic psychological needs ( $P < 0.001$ ) in patients with type 2 diabetes.

**Conclusions:** Dialectical behavior therapy and training based on metacognition both increased basic psychological needs and competence, autonomy, and relationship subscales. It is suggested that these exercises should be used with the priority of dialectical behavior therapy for the rehabilitation of patients with type 2 diabetes.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy, Metacognition Training, Basic Psychological Needs, Diabetes Mellitus Type 2.





## مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

فاطمه پهلوان<sup>۱</sup>، خسرو رضانی<sup>۲\*</sup>، یوسف رسولی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۳۱۲۷-۶۷۰۷  
 ۲- استادیار، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده علوم، موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۲-۳۷۶۵-۵۰۷۳  
 ۳- استادیار، گروه آموزش علوم تربیتی، واحد یاسوج، دانشگاه فرهنگیان، یاسوج، ایران. ORCID: ۰۰۰۰-۰۰۰۳-۳۴۵۱-۰۰۲۸

\*نویسنده مسئول: خسرو رضانی، استادیار، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده علوم، موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران  
 ایمیل: Ramezani.khosro@zand.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۱۳

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۱/۱۰/۱۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** سلامت جسمانی و روانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با نیازهای بنیادین روانشناختی ارتباط دارد. این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شده است.

**روش کار:** مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با 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 ۶۰ تن بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ به شیوه همدمند انتخاب و بصورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک کنترل جایدهی شدند (هر گروه ۲۰ نفر). جمع آوری داده ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی، مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی (BPNS) انجام شد. پس از اجرای پیش‌آزمون، گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ تحت ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۲ جلسه) رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بصورت جداگانه قرار گرفتند. تحلیل داده ها در نرم افزار Spss نسخه ۲۳ انجام شد ( $P < 0/05$ ).

**یافته‌ها:** بین گروه‌ها از نظر سن، جنسیت، تحصیلات، اشتغال و تأهل تفاوت معناداری وجود نداشت ( $P > 0/05$ ). رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت هر دو منجر به افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی و زیر مقیاس‌های شایستگی، خودپیروی و ارتباط در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شد ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه گیری:** رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت هر دو منجر به افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی گردید. پیشنهاد می‌شود که از این مداخله‌ها با اولویت رفتار درمانی دیالکتیک جهت توانبخشی بیماران دیابتی نوع ۲ استفاده گردد.

**کلیدواژه‌ها:** رفتار درمانی دیالکتیک، آموزش فراشناخت، نیازهای اساسی روانشناختی، بیماران دیابتی نوع ۲.

دیابت یک اختلال متابولیک مزمن است که بر سلامت جسمی، اجتماعی و روانی و به ویژه سلامت روانی افراد مبتلا به آن تأثیر گذار است. مشکلات روانی-اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ (type2 diabetes) شایع است، در صورت عدم توجه به آن، تأثیر منفی و جدی بر رفاه و زندگی اجتماعی بیماران می‌گذارد [۱]. پرداختن به جنبه های روانی-اجتماعی از جمله عوامل شناختی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی با مداخلات روانشناختی برای غلبه بر موانع روانی مرتبط با پایبندی به درمان و خودمراقبتی در بیماران دیابت نوع ۲ کمک کننده است مراقبت از این بیماران منوط به مراقبت‌های جسمی و روانی است، که در مراقبت‌های جسمانی نقش خود فرد، پرستاران، روانشناسان و پزشکان را نمی‌توان نادیده گرفت [۲]. مهم‌ترین روش استفاده شده برای مدیریت این بیماری، کنترل مناسب قندخون در محدوده طبیعی با استفاده از داروهای دیابت و سبک زندگی سالم است [۳]. از جمله پیامدهای جدی بیماری دیابتی نوع ۲، که بر سلامت روانی این بیماران تأثیرات مخربی دارد می‌توان به انواع هیجان‌های منفی مانند ترس، خشم، غم، نداشتن انگیزه، اعتماد به نفس پایین و نگرش منفی به زندگی که ارتباط بالای با نیازهای بنیادین روانشناختی در آنان دارد را نام برد [۴، ۵]. بر اساس مطالعات انجام شده در سال ۲۰۱۹ در ایران، شیوع دیابت ۹/۴٪ گزارش شده است، تخمین زده می‌شود که روند افزایش افراد مبتلا به دیابت تا سال ۲۰۳۵ به ۱۲/۳٪ در جامعه برسد [۱].

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 مرتبط با سلامت، در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مشهود است. سطح پایین نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در این بیماران، بر فعالیتهای بدنی، اجتماعی، پیروی از توصیه های درمانی و سبک زندگی سالم در آنان تأثیر گذاشته، که در دراز مدت منجر به مشکلات جسمی و روانشناختی از جمله افسردگی و اضطراب می‌گردد [۶]. ادراک بیماری، باورهای فراشناختی و انگیزش سلامت در اضطراب و افسردگی، بزرگسالان مبتلا به دیابت تأثیرگذار است [۷].

نظریه خودتعیین‌گری (Self-Determination Theory) یکی از مقبول‌ترین نظریات در مورد اهمیت و نقش عاملیت انسان

در ایجاد انگیزه را مطرح می‌کند. اساس نظریه خودتعیین‌گری، مبتنی بر نیازهای بنیادین روانشناختی است، که به عنوان عامل انرژی دهنده لازم برای کمک به درگیری فعال فرد با محیط، پرورش مهارت‌ها و رشد سالم در نظر گرفته می‌شود [۸]. با توجه به نظریه خودتعیین‌گری، 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 است [۹].

مطالعات با رویکردهای مختلف مانند رفتار درمانی سنتی، درمان شناختی-رفتاری و موج سوم درمان های رفتاری به بررسی تأثیر روش های خود بر بعد روانی بیماران دیابتی می‌پردازند، این درمان‌ها به ترتیب با کنترل محرکهای محیطی، بازسازی شناختی، پذیرش و مدیریت هیجانات بیماران دیابتی به دنبال ارتقاء سلامت روانی و رفتاری مناسب مرتبط با سلامت در این بیماران هستند. با توجه به نتایج موثر و معنادار مداخلات روانشناختی موج سوم رفتاری مانند: رفتار درمانی دیالکتیک (با تأکید اصلی بر مدیریت هیجان) و آموزش مبتنی بر فراشناخت (با تأکید بر اصلاح عمیق شناختی) به شیوه‌ها و هدف درمانی متفاوت به دنبال ارتقاء سلامت روانی و بهبود رفتارهای مرتبط با سلامت جسمی و روانی در بیماران دیابتی نوع ۲ هستند. با توجه به این که عمیق‌ترین ارتباط سلامت روان افراد، با نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) می‌باشد، این سوال مطرح است که کدام روش درمانی مطرح شده می‌تواند موثرتر بر بهبود نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن در جامعه بیماران دیابتی نوع ۲ باشد؟

رفتار درمانی دیالکتیک (Dialectical Behavior Treatment) یک مداخله روانشناختی از نسل سوم درمانهای رفتاری است و بر پایه نظریه زیستی-اجتماعی بنا نهاده شده است. پذیرش، مسأله‌گشایی و رویاروی با مشکل از جمله روش‌هایی هستند که در رفتار درمانی دیالکتیک استفاده می‌شود [۱۰]. آموزش مبتنی بر فراشناخت، یکی دیگر از رویکردهای موج سوم درمان های رفتاری است و بر این اصل مبتنی است که، اختلالات روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی (شامل: نگرانی، اندیشناکی، توجه انعطاف ناپذیر، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد و خودتنظیمی ناسازگارانه) مرتبط است. هدف اصلی فراشناخت، انعطاف پذیری توجه، اصلاح باورهای فراشناختی

و پایان دادن به سندرم شناختی - توجهی است [۱۱]. نتایج پژوهش Kalra و همکاران که در هندوستان به بررسی نیازهای بنیادین روانشناختی و هیجانی بیماران دیابتی پرداختند، نشان داد که، عدم توجه به نیازهای بنیادین روانشناختی این بیماران، تأثیر منفی و جدی بر سلامت جسمی، روانی، رفاه و زندگی اجتماعی در آنان دارد، که با اهمیت دادن به نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) می توان بر موانع روانی و رفتاری مرتبط با خودمراقبتی و پایبندی به درمان در بیماران دیابتی اقدام کرد [۱۲]. مطالعه شیخی و همکاران نشان که، هر دو مداخله (رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت) منجر به بهبود سلامت روانشناختی و به تبع آن کاهش تراکم بدنی و هیجانات منفی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می گردد [۱۳]. مطالعه دیگر نشان داد، مصاحبه انگیزشی که از مداخله های نسل سوم رفتار درمانی است، منجر به ایجاد تغییرات رفتاری مثبت در جهت کنترل بهتر بیماری دیابت نوع ۲ می شود [۱۴].

نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در سطح پایینی نسبت به سایر افراد جامعه قرار دارد، این موضوع ارتباط بسیار بالایی با سلامت روان و رفتارهای مناسب مرتبط با سلامت در آنان دارد [۱۲]. خلاء مطالعاتی در خصوص بررسی و مقایسه تأثیر رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های آن مشهود است. سایر مطالعات حکایت از تأثیر مناسب سایر رویکردهای رفتاری بر نیازهای بنیادین روانشناختی دارد، از سوی دیگر مطالعات دیگر حکایت از تأثیر مناسب و خوب رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت (که هر دو از درمان های موج سوم رفتاری هستند) و با شیوه متفاوت (بر بعد هیجانی و شناختی عمیق) در بهبود مشکلات بیماران دیابتی مانند: افسردگی، اضطراب، تاب آوری و چاقی دارد [۱۳، ۱۵]. با توجه به این که مهمترین فاکتورها در انتخاب رویکرد مناسب روانشناختی در درمان بیماران، تحت تأثیر، تسلط درمانگر بر رویکرد مورد نظر و تناسب شناختی و یا هیجانی بیماران با رویکرد انتخابی دارد. با توجه به قرابت هر دو رویکرد مطرح شده که هر دو از یک خانواده موج سوم رفتاری هستند، و تفاوت شیوه تأثیر گذاری رویکردهای رفتار درمانی دیالکتیک (با تأثیر گذاری مستقیم بر هیجانات) [۱۰] و آموزش مبتنی بر

فراشناخت (با اصلاح عمیق شناختی) [۱۱] که نقش موثری بر افزایش سلامت روان می توانند داشته باشد. با توجه به مطالب مطرح شده، ضرورت بررسی و مقایسه دو روش درمانی ذکر شده منطقی به نظر می رسد. در نتیجه این پژوهش با هدف پاسخ دادن به این سوال انجام گردید که، آیا بین رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معناداری وجود دارد؟ این پژوهش با هدف پاسخ دادن به این سوال انجام پذیرفته است.

### روش کار

مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۴ ماهه با دو گروه آزمایش 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 بود. در این مطالعه حجم نمونه بر اساس جدول Cohen با سطح اطمینان ۹۵ درصد و حجم اثر ۰/۶۰ و توان ۰/۸۱، ۱۴ نفر برای هر گروه برآورد شد [۱۶]. با توجه به احتمال تأثیر متغیرهای ناخواسته و خارج از کنترل پژوهشگر، ریزش نمونه ها، وجود داده های پرت و امکانات محیط کلاس، ۶۰ تن مشارکت کننده که (۸۵ درصد زن و ۱۵ درصد مرد) با توجه به محدودیت مشارکت کنندگان (مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ بودند بر اساس معیارهای ورود، با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و بصورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل تخصیص یافتند.

معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص قطعی ابتلا به دیابت نوع ۲ از دو سال قبل توسط پزشک، دامنه سنی ۳۰ الی ۵۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، 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 کلاس های بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه در کلاس های آموزشی و ابتلا به بیماری کرونا بود. جهت جمع آوری داده ها از چک لیست جمعیت شناختی و همچنین مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی استفاده گردید. چک لیست ویژگیهای جمعیت شناختی: شامل جنسیت، دامنه سنی، تحصیلات، وضعیت اشتغال و تاهل بود.

## فاطمه پهلوان و همکاران

دانشجوی دکتری روانشناسی، پرستار و عضو سازمان نظام روانشناسی کشور می باشد، با نظارت استاد راهنما قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار دریافت آموزش پس از اتمام مراحل پژوهش بود. گروه‌های آزمایش ۱، ۲ و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (چهار ماه بعد) با مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی مورد ارزیابی قرار گرفتند.

برنامه مداخله ای رفتار درمانی دیالکتیک که از درمانهای نسل سوم رفتاری است، بر اساس الگوی نظری دیالکتیک و نظریه زیستی-اجتماعی بنا نهاده شده است. این مداخله توسط Linehan به نقل از Cancian و همکاران تدوین شده و شامل ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) با هدف تنظیم کژکنشی و مدیریت هیجانی ابداع شده است [۱۹]. در ایران این آموزش توسط بایگان و همکاران ترجمه و مورد استفاده قرار گرفته است (جدول ۱) [۲۰]. هدف برنامه رفتار درمانی دیالکتیک بطور خلاصه شامل: مفهوم پردازی مشکل درمانجویان، کنترل رفتار، مواجهه با تجارب هیجانی، حل مسئله و برطرف نمودن احساس نقص و رسیدن به شادی پایدار است.

برنامه مداخله ای آموزش مبتنی بر فراشناخت از دیگر درمان های موج سوم رفتاری است که بر اساس چهارچوب نظری کارکرد اجرایی خود تنظیمی، با هدف سازگاری هیجانی در مبتلایان به اختلالات روانی توسط Wells تدوین شده و شامل ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) است (جدول ۱) [۲۱]. آموزش فراشناخت به طور خلاصه شامل: فرمول بندی موردی؛ آشنا سازی با مداخله آموزشی فراشناخت؛ معرفی طرح فراشناختی؛ به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی و مثبت در ارتباط با اضطراب مراجع؛ تقویت طرحهای جدید به جای اضطراب و پیشگیری از عود می باشد [۲۲]. برنامه مداخله ای رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بصورت جلسه به جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی ( Basic Psychological Needs Scale; BPNS) توسط Ryan و همکاران با ۲۱ عبارت در سال ۲۰۰۰ در کشور استرالیا طراحی گردید [۱۷]، این مقیاس دارای ۳ زیرمقیاس خودمختاری (autonomy) با ۷ عبارت (۱، ۴، ۱۸، ۱۴، ۱۷، ۲۰)، شایستگی (competence) با ۷ عبارت (۶، ۷، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۱) و ارتباط (relationship) با ۷ عبارت (۳، ۴، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵، ۱۹) است، عبارتها بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) نمره گذاری می گردد. لذا حداقل نمره در هر کدام از خرده مقیاس ها از ۷ الی ۴۹ و نمره کل بین ۲۱ و ۱۴۷ است [۱۷]. Ryan و همکاران [۱۷] روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط را تأیید کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۸، ۰/۸۶ و برای نمره کل ۰/۹۱ گزارش شده است [۱۷]. 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 اصفهان بررسی و ۳ زیر مقیاس خودمختاری، شایستگی و ارتباط تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در این مطالعه برای ۳ زیر مقیاس: خودمختاری، ارتباط و شایستگی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ و کل پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است [۱۸]. در این پژوهش پایایی مقیاس نیازهای بنیادین روانشناختی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس ها: خودمختاری، شایستگی و ارتباط به ترتیب بین ۰/۸۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ و نمره کل پرسشنامه ۰/۸۳ محاسبه گردید.

گروه های آزمایش ۱ و ۲ بصورت جداگانه تحت آموزش رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت در بیمارستان شهدای نی ریز (استان فارس) توسط نویسنده اول که

جدول ۱. برنامه جلسات آموزش های این مطالعه به تفکیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

جلسات	رفتار درمانی دیالکتیک [۱۹]	آموزش مبتنی بر فراشناخت [۲۱]
	موضوعات	موضوعات
اول	آشنایی اعضا با یکدیگر و تشریح اهداف مداخله گروهی، ایجاد احساس راحتی اعضا، توضیحات مقدماتی در مورد رفتار درمانی دیالکتیک و ارتباط آن با افکار، احساسات و رفتار فرد، مفهوم سازی مشکلات افراد بود. تکلیف: تهیه فهرست فعالیت های لذت بخش و انگیزشی بود.	آشنایی و ارتباط حسنه بین اعضا، اعلام اهمیت و هدف آموزش فرا شناخت و ارزیابی مشکلات مراجعان دیابتی در قالب مدل فرا شناخت، تدوین فرمول بندی، معرفی مدل و آماده سازی، شناسایی (افزایش فرا آگاهی) بود. تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه بود.
دوم و سوم	بررسی تکالیف جلسه قبل، پاسخ به سؤالات، آموزش ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه)، آموزش مهارت هایی مشاهده و توصیف و مورد قضاوت قرار ندادن آنها بود. تکلیف: تمرین مهارت ذهن آگاهی (هیجانی و خردمندانه) و مشاهده و توصیف آن ها بدون قضاوت بود.	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، جهت گیری هدف به عنوان آزمایشی برای کاهش نشخوار فکری بود. تکلیف: تمرین ذهن آگاهی انفضالی و به تاخیر انداختن نگرانی و فکر کردن و بررسی نگرانی ها در زمان مشخص بود.
چهارم و پنجم	ارزیابی تکالیف، آموزش جهت گیری اهداف (مهارت های پایداری در بحران ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس پنجگانه و تمرین ذهن آگاهی) بود. تکلیف: انجام ذهن آگاهی، منحرف کردن حواس بصورت روزانه و یادداشت برداری از آن ها بود.	ارزیابی تکالیف، شناسایی محرکها و به کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت های مربوط به کنترل انعطاف پذیر، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله های اجتنابی بود. تکلیف: تمرین به تاخیر انداختن نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل بود.
ششم و هفتم	تعریف باورهای شناختی و تأثیر آن بر فرد، نحوه برخورد با باورهای مثبت و منفی، چگونگی ارزش گذاری درونی برای ایجاد انگیزه، ماهیت عزت نفس، اعتماد به نفس و چگونگی افزایش انگیزش فعالیت بر اساس نیازهای خود تعیینگری ارائه بود. تکلیف: ارزیابی باورهای شناختی، ارزش گذاری بر آن ها بود.	وارسی اضطرابها، نشخوار فکری و چالش با باورهای مثبت درباره افکار منفی، پرخاشگری، تمرین تکنیک آموزش توجه بود. تکلیف خانگی: ادامه به تاخیر انداختن نگرانی و وارونه سازی رفتارهای اجتناب از نگرانی و آزمایش از دست دادن کنترل بود. تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه بود.
هشتم و نهم	آموزش خودکارآمدی و منافع آن برای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی انسان توجیح اهمیت خودکارآمدی، تشخیص خودکارآمدی، کاهش آسیب پذیری، رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق قصد متناقض بود. تکلیف: تمرین خودکارآمدی با توجه به موضوع مورد بحث بود.	بررسی ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با ارزش گذاری درونی، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه هایی برای بهبود آن، آگاهی بیماران از برانگیزاننده های نشخوار فکری بدون انجام تحلیل مفهومی آن، تمرین و اجرای فن تعویق فکری - تکنیک آموزش توجه بود. تکلیف: القای نگرانی برای آزمودن خطرات و شدت اضطراب بود.
دهم و یازدهم	بررسی تمرینات جلسه قبل، تمرین عملی جهت افزایش خودکارآمدی، رفع هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت در کنار ذهن آگاهی هیجانی، شناختی و محیطی انجام گردید. تکلیف: انجام تمام تکالیف جلسات گذشته و یادداشت برداری برای پایبندی به تکالیف بود.	بررسی و چالش با برانگیزاننده های نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه، کار بر روی تدوین برنامه های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت افکار منفی و کنترل ناپذیری بود. تکلیف: اجرای راهبردهای عدم تناسب و سایر آزمایشهای رفتاری برای چالش با باورهای مثبت درباره نگرانی بود.
دوازدهم	مرور کل جلسات قبل، نظر سنجی در مورد کیفیت دوره، پاسخ به سؤالات و ابهامات، هماهنگی لازم برای حضور در جلسه هفته بعد (پس از ۴ ماه بعد) (پس از ۴ ماه بعد) (پیگیری) جهت پاسخگویی به پرسشنامه، و خداحافظی با اعضا پایان بخش جلسه بود.	مرور کل جلسات قبل، نظر سنجی در مورد کیفیت دوره، پاسخ به سؤالات و ابهامات، هماهنگی لازم برای حضور در جلسه هفته بعد (پس از ۴ ماه بعد) (پیگیری) جهت پاسخگویی به پرسشنامه، و خداحافظی با اعضا پایان بخش جلسه بود.

تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی توکی (Tukey) جهت بررسی معناداری نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های آن قرار گرفتند.

### یافته ها

ارزیابی یافته های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان با آزمون خی دو نشان داد که بین سن، جنسیت، تحصیلات، اشتغال و تاهل گروه ها تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۲).

در این مطالعه کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی شیراز 566. IR.SUMS.REC.1400. اخذ گردید. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان، در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه نگه داشتن اطلاعات بدست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در مطالعه بوده است. داده ها پس از جمع آوری با ابزارهای مطرح شده، وارد نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ گردید و مورد تحلیل با آزمون های آماری خی دو در خصوص پارامترهای جمعیت شناختی و



جدول ۲. یافته های جمعیت شناختی در گروه های آزمایش و کنترل بیماران دیابتی نوع ۲ مورد مطالعه

متغیر	مؤلفه ها	* گروه آزمایش ۱ تعداد (درصد)	** گروه آزمایش ۲ تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)	کل گروهها تعداد (درصد)	معناداری
جنس	زن	(۸۵)۱۷	(۸۵)۱۷	(۸۵)۱۷	(۸۵)۵۱	P>۰/۹۷۱
	مرد	(۱۵)۳	(۱۵)۳	(۱۵)۳	(۱۵)۹	
تحصیلات	دیپلم	(۷۰)۱۴	(۸۰)۱۶	(۷۵)۱۵	(۷۵)۴۵	P>۰/۹۶۲
	کارشناسی	(۳۰)۶	(۲۰)۴	(۲۵)۵	(۲۵)۱۵	
وضعیت اشتغال	شاغل	(۳۵)۷	(۲۵)۵	(۳۰)۶	(۳۰)۱۸	P>۰/۸۵۲
	غیر شاغل	(۶۵)۱۳	(۷۵)۱۵	(۷۰)۱۴	(۷۰)۴۲	
تاهل	مجرد	(۲۰)۴	(۱۰)۲	(۱۵)۳	(۱۵)۹	P>۰/۶۵۳
	متاهل	(۸۰)۱۶	(۹۰)۱۸	(۸۵)۱۷	(۸۵)۵۱	
سن	۳۰-۳۵	(۵)۱	(۰)۰	(۰)۰	(۱/۷)۱	P>۰/۵۲۲
	۳۶-۴۰	(۱۰)۲	(۵)۱	(۵)۱	(۶/۷)۴	
	۴۱-۴۵	(۵۵)۱۱	(۶۰)۱۲	(۶۰)۱۲	(۵۸/۳)۳۵	
	۴۶-۵۰	(۲۰)۴	(۲۵)۵	(۳۰)۵	(۲۳/۳)۱۴	
	۵۱-۵۵	(۱۰)۲	(۱۰)۲	(۱۰)۲	(۱۰)۶	

\* گروه رفتار درمانی دیالکتیک / \*\* گروه آموزش مبتنی بر فرآشناخت

شاخص های توصیفی میانگین، انحراف معیار نمرات نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های آن در گروه های آزمایش ۱، ۲ و کنترل در مراحل پیش از موزن، پس از موزن و پیگیری در جدول ۳ ارائه گردیده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های آن در مراحل ارزیابی بیماران دیابتی نوع ۲

متغیر وابسته	مراحل	پیش از موزن	پس از موزن	پیگیری
گروه	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
نیازهای بنیادین روانشناختی	* آزمایش ۱	۵/۲۸ ± ۵۱/۵۵	۹/۳۵ ± ۶۷/۸۰	۷/۷۹ ± ۷۰/۱۵
	** آزمایش ۲	۵/۱۹ ± ۵۲/۰۱	۳/۹۴ ± ۶۶/۸۵	۶/۱۷ ± ۶۶/۷۰
	کنترل	۸/۹۴ ± ۵۱/۲۰	۵/۳۲ ± ۵۱/۴۰	۸/۸۹ ± ۵۳/۷۰
خودمختاری	* آزمایش ۱	۳/۲۴ ± ۱۸/۸۰	۳/۸۳ ± ۲۴/۸۵	۳/۰۹ ± ۲۵/۲۰
	** آزمایش ۲	۲/۴۳ ± ۱۹/۱۰	۲/۵۵ ± ۲۴/۸۰	۲/۴۵ ± ۲۲/۸۵
	کنترل	۴/۵۱ ± ۱۸/۸۰	۲/۱۹ ± ۱۸/۹۵	۳/۰۵ ± ۱۸/۶۵
شایستگی	* آزمایش ۱	۱/۶۸ ± ۱۶/۹۰	۴/۰۵ ± ۲۱/۹۵	۲/۵۷ ± ۲۳/۲۵
	** آزمایش ۲	۲/۰۶ ± ۱۶/۶۵	۲/۲۶ ± ۲۱/۵۵	۲/۳۰ ± ۲۱/۵۵
	کنترل	۳/۸۴ ± ۱۶/۷۵	۳/۱۱ ± ۱۷/۰۱	۳/۳۳ ± ۱۷/۷۰
ارتباط	* آزمایش ۱	۲/۰۳ ± ۱۶/۳۱	۳/۸۲ ± ۲۱/۰۲	۲/۹۲ ± ۲۱/۸۵
	** آزمایش ۲	۱/۶۷ ± ۱۶/۴۵	۲/۶۶ ± ۲۱/۰۱	۲/۴۹ ± ۲۲/۱۵
	کنترل	۲/۸۰ ± ۱۵/۶۵	۳/۴۰ ± ۱۵/۷۰	۲/۸۹ ± ۱۸/۰۱

\* گروه رفتار درمانی دیالکتیک / \*\* گروه آموزش مبتنی بر فرآشناخت

تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (Repeated Measures ANOVA) استفاده شد. بررسی مفروضه های، نرمال بودن داده ها با آزمون شاپیرو ویلک، همگنی واریانس ها با آزمون لون، همگنی کوواریانس ها بر اساس آزمون کرویت موخلی و همگنی ماتریس های واریانس - کوواریانس با آزمون M-BOX در مورد متغیرها بررسی و تأیید شد ( $P > 0.05$ ). نتایج ارزیابی فرضیه های نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) در جدول ۴ ارائه گردیده است.

همانطور که جدول ۲ نشان می دهد، میانگین گروه آزمایش ۱ و ۲ از پیش آزمون تا پیگیری تغییر یافته است، این تغییر در متغیرهای نیازهای بنیادین روانشناختی، خودمختاری، شایستگی و ارتباط در گروه های آموزش ۱ و ۲ با افزایش میانگین روبرو است، که نشان از تأثیر مداخله رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر متغیرهای مطرح شده دارد، در حالی که در گروه کنترل تغییر چندانی رخ نداده است. برای تحلیل داده ها و بررسی فرضیه های بنیادین روانشناختی و مؤلفه های: خودمختاری، شایستگی و ارتباط از

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بر نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه های آن در بیماران مورد مطالعه

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	معناداری	اندازه اثر
نیازهای بنیادین روانشناختی	گروه	۴۳۸۵/۳۴	۲	۲۱۹۲/۶۷	۴۱/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	زمان	۵۰۷۰/۱۸	۲	۲۵۳۵/۰۹	۵۳/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۰۲۱/۵۶	۴	۵۰۵/۳۹	۱۰/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷
خودمختاری	گروه	۵۹۲/۳۰	۲	۲۹۶/۱۵	۲۹/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	زمان	۵۴۴/۹۳	۲	۲۷۲/۴۷	۲۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	اثر متقابل گروه و زمان	۳۰۹/۵۷	۴	۷۷/۳۹	۱۱/۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲
شایستگی	گروه	۴۱۷/۴۱	۲	۲۰۸/۷۱	۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	زمان	۵۷۰/۸۴	۲	۲۸۵/۴۲	۳۳/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	اثر متقابل گروه و زمان	۲۰۹/۰۹	۴	۵۲/۲۷	۶/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸
ارتباط	گروه	۴۴۷/۳۴	۲	۲۲۳/۶۷	۲۸/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹
	زمان	۶۴۴/۳۱	۲	۳۲۲/۱۶	۴۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲
	اثر متقابل گروه و زمان	۱۴۸/۶۶	۴	۳۷/۱۴	۴/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۴

به جهت ارزیابی تفاوت میانگین نمرات نیازهای بنیادین روان شناختی و خرده مقیاس های گروه های آزمایش ۱ و ۲ با گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری از آزمون تعقیبی توکی (Tukey) استفاده شد، تا با مقایسه میانگین ها بصورت دوتایی ضمن بررسی معناداری مشخص شود کدام گروه نسبت به گروه دیگر تفاوت میانگین بیشتری دارد تا بتوان بصورت شفاف تر مشخص کرد که تأثیر کدام روش درمانی بیشتر است (جدول ۵).

جدول ۴ نشان می دهد که، بین گروه های آزمایش رفتار درمانی دیالکتیک، آموزش مبتنی بر فرا شناخت و کنترل بر نیازهای بنیادین روانشناختی، خودمختاری، شایستگی و ارتباط تفاوت معنا داری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). همچنین اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح  $p < 0.001$  و اثر متقابل (گروه × زمان) در سطح  $p < 0.001$  معنی دار است. بیشترین اندازه اثر به ترتیب مربوط به نیازهای بنیادین روانشناختی (۰/۵۹)، خودمختاری (۰/۵۱)، ارتباط (۰/۴۹) و شایستگی (۰/۴۷) می باشد (جدول ۴).



جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی بر نیازهای بنیادین روانشناختی در پس آزمون و پیگیری

مراحل	متغیر	گروه (الف)	گروه (ب)	تفاوت میانگین ها (الف-ب)	خطای استاندارد	معناداری
پس آزمون	کنترل	فراشناخت	دیالکتیک	-۱۵/۴۵*	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		دیالکتیک	فراشناخت	-۱۶/۴۰*	۲/۰۹	۰/۰۰۱
	دیالکتیک	کنترل	فراشناخت	۱۵/۴۵*	۲/۰۹	۰/۰۰۱
		دیالکتیک	فراشناخت	-۰/۹۵	۲/۰۹	۰/۸۹۳
پیگیری	کنترل	فراشناخت	دیالکتیک	-۱۳/۰۰*	۲,۴۴	۰/۰۰۱
		دیالکتیک	فراشناخت	-۱۶/۴۵*	۲,۴۴	۰/۰۰۱
	فراشناخت	کنترل	دیالکتیک	۱۳/۴۵-	۲,۴۴	۰/۳۳۹
		دیالکتیک	فراشناخت	۱۶/۴۵*	۲,۴۴	۰/۰۰۱
درمان مبتنی بر فراشناخت (فراشناخت)؛ رفتار درمانی دیالکتیک (دیالکتیک)؛ * تفاوت معنادار بین گروهها $p < ۰/۰۰۱$						

نگرانی و نشخوار) و افزایش سلامت روان در بیماران دیابتی با آسیب‌پذیری افسردگی به کار برده شود [۲۷]. رفتار درمانی دیالکتیکی بر اساس الگوی دیالکتیک و نظریه زیستی-اجتماعی است [۱۰]. باید توجه داشت که اولاً، رفتار درمانی دیالکتیک 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 خویشتن منجر به تسهیل تغییرات در فرد می‌شود [۲۸]. همچنین درمان شامل اصول خود مشاهده‌گری از بالا است، این مهارت منجر به توجه به تمام ابعاد مثبت و منفی شرایط، اجتماعی، روانی، جسمی و هیجانی افراد می‌شود، در اصل توجه انتخابی تعدیل می‌گردد. رفتار درمانی دیالکتیک با بکارگیری تمرینات ذهن آگاهی به بیماران می‌آموزد که بدون قضاوت به مشاهده بیماری و حالات هیجانی خود پرداخته و علاوه بر سعی در پذیرش شرایط، سازوکار گذار از این وضعیت را نیز بکار گیرند [۲۴]. استفاده از این تمرینات در نهایت منجر به فاصله‌گیری از هیجانات منفی، کاهش منفعل بودن، افزایش استنباط شایستگی خود در مقابله با بیماری، افزایش انگیزش و اراد و افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی با تاثیر گذاری بر مؤلفه‌های شایستگی، خودپیروی و تعلق خاطر (ارتباط) با دیگران می‌گردد.

نتایج آزمون تعقیبی توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه کنترل نشان داد که، بیشترین تفاوت معنادار میانگین نمرات نیازهای بنیادین روانشناختی (جدول ۵) و خرده مقیاس‌های (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) آن مربوط به گروه رفتار درمانی دیالکتیک و پس از آن آموزش مبتنی بر فراشناخت است که البته بین دو گروه آزمایش ۱ و ۲ تفاوت معناداری وجود ندارد.

## بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد (شایستگی، خود پیروی و تعلق) آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گردید. اولین نتیجه این مطالعه نشان داد که، رفتار درمانی دیالکتیک منجر به افزایش نیازهای بنیادین روان شناختی با تاثیر گذاری بر ۳ خرده مقیاس شایستگی، خودپیروی و تعلق (ارتباط)، در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شد. این نتیجه با سایر مداخلات رفتاری نزدیک همسو بوده و مطالعه ای ناهمسو یافت نشد [۲۰، ۲۳-۲۶]. برای مثال نتایج مطالعه پناهی و همکاران در شهر مشهد نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که از مداخلات موج سوم رفتاری است، به تنهایی به عنوان یک مداخله مؤثر، می‌تواند در مراکز درمانی در جهت کاهش پردازش‌های خود ارجاعی منفی

یافته دیگر این مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر فرا شناخت منجر به بهبود نیازهای بنیادین روان شناختی با تاثیر گذاری بر ۳ خرده مقیاس شایستگی، خودپیروی و تعلق (ارتباط)، در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ گردید. این نتیجه با سایر مطالعات نزدیک همسو بوده و مطالعه ای ناهمسو یافت نشد [۷، ۲۹، ۳۰]. برای مثال بایگان همکاران با مطالعه ای بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ به این نتیجه رسیدند که آموزش مبتنی بر فراشناخت روش مناسبی در بهبود سلامت روانشناختی، افسردگی و خودباوری در بیماران دیابتی نوع ۲ دارد [۲۹]. در تبیین تاثیر آموزش مبتنی بر فراشناخت در ارتقاء نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن با توجه به دیدگاه نظری می توان گفت که، فراشناخت نقشی مهم در انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای و عدم تداوم راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد بازی می کند، در حقیقت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باعث شکل گیری و تداوم اختلالات روانشناختی می شود. باورهای منفی فراشناختی منجر به احساس کنترل ناپذیری، تنش عاطفی و اضطراب بیشتر می شود و فرد در مورد توانایی‌ها و شایستگی‌های خود تردید می کند [۱۱]، که مجموعه این عوامل تأثیر بسزایی در کاهش استنباط شایستگی از خود، کاهش عدم اتکا به خودمختاری، کاهش تعاملات اجتماعی و اجتناب از تعلق خاطر (ارتباط) با نزدیکان و دوستان و به تبع آن کاهش نیازهای بنیادین روانشناختی می گردد.

آموزش مبتنی بر فراشناخت به گونه ای موجب کاهش راهبردهای ناکارآمد از طریق اصلاح ذهنیت فرد بصورت عمیق می شود، و به ارتقا رضایت از خود، خودباوری و تسلط بر شرایط در تمام جوانب کمک می کند [۲۲]. آموزش فراشناخت، با قطع مکانیسم‌های تداوم بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه بیماران دیابتی نوع ۲ را از درگیر شدن مکرر افکار با رویدادهای ناخوشایند خلاص و به بیماران این توانایی را می دهد که توجه و تمرکز خود را از حلقه‌های معیوب شناختی، هیجانی و رفتاری نجات دهد تا بتواند بر شایستگی‌های خود واقف شود. همچنین باورهای منفی درباره خطرناک و کنترل ناپذیری افکار تکراری (برای مثال بیماری دیابت من غیر قابل کنترل است) را به عنوان یک عامل آسیب پذیری عمومی تلقی کند [۳۱]. آموزش فراشناخت در افراد باعث ایجاد پاسخ‌های مثبت به افکار خود و مدیریت ماشه چکانهای هیجانی منفی (راهبردهای معطوف بر پیشایندها) می شود و منجر به یادگیری نحوه رهایی سریع از مواجهه گره‌های استرس زا، با استفاده از فنون جدید ذهن آگاهی، نظیر برچسب گذاشتن و مورد ملاحظه

قرار دادن (یک راهبرد معطوف بر پاسخ) افکار و آگاهی بیشتری از مکانیسم این مهم می شود. زمانی که فرد می آموزد با افکارش به عنوان یک فکر مواجهه شود و پذیرای آنها باشد، آرامش می یابد و منجر به پاسخ‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مناسب تر در فرد می گردد [۱۱]، به گونه ای که، تمام جوانب مشکل اش را در نظر بگیرد و احساس کند که بر اوضاع مسلط است. استفاده از این نوع راهبردها معطوف بر پیشایند و مکانیسم اساسی برای تبیین آموزش فراشناخت در افزایش خود پیروی، احساس شایستگی و تعلق خاطر (ارتباط) و به تبع آن نیازهای بنیادین روانشناختی می تواند موثر باشد.

نتیجه دیگر مطالعه نشان داد که تفاوت معناداری در تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی با تاثیر گذاری بر ابعاد (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) آن وجود نداشت. در تبیین چرای عدم تفاوت معنادار بین رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت می توان این موضوع را مطرح کرد که این دو مداخله از درمان‌های موج سوم رفتاری هستند طبیعی به نظر می رسد که هر دو مداخله بتواند با تاثیر بر ۳ مؤلفه (خودمختاری، شایستگی و ارتباط) منجر به افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی در بیماران دیابتی نوع ۲ گردد. باید توجه داشت که تفاوت معناداری بین دو رویکرد مطرح شده وجود نداشت، اما رفتار درمانی دیالکتیک بصورت جزئی تاثیر بیشتری بر نیازهای بنیادین روانشناختی و مؤلفه‌های آن داشت، با توجه به شواهد نظری رفتار درمانی دیالکتیک با تمرکز بر تنظیم هیجان به دنبال اصلاح شناخت و مدیریت رفتار [۲۶]، و آموزش مبتنی بر فراشناخت به دنبال اصلاح عمیق شناختی، فراشناختی و به تبع آن مدیریت هیجان و رفتار است [۲۲]، که یکی از دلایل اصلی مقایسه این دو روش درمانی در این پژوهش بوده، که مشخص شود که ظرفیت بیماران دیابتی (بخاطر نوع بیماریشان)، در کدام بعد شناختی و یا هیجانی عملکرد بهتری دارند که پایه درمان در افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی قرار گیرد [۲۳].

مهم ترین محدودیت این مطالعه، نمونه کم، جامعه آماری محدود به شهرستان نی ریز، شیوع کووید ۱۹، عدم امکان کنترل و ارزیابی پارامترهای فیزیولوژی به ویژه قند خون در بیماران مورد مطالعه (به علت کمبود منابع مالی) بود، در نتیجه پیشنهاد می شود در پژوهش‌های آتی، علاوه بر

هر دو روش، با الویت رفتار درمانی دیالکتیک نسبت به آموزش مبتنی بر فراشناخت جهت بهبود نیازهای خودتعیین گری بیماران دیابتی ضروری است؛ این مهم از یک سو منجر به سلامت روانشناختی، جسمی آنان و از سوی دیگر پایبندی به درمان و مدیریت بیماری دیابت در آنان می گردد. به مسئولین مراکز درمانی و بیمارستانی توصیه می گردد با بکارگیری متخصصان بهداشت روان، روانشناسان، پرستاران دوره دیده تحت عنوان آموزش های ضمن خدمت این مهم را به سرانجام برسانند.

### سیاسگذاری

این پژوهش برگرفته از پایان نامه دوره دکتری روانشناسی نویسنده اول است. پژوهش گران این مطالعه بر خود لازم می دانند، از کلیه بیماران دیابتی مشارکت کننده در این پژوهش که ما را یاری دادند و امکان انجام مطالعه را فراهم کردند، تشکر کنند. همچنین از مدیریت دانشگاه علوم پزشکی شهرستان نی ریز و بیمارستان شهدای نی ریز در استان فارس، معاونت محترم پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج و استادان محترم که با حمایت های معنوی خود موجب تسهیل انجام مطالعه شدند، قدردانی می گردد.

### تضاد منافع

سهام تمامی نویسندگان در این مطالعه یکسان است و هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

بررسی نیازهای بنیادین روانشناختی، وزن، تراکم بدنی، قند خون ناشتا و دو ساعته آنها مورد ارزیابی قرار گیرد، تا مشخص شود که آیا بهبود نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن تاثیری بر پارامترهای مطرح شده داشته است؛ همچنین مطالعه با پیگیری بلندمدت تر به منظور بررسی و مقایسه تداوم این دو درمان در دراز مدت (۲ الی ۳ سال) و پژوهش های با هدف مقایسه تاثیر سایر رویکردهای روانشناختی مانند درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی انجام شود تا بتوان در تعمیم نتایج و تاثیر رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت با حساسیت و اطمینان بیشتری اظهار نظر کرد.

### نتیجه گیری

نتایج این پژوهش حاکی از نقش موثر رفتار درمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد (شایستگی، خودپیروی و ارتباط) در پس آزمون و تداوم آن تا مرحله پیگیری بود. اندازه اثر در هر مداخله در سطح مطلوب و بالای قرار داشت و البته اندکی در گروه رفتار درمانی دیالکتیک بیشتر بود. افزایش نیازهای بنیادین روانشناختی و ابعاد آن در بیماران دیابتی می تواند منجر به سلامت جسمی و روانی در آنان گردد. با توجه به ارتباط سلامت جسمی و روانی بیماران دیابتی نوع ۲ با نیازهای خودتعیین گری که متاثر از نیازهای بنیادین روانشناختی است، با توجه به نتایج پژوهش حاضر آموزش

### References

1. Motaghi M, Khorasani P, Karimian M. Evaluation and comparison of the effectiveness of empowerment program for nurses and health care providers in education and control of type 2 diabetes: a randomized controlled trial nested in an action research. *Journal of Nursing Education*. 2021; 10(4):30-9
2. İlhan N, Telli S, Temel B, Aştı 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. 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):50-6 <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.06.018>
4. 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. *EClinicalMedicine*. 2021; 40:101118 <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101118>
5. Zepeda-Goncen GD, Sánchez-Aragón R, Athié-Athié AdJ. Effects of loneliness, rumination, and stress on healthy behaviors of people with diabetes regarding their ability to receive support and self confidence. in: Sánchez-Aragón R, editor. *Diabetes and couples: protective and risk factors*. Cham: Springer International Publishing; 2021. p. 49-70. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-68498-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-030-68498-3_3)
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. Purewal R, Fisher PL. The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2018; 136:16-22 <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.11.029>
  8. Qian TY, Wang JJ, Zhang JJ, Hullah 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>
  9. 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>
  10. Marra T. *Dialectical behavior therapy in private practice: A practical and comprehensive guide*: New Harbinger Publications; 2005.
  11. Batmaz S, Altinoz AE, Sonkurt HO. Cognitive attentional syndrome and metacognitive beliefs as potential treatment targets for metacognitive therapy in bipolar disorder. *World Journal of Psychiatry*. 2021; 11(9):589 <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i9.589>
  12. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2018; 22(5):696-704 [https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM\\_579\\_17](https://doi.org/10.4103/ijem.IJEM_579_17)
  13. Sheikh S, Malihi Alzackerini S, Mohammadi Shirmahaleh F, Zam F, Baseri A. Investigating the effect of two methods of dialectic behavioral therapies and metacognitive therapy on the body mass index and emotional eating behavior in patients with type 2 diabetes. *International Journal of Health Studies*. 2021;7(2):36-42
  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
  15. 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
  16. Ryan TP. *Sample size determination and power*: John Wiley & Sons; 2013. <https://doi.org/10.1002/9781118439241>
  17. 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>
  18. Tabe Bordbar F, Esmaeili 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
  19. 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 - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*. 2019; 24(6):1099-1111 <https://doi.org/10.1007/s40519-017-0461-2>
  20. 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
  21. Kuhn D. Metacognition matters in many ways. *Educational Psychologist*. 2021:1-14 <https://doi.org/10.1080/00461520.2021.1988603>
  22. Cheriki R, Ramezani K, Movahedzadeh B. The Effectiveness of Education Based on Metacognition on Job Satisfaction and Anger Management of Nurses. *2 Journal of Nursing Education*. 2022; 11(2):32-43
  23. Badakhshan F, Kiamarsi A, Ghaffari A. The effectiveness of dialectical behavior therapy on affective control and sexual function in women with marital conflict. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(3):19-29
  24. Fler 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>

25. 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>
26. Pahlavan F, Ramezani K, Rasouli Y. The Effectiveness of dialectical behavior therapy on basic psychological needs and health hardiness in patients with type 2 diabetic. *Journal of Health Promotion Management*. 2022; 11(5):66-79
27. Panahi r, Shahhabizadeh f, Mahmoodirad A. Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based therapy with and without compassion on worry, self-critical and anger rumination nonclinical depressed diabetic patients: a clinical trail. 2 *Journal of Nursing Education*. 2021; 9(6):94-108
28. Cradock KA, Quinlan LR, Finucane FM, Gainforth HL, Ginis KAM, Sanders EB-N, et al. Design of a planner-based intervention to facilitate diet behaviour change in type 2 diabetes. *Sensors*. 2022; 22(7):2795 <https://doi.org/10.3390/s22072795>
29. Bayegan K, Sotodeh Asl N, Karami A, Asadzadeh Dahraei H. Comparison of the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation on depression in elderly with type 2 diabetes. *Avicenna Journal of Neuropsychophysiology*. 2020; 7(1):9-14 <https://doi.org/10.32592/ajnpp.2020.7.1.101>
30. Rajabi M, Malihi Al-Zackerini S, Asadi J, Mirzaei MR. The effectiveness of moritz-based metacognitive training on fasting blood sugar levels and difficulty of regulating emotion in patients with type 2 diabetes. *Sadra Medical Journal*. 2021; 9(3):311-24
31. Fisher PL. *Metacognitive therapy: American Psychological Association*; 2021. <https://doi.org/10.1037/0000218-021>