



بررسی اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT) بر خلق افسرده بیماران دیابتی نوع

دو شهر بیرجند

* الهه محمدی

* کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

Mohammadi.e69@yahoo.com

چکیده

اهداف: هدف پژوهش تعیین میزان اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش خلق افسرده بیماران دیابتی نوع دو بود.
روش: پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. حجم نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت تصادفی بوده است. تعداد ۵۰ نفر انتخاب و به دو گروه ۲۵ نفره تقسیم شدند. این افراد بین سنین ۳۰ تا ۵۲ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و فاقد مشکلات روان‌پزشکی شدید بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه کنترل عواطف ویلیامز و چامبلس (۱۹۹۷) استفاده شد که دارای ۴۲ ماده (سؤال) و ۴ زیرمقیاس است که یکی از این چهار خرده‌مقیاس خلق افسرده می‌باشد. پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۴۷ محاسبه شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و فراوانی) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیری) در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد. برای تجزیه تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و آمار استنباطی در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد از ۵۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، ۶۴ درصد زن و ۳۶ درصد مرد بوده‌اند، سن بیماران بین ۳۰ تا ۵۲ سال بوده و میانگین سنی کل بیماران ۴۲/۷۴ بوده است. بیماران با سابقه حداقل یک سال تا دوازده سال بوده‌اند و میانگین سابقه بیماری ۶/۵۸ سال بوده است. نتایج نشان داد آموزش DBT بر خلق افسرده بیماران (۰/۰۱۶) اثر معناداری داشته است.

نتیجه‌گیری: در حوزه درمان و زمینه کار با بیماران دیابتی و افرادی که از خلق افسرده بالا رنج می‌برند، رفتاردرمانی دیالکتیکی با توجه به ماهیت آن بسیار کارا و نویدبخش به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: رفتاردرمانی دیالکتیکی، دیابت، خلق افسرده



مقدمه

یکی از بیماری‌های شایع غدد درون‌ریز در جهان و کشور ما، بیماری دیابت است. این بیماری به‌عنوان یکی از مشکلات جدی برای بیمار و جامعه مطرح بوده و در زمره بیماری‌های مزمن و طول‌المدت محسوب می‌گردد. به همین منظور آگاهی از این بیماری برای کادر بهداشتی و بیماران به‌منظور پیشگیری از عوارض آن امری ضروری است (Pagano et al, 2016). دیابت طی دو دهه‌ی گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و در سال ۲۰۱۰ به میزان ۲۸۵ میلیون مورد در جهان رسیده است. تخمین زده می‌شود که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر افزایش یابد (Shirzaii et al, 2016). دیابت یک اختلال پیچیده متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود. هایپرگلیسمی در نتیجه اختلال در ترشح یا عملکرد انسولین یا هر دو این موارد به وجود می‌آید. دیابت مشکلی ناتوان‌کننده و مزمن است (Hudson et al, 2016). بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (Shaw et al, 2010). دیابت و به‌ویژه دیابت نوع ۲، از بیماری‌هایی است که شیوع نسبتاً بالایی در سراسر جهان دارد و مدیریت این بیماری از آن جهت که بر زندگی ۲۰۰ میلیون نفر اثر می‌گذارد، مهم است (Barnard et al, 2012). در مدیریت دیابت باید توجه داشت حتی زمانی که دارو، رژیم غذایی و ورزش که جزو راه‌های اصلی کنترل دیابت هستند رعایت شده باشند، بازهم تضمینی برای کنترل قند خون وجود ندارد، به این دلیل که هنوز استرس عاملی برای افزایش قند خون است (Lashkari and Doostan, 2016). لذا مدیریت مناسب دیابت زمانی رخ می‌دهد که مؤلفه‌های روان‌شناختی دیابت هم به دارودرمانی اضافه شوند. با گذشت زمان عوارض مختلف نوروپاتی مانند اختلالات حافظه و یادگیری، انواعی از درد، اضطراب، ترس، اختلال رفتار تولیدمثلی و افسردگی در بیماران دیابتی بروز می‌کند (Leonard, 2004). افسردگی نیز از جمله اختلالات روان‌پزشکی است که با علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پر خوابی و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود (ایزدی طامه و همکاران، ۱۳۹۳) که نوروترانسمیترهایی مانند سروتونین و نوراپینفرین و همچنین رویدادهای مختلف زندگی و استرس‌ورهای درونی مانند قندخون، کلسترول، تری‌گلیسرید و سایر فاکتورهای خونی و نیز بیماری‌های مزمن در ایجاد و عود آن نقش دارند (Daulalas and Rallidis, 2005). دیابت یک اپیدمی خاموش در تمام نقاط جهان از جمله کشور ایران است، زیرا باعث تحمیل هزینه‌های مستقیم به میزان ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی و هزینه غیرمستقیم تا چند برابر می‌شود و نیز باعث ۹ درصد کل مرگ‌ها در جهان است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۷). برای افراد مبتلا به دیابت پذیرش تغییر روش زندگی براساس بیماری بسیار مشکل است و از آنجاکه این بیماران معمولاً از عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری اطلاع دارند و بیماری دیابت یک منبع استرس برای بیماران مبتلا می‌باشد ایجاد اختلالات خلقی بخصوص افسردگی در این افراد زیاد است (Kasper et al, 2005). مطالعات فراوانی در جهت تأیید این موضوع انجام شده است. مطالعه کردین (۲۰۰۰) نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد افسردگی متوسط تا شدید دارند (Grandinetti et al, 2000). در مطالعه‌ی دیگری توسط آندرسون و همکاران در یک متاآنالیز روی ۴۲ مطالعه‌ی مقایسه‌ای، شیوع اختلال افسردگی عمده در افراد دیابتی دو برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی به دست آمد (Anderson et al, 2001). مطالعه‌ی ظهیرالدین و همکاران (۱۳۸۲) مشخص کرد که ۷۸ درصد بیماران دیابتی بر اساس تست بک، مبتلا به افسردگی بودند (ظهیرالدین و صدیقی، ۱۳۸۲). در مطالعه‌ای که در سمنان (۱۳۸۴) انجام شد، نیز شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۷۱/۶ درصد بود (بهنام و قربانی، ۱۳۸۴). در مطالعه‌ی نجاتی صفا و همکاران که در سال ۱۳۸۶ انجام شد، ۲۸ درصد از بیماران دیابتی از افسردگی رنج می‌بردند (نجاتی صفا و همکاران، ۱۳۸۶). به‌طور کلی مطالعات نشان داده است که افسردگی در افراد دیابتی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی است (Leonard, 2004). گستردگی مسئله دیابت باعث شده که شیوه‌های درمانی متعددی برای آن ارائه شده است. با این‌همه هرچند که پژوهش‌ها از اثربخشی درمان‌های موجود حمایت می‌کنند، این اثربخشی، نسبی بوده و هنوز هیچ درمانی وجود ندارد که بتوان آن را راه‌حلی قطعی برای مشکل دیابت دانست. این نتایج به نابسندگی بودن درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های مؤثرتر برای این اختلال اشاره دارند (قشقای و همکاران، ۱۳۹۳). رفتار درمانگری دیالکتیکی درمانی است که به‌ویژه برای افرادی طراحی شده است که رفتارهای خود آسیبی داشتند. رفتار درمانگری دیالکتیکی در حقیقت تغییر و اصلاح درمانگری رفتاری شناختی است. نتایج مطالعات نشان‌دهنده



اثربخشی این الگوی درمانی بر بیماران دارای افسردگی است (خانی و همکاران، ۱۳۹۴). رفتاردرمانی دیالکتیکی که توجه پژوهشگران و روان‌شناسان را در دهه اخیر به خود جلب کرده است، یک شیوه درمانی یکپارچه نگر است که به بیمار آموزش داده می‌شود تا تضادهای موجود در درون خود و محیط را بشناسد و از طریق ترکیب و تلفیق آن‌ها با یکدیگر به نتیجه‌ای کارآمد دست یابد (Swales and Heard, 2009). با توجه به مطالب فوق می‌توان دریافت از مشکلات اصلی و مؤثر بر بیماری دیابت خلق افسرده، افکار منفی و هیجانات لجام‌گسیخته می‌باشد و از طرفی رفتاردرمانی دیالکتیکی رویکردی شناختی رفتاری است که بر رفتار، افکار و عواطف تمرکز دارد لذا در این پژوهش اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خلق افسرده بیماران دیابتی نوع دو بررسی شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع نیمه آزمایشی بر اساس طرح پیش‌آزمون_ پس‌آزمون با گروه آزمایش و گواه بود. ابتدا مجوزها و هماهنگی‌های لازم بین دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و کلینیک دیابت شهر بیرجند صورت گرفت. سپس از بین ۲۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲، تعداد ۵۰ نفر به صورت تصادفی، انتخاب و به دو گروه ۲۵ نفر (آموزش و گواه) تقسیم شدند. این افراد بین سنین ۳۰ تا ۵۲ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و فاقد مشکلات روان‌پزشکی شدید انتخاب شدند.

برای بررسی خلق افسرده در این بیماران از پرسشنامه کنترل عواطف ویلیامز و چامبلس استفاده شد که دارای ۴۲ ماده (سؤال) و ۴ زیر مقیاس فرعی با عناوین خشم، خلق افسرده، اضطراب و عاطفه مثبت می‌باشد. این پرسشنامه به صورت خود سنجی بوده و پاسخ‌های عبارات در یک طیف ۷ درجه‌ای از؛ به شدت مخالف (نمره ۱) تا به شدت موافق (نمره ۷) تنظیم شده است. سؤالات مربوط به زیر خلق افسرده در این پرسشنامه ۳۷، ۲۹، ۲۷، ۲۵، ۱۹، ۱۳، ۴، ۳ می‌باشد. این پرسشنامه در سال ۱۹۹۷ توسط ویلیامز و چامبلس ساخته شده و در سال ۱۳۸۷ توسط جعفر انیسی به فارسی ترجمه شده است که پایایی و روایی آن نیز سنجیده و تأیید شده است. طهماسبیان و همکاران (۱۳۹۱) برای تعیین پایایی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۱) و باز آزمایی (۰/۷۳) استفاده کرده‌اند (طهماسبیان و همکاران، ۱۳۹۳).

محتوای جلسات آموزش گروهی رفتاردرمانی دیالکتیکی متناسب با بیماران دیابتی نوع دو؛

جلسه اول: توضیحات مقدماتی، مفهوم‌سازی مشکل، آماده‌سازی افراد نمونه تحقیق و اجرای پیش‌آزمون و آموزش مهارت‌های پرت کردن حواس و تهیه فهرست فعالیت‌های لذت بخش و گنجاندن آن در برنامه هفتگی.

جلسه دوم و سوم: آموزش ذهن آگاهی (آگاهی هیجانی و آگاهی خردمندانه)، آموزش به مراجعین در مورد این که چه مهارت‌هایی مشاهده و توصیف می‌شوند و چگونه مهارت‌ها مورد قضاوت قرار نمی‌گیرند، متمرکز می‌مانند، چطور کار می‌کنند.

جلسه چهارم: الف: بررسی افکار، احساسات و توضیح و شناساندن پاسخ‌های مقابله‌ای که درونی و یا بیرونی هستند؛ ب: با همکاری بیماران افکار و احساساتی که منجر به خود تخریبی یا رفتارهای تکانشی و وسوسه‌انگیز ناسازگار می‌شود، بررسی می‌شود؛ ج: تکالیف خانگی از مراجعین خواسته می‌شود که تمام افکار و احساساتی که منجر به ناسازگاری در آن‌ها می‌شوند را یادداشت کنند.

جلسه پنجم: آموزش تحمل پریشانی (مهارت‌های پایداری در بحران‌ها، منحرف کردن حواس، تسکین دادن به خود با استفاده از حواس شش‌گانه و تمرین ذهن آگاهی).

جلسه ششم: به مراجعین کمک می‌شود تا کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را تمرین کنند و بازخوردهایی را تهیه کنند تا به یک سطح منطقی از تسلط و کنترل بر خود برسند. مثلاً به مراجعین یاد داده می‌شود پاسخ‌های درونی، افکاری هستند که با تکانه‌ها ناسازگارند. برای مثال گفتن این جمله با خود که؛ این واقعاً مسخره است، من بجای خشمگین شدن لبخند خواهم زد (تمرین و بازخورد).

جلسه هفتم: کاهش آسیب‌پذیری بدنی پرخوری و کم‌خوری، مواد مخدر، الکل، ورزش، بیماری و درد بدنی، بهداشت خواب، تنش و فشار بدنی، شناسایی رفتارهای خود تخریبی، نظارت بر خود بدون قضاوت، کاهش آسیب‌پذیری شناختی و افزایش هیجان‌های مثبت.



جلسه هشتم و نهم: آموزش تنظیم هیجان (اهداف آموزش تنظیم هیجان، دانستن اینکه چرا هیجانها مهم هستند، تشخیص هیجان، کاهش آسیب پذیری و رنج هیجانی، افزایش هیجان مثبت، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد باعاطفه اخیر).

جلسه دهم و یازدهم: افزایش کارآمدی بین فردی (حفظ و تداوم سلامت روابط خویشاوندی، علاقه مندی و غیره). آموزش مهارت های فردی مهم (توصیف و بیان کردن، ابراز وجود و جرئت داشتن، اعتماد آشکار، مذاکره کردن و عزت نفس).

جلسه دوازدهم: جمع بندی، تمرین و مرور جلسات قبل و سپس اجرای پس آزمون.

بعد از اجرای جلسات آموزشی، پس آزمون بر روی کل نمونه انجام گردید و داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ مورد تحلیل قرار گرفت. به منظور بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خلق افسرده بیماران دیابتی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده گردید.

یافته ها:

یافته های توصیفی مطالعه حاضر نشان داد از ۵۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، ۳۲ بیمار (۶۴ درصد) زن و ۱۸ بیمار (۳۶ درصد) مرد بوده اند، سن بیماران بین ۳۰ تا ۵۲ سال بوده و میانگین سنی کل بیماران ۴۲/۷۴ بوده است. همچنین در این پژوهش بیماران با سابقه حداقل یک سال از تشخیص بیماری تا ۱۲ سال بوده اند که میانگین سابقه بیماری آن ها ۶/۵۸ سال محاسبه شده است.

جدول شماره یک: اطلاعات توصیفی جنسیت

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۹	۳۶
زن	۱۶	۶۴

جدول شماره دو: سابقه بیماری

سابقه بیماری	میانگین	حداقل	حداکثر
	۶/۵۸	۱	۱۲

جدول شماره سه: سن بیماران

سن	میانگین	حداقل	حداکثر
	۴۲/۷۴	۳۰	۵۲

میانگین و انحراف معیار نمرات خلق افسرده در جدول شماره چهار مشخص شده است. همان طور که ملاحظه می شود میانگین نمرات برای پیش آزمون در گروه آزمایش بیشتر از پس آزمون بوده است. از این رو می توان حدس زد آموزش تأثیر مثبتی بر روی خلق افسرده بیماران داشته است.

جدول شماره چهار: میانگین و انحراف معیار نمرات خلق افسرده

خلق افسرده	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

۰/۵۹	۳/۴	۰/۶۶۷	۴/۵۵	آموزش
۰/۵۹۵	۴/۴۲	۰/۵۴۸	۴/۲	گواه

پس از بررسی پیش فرض‌های موردنیاز و تأیید برقرار بودن آن‌ها (آزمون کلموگرف-اسمیرنوف جهت نرمال بودن داده‌ها، آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌ها و مقدار F تعادلی جهت همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس) مدل آنالیز کوواریانس تبیین شده که نتایج آن مطابق جدول شماره پنج ارائه شده است.

جدول شماره پنج: تحلیل کوواریانس اثربخشی مؤلفه‌های آموزش بر خلق افسرده

اثر	متغیر	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
مدل	خلق افسرده	۸/۴۶۵	۸/۸۴۶	۲	۰/۰۰۱	۰/۱۵۴

در نهایت به منظور تفسیر تفاوت‌ها، میانگین بعد همپراش تعدیل شده از آزمون مقایسه میانگین‌های دوبه‌دو استفاده شده است که در جدول شماره هفت مشخص شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری محاسبه شده برای خلق افسرده (۰/۰۱۶) بوده که مشخص می‌گردد تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آموزش و گواه برای خلق افسرده وجود داشته است.

جدول شماره شش: آزمون مقایسه گروه‌های مختلف

خلق افسرده	گروه‌ها	میانگین تفاوت	سطح معنی‌داری
	آموزش و گواه	۰/۳۳۸	۰/۰۱۶

بحث و نتیجه‌گیری

شیوه‌های سالم زندگی می‌تواند از ابتلا به دیابت نوع دو یا از پیشرفت آن جلوگیری کند (Medina et al, 2016). در زمینه شیوه‌های سالم زندگی نیز بر افکار و هیجانات تأکید زیادی می‌شود، لذا در این پژوهش با تکیه بر یکی از درمان‌های نسل سوم رفتاری (DBT) به این مهم پرداخته شد. در پژوهش حاضر تلاش جهت بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر خلق افسرده بیماران دیابتی نوع دو بود و نتایج نشان داد که آموزش DBT تأثیر بر خلق افسرده بیماران دیابتی در گروه آموزش نسبت به گروه گواه داشته است. این نتایج با یافته‌های خانی و همکاران (۱۳۹۴)، ایزدی طامه و همکاران (۱۳۹۳)، علیزاده و همکاران (۱۳۹۲) می‌گونی و همکاران (۱۳۸۹)، گودمن و همکاران (۲۰۱۶)، سولر و همکاران (2009)، ایورسون و همکاران (۲۰۰۹)، کروگر و همکاران (۲۰۰۶)، دیمف و لینهان (۲۰۰۷)، همخوانی دارد که همگی مؤید اثربخشی رفتاردرمان‌گری دیالکتیکی در کاهش رفتارهای خود آسیبی، تنظیم هیجان و بهبود بخشیدن به تعدادی از مسائل خلقی و هیجانی نظیر افسردگی، اضطراب، خشم در افراد مورد مطالعه است. یافته‌های فوق مبنی بر اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک در درمان افسردگی حمایت می‌کند. علاوه بر آن، این اثربخشی را در ارزیابی‌های پیگیر نیز حفظ می‌کنند و پژوهشی که تأثیر این درمان بر اختلالات خلقی را نفی کند، یافت نشد که ممکن است به علت آشنایی با نحوه تفکر و هیجانات سالم و دیدگاه مادرانه لینهان باشد که در سراسر درمان آمده است. تحمل پریشانی توانایی فرد برای مقاومت و تجربه حالات روان‌شناختی منفی می‌باشد. افرادی که تحمل پریشانی پایینی دارند، پریشانی را به‌عنوان یک ساختار غیرقابل تحمل توصیف می‌کنند و نمی‌توانند آن را مدیریت کنند. دیدگاه منفی نسبت به هیجانات دارند و وجود آن‌ها را نمی‌پذیرند. بنابراین، توانایی مقابله خود را با آن‌ها کم ارزیابی می‌کنند، از این رو، وقتی روش‌های



مقابله فرد با شکست روبه‌رو می‌شود، احساس می‌کند تنها راه، فرار از رنج غیرقابل تحمل است. این تلاش برای فرار، ارزیابی‌های نفرت‌آور از خود و دیدگاه روان‌شناختی توأم با ناامیدی فرد که حل مشکلات را بعید و دور از دسترس می‌داند، از عوامل مخرب و افزایش‌دهنده بیماری‌ها و یا مشکلات افراد می‌باشد (علیزاده و همکاران، ۱۳۹۲). عدم دسترسی به خانواده‌ها با شدت بیماری متفاوت در بیماران، محدودیت زمانی، پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش به آن دسته از بیمارانی قابل‌تعمیم است که درصدد درمان برمی‌آیند. به‌منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از طرح‌هایی با کنترل و جایگزینی تصادفی استفاده شود و زیرگروه‌های بیماران مدنظر قرار گیرد. اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود. همچنین دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود.



منابع فارسی

- احمدی، علی، حسن‌زاده، جعفر و رجایی فرد، عبدالرضا، بررسی عوامل مؤثر بر پرفشار خون در شهرستان کوهرنگ، مجله اپیدمیولوژی ایران، دوره ۴، شماره ۲، ۱۳۸۷، ۱۹-۲۵.
- ایزدی طامه، احمد، نادری فر، مهین، نادری فر، علیرضا و نیکبخت، رضا، افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت: یک مقاله مروری، فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، دوره ۲، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۳، ۸۴-۷۷.
- بهنام، بهناز و قربانی، راهب، خصوصیات اپیدمیولوژیکی افسردگی در بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین در شهر سمنان، پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)، سال ۲۹، شماره ۱، بهار ۱۳۸۴، ۴۹-۴۵.
- خانی، حسن، بلیر، سوسن، زمانی، سعید و زمانی، نرگس، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر افسردگی، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره ۲۵، شماره ۱۲۷، مرداد ۱۳۹۴، ۱۱۸-۱۱۳.
- طهماسبیان، حجت‌الله، خزایی، حبیب اله، عارفی، مختار، سعیدی پور، مهشید و حسینی، سید علی، هنجاریابی آزمون مقیاس کنترل عواطف، ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، دوره ۱۸، شماره ۶، ۱۳۹۳، ۳۵۴-۳۴۹.
- ظهیرالدین، علیرضا و صدیقی، گیتا، بررسی میزان علائم افسردگی درصد بیمار دیابتیک مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام حسین و لقمان، پژوهش در پزشکی، جلد ۲۷، شماره ۳، ۱۳۸۲، ۲۰۷-۲۰۳.
- علیزاده، عزیزه، علیزاده، عیسی، محمدی، ابوالفضل، اثربخشی آموزش فردی مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک بر افسردگی اساسی، روان پرستاری، دوره اول، شماره دوم، تابستان ۱۳۹۲، ۶۹-۶۲.
- قشقای، سحر، نظیری، قاسم و فرنام، رابرت، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو، مجله دیابت و متابولیسم ایران ۱۳۹۳؛ دوره ۱۳، شماره ۴، ۳۱۹-۳۳۰.
- میگونی، محمد، احدی، حسن، پاشا شریفی، حسن و جزایری، مجتبی، اثربخشی رفتاردرمانگری دیالکتیکی همراه با دارودرمانگری در مقایسه با دارودرمانگری در کاهش افکار خودکشی بیماران دچار افسردگی اساسی اقدام‌کننده به خودکشی، فصلنامه روانشناسی کاربردی، سال چهارم، شماره چهارم، زمستان ۱۳۸۹، ۴۱-۲۵.
- نجاتی صفا، علی‌اکبر، لاریجانی، باقر، شریعتی، بهنام و رضاقلی زاده، همایون، افسردگی، کیفیت زندگی و کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۷، شماره ۴، ۱۳۸۶، ۱۹۵-۱۹۲.

منابع لاتین

- Iverson, K, Shen, C, & Fruzzetti, A.E (2009). Dialectical behavior therapy for women victims of domestic abuse. *Professional psychology: research and practice*, 40(3): 242- 248.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*; 24(6):1069-78.
- Barnard K.D, Lloyd C.E & Holt R.I.G (2012). Psychological Burden of Diabetes and What It Means to People with Diabetes. *Psychology and Diabetes Care*; 1- 22.
- Daulalas AD, Rallidis M (2005). Association of depressive symptoms with coagulation factors in young healthy individuals. *Atherosclerosis*; (91)1: 53-59.
- Dimeff, L.A, & Linehan, M. (2007). Dialectical Behavior therapy for substance abusers. *Science and practice in Action-Dialectical Behavior therapy*. 4(2):39- 47.
- Goodman M, Banthin D, Blair NJ & et al (2016). A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy in High-Risk Suicidal Veterans. *J Clin Psychiatry*. 2016 Oct 25. doi: 10.4088/JCP.15m10235.



- Grandinetti A, Kaholokula JK, Crabbek M, Kenui C, Chen R, Changh K (2000). Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology*; 25(3): 239- 246.
- Hudson JL, Bundy C, Coventry P, Dickens C, Wood A, Reeves D (2016). What are the combined effects of negative emotions and illness cognitions on self-care in people with type 2 diabetes? A longitudinal structural equation model. *Psychol Health*. 2016 Mar 17:1-18.
- Kasper DL, Braunwald M, Fauci AS, Hauser A, et al (2005). *Harrisons principles of internal medicine*. 16th Ed. New York: McGraw – Hill.
- Krogger, c, Schweiger, U.S, Valerija, A, Ruediger, K, Rudolf, S, & Reinecker, H. (2006). Effectiveness of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and therapy*.44: 1211- 1217.
- Lashkari T & Doostan F (2016). The Effect of Clinical Nutrition Education on Blood Glucose and Serum Lipids Control: A Study on Type II Diabetic Patients Referred to Diabetes Center of Shahid Bahonar Hospital, Kerman, Iran. *Journal of Health & Development* Vol. 5, No. 1, Spring 2016.
- Leonard EE (2004). Effects of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes. *Diabetes care*; 27: 1751-753.
- Pagano E, De Rosa M, Rossi E, Cinconze E, Marchesini G, Miccoli R, Vaccaro O, Bonora E, Bruno G (2016). The relative burden of diabetes complications on healthcare costs: The population-based ARNO Diabetes Observatory, Italy. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2016 May 24. pii: S0939-4753(15)30309-4. doi: 10.1016/j.numecd.2016.05.002.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ (2010). Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*; 87:4–14.
- Shirzaii M, Heidari F & Moradi V (2016). Comparison of salivary cortisol level in patients with controlled type II diabetes and healthy subjects. *JQUMS*, Vol.20, No.2, 2016, pp. 34-40.
- Soler, J, Pascual, J, Tiana, T, Barrachina, J, Gich, I, & Alvarez, E. (2009). Dialectical behavior therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder. *Behaviour Research and therapy*. 47: 335- 358.