

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

خلاصه

مریم ظفرپور^{۱*}

مقدمه و هدف: بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت، به درجات مختلفی از اختلال در فعالیت‌های روزانه خود رنج می‌برند. در طی این فرآیند آنان دچار اختلال‌های خلقی و روانی می‌شوند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر اصفهان در فصل تابستان سال ۱۴۰۴ بود. در این پژوهش تعداد ۳۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند. بیماران حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی (EEQ) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (PWBQ) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با تحلیل واریانس آمیخته و آزمون تعقیبی بون‌فرونی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS²³ تجزیه و تحلیل شد.

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

Email:

M.zafarpour.1376@gmail.com

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی ($P < 0/0001$)؛ ($F = 49/62$; $\text{Eta} = 0/62$) و بهزیستی روان‌شناختی ($P < 0/0001$; $\text{Eta} = 0/55$; $F = 37/38$) بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنی‌داری دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج تحقیق می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با استفاده از شناختن هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، بازاریابی شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و مطالعه رفتارهای ناشی از هیجان می‌تواند درمانی موثر برای کاهش فرسودگی هیجانی و افزایش بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، فرسودگی هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی، دیابت

نوع دو

مقدمه

یکی از اتفاقات دردناک زندگی انسان، بروز بیماری‌های مزمن است. علیرغم پیشرفت درمان‌های پزشکی، بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از طول عمر بیشتری نسبت به گذشته برخوردارند، اما در عین حال، با مشکل‌های سازگاری و سلامت روانی روبه‌رو هستند (کاندیدو^۱ و همکاران، ۲۰۲۶). دیابت^۲ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی شیوع آن در همه کشورها به ویژه کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. این افزایش تا حد زیادی به دلیل افزایش جمعیت، تغییرات سریع اجتماعی مانند شهرنشینی، تغییر سبک زندگی و افزایش زمان بقای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، از طریق توسعه دانش پزشکی و کنترل بیماری است (لین^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). دیابت یک بیماری مزمن با علائم بالینی و پیشرفت مختلف است و شامل دیابت وابسته به انسولین^۴ (نوع ۱) و دیابت غیر وابسته به انسولین^۵ (نوع ۲) است (گریگوری^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). مزمن بودن علائم این بیماری بار مالی زیادی را بر فرد، خانواده، جامعه و کشور تحمیل می‌کند. سایر عوارض مانند رتینوپاتی^۷، نوروپاتی محیطی^۸، نفروپاتی^۹، انفارکتوس میوکارد^{۱۰}، مشکل‌های عروق محیطی، افسردگی و قطع عضو، باعث ناتوانی و مرگ و میر بالا در این افراد می‌شود و می‌تواند طول عمر بیماران را تا ۸ سال کوتاه نماید (لانگی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱).

بیماری دیابت مبتلایان را با چالش‌های روزانه متعدد مانند انسولین درمانی، رعایت محدودیت‌های غذایی، ورزش منظم و نظارت مکرر نشانگرهای بیوشیمیایی مواجه می‌سازد (سahین-

بودار^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱). این در حالی است که بیماری دیابت سلامت روان بیماران را نیز با آسیب جدی مواجه ساخته و در نهایت باعث اختلال‌های روانی و هیجانی مانند اضطراب^{۱۳}، استرس^{۱۴}، افسردگی^{۱۵} و بدکارکردی هیجانی^{۱۶} در آنان می‌شود (اشمیت^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۱). این روند با تداخل در نظم و پردازش هیجانی سبب شکل‌گیری فرسودگی هیجانی^{۱۸} برای این بیماران می‌شوند. فرسودگی هیجانی یک مفهوم روان‌شناختی است که به عنوان احساس خستگی عاطفی و تحلیل رفتن منابع هیجانی فرد تعریف می‌شود. این پدیده زمانی رخ می‌دهد که فرد در مواجهه با فشارهای روانی مداوم، احساس می‌کند ظرفیت عاطفی او برای پاسخگویی به نیازهای محیطی به پایان رسیده است. در این حالت، فرد دچار نوعی بی‌حسی عاطفی شده و قادر به برقراری ارتباط عمیق با دیگران یا سرمایه‌گذاری هیجانی در فعالیت‌های روزمره نیست. فرسودگی هیجانی معمولاً با نشانه‌هایی مانند بی‌حوصلگی، زودرنجی، احساس پوچی و کاهش انگیزه برای انجام وظایف همراه است (باربون^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۶). فرسودگی هیجانی به احساس کاهش منابع عاطفی و تخلیه انرژی روانی فرد اشاره دارد. این حالت زمانی رخ می‌دهد که افراد به دلیل فشارهای مزمن و مداوم، مانند چالش‌های چندگانه اقتصادی، تربیتی و اجتماعی، احساس می‌کنند از نظر عاطفی تهی شده و توانایی همدلی و درگیری عاطفی با دیگران را از دست داده‌اند (یو و لکا^{۲۰}، ۲۰۲۶). در واقع، فرسودگی هیجانی نقطه ثقل اختلالات مرتبط با استرس محسوب می‌شود که با کاهش انرژی، احساس درماندگی و ناامیدی همراه بوده و می‌تواند زمینه‌ساز مشکلات

1. Candido

2. Diabetes

3. Lin

4. Insulin-Dependent Diabetes Mellitus

5. Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus

6. Gregory

7. Retinopathy

8. peripheral neuropathy

9. nephropathy

10. myocardial infarction

11. Lunghi

12. Şahin-Bodur

13. Anxiety

14. stress

15. depression

16. emotional dysfunction

17. Schmitt

18. emotional exhaustion

19. Barbon

20. Yu, Leka

راهبردهای مقابله‌ای سالم با مسئله و جلوگیری از استرس می‌شود (لی^{۱۱}، ۲۰۲۲).

روش‌های درمانی و روان‌شناختی مختلفی برای بیماران مبتلا به دیابت بکار گرفته شده است. هرچند که برای گروه نوجوانان مبتلا به دیابت، بکارگیری مداخلات روان‌شناختی به میزان قابل توجهی مغفول مانده است. اما یکی از روش‌های درمانی که کارآیی آن بر بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی افراد مختلف مورد تایید قرار گرفته است، درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر^{۱۲} (بارلو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۱) است که هدف آن بر عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب‌ساز تدوین شده و برای افراد با اختلال‌های اضطرابی هیجانی و روان‌شناختی کاربرد دارد (بوسیو و راسمسن^{۱۴}، ۲۰۱۸). چنانکه نتایج پژوهش‌های مختلفی همچون پژوهش اکرمی و همکاران (۱۴۰۴)؛ عسکری و هاشمی (۱۴۰۳)؛ افشار و همکاران (۱۴۰۳)؛ کارگر و همکاران (۱۴۰۲)؛ غیور کاظمی و همکاران (۱۴۰۲)، اسپنسر - لایت^{۱۵} و همکاران (۲۰۲۶)، یوکوتانی^{۱۶} و همکاران (۲۰۲۵)، پان^{۱۷} و همکاران (۲۰۲۵)؛ پلاز^{۱۸} و همکاران (۲۰۲۴) و لائو^{۱۹} و همکاران (۲۰۲۳) نشان داده که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی افراد مختلف دارای کارآیی است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر یک رویکرد درمانی است که در فرایند خود از هیجان و تنظیم هیجان بهره می‌برد. بر این اساس تجربه هیجانی و پاسخ بهنجار به هیجان‌ها، پایه‌های اصلی در این رویکرد درمانی به شمار می‌رود (کاسترو-کاماچو^{۲۰} و همکاران، ۲۰۲۲). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آمیختن متغیرهای مشترک درمان شناختی - رفتاری برای اختلال‌های هیجانی و با استفاده از آخرین دستاوردها در حوزه هیجان

جدی‌تر در سلامت روان این قشر آسیب‌پذیر گردد (باربون و همکاران، ۲۰۲۶).

سطوح بالای فرسودگی هیجانی و روانی باعث می‌شود که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تمایل بیشتری به استفاده از شیوه‌های انعطاف‌ناپذیر داشته باشند (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰). بر این اساس بروز فرسودگی هیجانی و روانی در این بیماران سبب می‌شود تا آنان دچار تنش روانی شده و میزان بهزیستی روان‌شناختی^۱ آنان کاهش یابد (خاکپور و همکاران، ۱۴۰۰). بهزیستی روان‌شناختی به کیفیت تجربه شده زندگی اشاره می‌کند و منعکس کننده عملکرد و تجربه روان‌شناختی مطلوب افراد در محیط تحصیلی، اجتماعی و خانوادگی است (سالاری و همکاران، ۱۴۰۱). معنی لغوی بهزیستی یک حالت رضایت از شاد بودن، سلامتی و موفقیت است که به تجربه و عملکرد روان‌شناختی مطلوب اشاره می‌کند. هیون و تورقاتی^۲ (۲۰۱۹) بهزیستی را توانایی شرکت فعالانه در کار و تفریح، خلق روابط معنی‌دار با دیگران، گسترش حس خودمختاری و داشتن هدف در زندگی و تجربه کردن هیجانانگیز مثبت می‌داند. بهزیستی شامل ابعادی مانند پذیرش خود^۳، روابط مثبت با دیگران^۴، استقلال^۵، تسلط بر محیط^۶، هدفمندی در زندگی^۷ و رشد شخصی^۸ می‌شود (نسیر^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). بهزیستی نه تنها با رضایت روانی بیش‌تر همراه است، بلکه پیامدهای مهمی برای سلامت جسمانی دارد. مسیرهای علمی زیادی از بهزیستی به سمت سلامت جسمانی وجود دارد (سیلوا، بریتو و پیرا^{۱۰}، ۲۰۲۱). بهزیستی روان‌شناختی با سبب افزایش رفتار سالم، بهبود

¹¹. Lee

¹². Unified Trans-Diagnostic Treatment

¹³. Barlow

¹⁴. Boisseau, Rasmussen

¹⁵. Spencer-Laith

¹⁶. Yokotani

¹⁷. Pan

¹⁸. Peláez

¹⁹. Lau

²⁰. Castro-Camacho

¹. psychological well-being

². Huynh, Torquati

³. self acceptance

⁴. positive reactions with others

⁵. autonomy

⁶. environmental mastery

⁷. purpose in life

⁸. personal growth

⁹. Nasir

¹⁰. Silva, Brito, Pereira

شوند. لذا با توجه به لزوم استفاده از روش‌های مداخله‌ای و درمانی مناسب و به موقع و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود اختلال‌های روان‌شناختی جوامع مختلف آماری و در نهایت عدم انجام مطالعه مشابه، محقق بر آن شد تا به بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر همجوشی شناختی و رفتارهای خودمراقبتی دانش‌آموزان مبتلا به دیابت نوع ۱ پردازد. بنابراین مساله اصلی این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش کار

روش پژوهش حاضر کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر اصفهان در فصل تابستان سال ۱۴۰۴ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) استفاده شد. بدین صورت که از بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان، تعداد ۴۰ بیمار به شکل هدفمند انتخاب شد. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان، فرم‌های شرکت دوطلبانه در پژوهش در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو توزیع و پس از جمع‌آوری، بیماران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. سپس به این بیماران، پرسشنامه‌های فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی ارائه شد تا بدین وسیله از بیمارانی که نمرات بالاتر از نمره برش پرسشنامه فرسودگی هیجانی و پایین‌تر از نمره برش در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی را کسب می‌کنند، وارد پژوهش شوند. بدین صورت که بیمارانی که نمره بالاتر از ۲۷ در پرسشنامه فرسودگی هیجانی (نمره برش پرسشنامه) و نمره پایین‌تر از ۵۸ در پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان بیمارانی قلمداد شدند که شرایط ورود به پژوهش را دارا بودند. سپس از بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که حد نصاب

همانند پردازش هیجانی، مدیریت هیجانی و ابراز بهنجار هیجانی تلاش می‌کند تا فرایندهای اصلی زمینه ساز اختلال‌های هیجانی و روانی را مورد آماج و درمان بالینی قرار دهد (کاسیلو- راینس^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). با وجود آنکه درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ریشه در درمان شناختی- رفتاری دارد، ولی بر پردازش هیجانی و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌ورزد. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر است (پریس- باکرو^۲ و همکاران، ۲۰۲۳).

در زمینه ضرورت مطالعه حاضر باید به این نکته اشاره کرد که دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن مرتبط با سلامت جوامع بشری است که متأسفانه با وجود پیشرفت علم پزشکی، روز به روز در حال افزایش است. امروزه همه کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته در اپیدمی دیابت‌مشارکت دارند (کاندیدو و همکاران، ۲۰۲۶). بسیاری از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت، درجات مختلفی از اختلال در فعالیت‌های روزانه خود دارند. بنابراین لازم است به فرآیندهای مربوط به اختلال‌های عملکردی مانند عوامل روانی، عاطفی و شناختی توجه کافی شود. اما بر اساس نتایج تحقیق، افراد مبتلا به این فرآیند در طی این فرآیند دچار اختلال‌های خلقی و روانی می‌شوند (نواک و همکاران، ۲۰۲۰) و در نتیجه فرسودگی هیجانی در آنان افزایش و بهزیستی روان‌شناختی کاهش می‌یابد. این عمل نیاز به مداخله‌های روان‌شناختی موثر برای این گروه از بیماران را برجسته می‌کند. در خاتمه لازم به ذکر است که دیابت به دلیل ماهیت مزمن خود باعث بروز انواع اختلال‌های روان‌شناختی، عاطفی و شناختی در بیماران می‌شود که باید با استفاده از روش‌های مداخله روان‌شناختی موثر کاهش یابد. لازم به ذکر است که اختلال در فرآیندهای روان‌شناختی، عاطفی و شناختی بیماران دیابتی باعث آسیب به سیستم شناختی آنها می‌شود و در نتیجه می‌توان انتظار داشت این بیماران با مشکل‌های روان‌شناختی، اجتماعی و هیجانی بیشتری مواجه

¹. Cassiello-Robbins

². Peris-Baquero

پژوهش بود. لازم به ذکر است که دو ماه پس از اجرای مرحله پس آزمون، مرحله پیگیری نیز اجرا شد.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه فرسودگی هیجانی (EXQ): پرسشنامه فرسودگی هیجانی توسط مسلش و جکسون^۲ (۱۹۸۱) طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۹ سوال است که بر اساس طیف لیکرت ۶ درجه ای (هرگز = ۱ تا همیشه = ۶) پاسخ داده می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۹ تا ۵۴ است. کسب نمرات بالاتر از ۲۷ نشان دهنده فردی است که فرسودگی هیجانی را تجربه می کند. مالکی^۳ و همکاران (۲۰۰۶) ثبات درونی پرسشنامه فرسودگی هیجانی را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۸ گزارش نمودند. در ایران گلپور و همکاران (۱۳۸۷) روایی سازه پرسشنامه فرسودگی هیجانی را ۰/۸۸ و پایایی آن را نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه بهزیستی روان شناختی (PWBQ): پرسشنامه بهزیستی روان شناختی توسط ریف^۵ (۱۹۸۶)؛ به نقل از بیانی و همکاران، (۱۳۸۷) با ۱۸ پرسش تنظیم شد. پرسشنامه بهزیستی روان شناختی یک آزمون خود گزارشی و پاسخ بسته است که هر یک از سؤالات آن دارای یک مقیاس ۶ درجه ای (۱ کاملاً مخالف، ۲ تا حدودی مخالف، ۳ مخالف، ۴ موافق، ۵ تا حدودی موافق و ۶ کاملاً موافق) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۸ تا ۱۰۸ است که در این پرسشنامه نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بهتر است. کسب نمرات پایین تر از ۵۸ نشان دهنده فردی است که بهزیستی روان شناختی پایین را تجربه می کند. نتایج همبستگی پرسشنامه بهزیستی

نمرات برش پرسشنامه های ذکر شده را دارا بودند، تعداد ۴۰ بیمار انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ بیمار در گروه گواه). جهت مشخص کردن تعداد حجم نمونه از نرم افزار G*Power استفاده شد که تعداد نمونه حاضر در هر گروه ۲۰ نفر تعیین شد. میزان خطا نیز ۰/۰۵ و سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شده است. اندازه اثر نیز ۰/۹۹ به دست آمد. برای همسازی گروه ها، ابتدا پرسشنامه های اطلاعات جمعیت شناختی توسط داوطلبان شرکت در پژوهش تکمیل شد و بر اساس متغیرهای سن، سطح تحصیلات، مدت زمان سپری شده از بیماری و وضعیت اقتصادی- اجتماعی، افراد مشابه در گروه های مختلف قرار گرفتند. به این صورت که پس از شناسایی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو واجد شرایط، آن ها بر اساس نمرات مشابه در متغیرهای یاد شده همتا شدند. این فرایند همتاسازی به منظور کنترل متغیرهای مزاحم و افزایش اعتبار داخلی پژوهش انجام شد تا اطمینان حاصل گردد تفاوت های احتمالی در مراحل بعد، ناشی از متغیر مستقل باشد و نه تفاوت های فردی شرکت کنندگان. در گام بعد بیماران حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر را دریافت نمودند، در حالیکه بیماران حاضر در گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی بهره بودند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ بیمار در گروه آزمایش و ۴ بیمار در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در پژوهش باقی ماندند (۱۶ بیمار در گروه آزمایش و ۱۶ بیمار در گروه گواه). ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل ۵ سال سابقه بیماری دیابت کنترل شده، داشتن حداقل تحصیلات مقطع راهنمایی، عدم ابتلا به اختلالات روان شناختی و شخصیت (بر توجه به مصاحبه بالینی کوتاه) و تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه بود. همچنین ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش بینی نشده و انصراف از ادامه حضور در

1. Emotional Exhaustion Questionnaire

2. Maslach, Jackson

3. Mulki

4. Psychological Well-Being Questionnaire

5. Ryff, R

همکاران (۲۰۱۳) است. این در حالی بود که این پروتکل در ایران نیز توسط سالاری و همکاران (۱۴۰۱) مورد استفاده و روایی محتوایی آن تایید شده است. لازم به ذکر است که فرم شرکت رضایت آگاهانه جهت حضور در پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش (هم بیماران حاضر در گروه آزمایش و هم بیماران حاضر در گروه گواه) ارائه شده تا آنان با رضایت کامل و آگاهانه در پژوهش حضور یابند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ بیمار در گروه آزمایش و ۴ بیمار در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در پژوهش باقی ماندند (۱۶ بیمار در گروه آزمایش و ۱۶ بیمار در گروه گواه).

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر

(بارلو و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از سالاری و همکاران، ۱۴۰۱)

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف
اول	افزایش انگیزه بیماران	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی.	-
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجانات و رفتارهای برخاسته از آنها.	تمرین هیجانات اولیه و آموزش هیجانی
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به هیجانات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی و استفاده از استعاره‌های مناسب	انجام تمرین‌های ذهن-آگاهی در منزل
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های هستند.	یادداشت پننج رفتاری که متاثر از تاثیر متقابل افکار و هیجان‌ها هستند.

روان‌شناختی با مقیاس رضایت از زندگی^۱، پرسشنامه شادکامی آکسفورد^۲ و پرسشنامه عزت‌نفس روزنبرگ^۳ حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جامعه ایرانی است (بیانی و همکاران، ۱۳۸۷). دایرندانک^۴ (۲۰۰۵) در تحقیق خود از نسخه‌ای از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی استفاده کرد که آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد و روایی محتوایی^۵ و سازه^۶ پرسشنامه فوق را تایید کرد. میکائیلی‌منیع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است. بیانی و همکاران (۱۳۸۷) همچنین ضریب پایایی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان انجام شد. سپس با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهر اصفهان، افراد مبتلا به دیابت نوع دو جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. این افراد دارای پرونده پزشکی بودند. بر این اساس شناسایی آنان بر اساس پرونده پزشکی آنان انجام شد. سپس با رضایت کتبی از بیماران و گمارش تصادفی آنها در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه)، در نهایت، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را در طول ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت ده هفته دریافت نمودند، در حالی که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حاضر در گروه گواه مداخله درمانی پژوهش حاضر را دریافت نکردند. جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگرفته از پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بارلو و

1. Life satisfaction index

2. Oxford Happiness Questionnaire

3. Rosenberg self-esteem questionnaire

4. Dierendonck

5. content validity

6. construct validity

پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تأثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی. یادداشت آن در طول هفته	مشخص کردن ده مورد از هیجان‌ات ناسازگارانه که در رفتار مثبت در تعامل با دیگران. یادداشت ده مورد از هیجان‌ات ناسازگارانه که در رفتار بر رفتار آنان تأثیر گذاشته است.	به اشتراک گذاشتن در جلسه بعد.	هیجانی، آرمیگی و عمل معکوس. به اشتراک گذاشتن در جلسه بعد.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با دیگران و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجان‌ات و رفتارهای مثبت در تعامل با دیگران. طول هفته	بر رفتار	دوم	پیشگیری از مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علائم.	تمرین احساس‌های جسمانی با استفاده از تمرین‌های ذهن-آگاهانه	مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.	
هشتم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.	تمرین پذیرش روانی و احساسی و یادداشت تأثیرات آن بر رفتار بیمار.		
نهم	آموزش راهبرد بازداری و ابرازگری هیجانی	آموزش جهت شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجهه، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تقویت تقویت کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه	انجام ۷ مورد ابرازگری هیجانی و یادداشت آنها جهت		

در پژوهش حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی بهره شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کروی داده‌های تحقیق از آنالیز موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بون‌فرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بودند که در گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران در گروه آزمایش $5/63 \pm 35/36$ و در گروه گواه $5/48 \pm 37/47$ سال بود. نتایج تحلیل واریانس بیانگر آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین از بیماران حاضر در پژوهش تعداد ۲۰ نفر (معادل ۶۲/۵۰ درصد) مرد و ۱۲ نفر (معادل ۳۷/۵۰ درصد) زن بودند. نتایج تحلیل خی دو بیانگر آن بود که بین فراوانی جنسیت گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز

1. Shapiro-Wilk test
2. Levine test
3. Mauchly's Test
4. Mixed variance analysis
5. Bonferroni follow-up test

به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. میانگین و انحراف معیار فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه آزمایش و گواه

گروه‌ها	مرحله پیش‌آزمون		مرحله پس‌آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
فرسودگی هیجانی	۲۹/۳۷	۴/۶۳	۲۱/۶۲	۴/۳۷	۲۲/۹۳	۴/۵۰
	۲۹/۶۲	۵/۵۲	۲۹/۸۷	۵/۸۴	۳۰	۵/۷۳
بهزیستی روان‌شناختی	۵۶/۷۵	۸/۲۶	۶۷/۸۲	۷/۱۸	۶۶/۴۳	۸/۸۷
	۵۷/۳۷	۷/۹۹	۵۶/۷۵	۸/۱۴	۵۶/۸۷	۷/۳۳

فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان فرسودگی هیجانی بیمارانی که در گروه آزمایش حضور داشته و درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر را دریافت نموده‌اند، نسبت به گروه گواه کاهش و میزان بهزیستی روان‌شناختی آنان افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
فرسودگی هیجانی	۲۵۳/۵۲	۲	۱۲۶/۷۶	۴۲/۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
	۶۴۵/۸۴	۱	۶۴۵/۸۴	۳۳/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	۲۹۸/۱۸	۲	۱۴۹/۰۹	۴۹/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	۱
خطا	۱۸۰/۲۹	۶۰	۳				
بهزیستی روان‌شناختی	۵۱۹/۷۷	۲	۲۵۹/۸۸	۳۰/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۱
	۱۰۶۶/۶۶	۱	۱۰۶۶/۶۶	۲۷/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۱
	۶۴۷/۰۲	۲	۳۲۳/۵۱	۳۷/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۵	۱
خطا	۵۱۹/۲۰	۶۰	۸/۶۵				

پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته و به ترتیب ۵۸ و ۵۰ از تفاوت در واریانس‌های نمرات

نتایج حاصل از تحلیل واریانس آمیخته که در جدول شماره ۳ ارائه شده است، بیانگر آن بود که بر اساس ضرایب F به دست آمده، عامل مداخله‌گر زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون-)

رابطه با خود، نیاز به صرف انرژی روانی برای پاسخگویی به انتقادات درونی را کاهش داده و منابع عاطفی را برای مواجهه با چالش‌های بیرونی آزاد می‌سازد. افزایش خودشفقتی همچنین با تقویت احساس ارزشمندی، تاب‌آوری روانی را در برابر فشارهای زندگی افزایش می‌دهد. همچنین باید گفت از منظر نورویولوژیک، درمان فراتشخیصی با تعدیل محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال و کاهش ترشح مزمن کورتیزول، به بازسازی منابع فیزیولوژیک تحلیل رفته در فرسودگی هیجانی کمک می‌کند (پان و همکاران، ۲۰۲۵).

فرسودگی هیجانی با اختلال در سیستم پاسخ‌دهی به استرس همراه است؛ به گونه‌ای که فرد یا به محرک‌های جزئی با طوفان هورمون‌های استرس پاسخ می‌دهد یا به دلیل تحلیل غدد فوق کلیوی، پاسخ‌های ضعیف و ناکافی نشان می‌دهد. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان و آرام‌سازی، ضمن کاهش فعال‌سازی مکرر محور استرس، به بازگرداندن ریتم طبیعی ترشح کورتیزول و عملکرد متعادل سیستم عصبی خودمختار کمک می‌کند. این تغییرات فیزیولوژیک برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که در معرض استرس مزمن قرار دارند، به معنای بازسازی منابع زیستی تحلیل رفته و کاهش حس خستگی مزمن و فرسودگی هیجانی است.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با نتایج پژوهش پیشین همسو بود. بر همین اساس افشار و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری افراد افسرده موثر است. همچنین عسکری و هاشمی (۱۴۰۳) اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر را مورد تایید قرار داده‌اند. در پژوهش‌های خارجی نیز پلاز و همکاران (۲۰۲۴) نشان داده‌اند که پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات هیجانی و شناختی در بیماران با ریسک بالا برای روان‌پریشی موثر است. همچنین لائو و همکاران (۲۰۲۳) در پژوهش خود اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش مشکلات هیجانی،

خارجی نیز یوکوتانی و همکاران (۲۰۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر عواطف منفی و سرمایه روانی و هیجانی دانشجویان اثر دارد. در نهایت پان و همکاران (۲۰۲۵) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند منجر بهبود عملکرد فردی، هیجانی و اجتماعی نوجوانان شود.

در تبیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باید گفت، درمان فراتشخیصی از طریق بهبود تنظیم هیجانی و کاهش هزینه‌های روانی - فیزیولوژیک ناشی از سرکوب هیجان‌ها، به کاهش فرسودگی هیجانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو منجر می‌شود. فرسودگی هیجانی وضعیتی از تحلیل رفتن منابع عاطفی است که در نتیجه مواجهه مزمن با فشارهای روانی و عدم امکان بازسازی این منابع ایجاد می‌شود (یو و لکا، ۲۰۲۶). بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به دلیل آسیب‌های روانی و هیجانی، به طور مداوم با انباشتی از هیجان‌ها منفی مواجه هستند و در صورت عدم برخورداری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، این هیجان‌ها به تدریج منابع عاطفی آنان را تخلیه می‌کند. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارانه مانند ارزیابی مجدد شناختی و پذیرش هیجان‌ها (غیور کاظمی و همکاران، ۱۴۰۲)، به این بیماران می‌آموزد که چگونه بدون صرف انرژی زیاد، هیجان‌ها خود را مدیریت کنند و از سرکوب و اجتناب هیجانی که خود انرژی‌بر است، بکاهند. کاهش این هزینه‌های پنهان هیجانی، به تدریج سطح فرسودگی هیجانی را پایین آورده و احساس سرزندگی عاطفی را به آنان بازمی‌گرداند. در تبیینی دیگر باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با افزایش خودشفقتی و کاهش خودانتقادی‌گری، مکانیسم دیگری برای کاهش فرسودگی هیجانی فراهم می‌آورد. همچنین باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش مؤلفه‌های خودشفقتی شامل مهربانی با خود، به رسمیت شناختن مشترکات انسانی و ذهن‌آگاهی، به بیماران کمک می‌کند تا با خود به شیوه‌ای مهربانانه‌تر و کمتر قضاوت‌گرانه برخورد کنند (کاظمی پور و همکاران، ۱۴۰۰). این تغییر در

می‌آموزد که تجارب هیجانی را چیزی انزجاری ندانسته و نیازی به کاهش دادن آن نمی‌بیند، بلکه آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌داند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تاکید دارد. بنابراین، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بجای واکنش هیجانی مخرب، آن را پذیرفته و از چالش بی‌نتیجه با نشانه‌های آن دست برمی‌دارند. چنین روندی سبب می‌شود تا آنان آرامش درونی و روانی بالاتری را کسب نموده و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی آنان نیز افزایش یابد. در تبیینی دیگر باید اشاره کرد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با شناساندن هیجان‌ها به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، ردیابی سطح خلق و فعالیت‌آشنایی با ایجاد تغییرات رفتاری کوچک و ارزیابی آن، آموزش تله‌های فکری رایج، تهیه فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و دیگر مراحل و گام‌های ارائه شده در پژوهش؛ سبب می‌شود تا بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بتوانند در تله‌های افکار منفی که منجر به بروز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی می‌شوند، نیفتاده و با مهارت کسب شده در جریان درمان حاضر بتوانند پریشانی روانی کمتری را تجربه و در مقابل، بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را به دست آورند. در تبیینی تکمیلی می‌توان گفت که مدل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، به عنوان زیرمجموعه‌ای از درمان‌های شناختی - رفتاری، در تعدیل راهبردهای هیجانی و شناختی ناکارآمد موثر است. در رابطه با اولین راهبرد هیجانی یعنی ارزیابی مجدد شناختی، نتایج پژوهش حاضر آشکار ساخت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر این راهبرد تاثیر مثبت داشته است (لائو و همکاران، ۲۰۲۳). درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر لبریز از تکنیک‌هایی است که هیجان‌های منفی افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد. بنابراین می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با بهره‌گیری از تکنیک‌های خودتنظیمی هیجانی سبب می‌

آشفته‌گی روان‌شناختی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را مورد تایید قرار دادند. در نهایت کاسترو- کاماچو و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌گروهی بر کاهش اضطراب و بهبود تاب‌آوری روانی دانشجویان موثر است. در تبیین اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر از طریق ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی به عنوان هسته مرکزی سلامت روان، به بهبود وضعیت کلی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو منجر می‌شود. انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توانایی حضور کامل در لحظه حال و تغییر یا تداوم رفتار در جهت اهداف و ارزش‌های شخصی است که نقطه مقابل آن آشفته‌گی روان‌شناختی و گرفتار شدن در الگوهای تکراری و ناکارآمد رفتار و تفکر می‌باشد. بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به دلیل فشارهای چندگانه، اغلب به الگوهای رفتاری و شناختی خشک و انعطاف‌ناپذیری دچار می‌شوند که آنان را در چرخه معیوب پریشانی گرفتار می‌سازد. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آموزش مؤلفه‌های کلیدی انعطاف‌پذیری شامل گسلش شناختی (کازمی و همکاران، ۱۴۰۱)، به این بیماران کمک می‌کند تا در مواجهه با موانع زندگی، پاسخ‌های متنوع و سازگارانه‌تری از خود نشان دهند. این افزایش انعطاف‌پذیری، زمینه‌ساز بهبود همه‌جانبه سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد. در تبیینی دیگر بیان نمود که مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. در رویکرد درمان فراتشخیصی، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آن‌ها در تجربه هیجانی نقش دارند و در آن تاثیر می‌گذارند (کاسترو- کاماچو و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، جلسات درمانی به بیماران

هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اجرا گردد. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان مراکز درمانی شهر اصفهان با به کارگیری روان‌شناسان و مشاوران مجرب، خدمات روان‌شناختی موثری همچون درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارائه دهند. این روند با بهبود وضعیت روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران، می‌تواند روند پیگیری درمانی و بهبود بیماران را نیز تسریع نماید. در پیشنهاد کاربردی دیگر، می‌توان گفت دوره‌های آموزشی گروهی برای افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌بایست توسط مسئولان مراکز درمانی و آموزشی مدنظر قرار گیرد. چرا که بروز بیماری دیابت به دلیل درگیری زمانی و ویژگی آزاردهنده روند درمان بیماری، آسیب‌های روان‌شناختی را ایجاد نموده و قدرت روانی و هیجانی بیماران را کاهش می‌دهد.

شود که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با تنظیم هیجان‌ات خود (به خصوص هیجان‌ات منفی) بهزیستی روان‌شناختی بیشتری را تجربه نمایند. پژوهش حاضر همانند دیگر پژوهش‌های علمی با محدودیت‌های مواجه بود. دامنه بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر اصفهان، عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی (به دلیل شرایط خاص جامعه آماری) و عدم کنترل مولفه‌های شخصیتی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر فرسودگی هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (به دلیل عدم انجام مطالعه کیفی در جهت شناسایی این اثرها) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در دیگر شهرها و مناطق، سایر بیماری‌های مزمن پزشکی همانند بیماران مبتلا به بیماری‌های روان‌تنی و تفکیک اثر مولفه‌های شخصیتی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر فرسودگی

منابع

- افشار، س.، اصغری پور زحمتی، ن.، و علی دوستی، ف. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجانی و نشخوار فکری در افراد افسرده: کارآزمایی بالینی تصادفی شده. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۳۰(۱)، ۱۶-۱.
- اکرمی، ن.، بیک‌لو، ف.، عاطفی‌نیا، م.م.، و عجم زبید، م. (۱۴۰۴). اثربخشی پروتکل فراتشخیصی بر نظم جویی هیجان بین فردی و مشکلات بین فردی نوجوانان مبتلا به همودی اضطراب و افسردگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۵۱)، ۱۱۷-۱۳۱.
- بیانی، ع.ا.، محمدکوچکی، ع.، و بیانی، ع. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- حسینی، س.س.، احدی، م.، حاتمی، م.، و خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و تعهد و پذیرش بر تاب‌آوری، بهزیستی روان‌شناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان پرستاری*، ۹(۱)، ۸۹-۱۰۲.
- خاکپور، ح.، خزاعی، م.، خزاعی، م.، و عربشاهی مقدم، ع. (۱۴۰۰). تاثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر هوش معنوی و بهزیستی روان‌شناختی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. *اخلاق زیستی*، ۱۱(۳۶)، ۱-۱۰.
- سالاری، س.، روشن، ر.، پورشریفی، ح.، فراهانی، ح.، و حسینی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی پروتکل یکپارچه‌نگر مبتنی بر خودمراقبتی تحت وب بر بهزیستی روانی، کیفیت زندگی و قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۱۴(۳)، ۵۹-۶۹.

عسکری، ز.، و هاشمی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر تنظیم هیجان، تحریک‌پذیری، تاب‌آوری و نگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر (مطالعه موردی). فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، ۲۲(۱)، ۱۹۷-۲۱۲.

غیور کاظمی، ف.، شهابی زاده، ف.، صف آرا، م.، و شهید ثالث، س. (۱۴۰۱). اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر توجه آگاهی و مداخله فراتشخیصی بر خودکارآمدی و تاب‌آوری سرطان در زنان با سرطان پستان. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، ۱۴(۳)، ۲۴-۳۳.

کارگر، ک.، وزیری، ش.، لطفی کاشانی، ف.، نصری، م.، و شهابی زاده، ف. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر استرس ناباروری و همجوشی شناختی زنان نابارور. مجله علوم پزشکی مشهد، ۶۶(۳)، ۲۱۴-۲۲۶.

گلپور، م.، نیری، ش.، و مهداد، ع. (۱۳۸۷). رابطه استرس، فرسودگی هیجانی و رفتارهای انحرافی سازمانی در شرکت سهامی ذوب آهن: شواهدی برای مدل استرس - فرسودگی (عدم تعادل) - جبران. یافته‌های نو در روانشناسی، ۲(۸)، ۱۹-۳۴.

میکائیلی منبع، ف. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان شناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه، مجله طب داخلی روز، ۱۶(۴)، ۶۵-۷۲.

- Barbon, F., Balducci, C., Zaniboni, S. (2026). **Conflicts and relationship tension with colleagues vs. violence from patients and their family members: Unique predictive impact and interactive relationship on emotional exhaustion and turnover intention.** *Nursing Outlook*, 74(1), 1026-1029.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. New York: Oxford University Press.
- Boisseau, C.L., Rasmussen, S.A. (2018). Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 65, 157-163.
- Candido, R., Nicolucci, A., Larosa, M., Rossi, M.C., Napoli, R. (2026). Treatment intensification following glucagon-like peptide-1 receptor agonist in type 2 diabetes: Comparative effectiveness analyses between free vs. fixed combination of GLP-1 RA and basal insulin. RESTORE-G real-world study. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 34(8), 1846-1853.
- Cassiello-Robbins, C., Rosenthal, M.Z., Ammirati, R.J. (2021). Delivering Transdiagnostic Treatment Over Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Application of the Unified Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 555-572.
- Castro-Camacho, L., Díaz, M.M., Barbosa, S. (2022). Effect of a group prevention program based on the unified protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 52, 628-633.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff Scale of psychological well-being its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629-643.
- Gregory, G.A., Robinson, T.I.G., Linklater, S.E., Wang, F., Colagiuri, P.S., Beaufort, P.C., Donaghue, P.K. (2022). **Global incidence, prevalence, and mortality of type 1 diabetes in 2021 with projection to 2040: a modelling study.** *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 10(10), 741-760.
- Huynh, T., Torquati, J.C. (2019). Examining connection to nature and mindfulness at promoting psychological well-being. *Journal of Environmental Psychology*, 66, 1013-1016.
- Lau, W., Chisholm, K., Gallagher, M.W., Felmingham, K., Murray, K., Pearce, A., Doyle, N., Alexander, S., O'Brien, H., Putica, A., Khatri, J., Bockelmann, P., Hosseiny, F., Librado, A., Notarianni, M., O'Donnell, M.L. (2023). Comparing the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: Design of a non-inferiority randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33, 1011-1015.
- Lee, N. (2022). Third place and psychological well-being: The psychological benefits of eating and drinking places for university students in Southern California, USA. *Cities*, 131, 1040-1045.
- Lin, Y.K., Hepworth, E., Zoysa, N., McCurley, J., Vajravelu, M.E., Ye, W., Piatt, J.A., Amiel, S.A., Fisher, S.J., Pop-Busui, R., Aikens, J.E. (2024). **Relationships of hypoglycemia awareness, hypoglycemia beliefs, and continuous glucose monitoring glycemic profiles with anxiety and depression symptoms in adults with type 1 diabetes using continuous glucose monitoring systems.** *Diabetes Research and Clinical Practice*, 209, 1115-1119.
- Lunghi, C., Zongo, A., Tardif, I., Demers, E., Diendéré, J.D.R., Guénette, L. (2021). **Depression but not non-persistence to antidiabetic drugs is associated with mortality in type 2 diabetes: A nested case-control study.** *Diabetes Research and Clinical Practice*, 171, 108-113.
- Mulki, J.P., Jaramillo, F., Locander, W.B. (2006). Emotional exhaustion and organizational deviance: Can the right job and a leader's style make a difference? *Journal of Business Research*, 59, 1222-1230.

- Nasir, A., Yusuf, A., Listiawan, M.Y., Makhfudli, M., Muhalla, H.I., Wahyudi, A.S., Muhith, A. (2025). Relationship between resilience, coping resources, and psychological well-being with stress of leprosy as a predictor. A correlation study through the structural equation models. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 17, 1011-1015.
- Pan, M., Liu, X., Gao, X., Fu, Z., Liu, L., Li, H., Wang, Y., Qian, Q. (2025). *Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study*. *Behavior Therapy*, 56(1), 145-164.
- Peláez, T., López-Carrilero, R., Espinosa, V., Balsells, S., Ochoa, S., Osma, J. (2024). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 367, 934-943.
- Peris-Baquero, O., Moreno-Pérez, J.D., Navarro-Haro, M.V., Díaz-García, A., Osma, J. (2023). Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 331, 313-321.
- Schmitt, A., McSharry, J., Speight, J., Holmes-Truscott, E., Hendrieckx, C., Skinner, T., Pouwer, F., Byrne, M. (2021). Symptoms of depression and anxiety in adults with type 1 diabetes: Associations with self-care behaviour, glycaemia and incident complications over four years – Results from diabetes MILES–Australia. [Journal of Affective Disorders](#), 282, 803-811.
- Silva, W.A.D., Brito, T.R.S., Pereira, C.R. (2021). Anxiety associated with COVID-19 and concerns about death: Impacts on psychological well-being. [Personality and Individual Differences](#), 176, 110-114.
- Spencer-Laitt, D., Moreno-Villamizar, J.D., Grunfeld, G., Guida, C., Teplow, D.A., Preda, A.M., Smith, L., Cuthbert, K., Farchione, T.J. (2026). Delivery of a virtual, group-based Unified Protocol for Prolonged Grief Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. In Press, Journal Pre-proof.
- Yokotani, K., Ito, M., Ihara, N., Shigeeda, Y. (2025). A unified protocol chatbot reduces anxiety by encouraging university students' negative emotional expressions: A randomized controlled trial. *Computers in Human Behavior Reports*, 19, 1007-1010.
- Yu, J., Leka, S. (2026). Job Role and Organizational Commitment Among Chinese Rural Teachers: The Effects of Emotional Exhaustion and Teacher Resilience. *Safety and Health at Work*, In Press, Corrected Proof

*Original Article***Efficacy of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Emotional Exhaustion and Psychological Well - Being of the Patients with Type-2 Diabetes**

Received: 09/04/2025 - Accepted: 16/08/2025

Maryam Zafarpour^{1*}

¹ *Ma in clinical psychology,
Department of Psychology,
Khomein Branch, Islamic Azad
University, Khomein, Iran.*

Email:
M.zafarpour.1376@gmail.com

Abstract

Introduction and purpose: Many people with chronic diseases, including diabetes, suffer from varying degrees of impairment in their daily activities. During this process, they suffer from mood and psychological disorders. According to this the present study was conducted to investigate the efficacy of unified trans-diagnostic treatment on the emotional exhaustion and psychological well - being of the patients with type-2 diabetes.

Methodology: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included the patients with type-2 diabetes in summer of 2025 in the Isfahan city. 32 patients with type-2 diabetes were selected through purposive sampling method and randomly accommodated into experimental and control groups. The patients in the experimental group received the unified trans-diagnostic treatment during ten weeks in ten 90-minute sessions. Emotional Exhaustion Questionnaire (EEQ) Psychological Well - Being Questionnaire (PWBQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA and Bonferroni post hoc test via SPSS23 software.

Finding: The results showed that unified trans-diagnostic treatment has significant effect on the emotional exhaustion ($F=49.61$; $Eta=0.62$; $P<0.0001$) and psychological well - being ($F=37.38$; $Eta=0.55$; $P<0.0001$) of the patients with type-2 diabetes.

Conclusion: According to the findings of present study it can be concluded that unified trans-diagnostic treatment can be used as an efficient treatment to decrease emotional exhaustion and improve psychological well - being in the patients with type-2 diabetes through applying techniques such as knowing emotions, cognitive reevaluation training, identifying emotion avoidance models and investigating behaviors coming from emotion.

Keywords: Unified trans-diagnostic treatment, Emotional Exhaustion, Psychological Well - Being, type-2 diabetes