



مقایسه‌ی اثربخشی درمان شفقت به خود و روان درمانی مثبت نگر بر معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

شاهین افشارپور: دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

علی پولادی ریشمهری: استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران؛ دانشگاه پیام نور، بوشهر، ایران (* نویسنده مسئول)
alipoladei@yahoo.com

مولود کیخسروانی: استادیار، گروه روانشناسی عمومی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

کامران گنجی: دانشیار، گروه روانشناسی تربیتی، واحد ملایر، دانشگاه آزاد اسلامی، ملایر، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

درمان شفقت به خود،
گروه درمانی مثبت‌نگر،
معنای زندگی،
امید به زندگی،
رفتارهای خودمراقبتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۹

تاریخ چاپ: ۱۴۰۱/۰۹/۱۹

زمینه و هدف: بیماری دیابت نوع ۲، بر خلق و خوی بیماران اثر منفی دارد و برای افزایش امید به زندگی این بیماران، راهکارهای روان درمانی بسیاری وجود دارد، بنابراین پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شفقت به خود و گروه درمانی مثبت‌نگر بر معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند که با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین آن‌ها ۴۵ نفر انتخاب گردیده و به‌طور تصادفی در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱ گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به یک گروه آزمایش، ۸ جلسه برنامه‌ی درمانی شفقت به خود و به گروه آزمایش دوم ۶ جلسه روان درمانی مثبت‌نگر آموزش داده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های معنای زندگی استنغر و همکاران (۲۰۰۶)، امید به زندگی هرث (۱۹۹۲) و رفتارهای خودمراقبتی دیابت توبرت، هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰) استفاده شد. داده‌ها از طریق آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که هر دو برنامه درمانی شفقت به خود و روان درمانی مثبت‌نگر موجب افزایش معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌گردد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این نتایج می‌توان بیان نمود که استفاده از درمان شفقت به خود و روان درمانی مثبت‌نگر می‌تواند قابل کاربرد برای متخصصین در جهت بهبود شرایط بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ باشد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Afsharpoor S, Pouladi Reyshahri A, keykhosrovani M, Ganji K. Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Positivist Group Therapy on the Meaning of Life, Life expectancy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type Two Diabetes. Razi J Med Sci. 2022;29(9):86-99.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Positivist Group Therapy on the Meaning of Life, Life expectancy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type Two Diabetes

Shahin Afsharpoor: PhD Student of General Psychology, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

Ali Pouladi Reyshahri: Assistant Professor, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran; Payam Noor Bushehr University (* Corresponding author) alipoladei@yahoo.com

Moloud Keykhosrovani: Assistant Professor, Department of General Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran

Kamran Ganji: Associate Professor, Department of Educational Psychology, Malayer Branch, Islamic Azad University, malayer, Iran

Abstract

Background & Aims: Chronic diseases such as diabetes have a complex origin, slow onset, and unpredictable deterioration and recovery that requires self-care due to the long process. Diabetes, especially type 2 diabetes, is one of the major threats to human health in the 21st century. This disease is one of the global problems and the main cause of death and disability. Uncontrolled diabetes often leads to complications such as heart disease, stroke, high blood pressure, blindness, kidney disease, and amputation. Despite the cost of preventing and controlling diabetes, the number of patients is increasing every day, which seems to be a weakness in the psychological and self-care variables of these patients. Diabetes is at the heart of behavioral issues and psychological factors. And society plays a vital role in its management. Therefore, the study of psychological factors affecting this disease can be effective in controlling it. One of the most important psychological factors associated with diabetes that has been considered by researchers is the meaning of life. The meaning of life deals with the category of purpose or goals of human life in this world. A goal is a location and time that the person or other creature is looking for. Having a goal and using it among people helps them to seek the meaning of life in life. Research shows that there is a significant relationship between low hope and depressive symptoms. One of the effective treatments for people with chronic diseases is self-care. In this treatment, instead of focusing on changing people's self-esteem, people's relationship with their self-esteem changes. Self-improvement exercises emphasize relaxation, calm mind, self-compassion, and mindfulness, which will play an important role in calming the mind, reducing stress and negative spontaneous thoughts. In addition, compassion-focused therapy helps reduce clients' psychological problems by increasing internal awareness, acceptance without judgment, empathy, and constant attention to inner feelings. The effectiveness of this therapeutic approach on improving coping with stressful situations and reducing self-criticism, self-destructive thoughts, and rumination in patients has also been confirmed. Another therapeutic approach used for patients is positivist group therapy. Comparing different therapeutic interventions and finally choosing the best type of intervention based on the research results can be helpful. Among these, according to studies, the therapeutic approaches in the present study, ie positive psychotherapy due to focus on strengths and abilities on the one hand and compassion-focused treatment due to creating a sense of responsibility and self-worth on the other hand, can be effective in the field that for more certainty and to determine a stronger type of intervention in the present study, we seek to compare these interventions. In general, the results of this study can be used both theoretically and practically in medical science health centers, diabetes research centers, doctors, psychiatrists and psychologists, and scientific research centers such as universities.

Keywords

Self-compassion therapy,
Positivist group therapy,
The meaning of life,
Life expectancy,
Self-care behaviors,
Patients,
Diabetes

Received: 10/09/2022

Published: 10/12/2022

Methods: The method of the present study was quasi-experimental with pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of the study consisted of all patients with type 2 diabetes in Bushehr in 1399, from which 45 people were selected by available sampling method and randomly in two experimental areas (15 people in each group) and The control group (15 people) was replaced. One experimental group was taught 8 sessions of the self-compassion therapy program and the second experimental group was taught 6 sessions of positive psychotherapy. The data collection included the meaning of life questionnaires of Steger et al. (2006), Hurts life expectancy (1992), and self-care behaviors of Diabetes Tobert, Hampson, and Glasgow (2000). Data were analyzed by multivariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test.

Results: The results showed that both self-compassion and positive psychotherapy treatment programs increase the meaning of life, life expectancy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes ($P < 0.05$).

Conclusion: The results showed that both treatments cause significant changes in the meaning of life, life expectancy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes in the post-test and follow-up period and differ in the effectiveness of both. There is no intervention type. In other words, both types of treatment are beneficial for patients with diabetes. The findings will be explained below: The first finding of the study showed that both treatments increased the meaning of life in patients in the experimental groups. In this regard, it can be said that compassion itself has appropriate coping resources that help people to face the negative events of their lives. Self-compassion enhances the ability to interact with others and provides a clearer quality of dealing with emotions. Therefore, it can be said that injured people, by learning new sources of coping, can effectively and efficiently deal with the negative events of their lives and show good adaptation. Self-compassion is one of the most important components of mental health and has capabilities that people can achieve happiness and psychological well-being by learning and performing related skills. The second finding of the study showed that both treatments increased the life expectancy of patients in the experimental group. In the present explanation, it can be stated that although the presence of illness causes major psychological damage to the individual, but in the meantime, self-compassion training can act as a motivating force for the individual. Compassion in itself leads to increased social communication and reduced self-criticism, reduced rumination, reduced thought suppression, anxiety, and stress, as well as psychological balance, all of which play a key role in increasing their life expectancy. Thus, flexibility in thoughts and kindness to oneself causes people to have a realistic judgment about themselves, to analyze their functional shortcomings, and to make appropriate decisions to address them. The third finding of the study also showed that there was a significant difference between the self-care behaviors of patients in the experimental and control groups. In the present explanation, it can be stated that negative ideas and attitudes about themselves are the main part of the change, and through the treatment of compassion, individuals learn to apply new experiences that this It promotes ideas such as alternative and more adaptive burdens; adaptive adaptation to unpleasant events such as chronic illness by focusing on assessing that situation increases patients' ability to make new connections. See ideas, organize information, integrate, and come up with new solutions to problems. In other words, increasing self-compassion leads to more self-care.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Afsharpoor S, Pouladi Reyshahri A, keykhosrovani M, Ganji K. Comparison of the Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Positivist Group Therapy on the Meaning of Life, Life expectancy, and Self-Care Behaviors in Patients with Type Two Diabetes. Razi J Med Sci. 2022;29(9):86-99.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت منشأ پیچیده، شروع آهسته، وخامت و بهبودی پیش‌بینی نشدنی دارند که به دلیل روند طولانی، نیاز به خودمراقبتی دارد. دیابت به ویژه دیابت نوع ۲ از تهدیدهای اصلی برای سلامت انسان در قرن ۲۱ میلادی است. این بیماری یکی از معضلات جهانی و علت اصلی و عمده مرگ‌ومیر و ناتوانی است. دیابت کنترل نشده اغلب منجر به عوارضی مثل بیماری قلبی، سکته، فشارخون بالا، کوری، بیماری کلیوی و آمپوتاسیون می‌شود. عوارض و مشکلات ناشی از دیابت تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته و فرد، اقتصاد و جامعه متحمل هزینه‌های زیادی می‌شود. در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون افزایش یابد (۱). در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است. کشور ما هم به‌عنوان یکی از کشورهای خاورمیانه، از این مشکل متأثر است. مطالعه ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی ۷/۷ درصد برآورد کرده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از ۶ میلیون نفر برسد (۲). در کشور ایران براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، سالانه بیش از ۴۰ میلیارد ریال از بودجه مصوب وزارت بهداشت برای برنامه کنترل دیابت هزینه می‌شود (۳). باوجود هزینه‌هایی که برای پیشگیری و کنترل دیابت صرف شده، هر روزه بر تعداد مبتلایان به آن افزوده می‌شود که به‌نظر می‌رسد، نقطه ضعف در متغیرهای روان‌شناختی و خودمراقبتی این بیماران باشد. بیماری دیابت در قلب مسائل رفتاری است و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند (۴). به دلیل مسائل روان‌شناختی و عدم پایندی به درمان، بیماران سریع‌تر دچار قطع عضو از دست دادن عملکرد اعضا می‌شوند. چرا که در این مطالعه هدف بررسی اثر متغیرها بر ابتلا به دیابت نیست بلکه بررسی اثر متغیرها بر پاسخ به درمان و کیفیت زندگی مبتلایان است؛ بنابراین بررسی عوامل روان‌شناختی موثر در این بیماری می‌تواند در کنترل آن اثربخش باشد. یکی از عوامل روان‌شناختی مهم مرتبط با دیابت که مورد

توجه پژوهشگران قرار گرفته، معنای زندگی است. معنای زندگی به مقوله هدف یا اهداف زندگی و حیات انسان در این جهان می‌پردازد. یک هدف، موقعیت مکانی و زمانی است که فرد یا سایر موجودات دنبال آن هستند. داشتن هدف و بهره‌گیری از آن در میان افراد به آن‌ها کمک می‌کند در زندگی به دنبال معنای زندگی باشند (۵). پژوهشگران معنای زندگی را شاخصی برای درک و رضایت افراد از زندگی خودشان و درجه اهدافی که در زندگی دارند تعریف می‌کنند که به افراد کمک می‌کند کارکردهای مثبت بیشتری داشته باشند، نتایج تحقیقات بیانگر این است افرادی که در زندگی خود دارای هدف هستند، در برابر احساس ناامیدی، پریشانی، افسردگی و تضعیف روحیه مقاومت بیشتری دارند (۶). همچنین روانشناسان امید به زندگی را یک نقطه قوت روان‌شناختی می‌دانند که به سلامت روان کمک زیادی می‌کند و یکی از پایه‌های اصولی توازن و قدرت روانی است که دستاوردهای زندگی را مشخص و انسان را به سطح بالایی از عملکردهای رفتاری و روانی نزدیک می‌کند، امید به زندگی را می‌توان به‌طور ساده متوسط سال‌هایی که انتظار می‌رود یک فرد در یک کشور به آن برسد، تعریف کرد و از جمله شاخص‌های مهم زندگی است که برآیند عوامل مختلف اقتصادی، اجتماعی، زیست‌محیطی است که از آن به‌عنوان ملاک کیفیت زندگی اصلی یک جامعه یاد می‌شود (۷). نتایج تحقیقات بیانگر این است که بین امیدواری پایین و نشانه‌های افسردگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۸،۹).

رفتار خودمراقبتی نیز مفهومی کلیدی در ارتقای سلامت است و شامل تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی است که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به کار می‌برد. منظور از خودمراقبتی در بیماری دیابت، تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۱۰). بر مبنای تحقیقات اخیر، بیماران دیابتی به این مسئله پی بردند که باید به‌طور میانگین در هر روز ۳۰ دقیقه را برای انجام خودمراقبتی اختصاص دهند و انجمن سلامت گزارش داد که بیش از سه چهارم افراد بزرگسال مبتلا به بیماری مزمن باید در تمام یا بیشتر اوقات، نقش

(۱۷) و اضطراب و افسردگی (۱۸) است. علاوه بر این، درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی مراجعان کمک می‌کند (۱۹). همچنین اثربخشی این رویکرد در مانی بر بهبود سازگاری با موقعیت‌های استرس‌زا (۲۰) و کاهش خودانتقادی، افکار خودتخریب و نشخوار فکری در بیماران (۲۱) مورد تایید قرار گرفته است. یکی دیگر از رویکردهای درمانی مورد استفاده برای بیماران، گروه‌درمانی مثبت‌نگر است. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر در سال ۱۹۹۸ توسط سلیگمن پیشنهاد شد، وی شادکامی را موضوع اصلی رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر دانست و آن را به سه مؤلفه که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد: هیجان مثبت (زندگی لذت‌بخش)، مجذوب شدن (زندگی جذاب) و معنی (زندگی با معنی). براساس این رویکرد، راهبردهایی که به آزمودنی‌ها کمک می‌کند تا یک زندگی لذت‌بخش، جذاب و با معنا را بسازند، مداخله‌های مثبت‌نگر گفته می‌شود (۲۲). هر یک از این مداخله‌ها به گونه‌ای طراحی شده‌اند که یک تا تعداد بیشتری از جنبه‌های شادکامی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۲۳). پژوهشگران نشان داده‌اند که اساس روان‌درمانی مثبت‌نگر بر این است که انسان‌ها غالباً تمایل ذاتی به رشد، شکوفایی و شادکامی دارند تا اینکه در جستجوی راهی برای گریز از نگرانی، بدبختی و اضطراب باشند (۲۴). برخی از مطالعات انجام شده تأثیرگذاری این رویکرد درمانی را بر متغیرهایی همچون امید به زندگی و سلامت عمومی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۲۵)، کاهش افسردگی، استرس و اضطراب مرگ افراد (۲۶) و معنای زندگی بیماران دیابتی (۳) نشان داده است.

با توجه به اینکه بهبود سلامت روان و رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماری‌شان است و این مسئله اهمیت طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با سلامت روان‌شناختی بیماران دیابتی را طلب می‌کند با این حال و به رغم آگاهی از این مساله که بیماری دیابت در کشور ما نیز همچون سایر مناطق جهان در حال گسترش بوده

خودمراقبتی فعالانه‌ای را ایفا کنند. مطالعات متعددی میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله استفاده از دارو، تزریق انسولین، آزمایش ادرار و خون در بین افراد دیابتی را بررسی کرده و نشان داده‌اند که پایبندی به بیشتر این رفتارها در میان بیماران دیابتی در سطح پایینی است. شیوع بیماری، مرگ و عوارض دیابت، هزینه‌های اقتصادی و در نتیجه بار فردی و اجتماعی ناشی از آن، بر ضرورت اقدام فوری برای کمک به بیماران دیابتی به منظور کنترل بهتر بیماری، تأکید می‌کند (۱۱). یکی از درمانهای موثر برای افراد مبتلا به بیماریهای مزمن درمان خودشفقتی می‌باشد. نف (Neff) (۲۰۰۹) خودشفقتی را سازه‌ای سه‌مؤلفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به هو شیاری در برابر همانندسازی افراطی تعریف کرده است (۱۲) ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود، شفقت می‌ورزد. از این رو گیلبرت (Gilbert) (۲۰۰۹) به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. اصول پایه در درمان متمرکز بر شفقت به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام شود (۱۳). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین، می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند (۱۴). در این روش درمانی، به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آن‌ها تغییر می‌یابد (۱۵). در تمرین‌های خودشفقتی، بر تن آرامی، ذهن‌آرامی، شفقت به خود و ذهن‌آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۱۳ و ۱۶). برخی مطالعات حاکی از تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در کاهش خودانتقادی در افراد دچار تروما (۱۴)، کاهش نگرانی و افکار خودآیند منفی

مراکز بهداشتی-درمانی و کلینیک‌های پزشکی شهر بوشهر در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. نمونه‌ی آماری شامل ۴۵ مرد بیمار مبتلا به دابت نوع ۲ با دامنه سنی $47/80 \pm 8/10$ سال بود که به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از معاینه توسط متخصص و مصاحبه بالینی اولیه به صورت تصادفی در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و ۱ گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، ابتلا به دیابت نوع ۲، عدم داشتن بیماری خاص دیگر، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، توانایی شرکت در جلسات و رضایت جهت انجام پژوهش بود. همچنین تشخیص به داشتن اختلالات روانی و عدم رضایت از شرکت در پژوهش نیز ملاک‌های خروج از پژوهش بودند، ضمن اینکه افراد شرکت کننده در پژوهش، در گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر محدوده سنی، سطح تحصیلات و وضع اقتصادی با یکدیگر هم‌تا شدند. گروه آزمایش اول به مدت ۸ هفته (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کرد و گروه آزمایش دوم نیز به مدت ۶ هفته (جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای) با استفاده از گروه‌درمانی مثبت‌نگر آموزش دید، اما گروه کنترل هیچ آموزشی را دریافت نکرد. در پایان از هر ۳ گروه پس آزمون به عمل آمد و پس از اتمام تمامی جلسات و بعد از گذشت ۳ ماه یک آزمون پیگیری جهت اطمینان از نتایج حاصله به عمل آمد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه معنای زندگی: در این مطالعه به منظور سنجش ابعاد وجود و جستجوی معنای زندگی از پرسشنامه‌ی معنای زندگی بهره گرفته شد. این پرسشنامه که توسط استگر و همکاران (۲۰۰۶) ساخته شده است، یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای است که هر ۵ گویه آن یکی از دو مولفه "وجود معنا" و "جستجوی معنا" را مورد سنجش قرار می‌دهد. سوالات این ابزار بر روی مقیاس ۷ گویه‌ای لیکرت (از ۱ کاملاً غلط تا ۷ کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. بدین ترتیب نمرات هر دو زیر مقیاس بین ۵ تا ۳۵ متغیر بوده و نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده‌ی میزان بالاتر وجود و یا جستجوی معنای

و توجه ویژه به هر دو بعد پزشکی و روان‌شناختی در کنترل آن ضروری می‌باشد، اما تلاشها و اقدامات لازم در کنترل این بیماری غالباً بر مراقبت‌های پزشکی معطوف شده و کمتر به عوامل روان‌شناختی موثر بر آن پرداخته شده است. از سوی دیگر، در پژوهش‌های خارجی انجام گرفته در این زمینه نیز ناهماهنگی‌های قابل توجهی به چشم می‌خورد به گونه‌ای که هر یک از تحقیقات مذکور به نقش یک یا چند عامل شخصیتی متفاوت در سازگاری با این بیماری و مقابله و کنترل آن اشاره کرده‌اند. این در حالی است که وجود یک برنامه مداخله‌ای موثر برای افزایش امید و بهبود ویژگی‌های سلامت روان‌شناختی از جمله رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند به این بیماران کمک کند تا موضع بهتری نسبت به بیماری خود داشته و اقدامات موثرتری برای کنترل آن انجام دهند (۱۱). مقایسه مداخلات درمانی مختلف و نهایتاً انتخاب بهترین نوع مداخله براساس نتایج حاصل از پژوهش می‌تواند راهگشا باشد. در این میان بر اساس مطالعات، رویکردهای درمانی موردنظر در پژوهش حاضر یعنی درمان متمرکز بر شفقت به دلیل ایجاد حس مسئولیت‌پذیری و خودارزشمندی از یک سو و روان‌درمانی مثبت‌نگر به علت تمرکز بر نقاط قوت و توانمندی‌ها از سوی دیگر، می‌توانند در این زمینه موثر واقع شوند که برای اطمینان بیشتر و مشخص شدن نوع قویتری از مداخله در پژوهش حاضر به دنبال مقایسه این مداخلات هستیم. به طور کلی نتایج این مطالعه می‌تواند هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ کاربردی مورد استفاده مراکز بهداشتی-درمانی علوم پزشکی، مراکز تحقیقاتی دیابت، پزشکان، روانپزشکان و روانشناسان و مراکز علمی-پژوهشی همچون دانشگاه‌ها قرار گیرد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی بوده و از لحاظ روش، نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل می‌باشد که در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به

نیز مقدار اعتبار درونی محاسبه شده برای وجود معنا (۰/۶۳) و برای جست‌وجوی معنا (۰/۵۸) و برای کل سوالات پرسشنامه (۰/۶۳) محاسبه شد (۲۹).

مقیاس امید به زندگی هرث: مقیاس این پرسشنامه که توسط هرث (۱۹۹۲) برای سنجش امید به زندگی ساخته شده است، دارای ۱۲ عبارت است و به صورت خودسنجی اجرا می‌شود. پاسخ به این آزمون با گزینه‌های موافقم، مطمئن نیستم و مخالفم تدوین گردیده که محدودیت زمانی وجود ندارد. نمره‌گذاری سوالات ۳ و ۶ به این صورت است که گزینه موافقم نمره یک، مطمئن نیستم نمره دو و مخالفم نمره سه می‌گیرد. سایر سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در این مقیاس نمره ۱۲ تا ۲۴ امید پایین، ۲۵ تا ۳۰ امید

زندگی است. ساختار دو عاملی این ابزار در مطالعات مختلف مورد تأیید قرار گرفته است و شواهد حاکی از آن است که این ساختار در فرهنگ‌های مختلف مشابه می‌باشد. سازندگان آزمون، روایی همگرا (با آزمون‌های رضایت از زندگی، عاطفه‌ی مثبت و عوامل شخصیتی برون‌گرایی و توافق‌پذیری) و واگرا (با آزمون‌های افسردگی، عاطفه‌ی منفی، نورزگرایی) را بررسی کرده و روایی خوبی برای آن گزارش داده‌اند همچنین در بررسی اعتبار آن، ضریب همسانی درونی در مطالعات مختلف برای هر دو زیر مقیاس بالای ۰/۸ به دست آمده است (۲۷). این پرسشنامه در ایران توسط مصرآبادی، استوار و جعفریان (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است (۲۸). همچنین در پژوهش پیری، بخشایش و عنایتی (۱۳۹۵)،

جدول ۱- خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت به خود

جلسه	محتوا، فنون و شرح جلسه
اول	برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت؛ ارزیابی و بررسی میزان هیجان‌های منفی اعضا، توصیف و تبیین هیجان‌ات شرم و غمگینی و عوامل مرتبط با نشانه‌های آن و مفهوم سازی آموزش خود-شفقتی (رفتار مورد انتظار: شناسایی و آگاهی از خودانتقادی).
دوم	شناسایی و معرفی مؤلفه‌های شفقت، بررسی هر مؤلفه‌ی شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی‌های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا (رفتار مورد انتظار: شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی).
سوم	مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود، پرورش و درک اینکه دیگران نیز نقایص و مشکلاتی دارند (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خودتخریب‌گرانه و شرم، آموزش همدردی با خود؛ شکل‌گیری و ایجاد احساسات بی‌شتر و متنوع‌تر در ارتباط با مسائل افراد برای افزایش مراقبت و توجه به سلامتی خود (رفتار مورد انتظار: شناسایی و آگاهی از مؤلفه‌های خودشفقتی).
چهارم	مرور تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» یا «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت‌آمیز» (ارزش خودشفقتی، همدلی و همدردی نسبت به خود و دیگران، آموزش استعاره فیزیوتراپی)، پذیرش اشتباهات و بخشیدن خود به خاطر اشتباهات برای سرعت بخشیدن به ایجاد تغییرات (رفتار مورد انتظار: پرورش خودشفقتی).
پنجم	مرور تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین‌های ذهن شفقتانه» (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره آنفولانزا و آموزش بردباری)، آموزش پذیرش مسائل؛ پذیرش تغییرات پیش رو و تحمل شرایط سخت و چالش برانگیز با توجه به متغیر بودن روند زندگی و مواجه شدن افراد با چالش‌های مختلف (رفتار مورد انتظار: بهبود و توسعه خودشفقتی).
ششم	مرور تمرین جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره و برای خانواده و دوستان، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی (رفتار مورد انتظار: احساس ارزشمندی و خودشفقتی).
هفتم	مرور تمرین جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه‌های شفقت‌آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش «ثبت و یادداشت روزانه موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت» (رفتار مورد انتظار: بهبود خودشفقتی و خودارزشمندی).
هشتم	آموزش و تمرین مهارت‌ها؛ مرور و تمرین مهارت‌های ارائه شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها تا بتوانند به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود مقابله کنند و نهایتاً جمع‌بندی و ارائه راهکارهایی برای حفظ و به کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره (رفتار مورد انتظار: پرورش و رشد خودشفقتی).

جدول ۲- خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت نگر

جلسه	محتوای فنون و شرح جلسه
اول (معرفی)	معرفی افراد به یکدیگر، معرفی گروه درمانی، خط مشی جلسات، اجرای پیش‌آزمون
دوم (سه چیز خوب)	نوشتن سه چیز خوب که هر روز اتفاق می‌افتد و فکر کردن به علت آن اتفاقها
سوم (خلاصه زندگی)	تصور مردن بعد از یک دوره رضایت‌بخش و متمر ثمر، نوشتن آگهی ترحیم، نوشتن در مورد آنچه راغب هستیم تا به یاد آورده شود.
چهارم (ملاقات قدردانی)	سپاسگزاری از فردی که هرگز قدردانی نکرده‌ایم، نوشتن نامه یا تلفن یا رودررو برای فرد خواندن.
پنجم (پاسخ دادن فعال یا سازنده)	واکنش نشان دادن به اخبار خوب و مثبت که دیگران بیان می‌کنند.
ششم (حس ذائقه)	اختصاص زمانی در طول روز به چیزی که با عجله از آن می‌گذرید برای لذت بردن از آن، مثل خوردن یک غذا، در حال انجام بنویسید چه کردید و چه احساسی داشتید.

کروناخ ۰/۷۸ بود (۳۰). گروه آزمایش شفقت به خود در ۸ جلسه برنامه‌ی درمانی شفقت به خود که هر جلسه به مدت یک ساعت بود، شرکت کردند (۲۵) و گروه آزمایش روان‌درمانی مثبت نگر نیز در ۶ جلسه روان‌درمانی مثبت نگر شرکت کردند که هر جلسه به مدت یک ساعت به طول انجامید (۲۶).

در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده مورد تحلیل قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهشی از روش‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) و تک‌متغیری (ANCOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

در بررسی یافته‌های توصیفی نمونه‌های پژوهش، میانگین سنی مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ در گروه آزمایش شفقت درمانی $48/93 \pm 5/29$ و گروه آزمایش درمان مثبت نگر $51/46 \pm 4/43$ و گروه کنترل $49/70 \pm 4/38$ سال و میانگین سابقه بیماری گروه آزمایش شفقت درمانی $5/33 \pm 2/28$ ، گروه آزمایش درمان مثبت نگر $5/26 \pm 1/70$ و گروه کنترل $4/73 \pm 1/38$ سال بود.

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی را در گروه‌های آزمایشی شفقت درمانی و درمان مثبت‌نگر و گروه کنترل، در سه مرحله پیش‌آزمون،

متوسط و ۳۱ تا ۳۶ امید بالا دارند. در زمینه‌ی روایی و پایایی، این آزمون بر روی ۲۰ بیمار در ایلینویز شمالی اجرا شده و آزمون مجدد روی ۷۲ بیمار در ایلینویز شمالی اجرا شده و ضریب آلفای کروناخ ۹۷ درصد همبستگی در آزمون مجدد ۹۱ درصد بوده که به طور مناسب هنجاریابی شده است. در ایران پورغزنین روایی و پایایی آن را مورد ارزیابی قرار داده که پایایی دو روش آزمون مجدد ضریب همبستگی پیرسون ۰/۸۴ و ضریب آلفای کروناخ ۰/۷۶ محاسبه شده است که اولی ثبات در زمان و دومی ثبات درونی را نشان می‌دهد.

مقیاس رفتارهای خودمراقبتی دیابت: این مقیاس یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۵ سوالی است که توسط توبرت و هامپسون و گلاسکو (۲۰۰۰) ساخته شده است و معیارهای خودمراقبتی بیماران را در طول ۷ روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم اختصاصی دیابت (۵ سوال)، ورزش (۲ سوال)، آزمایش قندخون (۲ سوال)، تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سوال)، مراقبت از پا (۴ سوال) و سیگار کشیدن (۱ سوال) است. در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سوال به دست می‌آید. امتیاز کل مقیاس بین صفر تا ۹۹ است. در تحقیق حمدزاده و همکاران (۱۳۹۱) روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تأیید قرار گرفت که میانگین آن ۸۴/۹ و پایایی آن با روش ضریب آلفای

جدول ۳- یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
معنای زندگی	شفقت درمانی	۳۰/۷۳	۱۲/۸۹	۴۳/۶۰	۹/۷۷
	درمان مثبت‌نگر	۲۸/۴۰	۱۳/۷۵	۴۵/۵۳	۹/۴۶
امید به زندگی	کنترل	۳۱/۴۰	۱۵/۰۲	۳۲/۴۰	۱۳/۹۱
	شفقت درمانی	۲۲/۸۰	۸/۱۶	۳۰/۰۶	۴/۷۸
رفتارهای خودمراقبتی	درمان مثبت‌نگر	۱۸/۵۳	۶/۴۵	۳۱/۰۶	۶/۹۱
	کنترل	۲۱/۸۶	۸/۰۲	۲۳/۴۰	۷/۱۴
گروه (پس‌آزمون و پیگیری)	شفقت درمانی	۶۱/۲۰	۴/۷۰	۷۲/۶۶	۹/۲۸
	درمان مثبت‌نگر	۵۸/۸۶	۴/۲۹	۷۳/۵۳	۶/۴۶
	کنترل	۶۰/۲۰	۶/۰۷	۶۴/۸۰	۸/۱۷

جدول ۴- نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری

اثر	آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
پیش‌آزمون معنای	اثر پیلایی	۰/۱۰۸	۰/۶۸۳	۶	۳۴	۰/۶۶۵
زندگی	لامبدای ویلکز	۰/۸۹۲	۰/۶۸۳	۶	۳۴	۰/۶۶۵
	اثر هتلینگ	۰/۱۲۰	۰/۶۸۳	۶	۳۴	۰/۶۶۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۲۰	۰/۶۸۳	۶	۳۴	۰/۶۶۵
پیش‌آزمون امید به	اثر پیلایی	۰/۰۷۲	۰/۴۴۱	۶	۳۴	۰/۸۴۶
زندگی	لامبدای ویلکز	۰/۹۲۸	۰/۴۴۱	۶	۳۴	۰/۸۴۶
	اثر هتلینگ	۰/۰۷۸	۰/۴۴۱	۶	۳۴	۰/۸۴۶
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۰۷۸	۰/۴۴۱	۶	۳۴	۰/۸۴۶
پیش‌آزمون	اثر پیلایی	۰/۱۰۳	۰/۶۴۹	۶	۳۴	۰/۶۹۱
رفتارهای	لامبدای ویلکز	۰/۸۹۷	۰/۶۴۹	۶	۳۴	۰/۶۹۱
خودمراقبتی	اثر هتلینگ	۰/۱۱۵	۰/۶۴۹	۶	۳۴	۰/۶۹۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۱۱۵	۰/۶۴۹	۶	۳۴	۰/۶۹۱
گروه (پس‌آزمون و	اثر پیلایی	۰/۵۷۵	۲/۳۵	۱۲	۷۰	۰/۰۱۳
پیگیری)	لامبدای ویلکز	۰/۴۲۹	۲/۹۸	۱۲	۶۸	۰/۰۰۲
	اثر هتلینگ	۱/۳۲	۳/۶۳	۱۲	۶۶	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۳۱	۷/۶۷	۶	۳۵	۰/۰۰۱

معناداری وجود دارد ($p < 0.05$).

بر اساس نتایج به دست آمده، در پس‌آزمون معنای زندگی بین گروه شفقت درمانی و درمان مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$)؛ اما بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بر اساس نتایج به دست آمده، در امید به زندگی بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر نیز تفاوت

پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. کوواریانس چندمتغیری، پس از بررسی و تایید پیش‌فرض‌ها انجام شد.

جدول ۴ نتایج آزمون‌های چندمتغیری جهت بررسی معنی‌داری اثر عضویت گروهی را نشان می‌دهد. بر اساس سطح معناداری به دست آمده، بین گروه‌های آزمایش و کنترل، در پیش‌آزمون متغیرهای معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$)؛ اما حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروهها در مرحله پس آزمون معنای زندگی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگینها	گروهها	
۱	۴/۱۵	-۲/۰۲	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۳۰	۴/۱۴	۱۱/۲۲	کنترل	
۱	۴/۱۵	۲/۰۲	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۰۸	۴/۱۶	۱۳/۲۴	کنترل	
۰/۰۳۰	۴/۱۴	-۱۱/۲۲	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۰۸	۴/۱۶	-۱۳/۲۴	درمان مثبت‌نگر	

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروهها در مرحله پیگیری معنای زندگی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگینها	گروهها	
۱	۴/۹۱	-۲/۱۸	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۳۸	۴/۹۰	۱۲/۷۶	کنترل	
۱	۴/۹۱	۲/۱۸	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۱۲	۴/۹۲	۱۴/۹۴	کنترل	
۰/۰۳۸	۴/۹۰	-۱۲/۷۶	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۱۲	۴/۹۲	-۱۴/۹۴	درمان مثبت‌نگر	

جدول ۷- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروهها در مرحله پس آزمون امید به زندگی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگینها	گروهها	
۱	۲/۳۹	-۰/۵۰۴	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۱۸	۲/۳۳	۶/۷۷	کنترل	
۱	۲/۳۹	۰/۵۰۴	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۱۱	۲/۳۷	۷/۲۷	کنترل	
۰/۰۱۸	۲/۳۳	-۶/۷۷	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۱۱	۲/۳۷	-۷/۲۷	درمان مثبت‌نگر	

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروهها در مرحله پیگیری امید به زندگی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگینها	گروهها	
۱	۲/۶۲	-۰/۹۹۱	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۲۱	۲/۵۵	۷/۲۴	کنترل	
۱	۲/۶۲	۰/۹۹۱	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۰۹	۲/۵۹	۸/۲۳	کنترل	
۰/۰۲۱	۲/۵۵	-۷/۲۴	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۰۹	۲/۵۹	-۸/۲۳	درمان مثبت‌نگر	

معناداری در امید زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود ندارد ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج به دست آمده، در رفتارهای خودمراقبتی بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر

معناداری در امید زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود ندارد ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج به دست آمده، در امید به زندگی بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر نیز تفاوت

جدول ۹- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون رفتارهای خودمراقبتی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
۱	۳/۰۳	-۰/۸۶۲	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۳۶	۲/۹۹	۷/۸۶	کنترل	
۱	۳/۰۳	۰/۸۶۲	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۱۷	۲/۹۹	۸/۷۳	کنترل	
۰/۰۳۶	۲/۹۹	-۷/۸۶	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۱۷	۲/۹۹	-۸/۷۳	درمان مثبت‌نگر	

جدول ۱۰- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها در مرحله پیگیری رفتارهای خودمراقبتی

معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه‌ها	
۱	۲/۶۱	-۱/۲۶	درمان مثبت‌نگر	شفقت درمانی
۰/۰۰۴	۲/۵۷	۸/۷۹	کنترل	
۱	۲/۶۱	۱/۲۶	شفقت درمانی	درمان مثبت‌نگر
۰/۰۰۱	۲/۵۸	۱۰/۰۵	کنترل	
۰/۰۰۴	۲/۵۷	-۸/۷۹	شفقت درمانی	کنترل
۰/۰۰۱	۲/۵۸	-۱۰/۰۵	درمان مثبت‌نگر	

درمان شفقت به خود این یافته با یافته‌های مختلفی همسو می‌باشد (۳۱ و ۳۲). دیدریچ (Diedrich) و همکاران (۲۰۱۴) در مطالعه خود اذعان داشتند که شفقت درمانی منجر به بهبود سطح امید به زندگی در بیماران دیابت نوع ۲ می‌شود (۳۱). جانسون (Johnson) و همکاران (۲۰۱۳) نیز در مطالعه خود دریافتند که روان درمانی مثبت‌نگر منجر به بهبود سطح کیفیت زندگی و امید به زندگی در بیماران دیابت نوع ۲ می‌گردد (۳۲). در این خصوص می‌توان گفت شفقت به خود دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به افراد کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شوند. شفقت به خود، قابلیت چگونگی تعامل با دیگران را بالا می‌برد و کیفیت سروکار داشتن با هیجانات را به روش روشن‌تری فراهم می‌سازد (۳۳)؛ بنابراین می‌توان گفت که افراد مواجه‌شده با آسیب، با یادگیری منابع مقابله‌ای جدید می‌توانند به طور موثر و کارآمدی با رویدادهای منفی زندگی خود مواجه شده و سازگاری مناسبی را نشان دهند. خود شفقتی یکی از مولفه‌های مهم سلامت روانی است و دارای قابلیت‌هایی است که افراد با یادگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی روانشناختی را کسب کنند (۳۴). درمان خودشفقتی موجب می‌شود با بکارگیری تجربه‌ها،

نیز تفاوت معناداری در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود ندارد ($P < 0/05$).

بر اساس نتایج به دست آمده، در رفتارهای خودمراقبتی بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین بین گروه شفقت درمانی با درمان مثبت‌نگر تفاوت معناداری در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود ندارد ($P < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان شفقت به خود و درمان مثبت‌نگر بر معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر بو شهر انجام گرفت. نتایج نشان داد که هر دو درمان تغییرات معنی‌داری را در معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در پس‌آزمون و دوره پیگیری ایجاد می‌کنند و تفاوتی در اثرگذاری هر دو نوع مداخله وجود ندارد؛ به عبارت دیگر هر دو نوع درمان برای بیماران مبتلا به دیابت سودمند است. یافته اول پژوهش نشان داد هر دو درمان منجر به افزایش معنای زندگی بیماران گروه‌های آزمایش شد. در خصوص

فعالیت‌هایی مانند یادگیری یا رفتارهای جایگزین سازگارانه‌تر و منظم‌تر شوند (۳۵) در نتیجه افراد مواجه‌شده با آسیب‌هایی همچون بیماری‌های مزمن با یادگیری مهارت‌های جدید و رفتارهای سازگارانه می‌توانند به طور موثری با پیشامدهای زندگی مواجه شده و معنای تازه‌ای را به زندگی خود بدهند. در خصوص درمان مثبت‌نگر نیز این یافته با مطالعاتی همسو است (۳ و ۲۶). در این خصوص می‌توان گفت شادی یکی از منابع محتوایی معناست. پژوهشگران لازمه شادکامی در زندگی را لذت بردن، درگیر بودن و هدفمند آن دانسته‌اند و بیان می‌کنند وجود معنا با شادکامی رابطه مثبت و با افسردگی رابطه منفی دارد لذا آموزش درمان مثبت‌نگر با محوریت شادی موجب ایجاد معنا در زندگی می‌گردد (۲۳).

یافته دوم پژوهش نشان داد که هر دو درمان منجر به افزایش امید به زندگی بیماران در گروه‌های آزمایش شد. در خصوص درمان شفقت به خود این یافته با یافته‌های تیرچ (Tirch) و همکاران (۲۰۱۰)، پرزبلاسکو (Perez-Blasco) و همکاران (۲۰۱۶) (۲۰) و لوسر (Lucre) و همکاران (۲۰۱۳) (۲۱) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که گرچه وجود بیماری آسیب‌های روانشناختی اساسی به فرد وارد می‌کند اما در این میان آموزش شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک نیروی محرکه مجدد برای شخص عمل کند. شفقت به خود منجر به افزایش ارتباط اجتماعی و کاهش انتقاد از خود، کاهش نشخوار فکری، کاهش سرکوب فکر، اضطراب و کاهش فشار روانی و همچنین موجب تعادل روانی افراد می‌شود که همه این موارد در افزایش امید به زندگی آنان نقشی اساسی دارد (۱۹)؛ بنابراین انعطاف‌پذیری در افکار و مهارت‌هایی با خود موجب می‌شود که افراد نسبت به خود قضاوتی واقع‌بینانه داشته باشند و نارسایی‌های عملکردی خود را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند و تصمیمات مناسبی را برای رفع آن اتخاذ نمایند. توجه به مشترکات انسانی نیز می‌تواند منجر به ایجاد احساس هم‌سرنوشتی با دیگران در فرد بیمار شود و از قضاوت‌های تند و افراطی نسبت به خود که مختل‌کننده عملکرد مناسب هستند، جلوگیری

نماید. به جرات می‌توان گفت نگاه مثبت به آینده مهمترین فایده خودشفقتی است و مداخله شفقت به خود در افزایش خوش‌بینی و امید به زندگی در افراد نسبت به توانایی‌هایشان به هنگام رویویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز تاثیرگذار است، شاید این مسئله به این دلیل است که این نوع رویکرد خودقضاوتی را کاهش داده و موجب رشد ادراک شایستگی می‌شود (۲۰). به طور کلی می‌توان گفت اشخاص دارای خود شفقتی در مقایسه با کسانی که فاقد خود شفقتی هستند، بسیار خوش‌بین‌تر بوده و در نتیجه بهتر می‌توانند با هیجانات منفی خود کنار آیند (۱۸). در خصوص تاثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر امید به زندگی نیز پژوهش‌های مختلف این یافته را تایید می‌کنند (۲۶ و ۳۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت تجربه هیجانات مثبت، افراد را برمی‌انگیزاند تا با محیط پیرامون خود درگیر شوند لذا خوش‌بینی و امید می‌تواند از پیامدهای مثبت‌نگری باشد چرا که افراد مثبت‌نگر سالم‌تر و شاداب‌ترند و دستگ‌های ایمنی آنان بهتر کار می‌کند، آنان با بهره‌گیری از راهبردهای کنار آمدن موثرتر مانند ارزیابی مجدد و مساله‌گشایی، با فشارهای روانی بهتر کنار می‌آیند. همچنین به نحو فعال از رویدادهای فشارزای زندگی پرهیز می‌کنند و شبکه‌های حمایت اجتماعی بهتری را پیرامون خود می‌سازند و بنابراین بیمارانی که از درمان مثبت‌نگر بهره گرفته‌اند می‌توانند با داشتن توانایی مقابله بیشتر، داشتن خوش‌بینی بالاتر و افسردگی کمتر، امیدواری بیشتری را از خود نشان دهند (۲۲).

یافته سوم پژوهش نیز نشان داد که بین رفتارهای خودمراقبتی بیماران گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. در خصوص درمان شفقت به خود این یافته با مطالعات مختلفی (۱۳، ۱۴ و ۱۵) همسو است. در تبیین یافته‌ی حاضر می‌توان اینگونه بیان کرد که عقاید و نگرش‌های منفی در مورد خود بخش اصلی تغییرات، به شمار می‌رود و از طریق درمان شفقت به خود افراد یاد می‌گیرند تا تجربه‌های جدیدی را بکار بگیرند که این امر موجب منظم‌تر شدن عقایدی از قبیل باروهای جایگزین و سازگارانه‌تر می‌شود، انطباق

خودمراقبتی گردند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله مراتب قدردانی و سپاس خود را از کلیه شرکت‌کنندگان در تحقیق که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر حاصل رساله دکتری نویسنده مسئول است که با کد اخلاق IR.BPUMS.REC.1399.100 مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بوشهر قرار گرفته است.

References

1. Lee J, Smith JP. The effect of health promotion on diagnosis and management of diabetes. *J Epidemiol Commun Health*. 2012 Apr;66(4):366-71.
2. Imeni, F, Sadeghi, M, Gholam Rezaei, S. The effect of group spirituality therapy on self-care and its dimensions in women with type 2 diabetes. *Daneshvar Med*. 2020;25(1):79-87. (Persian)
3. Aghaei, Ali Niknejadi, F. The effectiveness of positive psychology on the meaning of life of diabetic patients in Isfahan. Fifth National Conference on Psychology, Counseling and Social Work, Islamic Azad University, Khomeini Shahr Branch, 2016. (Persian)
4. Snoek FJ, Van-der-Ven NC, Twisk JW, Hogenelst MH, Tromp-Wever AM, Van der Ploeg HM. Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: longterm effects on HbA moderated by depression. *Diabetes Med*. 2005;25(4):1337-1342.
5. Damásio BF, Koller SH. Meaning in Life Questionnaire: Adaptation process and psychometric properties of the Brazilian version. *Rev Latinoam Psicol*. 2015;47(3):185-195.
6. Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *J Pers*. 2008;62(2):281-298.
7. Nasiri H, Jokar B. The Relationship between Life's Meaningfulness, Hope, Happiness, Life Satisfaction and Depression. *J Women Dev Politics*. 2008;2(6):157-176. (Persian)
8. Snyder C R, Harris C, Anderson J R, Hollern S A, Irving SA, Sigmon S. The will and the ways:

سازگاران با رویدادهای ناخوشایندی مانند بیماری‌های مزمن از طریق تمرکز بر ارزش‌های آن موقعیت، توانایی بیماران را بیشتر نموده و باعث می‌شود که پیوندهای تازه‌ای بین ایده‌ها ببینند، اطلاعات را سازمان دهند، یکپارچه سازند و راه‌حل‌های جدیدی را برای حل مشکل خلق کنند. به عبارتی دیگر، افزایش شفقت به خود باعث مراقبت بیشتر افراد از خود می‌گردد (۳۴). در خصوص درمان مثبت‌نگر نیز این یافته با مطالعات متعدد همسو است (۲۴ و ۳۷). خودمراقبتی به عنوان رفتارهای فرد در سازمان‌دهی موفقیت‌آمیز رفتار در جهت سلامت می‌باشد. روان‌درمانی مثبت از طریق ایجاد عواطف مثبت، افزایش اعتماد به نفس، شناخت و ارتقای توانمندی‌ها، پذیرای تجربه جدید بودن، احساس خوب و داشتن اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت در زندگی به افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران کمک می‌کند (۳۷).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبرو بوده است از جمله اینکه در این پژوهش مداخلات تنها بر روی زنان مبتلا به دیابت شهر بوشهر انجام شد و نمی‌توان آن را به معنای انجام مداخلات بر سایر نمونه‌ها (مردان) در نظر گرفت، بنابراین تعمیم نتایج به سایر افراد ممکن است با اشکال مواجه باشد. پیشنهاد می‌شود که پژوهشی با موضوع مشابه این پژوهش، تاثیر این مداخلات را بر روی سایر نمونه‌ها (مردان) و در سایر شهرهای کشور به منظور مقایسه با یافته‌های پژوهش حاضر ارزیابی کند تا قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به طور دقیق مشخص گردد. علاوه بر این پیگیری کوتاه‌مدت یک ماهه از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد در نتیجه پیشنهاد می‌شود که مطالعات پیگیری در دوره‌های طولانی (حداقل یک سال) دنبال شوند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی می‌توان گفت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، برای کاهش سطح بیماری و بهبود علائم روانشناختی ناشی از این بیماری، از دو شیوه روان‌درمانی شفقت به خود و مثبت‌نگر استفاده کنند و از این طریق موجب بهبود در معنای زندگی، امید به زندگی و رفتارهای

Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol.* 1991;60(40):570-585.

9. Ebadi N, Faghihi AN. Guidance at Positive Thinking and the Way it affects to Increase the Hope for Life in the Widows living in Ahwaz; with the Emphasis on the Qur'anic Teachings. 2010;3(2):61-74. (Persian)

10. MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in People with Long Term Health Problems: a Community Based Survey. *BMC Fam Pract J.* 20 June 2011;12(53).

11. olfatifar M, Karami M, Hosseini SM, Shokri P. Prevalence of Chronic Complications and Related Risk Factors of Diabetes in Patients Referred to the Diabetes Center of Hamedan Province. *Avicenna J Nurs Midwif Care.* 2017;25(2):69-74. (Persian)

12. Neff KD. The role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Hum Dev.* 2009;52(4):211-214.

13. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol.* 2014;53(1):6-41.

14. Irons C, Lad S. Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Austral Clin Psychol.* 2017;3(1).

15. Gilbert P. The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges. Constable-Robinson. 2009.

16. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *J Clin Psychol.* 2013;69(1):28-44.

17. Raes F. Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers Individ Diff.* 2010;48(6):757-761.

18. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self Identity.* 2010;9(3):225-40.

19. Tirch DD. Mindfulness as a context for the cultivation of compassion. *Int J Cogn Ther.* 2010;3(2):113-123.

20. Perez-Blasco J, Sales A, Meléndez JC, Mayordomo T. The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clin Gerontol.* 2016;39(2):90-103.

21. Lucre KM, Corten N. An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychol Psychother.* 2013;86(4):387-400.

22. Rashid T, Seligman MEP. Positive Psychotherapy. In D. Wedding & R. J. Corsini (Eds.), *Current Psychotherapies* (pp. 461-498). Belmont, CA: Cengage. 2013.

23. Seligman ME. *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being.* Simon and Schuster. 2012.

24. Ochoa C, Casellas-Grau A, Vives J, Font A,

Borràs JM. Positive psychotherapy for distressed cancer survivors: Posttraumatic growth facilitation reduces posttraumatic stress. *Int J Clin Health Psychol.* 2017;17(1):28-37.

25. Khodabakhsh R, Khosravi Z, Shahangian Sh. The effect of positive psychotherapy on depressive symptoms and behavioral abilities in cancer patients. *J Pos Psychol.* 2015;1(1):50-35. (Persian).

26. Saeedi Z, Bahrainians A, Ahmadi M. The effectiveness of group positivist psychotherapy on reducing depression, stress and death anxiety in cancer patients undergoing chemotherapy. *J Principles Ment Health.* 2016:552-547. (Persian).

27. Steger MF, Frazier P, Oishi S, Kaler M. The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *J Counsel Psychol.* 2006;53(1):80.

28. Misrabadi J, Jafarian S, Ostvar N. Structural and diagnostic validity of meaning in life questionnaire in students. *J Behav Sci.* 2013;7(1):83-90. (Persian)

29. piri, M., Homayouni Bakhshayes, N., Enayat, B. Structural Equation Modeling of the Relationship between the Strategies of Thought Control and Meaning in life and the Students' Academic Performance. *J Instruct Eval.* 2016;9(35):155-169. (Persian)

30. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. *Iran J Nurs.* 2013;25(80):24-33. (Persian)

31. Diedrich A, Grant M, Hofmann SG, Hiller W, Berking M. Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2014;58:43-51.

32. Johnson EA, O'Brien KA. Self-compassion soothes the savage ego-threat system: Effects on negative affect, shame, rumination, and depressive symptoms. *J Soc Clin Psychol.* 2013;32(9):939-963.

33. Allen AB, Leary MR. Self-Compassion, stress, and coping. *Soc Pers Psychol Compass.* 2010;4(2):107-18.

34. Neff KD, Hseih YP, Dejithirath K. Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *J Self Identit.* 2005;4(3):263-87.

35. Gilbert P. Introducing comp-assion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat.* 2009;15(3):199-208.

36. Afrooz G, Dalir M, Sadeghi M. The Effectiveness of Positive Psychotherapy on Body Image, Life Expectancy and Happiness in Women with Mastectomy Experience. *Q J Health Psychol.* 2018;6(24):180-195. (Persian).

37. Celano CM, Beale EE, Moore SV, Wexler DJ, Huffman JC. Positive psychological characteristics in diabetes: a review. *Curr Diabetes Rep.* 2013;13(6):917-929.