

Comparison of the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Positive Psychology with Well-being Approach on Alexithymia, Adaptive Behavior and Adherence to Treatment of Patients with Diabetes Type 2

Mahnaz Bahadori*

Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand**

Parviz Asgari***

Hasan Ahadi****

Leila Moradi*****

Introduction

Considering the adverse consequences of diabetes and the important role of psychological factors in controlling it, one of the main and basic ways to improve the quality of life of type 2 diabetic patients and control their diabetes is the proper and complete education of psychological issues to them. So, the purpose of the present study was to compare the effectiveness of compassion-focused therapy and positivist psychology with the well-being approach on alexithymia, adaptive behavior, and adherence to treatment of patients with type 2 diabetes.

Method

The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The sample size included 45 patients with type 2 diabetes who

* Ph.D. Student, Department of Psychology, Kish International branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

** Professor, Department of Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Corresponding Author: m.honarmand@scu.ac.ir

*** Professor, Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

**** Professor, Department of Psychology, Kish International branch, Islamic Azad University, Kish, Iran

***** Assistant Professor, Department of Internal Medicine, Diabetes Research Center, Health Research Institute, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

were selected by purposive sampling. Of these, 15 were assigned to the experimental group of compassion-focused therapy, 15 to the experimental group of positivist psychology with a well-being approach, and 15 to the control group by simple random sampling. To collect research data, the Toronto Alexithymia Scale (Bagby et al., 1994), the Psycho-social Adjustment with Illness Scale (Derogatis, 1990), and the Adherence Questionnaire (Modanloo, 2013) were used. The compassion-focused experimental group received 8 sessions of two-hour intervention and the experimental group of positive psychology with the well-being approach received 8 two-hour sessions, too. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used to analyze the data.

Results

The results showed that both therapeutic approaches in the post-test phase had a significant effect on alexithymia, adaptive behavior, and adherence to treatment of patients with type 2 diabetes ($p < 0.05$). There was no significant difference between the two intervention methods in each of the dependent variables.

Conclusion

Based on the findings, it can be said that the application of both therapeutic approaches is effective in reducing alexithymia and increasing the level of adaptive behavior as well as treatment adherence.

Keywords: Compassion focused therapy, Positivist psychology with well-being approach, Alexithymia, Adaptive behavior, Adherence to treatment

Author Contributions: Ms. Mahnaz Bahadori Daneshjoo 50%, Dr. Mahnaz Mehrabizadeh Artist First Supervisor 35%, Dr. Parviz Askari Second Supervisor 5%, Dr. Hassan Ahadi First Advisor 5%, Dr. Leila Moradi, Second Advisor 5 %.

Acknowledgments: While thanking the supervisors and consultants for their cooperation, I would like to thank Dr. Hashemi for compiling Chapter 4 and Dr. Kaab Omir for their help in resolving the problems of the article. I am also very grateful to the members who participated in the study, the statistical community, including dear diabetic patients, who were with me and provided the ground for the creation of this study.

Conflict of Interest: The implementation of this dissertation and research research did not conflict with any case, organizational dimension.

Funding: This article did not receive any financial support.

مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مهناز بهادری *

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند **

پرویز عسگری ***

حسن احدی ****

لیلا مرادی *****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. حجم نمونه شامل ۴۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. از این تعداد، ۱۵ نفر به گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت، ۱۵ نفر به گروه آزمایش روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی و ۱۵ نفر به گروه گواه به صورت تصادفی ساده گمارده شدند. جهت جمع‌آوری داده‌های پژوهش از مقیاس

* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی،

کیش، ایران

** استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران (نویسنده مسئول)

m.honarmand@scu.ac.ir

*** استاد گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

**** استاد گروه روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، کیش، ایران

***** استادیار گروه داخلی، مرکز تحقیقات دیابت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور،

اهواز، ایران

آلکسی تایما تورنتو، مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و پرسشنامه پیروی از درمان استفاده شد. گروه آزمایش درمان مبتنی بر شفقت ۸ جلسه مداخله دو ساعته و همچنین گروه آزمایش روان-شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی نیز ۸ جلسه دو ساعته دریافت کردند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج نشان داد هر دو رویکرد درمانی در مرحله پس‌آزمون بر ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر معنی‌داری داشته‌اند ($p < 0.05$). بین دو روش درمانی در هر یک از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد. براساس یافته‌ها می‌توان گفت بکارگیری هر دو رویکرد درمانی بر کاهش ناگویی هیجانی و افزایش سطح رفتار سازگارانه و نیز پیروی از درمان اثرگذار هستند.

کلید واژگان: درمان مبتنی بر شفقت، روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی، ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه، پیروی از درمان

مقدمه

انسان در طول عمر خود درگیر بیماری‌های حاد و مزمن زیادی بوده است. یکی از بیماری‌های مزمن و بسیار شایع که روز به روز بر تعداد و جمعیت آنان در تمام کشورها و ایران اضافه می‌شود، دیابت است (Jalilvand, Hekmatdoost & Sohrab, 2018). سازمان بهداشت جهانی انواع اصلی دیابت را در چهار دسته اصلی با عناوین: دیابت نوع ۱، دیابت نوع ۲، دیابت حاملگی و دیابت ثانویه بر دیگر حالات مشخص کرده است (World Health Organization, 1999; cited by Rahimian Bogar, 2009). در دیابت نوع ۲، عوامل زیادی از جمله ژنتیک، نوع رژیم غذایی، تاریخچه فامیلی، عوامل محیطی، مقاومت انسولینی^۱ و حتی اختلال در کارکرد سلول‌های بتای پانکراس می‌تواند عامل و سبب‌ساز باشد (Taghadosi, Mirbagher, Torabian & Sedaghati, 2014). این بیماری، طولانی‌مدت و غیرواگیر است و با مبتلا کردن فرد، باعث آسیب به ارگان‌های مختلف بدن وی می‌شود. از پیامدهای آن می‌توان به هزینه‌های بالای استفاده از سیستم بهداشتی-درمانی، میزان عوارض و مرگ و میر ناشی از بیماری، اشاره نمود (Zahednezhad, Poursharifi & Babapour, 2012). شیوع این بیماری به گونه‌ای است که انتظار می‌رود تا سال‌های آتی درصد بالایی از افراد به این بیماری مبتلا شوند (Vluggen, Hoving, Schaper & de Vries, 2018).

در ایران، تعداد مبتلایان به دیابت بیش از ۵ میلیون نفر می‌باشد (Tahery, Ghajari &

1- insulin resistance

(Shahbazi, 2018). متخصصان اعلام کرده‌اند که تا سال ۱۴۰۰ خورشیدی جمعیت مبتلایان به دیابت در ایران به بیش از ۱۲ میلیون نفر افزایش خواهد یافت (Feghhi, Saadatjoo & Dastjerdi, 2014). هرچند علوم پزشکی جهت درمان پیشرفت‌های چشمگیری داشته است، اما این بیماری نه تنها کاهش نیافته بلکه رو به افزایش نیز می‌باشد. بیماری دیابت می‌تواند با روش‌هایی مانند تشکیل انجمن‌های حمایتی، آموزش به بیماران مبتلا و ارائه خدمات دارویی و کنترل عوارض آن‌ها تا حدی تحت کنترل قرار گیرد. هرچند این روش‌ها در حال اجرا هستند اما آمار مبتلایان رو به ازدیاد می‌باشد (Feghhi et al., 2014). بیماری دیابت می‌تواند سبب ایجاد تنش در افراد شده و بر بسیاری عوامل از جمله تعادل عاطفی، هویت فرد، ابعاد روانی، احساس شایستگی، رضایت از خود، کارآمدی، تعاملات اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر بگذارد (Naderiravesh, Abed Saeedi, Besharat, Darvish Pourkhaki & Alavi Majd, 2014).

در بیماری‌های مزمن، از جمله دیابت خطرات و عوارض روان‌تنی^۱ ایجاد می‌شود که همین مسئله بر میزان تشدید و ماندگاری بیماری تأثیر بسزایی دارد. این بیماران علاوه بر مشکلات جسمی، در معرض مشکلات روان‌شناختی مرتبط با بیماری نیز قرار می‌گیرند (Baigan, Khoshkonesh, Habibi Askarabad & Fallahzade, 2016). پژوهشگران در مطالعات خود نشان داده‌اند افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ با هیجانانگ منفی همچون ترس، خشم و غم مواجه هستند. به همین دلیل با توجه به ارتباط هیجانانگ و حالات درونی دیابت، پردازش هیجانانگ نقش مهمی را در این زمینه ایفا می‌کند. ناگویی هیجانانگ^۲ که اختلال ویژه در پردازش هیجانانگ می‌باشد، در این بیماران به کاهش توانمندی در شناسایی و تشخیص و توصیف هیجانانگ اشاره دارد (Baigan et al., 2016; Besharat, 2013). افراد دیابتی مبتلا به ناگویی هیجانانگ، هیجانانگ بهنجار جسمی و روانی را بزرگ می‌کنند، تفسیرهای بد و اشتباهی از نشانه‌های انگیزختگی هیجانانگ در بدن دارند و درماندگی هیجانانگ را با شکایات بدنی نشان می‌دهند و حتی در مراحل درمانی به دنبال نشانه‌ها و آسیب‌های جسمی می‌گردند (Fekri, Isazadegan & Mikaeli, 2015) این متغیر به عنوان یک ریسک فاکتور^۳، همچنین یک پیش-

1- psychosomatic complications

2- alexithymia

3- risk factors

بینی‌کننده در بیماری دیابت شناخته شده است. مطالعات رابطه ناگویی هیجانی و دیابت را نشان داده است (Baigan et al., 2016). ناگویی هیجانی با مقابله ناسازگارانه، رفتار بیمارگونه و بروز اختلال در تنظیمات جسمی و روانی ارتباط دارد (Porcelli, Tulipani, Maiello, & Cilenti & Todarello, 2007).

در کنار ناتوانی در بیان هیجان‌ها، دستیابی به سلامتی در بیماری مزمن همچون دیابت، می‌تواند با برقراری سازگاری در ابعاد مختلف بیماری (جسمی و روانی) ایجاد شود. در کل، رفتار سازگارانه^۱ برای این‌گونه بیماران چنین تعریف می‌شود که فرد بتواند توانایی خود را در سازش یافتن با موقعیت‌های بدون نظارت و رهبری دیگران افزایش دهد (Fegghi et al., 2014). با این روش فرد قادر خواهد بود که با کمترین میزان اثرات هیجانی، اضطراب و استرس، با موقعیت سازش پیدا کند. به عبارتی رفتار سازگارانه رفتاری است که فرد را در ابعاد جسمی و روانی رشد می‌دهد و در بیماری مانند دیابت باعث ارتقاء خود‌مدیریتی^۲ و در نهایت باعث بهبود کیفیت زندگی در ابعاد مختلف بیمار می‌شود. سازگاری می‌تواند عامل مهمی در جهت جلب مشارکت بیمار در درمان و کمک‌دهنده در فرآیند تصمیم‌گیری‌های مراقبتی باشد (Fegghi et al., 2014). به دلیل رابطه مستقیم سازگاری روانی-اجتماعی با انجام رفتار خودمراقبتی، این مؤلفه یکی از مهم‌ترین متغیرهای علوم رفتاری در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت محسوب می‌شود (Micheal, 1996; cited by Samadzade, Poursharifi & Babapour, 2014). یکی از نتایج و اثرات مثبت و مطلوب رفتار سازگارانه در افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، پیروی از درمان^۳ و روند آن است.

بعضی از پژوهشگران به بررسی عوامل مؤثر بر پیروی از دستورات درمانی (Kavanagh, 1999; Gooley & Wilson, 1993; Peyrot, Mc Murry & Kruger, 1999) و عوامل مرتبط با تداوم و سازگاری با درمان دارویی دیابت از سوی بیمار (Guénette, Moisan, Breton, Sirois & Gregoire, 2013) و نیز اثربخشی مداخلات رفتاری بر میزان پیروی از درمان در بیماران دیابتی پرداخته‌اند (Oraki, Zare, Shirazi & Hasanzadeh Pashang, 2013). پیروی از درمان در حدود

1- adaptive behavior

2- self-management

3- adherence of treatment

چهار دهه، توجه پژوهشی بسیاری را به خود جلب کرده است (Davoudi, Mehrabizadeh, Honarmand, Shirvanian & Bagherian Sararodi, 2012). پیروی ضعیف اغلب عواقبی همچون تغییر در طرح درمان، تغییر یا تعدیل در مقدار داروی تجویز شده، آزمایشات اضافی و غیر ضروری و بستری شدن را به دنبال دارد که هر کدام از موارد گفته شده، درگیری‌های فکری و شناختی بیشتر و حتی افزایش هزینه مراقبت پزشکی را به همراه دارد (Alidoust, Ghahfarokhi, Makvand Hosseini, Kiyani Ersi & Moemeni, 2015). با توجه به اینکه در دیابت نوع ۲، بیش از ۹۵ درصد از فرآیند درمان توسط بیمار انجام می‌شود، عدم پیروی از درمان منجر به افزایش استفاده از خدمات بهداشتی، دارویی و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (Islam et al., 2014).

کاربرد روان‌درمانی در بیماری‌های طبی، می‌تواند کاهش نیاز به استفاده از خدمات پرهزینه پزشکی را به دنبال داشته و با بهبود سلامت روان بیماران، زمینه سلامت جسمی را نیز فراهم گردد. لذا طراحی و اجرای مداخله‌های مبتنی بر رویکردهای روان‌درمانی مفید و اثربخش می‌تواند در بیماری‌های طبی و مزمن از جمله دیابت نوع ۲ اهمیت داشته باشد (Hashemi Nazari, Bigdelli, Khodakarim & Brodati, 2016). از جدیدترین روان‌درمانی‌های رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت^۱ است که توسط Paul Gilbert بنا شده است و تلاش بر بهزیستی روانی، افزایش سازش یافتگی و بهبود زندگی افراد دارد (Peymannia, Hamid & Mhmudalilu, 2018). Gilbert این رویکرد را به عنوان فرآیندی چندوجهی با عناصر هیجانی، شناختی و انگیزشی توصیف می‌کند و بر تغییر و رشد همراه با ملایمت و مراقبت تأکید دارد (cited by Barghandan, Akbari, Khalatbari & Varaste, 2018). بیماران با این روش می‌آموزند که از هیجان‌ات یا احساسات دردناک خود دوری و حتی آنان را نیز سرکوب نکنند (Shiralinia, Cheldavi & Amanelahi, 2018). درمان متمرکز بر شفقت برای کار با افرادی شکل گرفت که مشکلات مزمن و پیچیده سلامت روان همراه با شرم و خودانتقادگری داشتند و اغلب پیشینه زندگی دشواری را تجربه کرده بودند (Gillbert, 2014; Shiralinia et al., 2018).

در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان افراد مبتلا به

1- Compassion-Focused Therapy (CFT)

مالتیپل اسکلروزیس^۱ (Salimi, Arsalandeh, Zaharakar, Davarniya & Shakarami, 2018)، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت از طریق افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مستمر بر احساسات درونی، به کاهش مشکلات روان‌شناختی و بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس می‌انجامد. Pinto-Gouveia, Duarte, Matos, and Fraguas (2014) ارتباط بین شفقت به خود و کیفیت زندگی را در بیماری‌های مزمن بررسی کردند و نتایج حاکی از ارتباط معنی‌دار میان این دو متغیر بود. Danucalov, Kozasa, Afonso, Gladuroz and Leite (2018) در پژوهشی به بررسی تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی خانواده‌های دارای بیماران آلزایمری پرداختند که نتایج درمان و همچنین نتایج پیگیری آن حاکی از اثربخشی این شیوه بوده است.

یکی دیگر از رویکردهای روان‌درمانی از میان روش‌های آموزش مثبت، روان‌شناسی مثبت‌گرا است که بر اساس مفاهیمی که Seligman از شادکامی و بهزیستی بیان نموده، ایجاد می‌شود. این رویکرد بر اساس فرضیه بررسی‌شده توسط Peterson است که تأکید می‌کند، روان‌شناسی باید همان‌گونه و به همان اندازه که با نقاط ضعف درگیر است، با نقاط قوت نیز درگیر باشد (Peterson, 2006). او بیان می‌کند که مهم‌ترین مفهوم ساختاری روان‌شناسی مثبت‌گرا^۲ بهباشی یا بهزیستی روان‌شناختی است. بهباشی درمانی^۳ برنامه‌ای درمانی اما کوتاه‌مدت است که مشکل - مدار، رهنمودی و سازمان‌یافته بر پایه‌های الگوی بهزیستی روان‌شناختی (Ryff, 1989) بر مبنای خاطره‌نویسی، خودنگری‌ها^۴ و تعاملات درمانجو و درمانگر برای افزایش بُعد بهزیستی درمانجو بکار می‌رود (Ruini & Fava, 2004). این الگو دارای شش بُعد تسلط محیطی، هدفمندی زندگی، خودپذیری، رشد شخصی، خودمختاری و داشتن روابط مثبت با دیگران است. هدف در این رویکرد ارتقاء کارکرد این ابعاد از سطح پایین به سطوح بالای آن است (Magyar-Moe, 2009, Translated by Barati Sadeh, 2012). پس از اطلاع‌یابی و حتی مهارت‌یابی درمانجویان از موارد بهباشی به آن‌ها کمک می‌شود که باورها و یا افکار مزاحم درباره تجربیات بهباشی آن‌ها و حتی احساسات مربوط به بهباشی را شناسایی کنند (Ruini & Fava, 2004). درمان با رویکرد بهباشی

1- Multiple Sclerosis(MS)

2- positive psychology

3- Well-Being Therapy

4- self-observations

شبهه درمان شناختی است با این تفاوت که خودنگری درمانجو از افکارش بیشتر بر پایه بهباشی است تا موارد ناراحت‌کننده و تنش‌زا (Ruini & Fava, 2004).

در پژوهش (Rahimi, Borjali and Sohrabi (2015) نشان داده شد که مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا، تاب‌آوری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش داده است. در پژوهشی با عنوان مروری بر تأثیر روان‌شناسی مثبت‌گرا بر نتایج دیابت، (Joyce, Hilliard, Cochrane and Hood (2012) نشان دادند مثبت بودن فرد و عوامل محیطی با نتایج بهبودی دیابت ارتباط دارد و تلاش برای بهبود باید در تمام ابعاد زندگی مورد توجه قرار بگیرد. در این پژوهش بیان شده است عملکرد بالینی ممکن است از طریق تلاش در جهت ارتقاء مثبت‌گرایی فرد و عوامل محیطی با هدف کاهش موانع و مدیریت و کنترل دیابت افزایش یابد. در پژوهش (Pietrowsky and Mikutta (2012، تحت عنوان اثربخشی مداخلات روان‌شناسی مثبت‌گرا بر افسردگی بیماران، دریافتند که مداخلات مثبت‌گرا بر کاهش علائم افسردگی و افزایش بهزیستی اثربخش است. (Khodabakhash, Khosravi and Shahangian (2015، پژوهشی برای بررسی تأثیر روان‌درمانی مثبت‌گرا بر روی بیماران مبتلا به سرطان انجام دادند و دریافتند که درمان مثبت‌گرا در کاهش افسردگی این افراد در مقایسه با گروه گواه تأثیر معنی‌داری دارد.

در مجموع، با عنایت و مد نظر قرار دادن آمار بالا و روز افزون در ابتلا به این بیماری و مشکلات ناشی از آن و عواقبی همچون گرایش به وخامت بیماری، ایجاد زخم، از دست دادن عضو، استفاده مداوم از دارو، آزمایشات پی‌درپی، هزینه‌های گزاف و مخصوصاً در شرایط پرخطر کرونا، لزوم شناسایی ابعاد روان‌شناختی و ارائه خدمات روان‌درمانی که قادر به پوشش موارد ذکر شده باشد، ضروری است. همچنین، با توجه به پیامدهای نامطلوب دیابت و نقش مهم عوامل روان‌شناختی در کنترل آن، یکی از راه‌های اصلی و اساسی جهت بالا بردن کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ و کنترل دیابت آن‌ها، آموزش صحیح و کامل مسائل روان‌شناختی به آنان می‌باشد (Afshar & Khorasani, 2018). با توجه به نتایج پژوهش‌ها و تحقیقات، اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در کنترل بیماری‌های جسمی مختلف مورد تأیید قرار گرفته است. لذا با توجه به این‌که تاکنون مقایسه اثربخشی مداخله درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر متغیرهایی همچون ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و

پیروی از درمان، در بیماران دیابتی نوع ۲ بکار برده نشده است و همچنین، بر اساس بررسی‌های به عمل آمده، پژوهشی که به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد درمانی که بر بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شده باشد یافت نشد، بنابراین، در پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته شده است. لذا با توجه به آنچه گفته شد مسئله اصلی پژوهش حاضر این است که آیا بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

روش پژوهش حاضر یک طرح نیمه آزمایشی بود که در آن سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه به کار گرفته شد. این طرح یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دیابتی نوع ۲ شهر اهواز بود. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ابتدا به بیمارستان و کلینیک‌های محل حضور و درمان این بیماران مراجعه شد. تعداد ۱۰۰ نفر که مایل به شرکت در دوره درمانی بودند انتخاب شدند، سپس با توجه به شرایط ورود تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه ۱۵ نفری تقسیم شدند. یک گروه به عنوان گروه مداخله‌پذیر با رویکرد شفقت درمانی، یک گروه مداخله‌پذیر با رویکرد روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی و گروه سوم به عنوان گروه گواه انتخاب شد. هر سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون جهت تکمیل پرسشنامه‌های مورد نظر شرکت کردند. پس از گردآوری داده‌ها، داده‌های دو نفر از شرکت‌کنندگان گروه گواه به دلیل مخدوش بودن (پرسشنامه‌ها) کنار گذاشته شد. گروه‌های آزمایشی در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای بطور مجزا از هر رویکرد، مورد مداخله رویکرد درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی قرار گرفتند.

معیارهای ورود به طرح عبارتند بودند از: داشتن بیماری دیابت نوع ۲، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۷۰ سال، سطح تحصیلات بالاتر از سیکل، علاقه‌مندی و داشتن انگیزه شرکت در پژوهش، داشتن سابقه حداقل ۶ ماه ابتلا به دیابت نوع ۲.

ابزارهای پژوهش

مقیاس آکسی تایمیا (ناگویی هیجانی) تورنتو^۱ (TAS-20): فرم اولیه مقیاس آکسی تایمیا ۲۶ ماده‌ای بود که در سال ۱۹۸۵ توسط Taylor, Ryan and Bagby ساخته شد و در سال ۱۹۹۴ توسط Bagby, Taylor and Parker تجدیدنظر و به فرم ۲۰ ماده‌ای تبدیل شد. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) می‌باشد. نحوه نمره‌گذاری مقیاس بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم» می‌باشد. در این مقیاس با جمع نمرات ۲۰ ماده، یک نمره کلی برای مقیاس ناگویی هیجانی به دست می‌آید. ماده‌های ۴، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره برای این مقیاس به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می‌باشد. Seo, Chung, Rim and Jeong (2009) با پژوهش بر روی نوجوانان ۱۲-۱۸ سال غیربالینی کره‌ای، پایایی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۷ گزارش نمودند. Lumley, Gustavson, Partridge and Labouvie-Vief (2005) جهت سنجش روایی سازه این مقیاس، آن را با آزمون هوش هیجانی^۲ Mayer et al. و نیز مقیاس راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار^۳ همبسته نمودند؛ نتایج به ترتیب، $r = -0/37$ و $r = -0/59$ = r به دست آمد که این ضرایب در سطح $p < 0/01$ معنی‌دار بودند. پایایی مقیاس آکسی تایمیا در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۱ محاسبه شد.

مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری^۴ (PAIS): مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری در سال ۱۹۹۰ توسط Leonard Derogatis جهت ارزیابی چگونگی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری مزمن طراحی شده است. این مقیاس شامل ۴۶ ماده و ۷ خرده‌مقیاس نگرش به بیماری (۸ ماده)، محیط کار (۶ ماده)، محیط خانواده (۸ ماده)، روابط جنسی (۶ ماده)، توسعه روابط فامیلی (۵ ماده) محیط اجتماعی (۶ ماده) و اختلالات روان‌شناختی (۷ ماده) می‌باشد. ماده‌ها بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای لیکرت از ۰ «اصلاً» تا ۳ «کاملاً» نمره‌گذاری می‌شوند. مقیاس مذکور توسط Fegghi et al. (2014) ترجمه

1- Toronto Alexithymia Scale
 2- Emotional Intelligence Test
 3- Emotional Approach Coping
 4- Psycho-social Adjustment with Illness Scale (PAIS)

شده است. پایایی این مقیاس در ۲۰ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر، با توجه شرایط شرکت‌کنندگان در طرح درمانی که شاید شاغل و یا متأهل باشند یا نباشند، دو خرده‌مقیاس محیط کار و روابط جنسی بکار برده نشد. پایایی مقیاس کل به روش آلفای کرونباخ، بدون این دو خرده‌مقیاس، ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه پیروی از درمان: پرسشنامه تبعیت از درمان، در سال ۲۰۱۳ توسط Modanloo (cited by Seyed Fatemi, Rafii, Hajizadeh & Modanloo, 2018)، در زمینه بیماران مزمن طراحی و روان‌سنجی شد. این پرسشنامه شامل ۴۰ ماده در حیطه‌های اهتمام در درمان (۹ ماده)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ ماده)، توانایی تطابق (۷ ماده)، تلفیق درمان با زندگی (۵ ماده)، چسبیدن به درمان (۴ ماده)، تعهد به درمان (۵ ماده) و تدبیر در اجرای درمان (۳ ماده) می‌باشد. پاسخ‌ها در این پرسشنامه، بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ «کاملاً مخالفم» تا ۵ «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شوند. در تحقیق Modanloo (2013, cited by Seyed Fatemi et al., 2018)، روایی صوری و محتوایی این ابزار توسط اساتید مورد تأیید قرار گرفت و پایایی پرسشنامه پیروی از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شد که مقدار ضریب همبستگی $r=0/875$ بود. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه تبعیت از درمان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، برابر ۰/۸۱ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش، ۴۵ نفر بر اساس شرایط ورود و رضایت حضور در جلسات درمان انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه درمان و یک گروه گواه) گمارده شدند. روی دو گروه آزمایش به‌طور مجزا، درمان متمرکز بر شفقت و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی هرکدام دو روز در هفته (مجموعاً ۸ جلسه)، هر جلسه ۲ ساعت انجام شد. در اولین جلسه آشنایی شرکت‌کنندگان، اهداف مربوط به جلسات، رابطه درمان‌جو و درمانگر شکل گرفت. محورهای کلی جلسات درمان هر یک از گروه‌های آزمایشی در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. محورهای کلی درمان متمرکز بر شفقت با توجه به شرایط

نمونه مورد نظر از کتاب (Gilbert (1951, Translated by Esbati & Feyzi, 2018) و محورهای درمان متمرکز بر روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی از کتاب Magyar-Moe (2009, Translated by Barati Sadeh, 2012) اقتباس شده است.

Table 1.
General axes of compassion sessions therapy based on Gilbert's Therapy Plan (1951, Translated by Esbati & Feyzi, 2018).

جلسه	محتوا
اول	آشنایی و برقراری ارتباط با بیماران، شرح چگونگی جلسات درمانی، مفهوم‌سازی آموزش خودشفقتی و درمان متمرکز بر شفقت، ماهیت شفقت و ارتباط با دید صحیح، تمرکز صحیح، نیت صحیح، اقدام صحیح و معیشت صحیح، تلاش صحیح، توجه و آگاهی صحیح، بررسی تفاوت رفتار نسبت به خود و چگونگی رفتار نسبت به کسی که او را دوست دارند، درک شفقت به خود، ارائه تکالیف.
دوم	مرور تکالیف، درک مفهوم ذهن آگاهی، تأثیر موارد آزاردهنده درونی و بیرونی، شرم، خود انتقادی، رابطه و تأثیر متقابل با مؤلفه‌های شفقت، ارائه تکالیف.
سوم	مرور تکالیف، چگونگی شفقت‌ورزی به دیگران، مثال‌ها و نمونه‌ها، آموزش و یادگیری، درونی‌سازی و درک سه مؤلفه اصلی شفقت: لحظه‌های دشوار و رنج‌آور (ذهن آگاهی)، رنج کشیدن در زندگی (اصول مشترک بشر)، با خود مهربان بودن (مهربانی و شفقت)، ارائه تکالیف.
چهارم	مرور تکالیف، توضیح خصوصیات شش‌گانه شفقت شامل: حساسیت، بهزیستی، همدلی، همدردی، غیرقضاوتی بودن، تحمل آشفتگی، تعریف فرد مشفق و ویژگی‌های او: خردمندی، قدرت، مهربانی، غیرقضاوتی، مسئولیت‌پذیری، یافتن جایگاه شفقت در خود، یادگیری بیان و ابراز احساسات و هیجانات و نگرانی‌ها، ارائه تکالیف.
پنجم	مرور تکالیف، آموزش کاربردی شفقت کلامی، عملی، مقطعی، پیوسته برای والدین، فرزندان، دوستان، همکاران، ادراک شفقت‌ورزی، توجه شفقت‌ورزی، استدلال شفقت‌ورزی، رفتار و تصویرپردازی شفقت‌ورزی، یادگیری صبر و تحمل، آموزش بهینه‌سازی و تطابق با حال و شرایط مطیع و مهربان بودن در مقابل خود، ارائه تکالیف.
ششم	مرور تکالیف، آموزش نوشتن نامه شفقت، مدیریت بر حال خود، ایفای نقش شفقت‌ورزی، بررسی و پیدا کردن لحن صدای مشفق، مطیع و مهربان بودن در مقابل دیگران، حرف شنوی و مهارت گفت و شنود صحیح مشفقانه و شفقت بر دیگران، مدیریت عواطف دشوار مثل خشم، عصبانیت، ارائه تکالیف.
هفتم	مرور تکالیف، درک و احساس تغییر در روابط فردی، بین فردی و فرا فردی، تنفس آرام و تسکین‌دهنده، آرام بخشی، تصویرسازی و رنگ‌آمیزی مشفقانه، ذهن سرگردان، کار بر روی مفهوم ترس و ترس از شفقت بر خود، حساسیت‌زدایی، دادن، شفقت زیر لحاف، تکنیک صندلی مشفق یا انتقادگر، ارائه تکالیف.
هشتم	مرور تکالیف، جمع‌بندی، مهارت‌یابی انجام امور و درک عواطف به روش مشفقانه، مرور تمرین‌ها، درک شادی و شاد زیستن، آموزش حفظ راهکارها و الگوهای شفقت و به کارگیری در مراحل درمان بیماری، تولید ایده‌های رفتاری مشفقانه، انجام هر روز یک اقدام مهربانانه برای خود، یادگیری، ثبت و یادداشت‌های خودمشفقی، تشکر و قدردانی از حضور بیماران.

Table 2.

General axes of positive psychology focused-therapy drawing on a wellbeing approach, adapted from Magyar-Moe (2009, Translated by Barati Sadeh, 2012)

جلسه	محتوا
اول	آشنایی با نوع درمان و ایجاد ارتباط درمانی با بیماران، چارچوب درمان، نقش درمانگر، معرفی روان‌شناسی مثبت‌گرا، مسئولیت‌های مراجعین، خوشنودی و رضایت از زندگی، نقش فقدان هیجان‌ات مثبت، افسردگی، استفاده از سلطه‌های محیطی، نوشتن توانمندی‌های خود و ارائه تکالیف.
دوم	مرور تکالیف، ارائه توانمندی‌های خود و بحث و گفتگو درباره آن‌ها، صحبت درباره بهباشی و سلامت روان، فضیلت‌های اخلاقی، استفاده جدید و متفاوت از این توانمندی‌ها، رشد شخصیتی، پاک کردن احساس یأس و ناامیدی و ایجاد احساس پیشرفت و بهبودی، تعهد به توانمندی در ارتباط به سه مسیر منتهی به شادکامی: لذت، تعهد، معنا، ارائه تکالیف.
سوم	مرور تکالیف، نقش هیجان‌ات مثبت در بهباشی، شادی و نشاط، استفاده از ذکر و بیان و برشمردن نعمات و امور خوب در زندگی به عنوان مصادیق مثبت، هدفمند بودن زندگی، داشتن باورها و اعتقاداتی که به او نوعی حس هدفمندی در زندگی می‌دهد، اهداف و آرزوها و ارائه تکالیف.
چهارم	مرور تکالیف، بررسی نقش خاطرات خوب و بد و نقش آن‌ها در حفظ یا پاک کردن علائم افسردگی، بررسی نقش خشم، خودپذیری، نگرش مثبت به خود، آموزش خودمختاری، احساس مثبت نسبت به گذشته، درمانجو خودراهبری و استقلال را در برابر فشارهای اجتماعی مانند نوعی مقاومت می‌آموزد، رفتارارش را از درون تنظیم می‌کند، ارائه تکالیف.
پنجم	مرور تکالیف، درک مفهوم بخشش و آموزش اینکه بخشش می‌تواند خشم و خشونت را به احساس خشی و حتی مثبت تبدیل کند، آموزش فنون تشکر و قدردانی، نوشتن نامه تشکر و ارائه تکالیف.
ششم	مرور تکالیف، آموزش و بررسی روابط مثبت اجتماعی و شادکامی از زندگی، شناسایی توانمندی‌های خاص دیگر افراد و معنادگی به آن‌ها، توجه به آسایش و رفاه دیگران، معاملات عاطفی بین انسان‌ها را می‌شناسند و یاد می‌گیرند، ارائه تکالیف.
هفتم	مرور تکالیف، لذت همراه با آگاهی از لذت، ایجاد عمدی آن، اهمیت شناسایی توانمندی‌های اعضای خانواده، لذت کار با تأمل و طمأنینه و پرهیز از شتاب، آشنایی با پایدار کردن لذت، ارائه تکالیف.
هشتم	مرور تکالیف، مروری بر کل جلسات و جمع‌بندی، مفهوم زندگی کامل و مثبت‌گرا که لذت، تعهد و معنا را شکل می‌دهد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۳ شرکت‌کننده بود که میانگین سن گروه آزمایش ۱ (درمان متمرکز بر شفقت)، گروه آزمایش ۲ (درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا)، گروه گواه و کل نمونه به ترتیب ۵۲/۲۷، ۵۲/۸، ۵۱/۲۳ و ۵۲/۱ به دست آمد. یافته‌های مربوط به سایر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آن‌ها در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۴، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته بر حسب عضویت گروهی و مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشان می‌دهد.

Table 3.
Demographic characteristics of the participants

Variable	Marital Status		Sex		Education					
	Single	Married	Male	Female	Middle school	Diploma	Associate	Bachelor	Master	
Experimental 1	Frequency	1	14	7	8	5	4	2	4	0
	Percent	6.7	93.3	46.7	53.3	33.3	26.7	13.3	26.7	0.0
Experimental 2	Frequency	2	13	5	10	1	9	0	4	1
	Percent	13.3	86.7	33.3	66.7	6.7	60.0	0.0	26.6	6.7
Control	Frequency	1	12	6	7	6	6	0	1	0
	Percent	7.7	92.3	46.2	53.8	46.2	46.2	0.0	7.6	0.0

Table 4.
Mean and standard deviation dependent variables

Dependent Variables	Group	Pre-test		Post-test	
		Mean	SD	Mean	SD
Alexithymia	Experimental 1	62.40	6.46	53.66	8.67
	Experimental 2	61.46	9.62	53.40	10.66
	Control	57.23	8.35	58.76	9.38
Adaptive Behavior	Experimental 1	117.06	14.62	122.33	16.14
	Experimental 2	109.80	14.91	115.33	15.40
	Control	114.15	20.09	108.46	13.34
Adherence of Treatment	Experimental 1	147.60	13.80	159.86	9.83
	Experimental 2	155.73	14	164.06	12.21
	Control	154.38	11.99	150.76	14.50

با توجه به نتایج جدول ۴، میانگین نمرات ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان آزمودنی‌های گروه درمان متمرکز بر شفقت و گروه درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بیشتر از گروه گواه است.

در رابطه با پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. به‌منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع هر سه متغیر ناگویی هیجانی، رفتار

سازگاران و پیروی از درمان در هیچ یک از مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه معنی‌دار نمی‌باشد ($p > 0/05$). لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات، نرمال می‌باشد و نمی‌تواند نتایج مداخله را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به عدم معنی‌داری آماره این آزمون برای هر سه متغیر وابسته ($p > 0/05$)، پیش‌فرض برابری واریانس‌های گروه‌های آزمایش و گواه تأیید شد. در رابطه با مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون، نتایج تعامل F گروه \times پیش‌آزمون ناگویی هیجانی نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون ناگویی هیجانی در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه معنی‌دار نیست ($F=1/030, p=0/389$). همچنین نتایج تعامل F گروه \times پیش‌آزمون رفتار سازگاران نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون رفتار سازگاران در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه معنی‌دار نیست ($F=2/837, p=0/07$). در نهایت، نتایج تعامل F گروه \times پیش‌آزمون پیروی از درمان نشان داد شیب‌های رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیروی از درمان در گروه‌های آزمایشی و گروه گواه نیز معنی‌دار نیست ($F=2/116, p=0/113$). با توجه به این‌که پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس رعایت شده است، استفاده از این آزمون برای تجزیه و تحلیل داده‌ها بلامانع می‌باشد. جدول ۵ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری را نشان می‌دهد.

Table 5.
Results of MANCOVA on mean scores of dependent variables

test	Value	F	Hypothesis df	Error df	Significant Level
Pillai's Trace	0.43	3.30	6	72	0.006
Wilks' Lambda	0.57	3.76	6	70	0.003
Hotelling's Trace	0.74	4.21	6	68	0.001
Roy's Largest Root	0.74	8.82	3	36	0.000

همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ آماری معنی‌دار هستند. بنابراین گروه‌های آزمایش و گواه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون دارای تفاوت معنی‌دار می‌باشند. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک تک متغیرهای وابسته، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۶ نشان داده شده است.

Table 6.
Results of ANCOVA on mean scores of dependent variables

Dependent Variable	Source	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Significant Level	Partial Eta Squared
Alexithymia	Group	602/90	2	301/45	5/30	0/009	0/22
	Error	2104/27	37	56/87			
Adaptive Behavior	Group	991/85	2	495/93	5/10	0/011	0/22
	Error	3595/15	37	97/17			
Adherence of Treatment	Group	1528/54	2	764/27	8/75	0/001	0/32
	Error	3230/88	37	87/32			

با توجه به نتایج جدول ۶، نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات ناگویی هیجانی در مرحله پس‌آزمون و بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش-آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$). میزان اندازه تأثیر نشان می‌دهد که ۲۲٪ تفاوت نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی ناشی از عضویت گروهی می‌باشد. در رابطه با متغیر رفتار سازگارانه، تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده سه گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0/05$). به عبارتی می‌توان گفت که عضویت گروهی ۲۲ درصد از تغییرات مربوط به رفتار سازگارانه را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. همچنین، با توجه به معنی‌داری F مربوط به متغیر پیروی از درمان ($p < 0/05$), بین گروه‌های درمان متمرکز بر شفقت، درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی و گروه گواه در این متغیر تفاوت معنی‌داری دیده می‌شود. میزان تأثیر نشان می‌دهد که ۳۲ درصد تفاوت نمرات پس‌آزمون پیروی از درمان ناشی از عضویت گروهی می‌باشد.

به منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدام یک از گروه‌های سه‌گانه در هر یک از متغیرهای وابسته ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی پُرفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ مشاهده می‌شود.

بر اساس نتایج جدول ۷، بین میانگین گروه درمان متمرکز بر شفقت و میانگین گروه درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی در ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان، تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). بنابراین، بین اثربخشی رویکرد متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا از لحاظ ناگویی هیجانی، رفتار سازگارانه و پیروی از درمان در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

Table 7.

Bonferroni post hoc test to compare the adjusted means of alexithymia, adaptive behavior and adherence of treatment in experimental and control groups

Dependent Variable	(I) group	(J) group	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig
Alexithymia	Experimental 1	Experimental 2	-0.106	3.045	1.000
		control	-8.585	3.090	0.026
	Experimental 2	Experimental 1	0.106	3.045	1.000
		control	-8.480	2.973	0.021
	control	Experimental 1	8.585	3.090	0.026
		Experimental 2	8.480	2.973	0.021
Adaptive Behavior	Experimental 1	Experimental 2	0.392	3.980	1.000
		control	11.145	4.038	0.027
	Experimental 2	Experimental 1	-0.392	3.980	1.000
		control	10.753	3.887	0.026
	control	Experimental 1	-11.145	4.038	0.027
		Experimental 2	-10.753	3.887	0.026
Adherence of Treatment	Experimental 1	Experimental 2	2.589	3.773	1.000
		control	14.790	3.828	0.001
	Experimental 2	Experimental 1	-2.589	3.773	1.000
		control	12.200	3.684	0.006
	control	Experimental 1	-14.790	3.828	.001
		Experimental 2	-12.200	3.684	.006

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر ناگویی هیجانی، رفتار ناسازگارانه و پیروی از درمان افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد، به طوری که درمان متمرکز بر شفقت باعث کاهش ناگویی هیجانی شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های Fares, Bader and (2019), Ibrahim (2019), Barghandan et al. (2018), Shiralinia et al. (2018) و Dubey and Pandey (2013) همسو است. در تبیین چرایی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر ناگویی هیجانی در بیماران دیابتی نوع ۲ در مقایسه با گروه گواه در این پژوهش می‌توان گفت در شفقت‌درمانی با بکارگیری مؤلفه‌هایی از شفقت مثل استدلال مشفقانه برای یافتن دلیل یا دلایل موجه برای هر اتفاق، بکارگیری لحن مشفقانه به جای پرخاشگری یا خشم، جلوگیری از ذهن

سرگردان که نشخوار ذهن و فکر را سبب می‌شود و تجربه‌های حسی مشفقانه، به بیماران آموزش داده شد تا تحمل پریشانی و انگیزه مراقبت و بهزیستی را در خود تقویت و با عدم مجال به مغز جدید، عملکرد ناگویی هیجانی را در خود به سوی مسیر همدردی، همدلی و حساسیت به رنج، تغییر و در نتیجه میزان آن و اثرات منفی آن را در خود کاهش دهند. شخصی که با خود مهربان است مشکلات زندگی و بیماری را برای خود تبدیل به چالش می‌کند، یاد می‌گیرد که چگونه هیجان‌ات انکارناپذیر را به صورت متعادل برون‌ریزی کند، و بر نظم ترشحات هورمونی که رفتار را رقم می‌زنند، حاکمیت کند.

نتایج پژوهش نشان داد درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی بر ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تأثیر دارد، به طوریکه درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی باعث کاهش ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Sardary and Khalili (2019)، Khodabakhash et al. (2015)، و Moeenizadeh and Salagame (2010) همسو بود. (Sardary and Khalili (2019) در پژوهش خود مطرح کردند که مداخله مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا درمان مؤثری برای بهبود مشکلات نظم‌جویی هیجان در جوانان با نشانه اختلال خوردن بود. (Moeenizadeh and Salagame (2010) نیز در پژوهش خود بیان کردند که روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی با تقویت ایدئولوژی و تفکر بیماران افسرده و تأکید بر بهبود نقاط قوت و دارایی‌ها، تغییر ناامیدی، خودپنداره منفی و بی‌ارزشی به درک درست احساس معنا در زندگی، معناجویی، و تسلط تبدیل کرده و میزان افسردگی آزمودنی‌ها را کاهش داده است. بنابراین، می‌توان گفت با بکارگیری روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی، به افراد مهارت‌هایی آموزش داده می‌شود که بتوانند توانایی‌ها و شایستگی‌های خود را ارتقاء و پرورش دهند و به آن‌ها لقاء می‌شود که وجود نقاط قوت انکارناپذیر هر فرد به اندازه ضعف‌هایش اهمیت دارند (Dowlatabadi et al., 2016). همچنین، با استفاده از کاربرد و آموزش نوشتن و ثبت توانمندی‌های خود، بحث و گفت و گو و پر رنگ کردن آن‌ها، قدمی در جایگزینی هیجان‌ات مثبت بر هیجان‌ات منفی برداشته می‌شود که این امر می‌تواند بر کاهش ناگویی هیجانی در افراد شرکت‌کننده تأثیر داشته باشد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی رویکرد متمرکز بر شفقت و درمان روان

شناسی مثبت‌گرا از لحاظ ناگویی هیجانی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اگرچه، هر دو رویکرد به تنهایی (در مقایسه با گروه گواه) اثربخشی مثبت و یکسانی بر ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ داشتند، با توجه به پیشینه نگاشته و مطالعه‌شده، ملاحظه می‌شود که در درمان متمرکز بر شفقت تأکید بر راهبردهای تکمیل و ترمیم هیجان محوری است (Fares et al., 2019)، و روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی نیز با تقویت تفکر، باورها و اندیشه‌ها، تجزیه و تحلیل مثبت‌گرایانه و کندوکاو جهت یافتن ابعاد مثبت و درک صحیح احساسات و بالقوه کردن تمام افعال مثبت وجودی فرد است (Khodabakhsh et al., 2015). لذا نظر به این‌که بیمار با هر نوع بیماری علاوه بر مراقبت و درمان پزشکی نیاز به مراقبت‌های روان‌شناختی نیز دارد و وجود هیجان به عنوان یک صفت در موجود زنده انکارناپذیر است، پس هدف نهایی در هر دو مداخله، شکل‌گیری نگرش مشفقانه به ابعاد مختلف زندگی از جمله بیماری و درونی کردن افکار و عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش است (Gilbert, 2014)، که در نتیجه هر دو رویکرد به یک میزان بر کاهش ناگویی هیجانی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اثر داشته است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان متمرکز بر شفقت، رفتار سازگارانه افراد دیابتی نوع ۲ را افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های Taher-Karami, Hossieni and Dasht-Bozorgi (2018)، Barghandan et al. (2018)، و Samadzade et al. (2014) همخوان است. Barghandan et al. (2018) در تبیین چرایی اثرگذاری شفقت‌درمانی بیان کردند که این رویکرد به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد کمک می‌کند و آن‌ها را از اسیر شدن در چنگ افکار و رفتار ناکارآمد نجات می‌دهد. به کارگیری نگرش مشفقانه، پیوند احساس را میان فرد و دیگران ایجاد می‌کند و این امر باعث ایجاد رضایت بیشتر در زندگی و گرایش به مثبت‌اندیشی می‌شود. Taher-Karami et al. (2018) بیان کردند که درمان متمرکز بر شفقت، از طریق تغییر در نگرش‌ها و باورها منجر به افزایش امیدواری، پذیرش خود واقعی و افزایش تاب‌آوری در برابر مشکلات و در نتیجه توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز بیشتر در این بیماران شدند. لذا استفاده از آموزش مبتنی بر شفقت در بهبودی ابعاد روان‌شناختی اثرگذار بوده است. با نظر به الگوی زیستی سازگاری با بیماری، تهدید حیات در بیماری مزمن ایجاد تنش می‌کند و این تهدید ابعاد روانی-اجتماعی، رضایت از خود، کارآمدی و حتی تعادل عاطفی فرد را

تحت الشعاع قرار می‌دهد که نیاز به پذیرش و اقدام به سازگاری در آن لازم به نظر می‌رسد (Naderiravesh et al., 2014). با توجه به خصوصیات لازم سازگاری از جمله اعمال روش‌های سازگاری مخصوص به خود، پذیرش خود و شرایط محیط پیرامون خود، در رویکرد شفقت درمانی به بیمار یاد داده می‌شود که درباب بیماری می‌تواند قسمتی از زندگی او باشد نه همه زندگی‌اش و از بقیه ابعاد زندگی مثل محیط کار و شغل، محیط خانواده و روابط زناشویی، فرزندپروری، روابط اجتماعی، توسعه روابط فامیلی، تفریحات و سرگرمی‌ها، و ... غافل نماند. سازگاری زیر لوای شفقت باعث دیدن دقیق و صحیح، درک کردن عمیق، تحمل و بردباری نتیجه‌بخش و قابلیت انعطاف می‌شود و این می‌تواند مقاومت سخت‌تر، مواجهه پایدارتر و بقای بیشتر را برای فرد رقم بزند.

همچنین پژوهش حاضر نشان داد درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهیاشی، رفتار سازگارانۀ بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش Javanmard, Rajaei, and Khosropour (2019) همسو است. Javanmard et al. (2019) در پژوهش خود که به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌گرا به شیوه گروهی بر سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی دانش‌آموزان پسر ناسازگار می‌پرداخت، این‌گونه بیان کردند که ویژگی‌های شخصیتی و هوش مثبت‌نگر می‌تواند سازگاری را در جهت احساس معنادهی به زندگی، داشتن اهداف مثبت و رضایتمندی هدایت کند. آموزش بخشش بصورت کاربردی، شکرگزاری با نوشتار و حداقل از خداوند، همدلی و اعمال محبت‌آمیز در حین برگزاری جلسات از جمله مهارت‌هایی بودند که در کاهش میزان ناسازگاری سودمند واقع شدند. در تبیین اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌توان گفت، این رویکرد نقش مثبت و سازنده‌ای بر افکار بیماران دارد. با توجه به اینکه مسیر فکر از طریق هیجان اتفاق می‌افتد، افزایش حس یا احساس مثبت برای این بیماران ارتقاء معنای زندگی را بدنبال دارد و همین امر باعث تقویت و افزایش توانایی سازگاری آنان برای مواجهه با مشکلات جسمی- روانی می‌شود. بیماران به این باور می‌رسند به جای اینکه تحت تأثیر شرایط غیر قابل کنترل محیط قرار بگیرند، می‌توان با راهکارهای اثرگذار از این روش درمانی موقعیت را تحت تأثیر خود قرار داد. طبق کاربرد مؤلفه توانمندی در این رویکرد، بیمار نقش محافظتی را می‌آموزد و در کنار این مهارت، مهار هیجانانش، تنیدگی او را کاهش داده و در نتیجه، عواقب مخرب‌گونه استرس بر سلامت جسم

و روان خود را کم یا از بین می‌برد.

در رابطه با مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی از لحاظ رفتار سازگارانه در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری در این دو روش درمانی وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف نهایی هر درمانی دستیابی به سازگاری است؛ برای دستیابی به سازگاری ممکن است از ترفندها و راهکارهای متفاوت استفاده شود. برخی از درمان‌ها برای تحقق این هدف بر روی عوامل شناختی، برخی دیگر بر روی عوامل هیجانی، عاطفی و بعضی دیگر بر روی عوامل روانی-اجتماعی-زیستی کار می‌کنند. بنابراین دور از انتظار نیست که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی از لحاظ رفتار سازگارانه تفاوت معنی‌داری مشاهده نشود.

در نهایت، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی، پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را افزایش می‌دهند. این یافته با نتایج پژوهش‌های (Taher-Karami et al., 2018)، (Islam et al., 2014) و (Zahednezhad et al., 2012) همسو است. (Taher-Karami et al., 2018) در تبیین چرایی اثربخش بودن درمان متمرکز بر شفقت در پژوهش خود ابراز داشتند با توجه به اینکه شفقت-درمانی در بیماران در وحله اول انگیزه ایجاد مهربانی با خود را سبب می‌شود و در ادامه درک در هنگام ناکامی و یا عدم کفایت را با استدلال‌های مشفقانه حل و فصل می‌کند، لذا با ایجاد حس نیاز به عشق و مراقبت از خود برای به دست گرفتن کنترل درونی مسیر درمان خود، تمایل نشان می‌دهند. (Zahednezhad et al., 2012) نیز در پژوهش خود تأثیر مؤلفه‌هایی مانند رابطه پزشک-بیمار، کانون کنترل سلامت و خطای حافظه را عامل اثرگذاری بر پیروی از درمان بیان کرده‌اند. آن‌ها پذیرش و تعهد به مسائل، مشکلات و اتفاقات را عامل تغییر و ارتقاء این مؤلفه (پیروی از درمان) می‌دانند. با این حال، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهباشی از لحاظ پیروی از درمان در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. پیروی از درمان یکی از عوامل مهم و حائز اهمیت در نتیجه بخشی درمان‌های دارویی پزشکی، روان‌شناختی و بهبود بیمار است (Eicher et al., 2019). با توجه به تفاوت‌های عملکردی در دو رویکرد بکار

گرفته شده در این پژوهش، اما در یک نقطه مشترک بیماران دریافتند آنچه سهم مضاعفی در بهبود روند درمان‌شان مستقیماً اثرگذاری دارد، خودکنترلی است. با پی بردن به همین خصوصیت، اقدام به تحول می‌کنند و این امر در مسیر اصلی تغییر، ارتقاء بخش منبع کنترل درونی یا مدیریت کنترل او می‌شود. تقویت و بکارگیری پیروی از درمان نقش اساسی را در پایداری در مسیر درمان و بهبودی به عهده دارد. بازتاب این راهبرد در بیماران دیابتی نوع ۲ این پژوهش اثربخش بودن هر دو رویکرد بر میزان پیروی از درمان به صورت مثبت و یکسان نشان داده شده است.

در مجموع، و با توجه به نتایج پژوهش حاضر، بکارگیری درمان متمرکز بر شفقت و درمان روان‌شناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهیاشی بر کاهش ناگویی هیجانی و افزایش سطح رفتار سازگارانه و نیز پیروی از درمان اثرگذار هستند. بر این اساس، پیشنهاد می‌گردد از هر دو رویکرد درمانی جهت کمک به بهبود ابعاد و مؤلفه‌های روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع ۲ و حتی در دیگر بیماری‌های مزمن استفاده شود. آموزش به این بیماران در کلیه ابعاد روان‌درمانی مفید و اثربخش خواهد بود. همچنین پیشنهاد می‌شود رسانه‌ها (شبکه سلامت)، شبکه‌های اجتماعی و اطلاع‌رسان پرمخاطب، در زمینه آموزش خانواده‌ها و افراد دارای بیماری‌های مزمن مثل دیابت، گام بردارند. در نهایت، پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها، مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی، گروه درمانی‌ها از این روش‌ها برای بهبود افرادی که این رویکردها لازمه بهبودشان را فراهم می‌کند، استفاده نمایند.

پژوهش حاضر همانند سایر پژوهش‌ها، محدودیت‌هایی را با خود به همراه داشت. با شیوع ویروس کرونا شرکت در کلاس‌ها محدودیت حضور را رقم زد که اجباراً ادامه برگزاری کلاس‌ها را به صورت مجازی تدارک و مداخلات آموزشی جامع به تعداد جلسات و ساعات لازم برگزار گردید. همچنین، این پژوهش محدود به بیماران دیابتی نوع ۲ شهر اهواز بود که تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد. در نهایت، در این پژوهش برای بدست آوردن داده‌ها، از سنجش پرسشنامه‌ای استفاده شد که گمان می‌رود حالت خودگزارش‌دهی افراد و ابهام در برخی سؤالات از دید آزمودنی‌ها، بر میزان اصالت داده‌ها اثرگذار باشد.

سهم مشارکت نویسندگان: خانم مهناز بهادری دانشجوی ۵۰٪، خانم دکتر مهناز مهربانی زاده هنرمند استاد راهنما اول ۳۵٪، آقای دکتر پرویز عسکری استاد راهنمای دوم ۵٪، آقای دکتر حسن احدی مشاور اول ۵٪، خانم دکتر لیلا مرادی، مشاور دوم ۵٪.

سپاسگزاری: ضمن تشکر از همکاری اساتید راهنما و مشاور، از جناب آقای دکتر هاشمی جهت تدوین فصل ۴ و سرکار خانم دکتر کعب عمیر که در رفع اشکالات مقاله همیاری داشتند کمال سپاس و تشکر را دارم. همچنین از اعضای شرکت کننده در پژوهش، جامعه آماری شامل بیماران دیابتی عزیز نیز که با بنده هم پا بودند و زمینه اسجاد این تحقیق را فراهم نمودند بسیار سپاسگزارم.

تضاد منافع: اجرای این پایان نامه و تحقیق پژوهشی با هیچ مورد، ابعاد یا سازمانی تعارض منافع نداشت.

منابع مالی: این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

References

- Afshar, M., & Khorasani, L. (2018). The effect of group discussion on the quality of life and HbA1C in patients with type II diabetes. *Journal of Diabetes Nursing*, 6(3), 508-516. [Persian]
- Alidoust Ghahfarokhi, F., Makvand Hosseini, S., Kiyani Ersi, F., & Moemeni, A. (2015). Effectiveness of motivational interviewing on treatment adherence in dialysis patients in Hajar hospital of Shahrekord, 2013. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 17(4), 17-24. [Persian]
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychology Research*, 38, 33-40.
- Baigan, K., Khoshkonesh, A., Habibi Askarabad, M., & Fallahzade, H. (2016). Effectiveness of dialectical behavioral group therapy in alexithymia, stress, and diabetes symptoms among type 2 diabetes patients. *Journal of Diabetes Nursing*, 4(3), 8-18. [Persian]
- Barghandan, S., Akbari, B., Khalatbari, J., & Varaste, A. (2018). Comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion focused therapy on quality of life among female adolescents with high-risk behaviors. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 26(3), 158-168. [Persian]

- Besharat, M. (2013). Mediation effect of self-regulation on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Journal of Psychological Achievements*, 20(2), 19-38. [Persian]
- Danucalov, A. D., Kozasa, E., Afonso, R., Galduroz, J., & Leite J. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers of Alzheimer's disease patients: A randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85-91.
- Davoudi, I., Mehrabizadeh Honarmand, M., Shirvanian, E., & Bagherian Sararodi, R. (2012). Investigating psychological variables as predictors of treatment adherence and quality of life in hemodialysis patients. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(1), 294-305. [Persian]
- Derogatis, L. R. (1986). The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*, 30(1), 77-91.
- Dowlatabadi, M. M., Ahmadi, S. M., Sorbi, M. H., Beiki, O., Razavi, T. K., & Bidaki, R. (2016). The effectiveness of group positive psychotherapy on depression and happiness in breast cancer patients: A randomized controlled trial. *Electronic Physician*, 8(3), 2175.
- Dubey, A., & Pandey, R. (2013). Mental health problems in alexithymia: Role of positive and negative emotional experiences. *Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 20(2), 128-136.
- Eicher, L., Knop, M., Aszodi, N., Senner, S., French, L. E., & Wollenberg, A. (2019). A systematic review of factors influencing treatment adherence in chronic inflammatory skin disease—strategies for optimizing treatment outcome. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(12), 2253-2263.
- Fares, C., Bader, R., & Ibrahim, J. N. (2019). Impact of alexithymia on glycemic control among Lebanese adults with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 18(1), 191-198.
- Fegghi, H., Saadatjoo, A., & Dastjerdi, R. (2014). Psychosocial adaptation in patients with type 2 diabetes referring to Diabetes Research Center of Birjand in 2013. *Modern Care Journal*, 10(4), 249-256. [Persian]
- Fekri, A., Isazadegan, A., & Mikaeli, F. (2015). Comparison of cognitive emotion regulation strategies and alexithymia in individuals with and without essential hypertension. *Contemporary Psychology*, 10(1), 85-94. [Persian]
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Guénette, L., Moisan, J., Breton, M. C., Sirois, C., & Grégoire, J. P. (2013). Difficulty adhering to antidiabetic treatment: factors associated with persistence and compliance. *Diabetes & Metabolism*, 39(3), 250-257.
- Hashemi Nazari, S. S., Bigdelli, M. A., Khodakarim, S., & Brodati, H. (2016). Estimating the effect of direct and indirect factors on glycemic

- control in type II diabetic patients by path analysis. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 15(6), 351-361. [Persian]
- Islam, S. M. S., Lechner, A., Ferrari, U., Froeschl, G., Alam, D. S., Holle, R., & Niessen, L. W. (2014). Mobile phone intervention for increasing adherence to treatment for type 2 diabetes in an urban area of Bangladesh: Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 14(1), 1-9.
- Jalilvand, A., Hekmatdoost, A., & Sohrab, G. (2018). Effects of low fructose diet on Glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(164), 41-52. [Persian]
- Javanmard, J., Rajae, A., & Khosropour, F. (2019). Effectiveness of group intervention based on positive therapy on improving the consistency of first-level high school students. *Quarterly of Applied Psychology*, 13(2), 209-227. [Persian]
- Joyce, P., Hilliard, M., Cochrane, K., & Hood, K. K. (2012). The impact of positive psychology on diabetes outcomes: A review. *Psychology*, 3(12), 1116-1124.
- Kavanagh, D. J., Gooley, S., & Wilson, P. H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal of Behavioral Medicine*, 16(5), 509-522.
- Khodabakhsh, R., Khosravi, Z., & Shahangian, S. (2015). Effect of positive psychotherapy in depression symptoms and character strengths in cancer affected patients. *Positive Psychology*, 1(1), 35-50. [Persian]
- Lumley, M. A., Gustavson, B. J., Partridge, R. T., & Labouvie-Vief, G. (2005). Assessing alexithymia and related emotional ability constructs using multiple methods: interrelationships among measures. *Emotion*, 5, 329-342.
- Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions*. Translated by Barati Sadeh (2012). Tehran: Rooshd Publications.
- Moenizadeh, M., & Salagame, K. K. K. (2010). Well-being therapy (WBT) for depression. *International Journal of Psychological Studies*, 2(1), 107-115.
- Naderiravesh, N., Abed Saedi, J., Besharat, M. A., Darvish Pourkhaki, A., & Alavi Majd, H. (2014). A review of the models and theories of adjustment to illness and disability. *Payesh*, 13(6), 677-686. [Persian]
- Oraki, M., Zare, H., Shirazi, N., & Hasanzadeh Pashang, S. (2013). The effect of cognitive behavioral anger management training on treatment adherence and glycemic control in patients with type 2 diabetes. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 1(4), 56-70. [Persian]
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York, NY: Oxford University Press.

- Peymannia, B., Hamid, N., & Mhmudalilu, M. (2018). The effectiveness of ACT matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Journal of Psychological Achievements*, 25(1), 23-44. [Persian]
- Peyrot, M., McMurry, J. F., & Kruger, D. F. (1999). A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(2), 141-58.
- Pietrowsky, R., & Mikutta, J. (2012). Effects of positive psychology intervention in depressive patients: A randomized control study. *Psychology*, 3(12), 1067-1073.
- Pinto-Gouvía, J., Duarte, C., Matos, M., & Fraguas, S. (2014). The protective role of self-compassion in relation to psychopathology symptoms and quality of life in chronic and in cancer patients. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(4), 23-311.
- Porcelli, P., Tulipani, C., Maiello, E., Cilenti, G., & Todarello, O. (2007). Alexithymia, coping, and illness behavior correlates of pain experience in cancer patients. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 16(7), 644-650.
- Rahimi, S., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2015). Effectiveness of positive psychology interventions on resiliency of female patients with multiple sclerosis. *Positive Psychology*, 1(3), 1-10. [Persian]
- Rahimian Bogar, S. E. (2009). *Clinical psychology of health*. Tehran: Danjeh Publication. [Persian]
- Ruini, C., & Fava, G. A. (2004) Clinical applications of well-being therapy. In: P. A. Linley & S. Joseph, (Eds.). *Positive Psychology in practice*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons, 371-387.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Salimi, A., Arsalandeh, F., Zaharakar, K., Davarniya, R., & Shakarami, M. (2018). The effectiveness of compassion-focused therapy on mental health of women with multiple sclerosis. *The Horizon Medical of Sciences*, 24(2), 125-131. [Persian]
- Samadzade, N., Poursharifi, H., & Babapour, J. (2014). The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on the psycho-social adjustment to illness and symptoms of depression in individuals with type II diabetes. *Clinical Psychology Studies*, 5(17), 77-96. [Persian]
- Sardary B, & Khalili S. Effectiveness of positive psychological intervention on reducing difficulties in emotion regulation in adolescents with eating disorders symptoms. *Journal of Psychological Science*, 18(76), 479-487. [Persian]
- Seo, S. S., Chung, U., Rim, H. D., & Jeong, S. H. (2009). Reliability and validity of the 20-Item Toronto Alexithymia Scale in Korean adolescents.

Psychiatry Investigation Journal, 6, 173-179.

- Seyed Fatemi, N., Rafii, F., Hajizadeh, E., & Modanloo, M. (2018). Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh*, 20(2), 179-191. [Persian]
- Shiralinia, K., Cheldavi, R., & Amanuelahi, A. (2018). The effectiveness of compassion-focused psychotherapy on depression and anxiety of divorced women. *Journal of Clinical Psychology*, 10(1), 9-20. [Persian]
- Taghadosi, M., Mirbagher, N., Torabian, M., & Sedaghati P. (2014). Investigating the effect of Pilates' exercises on anxiety in women with diabetes type II. *Complementary Medicine Journal (Arak University of Medical Sciences)*, 4(1), 687-699. [Persian]
- Taher-Karami, Z., Hossieni, O., & Dasht-Bozorgi, Z. (2018). The effectiveness of compassion-focused therapy on resiliency, self-discrepancy, hope and psychological well-being of menopausal women in Ahvaz. *Social Health*, 5(3), 189-197. [Persian]
- Tahery, N., Ghajari, H., & Shahbazi, H. (2018). The association of health literacy with self-efficacy and self-care, in type 2 diabetes patients. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 20(3), 135-141. [Persian]
- Vluggen, S., Hoving, C., Schaper, N. C., & de Vries, H. (2018). A web-based program to improve treatment adherence in patients with type 2 diabetes: Development and study protocol. *Contemporary Clinical Trials*, 74, 38-45.
- Zahednezhad, H., Poursharifi, H., & Babapour, J. (2012). Relationship between health locus of control, slip memory and physician-patient relationship with adherence in type II diabetic patients. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 20(2), 249-258. [Persian]

