

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی  
سال پانزدهم شماره ۶۰ زمستان ۱۳۹۹

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

ماشالله یزدی\*<sup>۱</sup>، مجید صفاری نیا، حسین زارع<sup>۲</sup>

۱- دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۲- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳- استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۸/۲۲

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بود که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مبتلایان به دیابت نوع دو شهر دبی که در بهار و تابستان ۱۳۹۷ جهت طی کردن مراحل درمانی به بیمارستان ایرانی شهر دبی مراجعه کرده بودند. در زمینه اهداف پژوهش، ۴۵ نفر از بیماران به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) قرار گرفتند. برنامه مداخله‌ای گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای انجام شد. گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۰) و پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت واکر (۱۹۸۷) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان دادند که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است؛ اما از نظر ارجحیت، برتری درمان خاصی نسبت به دیگری در این مطالعه دیده نشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر کیفیت زندگی؛ درمان مبتنی بر تنظیم هیجان؛ بهزیستی روان‌شناختی؛ دیابت نوع دو

## مقدمه

دیابت نوعی اختلال مزمن در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین و مشخصه آن افزایش قند خون در بیمار است. بیماری دیابت به علت عدم جذب سلولی قند خون، ناشی از کاهش ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن در برابر انسولین ایجاد می‌شود (اسنوگارد، پولسن، اندرسون، آسترپ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت تعداد مبتلایان به این بیماری از ۲۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۵۹۲ میلیون نفر در ۲۰۳۵ خواهد رسید. که بیشترین شیوع در کشورهای در حال توسعه از جمله منطقه خاورمیانه خواهد بود (سایده، گرگ، کاهن، علی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). همچنین، بر اساس آمار فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۵ در ایران بالغ بر ۴/۶ میلیون نفر با بیماری دیابت و مشکلات ناشی از آن دست و پنجه نرم می‌کردند. طبق این آمار شیوع دیابت در ایران در سنین ۲۰ تا ۷۹ ساله ۸/۵ درصد بوده است که هزینه‌های هر فرد مبتلا سالانه ۶۳۶ دلار برآورد گردیده است (اطلس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵).

متغیر مورد بررسی در پژوهش حاضر بهزیستی روان‌شناختی است. بهزیستی روان‌شناختی مفهوم گسترده‌ای است که سطح بالای تجارب هیجانی خوشایند، سطح پایین تجارب خلقی منفی و سطح بالای رضایت از زندگی را دربر می‌گیرد (پورویر، گندر، ولنزهن، راج<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵). ریف بهزیستی روان‌شناختی را تلاش فرد برای تحقق توانایی‌های بالقوه‌ی خود می‌داند. بر اساس الگوی ریف، بهزیستی روان‌شناختی از شش عامل پذیرش خود، داشتن رابطه‌ی مثبت با دیگران، خودمختاری، زندگی هدفمند، رشد شخصی و احساس رشد مستمر و تسلط بر محیط تشکیل می‌شود. افرادی که احساس بهزیستی بالایی دارند به‌طور عمده هیجان‌ات مثبتی تجربه می‌کنند و از رویدادهای پیرامون‌شان ارزیابی مثبتی دارند، درحالی‌که افراد با احساس بهزیستی روانی پایین، وقایع را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و بیشتر هیجان‌ات منفی تجربه می‌کنند (ریف<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به دیابت دارای اهمیت بوده و عدم مراقبت از خود، کنترل نامناسب آن و افزایش عوارض دیابت منجر به کاهش بهزیستی روان‌شناختی می‌گردد.

اخیراً، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به‌صورت یک هدف درآمده است (کانل<sup>۶</sup>، ۲۰۱۸). محدودیت‌ها و رژیم‌های شدید غذایی، طولانی‌شدن زمان بیماری، هزینه‌بر بودن زمان درمان، نگاه منفی جامعه به بیمار و غیره از جمله تأثیرات ناسازگاری است که دیابت بر کیفیت زندگی فرد مبتلا دارد (ویسی<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴). اوگاولیک در مطالعه خود که به بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی پرداخته بود کیفیت زندگی پایین‌تری را در این افراد گزارش کرد (مرزبان، ۲۰۱۸). چرا که بیماران دیابتی اغلب در جدال طولانی‌مدت با بیماری و برنامه‌ریزی‌های کنترل بیماری، دچار شکست و ناامیدی شده و اغلب انگیزه برای مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را از دست می‌دهند (دلواتی و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر کیفیت زندگی رویکردی جدید و جامع است که بر جهت‌گیری روان‌شناسی مثبت‌نگر

<sup>1</sup> Snorgaard, Poulsen, Andersen, Astrup.

<sup>2</sup> Saydah, Gregg, Kahn, Ali.

<sup>3</sup> Atlas

<sup>4</sup> Proyer, Gander, Wellenzohn, Ruch

<sup>5</sup> Ryff

<sup>6</sup> Connell

<sup>7</sup> Vassy

<sup>8</sup> Delevatti

استوار است (کنارد، لیبرمن، ساید، رولف<sup>۱</sup>، ۲۰۱۵). در این رویکرد، اصول و مهارت‌های معطوف به کمک به مراجعان در شناسایی، دنبال کردن و برآوردن نیازها، اهداف و آرزوها در حوزه‌های بالارزش زندگی آموزش داده‌اند (موتا، موتاس<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). این رویکرد یک مدل پنج‌راهه (حروف اول پنج کلمه)<sup>۳</sup> نامیده می‌شوند و عبارتند از: تغییر شرایط<sup>۴</sup>، تغییر نگرش<sup>۵</sup>، تغییر استانداردها<sup>۶</sup>، تغییر اولویت<sup>۷</sup> و تقویت رضایت در سایر حیطه‌ها<sup>۸</sup>، که در زمینه رضایت از زندگی به مثابه طرح و نقشه‌هایی برای کیفیت زندگی و مداخلات روان‌شناسی مثبت برای مددجویان مشخص می‌کند. سرخط درمان مبتنی بر کیفیت زندگی هدفه حوزه اصلی از زندگی است که از سلامتی و عزت‌نفس شروع تا همسایگان، اجتماع و این‌که چگونه رضایت از زندگی و شادی را در هر یک از حوزه‌ها افزایش دهیم ادامه می‌یابد (یوسف وند، قدم پور، رجبی، حسن وند، یوسف وند، ۲۰۱۷).

پژوهش‌های متعددی به چشم می‌خورد که حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر متغیرهای مختلف است. در این راستا پژوهش‌های متعدد نشان داده است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به عنوان یک مداخله، بر بهزیستی روان‌شناختی (رستمی، عبدالقاسمی، نریمانی، ۱۳۹۵؛ نعیمی، پیرسقای، عرب زاده، تقی پور، مالکی، ۱۳۹۴؛ صدیق عرفی، دارا، ۱۳۹۶)، سلامت روان (خانجانی، شهیدی، فتح آبادی، مظاهری، شکری، ۱۳۹۳)، تاب‌آوری روان‌شناختی (یوسف وند و همکاران، ۱۳۹۶)، افزایش شادی و عزت‌نفس (باقری، ۱۳۹۷)، بهزیستی ذهنی (تقوی، لاریجانی، نصرآبادی، ۱۳۹۷؛ قدم پور، حیدریان، بزرگر، برف رویی، ۱۳۹۸) و احساس تنهایی (اشکانی و حیدری، ۱۳۹۳) مؤثر است. هیجان‌ها نیز نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. بیماران مبتلا به دیابت به هیجان‌های منفی مانند استرس، ترس، خشم و غیره حساس هستند و این افراد در تنظیم هیجان‌های خود مشکل دارند و تجربه احساسات منفی مانند استرس، خشم، سرخوردگی، ناامیدی، ترس و افسردگی در آنان بسیار معمول می‌باشد. بررسی‌ها نشان می‌دهند که آموزش تنظیم هیجان، تأثیر مثبتی بر بهبود اختلال‌های هیجانی دارد (قیاسوند، قربانی، ۱۳۹۴). رویکردهای متفاوتی در آموزش تنظیم هیجان مطرح شده است، که در این میان یکی از مدل‌ها، مدلی است که توسط گراس مطرح شده است. مدل گراس شامل پنج راهبرد (انتخاب موقعیت، تعدیل موقعیت، آرایش توجه، تغییر شناختی و تعدیل پاسخ است. به اعتقاد گراس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، یک هدف تنظیمی بالقوه دارد و مهارت‌های تنظیم‌کننده‌ی هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند (اچسندر، گروس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی (مرادکیا، ستارپور، ایرناقی، امام قلیان، ۱۳۹۶، ل-بلانس، اوزان، پورسعید، محی‌الدین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۶)، بهزیستی ذهنی (افشار، خراسانی، ۱۳۹۷)، علائم فیزیولوژیکی و خودگزارشی اضطراب، ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی، خودکنترلی، سبک‌های خوردن و نمایه‌ی توده‌ی بدنی، سازگاری عاطفی و اجتماعی مؤثر است. با توجه به آمار و ارقام در مورد هزینه‌ها و عوارض دیابت مشخص می‌گردد یکی از مشکلات بهداشتی جوامع پیشرفته و درحال توسعه در عصر حاضر بروز و شیوع بالای دیابت است. نه تنها خسارات اقتصادی ناشی از وجود بیماری در افراد مبتلا از اهمیت بالایی برخوردار است بلکه خسارات روانی ناشی از آن که بر افراد بیمار و خانواده‌های آنان تحمیل می‌گردد، نیز غیرقابل

<sup>1</sup> Kennard, Lieberman, Saaid, Rolfe

<sup>2</sup> Mota, Matos

<sup>3</sup> CASIO

<sup>4</sup> Circumstance

<sup>5</sup> Attitude

<sup>6</sup> Standards of fulfillment

<sup>7</sup> Importance

<sup>8</sup> Overall satisfaction

<sup>9</sup> Ochsner & Gross

<sup>10</sup> LeBlanc, Uzun, Pourseied & Mohiyeddini.

اغماض است (لی، سان و چاتنگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). بر همین اساس اهمیت مداخلات مبتنی بر روان درمانی برای کمک به مشکلات این-بیماران نمود پیدا می‌کند. بنابراین بر آن شدیم تا در این زمینه پژوهشی با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام دهیم.

## روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی مبتلایان به دیابت نوع دو شهر دبی که در بهار و تابستان ۱۳۹۷ جهت طی کردن مراحل درمانی به مراکز درمانی بیمارستان ایرانی سطح شهرداری مراجعه کرده اند، بود. در زمینه اهداف پژوهش، ۴۵ نفر به صورت در دسترس انتخاب و با توجه به معیارهای ورود در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از: تمایل شرکت‌کنندگان، دامنه سنی ۶۰-۳۰ سال، ابتلا به بیماری دیابت نوع دو حداقل به مدت ۲ سال، عدم سابقه بیماری‌های قلبی و عروقی، عدم دریافت انسولین، و عدم حضور همزمان در گروه‌های درمانی دیگر بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات تمرین، عدم رضایت برای ادامه مطالعه، شرکت همزمان در جلسات روان‌درمانی دیگر و ناقص بودن پرسشنامه-ها می‌شدند. داده‌های

توصیفی بیانگر آن بود که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی ۴۸/۰۶، در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ۵۰/۲۰ و در گروه کنترل ۴۹/۲۰ بود. در گروه درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و گروه کنترل همه‌ی افراد متأهل بودند (۱۰۰٪) و در گروه درمان مبتنی بر تنظیم هیجان ۸۶/۶۶٪ درصد متأهل و ۱۳/۳۴٪ درصد مجرد بودند.

## ابزارهای پژوهش

**مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (RSPWB؛<sup>۲</sup> ۱۹۸۹):** نسخه‌ی کوتاه ۱۸ سؤالی پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی توسط ریف در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدیدنظر قرار گرفته است. این نسخه مشتمل بر ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه‌ای لیکرت از "کاملاً مخالفم" تا "کاملاً موافقم" به ارزیابی نظر پاسخگویان می‌پردازد. که نمره‌ی بالاتر نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بالاتر است. لی سان و چیانگ (۲۰۱۹) نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه، ۰/۸۸ گزارش کردند (خانجانی، شهیدی، فتح‌آبادی، مظاهری، شکوری، ۱۳۹۳). در ایران خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی تک گروهی آن‌ها نشان داد، الگوی عاملی این مقیاس از برازش خوبی برخوردار است. همچنین همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۷۶، ۰/۷۳، ۰/۷۵، ۰/۵۲، ۰/۵۱.

<sup>1</sup> Lee, Sun & Chiang

<sup>2</sup> Ryff's Scales Psychological Well-Being

و برای مقیاس کل ۰/۷۱ گزارش کردند (یوسفی و سبحانی، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۶ و برای خرده‌مقیاس‌های مذکور به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۲، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۶ به دست آمد.

**پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت واکر<sup>۱</sup> (۱۹۸۷):** این پرسشنامه توسط واکر، سچریت و پندر<sup>۲</sup>، (۱۹۸۷) بر اساس الگوی ارتقاء سلامت پندر (۱۹۸۲) برای اندازه‌گیری رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی ساخته شد. این پرسشنامه یک ابزار ارزیابی چند بعدی از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی است که نسخه انگلیسی آن ۵۲ گونه دارد و ۶ جنبه از رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی شامل تغذیه، فعالیت جسمی یا ورزش، مسؤلیت‌پذیری در قبال سلامت، روابط بین فردی، رشد معنوی و مدیریت استرس را می‌سنجد. مجموع این شش عامل بصورت نمره کلی، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت را اندازه می‌گیرد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت چهار درجه ای از هرگز تا همیشه (۱ تا ۴) نمره‌گذاری می‌شود. محدوده نمره این پرسشنامه بین ۵۴ تا ۱۹۶ قرار دارد. نمره بین ۵۴ تا ۸۱: سبک زندگی در جهت ارتقای سلامت افراد نامطلوب است. نمره بین ۸۱ تا ۱۳۵: سبک زندگی در جهت ارتقای سلامت افراد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۳۵: در جهت ارتقای سلامت افراد مطلوب است. الزهرانی و همکاران<sup>۳</sup>، (۲۰۱۹) ضریب پایایی نمره کلی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ گزارش کردند. در پژوهش المطیری و همکاران<sup>۴</sup>، (۲۰۱۸) آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد. چو، جائه، چوو، چوو<sup>۵</sup>، (۲۰۱۴) نیز ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای نمره کلی این پرسشنامه، ۰/۹۱ گزارش کردند. نسخه فارسی این پرسشنامه در شهر قزوین توسط پاک‌پور حاجی آقا و محمدی زیدی، (۱۳۹۰) ترجمه و روایی و پایایی آن محاسبه شده است. در پژوهش محمدی زیدی و همکاران (۱۳۹۰)، تعداد گونه‌های این مقیاس از ۵۲ به ۴۹ تقلیل پیدا نمود و تعداد ۳ سؤال به دلیل بار عاملی پایین حذف شد. جهت تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش باز آزمایی با فاصله دو هفته و برای بررسی همسانی درونی از آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس‌های آن ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ به دست آمد. پویان مهر و همایی (۱۳۹۶) نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و به روش تنصیف ۰/۹۰ به دست آمد.

### پروتکل درمانی مبتنی بر کیفیت زندگی

این پروتکل توسط فریش<sup>۶</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده است. آموزش کیفیت زندگی در ۵ مفهوم اصلی انجام شد. محتوای جلسات آموزشی توسط پنج متخصص در زمینه روایی محتوایی تأیید شده است (کاظمی، رضایی، حسینی، ۱۳۹۷). مراحل مختلف آموزش درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر اساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد.

<sup>۱</sup> Walker Health Promoting Lifestyle Profile

<sup>۲</sup> Walker, Sechrit, Pender.

<sup>۳</sup> Alzahrani et al

<sup>۴</sup> Almutairi et al

<sup>۵</sup> Cho, Jae, Choo & Cho

<sup>۶</sup> Frisch

## جدول (۱) شرح مختصر جلسات مداخله درمان مبتنی بر کیفیت زندگی فریش (۲۰۰۶)

جلسه	هدف	شرح محتوای جلسات	تکلیف	تغییر مورد انتظار
۱	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر؛ ایجاد یک رابطه مبتنی بر همکاری؛ تعیین اهداف گروه	ذکر قوانین گروه و تأکید بر توجه کامل بر مباحث و نمرین‌های مربوطه؛ تعریف سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، بهزیستی روان‌شناختی و سلامت اجتماعی، معرفی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و ویژگیهای کیفیت زندگی و تأثیر آن در شاد زیستن	ارائه تکلیف درخت زندگی و رضایت جهت مشخص شدن حیطه‌های زندگی اختصاصی هر فرد	علاقه‌مندی به شرکت در دوره
۲	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ مروری بر تکلیف انجام شده و بررسی بازخورد افراد؛ معرفی شادی و عوامل مؤثر بر آن	آموزش افزایش بهزیستی ذهنی، شادی و فکر مثبت و بیان عوامل نسبی مؤثر در بهزیستی ذهنی شامل پول، سلامت، کار، روابط اجتماعی و تفریح؛ شرح عوامل اصلی مؤثر در احساس رضایت و شادی شامل میزان مذهب، همسر خوب و شخصیت فرد؛ جمع‌بندی مطالب و پاسخ به سؤالات	ارائه تمرین پرسشنامه نیمرخ کیفیت زندگی جهت تعیین میزان رضایت کلی افراد از زندگی و آموزش آن	یادگیری عوامل مؤثر بر شادی و ابعاد کیفیت زندگی
۳	بازنگری و ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبلی و بررسی شاخه‌هایی که بیشترین نارضایتی را در اعضا را شامل شده‌اند	آموزش مدل ۵ راهه (CASIO) و توضیح کلی در مورد آن‌ها و بحث در مورد ریشه اول، (تغییر شرایط) (C)؛ اشاره به انواع موقعیت‌ها و شرایط زندگی با کمک اعضا؛ استفاده از تکنیک نعمت‌ها، دستاوردها و استعدادها و شرح چگونگی استفاده از آن در منزل، جهت خودآگاهی بهتر در راه وصول تغییر شرایط؛ اشاره‌ای کلی و مختصر در مورد ریشه دوم CASIO (C)؛ بررسی بازخورد اعضا	تمرکز بر نعمت‌ها، دستاوردها و استعدادها و استفاده از آن‌ها برای تغییر شرایط	افزایش قدرت و توانایی تغییر برخی شرایط عینی
۴	مرور مباحث جلسه گذشته و بررسی تکنیک مربوط به تغییر شرایط و پاسخ به سؤالات	ادامه مبحث CASIO و شرح دومین مبحث آن (تغییر نگرش) (A)؛ ارائه توضیح در رابطه با افکار منفی و نتایج حاصل از آن با استفاده از مثال‌های مرتبط؛ آشنایی با سطوح ایجادکننده خطاهای شناختی شامل افکار خودکار، فرضیات بنیادین و باورهای هسته‌ای همراه؛ مثال: بیان عوامل مؤثر بر تجربه‌های زندگی؛ آموزش مقابله با خطاهای فکری، پرسش و پاسخ	استفاده از تکنیک ثبت استرس روزانه جهت تغییر نگرش به عنوان تکلیف و آموزش آن به کمک یکی از اعضا	کاهش استرس به کمک تغییر نگرش
۵	بازنگری و ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل، ادامه مباحث CASIO (تغییر استانداردها) (S)	توضیح کمال‌گرایی و مضرات آن با استفاده از استعاره هیولا؛ ارائه تکنیک‌هایی جهت تغییر استانداردها و ارزش‌هایی که ایجاد نارضایتی در زندگی می‌کنند. شامل تکنیک مبارزه با کمال‌گرایی و خیلی عالی بودن؛ بررسی بازخورد اعضا	یادداشت کردن اهداف در ابعادی که نارضایتی افراد را شامل می‌شود با استفاده از تکنیک مطرح کردن سؤالاتی در رابطه با هر بعد	توانایی تغییر استانداردها به کمک کاهش کمال‌گرایی

۶	مروری کوتاه بر مباحث جلسه قبل و بررسی تکالیف؛ ادامه مباحث CASIO، ریشه‌های تغییر اولویت (I) و تقویت رضایت در سایر حیطه‌ها (O)	استفاده از کاربرد CASIO در زمینه تغییر اولویت- های نادرست همراه با مثال؛ ارائه تکلیف رسم کیک شادمانی جهت تغییر اولویت‌های نادرست؛ بیان مضرات توجه به حیطه‌های محدودی از زندگی و بی- توجهی به سایر حیطه‌های یا استفاده از مثال و استعاره بدن ساز؛ بازخورد اعضا	شرح تکنیک سبد تخم مرغ در جهت اهمیت به کلیه‌ی حیطه‌های زندگی و ارائه آن جهت تکلیف در منزل	توانایی اولویت‌ها و اولویت‌ها	تشخیص و تغییر
۷	ارائه خلاصه‌ای از مباحث جلسه قبل، بررسی بازخورد افراد در مورد دو ریشه (I) و (O) و تمرینات انجام شده؛ آشنا کردن اعضا با اصول و تکنیک‌های مرتبط دیگر از کیفیت زندگی درمانی شامل شاخه‌های عزت نفس، کمک و یاری به دیگران و ارتباط مؤثر	اشاره به بحث احترام به خویشتن و اصل غنای درونی مربوط به آن در جهت اعتماد به نفس؛ کاربرد اصول در حیطه‌ها و ابعاد مختلف زندگی و شیوه کسب مهارت آن‌ها از طریق مثال؛ مطرح کردن تعدادی از مهارت‌های ارتباطی مرتبط با متغیرهای پژوهش که باعث برقراری ارتباط مؤثر می‌باشند و مثال‌های مرتبط با آن‌ها	ارائه تکالیف مرتبط با رسیدن به غنای درونی و روش‌های پیاده کردن آن‌ها در زندگی؛ دریافت بازخورد از اعضا	توانایی تجربه غنای درونی	
۸	مرور کوتاهی بر اصول مطرح شده در جلسه قبل؛ بررسی بازخورد افراد در رابطه با اصول جلسه قبل و مهارت‌های مربوط به آن‌ها	مروری بر مدل CASIO و کاربرد اصول در ابعاد گوناگون زندگی، آموزش اصول پذیرش خود، موفقیت، خوش بینی و خلاقیت به منظور تثبیت تغییر کیفیت زندگی	تعیین جلسه پیگیری	انجام پس آزمون	

### پروتکل درمانی مبتنی بر تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۶)

این پروتکل توسط جیمز گراس<sup>۱</sup> (۲۰۰۶) ساخته شده و برای آموزش چگونگی مدیریت و تنظیم هیجان‌ات افراد به کار برده می‌شود. مراحل مختلف آموزش تنظیم هیجان بر اساس بسته مذکور در این پژوهش در قالب ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی انجام شد. خلاصه مراحل درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان در جدول ۲ ارائه شده است.

<sup>1</sup> Gross

## جدول (۲) شرح مختصر جلسات مداخله درمان مبتنی بر تنظیم هیجان گراس (۲۰۰۶)

جلسه	مراحل	هدف	شرح محتوای جلسات	تغییر مورد انتظار	تکلیف
۱	تعیین اهداف؛ آشنایی گروه با یکدیگر؛	معرفی مهارت‌های تنظیم هیجانی	ضرورت تنظیم هیجان؛ چرا باید این مهارت را بیاموزیم؛ دیدگاه‌های درست در مورد هیجان‌ها کدامند، مروری بر هیجان‌های اولیه و ثانویه	برقراری مناسب بین اعضای گروه با همدیگر و با درمانگر	اعضای گروه، اهداف خود را برای شرکت در جلسات یادداشت کنند
۲	انتخاب موقعیت	ارائه آموزش هیجانی	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ آشنایی با هیجان نرمال و هیجان مشکل‌آفرین، خودآگاهی هیجانی؛ ۱. آموزش و معرفی هیجان، ۲. شناسایی و نامگذاری و برچسب زدن به احساسات، ۳. تمایز میان هیجان‌های مختلف، ۴. شناسایی هیجان در حالت فیزیکی و روان‌شناختی، ۵. عوامل موفقیت در تنظیم هیجان	توانایی هیجان نرمال و مشکل آفرین؛ درک رویدادهای برانگیزاننده و توانایی تمایز میان هیجان‌های مختلف	ارائه گزارش از بیان هیجان‌ات موقعیت- های برانگیزاننده
۳	انتخاب موقعیت	ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ خودارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود؛ خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد؛ خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد؛ پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی؛ پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی و رابطه این سه پیامد با هم؛ معرفی هیجان خشم و راه‌های غلبه بر خشم	توانایی خود ارزیابی به جهت شناخت تجربه های هیجانی خود و راهبردهای تنظیمی	نوشتن هیجان‌ات منفی عمده، بیان مثال‌هایی از تجربه های واقعی و ثبت در فرم مربوطه
۴	اصلاح موقعیت	ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب؛ آموزش راهبرد حل مسئله؛ آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)	به‌کارگیری راهبردهای حل مسأله و اصلاح موقعیت	تمرین گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض
۵	گسترش توجه	تغییر توجه	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی؛ آموزش توجه	توانایی مهارت تغییر توجه	ارائه گزارش از تغییر توجه در گروه

۶	ارزیابی شناختی	تغییر ارزیابی- های شناختی	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی؛ آموزش راهبرد ارزیابی مجدد	تشخیص پی‌بردن به پردازش ذهنی در تولید، نگهداری، افزایش و کاهش پاسخ‌های هیجانی	اجرای شناختی در زندگی روزمره	تمرینات
۷	تعدیل پاسخ	تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان	ارائه خلاصه مباحثی از جلسه قبل؛ شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن؛ مواجهه؛ آموزش ابراز هیجان؛ اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی؛ آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس	توانایی شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن	تمرین ابراز هیجانی باتوجه به استفاده از روش‌های تعدیل پاسخ هیجانی	تعدیل پاسخ

### ج) روش اجرا

جهت اجرای پژوهش پس از کسب مجوزهای لازم و هماهنگی با مراکز بهداشتی درمانی شهر دبی، با مراجعه به بیمارستان ایرانی دبی و شناسایی بیمارانی که جهت دریافت خدمات درمانی برای دیابت نوع دو به این بیمارستان مراجعه می‌کردند (اسامی بیماران بر اساس ثبت سیستم رایانه‌ای موجود در بیمارستان استخراج و سپس برای شرکت در مطالعه با آنان تماس تلفنی گرفته شد)، با ترتیب جلسه‌ای برای معرفی شیوه‌ی درمان گروهی و نحوه‌ی اجرای آن، اطلاعات لازم در اختیار بیمارانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند، قرار گرفت. سپس با توجه به معیارهای ورود و خروج به پژوهش ۴۵ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل قرار گرفتند. در همه گروه‌ها اعم از از دو گروه آزمایش و گروه گواه پیش‌آزمون اجرا شد. سپس دو گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۱۲۰ دقیقه در معرض مداخله (درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان) قرار گرفتند. در این مرحله گروه گواه هیچ گونه مداخله آزمایشی دریافت نکرد. جلسات درمان توسط پژوهشگر (دانشجوی دکترای روان‌شناسی) که در این زمینه آموزش دیده بود انجام شد، که با هماهنگی صورت گرفته، جلسات درمانی در سالن کنفرانس، ساعت ۹ صبح اجرا شد. در پایان جلسات و سه ماه بعد از جلسات، مجدداً در هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل پرسشنامه‌ها تکمیل شد. در این پژوهش افت نمونه وجود نداشت. در نهایت جهت بررسی و تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات خام به‌دست آمده از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی از محاسبه‌ی میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. و در بخش آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیره در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵ استفاده شد. کلیه محاسبات در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان اعلام گردید که برای حضور در پژوهش اختیار تام داشته و در صورت تمایل نتایج آزمون در اختیار آن‌ها قرار خواهد گرفت. همچنین توضیح اهداف پژوهش برای آن‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان، پاسخ به سؤالات و رعایت امانت‌داری و صداقت حین گردآوری داده‌ها

از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان خاطر داده شد که نحوه گزارش نتایج پژوهش ضامن حقوق مادی و غیرمادی آنان و مربوط به تحقیق می باشد. در هیچ یک از مراحل پژوهش، هزینه‌ای به فرد شرکت کننده تحمیل نشد.

## یافته‌ها

در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار نمرات بهزیستی روان‌شناختی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مورد پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار
بهزیستی روان -	آزمایش اول	۵/۸۳ $\pm$ ۶۸/۹۳	۷/۰۷ $\pm$ ۷۸/۶۷	۴/۸۱ $\pm$ ۷۵/۷۳
شناختی	آزمایش دوم	۷/۰۵ $\pm$ ۶۸/۶	۵/۰۱ $\pm$ ۷۹/۴۷	۶/۵۷ $\pm$ ۷۷/۲
	کنترل	۶/۴۷ $\pm$ ۶۹/۱۳	۶/۳ $\pm$ ۶۸/۸	۷/۰۵ $\pm$ ۶۹/۵۳

جهت آزمون فرضیه‌های این پژوهش از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است تحلیل کوواریانس یک بار به منظور مقایسه پس‌آزمون‌ها با کنترل پیش‌آزمون و یک‌بار به منظور مقایسه پیگیری‌ها با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. قبل از آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آن بررسی شدند. جهت رعایت پیش‌فرض‌ها از آزمون شاپیروویلک برای بررسی نرمال بودن، لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون استفاده شد. بر اساس آزمون شاپیرو ویلک و آزمون لون که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود؛ مفروضه نرمال بودن توزیع متغیرها و همگنی واریانس‌ها تأیید می‌گردد. همچنین زمانی فرض همگنی شیب‌ها برقرار خواهد بود که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل برابری حاکم باشد. نتایج نشان داد که میان متغیرهای کمکی و متغیرهای وابسته در همه سطوح عامل برابری حاکم است ( $p > 0/05$ ). و تعاملی غیرمعنی‌دار بین متغیرهای وابسته و کمکی وجود دارد.

جدول (۴) نتایج حاصل از تحلیل آنکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری میزان بهزیستی روان‌شناختی با کنترل پیش آزمون

شاخص‌ها	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب توان آزمون
گروه خطا کل	۱۱۱۲/۰۱	۲	۵۵۶/۰۰۵	۲۷/۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸
	۸۱۶/۶۳	۴۱	۱۹/۹۲			
	۲۶۶۶/۳۱	۴۴				
گروه خطا کل	۵۳۰/۷۶	۲	۳۶۵/۳۸	۱۰/۵۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۸
	۱۰۳۴/۱۷	۴۱	۲۵/۲۲			۰/۳۴
	۲۱۲۱/۹۱	۴۴				

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، مقادیر F محاسبه شده در متغیر بهزیستی روان‌شناختی در مرحله پس آزمون و در مرحله پیگیری معنادار است ( $P \leq 0/01$ ) و این بدان معناست که حداقل یکی از درمان‌ها بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت اثربخش بوده است.

جدول (۵) نتایج آزمون بونفرونی میزان بهزیستی روان‌شناختی در مقایسه دوبه‌دوی گروه‌ها

گروه‌ها ←	آزمایش اول - کنترل	آزمایش دوم - کنترل	آزمایش اول - آزمایش دوم
مراحل آزمون	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها	تفاوت میانگین‌ها
پس آزمون	۱۰	۱۱/۰۲	۰/۹
پیگیری	۶/۳۲	۷/۹۸	۰/۹

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر میزان بهزیستی روان‌شناختی هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری معنادار است ( $p \leq 0/01$ ). همچنین، مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها بر روی میزان بهزیستی روان‌شناختی در هیچ‌کدام از مراحل پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کورایانس تک متغیره (آنکوا) نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات سبک زندگی ارتقاءدهنده شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری

وجود دارد. یعنی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی، سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش داده است و اثربخشی آن پایدار نیز مانده است. این یافته در راستای نتایج یوسفوند و همکاران (۱۳۹۷) و باقری‌مهپاری، ابروانی (۱۳۹۷) قرار دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، توانایی تنظیم هیجان مؤثر می‌تواند سبب افزایش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی همچون فراهم آوردن فرصتی جهت استراحت و بازسازی، بهبود مهارت حل مسأله و ارتقای سیستم حمایت اجتماعی شود. افرادی که دچار پریشانی هستند (به طور مثال دچار ضعف در تنظیم هیجان هستند)، احتمال بیشتری دارد که عادات بد تغذیه‌ای داشته باشند، کمتر به ورزش و فعالیت بدنی بپردازند و سبک زندگی نامناسبی داشته باشند (لیهان، ۲۰۱۸). در آموزش تنظیم هیجان بر تمرینات و مهارت‌هایی تأکید می‌شود که کاربرد آن‌ها منجر به پذیرش مشکلات هیجانی، پرورش سبک زندگی سالم، انجام عمل مخالف در برابر هیجان‌های منفی شده، که در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌شود (یزدی، راوندی، تسلیمی، حق پرست، قالی‌ها، ۱۳۹۵).

در ارتباط با تفاوت بین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر میزان سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین اثربخشی آنها بر روی میزان سبک زندگی ارتقاء دهنده در مرحله پس از آزمون وجود دارد، به این معنی که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی به میزان بیشتری اثربخش بوده و توانسته میزان سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت را افزایش دهد، اما این تفاوت در مرحله پیگیری معنادار نمانده است، به دلیل افزایش اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر سبک زندگی ارتقاءدهنده به مرور زمان که می‌تواند به معنی تأثیر مثبت تقریباً یکسان هر دو نوع مداخله باشد.

یافته‌های پژوهش نیز حاکی از آن است که اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر میزان بهزیستی روان‌شناختی هم در مرحله پس از آزمون و هم در مرحله پیگیری معنادار است، و این نتیجه بیانگر این است که درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش داده است و اثربخشی آن پایدار نیز مانده است. این یافته در راستای نتایج مطالعات رستمی و همکاران (۱۳۹۵)، نعیمی و همکاران (۱۳۹۴)، صدیقی‌ارفعی و دارا (۱۳۹۶)، تقوی و همکاران (۱۳۹۷) و قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۸) قرار دارد. یکی از علل اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی افراد گروه آزمایش، آگاه کردن آنان در باره این موضوع بود که خود واقعی‌شان را بشناسند و به جای اینکه تنها بر ضعف‌های خود تمرکز کنند، توانایی‌های خود را نیز مورد شناسایی و تقویت قرار دهند تا بتوانند در حوزه‌هایی از زندگی خود که درباره آن نگران هستند، موفق‌تر عمل کرده و احساس بهتری نسبت به خودشان پیدا کنند (یزدی و همکاران، ۱۳۹۵). درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی سعی در آموزش و تفهیم این واقعیت به بیماران دارد که عدم وجود حوادث و احساسات نامطلوب عامل بهزیستی نیست، بلکه نحوه کنار آمدن با این مسائل ناگوار و چگونگی برخورد با آنهاست که تعیین‌کننده بهزیستی فرد است و به این طریق توانایی تحمل درد را در بیماران افزایش میدهد و بدین طریق آنها در مدیریت محیط اطراف خود، کنترل بر مجموعه پیچیده‌ای از فعالیت‌های بیرونی و استفاده مؤثر و کارآمد از فرصت‌های به وجود آمده، توانمند می‌کند و چنین توانایی و مهارتی موجب می‌گردد تا هریک از بیماران هنگام مواجهه با شرایط مشکل‌آفرین بتوانند بر محیط کنترل داشته باشند و با در نظر گرفتن کلیه جوانب به واکنش و عمل بپردازند (اشکانی، حیدری، ۲۰۱۴).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر میزان بهزیستی روان‌شناختی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری معنادار است، و این نتیجه بیانگر این است که درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را افزایش داده است و اثربخشی آن پایدار نیز مانده است. این یافته در راستای نتایج مطالعات نریمانی و همکاران (۱۳۹۰)، مرادی‌کیا و همکاران (۱۳۹۶) و افشار و خراسانی (۲۰۱۸) قرار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود بیماران با استفاده درست از هیجان‌ات، آگاهی از هیجان‌ات و پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ات مخصوصاً هیجان‌ات مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها بهبود پیدا خواهد کرد (نصری، احدی، درتاج، ۲۰۱۷). در این روش درمانی علاوه بر این که به افراد آموزش داده می‌شود که از هیجان‌ات خویش آگاهی یابند، آن‌ها یاد می‌گیرند که اجتناب از هیجان‌ات می‌تواند موجب دور شدن از هیجان‌ات و کنترل یا بازداری آنان شود؛ بنابراین نحوه روبرو شدن با هیجان‌ات از جمله هیجان‌ات منفی و آگاهی از آثار منفی اجتناب از آن‌ها باعث می‌شود که بیماران دیابتی هیجان‌ات خویش و از جمله هیجان‌ات منفی را بازداری نکنند و به ابزار به موقع آن‌ها بپردازند (درگاهی، زراعتی، قمری، عیادی، ۲۰۱۵). تنظیم هیجان تعدیل و مدیریت هیجان‌ها را به دنبال دارد و برخوردار بودن از مهارت‌های مثبت تنظیم هیجان باعث سازگاری مثبت می‌شود بنابراین تنظیم هیجان می‌تواند نقش مهمی در زندگی ایفا کند و موجبات افزایش بهزیستی در زندگی را فراهم آورد (درگاهی و همکاران، ۲۰۱۵).

در ارتباط با تفاوت بین اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان بر میزان بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مقایسه میانگین‌های دو گروه آزمایش نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین اثربخشی آن‌ها بر روی میزان بهزیستی روان‌شناختی در هیچ‌کدام از مراحل پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان استفاده از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان را جهت بهبود سلامت اجتماعی بیماران دیابتی مؤثر دانست اما از نظر ارجحیت، برتری درمان خاصی نسبت به دیگری در این مطالعه دیده نشد که می‌تواند به معنی تأثیر مثبت تقریباً یکسان هر دو نوع مداخله باشد.

در پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت‌ها و موانعی مانند مختص بودن نمونه به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر دبی، اجرای پروتکل توسط خود پژوهشگر، خودگزارشی بودن پرسش‌نامه‌های پژوهش و استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس که از تعمیم نتایج پژوهش می‌کاهد، اشاره کرد. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های بعدی با حجم نمونه بیشتری و در جامعه وسیع‌تر انجام گردد. در تحقیقات آینده، اجرای چنین برنامه‌هایی بر روی سایر بیماری‌های مزمن برای دستیابی به نتایجی با وسعت بیشتر پیشنهاد می‌شود. با توجه به اثربخش بودن این شیوه درمان در این مطالعه و مطالعات قبلی صورت گرفته، پیشنهاد می‌شود که پژوهشگران و درمانگران روان‌شناسی و مخصوصاً روان‌شناسان سلامت از درمان مبتنی بر کیفیت زندگی و درمان مبتنی بر تنظیم هیجان برای بهبود و افزایش بهزیستی روان‌شناختی استفاده نمایند. همچنین با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت نوع ۲ در جامعه پیشنهاد می‌شود که دستگاه‌های متولی سلامت در کشور، راه‌اندازی سیستم جامع مدیریت دیابت را در دستور کار خود بگنجانند. در این راستا می‌توان با پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌شناسی به بیماران کمک نمود تا بدون نگرانی مالی از خدمات تخصصی روان‌شناسان این حوزه برخوردار شوند.

## سپاسگزاری

از تمامی افرادی که در پژوهش حاضر با ما همکاری کردند، سپاسگزاری می‌نمایم

## منابع

- اشکانی، فرح؛ و حیدری، حسن. (۱۳۹۳). تاثیر آموزش تنظیم هیجانی بر بهزیستی روان شناختی و سبکهای اسنادی دانش آموزان مبتلا به ناتوانی یادگیری مقطع دبستان. **مجله ناتوانی های یادگیری**، ۴(۱)، ۶-۲۲.
- افشار، محمد؛ و خراسانی، فریلا. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر بحث گروهی بر کیفیت زندگی و تغییرات هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران دیابتی تیپ ۲. **فصلنامه پرستاری دیابت زاہل**، ۶(۳)، ۵۰۸-۵۱۶.
- باقری‌مهیاری، ندا؛ و ایروانی، محمدرضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر افزایش شادی و عزت‌نفس پرستاران شاغل در بیمارستان دولتی شهیدای لنگان زرین‌شهر. **سلامت جامعه**، ۱۲(۱)، ۱۲-۲۱.
- پویان‌مهر، مهسا، و همائی، رضوان. (۱۳۹۶). رابطه کیفیت خواب و سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت با سازگاری اجتماعی و امید به زندگی در بین سالمندان. **مجله روان‌شناسی پیری**، ۳(۴)، ۲۷۱-۲۸۰.
- تقوی‌لاریجانی، ترانه؛ نیکبخت‌نصرآبادی، علیرضا؛ یونس‌پور، شیما؛ و عرش‌ها، مرجان‌السادات. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش رویکرد کیفیت زندگی درمانی بر ابعاد بهزیستی ذهنی دانشجویان پرستاری. **نشریه پژوهش پرستاری ایران**، ۱۲(۲)، ۲۶-۳۲.
- خانجانی، مهدی، شهیدی، شهریار، فتح‌آبادی، جلیل، مظاهری، محمدعلی، و شکری، امید. (۱۳۹۳). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه (۱۸ سؤال) مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان دختر و پسر. **اندیشه و رفتار**، ۸(۳۲)، ۲۷-۳۲.
- رستمی، مریم؛ ابوالقاسمی، عباس؛ و نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار. **فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده**، ۳(۱)، ۱۰۵-۱۲۳.
- صدیقی‌ارفعی، فریبرز؛ و دارا، نسرين. (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان اوتیسم. **فصلنامه مددکاری اجتماعی**، ۶(۴)، ۲۳-۳۲.
- سفاری‌نیا، مجید. (۱۳۹۳). بررسی اعتبار، روایی و هنجاریابی پرسشنامه سلامت اجتماعی در ساکنین شهر تهران. **پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی**، ۴(۱۵)، ۴۵-۵۶.
- قدم‌پور، عزت‌اله؛ حیدریانی، لیلا؛ و برزگر‌فروبی، مهدی. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی ذهنی، تاب‌آوری و رضایت زناشویی همسران جانبازان. **مجله طب نظامی**، ۲۱(۱)، ۲۲-۳۱.
- قیاسوند، مژده؛ و قربانی، مریم. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و کنترل قند خون مبتلایان به دیابت نوع دو. **مجله غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران**، ۱۷(۴)، ۲۹۹-۳۰۷.
- کازمی‌رضایی، سیدعلی، مرادی، علیرضا، و حسنی، جعفر. (۱۳۹۷). مطالعه تطبیقی تنظیم هیجان، خودکنترلی و مکانیزم‌های دفاعی در بیماران قلبی-عروقی، بیماران دیابتی و افراد بهنجار. **نشریه روان‌پرستاری**، ۶(۱)، ۴۳-۵۱.
- محمدی‌یزدی، عیسی؛ پاک‌پورحاجی‌آقا، امیر؛ و محمدی‌یزدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسش‌نامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت. **مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران**، ۲۱(۱)، ۱۰۳-۱۱۳.

مرادی کیا، حامد؛ ستارپورایرانی، فریبا؛ و امامقلیان، سونیا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزشهای تنظیم هیجان و تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی. **فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت**. ۵(۳)، ۲۱۳-۲۲۳.

مرزبان، آمنه. (۱۳۹۷). ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲: یک مطالعه مقطعی در یزد. **فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل**، ۴(۴)، ۶۴۱-۶۵۲.

نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، و احدی، بتول. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزشهای ذهن‌آگاهی و تنظیم هیجان بر بهزیستی جسمانی و روان‌شناختی جانبازان شیمیایی. **دو ماهنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه**، ۱۵(۵)، ۳۴۷-۳۵۷.

نصری، مریم؛ احدی، حسن؛ و درتاج، فریبرز. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فرانتشخیصی بر انعطاف‌پذیری شناختی، تنظیم هیجان و عامل Hb در بیماران دیابتی. **مجله دست آوردهای روان‌شناختی علوم تربیتی و روان‌شناسی**، ۴(۲)، ۸۱-۱۰۰.

نجمی، قادر، پیرساقی، فهیمه، عرب‌زاده، مهدی، تقی‌پور، امین، و ملکی، عصمت. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره‌ی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر ارتقای بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان مصروع. **مجله مطالعات ناتوانی**، ۵(۱)، ۱۳۷-۱۴۵.

یزدی‌راوندی، سعید، تسلیمی، زهرا، حق‌پرست، عباس، و قلعه‌ایها، علی. (۱۳۹۵). کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به درد مزمن: تعیین نقش شدت و مدت درد. **فصلنامه کومش**، ۱۷(۴)، ۸۳۶-۸۴۳.

یوسفوند، مهدی؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ رجبی، هومن؛ حسنونند، بنفشه؛ و یوسفوند، مسلم. (۱۳۹۶). اثربخشی کیفیت زندگی درمانی بر میزان تاب‌آوری روان‌شناختی و خودتعیینی دانش‌آموزان دختر افسرده. **مجله روان‌شناسی تربیتی**، ۸(۲)، ۷۳-۸۴.

یوسفی، زهرا؛ و سبحانی، مریم. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش کیفیت زندگی درمانی بر فرسودگی شغلی و ابعاد آن در کارکنان زن. **فصلنامه مشاوره شغلی و سازمانی**، ۱۰(۳۷)، ۹-۳۰.

Almutairi, K. M., Alonazi, W. B., Vinluan, J. M., Almigbal, T. H., Batais, M. A., Alodhayani, A. A., ... & Alhoqail, R. I. (2018). Health promoting lifestyle of university students in Saudi Arabia: a cross-sectional assessment. *BMC public health*, 18(1), 1093.

Alzahrani, S. H., Malik, A. A., Bashawri, J., Shaheen, S. A., Shaheen, M. M., Alsaib, A. A., ... & Abdulwassi, H. K. (2019). Health-promoting lifestyle profile and associated factors among medical students in a Saudi university. *SAGE Open Medicine*, 7, 2050312119838426.

Atlas D. (2015). International diabetes federation. IDF Diabetes Atlas, 7th edn Brussels, Belgium: International Diabetes Federation.

Berard, L. D., Blumer, I., Houlden, R., Miller, D., & Woo, V. (2013). Monitoring glycemic control. *Canadian journal of diabetes*, 1, S35- S39.

Connell J, Carlton J, Grundy A, Buck ET, Keetharuth AD, Ricketts T, et al. (2018). The importance of content and face validity in instrument development: lessons learnt from service users when developing the Recovering Quality of Life measure (ReQoL). *Quality of Life Research*. 27(7):1893-1902.

Dargahi SH, Zeraati M, Ghamari Givi H, Ayadi N. (2015). Haghanni M. The effectiveness of emotion regulation training on emotional well-being and marital satisfaction of infertile women. *Iran Journal of Nursing*. 28 (93):151-62.

- Delevatti RS, Schuch FB, Kanitz AC, Alberton CL, Marson EC, Lisboa SC, et al. (2018). Quality of life and sleep quality are similarly improved after aquatic or dry-land aerobic training in patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. *Journal of science and medicine in sport*. 21(5):483-488.
- Frisch, M. B. (2006). Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy. *John Wiley & Sons*.
- Kennard EJ, Lieberman J, Saaid A, Rolfe KJ. (2015). A preliminary comparison of laryngeal manipulation and postural treatment on voice quality in a prospective randomized crossover study. *Journal of Voice : Official Journal of the Voice Foundation*. 29(6):751-754.
- LeBlanc, S., Uzun, B., Pourseied, K., & Mohiyeddini, C. (2016). Effect of an emotion regulation training program on mental well-being. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(1), 1-16.
- Lee TS-H, Sun H-F, Chiang H-H. (2019). Development and validation of the short-form Ryff's psychological well-being scale for clinical nurses in Taiwan. *Journal of medical Sciences*. 39(4). 157-162
- Linehan MM. (2018). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder: Guilford Publications.
- Marzban A. (2019). Relationship between Spiritual Health and Quality of Life in Type II Diabetic Patients: A cross-sectional study in Yazd. *Journal of Diabetes Nursing*. 6 (4), 641-652.
- Mota CP, Matos PM. (2015). Does sibling relationship matter to self-concept and resilience in adolescents under residential care? *Children and Youth Services Review*. 56:97-106.
- Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. (2010). Effectiveness of mindfulness and emotion regulation trainings on physical and psychological well-being among chemical weapon victims. *Journal of Clinical Psychology*. 2(4), 61-71.
- Ochsner KN, Gross JJ. (2014). The neural bases of emotion and emotion regulation: A valuation perspective. *Handbook of emotion regulation*.
- Proyer RT, Gander F, Wellenzohn S, Ruch W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50–79 years: long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*. 18(8), 997-1005.
- Ryff, C. D., Singer, B.H. (2002). *From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well being*, In C.R. Snyder & S.J. Lopez (Eds), *Handbook of Positive Psychology* (PP:541-554), London: Oxford University Press.
- Ryff CD. (2018). Well-being with soul: Science in pursuit of human potential. *Association for Psychological Science*. 13(2):242-248.
- Saydah SH, Gregg EW, Kahn HS, Ali MK. (2018). Mortality associated with less intense risk-factor control among adults with diabetes in the United States. *Primary care diabetes*. 12(1):3-12.
- Snorgaard O, Poulsen GM, Andersen HK, Astrup A. (2017). Systematic review and meta-analysis of dietary carbohydrate restriction in patients with type 2 diabetes. *BMJ Open Diabetes Research and Care*.; 5(1), 1-10.e000354.
- Vassy JL, Hivert M-F, Porneala B, Dauriz M, Florez JC, Dupuis J, et al. (2014). Polygenic type 2 diabetes prediction at the limit of common variant detection. *Diabetes*. 63(6), 2172-82.

Walker SN, Sechrit KR, Pender NJ. (1987). The health promoting lifestyle profile; development and psychometric characteristics. Nurs Res. 36: 76-81.

## **Effectiveness of Quality-based Therapy and Emotion-based Therapy in Psychological well-being of Patients with Type 2 diabetes**

**Yazdi, M<sup>1\*</sup>, Saffarinia, M<sup>2</sup>, & Zare, H<sup>3</sup>**

\*1- PhD, Health Psychology, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran  
(Corresponding author, email: reza.yazdi\_y@yahoo.com)

2- PhD, Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3- PhD, Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

### *Abstract*

The purpose of this study was to compare the effectiveness of treatment based in quality of life and treatment based on emotion regulation on psychological well-being of patients with type 2 diabetes. The present study was a semi-experimental study that was conducted in pre-test, post-test and follow-up with two experimental and one control groups. The study population included patients with type 2 diabetes in Dubai city during the spring and summer of 2019 referred to the Iranian hospital in the Dubai city. Therefore, 45 patients were selected randomly and randomly divided into two experimental and one control group (15 subjects in each group). The interventional program of the experimental groups was performed in 8 sessions of 120 minutes. The control group did not receive intervention during this period. Data were collected by Reef Psychological Well-Being (1980) and Walker Health Promoting Lifestyle Profile (1987). Data were analyzed using univariate Analysis of Covariance (ANCOVA). Findings showed that treatment based on quality of life and treatment based on adjustment of emotion had significant effects on psychological well-being of patients with type 2 diabetes. However, there was no significant difference was observed between these treatments.

*Keywords:* Quality of life based therapy; Emotion regulation based therapy; Psychological well-being; Type II diabetes.