



Effectiveness of Positive Psychotherapy on Cognitive Fusion and Self-Compassion in the Patients with Type-2 Diabetes



Somayyeh Karami¹, Mojtaba Ansari Shahidi*², Ahmad Ghzanfari³, Sheida Jabalameli², Amirhosein Rehnejat⁴

1. PhD Student, Department of Health Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, School of Medicine, Aja University of Medical Sciences, Tehran, Iran.



DOI :10.22034/JMPR.2023.15346
DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.23.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15346)
URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15346.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Positive psychotherapy,
self-compassion,
cognitive fusion, diabete.

Received:
Accepted:
Available:

ABSTRACT

The present study was conducted to investigate the effectiveness of positive psychotherapy on cognitive fusion and self-compassion in the patients with type-2 diabetes. The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population included the patients with type-2 diabetes in summer of 2021 in the Shahreza city. 34 patients with type-2 diabetes were selected through purposive sampling method and randomly replaced into experimental and control groups (16 patients in the experimental group and 18 patients in the control group). The experimental group received eight seventy-five-minute sessions of positive psychotherapy intervention during eight weeks and the control group received no intervention. The applied questionnaires in this study included cognitive fusion questionnaire (Gillanders et al, 2014) and self-compassion scale (Neff, 2003). The data from the study were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software. The results showed that positive psychotherapy has significant effect on the cognitive fusion and self-compassion in the patients with type-2 diabetes ($p < 0.001$). As this treatment has been able to reduce cognitive fusion and improve self-compassion in patients with type 2 diabetes. According to the findings of the present study it can be concluded that the positive psychotherapy can be used as an efficient treatment to decrease cognitive fusion and improve self-compassion in the patients with type-2 diabetes through employing techniques such as positive life vision, teaching optimism and hope for the future.



* Corresponding Author: Mojtaba Ansari Shahidi

E-mail: dransarishahidi@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خوددلسوزی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو



سمیه کرمی^۱، مجتبی انصاری شهیدی^{۲*}، احمد غضنفری^۳، شیدا جبل عاملی^۴، امیرحسین راه نجات^۴

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی سلامت، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران.

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اجا، تهران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.15346

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.68.23.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.15346)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15346.html



چکیده

مشخصات مقاله

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان شهرضا در فصل تابستان سال ۱۴۰۰ بود. در این پژوهش تعداد ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۶ بیمار در گروه آزمایش و ۱۸ بیمار در گروه گواه). گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر را طی هشت هفته در ۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه همجوشی شناختی (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۴) و مقیاس خودشفقتی (نف، ۲۰۰۳) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار دارد ($p < 0/001$). چنانکه این درمان توانسته منجر به کاهش همجوشی شناختی و بهبود خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شود. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر با بهره‌گیری از فنونی همانند چشم‌انداز مثبت به زندگی و آموزش خوش‌بینی و امید به آینده می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش همجوشی شناختی و بهبود خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها:
روان‌درمانی مثبت‌نگر،
خودشفقتی، دیابت، همجوشی
شناختی.

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: مجتبی انصاری شهیدی

رایانامه: dransarishahidi@gmail.com

مقدمه

بیماری دیابت^۱ یکی از بیماری‌های مزمن و شایع می‌باشد که بر مبنای آمارهای سازمان بهداشت جهانی، میزان رواج آن در بسیاری از کشورها بالاخص کشورهای در حال توسعه رو به ازدیاد است. از علل این افزایش، می‌توان به رشد فزاینده جمعیت، افزایش شهرنشینی و کاهش نرخ روستا نشینی، دگرگونی سبک زندگی مردم و افزایش امید به زندگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن، به دلیل گسترش علم پزشکی و کنترل بیماری اشاره کرد (نیانتسکا، ویلیامز، دال و وبستر^۲، ۲۰۱۸). در حقیقت دیابت از رایج‌ترین بیماری‌های مرتبط با متابولیسم است، که از ویژگی‌های آن می‌توان به افزایش سطح گلوکز خون، اختلال در سوخت و ساز کربوهیدرات‌ها، چربی و پروتئین‌ها اشاره کرد که همگی این موارداز کاهش میزان هورمون انسولین در خون و یا از اختلال در عملکرد این هورمون بر روی دیواره سلول‌ها ناشی می‌شود (پیلای، اندرسون، کوپر، مافتی، گنت و پنا^۳، ۲۰۱۸). امروزه، دیابت به صورت یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سلامت عمومی در کشورهای پیشرفته و در حال توسعه در قرن بیست و یکم در آمده است (گاریگاتا، ویتینگ، ویل و آنوین^۴، ۲۰۱۱). در واقع دیابت از نوع بیماری‌های مزمن بوده که علائم بالینی و سیر پیشرفت متفاوتی دارد و به دو نوع دیابت وابسته به انسولین^۵ (نوع یک) و دیابت غیر وابسته به انسولین^۶ (نوع ۲) تقسیم می‌شود (سایرا، گاپتا و سایرا^۷، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد که دیابت تیپ دو با جمعیتی بالغ بر ۴۱۵ میلیون نفر فرد مبتلا، به صورت یکی از بزرگ‌ترین معضلات رو به ازدیاد حوزه سلامت درآمده است (کلی، فرناندز، موسس، گولمبسکی و اولنیک^۸، ۲۰۲۱). بر مبنای پیش‌بینی‌ها شمار بیماران دیابتی تا سال ۲۰۴۰ به جمعیتی نزدیک به ۶۲۴ میلیون نفر در دنیا خواهد رسید (کالانگادان، پاتیاماداتیل، کوتال، راوتر و بیوی^۹، ۲۰۲۰). به دلیل مزمن بودن، این بیماری مشکلات مالی فراوانی را بر فرد، خانواده، جامعه و کشور تحمیل می‌کند. همچنین از عوارض این بیماری می‌توان به رتینوپاتی^{۱۰} (مشکلات شبکیه)، نوروپاتی محیطی^{۱۱} (آسیب اعصاب محیطی)، آسیب کلیوی، سکنه قلبی، مشکلات عروق پیرامونی، بروز افسردگی و قطع عضو، ناتوانی و کاهش امید به زندگی (به میزان ۸ سال) و مورتالیتی^{۱۲} بالا در بیماران دیابتی اشاره کرد (لانگی، زونگو، تاردیف، دمرس، دیندر و گانت^{۱۳}، ۲۰۲۱؛ گراهام، دسچنس، روسلا و اشمیتز^{۱۴}، ۲۰۲۰).

بروز بیماری دیابت سلامت روان مبتلایان را آسیب‌پذیر نموده و از این طریق، سبب بروز آسیب‌های روانی همچون اضطراب، استرس و افسردگی در افراد می‌شود (هوانگ^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰؛ اشمیت^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱).

علاوه بر این باید اشاره کرد که بروز مشکلات روان‌شناختی و هیجانی ناشی از بیماری دیابت می‌تواند فرایند ارتباطات اجتماعی و شغلی افراد را نیز تحت تاثیر قرار داده و بر این اساس بیماران مبتلا به دیابت از میزان ارتباط با اعضای خانواده و دوستان خود بکاهدند (لارسن، هالمن، ویت و ماینال^{۱۷}، ۲۰۱۷). از طرفی بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین می‌توان بیان کرد که آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی، در آمیختگی افکار و هیجانات را برای فرد ایجاد می‌کند (اوگبونایان، فینو-ولاسکوئز و کوهل^{۱۸}، ۲۰۱۵) که این روند منجر به بروز پدیده همجوشی شناختی^{۱۹} در افراد می‌شود. همجوشی شناختی یکی از فرایندهایی است که نقش مهمی در اکثر اختلال‌های روان‌شناختی دارد (استیرمن^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۷). در حالی که گرفتاری فرد در بافت فکری منجر به شکل‌گیری همجوشی شناختی شده (زاچاریا، آیونو، تغانوس، واسیلیو و کارکلا^{۲۱}، ۲۰۲۱). اما طبق نظر فلاین، هراندز، هربرت، جیمز و کاسیچ^{۲۲} (۲۰۱۸) پذیرفتن رویدادهای درونی (هیجان‌ها و افکار)، همجوشی شناختی را کاهش می‌دهد. همجوشی شناختی اشاره دارد به شکست افراد در تمایز قائل شدن خود از تفکراتشان و ناتوانی از عمل بر اساس تفکر همانند واقعیت. به سبب همجوشی شناختی، رفتار تحت تسلط شناخت و تنظیم آن قرار می‌گیرد و احتمالاً کمتر به تجربه مستقیم حساس است (زاچاریا و همکاران، ۲۰۲۱). بر اساس مدل‌های مبتنی بر پذیرش، هنگامی که افراد از تماس با تجارب نامطلوب درونی اجتناب می‌کنند، تمایل به عمل براساس همجوشی شناختی تقویت می‌شود، زیرا این راهبرد باعث آرامش در کوتاه مدت می‌شود، اما آسیب‌پذیری افراد در برابر مشکلات روان‌شناختی افزایش می‌یابد (ریمان، باجهلز و آبرامویز^{۲۳}، ۲۰۱۸). از سویی، خطاهای پردازش اطلاعات که در همجوشی شناختی اتفاق می‌افتد، در تبدیل شناخت به منبع نگرانی‌ها و ایجاد موقعیت‌های تنیدگی‌زا نقش دارند. این نگرانی‌ها می‌تواند موجب افسردگی فرد در آینده شود (استیرمن و همکاران، ۲۰۱۷)؛ چرا که همجوشی شناختی، مفهومی شناختی و اجتماعی است که فرد را گیج کرده و تفسیری را که از تجربیات شخصی خود دارد، تفسیر صحیحی می‌پندارد. بنابراین همجوشی شناختی می‌تواند به ناتوانی فرد در تمایز بین افکار خود و تجربیات زندگی واقعی منجر شود. بر این اساس، هر قدر همجوشی شناختی در افراد بیشتر باشد، احتمال مبتلا شدن به اختلالات جسمی و روانی از جمله افسردگی در آنها بیشتر است (کاروالهو، پیتو-گوویا، گیلاندرز و کاستیاهو^{۲۴}، ۲۰۱۹). در همین راستا، برخی از پژوهش‌ها به بررسی رابطه کلی همجوشی شناختی با مشکلات روان‌شناختی اقدام

7. Lunghi, Zongo, Tardif, Demers, Diendéré, Guénette
14. Graham, Deschênes, Rosella, Schmitz
15. Huang
16. Schmitt
17. Laursen, Hulman, Witte, Maindal
18. Ogonnaya, Finno-Velasquez, Kohl
19. Cognitive fusion
20. Stirman
21. Zacharia, Ioannou, Theofanous, Vasiliou, Karekla
22. Flynn, Hernandez, Hebert, James, Kusick
23. Reuman, Buchholz, Abramowitz
24. Carvalho, Pinto-Gouveia, Gillanders, Castilho

1. Diabetes
2. Knyahnytska, Williams, Dale, Webster
3. Pillay, Anderson, Couper, Maftei, Gent, Pena
4. Guariguata, Whiting, Weil, Unwin
5. Insulin-dependent diabetes
6. non- insulin-dependent diabetes
7. Sapra, Gupta, Sapra
8. Kelly, Fernandez, Moses, Golembeski, Olenik
9. Kalangadan, Puthiyamadathil, Koottat, Rawther, Beevi
10. Retinopathy
11. Peripheral neuropathy
12. mortality

درمانجویان، هیجانات و خاطرات مثبت را فعال ساخته و به آنها توجه می‌نمایند. همچنین به منظور یکپارچه‌سازی هیجان‌های مثبت و منفی، موضوع‌های مرتبط را مطرح می‌نمایند (کلوس، دروسارت، بولمیجر و وسترهوف^{۲۲}، ۲۰۱۹). روان‌شناسی مثبت‌نگر بر چندین فرض استوار است، اول این که همه افراد استعداد ابتلا به بیماری روانی را دارند، همچنین به طور سرشتی از ظرفیت شادی برخوردارند. بر اساس این دیدگاه، شادی و آسیب‌ها (اختلال) از طریق تعامل بین محیط و شخص پدید می‌آید. به همین دلیل روان‌درمانگران مثبت‌نگر، درمانجویان را به عنوان افرادی خودمختار و مستعد رشد مد نظر قرار می‌دهند. دومین فرض مثبت‌نگری اشاره به این دارد که توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت مددجویان همچون ضعف‌ها و هیجان‌های منفی دارای اصالت بوده و واقعی می‌باشند. دلیل توجه به ویژگی‌های مثبت افراد این است که برای برقراری اتحاد درمانی مستحکم ضروری بوده و برای درک کامل خزانه روان‌شناختی درمانجو، به عنوان یک اصل اساسی در جهت طرح درمان می‌تواند مورد توجه و استفاده درمانگران قرار گیرد (رشید، ۲۰۰۸).

نتایج پژوهش‌های گذشته بیانگر کارآمدی و اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر می‌باشد. چنانکه شریفی، نظریور، داورنیا و داورنیا (۱۴۰۰) اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر را بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲؛ علی بابایی و امین جعفری دهقانی (۱۳۹۹) اثربخشی مشاوره با رویکرد مثبت‌نگر را بر شکوفایی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس؛ فاضلی کبریا، حسن‌زاده، میرزاییان و خواجه‌وند خوشلی (۱۳۹۸) اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌نگر را بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی؛ ویسی، رحمتی نجار کلائی و احمدی (۱۳۹۸) تاثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری را بر سلامت عمومی و سلامت معنوی افراد؛ کلانو^{۲۳} و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر را بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بیماران قلبی؛ فیگ^{۲۴} و همکاران (۲۰۲۰) نقش روان‌شناسی مثبت‌نگر در رفتارهای ارتقا سلامت بیماران سندرم کرونری حاد را مورد آزمون و تایید قرار داده‌اند.

در حوزه ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که دیابت یکی از بیماری‌های شایع مزمن مرتبط با سلامت جوامع بشری است که متأسفانه علیرغم پیشرفت‌های علوم پزشکی نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش است. امروزه جمله کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته، در همه‌گیری دیابت، جملگی درگیر هستند (اوزتارک و آیاز-آلکایا^{۲۵}، ۲۰۲۰).

کرده‌اند؛ برای مثال جو و یانگ^۱ (۲۰۱۹) به این نتیجه رسیدند که همجوشی شناختی به صورت مستقیم و غیرمستقیم با افسردگی ارتباط دارد. کوکسون، لوزون، نیولند و کینگستون^۲ (۲۰۱۹) نیز نشان دادند بین همجوشی شناختی و اجتناب تجربی با نشخوار فکری و افسردگی ارتباط معنادار وجود دارد.

فشار و تنش‌های روان‌شناختی و جسمانی بیماری دیابت می‌تواند با کاهش توجه فرد به خود، منجر به کاهش خودشفقتی^۳ همراه باشد (مورگان^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). نف و پومیر^۵ (۲۰۱۲) خودشفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل این موارد بیان می‌کند، محبت نسبت به خود^۶ در برابر قضاوت نسبت به خود^۷ (درک خود به جای قضاوت یا انتقاد ونوعی مهرورزی و حمایت نسبت به کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود)، اشتراکات انسانی^۸ در مقابل انزوا^۹ (اعتراف به این که همه انسان‌ها دچار نقص هستند و اشتباه می‌کنند)، و ذهن‌آگاهی^{۱۰} در مقابل همسان‌سازی افراطی^{۱۱} (آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال که باعث می‌شود جنبه‌های دردناک یک تجربه نه نادیده گرفته شود (و نه به طور مکرر ذهن را اشغال کند) ترکیب این سه مولفه مرتبط، مشخصه فردی است که خودشفقتی دارد (دارت و پینتو-گویا^{۱۲}، ۲۰۱۷). باتیستا، کانها، گالهاردو، کاتو و ماسانو-کاردوسو^{۱۳} (۲۰۱۵) نشان داده‌اند که خودشفقتی می‌تواند با بکارگیری مهربانی با خود و دیگران، سلامت روان‌شناختی افراد را افزایش دهد. علاوه بر این پالمر، چانگ، سامسون، بالانجی و زیتسوف^{۱۴} (۲۰۱۹)؛ لاترن، بلاث و پارک^{۱۵} (۲۰۱۹)؛ بلاث و ایزنلوه-ماول^{۱۶} (۲۰۱۷)؛ تانبام، آدامز، گونالز، هانس و هود^{۱۷} (۲۰۱۷)؛ ونگ، چنگ، پون، تنگ و جین^{۱۸} (۲۰۱۷) در پژوهش خود بیان کرده‌اند خودشفقتی می‌تواند منجر به کاهش استرس، افسردگی و اضطراب افراد شود. بنابراین خودشفقتی می‌تواند به طور معناداری سطح امید، عزت‌نفس، سلامت روانی و عواطف مثبت را در افراد بهبود بخشیده و در مقابل، هیجانات منفی آنان را کاهش دهد و به عنوان یک سپر حفاظتی در برابر آسیب‌های روان‌شناختی باشد (الاین و هالینز^{۱۹}، ۲۰۱۶).

روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای افراد با بیماری دیابت نوع دو به کار گرفته شده است. از درمان‌های جدید می‌توان به روان‌درمانی مثبت‌نگر^{۲۰} اشاره کرد. از نظر تجربی رویکرد مثبت‌نگر، رویکردی معتبر در روان‌درمانی به شمار می‌رود که توجه ویژه‌ای به اعتبار بخشی توانمندی‌ها و هیجان‌های مثبت درمانجو داشته و به منظور کاهش آسیب‌های روانی و تقویت شادی، مفهوم معنا را در زندگی درمانجویان وارد می‌سازد (رشید^{۲۱}، ۲۰۰۸). از سوی دیگر روان‌شناسان مثبت‌نگر، در گفتگوهای خود با

14. Pullmer, Chung, Samson, Balanji, Zaitsoff
15. Lathren, Bluth, Park
16. Bluth, Eisenlohr-Moul
17. Tanenbaum, Adams, Gonzalez, Hanes, Hood
18. Wan, Chen, Poon, Teng, Jin
19. Elaine, Hollins
20. Positive psychotherapy
21. Rashid
22. Kloos, Drossaert, Bohlmeijer, Westerhof
23. Celano
24. Feig
25. Ozturk, Ayaz-Alkaya

1. Jo, Yang
2. Cookson, Luzon, Newland, Kingston
3. Self_compassion
4. Morgan
5. Neff, Pommier
6. Self-Kindness
7. Self-Judgment
8. Common Humanity
9. Isolation
10. Mindfulness
11. Over-Identification
12. Duarte, Pinto-Gouveia
13. Batista, Cunha, Galhardo, Couto, Massano-Cardoso

شخصیت (با توجه به مصاحبه بالینی کوتاه) و تمایل به شرکت در پژوهش به شکل داوطلبانه بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت در دو جلسه آموزشی، عدم انجام تکالیف خواسته شده، بروز حوادث پیش‌بینی نشده و انصراف از ادامه حضور در پژوهش بود. یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن در گروه آزمایش $41/24 \pm 3/79$ سال و در گروه گواه $38/49 \pm 3/16$ سال بود. همچنین نتایج نشان داد که تحصیلات در بیشتر افراد نمونه در گروه آزمایش (۸ نفر یا ۵۰ درصد) و گروه گواه (۱۰ نفر یا ۵۵/۵۵ درصد) دیپلم بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه همجوشی شناختی (CFQ): پرسشنامه همجوشی شناختی توسط گیلاندرز و همکاران در سال ۲۰۱۴ طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و بر اساس طیف شش گزینه‌ای لیکرت (نمره یک تا شش) با سوالاتی مانند (حتی وقتی افکار ناراحت کننده به سراغم می‌آید می‌دانم که این افکار در نهایت بی‌اهمیت می‌شوند) به سنجش همجوشی شناختی می‌پردازد. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۲ تا ۷۲ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده همجوشی شناختی بیشتر است. روایی محتوایی این پرسشنامه توسط گیلاندرز و همکاران مورد بررسی و مطلوب (۰/۸۸) گزارش گردید. همچنین میزان پایایی نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/83$ به دست آمد (به نقل از زارع، ۱۳۹۳). روایی پرسشنامه حاضر در پژوهش زارع (۱۳۹۳) سنجیده و میزان روایی محتوایی آن مطلوب و به میزان $0/86$ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده در پژوهش زارع (۱۳۹۳) نیز $0/77$ برآورد شد. میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش فرهادی، اصلی آزاد و شکرخدایی (۱۳۹۷) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/79$ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ محاسبه شد.

مقیاس خودشفقتی (SCQ): مقیاس خودشفقتی یک مقیاس ۲۶ سوالی است که به وسیله نف^۴ (۲۰۰۳) برای سنجش میزان شفقت نسبت به خود ساخته و اعتباریابی شده است. گویه‌های این پرسشنامه در اندازه‌های ۵ درجه‌ای لیکرت از نمره تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه (نمرات ۱ تا ۵) است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۶ تا ۱۳۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده خودشفقتی بیشتر است. نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط نف (۲۰۰۳) پایایی و روایی بالایی را برای آن نشان داده‌اند. همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه $0/92$ به دست آمده است. هم‌چنین دو هفته پس از اجرای آزمون از سایر آزمودنی‌ها، بازآزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی $0/93$ گزارش شد. برای بررسی روایی همگرا از مقیاس حرمت خود روزنبرگ استفاده شد که $0/59$ به دست آمد. هم‌چنین روایی افتراقی از طریق اجرای مقیاس شخصیت خودشیفته محاسبه و همبستگی معنادار میان نمرات این دو مقیاس (خودشفقت‌ورزی و شخصیت خود شیفته) به دست نیامد که حاکی از روایی

شمار زیادی از افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، در انجام فعالیت‌های روزمره خود سطوح متفاوتی از ناتوانی را تجربه می‌نمایند. بنابراین لازم است که به فرایندهای مرتبط به این ناتوانی‌های عملکردی نظیر عوامل روان‌شناختی، هیجانی و شناختی توجه کافی صورت گیرد. این در حالی است که بر اساس نتایج پژوهش‌های انجام یافته، افراد مبتلا در خلال این فرایند آشفستگی‌های خلقی و روانی را تجربه نموده (نواک و همکاران، ۲۰۲۰) و از پی‌آن، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در فعالیت‌هایشان کاهش می‌یابد. این روند ضرورت انجام مداخلات روان‌شناختی کارآمد را برای این گروه از بیماران برجسته می‌کند. بر این اساس با توجه به لزوم به‌کارگیری روش‌های مداخله‌ای و درمان مناسب و به‌هنگام، و از سوی دیگر با مشاهده کارآمدی روان‌درمانی مثبت‌نگر در بهبود اختلالات روان‌شناختی جامعه‌های آماری گوناگون و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه پژوهشگر بر آن شد تا به بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بپردازد. بنابراین مساله اصلی پژوهش بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهرستان شهرضا در فصل تابستان سال ۱۴۰۰ بود. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند (با توجه به ملاک‌های ورود و خروج) استفاده شد. شیوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهرستان شهرضا (مرکز خدمات جامع سلامت گلها، پایگاه سلامت شهید نجفی و شهید رجایی)، فرم‌های شرکت داوطلبانه در پژوهش در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو توزیع و پس از جمع‌آوری، بیماران داوطلب حضور در پژوهش شناسایی شدند. سپس پرسشنامه‌های همجوشی شناختی و خودشفقتی به آنها ارائه و افرادی که نمرات پایین‌تری را در پرسشنامه‌های همجوشی شناختی و خودشفقتی نسبت به دیگر بیماران کسب کرده بودند، مشخص شدند. در گام بعد از بین این بیماران تعداد ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایگزین شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه). در گام بعد بیماران حاضر در گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر (۸ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای) در طی دو و نیم ماه دریافت نمودند، در حالیکه گروه گواه از دریافت این مداخله در طی انجام فرایند پژوهش بی‌بهره بود. پس از شروع مداخله تعداد ۴ بیمار در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند (۱۶ بیمار در گروه آزمایش و ۱۸ بیمار در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل ۵ سال سابقه بیماری دیابت کنترل شده، داشتن حداقل تحصیلات مقطع راهنمایی، عدم ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و

1. Cognitive Fusion Questionnaire
2. Gillanders

3. Self-Compassion Scale
4. Neff

افتراقی بالا است. روایی همزمان نیز از طریق اجرای پرسشنامه اضطراب (۵۳/۰-) و افسردگی بک (۶۱/۰-) محاسبه شد و نتایج حاکی از روایی همزمان خوب بود (نف، ۲۰۰۳). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس خودشفقتی توسط خسروی، صادقی و یابنده (۱۳۹۲) در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. بر این اساس روایی محتوایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد. ضریب همبستگی گویه‌های این پرسشنامه با نمره کل در سطح ۰/۰۰۱ مورد تأیید قرار گرفته است. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

روش اجرا

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهرستان شهرضا (مرکز خدمات جامع سلامت گلها، قائمیه، پایگاه سلامت شهید نجفی و شهید رجایی) انجام شد. سپس با مراجعه به مراکز درمانی و درمانگاه‌های شهرستان شهرضا، افراد مبتلا به دیابت نوع دو جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند و نمونه پژوهش انتخاب شدند (۲۰ بیمار در گروه آزمایش و ۲۰ نفر هم در گروه گواه). سپس پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر در طی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه و به مدت دو و نیم ماه انجام شد، در حالی که گروه گواه مداخله درمانی حاضر را دریافت نکرد. جلسات مداخله در محل مرکز خدمات جامع سلامت قائمیه انجام شد. جلسات مداخله‌ای این پژوهش برگرفته از پروتکل روان‌درمانی مثبت‌نگر رشید (۲۰۰۸) است که در پژوهش انوری و سرداری (۱۳۹۸) مورد استفاده و کارآیی آن تأیید شده است. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. لازم به ذکر است که فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش به تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش ارائه داده خواهد شد تا آنان با رضایت کامل و آگاهانه در پژوهش مشارکت داشته باشند. پس از شروع مداخله تعداد ۴ بیمار در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. در نهایت ۳۴ بیمار در پژوهش باقی ماندند (۱۶ بیمار در گروه آزمایش و ۱۸ بیمار در گروه گواه). جهت رعایت اخلاق در پژوهش، پس از اتمام فرآیند اجرایی پژوهش طی فراخوانی از افراد حاضر در گروه گواه، جهت دریافت مداخله حاضر دعوت به عمل آمد. تعداد ۸ نفر از افراد گروه گواه مداخله حاضر را دریافت نموده و بقیه افراد از دریافت مداخله انصراف دادند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.103 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد ثبت شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی با افراد، جلب مشارکت و جهت‌گیری	تعریف فرآیند برنامه آموزشی - درمانی و تشریح اهداف روان‌درمانی مثبت‌نگر برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، سپس درباره نقش درمانگر و مسئولیت‌های مراجع بحث می‌شود. سپس در حوزه نقش غیبت یا نبود هیجان‌های مثبت، توانمندی‌های منش و معنا و تهی بودن زندگی

بحث می‌شود. تکلیف: کاربرگ مقدمه مثبت درباره داستان عینی از توانمندی‌های منش خود.			
توانمندی‌های خاص را تعیین کنید: مراجعان توانمندی‌های خاص خودشان را از مقدمه مثبت، تعیین و درباره موقعیت‌های کمک‌کننده این توانمندی‌های خاص در گذشته بحث می‌کنند. تکلیف: تعریف تعهد در زندگی، کاربرگ توانمندی‌ها در عمل.	چشم‌انداز مثبت به زندگی	دوم	
پرورش توانمندی خاص و هیجان‌ات مثبت: رشد توانمندی‌های خاص بحث می‌شود. مراجعان برای شکل دادن رفتارهای خاص، عینی و قابل دست‌یابی به منظور پرورش توانمندی‌های خاص آماده می‌شوند. نقش هیجان‌های مثبت در بهزیستی بحث می‌شود. تکلیف: کاربرگ دفترچه شکرگزاری.	چشم‌انداز مثبت به زندگی: تعهد	سوم	
خاطرات خوب در برابر خاطرات بد: نقش خاطرات خوب و بد بر حسب نقش آنها در حفظ هیجان‌های منفی بحث می‌شود، مراجعان به بیان احساسات توأم با هیجان‌ات منفی تشویق می‌شوند. اثرات ماندن در حالت‌های هیجان منفی بیان می‌شوند، بخش وسیله‌ای قدرتمند معرفی می‌شود که هیجان‌های منفی را به احساسات خنثی و حتی برای برخی افراد به هیجان‌ات مثبت تبدیل می‌کند، تکلیف: کاربرگ خاطرات و نقش آنها در حفظ هیجان‌های منفی بحث می‌شود - کاربرگ نامه بخشش.	چشم‌انداز مثبت به زندگی: لذت	چهارم	
تفاوت خوش‌بینی و بدبینی: ارائه مثال‌های عملی از تأثیر خوش‌بینی و بدبینی و درباره قدردانی به عنوان تشکر بادوام بحث می‌شود و خاطرات خوب و بد مجدداً با تأکید بر قدردانی برجسته می‌شوند. در این جلسه درباره تأثیر خوش‌بینی در کاهش اضطراب ناشی از بیماری دیابت نوع دو و عوارض مربوط به آن بحث می‌شود، تکلیف: کاربرگ قدردانی	چشم‌انداز مثبت به زندگی: لذت/تعهد	پنجم	
بررسی میان دوره درمان: بیان مفهوم چشم‌انداز به زندگی و تصاویر ترمیمی برای زندگی توأم با لذت، تعهد و معنا، تکالیف متزل بخشش و قدردانی، هر دو پیگیری می‌شوند. این کار به طور نوعی بیش از یک جلسه لازم دارد، اهمیت هیجان‌ات مثبت بحث می‌شود، اهداف مرتبط به توانمندی‌های خاص مرور می‌شوند، فرایند و پیشرفت به طور جزئی بحث می‌شوند، بازخورد مراجعان درباره منافع درمانی فراخوانده می‌شود، آموزش ۵ ساعت جادویی برای بهبود روابط در منزل تکلیف: کاربرگ ۵ ساعت جادویی برای بهبود روابط در منزل.	تصویر بزرگ	ششم	
خوش‌بینی و امید: هدایت مراجعان به فکر کردن درباره زمانی که در یک کار مهم شکست می‌خورند و زمانی که یک برنامه بزرگ مضمحل می‌شود و زمانی که یک شخص آنها را نمی‌پذیرد، سپس از مراجعان خواسته شد توجه کنند وقتی یک در بسته می‌شود، چه درهای دیگری باز می‌شود. تکلیف گشایش درهای جدید زندگی.	چشم‌انداز مثبت به زندگی: لذت	هفتم	
چهار سبک پاسخدهی (آموزش) - جمع‌بندی، پیشرفت مرور شد و منافع و ماندگاری توانمندی‌های خودآگاهی و آسیب‌رہیزی و شیوه زندگی بحث شد. اجرای پس‌آزمون.	انسجام	هشتم	

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس آمیخته (به دلیل وجود دو گروه در پژوهش که بیش از دو بار سنجش شدند) برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه، در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد همجوشی شناختی و خودشفقتی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
همجوشی شناختی	گروه آزمایش	۴۱/۸۱	۵/۷۵	۳۴/۳۷	۶/۱۸	۵/۸۲
	گروه گواه	۴۲/۷۷	۵/۹۳	۴۲/۶۶	۶/۲۹	۶/۱۲
خودشفقتی	گروه آزمایش	۶۸/۲۵	۸/۳۱	۸۱/۳۱	۱۲/۲۱	۱۱/۰۹
	گروه گواه	۶۵/۸۸	۱۳/۹۳	۶۶/۲۷	۱۳/۲۷	۱۳/۰۸

قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای همجوشی شناختی ($F=0/14$; $P=20$) و خودشفقتی ($P=20$); $F=0/12$) برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در دو متغیر همجوشی شناختی ($F=0/13$; $P=0/71$) و خودشفقتی ($F=0/44$; $P=0/39$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای همجوشی شناختی ($P=49$); $Mauchly's W=0/92$) و خودشفقتی ($P=35$); $Mauchly's W=0/91$) رعایت شده است.

جدول ۳: تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

متغیرها	مجموع مجنورات آزادی	درجه مجنورات	میانگین مجنورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
مراحل گروه‌بندی همجوشی شناختی	مراحل	۲	۱۱/۲۰	۳۶/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	گروه‌بندی	۱	۸۹/۹۶	۲۶/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷	۱
	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۱۶۲/۷۳	۵۰/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
مراحل تعامل مراحل و گروه‌بندی خودشفقتی	خطا	۶۴	۶/۲۵				
	مراحل	۲	۳۰/۳۱	۳۵/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	گروه‌بندی	۱	۳۱۴/۱۹	۳۰/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
خطا	تعامل مراحل و گروه‌بندی	۲	۵۰/۰۶	۵۹/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
	خطا	۶۴	۸/۴۴				

نتایج آزمون واریانس آمیخته یک‌راهه در جدول ۳ نشان می‌دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته است ($P<0/001$). اندازه اثر نشان می‌دهد عامل زمان به ترتیب ۵۳ و ۵۲ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می‌کند. علاوه بر این، بر اساس ضریب F محاسبه شده، تاثیر عامل عضویت گروهی (روان‌درمانی مثبت‌نگر) هم بر نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو معنادار است ($P<0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (روان‌درمانی مثبت‌نگر) هم بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد عضویت گروهی به ترتیب ۴۷ و ۴۹ درصد از تفاوت در نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می‌کند. علاوه بر این، این نتایج بیانگر آن است که اثر متقابل نوع درمان و عامل زمان هم بر نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو معنادار است ($P<0/001$). بنابراین نتیجه گرفته می‌شود نوع درمان دریافتی (روان‌درمانی مثبت‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر معنادار داشته است. اندازه اثر نشان می‌دهد اثر تعامل عضویت گروهی و زمان به ترتیب ۶۱ و ۶۵ درصد از تفاوت در نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می‌کند. در مجموع روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی با استفاده از آزمون تعقیبی بونفونی ارائه می‌شود.

جدول ۴: مقایسه زوجی میانگین نمرات همجوشی شناختی و خودشفقتی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیاری	معناداری
همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۳/۲۷	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۳/۱۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱
خودشفقتی	پیش‌آزمون	-۳/۲۷	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۰/۰۸	۰/۱۸	۰/۹۳
همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	-۵/۷۲	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	-۴/۳۱	۰/۶۸	۰/۰۰۱
خودشفقتی	پیش‌آزمون	۵/۷۲	۰/۹۲	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۱/۴۱	۰/۴۰	۰/۱۱

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای همجوشی شناختی و خودشفقتی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که روان‌درمانی

مثبت‌نگر توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای همجوشی شناختی و خودشفقتی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات متغیرهای همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که در مرحله پس‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید. در یک جمع‌بندی می‌توان بیان نمود روان‌درمانی مثبت‌نگر توانسته منجر به تغییر معنادار میانگین نمرات متغیرهای همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مرحله پس‌آزمون شده و این اثر در مرحله پیگیری نیز ثبات خود را حفظ نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. نتایج نشان داد که روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تأثیر معنادار دارد. بدین صورت که این روان‌درمانی توانسته همجوشی شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را کاهش و خودشفقتی آنان را افزایش دهد. یافته اول پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با نتایج پژوهش شریفی و همکاران (۱۴۰۰) مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲؛ با یافته ویسی، رحمتی نجار کلائی و احمدی (۱۳۹۸) مبنی بر تأثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری بر سلامت عمومی و سلامت معنوی افراد؛ و با یافته فیگ و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر رفتارهای ارتقا سلامت بیماران سندرم کرونری حاد همسویی داشت. در تبیین یافته اول پژوهش حاضر می‌توان بیان نمود در روان‌درمانی مثبت به مراجعان کمک می‌شود تا از نقاط قوت خود مطلع شوند. به‌کارگیری تکنیک معرفی مثبت از خود و توجه به توانمندی‌های منش، مسیری را در مقابل مراجع قرار می‌دهد که این طریق، راهیابی هرگونه تفکر مرتبط با شکست‌ها و ضعف‌ها را بر افراد مسدود می‌سازد (تال و کرات، ۲۰۲۰). به علاوه روان‌شناسان مثبت‌نگر، هیجان‌ها و خاطرات مثبت را در مباحث خود با مراجعان آغاز کرده و به آن‌ها توجهی ویژه می‌نمایند. همچنین به منظور وحدت بخشی به هیجانات مثبت و منفی، به موضوعاتی که با مشکلات مراجعان ارتباط دارد می‌پردازند. به عنوان مثال درمانگر برای کمک به فائق آمدن بر واقعه آسیب‌زا، به توانمندی‌هایی مراجع که در پی این تجربه ناخوشایند رشد کرده، توجه ویژه می‌نمایند (فیگ و همکاران، ۲۰۲۰). بر این منوال، روان‌درمانی مثبت‌نگر به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک می‌نماید که بتوانند بر مشکلات روانی و هیجانی ناشی از بیماری به‌عنوان یک واقعه آسیب‌زا چیره گشته و با تهییج احساسات و تجارب روانی مثبت، به پدیداری روانی و هیجانی بیشتر آنان کمک کرده و با القای امیدواری و مثبت‌اندیشی، همجوشی شناختی کمتری نیز در آنان مشاهده شود. در تبیینی دیگر می‌توان گفت که روان‌درمانی مثبت‌نگر با تغییر در سبک تفکر

و شیوه پردازش شناختی، افراد را به سوی ایجاد و بسط ساختارهای تفکر جدید در جهت مثبت‌اندیشی باری می‌رساند (فیگ و همکاران، ۲۰۲۰). بدین ترتیب بیماران مبتلا به دیابت از طریق مداخله روان‌درمانی مثبت‌نگر، می‌آموزند که از افکار غیرمنعطف مربوط به بیماری که سبب تشکیک هیجان‌های منفی شده، دست بکشند و به جای آن، افکار و شناخت‌های مثبت و مؤثر را بر اریکه اندیشه‌های خود بنشانند. این روند موجب می‌شود تا بیماران دیابتی به آرامش روانی، شناختی و هیجانی بالاتری دست یافته و به فراخور آن، با اندیشه‌ای بازتر و آزادتر و رها شده از نگرانی‌ها، همجوشی شناختی کمتری را نیز تجربه نمایند. بر این اساس باید گفت بیشترین احتمال مکانیزم تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر کاهش همجوشی شناختی افزایش توجه به جنبه‌های مثبت زندگی یا افزایش ذهن‌آگاهی و غیره باشد و بدین همجوشی شناختی نیز کاهش یابد. یعنی به احتمال خیلی زیاد این درمان نه به صورت مستقیم بلکه به صورت غیرمستقیم (از طریق متغیرهای دیگری همچون مثبت‌اندیشی و توجه به جنبه‌های مثبت زندگی) توانسته بر همجوشی شناختی تأثیر بگذارد.

یافته دوم پژوهش مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با نتایج پژوهش علی بابایی و امین جعفری دهقانی (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی مشاوره با رویکرد مثبت‌نگر بر شکوفایی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس؛ با یافته کلانو و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی روان‌شناسی مثبت‌نگر بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بیماران قلبی همسو بود. در تبیین این یافته باید گفت روان‌درمانی مثبت‌نگر ضمن تأکید بر پردازش‌های شناختی و هیجانی مثبت و همچنین توانمندی‌های افراد، به درمانگران توصیه می‌کند که به رویدادهای مثبت زندگی مددجویان که با تکرار اندکی در طول زندگی آنان اتفاق افتاده و یا می‌افتد، توجه بیشتری داشته باشند (فیگ و همکاران، ۲۰۲۰). بر این اساس تکنیک و مهارت‌های روان‌درمانی مثبت‌نگر به بیماران دیابتیک تیپ دو یاری کرده تا قادر باشند خودپنداره مثبت خود را بهبود بخشیده و تقویت نمایند و از سوی دیگر با نگرش امیدوارانه نسبت به آینده، خوش‌بینی و مثبت‌اندیشی را در خود بپرورانند. بدین طریق این بیماران به این قدرت دست پیدا می‌کنند که با بکارگیری مفاهیمی نظیر مثبت‌اندیشی، خوش‌بینی و احساس خودکارآمدی ناشی از تمرکز بر نقاط مثبت خویش، خودشفقتی بیشتری را در خود متصور شده و آنها را در امور جاری خویش به کار بندند. در تبیینی دیگر باید اشاره نمود که افراد در طی برگزاری جلسات روان‌درمانی مثبت‌نگر، از طریق معرفی مثبت خویش، به نقاط قوت خود که پیش از این مورد غفلت قرار گرفته بود، پی برده و تجارب مثبت را دریافته و به اهمیت آن‌ها در افزایش و ارتقای توانمندی درونی خود آگاه گردند. از دیگر جهت باید دانست که توجه به نقاط مثبت، خودپنداره مثبت‌تری را به فرد القا می‌نماید که همین امر موجب تکیه افراد بر توانمندی درونی خود گشته و در مواجهه با موقعیت‌های دشوار و پر تنش، تاب‌آوری بالاتری را از خود بروز داده و با تقویت احساس خودکارآمدی خویش، امید و خوش‌بینی فزون‌تری را نسبت به آینده از خود ظاهر ساخته و خودشفقتی بیشتری را از خود نشان دهند. علاوه بر این می‌توان اظهار داشت که

زارع، حسین. (۱۳۹۳). هنجاریابی مقیاس اجتماعی همجوشی شناختی گیلاندرز بر اساس الگوی بوهرنستات. فصلنامه پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی، ۴(۱۵)، ۱۷-۲۸.

شریفی، غنچه، نظریور، داود، داورنیا، محمد، داورنیا، رضا. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر بهزیستی ذهنی زنان چاق مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله علوم روانشناختی، ۲۰(۹۷)، ۸۹-۱۰۲.

علی بابایی، زهره، امین جعفری دهقانی، بتول. (۱۳۹۹). اثربخشی مشاوره با رویکرد مثبت‌گرا بر شکوفایی، بهزیستی روان‌شناختی و شادکامی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. علوم پزشکی صدر، ۳۸(۳)، ۲۰۷-۲۲۰.

فاضلی کبریا، مهناز، حسن‌زاده، رمضان، میرزاییان، بهرام، خواجه‌وند خوشلی، افسانه. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد اسلامی بر سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی، دین و سلامت، ۱۷(۱)، ۳۹-۴۸.

فرخی، الهام، سبزی، ندا. (۱۳۹۴). شادکامی و ادراک الگوهای ارتباطی خانواده: نقش واسطه‌ای سرمایه روان‌شناختی، روان‌شناسی تحولی، ۱۱(۴۳)، ۳۲۴-۳۱۳.

فرهادی، طاهره، اصلی‌آزاد، مسلم، شکرخدايي، نیلوفر سادات. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان ذهن آگاهی بر کارکردهای اجرایی و همجوشی شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، مجله توانمندسازی کودکان استثنایی، ۹(۴)، ۸۱-۹۲.

محمدی زیدی، عیسی، پاکپور حاجی آقا، امیر، محمدی زیدی، بنفشه. (۱۳۹۰). روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت. مجله دانشکده علوم پزشکی مازندران، ۲۱(۱)، ۱۰۳-۱۱۳.

نریمانی، محمد، شاه‌محمدزاده، یحیی، امیدوار، عظیم، امیدوار، خسرو. (۱۳۹۳). مقایسه سرمایه روان‌شناختی و سبک‌های عاطفی در بین دانش‌آموزان پسر با بدون ناتوانی یادگیری، مجله ناتوانی‌های یادگیری، ۴(۱)، ۱۱۸-۱۰۰.

ویسی، بهنام، رحمتی نجار کلانی، فاطمه، احمدی، شیدا. (۱۳۹۸). تاثیر آموزش مهارت مثبت‌نگری بر سلامت عمومی و سلامت معنوی سربازان، مجله طب نظامی، ۲۱(۱)، ۱۶۱-۱۶۷.

روان‌درمانی مثبت‌نگر به منظور التیام بخشی به آسیب‌های روانی وارده بر افراد، شادی و معنا را در زندگی آنان به گونه‌ای دیگر تفسیر نموده و با بازنمایی راه‌های افزایش آن، شادی بیشتر را در زندگی آنان وارد می‌سازد. به‌علاوه روان‌درمانی مثبت‌نگر با تأکید بر تجربه هیجان‌های مثبت و تمرکز بر یافتن معنا و شادی در زندگی، می‌توان فرض کرد که بیماران مبتلا به دیابت، از انطباق بیشتری در مواجهه با مشکلات زندگی و چالش‌های محیطی (نظیر عوارض بیماری دیابت) برخوردار گشته و در نتیجه، با پیگیری روند درمانی خود، خودشفقتی بیشتری را نیز از خود نمایان سازند.

پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود، همانند محدود بودن جامعه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهرستان شهرضا، عدم مهارت‌های شخصیتی، فیزیولوژیکی، اجتماعی و خانوادگی تاثیرگذار بر رفتارهای ارتقا دهنده سلامت و سرمایه‌های روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین توصیه می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر بیماران، مهارت‌های ذکر شده و استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر بر همجوشی شناختی و خودشفقتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود، مسئولان مراکز درمانی شهرستان شهرضا با به کارگیری روان‌شناسان و مشاوران مجرب، خدمات روان‌شناختی موثری همچون روان‌درمانی مثبت‌نگر را به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارائه دهند. این روند با بهبود وضعیت روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی بیماران، می‌تواند روند پیگیری درمانی و بهبود بیماران را نیز تسریع نماید. در پیشنهاد کاربردی دیگر، می‌توان گفت دوره‌های آموزشی گروهی برای افراد مبتلا به بیماری‌های فیزیولوژیکی مزمن همچون دیابت نوع دو می‌بایست توسط مسئولان مراکز درمانی و آموزشی مدنظر قرار گیرد. چرا که بروز بیماری‌های مزمن به دلیل درگیری زمانی و ویژگی‌های آزاردهنده روند درمان بیماری، آسیب‌های روان‌شناختی را ایجاد نموده و قدرت خوش‌بینی و مثبت‌نگری بیماران را کاهش می‌دهد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد بود. بدین وسیله از تمام بیماران حاضر در پژوهش و مسئولین مراکز درمانی شهرستان شهرضا که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

خسروی، صدرا، صادقی، مجید، یابنده، محمدرضا. (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود (SCS). فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳(۱۳)، ۴۷-۵۹.

- Batista, R., Cunha, M., Galhardo, A., Couto, M., Massano-Cardoso, I. (2015). Psychological Adjustment to Lung Cancer: the Role of Self-compassion and Social Support. *European Psychiatry*, 30, 28-32.
- Bluth, K., Eisenlohr-Moul, T.A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: A within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, 57, 108-118.
- Carvalho, S.A., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., Castilho, P. (2019). Pain and depressive symptoms; Exploring cognitive fusion and self-compassion in a moderated mediation model, *The Journal of Psychology*, 153(2), 173-186.
- Celano, C.M., Freedman, M.E., Harnedy, L.E., Park, E.R., Januzzi, J.L., Healy, B.C., Huffman, J.C. (2020). Feasibility and preliminary efficacy of a positive psychology-based intervention to promote health behaviors in heart failure: The REACH for Health study. *Journal of Psychosomatic Research*, 139, 110-115.
- Cho, J.H., Jae, S.Y., Choo, I.L., & Choo, J. (2014). Health-promoting behaviour among women with abdominal obesity: a conceptual link to social support and perceived stress. *Journal of advanced nursing*, 70(6), 1381-1390.
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., Kingston, J. (2019). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 1-18.
- Crits-Christoph, P. (2017). A nonrandomized comparison of strategies for consultation in a community-academic training program to implement an evidence-based psychotherapy, *Administration and Policy in Mental Health*, 44(1), 55-66.
- Duarte, J., Pinto-Gouveia, J. (2017). Mindfulness, self-compassion and psychological inflexibility mediate the effects of a mindfulness-based intervention in a sample of oncology nurses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 125-133.
- Elaine, B.C.J., Hollins, M. (2016). Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*, 22, 5-13.
- Feig, E.H., Celano, C.M., Massey, C.N., Chung, W., Romero, P., Harnedy, L.E., Huffman, J.C. (2020). Association of Midlife Status With Response to a Positive Psychology Intervention in Patients With Acute Coronary Syndrome. *Psychosomatics*. In Press, Corrected Proof.
- Flynn, M.K., Hernandez, J.O., Hebert, E.R., James, K.K., Kusick, M.K. (2018). Cognitive fusion among hispanic college students: Further validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 7, 29-34.
- Gillanders, D.T., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E., Campbell, L., et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- Graham, E., Deschênes, S.S., Rosella, L.C., Schmitz, N. (2020). Measures of depression and incident type 2 diabetes in a community sample. *Annals of Epidemiology*, 55, 4-9.
- Guariguata, L., Whiting, D., Weil, C., Unwin, N. (2011). The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 94(3), 322-332.
- Jo, D., Yang, E. (2019). The role of present moment awareness and cognitive fusion with food craving in the relationship between depression and binge eating. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 13, 126-133.
- Kalangan, A., Puthiyamadathil, S., Koottat, S., Rawther, S.C.H., Beevi, A. (2020). Sociodemographics, clinical profile and health promotion behaviour of people with type 2 diabetes mellitus. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 8(3), 845-849.
- Kelly, K.R., Fernandez, J.R., Moses, M.G., Golembeski, D.M., Olenik, N.L. (2021). Exploring diabetes management behaviors among varying health literacy levels: A qualitative analysis. *Journal of the American Pharmacists Association*. In Press, Corrected Proof.
- Kloos, N., Drossaert, C.H.C., Bohlmeijer, E.T., Westerhof, G.J. (2019). Online positive psychology intervention for nursing home staff: A cluster-randomized controlled feasibility trial of effectiveness and acceptability. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 48-56.
- Knyahnytska, Y., Williams, C., Dale, C., Webster, F. (2018). Changing the Conversation: Diabetes Management in Adults With Severe Mental Illnesses and Type 2 Diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*, 24(6), 595-602.
- Lathren, C., Bluth, K., Park, J. (2019). Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. *Personality and Individual Differences*, 143, 36-41.
- Lunghi, C., Zongo, A., Tardif, I., Demers, E., Diendéré, J.D.R., Guénette, L. (2021). Depression but not non-persistence to antidiabetic drugs is associated with mortality in type 2 diabetes: A nested case-control study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 171, 108-113.
- Luthans, F., Avolio, B.J. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with satisfaction. *Personality Psychology*, 6, 138-146.
- Morgan, T.L., Semenchuk, B.N., Ceccarelli, L., Kullman, S.M., Neilson, S.J., Kehler, D.S., Duhamel, T.A., Strachan, S.M. (2020). Self-Compassion, Adaptive Reactions and Health Behaviours Among Adults With Prediabetes and Type 1, Type 2 and Gestational Diabetes: A Scoping Review. *Canadian Journal of Diabetes*, 44(6), 555-565.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K.D., Pommier, E. (2012). The Relationship between Self-compassion and Other focused Concern among College Under graduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self and Identity*, 33(3), 1-17.
- Ozturk, F.O., Ayaz-Alkaya, S. (2020). Health Literacy and Health Promotion Behaviors of Adolescents in Turkey. *Journal of Pediatric Nursing*, 54, 31-35.
- Pillay, S., Anderson, J., Couper, J., Maftai, O., Gent, R., Pena, A.S. (2018). Children With Type 1 Diabetes Have Delayed Flow-Mediated Dilation. *Canadian Journal of Diabetes*, 42(3), 276-280.
- Pullmer, R., Chung, J., Samson, L., Balanji, S., Zaitsoff, S. (2019). A systematic review of the relation between self-compassion and depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescence*, 74, 210-220.
- Rashid, T. (2008). Positive Psychotherapy. In: Lopez SJ, editor. Positive psychology: Exploring the best in people. Westport CT: Greenwood Publishing Company, 146-70.
- Reuman, L., Buchholz, J., Abramowitz, J.S. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 9, 15-20.
- Sapra, R., Gupta, M., Sapra, R.L. (2018). Prevalence of obesity and awareness about diabetes among adolescents of schools of Delhi. *Current Medicine Research and Practice*, 8(2), 45-51.
- Stirman, S.W., Pontoski, K., Creed, T., Xhezo, R., Evans, A. C., Beck, A.T., Crits-Christoph, P. (2017). A Non-randomized Comparison of Strategies for Consultation in a Community-Academic Training Program to Implement an Evidence-Based Psychotherapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 55-66.
- Tanenbaum, M.L., Adams, R.N., Gonzalez, J.S., Hanes, S.J., Hood, K.K. (2018). Adapting and validating a measure of diabetes-specific self-compassion. *Journal of Diabetes and its Complications*, 32(2), 196-202.
- Walker, S.N., Hill-Polerecky, D.M. (1997). Psychometric evaluation of Health Promoting Lifestyle Profil II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, College of Nursing, Lincoln.
- Wang, X., Chen, Z., Poon, K., Teng, F., Jin, S. (2017). Self-compassion decreases acceptance of own immoral behaviors. *Personality and Individual Differences*, 106, 329-333.
- Zacharia, M., Ioannou, M., Theofanous, A., Vasiliou, V.S., Karekla, M. (2021). Does Cognitive Fusion show up similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek-Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 212-221.