



Journal Website

Article history:

Received 01 March 2025

Revised 27 April 2025

Accepted 06 May 2025

Published online 04 November 2025

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 4, Issue 3, pp 1-17



E-ISSN: 2981-1759

A Comparison of the Effectiveness of Positive Psychology Therapy and the Family Empowerment Model Based on Self-Compassion on Self-Care and Glycated Hemoglobin in Female Patients with Type 2 Diabetes

Zeinab. Avish¹, Fariborz. Dortaj^{2*}, Fatemeh. Ghaemi³, Noorali. Farrokhi⁴

¹ PhD student, Department of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Professor, Department of Educational Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran.

³ Endocrinologist, Associated Professor of Department of Transplantation and Disease Management, Vice. Curative, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

⁴ Professor, Department of Measurement and Assessment, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabatabaie'i University, Tehran, Iran.

* Corresponding author email address: dortaj@atu.ac.ir

Article Info

ABSTRACT

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Avish, Z., Dortaj, F., Ghaemi, F., & Farrokhi, N. (2025). A Comparison of the Effectiveness of Positive Psychology Therapy and the Family Empowerment Model Based on Self-Compassion on Self-Care and Glycated Hemoglobin in Female Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(3), 1-17.



© 2025 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Objective: The aim of this study was to compare the effectiveness of positive psychology therapy and the family empowerment model based on self-compassion on self-care and glycated hemoglobin (HbA1c) in female patients with type 2 diabetes.

Methodology: This quasi-experimental study employed a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. A total of 45 women with type 2 diabetes who visited the endocrinology department of Shahid Dr. Labbafinejad Hospital in Tehran between May and July 2024 were selected using random sampling. The participants were then randomly assigned via Microsoft Excel to two experimental groups—positive psychology therapy (n = 15) and the family empowerment model based on self-compassion (n = 15)—and one control group (n = 15), which received routine hospital treatment. Data collection tools included the Diabetes Self-Care Questionnaire and glycated hemoglobin measurements, assessed at baseline, post-intervention, and a three-month follow-up. Data were analyzed using multivariate repeated measures ANOVA in SPSS version 21.

Findings: Findings indicated no significant differences between the three groups at the pre-test stage, suggesting group homogeneity. However, the post-test results revealed significant differences among the three groups, indicating the effectiveness of both the positive psychology therapy and the family empowerment model based on self-compassion. Furthermore, follow-up comparisons also showed significant differences, suggesting the sustained effectiveness of both interventions. Multivariate repeated measures ANOVA revealed significant effects of positive psychology therapy on dimensions of self-care and HbA1c levels ($P < .001$). Additionally, a significant difference was found between the two experimental groups in both post-test and follow-up phases, with mean comparisons favoring the family empowerment model based on self-compassion over positive psychology therapy.

Conclusion: The results suggest that the family empowerment model based on self-compassion can be effective in improving self-care and reducing glycated hemoglobin levels in women with type 2 diabetes.

Keywords: Self-care, Type 2 Diabetes, Positive Psychology Therapy, Family Empowerment Model Based on Self-Compassion, Glycated Hemoglobin (HbA1c).

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Type 2 diabetes is one of the most prevalent metabolic disorders and a critical global public health concern, contributing significantly to morbidity and mortality worldwide. It is part of the broader category of metabolic syndromes that are responsible for approximately 4 million deaths annually, which constitutes around 9% of all global deaths (Hayden et al., 2019). Type 2 diabetes (T2D) is characterized by impaired insulin secretion and insulin resistance, resulting in chronic hyperglycemia that, if left unmanaged, can lead to severe complications (Banitalebi et al., 2019). Although many individuals with T2D are unaware of their condition for years, the disease silently progresses and results in irreversible complications such as nephropathy, retinopathy, and cardiovascular diseases (Assarzagdegan & Raeisi, 2019; Ballon et al., 2019).

The World Health Organization has referred to T2D as a silent killer, partly because of its long asymptomatic course and partly due to low adherence to treatment among patients (Gadgil et al., 2017). Despite the availability of effective medical interventions, noncompliance with therapeutic regimens remains a major barrier to glycemic control and risk reduction (Jang et al., 2019). Studies from Iran report inconsistent levels of adherence to treatment protocols, pointing to systemic and psychological barriers to effective self-care. Self-care behaviors, particularly those related to medication adherence, dietary regulation, and glucose monitoring, are crucial for managing T2D (Kav et al., 2017). Furthermore, family involvement in treatment planning and support can enhance adherence and improve outcomes (Tol et al., 2013).

Positive psychology therapy and the family empowerment model based on self-compassion are two psychological approaches that aim to enhance coping, improve quality of life, and support the management of chronic illnesses like diabetes (Andayani, 2021; Suweni et al., 2023). Positive psychology emphasizes the development of optimism, well-being, and meaning-making to counterbalance the psychological burden of illness (Hoppen & Morina, 2021; Seshadri et al., 2021). In contrast, self-compassion-focused models enable individuals to adopt a non-judgmental, mindful, and supportive stance toward themselves, particularly in the face of challenges. These approaches are theoretically and empirically grounded in the belief that psychological well-being is integral to physical health outcomes (Dobiala & Winkler, 2016).

This study compares the effectiveness of these two therapeutic models—positive psychology therapy and the family empowerment model based on self-compassion—on self-care behaviors and glycemic control (as measured by glycated hemoglobin, HbA1c) in female patients with T2D. The purpose is to identify the more effective intervention and provide evidence for scalable psychological support programs in diabetes management.

Methodology

This research employed a quasi-experimental design featuring pre-test, post-test, and three-month follow-up measurements with a control group. Forty-five women aged 30 to 55, diagnosed with type 2 diabetes and referred to the endocrinology department of Shahid Dr. Labbafinejad Hospital in Tehran between May and July 2024, were selected through random sampling. Eligibility criteria included a

minimum of six months since diagnosis, absence of psychiatric disorders or hospitalization, and willingness to participate.

Participants were randomly assigned to one of three groups (n=15 per group): (1) positive psychology therapy, (2) family empowerment model based on self-compassion, and (3) control group receiving standard medical care. The interventions were delivered in structured group sessions. Data were collected using the Diabetes Self-Care Questionnaire (SDSCA) and laboratory HbA1c tests at three time points: baseline, post-intervention, and three-month follow-up. Data analysis was conducted using multivariate repeated measures ANOVA in SPSS version 21.

Findings

Initial analyses showed no significant differences among the three groups in terms of demographic variables such as age, education level, income, or marital status. Furthermore, pre-test scores for self-care and HbA1c were statistically equivalent across groups, confirming group homogeneity prior to intervention.

In the post-test phase, both the positive psychology and family empowerment groups exhibited significant improvements in self-care scores compared to the control group. The family empowerment model yielded the highest gains, with mean self-care scores increasing from 33.38 to 78.34 post-intervention and stabilizing at 74.23 during follow-up. The positive psychology group's mean scores rose from 34.00 to 57.46 post-intervention and then declined slightly to 50.96 during follow-up. The control group showed no meaningful change across all phases.

Regarding HbA1c levels, both intervention groups showed a significant reduction in glycemic levels at post-test and follow-up compared to the control group. The family empowerment group saw a decrease in mean HbA1c from 6.79 to 4.88 post-test, slightly rising to 5.39 at follow-up. The positive psychology group showed a reduction from 6.75 to 5.37, stabilizing at 5.28. The control group, by contrast, experienced negligible changes, remaining around 6.76 throughout.

Pairwise comparisons indicated statistically significant differences between both intervention groups and the control group at post-test and follow-up. Notably, the family empowerment group performed significantly better than the positive psychology group in both outcome variables during the post-test phase.

Discussion and Conclusion

The results of this study indicate that both positive psychology therapy and the family empowerment model based on self-compassion are effective in enhancing self-care behaviors and reducing HbA1c levels in women with type 2 diabetes. However, the family empowerment model demonstrated superior and more stable outcomes over time. These findings align with theoretical propositions that family support and compassionate self-perception can enhance the motivation and psychological readiness necessary for consistent self-care practices.

The absence of significant differences in baseline characteristics ensures that the observed effects can be attributed to the interventions. Furthermore, the consistency of improvements during the follow-up period underscores the lasting impact of these psychological interventions. The family empowerment

approach likely benefits from its holistic integration of emotional, relational, and behavioral dimensions, making it especially suited for chronic disease management within familial contexts.

In contrast, while positive psychology therapy yielded improvements, its effects were slightly less pronounced, possibly due to its more individual-centered orientation. This suggests that integrating psychological growth with external support systems may be more effective in managing illnesses like diabetes that require sustained lifestyle modifications.

In conclusion, this study supports the integration of family-centered, compassion-based psychological interventions into diabetes care protocols. Doing so may enhance patient adherence, improve clinical outcomes, and reduce long-term healthcare costs associated with T2D complications. Future research should explore these findings in larger, more diverse populations and evaluate the long-term cost-effectiveness of such programs.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۱۱ اسفند ۱۴۰۳

اصلاح شده در تاریخ ۷ اردیبهشت ۱۴۰۴

پذیرفته شده در تاریخ ۱۶ اردیبهشت ۱۴۰۴

منتشر شده در تاریخ ۱۳ آبان ۱۴۰۴

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۴، شماره ۳، صفحه ۱۷-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو

زینب آویش^۱، فریبرز درتاج^۲، فاطمه قائمی^۳، نورعلی فرخی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه تخصصی روانشناسی عمومی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. اندو کریونولوژیست، دانشیار مرکز مدیریت پیوند و اداره بیماریهای معاونت درمان. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران

۴. استاد، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: dortaj@atu.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

آویش، زینب، درتاج، فریبرز، قائمی، فاطمه. و فرخی، نورعلی. (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۴(۳)، ۱۷-۱.

هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو بود. **روش‌شناسی:** در یک مطالعه نیمه آزمایشی با گروه کنترل و پیش آزمون و پس آزمون، ۴۵ زن مبتلا به دیابت نوع دو که از خرداد تا تیر ماه ۱۴۰۳ مراجعه کننده به بخش غدد بیمارستان شهید دکتر لسانی نژاد شهر تهران بودند با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. سپس آزمودنیها به طور تصادفی و از طریق نرم افزار اکسل آفیس در دو گروه آزمایش (گروه آزمایش اول تحت درمان درمان مثبت نگر (n=۱۵)؛ گروه آزمایش دوم تحت درمان مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود (n=۱۵) و یک گروه کنترل (n=۱۵) تحت درمان‌های روتین بیمارستان قرار گرفتند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ی مقیاس خودمراقبتی دیابت و هموگلوبین گلیکوزیله در سه مرحله خط پایه، پس از مداخله و پیگیری سه ماهه جمع آوری شدند. داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد و با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت که حاکی از همگن بودن سه گروه و مقایسه پس آزمون‌ها در سه گروه حاکی از وجود تفاوت معنی دار است که این مساله نشان دهنده اثربخشی گروه درمان مثبت نگر و گروه توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت بوده است. همچنین مقایسه پیگیری در سه گروه آزمایش نیز حاکی از وجود تفاوت معنی دار است که این مساله نشان دهنده پایداری اثربخشی در دو گروه آزمایش می‌باشد. جهت بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر بر ابعاد خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد ($P > 0/01$). همچنین مشخص شد که بین دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی گروه توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود در برابر درمان مثبت نگر بود. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان داد که مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود می‌تواند در بهبود خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در زنان مبتلا به دیابت نوع II موثر باشد.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله

مقدمه

سندرم های متابولیکی^۱ یکی از مهمترین مشکلات تهدیدکننده سلامتی بشر محسوب می شود و مسئول چهار میلیون مرگ در سال، معادل ۹٪ کل مرگ های جهان می باشد (Hayden et al., 2019). دیابت^۲، شایع ترین بیماری متابولیک می باشد (Rådholm et al., 2020). بیماری مزمنی^۳ که توانایی لوزالمعده در ترشح انسولین^۴ کم شده و یا از بین رفته باشد، یا بدن نتواند به طور مؤثر از انسولین ترشح شده توسط لوزالمعده استفاده کند بروز پیدا می کند (Banitalebi et al., 2019). اختلال یا عدم ترشح انسولین توسط کبد یا عدم فعالیت مناسب انسولین و یا هر دو عامل باعث افزایش قندخون (هیپرگلیسمی)^۵ و دیگر اختلال های متابولیکی می شود که اگر هیپرگلیسمی به خوبی کنترل نشود، ممکن است موجب عوارض جدی شود (Razavizadeh Tabadkan & Jajarmi, 2019).

عوارض ناشی از دیابت نوع II^۶ معمولاً تا دهه دوم عمر افزایش قند خون ظاهر نمی شود و از آنجایی که دیابت نوع II، اغلب یک دوره طولانی بدون علامت پیش از تشخیص داشته است، همچنین ۵۰ درصد دیابتی ها از دیابت خود اطلاع ندارند (Assarzadegan & Raeisi, 2019). به همین خاطر بسیاری از مبتلایان در زمان تشخیص دچار عوارض ناشی از این بیماری شده اند (Ballon et al., 2019). در همین راستا سازمان بهداشت جهانی^۷ از آن به عنوان اپیدمی^۸ خاموش و به عنوان یک بیماری کشنده خاموش^۹ نام برده است (Gadgil et al., 2017).

دیابت نوع II اغلب با سایر عوامل خطر ساز آرترواسکروز^{۱۰} مثل چاقی^{۱۱}، فشار خون بالا^{۱۲} و چربی خون بالا^{۱۳} همراه است. مجموعه این عوامل توسط ریون (۲۰۰۰)، تحت عنوان "سندرم X"^{۱۴} نامیده شده اند (Dennison et al., 2019). گرچه تابلوهای بالینی بسیاری از عوارض دیابت شامل بیماری کلیوی برگشتناپذیر، نابینایی، انفارکتوس میوکارد^{۱۵}، بیماری های عروق کرونری^{۱۶} (CDH) و محیطی^{۱۷} (PVD) و مغزی^{۱۸} (CVD) مشخص شده است (Wang et al., 2019).

1. metaboulc
2. diabetes
3. chronic diseases
4. insulin
5. hyperglycemia
6. Diabetes Type II
7. World Health Psychology (WHO)
8. Epidemia
9. Silent illness
10. arterioscleroses
11. Obesity
12. High blood pressure
13. High Blood Fat
14. syndrome X
15. Myocardial infarction
16. coronary heart disease
17. Peripheral vessels disease
18. central vessels 6isease



یکی از اصول کنترل دیابت، تبعیت بیماران^۱ از توصیه‌های درمانی پزشک می‌باشد، این امر منجر به بهبود کنترل قند خون و کاهش هموگلوبین گلیکوزیله^۲ می‌گردد که نتیجه آن کاهش عوارض بیماری و کاهش هزینه‌های مربوط می‌باشد. عدم تبعیت از رژیم دارویی که به صورت میزان عدم مطابقت رفتار افراد با توصیه‌های سلامتی یا درمانی تعریف می‌شود، یک فرآیند رفتاری پیچیده است و عوامل متعددی مانند خصوصیات فردی بیماران، رابطه متقابل پزشک و بیمار و سیستم مراقبت از سلامتی روی آن تأثیر می‌گذارد (Jang et al., 2019).

تبعیت از توصیه‌های درمانی توسط بیمار با مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیمار جلوگیری کرده یا بروز آن را به تعویق بیندازد. با این وجود اکثر بیماران در تبعیت از توصیه‌های درمانی کوتاهی می‌کنند (Kav et al., 2017). در حال حاضر نتایج متفاوتی در مورد تبعیت از توصیه‌های درمانی در مورد دیابت و عوارض آن در ایران گزارش شده است که همگی حاکی از عدم تبعیت بیمار از درمان خود بوده که به واسطه این عدم تبعیت عوارض این بیماری دو چندان شده و هزینه‌های درمانی چندین برابر افزایش یافته است (Tan et al., 2018).

روش‌های مداخله‌ای که بیماران را قادر سازد تا تصمیمات آگاهانه در مورد اهداف، روش‌های درمان و رفتارهای مراقبت از خود گرفته و برای مدیریت روزانه دیابت برای خود احساس مسئولیت کنند، در کمک کردن به بیماران برای مراقبت از خود مؤثر هستند (Moghadam et al., 2023). فرد دیابتی ممکن است به علت استرس، مراقبت در خصوص استفاده از بعضی غذاها را از یاد ببرد یا مصرف داروی خود را فراموش کند که نتیجه آن تأثیر بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله‌اش خواهد بود (Akbari & Kiamarsi, 2023).

اولین گام ضروری توانمندسازی^۳ بیمار، آموزش خودمراقبتی دیابت است که بدون این آموزش، بیماران نمی‌توانند به طور آگاهانه، مراقبت بر خود داشته باشند. توانمندسازی در آموزش خودمراقبتی دیابت، به دنبال افزایش دانش، مهارت مراقبت از خود^۴، خودآگاهی^۵ و احساس استقلال فردی^۶ است تا بیماران را در پذیرش مراقبت فردی از دیابت توانا می‌سازد (Suweni et al., 2023). مراقبت موفق دیابت، نیازمند توانایی در هدف‌گذاری و تصمیم‌گیری مؤثر است که متناسب با الگوی زندگی بیماران باشد و بسیاری از عوامل متابولیک، روانی، اجتماعی و فردی در آن مد نظر گرفته شود (Dobiala & Winkler, 2016).

همچنین دیابت یک بیماری خانوادگی است، زیرا بر کسانی که فرد مبتلا به دیابت را دوست دارند، با او زندگی می‌کنند و یا از او مراقبت می‌کنند، تأثیر زیادی می‌گذارد و چگونگی پاسخدهی همه این افراد بر چگونگی احساس فرد دیابتی در برقراری رابطه با دیگران و بر چگونگی مراقبت او از خودش تأثیر می‌گذارد. بیمارانی که احساس عدم حمایت یا کشمکش می‌کنند، دیابت را یک منبع اصلی آزردهی می‌دانند با وجود اهمیت این مسئله اما تا همین اواخر، تحقیقات به دورنمای بیماران و توانمندی مراقبت از دیابت، توجه کافی را نداشتند (Walsh et al., 2017).

حتی به نقش شکل‌های خانوادگی و دیگر فرم‌های حمایت اجتماعی در مورد دیابت توجه اندکی شده است (Peseschkian & Remmers, 2020). مطالعات فراوانی پیامد مداخلات مختلف و شیوه‌های متنوع و رو به رشد درمانی را ارزیابی کرده‌اند و بر اهمیت تشخیص و استفاده از راهبردهای درمانی مؤثر در بزرگسالان مبتلا به این بیماری مخرب، تأکید ورزیده‌اند. هدف درمان دیابت، حفظ هموگلوبین گلیکوزیله نزدیک به دامنه طبیعی (۷۰-۱۳۰ و کمتر از ۷٪) است که برای پیشگیری از عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت ضروری است برای درمان این

1. adherence to treatment
2. Glycosylated hemoglobin
3. empowerment
4. self-care skills
5. self-awareness
6. individual independence



اختلال علاوه بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی نیز در طول سال‌های متوالی ابداع شده است و الگوهای مختلفی برای آموزش بیماران و تغییر رفتار آنان استفاده شده است. اهم درمان‌های روان‌شناختی دیابت؛ خودمدیریتی، مدیریت استرس^۱ و آرام‌سازی^۲ و درمان شناختی-رفتاری^۳ بوده‌اند (Jankowski et al., 2020).

مثبت اندیشی حاصل تعامل آرام و بدون مشکل با محیط اجتماعی است که پیامد آن مجموعه‌ای از تمایلات مبتنی بر رضایتمندی، خوش‌بینی، امید، اعتماد و اطمینان خاطر در فرد است. نقطه مقابل آن وجود بی‌زاری، ترس، عصبانیت، ناامیدی و نگرانی خواهد بود "مثبت نگری زمانی به وجود می‌آید که افراد احساس نمایند درکشان از خودشان تأیید شده است (Heydari et al., 2023). مثبت نگری نوعی خیر عمومی است که پیامد و حاصل آن را باید در تشریک‌مساعی، طراوت اجتماعی، وفاق اجتماعی، عواطف مثبت، زندگی انجمنی و مشارکت اجتماعی جستجو کرد. مثبت نگری نوعی سرمایه عاطفی است که هزینه‌های کنترل و نظارت رسمی را کاهش می‌دهد و افراد را متقاعد به رفتار مطابق با ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی پذیرفته‌شده می‌نماید (Hoppen & Morina, 2021). سرمایه‌ای که به‌واسطه استفاده از آن زایش تازه‌ای پیدا می‌کند، زیرا وقتی افراد از عواطف مثبتی که دیگران ابراز می‌دارند استفاده می‌کنند به‌نوعی عواطف مثبت تازه‌ای را تولید می‌کنند (Seshadri et al., 2021). مهم‌ترین تأثیر مثبت نگری بر زندگی عادی یا روزمره این است که در صورت وجود مثبت نگری زندگی روزمره معطوف به آینده خواهد بود و افراد جامعه از گذشته‌نگری منفی و داشتن کنش‌های آنی و لحظه‌ای‌رهایی پیدا خواهند کرد. آن‌ها پذیرای برنامه داشتن و کنش‌های عقلانی معطوف به هدف خواهند شد؛ کنش‌هایی که آن‌ها را وادار به تلاش و کوشش مضاعف و نیل به اهداف متعالی‌تر می‌نماید به‌گونه‌ای که نوعی آینده‌گرایی و آینده‌اندیشی را در افراد جامعه تقویت می‌نماید که خود می‌تواند پیامدهای مثبت متعددی را به دنبال داشته باشد (Choi et al., 2023). هرچند که مثبت نگری در نگاه نخست و نقطه آغازین از خود فرد شروع می‌شود و تجلی آن را در فرد می‌بینیم اما حاصل آن در تجربه جمعی فرد که در فرایند تعامل اجتماعی شکل می‌گیرد دیده می‌شود؛ تجربه‌ای که نمونه آن را در جامعه و فرهنگی حاکم بر آن می‌بینیم. جوامع منعطف، بالنده و پویا در قیاس با جوامع سخت و ایستا و بسته از آمادگی بیشتری برای به رو شوند و کم‌کم عادت کنند تا فقط زشتی‌ها را تداعی نمایند (Boumparis et al., 2016). زیربنای نظری روان‌درمانی مثبت نگر متعلق به سلیگمن (۲۰۰۲) است او فرض کرد که شادکامی، زندگی خوشایند و لذت‌بخش، زندگی، اشتیاق و معنادار را دربرمی‌گیرد بدین معنا که مردم هنگامی به زندگی خوشایند و لذت‌بخش می‌رسند که بتوانند هیجان‌های مثبتی را در زمینه‌هایی از زندگی گذشته، حال و آینده‌شان را تجربه کنند (Andayani, 2021). زندگی هنگامی با اشتیاق احساس می‌شود که فرد در حوضه‌های گوناگون زندگی به‌ویژه کار، روابط عشقی، تفریح و بازی عمیق درگیر و غرق شود زندگی با معنا هم بهره‌گیری از توانمندی‌ها به چیزی فراتر از خود اوست و هنگامی که این زندگی‌های سه‌گانه در کنار هم وجود داشته باشد یک زندگی کامل به دست می‌آید (Heydari et al., 2023). روشی آموزشی است که احساسات مثبت، نقاط قوت و معنا در زندگی را بهبود می‌بخشد، معنا در زندگی را جهت خنثی کردن آسیب‌ها می‌سازد و شادکامی را تقویت می‌کند. در مسیر کمک به افراد برای کشف نقاط قوت خود از قبیل خوش‌بینی، امید، شوخ‌طبعی و انعطاف‌پذیری، معنا در زندگی نیز اضافه می‌شود (Choi et al., 2023). روانشناسی مثبت جهت بررسی آنچه زندگی را با ارزش می‌کند، هدف‌گذاری شده است (Hoppen & Morina, 2021) و افراد یاد می‌گیرند که آن‌ها می‌توانند در نتیجه تجاربشان، حتی اگر آسیب‌زا باشد، رشد کنند (Seshadri et al., 2021).

مطابق دیدگاه مثبت نگر، هیجانات و توانمندی‌ها از بهترین عوامل جلوگیری از آسیب‌های روانی هستند. پژوهشگران حوزه پیشگیری اعتقاد دارند، پیشگیری تأکید بر ساختن توانمندی‌ها و نه اصلاح ضعف‌هاست؛ بنابراین توانمندی‌های انسان، محافظی در برابر بیماری‌های روانی

1. stress management
2. relaxation
3. cognitive behavioral treatment



است (Choi et al., 2023). شهامت، خوش‌بینی، مهارت‌های ارتباط بین فردی، رعایت کردن اخلاق کار، امید، صداقت نمونه‌های از این توانمندی‌ها محسوب می‌شود (Boumparis et al., 2016). روان‌درمانی مثبت تلاش درمانی در روانشناسی مثبت است. هدف اصلی ارزیابی و بهبود منابع مثبت مددجویان، از قبیل هیجانات مثبت، اشتغال، روابط، معنا و دستاوردها است. روان‌درمانی مثبت، مبتنی بر این فرضیات است که مددجویان ذاتاً به دنبال رشد، کمال و شادکامی هستند. منابع مثبت علائم واقعی هستند و روابط درمانی مؤثر می‌تواند از طریق ابزار منابع مثبت علمی قابل اندازه‌گیری، به صورت عملیاتی شوند: احساسات مثبت، اشتغال سرگرمی، روابط، معنایابی و دستاوردها (Andayani, 2021). با توجه به موارد فوق، این پژوهش با هدف مقایسه اثر بخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمند سازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو انجام پذیرفت.

مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع نیمه آزمایشی از طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو که خرداد تا تیر ماه ۱۴۰۳ مراجعه کننده به بخش غدد بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد شهر تهران کرده بودند و پس از بررسی‌های اولیه و انجام آزمایشات، تشخیص دیابت نوع دو دریافت کردند، تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش حاضر با استناد به باسا (۱۹۹۵)، که تغییرات میانگین HbA1c را قبل و ۳ ماه بعد از یک برنامه مداخله به میزان $(\frac{1}{7} = \frac{1}{8} - \frac{1}{8})$ و جهت انحراف معیار، میزان $(\frac{2}{2})$ را محاسبه نموده است ($\alpha = 0.05$ و $\beta = 0.2$) نمونه لازم برای این بررسی ۳۰ نفر برای هر گروه محاسبه شد (Carr et al., 2024). ۳۰ نفر با توجه به ملاک‌های ورود ذکر شده به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود و خروج این مطالعه عبارت بودند از: دامنه سنی ۵۵-۳۰ سال، ابتلا به دیابت نوع دو براساس شواهد ADA؛ به مدت حداقل شش ماه به تشخیص پزشک متخصص، میزان تحصیلات بالاتر از سیکل، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی و تمایل به همکاری. ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش: عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود.

مقیاس کوتاه فعالیت‌های خود مراقبتی دیابت: مقیاس SDSCA، شاخص خود توصیفی معتبری برای خودمراقبتی دیابت است، این پرسشنامه با هدف ارزیابی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ در سال (۱۹۹۴) توسط گلاسگوو تابرر طراحی شده است (Bolier et al., 2013). ۲۵ آیتم دارد سوالهای این پرسشنامه به افراد اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قند خون، ورزش، مراقبت از پا و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشند. میزان آلفای کرونباخ برای سازه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه ۰/۶۸ محاسبه گردید و اعتبار معادل ۰/۷۵ بدست آمد (Hendriks et al., 2020). در این پژوهش، همسانی درونی [ضریب آلفای کرونباخ] مقیاس خود مراقبتی برای حجم نمونه $(n=30)$ ۰/۹۳ به دست آمده است. با توجه به اینکه آلفای کرونباخ مقیاس مذکور بیشتر از ۰/۷ است نشان می‌دهد مقیاس تبعیت از درمان از اعتبار بالایی برخوردار است.

در این تحقیق، پژوهشگر بعد از کسب مجوز کتبی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات (تهران) به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران مراجعه کرده و معرفی نامه جهت کار در محیط پژوهش بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد شهر تهران حضور پیدا کرد و پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن‌ها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین بخش غدد در بیمارستان شهید دکتر لبافی نژاد شهر تهران تحت نظر متخصص غدد و متابولیسم کار نمونه گیری آغاز گردید. از بیماران دیابت



نوع دو، مصاحبه بالینی و ویزیت اولیه انجام گرفت و ۴۵ نفر از افرادی را که معیارهای ورودی زیر را داشته باشند، با اخذ رضایت آگاهانه، وارد مطالعه کرده است. نمونه‌های پژوهش به روش هدفمند و بر اساس معیارهای ورود انتخاب شدند.

از طریق جایگزینی تصادفی به گروه آزمایش و یک گروه کنترل تقسیم شدند (با استفاده از جدول اعداد تصادفی) و پس از جایگزینی تصادفی، برای رعایت اصل کاربندی تصادفی، دوباره از روی تصادف یکی از گروه‌ها به عنوان گروه مداخله (درمان مثبت نگر دریافت می‌کنند) و گروه کنترل (گروهی که تنها درمانهای دارویی و آموزش جاری دپارتمان دیابت را دریافت می‌کنند) انتخاب شدند. کلیه شرکت کنندگان پرسشنامه‌های مشخصات دموگرافیک، خود مراقبتی دیابت را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل کردند و برای تعیین میزان هموگلوبین گلیکوزیله بیماران، آزمایش خون HbA1c قبل از شروع و اتمام مداخلات در آزمایشگاه بیمارستان انجام و نتیجه به پژوهشگر اعلام گردید. گروه‌های آزمایشی تحت مداخله ذکر شده قرار گرفتند. بنا به اهداف تحقیق نیز، ۳ ماه بعد از مداخله جهت انجام امور پیگیری درمان، جلسه‌ای با هدف ارزیابی کلی اثر بخشی مداخله صورت پذیرفت. مجدداً نتیجه روتین آزمایش خون HbA1c در سه ماه سوم در آزمایشگاه بیمارستان انجام و نتیجه به پژوهشگر اعلام گردید. گروه کنترل طی مدت پژوهش مداخله‌ای صورت نگرفته و تنها از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی و پرسشنامه خود مراقبتی قبل و بعد از مداخله در گروه‌های آزمون جهت سنجش این بیماران به طور همزمان با دو گروه مداخله استفاده شد. به لحاظ اخلاقی در طی مطالعه ارتباطی بین گروه کنترل و آزمون وجود نداشت. گروه کنترل طبق پروتکل جاری خاص توسط پزشک متخصص تحت درمان بودند و پژوهشگر هیچگونه دخالتی نداشت. همچنین در پایان مطالعه، تمامی موارد آموزش داده شده به گروه آزمون، در قالب یک بسته آموزشی به گروه کنترل ارائه شد.

داده‌ها در نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ وارد و با استفاده از روش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۴۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت. در دامنه سنی ۴۵-۴۰ سال مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها در گروه کنترل $45/03 \pm 4/59$ و برای گروه آزمایش الگوی درمان مثبت نگر $45/03 \pm 4/59$ سال و مقایسه میانگین‌ها با استفاده از تحلیل واریانس نیز حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در میانگین سنی دو گروه بود.

در این پژوهش اثربخشی مداخلات درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر مؤلفه‌های تبعیت از درمان، خودمراقبتی، کیفیت زندگی بیماران دیابتی، قند خون ناشتا و قند خون ۲ ساعته و هموگلوبین گلیکوزیله بر ۴۵ بیمار دیابتی نوع II، ۱۵ نفر گروه کنترل، ۱۵ نفر گروه آزمایش اول و ۱۵ نفر گروه آزمایش دوم مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد.

همچنین بررسی تفاوت فراوانی در دو گروه با توجه به نتایج آزمون خی دو حاکی از عدم وجود تفاوت معنی دار در وضعیت تاهل، سطح تحصیلات و سطح درآمد در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و آزمون (پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون توزیع نرمال کلموگروف اسمیرنو و شاپیرو ویلک بررسی شد. نتایج آزمون توزیع نرمال شاپیرو ویلک در گروه آزمایش درمان مثبت نگر و کنترل نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در خودمراقبتی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون و هموگلوبین در مرحله پیش آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0/01$).



جهت بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر ابعاد خودمراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض‌های این آزمون برای هر متغیر مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کرویت بارتلت ($P < 0/001$, $X^2 = 440/218$) بیانگر رعایت پیش فرض این آزمون بود (همبستگی بین متغیرهای وابسته)، سپس نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس بررسی شد که نشان داد این مفروضه برای مؤلفه‌های مورد بررسی برقرار نمی‌باشد ($P < 0/001$, $F_{231, 7627/42} = 1/472$, $BoxM = 629/145$) که البته با توجه به بالا بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است. سپس مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی برای همه ی متغیرهای مورد بررسی اجرا شد و نتایج این آزمون نشان داد که این مفروضه برای متغیرهای هموگلوبین، خودمراقبتی برقرار نیست ($P < 0/001$) و باید از نتایج تصحیح شده گرین هاوس گیسر استفاده کرد. سپس مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های خودمراقبتی، برقرار ($P > 0/05$) و برای هموگلوبین ($P < 0/05$) برقرار نمی‌باشد. نتایج آزمون‌های چند متغیری نشان داد که ارائه الگوی درمان مثبت نگر به خود در عامل گروه ($Pillais\ trace = 0/971$, $F = 210/108$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/971$) و در عامل زمان ($Pillais\ trace = 0/987$, $F = 194/589$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/987$) و اثر تعاملی زمان و گروه ($Pillais\ trace = 0/982$, $F = 146/805$, $P < 0/001$, $\eta^2 = 0/982$) معنی دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که مداخله درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر ابعاد مورد بررسی اثر بخش می‌باشد.

جدول ۱

میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری خودمراقبتی به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	خود مراقبتی	مقایسه پیش آزمون‌ها در سه گروه
ازمایش ۱	درمان مثبت نگر	$F = 1/08$
آزمون	پیش آزمون	$Sig = 0/344$
میانگین	۳۴	۵۷/۴۶
انحراف معیار	۲/۲۰	۲/۳۴
ازمایش ۲	توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت	مقایسه پس آزمون‌ها در سه گروه
آزمون	پیش آزمون	$F = 351/758$
میانگین	۳۳/۳۸	$Sig = 0/001$
انحراف معیار	۲/۱۷	۳/۲۴
آزمون	کنترل	مقایسه پیگیری در سه گروه
میانگین	۳۴/۹۶	$F = 429/68$
انحراف معیار	۵/۹۹	$0/001$
		۳۲/۴۶
		۷/۹۷

نتایج جدول فوق نشان داد که میانگین متغیر خودمراقبتی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن سه گروه در پیش آزمون است، اما تفاوت بین سه گروه در مراحل پس آزمون معنی دار بود که حاکی از اثربخشی مداخله در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل است. همچنین وجود تفاوت معنی دار در سه گروه در مرحله پیگیری نیز حاکی از پایداری اثربخشی در گروه‌های آزمایش می‌باشد.



جدول ۲

میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری هموگلوبین به تفکیک گروه و آزمون

متغیر وابسته	همو گلوبین	مقایسه پیش آزمون‌ها در سه گروه		
آزمایش ۱	درمان مثبت نگر	F=۰/۰۹۲		
آزمون	پیش آزمون	پیگیری	Sig=۰/۹۱۲	
میانگین	۶/۷۵	۵/۳۷	۵/۲۸	
انحراف معیار	۰/۲۸	۰/۲۷	۰/۳۵	
آزمایش ۲	توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت	مقایسه پس آزمون‌ها در سه گروه		
آزمون	پیش آزمون	پیگیری	F=۱۶۷/۲۸۶	
میانگین	۶/۷۹	۴/۸۸	۵/۳۹	sig=۰/۰۰۱
انحراف معیار	۰/۲۴	۰/۵۳	۰/۳۸	
شاهد	کنترل	مقایسه پیگیری در سه گروه		
آزمون	پیش آزمون	پیگیری	F=۱۶۳/۶۱۵	
میانگین	۶/۷۶	۶/۷۷	۶/۷۹	sig=۰/۰۰۰۱
انحراف معیار	۰/۴۸	۰/۲۸	۰/۲۴	

نتایج جدول فوق نشان داد که میانگین متغیر هموگلوبین در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معنی داری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن سه گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، اما تفاوت بین سه گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری بود که می تواند حاکی از اثربخشی مداخلات بر متغیر هموگلوبین و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد.

جدول ۳

نتایج مقایسه جفتی گروه های پژوهش در متغیر خود مراقبتی در اثر تعاملی زمان و گروه

متغیر	زمان	گروه	گروه	اختلاف میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
خودمراقبتی	پیش آزمون	درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	۰/۶۱۵	۱/۰۸۱	۰/۹۹۹
		درمان مثبت نگر	کنترل	-۰/۹۶۲	۱/۰۸۱	۰/۹۹۹
		توانمندسازی	کنترل	-۱/۵۷۷	۱/۰۸۱	۰/۴۴۶
	پس آزمون	درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	-۲۰/۸۸۵	۱/۷۳۸	۰/۰۰۱
		درمان مثبت نگر	کنترل	۲۵/۱۵۴	۱/۷۳۸	۰/۰۰۱
		توانمندسازی	کنترل	۴۶/۰۳۸	۱/۷۳۸	۰/۰۰۱
	پیگیری	درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	-۲۳/۲۶۹	۱/۴۲۸	۰/۰۰۱
		درمان مثبت نگر	کنترل	۱۸/۵۰۰	۱/۴۲۸	۰/۰۰۱
		توانمندسازی	کنترل	۴۱/۷۶۹	۱/۴۲۸	۰/۰۰۱

نتایج مقایسه جفتی نشان داد که در مرحله پیش آزمون بین سه گروه در بعد خودمراقبتی تفاوت معنی داری وجود ندارد که این مساله حاکی از همگن بودن سه گروه پژوهش در ابتدای کار است، در مرحله پس آزمون بین گروه درمان مثبت نگر و کنترل، بین گروه توانمندسازی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد که این مساله اثربخشی هر دو گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل نشان می دهد، بررسی



دو گروه آزمایش نیز نشان داد که بین دو گروه آزمایش در مولفه خودمراقبتی تفاوت معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی بیشتر گروه آزمایش طبق الگوی توانمندسازی خانواده نسبت به گروه درمان مثبت نگر بود.

جدول ۴

نتایج مقایسه جفتی گروه‌های پژوهش در متغیر هموگلوبین در اثر تعاملی زمان و گروه

متغیر	زمان	گروه	گروه	اختلاف میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
هموگلوبین	پیش آزمون	درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	-۰/۰۴۲	۰/۰۹۹	۰/۹۹۹
		درمان مثبت نگر	کنترل	-۰/۰۱۶	۰/۰۹۹	۰/۹۹۹
		توانمندسازی	کنترل	۰/۰۲۶	۰/۰۹۹	۰/۹۹۹
	پس آزمون	درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	۰/۴۹۰	۰/۱۰۷	۰/۰۰۱
		درمان مثبت نگر	کنترل	-۱/۴۰۰	۰/۱۰۷	۰/۰۰۱
		توانمندسازی	کنترل	-۱/۸۹۰	۰/۱۰۷	۰/۰۰۱
پیگیری		درمان مثبت نگر	توانمندسازی خانواده	-۰/۱۰۹	۰/۰۹۳	۰/۷۳۱
		درمان مثبت نگر	کنترل	-۱/۵۰۸	۰/۰۹۳	۰/۰۰۱
		توانمندسازی	کنترل	-۱/۳۹۹	۰/۰۹۳	۰/۰۰۱

نتایج مقایسه جفتی نشان داد که در مرحله پیش آزمون در میزان هموگلوبین بین گروه درمان مثبت نگر و توانمندسازی، گروه توانمندسازی و کنترل و درمان مثبت نگر و کنترل تفاوت معنی داری وجود ندارد که این مساله نشانگر همگن بودن سه گروه مورد بررسی در ابتدای پژوهش بود. در مرحله پس آزمون نیز مشخص شد که بین گروه درمان مثبت نگر و کنترل، بین گروه توانمندسازی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد که این مساله نشانگر اثربخشی هر دو گروه درمان نسبت به گروه کنترل بود و مقایسه دو گروه آزمایش با یکدیگر نیز نشان داد که اثربخشی گروه توانمندسازی خانواده بیشتر از گروه درمان مثبت نگر بود؛ اما بررسی‌ها در پیگیری نشان داد که بین دو گروه آزمایش در این بعد در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد اما تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل همچنان پایدار بود که حاکی از پایداری اثربخشی دو گروه آزمایش می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان مثبت نگر و مدل الگوی توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر خود مراقبتی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو طراحی و اجرا گردید. در این مطالعه مشاهده شد که نتایج مربوط به مشخصات فردی واحدهای مورد پژوهش که شامل بیماران می‌باشد، در دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی، تفاوت آماری معناداری نداشته و به عبارتی دو گروه از نظر این ویژگی‌ها با هم همگن بودند؛ لذا مقایسه دو گروه با توجه به مداخله صورت گرفته، بهتر انجام شد.

نتایج مقایسه جفتی نشان داد که در همه متغیرهای ذکر شده در مرحله پیش آزمون بین سه گروه در بعد متغیرهای روان‌شناختی [تبعیت از درمان، خود مراقبتی و کیفیت زندگی] و متغیرهای جسمانی [قند خون ناشتا، قند خون ۲ ساعته و هموگلوبین گلیکوزیله] تفاوت معنی داری وجود ندارد که حاکی از همگن بودن گروه‌ها می‌باشد، در مرحله پس آزمون بین گروه درمان مثبت نگر و کنترل، بین گروه توانمندسازی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد همچنین مشخص شد که بین دو گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری نیز تفاوت



معنی داری وجود دارد و مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی گروه توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود در برابر درمان مثبت نگر بود.

در این مطالعات اثربخشی برنامه‌های آموزشی، آموزش گروهی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، تمرینات ورزشی، برنامه خود مراقبتی و برنامه‌های دارویی و درمانی خاص به منظور ارتقا سطح کیفیت زندگی در بیماران مختلف مورد بررسی قرار گرفته است؛ نکته قابل توجه در مورد این مطالعات این است که در تمام مطالعات ذکر شده، تاثیر مداخله در گروه آزمون با گروه کنترل مقایسه شده است و در هیچکدام از آن‌ها تاثیر دو روش با دو برنامه آموزشی بر روی یک جمعیت واحد مورد بررسی قرار نگرفته است؛ در حالی که در مطالعه حاضر به مقایسه تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور و درمان مثبت نگر در مقایسه با گروه کنترل پرداخته شده است.

نتایج مطالعه حاضر همانند اغلب مطالعات مداخله‌ای ذکر شده نشان داد که مداخلات آموزشی موجب بهبود عملکرد خود مراقبتی، تبعیت از درمان و کیفیت زندگی، قند خون ناشتا و ۲ ساعته، کاهش محدودیت در فعالیت‌ها، مشکلات شبانه مربوط به دیابت می‌شود. ولسور و همکاران (۲۰۱۵) نتایج متفاوتی را گزارش کردند؛ در این مطالعه که تاثیر برنامه آموزش آشنایی با دیابت و نحوه مدیریت آن بر توانایی خود مراقبتی کودکان سن مدرسه بررسی شد، تغییری در توانایی خود مراقبتی بعد از مداخله دیده نشد و تنها در برخی از فعالیت‌های روزمره کودکان بهبود عملکرد دیده شد.

محقق ناهمگن بودن گروه‌ها از نظر سنی و ناتوانی کودکان در خود گزارش دهی و فهم پرسشنامه‌ها را به عنوان محدودیت‌های مطالعه بیان کرده بود. در مطالعه حاضر دو گروه از نظر سنی همگن بوده و پرسشنامه‌ای که برای این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، اختصاصاً برای این گروه طراحی شده و روایی و پایایی آن در مطالعات مختلف به اثبات رسیده است.

در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت در درمان مبتنی بر شفقت هدف اولیه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. سپس نگرش شفقت گونه‌ای به خود داشته باشند که نیازمند اتخاذ چشم انداز روانی متعادلی به نام ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یک حالت متعادل است که مستلزم مشاهده کامل و پذیرش پدیده‌های هیجانی و روانی است که برانگیخته می‌شوند. زمانی که افراد نسبت به افکار دردناک خود آگاه نیستند، تجارب خود را همان طور که هستند، نمی‌پذیرند و این نپذیرفتن ممکن است خود را به صورت ممانعت از آوردن این افکار به هشیاری نشان دهد.

در این روش درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد، در تمرین‌های شفقت بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت. همچنین در تبیین نتایج می‌توان اضافه کرد، درمان متمرکز بر شفقت همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌نماید، بنابراین به نظر می‌رسد که به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، افسردگی و اضطراب فرد کاهش یابد. در تبیین دیگر می‌توان به ماهیت و محتوای تمرین‌های شفقت استناد کرد، زیرا در تمرین‌های شفقت بر ریلکسیشن، ذهن آرام و دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش فرد، کاهش استرس و افکار خود آیند منفی دارد.

همچنین پل گیلبرت معتقد است که به کمک درمان متمرکز بر شفقت، فرد نسبت به گذشته جرات مندتر شده و می‌تواند چرخه معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند، که تمامی این موارد به بهبود سلامت روان کمک می‌نماید.



افزون بر آن، یافته‌های این پژوهش تا حدودی همخوان با مطالعاتی است که نشان می‌دهند وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد و عدم سازگاری با شرایط موجود غلبه نمایند (Tol et al., 2013)؛ بنابراین، افرادی که شفقت خود بالاتری دارند در تجربه وقایع ناخوشایند (مثل طلاق)، با در نظر گرفتن اینکه انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کمتری را تجربه می‌کنند.

خانواده به عنوان اساسی‌ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد در جریان مراقبت از یک بیمار، خانواده وی نیازمند درک صحیح از بیماری است و وظیفه پرستار در کنار مراقبت بیمار، کمک به خانواده در جهت افزایش امید و اعتماد است؛ چنین رویکردی باعث ارتقای سلامت و رفاه خانواده خواهد شد.

در تبیین عملکرد این درمان می‌توان گفت که فرایند کنترل قند خون احتیاج به توجه و کنترل مداوم قند خون، اجتناب از احساسات و هیجانات منفی، مصرف و داشتن رژیم غذایی بدون قند می‌باشد. ذهن آگاه بودن و در زمان حال زندگی کردن از مکانیسم‌های مناسب برای این بیماران می‌باشد که به آن‌ها کمک کند وضعیت جسمی و روانی خود را به طور مداوم کنترل کنند.

در تبیین این فرضیه باید گفت که وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از ذهن آگاهی را در عمق وجود خویش درک کند دیگر به محرک‌های محیطی توجه ندارد. به وضوح خواهد فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. در خواهد یافت که همه رنج‌ها و دردها و اندوه موجود در دنیا بخاطر آن است که بشر در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتباه است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق تر به منابع درون وجود خودش است و این نه تنها به خاطر خودش بلکه به خاطر همه انسان‌هایی که اطرافش هستند. آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد یافت.

نخستین محدودیت حجم کوچک نمونه است. گرچه این مطالعه دستخوش افت آزمودنی‌ها نشد، ولی حجم کم نمونه این مطالعه یکی از محدودیت‌هایی است که مانع از برآورد دقیق اندازه اثر برنامه شده است. محدودیت دوم مربوط به استفاده از ابزارهای خود گزارشی است. این ابزارها دارای مشکلات ذاتی (خطای اندازه گیری، عدم خویشتن نگری و...) است. همچنین نمونه این پژوهش بر روی بیماران زن مبتلا به دیابت انجام شده است شرایط یاد شده تعمیم نتایج را با احتیاط مواجهه می‌کند. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) بر روی کنترل اجرا شود. همچنین، پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگتر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان مثبت نگر را بر روی بیماران مشابه در سایر بیمارستانها اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان



در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازن و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Akbari, B., & Kiamarsi, A. (2023). Effectiveness of Positive Psychotherapy on Systolic and Diastolic Blood Pressure and Psychological Well-Being of Women with Hypertension: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 22(9), 999-1014. <https://doi.org/10.61186/jrums.22.9.999>
- Andayani, L. A. (2021). Meta-Analysis Study: Positive Psychotherapy To Lower Depression Levels. *International Journal of Social Service and Research*, 1(2), 112-117. <https://doi.org/10.46799/ijssr.v1i2.25>
- Assarzagdegan, M., & Raeisi, Z. (2019). The Effectiveness of Training Based on Positive-Psychology on Quality of life and Happiness of Patients with Type 2 Diabetes. *QUARTERLY JOURNAL OF HEALTH PSYCHOLOGY*, 8(30), 97-116. <https://doi.org/10.30473/hpj.2019.40538.4025>
- Ballon, A., Neuenschwander, M., & Schlesinger, S. (2019). Breakfast skipping is associated with increased risk of type 2 diabetes among adults: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *The Journal of nutrition*, 149(1), 106-113. <https://doi.org/10.1093/jn/nxy194>
- Banitalebi, E., Kazemi, A., Faramarzi, M., Nasiri, S., & Haghighi, M. M. (2019). Effects of sprint interval or combined aerobic and resistance training on myokines in overweight women with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *Life Sciences*, 217, 101-109. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2018.11.062>
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: A meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(1), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-119>
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Kleiboer, A., Hofmann, S. G., & Cuijpers, P. (2016). The effect of psychotherapeutic interventions on positive and negative affect in depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 202, 153-162. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.019>
- Carr, A., Finneran, L., Boyd, C., Shirey, C., Canning, C., Stafford, O., Lyons, J., Cullen, K., Prendergast, C., Corbett, C., & Drumm, C. (2024). The evidence-base for positive psychology interventions: A mega-analysis of meta-analyses. *The Journal of Positive Psychology*, 19(2), 191-205. <https://doi.org/10.1080/17439760.2023.2168564>
- Choi, H., Shin, S., & Lee, G. (2023). Effects of Positive Psychotherapy for People with Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(3), 180-193. <https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2174218>
- Dennison, R. A., Ward, R. J., Griffin, S. J., & Usher-Smith, J. A. (2019). Women's views on lifestyle changes to reduce the risk of developing type 2 diabetes after gestational diabetes: a systematic review, qualitative synthesis and recommendations for practice. *Diabetic Medicine*, 36(6), 702-717. <https://doi.org/10.1111/dme.13926>
- Dobiala, E., & Winkler, P. (2016). Positive psychotherapy according to Seligman and 'Positive Psychotherapy' according to Peseschkian: A Comparison. *International Journal of Psychotherapy*, 20(3), 3. https://positum.ro/wp-content/uploads/1611-IJP_2016_20_3_Ewa-DOBIALA_Peter-WINKLER.pdf
- Gadgil, M. D., Oza-Frank, R., Kandula, N. R., & Kanaya, A. M. (2017). Type 2 diabetes after gestational diabetes mellitus in South Asian women in the United States. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 33(5), e2891. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2891>
- Hayden, M. R., Grant, D. G., Aroor, A. R., & DeMarco, V. G. (2019). Empagliflozin ameliorates type 2 diabetes-induced ultrastructural remodeling of the neurovascular unit and neuroglia in the female db/db mouse. *Brain Sciences*, 9(3), 57. <https://doi.org/10.3390/brainsci9030057>



- Hendriks, T., Schotanus-Dijkstra, M., Hassankhan, A., De Jong, J., & Bohlmeijer, E. (2020). The efficacy of multi-component positive psychology interventions: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Happiness Studies*, 21, 357-390. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00082-1>
- Heydari, M., Nouri, M., & Niaei, A. M. (2023). The Effectiveness of Group Positive Psychotherapy on Psychological Well-being and Hope of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Journal of Social Behavior and Community Health*. <https://doi.org/10.18502/jsbch.v7i1.12798>
- Hoppen, T. H., & Morina, N. (2021). Efficacy of positive psychotherapy in reducing negative and enhancing positive psychological outcomes: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ open*, 11(9), e046017. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-046017>
- Jang, J. E., Cho, Y., Lee, B. W., Shin, E. S., & Lee, S. H. (2019). Effectiveness of exercise intervention in reducing body weight and glycosylated hemoglobin levels in patients with type 2 diabetes mellitus in Korea: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes & Metabolism Journal*, 43(3), 302-318. <https://doi.org/10.4093/dmj.2018.0062>
- Jankowski, P. J., Sandage, S. J., Bell, C. A., Davis, D. E., Porter, E., Jessen, M., Motzny, C. L., Ross, K. V., & Owen, J. (2020). Virtue, flourishing, and positive psychology in psychotherapy: An overview and research prospectus. *Psychotherapy*, 57(3), 291. <https://doi.org/10.1037/pst0000285>
- Kav, S., Yilmaz, A. A., Bulut, Y., & Dogan, N. (2017). Self-efficacy, depression and self-care activities of people with type 2 diabetes in Turkey. *Collegian*, 24(1), 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.09.005>
- Moghadam, F. H., Abadi, H. J., & Fardin, M. (2023). Effectiveness of positive psychotherapy training on thought control and emotional adjustment of 17-15-year-old female students recovered from the Corona Pandemic (Covid-19). *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies (JAYPS)*, 4(5), 47-58. <https://doi.org/10.61838/kman.jayps.4.5.5>
- Peseschkian, H., & Remmers, A. (2020). *Positive psychotherapy: an introduction Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology: Clinical Applications*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2
- Rådholm, K., Zhou, Z., Clemens, K., Neal, B., & Woodward, M. (2020). Effects of sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors in type 2 diabetes in women versus men. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 22(2), 263-266. <https://doi.org/10.1111/dom.13876>
- Razavizadeh Tabadkan, B. B. Z., & Jajarmi, M. (2019). The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) on Depression, Rumination and Perceived Stress in Women with Type 2 Diabetes. *JNKUMS*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.52547/nkums.11.1.1>
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-based cognitive therapy, acceptance and commitment therapy, and positive psychotherapy for major depression. *American Journal of Psychotherapy*, 74(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>
- Suweni, K., Maay, J. K., Arifin, S. R., & Yousuf, A. (2023). Application of group positive psychotherapy to improve psychological well-being for people with HIV in Papua. *Bali Medical Journal*, 12(1), 261-266. <https://doi.org/10.15562/bmj.v12i1.3960>
- Tan, C. C., Cheng, K. K., Sum, C. F., Shew, J. S., Holydard, E., & Wenru, W. A. (2018). Perceptions of diabetes self-care management among older Singaporeans with type 2 diabetes: A qualitative study. *Journal of Nursing Research*, 26(4), 242-249. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000226>
- Tol, A., Baghbanian, A., Mohebbi, B., Shojaeizadeh, D., Azam, K., Shahmirzadi, S. E., & Asfia, A. (2013). Empowerment assessment and influential factors among patients with type 2 diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 6. <https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-6>
- Walsh, S., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). The application of positive psychotherapy in mental health care: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 73(6), 638-651. <https://doi.org/10.1002/jclp.22368>
- Wang, L., Li, T., Liu, J., Wu, X., Wang, H., Li, X., Xu, E., Chen, Q., Yan, C., Li, H., & Xu, Y. (2019). Association between glycosylated hemoglobin A1c and bone biochemical markers in type 2 diabetic postmenopausal women: a cross-sectional study. *BMC Endocrine Disorders*, 19(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s12902-019-0357-4>