

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن در افراد دیابتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

خلاصه

مقدمه

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن در افراد دیابتی انجام شد.

روش کار

روش پژوهش تمام آزمایشی از نوع گروه کنترل با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن دیابت استان البرز (کلینیک فوق تخصصی دیابت فردیس) و دارای پرونده فعال در انجمن دیابت شهر فردیس کرج در سال ۱۳۹۷ بودند. ۴۴ نفر از افراد واجد شرایط بر اساس معیارهای ورود و خروج و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه فرانگرانی ولز (۱۹۹۴) و پرسشنامه عادت خوردن داچ (واناسترین و همکاران، ۱۹۸۶) بود. هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل، با استفاده از ابزار پژوهش مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس مداخله درمان مبتنی بر شفقت و دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت هر کدام طی هشت جلسه برای گروه‌های آزمایش مختص خود، اجرا شد. در پایان مداخلات، هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل، با استفاده از ابزار پژوهش مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر شفقت و دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن در افراد دیابتی موثر است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری

پیشنهاد می‌شود جهت سازگاری هرچه بهتر بیماران با شرایط اجتماعی و زندگی روزمره شان، اجرای این دو درمان به صورت گروهی هم بر روی بیماران مبتلا به دیابت و هم بر روی خانواده‌های آنها مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر شفقت، دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت، فرانگرانی، الگوی خوردن، بیماری دیابت
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

منصوره یزدانی^۱

جواد خلعتبری^{۲*}

شهره قربان شیرودی^۳

محمد علی رحمانی^۴

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی،

واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران.

^۴ استادیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: javadkhalatbaripsy2@gmail.com

مقدمه

نوع نگرانی، یعنی نگرانی نوع یک و دو تفاوت وجود دارد؛ نگرانی نوع یک با رویدادهای بیرونی و درونی غیرشناختی (مثل علائم جسمانی، موضوعات مرتبط با سلامت، دلواپسی‌های بین فردی و سایر دلواپسی‌های روزمره) مرتبط است، درحالی که نگرانی نوع دو با ارزیابی منفی فرایندهای فکری مرتبط است. این نوع نگرانی در اصل نگرانی در مورد نگرانی یا فرانگرانی نامیده می‌شود. باورهای مثبت در مورد نگرانی به طور معمول در پاسخ به افکار مزاحم و شک و تردیدها یا عوامل بیرونی مانند اخبار یا اطلاعات راه اندازی می‌شوند و به عنوان راهبردی برای پیش بینی و مواجهه با تهدیدها فعال می‌شوند (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). این باورها بهنجارند، هم در جمعیت‌های بالینی و هم غیر بالینی اتفاق می‌افتند (روگیرو^۹ و همکاران، ۲۰۱۲). کراوزایک و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود نشان دادند نگرانی در بیماران مبتلا به دیابت، منعکس کننده سبک تفکر نشخوار فکری است که می‌تواند موجب افسردگی شدید در این بیماران شود؛ به طوریکه پیامد آن عدم پایبندی به درمان در این بیماران باشد. یکی دیگر از عوامل عمده افزایش جهانی ابتلا به بیماری دیابت، تغییرات غذایی و تغییر در الگوی خوردن است (ماتی^۱ و همکاران، ۲۰۱۲). الگوی خوردن^{۱۱} در بیماران دیابتی به اقداماتی همچون مصرف کالری، انتخاب‌های غذایی سالم، حفظ رژیم غذایی مناسب و مدیریت چالش‌های غذایی اشاره دارد (دورجی^{۱۲}، ۲۰۱۷). بخش عظیمی از ادبیات پژوهشی تأکید دارند که رفتار خوردن تحت تأثیر محرک‌های محیطی و بیرونی قرار دارد؛ به طوری که محیط مدرن امروزی با غذاهای لذیذ و پرکالری آماده، راه را برای رفتار و

بیماری دیابت^۱ یک اختلال متابولیکی است که با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی و مالی رابطه دارد (سارافینو^۲، ۲۰۱۱؛ ترجمه شفیع و همکاران، ۱۳۹۸). پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد مبتلا به بیماری دیابت به ۵۵۲ میلیون نفر در جهان برسند (رحیمی مشکله و همکاران، ۱۳۹۶). نگرانی^۳ یک پدیده بسیار رایج در بسیاری از بیماری‌های مزمن است. افراد مبتلا به دیابت با نگرانی‌های همیشگی^۴ پیرامون موضوع سلامت جسم خود روبرو هستند که می‌تواند بر سلامت روان آن‌ها به ویژه افسردگی، تأثیر بگذارد (دوازده امامی و همکاران، ۱۳۸۸). این نگرانی همیشگی، به عنوان یک مکانیسم فراشناختی تعبیر می‌شود که به دلیل استرس مرتبط با چالش‌های روزمره در بیماری دیابت فعال می‌شود (کراوزایک^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). به عقیده ولز^۶ (۱۹۹۴)، واژه فراشناخت^۷ به فرایند تفکر درباره تفکر کردن اشاره دارد و به عنوان پایه بسیاری از مشکلات روان شناختی بررسی شده است (به نقل از موسوی و همکاران، ۱۳۹۳). ولز (۲۰۰۹) همچنین فرانگرانی^۸ را به عنوان نگرانی درباره نگرانی تعریف می‌کند (به نقل از شیرانی و همکاران، ۱۳۹۵). بر اساس مدل فراشناختی ولز، نگرانی ناشی از باورهای منفی درباره نگرانی و راهبردهای ناکارآمد کنترل ذهن است؛ به علاوه، باورهای منفی نقش کلیدی در ایجاد و تداوم نگرانی ایفا می‌کنند (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). در این مدل، بین دو

9 Ruggiero, G. M.

1 Mtei, J. 0
1 Eating pattern 1
1 Diji, S. 2

1 Diabetes disease

2 Sarafino, E. P.

3 Wiry

4 Habitual worries

5 Kawczyk, J.

6 Wills, A.

7 Macognition

8 Ma-worry

(۲۰۱۳) نشان داد عدم پایداری به توصیه های مربوط به رژیم غذایی در بیماران مبتلا به دیابت موجب تشدید بیماری می شود. مطالعه سورانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد رفتارهای خودمراقبتی مصرف دارو و تغذیه بیشترین تأثیر را بر روی کنترل قندخون در بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ داشته اند. شیوع بالای بیماری دیابت و تجربه مشکلات روان شناختی در مبتلایان، بر اهمیت مداخلات روان شناختی در این بیماری می افزاید. درمان مبتنی بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت از جمله مداخلات مطرح در مطالعه حاضر هستند. درمان مبتنی بر شفقت^۱ به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همانگونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می گیرد (گیلبرت^۱، ۲۰۱۴). درمان مبتنی بر شفقت به دنبال تسهیل تغییر از طریق ذهن مشفقانه است (آیرونز و لاد^۲، ۲۰۱۷) که در آن افراد از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن را می پذیرند (فتح اله زاده و همکاران، ۱۳۹۶). این درمان، مراجعان را به تمرکز بر روی درک و احساس شفقت به خود در طول فرایندهای تفکر منفی با تمرکز قوی بر پرورش شفقت در خود تشویق می کند (لويس و آتلی^{۱۲}، ۲۰۱۵). پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در بیماری های مزمن، سلیمی و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت بر سلامت روان زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس موثر است. پیرامون اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر فرآیند، مطالعه مشابه مربوط به پژوهش علی قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) است که بیانگر اثربخشی این مداخله بر کاهش نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. همچنین، پیرامون

الگوی خوردن ناسالم هموار می کند (خلعتری و همکاران، ۱۳۹۷). رفتارهای خوردن بر طبق سبک غذا خوردن خاصی طبقه بندی شده اند که شامل خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده است. مفهوم خوردن هیجانی^۱ حاکی از تمایل به خوردن در پاسخ به احساسات منفی می باشد و ریشه در نظریه روان تنی دارد. مفهوم خوردن بیرونی^۲ به خوردن در پاسخ به محرک خارجی مرتبط با غذا (منظره یا بوی غذا) صرف نظر از حالت درونی از گرسنگی یا سیری اشاره می کند. خوردن بازداری شده^۳ نیز منعکس کننده درجه ای از محدودیت آگاهانه (سعی در مهار خوردن برای از دست دادن یا حفظ وزن ویژه) می باشد (رادفر و همکاران، ۱۳۹۶). تبیین ناهمگونی بین فردی در الگوهای غذایی که باعث افزایش چربی اضافی بدن، مقاومت به انسولین و در نهایت بیماری دیابت می شود، ممکن است برای اطلاع رسانی به تلاش های پیشگیرانه و درمانی هدفمند بسیار مهم باشد (پیواروناس^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). می توان با اصلاح سبک زندگی با هدف کاهش چربی بدن و بهبود مقاومت به انسولین، دیابت را بزرگسالان در معرض خطر به تاخیر انداخت یا از آن پیشگیری کرد (نولر^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). آگویار سارمنتو^۶ و همکاران (۲۰۱۸) بیان کردند الگوی خوردن سالم که شامل مصرف مکرر کربوهیدرات ها، لبنیات، گوشت سفید، ماهی، میوه ها و سبزیجات است، با کاهش قند خون ناشتا، HbA1c^۷ و سطح کلسترول LDL^۸ در بیماران دیابتی نوع ۲ مرتبط است. مطالعه گانیو^۹ و همکاران

1 Emotional eating

2 External eating

3 Rstrained eating

4 Pvarunas, B.

5 Krowler, W. C.

6 Aguiar Sarmiento, R.

7 Hemoglobin A1c (HbA1c)

8 Low-Density Lipoprotein (LDL)

9 Ganiyu, A. B.

1 Compassion-focused therapy 0

1 Gilbert, P. 1

1 Irons, C., & Lad, S. 2

1 Leaviss, J., & Uttley, L. 3

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر الگوی خوردن، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) نشان دادند این مداخله بر رفتار خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی موثر است. در همین راستا، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر روند کاهش ولع خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. از سویی دیگر، در چندین مطالعه ارتباط بین شفقت به خود و دلبستگی توصیف شده است. برای مثال، ترس از شفقت با نارسایی هیجانی، افسردگی، اضطراب و استرس همبسته بودند (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، شفقت به خود برای ایفای نقش محوری در تبیین مشارکت بین اضطراب دلبستگی و احساس بدن، ظاهر می شود (راکوئی-بوگدان^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). شفقت همچنین، برای درمان بیماران با دلبستگی نایمن بکار برده می شود (کراسوسکا^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). مداخله دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت (ABCT)^۳ شامل تمریناتی از ذهن آگاهی و تصوراتی است که بر افزایش توانایی بیماران برای فکر کردن و مهربانی نسبت به خود در مواجهه با رنج متمرکز است. به طور مشخص ABCT شامل تمریناتی از تنفس ذهن آگاهانه، اسکن بدنی شفقت، ارتباط با محبت و مشفقانه با دیگران، جایگزین کردن صدای منتقد و سرزنش گر درونی با تحمل و بردباری، آگاهی از توانایی دریافت محبت و ظرفیت شخصی برای ایجاد عاطفه و بخشش و برای مدیریت حسادت و رنج بردن در روابط دشوار، صادق بودن و قدردان بودن است (مانترو-مارین^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان از یک سیستم انگیزشی ریشه می گیرد که در آن افراد را تشویق می کند به اینکه زندگی خود را توسط پذیرش شرایط خودشان و همچنین بوسیله بهبود سبک دلبستگی شان و تعامل مثبت

و مشفقانه با جنبه های خاصی از زندگیشان، درباره بازسازی کنند. این امر از طریق آگاهی و شفاف سازی ارزش های شخصی در خانواده، روابط اجتماعی، کار و رشد شخصی محقق می شود. مجموعه این عوامل به کاهش فشار فاکتورهای روانی که استرس و واکنش عاطفی را تحریک می کند، منجر می شود (مانترو-مارین و همکاران، ۲۰۱۹). نف و مک گی^۵ (۲۰۱۰)، استدلال کردند که تجربه های خانوادگی (مثل حمایت مادری) می تواند نقش کلیدی در تحول شفقت به خود ایفا کند؛ بنابراین انتظار می رود افراد با سبک دلبستگی ایمن، شفقت بیشتری به خود داشته باشند. با توجه به موارد ذکر شده و محدود بودن بررسی های انجام شده پیرامون تاثیر درمان متمرکز بر شفقت و همچنین دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت در بیماران مبتلا به دیابت، این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن و تغذیه در این بیماران پرداخته است. از این رو، این فرضیه مورد بررسی قرار گرفته است که بین درمان مبتنی بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن افراد دیابتی تفاوت وجود دارد.

روش کار

روش پژوهش حاضر، تمام آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی بود. همچنین این طرح پژوهشی با پیگیری سه ماهه صورت گرفت. این پژوهش در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل اجرا شد. در این طرح، متغیر مستقل شامل درمان مبتنی بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت و متغیر وابسته شامل فرانگرانی و الگوی خوردن در نظر گرفته شد. جامعه این مطالعه شامل همه بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به

1 Rque-Bogdan, T. L.

2 Kasuska, M.

3 Attachment-Based Compassion Therapy (ABCT)

4 Mantero-Marín, J.

از اتمام جلسات درمانی، پس از آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. همچنین این بیماران بعد از سه ماه مورد آزمون پیگیری قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها به شرح زیر است:

پرسشنامه فرانگرانی: پرسشنامه فرانگرانی که در مطالعه حاضر مورد استفاده قرار گرفت، توسط ولز (۱۹۹۴) ساخته شد و شامل ۲۲ گویه است. هر آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت آن علامت در مورد خودش است، برمی‌گزیند. این پرسشنامه از یک مقیاس لیکرت چهار درجه ای از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه = ۴ برخوردار است. نتایج مربوط به تحلیل عاملی نشان داد که این ابزار از سه عامل نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامتی و فرانگرانی تشکیل شده است. دو عامل نخست آن ماهیتی کاملاً شناختی دارند، اما عامل فرانگرانی ماده‌هایی را دربرمی‌گیرد که جنبه‌های فراشناختی ارزیابی خودنگرانی یا «نگرانی درباره نگرانی یا نگرانی نوع دو» را می‌سنجد. مطالعاتی که با استفاده از پرسشنامه فرانگرانی اختلالات اضطرابی انجام شده اند، به گونه ای ضمنی روایی همگرا و افتراق این ابزار را تأیید می‌کنند. برای مثال ولز و کارتر^۱ (۱۹۹۹) دریافتند که نگرانی نوع دو در مقایسه با نگرانی نوع یک و اضطراب صفت به گونه ای موثرتر نگرانی آسیب شناختی را پیش بینی می‌کند (به نقل از شیرانی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه ولز (۱۹۹۴)، همسانی درونی عامل‌های نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامتی و فرانگرانی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۱ و ۰/۷۵ گزارش شده و پایایی برای عامل نگرانی اجتماعی ۰/۷۶، برای نگرانی سلامتی ۰/۸۴ و برای فرانگرانی ۰/۸۱ بوده است (به نقل از شیرانی و همکاران، ۱۳۹۵). این مقیاس در ایران توسط فتی و همکاران (۱۳۸۹) اعتباریابی شده و میزان همسانی درونی نگرانی اجتماعی، نگرانی سلامتی و فرانگرانی به ترتیب ۰/۸۵،

انجمن دیابت استان البرز (کلینیک فوق تخصصی دیابت فردیس) و دارای پرونده فعال در انجمن دیابت شهر فردیس کرج در سال ۱۳۹۷ بودند. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بودند از دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن، تأیید بیماری دیابت توسط پزشک صاحب نظر و نتایج تست‌های تشخیصی و رضایتمندی از شرکت در پژوهش. همچنین، ملاک‌های خروج بیماران از مطالعه عبارت بودند از وجود عوارض جسمانی شدید ناشی از دیابت نظیر نارسایی کلیوی و بینایی و دریافت درمان‌های روانشناختی طی سه ماه گذشته. در مطالعات مداخله‌ای، حجم نمونه برای هر یک از گروه‌ها، ۱۵ تا ۲۰ نفر توصیه می‌شود؛ بنابراین، پس از اینکه نمونه‌ها به شیوه در دسترس انتخاب شدند، با گمارش تصادفی در گروه درمان مبتنی بر شفقت (۱۴ نفر)، گروه دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. یکی از آزمودنی‌های گروه درمان مبتنی بر شفقت، در مرحله اجرای مداخله از شرکت در مطالعه صرف‌نظر کرد و حجم نمونه در این گروه، به ۱۴ نفر کاهش یافت. بنابراین حجم نمونه در مطالعه حاضر ۴۴ نفر در نظر گرفته شد (n=۴۴). در این مطالعه، گروه آزمایشی اول گروهی بود که در آن، آزمودنی‌ها درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرده بودند. همچنین، گروه آزمایشی دوم، گروه دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بود. همه گروه‌ها، قبل از اجرای مطالعه، با استفاده از پرسشنامه فرانگرانی ولز (۱۹۹۴) و پرسشنامه عادت خوردن داچ (وان‌استرین^۱ و همکاران، ۱۹۸۶) پیش آزمون شدند. گروه آزمایش اول، طی ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر شفقت و گروه آزمایش دوم، طی ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای تحت مداخله دلبستگی مبتنی بر شفقت به صورت هفته ای یک بار قرار گرفتند. گروه کنترل در این مدت، مداخله ای دریافت نکرد. بعد

2 Wills, A., & Carter, K.

1 Van Strien, T.

۰/۷۴ و ۰/۸۱ گزارش شد. همچنین، اعتبار این پرسشنامه به روش آزمون - بازآزمون ۰/۹۲ و به روش دونیمه سازی ۰/۸۹ به دست آمد (فتی و همکاران، ۱۳۸۹).

پرسشنامه عادت خوردن داچ: در مطالعه حاضر، الگوی خوردن با استفاده از پرسشنامه عادت خوردن داچ^۱سنجیده شد که به وسیله وان‌استرین و همکاران (۱۹۸۶) ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۳۳ گویه است که در مقیاس پنج درجه ای لیکرت از ۱ = هرگز تا ۵ = بسیار زیاد تنظیم شده است و دارای سه زیرمقیاس خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری شده است. خوردن هیجانی، خوردن در پاسخ به آشفتگی هیجانی است؛ خوردن بیرونی، خوردن در پاسخ به نشانه‌های بیرونی غذا و خوردن بازداری‌شده، محدود کردن رفتار خوردن را اندازه گیری می‌کند. پایایی بازآزمایی، همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی این پرسشنامه مناسب گزارش شده است (فای و فینلایسون؛ ۲۰۱۱). در ایران، صالحی فدردی و همکاران (۱۳۹۰) اعتبار و روایی پرسشنامه را مطلوب ارزیابی نمودند. در پژوهش علی‌پور و همکاران (۱۳۹۵) ضریب همسانی درونی برای مقیاس‌های خوردن هیجانی، خوردن بیرونی و خوردن بازداری‌شده به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۶ و ۰/۹۱ به دست آمد.

پروتکل جلسات درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش به صورت زیر اجرا شد:

جلسه اول: معارفه اعضا گروه، گرفتن شرح حال، قواعد جلسه درمان (متعهد شدن به درمان، شرکت منظم در جلسات، انجام تمرین‌ها)، شرح مقدمات و اهداف درمان، پرکردن پرسشنامه‌ها.

جلسه دوم: تعریف و توضیح اصطلاحاتی همچون بیماری دیابت، شفقت به خود، فرآینگری، توجه آگاهی،

شرم و انتقاد از خود، شرح اهداف و فایده بکارگیری هرکدام از اصطلاحات در زندگی، توضیح کامل مدل درمان، دادن اطلاعات به اعضا درباره مهارت‌ها و محتوای آموزشی، ارائه تکالیف خانگی شامل خواندن جزوات حاوی اطلاعات داده شده در جلسه.

جلسه سوم: مرور جلسه پیش، آماده سازی و آموزش ذهن فرد همچون توجه آگاهی، ریتم تنفسی تسکین دهنده، معرفی تصویرسازی به عنوان یک تمرین آموزشی، ایجاد مکانی امن (تصویرسازی هدایت شده)، رنگ آمیزی مشفقانه، تنظیم عواطف و هیجانات (انواع سیستم‌های تنظیم هیجان) و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه چهارم: بررسی تکالیف و مرور جلسه پیش، مراقبه‌های مبتنی بر عشق ورزی - مهربانی، افزایش هیجان‌های مثبت، توجه آگاهی احساس هدفمندی در زندگی و حمایت اجتماعی، تمایز قائل شدن بین «این اتفاق تقصیر تو نبود» و «پذیرش مسئولیت»، تنظیم تکالیف درمانی مانند نظارت بر افکار و ایجاد جایگزین برای آنها، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف و مرور جلسه پیش، توضیح دادن مدل سه حلقه ای، نوشتن نامه مشفقانه، بررسی موانع و مشکلات همچون مقاوت‌های مراجع و چگونگی درهم شکستن آنها، مشخص کردن راهبردهای ایمنی طلبی، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه ششم: بررسی تکالیف و مرور جلسه پیش، بوجود آوردن خود مشفق، تکنیک صندلی مشفق، تصویرسازی خود منتقد با تمرکز روی خود مشفق، ارائه تکالیف خانگی.

جلسه هفتم: بررسی تکالیف و مرور جلسه پیش، بازنویسی، داشتن مهارت همدلی و قصداندیشی، شفقت ورزی نسبت به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران و به کار بردن خاطره، خاطره ای متضاد و ارائه تکالیف خانگی.

1 The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ)

2 Eij, S. H., & Finlayson, G.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف و مرور جلسه پیش، شفقت ورزی به خود و استفاده از تصویرسازی مشفقانه، ایجاد یک تصویر مشفقانه «ایده ال و کامل» برای خود، شناخته شدن و فهمیده شدن، از تصویر سازی به سمت رفتار، گرفتن مجدد پرسشنامه ها.

پروتکل جلسات دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت در این پژوهش به صورت زیر اجرا شد:

جلسه اول: آماده سازی شفقت، جنبه‌های نظری آموزش مغز، شادی و خرسندی و رنج کشیدن، مفهوم کلی از شفقت، خود مشفق و حذف باورهای اشتباه، آموزش تمرینات ذهن آگاهی همچون تنفس و اسکن بدن مشفق، تمرین‌های رسمی همچون تنفس و اسکن بدن مشفقانه، مقابله مشفقانه با مشکلات، تمرین‌های غیررسمی همچون سه دقیقه تمرین مشفقانه، دفتر خاطرات خود مشفق، دوست داشتن و تشکر کردن.

جلسه دوم: عزت نفس (محترم شمردن خود) و شفقت، ذهن آگاهی و شفقت، تفاوت با عزت نفس، چگونگی مدیریت و مقابله با ترس از شفقت، تمرین برای شفقت با دیگران و تلاش برای ایجاد احساس امنیت به سمت خود.

جلسه سوم: گسترش دنیای شفقت خود، مکانیسم عمل شفقت، اهمیت جایگزینی خودانتقادی با خود مشفق، گسترش عنصر اصلی شفقت به عنوان شکلی از دلبستگی ایمن، جایگزین کردن صدای انتقادی با صدایی قابل تحمل و مهربان، اهمیت پذیرش در زندگی.

جلسه چهارم: روابط و شفقت، الگوهای والدینی در طول کودکی، فهم اینکه روابط با والدین، روش‌های متفاوتی از ارتباط با جهان و دیگران را بوجود می آورد، آگاه شدن از پیوند عاطفی پرورش یافته از سوی والدین در طول دوران کودکی، همچنین پیامدهای آن بر عملکردهای عاطفی و ظرفیت ما در بزرگسالی، ما را به دریافت محبت و لطف دیگران قادر می سازد.

جلسه پنجم: کار بر روی خودشان، بازسازی مدل دلبستگی ایمن، اصلاح ارتباط یا خودشان و با دیگران بوسیله مهربانی، تمرین کردن شیوه‌های آگاه شدن از توانایی‌های خود با محبت کردن به دیگران و خودشان، مصالحه با والدین.

جلسه ششم: شفقت پیشرفته، بخشیدن موانع متداول بر شفقت، اهمیت بخشش به خود و دیگران، بخشش از طریق مراقبه: (۱) درخواست بخشش از دیگران، (۲) بخشیدن خود، (۳) بخشیدن دیگران برای اشتباهات مورد قبول عامه، فعال سازی ارزش‌هایی برای کاهش درد و رنج.

جلسه هفتم: شفقت پیشرفته، غبطه خوردن و توسعه اهمیت مدل دلبستگی مبتنی بر خود، چگونگی مدیریت ارتباطات مختلف، تلاش برای فهم درد و رنج دیگران به منظور گسترش شفقت کارکردی در زندگی روزمره.

جلسه هشتم: فرستادن شفقت به سمت دیگران، خون سردی و متانت، یک جنبه مفید از تمرین و رفتار شفقت، چگونه تمرینات شفقت در سراسر زندگی حفظ شود، تمریناتی برای ایجاد خونسردی (ما همه مثل هم هستیم، در وهم و خیال طبقات، حق شناسی)، حفظ و نگهداری شفقت به خود و دیگران.

برخی مفاد اخلاقی در بخش اجرایی پژوهش حاضر، احترام به کرامت و حریم خصوصی افراد، محرمانه بودن داده‌های جمع آوری شده، توضیح اهداف پژوهش برای آزمودنی‌ها، کسب رضایت آگاهانه، حق خروج از مطالعه، بدون ضرر بودن مداخلات، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس مختلط صورت گرفت.

نتایج

میانگین و انحراف معیار نمرات فرانگرانی و الگوی خوردن آزمودنی‌ها محاسبه و نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (n=۴۴)

گروه	متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
آزمایش ۱ (n=۱۴)	فرانگرانی	۸۵/۸	۱۱/۸	۷۳/۱	۹/۳	۷۳
	الگوی خوردن	۹۷/۸	۹/۱	۷۵/۶	۱۰/۱	۷۶/۳
آزمایش ۲ (n=۱۵)	فرانگرانی	۷۷	۱۴/۷	۶۸/۸	۱۳/۱	۶۸/۲
	الگوی خوردن	۹۳/۵	۱۱/۶	۷۶/۱	۱۰/۵	۷۵/۹
کنترل (n=۱۵)	فرانگرانی	۸۶/۲	۱۳/۳	۸۴/۲	۱۳/۱	۸۵/۲
	الگوی خوردن	۹۴/۵	۱۳/۶	۹۵/۵	۱۴/۵	۹۴/۸

عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی‌ها در سه گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند. ابتدا مفروضه کرویت، با آزمون موخلی^۳ برای عامل درون گروهی بررسی شد. نتایج در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون موخلی برای بررسی مفروضه کرویت

متغیرها	عامل درون گروهی	عامل آزمون	درون گروهی	ن موخلی	خی دو	d	Sig	گرین هاو س گایسر
فرانگرازی	مراحل	۲۲۲	۲۲	۰	۰	۰	۰	۰
الگوی خوردن	مراحل	۴۱۳	۳۶	۰	۰	۰	۰	۰

نتایج نشان می دهد که مفروضه کرویت برقرار نیست (P = ۰/۰۰۰۱, $\chi^2 = ۶۰/۲۲$) و (P = ۰/۰۰۰۱, $\chi^2 = ۳۵/۳۶$)؛ بنابراین باید از اصلاح درجه آزادی (شاخصی به نام اسپیلون گرین هاوس گایسر) استفاده نمود و نتایج تحلیل واریانس مختلط را با توجه به عدم برقراری مفروضه کرویت محاسبه نمود، خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۳ ارائه شده است.

بطور کلی نتایج نشانگر آن است که در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل میزان فرانگرانی و الگوی خوردن در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است.

به منظور بررسی نرمال بودن نمرات متغیرهای فرانگرانی و الگوی خوردن از آزمون کلموگروف - اسمیرنف^۱ استفاده شد. نتایج نشان داد مفروضه نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است. همچنین، بررسی همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین^۲ نشان داد واریانس‌ها برای نمرات فرانگرانی و الگوی خوردن یکسان است است؛ بدین معنا که مفروضه واریانس‌های مشابه در دو گروه آزمایش و کنترل رعایت شده است. **فرضیه پژوهش:** بین درمان مبتنی بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن افراد دیابتی تفاوت وجود دارد.

به منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین‌های نمرات فرانگرانی و الگوی خوردن بیماران در گروه آزمایشی اول (گروهی که درمان مبتنی بر شفقت را دریافت کرده بودند) گروه آزمایشی دوم (گروهی که مداخله دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت را دریافت کرده بودند) و گروه کنترل (گروهی که هیچ درمانی دریافت نکرده بودند) در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تحلیل واریانس مختلط (یک عامل درون آزمودنی‌ها و یک عامل بین آزمودنی‌ها) استفاده شد. مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به

1 Kolmogorov-Smirnov

2 Levene's test

3 Michly's test

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی متغیرهای فرانگرانی و الگوی خوردن

متغیرها	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
فرانگرانی	عامل درون	مراحل زمان	۱۷۵۹/۵۳	۱/۱	۱۵۶۴/۳۲	۴۱/۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۴
	گروهی	تعامل مراحل * گروه	۶۵۷/۶۶	۲/۲	۲۹۲/۳۴	۷/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۲۷۵
	عامل بین	گروه	۴۵۷۰/۵۴	۲	۲۲۸۵/۲۷۳	۵/۳۸	۰/۰۰۰۸	۰/۲۰۸
الگوی خوردن	گروهی	خطا	۱۷۴۰۶/۹۳	۴۱	۴۲۴/۵۵			
	عامل درون	مراحل زمان	۴۸۷۳/۸۵	۱/۲	۳۸۶۷/۲۵	۱۳۵/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۶۸
	گروهی	تعامل مراحل * گروه	۲۸۰۶/۸۰	۲/۵	۱۱۱۳/۵۵	۳۹/۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۶
گروهی	عامل بین	گروه	۱۵۴۱/۱۰	۲	۷۷۰/۵۵	۵/۸۶	۰/۰۰۰۶	۰/۲۲۲
	خطا		۵۳۹۰/۲۵	۴۱	۱۳۱/۴۷			

منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها محاسبه شد. نتایج در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

Sig.	تفاوت خطای متغیرها	میانگین‌ها استاندارد	مراحل / گروه‌ها
۰/۰۰۰۱	۱/۱۷	۷/۹۵*	فرانگرانی * پس
۰/۰۰۰۱	۱/۰۴	۱۲/۸۷*	الگوی خوردن
۰/۰۰۰۱	۱/۱۷	۷/۵۳*	فرانگرانی * مراحل پیش
۰/۰۰۰۱	۱/۰۸	۱۲/۹۲*	الگوی خوردن
۰/۶۵۶	۰/۳۳۷	-۰/۴۲۱	فرانگرانی * پس
۰/۹۹	۰/۴۴	۰/۰۵۱	الگوی خوردن
۰/۴۸۸	۴/۴۲	۶/۲۸	درمان مثبتی بر شفقت فرانگرانی
۰/۹۹	۴/۲۶	۱/۴۱	- دلبستگی مثبتی بر شفقت
۰/۲۴۰	۴/۴۲	-۷/۹۳	فرانگرانی * گروه درمان مثبتی بر شفقت
۰/۰۲۷	۴/۲۶	-۱۱/۶۹*	الگوی خوردن
۰/۰۰۶	۴/۳۴	۱۴/۲۲*	فرانگرانی * دلبستگی مثبتی بر
۰/۰۱	۴/۱۸	-۱۳/۱۱	درمان شفقت - کنترل خوردن

*=P< ۰/۰۵

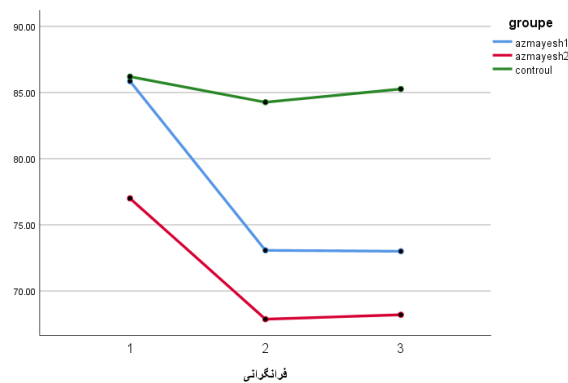
نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است ($\text{Eta} = 0/504$, $P < 0/01$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فرانگرانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد و همچنین برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($F = 5/38$, $P < 0/01$, $\text{Eta} = 0/208$). در نتیجه بین میانگین کلی فرانگرانی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج جدول ۳ همچنین نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است ($F = 135/47$, $P < 0/01$, $\text{Eta} = 0/768$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری الگوی خوردن در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد و همچنین برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح ۰/۰۱ معنادار است ($\text{Eta} = 0/656$, $P < 0/01$, $F = 39/01$). در نتیجه بین میانگین کلی الگوی خوردن در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به

نتایج جدول ۴ نشان می دهد بین نمرات فرانگرانی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ولی تفاوت بین نمرات پس آزمون با پیگیری معنی دار نیست. مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان می دهد که نمرات فرانگرانی در مرحله پیش آزمون ($M=83$) بالاتر از مرحله پس آزمون ($M=75/1$) و پیگیری ($M=75/4$) است. همچنین اثر گروه آزمایشی دوم (دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت) با گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ولی بین گروه آزمایشی اول (درمان مبتنی بر شفقت) با گروه آزمایشی دوم و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان می دهد که نمرات فرانگرانی در گروه آزمایشی دوم دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت ($M=71/2$) کمتر از گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت ($M=77/3$) و گروه کنترل ($M=85/2$) است.

همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است ($F=7/78$, $P<0/01$, $Eta=0/275$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری فرانگرانی در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین های تعدیل شده نمرات فرانگرانی در سه گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار ۱ نمایش داده شده است. چنانکه نتایج نمودار نشان می دهد نمرات فرانگرانی در گروه آزمایشی دوم در مرحله پس آزمون و نیز پیگیری نسبت به دو گروه دیگر (گروه آزمایشی مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) کاهش داشته است.

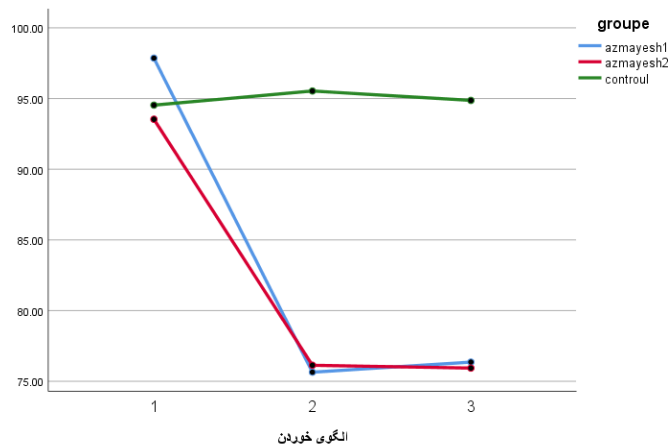
نتایج جدول ۴ همچنین نشان می دهد بین نمرات الگوی خوردن در مراحل پیش آزمون با پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ولی تفاوت بین نمرات پس آزمون با پیگیری معنی دار نیست. مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان می دهد که نمرات الگوی خوردن در مرحله پیش آزمون ($M=95/3$) بالاتر از مرحله پس آزمون ($M=82/4$) و پیگیری ($M=82/4$) است. همچنین اثر گروه آزمایشی اول (درمان مبتنی بر شفقت) و گروه آزمایشی دوم (دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت) با گروه کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد ولی بین با گروه آزمایشی اول و دوم تفاوت معناداری وجود نداشت. مقایسه میانگین های تعدیل شده نشان می دهد که نمرات الگوی خوردن در گروه آزمایشی با دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت ($M=81/8$) کمتر از گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت ($M=83/2$) و گروه کنترل ($M=94/9$) است.

همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین سه گروه آزمایش و کنترل در سطح $0/05$ معنادار است ($F=5/86$, $P<0/01$, $Eta=0/222$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری الگوی خوردن در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. میانگین های تعدیل شده نمرات الگوی خوردن در سه گروه آزمایش و کنترل در مراحل مختلف پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمودار ۲ نمایش داده شده است. چنانکه نتایج نمودار نشان می دهد نمرات الگوی خوردن در گروه آزمایشی دوم در مرحله پس آزمون و نیز پیگیری نسبت به دو گروه دیگر (گروه آزمایشی مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) بهبود داشته است.



نمودار ۱. میانگین‌های تعدیل شده نمرات فرانگرانی در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل زمانی

بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که در گروه آزمایش دوم درمان دل‌بستگی مبتنی بر شفقت بر کاهش فرانگرانی بیماران مبتلا به دیابت به طور معنادار مؤثر است و این درمان در طول زمان دارای پایداری اثر است.



نمودار ۲. میانگین‌های تعدیل شده نمرات الگوی خوردن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل زمانی

نسبت به دو گروه دیگر (گروه آزمایشی مبتنی بر شفقت و گروه کنترل) بهبود داشته است. بطور کلی می‌توان نتیجه گرفت که درمان در گروه آزمایش اول و دوم بر کاهش الگوی خوردن بیماران مبتلا به دیابت به طور معنادار مؤثر است و این درمان در طول زمان دارای پایداری اثر است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین آموزش درمان مبتنی بر شفقت و درمان دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت بر الگوی خوردن بیماران مبتلا به دیابت تفاوت وجود دارد، تأیید شد. بدین معنی که مولفه‌های درمان دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت، پیش‌بینی‌کننده الگوی خوردن مناسب بیماران دیابتی هستند.

همچنین، درمان در گروه آزمایش اول و دوم بر کاهش الگوی خوردن بیماران مبتلا به دیابت به طور معنادار مؤثر است و این درمان در طول زمان دارای پایداری اثر است.

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرانگرانی و الگوی خوردن در افراد دیابتی انجام شد. نتایج بدست آمده از تحلیل آماری نشان داد که نمرات الگوی خوردن در گروه آزمایشی دوم (درمان دل‌بستگی مبتنی بر درمان شفقت) در مرحله پس‌آزمون و نیز پیگیری

از جمله این مولفه‌های تاثیرگذار می‌توان به سلفه پذیری و تهدیدشدگی (به عنوان مولفه‌های وقایع اول زندگی)، سبک دلبستگی ایمن (به عنوان یک صفت)، داشتن سطوح بالایی از ذهن آگاهی، بهبود و اصلاح خود مشفق و بهبود روابط بین فردی برای اینکه سلامت کلی تری حاصل شود، اشاره کرد. نظریه دلبستگی، توضیح می‌دهد که نوع رابطه با آدم‌های مهم می‌تواند پایگاهی (یا سکوی پرتابی به سوی واقعیت‌ها و امتحان کردن آن و پذیرش خطر) و پناهگاهی ایمن (جایی که در هنگام رو به رو شدن با سختی‌ها می‌توانیم در آنجا تسکین یابیم، از آن مدد بگیریم و حمایت شویم) ایجاد کند. تجربه‌های ابتدای زندگی به شکل قدرتمندی توانایی ایجاد احساس امنیت یا تنظیم هیجانی را دارد. این تجربه‌ها بسیاری از ویژگی‌های کسی را شکل می‌دهد که اکنون هستیم. انسان برای احساس امنیت، در درجه نخست پیوند جویی - ارتباط با دیگران - را تکامل داده است (گیلبرت، ۲۰۱۴). رابطه اجتماعی ابتدایی و تجربه‌های تغذیه کننده ارتباط با دیگران به شکل گیری الگوهای شناختی و ساختار زیربنایی عصبی شناختی یاری رسانده و توانسته است به احساس امنیت و تنظیم موفقیت آمیز هیجان‌ها کمک کند. پروتکل درمان دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت شامل تکنیک‌ها، تمرینات ساده روزانه، مراقبه، تصویرسازی و تمرینات خاص برای افزایش توانایی بیماران برای مراقبت از خود، مهربانی نسبت به خودشان و تجربیاتشان (بطور خاص تر تجربیاتشان از رنج کشیدن) می‌باشد. پژوهش‌های چندانی (بخصوص در ایران) که اثربخشی این مداخله درمانی (درمان دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت) را بر الگوی خوردن بیماران دیابتی مورد پژوهش قرار دهند، یافت نشد. اما می‌توان گفت که این یافته پژوهشی، تا حدودی با نتایج تحقیقات مشابه قبلی، از جمله پژوهش دوازده امانی و همکاران (۱۳۸۸) در مورد بیماران دیابتی نوع دوم همخوانی دارد. همچنین

فتح اله زاده و همکاران (۱۳۹۶) و سلیمی و همکاران (۱۳۹۷)، با اجرای درمان متمرکز بر شفقت بر روی نمونه مبتلا به بیماری دیگر به نتایج کم و بیش مشابهی از اثربخشی این درمان دست یافتند. استفاده از راهبردهای خود مشفق و دلبستگی ایمن همچون آماده کردن افراد برای شفقت مراقبت با محبت، کشف و توسعه دنیای مشفق، سازگار کردن دلبستگی و بررسی روابط، متانت و خونسردی، دوری از خودانتقادی، تنظیم سیستم هیجانات، تحریک سیستم‌های مختلف مغز، تمرین ریتم تنفسی تسکین دهنده، واقعیت سنجی و کاوش چالش‌های زندگی، آموزش ذهن مشفق، آموزش حلقه‌های شفقت، جاری کردن شفقت به سوی خود نسبت به دیگران، جاری کردن شفقت از سوی دیگران نسبت به خود، آموزش تصویرسازی مشفقانه، باعث تغییر در نگرش‌ها و شناخت بیماران شدند به طوری که بیمار بودن خود را پذیرفتند و به گونه ای منطقی تر با پیامدهای روانشناختی آن مواجه شدند. با آموزش سبک‌های دلبستگی و اهمیت محبت در ارتباطات اولیه دوران کودکی و تعاملات بین فردی که در دوران کودکی فرد شکل می‌گیرد و با توجه به محیطی که در آن تحول یافته است، در سنین بعدی ادامه می‌یابد، بیمار از بسیاری از پیامدهای روانشناختی سبک‌های دلبستگی خود، آگاه شدند که این خود نقش مهمی در بوجود آمدن احساس امنیت و مورد محبت قرارگرفتن و در نهایت سلامت روان بیماران داشت. آموزش شیوه‌های مختلف مراقبت در مداخله دلبستگی مبتنی بر شفقت که شامل پذیرا بودن، ملامت و محبت می‌باشد بر سیستم تسکین دهنده‌گی و آرامش بیماران تاثیر گذاشته که این خود، پایه ریزی کننده احساسات مثبت تسکین دهنده‌گی، آرامش بخشی و آرمیدگی است و هیجان‌های دفاعی همچون خشم، اضطراب و رفتارهای دفاعی همچون پرخاشگری و گریز را در بیماران تعدیل می‌کند. بیماران دریافته‌اند که انسان‌ها چنان تکامل یافته‌اند که در مواقع پریشانی نیازمند دلبستگی، آرام شدن و تحت مراقبت قرار گرفتن هستند.

انحراف از چنین مسیرهای رشدی، پیامدهای به همراه دارد. به صورت مشابهی نیز شفقت به خود باعث افزایش انگیزه مربوط به مسائل بهداشتی و سلامتی، از جمله پایبندی به درمان و ادامه رژیم درمانی و غذایی می شود.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد درمان مبتنی بر شفقت بر الگوی خوردن در بیماران دیابتی موثر است. این یافته همسو با مطالعه خلعتبری و همکاران (۱۳۹۷) است که نشان دادند این مداخله بر رفتار خوردن در زنان مبتلا به اضافه وزن و چاقی موثر است. در همین راستا، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹) نشان دادند درمان مبتنی بر شفقت بر روند کاهشی و لغ خوردن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو موثر است. افزایش شفقت به خود در درمان مبتنی بر شفقت در برابر نتایج منفی رویدادهای ناخوشایند، مانند ضربه گیر عمل می کند؛ بدین گونه که افراد با میزان شفقت به خود بالاتر، کمتر خود را ارزیابی می کنند، کمتر بر خود سخت گرفته و خود را تحت فشار قرار می دهند و با مشکلات زندگی راحت تر برخورد می کنند. بنابراین، به واسطه آموزه‌های این درمان، مبتلایان به دیابت در جهت کمتر ارزیابی کردن خود اقدام نمودند که منجر به درگیری فکری کمتر با موارد مرتبط با خوردن و تا حدی کاسته شدن از توجه بیش از حد به این امر شد. تکنیک تصویرسازی خود مشفق که در آن از تصویرسازی برای مقابله با رویدادی استرس زا در آینده (در اینجا الگوی خوردن نامطلوب) استفاده می شود، فرد در ذهن خود مقابله با رویداد استرس زای پیش رو و سپس هیجان خشنودی ناشی از آن را تصویرسازی می کند. این تکنیک، اثر خود را به صورت مدیریت در عمل خوردن و تعادل در آن نشان می دهد.

تجزیه و تحلیل داده‌های آماری حاکی از اثربخشی درمان دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت (گروه آزمایشی دوم) در مرحله پس آزمون و پیگیری در کاهش قابل ملاحظه فرآیند نگرانی بیماران مبتلا به دیابت می باشد و این

درمان در طول زمان دارای پایداری اثر می باشد. بنابراین، فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر اینکه بین آموزش درمان مبتنی بر شفقت و درمان دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرآیند نگرانی بیماران مبتلا به دیابت تفاوت وجود دارد، تأیید شد. بدین معنا که، مولفه‌های درمان دلبستگی مبتنی بر شفقت، پیش بینی کننده کاهش فرآیند نگرانی بیماران دیابتی می باشد. این یافته پژوهشی با پژوهش دوازده امامی و همکاران (۱۳۸۸) در مورد بیماران دیابتی نوع دوم همخوانی دارد. در واقع، چنانکه ماترو-مارین و همکاران (۲۰۱۹) نیز عنوان کرده اند دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت از یک سیستم انگیزشی ریشه می گیرد که در آن افراد را تشویق می کند به اینکه زندگی خود را توسط پذیرش شرایط خودشان و همچنین بوسیله بهبود سبک دلبستگی شان و تعامل مثبت و مشفقانه با جنبه‌های خاصی از زندگی‌شان، درباره بازسازی کنند. این امر از طریق آگاهی و شفاف سازی ارزش‌های شخصی در خانواده، روابط اجتماعی، کار و رشد شخصی محقق می شود. مجموعه این عوامل به کاهش فشار فاکتورهای روانی که استرس و واکنش عاطفی را تحریک می کند، منجر می شود و احتمالاً فرآیند نگرانی را در بیماران کاهش می دهد.

یافته‌های این مطالعه همچنین نشان داد درمان مبتنی بر شفقت، بر فرآیند نگرانی در بیماران دیابتی موثر است. پژوهش علی‌قنوتی و همکاران (۱۳۹۷) در راستای این یافته و بیانگر اثربخشی این مداخله بر کاهش نگرانی زنان مبتلا به سرطان سینه بود. در واقع، عنصر اثربخش درمان مبتنی بر شفقت، اثرگذاری آن بر نشخوار فکری با موضوع خودسرزنشگری می باشد. درمان مبتنی بر شفقت بر پایه دو فرآیند اصلی بنیان نهاده شد. اولین فرآیند به تمامی فرآیندهای تجربی اشاره دارد که شامل افزایش مهرورزی و مهربانی به خود و دیگران است. همچنین فرآیندهای رفتاری این مدل شامل شرطی زدایی، مدیریت تقویت آزادی خود و روابط یاری

رسان است. فرآیندهای تجربی این مدل مرتبط با سازه مدیریت احساسات است (گیلبرت، ۲۰۱۴). این موازنه تصمیمی اشاره بر این دارد که یک شخص جنبه‌های مثبت و منفی رفتار خاص خود را سبک و سنگین می‌کند. این موازنه تصمیمی افراد مبتلا به دیابت، در خلال درمان مبتنی بر شفقت، به صورتی خاص بر عوامل منفی روانشناختی همچون نگرانی و فرآیند تأثیر گذاشته و آن را کاهش می‌دهد.

در مجموع می‌توان اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر شفقت و دلبستگی مبتنی بر درمان شفقت بر فرآیند خوردن و الگوی خوردن در بیماران مبتلا به دیابت را به عواملی مانند شناخت بیماری و مطابق شدن با موقعیت فعلی خود، عدم قضاوت و سرزنش خود نسبت به بیماری و داشتن انتظارات مثبت در مورد آینده و یادگیری چگونگی مقابله موثر با سیستم تهدید و خطر و تقویت سیستم تسکین دهنده و آرامش، نسبت داد که تعیین سهم هر یک از این عوامل احتمالی در بهبود بیماری، بر عهده تحقیقات آینده است. در تبیین پایداری اثر هر دو مداخله درمانی مورد ذکر این گونه به نظر می‌رسد که با توجه به اینکه هر دو روش درمانی مورد مقایسه، علاوه بر اجرای فعالیت‌های آموزشی و درمانی در کلاس و همچنین ایفای نقش برای همه اعضای گروه و مشارکت آنها در بحث‌های گروهی، داشتن تمریناتی مناسب هر دوره درمانی در هر هفته آموزشی را نیز مدنظر قرار داده که این خود نشان دهنده داشتن تأثیر تمرین و تکرار آموزش‌های درمانی مبنی بر داشتن انگیزه کافی و لازم بر کاهش علایم رفتاری و روانی و همچنین علایم جسمانی ناشی از بیماری همچون کاهش سطح قند خون

و فرآیند خوردن و ارتقای کیفیت پیروی از درمان و الگوی خوردن مناسب در بیماران دیابتی در طول زمان است که منجر به پایداری اثر این دو مداخله درمانی شده است. تحقیق حاضر در جامعه آماری بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به کلینیک دیابت فردیس کرج انجام گرفت که تعمیم یافته‌ها را با محدودیت مواجه می‌سازد. با توجه به نقش پررنگ خانواده‌های بیماران مبتلا به دیابت، به عنوان مراقبین حمایتی که پا به پای بیماران، پیوسته، تجربه گر تمام مراحل بیماری هستند، پیشنهاد می‌شود جهت سازگاری هرچه بهتر بیماران با شرایط اجتماعی و زندگی روزمره شان، اجرای آموزش این دو درمان به صورت گروهی هم بر روی بیماران مبتلا به دیابت و هم بر روی خانواده‌های آنها مورد استفاده قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1398.025 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود

References

1. Khalatbari, Amina; Gurban Shiroudi, Shahreh; Zarbakhsh, Mohammadreza; Tizdast, Tahir (2019). Comparing the effectiveness of compassion-focused therapy and acceptance and commitment-based therapy on cravings, quality of life, and psychological distress in patients with type 2 diabetes. *Health Psychology*, 9(36). 24-7.
2. Khalatbari, Javad; Zarbakhsh, Mohammadreza; Gurban Shiroudi, Shahreh; Abdul Karimi, Mandana (2017). The effectiveness of a transdiagnostic package based on acceptance and commitment therapy,

- compassion-focused therapy, and dialectical behavior therapy on emotion regulation and eating behavior of overweight and obese women. *Psychological Science Quarterly*. 17(70). 662-651.
3. Twelve Imams, Mohammad Hassan; Roshan, Messenger; Mehrabi, Ali; Attari, Abbas (1388). The effectiveness of cognitive-behavioral stress management training in controlling blood sugar and depression in type 2 diabetic patients. *Iranian Journal of Endocrine and Metabolism*. 11(4). 392-385.
 4. Radfer, born; Mohammadzadeh, Zainab; Moghadam Tabrizi, Fatemeh; Sheikhi, Naser (2016). Relationship between eating behaviors and body mass index in adolescent girls. *Urmia Nursing and Midwifery Faculty Journal*. 11(100). 834-826.
 5. Rahimi Moshte, Sepideh; Masoudnia, Ibrahim; Nik Sarasht, Vahid (2016). Investigating the relationship between lifestyle components and the incidence of type 2 diabetes among citizens aged 30 to 60 in Rasht. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 17(2). 96-87.
 6. Sarafino, Edward (2011). *health Psychology*. Translated by Forough Shafiei, Elaha Mirzaei, Hassan Iftikharardabili, Gholamreza Garmaroudi, Seyed Ali Ahmadi Abhari, Ali Montazeri Moghadam, Paryosh Qavamian, Abolqasem Jazayeri, Seyed Mehdi Nouraei and Abolhassan Nadim (2018). Tehran: Roshd.
 7. Salimi, Arman; Arslan Deh, Angel; Zaharakar, Kianoush; Davarnia, Reza; Shakrami, Mohammad (2017). The effectiveness of compassion-focused therapy on the mental health of women with multiple sclerosis. *horizon of knowledge* 24(2). 131-125.
 8. Sorani, Mohammad; Taqdisi, Mohammad Hossein; Shojaizadeh, Dawood; Navin, Leila; Nowrozi, Mehdi; Falahi, Samira (1391). Investigating the predictability of self-care behaviors on blood sugar control in patients with type 2 diabetes. *Health system research*. 8(5). 823-814.
 9. Shirani, Mahnaz; Qumrani, Amir; Arab Bafarani, Hamidreza; Fatemi, Azim al-Sadat (2015). Investigating the relationship between metaconcern and religious doubt in students. *Islamic studies and psychology*. 10(18). 104-87.
 10. Salehi Faderdi, Javad (2010). Comparison of motivational structure and eating styles in women with overweight and obesity and normal weight. *Journal of Principles of Mental Health*. 13(50). 81-170.
 11. Alipour, Ahmed; Abdakhodaei, Ehsan; Mohammadi, Hamzah (2015). The relationship between morningness, positive and negative affect, eating behavior and eating chocolate in college students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (thought and behavior)*. 22(2). 121-112.
 12. Aliqanvati, Sajjad; Bahrami, Fatima; Guderzi, Korosh; Rozbahani, Mehdi (2017). The effectiveness of compassion-based therapy on rumination and worry in women with breast cancer. *health Psychology*. 7(27). 168-152.
 13. Fathullah Zadeh, Noushin; Majlisi, Zainab; Mazaheri, Zahra; Rostami, Mehdi; Navanejad, Shokuh (2016). The effectiveness of compassion-focused therapy on internalized shame and self-criticism in emotionally abused women. *Psychological studies*. 13(2). 151-168.
 14. Fetty, Laden; Mutabi, the angel; Molodi, Reza; Ziyai, Kaveh (2009). Psychometric adequacy of the Persian version of "Thought Control Questionnaire" and "Anxious Thoughts Questionnaire" in Iranian students. *Psychological methods and models*. 1(1). 103-81.
 15. Mousavi, Elham; Porastad, Ahmad Ali; Zare, Hossein; Aghahar Harris, Mezhgan; Jan Zaguri, Massoud (2013). The effectiveness of multimodal learning intervention on the correction of metacognitive beliefs and metaconcern. *Cognitive science updates*. 16(1). 48-39.
 16. Aguiar Sarmiento, R., Peçanha Antonio, J., Lamas de Miranda, I., Bellicanta Nicoletto, B., & Carnevale de Almeida, J. (2018). Eating patterns and health outcomes in patients with type 2 diabetes. *Journal of the Endocrine Society*, 2(1), 42-52.
 17. Dorji, S. (2017). *The influence of physical activity, eating behavior, and medication adherence on HbA1c were examined among type 2 diabetes persons living in Phuntsholing, Bhutan* (Doctoral dissertation, Burapha University).
 18. Fay, S. H., & Finlayson, G. (2011). Negative affect-induced food intake in non-dieting women is reward driven and associated with restrained–disinhibited eating subtype. *Appetite*, 56(3), 682-688.
 19. Ganiyu, A. B., Mabuza, L. H., Malete, N. H., Govender, I., & Ogunbanjo, G. A. (2013). Non-adherence to diet and exercise recommendations amongst patients with type 2 diabetes mellitus attending Extension II Clinic in Botswana. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 5(1), 1-6.
 20. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
 21. Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). Fears of compassion in a depressed population: Implication for psychotherapy.

22. Irons, C., & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 3471.
23. Knowler, W. C., Fowler, S. E., & Hamman, R. F. (2009). Diabetes Prevention Program Research Program. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the diabetes prevention program outcomes study. *The Lancet*, 372(9102), 1677-1686.
24. Krasuska, M., Millings, A., Lavda, A., & Thompson, A. (2017). Compassion focussed self-help for skin conditions in individuals with insecure attachment: a pilot evaluation of the acceptability and potential effectiveness. *British Journal of Dermatology*.
25. Krawczyk, J., Ziarko, M., Mojs, E., & Zozulińska-Ziólkiewicz, D. (2021). Worry and the level of depression among patients with type 1 diabetes mellitus. The mediating role of illness acceptance. *Journal of Medical Science*, 90(2), e509-e509.
26. Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-549.
27. Mattei, J., Malik, V., Wedick, N. M., Campos, H., Spiegelman, D., Willett, W., & Hu, F. B. (2012). A symposium and workshop report from the Global Nutrition and Epidemiologic Transition Initiative: nutrition transition and the global burden of type 2 diabetes. *British Journal of Nutrition*, 108(7), 1325-1335.
28. Montero-Marin, J., Collado-Navarro, C., Navarro-Gil, M., Lopez-Montoyo, A., Demarzo, M., Herrera-Mercadal, P., ... & Garcia-Campayo, J. (2019). Attachment-based compassion therapy and adapted mindfulness-based stress reduction for the treatment of depressive, anxious and adjustment disorders in mental health settings: a randomised controlled clinical trial protocol. *BMJ open*, 9(10), e029909.
29. Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9(3), 225-240.
30. Pivarunas, B., Kelly, N. R., Pickworth, C. K., Cassidy, O., Radin, R. M., Shank, L. M., ... & Shomaker, L. B. (2015). Mindfulness and eating behavior in adolescent girls at risk for type 2 diabetes. *International journal of eating disorders*, 48(6), 563-569.
31. Raque-Bogdan, T. L., Piontkowski, S., Hui, K., Ziemer, K. S., & Garriott, P. O. (2016). Self-compassion as a mediator between attachment anxiety and body appreciation: An exploratory model. *Body image*, 19, 28-36.
32. Ruggiero, G. M., Stapinski, L., Caselli, G., Fiore, F., Gallucci, M., Sassaroli, S., & Rapee, R. M. (2012). Beliefs over control and meta-worry interact with the effect of intolerance of uncertainty on worry. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 224-230.
33. Van Strien, T., Frijters, J. E., Bergers, G. P., & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International journal of eating disorders*, 5(2), 295-315.
34. Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6(4), 289-299.
35. Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour research and therapy*, 50(6), 367-373.

*Original Article***Comparison of the effectiveness of compassion-based therapy and attachment-based compassion therapy on depression and eating pattern in diabetics**

Received: 20/01/2022 - Accepted: 21/02/2022

Mansoreh Yazdani¹Javad Khalatbari^{2*}Shohreh Ghorban Shiroudi³Mohammad Ali Rahmani⁴

¹ PhD student Health Psychology ,
Department of Psychology, Tonekabon
Branch , Islamic Azad
University, Tonekabon ,Iran.

² Associate Professor ,Department of
Psychology , Tonekabon Branch, Islamic
Azad University, Tonekabon, Iran.
(Corresponding author)

³ Associate Professor ,Department of
Psychology , Tonekabon Branch, Islamic
Azad University, Tonekabon, Iran.

⁴ Assistant Professor ,Department of
Psychology , Tonekabon Branch, Islamic
Azad University, Tonekabon, Iran

Email:

javadxhalatbaripsy2@gmail.com

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of compassion-based therapy and attachment-based compassion therapy on meta-worry and eating patterns in diabetics.

Materials and Methods: The research method was a full-experimental control group type with pre-test, post-test and three-month follow-up. The statistical population of this study included all patients with diabetes who referred to Alborz Diabetes Association (Ferdis Diabetes Subspecialty Clinic) and had an active file in Fardis Karaj Diabetes Association in 2017. 44 qualified people were selected based on the entry and exit criteria and by available sampling method and were replaced in two experimental and one control groups. The data collection tool was Wells' anxiety questionnaire (1994) and Dutch eating habit questionnaire (Van Strein et al., 1986). Both the experimental group and the control group were pre-tested using research tools. Then, the intervention of compassion-based therapy and attachment therapy based on compassion therapy were each implemented during eight sessions for their own experimental groups. At the end of the interventions, both the experimental group and the control group were subjected to a post-test using the research tool. The data were analyzed using the mixed analysis of variance test.

Results: The findings showed that the therapy based on compassion and attachment based on compassion therapy is effective on meta-worry and eating pattern in diabetic people ($p < 0.01$).

Conclusion: It is suggested that in order to better adapt the patients to their social conditions and daily life, these two treatments should be used as a group both on the patients with diabetes and on their families.

Key words: Compassion-based therapy, attachment based on compassion therapy, meta-anxiety, eating pattern, diabetes

Acknowledgement: There is no conflict of interest.