



## The comparison of the effectiveness of emotion-focused cognitive behavioral therapy and metacognitive therapy on social health in patients with type 2 diabetes

Samira Jelodari<sup>1</sup>, Sheida Sodagar<sup>2</sup>, MohammadReza Seirafi<sup>3</sup>, Mostafa Qorbani<sup>4</sup>

1. Ph.D Candidate in Health Psychology, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [samira.jelodari@yahoo.com](mailto:samira.jelodari@yahoo.com)

2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [sh\\_so90@yahoo.com](mailto:sh_so90@yahoo.com)

3. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [msf\\_3@yahoo.com](mailto:msf_3@yahoo.com)

4. Associate Professor, Non-Communicable Diseases Research Center, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran. E-mail: [mqorbani1379@yahoo.com](mailto:mqorbani1379@yahoo.com)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 19 June 2024  
Received in revised form  
16 July 2024  
Accepted 21 August 2024  
Published Online 21  
April 2025

**Keywords:**  
diabetes,  
emotion-focused  
cognitive behavioral  
therapy,  
metacognitive therapy,  
social health

### ABSTRACT

**Background:** Type 2 diabetes is known as one of the most challenging and dangerous chronic diseases, and one of the adverse consequences of the disease is increased disability and communication problems, and as a result, a decrease in the level of social health of patients. Health is the most basic part of social welfare, which is more dependent on social structures than medical interventions.

**Aims:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of emotion focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social health in patients with type 2 diabetes.

**Methods:** The design of the current research was a semi-experimental type of pre-test, post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the study included all patients with type 2 diabetes referred to Dr. Sharqi diabetes clinic in Karaj city in the first half of 2022. Using available sampling method, 60 patients were selected and then they were randomly divided into three groups of 20 people (two experimental groups and one control group). The instrument used in this research was the social health questionnaire (Keyes, 2004). Also, for the first experimental group, emotional-oriented cognitive-behavioral therapy in 10 sessions of 90 minutes based on the protocol of Sovag et al. (2006), for the second experimental group, metacognitive therapy in 10 sessions of 90 minutes based on the protocol of Rajabi et al. (2021) was held. In order to analyze the research data, variance analysis method with repeated measurements and SPSS-25 software were used.

**Results:** The findings showed that there was a significant increase in the score of social health components in the emotional-focused cognitive-behavioral group ( $P=0.001$ ). Also, the score of social health components increased significantly in the metacognitive group ( $P=0.001$ ), but the effect of two treatment methods on social health components was not significant ( $P>0.05$ ).

**Conclusion:** Considering the effectiveness of emotional-focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy in people with type 2 diabetes, it is suggested that health psychologists in treatment centers use these treatment methods in order to increase social health and its components in patients with type 2 diabetes and similar patients.

**Citation:** Jelodari, S., Sodagar, Sh., Seirafi, M.R., & Qorbani, M. (2025). The comparison of the effectiveness of emotion-focused cognitive behavioral therapy and metacognitive therapy on social health in patients with type 2 diabetes. *Journal of Psychological Science*, 24(146), 99-121. [10.52547/JPS.24.146.99](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.99)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 24, No. 146, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.146.99](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.99)



✉ **Corresponding Author:** MohammadReza Seirafi, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.  
E-mail: [msf\\_3@yahoo.com](mailto:msf_3@yahoo.com), Tel: (+98) 9125072551

## **Extended Abstract**

### **Introduction**

Type 2 diabetes is recognized as one of the most challenging and dangerous chronic diseases (Carpenter et al., 2019), and its prevalence is increasing worldwide. At present, there are 1.5 million people in Iran, estimated to rise to 5.1 million by 2025 (Sadr-Hashemi et al., 2021). In recent years, a close relationship between physical and hormonal disorders with psychological problems and damages has been observed (Hosseini & Rizvi, 2016). When physical health is compromised in a chronic disease, patients' interactions with their relatives and partners are also significantly affected, leading to increased disability and communication problems (Sullivan & Domingo, 2017). Social health, as one dimension of health, refers to the ability to effectively perform social roles without harming others. The most important dimensions of social health include social cohesion, social acceptance, social participation, social flourishing, and social integration (Chang, 2019). Designing and implementing interventions based on psychotherapeutic approaches can be beneficial and effective in medical and chronic diseases, including type 2 diabetes (Bigdeli et al., 1395). Many researchers consider health as the essential part of social welfare, which is more subject to social structures than medical interventions. In fact, social health is a part of the individual's health which takes shape in society, and is identified as social health only when one can display his social activities and roles in a conventional manner, and feel linked to society and social conventions (Amini et al., 2023). Metacognitive therapy is one of the approaches of the third wave of behavioral therapies and is based on the principle that psychological disorders are caused by the activation of a maladaptive thinking style known as cognitive-attentional syndrome (including: worry, brooding, inflexible attention, coping behaviors ineffective and maladaptive self-regulation) are related. The main goal of metacognition is the flexibility of attention, correcting metacognitive beliefs and ending the cognitive-attention syndrome (Pahlavan et al., 2023). Metacognitive therapy is a means of manipulating and regulating cognitive

processes (Bagheri et al., 2003). Metacognitive therapy focuses on examining the validity of thoughts, while cognitive-behavioral therapy focuses on modifying the pattern of experience and regulating thoughts. Unlike cognitive-behavioral therapy, metacognitive therapy focuses on information processing and believes that biased attention, faulty cognitive and metacognitive processes, and their association with metacognitive beliefs are the causes of anxiety and worry (Farokhzadiyan et al., 2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy is one of the effective treatments for health, which focuses on emotions, understanding emotions, and emotional regulation, using cognitive and behavioral techniques to influence and improve severe negative emotions (Sowg et al., 2018). In emotion- focused cognitive-behavioral therapy, it is assumed that false thoughts and beliefs are the basis of problematic feelings, emotions and behaviors. Therefore, the cognitive aspect in this treatment is focused on thoughts and beliefs (cognitions) and identifying, evaluating and changing irrational and self-destructive thinking styles. The behavioral aspect of treatment is also focused on problematic behaviors such as self-examination, avoiding social situations, stopping such behaviors and substituting healthier behaviors. More importantly, the emotional aspect of this method, by actively contacting the patients' emotions during treatment sessions, can be effective in reducing the suffering of the patients outside the treatment session (Shafiabadi et al., 2023). Given the progressive nature of diabetes and its chronic complications and the need for interventions to improve the health and quality of life of diabetic patients, the current research seeks to answer this basic question: Is there a difference between the efficacy of emotion-focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social health in patients with type 2 diabetes?

### **Method**

The current research design was a semi-experimental type of pre-test, post-test with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of the study included all patients with type 2 diabetes referred to Dr. Sharqi diabetes clinic in Karaj city in the first half of 2022. Using available sampling

method, 60 patients were selected and then they were randomly divided into three groups of 20 people (two experimental groups and one control group). The instrument used in this research was the social health questionnaire (Keyes, 2004). Also, for the first experimental group, emotional-oriented cognitive-behavioral therapy in 10 sessions of 90 minutes based on the protocol of Suveg et al. (2006), for the second experimental group, metacognitive therapy in 10 sessions of 90 minutes based on the protocol of Rajabi et al. (2021) was held. In order to analyze the research data, variance analysis method with repeated measurements and SPSS-25 software were used. The inclusion criteria for the study were as follows: having type 2 diabetes confirmed by a physician for at least one year, under treatment with oral medications, glycosylated hemoglobin level between 5.6% and 5.8%, aged 45 to 60 years (middle-aged), having at least a high school diploma, not receiving psychological treatments since the diagnosis of the disease, not suffering from other acute or chronic physical illnesses that would create problems in blood sampling and tolerate long sessions, not suffering from severe mental disorders, not using psychotropic medications or substance abuse. The exclusion criteria included severe diabetes complications leading to hospitalization, absence from more than two sessions of therapy, participation in other treatment programs during the study, non-compliance with the treatment program, unwillingness to

continue participation in the study, and failure to respond to research questionnaires at any stage of the pretest, posttest, or follow-up.

## Results

In this study, 55 patients with type 2 diabetes participated in groups of emotion-focused cognitive-behavioral therapy (11 women and 8 men), metacognitive therapy (9 men and 9 women), and control (8 women and 10 men). The mean and standard deviation of the age of participants in the emotion-focused cognitive-behavioral therapy group were 51.80 and 3.44 years, in the metacognitive therapy group were 50.94 and 3.70 years, and in the control group were 50.89 and 2.95 years, respectively. The mean and standard deviation of the duration of diabetes among participants in the emotion-focused cognitive-behavioral therapy group were 3.16 and 0.96 years, in the metacognitive therapy group were 2.78 and 0.81 years, and in the control group were 2.89 and 0.76 years.

In Table 1, the results of multivariate analysis comparing the effect of emotion-focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social health components is given.

Table 2 also shows the results of the analysis of variance with repeated measurements in explaining the effect of emotion-focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social health components.

**Table 1. The results of the multivariate analysis test in evaluating the effect of independent variables on the total score of anxiety sensitivity and its components**

| Dependent Variable   | Wilks Lambda | F    | df      | P     | $\eta^2$ | Test power |
|----------------------|--------------|------|---------|-------|----------|------------|
| Social actualization | 0.771        | 3.46 | 4 & 102 | 0.010 | 0.121    | 0.838      |
| Social Integration   | 0.753        | 3.89 | 2 & 102 | 0.006 | 0.132    | 0.888      |
| Social Coherence     | 0.720        | 4.55 | 4 & 102 | 0.002 | 0.151    | 0.935      |
| Social Acceptance    | 0.680        | 5.43 | 4 & 102 | 0.001 | 0.176    | 0.970      |
| Social Contribution  | 0.698        | 5.01 | 4 & 102 | 0.001 | 0.164    | 0.956      |

**Table 2. The results of variance analysis with repeated measurements in explaining the effect of independent variables on the total score of anxiety sensitivity and its components**

| Variable             | Effects                                   | Sum of Squares | Sum of Squared Error | F     | P     | $\eta^2$ |
|----------------------|-------------------------------------------|----------------|----------------------|-------|-------|----------|
| Social actualization | Group effect                              | 247.33         | 462.86               | 13.89 | 0.001 | 0.348    |
|                      | Time effect                               | 246.22         | 308.35               | 41.52 | 0.001 | 0.444    |
|                      | Interaction effect of group $\times$ time | 99.63          | 490.48               | 5.28  | 0.002 | 0.169    |
| Social Integration   | Group effect                              | 79.92          | 349.74               | 5.94  | 0.005 | 0.186    |
|                      | Time effect                               | 79.50          | 161.62               | 25.58 | 0.001 | 0.330    |
|                      | Interaction effect of group $\times$ time | 62.70          | 285.50               | 5.71  | 0.001 | 0.180    |
| Social Coherence     | Group effect                              | 102.09         | 364.58               | 7.28  | 0.002 | 0.219    |
|                      | Time effect                               | 45.42          | 125.79               | 18.78 | 0.001 | 0.265    |

| Variable            | Effects                                   | Sum of Squares | Sum of Squared Error | F     | P     | $\eta^2$ |
|---------------------|-------------------------------------------|----------------|----------------------|-------|-------|----------|
| Social Acceptance   | Interaction effect of group $\times$ time | 39.45          | 193.23               | 5.31  | 0.005 | 0.170    |
|                     | Group effect                              | 220.95         | 642.04               | 8.95  | 0.001 | 0.256    |
|                     | Time effect                               | 229.82         | 328.62               | 37.36 | 0.001 | 0.412    |
| Social Contribution | Interaction effect of group $\times$ time | 160.84         | 550.42               | 7.60  | 0.001 | 0.226    |
|                     | Group effect                              | 177.91         | 632.36               | 7.32  | 0.002 | 0.220    |
|                     | Time effect                               | 221.68         | 293.60               | 39.26 | 0.001 | 0.430    |
|                     | Interaction effect of group $\times$ time | 127.16         | 502.24               | 6.58  | 0.001 | 0.202    |

## Conclusion

The purpose of the current study was to compare the effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy and metacognitive therapy on social health in patients with type 2 diabetes. The results showed that both types of treatment are effective on social health in patients with type 2 diabetes. However, no significant difference was observed between the effectiveness of these two types of treatment.

Considering the social nature of human life and the challenges that this can create, one cannot neglect the social aspects of health along with its objective, emotional and psychological aspects. In fact, by relying on knowledge and metacognitive beliefs, patients can analyze the issues and phenomena around them and direct their performance by showing behaviors such as paying attention, reviewing, controlling, planning and detecting errors, so Having correct social thoughts and having a positive attitude towards the social environment is the first and most important stage of social health in order to have a better social life.

In confirmation of the findings of the present study, the results of studies by Pahlavan, Ramezani, and Rasouli (2023) showed the impact of metacognitive therapy on the psychological needs of patients with type 2 diabetes. Cheri et al. (2023) and Priyowal et al. (2018) demonstrated the importance of metacognitive beliefs on the distress and anxiety of diabetic patients. Skills training related to daily life and illness increases an individual's awareness of common thought disorders like depression, teaching them how thought disorders impact daily life and how to identify and change them, thus allowing type 2 diabetes patients to consider how to more effectively handle their situation (Sheikh et al., 2020). In this approach, instead of challenging disturbing thoughts and dysfunctional beliefs, treatment involves

communicating with thoughts in a way that prevents resistance or complex cognitive analysis and can eliminate maladaptive thinking strategies about worry and inflexible monitoring of threats. destroy What is more important is that the existence of negative beliefs clearly cannot provide an explanation about the pattern of thinking and the subsequent responses. What is needed here is to take into account the factors that control thinking and change the state of mind, which is the most important difference between metacognitive therapy and other therapies.

Bochow et al. (2021) and Attadokht and colleagues (Attadokht et al., 2019) showed the impact of emotion-focused cognitive-behavioral therapy on social adjustment and social networks. Torres et al. (2020) demonstrated the effectiveness of emotion-focused cognitive-behavioral therapy on distress and emotional processing in patients. This treatment may challenge individual thoughts and reduce cognitive errors in an attempt to change beliefs and attitudes, and it may also increase enjoyable activities and affect the range and quality of relationships, thereby impacting social support and increasing social health in facing their problems. Also, individuals using emotions correctly, being aware of them, accepting them, and expressing them, especially positive emotions in life situations, can reduce their negative feelings, which in turn improves their participation in aspects of social health (Al-Fayyadi et al., 2016). On the other hand, it is possible that their physical and mental problems make them evaluate themselves negatively in social situations and less involve themselves in social situations of life, which can have negative effects in the form of problems appear in social health dimensions; But this treatment makes them aware of the existence of negative emotions and their negative impact on themselves and by re-evaluating their emotions in different situations, they try to keep their social and emotional life healthy. In

this way, they can reduce their physical, psychological and especially social problems (Hori & Kim, 2019).

### **Ethical Considerations**

**Compliance with ethical guidelines:** This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of health psychology at the Islamic Azad University, Karaj branch with the code of ethics IR.IAU.K.REC.1401.089. In this research, ethical considerations such as the preservation of participants' information and the right to withdraw have been observed in the entire research process. Also, all the participants participated in the current research by filling out the consent form and knowingly. After the end of the research, the control group was also subjected to metacognitive group therapy.

**Funding:** This research was done in the form of a doctoral thesis without financial support.

**Authors' contribution:** The first author of this article as the main researcher, the second and third authors as supervisors, and the fourth author as advisors were involved in this research.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** We hereby express our gratitude to the supervisors and advisor of this research, the attending physician and all the participants.



## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

سمیرا جلوداری<sup>۱</sup>، شیدا سوداگر<sup>۲</sup>، محمدرضا صیرفی<sup>۳</sup>، مصطفی قربانی<sup>۴</sup>

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۴. دانشیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های غیرواگیر، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

#### نوع مقاله:

پژوهشی

#### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۴/۲۶

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۵/۳۱

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱

#### کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار،

درمان فراشناختی،

دیابت نوع ۲،

سلامت اجتماعی

**زمینه:** دیابت نوع دو به‌عنوان یکی از چالش‌برانگیزترین و پرخطرترین بیماری‌های مزمن شناخته شده است و از پیامدهای نامطلوب بیماری، افزایش ناتوانی و مشکلات ارتباطی و در نتیجه کاهش سطح سلامت اجتماعی بیماران است. سلامت اساسی‌ترین جز رفاه اجتماعی می‌باشد که بیشتر از مداخلات پزشکی، تابع سازه‌های اجتماعی است.

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

**روش:** طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت دکتر شرقی در شهر کرج در نیمسال اول ۱۴۰۱ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ بیمار انتخاب شد و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۲۰ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه سلامت اجتماعی (کی‌یز، ۲۰۰۴) بود. همچنین برای گروه آزمایش اول، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل سووگ و همکاران (۲۰۰۶)، برای گروه آزمایش دوم، درمان فراشناختی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل رجی و همکاران (۱۴۰۰) برگزار شد. جهت تحلیل داده‌های پژوهش نیز از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-25 استفاده شد.

**یافته‌ها:** یافته‌ها نشان داد که نمره مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در گروه شناختی رفتاری هیجان‌مدار افزایش معنادار داشت ( $P=0/001$ ). همچنین نمره مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در گروه فراشناختی افزایش معنادار داشت ( $P=0/001$ )، ولی تفاوت اثر دو شیوه درمانی بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی معنادار نبود ( $P>0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، پیشنهاد می‌شود روانشناسان سلامت در مراکز درمانی از این شیوه‌های درمانی در جهت افزایش سلامت اجتماعی و مؤلفه‌های آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و بیماران مشابه استفاده کنند.

**استناد:** جلوداری، سمیرا؛ سوداگر، شیدا؛ صیرفی، محمدرضا؛ و قربانی، مصطفی (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۴۶، ۹۹-۱۲۱.

DOI: [10.52547/JPS.24.146.99](https://doi.org/10.52547/JPS.24.146.99) ۱۴۰۴، شماره ۱۴۶، دوره ۲۴، شماره ۱۴۶، ۹۹-۱۲۱.



## مقدمه

دیابت نوع دو<sup>۱</sup>، دیابت غیروابسته به انسولین یا دیابت افراد بالغ است و به علت تخریب سلول‌های بنیادی، حدود ۹۰ تا ۹۵ درصد از افراد به دیابت نوع دو مبتلا می‌شوند (ابراهیمی و همکاران، ۱۴۰۰). دیابت نوع دو به‌عنوان یکی از چالش‌برانگیزترین و پرخطرترین بیماری‌های مزمن شناخته شده است (کارپنتر و همکاران، ۲۰۱۹) و همه‌گیری آن در جهان رو به افزایش است. به‌طوری‌که تعداد افراد مبتلا به دیابت در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا که ایران نیز در همین منطقه واقع شده، تا سال ۲۰۴۰ دو برابر افزایش خواهد یافت یعنی از ۳۵ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر به ۷۲ میلیون و ۱۰۰ هزار نفر خواهد رسید (کاراچر و همکاران، ۲۰۱۸). میزان شیوع دیابت در حال حاضر در ایران ۱/۵ میلیون نفر است که تخمین زده می‌شود در سال ۲۰۲۵ به ۵/۱ میلیون نفر برسد (صدرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۰). در سال‌های اخیر ارتباط نزدیکی بین اختلالات جسمی و هورمونی با مشکلات و آسیب‌های روانی مشاهده شده است (حسین و ریزوی، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر، بین اختلالات جسمی ناشی از بیماری و مفاهیم روانشناسی موجود در این حیطه، روابط تنگاتنگی وجود دارد (تگتوف و همکاران، ۲۰۱۶). هنگامی که سلامت جسمی در یک بیماری مزمن مختل می‌شود، تعامل بیماران با بستگان و شرکای خود بطور جدی نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بطوری‌که از پیامدهای نامطلوب بیماری، افزایش ناتوانی و مشکلات ارتباطی است (سالیوان و دومینگو، ۲۰۱۷).

بسیاری از پژوهشگران سلامت را اساسی‌ترین جز رفاه اجتماعی به حساب می‌آورند که بیشتر از مداخلات پزشکی، تابع سازه‌های اجتماعی است. در واقع سلامت اجتماعی<sup>۲</sup> بخشی از سلامت فرد است که در عرصه اجتماع به ظهور می‌رسد و زمانی شخص را واجد سلامت اجتماعی می‌دانند که بتواند فعالیت‌ها و نقش‌های اجتماعی خود را در حد متعارف بروز دهد و با جامعه و هنجارهای اجتماعی احساس پیوند و اتصال کند (امینی و همکاران، ۱۴۰۲). سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت عبارت است از توانایی انجام مؤثر و کارآمد نقش‌های اجتماعی بدون آسیب‌رساندن به دیگران. مهمترین ابعاد سلامت اجتماعی شامل یکپارچگی اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و انسجام

اجتماعی است (چانگ، ۲۰۱۹). سلامت اجتماعی ارزیابی فرد از کیفیت روابطش با خانواده، دیگران و گروه‌های اجتماعی است. روابط و پیوندهای اجتماعی در نظریه تحلیل شبکه به‌عنوان سرمایه اجتماعی و دارایی فرد محسوب می‌شوند و فرد از طریق آنها می‌تواند بر منابع و حمایت‌های موجود در این پیوندها دسترسی یابد. بنابراین چگونگی روابط اجتماعی، میزان و نحوه تعاملات و نوع حمایت‌هایی که رد و بدل می‌شود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (تاجیکی و همکاران، ۱۳۹۸). پایین بودن سلامت اجتماعی در افراد باعث می‌شود که نتوانند به نحو مناسب با دیگران ارتباط برقرار کنند و به همین خاطر دچار نوعی انزوای اجتماعی می‌گردند که این عامل زمینه بروز انحرافات اجتماعی را فراهم می‌کند (دوراكووا و همکاران، ۲۰۱۶). در نتیجه بهبود عملکرد اجتماعی پایه اساسی رشد اجتماعی، سازگاری اجتماعی، شکل‌گیری روابط اجتماعی، کیفیت تعاملات اجتماعی و حتی سلامت روان فرد به شمار می‌رود (صدرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۰). طراحی و اجرای مداخله‌های مبتنی بر رویکردهای روان-درمانی مفید و اثربخش می‌تواند در بیماری‌های طی و مزمن از جمله دیابت نوع دو اهمیت داشته باشد (هاشمی‌نظری و همکاران، ۱۳۹۵). درمان فراشناختی یکی از رویکردهای موج سوم درمان‌های رفتاری است و بر این اصل مبتنی است که، اختلالات روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی (شامل: نگرانی، اندیشناکی، توجه انعطاف‌ناپذیر، رفتارهای مقابله‌ای ناکارآمد و خودتنظیمی ناسازگارانه) مرتبط است. هدف اصلی فراشناخت، انعطاف‌پذیری توجه، اصلاح باورهای فراشناختی و پایان دادن به سندرم شناختی-توجهی است (پهلوان، رمضان‌ی و رسولی، ۱۴۰۲). درمان فراشناخت وسیله دستکاری و نظم‌بخشی فرایندهای شناختی است (باقری و همکاران، ۱۴۰۳). درمان فراشناختی چرایی و چگونگی بازتعمیم یا گسترش افکار منفی را مدنظر قرار می‌دهد. درحالی‌که درمان شناختی-رفتاری به بررسی اعتبار افکار می‌پردازد، درمان فراشناختی به اصلاح شیوه تجربه و تنظیم افکار می‌پردازد. مبنای نظری درمان فراشناختی چنین بیان می‌دارد که سبک‌های تفکر که نشانگان توجه شناختی نام دارد، یک ویژگی همگانی اختلالات است و باعث طولانی شدن و شدت یافتن هیجانات آشفته‌گی‌زا

<sup>۱</sup>. type2 diabetes<sup>۲</sup>. social health

درمان می‌تواند در کاستن از رنج درمانجویان در خارج از جلسه درمان مؤثر باشد (شفیع‌آبادی، حسنی و یاری، ۱۴۰۲). پژوهش‌ها حاکی از نقش مؤثر درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر عوامل روانی و اجتماعی بیماران با بیماری مزمن است (شفیع‌آبادی و همکاران، ۱۴۰۲؛ شفیع و همکاران، ۱۳۹۹؛ عطادخت و همکاران، ۱۳۹۸؛ بوچوی و همکاران، ۲۰۲۱؛ تورس و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به ماهیت پیشرونده دیابت و عوارض مزمن آن و نیاز به مداخله جهت بهبود سطح سلامت و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک، این سؤال مطرح است که آیا بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوتی وجود دارد؟

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:** پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرایی نیمه‌آزمایشی و در قالب طرح‌های پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمامی بیماران دچار دیابت نوع ۲ شهر کرج در سال ۱۴۰۱ بود که به کلینیک دیابت دکتر ساسان عباسی شرقی در شهر کرج مراجعه کرده بودند. با توجه به مشکلات غیرقابل پیش‌بینی بیماران، برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. تعداد نمونه شامل ۶۰ بیمار بود که به صورت تصادفی در ۳ گروه ۲۰ نفره درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، درمان فراشناختی و گواه گمارش شدند. که در نهایت ۱۹ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، ۱۸ نفر در گروه درمان فراشناختی و ۱۸ نفر در گروه گواه تا مرحله پایانی مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها مورد تحلیل قرار داده شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: ابتلا به دیابت نوع دو با تایید پزشک به مدت حداقل یک سال، تحت درمان با داروهای خوراکی، سطح هموگلوبین گلیکوزیله بین ۶/۵ تا ۸/۵ درصد، بازه سنی ۴۵ تا ۶۰ سال (میانسالی)، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، عدم دریافت درمان‌های روانشناختی از زمان تشخیص بیماری، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی حاد یا مزمن دیگر (بر اساس گزارشات پرونده پزشکی) که مشکلاتی را در نمونه‌گیری خون و تحمل جلسات طولانی ایجاد کند، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی، عدم

می‌شوند (فرخزادیان و همکاران، ۱۳۹۷). این نشانگان شامل سه بخش نگرانی و نشخوار فکری، بازبینی تهدید و رفتارهای مقابله‌ای می‌باشد. باورهای فراشناختی به ارزیابی‌ها و احساسات خاصی اطلاق می‌شود که افراد درباره حالات ذهنی‌شان دارند. درمان فراشناختی برخلاف درمان شناختی-رفتاری به جای تکیه بر مفهوم فکری، به فرایند پردازش اطلاعات توجه دارد و بر این باور است که توجه سوگیری‌شده، پردازش‌های معیوب شناختی و فراشناختی و همراهی آن‌ها با باورهای فراشناختی، علت ابتلا به نگرانی و اضطراب هستند پیرو آن‌چه مطرح شد، پژوهش‌ها نقش باورهای فراشناختی، افسردگی و اضطراب را در احتمال بروز دیابت تایید می‌کنند (پیرووال و فیشر، ۲۰۱۸). مطالعات نیز نشان داده‌اند که درمان فراشناختی بر جنبه‌های روانی و اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت نقش مؤثری داشته است (پهلوان و همکاران، ۱۴۰۲؛ رجبی و همکاران، ۱۴۰۰؛ شیخ و همکاران، ۱۳۹۹؛ چری و همکاران، ۲۰۲۳).

از سوی دیگر، درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار<sup>۱</sup>، یکی دیگر از درمان‌های مؤثر بر سلامت است که با تاکید بر هیجانات، فهم هیجان و تنظیم هیجانی، با بهره از فنون شناختی و رفتاری به تأثیرگذاری و بهبود هیجانات شدید منفی می‌پردازد (سوگ و همکاران، ۲۰۱۸). درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار موجب بهبود نگرانی، خلق و خوی پایین، علائم جسمی، انتقاد از خود، احساسات دردناک مزمن و اجتناب از احساسات می‌شود (اوبرین و همکاران، ۲۰۱۹). مداخله متمرکز بر هیجانات باید از تکنیک‌های افزایش تجارب هیجانی بر اساس راهبردهای اجتنابی باشد. مطالعه‌ای نشان داده، افرادی که سطوح بالای بدتنظیمی هیجان را دارند، در درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار سطح بهتری از بهبود را کسب کردند (تیمولاک و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار فرض بر این است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. لذا جنبه شناختی در این درمان، بر روی افکار و باورها (شناخت‌ها) و شناسایی، ارزیابی و تغییر سبک‌های تفکر غیرمنطقی و خودشکن متمرکز است. جنبه رفتاری درمان نیز بر روی رفتارهای مسئله‌ساز مثل واریسی خود، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، توقف این چنین رفتارها و جانشین کردن رفتارهای سالم‌تر متمرکز می‌باشند. مهم‌تر اینکه جنبه هیجانی این روش، با تماس فعالانه با هیجانات بیماران در جلسات

<sup>۱</sup>. Emotion-focused cognitive behavioral therapy

مصرف داروهای روان‌گردان یا سوء مصرف مواد و داشتن کارت تزریق دو دوز واکسن کووید ۱۹. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل موارد زیر بودند: عوارض شدید دیابت که منجر به بستری در بیمارستان شود، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی، ورود به دیگر برنامه‌های درمانی طی پژوهش، عدم تبعیت از برنامه درمان، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

### (ب) ابزار

پرسشنامه سلامت اجتماعی (SHQ)<sup>۱</sup>: کیز پرسشنامه سلامت اجتماعی را در سال ۲۰۰۴ بر اساس مدل نظریه سلامت اجتماعی طراحی کرد. این مقیاس دارای ۲۰ گویه و در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵) است. بالاترین نمره این پرسشنامه ۱۰۰ و کمترین نمره ۲۰ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده سلامت اجتماعی بیشتر فرد است. البته این شیوه نمره‌گذاری در مورد سؤالات ۳، ۵، ۶، ۷، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰ معکوس می‌شود (امینی و همکاران، ۱۴۰۱). نتایج تحلیل عاملی تایید در پژوهش کیز نشان داد که مقیاس دارای پنج بعد یا مؤلفه است که از نظر تجربی مورد تایید قرار داد. ابعاد مقیاس شامل شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی است (علی‌اکبری‌دهکردی و دهخدايي، ۱۳۹۹). نسخه اولیه این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ ساخته شد که شامل ۳۳ گویه بود. کیز (۱۹۹۸) طی دو مطالعه بر روی دو نمونه ۳۷۳ و ۲۸۸۷ نفری در آمریکا با استفاده از تحلیل عوامل، مدل ۵ بعدی به کار رفته در پرسشنامه خود را از نظر تجربی مورد تأیید قرار داده است. او جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده کرد که میزان ضرایب آلفای کرونباخ در مطالعه اول برای ابعاد انسجام اجتماعی، شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، مشارکت اجتماعی و پذیرش اجتماعی به ترتیب برابر ۰/۵۷، ۰/۶۹، ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ و در مطالعه دوم به ترتیب برابر با ۰/۶۴، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به‌دست آمد. فرزی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی همسانی درونی مؤلفه‌های پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ را در مقیاس شکوفایی برابر با ۰/۸۰، انسجام برابر با ۰/۷۹،

<sup>۱</sup>. Keyes social health questionnaire

یکپارچگی برابر با ۰/۷۵، پذیرش برابر با ۰/۷۸ و مشارکت برابر با ۰/۷۲ گزارش دادند. همچنین رنج‌دست و عزیزاده (۱۳۹۷) روایی صوری ابزار را با نظر متخصصان تعیین و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کردند. لازم به ذکر است در پژوهش حاضر میزان همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس شکوفایی اجتماعی ۰/۶۷، همبستگی اجتماعی ۰/۵۸، انسجام اجتماعی ۰/۶۳، پذیرش اجتماعی ۰/۷۲ و مشارکت اجتماعی ۰/۶۹ به‌دست آمد.

درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار مورد استفاده در این پژوهش از پروتکل درمان سووگ و همکاران (۲۰۰۶) اقتباس و برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه، در هفته یک جلسه به خلاصه زیر اجرا شد. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

### (ج) روش اجرا

پس از انجام نمونه‌گیری و تشکیل گروه‌های آزمایشی و گواه، در یک جلسه برگه جلسه رضایت‌نامه کتبی مبنی بر شرکت آگاهانه در پژوهش در بین تمامی افراد انتخاب شده توزیع شد و آزمون‌های پژوهش در مرحله پیش‌آزمون اجرا و در قالب یک پرونده نتایج اولیه ثبت شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش حاضر از پرسشنامه سلامت اجتماعی استفاده شد. هر دو گروه آزمایش و گروه گواه در یک زمان و قبل از اجرای متغیر مستقل، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش اول و گروه آزمایش دوم تحت درمان گروهی فراشناختی و درمان گروهی شناختی رفتاری هیجان‌مدار قرار گرفتند ولی این متغیرها برای گروه سوم (گواه) اجرا نشد. برنامه درمانی در کلینیک سامان واقع در جهانشهر شهر کرج به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. بعد از جلسات درمانی پس‌آزمون اجرا شد و بعد از سه ماه پرسشنامه برای شرکت‌کنندگان ارسال شد. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به انتخاب خود شرکت‌کنندگان به دو گروه درمان تقسیم شدند و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در مورد آنها اجرا شد. در پایان از شرکت‌کنندگان پژوهش تقدیر و قدردانی شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی افراد فاش نخواهد شد و افراد بعد از مدتی در صورت تمایل می‌توانند از نتیجه پژوهش اطلاع داشته باشند. جهت ارزیابی متغیرهای پژوهش از پرسشنامه سلامت اجتماعی استفاده شد.

## جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار

| عناوین                        | اهداف                                                                 | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | تکالیف                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول<br>(معارفه)          | آشنایی، کسب اطلاعات و اجرای پیش‌آزمون                                 | برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح درباره ماهیت آسیب و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.                                                                                                                                                                                            | به هیجانانی که در طول روز تجربه می‌کنند دقت کنند. این هیجانات چقدر تکرار می‌شوند؟ آیا این هیجانات را می‌شناسند؟                                                                                                                                                      |
| جلسه دوم<br>(هیجان)           | شناخت هیجان و بررسی ابعاد جسمانی، شناختی و رفتاری مرتبط با آن         | شناسایی هیجان‌های اساسی، ارائه آموزش هیجانی (شناخت هیجان و موقعیت‌های برانگیزاننده؛ از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها)، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها. منطق و دلیل تنفس عمیق، روش‌های تنفس عمیق.                                                                                                                                                     | در موقعیت‌های برانگیزاننده هیجانات آزاردهنده (نگرانی، غم) از تمرین‌های تنفس عمیق استفاده کنید.                                                                                                                                                                       |
| جلسه سوم<br>(ابعاد هیجانات)   | مهارت‌های هیجانی، جنبه-های کارآمد و ناکارآمد هیجان‌ها                 | ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی (عملکرد هیجان‌ها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها و مثال‌هایی از تجربه‌های واقعی آنها)، منطق و دلیل آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، اجرای آرمیدگی پیش‌رونده، تغییر در مسائلی که زیربنای نیازهای هیجانی و چرخه هیجانی مطلوب هستند، ایجاد شرایط در جهت بروز تجربیات معمولاً ناخوشایند هیجانی (ایفای نقش هیجانی) دریافت رویدادهای روزمره و به چالش کشیدن آنها. | رویدادهای روزمره را از منظر شناختی و هیجانی ارزیابی کنند و آنها را به چالش بکشند. از تکنیک آرمیدگی پیش‌رونده به طور منظم استفاده کنند.                                                                                                                               |
| جلسه چهارم<br>(هیجان و شناخت) | هیجان‌های پیچیده، بازسازی شناختی و تصویرسازی ذهنی                     | شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، مواجهه با هیجانات مرتبط با اضطراب، بازسازی شناختی مرتبط با هیجان‌ها، استفاده از تکنیک آرام‌سازی، مواجهه-سازی به صورت تصویرسازی ذهنی با هیجان‌هایی که در تنظیم آن مشکل دارند، شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان.                                                                                  | شناسایی موقعیت‌های برانگیزاننده هیجان و ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده هیجان. / تصویرسازی ذهنی و یافتن خطاهای شناختی.                                                                                                                                            |
| جلسه پنجم<br>(طرحواره‌ها)     | طرحواره‌های هیجانی و تحریف‌های شناختی                                 | شناسایی هیجانات خاصی که در درک تنظیم آنها مشکل دارند، آموزش آرمیدگی ذهنی، شناسایی و کنترل نیازها، امیال و عوامل زیربنایی هیجان‌ها تا آزمودنی‌ها احساس ناقص بودن و ناکافی بودن را در خود بشکنند و به کاوش درباره دو جنبه متفاوت تجربه خود بپردازند.                                                                                                                                                    | تمرینات مربوط به آرمیدگی ذهنی را انجام دهید. / نسبت به مهارت‌های رفتاری مثبت و الگوهای تقویت و تنبیه مرتبط با بیماری (خودمراقبتی) آگاه باشید.                                                                                                                        |
| جلسه ششم<br>(هیجان و اضطراب)  | شناسایی هیجان‌های خاص مرتبط با اضطراب و تمرین مقابله‌ای (حل مساله)    | شناسایی و بررسی باورهای اصلی مرتبط با هیجان، شناسایی هیجان‌های خاص مرتبط با اضطراب، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای در برابر هیجان‌های ناسازگار، ایجاد دیدگاه‌های جدید.                                                                                                                                                                                                        | خودارزیابی و خود پاداش‌دهی برای مدیریت کردن هیجان، مهارت‌ها و شکل‌دهی آنها. / استفاده از راهبردهای حل مساله برای مدیریت هیجان.                                                                                                                                       |
| جلسه هفتم<br>(بازارزیابی)     | تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و راهبرد بازارزیابی | تسهیل در بیان و توصیف احساس‌ها، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. تغییر ارزیابی‌های شناختی، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبرد بازارزیابی.                                                                                                                                                         | انجام تمرین ذهن آگاهی و توصیف احساس‌ها. / ارزیابی مجدد درباره چالش‌های مربوط به بیماری را انجام دهند                                                                                                                                                                 |
| جلسه هشتم<br>(معنا)           | تنظیم هیجان، نقش معنا و ارزش‌ها                                       | ادامه مواجهه ذهنی و تمرین مقابله‌ای. آموزش فرایند انتقال احساس ناامیدی، خشم و شرم آزمودنی‌ها به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات در جنبه‌های مهم زندگی.                                                                                                                                                                                                                              | امور مربوط به خودمراقبتی را در نظر داشته باشید. آیا همچنان نسبت به برخی امور احساس ناخوشایند دارید؟ نام این احساس چیست و شما چگونه آن را توصیف می‌کنید. اگر ناخوشایند نیست، این مساله را مدیون چه سبکی از ارزیابی هستید؟ ارتباط این ارزیابی با ارزش‌های شما در چیست؟ |
| جلسه نهم<br>(هیجان و جسم)     | آرمیدگی، تجربه جسمی هیجانات و اصلاح بازداري                           | تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبرد بازداري و بررسی پیامدهای هیجانی آن، آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی، آرمیدگی و عمل معکوس.                                                                                                                                                                    | یکی از تکنیک‌های آرمیدگی را انجام دهید و سپس تمرین مربوط به همین جلسه را تکرار کنید.                                                                                                                                                                                 |
| جلسه دهم<br>(جمع‌بندی)        | جمع‌بندی مطالب، پاسخگویی به ابهامات، اجرای پس‌آزمون                   | آموزش آرمیدگی پیش‌رونده، مواجهه ذهنی، شکل‌گیری چرخه جدیدی از رفتار، ارائه نمونه-هایی از ابراز هیجان در زندگی افراد، که در پیش روی آنها است، در جهت تحکیم یادگیری مهارت‌های جدیدی که آموخته شده است، ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربردی، مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های طبیعی خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.                                                                            | تلاش جهت استفاده مداوم از آموزه‌های حاصل از این دوره در زندگی روزمره                                                                                                                                                                                                 |

پروتکل درمان فراشناختی براساس پروتکل درمانی دانشگاه هامبورگ بود که برگرفته از پژوهش رجبی و همکاران (۱۴۰۰) است و برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، هر جلسه ۹۰ دقیقه، در هفته یک جلسه به خلاصه

زیر اجرا شد. فعالیت‌های هر یک از جلسات در جدول ۲ ارائه شده است. لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر، جهت تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS-25 استفاده شد.

## جدول ۲. خلاصه جلسات درمان فراشناختی

| عناوین                         | اهداف                                                      | محتوا                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | تکالیف                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جلسه اول<br>(معارفه)           | آشنایی، کسب اطلاعات و اجرای پیش‌آزمون                      | معارفه اعضا و درمانگر با یکدیگر، بررسی قرارداد رفتاری بسته شده بین درمانگر و شرکت کنندگان، ارائه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، آموزشی مختصر درباره فراشناخت.                                                                                                                                                                                                                                   | اندیشیدن به افکار و اندیشه‌ها و مفاهیم فراشناختی و آمادگی برای انجام تمرینات                                                                                                                                                                     |
| جلسه دوم<br>(تفکر و استدلال)   | بالایش ذهنی، تعمیم بیش از حد                               | آشنایی با مدل فراشناختی، طراحی و فرمول‌بندی موردی، شناسایی باورهای فراشناختی غیرمنطقی، چالش چالش‌ورزی و باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد افکار. شناسایی همگرایی فکر-رفتار، چالش‌ورزی با همگرایی فکر رفتار.                                                                                                                                                                             | تمرین ذهن‌آگاهی انفسالی و به تعویق انداختن نگرانی                                                                                                                                                                                                |
| جلسه سوم<br>(حافظه)            | حافظه، تمرکز، خطای حافظه                                   | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی باورهای فراشناختی مرتبط با تعریف حافظه، چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مرتبط با تعریف حافظه، چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مرتبط با حافظه.                                                                                                                                                                                                             | برای بالابردن تمرکز تمرین بعدی تمرکز بر ۷ عدد سنگ معمولی (بدون نقش و نگار)، روزانه ده دقیقه به یک سنگ نگاه کنند. در آن زمان اجازه ندهند که هیچ فکری به ذهنشان بچسبد و بجز سنگ‌ها به چیزی فکر نکنند.                                              |
| جلسه چهارم<br>(تفکر و استدلال) | رفع تفکر سیاه و سفید، آسیب‌پذیری و فاجعه-باری              | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی باورهای فراشناختی غیرمنطقی که آسیب‌پذیری و فاجعه-باری را ایجاد می‌کنند، مانند تهدید بیش از حد و بدبینی غیرواقعی. چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مبتنی بر آسیب‌پذیری و فاجعه‌باری، شناسایی و چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی مرتبط با بی‌ارزش نمایاندن نکات مثبت، یافتن یک تعادل صحیح در تفکرات.                                                          | انجام ذهن‌آگاهی انفسالی با تمرکز بر تنفس و تفکر به فراشناخت مثبت                                                                                                                                                                                 |
| جلسه پنجم<br>(عزت نفس)         | ارزش قائل شدن برای خود، یادآوری نقاط قوت و تقویت شفقت-ورزی | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی ارزش‌ها و استراتژی برای زندگی کردن بر پایه ارزش‌ها، بررسی باورهای کمال‌گرایانه، شناسایی و بررسی باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد اهمیت و ارزش دادن به حالت‌های هیجانی منفی و ناخوشایند، چالش‌ورزی باورهای کمال-گرایانه، باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد اهمیت و ارزش دادن به حالت‌های هیجانی و ناخوشایند.                                          | سعی کنید موقعیت‌ها و شرایطی را که در آن احساس خوبی دارید بخاطر داشته باشید. سعی کنید چنین شرایطی را با تمام حواس خود (بینایی، لامسه، بویایی و...) تجربه کنید. / تعریف و تمجید دیگران از خودتان را بپذیرا باشید و آن را حتی در زمان اندک بنویسید. |
| جلسه ششم<br>(تفکر و استدلال)   | سبک اسناد، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی                         | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی و بررسی باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد بزرگ-نمایی رویدادهای منفی و کوچک‌نمایی رویدادهای مثبت، شناسایی و چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد اینکه رویدادهای منفی صرفاً به خاطر خود شخص رخ می‌دهند (مسئولیت‌پذیری اغراق‌آمیز).                                                                                                           | بر روی سه گروه عمده علل احتمالی وقایع تمرکز کنید: خود شخص، دیگران یا عوامل موقعیتی.                                                                                                                                                              |
| جلسه هفتم<br>(تفکر و افسردگی)  | نشخوار کردن افسرده‌وار و سرکوب افکار                       | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد چرخه معیوب افکار، شناسایی باورهای فراشناختی غیرمنطقی در مورد تأثیرات مثبت نشخوار فکری، شناسایی باورهای فراشناختی در مورد افکار منفی پیرامون بیماری دیابت، چالش‌ورزی در مورد محتوای نشخوار فکری و افکار منفی در مورد بیماری دیابت، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر.                                   | تمرین فنون آموزش توجه، به کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار فکری (در مورد همه برانگیزاننده‌ها)، افزایش سطح فعالیت، فهرست‌بندی مشکلات قابل حل و غیرقابل حل.                                                                      |
| جلسه هشتم<br>(تفکر و استدلال)  | ذهن‌خوانی، پیش‌گویی و نتیجه‌گیری زودهنگام                  | بازبینی جلسه قبلی درمان، شناسایی باورهای فراشناختی پیرامون نتیجه‌گیری عجولانه، بررسی باورهای فراشناختی در مورد نگرش‌های ناکارآمد منفی در مورد پیشگویی نتایج افکار و رفتار و ذهن‌خوانی دیگران، چالش‌ورزی با باورهای فراشناختی پیرامون نتیجه‌گیری عجولانه، نگرش‌های ناکارآمد منفی در مورد پیشگویی نتایج افکار و رفتار و ذهن‌خوانی دیگران، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر. | تمرین سبک تفکر واقع‌بینانه بر پایه بررسی ادله کافی برای تصمیم‌گیری‌ها و شناسایی نگرش‌های ناکارآمد.                                                                                                                                               |
| جلسه نهم<br>(عواطف و احساسات)  | درک احساسات، هیجان‌ها و همدلی                              | بازبینی جلسه قبلی درمان، ارزیابی باورهای فراشناختی منفی مربوط به خطر، روش تشدید ناهمخوانی با انجام آزمایش‌های رفتاری نظیر نظرسنجی کوچک و آسیب‌زدن به بدن با نگرانی، ارزیابی اثرات نگرانی بر بدن به منظور تحکیم آموخته‌های فرد، بررسی پیش‌بینی‌های خاص فرد درباره بیماری.                                                                                                                 | هنگامی که برای اولین بار شخصی را ملاقات می‌کنند، به کدام عوامل بیرونی بیشترین توجه را نشان می‌دهند (مثلاً زبان، حالت بدن، لباس، وضعیت صورت و غیره). به اتفاق هم اهمیت این عوامل را مطرح و بررسی کردیم.                                           |
| جلسه دهم<br>(جمع‌بندی)         | جمع‌بندی مطالب، پاسخگویی به ابهامات، اجرای پس‌آزمون        | بازبینی جلسه قبلی درمان، بررسی احساسات منفی در مورد بیماری و شناسایی افکار مجسمه‌ای منفی، بررسی باورهای فراشناختی با هدف ایجاد نگرانی بیش از حد و مبالغه‌آمیز در مورد بیماری و تلاش برای ایجاد هیجانات مثبت و درک احساسات.                                                                                                                                                               | تلاش جهت استفاده مداوم از آموزه‌های حاصل از این دوره در زندگی روزمره                                                                                                                                                                             |

## یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۵۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در گروه‌های درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار (۱۱ زن و ۸ مرد)، درمان فراشناختی (۹ مرد و ۹

زن) و گواه (۸ زن و ۱۰ مرد) جای گرفتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار به ترتیب ۵۱/۸۰ و ۳/۴۴ سال، در گروه درمان فراشناختی به ترتیب ۵۰/۹۴ و ۳/۷۰

سال و در گروه گواه به ترتیب ۵۰/۸۹ و ۲/۹۵ سال بود. در گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار میزان تحصیلات ۸ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه درمان فراشناختی میزان تحصیلات ۹ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۱ نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه گواه میزان تحصیلات ۸ نفر از شرکت‌کنندگان دیپلم، ۶ نفر لیسانس و ۴ نفر فوق لیسانس بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت ابتلاء به دیابت شرکت

کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار به ترتیب ۳/۱۶ و ۰/۹۶ سال، در گروه درمان فراشناختی به ترتیب ۲/۷۸ و ۰/۸۱ سال و در گروه گواه به ترتیب ۲/۸۹ و ۰/۷۶ سال بود. جدول ۳ میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی، همبستگی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) در شرکت‌کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| شاخص                       | مؤلفه          | گروه                           | پیش‌آزمون     | پس‌آزمون      | پیگیری        |
|----------------------------|----------------|--------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| شکوفایی اجتماعی            |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۲/۳۴) ۹/۵۸   | (۲/۴۵) ۱۴/۳۷  | (۲/۱۲) ۱۳/۹۵  |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۲/۶۶) ۹/۸۳   | (۲/۷۶) ۱۳/۷۲  | (۲/۲۳) ۱۳/۸۳  |
|                            |                | گروه گواه                      | (۲/۵۹) ۹/۳۹   | (۲/۳۸) ۱۰/۴۴  | (۲/۶۶) ۱۰/۰۰  |
| همبستگی اجتماعی            |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۱/۷۵) ۷/۲۱   | (۲/۲۷) ۱۰/۲۱  | (۲/۱۴) ۱۰/۳۷  |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۲/۰۴) ۷/۹۴   | (۲/۱۳) ۹/۹۴   | (۱/۹۷) ۱۰/۰۰  |
|                            |                | گروه گواه                      | (۱/۷۹) ۷/۸۳   | (۲/۰۱) ۷/۸۳   | (۱/۹۹) ۷/۷۲   |
| انسجام اجتماعی             |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۲/۲۱) ۸/۸۹   | (۲/۰۴) ۱۱/۰۵  | (۱/۵۸) ۱۱/۴۷  |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۲/۰۰) ۹/۰۰   | (۲/۰۷) ۱۰/۲۲  | (۱/۹۵) ۱۰/۴۴  |
|                            |                | گروه گواه                      | (۱/۷۱) ۸/۶۷   | (۱/۶۹) ۸/۶۱   | (۱/۶۵) ۸/۵۰   |
| پذیرش اجتماعی              |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۲/۸۷) ۱۰/۵۳  | (۲/۶۱) ۱۵/۸۴  | (۲/۸۷) ۱۵/۳۷  |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۲/۶۱) ۱۱/۰۰  | (۲/۵۶) ۱۴/۲۲  | (۳/۰۱) ۱۴/۴۴  |
|                            |                | گروه گواه                      | (۲/۹۱) ۱۱/۱۱  | (۲/۶۲) ۱۰/۹۴  | (۲/۷۷) ۱۱/۵۰  |
| مشارکت اجتماعی             |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۲/۳۶) ۱۲/۰۰  | (۲/۰۲) ۱۶/۱۱  | (۲/۳۴) ۱۶/۶۳  |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۲/۹۴) ۱۱/۹۴  | (۲/۵۰) ۱۵/۶۷  | (۲/۸۱) ۱۵/۴۴  |
|                            |                | گروه گواه                      | (۳/۱۵) ۱۲/۳۹  | (۳/۱۲) ۱۲/۲۸  | (۲/۸۸) ۱۲/۷۸  |
| شکوفایی                    |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۰/۳۶۰) ۰/۹۴۸ | (۰/۸۵۹) ۰/۹۷۴ | (۰/۸۶۷) ۰/۹۷۵ |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۰/۰۸۲) ۰/۹۰۹ | (۰/۸۶۷) ۰/۹۷۴ | (۰/۷۸۰) ۰/۹۶۹ |
|                            |                | گروه گواه                      | (۰/۸۰۳) ۰/۹۷۰ | (۰/۹۸۷) ۰/۹۸۵ | (۰/۳۵۵) ۰/۹۴۵ |
| همبستگی                    |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۰/۴۳۹) ۰/۹۵۳ | (۰/۶۳۵) ۰/۹۶۳ | (۰/۱۹۱) ۰/۹۳۲ |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۰/۱۲۸) ۰/۹۲۰ | (۰/۰۶۵) ۰/۹۰۳ | (۰/۱۳۲) ۰/۹۲۰ |
|                            |                | گروه گواه                      | (۰/۱۲۷) ۰/۹۲۰ | (۰/۰۶۳) ۰/۹۰۲ | (۰/۶۶۱) ۰/۹۶۳ |
| شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) | انسجام اجتماعی | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۰/۱۳۹) ۰/۹۲۵ | (۰/۱۲۹) ۰/۹۲۳ | (۰/۲۹۷) ۰/۹۴۳ |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۰/۶۳۶) ۰/۹۶۲ | (۰/۸۷۰) ۰/۹۷۴ | (۰/۷۴۳) ۰/۹۶۷ |
|                            |                | گروه گواه                      | (۰/۳۶۴) ۰/۹۴۶ | (۰/۲۷۵) ۰/۹۳۹ | (۰/۳۲۸) ۰/۹۴۳ |
| پذیرش اجتماعی              |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۰/۲۰۱) ۰/۹۳۴ | (۰/۴۸۵) ۰/۹۵۵ | (۰/۸۱۶) ۰/۹۷۲ |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۰/۴۷۲) ۰/۹۵۳ | (۰/۰۶۵) ۰/۹۰۳ | (۰/۲۵۷) ۰/۹۳۷ |
|                            |                | گروه گواه                      | (۰/۱۴۹) ۰/۹۲۴ | (۰/۹۶۷) ۰/۹۸۲ | (۰/۳۸۳) ۰/۹۶۷ |
| مشارکت اجتماعی             |                | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | (۰/۵۷۴) ۰/۹۶۰ | (۰/۵۱۱) ۰/۹۵۷ | (۰/۰۴۷) ۰/۸۹۹ |
|                            |                | درمان فراشناختی                | (۰/۰۷۶) ۰/۹۰۷ | (۰/۳۴۸) ۰/۹۴۵ | (۰/۸۲۲) ۰/۹۷۱ |
|                            |                | گروه گواه                      | (۰/۳۸۳) ۰/۹۴۷ | (۰/۲۵۵) ۰/۹۳۷ | (۰/۳۹۱) ۰/۹۴۸ |

شامل همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون ( $P > 0.05$ ) و همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس بررسی شد که ارزش شاخص آماره ام.باکس برای مؤلفه‌های همبستگی ( $p = 0.020$ ) و مشارکت اجتماعی ( $p = 0.025$ ) سلامت اجتماعی معنادار بود. اگرچه این مطلب بیانگر عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای آن مؤلفه‌هاست، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای آماره ام.باکس می‌توان گفت انحراف از مفروضه شدید نبوده و می‌توان انتظار داشت که این مسئله نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. همچنین شرط کرویت با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه‌های انسجام اجتماعی و همبستگی ( $p = 0.020$ ) سلامت اجتماعی معنادار بود، به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه‌ها با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های سلامت اجتماعی افزایش یافته است. مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا، برابری ماتریس کوواریانس و ماتریس کوواریانس خطا در متغیرهای وابسته برقرار است ( $P > 0.05$ ).

به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه‌های سلامت اجتماعی برای هر سه گروه در سه مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت. ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه مشارکت اجتماعی ( $p = 0.047$ ) در گروه درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار در مرحله پیگیری معنادار است. با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک و مقاومت آزمون‌های آماری تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. در ادامه، دیگر مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

| مؤلفه‌های سلامت اجتماعی | مقادیر F آزمون لون |          |        | برابری ماتریس کوواریانس متغیر وابسته |      | ماتریس کوواریانس خطا |          |
|-------------------------|--------------------|----------|--------|--------------------------------------|------|----------------------|----------|
|                         | پیش‌آزمون          | پس‌آزمون | پیگیری | M.Box                                | F    | شاخص موخلی           | $\chi^2$ |
| شکوفایی اجتماعی         | ۰/۶۵               | ۰/۳۷     | ۰/۹۹   | ۶/۰۵                                 | ۰/۴۶ | ۰/۹۸۱                | ۰/۹۷     |
| همبستگی اجتماعی         | ۱/۶۰               | ۰/۴۰     | ۰/۰۸   | ۲۶/۲۹                                | ۲/۰۱ | ۰/۸۵۸                | ۷/۸۳     |
| انسجام اجتماعی          | ۰/۳۹               | ۱/۲۸     | ۰/۶۴   | ۲۱/۹۱                                | ۱/۶۷ | ۰/۹۵۹                | ۲/۱۵     |
| پذیرش اجتماعی           | ۰/۴۷               | ۰/۱۳     | ۰/۵۱   | ۰/۲۶                                 | ۰/۲۶ | ۰/۹۰۲                | ۵/۲۴     |
| مشارکت اجتماعی          | ۲/۱۶               | ۲/۳۶     | ۰/۱۹   | ۲۵/۴۸                                | ۱/۹۴ | ۰/۹۴۶                | ۲/۸۴     |

نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه همبستگی ( $p = 0.020$ ) معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد. جدول ۵ نتایج تحلیل چندمتغیری در مقایسه اثر اجرای درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی را نشان می‌دهد.

منطبق بر نتایج جدول ۵ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های شکوفایی ( $0.771 = \lambda$  لامبدای ویلکز،  $0.121 = \eta^2$ ،  $P = 0.010$ ،  $F = 3.46$ )، همبستگی ( $0.753 = \lambda$  لامبدای ویلکز،  $0.132 = \eta^2$ ،  $P = 0.006$ ،  $F = 3.89$ )، انسجام اجتماعی ( $0.720 = \lambda$  لامبدای ویلکز،  $0.151 = \eta^2$ ،  $P = 0.002$ ،  $F = 4.55$ )، پذیرش اجتماعی ( $0.680 = \lambda$  لامبدای ویلکز،  $0.176 = \eta^2$ ،  $P = 0.001$ )

نتیجه آزمون لون نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌های درماندگی روان‌شناختی، انسجام روانی، سلامت اجتماعی و شاخص‌های فیزیولوژیک در گروه‌ها و در سه مرحله در سطح  $0.05$  معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار است. همچنین ارزش شاخص آماره ام.باکس برای مؤلفه‌های همبستگی ( $p = 0.020$ ) و مشارکت اجتماعی ( $p = 0.025$ ) معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای آن مؤلفه‌هاست، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای آماره ام.باکس می‌توان گفت انحراف از مفروضه شدید نبوده و می‌توان انتظار داشت که این مسئله نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نسازد. تست موخلی

$F=5/43$  و مشارکت اجتماعی ( $\eta^2=0/698$ )=لامبدای ویلکز،  $\eta^2=0/164$ ،  $P=0/001$ ،  $F=5/001$ ) معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان شناختی رفتاری

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل چندمتغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

| متغیر وابسته    | لامبدای ویلکز | F    | df      | P     | $\eta^2$ | توان آزمون |
|-----------------|---------------|------|---------|-------|----------|------------|
| شکوفایی اجتماعی | ۰/۷۷۱         | ۳/۴۶ | ۴ و ۱۰۲ | ۰/۰۱۰ | ۰/۱۲۱    | ۰/۸۳۸      |
| همبستگی اجتماعی | ۰/۷۵۳         | ۳/۸۹ | ۴ و ۱۰۲ | ۰/۰۰۶ | ۰/۱۳۲    | ۰/۸۸۸      |
| انسجام اجتماعی  | ۰/۷۲۰         | ۴/۵۵ | ۴ و ۱۰۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۱۵۱    | ۰/۹۳۵      |
| پذیرش اجتماعی   | ۰/۶۸۰         | ۵/۴۳ | ۴ و ۱۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۷۶    | ۰/۹۷۰      |
| مشارکت اجتماعی  | ۰/۶۹۸         | ۵/۰۱ | ۴ و ۱۰۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۶۴    | ۰/۹۵۶      |

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

| متغیر           | اثرات                | مجموع مجذورات | مجموع مجذورات خطا | F     | p     | $\eta^2$ |
|-----------------|----------------------|---------------|-------------------|-------|-------|----------|
| شکوفایی اجتماعی | اثر گروه             | ۲۴۷/۳۳        | ۴۶۲/۸۶            | ۱۳/۸۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۸    |
|                 | اثر زمان             | ۲۴۶/۲۲        | ۳۰۸/۳۵            | ۴۱/۵۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴۴    |
|                 | اثر تعاملی گروه×زمان | ۹۹/۶۳         | ۴۹۰/۴۸            | ۵/۲۸  | ۰/۰۰۲ | ۰/۱۶۹    |
| همبستگی اجتماعی | اثر گروه             | ۷۹/۹۲         | ۳۴۹/۷۴            | ۵/۹۴  | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۸۶    |
|                 | اثر زمان             | ۷۹/۵۰         | ۱۶۱/۶۲            | ۲۵/۵۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۰    |
|                 | اثر تعاملی گروه×زمان | ۶۲/۷۰         | ۲۸۵/۵۰            | ۵/۷۱  | ۰/۰۰۱ | ۰/۱۸۰    |
| انسجام اجتماعی  | اثر گروه             | ۱۰۲/۰۹        | ۳۶۴/۵۸            | ۷/۲۸  | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۱۹    |
|                 | اثر زمان             | ۴۵/۴۲         | ۱۲۵/۷۹            | ۱۸/۷۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۶۵    |
|                 | اثر تعاملی گروه×زمان | ۳۹/۴۵         | ۱۹۳/۲۳            | ۵/۳۱  | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۷۰    |
| پذیرش اجتماعی   | اثر گروه             | ۲۲۰/۹۵        | ۶۴۲/۰۴            | ۸/۹۵  | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۵۶    |
|                 | اثر زمان             | ۲۲۹/۸۲        | ۳۲۸/۶۲            | ۳۷/۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۱۲    |
|                 | اثر تعاملی گروه×زمان | ۱۶۰/۸۴        | ۵۵۰/۴۲            | ۷/۶۰  | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۲۶    |
| مشارکت اجتماعی  | اثر گروه             | ۱۷۷/۹۱        | ۶۳۲/۳۶            | ۷/۳۲  | ۰/۰۰۲ | ۰/۲۲۰    |
|                 | اثر زمان             | ۲۲۱/۶۸        | ۲۹۳/۶۰            | ۳۹/۲۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۰    |
|                 | اثر تعاملی گروه×زمان | ۱۲۷/۱۶        | ۵۰۲/۲۴            | ۶/۵۸  | ۰/۰۰۱ | ۰/۲۰۲    |

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه×زمان برای مؤلفه‌های شکوفایی ( $\eta^2=0/169$ ،  $P=0/002$ ،  $F=5/28$ )، همبستگی ( $\eta^2=0/180$ ،  $P=0/001$ ،  $F=5/71$ )، انسجام اجتماعی ( $\eta^2=0/170$ ،  $P=0/005$ ،  $F=5/31$ )، پذیرش اجتماعی ( $\eta^2=0/226$ ،  $P=0/001$ ،  $F=7/60$ ) و مشارکت اجتماعی ( $\eta^2=0/202$ ،  $P=0/001$ ،  $F=6/58$ ) معنادار است. جدول ۷ نتایج آزمون بنفرونی نمرات مربوط به درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های

شکوفایی اجتماعی ( $P=1/00$ )، همبستگی اجتماعی ( $P=1/00$ )، انسجام اجتماعی ( $P=0/750$ )، پذیرش اجتماعی ( $P=0/918$ ) و مشارکت اجتماعی ( $P=1/00$ ) معنادار نیست. براین اساس نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معنادار وجود ندارد و هر دو در مان در بهبود سطح مؤلفه‌های شکوفایی اجتماعی ( $P=0/001$ )، همبستگی اجتماعی ( $P=0/001$ )، انسجام اجتماعی ( $P=0/003$ )، پذیرش اجتماعی ( $P=0/001$ ) و مشارکت اجتماعی ( $P=0/001$ ) بیماران به شکل پایدار اثربخش بوده‌اند.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در جدول ۸ نشان می‌دهد که تفاوت اثر دو شیوه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر مؤلفه‌های

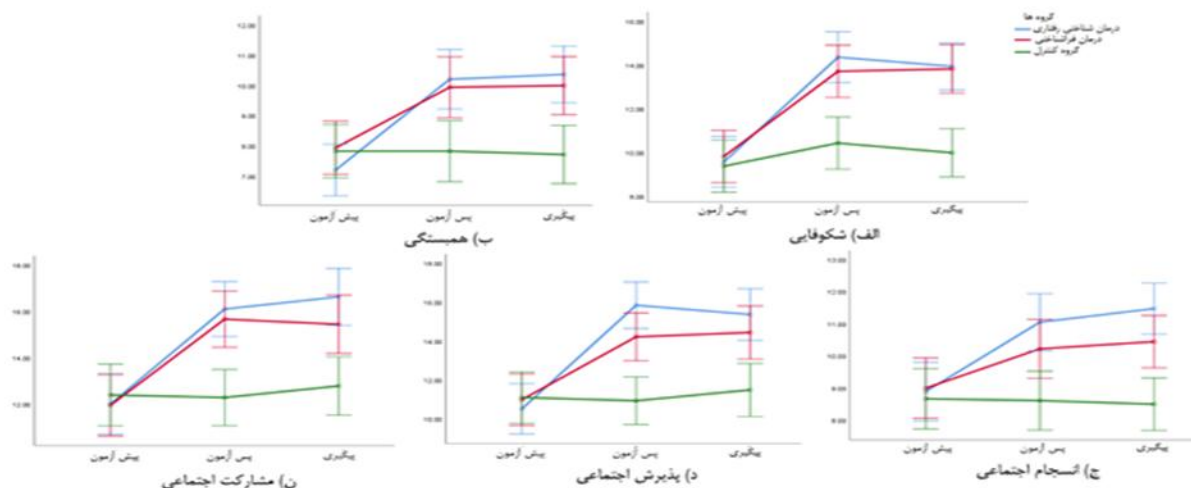
جدول ۷. نتایج آزمون بنفرونی در سه مرحله اجرا برای مؤلفه‌های سلامت اجتماعی

| متغیر           | زمان‌ها   | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|-----------------|-----------|---------------|------------|--------------|
| شکوفایی اجتماعی | پیش آزمون | ۳/۲۵-         | ۰/۴۶       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۲/۹۹-         | ۰/۴۷       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۰/۲۵          | ۰/۳۰       | ۱/۰۰         |
| همبستگی اجتماعی | پیش آزمون | ۱/۶۷-         | ۰/۳۵       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۱/۷۰-         | ۰/۳۴       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۰/۰۳-         | ۰/۲۵       | ۱/۰۰         |
| انسجام اجتماعی  | پیش آزمون | ۱/۱۱-         | ۰/۳۲       | ۰/۰۰۳        |
|                 | پیش آزمون | ۱/۲۹-         | ۰/۳۰       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۰/۱۸-         | ۰/۱۱       | ۰/۲۹۲        |
| پذیرش اجتماعی   | پیش آزمون | ۲/۷۹-         | ۰/۴۶       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۲/۸۹-         | ۰/۴۸       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۰/۱۰-         | ۰/۳۷       | ۱/۰۰         |
| مشارکت اجتماعی  | پیش آزمون | ۲/۵۷-         | ۰/۴۳       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۲/۸۴-         | ۰/۴۵       | ۰/۰۰۱        |
|                 | پیش آزمون | ۰/۲۷-         | ۰/۳۷       | ۱/۰۰         |

جدول ۸. نتایج آزمون بنفرونی برای مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در گروه‌های پژوهش

| متغیر           | تفاوت گروه‌ها                  | تفاوت میانگین | خطای معیار | مقدار احتمال |
|-----------------|--------------------------------|---------------|------------|--------------|
| شکوفایی اجتماعی | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۰/۱۷          | ۰/۵۷       | ۱/۰۰         |
|                 | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۲/۶۹          | ۰/۵۷       | ۰/۰۰۱        |
|                 | درمان فراشناختی                | ۲/۵۲          | ۰/۵۷       | ۰/۰۰۱        |
| همبستگی اجتماعی | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۰/۰۳-         | ۰/۴۹       | ۱/۰۰         |
|                 | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۱/۴۷          | ۰/۴۹       | ۰/۰۱۳        |
|                 | درمان فراشناختی                | ۱/۵۰          | ۰/۵۰       | ۰/۰۱۲        |
| انسجام اجتماعی  | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۰/۵۹          | ۰/۵۰       | ۰/۷۵۰        |
|                 | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۱/۸۸          | ۰/۵۰       | ۰/۰۰۱        |
|                 | درمان فراشناختی                | ۱/۳۰          | ۰/۵۱       | ۰/۰۴۲        |
| پذیرش اجتماعی   | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۰/۶۹          | ۰/۶۷       | ۰/۹۱۸        |
|                 | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۲/۷۳          | ۰/۶۷       | ۰/۰۰۱        |
|                 | درمان فراشناختی                | ۲/۰۴          | ۰/۶۸       | ۰/۰۱۲        |
| مشارکت اجتماعی  | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۰/۵۶          | ۰/۶۶       | ۱/۰۰         |
|                 | درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار | ۲/۴۳          | ۰/۶۶       | ۰/۰۰۲        |
|                 | درمان فراشناختی                | ۱/۸۷          | ۰/۶۷       | ۰/۰۲۲        |

در ادامه نمودارهای مربوط به تغییرات نمرات مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، درمان فراشناختی و گروه گواه ارائه شده است.



شکل ۱. نمودارهای مربوط به مؤلفه‌های سلامت اجتماعی در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان-مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی و قندخون ناشتا در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری هیجان-مدار و درمان فراشناختی بر بهبود سلامت اجتماعی تأثیر معناداری داشته و از طرفی بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تفاوت معنادار وجود نداشت. نتایج برخی مطالعات تأییدکننده اثربخشی درمان فراشناختی بر سلامت اجتماعی هستند. این یافته با بخشی از یافته‌های پهلوان، رضانی و رسولی (۱۴۰۲)، چری و همکاران (۲۰۲۳)، پیورووال و همکاران (۲۰۱۸) همسو است. پژوهشی ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر در سال‌های اخیر یافت نشد.

پهلوان، رضانی و رسولی (۱۴۰۲) تأثیرگذاری درمان فراشناختی بر نیازهای روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را نشان دادند. چری و همکاران (۲۰۲۳) اهمیت نقش باورهای فراشناختی بر پریشانی بیماران دیابتیک را نشان دادند. پیورووال و همکاران (۲۰۱۸) اهمیت نقش باورهای فراشناختی بر اضطراب بیماران دیابتیک را نشان دادند. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها در برابر پاسخدهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد.

فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلال‌های روانشناختی است (مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۹). فراشناخت‌ها بر پردازش هیجانی و واکنش‌های مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص اثر می‌گذارد. بنابراین فراشناخت‌ها از طریق تغییر باورهای منفی سبب می‌شوند تا این افراد نگرشی مثبت در ارتباط با خود و دیگران داشته باشند و همین هم سبب بهبود عملکرد اجتماعی و سلامت اجتماعی آنها می‌گردد (لشنی و همکاران، ۱۳۹۴). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به دلیل آنکه فراشناخت‌های آنها به الگوی خاص پاسخدهی هیجانی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود، در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند. مدیریت شناخت خود در شرایط استرس‌زا تحت شرایط مختلف توانایی فراشناختی و حالت‌های فراشناختی بهتری ایجاد می‌کند؛ بنابراین فشارهای محیطی کمتری به فرد وارد می‌شود و عملکرد در هر شرایطی بهبود می‌یابد که نتیجه آن تجربه سطح بالاتری از سلامت اجتماعی است (آلن و همکاران، ۲۰۱۷).

همچنین آموزش مهارت‌های فراشناختی مربوط به زندگی روزمره و بیماری، آگاهی فرد را در خصوص اختلالات فکری رایج مثل افسردگی را افزایش می‌دهد و به بیمار می‌آموزد که اختلالات فکری در زندگی روزمره چه تأثیری دارند و چگونه می‌توان آنها را شناسایی کرد و تغییر داد و در نتیجه بیمار مبتلا به دیابت نوع دو به این فکر کند که چگونه در این شرایط می‌تواند به طور کارآمدتری برخورد کند. همچنین از آنجا که

تطبیق و سازگاری روانشناختی تا حد زیادی به تنظیم هیجان‌ها بستگی دارد و اکثر اختلالات روانشناختی به واسطه یک آشفتگی هیجانی مشخص می‌شوند، تغییر در این باورهای ناکارآمد و یا برداشت‌ها و تفسیرهایی که از یک موقعیت داریم در تغییر هیجانات وضعیت روانی نقش مهمی دارد و با توجه به قابلیت‌های کسب‌شده، تسلط بیشتری در محیط زندگی خود احساس می‌نماید و در مقابله با دشواری‌های روانی در زندگی و در مواجهه با بیماری، موضعی فعال خواهند داشت و بیماری را بهتر مدیریت می‌نمایند (شیخ و همکاران، ۱۳۹۹).

با توجه به ماهیت اجتماعی زندگی انسان‌ها و چالش‌هایی که این امر می‌تواند به وجود آورد، نمی‌توان از توجه به جنبه‌های اجتماعی سلامت در کنار جنبه‌های عینی، عاطفی و روانشناختی آن غافل شد. در واقع بیماران می‌توانند با اتکا به دانش و باورهای فراشناختی، مسائل و پدیده‌های پیرامون خود را تجزیه و تحلیل کنند و با بروز رفتارهایی نظیر توجه، بازبینی، کنترل، برنامه‌ریزی و تشخیص خطاها به عملکرد خویش جهت دهند، بنابراین داشتن تفکرات اجتماعی صحیح و برخورداری افراد از ذهنیت مثبت نسبت به محیط اجتماعی، برای داشتن زندگی اجتماعی بهتر، اولین و مهم‌ترین مرحله از سلامت اجتماعی است.

انسان‌ها در موقعیت‌های مختلف زندگی فرضیاتی در مورد خود و پیرامون شان می‌سازند. این فرضیه‌ها اغلب معیارهایی توأم با سوگیری است و می‌تواند منجر به مشکلات جسمی، روانشناختی و اجتماعی شود. از آنجا که آموزش و درمان فراشناختی سطوح بالای شناخت را تحت تأثیر قرار می‌دهد، هم افکار منفی را کاهش می‌دهد و هم از رفتارهای ناکارآمد که حاصل اندیشناکی، مرور افراطی خاطرات ناخوشایند، اجتناب، نگرانی و خودسرزنشگری است، می‌کاهد. با شیوه تفکر کارآمد، از بعضی جدال‌های بی‌نتیجه روانی-اجتماعی که موجب انفصال بیمار از زندگی اجتماعی او گشته، کاسته می‌شود. ارتباطات بین‌فردی و اجتماعی افزوده شده و با نزدیکان و اجتماع رابطه نزدیک‌تری برقرار می‌کند که خود سبب حمایت اجتماعی و در نهایت بهبود سلامت اجتماعی و کاهش آسیب روانی ناشی از آنها شد.

به نظر می‌رسد از دیگر دلایل در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی این باشد که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع

ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. آنچه مهم‌تر است اینکه وجود باورهای منفی به‌طور مشخص نمی‌توانند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با سایر درمان‌هاست. افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرد رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فرونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی در مورد ترس از ارزیابی منفی می‌شوند، تغییر دهند. نتیجه چنین تغییراتی منجر به بهبود عملکرد و سلامت اجتماعی در افراد گشته است.

نتایج برخی مطالعات تأییدکننده اثربخشی درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر سلامت اجتماعی هستند. این یافته با بخشی از یافته‌های عطادخت و همکاران (۱۳۹۸)، بوچوی و همکاران (۲۰۲۱)، تورس و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. پژوهشی ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر در سال‌های اخیر یافت نشد.

بوچوی و همکاران (۲۰۲۱) تأثیر دریافت انگ مرتبط دیابت بر شبکه‌های اجتماعی بیماران نشان دادند. عطادخت و همکاران (۱۳۹۸) تأثیرگذاری درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی را نشان دادند. تورس و همکاران (۲۰۲۰) اثربخشی تأثیرگذاری درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار بر پریشانی و پردازش عاطفی بیماران نشان دادند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این درمان ممکن است با به چالش کشیدن افکار فرد و کاهش خطاهای شناختی سعی در تغییر باورها و نگرش‌های فرد را دارد، همچنین ممکن است با افزایش فعالیت‌های لذت‌بخش و تأثیر بر گستره و کیفیت روابط و از آن طریق تأثیر بر حمایت اجتماعی می‌تواند موجب افزایش سلامت اجتماعی آنان در مقابله با مشکلاتشان شود. همچنین ممکن است که افراد با استفاده درست از هیجان‌ها، آگاهی از هیجان‌ها و پذیرش آنها و ابراز هیجان‌ها به ویژه هیجان‌های مثبت در موقعیت‌های زندگی، احساسات منفی خویش را کاهش دهند که به تبع آن میزان مشارکت آن‌ها در ابعاد سلامت اجتماعی بهبود پیدا خواهد کرد (الفایدی و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی ممکن است که مشکلات جسمانی

و روانی آن‌ها باعث شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورت مشکلاتی در ابعاد سلامت اجتماعی ظاهر شود؛ اما این درمان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی اجتماعی و هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات جسمانی، روانی و به طور خاص اجتماعی خویش را کاهش دهند (هوری و کیم، ۲۰۱۹).

در رویکردهای شناختی رفتاری فرض بر این است که افکار و باورهای غلط زمینه‌ساز احساسات، عواطف و رفتارهای مشکل‌ساز هستند. لذا جنبه شناختی در این درمان، بر روی افکار و باورها (شناخت‌ها) و شناسایی، ارزیابی و تغییر سبک‌های تفکر غیرمنطقی و خودشکن متمرکز است. جنبه رفتاری درمان نیز بر روی رفتارهای مسئله‌ساز مثل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، توقف این چنین رفتارها و جانشین کردن رفتارهای سالم‌تر متمرکز می‌باشند. مداخله فعالانه برای تماس با هیجانات در جلسات درمان می‌تواند در کاستن از رنج درمانجویان در خارج از جلسه درمان مؤثر باشد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶). درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار از طریق تغییر باورها، بازسازی شناختی، رویارویی و تمرین‌های رفتاری منجر به بهبود ابعاد سلامت اجتماعی می‌شود. همچنین درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار باعث تغییرات معناداری در رفتار و افکار افراد مبتلا به بیماری دیابت از لحاظ بالینی می‌شود و به همین دلیل این احتمال وجود دارد که میزان خودمراقبتی در این بیماران افزایش پیدا کند. به نظر می‌آید که عدم توانایی برای شناسایی و پذیرفتن هیجانات متناسب با وضعیت‌ها و موقعیت‌های مختلف که برای هر فردی وجود دارد، ناتوانی در پایداری اعمال و کارهای هدفدار، و بازداری و مهار کردن تکان‌ها در افراد زمانی که دچار پریشانی و بدحالی می‌شوند، و نداشتن مهارت‌ها و راهبردهای مناسب و سازگارانه برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌زا و پریشان‌کننده موجب شود که افراد نتوانند به شیوه مناسبی سلامت خود را حفظ و تداوم بخشند (مبشر و همکاران، ۱۴۰۰).

در راهبردهای شناختی-رفتاری در درجه اول بر فرایندهای فکری مرتبط با رفتار که با مشکلات هیجانی و رفتاری ارتباط دارند، تأکید می‌شود و با

کمک به فرد برای تغییر افکار خود در مورد تجارب فردی و تغییر در رفتار خویش تشویق می‌شود به طوری که این امر منجر به تغییر در احساسی که فرد نسبت به خود دارد می‌گردد. علاوه بر این تأثیر جلسات گروهی، امکان دریافت بازخورد از سایر اعضای گروه، ایجاد حس همدلی و مشاهده نوع مقابله دیگران در رویارویی با عوامل استرس‌زا را برای فرد امکان‌پذیر می‌سازد.

باید در نظر داشت که گاه ممکن است که مشکلات روانشناختی بیماران باعث شود که در موقعیت‌های اجتماعی، خود را به صورت منفی ارزیابی کنند و کمتر خود را در موقعیت‌های اجتماعی زندگی درگیر کنند که آثار منفی آن می‌تواند به صورتی در ابعاد سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی آنان ظاهر شود؛ اما این درمان باعث می‌شود که از وجود هیجان‌های منفی و تأثیر منفی آنها بر خویش آگاهی پیدا کنند و با باز ارزیابی هیجان‌های خود در موقعیت‌های مختلف نسبت به سالم نگه داشتن زندگی هیجانی خویش تلاش کنند و از این طریق میزان مشکلات روانی و به طور خاص سلامت اجتماعی خود را افزایش دهند.

از آنجایی که در این درمان توجه زیادی به هیجانات حل‌نشده دارد، توانست نقش بسزایی در کاهش هیجانات ناسازگار افراد در مسائل اجتماعی و تجربیات زندگی روزمره آنان داشته باشد و باعث بهبود روابط بین فردی گردد. در این درمان افراد یاد می‌گیرند که چگونه بتوانند طیف هیجانات خود و سایرین را شناسایی کنند و بتوانند آن را تعدیل کنند. یکی از مواردی که در اکثریت افراد مبتلا به دیابت مشاهده می‌شود، هیجانات منفی از جمله احساس شرم و خجالت و خشم ناشی از تأثیر بیماری در نقش‌های اجتماعی آنان است که بخشی از هیجانات ناسازگار در این افراد می‌تواند از طریق شناسایی، بیان شدن و جایگزین شدن تغییر یابد تا موجب بهبود مشارکت، همبستگی، همدلی، انسجام، پذیرش و شکوفایی اجتماعی گردد و در نتیجه آن، افراد سلامت اجتماعی بیشتری را تجربه کنند.

بیماری دیابت علاوه بر ایجاد آثار مخرب جسمی، پیامدهای منفی رفتاری و هیجانی نیز به دنبال دارد. تشخیص دیابت تأثیر مهمی بر عملکرد روانی و اجتماعی مبتلایان می‌گذارد زیرا این افراد باید برای تمام عمر با آن کنار بیایند بیماران دیابتی مجبور به تبعیت از رژیم درمانی خاصی هستند که تحمل آن ممکن است زمینه‌ساز مشکلات روحی و روانی شود و آنها انواع مختلفی از حالات روانشناختی نظیر اضطراب، انکار، عصبانیت، احساس

گیرد. چرا که چنین مداخلاتی منجر به بهبود پیشبرد اهداف درمان پزشکی خواهد شد. برای مثال آموزش مهارت‌های فراشناختی و اجرای درمان شناختی رفتاری هیجان‌مدار، باعث ارتقای آگاهی بیماران، برانگیختن آن‌ها به تأمل منتقدانه در افکار نادرست و شناختن هیجان‌های ناکارآمد است، این روش با تغییر دادن وضعیت روانی می‌تواند وضعیت جسمانی را نیز بهبود بخشد.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی سلامت در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1401.089 است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند محفوظ ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان و حق انصراف در تمام فرآیند پژوهش رعایت شده است. همچنین تمامی شرکت‌کنندگان با تکمیل فرم رضایت‌نامه و به صورت کاملاً آگاهانه در پژوهش حاضر شرکت کردند. پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز تحت درمان گروهی فراشناختی قرار گرفت.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسندگان دوم و سوم و مشاوره نویسنده چهارم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این پژوهش، پزشک معالج و تمامی شرکت‌کنندگان، تشکر و قدردانی می‌گردد.

گناه و تقصیر و افسردگی را تجربه می‌نمایند (بیکت و تپ، ۲۰۱۶). از آنجا که راهبردهای نظم‌جویی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می‌دهد، تعجب‌آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می‌تواند موجب آسیب‌های روانی شود (رافضی و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از عناصر مشترک در هر دو درمان، تأکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است که در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود به حالت طبیعی نزدیک می‌شود. عدم وجود پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی غنی در مورد پژوهش حاضر، امکان مقایسه و استفاده از تجربیات پژوهشی را محدود ساخت که البته این امر می‌تواند نشان‌دهنده جنبه نوآوری پژوهش حاضر نیز باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری از یک شهر بود.

پیشنهاد می‌شود درمان‌های مورد استفاده در این پژوهش به شکل فردی و در فرهنگ‌های متفاوت اجرا گردند تا امکان مقایسه اثر درمانی هر مداخله به شکل گروهی و فردی فراهم گردد. با توجه به اینکه ممکن است تفاوت در جنسیت، فرهنگ و سطح اجتماعی و تحصیلی افراد در میزان پیشبرد جلسات مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان، پژوهشگران در پژوهش‌های آتی در همگنی هرچه بیشتر گروه‌های مورد مطالعه توجه باشند. با در نظر گرفتن نتایج حاصل از پژوهش حاضر و همسویی مناسب آن‌ها با پژوهش‌های پیشین، پیشنهاد می‌گردد از درمان‌های شناختی رفتاری هیجان‌مدار و فراشناختی در مطالعه سایر گروه‌های بیماری دیابت و به تفکیک جنس، مدت ابتلا و نوع داروهای مصرفی استفاده گردد. پیشنهاد می‌گردد ارائه خدمات روانشناختی از جمله آموزش‌ها و درمان‌های روانشناختی به عنوان بخشی اساسی در کنار سایر مداخلات پزشکی در بیماران دچار مشکلات پزشکی مانند دیابت، سرطان و... مورد توجه قرار

## منابع

ابراهیمی، سیران؛ همتی مسلک‌پاک، معصومه و محمودفخه، همین (۱۳۹۹). بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مثبت‌اندیشی بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان امام خمینی مهاباد در سال ۹۹-۱۳۹۸. *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۸(۱۲)، ۹۴۲-۹۵۵.

<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4177-fa.html>

امینی، فرشته؛ جعفری روشن، مرجان؛ و لیل آبادی، لیدا (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری، مهارت‌های ذهن آگاهی و مهارت‌های خودیاری شناختی رفتاری مبتنی بر فضای مجازی بر افسردگی و سلامت اجتماعی زنان دارای افسردگی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۲(۱۳۱)، ۲۲۰۷-۲۲۲۸.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.131.2207>

باقری، الهه؛ گودرزی، کورش؛ روزبھانی، مهدی؛ و کاکابرای، کیوان (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی، درمان راه‌حل محور و تمرینات استقامتی بر باورهای خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال هراس اجتماعی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳(۱۳۷)، ۱۱۲۹-۱۱۵۰.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.137.1129>

پهلوان، فاطمه؛ رضائی، خسرو؛ و رسولی، یوسف (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و آموزش مبتنی بر فراشناخت بر نیازهای اساسی روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *نشریه آموزش پرستاری*، ۱۲(۱)، ۶۱-۷۳.

<http://dx.doi.org/10.22034/JNE.12.1.61>

تاجیکی، شربانو؛ صفرپوردهکردی، سپیده؛ و رازقی، سعید (۱۳۹۸). ارتباط احساس انسجام روانی و سلامت اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان با جراحی پستان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۱۳(۵۱)، ۲۳-۳۲.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.23455098.1398.7.51.3.1>

رافضی، زهره؛ پیرعباسی، گلغام؛ و اسکندری، حسین (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر خودنظم جویی هیجانی و قدرت ایگوی دانشجویان مضطرب. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۸)، ۲۲۳۹-۲۲۵۴.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.108.2239>

رجبی، مریم؛ ملیحی‌الذاکرنی، سعید؛ اسدی، جوانشیر؛ و میرزایی، محمدرضا (۱۴۰۰). اثربخشی آموزش فراشناخت مبتنی بر رویکرد موریتز بر سطح قندخون ناشتا و دشواری تنظیم هیجان مبتلایان به دیابت نوع ۲. *مجله علوم پزشکی صدا*، ۹(۳)، ۳۱۱-۳۲۴.

<https://doi.org/10.30476/smsj.2022.86779.1134>

رنجدست، شهرام؛ و علیزاده، لیلا (۱۳۹۷). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر سلامت اجتماعی و خلاقیت پرستاران. *نشریه آموزش پرستاری*، ۷(۳)، ۴۹-۵۵.

<http://jne.ir/article-1-898-fa.html>

شفیع‌آبادی، عبدالله؛ حسنی، جعفر؛ و یاری، مرسته (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر تصویر بدنی و نظم‌جویی شناختی هیجان در دختران نوجوان خواهان جراحی زیبایی. *دست‌آورد‌های روانشناختی*، ۴(۱)، ۱۹-۳۶.

<https://doi.org/10.22055/psy.2022.34239.2569>

شفیعی، معصومه؛ رضایی، فاطمه؛ و صادقی، مسعود (۱۳۹۹). اثربخشی درمان تدوینی اجتناب متضاد از نگرانی و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر کنترل عاطفی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۵(۶۰)، ۷۵-۶۲.

<https://dori.net/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.60.5.9>

شیخ، شیماء؛ ملیحی‌الذاکرنی، سعید؛ محمدی شیرمحل، فاطمه؛ زم، فاطمه؛ و باصری، احمد (۱۳۹۹). بررسی اثر دوروش رفتار درمانی دیالکتیکی و روان درمانی فراشناختی بر افسردگی و قندخون ناشتای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۸(۳)، ۱۱۷۵-۱۱۸۷.

<http://dori.net/dor/20.1001.1.23455020.1399.8.3.5.4>

صدرهاشمی، فاطمه؛ عسگری، پرویز؛ مکوندی، بهنام؛ و سراج‌خرمی، ناصر (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امیدواری، تنظیم هیجان، کنترل قندخون و عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله سلامت اجتماعی*، ۸(۲)، ۱۷۸-۱۹۳.

<https://doi.org/10.22037/ch.v8i2.31358>

عطادخت، اکبر؛ قریب، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر؛ و صمدی‌فرد، حمیدرضا (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۶(۳)، ۱۷۶-۱۸۶.

<http://dx.doi.org/10.29252/mcs.6.3.3>

علی اکبری دهکردی، مهناز؛ و دهخدا، سهیلا (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش غنی‌سازی روابط بین فردی مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر سازگاری روانی-اجتماعی و سلامت اجتماعی زنان متأهل مبتلا به مولتیپل اسکلوئزیس. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۳۸، ۱۱۶-۱۰۱.

<https://doi.org/10.22034/spr.2020.114697>

فرخزادیان، علیاصغر؛ رضایی، فاطمه؛ و صادقی، مسعود (۱۳۹۷). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های

اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۴(۲)، ۹۱-۸۳

[https://jap.razi.ac.ir/article\\_956.html](https://jap.razi.ac.ir/article_956.html)

فرزی، حامد؛ زردشایان، شایرین و عیدی پور، کامران (۱۳۹۴). تبیین نقش میزان فعالیت‌های بدنی در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه‌های شهر کرمانشاه. *نشریه مدیریت ورزشی*، ۷(۱)، ۳۰-۱۷.

<https://doi.org/10.22059/jsm.2015.53643>

لشنی، آرزو؛ بهرامی، فاطمه؛ عیدی بایگی، مجید؛ و ترک، منصور (۱۳۹۴). بررسی و مقایسه درمان فراشناختی و درمان روانی-آموزشی خانواده بر عملکرد اجتماعی بیماران دو قطبی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۲)، ۲۱۴-۲۰۸.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0>

مام‌شریفی، پیمان؛ کورانی، زینب؛ درتاج، فریبرز؛ حق محمدی شراهی، قباد؛ و سهی، مجید (۱۳۹۹). تدوین مدل پیش بینی آمادگی به اعتیاد بر اساس باورهای فراشناختی و هیجان خواهی: نقش واسطه ای پنج عامل بزرگ شخصیت. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۹۴)، ۱۲۳۰-۱۲۱۹.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.94.8.2>

مبشر، زهرا؛ باقری، نسرین؛ عباسی، محمد و تنها، زهرا (۱۴۰۰). مقایسه تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش شفقت بر خود و درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر خودمراقبتی و تبعیت از درمان، در بیماران قلبی-عروقی. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۲۳(۱)، ۱۲-۲۵.

<http://yafta.lums.ac.ir/article-1-3238-fa.html>

هاشمی‌نظری، سیدسعید؛ بیگدلی، محمدعلی؛ خداکریم، سهیلا؛ و بروودی، حمید (۱۳۹۵). برآورد اثر مستقیم و غیرمستقیم عوامل مؤثر بر کنترل قندخون بیماران دیابتی نوع دو با استفاده از تحلیل مسیر. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۵(۶)، ۳۵۱-۳۶۱.

<http://ijdltd.tums.ac.ir/article-1-5450-fa.html>

## References

- Allen, A., Kannis-Dymand, L., & Katsikitis, M. (2017). Problematic internet pornography use: The role of craving, desire thinking, and metacognition. *Addictive Behaviors*, 70, 65-71. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.02.001>
- Aliakbari dehkordi, M., & Dehkhodaei, S. (2020). The Effectiveness of Enriching Interpersonal Relationship Based on Emotionally Focused Therapy on Psychosocial -Social Adjustment and Social Health in Married Women with Multiple

- Sclerosis. *Social Psychology Research*, 10(38), 101-116. (In Persian). <https://doi.org/10.22034/spr.2020.114697>
- Amini, F., Jafariroshan, M., & Leilabadi, L. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive behavioral skills training, mindfulness skills, and cognitive behavioral self-help skills based on virtual space on depression and social health of women with depression. *Journal of Psychological Science*. 22(131), 2207-2228. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.22.131.2207>
- Atadokht, A., Masoumeh, G.B., Mikaeli, N., & Samadifard, H.R. (2019). Effect of Emotion-focused Cognitive Behavioral Therapy on Social Adjustment and Experiential Avoidance in Iranian Disabled Veterans. *MCS*, 6(3), 176-186. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.29252/mcs.6.3.3>
- Bagheri, E., Goodarzi, K., Roozbahani, M., & Kakabraee, K. (2024). A comparison of the efficacy of metacognitive therapy, solution-focused therapy and endurance exercises on self-efficacy beliefs of female students with social phobia disorder. *Journal of Psychological Science*. 23(137), 1129-1150. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.137.1129>
- Bickett, A., & Tapp, H. (2016). Anxiety and diabetes: innovative approaches to management in primary care. *Experimental Biology and Medicine*, 241(15), 1724-31. <https://doi.org/10.1177%2F1535370216657613>
- Botchway, M., Davis, R.E., Merchant, A.T., Appiah, L.T., & Moore, S. (2021). Diabetes-Related Stigma and its Influence on Social Networks, Social Support, and HbA1c in Ghana. *Ethnicity & disease*, 31(1), 57-66. <https://doi.org/10.18865%2Fed.31.1.57>
- Carpenter, R., DiChiacchio, T., & Barker, K. (2019). Interventions for self-management of type 2 diabetes: An integrative review. *Int J Nurs Sci*, 6(1), 70-91. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.12.002>
- Carracher, A. M., Marathe, P. H., & Close, K. L. (2018). International diabetes federation 2017, 353-356. <https://doi.org/10.1111/1753-0407.12644>
- Chang, C.D. (2019). Social determinants of health and health disparities among immigrants and their children. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(1), 23-30. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.11.009>
- Cherry, M.G., Brown, S.L., Purewal, R., & Fisher, P.L. (2023). Do metacognitive beliefs predict rumination and psychological distress independently of illness representations in adults with diabetes mellitus? A prospective mediation study. *British Journal of*

- Health Psychology*.  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12655>
- Dvorackova, D., Belesova, R., Kajanova, A., & Bergougui, B. (2016). Health and social aspects of homelessness. *Kontakt*, 18(3), 179-183. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.004>
- Ebrahimi, S., Hemmati Maslakhak, M., & Mahmoudfakhe, H. (2021). The Effect of Positive Thinking Skills Training on Self-Efficacy and Clinical Tests of Patients with Type 2 Diabetes Referring to Imam Khomeini Hospital of Mahabad, Iran In 2019-2020. *Nursing and Midwifery Journal*, 18(12), 942-95. (In Persian). <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-4177-fa.html>
- Elfaydi, F.O.M., Mikail, I., & Kirembwe, R.A.H. (2016). Post-traumatic Stress Disorder and Psychological and Social Adjustment among Libyan Who Participated in 17th of February Revolution: A Structural Equation Modeling Analysis. *International Journal of Social Science and Humanity*, 6(9), 677-80. <https://doi.org/10.18178/ijssh.2016.6.9.731>
- Farokhzadian, A.A., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2018). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy with Metacognitive Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in elderly people. *Aging Psychology*, 4(2), 83-91. (In Persian). [https://jap.razi.ac.ir/article\\_956.html](https://jap.razi.ac.ir/article_956.html)
- Farzi, H., Zardoshtian, S., & Eidipour, K. (2015). Explaining the Role of Physical Activity in Social Well-Being of Students in Universities of Kermanshah City. *Sport Management Journal*, 7(1), 17-30. (In Persian). <https://doi.org/10.22059/jsm.2015.53643>
- Hashemi Nazari, S., Bigdelli, M.A., Khodakarim, S., & Brodati, H. (2016). Estimating The Effect of Direct and Indirect Factors on Glycemic Control in Type II Diabetic Patients by Path Analysis. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 15(6), 351-361. (In Persian). <https://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5450-en.html>
- Hori, H., & Kim, Y. (2019). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 73(4), 143-53. <https://doi.org/10.1111/pcn.12820>
- Hossain, M.Z., & Rizvi, M.A.K. (2016). Relationship between religious belief and happiness in Oman: A statistical analysis. *Ment Health Religion Cult*, 19(7), 781-90. <https://doi.org/10.1080/13674676.2017.1280009>
- Inzucchi, S., Bergenstal, R., Buse, J., Diamant, M., Ferrannini, E., Nauck, M., & et al. (2013). Management of hyperglycaemia in type2 diabetes: a patient-centered approach. Position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia*, 55(6), 1577-96. <https://doi.org/10.2337/diaspect.25.3.154>
- Lashani, A., Bahrami, F., Eydi Baygi, M., & Tork, M. (2015). Investigation and comparison meta - cognitive therapy (MCT) and psycho – educational family therapy on social performance in bipolar patients. *J Res Behave Sci*, 13(2), 208 -214. (In Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1394.13.2.3.0>
- MamSharifi, P., Koorani, Z., Dortaj, F., Haghmohamadi Sharahi, G., & Sohi, M. (2020). Addiction prone prediction modeling based on meta-cognitive beliefs and sensation seeking: the mediating role of big five personality traits. *Journal of psychologicalscience*, 19(94), 1219-1230. (In Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.94.8.2>
- McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*. New Harbinger Publications. <https://psycnet.apa.org/record/2016-49941-000>
- Mobasher, Z., Bagheri, N., Abasi, M., & Tanha, Z. (2021). Comparison of a combination of acceptance and commitment-based therapy and self-compassion training and emotion oriented cognitive-behavioral therapy on self-care and adherence to treatment in icardiovascular patients. *Yafte*, 23, 12-25. (In Persian). <http://yafte.lums.ac.ir/article-1-3238-fa.html>
- O'Brien, K., O'Keeffe, N., Cullen, H., Durcan, A., Timulak, L., & McElvaney, J. (2019). Emotion-focused perspective on generalized anxiety disorder: A qualitative analysis of clients' in-session presentations. *Psychotherapy Research*, 29(4), 524-540. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1373206>
- Pahlavan, F., Ramezani, K., & Rasouli, Y.A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Training Based on Metacognition on Basic Psychological Needs of Type 2 Diabetes Patients. *Journal of Nursing Education*, 12(1), 61-73. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.22034/JNE.12.1.61>
- Purewal, R., & Fisher, P.L. (2018). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes.

- Diabetes Research and Clinical Practice*, 136, 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.11.029>
- Rafezi, Z., Pirabasi, G., & Eskandari, H. (2021). Efficacy of group metacognitive therapy on emotional self-regulation and ego strength of anxious students. *Journal of Psychological Science*, 20(108), 2239-2254. (In Persian). <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.108.2239>
- Rajabi, M., Malihi Al-Zackerini, S., Asadi, J., & Mirzaei, M. R. (2021). The Effectiveness of Moritz-Based Metacognitive Training on Fasting Blood Sugar Levels and Difficulty of Regulating Emotion in Patients with Type 2 Diabetes. *Sadra Medical Journal*, 9(3), 311-324. (In Persian). <https://doi.org/10.30476/smsj.2022.86779.1134>
- Ranjdoust, Sh., & Alizadeh, L. (2018). Effect of life skills training on social health and Nurses creativity. *Journal of Nursing Education*, 7(3), 49-56. (In Persian). <http://jne.ir/article-1-898-fa.html>
- Sadr-Hashemi, F., Asgari, P., Makvandi, B., & Seraj-Khorami, N. (2021). Effectiveness of Acceptance And Commitment Therapy On Hope, Emotion Regulation, Glycemic Control And Social Function Among Patients With Type 2 Diabetes *Salāmat-I Ijtimāi (Community Health)*, 8(2), 178-193. (In Persian). <https://doi.org/10.22037/ch.v8i2.31358>
- Shafiabadi, A., Hasani, J., & Yari, M. (2023). "Comparing the Effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Body Image and Cognitive Emotion Regulation in Adolescent Girls Want in Cosmetic Surgery. *Psychological Achievements*, 30(1), 19-36. (In Persian). <https://doi.org/10.22055/psy.2022.34239.2569>
- Shafiei, M., Rezaei, F., & Sadeghi, M. (2021). Effectiveness of the newly developed treatment contrast avoidance of worry and emotion-focused cognitive behavioral therapy in affective control in women with generalized anxiety disorder. *Journal of Modern Psychological Researches*, 15(60), 62-75. (In Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1399.15.6.0.5.9>
- Sheikh, S., Malihi Alzackerini, S., Mohammadi shirmahaleh, F., Zam, F., & Baseri, A. (2020). Effect of Dialectical Behavior and Metacognitive Therapies on Depression and Fasting Blood Sugar in Patients with Type II Diabetes. *J Diabetes Nurs*, 8(3), 1175-1187. (In Persian). <http://dorl.net/dor/20.1001.1.23455020.1399.8.3.5.4>
- Sullivan, A.B., & Domingo, S. (2017). Chapter Interdisciplinary Treatment of Patients with Multiple Sclerosis and chronic pain. *Nutrition and Lifestyle in Neurological Autoimmune Diseases. Multiple Sclerosis*, 3(6), 213-219. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-805298-3.00022-0>
- Suveg, C., Jones, A., Davis, M., Jacob, M.L., Morelen, D., Thomassin, K., & Whitehead, M. (2018). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of abnormal child psychology*, 46(3), 569-580. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0319-0>
- Suveg, C., Kendall, P.C., Comer, J.S. & Robin, J. (2006). Emotion-focused cognitive-behavioral therapy for anxious youth: A multiple-baseline evaluation. *J Contemp Psychother*, 36, 77-85. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9010-4>
- Tajiki, Sh., Safarpour Dehkordi, S., & Razaghi, S. (2019). The relationship of sense of mental coherence and social health with quality of life in women with mastectomy. *Scientific Journal of Social Psychology*, 13(51), 23-32. (In Persian). <https://dorl.net/dor/20.1001.1.23455098.1398.7.51.3.1>
- Tegethoff, M., Stalujanis, E., Belardi, A., & Meinschmidt, G. (2016). Chronology of onset of mental disorders and physical diseases in mental-physical comorbidity - A national representative survey of adolescents. *PLoS One*, 11(10), e0165196. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0165196>
- Timulak, L., Keogh, D., Chigwedere, C., Wilson, C., Ward, F., Hevey, D., & et al. (2018). A comparison of emotion-focused therapy and cognitivebehavioural therapy in the treatment of generalised anxiety disorder: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 506. <https://doi.org/10.1186/s13063-018-2892-0>
- Torres, S., Sales, C.M.D., Guerra, M.P., Simões, M.P., Pinto, M., & Vieira, F.M. (2020). Emotion-Focused Cognitive Behavioral Therapy in Comorbid Obesity with Binge Eating Disorder: A Pilot Study of Feasibility and Long-Term Outcomes. *Front Psychol*, 11, 343. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00343>