



درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲

محمد ارشادسرای^۱، مرتضی عندلیب کواریم^۲

چکیده

هدف این پژوهش درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ بود. روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی با استفاده از پیش‌آزمون پس‌آزمون و گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه افراد دیابتی نوع ۲ بخش مرکزی شهر ورامین، درمانگاه شهید محمد تاجیک و درمانگاه خیریه حیدریه را در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. بدین منظور ۳۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند که ۱۵ نفر به‌عنوان گروه آزمایش انتخاب شدند و آموزش شفقت درمانی را در ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت گروهی یک‌بار در هفته گذراندند و ۱۵ نفر به‌عنوان گروه کنترل انتخاب شدند و هیچ آموزشی دریافت نکردند. از هر دو گروه پیش‌آزمون و پس‌آزمون گرفته شد. ابزارهای گردآوری اطلاعات، شامل پرسشنامه اضطراب (بک و همکاران، ۱۹۸۸) و پرسشنامه تاب‌آوری (کونور و دیویدسون، ۲۰۰۳) بود. داده‌های پژوهش به کمک تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. نتایج نشان داد آموزش شفقت درمانی توانست به میزان ۳۲/۸ درصد بر تغییرات اضطراب و میزان ۵۷/۱ درصد بر تغییرات تاب‌آوری مؤثر بود و به‌صورت کلی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر کاهش اضطراب و بالا بردن تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع تأثیرگذار بود. درنتیجه درمان مبتنی بر شفقت برای افراد دارای بیماری دیابت نوع ۲ مناسب است چراکه بازندگی روزمره و رفتارهای آن‌ها در طی روز همخوانی دارد.

واژه‌های کلیدی: شفقت درمانی، اضطراب، تاب‌آوری، دیابت نوع ۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین – پیشوا (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ورامین-پیشوا



مقدمه

دیابت^۱ یک بیماری مزمن است که از سوی سازمان بهداشت جهانی به عنوان اپیدمی خاموش نامیده شده است. دیابت با افزایش سن افزایش پیدا می کند و آموزش خود مراقبتی می تواند نقش مؤثری در کاهش عوارض آن داشته باشد (پاودل و همکاران،^۲ ۲۰۲۳). دیابت عوارض و پیامدهای فیزیولوژیکی و روان شناختی بسیاری مانند افزایش قند خون و کاهش کیفیت زندگی و بالا رفتن اختلال های رفتاری هیجانی را در پی دارد (ژانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۳). از متغیرهایی که باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران دیابتی می شود تاب آوری^۴ است (ترکیس^۵ و همکاران، ۲۰۲۳) تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش، برای غلبه کردن بر استرس، دارا بودن توانایی های مقابله ای، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می دهد، تعریف شده است (اولسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۳) نتایج مطالعات نشان می دهند که تاب آوری بیماران دیابتی به طور معناداری از افراد غیر دیابتی ضعیف تر می باشد (سقای شهری و نصری، ۱۴۰۱؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین نتایج گسترده ای از مطالعات نشان می دهد که بیماری های بسیاری مثل اضطراب^۷ با دیابت همراه است (کدخدا و فتاحی، ۱۴۰۱). در همین راستا نتایج مطالعه متاآنالیز انجام شده نشان می دهد شیوع اضطراب در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت ۶۴/۵ درصد می باشد؛ که نشان از افزایش شیوع اضطراب در این بیماران می باشد (طاهری و همکاران، ۱۴۰۰). اضطراب و استرس در روان شناسی تحولی، از شایع ترین علت های مراجعه بیماران دیابتی به کلینیک های روان درمانی می باشد. اضطراب در اشخاص دیابتی قادر است سبب بالا رفتن دیابت در آن ها شود؛ چراکه این اشخاص در طی بیماری دیابت با محدودیت های اقتصادی، اجتماعی و فردی مواجه هستند و همین امر باعث به وجود آمدن نگرانی و اضطراب در آن ها می شود (پاودل و همکاران، ۲۰۲۳).

روش های درمانی متعددی برای درمان مشکلات روان شناختی برگرفته از بیماری دیابت وجود دارد که گاهی این روش های درمانی تفاوت های عمده ای در مبانی نظری دارند که از جمله این روش ها می توان اشاره به درمان مبتنی بر شفقت خود^۸ داشت. درمان شفقت خود به این صورت که بر اساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است قادر است بر بیماران تأثیرگذار باشد (میلارد^۹ و همکاران، ۲۰۲۳) خود شفقتی را نف^{۱۰} (۲۰۰۹) به صورت سازه ای سه مؤلفه ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خویش و اشتراکات انسانی در برابر انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده است. ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود، شفقت می ورزد؛ از این رو با کمک از این سازه گیلبرت^{۱۱} (۲۰۰۹) درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. اصول پایه به این موضوع اشاره می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت، ذهن انسان به همان صورت که به عوامل بیرونی عکس العمل نشان می دهد، در روبرو شدن با این درونیات نیز آرام می گیرد (داور^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش مبتنی بر شفقت خود می تواند باعث نوعی تفکری مناسب شود و افراد قادرند چگونگی شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را یاد بگیرند و طبعاً قدرت افراد را بالا می برد تا مقابله ای سالم با مشکلات پیشرو داشته باشند و بر سختی ها پیروز شوند و حرکتی با جریان زندگی داشته باشند، یا به عبارتی باعث بالا رفتن تاب آوری در آن ها شود (رضائی و همکاران، ۱۴۰۱). آموزش شفقت به خود قادر است منشأ تغییرات، من جمله تغییر در نگرش ها و باورها باشد و همین امر به نوبه خود موجب بالا رفتن تاب آوری می شود (هو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۳). سقای شهری و نصری (۱۴۰۱) نیز بیان داشتند درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بالا رفتن تاب آوری در

1. diabete

2. Paudel & et al

3. Zhang

4. resilience

5. Terkes

6. Olson

7. anxiety

8. ompassion-Focused Therapy (CFT)

9. Millard

10. Neff

11. Gilbert

12. Dover

13. Hu



بیماران دیابتی نوع ۲ می شود. سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹) نیز به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب آوری افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداختند و به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت اشاره کردند. همچنین میرمعینی و همکاران (۱۴۰۱) نیز بیان داشتند درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری اثربخش است.

همچنین این گونه به نظر می آید با اثربخشی شفقت به خود برای کاهش اضطراب بیماران دیابتی، هر میزان افراد نسبت به خود دارای شفقت بالاتری باشند و درواقع سه مؤلفه مثبت شفقت ورزی که شامل مهربانی با خود، قبولی مشکلات زندگی به عنوان بخشی از تجربه های مشترک انسان ها و آگاهی از افکار و احساسات دردآور در آنان بالا باشد (سرارو^۱ و همکاران، ۲۰۲۳)، در مواجهه با مسائل و مشکلات و سرسختی های برگرفته از دیابت از انگیزه بالاتری برای حرکت به سوی اهداف برخوردار می باشند و درمان های پزشکی بیماری شان را به عنوان روشی برای رسیدن به سلامت جسمی قلمداد می کنند (کلیک و همکاران، ۲۰۲۳). زیرا شفقت به خود شخص را برای تغییر و بالا بردن سطح سلامت روان و کاهش اضطراب تشویق می کند. هان و کیم^۲ (۲۰۲۳)؛ سرارو و همکاران (۲۰۲۳)؛ سلطانی دلگشا و همکاران (۱۴۰۲) نیز بیان داشتند درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و استرس اثربخش است.

با توجه به این که امروزه دیابت و پیامدهای آسیب دهنده نشات گرفته از آن، در مطالعات و پژوهش ها از موضوعاتی می باشد که بسیار حائز اهمیت است و در پژوهش های متعدد شرایط مراقبت های دیابت زیاد مورد قبول نبوده است اهمیت این پژوهش را برجسته می باشد و از آنجایی که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت در روانشناسی سازه ای نوپا است، ضرورت انجام پژوهش های گسترده تر برای بررسی کارایی این مدل مخصوصاً در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می شود (سرارو^۳ و همکاران، ۲۰۲۳) حال با توجه به موارد گفته شده است علی رغم توجه ویژه به بیماری دیابت به دلیل شیوع بالا و بار اقتصادی سنگین ناشی از آن، تاکنون مطالعات اندکی بر روی متغیرهای روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است و درمان شفقت درمانی از رویکردهای جدید و مورد توجه روانشناسان در سال های اخیر محسوب می شود که می تواند پیشرو یا مکمل درمان های دیگر باشد و درمجموع با توجه به مطالب بیان شده در رابطه با اثربخش درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تاکنون در پژوهش های قبلی بررسی نشده است. در پژوهش حاضر تلاش می شود تا اثربخشی شفقت درمانی بر روی مؤلفه های روان شناختی نام برده شده قرار گیرند به همین دلیل با کاربرد درمان فوق بر روی این بیماران امید است خلأ پژوهشی موجود در این زمینه مرتفع شود. در نتیجه این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ چه تأثیری دارد؟

روش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه افراد دیابتی نوع ۲ بخش مرکزی شهر ورامین، درمانگاه شهید محمد تاجیک و درمانگاه خیریه حیدریه را در سال ۱۴۰۳ تشکیل دادند. به دلیل وجود محدودیت های مختلف امکان استفاده از نمونه گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین از شیوه نمونه گیری داوطلبانه و با شیوه جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و کنترل استفاده شد؛ به این صورت که از میان افراد مبتلا به دیابت متمایل به شرکت در برنامه درمان شفقت درمانی، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده می شوند؛ تعداد افراد نمونه ۳۰ نفر خواهند بود که هر کدام از گروه ها ۱۵ نفر را شامل می شود.

روش اجرا

پس از تصویب پروپوزال به بخش مرکزی شهر ورامین، درمانگاه شهید محمد تاجیک و درمانگاه خیریه حیدریه برای نمونه گیری مراجعه کرده و در انتها پس از موافقت درمانگاه های ذکر شده موفق به گرفتن نمونه پژوهشی خود گردید در این راستا ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. تشخیص بیماری توسط پزشکان صورت گرفت و تنها به

¹. Serrão

². Han & Kim

³. Serrão



پژوهشگر معرفی شدند. بعد از معرفی شدن افراد به پژوهشگر، پژوهشگر در هر جلسه‌ای که به مراکز مراجعه کرده و بر اساس نمونه معرفی شده ابتدا پرونده بیماران را بر اساس ملاک‌های ورود و خروج بررسی کرده و چنانچه در نمونه هدف قرار می‌گرفتند اطلاعاتی در خصوص مطالعه و هدف از انجام آن به افراد داده و چنانچه این افراد تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند پس از گرفتن رضایت آگاهانه افراد وارد پژوهش می‌شدند. پس از بررسی انجام شده و موافقت بیماران، ۳۰ نفر از افراد انتخاب شده و به صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در مرحله اول به تمامی افراد در ۲ گروه پرسشنامه-های اضطراب، تاب‌آوری و کیفیت زندگی داده شد و از آن‌ها خواسته شد به تمامی سؤالات پاسخ دهند. سپس به افراد گروه آزمایش (مداخله شفقت درمانی) طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت گروهی یکبار در هفته داده شد. پس از اتمام دوره‌های مداخله از آزمودنی‌های گروه آزمایش و همچنین گروه کنترل خواسته شد یکبار دیگر پرسشنامه‌ها را تکمیل نمایند.

ابزار

پرسشنامه اضطراب (BAI)

پرسشنامه سنجش اضطراب بک^۱ برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) ساخته شده است. در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (بک و استر، ۱۹۹۰). آزمودنی‌ها میزان رنجش خود از علائم اضطراب را در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. شیوه امتیازدهی به صورت، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه را می‌گیرد. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ خواهد بود (بک و استر، ۱۹۹۰). در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد فرد مورد بررسی هیچ اضطرابی ندارد اگر بین ۸-۱۵ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد، نشان‌دهنده اضطراب شدید است (بک و استر، ۱۹۹۰). بک و همکاران (۱۹۸۸) برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و همبستگی آن را با مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی اضطراب همیلتون (۱۹۸۷) برابر با ۰/۵۱ و مقیاس درجه بندی افسردگی همیلتون (۱۹۶۰) برابر با ۰/۲۵ به عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. این ابزار قبلاً توسط کاویانی و موسوی (۲۰۰۸) به صورت فارسی ترجمه شده است. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) ۰/۹۲، پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سؤالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۶؛ لباخ و کنز، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ اضطراب ۰/۸۷ به دست آمده است.

پرسشنامه تاب‌آوری (CD_RSC)

پرسشنامه تاب‌آوری^۲ را کونور و دیویدسون^۴ (۲۰۰۳) تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره گذاری می‌شود. شیوه نمره گذاری: نمره گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است: کاملاً نادرست = ۰ به ندرت = ۱ گاهی درست = ۲ اغلب درست = ۳ همیشه درست = ۴. بنابراین طیف نمرات آزمون بین ۰ تا ۱۰۰ قرار دارد. نمرات بالاتر بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن هستند که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. کونور و دیویدسون ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب اعتبار حاصل از روش باز آزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین اعتبار مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب اعتبار ۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران (۲۰۰۶) در بین دانشجویان

^۱- Beck Anxiety Inventory (BAI)

^۲- Loebach Wetherell, J., Gatz, M.

^۳- Resiliency Questionnaire (CD_RSC)

^۴- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T



صورت گرفت، اعتبار آن را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای تاب آوری به صورت کلی ۰/۷۹ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)

پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ خلاصه پرسشنامه WHOQOL-100 (۱۹۹۶) می باشد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می سنجد. دو سؤال اول به هیچ یک از حیطه ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می دهند، بنابراین این پرسشنامه در مجموع ۲۶ ماده دارد (نجات و دیگران، ۱۳۸۵). در ابتدا باید به هر یک از ۲۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ می دهیم. ماده های ۳ و ۴ و ۲۶ به صورت وارونه نمره گذاری می شوند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) روایی محتوایی ابزار را تأیید و اعتبار آن را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کرد. نجات و دیگران (۱۳۸۵) در پژوهشی بر روی ۱۱۶۷ نفر به بررسی اعتبار و اعتبار پرسشنامه کیفیت زندگی پرداختند. اعتبار پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ و همبستگی درون خوشه ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بالای ۰/۷ به دست آمد. روایی پرسشنامه با قابلیت تمایز این ابزار در گروه های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه از ماتریس همبستگی سؤالات با حیطه ها استفاده شد. در ۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه ها بالاتر بود. امتیازهای گروه های سالم و بیمار در حیطه های مختلف اختلاف معنی دار داشتند. نتایج به دست آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه های سالم و بیمار می باشد (نجات و دیگران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کیفیت زندگی ۰/۸۴ به دست آمده است.

پروتکل شفقت درمانی (CFT)

بعد از برگزاری پیش آزمون، روش شفقت درمانی در ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه ای پی در پی به صورت هفته ای یک بار در ارتباط با بیماران در گروه آزمایشی مطابق با پروتکل ۱۲ جلسه ای ذیل، بکار گرفته شده است:

جلسات	موضوعات هر جلسه
جلسه اول	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه. ارائه ی منطق درمان و آشنایی با شیوه ی کار گروهی و مقررات آن، پاسخ به پرسشنامه و بستن قرارداد درمانی.
جلسه دوم	منطق درمان مبتنی بر شفقت و تفهیم شفقت و شفقت به خود؛ تمایز شفقت از تأسف برای خود، ارزیابی میزان آزار عاطفی، پنج مسیر مراقبت از خویش، مدیتیشن عشق و محبت به خود.
جلسه سوم	آموزش ذهن آگاهی همراه با تمرین واری بدن و تنفس، آشنایی با دستگاه های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش ها.
جلسه چهارم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی در قبال خود، آموزش همدردی.
جلسه پنجم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی در قبال خود، آموزش همدردی.
جلسه ششم	ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیر شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربردی ترین ها (پرورش ذهن مشفقانه) (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی با خود و دیگران، آموزش استعاره ی فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش.
جلسه هفتم	آشنایی و کاربرد (تمرین های پرورش ذهن شفقانه) (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره ی آنفولانزا، آموزش بردباری).
جلسه هشتم	آموزش فن نوشتن نامه ی شفقت روزانه و ارتقای شفقت خود به وسیله ی تخلیه ی هیجانی؛ آموزش روش (ثبت و یادداشت روزانه ی موقعیت های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت).

^۱. Quality Of Life-Brief (WHOQOL-BREF)



جلسه نهم	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابزار شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی، شفقت پیوسته)، آموزش رشد احساسات ارزشمند و متعالی.
جلسه دهم	آموزش قضاوت نکردن و تجارب روزمره؛ بررسی آسیب‌شناسی عوامل ایجادکننده ترس و دافعه‌ی آزمودنی‌ها در برابر شفقت خود.
جلسه یازدهم	آموزش روش‌های مقابله با عوامل مخل شفقت خود و استفاده از فن آرام‌سازی.
جلسه دوازدهم	آموزش و تمرین مهارت‌ها، مرور و تمرین مهارت‌های ارائه‌شده در جلسات گذشته برای کمک به آزمودنی‌ها جهت توانایی مقابله به روش‌های مختلف با شرایط متفاوت زندگی خود، نهایتاً جمع‌بندی و ارائه‌ی راهکارهایی برای حفظ و به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، اجرای پس‌آزمون

راهبردها و تکنیک‌های به‌کاررفته در جلسات و همچنین نکات آموزشی به‌طور خلاصه از گیلبرت (۲۰۱۴) برگرفته‌شده است.

یافته‌ها

در این پژوهش برای بررسی اثربخشی مداخله بر متغیرهای وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) برای نمره کل متغیرها و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) برای مؤلفه‌ها استفاده شد. در ابتدا به توصیف متغیرهای اصلی با آماره‌های میانگین و انحراف‌پذیر پرداخته شد و سپس با آزمون T مستقل میانگین هر کدام از زمان‌ها در دو گروه مقایسه شد. مفروضه‌های آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس شامل عدم وجود داده‌های پرت (با نمودار جعبه‌ای) آزمون نرمال بودن شکل توزیع متغیرها (با آزمون شاپیرو-ویلک)، آزمون همگنی واریانس‌ها (با آزمون لوین) و آزمون همگنی شیب خط رگرسیونی (با آزمون اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون) بررسی شد و مفروضه‌های آماری برقرار بود. حداکثر سطح خطای آلفا جهت آزمون فرضیه‌ها، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد ($p \leq 0/05$). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 28 انجام شد.

از نظر ویژگی‌های زمینه‌ای، در گروه شفقت درمانی ۱۰ نفر (۶۶/۷٪) زن و ۵ نفر (۳۳/۳٪) مرد بودند و در گروه کنترل ۸ نفر (۵۳/۳۵٪) زن و ۷ نفر (۴۶/۷٪) مرد بودند که مطابق آزمون دقیق فیشر دو گروه همگن بودند ($p=0/710$). میانگین سن در گروه شفقت درمانی $46/47 \pm 8/63$ و در گروه کنترل $45/07 \pm 8/19$ که مطابق آزمون T مستقل دو گروه از نظر سن همگن بودند ($p=0/652$). در جدول ۱ آماره توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای وابسته به تفکیک زمان و گروه آمده است. میانگین متغیرها در دو گروه با آزمون T گروه‌های مستقل مقایسه شد.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی متغیرها به تفکیک گروه و زمان و به همراه آزمون T مستقل به‌منظور مقایسه

میانگین بین گروه‌ها

متغیر	زمان	گروه شفقت درمانی		گروه کنترل		آزمون T مستقل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	اختلاف میانگین	مقدار p
اضطراب	پیش‌آزمون	۱۶/۲۰	۵/۲۴	۱۷/۰۵	۵/۶۴	-۰/۸۰	۰/۶۹۱
	پس‌آزمون	۱۴/۴۰	۴/۰۸	۱۶/۹۵	۵/۵۲	-۲/۶۰	۰/۰۳۴
تصور از شایستگی فردی	پیش‌آزمون	۱۶/۹۳	۶/۵۲	۱۶/۲۷	۴/۲۲	۰/۶۷	۰/۷۴۲
	پس‌آزمون	۱۹/۴۰	۶/۶۵	۱۶/۲۰	۳/۵۳	۳/۲۰	۰/۰۳۹
اعتماد به‌غرایز فردی	پیش‌آزمون	۱۴/۰۷	۵/۹۷	۱۲/۸۰	۳/۶۷	۱/۲۷	۰/۴۹۰
	پس‌آزمون	۱۶/۱۳	۵/۱۹	۱۳/۴۷	۴/۰۵	۲/۶۷	۰/۰۸۷
پذیرش مثبت تغییر	پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۳/۰۹	۱۰/۰۰	۴/۴۱	۰/۶۷	۰/۶۳۵
	پس‌آزمون	۱۳/۲۰	۳/۴۵	۹/۷۳	۴/۲۲	۳/۴۷	۰/۰۲۰
کنترل	پیش‌آزمون	۴/۴۰	۱/۸۰	۴/۹۳	۲/۱۹	-۰/۵۳	۰/۴۷۲
	پس‌آزمون	۵/۴۰	۱/۸۸	۴/۷۳	۲/۱۲	۰/۶۷	۰/۳۷۰
تأثیرات معنوی	پیش‌آزمون	۳/۴۰	۱/۳۵	۳/۴۷	۱/۵۱	-۰/۰۷	۰/۸۹۹
	پس‌آزمون	۳/۶۷	۱/۳۴	۳/۲۷	۱/۵۳	۰/۴۰	۰/۴۵۴

تاب‌آوری



۰/۶۸۲	۲/۰۰	۹/۸۱	۴۷/۴۷	۱۵/۹۲	۴۹/۴۷	پیش آزمون	کل
۰/۰۰۴	۱۰/۴۰	۱۰/۱۷	۴۷/۴۰	۱۵/۰۰	۵۷/۸۰	پس آزمون	

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین اضطراب در گروه آزمایش در پیش آزمون برابر با ۱۶/۲۰ بود که در پس آزمون به ۱۴/۴۰ رسید و کاهشی به میزان ۱/۸۰ نمره داشت و در گروه کنترل میانگین از ۱۷/۰۵ به ۱۶/۹۵ رسید و کاهش اندکی به میزان ۰/۱۰ نمره داشت. میانگین کل تاب آوری در گروه آزمایش در پیش آزمون برابر با ۴۹/۴۷ بود که در پس آزمون به ۵۷/۸۰ رسید و افزایشی به میزان ۸/۳۳ نمره داشت و در گروه کنترل میانگین از ۴۷/۴۷ به ۴۷/۴۰ رسید و کاهش اندکی به میزان ۰/۰۷ نمره داشت. نتایج آزمون T گروه های مستقل نشان داد که میانگین پیش آزمون دو متغیر اضطراب و تاب آوری در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ($p > 0.05$)، اما میانگین پس آزمون متغیرها در دو گروه تفاوت معنی داری داشت ($p < 0.05$). جهت بررسی اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر اضطراب از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد و نتایج در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲: آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر اضطراب

متغیر وابسته	میانگین تعدیل شده			میانگین مجزورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور اتا)
	مداخله	کنترل	اختلاف					
اضطراب	۱۴/۷۴	۱۶/۶۶	۱/۹۲	۲۷/۴۳	۱	۱۳/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۸

یافته ها (جدول ۲) نشان داد که اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر اضطراب تأیید شد ($p < 0.05$). میانگین پس آزمون تعدیل شده (با کنترل نمرات پیش آزمون) اضطراب در گروه مداخله برابر با ۱۴/۷۴ و در گروه کنترل برابر با ۱۶/۶۶ بود و بیانگر این بود که شفقت درمانی موجب کاهش معنی دار اضطراب شرکت کنندگان شد. در جدول ۳ نتایج آزمون آنکوا برای نمره کل تاب آوری و مانکوا برای مؤلفه های تاب آوری آمده است. لازم به ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز نشان از معنی دار بودن اثر چندمتغیره داشت ($p = 0.001$)، لامبدای ویلکز، ($p = 0.001$).

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس به منظور بررسی اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر تاب آوری و مؤلفه های آن

متغیر وابسته	میانگین تعدیل شده			میانگین مجزورات	درجه آزادی	آماره F	مقدار p	اندازه اثر (مجذور اتا)
	مداخله	کنترل	اختلاف					
تصور از شایستگی فردی	۱۹/۱۵	۱۶/۴۵	۲/۷۱	۵۱/۴۱	۱	۱۳/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۲
اعتماد به غرایز فردی	۱۵/۵۶	۱۴/۰۴	۱/۵۲	۱۶/۲۶	۱	۸/۵۱	۰/۰۰۸	۰/۲۷۰
پذیرش مثبت تغییر	۱۲/۹۸	۹/۹۶	۳/۰۲	۶۳/۹۷	۱	۱۹/۰۲	< 0.001	۰/۴۵۳
کنترل	۵/۵۸	۴/۵۶	۱/۰۲	۷/۲۶	۱	۵/۹۴	۰/۰۲۳	۰/۲۰۵
تأثیرات معنوی	۳/۶۷	۳/۲۷	۰/۴۰	۱/۱۳	۱	۱/۵۸	۰/۲۲۱	۰/۰۶۴
تاب آوری (کل)	۵۶/۸۷	۴۸/۳۲	۸/۵۵	۵۴۴/۹۷	۱	۳۶/۰۱	< 0.001	۰/۵۷۱

یافته ها (جدول ۳) نشان داد اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر تاب آوری (نمره کل) تأیید شد ($p < 0.05$). میانگین پس آزمون تعدیل شده در گروه مداخله برابر با ۵۶/۸۷ و در گروه کنترل برابر با ۴۸/۳۲ بود که نشان داد شفقت درمانی موجب بهبود و افزایش تاب آوری شرکت کنندگان به میزان ۸/۵۵ نمره شد. همچنین اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود چهار مؤلفه تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل تأیید شد ($p < 0.05$). مداخله شفقت درمانی بر مؤلفه تأثیرات معنوی تأثیر معنی داری نداشت ($p > 0.05$). شاخص اندازه اثر (مجذور جزئی اتا) نشان داد بیشترین اثربخشی مداخله به ترتیب بر مؤلفه پذیرش مثبت تغییر با ضریب ۰/۴۵۳ و مؤلفه تصور از شایستگی فردی با ضریب ۰/۳۶۲ بود.



بحث

درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ اثربخش است.

نتایج نشان داد درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ اثربخش است. که نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی شفقت درمانی بر اضطراب همسو با نتایج مطالعات سلطانی دلگشا و نصری (۱۴۰۲)؛ جلایر و همکاران (۱۴۰۱)؛ هوشمندفرزانه و ترخان (۱۴۰۱)؛ رضایی و همکاران (۱۳۹۹)؛ هان و کیم (۲۰۲۳)؛ ترینداد و سیرایس (۲۰۲۱)؛ پریزآراندو و همکاران (۲۰۲۱) می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلابه دیابت نوع دو با بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، همین موارد می‌توانند به راحتی فرد مبتلا را از لحاظ امید به زندگی در شرایط بد و ناگواری قرار دهند، از طرف دیگر انسان‌ها به طور کلی موضوع شفقت ورزی و مهربانی نسبت به خود را نیاموخته‌اند که این موضوع نیز می‌تواند برای آن‌ها مزید بر علت شود. بنابراین افراد در این درمان ابتدا با استفاده از ذهن آگاهی (بهوشیاری)، تجربه هیجانی خودشان را می‌شناسند و سپس بازخوردی مشفقانه نسبت به احساسات منفی خود پیدا می‌کنند (هوشمندفرزانه و ترخان، ۱۴۰۱) در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در این فن درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌یابد (پریزآراندو و همکاران، ۲۰۲۱). در تمرین‌های شفقت بر تنش‌زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (هان و کیم، ۲۰۲۳). همچنین در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت شفقت به خود نوعی تأثر از رنج دیگران و آگاهی یافتن از درد دیگران است به نحوی که فرد نسبت به دیگران احساس مهربانی پیدا کند و مشتاق تسکین درد و رنج آن‌ها باشد (پریزآراندو و همکاران، ۲۰۲۱؛ جلایر و همکاران، ۱۴۰۱). درواقع، شفقت عبارت است از درک غیر قضاوتی افرادی که دچار خطا یا ناکامی هستند، به نحوی که اعمال و رفتار آن‌ها در بافت جایز الخطا بودن انسان، دیده می‌شود. به این ترتیب شفقت به خود عبارت است از متأثر شدن و آگاهی یافتن از رنج خود است و نه فرار یا قطع رابطه با آن و پدید آوردن تمایلی در خود برای تسکین رنج‌های خود و بهبودی آن‌ها از طریق مهرورزی و صمیمیت با خود (سلطانی دلگشا و نصری، ۱۴۰۲). به عبارت دیگر مهرورزی به خود نوعی هم‌دلی و فهم غیر قضاوتی نسبت به دردها، رنگ‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، شفقت به خود، مهربانی و درک بدون قضاوت خشن در زمان‌های دشوار نسبت به خود است که به عنوان یک جایگزین برای انتقاد نسبت به خود و عزت نفس ارائه شده است (ترینداد و سیرایس، ۲۰۲۱). در حال حاضر، شفقت به خود، معانی متفاوتی دارد و به عنوان راهبردی برای تسکین اختلالات روانی، مورد علاقه پژوهشگران قرار گرفته است که از آن جمله به اضطراب می‌توان اشاره کرد. شفقت بیشتر، مواجه شدن با هیجان را مدنظر قرار می‌دهد، تا اجتناب کردن از آن، بنابراین افراد با شفقت بالاتر اجتناب کمتر دارند و بیشتر از راهبردها مسئله محور استفاده می‌کنند که این امر در کاهش تجربه استرس و اضطراب بسیار با اهمیت و اثربخش است.

نتایج به‌دست‌آمده از تأثیر شفقت درمانی بر تاب‌آوری همسو با نتایج ولی زاده و همکاران (۱۴۰۲)؛ کهکی و همکاران (۱۴۰۲)؛ قهرمانی و همکاران (۱۴۰۱)؛ سقایی شهر و همکاران (۱۴۰۱)؛ هو و همکاران (۲۰۲۳)؛ فرانکو و چریستی (۲۰۲۱)؛ پریزآراندو و همکاران (۲۰۲۱) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان شفقت به خود درواقع یک شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود و زندگی فرد است. شفقت به خود به افراد کمک می‌کند از تجارب منفی زندگی دوری کنند، چراکه بهزیستی روانی افراد بیمار، بیشتر به تفاسیر خودشان از شرایط بستگی دارد (نف، ۲۰۱۸). درمان مبتنی بر شفقت مانند فیزیوتراپی ذهن عمل می‌کند که سیستم تهدید را خنثی و سیستم تسکین را فعال می‌کند. در نتیجه تحول این سیستم، تاب‌آوری فرد افزایش می‌یابد (پریزآراندو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه گیر عمل می‌کند. افرادی که شفقت به خود بالایی دارند، خود را کمتر مورد قضاوت قرار می‌دهند، بر خود کمتر سخت می‌گیرند و با مشکلات و اثرات منفی در زندگی راحت‌تر کنار می‌آیند (ولی زاده و همکاران، ۱۴۰۲؛ سقایی شهر و همکاران، ۱۴۰۱). عکس‌العمل‌ها و



واکنش هایشان در برابر مشکلاتشان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت هایشان نه به سمت خود دفاعی و نه به سمت خود انتقادی و سرزنش خود پیش می رود و بهتر می توانند با وقایع ناراحت کننده کنار بیایند، زیرا از توانایی پذیرش بالاتری نسبت به دیگر افراد برخوردارند. بنابراین، آشفتگی عاطفی در این افراد کاهش می یابد و تحمل آشفتگی افزایش می یابد که در نهایت، توانایی تسکین و کنترل بالای خوشتن را برای افراد محقق می سازد و در نهایت، به افزایش سطح تاب آوری منجر می شود (هو و همکاران، ۲۰۲۳).

آموزش مبتنی بر شفقت خود می تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیشرو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب آوری آن ها افزایش خواهد یافت (قهرمانی و همکاران، ۱۴۰۱). آموزش احتمالاً می تواند منشأ تغییرات، از جمله تغییر در نگرش ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب آوری می شود (فرانکو و چریستی، ۲۰۲۱). آموزش مبتنی بر شفقت خود باعث می شود طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن ها اقدام کنند و از روابط خویش، از کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب آوری می شود (کهکی و همکاران، ۱۴۰۲) همچنین ماهیت آموزش گروهی، خود می تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب آوری داشته باشد. زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس آموزش مبتنی بر شفقت خود می تواند باعث تاب آوری یا توانایی سازگاری موفقیت آمیز با شرایط ناگوار شود.

در این پژوهش مانند پژوهش های دیگر، محدودیت هایی وجود دارد و در نهایت باید به محدودیت هایی اشاره کرد که با ایجاد موانع در راه تعمیم نتایج دریچه هایی را به سوی پژوهش های آینده در این زمینه می گشاید از محدودیت های این تحقیق می توان عدم تفکیک افراد با پایگاه اجتماعی، اقتصادی و... می توان را اشاره کرد. دوم این که درمانگر و ارزیاب به منظور سنجش و اجرای محتوای جلسات مداخله یک نفر بود که یکی از محدودیت های این مطالعه است. همچنین این پژوهش صرفاً روی افراد دیابتی نوع ۲ بخش مرکزی شهر ورامین انجام گرفته است، از این رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع و نمونه های بالینی بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. همچنین پیشنهاد می شود شفقت درمانی می تواند به عنوان یکی از روش های مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب بیماران نقش داشته باشد و با توجه به اثربخشی شفقت درمانی و اجرای آن به صورت گروهی پیشنهاد می شود. از درمان شفقت درمانی به منظور اجرای برنامه های پیشگیری اولیه در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی و مراکز آموزشی به صورت آموزش های کارگاهی برای کاهش علائم اضطراب و بالا بردن تاب آوری و کیفیت زندگی استفاده نمود

منابع

- جلایر، فاطمه، حاتمی، حمد، هاشمی رازینی، هادی. و لیاقت، ریتا. (۱۴۰۱). اثربخشی و مقایسه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلا به دیابت. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، ۵(۵۵)، ۴۴-۲۵.
- رضائی، شیوا، خلعتبری، جواد، کلهرنیا گار، مریم. و تاجری، بیوک. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب آوری و بهزیستی روان شناختی مبتلایان به HIV. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، ۲۳(۱)، ۱۷۶-۱۵۵.
- رضائی، شیوا، خلعتبری، جواد، کلهرنیا گار، مریم. و تاجری، بیوک. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی روان شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی. مجله سلامت و مراقبت، ۲۲(۳)، ۲۴۵-۲۵۶.
- سامانی، سیامک، جوکار، بهرام. و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.
- سقای شهری، سمانه. و نصری، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی بیماران مبتال به دیابت نوع دو. سلامت اجتماعی، ۹(۲)، ۱-۱۲.



- سلطانی دلگشا، محمد، وزیری، شهرام، شهابی زاده، فاطمه، آهی، قاسم. و منصوری، احمد. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر افسردگی، اضطراب و پرخاشگری کارکنان فوریت‌های پزشکی مبتلابه کرونا. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی* ابن‌سینا، ۳۱ (۲)، ۸۵-۹۴.
- سید جعفری، جواد، برجعلی، احمد، شرافتی، شاهین، پناهی، مهدی، دهناشی لاطان، تاجماه. و عبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹ (۹۲)، ۹۴۵-۹۵۶.
- طاهری، مهنا، شمسایی، فرشید، تاپاک، لیلی. و صادقیان، عفت. (۱۴۰۰). بررسی اضطراب، امید و عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲. *فصلنامه پرستاری، مامایی و پیراپزشکی*، ۷ (۲)، ۶۰-۷۱.
- قهرمانی، مریم، خلعتبری، جواد. و تقوایی، داوود. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت درمانی بر سخت رویی و تاب‌آوری روانی و کیفیت زندگی زنان
- کاویانی، ه. و موسوی، آ. س. (۱۳۸۶). خواص روان‌سنجی نسخه فارسی اضطراب بک موجودی (BAI) *مجله پزشکی دانشگاه تهران*. ۶۵ (۲)، ۱۴۰-۱۳۶.
- کدخدا، حسین. و فتاحی، حمید. (۱۴۰۱). اثر بخشی درمان گروهی ذهن آگاهی بر اضطراب و خودباوری مبتالان به دیابت نوع ۲. *مجله پژوهش‌های معاصر در علوم و تحقیقات*، ۴ (۴۴)، ۶۳-۷۵.
- کهکی، فاطمه، بخشانی، نورمحمد. و فردین، محمدعلی. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش مبتنی بر شفقت بر امید به زندگی، سبک‌زندگی ارتقاءدهنده سلامت و سرسختی سلامت در بیماران دیابتی نوع دو مطالعات روانشناختی نوجوان و جوان، ۴ (۴)، ۶۹-۸۳.
- میرمعینی، پردیس، بیاضی، محمد حسین. و خلعتبری، جواد. (۱۴۰۱). مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد با درمان متمرکز بر شفقت بر شدت نگرانی و تاب‌آوری بیماران مبتلابه مولتیپل اسکروزیس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*. ۲۵ (۱)، ۸۸-۱۰۳.
- نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکویی‌نایینی، کورش، و مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (WHOQOL- BREF) ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات*، ۱۲-۱.
- ولی‌زاده، حدیث، احمدی، وحید. و میرشکار، ساره. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر تاب‌آوری، ناگویی‌هیجانی و احساس‌تنهایی زنان سرپرست‌خانوار. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۸ (۶۹)، ۲۶۵-۲۵۷.
- هوشمندفرزانه، شیوا. و ترخان، مرتضی. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب و استرس ادراک شده در بیماران مبتلابه کرونا. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸ (۳)، ۹۳-۱۰۴.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety, psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-7.
- Beck, A.T., Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Anto: Psychological Corporation.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82.
- Dover, S., Ahmet, A., Bluth, K., Feldman, B. M., Goldbloom, E. B., Goldfield, G. S., Hamilton, S., Imran, O., Khalif, A., Khatchadourian, K., Lawrence, S., Leonard, A., Liu, K., Ouyang, Y., Peeters, C., Shah, J., Spector, N., Zuidwijk, C., & Robinson, M. E. (2023). Teaching Adolescents with type 1 Diabetes Self-compassion (TADS) to reduce diabetes distress: study protocol of a randomized controlled trial. *JMIR research protocols*, 10.2196/53935. Advance online publication.



- Franco, P. L., & Christie, L. M. (2021). Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience. *Journal of pediatric nursing*, 61, 109–114.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3):199–208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1): 6-41.
- Han, A., & Kim, T. H. (2023). Effects of Self-Compassion Interventions on Reducing Depressive Symptoms, Anxiety, and Stress: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 1–29. Advance online publication.
- Hu, Y. (2023). Examining the effects of teacher self-compassion, emotion regulation, and emotional labor strategies as predictors of teacher resilience in EFL context. *Frontiers in psychology*, 14, 1190837.
- Loebach Wetherell, J., Gatz, M. (2005). The Beck Anxiety Inventory in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27(1), 17-24.
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 326, 168–192.
- Neff, KD. (2018). the role of self-compassion in development: A healthier way to relate to oneself. *Human development*; 52(4):211–4.
- Olson, K. L., Howard, M., McCaffery, J. M., Dutton, G. R., Espeland, M. A., Simpson, F. R., Johnson, K. C., Munshi, M., Wadden, T. A., Wing, R. R., & Look AHEAD Research Group (2023). Psychological resilience in older adults with type 2 diabetes from the Look AHEAD Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(1), 206–213.
- Paudel, S., Khanal, S. P., Gautam, S., Chalise, A., Koirala, T. N., & Marahatta, S. B. (2023). Anxiety and depression among people with type 2 diabetes visiting diabetes clinics of Pokhara Metropolitan, Nepal: a cross-sectional study. *BMJ open*, 13(1), e064490.
- Pérez-Aranda, A., García-Campayo, J., Gude, F., Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., González-Quintela, A., López-Del-Hoyo, Y., & Montero-Marin, J. (2021). Impact of mindfulness and self-compassion on anxiety and depression: The mediating role of resilience. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 21(2), 100229.
- Serrão, C., Valqueresma, A., Rodrigues, A. R., & Duarte, I. (2023). Mediation of Self-Compassion on Pathways from Stress and Anxiety to Depression among Portuguese Higher Education Students. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(18), 2494.
- Terkes, N., Aksu, N. T., & Yamac, S. U. (2023). The effect of an online-supervised exercise program in older people with diabetes on fasting blood sugar, psychological resilience and quality of life: A double blind randomised controlled trial. *International journal of older people nursing*, 18(5), e12564.
- Trindade, I. A., & Sirois, F. M. (2021). The prospective effects of self-compassion on depressive symptoms, anxiety, and stress: A study in inflammatory bowel disease. *Journal of psychosomatic research*, 146, 110429.
- WHO Quality of Life Group. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization. Geneva: 1996.
- Zhang, Y., Yang, Y., Huang, Q., Zhang, Q., Li, M., & Wu, Y. (2023). The effectiveness of lifestyle interventions for diabetes remission on patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis. *Worldviews on evidence-based nursing*, 20(1), 64–78.



Treatment Based On Compassion Therapy on Anxiety and Resilience of Patients with Type 2 Diabetes

Mohamad Ershad Sarabi^۱, Morteza Andalib Koraim^۲

Abstract

The aim of this research was the treatment based on compassion therapy on anxiety and resilience of patients with type 2 diabetes. The present research method was quasi-experimental using pre-test, post-test and experimental and control groups. The statistical population of the study consisted of all type 2 diabetics in the central part of Varamin city, Shahid Mohammad Tajik Clinic and Heydariyeh Charity Clinic in 2024. For this purpose, 30 people were selected through voluntary sampling, 15 people were selected as the experimental group and they underwent compassion therapy training in 12 sessions of 75 minutes in a group once a week, and 15 people were selected as the control group, and none they did not receive training. Pre-test and post-test were taken from both groups. Data collection tools included anxiety questionnaire (Beck et al., 1988) and resilience questionnaire (Connor and Davidson, 2003). The research data were analyzed using covariance analysis. The results showed that compassion therapy training was effective at 32.8% on changes in anxiety and 57.1% on changes in resilience, and in general, the results of covariance analysis showed that therapy based on compassion therapy reduced anxiety and increased resilience. The collection of patients with type diabetes was effective. As a result, compassion-based treatment is suitable for people with type 2 diabetes because it is consistent with their daily life and behaviors during the day.

Keywords: Compassion Therapy, Anxiety, Resilience, Type 2 Diabetes

¹ Master's student in general psychology, Islamic Azad University, Varamin-Pishva branch (Corresponding Author)

² Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Varamin-Pishva branch