فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۹، شماره ۲۳، زمستان ۱۴۰۲

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

محمد ارشادسرابی[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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

مقدمه

دیابت[1] یک بیماری مزمن است که از سوی سازمان بهداشت‌جهانی به‌عنوان اپیدمی خاموش نامیده شده است. دیابت با افزایش سن افزایش پیدا می‌کند و آموزش خود مراقبتی می‌تواند نقش مؤثری در کاهش عوارض آن داشته باشد (پایودل و همکاران[2]، ۲۰۲۳). دیابت عوارض و پیامدهای فیزیولوژیکی و روان‌شناختی بسیاری مانند افزایش قند خون و کاهش کیفیت زندگی و بالا رفتن اختلال‌های رفتاری هیجانی را در پی دارد (ژانگ[3] و همکاران، ۲۰۲۳). از متغیرهایی که باعث پایین آمدن کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌شود تاب‌آوری[4] است (ترکیس[5] و همکاران، ۲۰۲۳) تاب‌آوری به‌عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش، برای غلبه کردن بر استرس، دارا بودن توانایی‌های مقابله‌ای، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد، تعریف‌شده است (اولسون[6] و همکاران، ۲۰۲۳) نتایج مطالعات نشان می‌دهند که تاب‌آوری بیماران دیابتی به‌طور معناداری از افراد غیر دیابتی ضعیف‌تر می‌باشد (سقایی‌شهری و نصری، ۱۴۰۱؛ ژانگ و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین نتایج گسترده‌ای از مطالعات نشان می‌دهد که بیماری‌های بسیاری مثل اضطراب[7] با دیابت همراه است (کدخدا و فتاحی، ۱۴۰۱). در همین راستا نتایج مطالعه متاآنالیز انجام‌شده نشان می‌دهد شیوع اضطراب در بیماران ایرانی مبتلابه دیابت ۶۴/۵ درصد می‌باشد؛ که نشان از افزایش شیوع اضطراب در این بیماران می‌باشد (طاهری و همکاران، ۱۴۰۰). اضطراب و استرس در روان‌شناسی تحولی، از شایع‌ترین علت‌های مراجعه بیماران دیابتی به کلینیک‌های روان‌درمانی می‌باشد. اضطراب در اشخاص دیابتی قادر است سبب بالا رفتن دیابت در آن‌ها شود؛ چراکه این اشخاص در طی بیماری دیابت با محدودیت‌های اقتصادی، اجتماعی و فردی مواجه هستند و همین امر باعث به وجود آمدن نگرانی و اضطراب در آن‌ها می‌شود (پایودل و همکاران، ۲۰۲۳).

روش‌های درمانی متعددی برای درمان مشکلات روان‌شناختی برگرفته از بیماری دیابت وجود دارد که گاها این روش‌های درمانی تفاوت‌های عمده‌ای در مبانی نظری دارند که ازجمله این روش‌ها می‌توان اشاره به درمان مبتنی بر شفقت خود[8] داشت. درمان شفقت خود به این صورت که بر اساس رویکرد تحولی عصب‌شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل‌گرفته است قادر است بر بیماران تأثیرگذار باشد (میلارد[9] و همکاران، ۲۰۲۳) خود شفقتی را نف[10] (۲۰۰۹) به‌صورت سازه‌ای سه مؤلفه‌ای 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، مشخصۀفردی است که به خود، شفقت می‌ورزد؛ ازاین‌رو با کمک از این سازه گیلبرت[11] (۲۰۰۹) درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد. اصول پایه به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شود و در این صورت، ذهن انسان به همان صورت که به عوامل بیرونی عکس‌العمل نشان می‌دهد، در روبرو شدن با این درونیات نیز آرام می‌گیرد (داور[12] و همکاران، ۲۰۲۳). آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند باعث نوعی تفکری مناسب شود و افراد قادرند چگونگی شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را یاد بگیرند و طبعاً قدرت افراد را بالا می‌برد تا مقابله‌ی سالم با مشکلات پیشرو داشته باشند و بر سختی‌ها پیروز شوند و حرکتی با جریان زندگی داشته باشند، یا به عبارتی باعث بالا رفتن تاب‌آوری در آن‌ها شود (رضائی و همکاران، ۱۴۰۱). آموزش شفقت به خود قادر است منشأ تغییرات، من‌جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و همین امر به‌نوبه خود موجب بالا رفتن تاب‌آوری می‌شود (هو[13] و همکاران، ۲۰۲۳). سقایی‌شهری و نصری (۱۴۰۱) نیز بیان داشتند درمان مبتنی بر شفقت خود باعث بالا رفتن تاب‌آوری 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

بیماران دیابتی نوع ۲ می‌شود. سید جعفری و همکاران (۱۳۹۹) نیز به بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری افراد مبتلابه 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 تاب‌آوری اثربخش است.

همچنین این‌گونه به نظر می‌آید 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 به‌عنوان بخشی از تجربه‌های مشترک انسان‌ها و آگاهی از افکار و احساسات دردآور در آنان بالا باشد (سرارو[1]و همکاران، ۲۰۲۳)، در مواجه با مسائل و مشکلات و سرسختی‌های برگرفته از دیابت از انگیزه بالاتری برای حرکت به‌سوی اهداف برخوردار می‌باشند و درمان‌های پزشکی بیماری‌شان را به‌عنوان روشی برای رسیدن به‌سلامت جسمی قلمداد می‌کنند (کلیک و همکاران، ۲۰۲۳). زیرا شفقت به خود شخص را برای تغییر و بالا بردن سطح سلامت روان و کاهش اضطراب تشویق می‌کند. هان و کیم[2] (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 این‌که امروزه دیابت و پیامدهای آسیب دهنده نشات گرفته از آن، در مطالعات و پژوهش‌ها از موضوعاتی می‌باشد که بسیار حائز اهمیت است و در پژوهش‌های متعدد شرایط مراقبت‌های دیابت زیاد موردقبول نبوده است اهمیت این پژوهش را برجسته می‌باشد و ازآنجایی‌که شفقت به خود و فراتر از آن، درمان مبتنی بر شفقت در روانشناسی سازه‌ای نوپا است، ضرورت انجام پژوهش‌های گسترده‌تر برای بررسی کارایی این مدل مخصوصاً در بافت فرهنگ شرقی که ماهیتی متفاوت از فرهنگ غرب دارد، احساس می‌شود (سیرراو[3] و همکاران، ۲۰۲۳) حال با توجه به موارد گفته‌شده است علی‌رغم توجه ویژه به بیماری دیابت به دلیل شیوع بالا و بار اقتصادی سنگین ناشی از آن، تاکنون مطالعات اندکی بر ری متغیرهای روان‌شناختی بیماران مبتلابه دیابت انجام‌شده است و درمان شفقت درمانی از رویکردهای جدید و موردتوجه روانشناسان در سال‌های اخیر محسوب می‌شود که می‌تواند پیشرو یا مکمل درمان‌های دیگر باشد و درمجموع با توجه به مطالب بیان‌شده در رابطه با اثربخش درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه دیابت نوع ۲ تاکنون در پژوهش‌های قبلی بررسی نشده است. در پژوهش حاضر تلاش می‌شود تا اثربخشی شفقت درمانی بر روی مؤلفه‌های روان‌شناختی نام‌برده شده قرار گیرند به همین دلیل با کاربرد درمان فوق بر روی این بیماران امید است خلاّ پژوهشی موجود در این زمینه مرتفع شود. درنتیجه این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که درمان مبتنی بر شفقت درمانی بر اضطراب و تاب‌آوری بیماران مبتلابه 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 محدودیت‌های مختلف امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بنابراین از شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه و با شیوه جایگزینی تصادفی در گروه آزمایش و کنترل استفاده شد؛ به این صورت که از میان افراد مبتلابه دیابت متمایل به شرکت در برنامه درمان شفقت درمانی، تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده می‌شوند؛ تعداد افراد نمونه ۳۰ نفر خواهند بود که هرکدام از گروه‌ها ۱۵ نفر را شامل می‌شود.

روش اجرا

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

[1]. Serrão
[2]. Han & Kim
[3]. Serrão

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

پژوهشگر معرفی شدند. بعد از معرفی شدن افراد به پژوهشگر، پژوهشگر در هر جلسه‌ای که به مراکز مراجعه کرده و بر اساس نمونه معرفی‌شده 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 داشتن در پژوهش شرکت کنند پس از گرفتن رضایت آگاهانه افراد وارد پژوهش می‌شدند. پس از بررسی انجام‌شده و موافقت بیماران، ۳۰ نفر از افراد انتخاب‌شده و به‌صورت تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در مرحله اول به‌تمامی افراد در ۲ گروه پرسشنامه-های اضطراب، تاب‌آوری و کیفیت زندگی داده شد و از آن‌ها خواسته شد به‌تمامی سؤالات پاسخ دهند. سپس به افراد گروه آزمایش (مداخله شفقت درمانی) طی ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به‌صورت 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[1] برای سنجش میزان اضطراب طراحی‌شده است و شامل ۲۱ عبارت است که توسط بک و همکاران (۱۹۸۸) ساخته‌شده است. در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که ازنظر 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 به‌صورت، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه را می‌گیرد. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفرتا ۶۳ خواهد بود (بک و استر، ۱۹۹۰). درصورتی‌که نمره به‌دست‌آمده در دامنه صفرتا ۷ باشد فرد موردبررسی هیچ اضطرابی ندارد اگر بین ۱۵-۸ باشد، اضطراب خفیف، اگر بین ۲۵-۱۶ باشد متوسط و اگر بین ۶۳-۲۶ 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 تجدیدنظرشده درجه‌بندی اضطراب همیلتون (۱۹۸۷) برابر با ۰/۵۱، و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون (۱۹۶۰) برابر با ۰/۲۵ به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند. این ابزار قبلاً توسط کاویانی و موسوی (۲۰۰۸) به‌صورت فارسی ترجمه‌شده است. مطالعات انجام‌شده 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 از۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۶؛ لباخ و کنز[2]،۲۰۰۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ اضطراب ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است.

پرسشنامه تاب‌آوری (CD_RSC)

پرسشنامه تاب‌آوری[3] را کونور و دیویدسون[4] (۲۰۰۳) تهیه کردند. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. شیوه نمره‌گذاری: نمره‌گذاری گزینه‌ها در این مقیاس بدین شرح است: کاملاً نادرست= ۰ به‌ندرت= 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 یک‌فاصله 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 اعتبار۰/۸۹ را گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط سامانی و همکاران (۲۰۰۶) در بین دانشجویان

[1]- Beck Anxiety Inventory (BAI)
[2]- Loebach Wetherell, J., Gatz, M.
[3]- Resiliency Questionnaire **(CD_RSC)**
[4]- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

صورت گرفت، اعتبار آن‌را ۰/۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و درخطر احراز گردید (سامانی و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برای تاب‌آوری به‌صورت کلی ۰/۷۹ به‌دست‌آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی(WHOQOL-BREF)

پرسشنامه کیفیت زندگی[1] خلاصه پرسشنامه WHOQOL-100 (۱۹۹۶) می‌باشد. این پرسشنامه چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روان، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سؤال می‌سنجد. دو سؤال اول به هیچ‌یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی مورد ارزیابی قرار می‌دهند، بنابراین این پرسشنامه درمجموع ۲۶ ماده دارد (نجات و دیگران، ۱۳۸۵). در ابتدا باید به هر یک از ۲۶ سؤال، نمره ۱ تا ۵ می‌دهیم. ماده‌های ۳ و ۴ و ۲۶ به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شوند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۴) روایی محتوایی ابزار را تائید 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 خوشه‌ای حاصل از آزمون مجدد سنجیده شد. مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷ به دست آمد. روایی پرسشنامه باقابلیت تمایز این ابزار در گروه‌های سالم و بیمار با استفاده از رگرسیون خطی مورد ارزیابی واقع شد و جهت سنجش عوامل ساختاری پرسشنامه از ماتریس همبستگی سؤالات با حیطه‌ها استفاده شد. در۸۳ درصد موارد، همبستگی هر سؤال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. نتایج به‌دست‌آمده حاکی از روایی و پایایی و قابل‌قبول بودن عوامل ساختاری این ابزار در ایران در گروه‌های سالم و بیمار می‌باشد (نجات و دیگران، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ کیفیت زندگی ۰/۸۴ به‌دست‌آمده است.

پروتکل شفقت درمانی(CFT)

بعد از برگزاری پیش‌آزمون، روش شفقت درمانی در ۱۲ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای پی‌درپی به‌صورت هفته‌ای یک‌بار در ارتباط با بیماران در گروه آزمایشی مطابق با پروتکل ۱۲ جلسه‌ای ذیل، بکار گرفته‌شده است:

جلسات	موضوعات هر جلسه
جلسه اول	ایجاد ارتباط اولیه، جلب اعتماد و همکاری اعضای گروه. ارائه‌ی منطق درمان و آشنایی با شیوه‌ی 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 وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با دستگاه‌های مغزی مبتنی بر شفقت، آموزش همدلی، آموزش تصویرسازی از مکان امن، کشف ارزش‌ها.
جلسه چهارم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس‌گرمی و مهربانی در قبال خود، آموزش همدردی.
جلسه پنجم	آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت، شفقت به دیگران، پرورش احساس‌گرمی و مهربانی در قبال خود، آموزش همدردی.
جلسه ششم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان فرد (دارای شفقت) با (غیر شفقت) با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربردی‌ترین‌ها (پرورش ذهن مشفقانه) (ارزش خود شفقتی، همدلی و همدردی با خود و دیگران، آموزش استعاره‌ی فیزیوتراپ)، آموزش بخشایش.
جلسه هفتم	آشنایی و کاربرد (تمرین‌های پرورش ذهن شفقتانه) (بخشش، پذیرش بدون قضاوت، آموزش استعاره‌ی آنفولانزا، آموزش بردباری).
جلسه هشتم	آموزش فن نوشتن نامه‌ی شفقت روزانه و ارتقای شفقت خود به‌وسیله‌ی تخلیه‌ی هیجانی؛ آموزش روش (ثبت و یادداشت روزانه‌ی موقعیت‌های واقعی مبتنی بر شفقت و عملکرد فرد در آن موقعیت).

[1]. Quality Of Life-Brief (WHOQOL-BREF)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

جلسه نهم	تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقتانه، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز 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 ایجادکننده‌ی 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 (آنکووا) برای نمره کل متغیرها و تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکووا) برای مؤلفه‌ها استفاده شد. در ابتدا به توصیف متغیرهای اصلی با آماره‌های میانگین و انحراف‌پذیر پرداخته شد و سپس با آزمون T مستقل میانگین هرکدام 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 شیب‌خط 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 ($p \leq ۰/۰۵$). تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 28 انجام شد.

ازنظر 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 ($p=۰/۷۱۰$). میانگین سن در گروه شفقت درمانی ۴۶/۴۷±۸/۶۳ و در گروه کنترل ۴۵/۰۷±۸/۱۹ که مطابق آزمون T مستقل دو گروه ازنظر سن همگن بودند ($p=۰/۶۵۲$). 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
تاب‌آوری	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 به غرایز 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

کل	پیش‌آزمون	۴۹/۴۷	۱۵/۹۲	۴۷/۴۷	۹/۸۱	۲/۰۰	۰/۶۸۲
	پس‌آزمون	۵۷/۸۰	۱۵/۰۰	۴۷/۴۰	۱۰/۱۷	۱۰/۴۰	۰/۰۰۴

نتایج جدول ۱ نشان داد میانگین اضطراب در گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر با ۱۶/۲۰ بود که در پس‌آزمون 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 تاب‌آوری در گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر با ۴۹/۴۷ بود که در پس‌آزمون 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 گروه‌های مستقل نشان داد که میانگین پیش‌آزمون دو متغیر اضطراب و تاب‌آوری در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵)، اما میانگین پس‌آزمون متغیرها در دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت (p<۰/۰۵). 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 به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر اضطراب

متغیر وابسته	میانگین تعدیل‌شده			میانگین مجذورات	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

یافته‌ها (جدول ۲) نشان داد که اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر اضطراب تائید شد (p<۰/۰۵). میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شده (با کنترل نمرات پیش‌آزمون) 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 معنی‌دار اضطراب شرکت‌کنندگان شد. در جدول ۳ نتایج آزمون آنکووا برای نمره کل تاب‌آوری و مانکووا برای مؤلفه‌های تاب‌آوری آمده است. لازم به ذکر است که آزمون لامبدای ویلکز نشان از معنی‌دار بودن اثرچندمتغیره داشت (۰/۳۴۹= لامبدای ویلکز، p=۰/۰۰۱).

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن

متغیر وابسته	میانگین تعدیل‌شده			میانگین مجذورات	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	<۰/۰۰۱	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
تاب‌آوری (کل)	۵۶/۸۷	۴۸/۳۲	۸/۵۵	۵۴۴/۹۷	۱	۳۶/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۷۱

یافته‌ها (جدول ۳) نشان داد اثربخشی مداخله شفقت درمانی بر تاب‌آوری (نمره کل) تائید شد (p<۰/۰۵). میانگین پس‌آزمون تعدیل‌شده 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 تاب‌آوری شرکت‌کنندگان 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 تائید شد (p<۰/۰۵). مداخله شفقت درمانی بر مؤلفه تأثیرات معنوی تأثیر معنی‌داری نداشت (p>۰/۰۵). 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

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 ازجمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند، همین موارد می‌توانند به‌راحتی فرد مبتلا را ازلحاظ امید به زندگی در شرایط بد و ناگواری قرار دهند، از طرف دیگر انسان‌ها به‌طورکلی 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 به‌جای 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 به‌نحوی‌که 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، به‌نحوی‌که اعمال و رفتار آن‌ها در بافت جایزالخطا بودن انسان، دیده می‌شود. به‌این‌ترتیب 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). به‌عبارت‌دیگر 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 به‌عنوان یک جایگزین برای انتقاد نسبت به خود و عزت‌نفس ارائه‌شده است (ترینداد و سیرایس، ۲۰۲۱). در حال حاضر، شفقت به خود، معانی متفاوتی دارد و به‌عنوان راهبردی برای تسکین اختلالات روانی، موردعلاقه پژوهشگران قرارگرفته است که از آن جمله به اضطراب می‌توان اشاره کرد. شفقت بیشتر، مواجه‌شدن 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 بااهمیت 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 یک‌شکل سالم از خودپذیری است که بیانگر میزان پذیرش و قبول جنبه‌های نامطلوب خود وزندگی 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. درنتیجه تحول این سیستم، تاب‌آوری فرد افزایش می‌یابد (پریزآراندو و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین افزایش شفقت در مقابل اثرات وقایع منفی مانند یک ضربه‌گیر 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

واکنش‌هایشان در برابر مشکلاتشان بیشتر بر مبنای عملکرد واقعیت است، چون قضاوت‌هایشان نه به سمت خود دفاعی و نه به سمت خود انتقادی و سرزنش خود پیش می‌رود و بهتر می‌توانند با وقایع ناراحت‌کننده کنار بیایند، زیرا از توانایی پذیرش بالاتری نسبت به دیگر افراد برخوردارند. بنابراین، آشفتگی عاطفی در این افراد کاهش می‌یابد و تحمل آشفتگی افزایش می‌یابد که درنهایت، توانایی تسکین و کنترل بالای خویشتن را برای افراد محقق می‌سازد و درنهایت، به افزایش سطح تاب‌آوری منجر می‌شود (هو و همکاران، ۲۰۲۳).

آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می‌توانند طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می‌دهد تا با مشکلات پیشرو مقابله سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آن‌ها افزایش خواهد یافت (قهرمانی و همکاران، ۱۴۰۱). آموزش احتمالاً می‌تواند منشأ تغییرات، ازجمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به‌نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود (فرانکو و چریستی، ۲۰۲۱). آموزش مبتنی بر شفقت خود باعث می‌شود طرز شناخت ارزیابی‌های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند و برای اصلاح آن‌ها اقدام کنند و از روابط خویش، از کار کردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری می‌شود (کهکی و همکاران، ۱۴۰۲) همچنین ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد. زیرا جمع شدن افراد در گروه و این‌که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و درنتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود.

در این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی وجود دارد و درنهایت باید به محدودیت‌هایی اشاره کرد که با ایجاد موانع درراه تعمیم نتایج دریچه‌هایی را به‌سوی پژوهش‌های آینده در این زمینه می‌گشایند از محدودیت‌های این تحقیق می‌توان عدم تفکیک افراد با پایگاه اجتماعی، اقتصادی و...، می‌توان را اشاره کرد. دوم این‌که درمانگر و ارزیاب به‌منظور سنجش و اجرای محتوای جلسات مداخله یک نفر بود که یکی از محدودیت‌های این مطالعه است. همچنین این پژوهش صرفاً روی افراد دیابتی نوع ۲ بخش مرکزی شهر ورامین انجام‌گرفته است، ازاین‌رو برای تعمیم نتایج به سایر جوامع و نمونه‌های بالینی بایستی جانب احتیاط رعایت گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود شفقت درمانی می‌تواند به‌عنوان یکی از روش‌های مؤثر غیر دارویی در کاهش اضطراب بیماران نقش داشته باشد و با توجه به اثربخشی شفقت درمانی و اجرای آن به‌صورت گروهی پیشنهاد می‌شود. از درمان شفقت درمانی به‌منظور اجرای برنامه‌های پیشگیری اولیه در مراکز مشاوره عمومی و خصوصی و مراکز آموزشی به‌صورت آموزش-های کارگاهی برای کاهش علائم اضطراب و بالا بردن تاب‌آوری و کیفیت زندگی استفاده نمود

منابع

جلایر، فاطمه.، حاتمی، حمد.، هاشمی‌رازینی، هادی. و لیاقت، ریتا. (۱۴۰۱). اثربخشی و مقایسه شفقت درمانی و درمان شناختی رفتاری در حساسیت اضطرابی بیماران مبتلابه دیابت. مجله دستاوردهای نوین در مطالعات علوم انسانی، ۵(۵۵)، ۴۴-۲۵.

رضائی، شیوا.، خلعتبری، جواد.، کلهرنیا گار، مریم. و تاجری، بیوک. (۱۴۰۱). مقایسهٔ اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان متمرکز بر شفقت، بر تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی 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 روان‌شناختی و کیفیت زندگی مبتلایان به ویروس نقص ایمنی. مجله سلامت و مراقبت،۲۲ (۳)، ۲۴۵-۲۵۶.

سامانی، سیامک.، جوکار، بهرام. و صحراگرد، نرگس. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۳(۳)، ۲۹۰-۲۹۵.

سقایی‌شهری، سمانه. و نصری، مریم. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب‌آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی بیماران مبتال به دیابت نوع دو. سلامت اجتماعی، ۹(۲)، ۱۲-۱.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

سلطانی‌دلگشا، محمد.، وزیری، شهرام.، شهابی‌زاده، 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. وعبودیت، سعیده. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر میزان تاب‌آوری و امید به زندگی افراد مبتلابه دیابت نوع ۲. مجله علوم روانشناختی، ۱۹ (۹۲)، ۹۵۶-۹۴۵.

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 ودرمان متمرکز بر شفقت درمانی برسخت 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 مبتالیان به دیابت نوع۲. مجله پژوهش‌های معاصر در علوم و تحقیقات، ۴(۴۴)، ۷۵-۶۳.

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)، ۸۳-۶۹.

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 اسکلروزیس. 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)، ۱۰۴-۹۳.

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., Zuijdwijk, 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

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., Valquaresma, 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, Adminstration 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.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۹، شماره ۲۳، زمستان ۱۴۰۲

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 Heydarieh 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

[Downloaded from jnip.ir on 2026-01-29]