

Studying the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-care of Patients with Type 2 Diabetes

Nasri K¹, Akbarzade M², Karimiyan M³, Panahi M⁴, Jedi M⁵, *Seidjafari J⁶

Author Address

1. MS in Clinical Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Azad University of Science and Research, Tehran, Iran;
2. MS in Clinical Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Azad University of Tonekabon, Tonekabon, Iran;
3. MS in Clinical Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Azad University of Rodehen, Tehran, Iran;
4. MS in Rehabilitation, Faculty of Rehabilitation, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran;
5. MS in Clinical Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Azad University of Karaj, Karaj, Iran;
6. PhD Student in Psychology, Faculty of Education Sciences and Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Corresponding Author Email: javad_jafari90@yahoo.com

Received: 2020 May 4; Accepted: 2020 September 26

Abstract

Background & Objectives: Diabetes and its complications and treatment techniques are among the most fundamental issues facing medical and psychological knowledge today. In patients with type 2 diabetes, more than 95% of the treatment process is performed by the patient, and the treatment team has little control over the patient between visits, which requires more attention to promoting self-care activities. Designing and evaluating educational and therapeutic programs based on providing information, motivating, and teaching behavioral skills in health-promoting self-care behaviors will increase patients' adherence to self-care behaviors and create a sense of recovery and satisfaction with disease control. Among these therapies is compassionate therapy, which has attracted the attention of new therapists, even for certain diseases. This study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on the self-care of people with type 2 diabetes.

Methods :The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population in this study consisted of all patients with type 2 diabetes referred to the Ravan Yar Counseling Center in Tehran City, Iran, in 2019. The sample size of the present study included 30 people. They were randomly assigned to the experimental and control groups (15 in each) on the inclusion and exclusion criteria. The inclusion criteria were as follows: voluntary admission to the study, non-use of psychiatric medication, a score below 50 in the self-care questionnaire, and at least 6 months have elapsed since the illness. The exclusion criteria were as follows: participants' reluctance to continue treatment and more than two absences from treatment sessions. The research instruments included Gilbert's Compassionate Therapy Program (2009) and the Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire (Toobert and Glasgow, 1994). Data analysis was done using univariate analysis of covariance, independent *t* test, and Chi-square test using SPSS version 22 software at a significance level 0.05.

Results :Based on the results, the mean self-care scores in the experimental group before and after the test were 24.58 and 26.42, respectively. Also, the average self-care scores in the control group before and after the test were 25.58 and 25.27, respectively. The following results show that the mean self-care scores increased in the posttest of the experimental group and decreased slightly in the posttest of the control group. The results of univariate analysis of covariance showed that after adjusting the self-care pretest scores, in the posttest, the scores of the experimental group were significantly higher than the control group ($p=0.005$).

Conclusion :Based on the results, compassion-focused therapy increases self-care in people with type 2 diabetes.

Keywords: Compassion-focused therapy, Self-care, Type 2 diabetes.

بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو

کوثر نصری^۱، مژگان اکبرزاده^۲، معصومه کریمیان^۳، مهدی پناهی^۴، مهناز جدی^۵، *جواد سید جعفری^۶

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛
 ۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد تنکابن، تنکابن، ایران؛
 ۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد رودهن، تهران، ایران؛
 ۴. کارشناسی ارشد مدیریت توانبخشی، دانشکده توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران؛
 ۵. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد کرج، کرج، ایران؛
 ۶. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- *رایانامه نویسنده مسئول: javad_jafary90@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۵ مهر ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل بهتر بیماری آنها است. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره روان‌پزشکی تهران مراجعه کردند. حجم نمونه پژوهش شامل سی نفر از افراد واجد شرایط براساس معیارهای ورود و خروج و داوطلب شرکت در پژوهش بود که به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه آزمایش و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را در هشت جلسه دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه درمانی ارائه نشد. ابزارهای پژوهش، برنامه درمانی متمرکز بر شفقت گیلبرت (۲۰۰۹) و پرسش‌نامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (توبرت و گلاسکو، ۱۹۹۴) بود. تحلیل داده‌ها با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، تی مستقل و خی‌دو به‌کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح معناداری ۰/۰۵ انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون خودمراقبتی، در پس‌آزمون نمرات گروه آزمایش از گروه گواه به‌طور معناداری بیشتر شد ($p=0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، خودمراقبتی، دیابت نوع دو.

هستند (۱۴). خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت ضرورت دارد (۱۵).

مطالعه وثوقی کرکزلو و همکاران نشان داد، توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در ۶۸/۵ درصد افراد ضعیف، در ۲۹/۵ درصد متوسط و در ۲/۲ درصد خوب است (۱۶). در پژوهش پرهام و همکاران مشخص شد، ۵۳/۵ درصد از بیماران مبتلا به دیابت رفتارهای خودمراقبتی را انجام نمی‌دهند (۱۷). مطالعه دیدارلو و همکاران میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله استفاده از دارو، تزریق انسولین، آزمایش ادرار و خون را در بین افراد دیابتی بررسی کرد و نشان داد، پایبندی به بیشتر این رفتارها در میان بیماران دیابتی در سطح ضعیفی است. شیوع بیماری، مرگ و عوارض دیابت، هزینه‌های اقتصادی و در نتیجه بار فردی و اجتماعی ناشی از آن، بر ضرورت اقدام فوری برای کمک به بیماران دیابتی به منظور کنترل بهتر بیماری، تأکید می‌کند (۱۸).

بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماری‌شان است و این مسئله اهمیت فهم عوامل مؤثر بر رفتارهای خوددرمانی بیماران دیابتی را آشکارتر می‌سازد و نیز طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی را طلب می‌کند. همچنین به مراقبت‌دهندگان یاری می‌رساند تا بیماری را بهتر درمان کنند و عوارض مرتبط با آن را کاهش دهند (۱۹).

طراحی و ارزشیابی برنامه‌های آموزشی و درمانی مبتنی بر دادن اطلاعات، ایجاد انگیزش و آموزش مهارت‌های رفتاری در زمینه رفتارهای خودمراقبتی ارتقا دهنده سلامت، سبب افزایش پیروی بیماران از رفتارهای خودمراقبتی و ایجاد احساس بهبودی و رضایت از کنترل بیماری، خواهد شد (۲۰). از این درمان‌ها، می‌توان درمان متمرکز بر شفقت^۲ را نام برد که توجه درمانگران نوین را حتی برای بیماری‌های خاص جلب کرده است (۲۱). شفقت به خود، شامل گسترش و بسط محبت، عشق و درک فرد در قبال درد و رنج‌های خود است (۲۲). نف مشخص کرد، شفقت به خود شامل آگاهی و بازشناسی از این مسئله می‌شود که درد و رنج بخشی طبیعی از وضعیت بشر است (۲۳). نتایج مطالعه نف حاکی از آن بود که رفتار نامهربانانه و نبود شفقت خود، رفتاری توأم با نامهربانی و شفقت به دیگران را نیز در پی خواهد داشت (۲۲). در مقابل این مسئله نیز اثبات شده است که رفتار مهربانانه و شفقت خود، رفتاری توأم با مهربانی و شفقت به دیگران را به دنبال دارد. درحقیقت نف و برتواس دریافتند، افرادی که رتبه بیشتری از نظر شفقت خود دارند، در روابطشان نیز رفتارهای مثبت‌تری از خود نشان می‌دهند (۲۴)؛ از این‌رو گیلبرت به استفاده از این سازه در فضای جلسات درمان اقدام کرد و در نهایت درمان متمرکز بر شفقت را مطرح کرد (۲۵).

درمان متمرکز بر شفقت توسط پل گیلبرت در پاسخ به این مشاهده تدوین شد که بسیاری از مردم، به‌ویژه افراد دارای شرم و خودانتقادی بیشتر، هنگام ورود به درمان‌های سنتی در ایجاد صدای درونی مهربان و خودحمایتگر با دشواری‌هایی متمرکز بر چهار حوزه تجارب پیشین

دیابت^۱، گروهی از بیماری‌های متابولیک را در بر می‌گیرد که مشخصه آن‌ها زیادبودن گلوکز خون ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است. دیابت نوع یک و دیابت نوع دو، دو شکل اصلی این بیماری است و دیابت نوع دو تقریباً در ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان دیده می‌شود (۱). دیابت بیماری شایع‌تر مژمن متابولیک در جهان به‌شمار می‌رود که شیوع آن در حال افزایش است (۲). همچنین بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در همه کشورهای است؛ به‌طوری‌که سازمان بهداشت جهانی از آن به‌عنوان اپیدمی خاموش نام برده است (۳).

دیابت از بیماری‌های بسیار شایع متابولیک است؛ به‌طوری‌که بیشتر از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر جهان در سال ۲۰۱۰ مبتلا به آن بوده‌اند. شیوع دیابت در جهان حدود ۶/۴ درصد بوده که بین ۳/۸ تا ۱۰ درصد بسته به منطقه جغرافیایی متغیر است. تعداد افراد مبتلا به دیابت تشخیص داده‌نشده نیز در بعضی از مناطق جغرافیایی بیش از ۵۰ درصد است (۴). بدون شک بیماری دیابت و عوارض و فنون درمانی آن، از مسائل بسیار اساسی پیش روی دانش پزشکی و روان‌شناختی امروزه محسوب می‌شود. این بیماری با سرعت زیادی در جوامع مختلف رو به رشد است و شیوع آن در جمعیت افراد بیشتر از بیست سال کشورمان، ۴/۶۷ درصد گزارش می‌شود (۵).

سالانه بیش از ۷ میلیون نفر در دنیا به دیابت مبتلا می‌شوند؛ به‌طوری‌که ۳/۸ میلیون مرگ ناشی از دیابت اتفاق می‌افتد. دیابت دارای عوارض وسیع و مخرب جسمی، اجتماعی و اقتصادی است (۶). این بیماری مژمن اگرچه کشنده نیست، می‌تواند به ناتوانی‌های احتمالی دائمی منجر شود (۷). رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، زخم پای دیابتی و قطع عضو غیرترومایی از عوارض مهم‌تر این بیماری است (۸). پیامدهای کنترل نامناسب دیابت شامل بستری‌شدن‌های مکرر، شیوع زیاد عوارض و کیفیت ضعیف زندگی مبتلایان به دیابت است (۹). برآورد می‌شود که در سال بار مالی ناشی از دیابت در حال حاضر برای دولت در ایران ۹۰۰ میلیارد تومان است. این میزان، بیشتر هزینه مستقیم دارویی است. همچنین در ایران ۱۶ درصد از هزینه‌های بیمارستانی به بیماران مبتلا به دیابت مربوط می‌شود. از سوی دیگر در ایران هزینه معالجه یک بیمار مبتلا به دیابت در مدت یک ماه ۸۰ هزار تومان است و در صورتی که دیابت همراه با عوارض باشد این مخارج به پنج‌برابر افزایش می‌یابد (۱۰).

در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بیش از ۹۵ درصد فرایند درمان توسط بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیمار دارد (۱۱). این امر ایجاب می‌کند که به ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی شامل ابعاد مختلف همچون فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی، توجه بیشتری صورت گیرد (۱۲). بُعد فیزیولوژیک شامل تغذیه، اثرات و عوارض داروها، ورزش، نحوه پیشرفت بیماری و عوارض آن، روش‌های پیشگیری و کنترل قند خون و نحوه تعدیل مقدار داروها است که از ابعاد مهم خودمراقبتی به‌شمار می‌رود (۱۳). این بیماران مستلزم رعایت رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر

2. Compassion focused therapy

1. Diabetes

و تاریخچه‌ای، ترس‌های اساسی، راهکارهای احساس امنیت و پیامدها و نتایج پیش‌بینی‌نشده روبه‌رو می‌شوند (۲۶). درمان متمرکز بر شفقت بر مبنای رویکرد تکاملی درباره کارکردهای روان‌شناختی است. بر اساس این رویکرد، انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت‌ورزی با نظام‌های مغزی تکامل‌یافته‌ای ارتباط دارد که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی است. کارکرد طبیعی شفقت نیز ایجاد رفتارهای مهرجویانه^۱، فراهم کردن موقعیت‌هایی برای به‌هم‌پیوستگی^۲، امنیت^۳، تسکین‌بخشی^۴، مشارکت^۵، ترغیب^۶ و حمایت^۷ است (۲۷). محور اصلی درمان متمرکز بر شفقت، پرورش ذهن شفقت‌ورز است. درحقیقت، درمانگر با توضیح و تشریح مهارت‌ها و ویژگی‌های شفقت به مراجع، به تدریج این کار را انجام می‌دهد؛ بنابراین از طریق ایجاد یا افزایش رابطه‌ای شفقت‌ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش‌کردن، محکوم‌کردن یا خودانتقادی، کمک لازم به مراجعان می‌شود (۲۵). بیماری دیابت اگرچه کشنده نیست، می‌تواند به ناتوانی‌های احتمالی دائمی منجر شود (۷). مسائل یادشده ضرورت تأمین امکانات درمانی مناسب در زمینه مهارکردن هرچه مطلوب‌تر بیماری دیابت را تأیید می‌کند؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند که در سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره روان‌یار تهران مراجعه کردند. حجم نمونه پژوهش حاضر شامل سی نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود که نمره مساوی یا کمتر از نقطه برش در پرسش‌نامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت^۸ (نمره ۵۰) (به نقل از ۲۸) کسب کردند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (پانزده نفر) و گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را در هشت جلسه دریافت کرد؛ درحالی‌که برای گروه گواه درمانی ارائه نشد. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه عبارت بود از: پذیرش داوطلبانه شرکت در پژوهش؛ مصرف‌نکردن داروی روان‌پزشکی؛ نمره کمتر از ۵۰ در پرسش‌نامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت؛ گذشتن حداقل شش ماه از بیماری. ملاک‌های خروج بیماران از مطالعه، تمایل نداشتن شرکت‌کنندگان به ادامه درمان و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان در نظر گرفته شد.

قبل از اجرای پژوهش طی جلسه‌ای توجیهی، اعضای دو گروه آزمایش و گواه برگه رضایت‌نامه را تکمیل کردند. روش مداخله‌ای درمان متمرکز بر شفقت مشتمل بر هشت جلسه یک‌ساعته به‌صورت گروهی روی گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در این پژوهش به افراد گفته شد اطلاعات شخصی آن‌ها و تمام گفته‌های آن‌ها در طول جلسات، محرمانه می‌ماند و بدون ذکر نام و صرفاً برای

مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. برای جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به‌کار رفت.

– پرسش‌نامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت: این پرسش‌نامه برای افراد دیابتی به‌منظور سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود توسط توبرت و گلاسگ در سال ۱۹۹۴ تهیه شد (به نقل از ۲۸). پرسش‌نامه مذکور ابزار خودگزارشی معتبر دوازده‌سؤالی است که در نسخه اصلی چهار جنبه از مدیریت شخصی بر دیابت (رژیم غذایی، ورزش، بازبینی قند خون و تزریق) و در نسخه جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگارکشیدن) را بررسی می‌کند. این پرسش‌نامه بر اساس مقیاس لیکرت از صفر تا ۷ روز نمره‌دهی می‌شود و میزان رعایت رفتارهای مذکور را در یک هفته اخیر می‌سنجد. نمره کلی خودمراقبتی در پرسش‌نامه از صفر تا ۸۴ است که هر حیطه از رفتارهای خودمراقبتی در صدی از نمره را به خود اختصاص می‌دهد: رعایت رژیم غذایی (سؤالات ۱ تا ۴، نمره صفر تا ۲۸)؛ انجام فعالیت جسمی (سؤالات ۵ و ۶، نمره صفر تا ۱۴)؛ پیش قند خون (سؤالات ۷ و ۸، نمره صفر تا ۱۴)؛ مراقبت از پا (سؤالات ۹ و ۱۰، نمره صفر تا ۱۴)؛ پرهیز از سیگارکشیدن (سؤالات ۱۱ و ۱۲، نمره صفر تا ۱۴). در صورتی‌که بیماران کمتر و مساوی ۵۰ درصد از نمره کل را کسب کنند، دارای کیفیت عملکرد ضعیف، بین ۵۱ تا ۷۵ درصد دارای عملکرد متوسط و بین ۷۶ تا ۱۰۰ درصد دارای عملکرد خوب در نظر گرفته می‌شوند (۲۸). توبرت و همکاران، پایایی، روایی و داده‌های هنجاری هفت پژوهش انجام‌شده روی پرسش‌نامه را بررسی کردند. در مجموع بررسی این هفت پژوهش نشان داد، این پرسش‌نامه، شاخص چندبعدی خودمراقبتی است که پایایی درونی و آزمون‌بازآزمون پذیرفتنی دارد و از روایی و حساسیت به تغییر برخوردار است (۲۸). در پژوهشی دیگر، اسکینر و هامپسون ثبات درونی پذیرفتنی را برای رژیم (۰/۶۴)، ورزش (۰/۸۳) و آزمایش قند خون (۰/۸۰) نشان دادند و آن را شاخص معتبری برای خودمراقبتی دیابت دانستند (۲۹). پایایی و روایی این پرسش‌نامه در ایران توسط پورشریفی و همکاران به تأیید رسید. در پژوهش مذکور، ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه روی ۹۱ بیمار دیابتی نوع دو بررسی شد و تحلیل عاملی به‌کار رفت تا روایی سازه مقیاس مشخص شود. همچنین، پرسش‌نامه با فاصله پنج هفته روی ۵۸ نفر از همان دیابتی‌ها، آزمون مجدد شد. ضرایب همبستگی آزمون‌بازآزمون درخصوص پرسش‌نامه خودمراقبتی و خرده‌مقیاس‌های آن از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ و ضریب آلفای کرونباخ آن‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ در نوسان بود (۳۰). در مطالعه قاسمی و همکاران با اجرا روی شصت بیمار دیابتی نوع دوم، آلفای کرونباخ ۰/۷۷ برای کل سؤالات پرسش‌نامه به‌دست آمد. برای تعیین روایی تشخیصی، پرسش‌نامه روی چهل بیمار دیابتی و چهل نفر سالم اجرا شد که آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت بین دو گروه معنادار بود و آزمون روایی تشخیصی مناسبی داشت. همچنین پرسش‌نامه از پایایی بازآزمایی نسبتاً زیاد و مناسبی

5. Participation

6. Persuasion

7. Protection

8. Summary of Diabetes Self Care Activities Questionnaire

1. Kind behaviors

2. Connectivity

3. Security

4. Relief

برخوردار بود. مطالعات اعتباریابی بیانگر همبستگی بیشتر از ۰/۵۹ در بین سؤالات و چهار حیطه بود (۳۱).
 - برنامه مداخله با توجه به درمان متمرکز بر شفقت از نظریه گیلبرت اقتباس شد (۲۵). ترجمه فارسی برنامه درمانی و متناسب سازی با شرایط فرهنگی از لحاظ تعریف واژه‌های تخصصی مانند شفقت و مهربانی به خود و دیگران و تأثیر آن بر ویژگی‌های روان‌شناختی افراد

توسط نویسندگان این مقاله تدوین و آماده شد و اجرای آن روی گروه آزمایش صورت گرفت. روایی محتوایی نیز با نظرخواهی از چهار نفر متخصص روان‌شناسی آشنا به درمان‌های موج سوم، به تأیید رسید. برنامه مداخله براساس درمان متمرکز بر شفقت طبق نظریه گیلبرت در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. برنامه مداخله براساس درمان متمرکز بر شفقت طبق نظریه گیلبرت (۲۵)

جلسه	روند جلسات
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی درمانگر و اعضای گروه با یکدیگر، گفت‌وگو درباره هدف تشکیل جلسات و ساخت کلی آن، بررسی انتظارات از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و تمایز شفقت با تأسف برای خود
دوم	توضیح و تشریح شفقت: تعریف شفقت و چگونگی فائق‌آمدن بر مشکلات از طریق آن، آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین واریسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی بر شفقت
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد شفقت‌ورز، شفقت به دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی به خود، پرورش و درک وجود نقایص و مشکلات در دیگران (پرورش حس اشتراکات انسانی) در مقابل احساسات خود تخریب‌گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن‌آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و قضاوت نکردن
چهارم	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان شفقت‌ورز یا غیرشفقت‌ورز با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین‌های پرورش ذهن شفقت‌ورز، ارزش شفقت، همدلی و همدردی درباره خود و دیگران
پنجم	آموزش سبک‌ها و فن‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی، شفقت پیوسته) و به‌کارگیری این فن‌ها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان
ششم	آموزش توانش‌های شفقت به شرکت‌کنندگان در حوزه‌های توجه شفقت‌ورز، استدلال شفقت‌ورز، رفتار شفقت‌ورز، تصویرپردازی شفقت‌ورز، احساس شفقت‌ورز و ادراک شفقت‌ورز، ایفای نقش فرد در سه بُعد وجودی خود انتقادگر، خود انتقادشونده و خود شفقت‌ورز با استفاده از فن‌های خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای خود انتقادگر و خود شفقت‌گر درونی هنگام گفت‌وگوی درونی و مشابهت آن با الگوی گفت‌وگوی افراد مهم زندگی مانند پدر و مادر
هفتم	پرکردن جدول هفتگی افکار انتقادگر، افکار شفقت‌ورز و رفتار شفقت‌ورز، پیدا کردن رنگ، مکان و موسیقی شفقت‌گر که اجزای تصویرپردازی‌های شفقت‌ورز می‌توانند باشند، کار روی ترس از شفقت به خود و موانع پرورش این خصیصه، آموزش فن‌های تصویرپردازی ذهنی شفقت‌ورز، تنفس تسکین‌بخش ریتمیک، ذهن‌آگاهی و نوشتن نامه شفقت‌ورز
هشتم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و پاسخ‌گویی به سؤالات اعضا و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از اعضا برای شرکت در جلسات، اجرای پس‌آزمون

داده‌های پژوهش با آزمون‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، تی مستقل و خی‌دو به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد. برای بررسی پیش‌فرض‌ها، آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لون و همسانی شیب خطوط رگرسیون در سطح معناداری ۰/۰۵ به کار رفت.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج توصیفی در پژوهش حاضر در گروه آزمایش ده نفر (۶۶/۶۶ درصد) تحصیلات دیپلم، سه نفر (۲۰ درصد) لیسانس و دو نفر (۱۳/۳۳ درصد) فوق‌لیسانس و نیز در گروه گواه هفت نفر (۱۳/۳۳ درصد) فوق‌لیسانس و نیز در گروه گواه هفت نفر

(۴۶/۶۶ درصد) تحصیلات دیپلم، پنج نفر (۳۳/۳۳ درصد) لیسانس و سه نفر (۲۰ درصد) فوق‌لیسانس داشتند. از لحاظ جنسیت در گروه آزمایش یازده نفر (۷۳/۳۳ درصد) زن و چهار نفر (۲۶/۶۶ درصد) مرد و نیز در گروه گواه سیزده نفر (۸۶/۶۶ درصد) زن و دو نفر (۱۳/۳۳ درصد) مرد بودند. همچنین در این پژوهش، سی بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه شرکت کردند که میانگین سنی در گروه آزمایش ۲۶/۶ ± ۴۰/۷ و در گروه گواه ۲۵/۳ ± ۴۰/۷ سال بود. با استفاده از آزمون‌های خی‌دو و تی مستقل مشخص شد که دو گروه از نظر توزیع سنی، جنسی و تحصیلات همسان بودند ($p > 0/05$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های خودمراقبتی در دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	F	مقدار احتمال
خودمراقبتی	آزمایش	۲۴/۵۸	۵/۲۸	۲۶/۴۲	۳/۱۹	۵/۱۴۹	۰/۰۰۵
	گواه	۲۵/۵۸	۳/۳۴	۲۵/۲۷	۳/۱۳		۰/۰۹۵

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، میانگین نمرات خودمراقبتی در پس‌آزمون گروه آزمایش افزایش یافت؛ ولی در پس‌آزمون گروه گواه تغییر

درخور توجهی مشاهده نشد.

شفقت داشته باشند. در این فن درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌کند. در تمرین‌های شفقت بر تنش‌زدایی، ذهن آرام، دلسوز و ذهن آگاهی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت (۳۴).

در تبیین دیگر یافته پژوهش می‌توان به این موضوع اشاره کرد که مسئله مهم‌تری که این بیماران با آن درگیر هستند، نداشتن شفقت و مهربانی به خود و نبود خودمراقبتی است و این مسئله بر اساس مؤلفه‌های درمان متمرکز بر شفقت اصلاح‌پذیر است (۳۵). بر مبنای نظر نف می‌توان گفت، درمان مبتنی بر شفقت نقش مهمی در سلامت دارد و افراد با درگیری و انجام مهارت‌های مرتبط با آن می‌توانند شادکامی و بهزیستی کسب کنند و آن‌ها را ارتقا بخشند (۲۳). این شیوه درمانی باعث می‌شود با به‌کارگیری تجربه‌ها، فعالیت‌هایی مانند یادگیری یا رفتارهای جایگزین و سازگارانه‌تر ایجاد شود و این روش دارای منابع مقابله‌ای مناسب است که به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک می‌کند تا با رویدادهای منفی زندگی مواجه شوند و به‌خوبی با آن‌ها مقابله کنند.

همچنین درمان مبتنی بر شفقت نقش مهم و مؤثری در حفظ سلامت دارد؛ زیرا در این روش افراد یاد می‌گیرند درقبال خود مهربان باشند، با دیگران احساس مشترک و صمیمی داشته باشند، درباره شرایط زندگی خود هشیار بوده و با مسائل و مشکلات بدون قضاوت روبه‌رو شوند؛ در نتیجه، درمان مبتنی بر شفقت به‌عنوان کیفیت تماس با رنج‌ها و آسیب‌ها و احساس کمک برای رفع مشکلات تعریف می‌شود و با مؤلفه‌های مثبت روان‌شناختی مثل نوع دوستی، شادی و مهربانی با خود همراه است؛ لذا روش درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش توجه به خود و مهربانی با خود ابتدا سبب ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی و به طبع سلامت جسمی و روانی و در نهایت باعث ارتقای رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. این نتایج در زمینه بهبود رفتارهای خودمراقبتی با نتایج پژوهش‌های پیمان‌نیا و همکاران (۳۶) و مانتزویس و ایگان (۳۵) و بیبر و الیس (۳۷) همسوست؛ برای مثال پیمان‌نیا و همکاران به این نتیجه رسیدند که درمان پذیرش و تعهد همراه با شفقت سبب کاهش رفتارهای خودآسیب‌رسان در دانش‌آموزان دارای علائم اختلال شخصیت مرزی می‌شود و نتایج درمان در مرحله پیگیری حفظ شده است (۳۶). در پژوهشی دیگر مانتزویس و ایگان گزارش کردند، درمان مبتنی بر شفقت سبب ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامتی می‌شود (۳۵).

در انتها باید به این موضوع اشاره کرد که هر مطالعه‌ای محدودیت‌هایی دارد. اجرای پژوهش حاضر روی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مرکز مشاوره روان‌یار تهران بود که این امر تعمیم‌پذیری نتایج را به شهرها و افراد دیگر کاهش می‌دهد. نحوه نمونه‌گیری نیز از نوع دردسترس بود که باید مدنظر قرار گیرد. قوت این پژوهش، جدید بودن استفاده از درمان متمرکز بر شفقت در بررسی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود. با توجه به نتایج پژوهش و تجربیات پژوهشگر در حین کار بر افراد مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود، در پژوهش‌های آینده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت روی مشکلات دیگر این افراد به‌ویژه افسردگی و اضطراب بررسی شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و بیان همسویی آن در مطالعات انجام‌شده، درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی بیماران

برای بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس از آزمون‌های کولموگوروف اسمیرنوف، لون و همسانی شیب خطوط رگرسیون در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد؛ به این صورت که برای بررسی همگنی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، آزمون لون به‌کار رفت. نتایج آزمون لون برای متغیر خودمراقبتی به‌لحاظ آماری معنادار نبود ($F_{(1,16)} = 2/010, p = 0/206$)؛ بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها تأیید شد. مفروضه مهم تحلیل کوواریانس یعنی همگونی ضرایب رگرسیون از طریق بررسی اثر تعاملی متغیر مستقل و پیش‌آزمون متغیر وابسته بر پس‌آزمون آن انجام شد که نتایج حاکی از همسانی شیب خطوط رگرسیون بود ($F = 1/74, p = 0/263$). برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد که برای متغیر خودمراقبتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع جامعه بود ($p > 0/05$). باتوجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک‌متغیره، استفاده از این آزمون مجاز بود.

باتوجه به میانگین‌های مندرج در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل کوواریانس مشخص کرد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون میانگین نمرات خودمراقبتی در پس‌آزمون گروه آزمایش از گروه گواه به‌طور معناداری بیشتر شد ($p = 0/005$). اندازه اثر ۰/۵۶ بود که نشان می‌دهد، ۵۶ درصد از تغییرهای متغیر خودمراقبتی، ناشی از تأثیر مداخله درمانی بود. توان آزمون ۰/۹۵ به‌دست آمد که نشان از کفایت حجم نمونه داشت.

۴ بحث

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود. نتایج پژوهش نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت باعث افزایش خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود. این یافته پژوهش حاضر با پژوهش زارعی و همکاران در بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در درمان افسردگی و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (۳۲) همسوست. همچنین سید جعفری و همکاران در پژوهش خود با بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تاب‌آوری و امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان دادند، درمان مذکور باعث افزایش امید به زندگی و تاب‌آوری این بیماران می‌شود (۳۳).

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، افراد مبتلا به دیابت نوع دو با بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند. همین موضوعات می‌تواند به‌راحتی فرد مبتلا را از لحاظ خودمراقبتی در شرایط بد و ناگواری قرار دهد. از طرف دیگر افراد به‌طور کلی موضوع شفقت‌ورزی و مهربانی 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 (به‌شیاری)، تجربه هیجانی خود را می‌شناسند و سپس بازخوردی مشفقانه درقبال احساسات منفی خویش پیدا می‌کنند (۳۴). در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نورزند و آن‌ها را سرکوب نکنند؛ بنابراین می‌توانند در گام اول تجربه خود را بشناسند و درباره آن احساس

مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است و با استفاده از این روش درمانی جدید در افراد مبتلا به دیابت نوع دو می‌توان گام مؤثری در زمینه مذکور برداشت.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد، درمان متمرکز بر شفقت بر افزایش خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر است؛ بنابراین درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند به‌عنوان روش مداخله‌ای جدیدی در افزایش خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو به‌کار رود.

۶ بیانیه

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجراست.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای مطالعه گزارش شده از منابع شخصی تأمین شده است.

References

1. Welschen LMC, Van Oppen P, Bot SDM, Kostense PJ, Dekker JM, Nijpels G. Effects of a cognitive behavioural treatment in patients with type 2 diabetes when added to managed care; a randomised controlled trial. *J Behav Med.* 2013;36(6):556–66. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9451-z>
2. Amini M, Gooya MM, Delavari AR, Mahdavi AL, Tabatabaei A, Haghghi S. Keifiyate edareye diabet dar Iran dar salhaye 1383–1385 [Quality of diabetes administration in Iran during 2004–2006]. *Medical Council of Iran.* 2008;26(1):20–9. [Persian] <http://jmciri.ir/article-1-1155-en.html>
3. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and facilitators of empowerment in people with diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.* 2009;10(5):455–64. [Persian] <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-619-en.html>
4. Wexler DJ. Overview of general medical care in nonpregnant adults with diabetes mellitus [Internet]. 2013 Jan 30 [cited 2014 Nov 9]. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-general-medical-care-in-nonpregnant-adults-with-diabetes-mellitus>
5. Larijani B, Abolhasani F, Mohajeri-Tehrani MR, Tabatabaie O. Prevalence of diabetes mellitus in Iran in 2000. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism.* 2005;4(3):75–83. [Persian] <http://ijdld.tums.ac.ir/article-1-407-en.html>
6. Smeltzer SC, Bare BG, Himkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 12th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. Ghanbari A, Parsa Yekta Z, Faghihzadeh S, Hashemi S. Application in self-care Model to determine the influencing factors on Qol and patient's metabolic condition. *Daneshvar Medicine.* 2004;51(11):64–74. [Persian]
8. Dyck R, Osgood N, Lin TH, Gao A, Stang MR. Epidemiology of diabetes mellitus among first nations and non-first nations adults. *Canadian Medical Association Journal.* 2010;182(3):249–56. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090846>
9. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care.* 2012;35(Supplement_1):101–8. <https://doi.org/10.2337/dc12-s101>
10. Shirazi M, Anousheh M. Review of history and changes in self-care education to diabetic patients in the world, Iran and the nurses position in this field. *Iranian Journal of Medical Education.* 2011;10(5):972–81 [Persian] <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-1416-en.html>
11. Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M. Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. *Croat Med J.* 2004;45(5):630–6.
12. Monak L. 4 Key dimensions of self-care [Internet]; 2024. <https://ctrinstitute.com/blog/4-key-dimensions-self-care/>
13. Baquedano IR, Santos MA Dos, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2010;18(6):1195–202. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692010000600021>
14. Morowaty Sharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. Determinants of diabetes self-care model for patients referred to Yazd diabetes research center. *Daneshvar Medicine.* 2009;16(2):29–36 [Persian] http://daneshvarmed.shahed.ac.ir/article_1343.html?lang=en
15. Aghvamy MS, Mohammadzadeh S, Gallalmanesh M, Zare R. Assessment the education compariment to two ways: groupe education and computer education on quality of life in the children 8-12 years suffering from asthma in the Valiasr Hospital of Zanjan. *J Adv Med Biomed Res.* 2010;19(74):78–85 [Persian] <http://zums.ac.ir/journal/article-1-1419-en.html>

16. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari Gh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Birjand University of Medical Sciences*. 2010;8(4):197–204. [Persian]
17. Parham M, Riahin A, Jandaghi M, Darivandpour A. Self-care behaviors of diabetic patients in Qom. *Qom Univ Med Sci*. 2013;6(4):81–7 [Persian] <http://journal.muq.ac.ir/article-1-539-en.html>
18. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Ardebili HE, Niknami S, Hajizadeh E, Alizadeh M. Assessment of factors affecting self-care behavior among women with type 2 diabetes in Khoy city diabetes clinic using the extended theory of reasoned action. *Journal of School of Public Health*. 2011;9(2):79–92. [Persian] <http://sjsph.tums.ac.ir/article-1-55-en.html>
19. Mahmoodi A, Alavi M, Mosavi N. The relationship between self-care behaviors and HbA1c in diabetic patients. *Avicenna J Nurs Midwifery Care*. 2012;20(3):20–30. [Persian] <http://nmj.umsha.ac.ir/article-1-1119-en.html>
20. Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on the self-care behaviors, psychological wellbeing, and hope of patients with type II diabetes. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;8(1):265–75. [Persian] <http://jcnm.skums.ac.ir/article-1-1138-en.html>
21. Ros-Morente A, Alsinet Mora C, Torrelles Nadal C, Blasco Belled A, Jordana Berenguer N. An examination of the relationship between emotional intelligence, positive affect and character strengths and virtues. *Anal Psicol*. 2018;34(1):63–7. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.1.262891>
22. Neff KD. The role of self-compassion in development: a healthier way to relate to oneself. *Human Development*. 2009;52(4):211–4. <https://dx.doi.org/10.1159/000215071>
23. Neff K. Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003;2(2):85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
24. Neff KD, Beretvas SN. The role of self-compassion in romantic relationships. *Self and Identity*. 2013;12(1):78–98. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.639548>
25. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv psychiatr treat*. 2009;15(3):199–208. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264>
26. Ashworth F, Gracey F, Gilbert P. Compassion focused therapy after traumatic brain injury: theoretical foundations and a case illustration. *Brain Impairment*. 2011;12(2):128–39. <https://doi.org/10.1375/brim.12.2.128>
27. Depue RA, Morrone-Strupinsky JV. A neurobehavioral model of affiliative bonding: Implications for conceptualizing a human trait of affiliation. *Behav Brain Sci*. 2005;28(03):313–50. <https://doi.org/10.1017/s0140525x05000063>
28. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000;23(7):943–50. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943>
29. Skinner TC, Hampson SE. Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. *Diabetes Care*. 2001;24(5):828–33. <https://doi.org/10.2337/diacare.24.5.828>
30. Pourisharif H, Babapour J, Zamani R, Besharat MA, Mehryar AH, Rajab A. The effectiveness of motivational interviewing in improving health outcomes in adults with type 2 diabetes. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2010;5:1580–4. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.328>
31. Ghasemi N, Namdari K, Ghorehshian M, Amini M. Barrasiye rabetey beyn entezar garaee (arzeshmandi zaman) va mizan paybandi be rafter haye khod moraghebati dar bimiran daiabeti noe dovom [The relationship between "expectationism" and "loyalty to self-care behaviors" in type II diabetes patients]. *Clinical Psy & Personality*. 2010;17(43):1–10. [Persian]
32. Zareie, F. Asar bakhshi darman motamarkez bar shafaghat dar darman afsordegi va control ghand khoon bimiran mobtala be diabet noe 2 [Effectiveness of compassion-focused therapy in the treatment of depression and glycemic control in patients with type 2 diabetes] [Thesis for MSc]. [Kordestan, Iran]: Faculty of Humanities and Social Sciences, Kordestan University; 2014.
33. Seyyed Jafari J, Borjali A, Sherafati S, Panahi M, Dehnashi Latan T, Oboodyat S. The effectiveness of compassion - focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2. *Psychological Science*. 2020;19(92):945–55. [Persian]
34. Heriot-Maitland C, Vidal JB, Ball S, Irons C. A compassionate-focused therapy group approach for acute inpatients: Feasibility, initial pilot outcome data, and recommendations. *Br J Clin Psychol*. 2014;53(1):78–94. <https://doi.org/10.1111/bjc.12040>
35. Mantzios M, Egan HH. On the role of self-compassion and self-kindness in weight regulation and health behavior change. *Front Psychol*. 2017;8:229. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00229>
36. Peymannia B, Hamid N, Mahmoudalilu M. The effectiveness of ACT matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of students with symptoms of borderline personality disorders. *J Psychol Achiev*. 2018;25(1):23–44. [Persian] https://psychac.scu.ac.ir/article_13742.html?lang=en
37. Biber DD, Ellis R. The effect of self-compassion on the self-regulation of health behaviors: a systematic review. *J Health Psychol*. 2019;24(14):2060–71. <https://doi.org/10.1177/1359105317713361>