MEJDS. 2023; 13:76.
Published online 2023 Aug. **Original Article**

Investigating the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Compassion on Perceived Illness, Negative Mood, Hope, and Social Adjustment in Young Girls with Type 1 Diabetes Mellitus

*Hajisadeghian M[1], Samandary S[2]

Author Address
1. MA in Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran;
2. PhD in Psychiatry, Instructor, Psychiatrist in Modares Hospital, Medical Sciences University, Esfahan, Iran.
***Corresponding Author Email:** mojgan.haji1234@gmail.com

Received: 2022 January 10; **Accepted:** 2022 May 2

Abstract

Background & Objective: Diabetes is a chronic, progressive, and common disease in Iran and the world. Its control and treatment are costly and rank the fourth leading cause of death in most developed countries. There are two main types of diabetes: type 1 and type 2. People with type 1 diabetes have very little or no insulin production. Girls with diabetes see their illness as a stigma that leads to psychological damage. They misbelieve that they should not get married or would never have children after marriage. These wrong thoughts will lead to avoidance and problems in the social adjustment of girls with diabetes.
Social adjustment can be achieved by adapting to the environment or changing the environment to meet the needs, both resulting in increased hope. When people lose their hope, they develop an inflexible mindset. They could not solve their problems and constantly evaluate their experiences negatively and incorrectly. They expect tormenting consequences for their problems and thus experience more negative moods such as depression and anxiety. Increased depression and anxiety will lead to faulty perception of the disease and the observance of care instructions. If people acquire misconceptions about their illnesses, they may employ abnormal adaptation strategies, which can have detrimental effects on the life and experience of the disease.
The effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion therapy have been confirmed on different psychological problems of diabetics. Also, many researchers recommended the combination of these two therapies. However, this combination therapy has not been studied yet. Therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of integrated treatment of acceptance and commitment with compassion on disease perception, negative mood, hope, and social adjustment of young girls with type 1 diabetes.
Methods: This quasi–experimental study employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of all young girls (18 to 25 years old) with type 1 diabetes, members of the Najafabad Diabetes Association, Najafabad City, Iran, in 2018. The sample consisted of 30 girls with type 1 diabetes randomly selected and assigned to the control (n = 15) and the experimental group (n = 15). The inclusion criteria were as follows: having type 1 diabetes (confirmed by a specialist), being single, being literate, gaining the lowest acceptable scores from research questionnaires, being 18 to 25 years old, lacking any acute or chronic mental disorders (confirmed by the clinical psychologist of the Associate), not taking part in a simultaneous psychological treatment, and not taking psychiatric medications in the last three months. The exclusion criteria were as follows: non–cooperation, failing their tasks, and absence of more than two sessions from the intervention. The experimental group had 10 sessions of 90 minutes. Combined treatment received acceptance and commitment with compassion. The study instruments were the Brief Illness Perception Questionnaire (B–IPQ) (Broadbent et al., 2006), Beck Depression Inventory (BDI–II) (Beck et al., 1996), Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck et al.,1988), Schneider's Life Expectancy Inventory (SLEQ) (Schneider et al., 1991) and The California Personnel Questionnaire (CTP) (Thorpe et al.,1953). Statistical analysis was performed using univariate analysis of covariance in SPSS software. The significance level was considered 0.05.
Results: By adjusting the pretest scores, significant differences are observed between the experimental and control groups in the posttest scores of illness perception, negative mood, hope, and social adjustment of young girls with type 1 diabetes ($p< 0.05$). In other words, the combined treatment of acceptance and commitment with compassion improved the perception of the disease, negative mood, hope, and social adjustment of young girls with type 1 diabetes ($p<0.05$).
Conclusion: Therapists are recommended to use the combined treatment of acceptance and commitment with compassion to improve the perception of the disease, reduce negative mood, and increase hope and social adjustment of young girls with type 1 diabetes.
Keywords: Perception of disease, Negative mood, Hope, Social adjustment, Type 1 diabetes, Combined therapy of acceptance and commitment with compassion.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

Copyright © 2023, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۲؛ (۱۳):۷۶.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۲ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک

*مژگان حاجی صادقیان[۱] ،سعید سمندری[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران؛

۲. دکتری روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی، کارمند دانشگاه علوم پزشکی، روان‌پزشک بیمارستان مدرس، اصفهان، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** mojgan.haji1234@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۰دی۱۴۰۰؛ **تاریخ پذیرش:** ۷خرداد۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: دیابت تغییرات عمده‌ای در اغلب سیستم‌های بدن ایجاد می‌کند و بروز عوارض فوری یا دیررَسی را به‌دنبال دارد که برای دختران، ننگ شمرده می‌شود؛ همچنین آسیب‌های روان‌شناختی بسیاری را به‌همراه دارد؛ ازاین‌رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. نمونهٔ پژوهش را سی دختر جوان داوطلب واجد شرایط، مبتلا به دیابت نوع یک و عضو انجمن دیابت شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که به‌روش دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ده جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت را دریافت کرد. ابزارهای استفاده‌شده فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری (BIPQ) (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۶)، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (BDI-II) (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامه اضطراب بک (BAI) (بک و همکاران، ۱۹۸۸)، پرسش‌نامهٔ امید به زندگی اشنایدر (SLEQ) (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) و پرسش‌نامهٔ شخصیتی کالیفرنیا (CTP) (تورپ و همکاران، ۱۹۵۳) بود. تجزیه‌وتحلیل آماری، با روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام گرفت. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون، بین دو گروه در مرحلهٔ پس‌آزمون در نمرات ادراک بیماری (p=۰/۰۱۲)، خُلق منفی (p=۰/۰۰۱)، امیدواری (p=۰/۰۰۱) و سازگاری اجتماعی (p=۰/۰۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری: درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک اثرات مثبتی دارد.

کلیدواژه‌ها: ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری، سازگاری اجتماعی، دیابت نوع یک، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۲، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

۱ مقدمه

امروزه بیماری‌های جسمی و روان‌شناختی فراوانی شناسایی شده‌اند که برخی از آن‌ها مزمن هستند (۱). دیابت[1]، بیماری مزمن و شایعی در ایران و جهان به‌شمار می‌رود که پیش‌رونده و پرهزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند (۲). این بیماری چهارمین علت مرگ‌ومیر در اغلب کشورهای توسعه‌یافته است (۳). گزارش شد که در سال ۲۰۱۱، ۳۶۶میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت تشخیص داده شده‌اند و انتظار می‌رود این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۵۵۲میلیون نفر افزایش یابد (۴،۵). شیوع این بیماری در منطقهٔ خاورمیانه تا سال ۲۰۳۰ به‌طور درخورتوجهی افزایش خواهد یافت و برآورد می‌شود نرخ رشد سالانهٔ دیابت تا سال ۲۰۳۰ در ایران بعد از پاکستان به رتبهٔ دوم منطقه برسد (۶).

دیابت دو نوع اصلی دارد: دیابت نوع اول[2]؛ دیابت نوع دوم[3]. افرادی که دارای دیابت نوع اول هستند، به‌میزان بسیار کم انسولین دارند یا اصلاً انسولین در بدن آن‌ها تولید نمی‌شود. مبتلایان به دیابت نوع دوم افرادی هستند که قادر به استفاده از انسولین نیستند. گروه اول ازطریق تزریق انسولین و گروه دوم تنها از راه تغییر سبک زندگی[4] می‌توانند بیماری خود را کنترل کنند (۷). دیابت نوع یک، بیماری پیچیدهٔ طولانی‌مدت است که هیچ درمانی برای آن وجود ندارد. این موضوع می‌تواند عواقب چشمگیری برای بیمارانی داشته باشد که نیاز به تطبیق زندگی خود با رژیم سخت انسولین‌درمانی دارند و درمعرض خطر عوارض مختلف سلامتی قرار می‌گیرند که برخی از آن‌ها بالقوه کشنده است. تشخیص دیابت نوع یک، ممکن است تکان‌دهنده بوده و پذیرش آن برای بیمار چالش‌برانگیز باشد (۸)؛ زیرا این بیماری باعث ایجاد تغییرات عمده‌ای در اکثر دستگاه‌های بدن می‌شود و عوارض فوری یا دیررسی به‌همراه دارد (۹). تحقیقات گذشته نشان داد، دختران مبتلا به دیابت، بیماری خود را به‌عنوان انگ می‌بینند که منجربه آسیب روانی می‌شود؛ به‌طوری‌که آن‌ها تصور می‌کنند نباید ازدواج کنند و درصورت ازدواج مصمم هستند که هرگز بچه‌دار نشوند. این افکار ناکارآمد سبب دوری‌گزینی و بروز اشکالاتی در سازگاری اجتماعی[5] دختران مبتلا به دیابت خواهد شد (۱۰). سازگاری اجتماعی به‌عنوان انطباق فرد با محیط اجتماعی تعریف می‌شود که این انطباق به‌واسطهٔ تطابق شخص با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رسیدن به این انطباق به‌وجود می‌آید و نتیجهٔ آن افزایش امید[6] به زندگی است (۱۱).

نتایج پژوهش طاهری و همکاران مشخص کرد، میزان امید به زندگی در بیماران دیابتی کمتر از افراد غیردیابتی است (۹). امید شاخصی آماری است که میانگین امید به زندگی در جامعه را نشان می‌دهد یا به‌عبارتی بیان می‌کند هر فرد چند سال می‌تواند توقع طول عمر داشته باشد. با بهبود شاخص‌های بهداشت و درمان، امید افزایش می‌یابد و بنابراین یکی از شاخص‌های سنجش پیشرفت و عقب‌ماندگی کشورها نیز هست (۱۲). فرد اگر احساس کند زندگی او معنادار و ارزشمند است، به زندگی خود اطمینان بیشتری خواهد داشت (۱۳)؛ اما ناامیدی، او را در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا گرفتار، درمانده و بی‌دفاع می‌کند. با گذشت زمان، شخص همهٔ امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی[7] عمیق را جایگزین کرده و ذهنیتی انعطاف‌ناپذیر ایجاد می‌کند که مانع از حل مسئله می‌شود. لذا باعث می‌گردد فرد دائماً تجربیات خود را منفی و نادرست ارزیابی کند و عواقب نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر گیرد؛ درنتیجه خُلق منفی بیشتری مانند افسردگی و اضطراب[8] را تجربه نماید (۱۴).

براساس نتایج مطالعات همه‌گیرشناسی، شیوع افسردگی در بیماران دیابتی بیشتر از افراد غیردیابتی است که با افزایش سن بیشتر می‌شود (۱۵). شیوع افسردگی خفیف، متوسط، شدید و خیلی شدید در بیماران دیابتی ایران به‌ترتیب ۲۵/۸ درصد، ۲۰/۵ درصد، ۱۳/۸ درصد و ۳/۶درصد گزارش شده است (۱۶). نکتهٔ درخورتوجه دربارهٔ افسردگی در این گروه، آمار فراوان خودکشی ناشی‌از افسردگی در افراد دیابتی، به‌خصوص در زنان است (۱۷). در پژوهش تان و همکاران شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران دیابتی به‌ترتیب ۲۶/۶درصد و ۴۰درصد بود (۱۸) که در این بین اضطراب باوجود ارتباط آن با عوارض دیابت و درآمد خانوار توجه بسیاری از پژوهشگران را به‌خود جلب کرده است. شیوع اضطراب در افراد مبتلا به دیابت، نزدیک به ۵۰درصد گزارش شد (۱۹) که این نرخ شیوع با درنظرگرفتن تأثیر اضطراب ازطریق فعال‌سازی محور هیپوتالاموس‌ـ هیپوفیزـ آدرنال و افزایش طولانی‌مدت سطح هورمون‌های استرس اپی‌نفرین، کورتیزول، گلوکاگون و هورمون رشد و نتیجهٔ آن در افزایش قند خون، اهمیت توجه به اضطراب را در مبتلایان به دیابت نشان می‌دهد (۲۰).

تشدید علائمی که به‌واسطهٔ افزایش افسردگی و اضطراب اتفاق می‌افتد، منجربه ایجاد ادراک نامناسب از بیماری خواهد شد که پیروی از دستورات مراقبتی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۲۱). ادراک بیماری[9]، توانایی در تطابق با بیماری است که فرد را در شیوه‌های سازگاری و رفتارهای خاص مرتبط با بیماری مانند تبعیت از درمان هدایت می‌کند (۲۲). اگر شخصی، باورهای غلط یا ناهنجاری دربارهٔ بیماری خود داشته باشد، ممکن است راهبردهای سازگاری ناهنجاری را اتخاذ کند و چنین راهبردهایی اثرات مضری بر زندگی و تجربهٔ بیماری دارد (۲۱). این نکته ضرورت بررسی وضعیت ادراک بیماری و اثر آن بر میزان پیروی از درمان را در جوامع و فرهنگ‌های گوناگون به‌خوبی توجیه می‌کند.

هرچند درمان متداول‌تر برای کنترل دیابت نوع یک، تجویز انسولین است، حتی زمانی که برنامه‌های کنترلی شامل انسولین و ورزش و تغذیه دنبال می‌شود به‌دلیل مشکلات روان‌شناختی و استرس بازهم تضمینی برای کنترل قند خون وجود ندارد (۲۳)؛ بنابراین مدیریت بهتر دیابت زمانی اتفاق می‌افتد که مداخلات روان‌شناختی[10] نیز به دارودرمانی اضافه شود. مداخلات روان‌شناختی مختلفی کنترل قند خون را تسهیل می‌کند که از آن جمله می‌توان به مداخلات نسل سوم اشاره کرد (۲۴).

---

1. Diabetes
2. Diabetes Type 1
3. Diabetes Type 2
4. Lifestyle
5. Social Adjustment
6. Hope
7. Depression
8. Anxiety
9. Illness Perception
10. Psychological Interventions

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

از مداخلات پرکاربردتر، درمان پذیرش و تعهد[1] است که شش فرایند مرکزی دارد و به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر می‌شود. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ گسلش شناختی؛ ارتباط با زمان حال؛ خود به‌عنوان زمینه؛ ارزش‌ها؛ عمل متعهدانه (۲۵). در درمان پذیرش و تعهد با استفاده از مثال و تشبیه تلاش می‌شود تا فرد بدون اجتناب از افکار و احساسات ناراحت‌کننده با روش متفاوتی، وضعیت زندگی خود را بهبود بخشد. در پژوهش‌ها بر اثر مثبت این درمان بر ادراک بیماری مبتلایان به دیابت نوع دو (۲۶)، خُلق منفی بیماران دیابتی نوع دو (۲۷)، افسردگی و اضطراب بیماران دیابتی نوع یک (۲۸) و امیدواری بیماران دیابتی نوع یک با شفقت کم (۲۹) تأکید صورت گرفت؛ همچنین گزارش شد که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند راهبردهای ناکارآمد را از راه پرورش تکنیک‌های منجربه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی تحت تأثیر قرار دهد (۲۵) و به بیمار به‌جای تلاش بیهوده دربرابر بیماری، کمک کند تا بیماری یا افکار وابسته به آن را بپذیرد و جوانب معنادار زندگی را ترویج نماید و فعالیت‌های ارزشمند را افزایش دهد؛ بدین ترتیب بیماران برای بهبود اوضاع روان‌شناختی ترغیب می‌شوند (۳۰).

دراین‌راستا متخصصان درمان پذیرش و تعهد بیان کرده‌اند که ادغام روش‌های این درمان با شفقت، می‌تواند بسیار مؤثر باشد (۳۱). این موضوع باتوجه به تأثیر درمان مذکور بر بیماران مبتلا به دیابت، حائز توجه است (۳۲). نف و گرمر، شفقت را شامل سه مؤلفهٔ مهرورزی به خویشتن دربرابر قضاوت‌کردن خود، مشترکات انسانی درمقابل انزوا، ذهن‌آگاهی درمقابل همانندسازی افراطی دانستند که با ترکیب این سه ویژگی در فرد، خودشفقتی نمایان می‌شود (۳۳). در این زمینه گیلبرت به طرح شفقت‌درمانی[2] برپایهٔ این موضوع اقدام کرد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌دهندهٔ بیرونی باید درونی شوند تا ذهن انسان مانند عوامل بیرونی به آن واکنش نشان ندهد (۳۴). این درمان سبب ایجاد برخوردی توأم با محبت و پذیرا درقبال ابعاد نامطلوب زندگی فرد می‌شود و شواهدی در تأیید اثربخشی این درمان بر افسردگی و اضطراب (۳۵) و امیدواری (۳۶) بیماران دیابتی نوع دو دردسترس است.

بنابر وجود مطالعات اندک درزمینهٔ بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و نظر به پیامدهای منفی ادراک نامناسب بیماری دیابت نظیر پیروی‌نکردن از درمان، نبود تحرک و فعالیت، پایش‌نشدن قند خون و عواقب ناگوار بروز خُلق منفی، ناامیدی و ناسازگاری اجتماعی در دختران جوان، لزوم توجه به مداخله‌ای کمک‌کننده در این زمینه را روشن می‌سازد. ازسوی‌دیگر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت ازجمله درمان‌های نوین است که تأکید بسیاری بر انعطاف‌پذیری شناختی دارد. باتوجه به اهمیت این سازه در بهبود مشکلات روان‌شناختی و همچنین دردسترس‌نبودن شواهد تجربی درزمینهٔ اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران مبتلا به دیابت نوع یک، به‌منظور رفع این خلأ پژوهشی و برای کمک به بهبود وضعیت روان‌شناختی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی در دختران مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی بود که در آن از طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. جامعهٔ آماری را تمامی دختران جوان ۱۸ تا۲۵ سال مبتلا به دیابت نوع یک عضو انجمن دیابت شهرستان نجف‌آباد در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. برمبنای توصیهٔ پانزده نفر برای هریک از گروه‌ها در مطالعات نیمه‌آزمایشی (۳۷)، نمونه پژوهش، سی نفر از دختران جوان ۱۸ تا۲۵ سال داوطلب واجد شرایط مبتلا به دیابت نوع یک بودند که به‌صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به دیابت نوع یک (با تشخیص پزشک متخصص)؛ مجرد بودن؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ کسب حداقل نمرات در پرسش‌نامه‌های پژوهش؛ قرارگیری در محدودهٔ سنی ۱۸ تا۲۵ سال؛ تشخیص‌ندادن اختلالات روانی حاد یا مزمن توسط روان‌شناس بالینی انجمن؛ استفاده‌نکردن از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان؛ مصرف‌نکردن داروهای روان‌پزشکی از سه ماه قبل. ملاک‌های خروج شامل همکاری‌نکردن و انجام‌ندادن تکالیف و غیبت بیش از دو جلسه بود.

روش کار در پژوهش حاضر به این صورت بود که با مراجعه به انجمن دیابت شهرستان نجف‌آباد، فراخوانی در تابلوی اعلانات این انجمن نصب شد و از دختران مایل به شرکت در این دورهٔ درمانی، خواسته شد آمادگی خود را برای شرکت در دورهٔ مذکور اعلام کنند. بعد از مشخص‌شدن افراد داوطلب، معیارهای ورود بررسی و سی نفر از افراد دارای تطابق بیشتر با شرایط پژوهش، انتخاب شدند. پس از توضیح اهداف پژوهش، ابتدا فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری[3] (BIPQ) (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۶) به‌منظور سنجش ادراک بیماری، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک[4] (BDI-II) (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامهٔ اضطراب بک[5] (BAI) (بک و همکاران، ۱۹۸۸) به‌منظور سنجش خُلق منفی، پرسش‌نامهٔ امید به زندگی اشنایدر[6] (SLEQ) (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱) به‌منظور سنجش امیدواری و سؤالات بُعد سازگاری اجتماعی پرسش‌نامهٔ شخصیتی کالیفرنیا[7] (CTP) (تورپ و همکاران، ۱۹۵۳) به‌منظور بررسی سازگاری اجتماعی برای اجرای پیش‌آزمون به دو گروه تحویل داده شد. سپس گروه آزمایش طی ده جلسه به‌صورت هفته‌ای دو جلسهٔ نوددقیقه‌ای درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت را براساس کتاب *درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران درمان پذیرش و تعهد* (۳۱) دریافت کرد (جدول ۱). در پژوهش حاضر این بستهٔ تلفیقی توسط پنج درمانگر پذیرش و تعهد و نیز پنج درمانگر شفقت بررسی و روایی آن تأیید شد. پس از اتمام

[1]. Acceptance And Commitment Therapy
[2]. Compassion-Focused Therapy
[3]. Brief Illiness Perception Questionnair(Bipq)
[4]. Beck Depression Inventory
[5]. Beck Anxiety Inventory
[6]. Schneider's Life Expectancy Questionnaire
[7]. California Test Personality

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

جلسات اجرای پس‌آزمون صورت گرفت. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل اطمینان به شرکت‌کنندگان دربارهٔ محفوظ‌بودن اطلاعات، اختیار کامل برای خروج از پژوهش در هر زمان، اجرای مداخله روی گروه گواه پس از پایان جلسات مداخله و قرارگرفتن نتایج آزمون در اختیار آزمودنی‌ها درصورت تمایل بود. اطلاعات حاصل در دو سطح توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس تک‌متغیری) با استفاده از نسخهٔ ۲۲ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت

جلسه	خلاصهٔ محتوا
اول	معرفی اعضا و قواعد گروه، اجرای پیش‌آزمون، برقراری ارتباط اولیه، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان، بررسی مفاهیم اساسی درمان، تمایز شفقت با تأسف برای خود.
دوم	آموزش ذهن‌آگاهی همراه با تمرین وارسی بدنی و تنفس، آشنایی با سیستم‌های مغزی مبتنی‌بر شفقت، معرفی مؤلفه‌های بُعد اشتیاق و بُعد التیام، تصویرسازی مکان امن، روابط بین خُلق و عملکرد.
سوم	آشنایی با خصوصیات افراد مهرورز، شفقت درقبال دیگران، پرورش احساس گرمی و مهربانی دربارهٔ خود، پرورش و درک وجود نقایص و مشکلات در دیگران (پرورش حس اشتراکات انسانی) درمقابل احساسات خودتخریب‌گرانه، پذیرش بیماری، ارزش‌ها.
چهارم	تمرین ذهن‌آگاهی، بحث راجع به ارزش‌ها، موانع موجود در مسیر ارزش‌ها، اهداف و عمل، تجربهٔ مهربانی‌کردن به دیگران، ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به‌عنوان مهرورز یا غیرمهرورز باتوجه به مباحث آموزشی.
پنجم	تصویرسازی خود مهربان، طرح‌ریزی و اقدام، ذهن‌آگاهی و مشاهدهٔ خود، عمل متعهدانه، تکمیل فرم مصاحبهٔ ذهن مهربان (بُعد اشتیاق).
ششم	تمایل، تعهد به اعمال و ارزش‌ها باوجود موانع، مصاحبهٔ ذهن مهربان (بُعد التیام‌بخش).
هفتم	بررسی تأثیرات تاریخچه و گذشتهٔ زندگی مُراجع، نوشتن نامه‌های مهرورزانه برای خود و دیگران.
هشتم	تمرین ذهن‌آگاهی، روش ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های واقعی مبتنی‌بر مهرورزی و عملکرد فرد در آن موقعیت.
نهم	تعهد به اعمال و ارزش‌ها، ثبت و یادداشت روزانهٔ موقعیت‌های مبتنی‌بر شفقت.
دهم	جمع‌بندی و ارائهٔ راهکارهایی برای حفظ راهکارهای مشفقانه، به‌کارگیری این روش درمانی در زندگی روزمره، جلوگیری از عود و عقب‌نشینی، اجرای پس‌آزمون، خداحافظی با درمانگر.

ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ فرم کوتاه پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری (BIPQ) (برادبنت و همکاران، ۲۰۰۶): پرسش‌نامهٔ ادراک بیماری توسط برادبنت و همکاران ساخته شد و دارای نُه سؤال است که به‌ترتیب پیامدها، طول مدت، نظارت شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجد (۳۸). دامنهٔ پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه برای هشت سؤال اول از صفر تا ۱۰ است. طیف لیکرت ده‌درجه‌ای برای بُعد پیامدها، نظارت شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری و پاسخ عاطفی به‌صورت اصلاً=صفر و کاملاً=۱۰ و برای طول مدت به‌صورت خیلی کوتاه=صفر و برای همیشه=۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز است و دربارهٔ سه علت عمدهٔ ابتلا به بیماری به‌ترتیب سؤال می‌کند؛ بنابراین دامنهٔ نمرات بین صفر تا ۸۰ متغیر است. نمرهٔ بیشتر به‌معنای ادراک بیماری بیشتر است. سازندگان ضریب پایایی پرسش‌نامه را به‌روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ گزارش کردند و به‌روش بازآزمایی به‌فاصلهٔ شش هفته برای سؤالات مختلف از ۰/۴۲ تا۰/۷۵ به‌دست آوردند. باقریان سرارودی و همکاران نسخهٔ فارسی این مقیاس را تهیه کردند. آلفای کرونباخ نسخهٔ فارسی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با نسخهٔ فارسی IPQ-R، ۰/۷۱ بود؛ به‌طورکلی ارزیابی نسخهٔ فارسی این مقیاس بیانگر اعتبار خوب و رضایت‌بخش آن است (۳۹).

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (BDI-II) (بک و همکاران، ۱۹۹۶): به‌منظور سنجش بُعد افسردگی خُلق منفی، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک به‌کار رفت. این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران برای سنجش شدت افسردگی در افراد بیشتر از سیزده سال طی دو هفته طراحی شد (۴۰). پرسش‌نامه دارای ۲۱ ماده است که با طیف لیکرت صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ صفر حداقل علائم و نمرهٔ ۳ حداکثر علائم را نشان می‌دهد؛ بنابراین طیف نمرات از صفر تا ۶۳ متغیر و نمرهٔ بیشتر به‌معنای علائم افسردگی بیشتر است. روایی همگرایی پرسش‌نامهٔ افسردگی بک با مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون، ۰/۷۱ به‌دست آمد. همچنین پایایی آزمون‌بازآزمون پرسش‌نامه پس از یک هفته ۰/۹۳ گزارش شد. رجبی و کارجو کسمایی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه را در نمونهٔ ایرانی مطالعه و گزارش کردند، آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۶ و پایایی به‌روش آزمون‌بازآزمون ۰/۹۴ است (۴۱).

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب بک (BAI) (بک و همکاران، ۱۹۸۸): به‌منظور سنجش بُعد اضطراب خُلق منفی، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک به‌کار رفت. این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران (۴۲) ساخته شد و دارای ۲۱ ماده است که با طیف چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ صفر حداقل علائم و نمرهٔ ۳ حداکثر علائم را نشان می‌دهد؛ بنابراین طیف نمرات از صفر تا ۶۳ متغیر و نمرهٔ بیشتر به‌معنای علائم اضطراب بیشتر است. هریک از ماده‌های آزمون یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی و بدنی و هراس) را توصیف می‌کند؛ بنابراین، نمرهٔ کل پرسش‌نامه در دامنه‌ای از صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد. بک و همکاران همسانی درونی این مقیاس را ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۴۲). رفیعی و سیفی نشان دادند، ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۲ و اعتبار آن با روش بازآزمایی

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

به‌فاصلهٔ یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰تا۰/۷۶ متغیر است. در این تحقیق پنج نوع روایی محتوا، هم‌زمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شد که همگی نشان‌دهندهٔ کارآیی زیاد ابزار مذکور در اندازه‌گیری شدت اضطراب بود (۴۳).

ـ پرسش‌نامهٔ امید به زندگی اشنایدر (SLEQ) (اشنایدر و همکاران، ۱۹۹۱): به‌منظور سنجش امیدواری از پرسش‌نامهٔ امید به زندگی اشنایدر و همکاران (۴۴) استفاده شد. این پرسش‌نامه دوازده سؤال دارد و نمره‌گذاری آن براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای در پیوستاری از کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵ است؛ بنابراین طیف نمرات از ۱۲تا۶۰ متغیر و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ امید بیشتر است. همسانی درونی کل آزمون ۰/۷۱۱تا۰/۷۹۱ گزارش شد (۴۴). کرمانی و همکاران در بررسی روایی سازه با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی نشان دادند، مقیاس دارای ساختاری دوعاملی شامل تفکر عامل و مسیرها است. بررسی روایی هم‌زمان با محاسبهٔ همبستگی این مقیاس با مقیاس افکار خودکشی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا بیانگر رابطهٔ منفی بین نمرات مقیاس امید با نمرات مقیاس افکار خودکشی و رابطهٔ مثبت با نمرات مقیاس‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده و معنا در زندگی بود. ضریب اعتبار این مقیاس با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ازطریق بازآزمایی ۰/۸۱ به‌دست آمد (۴۵).

ـ پرسش‌نامهٔ شخصیتی کالیفرنیا (CTP) (تورپ و همکاران، ۱۹۵۳): این پرسش‌نامه توسط تیگس و همکاران برای اولین‌بار منتشر و در سال ۱۹۵۳ تجدیدنظر شد (۴۶). این آزمون برای سنجش سازش‌های مختلف زندگی تهیه شد و براین‌اساس دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی است که هریک به‌طور جداگانه نود سؤال دوگزینه‌ای دارد. در پژوهش حاضر تنها از بُعد سازگاری اجتماعی این پرسش‌نامه استفاده شد. بخش سازگاری اجتماعی دارای شش نمره مربوط به زیرمقیاس‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضداجتماعی، روابط خانوادگی، روابط مدرسه‌ای و روابط اجتماعی است و یک نمرهٔ کلی به‌عنوان سازگاری اجتماعی از نمرهٔ زیرمقیاس‌ها به‌دست می‌آید. پاسخ‌گویی به نود سؤال آزمون سازگاری اجتماعی به‌صورت بلی و خیر است و براساس کلید تصحیح آزمون هر شش خرده‌مقیاس به پاسخ‌های صحیح امتیاز یک و پاسخ‌های غلط امتیاز صفر تعلق می‌گیرد؛ بنابراین طیف نمرات از صفر تا ۹۰ متغیر و نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ سازگاری اجتماعی بیشتر است. روایی سازه و محتوای پرسش‌نامه توسط سازندگان تأیید شد و پایایی با استفاده از روش کودرریچاردسون برای قالب‌های اجتماعی ۰/۸۰، علایق ضداجتماعی ۰/۸۲، مهارت‌های اجتماعی ۰/۸۷، روابط مدرسه‌ای ۰/۷۶، روابط خانوادگی ۰/۸۹، روابط اجتماعی ۰/۸۷ و کل ۰/۹۰ به‌دست آمد (۴۶). در ایران عاطف‌ـ وحید و همکاران ضریب اعتبار پرسش‌نامه را با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ازطریق بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش کردند (۴۷).

۳ یافته‌ها

این پژوهش روی سی نفر از دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش برابر با ۲۱/۹۳±۲/۸۴ سال و در گروه گواه برابر با ۲۲/۸۶±۲/۱۶ سال بود. همچنین ۵۳درصد از گروه آزمایش تحصیلات دیپلم و ۴۶/۷درصد لیسانس، ۴۶/۷درصد از گروه گواه دیپلم و ۵۳/۳درصد لیسانس داشتند. در جدول ۲، اطلاعات توصیفی متغیرهای ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی ارائه شده است. نتایج نشان داد، میانگین ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی در مرحلهٔ پس‌آزمون در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه بهبود یافته است.

جدول ۲. اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	منبع	گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	۲۳/۴۶	۶/۱۸	۲۳/۵۳	۶/۷۳
	پس‌آزمون	۲۸/۲۰	۷/۴۹	۲۳/۹۳	۵/۵۹
خُلق منفی (مجموع نمرات افسردگی و اضطراب)	پیش‌آزمون	۷۵/۰۷	۱۹/۰۲	۷۵/۶۶	۱۵/۳۸
	پس‌آزمون	۶۶/۰۰	۱۰/۰۸	۷۵/۶۰	۱۳/۳۲
امیدواری	پیش‌آزمون	۱۸/۸۰	۱/۰۸	۱۹/۱۳	۲/۷۴
	پس‌آزمون	۱۹/۰۶	۲/۰۵	۱۹/۰۰	۲/۱۷
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۷/۲۸	۱۰/۲۶	۴۸/۰۶۶	۵/۱۸
	پس‌آزمون	۵۰/۳۵	۸/۰۸	۴۸/۴۰	۵/۴۳

قبل از اجرای تحلیل کوواریانس، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیروـ ویلک نشان داد، در دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون توزیع داده‌ها نرمال است (p>۰/۰۵)، آزمون لوین مشخص کرد، برابری واریانس خطا بین دو گروه پژوهش رعایت شده است (p>۰/۰۵)، آزمون ام‌باکس نیز برابری ماتریس واریانس‌کوواریانس را تأیید کرد (p>۰/۰۵). در جدول ۳، نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیرهٔ نمرات ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی آورده شده است و نشان می‌دهد، با تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون، در نمرات ادراک بیماری (p=۰/۰۱۲)، خُلق منفی (p<۰/۰۰۱)، امیدواری (p<۰/۰۰۱) و سازگاری اجتماعی (p<۰/۰۰۱) دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک تفاوت معناداری

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

وجود دارد؛ یعنی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت توانسته است، ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک را بهبود بخشد. به‌عبارتی باتوجه به مجذور اتا ۲۱/۳ درصد از تفاوت در نمرات ادراک بیماری، ۷۳/۸ درصد از تفاوت در نمرات خُلق منفی، ۶۲/۴ درصد از تفاوت در نمرات امیدواری و ۳۸/۲ درصد از تفاوت در نمرات سازگاری اجتماعی دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون، ناشی‌از تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تک‌متغیرهٔ اثر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک

متغیر	منبع اثر	F	مقدار p	مجذور اِتا	توان آماری
ادراک بیماری	پیش‌آزمون	۱۳/۵۸۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۳۵	۰/۹۹۵
	گروه	۷/۲۸۶	۰/۰۱۲	۰/۲۱۳	۰/۸۴۰
خُلق منفی	پیش‌آزمون	۱۴۲/۱۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۴۵	۱/۰۰
	گروه	۷۳/۲۱۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۸	۱/۰۰
امیدواری	پیش‌آزمون	۹/۲۲۶	۰/۰۰۵	۰/۲۵۵	۰/۸۲۳
	گروه	۴۴/۷۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۲۴	۱/۰۰
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۴۰/۹۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۶۱۲	۱/۰۰
	گروه	۱۶/۰۶۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۲	۰/۹۷۱

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، این درمان بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک تأثیر دارد و منجربه بهبود متغیرهای مذکور در گروه آزمایش می‌شود. براساس جست‌وجوهای محقق، پژوهشی یافت نشد که اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت را بر ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک بسنجد؛ اما باتوجه به آنکه درمان بیان‌شده تلفیق دو درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت است می‌توان گفت، این بخش از یافته‌ها به‌صورت غیرمستقیم با پژوهش‌های پیشین همسوست: در این زمینه باغبان باغستان و همکاران گزارش کردند، درمان پذیرش و تعهد بر ادراک بیماری مبتلایان به دیابت نوع دو تأثیر مثبت دارد (۲۶)؛ محزونی و همکاران معتقد بودند، این درمان منجربه افزایش کنترل هیجانی مبتلایان به دیابت نوع دو می‌شود (۲۷)؛ پژوهش محمدی و همکاران تأثیر این درمان را بر خُلق منفی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک نشان داد (۲۸)؛ چوب‌فروش‌زاده و محمدپناه اردکان دریافتند، درمان پذیرش و تعهد منجربه افزایش امید به زندگی مبتلایان به دیابت نوع یک می‌شود (۲۹)؛ یافته‌های تحقیق خلعتبری و همکاران نشان داد، درمان پذیرش و تعهد و درمان شفقت، وضعیت روان‌شناختی مبتلایان به دیابت را بهبود می‌بخشد (۳۵)؛ سیدجعفری و همکاران در این زمینه گزارش کردند، درمان شفقت بر امید به زندگی بیماران مبتلا به دیابت اثر مثبت دارد (۳۶).

در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد که این درمان، با آموزش مهربانی به خود درمقابل انتقاد از خود، احساسات مشترک بشری درمقابل انزوا و ذهن‌آگاهی درمقابل تسلیم، شفقت به خود را در دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک افزایش داده است (۳۴). به‌نظر می‌رسد نیل به این هدف با استفاده از مراقبه‌های درمانی، آموزش عشق‌ورزیدن و تنفس با احساس انجام شده است. شفقت به خود به‌عنوان موضعی مثبت درقبال خود زمانی که همه‌چیز بد پیش می‌رود و به‌منزلهٔ صفتی و عاملی محافظ مؤثر برای پرورش انعطاف‌پذیری عاطفی، محسوب می‌شود؛ به‌طوری‌که این درمان با افزایش توانایی دختران مبتلا به دیابت نوع یک برای ایجاد ارتباط با تجربهٔ خود در زمان حال و براساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان‌پذیر است و عمل‌کردن به‌شیوه‌ای منطبق با ارزش‌های انتخاب‌شدهٔ خود، قادر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی خواهد بود (۳۳)؛ به‌عبارتی ازطریق این درمان مُراجعان می‌آموزند به‌جای اینکه به‌طور مداوم در گذشته و آینده زندگی کنند، بر احساسات حال حاضر خود متمرکز شوند. این تجربه در زمان حال به مُراجعان کمک می‌کند تغییرات دنیا را آن‌گونه که است تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن می‌سازد (۴۸)؛ بنابراین می‌آموزند به آنچه در محیط و تجربهٔ درونی دارند توجه کرده و آن را مشاهده کنند و آن را بدون قضاوت یا ارزشیابی، توصیف نمایند. همچنین به پذیرش این نکته نائل شوند که رنج و شکست و نابسندگی‌ها بخشی از شرایط انسانی به‌شمار می‌رود و همهٔ انسان‌ها و ازجمله خود فرد مستحق مهربانی و شفقت است. در طول جلسات درمانی دختران مطلع شدند که شرایط زندگی هر انسانی کامل نیست و فرد در رنج‌ها، کاستی‌ها و نواقص خود تنها نبوده و فقط او نیست که دچار چنین مشکلاتی است (۳۳). این افکار، از نشخوار فکری دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک، در راستای مشکلات و هیجانات منفی می‌کاهد و به آنان اجازه می‌دهد تا از زاویهٔ دیگری به بیماری خود بنگرند و با پذیرش محدودیت‌های ناشی‌از بیماری خود، ادراک بیماری بهتری را اتخاذ کنند (۳۴)؛ به‌عبارتی افزایش شفقت به خود که نتیجهٔ درمان پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بود، تمرکز زیاد دختران مبتلا به دیابت نوع یک را بر احساسات و افکار منفی آن‌ها که محدودکنندهٔ نگرش آنان به زندگی بود، از بین برد؛همچنین با افزایش آرامش درونی و اجتناب از نادیده‌گرفتن مشکلات، فرد را از غرق‌شدن در هیجانات منفی و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

نشخوار فکری دربارهٔ آن‌ها رهایی بخشید (۳۳) که پیامد آن، کاهش خُلق منفی و افزایش امیدواری بود.
همچنین در طول درمان ازطریق آموزش مکالمهٔ درونی با خود، به دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک القا شد که در زمان مواجهه با موقعیت استرس‌زا، با مکالمهٔ آرام و دلگرم‌کننده می‌توان مشکلات و کاستی‌های خود را قبول کرد (بدون قضاوت و سرزنش) و از استرس خود کاست. افزایش شفقت به خود از بسیاری جنبه‌ها همانند راهبردهای هیجان‌محور عمل می‌کند؛ زیرا آگاهی بهشیارانه از هیجانات خود، اجتناب‌نکردن از احساسات دردناک و ناراحت‌کننده و نزدیکی همراه با مهربانی، فهم و احساس اشتراکات انسانی به آن‌ها نیازمند است؛ درواقع، افراد در این مدل ابتدا با استفاده از بهشیاری، تجربه‌های دردناک خود را می‌شناسند. سپس نگرشی مشفقانه درقبال احساسات خود دربارهٔ مشکلات پیدا می‌کنند؛ درنتیجه انتظارات سطح بالای خود را هدف سؤال قرار می‌دهند و با نگاهی جدید و دلسوزانه دربارهٔ خود، معیارهای واقعی و توقعات دست‌یافتنی متناسب با شرایط خود را بازطراحی می‌کنند (۳۳)؛ درنتیجه با تغییر اهداف و اولویت‌های خود و نیل به اهداف جدید، می‌توانند احساس قدرت درونی بیشتری داشته باشند. در دیدگاه هایز و همکاران عنوان شد، افکار و باورهای منفی مرتبط با بیماری، نیرومند هستند و تمایل دارند بر مسیری تأکید داشته باشند که از ارزش‌های مثبت به دور است (۲۵)؛ لذا این رویکرد با کمک به بیمار موجب می‌شود فرد خود را از افکار دور نگه دارد یا آن‌ها را خنثی کند. به‌عبارتی به بیمار کمک می‌شود تا با درک و شناخت تجربه‌های شخصی خود از بیماری (بدون بحث دربارهٔ درستی افکار) با تجزیه‌وتحلیل کارکردی پیامدهای عمل (براساس افکار) خود را از افکار دور نگه دارد یا آن‌ها را خنثی کند. در طول درمان به دختران مبتلا به دیابت نوع یک، آموزش داده شد ذهن‌آگاه‌تر عمل کنند تا به‌تدریج، به‌شیوه‌ای بدون داوری، بدون طول و تفضیل و بدون کنترل، دیدن و شناختن تجربیات ناخوشایند را فراگیرند (۳۰). بیماران پس از کسب این مهارت قادرند به‌نحو بهتری اهداف خود را شناسایی و دنبال کنند و مانند شخصی نباشند که تفکر مداوم دربارهٔ بیماری، او را کنترل می‌کند، بنابراین بهتر می‌توانند با مشکلات خود سازگار شوند. این موضوع باعث افزایش سازگاری دختران جوان مبتلا به دیابت نوع یک در موقعیت‌های اجتماعی نیز شده است.
در پایان، از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودبودن جامعه به دختران جوان مجرد ۱۸تا۲۵ سال و مبتلا به دیابت نوع یک در شهرستان نجف‌آباد و نداشتن مرحلهٔ پیگیری اشاره کرد.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر نشان داد، به‌منظور بهبود ادراک بیماری، خُلق منفی، امیدواری و سازگاری اجتماعی دختران جوان مبتلا می‌توان از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد با شفقت به‌عنوان درمانی مکمل در کنار مداخلات پزشکی و برنامه‌های غذایی، بهره برد و در هزینه‌های درمان و استفاده از خدمات صرفه‌جویی کرد.

۶ تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی دوستان و همکاران عزیز که ما را در انجام پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌کنیم.

۷ بیانیه

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این پژوهش حاصل پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد نویسندهٔ اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر است. در این پژوهش برای رعایت ملاحظات اخلاقی، در پرسش‌نامه‌های پژوهش نام شرکت‌کنندگان نوشته نشد. فرایند توزیع و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بعد از دریافت رضایت‌نامه انجام گرفت و به دختران شرکت‌کننده اطمینان داده شد که مطالب نوشته‌شده در پرسش‌نامه کاملاً محرمانه است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

این مقاله بدون هرگونه حمایت مالی سازمانی انجام شده است.

References

1. Ayoubi J, Bigdeli I, Mashhadi A. The effect of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on quality of life, psychological distress and adherence in patients with type 2 diabetes mellitus. Health Psychology. 2020;9(34):75–94. [Persian] https://doi.org/10.30473/hpj.2020.48322.4533
2. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2010;33 Suppl 1(Suppl 1):S62–9. https://doi.org/10.2337/dc10-s062
3. Hosseinikhah M, Manshaei G, Ebrahimi A. Prediction of Self–care behavior based on hardiness, hope and dysfunction attitude among patients with type 2 diabetes. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2014;12(2):217–25. [Persian] https://rbs.mui.ac.ir/article-1-374-en.pdf
4. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2011;94(3):311–21. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2011.10.029
5. World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871
6. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010;87(1):4–14. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2009.10.007
7. Tsai YW, Kann NH, Tung TH, Chao YJ, Lin CJ, Chang KC, et al. Impact of subjective sleep quality on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Fam Pract. 2012;29(1):30–5. https://doi.org/10.1093/fampra/cmr041

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

8. Corbett T, Smith J. Exploring the effects of being diagnosed with type 1 diabetes in adolescence. Nurs Stand. 2020;35(7):77–82. https://doi.org/10.7748/ns.2020.e11556
9. Taheri H, Sarhadi E, Peyvand M, Hashemzehi Gonaki Z. Prevalence and severity of neuropathy in patients with type ii diabetes in Zahedan, Iran. Journal of Diabetes Nursing. 2020;8(2):1096–104. [Persian] https://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-384-en.pdf
10. Sato E, Ohsawa I, Kataoka J, Miwa M, Tsukagoshi F, Sato J, et al. Socio–psychological problems of patients with late adolescent onset type 1 diabetes analysis by qualitative research. Nagoya J Med Sci. 2003;66(1–2):21–9.
11. Adli M, Haidari H, Zarei E, Sadeghifard M. Relationship between emotional and social adjustment with marital satisfaction. Journal of Life Science and Biomedicine. 2013;3(2):118–22.
12. Pascariu MD, Canudas-Romo V, Vaupel JW. The double–gap life expectancy forecasting model. Insurance: Mathematics and Economics. 2018;78:339–50. https://doi.org/10.1016/j.insmatheco.2017.09.011
13. Bergman YS, Bodner E, Haber Y. The connection between subjective nearness–to–death and depressive symptoms: the mediating role of meaning in life. Psychiatry Res. 2018;261:269–73. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.078
14. Mohammadzadeh Farhani A, Naderi F, Rajab A, Ahadi H, Kraskian A. Effectiveness of cognitive – behavioral therapy on psychological problems and blood glucose control in children with diabetes mellitus type i. Journal of Pediatric Nursing. 2018;4(3):56–63. [Persian] https://jpen.ir/article-1-272-en.pdf
15. Bąk E, Marcisz-Dyla E, Młynarska A, Sternal D, Kadłubowska M, Marcisz C. Prevalence of depressive symptoms in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus. Patient Prefer Adherence. 2020;14:443–54. https://doi.org/10.2147/ppa.s237767
16. Azami M, Moslemirad M, Mansoori A, Khataie M, Sayehmiri K. The prevalence of depression in patients with diabetes in Iran. Journal of Babol University of Medical Sciences. 2017;19(4):16–27. [Persian] http://dx.doi.org/10.22088/jbums.19.4.16
17. AbdElmageed RM, Mohammed Hussein SM. Risk of depression and suicide in diabetic patients. Cureus. 2022;14(1):e20860. https://doi.org/10.7759/cureus.20860
18. Tan K, Chan G, Eric H, Maria A, Norliza M, Oun B, et al. Depression, anxiety and stress among patients with diabetes in primary care: a cross–sectional study. Malays Fam Physician. 2015;10(2):9–21.
19. Khan P, Qayyum N, Malik F, Khan T, Khan M, Tahir A. Incidence of anxiety and depression among patients with type 2 diabetes and the predicting factors. Cureus. 2019;11(3):e4254. https://doi.org/10.7759/cureus.4254
20. Zare H, Zare M, khalegi Delavar F, Amirabadi F, Shahriari H. Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of mindfulness based stress reductionon glycemic control in diabetes. Razi Journal of Medical Sciences. 2013;20(108):40–52. https://rjms.iums.ac.ir/article-1-2577-en.pdf
21. AlKhathami AD, Alamin MA, Alqahtani AM, Alsaeed WY, AlKhathami MA, Al–Dhafeeri AH. Depression and anxiety among hypertensive and diabetic primary health care patients. Could patients' perception of their diseases control be used as a screening tool? Saudi Med J. 2017;38(6):621–8. https://doi.org/10.15537/smj.2017.6.17941
22. Różycka J. How I see is how I feel. Identification of illness perception schema and its association with adaptation outcomes in multiple sclerosis – a 5–year prospective study. PLoS One. 2021;16(10):e0258740. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258740
23. Morris T, Moore M, Morris F. Stress and chronic illness: the case of diabetes. J Adult Dev. 2011;18(2):70–80. https://doi.org/10.1007/s10804-010-9118-3
24. Chew BH, Vos RC, Metzendorf MI, Scholten RJ, Rutten GE. Psychological interventions for diabetes–related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2017;9(9):CD011469. https://doi.org/10.1002/14651858.cd011469.pub2
25. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behav Res Ther. 2006;44(1):1–25. https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006
26. Baghban Baghestan A, Aerab Sheibani K, Javedani Masrur M. Acceptance and commitment based therapy on disease perception and psychological capital in patients with type ii diabetes. Internal Medicine Today. 2017;23(2):135–40. [Persian] http://dx.doi.org/10.18869/acadpub.hms.23.2.135
27. Mahzooni M, Mazaheri M, Nikoofar M. Application of acceptance and commitment therapy for emotional control in type ii diabetic patients. Journal of Diabetes Nursing. 2019;7(3):877–86. [Persian] http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-356-en.pdf
28. Mohammadi T, Rah Nejat AM, Esmaeili A, Taghva A, Shahmiri H, Dabaghi P. The impact of acceptance and commitment therapy on reducing of depression and anxiety in patients with type–1 diabetes. EBNESINA. 2018;20(1):48–55. [Persian] https://ebnesina.ajaums.ac.ir/article-1-569-en.pdf
29. Choobforushzadeh A. Mohammadpanah Ardakan A. Asarbakhshi darman mobtani bar paziresh va ta'ahod bar rezayat az zendegi va omid be zendegi bimaran diabeti noe 1 ba shafaghat be khode paeen [The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on life satisfaction and life expectancy of type 1 diabetic

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]

patients with low self–compassion] [Internet]. In: 2nd National Conference on Lifestyle–Centered Psychology and Health. Shiraz, Iran: Civilica; 2020. [Persian] https://civilica.com/doc/1160800/
30. Vowles KE, McCracken LM. Acceptance and values–based action in chronic pain: a study of treatment effectiveness and process. J Consult Clin Psychol. 2008;76(3):397–407. https://doi.org/10.1037/0022-006x.76.3.397
31. Tirch DD, Schoendorff B, Silberstein LR. The ACT practitioner's guide to the science of compassion: tools for fostering psychological flexibility. Daneshmand Q, Izadi R, Abedi M. (Persian translator). Isfahan: Kaveshyar Pub; 2016.
32. Kazemi A, Ahadi H, Nejat H. Effectiveness of compassion focused therapy on loneliness, self–care behaviors and blood sugar in diabetes patients. Iranian Journal of Rehabilitation Research. 2020;6(3):42–9. [Persian] http://ijrn.ir/article-1-493-fa.pdf
33. Neff KD, Germer CK. A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. J Clin Psychol. 2013;69(1):28–44. https://doi.org/10.1002/jclp.21923
34. Gilbert P. Compassion: conceptualisations, research and use in psychotherapy. New York, NY, US: Routledge; 2005.
35. Khalatbari A, Ghorbanshiroudi S, Zarbakhsh MR, Tizdast T. Comparison of the effectiveness of compassion–based therapy and acceptance–based therapy and commitment to self–care behavior and glycosylated hemoglobin in patients with type 2 diabetes. Journal of Guilan University of Medical Sciences. 2020;29(3):34–49. [Persian] http://dx.doi.org/10.32598/JGUMS.29.3.1584.1
36. Seyyedjafari J, Borjali A, Sherafati S, Panahi M, Dehnashi T, Oboodyat S. The effectiveness of compassion -focused therapy on resilience and life expectancy in type diabetes mellitus 2. Journal of Psychologicalscience. 2020;19(92):945–56. [Persian] http://psychologicalscience.ir/article-1-705-en.pdf
37. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2020. [Persian]
38. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. J Psychosom Res. 2006;60(6):631–7. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
39. Bagherian Sararoodi R, Saneei H, Bahrami Ehsan H. The relationship of history of hypertension and illness cognitive representation in post–myocardial infarction. Journal of Isfahan Medical School. 2009;27(101):710–6. [Persian] https://jims.mui.ac.ir/article_13120_5f0e54a36a4f2aa68da6dffea2bf9ae9.pdf
40. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory. 2nd ed. San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
41. Rajabi G, Karju Kasmai S. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory second edition. Quarterly of Educational Measurement. 2012;3(10):139–58. [Persian] https://jem.atu.ac.ir/article_5657_e0c22c36e337503b734051165f815e13.pdf
42. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7. https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.6.893
43. Rafeie M, Seyfi A. An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf
44. Snyder CR, Irving L, Anderson JR. Hope and health: measuring the will and the ways. In: Snyder CR, Forsyth DR. Handbook of social and clinical psychology: the health perspective. Elmsford, NY: Pergamon Press;1992, pp:285–305.
45. Kermani Z, Khodapanahi M, Heidari M. Psychometrics features of the snyder hope scale. Journal of Applied Psychology. 2011;5(4):7–23. [Persian] https://apsy.sbu.ac.ir/article_95512_284950ca5053fefe222b4d58230be56b.pdf
46. Tiegs EW, Clark WW, Thorpe LP. The california test of personality. The Journal of Educational Research. 1941;35:102–8. https://doi.org/10.1080/00220671.1941.10881063
47. Atef–Vahid MK, Nasr–Esfahani M, Fattolahi P, Shojaie MR. Standardization of the Persian version of the california Psychological Inventory (PCI). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2006;11(4):371–8. [Persian] https://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-41-en.pdf
48. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old technique. Behav Res Ther. 2004;42(4):477–85.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-17]