

The Effectiveness of Self-Conscious Therapy on Resiliency, Self-discrepancy, and Mindfulness of Patients with Type 2 Diabetes

Samaneh Saghaee-Shahriari¹, Maryam Nasri^{2*}

1. Master of Clinical Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

***Corresponding Author:** Maryam Nasri, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

Email: nasri@iaubir.ac.ir

Received: 23 January 2021

Accepted: 15 February 2021

Published: 17 April 2022

How to cite this article:

Saghaee-Shahriari S, Nasri M. The Effectiveness of Self-Conscious Therapy on Resiliency, Self-discrepancy, and Mindfulness of Patients with Type 2 Diabetes. *Salāmat-i ijtimāī (Community Health)*. 2022; 9(2):1-12.
DOI: <http://doi.org/10.26675/ch.v9i2.31374>.

Abstract

Background and Objective: Diabetes mellitus has negative psychological consequences which could result in Resiliency, Self-Corruption, and Mindfulness of Patients with Type 2 Diabetes. The objective of this study was to determine the effectiveness of self-compassion therapy on resiliency, self-discrepancy, and mindfulness among patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: The study was of semi-experimental design with pre-test-posttest design, control group and follow-up. The statistical population of the study included people with diabetes who were referred to Bahlool Hospital, Fayyaz Hospital and Bialand Health Center in Gonabad city in 2018. As many as 60 patients were selected via simple random sampling method and were randomly categorized into experimental and control group of 30 patients. The educational intervention was performed in the experimental group, but there was no intervention in the control group. Measurement tools included a resiliency questionnaire, self-reporting questionnaire, and mindfulness questionnaire. Data analysis was performed using multivariate covariance analysis via SPSS software version.

Results: The mean (SD) score of resiliency in the experimental group in the pre-test was 47.7 (11.8), which varied to 55.8 (11.3) in the post test and 56.3 (11.2) follow-up ($P < 0.01$), but the variation of mean (SD) difference of the control group in pre-test and post-test was not statistically significant. The mean (SD) of self-discrepancy in the pre-test was 9.9 (12.4) which was 85.6 (12.3) in the post-test and 85.9 (12.4) in the follow-up. However, the mean (SD) difference of self-regression in the control group in pre-test and post-test was not statistically significant. The mean (SD) of the mindfulness of the experimental group was 171.2 (19.7) in the pre-test, which increased to 189.7 (20.5) post-test and 190.1 (20.8) in the follow up ($P < 0.01$), but the mean (SD) difference of the knowledge of the control group in the pre-test and post-test was not statistically significant.

Conclusion: The study showed that self-compassion therapy lead to an increase in vitality, mindfulness and reduction in self-discrepancy among patients with type 2 diabetes.

Keywords: Self-Compassion Therapy; Resilience; Self- discrepancy; Mindfulness; Diabetes.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAUBIR.REC.1397.022.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

سمانه سقایی شهری^۱، مریم نصری^{۲*}

۱. کارشناسی ارشد، روانشناسی بالینی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

* نویسنده مسئول: مریم نصری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

Email: nasri@iaubir.ac.ir

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۴۰۰

تاریخ دریافت: دی ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: بیماری دیابت پیامدهای روان شناختی منفی زیادی دارد و ویژگی های روان شناختی که در نتیجه وقوع اکثر بیماری ها از جمله دیابت فرد را دچار مشکل می کند، تاب آوری، خودگسستگی و ذهن آگاهی است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش و مواد: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان بهلول، مرکز بهداشتی درمانی فیاض بخش و مرکز بهداشتی درمانی بیلند شهر گناباد در سال ۱۳۹۷ بود. تعداد نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر از جامعه مذکور بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. درمان مبتنی بر شفقت خود برای گروه آزمایش انجام شد اما در گروه گواه، مداخله ای صورت نگرفت. ابزار اندازه گیری شامل پرسشنامه تاب آوری، پرسشنامه خودگسستگی و پرسشنامه ذهن آگاهی بود. تحلیل داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و با نرم افزار SPSS-22 صورت گرفت.

یافته ها: میانگین (انحراف معیار) تاب آوری گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۱/۸) ۴۷/۷ بود که در پس آزمون به (۱۱/۳) ۵۵/۸ و در پیگیری به (۱۱/۲) ۵۶/۳ افزایش یافت ($P < 0/01$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) تاب آوری گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲/۴) ۸۵/۹ کاهش یافت ($P < 0/01$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) ذهن آگاهی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۹/۷) ۱۷۱/۲ بود که در پس آزمون به (۲۰/۵) ۱۸۹/۷ و در پیگیری به (۲۰/۸) ۱۹۰/۱ افزایش یافت ($P < 0/01$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) ذهن آگاهی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود.

نتیجه گیری: مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت خود منجر به افزایش تاب آوری و ذهن آگاهی و کاهش خودگسستگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد.

واژگان کلیدی: درمان شفقت خود، تاب آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی، دیابت.

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که مانند سایر بیماری های مزمن بیمار را با چالش های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه های درمانی، مراقبت های پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری، احتمال ابتلا فرزندان، اختلال در روابط خانواده و اجتماع، مشکلات جنسی، اختلال در کار مواجه می سازد. این بیماری، یک اختلال متابولیک شایع و گسترده در دنیا می باشد که با افزایش قندخون، ترشح ناکافی و یا اختلال عملکرد انسولین همراه است (۱). دیابت شامل گروهی از اختلالات متابولیک شایع است که وجه مشترک آنها در فنوتیپ هیپرگلیسمی می باشد. میزان شیوع جهانی دیابت شیرین طی دو دهه گذشته به نحو چشمگیری افزایش یافته و از حدود ۳۰ میلیون در سال ۱۹۸۵ به ۲۸۵ میلیون مورد در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۲). بیماری دیابت پیامدهای روان شناختی منفی زیادی دارد و یکی از ویژگی های روان شناختی که در نتیجه وقوع اکثر بیماری (از جمله دیابت ها) از آن کاسته می شود، تاب آوری است. در سال های اخیر، رویکرد روانشناسی مثبت گرا هدف نهایی خود را شناسایی سازه ها و شیوه هایی می داند که بهزیستی و شادکامی انسان را به دنبال دارند. از این رو، عواملی که سبب سازگاری هرچه بیشتر آدمی با نیازها و تهدیدهای زندگی شوند، بنیادی ترین سازه های مورد پژوهش این رویکرد به شمار می روند (۳). تاب آوری توانایی افراد در سازگاری مؤثر با محیط است، علیرغم قرار داشتن در معرض عوامل خطرآفرین. عوامل خطرآفرین آن دسته شرایط و موقعیت های منفی هستند که با پیامدهای منفی و مشکلات رفتاری مرتبط می شوند (۴).

از طرف دیگر بیماران مبتلا به دیابت در معرض خطر خودگسستگی هستند که منجر به رضایت کمتر از زندگی، افزایش افسردگی و سایر بیماری های روانی می شود (۵). «خود» به سه دسته تقسیم می شود که شامل خود واقعی، خود ایده آل و خود بایسته می باشد. خود واقعی، خصیصه هایی است که شخص خاصی (مثل خودتان یا دیگری) معتقد است در شما وجود دارد. خود ایده آل، دربرگیرنده آرزوها و امیدهای فرد می باشد. می توان گفت که خود ایده آل خصوصیتی را دربر می گیرد که شخص خاصی (مثل خودتان یا دیگری) دوست دارد که شما داشته باشید. خود بایسته که شامل همان وجدان و وظایفی می گردد که فرد نسبت به آنها احساس مسئولیت می کند و در برگیرنده احساس اخلاق، التزام و تکلیف در افراد است. در واقع، خود بایسته ویژگی هایی است که شخص خاصی (مثل خودتان یا دیگری) معتقد است باید در شما باشد. خود ایده آل و خودبایسته به عنوان خود راهنماهای فرد در نظر گرفته می شوند. خودگسستگی و اختلاف بین خود واقعی و ایده آل، تعیین کننده حساسیت پذیری فرد نسبت به حالات احساسی منفی است (۵). اختلاف و گسستگی بین خود واقعی و ایده آل باعث افسردگی و ناراحتی، غمگینی و اضطراب در وی می گردد. ولی اختلاف و شکاف کمتر بین خود ایده آل و واقعی، بهداشت روانی بهتری را برای فرد به ارمغان می آورد. میزان گسستگی و اختلاف بین سه سطح خود (واقعی، ایده آل و بایسته) به عوامل متعددی از قبیل عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی بستگی دارد (۶).

چنین به نظر می رسد که عوامل روان شناختی در کنترل متابولیک نقش داشته باشند که یکی از عوامل می تواند ذهن آگاهی باشد. ذهن آگاهی با به کار گرفتن مجدد توجه، از پردازش خودکار جلوگیری می کند و باعث می شود پردازش های معیوب کم تر در دسترس قرار گیرند و شانس دوباره دیدن محیط و انتخاب های صحیح افزایش یافته و انعطاف پذیری شناختی نیز بهبود یابد (۸). از این رو ایجاد آگاهی و پذیرش افکار، عواطف و احساسات از طریق تمرین ذهن آگاهی به عنوان یک راهبرد مقابله ای در مواجهه شدن با موقعیت های پرخطری چون مشاجره و تنش بین زوجین مؤثر است (۹). جهت بهبود تاب آوری، خودگسستگی، ذهن آگاهی بیماران مبتلا به دیابت راهکارهای بسیاری وجود دارد یکی از این راهکارها درمان مبتنی بر شفقت خود می باشد. شیوه مداخله درمان شفقت خود به این صورت می تواند بر بیماران تأثیرگذار باشد که درمان مبتنی بر شفقت خود براساس رویکرد تحولی عصب شناختی برای مشکلات سلامت ذهنی شکل گرفته است (۱۱) و بر چهار حوزه تجارب پیشین و تاریخچه ای، ترس های اساسی، راهکارهای احساس امنیت، پیامدها و نتایج پیش بینی نشده و غیرعمدی، متمرکز است (۱۲). شفقت مهارتی است که می توان به کسی آموخت و سپس با تمرین

آن توسط آن شخص، سیستم های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تأثیر قرار گیرد. در این درمان از طریق ایجاد و یا افزایش یک رابطه شفقت ورز درونی مراجعان با خودشان، به جای سرزنش کردن، محکوم کردن و یا خودانتقادی کمک لازم به مراجعان می شود. از نتایج این نوع درمان، مهم شمردن بهزیستی، درک و همدلی، همدردی کردن، عدم قضاوت و عدم مقصر شمردن دیگران، تحمل و یا تاب آوری، آشفتگی و درد و رنج، از طریق توجه، تفکر، رفتار، تصویرسازی، احساس و حس کردن شفقت آمیز است (۱۳). اثربخشی این درمان در برخی از آزمایش های تصادفی و کنترل شده مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است و تأثیرات آن بر کاهش هیجانات منفی و افکار بدبینانه و عزت نفس، کاهش استرس و افزایش احساس آرامش و تسکین، درمان افسردگی، بهبود خودانتقادی و افکار خودتخریب، کاهش نشانه ها و علائم متداول اضطراب، استرس و افسردگی، در ارتقاء بهبود هیجانی بیماران (۱۴) در گروه های مختلفی نشان داده شده است ولی مطالعه ای که اثربخشی آن را بر افراد مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار داده باشد مشاهده نشد. براساس این یافته ها و در راستای تحقیق هایی که در حوزه شفقت به خود انجام گرفت، Beaumont & Hollins (۱۵) در مطالعه ای دریافتند که دانشجویانی که آموزش مبتنی بر شفقت خود دریافت کرده بودند، در مقایسه با همتایان خود امید، حرمت خود، سلامت روانی، تاب آوری و عواطف مثبت بیشتری را بعد از پیگیری دو ماهه گزارش کردند. دلیل انتخاب متغیرهای تاب آوری، خودگستگی و ذهن آگاهی برای بیماری مبتلا به دیابت این می باشد که با توجه به افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عمده آنها در زمینه تاب آوری، خودگستگی و ذهن آگاهی، به نظر می رسد که بسیاری از این بیماران مبتلا به دیابت از شناخت و مهارت کافی برای مدیریت صحیح چنین مشکلاتی برخوردار نیستند. در صورت آموزش صحیح درمان مبتنی بر شفقت به خود به بیماران می توان چنین مشکلاتی را کاهش داد. به همین منظور پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خودگستگی و ذهن آگاهی بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

روش و مواد

این پژوهش در دسته پژوهش های نیمه آزمایشی قرار می گیرد و طرح پژوهش آن به صورت دو گروهی با مشارکت دو گروه آزمایش و گواه و شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری است. جامعه آماری این پژوهش شامل افراد مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان بهلول، مرکز بهداشتی درمانی فیاض بخش و مرکز بهداشتی درمانی بیلند شهر گناباد در سال ۱۳۹۷ بود. نمونه این پژوهش شامل ۶۰ نفر از جامعه مذکور بود که با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه، هر گروه ۳۰ نفر قرار گرفتند. تعداد نمونه پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، برای هر گروه تعداد ۳۰ نفر به دست آمد. نمونه پژوهش از بین بیماران دیابتی که در متغیر تاب آوری نمره کمتر از ۳۰ و در ذهن آگاهی نمره کمتر از ۴۵ به دست آوردند، انتخاب شدند. لذا از بین ۸۲ نفر که دارای ملاک های ورود به پژوهش بودند، ۶۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت از دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم و بالاتر، سپری شدن حداقل یک سال و حداکثر ابتلا پنج ساله به بیماری دیابت و توانایی شرکت در جلسات بودند. ملاک های خروج از پژوهش نیز ارائه اطلاعات ناقص و نامعتبر، داشتن بیماری روانی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان بود. بعد از انتخاب نمونه پژوهش و پس از معرفی و توضیح نحوه اجرای برنامه، افراد گروه نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پیش آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. بعد از آن، گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه ای هفتگی و به مدت سه ماه تحت آموزش شفقت خود قرار گرفتند در حالی که گروه گواه در این جلسات شرکت نداشتند. در پایان جلسه دوازدهم، از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. جلسه پیگیری، دو ماه پس از اتمام درمان (پس آزمون) اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر شامل موارد زیر بود: شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و هر زمان که تمایل داشتند، می توانستند از مطالعه خارج شوند. این اطمینان به مشارکت کنندگان داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهد گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد و برای اطمینان از روند کار، کلیه پرسشنامه ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. جهت گردآوری داده ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات آموزشی شفقت خود

جلسات	محتوای جلسات
۱	برقراری ارتباط اولیه با افراد، مروری بر ساختار جلسات، آگاهی از هدایت خودکار با استفاده از تمرین واریسی بدنی (آگاهی جزیه جز از اجزای بدن)، آگاهی از هدایت خودکار و ارایه تکلیف خانگی.
۲	در این جلسه به افراد آموزش داده شد که وقتی با حس های ناراحت کننده یا سرگردانی ذهنی مواجه می شوند، با استفاده از واریسی بدنی با آنها روبه رو شوند. همچنین آموزش پنج مهارت دانش افزایی، به منظور تعریف بی تفاوتی نسبت به موقعیت ها. کاربستن، اینکه وقتی بی تفاوت هستیم چه کنیم؟ دیگران وقتی بی تفاوت هستند چه می کنند؟ ارزشیابی، وقتی بی تفاوت هستیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران نسبت به ما بی تفاوت هستند چه احساسی پیدا می کنیم؟ تحلیل، آیا لازم است بی تفاوت باشیم؟ و ترکیب، کجا باید بی تفاوت باشیم؟
۳	مرور تمرین جلسه قبل، آگاهی از رابطه بین خلق افکار، احساسات و وقایع است. با فضای تنفس سه دقیقه ای سپس تعریف اینکه همدردی چیست؟ وقتی همدردی می کنیم چه می کنیم و اینکه دیگران با ما همدردی می کنند چه احساسی پیدا می کنیم؟ آیا لازم است همدردی کنیم؟ کجا باید همدردی کنیم؟ در نهایت، ارایه تکلیف خانگی.
۴	تمرین و مرور جلسات قبل، تمرین تنفس. در واقع تنفس به عنوان وسیله ای برای مراقبه محسوب می شود. تعریف این که همدلی چیست؟ وقتی همدلی می کنیم چه می کنیم و اینکه دیگران وقتی همدردی می کنند چه می کنند؟ وقتی همدردی می کنیم چه احساسی داریم؟ وقتی دیگران با ما همدلی می کنند چه احساسی پیدا می کنیم؟ آیا لازم است همدلی کنیم؟ کجا باید همدلی کنیم؟ فرق بی تفاوتی، همدردی و همدلی کدام است؟ در نهایت (مراقبه نشسته) حضور ذهن نسبت به تنفس و بدن (تمرین بهشیاری).
۵-۶	برای همدلی چه مهارت هایی نیاز داریم؟ خطاهای تفسیری یعنی چه و انسانیت زدایی در روابط یعنی چه؟ دو مورد از خطاهای تفسیری و انسانیت زدایی خودتان و دوستانتان را نام ببرید؟ چرا باید همدلی را یاد بگیریم؟ نداشتن مهارت و تفسیرهای ناروا در روابط ما با دیگران چه تأثیری می گذارند؟ برای جلوگیری از تفسیرهای ناروا چه مهارت هایی لازم دارید؟ همچنین در این جلسات در مورد مشکلات حاضر و پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خودآیند منفی آموزش داده می شود.
۷	خطاهای تفسیری کدامند؟ هر یک از خطاهای تفسیری خودتان و دوستانتان را نام ببرید. این خطاها چه نقشی در روابط ما دارند؟ برای جلوگیری از خطاهای تفسیری در روابط ما با دیگران چیست؟ در پایان، آموزش در مورد تحریف های شناختی، پیامدها و روش های مقابله با آن ارایه شد.
۸-۹	در این جلسات در مورد راهبردهای ایمنی و رفتارهای سلطه پذیر و رابطه آن با خودانتقادی (به چالش طلبیدن بیمار از طریق گفتگوی سقراطی) و ارایه تکلیف خانگی.
۱۰-۱۲	در این جلسات از افراد خواسته شد که همراه با توجه، تفکر و رفتار دلسوزانه و تمرین برای ایجاد احترام، در مورد حمله به خود صحبت کنند و نحوه ایجاد تصاویر دلسوزانه با ارایه مراقبه های لازم آموزش داده شد. پس از یک هفته پس از آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

پرسشنامه تاب آوری Davidson & Connor (RISC-CD): این پرسشنامه را Davidson و Connor (۱۶) تهیه کرده اند و دارای ۲۵ سوال بوده و هدف آن سنجش میزان تاب آوری در افراد مختلف است (۱۷). طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده و برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می شود. این امتیاز دامنه ای از صفر تا ۱۰۰ را خواهد داشت. پایایی پرسشنامه با استفاده از آزمون ضریب آلفای کرونباخ مورد آزمون قرار گرفت که آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمد و روایی آن ۰/۷۹ به دست آمد (۱۸). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بدست آمد.

پرسشنامه خودگسستگی: این پرسشنامه توسط Higgins در سال ۱۹۸۷ ساخت شد و دارای ۲۷ گویه است. مقیاس اندازه گیری فاصله های خود که به نام مقیاس خودگسستگی نامیده شده بر اساس نظریه فاصله های خود (۱۹) ساخت شده است. روایی این پرسشنامه ۰/۷۸، ضریب آلفای برای کل پرسشنامه ۰/۷۹ و برای ماده های خودواقعی، ایده آل و بایندی به

ترتیب ۰/۴۸، ۰/۶۷ و ۰/۶۲ محاسبه شد. همچنین پایایی ابزار به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۶۵ و برای ماده های خود واقعی، ایده آل و بایدی به ترتیب، ۰/۶۵، ۰/۶۳ و ۰/۵۸ گزارش شد (۲۰). پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ و برای ماده های خود واقعی، ایده آل و بایدی به ترتیب، ۰/۷۱/۷۶ و ۰/۷۵ بدست آمد.

پرسشنامه پنج وجهی ذهن آگاهی: این پرسشنامه توسط Baer و همکاران (۲۱) ساخته شده است. پرسشنامه ذهن آگاهی یک مقیاس ۳۹ گویه ای است. De Bruin و همکاران (۲۲) ویژگی های روان سنجی این ابزار را مورد بررسی قرار دادند. نتایج این محققین نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس بود. پیش از انجام این پژوهش ابتدا محققین پرسشنامه ذهن آگاهی را از متن اصلی به فارسی ترجمه کردند. سپس متن فارسی این پرسشنامه توسط یک متخصص زبان انگلیسی، از فارسی به انگلیسی بازگردانیده شد و در مرحله بعد تطابق مفهومی و لفظی گویه های پرسشنامه اصلی و گویه های پرسشنامه از فارسی و انگلیسی ترجمه شده با یکدیگر مورد مقایسه قرار گرفت و واژه ها و گویه های دارای ابهام مورد اصلاح قرار گرفت. سپس این پرسشنامه بر روی نمونه ای شامل ۳۰۰ نفر اجرا گردید. به منظور بررسی روایی این پرسشنامه نیز از تحلیل عاملی به روش مولفه های اصلی همراه با چرخش واریماکس استفاده شد. نتایج نشان دهنده استقلال پنج عامل ذهن آگاهی بوده است. پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۶ به دست آمد.

در پایان دو گروه مجدداً در پس آزمون شرکت و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 به منظور محاسبه شاخص های توصیفی و نیز تحلیل کواریانس چند متغیری پردازش شدند.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش به ترتیب (۳/۸) ۲۴/۱ و گروه گواه (۴/۱) ۲۴/۵ سال بود. دو گروه از نظر میانگین سن تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند. در گروه آزمایش، تعداد ۱۳ (۴۳٪/۳) نفر را مردان و ۱۷ (۵۶٪/۷) نفر را زنان تشکیل می دادند. در گروه گواه، تعداد ۱۶ (۵۳٪/۳) نفر را مردان و ۱۴ (۴۶٪/۷) نفر را زنان تشکیل می دادند.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات تاب آوری، خودگسستگی و ذهن آگاهی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون (انحراف معیار) میانگین	پس آزمون (انحراف معیار) میانگین	پیگیری (انحراف معیار) میانگین	P
تاب آوری	آزمایش	۴۷/۷ (۱۱/۸)	۵۵/۸ (۱۱/۳)	۵۶/۳ (۱۱/۲)	۰/۰۰۱
	گواه	۴۶/۱ (۹/۳)	۴۶/۸ (۸/۸)	۴۶/۴ (۸/۷)	۰/۵۸
خودگسستگی	خود واقعی	۲۷/۹ (۵/۴)	۳۳/۱ (۴/۵)	۳۳/۴ (۴/۱)	۰/۰۰۱
	گواه	۲۷/۵ (۴/۹)	۲۷/۱ (۴/۵)	۲۷/۱ (۴/۲)	۰/۴۹
خود ایده آل	آزمایش	۳۸/۸ (۴/۹)	۳۴/۸ (۴/۶)	۳۴/۷ (۴/۵)	۰/۰۱
	گواه	۳۸/۲ (۳/۱)	۳۷/۹ (۳/۴)	۳۷/۶ (۳/۱)	۰/۶۳
خود بایدی	آزمایش	۳۶/۳ (۳/۴)	۳۲/۹ (۳/۵)	۳۳/۱ (۳/۶)	۰/۰۰۱
	گواه	۳۷/۲ (۲/۹)	۳۷/۳ (۳/۵)	۳۷/۲ (۳/۴)	۰/۳۹
نمره کل خودگسستگی	آزمایش	۹۹/۹ (۱۲)	۸۵/۶ (۱۲/۳)	۸۵/۹ (۱۲/۴)	۰/۰۰۱
	گواه	۹۹/۸ (۱۱/۸)	۹۹/۴ (۱۲/۸)	۹۹/۳ (۱۲/۷)	۰/۷۶
ذهن آگاهی	آزمایش	۱۷۱/۲ (۱۹/۷)	۱۸۹/۷ (۲۰/۵)	۱۹۰/۱ (۲۰/۸)	۰/۰۰۱
	گواه	۱۷۲/۵ (۱۴/۶)	۱۷۲/۱ (۱۲/۹)	۱۷۳/۷ (۱۲/۳)	۰/۸۱

مطالعه نشان داد (انحراف معیار) میانگین تاب آوری گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۱/۸) ۴۷/۷ بود که در پس آزمون به (۱۱/۳) ۵۵/۸ و در پیگیری به (۱۱/۲) ۵۶/۳ افزایش یافت ($P < ۰/۰۱$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) تاب آوری گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲) ۹۹/۹ بود

که در پس آزمون به $۸۵/۶$ ($۱۲/۳$) و در پیگیری به $۸۵/۹$ ($۱۲/۴$) کاهش یافت ($P < ۰/۰۱$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) ذهن آگاهی گروه آزمایش در پیش آزمون ($۱۹/۷$) ($۱۷۱/۲$) بود که در پس آزمون به $۲۰/۵$ ($۱۸۹/۷$) و در پیگیری به $۲۰/۸$ ($۱۹۰/۱$) افزایش یافت ($P < ۰/۰۱$) اما تفاوت (انحراف معیار) میانگین ذهن آگاهی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود.

فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمره‌های دو گروه در متغیرهای تحقیق تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمره‌ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش‌آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. همچنین مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیرمعنی دار می‌باشد. به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول شماره ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) بر روی میانگین پس آزمون نمرات تاب آوری، خودگسستگی، و ذهن آگاهی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	P	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۶۱	۶	۲۷	۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۸	۶	۲۷	۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰
آزمون اثر هتلینگ	۱/۵۹	۶	۲۷	۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۱/۵۹	۶	۲۷	۷/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱/۰

جدول شماره ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن MANCOVA بر روی پس آزمون میانگین نمرات تاب آوری، خودگسستگی، و ذهن آگاهی گروه‌های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
خود واقعی	پیش آزمون	۶۲۸/۳۸	۱	۶۲۸/۳۸	۱۵۹/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰
	گروه	۳۲۳/۰۳	۱	۳۲۳/۰۳	۸۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰
	خطا	۱۴۵/۵۲	۲۷	۳/۹۳				
خود ایده آل	پیش آزمون	۴۹۵/۷۶	۱	۴۹۵/۷۶	۹۲/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۱/۰
	گروه	۱۸۶/۷۵	۱	۱۸۶/۷۵	۳۴/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰
	خطا	۱۹۸/۹۸	۲۷	۵/۳۷				
خود بایدی	پیش آزمون	۵۰۰/۵۸	۱	۵۰۰/۵۸	۱۶۰/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱/۰
	گروه	۲۹۹/۰۵	۱	۲۹۹/۰۵	۷۳/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۱/۰
	خطا	۱۱۵/۷۱	۲۷	۳/۱۲				
خود گسستگی	پیش آزمون	۴۴۳۸/۴۸	۱	۴۴۳۸/۴۸	۱۶۸/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲	۱/۰
	گروه	۲۲۳۰/۳۷	۱	۲۲۳۰/۳۷	۸۴/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱/۰
	خطا	۹۷۳/۶۶	۲۷	۲۶/۳۱				
تاب آوری	پیش آزمون	۳۵۳۲/۷۵	۱	۳۵۳۲/۷۵	۳۲۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰
	گروه	۳۷۹/۵۲	۱	۳۷۹/۵۲	۳۴/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱/۰
	خطا	۴۰۴/۹۹	۲۷	۱۰/۹۴				
ذهن آگاهی	پیش آزمون	۸۸۷۴/۰۱	۱	۸۸۷۴/۰۱	۱۲۷/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰
	گروه	۳۰۷۰/۳۶	۱	۳۰۷۰/۳۶	۴۴/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱/۰
	خطا	۲۵۷۰/۱۸	۲۷	۶۹/۴۶				

همان طور که در جدول شماره ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمون ها، بیانگر آن هستند که بین گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (تاب آوری، خودگسستگی، و ذهن آگاهی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=7/19$ و $P<0/001$). برای پی بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، شش تحلیل کواریانس یک راهه در متن MANCOVA انجام گرفت که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۴۹ می باشد، یعنی ۴۹ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون تاب آوری، خودگسستگی، و ذهن آگاهی مربوط به تأثیر درمان مبتنی بر شفقت خود (عضویت گروهی) می باشد. همان طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون بین گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خود واقعی ($F=82/13$ و $P<0/001$)، خود ایده آل ($F=34/72$ و $P<0/001$)، خود بایدی ($F=73/24$ و $P<0/001$)، خودگسستگی ($F=84/75$ و $P<0/001$)، تاب آوری ($F=34/67$ و $P<0/001$) و ذهن آگاهی ($F=44/20$ و $P<0/001$) تفاوت معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر شفقت خود با توجه به میانگین خود واقعی، خود ایده آل، خودبایدی، خودگسستگی، تاب آوری و ذهن آگاهی گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب افزایش خود واقعی گروه آزمایش شده است.

بحث

مطالعه نشان داد (انحراف معیار) میانگین تاب آوری گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۱/۸) ۴۷/۷ بود که در پس آزمون به (۱۱/۳) ۵۵/۸ و در پیگیری به (۱۱/۲) ۵۶/۳ افزایش یافت ($P<0/001$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) تاب آوری گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۲) ۹۹/۹ بود که در پس آزمون به (۱۲/۳) ۸۵/۶ و در پیگیری به (۱۲/۴) ۸۵/۹ کاهش یافت ($P<0/001$) اما تفاوت میانگین (انحراف معیار) خودگسستگی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود. میانگین (انحراف معیار) ذهن آگاهی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۹/۷) ۱۷۱/۲ بود که در پس آزمون به (۲۰/۵) ۱۸۹/۷ و در پیگیری به (۲۰/۸) ۱۹۰/۱ افزایش یافت ($P<0/001$) اما تفاوت (انحراف معیار) میانگین ذهن آگاهی گروه گواه در پیش آزمون و پس آزمون از نظر آماری معنادار نبود.

یافته های این مطالعه با نتایج پژوهش طاهر کرمی و دشت بزرگی (۲۴) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری، خود گسستگی، امید به زندگی و بهزیستی روان شناختی زنان در حال یائسگی شهر اهواز، پژوهش قطور و همکاران (۲۵) مبنی بر تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر تاب آوری زنان مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس و پژوهش غفاریان و خیاطان (۲۶) مبنی بر تأثیر آموزش درمان مبتنی بر شفقت بر خودپنداره و ابراز وجود دانش آموزان دختر دوره اول دبیرستان همسو بود.

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود بر تاب آوری تأثیر دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که از آنجایی که شفقت بر خود شامل همان رفتاری می شود که وقتی اوقات بدی را سپری می کنید، شکست خورده اید، یا متوجه چیزی می شوید که نمی خواهید برایتان رخ دهد آن رفتار را با خودتان دارید. به جای اینکه با ذهنیت «لب نجنباندن» (یا خم به ابرو نیاوردن، خونسردی خود را حفظ کردن) رنج خود را نادیده بگیرید جلوی گفتن این حرف به خود را بگیرید «درست همین حالا که وضعیت بسیار بدی دارم» چگونه می توانم آسوده باشم و مواظب خودم باشم؟ به جای اینکه بی رحمانه درباره خود قضاوت کنید و به خاطر ناتوانی ها و ایرادهایتان از خود انتقاد کنید شفقت بر خود موجب می شود هنگام مواجهه با مشکلات شخصی، با خود مهربان باشید و خود را درک کنید به طور کلی، چه کسی گفته است که شما باید کامل باشید؟ شما می توانید به شیوه ای خود را عوض کنید که بتوانید سالم تر و شادتر باشید اما این اتفاق به این دلیل می افتد که برای انسان بودن خود ارزش قائل باشید و آن را بپذیرید. اوضاع همیشه بر وفق مرادتان نیست. شما با وقایع غیرمترقبه مواجه می شوید، زیان می بینید، اشتباه می کنید، حد و حدود خود را زیر پا می گذارید، نمی توانید به آمل خود یابید. وضعیت انسان این گونه است، این یک واقعیت است شامل حال همه ما می باشد. به جای اینکه مدام در مقابل این واقعیت جبهه

بگیرید هرچه قلب خود را بیشتر به روی آن بگشایید بیش‌تر می‌توانید در تجربه زندگی، به حال خود و همه هم‌نوعان خود شفقت کنید. بر اساس تعریف Neff (۲۷) این متغیر از سه مؤلفه تشکیل شده است: مهربانی با خود در مقابل قضاوت در مورد خود، احساس مشترکات انسانی در مقابل انزوا و به هوشیاری در مقابل فزون همانندسازی. این درمان باعث پذیرش خود واقعی فرد می‌شود و همچنین باعث افزایش میزان تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت در برابر مشکلات می‌گردد و توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط بیماری دیابت را برای بیماران فراهم می‌کند.

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 مقابله‌ی سالم داشته باشند، بر سختی‌ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی تاب‌آوری آنها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می‌تواند منشا تغییرات، از جمله تغییر در نگرش‌ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود. 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 اجتماعی خویش، از کارکردن و تفریحات خویش لذت ببرند که این امر باعث کاهش فشار روانی و افزایش تاب‌آوری می‌شود (۲۵). ماهیت آموزش گروهی، خود می‌تواند تأثیر مثبتی در افزایش تاب‌آوری داشته باشد. زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک‌تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن‌ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است. پس آموزش مبتنی بر شفقت خود می‌تواند باعث تاب‌آوری یا توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط ناگوار شود (۲۸).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود بر خودگسستگی تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت آموزش شفقت خود باعث می‌شود که بیماران مبتلا به دیابت با خود به همان اندازه مهربان باشند که با دیگران هستند. همچنین آموخته‌های این درمان سبب می‌شود افراد به صورت واقعی رفتار کنند و خود ایده‌آل و خود‌بایدی را که از سوی دیگران به آن‌ها تحمیل شده است کنار بگذارند و به این ترتیب آرامش بیشتری به دست بیاورند. از آنجایی که مؤلفه‌ی مهربانی با خود اشاره دارد به گرایش فرد به این‌که در مواجهه با ابعادی از شخصیتش که برایش دوست‌داشتنی نیست‌اند، به‌جای برخورد انتقادی یا قضاوت توأم با سخت‌گیری به مراقبت از خود و درک خود بپردازد. باعث می‌شود بیماران مبتلا به دیابت با کاستی‌هایشان به ملایمت و آرامی رفتار کنند و با خودشان به زبانی صحبت کنند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایت‌گرانه دارد، به‌جای سرزنش کردن و حمله به خود برای نقص‌هایی که دارند، پذیرش گرم و نامشروط نسبت به خود نشان می‌دهند. همچنین زمانی که شرایط زندگی سخت و ناراحت‌کننده می‌شود، بیماران مبتلا به دیابت به‌جای آن‌که صرفاً با تمرکز بر کار بیرونی به کار خود ادامه دهند و برای کنترل یا حل کردن مشکل تلاش کنند، بر درون متمرکز می‌شوند تا خود را تسلی دهند. شفقت بر خود عبارت است از این‌که فرد در گذار با فشار روانی‌اش چنان‌که رنجی را که تجربه می‌کند، بهبود بخشد. احساس مشترکات انسانی مؤلفه دیگر شفقت بر خود، عبارت است از تصدیق این که تمام انسان‌ها ناقص هستند، شکست می‌خورند، اشتباه می‌کنند و ممکن است دست به رفتارهای ناسالم بزنند. شفقت بر خود، تجارب شکست فردی را به تجارب مشترک بشری پیوند می‌زند، چنان‌که ویژگی‌های فردی هر کسی در چشم‌اندازی وسیع و همگانی به نظر می‌رسد (۲۷). همچنین دآوری‌ها و کشمکش‌های انسانی به شکل تجارب مشترک انسانی در می‌آیند، به طوری که زمانی که فرد رنجی را تجربه می‌کند، احساس می‌کند که به دیگران پیوسته‌است، اما اغلب اوقات زمانی که افراد به کاستی‌های شخصی‌شان فکر می‌کنند، احساس انزوا و جدایی از دیگران دارند، به این شکل که احساس می‌کنند نقص آن‌ها خطایی بوده است که باقی بشر از آن سهمی ندارند. همچنین زمانی که افراد شرایط سختی را در زندگی تجربه می‌کنند، اغلب به دام این فکر می‌افتند که تنها کسانی‌اند که در کشمکش‌اند و احساس انزوا و جدایی از دیگر افرادی دارند که احتمالاً به زندگی شاد و نرمالشان ادامه می‌دهند. به هوشیاری، مؤلفه سوم شفقت بر خود عبارت است از آگاه بودن از آن‌چه در لحظه حال رخ می‌دهد، به شیوه‌ای واضح و متعادل. چنان‌که فرد جنبه‌هایی از شخصیت یا زندگی‌اش را که دوست ندارد نه نادیده بگیرد و نه به نشخوار کردن پیرامون آن‌ها بپردازد (۲۸). خودشفقت ورزی شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود، نگرش

غیرارزیابانه نسبت به خود در مواجهه با سختی ها و یا نارسایی های ادراک شده است. خودشفقت ورزی بالا با بهزیستی روانشناختی همراه است و از افراد در مقابل استرس حمایت می کند. و به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی ها و شکست های خویش و بازشناسی تجربیات فرد، می باشد (۲۷).

نتایج پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود بر ذهن آگاهی تأثیر دارد. تبیین این فرضیه می توان گفت از آنجایی که آموزش مبتنی بر شفقت خود می تواند موجب طرز تفکری مناسب شود و افراد می توانند طرز شناخت ارزیابی های غیرمنطقی و نامعقول خود را بیاموزند، طبعاً به افراد قدرت می دهد تا با مشکلات پیش رو مقابله ی سالم داشته باشند، بر سختی ها فائق آیند و با جریان زندگی حرکت کنند، یا به عبارتی ذهن آگاهی آن ها افزایش خواهد یافت. آموزش احتمالاً می تواند منشا تغییرات، از جمله تغییر در نگرش ها و باورها باشد و این امر به نوبه خود باعث افزایش ذهن آگاهی می شود. ماهیت آموزش گروهی، خود می تواند تأثیر مثبتی در افزایش ذهن آگاهی داشته باشد. زیرا جمع شدن افراد در گروه و این که تک تک افراد احساس کنند دیگران نیز مشکلاتی مشابه با آن ها دارند، خود در کاهش فشار روانی و کاستن از روحیه منفی و در نتیجه افزایش قبول واقعیت و کنار آمدن با آن مؤثر است (۲۹). پس آموزش مبتنی بر شفقت خود می تواند باعث ذهن آگاهی شود.

همچنین می توان گفت که که درمان شفقت خود به معنای پذیرش احساسات آسیب پذیر، مراقبت و مهربانی نسبت به خود، نگرش غیرارزیابانه نسبت به نارسایی ها و شکست های خویش و بازشناسی تجربیات فرد می باشد. هدف از درمان توصیف شده، تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود است که حمله به خود تضعیف کرده، پذیرش خود را بیشتر و آسفتگی عاطفی را کاهش می دهد. بنابراین فرد را قادر می سازد که بیشتر خود را تسکین داده و کنترل کند. شواهد نشان می دهد افرادی که از خودشفقت ورزی بالاتری برخوردارند، افسردگی، اضطراب و نشخوارگری کمتری را در موقعیت های اجتماعی چالش انگیز تجربه می کنند و از رضایت بیشتری در زندگی برخوردار هستند. هم چنین این افراد در برخورد با رویدادهای منفی از جسارت بیشتری برخوردارند. وقتی از آنها خواسته می شود که تجربیات شکست خود را به یاد بیاورند از خودارزیابی های هیجانی و منفی کمتری استفاده می کنند و از آنجایی که شفقت بر خود شامل همان رفتاری می شود که وقتی اوقات بدی را سپری می کنید، شکست خورده اید، یا متوجه چیزی می شوید که نمی خواهید برایتان رخ دهد آن رفتار را با خودتان دارید (۳۰).

این پژوهش نیز مانند هر پژوهشی دیگر با محدودیت هایی همراه بود از جمله به دلیل محدود بودن نمونه این پژوهش به بیماران دیابت شهرستان گناباد، در تعمیم یافته های آن به سایر بیماران و دیگر شهرها باید جانب احتیاط را رعایت نمود. لذا پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده، این شیوه درمانی روی سایر مشکلات روان شناختی روی جمعیت های مختلف انجام شود و به منظور تعیین میزان تداوم تأثیرات درمان، آزمون های پیگیری بلندمدت نیز به عمل آید.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر شفقت خود منجر به افزایش تاب آوری و ذهن آگاهی و کاهش خودگسستگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شد.

تشکر و قدردانی

محقق بر خود لازم می داند از همه کسانی که در اجرا و پیش برد این تحقیق همکاری و مساعدت داشته اند و همچنین از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی کند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAUBIR.REC.1397.022 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Scott RA, Scott LJ, Mägi R, Marullo L, Gaulton KJ, Kaakinen M, Pervjakova N, Pers TH, Johnson AD, Eicher JD, Jackson AU. An expanded genome-wide association study of type 2 diabetes in Europeans. *Diabetes*. 2017;66(11):2888-902.
2. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, Kristensen P, Mann JF, Nauck MA, Nissen SE, Pocock S, Poulter NR, Ravn LS, Steinberg WM. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(4):311-22.
3. Hofer A, Mizuno Y, Wartelsteiner F, Fleischhacker WW, Frajo-Apor B, Kemmler G, Mimura M, Pardeller S, Sondermann C, Suzuki T, Welte AS. SU129. Transcultural Comparison of the Impact of Symptomatic Remission and Resilience on Health-Related Quality of Life in Patients Suffering From Serious Mental Illness. *Schizophrenia bulletin*. 2017;43(suppl_1): 208-9.
4. Bartone PT, Hystad SW, Eid J, Brevik JI. Psychological hardiness and coping style as risk/resilience factors for alcohol abuse. *Military medicine*. 2012;177(5):517-24.
5. Williams GN. An Exercise in Self-deprecation, and: Brink, and: Leaving the Meat Market, and: The Space between Words. *Prairie Schooner*. 2016;90(3):150-161.
6. Sharrock A. Genre and Social Class, or Comedy and the Rhetoric of Self-aggrandisement and Self-deprecation. *Roman Drama and its Contexts*. 2016;34:97-126.
7. Chesin MS, Benjamin-Phillips CA, Keilp J, Fertuck EA, Brodsky BS, Stanley B. Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: Preliminary findings. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2016;22(8):642-9.
8. Muris P, Petrocchi N. Protection or vulnerability? A meta-analysis of the relations between the positive and negative components of self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(2):373-83.
9. Adair KC, Fredrickson BL, Castro-Schilo L, Kim S, Sidberry S. Present with you: Does cultivated mindfulness predict greater social connection through gains in decentering and reductions in negative emotions?. *Mindfulness*. 2018;9(3):737-49.
10. van Son J, Nykliek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Pouwer F. Mindfulness-based cognitive therapy for people with diabetes and emotional problems: long-term follow-up findings from the DiaMind randomized controlled trial. *Journal of psychosomatic Research*. 2014;77(1):81-4.
11. Gilbert P, Irons C. Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy*. 2005:263-325.
12. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*. 2014;53(1):6-41.
13. Finlay-Jones AL, Rees CS, Kane RT. Self-compassion, emotion regulation and stress among Australian psychologists: Testing an emotion regulation model of self-compassion using structural equation modeling. *PloS one*. 2015;10(7):13-34.
14. Newsome S, Waldo M, Gruszka C. Mindfulness group work: Preventing stress and increasing self-compassion among helping professionals in training. *The Journal for Specialists in Group Work*. 2012;37(4):297-311.
15. Beaumont E. C. J & Hollins, M. Exploration of a training programme for student therapists that employs Compassionate Mind Training (CMT) to develop compassion for self and others. *The Arts in Psychotherapy*. 2016;22:5-13.
16. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82.
17. Green KT, Hayward LC, Williams AM, Dennis PA, Bryan BC, Taber KH, Mid-Atlantic Mental Illness Research, Education and Clinical Center Workgroup, Davidson JR, Beckham JC, Calhoun PS. Examining the factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a post-9/11 US military veteran sample. *Assessment*. 2014;21(4):443-51.
18. Liu DW, Fairweather-Schmidt AK, Burns RA, Roberts RM. The Connor-Davidson Resilience Scale: Establishing invariance between gender across the lifespan in a large community based study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2015;37(2):340-8.
19. Kelly RE, Mansell W, Wood AM. Goal conflict and well-being: A review and hierarchical model of goal conflict, ambivalence, self-discrepancy and self-concordance. *Personality and Individual Differences*. 2015;85:212-29.

20. Solomon-Krakus S, Sabiston CM, Brunet J, Castonguay AL, Maximova K, Henderson M. Body Image SelfDiscrepancy and Depressive Symptoms Among Early Adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2017;60(1):38-43.
21. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, et al. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *J Assess* 2006; 13(2): 27-45.
22. de Bruin EI, Topper M, Muskens JG, et al. Psychometric properties of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) in a meditating and a non-meditating sample. *Assess* 2012; 19(1): 187-97.
23. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*. 2009;15(3):199-208.
24. Taher-Karami Z, Hossieni O, Dasht-Bozorgi Z. The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Resiliency, Self-discrepancy, Hope and Psychological Well-being of Menopausal Women in Ahvaz. *Community Health (Salamat-i ijtimee)*. 2018;5(2):189-97.
25. Ghator Z, Pouryahya SM, Davarniya R, Salimi A, Shakarami M. The Effect of Compassion-Focused Therapy (CFT) on Resiliency of Women with Multiple Sclerosis (MS). *Armaghane danesh*. 2018;23(3):350-63.
26. Ghafarian H, Khayatan F. The Effect of Training Compassion Focused Therapy on Self-Concept and Assertiveness amongst High School Female Students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 19(1): 26-36.
27. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003;2(3):223-50.
28. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012;32(6):545-52.
29. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual differences*. 2011;50(2):222-7.
30. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015 45(5):927-45.