

**Original article**

## **Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Quality of Life of Women with Gestational Diabetes**

**Parisa Khoraminejad<sup>1</sup>****Javad Khalatbari<sup>2\*</sup>****Mohammad Reza Seyrafi<sup>3</sup>**

- 1- PhD Student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates
- 2- Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

**\*Corresponding author:** Javad Khalatbari, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

**Email:** J.khalatbari@toniau.ac.ir

**Received:** 14 September 2021

**Accepted:** 23 October 2021

### **ABSTRACT**

**Introduction and purpose:** Gestational diabetes mellitus is the most common metabolic complication during pregnancy that affects 10-15% of all pregnancies depending on the diagnostic criteria. This study aimed to determine the effectiveness of compassion-focused therapy on the quality of life of mothers with gestational diabetes.

**Methods:** This semi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest design with a control group and follow-up. The statistical population of the study included all pregnant women referring to Milad Hospital in Tehran, Iran, in 2019, diagnosed with gestational diabetes. The samples ( $n=30$ ) were selected using a purposeful sampling method (considering inclusion and exclusion criteria) and then randomly assigned to two groups of compassion-focused therapy and control ( $n=15$  each). The experimental group received self-compassion training, while no intervention was administered to the control group. Both groups were followed up for 3 months. The research tool was the quality of life of the World Health Organization. The collected data were analyzed in SPSS.22 software using a repeated measure test.

**Results:** The results showed that compassion-focused therapy had a significant effect on improving the quality of life ( $P<0.01$ ) of women with gestational diabetes. Moreover, the effect of compassion-focused therapy remained constant until the follow-up phase.

**Conclusion:** It can be concluded that compassion-focused therapy had an effect on improving the quality of life of mothers with gestational diabetes, and this method can be used to reduce the problems of such mothers.

**Keywords:** Empathy, Females, Gestational diabetes, Quality of life

► **Citation:** Khoraminejad P, Khalatbari J, Seyrafi MR. Effectiveness of Compassion-focused Therapy on the Quality of Life of Women with Gestational Diabetes. Journal of Health Research in Community. Spring 2022;8(1): 50-59.

## مقاله پژوهشی

## اثربخشی درمان متمن کز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری

## چکیده

**مقدمه و هدف:** دیابت حاملگی شایع‌ترین عارضه متابولیک بارداری است که بسته به معیارهای تشخیصی، ۱۰ تا ۱۵ درصد از کل حاملگی‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمن کز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شد.

**روش کار:** این پژوهش از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ بود که دیابت بارداری داشتند. به منظور تشکیل دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)،<sup>۳۰</sup> بیمار انتخاب شدند. سپس به طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (درمان متمن کز بر شفقت و گروه گواه) اختصاص یافتند. آموزش شفقت خود برای گروه آزمایش انجام شد. همچنین مرحله پیگیری سه ماه روی هر دو گروه اجرا شد. برای گروه گواه مداخله‌ای انجام نشد. ابزار پژوهش کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بود. داده‌ها با استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان متمن کز بر شفقت تأثیر معناداری بر بهبود کیفیت زندگی ( $P < 0.01$ ) در زنان مبتلا به دیابت بارداری در مقایسه با گروه گواه داشت. همچنین تأثیر درمان متمن کز بر شفقت تا مرحله پیگیری ثابت ماند.

**نتیجه‌گیری:** درمان متمن کز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری تأثیر داشته است و می‌توان از این روش به منظور کاهش مشکلات زنان مبتلا به دیابت بارداری استفاده کرد.

**کلمات کلیدی:** دیابت بارداری، زنان، کیفیت زندگی، همدلی

بریسا خرمی نژاد<sup>۱</sup>  
جواد خلعتبری<sup>۲</sup>  
محمد رضا صیرفی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد امارات، دانشگاه آزاد اسلامی، دبی، امارات متحده عربی
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تکابین، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابین، ایران
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

\* نویسنده مسئول: جواد خلعتبری، گروه روان‌شناسی، واحد تکابین، دانشگاه آزاد اسلامی، تکابین، ایران

Email: J.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۲۳  
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۱

◀ استناد: خرمی نژاد، پریسا؛ خلعتبری، جواد؛ صیرفی، محمد رضا. اثربخشی درمان متمن کز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۴۰۱، ۱(۱): ۵۹-۵۰.

## مقدمه

دیابت حاملگی شایع‌ترین عارضه متابولیک بارداری است که بسته به معیارهای تشخیصی، ۱۰ تا ۱۵ درصد از کل حاملگی‌ها را

متضاد با عملکرد شناختی داشته باشد. از این‌رو، اگرچه محتوای اندیشه مقابله‌ای ممکن است مفید باشد، بافت عاطفی ممکن است در روان گستنگی گرایی بیشتر نقش داشته باشد [۱۱]. درمان مبتنی بر شفقت در ابتدا برای افرادی ایجاد شد که مشکلات عاطفی طولانی‌مدت و اغلب سطح زیاد شرم و انتقاد از خود داشتند و به عنوان یک درمان فردی بسط داده شد و در تلاش است افراد را در توسعه شفقت خود و دیگران یاری دهد [۱۲].

شفقت خود را می‌توان به عنوان نزدیک شدن به خود با مهربانی و پذیرش بهویژه در مواجهه با ناراحتی یا نامیدی شخصی تعریف کرد [۱۳]. با توجه به نتایج مطالعات اخیر در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، می‌توان از آن به عنوان یک درمان مکمل برای تقویت کیفیت زندگی، روان درستی و وضعیت روانی کلی بیماران مبتلا به دیابت به همراه درمان دارویی استفاده کرد [۱۴]. سطوح بالاتر شفقت علامت افسردگی را کاهش و روان درستی را افزایش می‌دهد و موجب گواه دیابت در طولانی‌مدت می‌شود [۱۵]. این نتایج اهمیت تأکید بر متغیرهای روان‌شناختی از جمله شفقت نسبت به خود را در مدیریت دیابت تقویت می‌کند. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شد.

## روش کار

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام زنان باردار مراجعه کننده به بیمارستان می‌لاد تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که دیابت بارداری داشتند. نمونه پژوهش حاضر با بهره گیری از روش نمونه گیری هدفمند و با درنظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش از بین جامعه آماری انتخاب شد. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه

تحت تأثیر قرار می‌دهد. دیابت حاملگی دیابت تشخیص داده شده در سه‌ماهه دوم یا سوم بارداری است که قبل از بارداری به‌وضوح آشکار نبوده است [۱]. شیوع دیابت بارداری در سراسر جهان از جمله ایران رو به افزایش است. در یک متابالیز، شیوع دیابت بارداری در ایران ۳/۴۱ تخمین زده شد. با وجود پیشرفت‌های فراوان در زمینه مراقبت‌های بالینی، زنان مبتلا به دیابت در دوران بارداری در معرض عواقب جانبی زیادی قرار دارند [۲]. کیفیت زندگی یکی از عواملی است که در طول دوره بارداری در این زنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از نظر زندگی اجتماعی و مقیاس‌های بهداشتی کاهش زیادی نسبت به زنان باردار عادی در زنان مبتلا به دیابت مشاهده شده است [۳]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی میزانی از فعالیت‌های جسمی و اجتماعی و همچنین سلامت روانی را نشان می‌دهد و شاخص مهم سلامتی در نظر گرفته می‌شود [۴]. امروزه ارزیابی و ثبت کیفیت زندگی با محوریت سلامت از طریق پرسشنامه کیفیت زندگی در مداخلات پزشکی بسیار مهم است [۵]. کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری در مطالعات مرتبط ارزیابی شده است. همچنین روان گستنگی گرایی با فعال شدن هیپوتalamوس-هیپوفیز-آدرنال سطح گلوکز را تحريك یا بدتر می‌کند و موجب پیشرفت بیماری دیابت می‌شود [۶]. اگرچه بیماری‌های مزمن با افزایش افسردگی، عصبانیت و تنیدگی همراه است، این بیماری تقریباً سه برابر بیشتر در بیماران دیابتی است که بدون تردید موجب کاهش کیفیت زندگی شده است. شیوع افسردگی در این بیماران ۲ تا ۳ برابر بیشتر از جمعیت عادی است [۷]. برای درمان اختلالات روان‌شناختی و بیماران مزمن بهویژه دیابتی‌ها، علاوه بر درمان دارویی، درمان‌های روان‌شناختی جدید از جمله درمان مبتنی بر شفقت طی سال‌های اخیر توسعه یافته است [۸-۹]. درمان مبتنی بر شفقت موجب کاهش سطح دیابت و افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری می‌شود [۱۰]. در این درمان اعتقاد بر این است وقتی افراد از ارزیابی مجدد شناختی استفاده می‌کنند، ممکن است بافت عاطفی عملکردی

بر اساس مقیاس لیکرت (از ۱ اصلاحاً تا ۵ خیلی زیاد) نمره گذاری می شود [۱۷]. استانداردسازی، ترجمه و روان سنجی ایرانی این پرسش نامه را نجات و همکاران انجام دادند و مقادیر همبستگی درونی آلفای کرونباخ در تمام حیطه ها بیشتر از ۰/۷ به دست آمد [۱۷]. برای درستی محتوایی ابتدا پرسش نامه دو بار به فارسی ترجمه شد. سپس مطالعه آزمایشی درستی صوری آن را با اطمینان زیادی تأیید کرد.

داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ تجزیه و تحلیل شدند. در بررسی توصیفی داده ها شاخص های آماری مربوط به هر یک از متغیر های پژوهش محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر همراه با اثر بین گروهی (طرح مختلف) به همراه آزمون های تعقیبی توکی و بنفوونی به منظور آزمون یافته ها استفاده شد.

## یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه درمان متمن کز شفقت ۳۵/۷ (۷/۹) و در گروه گواه ۴۸/۵۰ (۳۶/۵) بود. نتایج آزمون خی دو نشان داد دو گروه از نظر سن تفاوت معناداری با هم نداشتند. از نظر تحصیلات، ۲۷ نفر (۹۰ درصد) مدرک کارشناسی و ۳ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد داشتند. از نظر تعداد بارداری، ۲۴ نفر (۸۰ درصد) در بارداری اول و ۶ نفر (۲۰ درصد) در بارداری دوم قرار داشتند. دو گروه از نظر تحصیلات و دفعات بارداری با هم تفاوتی نداشتند.

میانگین گروه درمان متمن کز بر شفقت در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون در هر چهار خرده مقیاس افزایش داشت. می توان نتیجه گرفت این درمان باعث افزایش مؤلفه های کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری شده است. در جدول ۲ آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای بررسی درمان متمن کز بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت بارداری آورده

برای دستیابی به توان مدنظر، ۱۵ نفر در هر گروه و جمیعاً ۳۰ نفر به دست آمد. ملاک های ورود آزمودنی ها شامل داشتن حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۴۰ سال، رضایت آگاهانه نسبت به شرکت در پژوهش و ملاک خروج آزمودنی ها شامل وجود اختلال های روانی ایجاب کننده درمان های فوری (مثل نشانه های روان گستینگی گرایی و واپستگی به مواد) بود. پس از شناسایی زنان مبتلا به دیابت بارداری که بر اساس پرونده بیمار انجام شد، ۳۰ نفر از افرادی که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، شناسایی شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند.

جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس درمان مبتنی بر شفقت خود گیلبرت برگزار شد [۱۶]. برنامه جلسات آموزش شفقت خود طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هر هفته ۱ روز برای گروه آزمایش اجرا شد. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به این صورت بود که شرکت در این پژوهش کاملاً اختیاری بود. قبل از شروع طرح، مشارکت کنندگان با مشخصات طرح و مقررات آن آشنا شدند. نگرش و عقاید افراد مورد احترام بود. اعضای گروه آزمایش و شاهد در هر مرحله ای اجازه خروج از پژوهش را داشتند. اعضای گروه شاهد در صورت علاقه مندی می توانستند بعد از اتمام طرح، مداخله انجام شده برای گروه آزمایش را در جلسات درمانی مشابه عیناً دریافت کنند. تمام مدارک و پرسش نامه ها و سوابق محرومانه تنها در اختیار مجریان بود. از همه داوطلبان رضایت نامه کتبی آگاهانه گرفته شد.

## پرسش نامه کیفیت زندگی

داده های مربوط به کیفیت زندگی به کمک آزمون ۲۶ سؤالی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ جمع آوری شد. این پرسش نامه شامل ۲۶ سؤال و ۴ مقیاس سلامت جسمانی (۷ سؤال)، سلامت روانی (۶ سؤال)، روابط اجتماعی (۳ سؤال) و سلامت محیط (۸ سؤال) است که

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس آزمون	پیگیری
متمرکز بر شفقت	سلامت جسمانی	میانگین	۱۳/۲۷	۱۳/۲۷	۱۴/۶۰
	انحراف معیار		۵/۳۴	۴/۳۲	۳/۸۳
	سلامت جسمانی	میانگین	۱۲/۸۰	۱۲/۴۰	۱۲/۴۰
	انحراف معیار		۴/۶۵	۴/۵۶	۴/۵۶
گواه	سلامت روان‌شناسی	میانگین	۱۴/۶۷	۱۷/۴۷	۱۹/۰۰
	انحراف معیار		۲/۹۴	۲/۳۶	۲/۱۴
	سلامت روان‌شناسی	میانگین	۱۴/۸۷	۱۴/۲۰	۱۴/۲۰
	انحراف معیار		۳/۰۲	۲/۷۸	۲/۷۸
متمرکز بر شفقت	سلامت اجتماعی	میانگین	۱۴/۷۳	۱۷/۸۷	۲۰/۰۰
	انحراف معیار		۴/۵۳	۴/۰۰	۴/۳۸
	سلامت اجتماعی	میانگین	۱۵/۲۷	۱۴/۵۳	۱۵/۷۳
	انحراف معیار		۴/۴۵	۴/۲۹	۴/۳۸
گواه	سلامت محیطی	میانگین	۱۵/۲۰	۱۷/۱۳	۱۸/۱۳
	انحراف معیار		۴/۷۲	۴/۰۳	۴/۰۳
	سلامت محیطی	میانگین	۱۵/۱۳	۱۴/۱۳	۱۳/۶۰
	انحراف معیار		۴/۲۲	۴/۴۵	۴/۰۳

بارداری گروه درمان متمرکز بر شفقت با زنان مبتلا به دیابت

شده است.

بارداری گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون،

روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل

وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سلامت روان‌شناسی،

درمان متمرکز بر شفقت «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان

سلامت اجتماعی زنان مبتلا به دیابت بارداری گروه آزمایش

می‌دهد حداقل بین یکی از متغیرهای وابسته زنان مبتلا به دیابت

جدول ۲: آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمرات متغیرهای وابسته در دو گروه

اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطای ایتا	معناداری	ضریب ایتا
تفاوت دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون	اثربلای	۰/۷۳	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	لامبدای ولکز	۰/۰۷	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	اثرهتلینگ	۱۴/۰۸	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	بزرگترین ریشه روی	۱۴/۰۸	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس یکراهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ایتا
سلامت جسمانی	گروه	۸/۸۱	۱/۰۰	۸/۸۱	۲/۸۴	۰/۱۱	۰/۱۴
	خطا	۵۵/۸۹	۱۸/۰۰	۳/۱۱	۲/۸۴	۰/۱۱	۰/۱۴
سلامت روان‌شناختی	گروه	۷۷/۰۳	۱/۰۰	۷۷/۰۳	۲۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵
	خطا	۶۴/۱۹	۱۸/۰۰	۳/۵۷	۲۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۰۵۵
سلامت اجتماعی	گروه	۷۳/۱۶	۱/۰۰	۷۳/۱۶	۷۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۸۰
	خطا	۱۷/۸۵	۱۸/۰۰	۰/۹۹	۷۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۸۰
سلامت محیطی	گروه	۴۰/۳۸	۱/۰۰	۴۰/۳۸	۷/۳۰	۰/۰۱	۰/۰۲۵
	خطا	۹۹/۵۸	۱۸/۰۰	۵/۵۳	۷/۳۰	۰/۰۱	۰/۰۲۵

می‌توان گفت با ۹۵ درصد اطمینان سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تغییر معناداری داشته است.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد با روش تحلیل واریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل گروه «متغیر مستقل»

نسبت به گروه گواه تأیید می‌شود. همان‌طور که از نتایج جدول ۳ مشخص است، سطح معناداری حاصل شده برای سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به دست‌آمده از اصلاح بونفرونی کوچک‌تر است. درنتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل شده

جدول ۴: آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	معناداری	ضریب ایتا
بین گروهی	اثربلای	۰/۳۲	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
	لامبادی ویلکز	۰/۶۸	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
	اثرهتلینگ	۰/۴۸	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۴۸	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
درون گروهی	اثربلای	۰/۹۲	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	لامبادی ویلکز	۰/۰۸	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	اثرهتلینگ	۱۱/۴۱	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۱/۴۱	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
تعامل گروهه*تکرار اندازه‌گیری	اثربلای	۰/۵۲	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	لامبادی ویلکز	۰/۴۸	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	اثرهتلینگ	۱۰/۹	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۰/۹	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲

جدول ۵: آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی با معیار گرین هاووس گیزز

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب ایتا
سلامت جسمانی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۵۶/۴۲	۱/۱۰	۵۱/۵۲	۳/۲۸	.۰/۰۷۷	.۰/۱۱
	عامل آزمون* گروه	۶/۲۰	۱/۱۰	۵/۶۶	۰/۳۶	.۰/۵۷۲	.۰/۰۱
	بین گروهی	۳/۶۰	۱/۰۰	۳/۶۰	۰/۰۸	.۰/۷۸۶	.۰/۰۰۱
سلامت روان‌شناختی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۵۲۴/۰۷	۱/۱۶	۴۵۲/۱۲	۸۰/۱۴	.۰/۰۰۱	.۰/۷۴
	عامل آزمون* گروه	۴۲/۱۶	۱/۱۶	۳۶/۳۷	۶/۴۵	.۰/۰۱۳	.۰/۱۹
	بین گروهی	۱۷۳/۶۱	۱/۰۰	۱۷۳/۶۱	۶/۸۶	.۰/۰۱۴	.۰/۲۰
سلامت اجتماعی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۵۶۷/۲۷	۱/۴۶	۳۸۸/۰۷	۵۹/۴۴	.۰/۰۰۱	.۰/۶۸
	عامل آزمون* گروه	۲۲/۸۷	۱/۴۶	۱۵/۶۴	۲/۴۰	.۰/۱۱۸	.۰/۰۸
	بین گروهی	۳۶/۱۰	۱/۰۰	۳۶/۱۰	۱/۳۱	.۰/۲۶۱	.۰/۰۵
سلامت محیطی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۲۲۵/۷۶	۱/۱۲	۲۰۲/۴۱	۱۰/۷۴	.۰/۰۰۲	.۰/۲۸
	عامل آزمون* گروه	۱۲/۲۰	۱/۱۲	۱۰/۹۴	۰/۵۸	.۰/۴۷۰	.۰/۰۲
	بین گروهی	۲/۵۰	۱/۰۰	۲/۵۰	۰/۰۷	.۰/۷۹۵	.۰/۰۰۱

نمرات مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد.

نتایج آزمون تعقیبی بنفرنی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد. نتایج نشان داد بین نمرات مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین بین نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، به‌طوری‌که نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است. با توجه به نتایج در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه، مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین دو گروه درمان

وجود دارد. این اثر نشان می‌دهد حداقل بین یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری در دو گروه آزمایشی تفاوت معنادار وجود دارد (لامبای ویلکز =  $۰/۲۱ < P < ۰/۰۵$ ). همچنین آزمون‌های چندمتغیری اثرات درون‌گروهی نیز بیانگر این نکته است که حداقل بین یکی از مؤلفه‌های کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری در سه مرحله اندازه‌گیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $۰/۰۵ < P < ۰/۰۵$ ). در ادامه نتایج آزمون‌های تک‌متغیری در متن تحلیل واریانس مختلط چندمتغیری گزارش می‌شود.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (بیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح  $۰/۰۵$  برای مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی معنادار است ( $۰/۰۵ < P < ۰/۰۵$ ). درنتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

آنان در حالات هیجانی دیگران و تقویت نگرش صمیمانه می‌شود و احساس به همپیوستگی را به میزان زیادی افزایش می‌دهد و بالطبع گرایش به روابط اجتماعی را نیز افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، افراد معمولاً به تجربیات ناخوشایند و رویدادهای دردناک از طریق تلاش‌های اجتنابی یا گواه افراطی پاسخ می‌دهند [۲۱]. در چنین شرایطی ذهن به ما می‌گوید باید موقعیت را بهتر گواه کنیم و نباید افکار و احساسات ناخوشایندی داشته باشیم. بدیهی است چنانچه این نوع نگرش تند و منتقدانه باشد، در تضاد با سلامتی است و در درمان مبتنی بر شفقت از طریق ذهن آگاهی و پذیرش مشکلات آموزش داده می‌شود که مشکلات اجتناب‌ناپذیر هستند و همه افراد با مشکلات مواجه می‌شوند [۲۲].

از آنجاکه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با مشکلات فراوانی از جمله مشکلات کیفیت زندگی مواجه هستند، باید به دنبال راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی آن‌ها بود. بر اساس پژوهش‌های اخیر، هدف اصلی درمان نباید تنها برطرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی این بیماری باشد، بلکه بهبود کیفیت زندگی آنان نیز باید مدنظر قرار گیرد. لذا باید از روی آوردهای درمانی به غیر از دارویی استفاده شود که از جمله روی‌آوردهای روان‌شناختی مؤثر در درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌توان به درمان مبتنی بر شفقت اشاره کرد [۲۳]. درمان مبتنی بر شفقت یکی از روی‌آوردهای برگرفته از موج سوم درمانگری است که از اصول ذهن آگاهی استفاده می‌کند و شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن درباره خود، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است [۲۴].

در تبیین اثربخشی درمان متمن‌کز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی می‌توان گفت که گروه درمانگری بیماران مبتلا به دیابت فرستی برای حمایت مقابل و وسیله‌ای برای کمک به بیمار برای مقابله مؤثر با تندیگی و سازش با موانع کاهنده کیفیت زندگی است. همچنین بیماران مبتلا به دیابت درنتیجه درمان متمن‌کز بر شفقت درمی‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای

متمن‌کز بر شفقت و گروه گواه در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه سلامت روان‌شناختی معنادار است ( $P < 0/05$ ). درنتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه سلامت روان‌شناختی در دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد. بین میانگین کلی نمرات سلامت روان‌شناختی نیز در دو گروه درمان متمن‌کز بر شفقت و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمن‌کز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شد. نتایج نشان داد درمان متمن‌کز بر شفقت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت بارداری تأثیر مثبت داشته است. طبق مطالعات پیشین انتظار می‌رود درمان متمن‌کز بر شفقت با تمرکز بر تندیگی به بهبود گواه قند خون، فعالیت‌های خودمراقبتی، اجتناب عاطفی و شناختی، روان گسستگی گرایی ناشی از دیابت، ترس از هیپوگلیسمی، افسردگی، اضطراب و تندیگی موجب اثرات مفیدی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت شود [۱۸]. پژوهشی نشان داد درمان مبتنی بر شفقت در کاهش افسردگی، اضطراب و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر دارد [۱۹].

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی می‌توان گفت که آموزش و درمان مبتنی بر شفقت به افراد (بیماران مبتلا به دیابت) گسترش مهربانی، درک خود، پرهیز از گرایش بیش از حد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعيتی که در آن قرار دارند را آموزش می‌دهد [۲۰]. افرادی که شفقت بالایی نسبت به خود دارند، بیشتر نسبت به خود و دیگران مهربان هستند و سعی در درک رویدادهای موجود در زندگی دارند. از آنجاکه درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل بیشتر بازخورددهای مثبت، توانایی برخورد با بازخورددهای خنثی و ایجاد نگرش صمیمانه در افراد می‌شود، موجب سهیم شدن بیشتر

ایجاد کند.

پیشنهاد می‌شود پژوهشگران این پژوهش را روی بیماران مبتلا به سایر انواع دیابت، سایر مراکز درمانی و شهرها یا سایر بیماری‌ها انجام دهند و نتایج آن را با نتایج مطالعه حاضر مقایسه کنند تا بتوان در تعیین و اثربخشی نتایج با دقت و اطمینان بیشتری بحث کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بررسی و اطمینان از تداوم اثربخشی روش‌های درمانی خود در بلندمدت، از پیگیری‌های ۶ ماهه و حتی بیشتر استفاده کنند. با توجه به اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت در بیماران مبتلا به دیابت بارداری، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان بالینی و درمانگران در مداخلات خود به ویژه در زمینه متغیرهای مذکور از درمان متمرکز بر شفقت استفاده کنند.

## قدرتانی

نویسنده‌گان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند. این مقاله از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی کد اخلاق IR.SBMU.RE-TECH.REC.1399.385 دارد.

## تعارض در منافع

نویسنده‌گان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافعی در این مقاله وجود ندارد.

## References

1. Akin A. Self-Compassion and automatic thoughts. *Hacet Egit Derg* 2012; 42: 1-10.
2. Amsberg S, Wijk I, Livheim F, Toft E, Johansson UB, Anderbro T. Acceptance and commitment therapy

موقعیت‌های پیش رو انتخاب کنند و مسئولانه نتایج اعمال و انتخاب‌های خود را بپذیرند. در فرایند درمان متمرکز بر شفقت، افراد متوجه می‌شوند غم و اندوه، کمبودها، بیماری‌ها و مشکلات جسمانی و روانی اجتناب ناپذیر هستند و فقط یک فرصت باقی می‌ماند که در این موقعیت، شیوه نگرش و طرز برخورد با مشکل و تحمل مصائب را تغییر دهند و با معنا دادن به رنج‌ها و دردها بر ازدست رفته‌ها تمرکز نکنند و با توجه به گذار بودن زندگی، وقت، عمر و امکانات خود را صرف کیفیت بخشیدن به زندگی کنند. در این درمان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند. درنتیجه درمان متمرکز بر شفقت از طریق فرایندهای توضیح داده شده موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت می‌شود.

در این پژوهش فقط از پرسش‌نامه برای گردآوری اطلاعات استفاده شد و به دلیل محدودیت‌های اجرایی، از مصاحبه برای گردآوری داده‌های پژوهش استفاده نشد. همچنین می‌توان به محدود شدن جامعه پژوهش به مادران مبتلا به دیابت بارداری مراجعه کننده به بیمارستان میلاد اشاره کرد. لذا در تعیین نتایج به بیماران مبتلا به دیابت سایر مناطق و شهرها و حتی سایر بیماری‌ها باید احتیاط کرد. به دلیل محدودیت‌های ناشی از شیوع ویروس کرونا، دوره پیگیری به صورت مجازی برگزار شد. حضور دو درمانگر در مطالعه حاضر یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که ممکن است مشکلاتی را از نظر روش‌شناختی

(ACT) for adult type 1 diabetes management: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2018; 8(11): e022234.

3. Al-Sadi AM, Al-Oweisi FA, Edwards SG, Al-Nadabi

- H, Al-Fahdi AM. Genetic analysis reveals diversity and genetic relationship among *Trichoderma* isolates from potting media, cultivated soil and uncultivated soil. *BMC Microbiol* 2015; 15(1): 1-11.
4. Herman WH, Petersen M, Kalyani RR. Response to comment on american diabetes association. standards of medical care in diabetes—2017. *Diabetes Care* 2017; 40(7): e94-5.
  5. Bădescu SV, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zahiu DM, Zăgrean AM, et al. The association between diabetes mellitus and depression. *J Med Life Sci* 2016; 9(2): 120.
  6. Collins RN, Gilligan LJ, Poz R. The evaluation of a compassion-focused therapy group for couples experiencing a dementia diagnosis. *Clin Gerontol* 2018; 41(5): 474-86.
  7. Egan AM, Dunne FP, Lydon K, Conneely S, Sarma K, McGuire BE. Diabetes in pregnancy: worse medical outcomes in type 1 diabetes but worse psychological outcomes in gestational diabetes. *Int J Med* 2017; 110(11): 721-7.
  8. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Adv Psychiatr Treat* 2009; 15(3): 199-208.
  9. Gilbert P. Compassion focused therapy: distinctive features. Routledge; 2010.
  10. Gilbert P. Compassion: Concepts, research and applications. Taylor & Francis; 2017.
  11. Vilardaga R, Estévez A, Levin ME, Hayes SC. Deictic relational responding, empathy, and experiential avoidance as predictors of social anhedonia: Further contributions from relational frame theory. *Psychol Rec* 2012; 62(3): 409-32.
  12. Izakiyan S, Mirzaian B, Hosseini SH. Effectiveness of education emotion regulation techniques on reducing stress and increasing resilience of students. *JTBCP* 2019; 14(53): 17-26 (Persian).
  13. Jafari-Shobeiri M, Ghojazadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M, Piri R, Pourali-Akbar Y, et al. Prevalence and risk factors of gestational diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iran J Public Health* 2015; 44(8): 1036.
  14. Kaboudi M, Dehghan F, Ziapour A. The effect of acceptance and commitment therapy on the mental health of women patients with type II diabetes. *Ann Trop Med Public Health* 2017; 10(6): 1709-13.
  15. Knowles SR, Apputhurai P, O'Brien CL, Ski CF, Thompson DR, Castle DJ. Exploring the relationships between illness perceptions, self-efficacy, coping strategies, psychological distress and quality of life in a cohort of adults with diabetes mellitus. *Psychol Health Med* 2020; 25(2): 214-28.
  16. Li C, Liu JC, Xiao X, Chen X, Yue S, Yu H, et al. Psychological distress and type 2 diabetes mellitus: a 4-year policemen cohort study in China. *BMJ Open* 2017; 7(1): e014235.
  17. Li Y, Cooper A, Odibo IN, Ahmed A, Murphy P, Koonce R, et al. Discrepancy in insulin regulation between gestational diabetes mellitus (GDM) platelets and placenta. *J Biol Chem* 2016; 291(18): 9657-65.
  18. Morrison AE, Zaccardi F, Chatterjee S, Brady E, Doherty Y, Robertson N, et al. Self-compassion, metabolic control and health status in individuals with type 2 diabetes: A UK observational study. *Exp Clin Endocrinol* 2019; 129(06): 413-9.
  19. Pantzartzis KA, Manolopoulos PP, Paschou SA, Kazakos K, Kotsa K, Goulis DG. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. *Qual Life Res* 2019; 28(5): 1349-54.
  20. Roemer L, Orsillo SM, Salters-Pedneault K. Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(6): 1083.
  21. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 2006; 62(5): 1153-66.
  22. Steindl SR, Buchanan K, Goss K, Allan S. Compassion focused therapy for eating disorders: A qualitative review and recommendations for further applications. *Clin Psychol* 2017; 21(2): 62-73.
  23. Lam BY, Raine A, Lee TM. The relationship between neurocognition and symptomatology in people with schizophrenia: social cognition as the mediator. *BMC Psychiatry* 2014; 14(1): 1-10.
  24. Vakilian K, Zarei F, Majidi A. Effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on anxiety and quality of life during pregnancy: A mental health clinical trial study. *Iran Red Crescent Med J* 2019; 21(8): e89489.