



اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

شکیبا ربیعیان

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف آباد، ایران Shakiba.rabieiyan@iau.ir

پریناز سادات سجادیان

استادیار، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران (نویسنده مسئول) P.sajadian@iau.ac.ir

چکیده

دیابت نوع دو به عنوان شایع‌ترین بیماری متابولیکی، یک اختلال مزمن و پیش‌رونده است که باعث افزایش عوارض پایدار و در موارد پیش‌رونده، مرگ‌ومیر افراد مبتلا خواهد شد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. روش این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی بوده و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری دوماه با گروه گواه اجرا گردید. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی زنان دیابتی مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر نجف آباد بود که از میان آن‌ها گروه نمونه شامل ۳۴ نفر (۱۷ نفر برای گروه آزمایش و ۱۷ نفر برای گروه کنترل) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید. جهت سنجش متغیر از پرسشنامه خودمراقبتی توبرت و گلاسکو (۲۰۰۰) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. گروه آزمایش تحت مداخله درمان متمرکز بر شفقت در قالب ۸ جلسه آموزشی قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت ننمودند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده بیانگر تفاوت معنادار میان گروه آزمایش و گروه کنترل نسبت به پیش‌آزمون و پایداری این نتایج در دوره پیگیری می‌باشد. بنابر این درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد خودمراقبتی موثر بوده و آن را بهبود بخشیده است. با توجه به نتایج می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ کمک می‌نماید تا در کنار نگاهی مشفقانه به هیجانات خود، اجازه تسلط افکار و هیجانات منفی به رفتارهای خود را ندهند و بتوانند به رعایت هرچه بیشتر دستورات پزشکی و درمانی و مراقبت از خود بپردازند.

واژگان کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت، خودمراقبتی، دیابت نوع دو.



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

مقدمه

دیابت شایع‌ترین اختلال متابولیکی در جهان است چنان که تخمین زده شده است که در سطح جهان از هر ۱۱ بزرگسال، یک نفر مبتلا به دیابت است. از مهمترین عوامل مؤثر در کنترل بیماری دیابت، انجام رفتارهای خودمراقبتی است. میتوان گفت بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در جهت کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماریشان می‌باشد (وانگ و همکاران، ۲۰۱۳). طبق نظریه خودمراقبتی اورم^۱ (۲۰۰۱)، خودمراقبتی^۲ مجموعه فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف داری است که به منظور تامین حیات، حفظ و ارتقا سلامت انجام می‌شود. آنها معتقدند که انسان از خود مراقبت می‌کند تا به مجموعه‌ای از نیازهای پاسخ دهد (اورم و همکاران، ۲۰۰۱). منظور از خودمراقبتی دیابت، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت ورزشی مناسب و منظم، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (رشیدیان و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین هرگونه کوتاهی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی می‌تواند منجر به افزایش عوارض ناشی از بیماری شود (یوسفان و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج پژوهشی در برزیل، قطع اندام این بیماران را ناشی از عدم مراقبت پیگیرانه از خود می‌داند؛ خودمراقبتی به عنوان عملی برای حفظ خود معرفی شده که در مقابل آن رفتارهای خودویرانگر وجود دارند و تنها عواملی که می‌توانند بر رفتارهای خودتخریبی بیمار مؤثر واقع شوند، نیاز به وجود نگاهی فراتر از بیماری و مهم‌تر از آن، بعد روانی مراقبت می‌باشد (استفانی^۳ و همکاران، ۲۰۲۳).

جهت بررسی درمان‌ها و عوامل تاثیرگذار بر خودمراقبتی بیماران دیابت نوع ۲ پژوهش‌هایی صورت گرفته که درمان شناختی- رفتاری مذهب محور به عنوان یک درمان مکمل در کنار سایر درمان‌های پزشکی (حسن نیا و همکاران، ۲۰۲۱)، درمان شناختی رفتاری یکپارچه شده با ذهن آگاهی (ایوبی، ۲۰۱۹)، عوامل روان‌شناختی (افکار تکرارشونده، راهبردهای تنظیم هیجان و خودمراقبتی) (محمدی و همکاران، ۲۰۲۲) و استفاده از آموزش خودمدیریتی به شیوه برگشتی، به عنوان یک روش مؤثر در افزایش تبعیت دارویی و غذایی (دلشاد و همکاران، ۲۰۲۳) از جمله مهم‌ترین این پژوهش‌هاست. اما دانشمندان و پزشکان هنوز در مورد علت اصلی عدم رعایت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و عوامل مؤثر بر آن سردرگم هستند (کالرا^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). یکی از مشکلات روانشناختی مبتلایان به دیابت، افت شغقت است (مورگان^۵ و همکاران، ۲۰۲۰). شغقت به معنای دلسوزی نسبت به خود به هنگام مواجهه با شکست‌ها، نقص‌ها و عدم کفایت‌هاست که یک جهت‌گیری کلی مثبت به خود در زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود می‌باشد (جونز^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). درمان متمرکز بر شغقت^۷ را گیلبرت^۸ به عنوان حساسیت به رنج خود و دیگران بنا نهاده است (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴). مداخلات مبتنی بر شغقت در این درمان می‌توانند از طریق مهارت‌های استدلال مهربانانه و نیز توجه، تصویرسازی، تجربه حسی و رفتار مهربانانه به فرد کمک کنند تا یک رابطه مهربانانه درونی را با خود برقرار سازد و آن را جایگزین خودسرزنشگری و خودانتقادگری نماید (گیلبرت و همکاران، ۲۰۱۴). نتایج مطالعات نشان می‌دهند که درمان متمرکز بر شغقت از طریق کاهش افکار خودسرزنشگرانه و خودمنتقدانه و همچنین ارتقای انگیزه اعمال رفتارهای خود مدیریتی و خودمراقبتی، زمینه را برای دستیابی به اهداف سلامت مساعد می‌سازد و بدین ترتیب سبب بهبود و پیشرفت درمان دیابت می‌گردد (دهقانی و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین با عنایت به این که شیوع بیماری خاموش دیابت روز به روز در حال افزایش است (خان و همکاران، ۲۰۲۰) و خودمراقبتی پایین افراد دیابتی باعث کاهش تمایل به ورزش، کنترل قند خون، رعایت رژیم غذایی و دارویی شده که منجر به نتایج ضعیف‌تر و افزایش پیچیدگی بیماری می‌شوند (کاظمی و همکاران، ۲۰۱۷)، می‌توان گفت سهم عمده کنترل این بیماری به عهده خود فرد

¹ Orem

² Self-Care

³ Stefani

⁴ Kalra

⁵ Morgan

⁶ Jones

⁷ compassion focused therapy (CFT)

⁸ Gilbert



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

است و عملاً امکان پذیر نیست که بیمار دیابتی برای تمام عمر تحت نظر موسسات درمانی باشد در نتیجه آموزش بیمار دیابتی برای خودمراقبتی جایگاه ویژه‌ای می‌یابد (سیدی^۱ و همکاران، ۲۰۲۱). از آن جایی که دیابت را می‌توان با موفقیت توسط عوامل متابولیکی، روانی، اجتماعی و بین فردی نیز کنترل نمود (رحمانی و همکاران، ۲۰۲۲) و با توجه به موارد ذکر شده و شیوع بسیار بالای بیماری دیابت نوع دو و همچنین کمبود پژوهش در حوزه های روان‌شناختی در حیطه ابعاد خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نسبت به پژوهش‌های پزشکی فراوان در این حوزه، پژوهش حاضر برای پاسخ به این سوال انجام گرفته است که آیا درمان متمرکز بر شفقت، بر خودمراقبتی و ابعاد آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اثربخش است؟

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی بوده و با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه گواه اجرا گردید. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان دیابتی عضو انجمن دیابت شهر نجف آباد بودند که پس از دریافت کد اخلاق فرآیند پژوهشی آغاز گردید. پس از مطالعه پرونده بیماران با آن‌ها تماس تلفنی گرفته و با ارائه توضیحاتی در مورد مطالعه، از آن‌ها درخواست شد که در صورت تمایل، در تاریخ مشخص شده به مرکز مراجعه نمایند. پس از حاضر شدن افراد، ضمن معرفی خود و انجام مصاحبه با آن‌ها، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس نمونه ای ۳۴ نفره بر اساس معیارهای ورود به مطالعه که شامل: تمایل بیماران برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل شش ماه از تشخیص قطعی دیابت نوع دو توسط پزشک و داشتن سواد کافی برای پاسخگویی به سوالات، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند و پرسشنامه خودمراقبتی توبرت و گلاسکو (۲۰۰۰) که مخصوص بیماران دیابتی بوده و شامل ۱۵ سوال جهت سنجش ابعاد مختلف خودمراقبتی دیابت شامل رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، انسولین درمانی یا مصرف قرص‌های خوراکی ضد دیابت، مراقبت از پا و سیگار کشیدن طی هفت روز گذشته است اجرا گردید. روایی محتوای این پرسشنامه به طور میانگین ۸۴/۹ و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است (عزتی و همکاران، ۲۰۱۳). جلسات آموزش درمان متمرکز بر شفقت طی ۸ جلسه (جدول ۱) یک ساعت در هفته برای گروه آزمایش برگزار گردید. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل به ادامه همکاری و نیز غیبت بیش از دو بار در جلسات آموزشی بودند. بعد از اتمام جلسات درمانی پس از آزمون اجرا و پس از ۲ ماه جهت بررسی پایداری درمان پیگیری صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر هم از آمار توصیفی و هم آمار استنباطی در نرم افزار SPSS-۲۹ استفاده شد و جهت بررسی رابطه میان متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

جدول ۱. پروتکل درمان متمرکز بر شفقت (گیلبرت، ۲۰۱۴)

جلسات	اهداف	محتوای جلسات	تکالیف
اول	آشنایی با اصول کلی درمان	آشنایی درمانگر و اعضای گروه، گفتگو درباره هدف از برگزاری جلسات و آشنایی با ساختار کلی آن، بررسی انتظارات اعضای گروه از برنامه درمانی، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت و توضیح این که شفقت با تاسف برای خود، متفاوت است.	ثبت موارد احساس شرم و خودانتقادی در فعالیت‌ها و چالش‌های روزانه
دوم	شناخت مولفه های شفقت	شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضا و شناسایی ویژگی های آن، آشنایی با خصوصیات افراد دارای شفقت و مروری بر خودشفقتی اعضا.	انجام تمرین ذهن آگاهی، کشف و یادداشت مواردی از شفقت ورزی در فعالیت های روزانه
سوم	آموزش و پرورش خودشفقتی اعضا	آشنایی با خصوصیات افراد مشفق، شفقت نسبت به سایرین، پرورش احساسگرمی و مهربانی نسبت به خویشان، پرورش	

¹ Seyedi



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

و درک اینکه دیگران نیز از نقایص و مشکلاتی رنج می‌برند) پرورش حس اشتراکات انسانی در مقابل احساسات خودتخریب گرانه، آموزش افزایش گرمی و انرژی، ذهن آگاهی، پذیرش، خرد و قدرت، گرمی و عدم قضاوت.	انجام تمرین پرورش ذهن مشفق، ثبت مولفه های خودشفقتی در فعالیت های روزانه
تشویق شرکت کنندگان به خودشناسی شخصیت خود به عنوان فرد مشفق یا غیرمشفق با توجه به مباحث آموزشی، شناسایی و کاربرد تمرین های پرورش ذهن مشفق، ارزش شفقت، همدلی و همدردی در مورد خود و سایرین.	خودشناسایی و شناسایی عوامل خودانتقادی
آموزش سبکها و فنون ابراز شفقت (شفقت کلامی و عملی) و به کارگیری این فنها در زندگی روزمره و برای والدین، دوستان و آشنایان.	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت
آموزش مهارتهای شفقت به شرکت کنندگان در ابعاد توجه مهربانانه، استدلال مهربانانه، رفتار مهربانانه، تصویرپردازی مهربانانه، احساس مهربانانه و ادراک مهربانانه، ایفای نقش فرد در قالب سه شکل از خود، شامل خود انتقادگر، خود انتقاد شونده و خود شفقت ورز با استفاده از فن صندلی خالی گشتالت، پیدا کردن لحن و تن صدای منتقد درونی و خودمشفق درونی و تجسم گفتگوی آنها در دون با همدیگر مرور تمرین جلسه ی قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانه ی موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت" و عملکرد فرد در آن موقعیت.	آموزش مهارت های شفقت
مرور تمرین جلسه ی قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران، آموزش روش "ثبت و یادداشت روزانه ی موقعیتهای واقعی مبتنی بر شفقت" و عملکرد فرد در آن موقعیت.	فنون ابراز شفقت
جمع بندی، نتیجه گیری و پاسخگویی به پرسش های شرکت کنندگان و ارزیابی کل جلسات، تشکر و قدردانی از آنان جهت حضور در جلسات، اجرای پس آزمون، هماهنگی جهت برگزاری جلسه ی پیگیری	ارزیابی و کاربرد
مشخص کردن مسیرهای ارزشی خویشتن در زندگی	هشتم

یافته‌ها

نتایج تحلیل آماری بر نمونه پژوهش نشان داد که بیش از نیمی از شرکت کنندگان در گروه آزمایش و کنترل، کمتر از ۵۰ سال سن داشتند. از این تعداد در گروه آزمایش ۵ نفر (۲۹/۴)، ۴ سال و کمتر، ۵ نفر (۲۹/۴)، ۴۱ تا ۵۰ ساله و ۷ نفر (۴۱/۲) بیش از ۵۰ سال سن داشتند. در گروه کنترل نیز ۴ نفر (۲۳/۵)، ۴۰ سال و کمتر، ۵ نفر (۲۹/۴)، ۴۱ تا ۵۰ سال و ۸ نفر (۴۷/۱) بیشتر از ۵۰ ساله بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز در گروه آزمایش ۵۲/۹ درصد شرکت کنندگان در پژوهش دارای تحصیلات دیپلم و ۴۷/۱ درصد زیردیپلم و در گروه کنترل ۶۴/۷ درصد شرکت کنندگان در پژوهش دیپلم و ۳۵/۳ درصد دیگر زیردیپلم هستند؛ بنابراین بیش از ۵۰ درصد شرکت کنندگان پژوهش دارای تحصیلات دیپلم بودند. همچنین از بین ۱۷ شرکت کننده در گروه آزمایش، ۲ نفر (۵/۹) دارای وزن کمتر از ۵۰ کیلو، ۷ نفر (۲۰/۶) دارای وزن ۵۱ تا ۷۰ کیلو، ۵ نفر (۱۴/۵) ۷۱ تا ۹۰ کیلو و ۲ نفر (۵/۸) دارای وزن بالای ۹۰ کیلو بودند. از بین ۱۷ شرکت کننده در گروه کنترل، ۲ نفر (۵/۹) دارای وزن کمتر از ۵۰ کیلو، ۸ نفر (۲۳/۲) دارای وزن ۵۱ تا ۷۰ کیلو، ۴ نفر (۱۱/۶) ۷۱ تا ۹۰ کیلو، ۳ نفر (۸/۷) دارای وزن بالای ۹۰ کیلو بودند؛ بنابراین نتایج حاکی از آن است که اکثریت بیماران گروه آزمایش و کنترل که در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند در محدوده وزنی ۵۱-۷۰ کیلو قرار داشتند. یافته‌های توصیفی نمرات متغیر پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خود مراقبتی و ابعاد آن

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	انحراف
		میانگین	میانگین	میانگین	انحراف
		استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
خود مراقبتی	آزمایش	۵۵/۱۱	۵/۰۲	۶۶/۷	۶/۲۴
	کنترل	۵۳/۷۶	۴/۵	۵۵/۰	۴/۷۸
رژیم غذایی	آزمایش	۱۶/۹۴	۲/۹۶	۲۰/۵۲	۳/۶۷
	کنترل	۱۶/۵۲	۲/۱۸	۱۶/۷	۲/۹۹
فعالیت فیزیکی	آزمایش	۷/۴۱	۱/۸۷	۹/۴۷	۱/۸۷
	کنترل	۶/۶۴	۱/۲۲	۶/۸۲	۱/۵۹
پایش قند	آزمایش	۷/۲۳	۲/۱۳	۹/۴۱	۲/۰۹
	کنترل	۷/۵۸	۱/۷۳	۷/۷۶	۱/۷۱
مصرف دارو	آزمایش	۶/۲۹	۰/۸۴	۶/۴۷	۰/۶۲
	کنترل	۶/۱۱	۱/۳۱	۶/۱۷	۱/۲۳
مراقبت از پا	آزمایش	۱۷/۲۳	۲/۸۴	۲۰/۸۲	۳/۰۶
	کنترل	۶/۲۹	۲/۸۴	۱۷/۵۲	۲/۸۹

جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته خود مراقبتی و ابعاد آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه آزمایش و گروه کنترل را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود در گروه آزمایش بین میانگین و انحراف استاندارد خود مراقبتی و ابعاد آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

پیش‌فرض‌های مربوط به تحلیل

برای مشخص کردن این که آیا بین متغیرهای پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش در موقعیت‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر یا تحلیل واریانس بین گروهی (رویکرد چندمتغیری و تک متغیری) استفاده شد. برای استفاده از این آزمون، پیش‌فرض نرمالیتی، همگنی واریانس و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس به کمک آزمون‌های کلموگروف-اسمیرنف^۱، آزمون لوین^۲ و آزمون باکس ام^۳ بررسی شد. نتایج این پیش‌فرض‌ها در ادامه ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج بررسی پیش فرض نرمالیتی متغیر

متغیر	زمان	آماره K-S	سطح معنی داری (sig)	نتیجه
خودمراقبتی	پیش آزمون	۰/۱۳	۰/۱۵۹	نرمال
	پس آزمون	۰/۱۰۸	۰/۲	نرمال
	پیگیری	۰/۱۰۳	۰/۲	نرمال

با توجه به جدول ۳ سطوح معناداری آزمون کلموگروف-اسمیرنف برای متغیر بیشتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0.05$ است، در نتیجه فرض نرمالیتی این متغیر تأیید می‌شود.

¹ - Kolmogorov-Smirnov

² - Leven

³ - Box's M



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

جدول ۴: نتایج بررسی پیش فرض همگنی واریانس

متغیر	زمان	آماره F	سطح معنی داری (sig)	نتیجه
خودمراقبتی	پیش آزمون	۰/۵۰۵	۰/۴۸۲	همگنی واریانس
	پس آزمون	۲/۹۳	۰/۰۹۷	همگنی واریانس
	پیگیری	۴/۰۷	۰/۰۵۲	همگنی واریانس

با توجه به جدول ۴ سطوح معناداری آزمون لوین بیشتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0.05$ است، در نتیجه واریانس نمرات متغیر با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند و فرض همگنی واریانس متغیر تأیید می‌شود.

جدول ۵: نتایج بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

متغیر	BoxM	آماره F	سطح معنی داری (sig)	نتیجه
خودمراقبتی	۳/۴۵	۰/۵۱۷	۰/۷۹۶	همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس

با توجه به جدول ۵، سطوح معناداری آزمون باکس ام برای متغیر خودمراقبتی بیشتر از مقدار سطح معناداری $\alpha=0.05$ است، در نتیجه شرط همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس رعایت گردیده است. لذا آزمون F با محدودیتی مواجه نمی‌باشد.

جدول ۶: نتایج آزمون موچلی مربوط به پیش فرض کرویت

متغیر	Mauchly s W	Chi- Square	سطح معنی داری (sig)	نتیجه
خودمراقبتی	۰/۴۴۴	۲۵/۱۹	۰/۰۰۱	رد کرویت فرض

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، سطح معناداری حاصل از آزمون کرویت موچلی کمتر از میزان ۰/۰۵ می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که مفروضه همگنی کوواریانس‌ها رعایت نشده است و بنابراین در خروجی تحلیل واریانس اندازه گیری‌های مکرر، نتایج آزمون گرین هاوس گیزر نیز ارائه می‌گردد.

جدول ۷: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه دو گروه در سه مرحله

متغیر وابسته	SS	DF	Ms	F	P	Eta	η
زمان	۱۸/۲۴	۱	۱۸/۲۴	۲۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱	۰/۹۹
گروه * زمان	۱۰/۸۲	۱	۱۰/۸۲	۱۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۴
خطا	۲۵/۷۶	۳۲	۰/۸۰۵				
زمان	۷/۴۵	۱	۷/۴۵	۷۲/۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
گروه * زمان	۳/۰۶۴	۱	۳/۰۶۴	۲۹/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
خطا	۳/۳۱	۳۲	۰/۱۰۴				
زمان	۵/۰۲	۱	۵/۰۲	۴۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
گروه * زمان	۵/۶۶	۱	۵/۶۶	۴۵/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

خطا	پایش قند	۳/۹۸	۳۲	۰/۱۲۴	زمان	مراقبت از پا	۲۰/۷۱	۱	۲۰/۷۱	۲۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۹۹
گروه * زمان	مراقبت از پا	۱۲/۷۵	۱	۱۲/۷۵	۱۶/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۳۴	۰/۹۷	گروه * زمان	مراقبت از پا	۲۴/۰۳	۳۲	۰/۷۵
خطا	مراقبت از پا	۲۴/۰۳	۳۲	۰/۷۵	زمان	مصرف دارو	۰/۰۴۴	۱	۰/۰۴۴	۰/۹۷۳	۰/۳۳۱	۰/۰۳	۰/۱۶
گروه * زمان	مصرف دارو	۰/۰۵	۱	۰/۰۵	۰/۱۰۸	۰/۷۴۴	۰/۰۳	۰/۰۶۲	خطا	مصرف دارو	۱/۴۵	۳۲	۰/۰۴۵

با توجه به نتایج جدول ۷، مقدار سطح معناداری برای متغیرهای رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند و مراقبت از پا در دوره زمانی، کمتر از مقدار سطح معناداری ۰/۰۵ و معنادار است. ($P < 0.05$) در نتیجه اثر درمان متمرکز بر شفقت در دوره‌ی زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) بر نمرات پس‌آزمون متغیرهای رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند، مراقبت از پا بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مؤثر بوده است. مجذور اتا (اندازه‌ی اثر) ارائه شده برای تأثیر متغیر زمان نشان می‌دهد، ضریب تأثیر درمان متمرکز بر شفقت برای متغیرهای رژیم غذایی ۰/۴۱، فعالیت فیزیکی ۰/۶۹، پایش قند ۰/۵۵، مراقبت از پا ۰/۴۶، توسط دوره‌ی زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) تبیین می‌شود. همچنین مقدار سطح معناداری برای ابعاد رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند و مراقبت از پا برای اثر تعاملی گروه (کنترل و آزمایش) و زمان، کمتر از مقدار سطح معناداری ۰/۰۵ معنادار هستند. ($P < 0.05$) از معناداری اثر تعاملی می‌توان نتیجه گرفت که اثر درمان متمرکز بر شفقت بر میانگین متغیرهای رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند، مراقبت از پا بیماران مبتلا به دیابت نوع دو (در گروه آزمایش) مؤثر بوده و میزان آن را افزایش داده است. مجذور اتا ارائه شده برای اثر تعاملی گروه و زمان نشان می‌دهد، ضریب تأثیر درمان متمرکز بر شفقت در میانگین متغیر رژیم غذایی ۰/۲۹، فعالیت فیزیکی ۰/۴۸، پایش قند ۰/۵۸ و مراقبت از پا ۰/۳۴، توسط اثر تعاملی دوره‌ی زمانی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری) و آموزش گروهی (درمان متمرکز بر شفقت) تبیین می‌شود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر شفقت بر ابعاد خودمراقبتی (رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند و مراقبت از پا) بیماران دیابت نوع دو اثربخش است. برای بررسی مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نمرات خودمراقبتی و خرده مقیاس‌های آن، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج آزمون اندازه گیری مکرر خودمراقبتی در مقایسه‌ی دو به دوی مراحل آزمون در گروه آزمایش

مراحل ←	پیش‌آزمون - پس‌آزمون		پیش‌آزمون - پیگیری		پس‌آزمون - پیگیری	
متغیر	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
رژیم غذایی	۳/۵۸	۰/۰۰۶	۴/۰	۰/۰۰۲	۰/۴۱	۰/۷۴۱
فعالیت فیزیکی	۲/۰۵	۰/۰۰۲	۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۷۸۵
پایش قند	۲/۱۷	۰/۰۰۴	۲/۴۱	۰/۰۰۲	۰/۲۳۵	۰/۷۴۵
مراقبت از با	۳/۵۸	۰/۰۰۱	۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۱۷۶	۰/۸۶۴

بر اساس نتایج جدول ۸ در گروه آزمایش بین میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران در مقایسه مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p \leq 0.01$) به این معنی که میزان خودمراقبتی بیماران در گروه آزمایش به



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

طور معناداری افزایش پیدا کرده است؛ اما بین پس‌آزمون این متغیر و پیگیری آن‌ها تفاوت معناداری مشاهده نشد که نشان می‌دهد اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دو پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان متمرکز بر شفقت بر خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت توانسته است خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را در مرحله پس‌آزمون بهبود دهد که همسو با نتایج مطالعات کلهرنیا و همکاران (۱۴۰۱)، محمدی و همکاران (۱۴۰۰)، کاظمی و همکاران (۱۳۹۹)، حربی و همکاران (۱۳۹۹)، رحمانی و همکاران (۱۳۹۹)، خلعتبری و همکاران (۱۳۹۹)، صمدزاده و همکاران (۱۳۹۸) و عنبری و همکاران (۱۳۹۱) بود. در میان پژوهش‌های خارجی نیز این یافته همسو با یافته‌های لین و همکاران (۲۰۲۳)، کرویتکا و همکاران (۲۰۲۳)، الرداد و همکاران (۲۰۲۳)، آبراهام و همکاران (۲۰۲۰)، فراری و همکاران (۲۰۱۷) بود. در این میان نیز پژوهشی ناهمسو با نتیجه مذکور یافت نشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن، در سیستم دفاع و تهدید خود نوعی بیش‌فعالی داشته که منجر به نشخوار مداوم افکار منفی و بیش‌برآورد ناشی از عوارض بیماری می‌شود. این حالات سبب نوعی احساس ناامنی می‌شوند و خودمدیریتی فرد بر رفتار و اعمالش کمرنگ شده و به دنبال آن رفتارهای خودمراقبتی در خصوص دیابت که شامل رعایت رژیم غذایی اختصاصی دیابت، ورزش روزانه، آزمایش قند خون، تزریق انسولین یا مصرف قرص ضد دیابت، مراقبت از پاها برای پیشگیری از زخم پای دیابتی و نیز سیگار کشیدن می‌باشد به درستی انجام نمی‌گردد.

درمان متمرکز بر شفقت قادر است در این زمینه کمک قابل توجهی به این افراد داشته باشد. این درمان می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات تنظیم هیجان، سیستم دفاع و تهدید فرد بیمار را تعدیل نموده و نیز سیستم امنیت را در او فعال نماید تا وی به آرامشی نسبی رسیده و با از بین رفتن احساس ناامنی موجود، به رفتارهای خودمدیریتی و خودمراقبتی پیشین خود بپردازد. به بیانی دیگر، درمان متمرکز بر شفقت با کمک تنظیم هیجان قادر است تا عواطف منفی را با عواطف مثبت جایگزین نموده و در موقعیت‌های دشوار به فرد کمک می‌نماید تا به جای احساساتی چون شرم، سرزنش و انتقاد از خود، آن‌ها را با رفتارهای مثبتی همچون مراقبت از خود جایگزین نماید و موجب ارتقای وضعیت سلامتی بیمار گردد.

در تبیین این فرضیه لازم است ابتدا این نکته ذکر شود که دوری نمودن و اجتناب از جمله رفتارهای رایج افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌باشد (مبشر و همکاران، ۲۰۲۱) می‌توان گفت این مورد خود عامل بسیار مهمی برای عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی یا ناکافی بودن انجام دستورات پزشکی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌باشد. در این موارد، درمان متمرکز بر شفقت از تکنیک ذهن آگاهی استفاده نموده و به فرد می‌آموزد که تمامی هیجانات خود را در لحظه شناسایی کرده و به آن‌ها از زاویه بالا به پایین بنگرد تا اسیر هیجانات منفی خود که در لحظه او را محاصره می‌نمایند نشود (مثل این فکر منفی که انجام خودمراقبتی کاری بیهوده است). در واقع می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت به افراد مبتلا به دیابت نوع دو کمک می‌نماید تا در کنار نگاهی مشفقانه به هیجانات خود، اجازه تسلط افکار و هیجانات منفی به رفتارهای خود را ندهند و بنابراین بتوانند به رعایت هرچه بیشتر دستورات پزشکی و درمانی و خودمراقبتی بپردازند.

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که هیجان‌های منفی در مواقع مختلف مانند تشخیص بیماری تا زمان پذیرش آن، غذا خوردن، ورزش کردن و انجام کنترل‌های متعدد روزانه رابطه تعاملی با میزان قند خون و پیروی از درمان پزشکی دارد و می‌تواند تغییرات رفتاری را به نحوی تشدید نماید که بیمار توصیه‌های درمانی را رعایت نکرده و لزوم پای‌بندی به پایش منظم قند خون را نادیده بگیرد و در نتیجه به شکل غیر مستقیم بر افزایش میزان قند خون اثر بگذارد (برادلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). از سوی دیگر می‌توان گفت افراد مبتلا به دیابت نوع دو با بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب درگیر هستند. این مسئله می‌تواند فرد مبتلا را از لحاظ خودمراقبتی در شرایط ناگواری قرار دهد. بنابراین افراد در این درمان با استفاده از تکنیک‌های

¹ Bradley



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

ذهن آگاهی، تجربه هیجانی خود را می‌شناسند و سپس بازخوردی مشفقانه در قبال احساسات منفی خویش پیدا می‌کنند. به بیانی دیگر در درمان متمرکز بر شفقت، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک، هیجان‌ها و رفتارهای نامطلوب و آزاردهنده خود اجتناب نورزند و آنها را سرکوب نکنند؛ بلکه با مهربانی، درک اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی، به آن‌ها نزدیک شوند و آن‌ها را به احساسات و هیجان‌های مثبت تبدیل نمایند. بنابراین می‌توانند در اولین گام، تجربه خود را بشناسند و درباره آن احساس شفقت داشته باشند. در این فن درمانی به جای تمرکز بر تغییر خودارزیابی افراد، رابطه افراد با خودارزیابی آنان تغییر می‌کند. همچنین در تمرین‌های خودشفقتی بر تنش‌زدایی و داشتن ذهنی آرام و دلسوز تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهنی فرد، کاهش تنیدگی و افکار خودآیند منفی خواهد داشت. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده به کنترل جوانب و ابعاد جمعیت‌شناختی چون وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی آزمودنی‌ها نیز پرداخته شود و این درمان علاوه بر دیابت نوع دو، برای انواع دیگر دیابت و در مردان نیز اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود درمان متمرکز بر شفقت برای افزایش خورمراقبتی در مداخلات مرتبط با افراد مبتلا به دیابت به کار گرفته شود.

منابع

- ایوبی، جی بیگدلی، ع. مشهدی، ع. ۱۳۹۹. اثربخشی درمان شناختی-رفتاری تلفیقی با ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، پرباشی روانی و تبعیت دهقانی، زهرا مردانی، زهرا رضوانیان، ح. اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر بهبود پایداری به درمان، ذهنی سازی و شاخص‌های کنترل متابولیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پایان نامه کارشناسی ارشد.
- دلشاد، ع. سیدی، م. گرشاد، علی هاشمی، م. ۱۴۰۲. بررسی تأثیر آموزش خود مدیریتی به شیوه گذشته نگر بر مصرف دارو و رژیم غذایی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی. دوره ۱۵
- دشت بزرگی ز، طالب زاده شوشتری، م عدالت ع. ۱۴۰۳. اثربخشی آموزش سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت در سرسختی سلامت، شفقت به خود و تنظیم هیجان رفتاری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. مجله تحقیقات سلامت در جامعه؛ ۹(۱): ۷۵-۸۷ (فارسی).
- عزتی زح، حمدزاده س، عابدسعیدی زح، نصیری ن. سبک‌های مقابله‌ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی. مجله پرستاری ایران، ۱۳۹۲؛ ۲۵ (۸۰): ۲۴-۳۳.
- حسن نیا، ل. فخری، م. عمادیان، ع. ۱۴۰۰. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر دین بر پایداری به درمان، امید به زندگی و سطوح هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پژوهش در دین و سلامت، دوره ۸، بهار ۱۴۰۱. شماره ۱
- کاظمی، الف، مرادی، الف، حسنی، ج. خودکنترلی و مکانیسم‌های دفاعی در بیماران قلبی، مطالعه مقایسه‌ای تنظیم هیجان در بیماران دیابتی و افراد عادی و عروقی. نشریه روان پرستاری، شماره ۶، دوره ۱۰، بهار ۱۳۹۸
- خلعتبری، ع.، شیروودی، ش.، زربخش، م.، تیزدست، ت. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رفتار مراقبت از خود و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران دیابتی نوع ۲. مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره ۲۹، شماره ۱۱۵، ص ۳۴-۴۹
- عنبری ک، قنادی ک، کاویانی م، منتظری ر. خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد. مجله یافت ۱۳۹۱؛ ۱۴(۴): ۴۹-۵۷
- مبشر، ز. باقری، عباسی، ۱۴۰۰. مقایسه تلفیقی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آموزش خودشفقایی و درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر خودمراقبتی و پایداری به درمان در بیماران قلبی عروقی. فصلنامه علمی پژوهشی یافته، جلد ۲۳. صفحه ۱۲-۲۵.
- رحمانی، س. منصوبی فرم، سیریفی، م.، عشایری، ح.، برماس، ح. ۱۴۰۰. اثربخشی درمان توانمندسازی خانواده مبتنی بر شفقت به خود بر مراقبت از خود و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه تصادفی، بولتن سلامت زنان ۷(۲)، ۳۳-۴۲.
- سیدی، م. بررسی تأثیر آموزش خود مدیریتی به روش آموزشی بر مصرف دارو بر پایداری به تغذیه سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت مشهد. نشریه پرستاری ایران. شماره ۱۲۹، اردیبهشت ۱۴۰۰
- ستوده اصل، ن. عوض آبادیان م، قربانی ر، ملک اف. ۱۴۰۱. کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به فشار خون و دیابت نوع ۲. مجله کومش؛ ۲۲ (۲): ۲۶۳-۲۶۸.



The 2nd International and the 3rd National Conference on Living with Quality from the Perspective of
Psychology, Counseling and Social work- May 2025, Iran

صمدزاده علی، صالحی محمد، بانی‌جمالی ش، احدی حمید. مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با آموزش ذهن‌آگاهی بر رفتار خودمراقبتی روان‌شناختی در بیماران دیابت نوع ۲. مجله علوم روانشناسی. ۲۰۱۹.
کلهرنیا گلکار. م. مظفری پور. ع.، ابراهیم مدقی. م.، ۱۴۰۲، اثربخشی آموزش شفقت به خود بر علائم روانشناختی و مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مجله بین‌المللی پزشکی رضوی ۱۱ (۱).
محمدی ز، خسروی ع، حسنی م. بررسی رابطه سبک مقابله با پایداری به درمان و خودمراقبتی در بیماران دیابتی. پایان نامه برای دریافت دکتری پزشکی عمومی. دانشگاه آزاد واحد شاهرود. بهار ۱۴۰۰.
یوسفان محمدرضا، اوشوندی ک، جوکار م، خطیبیان م، کیانی ج، سلطانیان ع. ۱۳۹۳. تأثیر آموزش خودمراقبتی بر اساس روش آموزشی بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲: یک مطالعه کارآزمایی بالینی. مجله دیابت / ایران؛ ۱۳ (۲): ۱۳۱-۴۳.

- Bradley C. *Handbook of psychology and diabetes: a guide to psychological measurement in diabetes research and practice*: Routledge; 2013.
- Cramer JA. A systematic review of adherence with medication for diabetes Diabet care. *National Library of Medicine*, 2004; 27(5): 1218-1224.
- Gilbert P., McEwan, K., Catarino, F., Baiao, R., & Palmeira, I. (2014). Fears of happiness and compassion in relationship with depression, alexithymia, and attachment security in a depressed sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(2), 228-244.
- Gilbert P. *The origins and nature of compassion focused therapy*. Br J Clin Psychol. 2014; 53(1): 6-41
- Jones KM, Brown L, Houston EE, Bryant C. The role of self-compassion in the relationship between hot flushes and night sweats and anxiety. *Maturitas* 2021; 144: 81-6.
- Kalra, S. Narayan Jena, B. Yeravdekar, R to treatment of type 2 diabetic patients. *Scientific Journal of Health Psychology*. Ninth year, number two (34 in a row), summer 2019, (75-94) (2018)
- Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of type 2 diabetes– global burden of disease and forecasted trends. *Journal of Epidemiology and Global Health* 2020; 10(1): 107.111
- Morgan TL, Semenchuk BN, Ceccarelli L, Kullman SM, Neilson CJ, Scott D, et al. *Self-compassion, adaptive reactions and health behaviours among adults with prediabetes and type 1, type 2 and gestational diabetes: A scoping review*. Can J Diabetes 2020; 44(6): 555-65.
- Orem DE, Taylor SG, Renpenning KM. *Nursing: Concept of Practice*. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001
- Lin, S. Y., pai, Y. W. Tang, C. I., Lee, I. T., & Chang, M. H. Glycaemic control for painful diabetic peripheral neuropathy is more than plasma glucose and glycated haemoglobin. *Diabetes & metabolism*, 47(1), 101158. 2020
- Pearson, S., Wills, K., Woods, M., & Warnecke, E. (2018). *Effects of Mindfulness on Psychological Distress and HbA 1c in People with Diabetes*. Mindfulness, Oregon paper, 10 February 2018. Volume 9, pages 1615-1626 (2018)
- Stefani Gabriels da Silva dos Santos, Felix Miguel Nascimento Guazina *Disciplinarum Scientia. Self- destructive behaviors and type 2 Diabetes Mellitus*. Semantic Scholar. 2023
- Tange, A. *Self-control in Health Psychology*. 2004
- Toobert DJ, Hampson SE, & Glasgow RE. *The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale*. Diabetes Care, 2000; 23(7): 943–50.



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-care in patient with type2 Diabetes

Shakiba Rabieian

M.Sc. Student in Clinical Psychology, Department of
Psychology, Na.C., Islamic Azad University,
Najafabad, Iran
Shakiba.rabieiyan@iau.ir

Parinaz sadat Sajjadian¹

Assistant Professor, Department of psychology,
Na.C., Islamic Azad University, Najafabad, Iran
P.sajjadian@iau.ac.ir

Abstract

Type 2 diabetes, as the most common metabolic disease, is a chronic and progressive disorder that increases persistent complications and, in progressive cases, mortality of affected individuals. The present study aimed to investigate the effectiveness of compassion-focused therapy on self-care in patients with type 2 diabetes. The method of this study was quasi-experimental and was implemented with a pre-test-post-test-two-month follow-up design with a control group. The statistical population of this study included all diabetic women referring to the Najafabad Diabetes Association, from whom a sample group of 34 people (17 for the experimental group and 17 for the control group) was selected using convenience sampling. To measure the variable, the Tobert and Glasgow Self-Care Questionnaire was used in the pre-test, post-test, and follow-up stages. The experimental group underwent compassion-focused therapy intervention in the form of 8 educational sessions, while the control group did not receive any treatment. The data were analyzed using repeated measures analysis of covariance. The results showed a significant difference between the experimental and control groups compared to the pre-test and the stability of these results in the follow-up period. Therefore, compassion-focused therapy was effective on the dimensions of self-care and improved it. According to the results, it can be said that compassion-focused therapy helps people with type 2 diabetes to look compassionately at their emotions, not allow negative thoughts and emotions to dominate their behaviors, and to be able to comply with medical and therapeutic instructions and take care of themselves as much as possible.

Keywords: Compassion-focused therapy, self-care, type 2 diabetes.

¹ Corresponding Author