

Original article

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

Parisa Khoraminejad¹
Javad Khalatbari^{2*}
Mohammad Reza Seyrafi³

- 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 متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری

چکیده

بریسا خرمی نژاد^۱
 جواد خلعتبری^{۲*}
 محمدرضا صیرفی^۳

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 متمرکز 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 مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ بود که دیابت بارداری داشتند. به‌منظور تشکیل دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند (با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج)، ۳۰ بیمار انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری (درمان متمرکز بر شفقت و گروه گواه) اختصاص یافتند. آموزش شفقت خود برای گروه آزمایش انجام شد. همچنین مرحله پیگیری سه ماهه 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 متمرکز 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 متمرکز بر شفقت تا مرحله پیگیری ثابت ماند.

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

کلمات کلیدی: دیابت بارداری، زنان، کیفیت زندگی، همدمی

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

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

Email: J.khalatbari@toniau.ac.ir

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

◀ **استناد:** خرمی نژاد، بریسا؛ خلعتبری، جواد؛ صیرفی، محمدرضا. اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، بهار ۱۴۰۱؛ ۸(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 این رو، اگرچه محتوای اندیشه مقابله‌ای ممکن است مفید باشد، بافت عاطفی ممکن است در روان‌گسستگی‌گرایی 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 به‌عنوان 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 به‌عنوان نزدیک شدن به خود با مهربانی و پذیرش به‌ویژه در مواجهه با ناراحتی یا ناامیدی شخصی تعریف کرد [۱۳]. با توجه به نتایج مطالعات اخیر در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش، می‌توان از آن به‌عنوان یک درمان مکمل برای تقویت کیفیت زندگی، روان‌درستی و وضعیت روانی کلی بیماران مبتلا به دیابت به همراه درمان دارویی استفاده کرد [۱۴]. سطوح بالاتر شفقت علائم افسردگی را کاهش و روان‌درستی 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 مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد تهران در سال ۱۳۹۸ بودند که دیابت بارداری داشتند. نمونه پژوهش حاضر با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر 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 متاآنالیز، 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 روان‌گسستگی‌گرایی با فعال شدن هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال سطح گلوکز را تحریک یا بدتر می‌کند و موجب پیشرفت بیماری دیابت می‌شود [۶]. اگرچه بیماری‌های مزمن با افزایش افسردگی، عصبانیت و تیدگی 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 اصلاً 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 صورتی 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 متغیرهای پژوهش محاسبه شد. در بخش آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر همراه با اثر گروهی (طرح مختلط) به همراه آزمون های تعقیبی توکی و بنفرونی به منظور آزمون یافته ها استفاده شد.

یافته ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه درمان متمرکز شفقت ۳۵/۷ (۷/۹) و در گروه گواه ۳۶/۵۰ (۶/۸) 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 متمرکز 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 چندمتغیری برای بررسی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت بارداری آورده

برای دستیابی به توان مدنظر، ۱۵ نفر در هر گروه و جمعاً 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 گسستگی گرایی و وابستگی 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 محرمانه 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	پس‌آزمون	پیشگیری
متمرکز بر شفقت	سلامت جسمانی	میانگین	۱۳/۲۷	۱۳/۸۷	۱۴/۶۰
		انحراف معیار	۵/۳۴	۴/۳۲	۳/۸۳
گواه	سلامت جسمانی	میانگین	۱۲/۸۰	۱۲/۴۰	۱۲/۴۰
		انحراف معیار	۴/۶۵	۴/۵۶	۴/۵۶
متمرکز بر شفقت	سلامت روان‌شناختی	میانگین	۱۴/۶۷	۱۷/۴۷	۱۹/۰۰
		انحراف معیار	۲/۹۴	۲/۳۶	۲/۱۴
گواه	سلامت روان‌شناختی	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
گواه	سلامت اجتماعی	میانگین	۱۵/۲۷	۱۴/۵۳	۱۵/۷۳
		انحراف معیار	۴/۴۵	۴/۲۹	۴/۳۸
متمرکز بر شفقت	سلامت محیطی	میانگین	۱۵/۲۰	۱۷/۱۳	۱۸/۱۳
		انحراف معیار	۴/۷۲	۴/۰۳	۴/۰۳
گواه	سلامت محیطی	میانگین	۱۵/۱۳	۱۴/۱۳	۱۳/۶۰
		انحراف معیار	۴/۲۲	۴/۴۵	۴/۰۳

شده است.

بارداری گروه درمان متمرکز بر شفقت با زنان مبتلا به دیابت بارداری گروه گواه تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد با حذف تأثیر متغیر پیش‌آزمون، وجود تفاوت معنادار در متغیرهای سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی زنان مبتلا به دیابت بارداری گروه آزمایش

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد پس از حذف اثر پیش‌آزمون با روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری، یک اثر معنی‌دار برای عامل درمان متمرکز بر شفقت «متغیر مستقل» وجود دارد. این اثر نشان 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 خطا	معناداری	ضریب ایفا
تفاوت دو گروه با گواه اثر پیش‌آزمون	انریلای	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	لامبدای ویلکز	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	انرهلینگ	۱۴/۰۸	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۴/۰۸	۱۲/۶۷	۱۰/۰۰	۹/۰۰	۰/۰۰۱

جدول ۳: آزمون تحلیل کوواریانس یک راهه در متن تحلیل کوواریانس چندمتغیری

متغیرها	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضرب ایتا
سلامت جسمانی	گروه	۸/۸۱	۱/۰۰	۸/۸۱	۲/۸۴	۰/۱۱	۰/۱۴
	خطا	۵۵/۸۹	۱۸/۰۰	۳/۱۱			
سلامت روان‌شناختی	گروه	۷۷/۰۳	۱/۰۰	۷۷/۰۳	۲۱/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۵
	خطا	۶۴/۱۹	۱۸/۰۰	۳/۵۷			
سلامت اجتماعی	گروه	۷۳/۱۶	۱/۰۰	۷۳/۱۶	۷۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۷/۸۵	۱۸/۰۰	۰/۹۹			
سلامت محیطی	گروه	۴۰/۳۸	۱/۰۰	۴۰/۳۸	۷/۳۰	۰/۰۱	۰/۲۵
	خطا	۹۹/۵۸	۱۸/۰۰	۵/۵۳			

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 حاصل‌شده برای سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی در مقایسه با سطح معناداری ۰/۰۰۵ به دست آمده از اصلاح بونفرونی کوچک‌تر است. در نتیجه با توجه به میانگین‌های حاصل‌شده

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

شاخص آماری اثر	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	ضرب ایتا
بین گروهی	اثر پیلای	۰/۳۲	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
	لامبدای ویلکز	۰/۶۸	۳/۰۰	۴/۰۰	۲۵/۰۰	۰/۰۴	۰/۳۲
	اثر هتلینگ	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	اثر پیلای	۰/۹۲	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۲۹/۹۶	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۰۱	۰/۹۲
	اثر هتلینگ	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
عامل گروه* تکرار اندازه‌گیری	اثر پیلای	۰/۵۲	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	لامبدای ویلکز	۰/۴۸	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	اثر هتلینگ	۱/۰۹	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۰۹	۲/۸۵	۸/۰۰	۲۱/۰۰	۰/۰۳	۰/۵۲

جدول ۵: آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های کیفیت زندگی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	شاخص آماری عوامل	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری	ضریب اپتا
سلامت جسمانی	آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۵۶/۴۲	۱/۱۰	۵۱/۵۲	۳/۲۸	۰/۰۷۷	۰/۱۱
	تعامل 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
	تعامل 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
	تعامل 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
	تعامل 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 محاسبه‌شده 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 (لامبدای ویلکز=۰/۲۱، $P < 0/05$). 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 ($P < 0/05$). 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 محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه‌های سلامت روان‌شناختی، سلامت اجتماعی و سلامت محیطی معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه 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 روی آوردهای 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 روی آوردهای 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 متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی می‌توان گفت که گروه درمانگری بیماران مبتلا به دیابت فرصتی برای حمایت متقابل و وسیله‌ای برای کمک به بیمار برای مقابله مؤثر با تنیدگی و سازش با موانع کاهنده کیفیت زندگی است. همچنین بیماران مبتلا به دیابت در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت درمی‌یابند که می‌توانند واکنش خود را آزادانه برای

متمرکز بر شفقت و گروه گواه در سطح ۰/۰۵ برای مؤلفه سلامت روان‌شناختی معنادار است ($P < 0/05$). در نتیجه 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 متمرکز بر شفقت و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کیفیت زندگی زنان مبتلا به دیابت بارداری انجام شد. نتایج نشان داد درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی در زنان مبتلا به دیابت بارداری تأثیر مثبت داشته است. طبق مطالعات پیشین انتظار می‌رود درمان متمرکز بر شفقت با تمرکز بر تنیدگی به بهبود گواه قند خون، فعالیت‌های خودمراقبتی، اجتناب عاطفی و شناختی، روان‌گسستگی‌گرایی ناشی از دیابت، ترس از هیپوگلیسمی، افسردگی، اضطراب و تنیدگی 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 بیش‌ازحد به انتقاد، قضاوت ناگوار نسبت به خود و موقعیتی 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 بازخوردهای مثبت، توانایی برخورد با بازخوردهای خنثی و ایجاد نگرش صمیمانه در افراد می‌شود، موجب سهیم شدن بیشتر

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 اجتناب‌ناپذیر 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 ازدست‌رفته‌ها 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 به‌عنوان زمینه، افراد می‌توانند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به‌سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند باشند. در نتیجه درمان متمرکز بر شفقت از طریق فرایندهای توضیح داده‌شده 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 مراجعه‌کننده به بیمارستان میلاد اشاره کرد. لذا در تعمیم 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 به‌صورت مجازی برگزار شد. حضور دو درمانگر در مطالعه حاضر یکی دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود که ممکن است مشکلاتی را از نظر روش‌شناختی

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 تعمیم 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 به‌ویژه در زمینه متغیرهای مذکور از درمان متمرکز بر شفقت استفاده کنند.

قدردانی

نویسندگان 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-1399.385) دارد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد.

References

1. Akin A. Self-Compassion and Automatic Thoughts. Hacettepe University Journal of Education. 2012;42:1-10.
2. Amsberg S, Wijk I, Livheim F, Toft E, Johansson UB, Anderbro T. Acceptance and commitment therapy (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 Microbiology*. 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 (Suppl. 1): S1–S135. *Diabetes Care*. 2017;40(7):e94-5.
5. Bădescu SV, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zăhău DM, Zăgrean AM, Zăgrean L. The association between diabetes mellitus and depression. *Journal Of Medicine And Life*. 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. *Clinical Gerontologist*. 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. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2017;110(11):721-7.
8. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. *Advances In Psychiatric Treatment*. 2009;15(3):199-208.
9. Gilbert P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge; 2010 Apr 16.
10. Gilbert P, editor. *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. *The Psychological Record*. 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. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2019;14(53):17-26.
13. Jafari-Shobeiri M, Ghofazadeh M, Azami-Aghdash S, Naghavi-Behzad M, Piri R, Pourali-Akbar Y, Nasrollah-Zadeh R, Bayat-Khajeh P, Mohammadi M. Prevalence and risk factors of gestational diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal Of 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. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*. 2017;10(6).
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. *Psychology, Health & Medicine*. 2020;25(2):214-28.
16. Li C, Liu JC, Xiao X, Chen X, Yue S, Yu H, Tian FS, Tang NJ. 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, Dajani NK, Lowery CL, Roberts DJ, Maroteaux L, Kilic F. Discrepancy in insulin regulation between gestational diabetes mellitus (GDM) platelets and placenta. *Journal of Biological Chemistry*. 2016;291(18):9657-65.
18. Morrison AE, Zaccardi F, Chatterjee S, Brady E, Doherty Y, Robertson N, Hadjiconstantinou M, Daniels L, Hall A, Khunti K, Davies MJ. Self-compassion, metabolic control and health status in individuals with type 2 diabetes: A UK observational study. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. 2019; 129(06):413-419.
19. Pantartzis KA, Manolopoulos PP, Paschou SA, Kazakos K, Kotsa K, Goulis DG. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. *Quality of Life Research*. 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. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2008;76(6):1083.
21. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*. 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. *Clinical Psychologist*. 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. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2019;21(8).