

## اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۱۲

### خلاصه

**مقدمه:** هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

**روش کار:** این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه های کنترل و آزمایشی می باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به بیمارستان های امام رضا و قائم شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ می باشد. نمونه گیری به روش در دسترس و براساس معیارهای ورود و خروج ۲۷ نفر (تجربی ۱۴ نفر و کنترل ۱۳ نفر) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس فرم های خودانتقادی و خوداطمینان بخشی (FSCRS)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI) بود. گروه آزمایشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس دیدگاه گیلبرت (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای ۲ روز در هفته دریافت کرد. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**نتایج:** نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). همچنین تفاوت نمره های پیش آزمون-پس آزمون در گروه آزمایش برای متغیرهای خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت معنادار است ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه گیری:** می توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت می تواند با کاهش خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت، به بهبود وضعیت روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک کند. بنابراین، استفاده از این رویکرد درمانی در کنار مداخلات پزشکی می تواند به عنوان روشی مؤثر برای ارتقای سلامت روان بیماران دیابتی مورد توجه قرار گیرد.

**کلمات کلیدی:** درمان مبتنی بر شفقت، خودانتقادی، افسردگی، اضطراب سلامت، دیابت نوع دو

فرشاد ابراهیمی\*

ا گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی،  
شاهرود، ایران (نویسنده مسئول).

Email:  
m.ebrahimi.m345@gmail.com

## مقدمه

دیابت نوع دو یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن متابولیک در جهان است که با مقاومت به انسولین و اختلال در ترشح انسولین همراه می‌باشد. این بیماری نه تنها یک اختلال جسمانی محسوب می‌شود، بلکه با پیامدهای روان‌شناختی قابل توجهی مانند افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی همراه است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که استرس‌های روانی می‌توانند از طریق محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال بر کنترل قند خون اثر گذاشته و روند بیماری را تشدید کنند (۱، ۲، ۳). از سوی دیگر، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اغلب با چالش‌های رفتاری در زمینه پایبندی به درمان، رژیم غذایی و فعالیت بدنی مواجه هستند که این عوامل می‌توانند کنترل بیماری را دشوارتر کنند (۴). مطالعات نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌تواند به این بیماران کمک کند (۵)، به‌ویژه در ارتباط با خود‌مدیریتی (۶) و پریشانی‌های مرتبط با بیماری (۷، ۸). مطالعات نشان داده‌اند که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شیوع بالاتری از افسردگی و اضطراب نسبت به جمعیت عمومی دارند. این اختلالات روانی با کاهش کیفیت زندگی، افزایش عوارض بیماری و کاهش پایبندی به درمان همراه هستند (۹). یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی در این بیماران، اضطراب سلامت است. اضطراب سلامت به نگرانی افراطی درباره وضعیت جسمانی و تفسیر منفی علائم بدنی اشاره دارد که می‌تواند منجر به رفتارهای ناسازگارانه در مدیریت بیماری شود (۱۰، ۱۱). اضطراب سلامت یک وضعیت نسبتاً شایع است که می‌تواند با سطوح بالایی از پریشانی روان‌شناختی و اختلال در عملکرد فردی همراه باشد و در صورت عدم بهره‌گیری از مداخلات درمانی مناسب، پیش‌آگهی نامطلوب‌تری به دنبال داشته باشد (۱۲). در این اختلال، ممکن است علائم جسمانی وجود نداشته باشد یا در صورت وجود، شدت آن‌ها بسیار خفیف باشد. بنابراین، منبع اصلی پریشانی فرد نه خود علائم جسمی، بلکه نگرانی و

اضطراب مفرط درباره علت و پیامدهای احتمالی یک بیماری تشخیص داده‌نشده است. این نوع نگرانی می‌تواند ماهیتی وسواس‌گونه پیدا کند و موجب افزایش تمرکز فرد بر فرایندهای بدنی شود. در نتیجه، فرد تمایل دارد محرک‌های مرتبط با سلامت را به صورت نادرست و اغراق‌آمیز تفسیر کند و درگیر رفتارهای افراطی مرتبط با سلامت شود؛ از جمله بررسی مکرر بدن، پایش وسواس‌گونه وضعیت سلامت، جست‌وجوی مداوم اطلاعات پزشکی در اینترنت (سایبرکندریا) یا اجتناب ناسازگارانه از موقعیت‌ها و فعالیت‌هایی که به نظر او با خطر بیماری مرتبط هستند (۱۳)، خودانتقادی نیز یکی از عوامل شناختی-هیجانی مهم در بیماران مزمن محسوب می‌شود. خودانتقادی بالا با احساس ناکارآمدی، شرم و سرزنش مداوم خود همراه است و می‌تواند شدت علائم افسردگی و اضطراب را افزایش دهد (۱۵). در بیماران دیابتی، خودانتقادی اغلب ناشی از دشواری در کنترل قند خون و عدم موفقیت در رعایت سبک زندگی سالم است. این وضعیت می‌تواند چرخه‌ای از استرس و عدم پایبندی به درمان ایجاد کند (۱۶). یافته‌ها نشان می‌دهند که افسردگی به‌طور معناداری با کاهش پایبندی بیماران به درمان‌های دیابت مرتبط است. به‌عبارت دیگر، افرادی که دچار افسردگی هستند، کمتر احتمال دارد که توصیه‌های درمانی مانند مصرف منظم دارو، رعایت رژیم غذایی، کنترل قند خون و انجام فعالیت بدنی را دنبال کنند. همچنین نتایج حاکی از آن است که افسردگی می‌تواند از طریق کاهش انگیزه، افزایش احساس ناامیدی و خودارزیابی منفی، رفتارهای خودمراقبتی را مختل کند. این امر در نهایت منجر به کنترل ضعیف‌تر قند خون و افزایش خطر عوارض دیابت می‌شود. همچنین توجه به سلامت روان، به‌ویژه شناسایی و درمان افسردگی، نقش بسیار مهمی در بهبود پایبندی به درمان و پیامدهای بالینی بیماران دیابتی دارد. بنابراین، مداخلات روان‌شناختی باید به‌عنوان بخشی از درمان جامع دیابت در نظر

می‌دهد (۲۵). با توجه به اهمیت نقش عوامل روان‌شناختی در مدیریت دیابت نوع دو، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر شاخص‌هایی مانند خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت ضروری به نظر می‌رسد. این رویکرد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مکمل در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

### روش کار

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه‌های کنترل و آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های امام رضا و قائم شهر مشهد در سال ۱۴۰۴ می‌باشد. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد؛ بدین صورت که از میان بیماران واجد شرایط در بخش‌های مرتبط، تعداد ۳۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند؛ در نهایت براساس معیارهای ورود و خروج ۲۷ نفر (۱۴ نفر در گروه تجربی و ۱۳ نفر در گروه کنترل) باقی ماندند. معیارهای ورود شامل تشخیص قطعی دیابت نوع دو توسط پزشک متخصص، گذشت حداقل سه ماه از ابتلا، سن بین ۳۰ تا ۴۵ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. همچنین، افرادی که هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌شناختی شرکت داشتند یا دچار اختلالات شدید روان‌پزشکی بودند، از ورود به مطالعه کنار گذاشته شدند. معیارهای خروج شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمان مبتنی بر شفقت و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش در نظر گرفته شد. یک نفر در گروه آزمایش به دلیل غیبت زیاد در پروتکل پژوهش و دو نفر در گروه کنترل به دلیل عدم دقت در تکمیل پرسشنامه‌ها از روند اجرا حذف شد.

گرفته شوند (۱۷). در سال‌های اخیر، رویکردهای درمانی موج سوم شناختی-رفتاری مانند درمان مبتنی بر شفقت مورد توجه قرار گرفته‌اند. این درمان بر افزایش مهربانی نسبت به خود و کاهش قضاوت‌گری و خودسرزنی تأکید دارد (۱۸). درمان مبتنی بر شفقت با فعال‌سازی سیستم‌های تنظیم هیجان و کاهش پاسخ‌های تهدیدمحور، به افراد کمک می‌کند تا با تجارب منفی خود با پذیرش و آرامش بیشتری مواجه شوند (۱۹). از مشکلات بیماران مبتلا به دیابت، کاهش سطح شفقت به خود است (۲۰). شفقت به خود مفهومی چندبعدی است که شامل مهربانی با خود، قضاوت منصفانه، درک اشتراکات انسانی، ذهن‌آگاهی و احساس پیوستگی می‌باشد (۲۱). این سازه به معنای برخورد دلسوزانه و حمایتگرانه با خود در مواجهه با شکست‌ها، نقص‌ها و ناکارآمدی‌هاست و بیانگر یک جهت‌گیری کلی مثبت نسبت به خود، حتی در شرایط دشوار، می‌باشد (۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند افرادی که از سطح بالاتری از شفقت به خود برخوردارند، معمولاً سطوح پایین‌تری از اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری را تجربه می‌کنند و در مقابل، از شادکامی، خوش‌بینی، تاب‌آوری و برون‌گرایی بیشتری بهره‌مند هستند. این افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، به‌جای خودسرزنی، با نگرشی مهربانانه و پذیرنده با خود برخورد می‌کنند که این امر نقش مهمی در حفظ سلامت روانی آن‌ها دارد (۲۳). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌تواند به کاهش معنادار افسردگی و اضطراب در جمعیت‌های مختلف منجر شوند. همچنین این رویکرد با افزایش بهزیستی روان‌شناختی و خودپذیری همراه است (۲۴). در حوزه بیماری‌های مزمن، درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند نقش مهمی در کاهش خودانتقادی و بهبود سازگاری روانی بیماران داشته باشد. این مداخله با افزایش شفقت به خود، چرخه منفی سرزنش و ناکامی را کاهش

بین این پرسشنامه و مقیاس خودبیمارانگاری مشاهده شده که نشان‌دهنده روایی مناسب آن برای سنجش اضطراب سلامت است.

### پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک معرفی شد و در سال ۱۹۷۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت و در نهایت در سال ۱۹۷۸ منتشر گردید. این پرسشنامه برای افراد بالاتر از ۱۳ سال و دارای حداقل ۶ کلاس سواد مناسب است که بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده و هیچ نظریه سبب شناسی را برای افسردگی در نظر نگرفته است. این پرسشنامه در مجموع از ۲۱ سوال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل می‌شود و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود تا شدت این نشانه‌ها را بر اساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۰ تا ۳ درجه بندی کند. پرسش‌ها با زمینه‌هایی مانند احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. دامنه نمره این پرسشنامه بین حداقل ۰ تا حداکثر ۶۳ قرار دارد که درجه بندی افسردگی بر اساس جمع نمرات گزینه‌های انتخاب شده توسط فرد می‌باشد. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک، استیر و براون (۲۰۰۰) حاکی از آن است که ضرایب همسانی درونی آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. ضریب اعتبار حاصل از بازآزمایی بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد. ضریب همبستگی این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی روان پزشکی برای افسردگی همیلتون ۰/۷۳، با مقیاس خودسنجی افسردگی زونک ۰/۷۶ و با مقیاس افسردگی ام. ام. پی آی ۰/۷۴ گزارش شده است. در ایران نیز، آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی آن به فاصله ۱ هفته، برابر با ۰/۹۶ گزارش شده است.

ابزارهای پژوهش شامل مقیاس فرم‌های خودانتقادی و خوداطمینان‌بخشی (FSCRS)، برای سنجش افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و جهت اندازه‌گیری اضطراب سلامت از پرسشنامه اضطراب سلامت (HAI) بود.

### پرسشنامه اضطراب سلامت سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲)

این پرسشنامه توسط سالکوسکیس و وارویک در سال ۲۰۰۲ طراحی شد و یکی از ابزارهای پرکاربرد برای سنجش نگرانی‌ها و اشتغال ذهنی مرتبط با سلامت و بیماری است. فرم اصلی این پرسشنامه شامل ۶۴ گویه و فرم کوتاه آن شامل ۱۸ سؤال است که هر سؤال دارای ۴ گزینه می‌باشد و آزمودنی باید عبارتی را انتخاب کند که بیشترین انطباق را با وضعیت وی دارد. این ابزار ابعاد مختلفی مانند نگرانی درباره سلامت، آگاهی از احساسات بدنی و پیامدهای ادراک شده بیماری را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت چهاردرجه‌ای از ۰ تا ۳ انجام می‌شود؛ بنابراین در فرم کوتاه دامنه نمرات بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر، نگرانی شدیدتر درباره ابتلا به بیماری و اشتغال ذهنی بالاتر نسبت به وضعیت جسمانی است، در حالی که نمرات پایین‌تر بیانگر نگرانی کمتر و سلامت روان‌شناختی بهتر در حوزه اضطراب سلامت می‌باشد. نسخه فارسی این پرسشنامه توسط عبدی (۱۳۹۴) اعتباریابی شده و در پژوهش‌های داخلی مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی بررسی شده است؛ به طوری که ضرایب آلفا در مطالعات مختلف بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۰ گزارش شده است که بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار می‌باشد. همچنین، روایی پرسشنامه از طریق همبستگی با ابزارهای مشابه مورد تأیید قرار گرفته و ضریب روایی آن ۰/۷۲ گزارش شده است. در ایران نیز همبستگی معنی‌داری

## مقیاس فرم‌های خودانتقادی و خوداطمینان بخشی (FSCRS)

این مقیاس توسط گیلبرت و همکاران در سال ۲۰۰۴ طراحی شد و با هدف سنجش شیوه‌های خودانتقادی و توانایی خوداطمینان بخشی در مواجهه با شکست‌ها، اشتباهات و موقعیت‌های دشوار مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه است که در سه خرده‌مقیاس خود ناکافی، خود متفر و خود اطمینان بخش تنظیم شده‌اند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۰ (اصلاً شبیه من نیست) تا ۴ (کاملاً شبیه من است) نمره‌گذاری می‌شوند. در خرده‌مقیاس‌های خود ناکافی و خود متفر، نمرات بالاتر نشان‌دهنده خودانتقادی شدیدتر، احساس بی‌ارزشی و نگرش منفی نسبت به خود است، در حالی که در خرده‌مقیاس خوداطمینان بخشی، نمرات بالاتر بیانگر توانایی بیشتر فرد در آرام‌سازی، حمایت و پذیرش خود در شرایط دشوار می‌باشد.

### جلسات درمانی مبتنی بر شفقت خود

درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس دیدگاه گیلبرت (۲۰۱۴) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای ۲ روز در هفته برای گروه آزمایش به اجرا درآمد. خلاصه جلسات در ذیل گزارش شده است.

**جلسه اول.** اجرای پیش‌آزمون، منطق درمانی مبتنی بر شفقت خود و تفهیم شفقت و شفقت به خود.

**جلسه دوم.** از بیماران خواسته می‌شود که سعی کنند نحوه تفکر و رفتار خود را نسبت به خودشان شناسایی کنند.

**جلسه سوم.** استفاده از مهارت تصویرپردازی شفقت‌گونه و استفاده از تکنیک تنفس تسکین‌بخش.

**جلسه چهارم.** استفاده از فن ذهن آگاهی برای بیماران.

**جلسه پنجم.** در این جلسه تکنیک نوشتن نامه شفقت ورزانه و ارتقاء شفقت خود به وسیله تخلیه هیجانی صورت گرفت.

**جلسه ششم.** در این جلسه آسیب‌شناسی عواملی که

موجب ترس و دافعه بیماران به شفقت خود می‌شود بررسی شد.

**جلسه هفتم.** آموزش روش‌های مقابله با عوامل شفقت خود و استفاده از تکنیک آرام‌سازی.

**جلسه هشتم.** جمع‌بندی جلسات، ارائه پیشنهادها و نهایی و تمرین و نهایتاً اجرای پس‌آزمون و قرار زمانی مشخص برای اجرای آزمون پیگیری.

### روش آماری

پس از کسب اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده‌های وزنی با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی تجانس واریانس-ها از آزمون لون استفاده شد. سپس از تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی در داده‌های کمی استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معنیداری  $P < 0/05$  در نظر گرفته خواهد شد.

### نتایج

میانگین سنی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش ۳۶/۸ سال با انحراف استاندارد ۴/۸۲ و در گروه کنترل ۳۶/۳۸ سال با انحراف استاندارد ۴/۵۷ بود. نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها نشان داد که توزیع متغیرها در هر دو گروه از توزیع نرمال برخوردار است ( $P > 0/05$ ). همچنین نتایج آزمون لون بیانگر همگنی واریانس متغیرهای پژوهش بین دو گروه بود ( $P > 0/05$ ). بنابراین پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تأیید شد. افزون بر این، نتایج بررسی همگنی شیب خطوط رگرسیون نشان داد که این پیش‌فرض در متغیرهای وابسته برقرار است ( $P > 0/05$ ). در مجموع، یافته‌های مربوط به پیش‌فرض‌های آماری نشان داد که استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای تحلیل داده‌ها مناسب و بلا مانع است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیرهای اضطراب سلامت، افسردگی، خودانتقادی (خودناکافی، خودمتنفر، خود اطمینان بخش)								
متغیر	پیش‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	پس‌آزمون	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
اضطراب سلامت	تجربی	۱۳	۴۰/۳۷	۲/۳۵	تجربی	۱۳	۳۰/۶۰	۲/۸۰
	کنترل	۱۴	۴۰/۱۲	۲/۵۷	کنترل	۱۴	۳۹/۲۸	۲/۳۶
افسردگی	تجربی	۱۳	۴۰/۳۷	۴/۸۲	تجربی	۱۳	۲۶/۶۱	۳/۴۴
	کنترل	۱۴	۴۰/۸۳	۵/۱۹	کنترل	۱۴	۴۰/۴۲	۴/۹۸
خودناکافی	تجربی	۱۳	۲۸/۵۹	۱/۹۷	تجربی	۱۳	۲۳/۸۶	۲/۷۶
	کنترل	۱۴	۲۸/۴۸	۲/۰۶	کنترل	۱۴	۲۷/۶۴	۱/۸۲
خودمتنفر	تجربی	۱۳	۱۴/۶۸	۱/۸۹	تجربی	۱۳	۱۰/۷۴	۱/۹۴
	کنترل	۱۴	۱۴/۲۵	۱/۲۸	کنترل	۱۴	۱۴/۰۷	۱/۹۴
خود اطمینان بخش	تجربی	۱۳	۱۳/۱۴	۲/۶۵	تجربی	۱۳	۲۲/۱۰	۲/۲۴
	کنترل	۱۴	۱۲/۵۹	۲/۰۲	کنترل	۱۴	۱۱/۵۷	۲/۱۷

متغیرهای وابسته پژوهش از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌گردد.

جدول ۱ میانگین متغیرهای اضطراب سلامت، افسردگی، خودانتقادی (خودناکافی، خودمتنفر، خود اطمینان بخش) را نشان می‌دهد. جهت بررسی اثرگذاری متغیر مستقل بر

**جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب سلامت، افسردگی، خودانتقادی (خودناکافی، خودمتنفر، خود اطمینان بخش)**

متغیر	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	مجذور اتا
اضطراب سلامت	گروه	۵۱۶/۱۹۹	۱	۵۱۶/۱۹۹	۵۹/۸۶۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۴
	خطا	۲۰۶/۹۶۳	۲۴	۸/۶۲۳			
افسردگی	گروه	۱۲۳۸/۶۵۵	۱	۱۲۳۸/۶۵۵	۹۹/۸۹۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰۶
	خطا	۲۹۷/۵۸۶	۲۴	۱۲/۳۹۹			
خودناکافی	گروه	۹۷/۹۹۴	۱	۹۷/۹۹۴	۱۹/۱۰۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳
	خطا	۱۲۳/۰۹۳	۲۴	۵/۱۲۹			
خودمتنفر	گروه	۷۲/۰۷۹	۱	۷۲/۰۷۹	۱۸/۴۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۳۴
	خطا	۹۳/۸۳۴	۲۴	۳/۹۱			
خوداطمینان بخش	گروه	۷۱۳/۰۲۸	۱	۷۱۳/۰۲۸	۱۵۶/۳۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶۷
	خطا	۱۰۹/۴۴۷	۲۴	۴/۵۶۰			

همچنین نتایج تحلیل کوواریانس در متغیر مولفه های خودانتقادی (خودناکافی، خودمتنفر، خود اطمینان بخش) نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و مداخله درمان مبتنی بر شفقت توانسته است افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را به طور معناداری بهبود بخشد. مقدار مجذور اتا برای این متغیرها به ترتیب ۰/۴۴۳، ۰/۴۳۴ و ۰/۸۶۷ به دست آمد که نشان می دهد حدود ۴۴/۳، ۴۳/۴ و ۸۶/۷ درصد از واریانس متغیر مولفه های خودانتقادی (خودناکافی، خودمتنفر، خود اطمینان بخش) به اثر مداخله درمانی مربوط است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، افسردگی و اضطراب سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب سلامت تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس یافته ها، اثر درمان مبتنی بر شفقت بر اضطراب سلامت معنادار بود. همچنین مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۷۱۴ نشان داد که حدود ۷۱/۴ درصد از تغییرات اضطراب سلامت ناشی از اثر مداخله درمانی بوده است که بیانگر اندازه اثر بسیار قوی مداخله می باشد.

نتایج تحلیل کوواریانس در متغیر افسردگی نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و مداخله درمان مبتنی بر شفقت توانسته است افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را به طور معناداری بهبود بخشد. مقدار مجذور اتا برای این متغیر ۰/۸۸۵ به دست آمد که نشان می دهد حدود ۸۸/۵ درصد از واریانس افسردگی به اثر مداخله درمانی مربوط است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است به‌طور معناداری اضطراب سلامت را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کاهش دهد. این نتیجه بیانگر آن است که آموزش شفقت به خود می‌تواند در کاهش نگرانی‌های افراطی مرتبط با سلامت جسمانی، تفسیرهای فاجعه‌آمیز از علائم بدنی و اشتغال ذهنی نسبت به بیماری مؤثر باشد. افراد مبتلا به دیابت نوع دو معمولاً به دلیل ماهیت مزمن بیماری، نیاز به مراقبت مداوم و ترس از عوارض جسمانی، سطح بالایی از اضطراب سلامت را تجربه می‌کنند و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند به‌عنوان رویکردی حمایتی و هیجان‌مدار، در مدیریت این نگرانی‌ها مؤثر واقع شود (۲۶).

از منظر نظری، درمان مبتنی بر شفقت بر این اصل استوار است که بسیاری از مشکلات هیجانی ناشی از خودانتقادی شدید، احساس شرم و فعال‌سازی بیش از حد سیستم تهدید روانی هستند. بیماران دیابتی اغلب در مواجهه با محدودیت‌های بیماری و دشواری‌های کنترل قند خون، احساس ناکامی و نگرانی مداوم را تجربه می‌کنند. آموزش شفقت به خود موجب فعال شدن سیستم آرام‌سازی هیجانی شده و در نتیجه از شدت افکار اضطرابی مرتبط با سلامت می‌کاهد (۲۷).

یافته‌های این پژوهش با نتایج مطالعات پیشین نیز همسو است. پژوهش نف (۲۸) نشان داد افرادی که سطح بالاتری از شفقت به خود دارند، اضطراب و نگرانی کمتری را تجربه می‌کنند و در مواجهه با بیماری‌های مزمن از سازگاری روان‌شناختی بیشتری برخوردارند. همچنین مطالعه‌ای توسط فراری و همکاران (۲۹) نشان داد که مداخلات مبتنی بر شفقت به‌طور معناداری باعث کاهش اضطراب، استرس و نگرانی‌های سلامت‌محور در بیماران مزمن می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر شفقت با

آموزش پذیرش هیجان‌ها و کاهش قضاوت منفی نسبت به خود، باعث می‌شود بیماران برداشت واقع‌بینانه‌تری از علائم جسمانی داشته باشند. بسیاری از بیماران دیابتی هر علامت جسمی را نشانه وخامت بیماری تلقی می‌کنند و این مسئله چرخه اضطراب سلامت را تقویت می‌کند. درمان مبتنی بر شفقت با کاهش نشخوار فکری و نگرانی افراطی، این چرخه معیوب را تضعیف می‌کند (۳۰). همچنین می‌توان گفت که شفقت‌ورزی سبب افزایش احساس امنیت روانی در بیماران می‌شود. هنگامی که فرد به‌جای سرزنش خود، نگرشی حمایت‌گرانه و مهربانانه نسبت به خویش اتخاذ می‌کند، میزان برانگیختگی فیزیولوژیک ناشی از اضطراب کاهش می‌یابد. این موضوع در بیماران دیابتی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا اضطراب مزمن می‌تواند کنترل بیماری را دشوارتر کرده و حتی بر تنظیم قند خون اثر منفی بگذارد (۳۱). درمان مبتنی بر شفقت از طریق بهبود تنظیم هیجان و افزایش پذیرش بیماری می‌تواند به کاهش این پیامدهای منفی کمک کند (۳۲).

از دیگر تبیین‌های احتمالی می‌توان به نقش شفقت در بهبود تنظیم هیجان اشاره کرد. افراد دارای اضطراب سلامت معمولاً در مدیریت هیجان‌های منفی مانند ترس، نگرانی و ناامیدی ضعف دارند. درمان مبتنی بر شفقت به بیماران می‌آموزد هیجان‌های منفی را بدون اجتناب یا فاجعه‌سازی تجربه کنند و با خود به شیوه‌ای مهربانانه رفتار نمایند؛ در نتیجه شدت اضطراب کاهش می‌یابد (۳۳).

همچنین درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند از طریق کاهش احساس انزوا و افزایش احساس انسانیت مشترک، اضطراب سلامت بیماران دیابتی را کاهش دهد. بسیاری از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن احساس می‌کنند که در رنج خود تنها هستند، اما در این رویکرد درمانی افراد درمی‌یابند که بیماری و رنج بخشی از تجربه مشترک انسانی است و این نگرش می‌تواند فشار روانی ناشی از بیماری را کاهش دهد (۳۰).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است به طور معناداری افسردگی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کاهش دهد. این یافته بیانگر آن است که آموزش شفقت‌ورزی می‌تواند در کاهش هیجان‌های منفی، احساس ناامیدی و خلق افسرده در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مؤثر باشد. بیماران دیابتی به دلیل ماهیت مزمن بیماری، محدودیت‌های درمانی و نگرانی درباره عوارض جسمانی، در معرض افسردگی بیشتری قرار دارند و درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با ایجاد نگرش حمایتگرانه نسبت به خود، بخشی از این فشار روانی را کاهش دهد (۲۶).

از منظر نظری، درمان مبتنی بر شفقت بر کاهش خودانتقادی و افزایش احساس ایمنی هیجانی تأکید دارد. بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مواجهه با ناتوانی در کنترل بیماری، رژیم غذایی یا تغییر سبک زندگی، خود را سرزنش می‌کنند و این فرایند زمینه‌ساز خلق افسرده می‌شود. درمان مبتنی بر شفقت با جایگزینی نگرش مهربانانه به جای سرزنش خود، موجب کاهش احساس گناه و افسردگی می‌شود (۲۷).

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات پیشین همسو است. پژوهش نف (۲۸) نشان داد که شفقت به خود با سطوح پایین‌تر افسردگی و اضطراب رابطه دارد و افرادی که از شفقت بیشتری برخوردارند، سازگاری روان‌شناختی بالاتری را تجربه می‌کنند. همچنین مطالعه مک بث و گولمی (۳۴) در یک فراتحلیل نشان داد که شفقت به خود به طور معناداری با کاهش افسردگی و آسیب‌شناسی روانی مرتبط است. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر شفقت از طریق آموزش پذیرش هیجان‌های منفی و کاهش اجتناب هیجانی، سبب می‌شود بیماران نگرش واقع‌بینانه‌تر و منعطف‌تری نسبت به بیماری خود پیدا کنند. افراد افسرده معمولاً تمایل دارند شکست‌ها و مشکلات را به صورت

فاجعه‌آمیز تفسیر کنند، اما شفقت‌ورزی به آن‌ها کمک می‌کند تا با دیدگاهی انسانی‌تر و پذیرنده‌تر به خود نگاه کنند (۳۰). همچنین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت با فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی هیجانی، موجب کاهش برانگیختگی روانی و بهبود خلق می‌شود. بیماران مبتلا به دیابت نوع دو اغلب تحت فشار روانی ناشی از کنترل بیماری قرار دارند و این استرس مزمن می‌تواند به تشدید افسردگی منجر شود. تمرین‌های شفقت‌محور مانند ذهن‌آگاهی، تنفس آرام‌ساز و گفت‌وگوی درونی مهربانانه، به کاهش تنش روانی و بهبود وضعیت خلقی کمک می‌کند (۳۳). از دیگر تبیین‌های احتمالی این یافته، نقش درمان مبتنی بر شفقت در بهبود تنظیم هیجان است. افراد افسرده معمولاً در مدیریت هیجان‌های منفی دچار مشکل هستند و از راهبردهای ناکارآمدی مانند نشخوار فکری استفاده می‌کنند. درمان مبتنی بر شفقت به بیماران کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را بدون قضاوت تجربه کرده و به جای درگیری با افکار منفی، نگرشی حمایتگرانه نسبت به خود داشته باشند؛ این فرایند موجب کاهش شدت افسردگی می‌شود (۳۲). علاوه بر این، درمان مبتنی بر شفقت از طریق افزایش احساس انسانیت مشترک، احساس انزوا و تنهایی بیماران را کاهش می‌دهد. بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت احساس می‌کنند مشکلات و رنج آن‌ها منحصر به فرد است، در حالی که در این رویکرد درمانی افراد درمی‌یابند که رنج و بیماری بخشی از تجربه مشترک انسانی است و این نگرش می‌تواند از شدت احساس افسردگی بکاهد (۳۰).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت توانسته است به طور معناداری خودانتقادی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کاهش دهد. این نتیجه بیانگر آن است که آموزش مؤلفه‌های شفقت‌ورزی، مانند مهربانی با خود، پذیرش هیجان‌ها و درک انسانیت مشترک، می‌تواند

نتایج این پژوهش با مطالعات مرتبط با بیماری‌های مزمن نیز هماهنگ است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودانتقادی در بیماران مبتلا به دیابت با افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی همراه است. درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند با کاهش خودسرزندی و افزایش پذیرش خود، موجب بهبود سازگاری روان‌شناختی بیماران شود (۳۲).

از دیگر تبیین‌های احتمالی این یافته، نقش شفقت در افزایش تنظیم هیجان است. افراد خودانتقاد معمولاً در مواجهه با هیجان‌های منفی، واکنش‌های شدیدی نشان می‌دهند و خود را به‌خاطر تجربه این هیجان‌ها سرزنش می‌کنند. درمان مبتنی بر شفقت به بیماران کمک می‌کند هیجان‌های دشوار را بدون قضاوت تجربه کرده و به‌جای مقابله خصمانه با خود، رویکردی آرام و حمایت‌گرانه اتخاذ کنند؛ این امر باعث کاهش خودانتقادی می‌شود (۱۸).

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر شفقت یک مداخله مؤثر برای کاهش اضطراب سلامت، افسردگی و بهبود خود انتقادی و مولفه‌های آن در بیماران دیابت نوع دو است و می‌تواند در کنار درمان‌های پزشکی و دارویی مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد نه تنها به کاهش نگرانی‌های مرتبط با بیماری کمک می‌کند، بلکه موجب ارتقای سازگاری روان‌شناختی و بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز می‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود متخصصان حوزه سلامت و روان‌شناسان بالینی از این رویکرد در برنامه‌های حمایتی بیماران دیابتی بهره بگیرند.

در نهایت، با توجه به شیوع بالای دیابت و پیامدهای روان‌شناختی آن، توجه به مداخلات روان‌شناختی نوین از جمله درمان مبتنی بر شفقت ضروری به نظر می‌رسد. اجرای این مداخلات در مراکز درمانی و کلینیک‌های دیابت می‌تواند در کاهش اضطراب سلامت، افزایش پذیرش بیماری

نگرش منفی بیماران نسبت به خود را تعدیل کند. بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به دلیل ماهیت مزمن بیماری، نیاز به مراقبت مداوم و دشواری کنترل بیماری، اغلب خود را بابت مشکلات جسمانی و ناتوانی در مدیریت بیماری سرزنش می‌کنند و این امر زمینه‌ساز افزایش خودانتقادی می‌شود (۲۶).

از منظر نظری، درمان مبتنی بر شفقت بر این فرض استوار است که خودانتقادی شدید ناشی از فعال شدن بیش از حد سیستم تهدید روانی و احساس شرم است. افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن معمولاً خود را ناکارآمد یا ضعیف تلقی می‌کنند و این نگرش می‌تواند موجب تداوم مشکلات هیجانی شود. درمان مبتنی بر شفقت تلاش می‌کند با فعال‌سازی سیستم آرام‌سازی و ایمنی هیجانی، الگوهای خودسرزنش‌گرانه را کاهش دهد و نگرش حمایت‌گرانه‌تری نسبت به خود ایجاد کند (۲۷). در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که درمان مبتنی بر شفقت به بیماران کمک می‌کند تا به‌جای قضاوت سختگیرانه درباره خود، نگرشی مهربانانه و پذیرنده اتخاذ کنند. بسیاری از بیماران دیابتی هنگام ناتوانی در رعایت رژیم غذایی یا کنترل قند خون، خود را شکست‌خورده تلقی می‌کنند. این رویکرد درمانی به آن‌ها می‌آموزد که اشتباهات و دشواری‌ها بخشی طبیعی از تجربه انسانی هستند و نباید به سرزنش شدید خود منجر شوند (۳۰). همچنین می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت از طریق کاهش نشخوار فکری، خودانتقادی را کاهش می‌دهد. افراد دارای خودانتقادی بالا معمولاً درگیر افکار منفی مداوم درباره نقص‌ها و ناکامی‌های خود هستند. تمرین‌های شفقت‌محور مانند گفت‌وگوی درونی مهربانانه، ذهن‌آگاهی و تصویرسازی شفقت‌آمیز به بیماران کمک می‌کند تا از چرخه افکار منفی فاصله گرفته و نگرش متعادل‌تری نسبت به خود پیدا کنند (۳۵).

و بهبود سلامت روان بیماران نقش مؤثری ایفا کند و در نهایت به ارتقای کیفیت مراقبت‌های درمانی منجر شود.

نویسنده از تمامی کسانی که در این راستا با محقق همکاری نمودند کمال تشکر را دارد.

### تشکر و قدردانی

### تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

## References

1. Magliano DJ, Boyko EJ, Atlas ID. What is diabetes?. In: IDF DIABETES ATLAS [Internet]. 10th edition 2021. International Diabetes Federation.
2. "5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2025." *Diabetes care* 48, no. Supplement\_1 (2025): S86-S127.
3. Peyrot M, Rubin RR. Behavioral and psychosocial interventions in diabetes. *Diabetes care*. 2007 Oct 1;30(10).
4. Lin CY, Chen PC, Lin YC, Lin LY. Association among serum perfluoroalkyl chemicals, glucose homeostasis, and metabolic syndrome in adolescents and adults. *Diabetes care*. 2009 Apr 1;32(4):702-7.
5. Schmidt CB, van Loon BP, Vergouwen AC, Snoek FJ, Honig A. Systematic review and meta-analysis of psychological interventions in people with diabetes and elevated diabetes-distress. *Diabetic Medicine*. 2018 Sep;35(9):1157-72.
6. Winkley K, Upsher R, Stahl D, Pollard D, Kasera A, Brennan A, Heller S, Ismail K. Psychological interventions to improve self-management of type 1 and type 2 diabetes: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*. 2020 Jun;24(28):1.
7. Chew BH, Vos RC, Metzendorf MI, Scholten RJ, Rutten GE. Psychological interventions for diabetes-related distress in adults with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(9).
8. Zu W, Zhang S, Du L, Huang X, Nie W, Wang L. The effectiveness of psychological interventions on diabetes distress and glycemic level in adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*. 2024 Oct 8;24(1):660.
9. Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2001 Jun 1;24(6):1069-78.
10. Janzen Claude JA, Hadjistavropoulos HD, Friesen L. Exploration of health anxiety among individuals with diabetes: Prevalence and implications. *Journal of health psychology*. 2014 Feb;19(2):312-22.
11. Abbas Q, Latif S, Ayaz Habib H, Shahzad S, Sarwar U, Shahzadi M, Ramzan Z, Washdev W. Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. *BMC psychiatry*. 2023 Feb 3;23(1):86.
12. Madanloo M, Bagherzadeh Ladari R. Health anxiety: A narrative review of psychological interventions. *Clin Excellence*. 2023;13(2):91–100.
13. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR*. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2022.
14. Tyrer P. Recent advances in the understanding and treatment of health anxiety. *Curr Psychiatry Rep*. 2018;20:1–8.
15. Hinds M. Exploring the relationships between self-criticism and perfectionism with diabetes-related distress and management in a type 1 diabetes population. Canterbury Christ Church University (United Kingdom); 2023.
16. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, Safren SA. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2008 Dec 1;31(12):2398-403.

17. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2398–2403.
18. Gilbert P. Compassion focused therapy: Distinctive features. Routledge; 2010 Apr 16.
19. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*. 2014 Mar;53(1):6-41.
20. 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):555–565.
21. Gobin KC, McComb SE, Mills JS. Testing a self-compassion micro-intervention before appearance-based social media use: Implications for body image. *Body Image* 2022; 40: 200-6.
22. 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;144:81–86.
23. Fresnics AA, Wang SB, Borders A. The unique associations between self-compassion and eating disorder psychopathology and the mediating role of rumination. *Psychiatry Res*. 2019;274:91–97.
24. Kirby JN, Tellegen CL, Steindl SR. A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior therapy*. 2017 Nov 1;48(6):778-92.
25. Leaviss J, Uttley L. Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*. 2015 Apr;45(5):927-45.
26. Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *British journal of clinical psychology*. 2014 Mar;53(1):6-41.
27. Gilbert P. The compassionate mind. london: constable & robinson. Recuperado de <https://books.google.es/books>. 2009.
28. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*. 2003 Apr 1;2(2):85-101.
29. Ferrari M, Hunt C, Harrysunker A, Abbott MJ, Beath AP, Einstein DA. Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: A meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*. 2019 Aug 15;10(8):1455-73.
30. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology*. 2013 Aug;69(8):856-67.
31. Yang W, Liu M, Tian Y, Zhang Q, Zhang J, Chen Q, Suo L, Chen Y. The increased prevalence of depression and anxiety in T2DM patients associated with blood glucose fluctuation and sleep quality. *BMC endocrine disorders*. 2022 Sep 17;22(1):232.
32. Sirois FM, Molnar DS, Hirsch JK. Self-compassion, stress, and coping in the context of chronic illness. *Self and Identity*. 2015 May 4;14(3):334-47.
33. Gilbert P, Procter S. Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006 Nov;13(6):353-79.
34. MacBeth A, Gumley A. Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical psychology review*. 2012 Aug 1;32(6):545-52.
35. Gilbert P. Choden (2013) *Mindful Compassion: using the power of mindfulness and compassion to transform our lives*. Robinson, London.

*Original Article***The effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism, depression, and health anxiety in patients with type 2 diabetes**

Received: 13/07/2025 - Accepted: 12/01/2026

Farshad Ebrahimi<sup>1\*</sup>*1 Department of Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahroud, Iran. (Corresponding Author)*

Email: m.ebrahimi.m345@gmail.com

**Abstract****Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of compassion-based therapy on self-criticism, depression, and health anxiety in patients with type 2 diabetes.**Methods:** This study is a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control and experimental groups. The statistical population includes all patients with type 2 diabetes referred to Imam Reza and Ghaem hospitals in Mashhad in 1404. 27 people (14 experimental and 13 control) were selected using the convenience sampling method based on the inclusion and exclusion criteria. The research instruments included the Self-Criticism and Self-Assurance Scale (FSCRS), the Beck Depression Inventory (BDI-II), and the Health Anxiety Inventory (HAI). The experimental group received compassion-based therapy based on Gilbert's (2014) perspective in 8 90-minute sessions, 2 days a week. The data were analyzed using univariate analysis of covariance.**Results:** The results showed that after controlling for the pre-test effect, there was a significant difference between the experimental and control groups in the variables of self-criticism, depression, and health anxiety ( $p \leq 0.05$ ). Also, the difference in pre-test-post-test scores in the experimental group was significant for the variables of self-criticism, depression, and health anxiety ( $p \leq 0.05$ ).**Conclusion:** It can be said that compassion-based therapy can help improve the psychological state of patients with type 2 diabetes by reducing self-criticism, depression, and health anxiety. Therefore, using this therapeutic approach along with medical interventions can be considered as an effective method for improving the mental health of diabetic patients.**Keywords:** Compassion-Based Therapy, Self-Criticism, Depression, Health Anxiety, Type 2 Diabetes.