

Original article

Relationship between Positive and Negative Components of Self-compassion and Quality of life in Type 2 diabetes: Examining the Mediating Role of Self-efficacy

Maryam Ebadi¹
Masoumeh Azemoudeh^{1*}
Ali Eghbali²
Gholamreza Chalabianloo³

- 1- Department of Psychology, Ta.c., Islamic Azad University, Tabriz, Iran
- 2- Department of Psychology and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran
- 3- Department of Psychology, Humanitarian and Psychology Faculty, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

*Corresponding author: Masoumeh Azemoudeh, Department of Psychology, Ta.c., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Email: mas_azemoudeh@iau.ac.ir

Received: 26 March 2025

Accepted: 05 August 2025

ABSTRACT

Introduction and purpose: In patients with type 2 diabetes, psychological factors, such as self-compassion and self-efficacy, can improve quality of life by reducing psychological stress and increasing health behaviors. The present study aimed to assess the mediating role of self-efficacy in the relationship between positive and negative components of self-compassion and quality of life in patients with type 2 diabetes.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted using structural equation modeling. A total of 250 patients with type 2 diabetes were purposively selected from Imam Sajjad (AS) Hospital in Tabriz in 2024. The research instruments included the WHO Quality of Life Questionnaire (1998), Self-Compassion by Wang et al. (2022), and Self-Efficacy Related to Diabetes Management by Evaggelia Fappa (2016). The collected data were analyzed in SPSS and AMOS software packages using the Pearson correlation coefficient and path analysis.

Results: The results demonstrated that the direct paths of positive dimensions of self-compassion to self-efficacy ($\beta=0.39$), self-efficacy to quality of life ($\beta=0.62$), and self-compassion to quality of life ($\beta=0.17$), as well as the negative dimensions of self-compassion to quality of life ($\beta=-0.19$), were significant. In addition, the indirect path between positive dimensions of self-compassion and quality of life through self-efficacy was significant ($\beta=0.24$). The fit indices were at a desirable level (CFI=0.97; NLI=0.96; RMSEA=0.06).

Conclusion: As evidenced by the obtained results, strengthening the positive components of self-compassion and self-efficacy can be an effective strategy for improving the quality of life among patients with type 2 diabetes. Designing educational interventions based on self-compassion is recommended alongside psychological treatments.

Keywords: Quality of life, Self-compassion, Self-efficacy, Type 2 diabetes

► **Citation:** Ebadi M, Azemoudeh M, Eghbali A, Chalabianloo Gh. Relationship between Positive and Negative Components of Self-compassion and Quality of life in Type 2 diabetes: Examining the Mediating Role of Self-efficacy. Journal of Health Research in Community. Summer 2025;11(2): 77-89

مقاله پژوهشی

رابطه مؤلفه‌های مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی در دیابت نوع دو: بررسی نقش واسطه‌ای خودکارآمدی

چکیده

مریم عبادی^۱
معصومه آزموده^{۲*}
علی اقبالی^۳
غلامرضا چلبیانلو^۲

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران
۲. گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران
۳. گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهیدمدنی آذربایجان، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول: معصومه آزموده، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

Email: mas_azemoudeh@iauo.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

مقدمه و هدف: در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، عوامل روان‌شناختی مانند شفقت به خود و خودکارآمدی می‌توانند با کاهش فشار روانی و افزایش رفتارهای سلامت، کیفیت زندگی را بهبود بخشند. هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین مؤلفه‌های مثبت و منفی شفقت به خود و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی و در قالب مدل معادلات ساختاری انجام شد. جامعه پژوهش شامل ۲۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو بود که به صورت هدفمند از بیمارستان امام سجاد(ع) تبریز در سال ۱۴۰۳ انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده عبارت بودند از: پرسش‌نامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت (Who، ۱۹۹۸)، پرسش‌نامه شفقت به خود (Wang و همکاران، ۲۰۲۲) و پرسش‌نامه خودکارآمدی مرتبط با مدیریت دیابت (Evaggelia Fappa، ۲۰۱۶). داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مسیرهای مستقیم ابعاد مثبت شفقت به خود به خودکارآمدی ($\beta=0/39$)، خودکارآمدی به کیفیت زندگی ($\beta=0/62$)، ابعاد مثبت شفقت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=0/17$) و ابعاد منفی شفقت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=-0/19$) معنادار بود. همچنین مسیر غیرمستقیم بین ابعاد مثبت شفقت به خود و کیفیت زندگی از طریق خودکارآمدی معنادار بود ($\beta=0/24$). شاخص‌های برازش در سطح مطلوبی قرار داشتند ($CFI=0/97$ ، $NLI=0/96$ ، $RMSEA=0/06$).

نتیجه‌گیری: تقویت مؤلفه‌های مثبت شفقت به خود و باور به خودکارآمدی می‌تواند راهبردی مؤثر برای ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو باشد. طراحی مداخلات آموزشی مبتنی بر شفقت به خود در کنار درمان‌های روان‌شناختی توصیه می‌گردد.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، شفقت به خود، دیابت نوع دو، خودکارآمدی

◀ **استناد:** عبادی، مریم؛ آزموده، معصومه؛ اقبالی، علی؛ چلبیانلو، غلامرضا. رابطه مؤلفه‌های مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی در دیابت نوع دو: بررسی

نقش واسطه‌ای خودکارآمدی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، تابستان ۱۴۰۴؛ ۱۱(۲): ۸۹-۷۷

مقدمه

بیماری‌های مزمن شامل اختلالاتی هستند که نیازمند درمان طولانی‌مدت بوده و با درد، ناتوانی و کاهش کیفیت زندگی

کاهش رنج و داشتن نگاهی غیرقضاوتی به تجربه‌های منفی زندگی است. بر اساس مدل نف (۲۰۲۳) شفقت به خود دارای شش مؤلفه است که به دو دسته شامل ابعاد مثبت (مهربانی با خود، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی) و ابعاد منفی (خودقضاوتی، انزواطلبی و همانندسازی افراطی) تقسیم می‌شوند [۱۰]. شفقت به خود با کاهش استرس، افزایش پذیرش بیماری و ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، نقش مهمی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی ایفا می‌کند. همچنین در مطالعه‌ی Ferrari و همکاران (۲۰۱۷) در استرالیا با عنوان شفقت به خود با رفتار خودمراقبتی بهینه در بیماران دیابت نشان دادند که شفقت به خود نقش مثبتی در سلامت و رفتارهای مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی دارد. به طور کلی شفقت به خود سبب می‌شود تا افراد به جای قضاوت خود، با خود مهربان باشند و به حمایت از خود در برابر بیماری و رفتارهای سلامتی روی آورند و رفتارهای مراقبتی و محافظتی را در خود افزایش دهند [۱۱].

علاوه بر آن، یکی از سازه‌های روان‌شناختی مهم در مدیریت دیابت، خودکارآمدی است. بندورا (۱۹۷۷، ۱۹۸۶) خودکارآمدی را چنین تعریف می‌کند: باور فرد نسبت به توانایی خود برای سازمان‌دهی و اجرای رفتارهایی که جهت دستیابی به عملکرد مطلوب در موقعیت‌های خاص ضروری هستند [۱۲]. این باور نقشی تعیین‌کننده در این دارد که فرد تا چه حد برای رسیدن به اهدافش تلاش می‌کند، در برابر موانع پایداری نشان می‌دهد و چگونه با شکست‌ها مواجه می‌شود [۱۳]. در پژوهش Medina و همکاران (۲۰۲۲) در برزیل نشان داده شد که خودکارآمدی در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند بر تغییرات رفتاری و عملکرد در مراقبت از خود تأثیرگذار باشد؛ به طوری که افراد این ظرفیت را از طریق تجربیات مختلف در طول زندگی و کسب مهارت‌های جدید گسترش می‌دهند [۱۴]. همچنین، طبق مطالعه Akoit و همکاران (۲۰۲۳) در اندونزی با عنوان «رابطه خودکارآمدی با خودمدیریتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، مشخص شد

همراه هستند. طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، این بیماری‌ها به مراقبت مستمر طی سال‌ها یا حتی دهه‌ها نیاز دارند [۱]. دیابت یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن است که به چند نوع از جمله نوع یک، نوع دو، دیابت بارداری و انواع نادرتر تقسیم می‌شود [۲]. در این میان، دیابت نوع دو -شایع‌ترین نوع دیابت- یک اختلال متابولیک با ویژگی‌های مقاومت به انسولین و هیپرگلیسمی مزمن است [۳، ۴]. دیابت نوع دو معمولاً در بزرگسالی بروز می‌کند [۵]. در صورت کنترل ناکافی دیابت، می‌تواند عوارضی مانند بیماری‌های قلبی، کلیوی، بینایی و عصبی به دنبال داشته باشد [۶]. از این رو، مدیریت صحیح این بیماری از طریق پایبندی به درمان، اصلاح سبک زندگی و مراقبت شخصی ضروری است [۵]. در همین راستا، تمرکز بسیاری از مداخلات بهداشتی بر ارتقای کیفیت زندگی بیماران است. کیفیت زندگی، طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، ادراک افراد از وضعیت زندگی در عرصه فرهنگ و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند و با اهداف، انتظارات، معیارها و امور مهم مرتبط است اشاره دارد [۷]. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که دیابت نوع دو تأثیر منفی چشمگیری بر کیفیت زندگی جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی افراد دارد. در این راستا، Molsted و همکاران (۲۰۲۲) نشان می‌دهند که پیامدهای جسمی و روانی ابتلا به بیماری‌های مزمن به کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود [۸]. همچنین در مطالعه‌ی Aschalew و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده شد که ابتلا به دیابت بر کیفیت زندگی تأثیر داشته و باعث کاهش سلامت بیمار در حوزه‌های جسمانی، روان‌شناختی، محیطی و اجتماعی می‌شود. همچنین بیان شده است که افرادی که به دیابت مبتلا هستند، در مقایسه با افراد غیردیابتی، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری را تجربه می‌کنند [۹]. یکی از مفاهیم نوظهور در روان‌شناسی که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند، شفقت به خود است. بر اساس دیدگاه نف (۲۰۲۳)، شفقت به خود، فرآیندی روانی است که شامل پذیرش درد و ناراحتی، پرهیز از خودسرزنی، تلاش برای

که سطح بالاتر خودکارآمدی در این بیماران با افزایش پایداری به خودمدیریتی دیابت ارتباط دارد و بهبود خودکارآمدی موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. بنابراین، با تأکید بر نقش حیاتی خودکارآمدی، می‌توان نتیجه گرفت که افزایش این عامل در بیماران دیابت نوع دو منجر به بهبود شیوه‌های خودمدیریتی و ارتقای کیفیت کلی زندگی آنان خواهد شد [۱۵].

با وجود اهمیت این متغیرها، بیشتر مطالعات پیشین به ابعاد کلی شفقت به خود پرداخته‌اند و کمتر به تمایز میان مؤلفه‌های مثبت و منفی آن توجه کرده‌اند. همچنین، نقش میانجی‌گری خودکارآمدی در رابطه بین شفقت به خود و کیفیت زندگی در بیماران دیابت نوع دو کمتر بررسی شده است. از این‌رو، بررسی دقیق‌تر این متغیرها می‌تواند به طراحی مداخلات مؤثرتر روان‌شناختی در جامعه بیماران دیابتی منجر شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین مؤلفه‌های مثبت و منفی شفقت به خود و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بود. همچنین این پژوهش با هدف بررسی سه فرضیه طراحی شد: (۱) مؤلفه‌های مثبت شفقت به خود با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارند. (۲) خودکارآمدی نقش میانجی در این رابطه ایفا می‌کند. (۳) مؤلفه‌های منفی شفقت به خود کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند.

روش کار

طرح پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تشکیل دادند که در سال ۱۴۰۳ به درمانگاه تخصصی دیابت بیمارستان فوق تخصصی امام سجاد (ع) تبریز مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش هدفمند انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل موارد زیر بودند: تشخیص قطعی دیابت براساس تأیید فوق تخصص غدد و مستندات پرونده بیمار، گذشت حداقل شش ماه از ابتلا به دیابت نوع دو براساس پرونده موجود در درمانگاه تخصصی دیابت، قرار

داشتن در بازه سنی ۲۱ تا ۷۵ سال و داشتن سواد خواندن و نوشتن. معیارهای خروج نیز شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه‌ها و وجود عوارض شدید و پیشرفته دیابت (مانند زخم پای دیابتی یا نارسایی مزمن کلیوی) بود؛ مواردی که می‌توانستند به‌طور غیرمعمول بر ادراک فرد از بیماری و رفتارهای خودمراقبتی اثر بگذارند. شایان ذکر است که حداقل سن ورود به مطالعه ۲۱ سال در نظر گرفته شد، زیرا بروز و شیوع دیابت نوع دو در میان بزرگسالان جوان (۱۵ تا ۳۹ سال) در سراسر جهان رو به افزایش است [۱۶]. همچنین از بین مراجعه‌کنندگان واجد شرایط و با در نظر گرفتن ساختار مدل، پس از حذف داده‌های مخدوش، از بین ۲۷۰ نمونه اولیه، در نهایت ۲۵۰ نفر (۱۴۷ زن و ۱۰۳ مرد) به‌عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. بر اساس نظر Loehlin (۲۰۰۴) درباره تحلیل مدل‌های معادلات ساختاری، برای مدل‌هایی با دو تا چهار سازه مکنون، حجم نمونه حداقل ۱۰۰ نفر و ترجیحاً ۲۰۰ نفر توصیه می‌شود؛ بنابراین، حجم نمونه پژوهش حاضر از کفایت لازم برخوردار بود [۱۷]. بیماران به دلایل مختلفی از جمله پیگیری روند بیماری، کنترل منظم قندخون، دریافت درمان‌های دوره‌ای مراجعه کرده بودند.

پیش از شرکت در پژوهش، هدف مطالعه به‌طور کامل برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها اخذ گردید. رعایت محرمانگی اطلاعات شخصی و حفظ حریم خصوصی آنان تضمین شد و مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه و با احترام به حقوق فردی صورت گرفت. اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، جنسیت و وضعیت تأهل جمع‌آوری شد و پرسش‌نامه‌ها به صورت خودگزارش‌دهی، حضوری و تحت نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. در این پژوهش، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. به‌منظور بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و برای آزمون مدل مفهومی از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. برای ارزیابی برازش مدل نیز شاخص‌های CFI،

شفقت‌ورزی به خود توسط Wang و همکاران تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۶ پرسش با شش زیرمقیاس شامل مهربانی با خود (سؤالات شماره ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶)، خودقضاوتی (سؤالات شماره ۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱)، ذهن‌آگاهی (سؤالات شماره ۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲)، همانندسازی افراطی (سؤالات شماره ۲، ۶، ۲۰ و ۲۴)، اشتراکات انسانی (سؤالات شماره ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵) و انزواطلبی (سؤالات شماره ۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵) است. نمره‌گذاری این ابزار به صورت لیکرت پنج درجه‌ای (هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۵) انجام می‌شود. در این ابزار پرسش‌های شماره ۱، ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری و محاسبه می‌شوند. نمره کل شفقت به خود با جمع نمرات مهربانی به خود، اشتراکات انسانی و ذهن‌آگاهی و نمرات معکوس خودقضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی محاسبه شد، با نمره کل بالاتر که نشان‌دهنده سطح بالاتری از شفقت به خود است. سازندگان ابزار ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۲ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند [۲۰]. شهبازی و همکاران (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۹۱ و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌ای بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند [۲۱]. اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه خودکارآمدی (DMSES)

این پرسش‌نامه ویژه سنجش خودکارآمدی در مدیریت دیابت طراحی شده است. این مقیاس که توسط Evaggelia Fappa و همکاران در سال ۲۰۱۶ تدوین شده، دارای ۲۰ سؤال و چهار خرده‌مقیاس تغذیه (نه سؤال)، اندازه‌گیری میزان قندخون (چهار سؤال)، فعالیت فیزیکی و کنترل وزن (چهار سؤال) و مراقبت‌های پزشکی (سه سؤال) است. نمره‌گذاری این مقیاس به صورت صفر (اصلاً نمی‌توانم) تا ۱۰ (حتماً می‌توانم) است. دامنه نمره قابل دستیابی بین ۰ تا ۲۰ بود. بر اساس نمره به‌دست‌آمده، افراد در سه گروه

RMSEA و χ^2/df مورد استفاده قرار گرفتند. سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

پرسش‌نامه کیفیت زندگی (WHO-QOL-BREF)

این ابزار خودگزارشی در سال ۱۹۸۹ به وسیله کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با همکاری ۱۵ مرکز بین‌المللی به منظور سنجش کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۶ سؤال با چهار زیرمقیاس «سلامت جسمی»، «سلامت روانی»، «سلامت اجتماعی» و «سلامت محیطی» است. نمره‌گذاری سؤالات این پرسش‌نامه به صورت طیف لیکرت پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً ناراضی) تا ۵ (کاملاً راضی) انجام می‌شود. با محاسبه نمرات هر چهار زیرمقیاس، نمره کل ابزار که نشان‌دهنده کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی است، به دست می‌آید. دامنه نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ است که نمره بیشتر به معنای کیفیت زندگی بهتر است. سؤالات شماره ۳، ۴، ۶، ۱۵، ۱۶ و ۱۷ مربوط به سلامت جسمی، سؤالات شماره ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۱، ۱۸ و ۱۹ مربوط به سلامت روانی، سؤالات شماره ۲۰، ۲۱ و ۲۲ مربوط به سلامت اجتماعی و سؤالات شماره ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶ مربوط به سلامت محیطی است [۲۶]. Bat-Erdene و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار را ۰/۸۴ و ضرایب زیرمقیاس‌های آن را به ترتیب سلامت جسمانی ۰/۸۴، سلامت روانی ۰/۷۹، سلامت اجتماعی ۰/۸۱ و سلامت محیطی ۰/۷۶ گزارش کردند [۱۸]. شیخ محمدی و همکاران (۲۰۲۳) آلفای کرونباخ را برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۰، سلامت جسمی ۰/۸۷، سلامت روانی ۰/۷۶، سلامت اجتماعی ۰/۸۱ و سلامت محیطی برابر با ۰/۷۲ گزارش کردند [۱۹]. اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد.

پرسش‌نامه شفقت به خود (SCS)

این ابزار خودگزارشی در سال ۲۰۲۲ به منظور سنجش

$P <$ برآورد شده و اکثر آن‌ها معنادار است. بنابراین، بین برخی از متغیرهای پژوهش همبستگی معنادار است. در ادامه شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۴ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقادیر ضرایب همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی، ابعاد مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی، در سطوح $P < ۰/۰۵$ و $P < ۰/۰۱$ برآورد شده و اکثر آن‌ها معنادار است. برای پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از میزان کجی و کشیدگی

دسته‌بندی شدند: خودکارآمدی پایین (۰ تا ۶۵)، خودکارآمدی متوسط (۶۶ تا ۱۳۳) و خودکارآمدی بالا (۱۳۴ تا ۲۰۰). پایایی و روایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ و آزمون-بازآزمون به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمده است [۲۲]. قربانی نهوجی و همکاران (۲۰۲۰) پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی کردند و پایایی آن ۰/۹۵ گزارش گردید و روایی پیش‌بین ۸۱ درصد گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسش‌نامه است [۲۳]. اعتبار این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

به منظور انجام پژوهش، بعد از دریافت مجوزهای لازم از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز (IR.IAU.TABRIZ.REC.۱۴۰۳.۳۱۶)، ملاحظات اخلاقی و بالینی در این پژوهش رعایت شد و برای رعایت اصول اخلاقی اطلاعات پرسش‌نامه‌ها به صورت محرمانه ماند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، ۲۵۰ مشارکت‌کننده (۱۴۷ زن و ۱۰۳ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی $۴۷/۷۸ \pm ۱۱/۷۸$ حضور داشتند؛ لذا بیشترین فراوانی مربوط به زنان است. اطلاعات توزیع فراوانی در جدول ۱ گزارش شده است.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) خرده‌مقیاس‌های متغیرهای پژوهش حاضر از جمله کیفیت زندگی، شفقت به خود و خودکارآمدی آمده است.

همان‌طور که در جدول ۲ دیده می‌شود، در بین متغیرهای مورد مطالعه، سلامت اجتماعی دارای کم‌ترین میانگین و تعدیه دارای بیشترین میانگین است.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مقادیر ضرایب همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی، ابعاد مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی، در سطوح $P < ۰/۰۵$ و $P < ۰/۰۱$

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت		
زن	۱۴۷	۵۸/۸
مرد	۱۰۳	۴۱/۲
رده سنی		
۲۱ تا ۳۰ سال	۱۸	۷/۲
۳۱ تا ۴۰ سال	۵۶	۲۲/۴
۴۱ تا ۵۰ سال	۷۹	۳۱/۶
۵۱ تا ۶۰ سال	۵۵	۲۲/۰
۶۱ تا ۷۵ سال	۴۲	۱۶/۸
تحصیلات		
زیر دیپلم	۴۵	۱۸
دیپلم	۹۸	۳۹/۲
کاردانی	۲۷	۱۰/۸
کارشناسی	۴۹	۱۹/۶
کارشناسی ارشد	۲۷	۱۰/۸
دکتری	۴	۱/۶
سابقه ابتلاء به بیماری دیابت		
کمتر از شش ماه	۴۹	۱۹/۶
بین ۱ تا ۵ سال	۹۵	۳۸
بین ۵ تا ۱۰ سال	۷۵	۳۰
بیشتر از ۱۰ سال	۳۱	۱۲/۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۹	۶/۷
متاهل	۲۱۵	۸۶
مطلقه	۱۶	۴/۶

چندگانه بین متغیرهای پیش‌بین، از عامل تورم واریانس (VIF) و تحمل (Tolerance) استفاده شد که نتایج نشان داد عدم هم‌خطی بین متغیرها برقرار است (دامنه VIF کمتر از ۱۰ و تحمل بالاتر از ۰/۱ به دست آمد). در ادامه شاخص‌های برازش مدل ساختاری در جدول ۴ نشان داده شده است. برای ارزیابی برازش مدل در تحلیل معادلات ساختاری، از شاخص‌های نیکویی برازش نظیر نسبت کای‌دو به درجه آزادی (χ^2/df)، شاخص برازش تطبیقی (CFI) و ریشه میانگین مجذور خطای تقریب (RMSEA) استفاده شد. همان‌گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد، شاخص‌های برازش مدل ساختاری نشانگر برازش مناسب مدل است. اغلب شاخص‌ها در محدوده پذیرش مدل قرار دارند، بنابراین ساختار مدل فرضی پژوهش مورد تایید است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که ضریب استاندارد ابعاد مثبت شفقت به خود به خودکارآمدی ($\beta=0/39, P\leq 0/001$)، خودکارآمدی به کیفیت زندگی ($\beta=0/62, P\leq 0/001$)، ابعاد مثبت شفقت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=0/17, P\leq 0/001$) و ابعاد منفی شفقت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=0/19, P\leq 0/001$)

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
سلامت جسمانی	۱۷/۳۴	۴/۰۳	۷	۲۸
سلامت روانی	۲۲/۳۴	۴/۰۷	۱۴	۳۵
سلامت اجتماعی	۹/۹۱	۱/۷۳	۶	۱۳
سلامت محیطی	۲۳/۰۵	۴/۹۶	۱۰	۳۶
مهربانی با خود	۱۶/۵۸	۱/۹۵	۱۲	۲۱
حس مشترک انسانی	۱۴/۷۲	۲/۴۰	۹	۲۰
ذهن‌آگاهی	۱۲/۰۹	۱/۹۹	۸	۱۶
خودقضاوتی	۱۱/۳۳	۲/۲۴	۶	۱۸
انزوا	۱۳/۰۲	۲/۰۵	۶	۱۸
هماندسازی افراطی	۱۰/۰۷	۲/۱۵	۵	۱۶
تغذیه	۲۴/۲۶	۶/۲۶	۹	۳۸
اندازه‌گیری قندخون	۱۲/۹۸	۲/۷۰	۷	۱۹
فعالیت فیزیکی	۱۱/۲۹	۳/۳۲	۴	۱۷
مراقبت پزشکی	۱۰/۳۴	۲/۵۱	۴	۱۵

استفاده شد که نتایج نشان داد توزیع نرمات همه متغیرها نرمال است (دامنه کجی و کشیدگی بین منفی ۲ و ۲ بود). برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون استفاده شد که نتایج نشان از عدم همبستگی بین خطاها داشت. برای بررسی هم‌خطی

جدول ۳. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱														
۲													۰/۸۴**	
۳												۰/۵۹**	۱	
۴											۰/۵۵**	۰/۷۳**	۰/۷۸**	
۵										۱	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/۲۴**
۶									۱	۰/۵۵**	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۱۰	۰/۰۹
۷								۱	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۴۱**
۸							۱	-۰/۰۴	-۰/۳۰**	-۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۲۴**	۰/۲۱**
۹						۱	۰/۵۱**	۰/۲۲**	-۰/۱۳**	۰/۱۲**	۰/۲۰**	۰/۱۴**	۰/۳۲**	۰/۳۹**
۱۰					۱	۰/۵۵**	۰/۶۷**	۰/۰۱	-۰/۲۴**	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۰**	۰/۲۰**
۱۱				۱	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۲۱**	۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۲۱**	۰/۴۲**	۰/۲۴**	۰/۴۵**	۰/۴۸**
۱۲			۱	۰/۵۷**	۰/۰۳	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۳۱**	۰/۱۰	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۴۹**	۰/۵۱**
۱۳		۱	۰/۴۰**	۰/۵۷**	۰/۰۳	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۱۳**	۰/۴۳**	۰/۲۵**	۰/۴۲**	۰/۵۰**
۱۴	۱	۰/۳۳**	۰/۲۴**	۰/۱۸**	-۰/۳۵**	-۰/۲۵**	-۰/۱۸**	۰/۱۸**	۰/۲۹**	۰/۱۶**	۰/۲۸**	۰/۱۷**	۰/۲۱**	۰/۱۴**

جدول ۴. شاخص های برازش مدل معادله ساختاری پژوهش

شاخص	df/2χ	IFI	RMSEA	SRMR	CFI	NFI
دامنه مورد قبول	> ۵	< ۰/۹۰	> ۰/۰۸	> ۰/۰۸	< ۰/۹۰	< ۰/۹۰
مقدار مشاهده شده	۳/۵۶	۰/۹۷	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۹۷	۰/۹۶
ارزیابی شاخص برازش	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب	مناسب

جدول ۵. الگوی ساختاری مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در الگوی نهایی

اثر کل	sig	C.R	خطای استاندارد	ضریب استاندارد	ضریب غیر استاندارد	شرح
۰/۳۹	۰/۰۰۱	۴/۴۱	۰/۲۶	۰/۳۹	۱/۱۸	ابعاد مثبت شفقت به خود ← خودکارآمدی
۰/۶۲	۰/۰۰۱	۷/۳۱	۰/۰۶	۰/۶۲	۰/۵۰	خودکارآمدی ← کیفیت زندگی
۰/۴۱	۰/۰۰۱	۲/۳۸	۰/۱۷	۰/۱۷	۰/۴۲	ابعاد مثبت شفقت به خود ← کیفیت زندگی
۰/-۱۹	۰/۰۰۱	۲/۲۶	۰/۱۱	۰/۱۹	۰/۳۷	ابعاد منفی شفقت به خود ← کیفیت زندگی
-				۰/۷۹	۱	ابعاد مثبت شفقت به خود ← مهربانی با خود
-	۰/۰۰۱	۷/۷۷	۰/۱۲	۰/۶۸	۰/۸۷	ابعاد مثبت شفقت به خود ← ذهن آگاهی
-	۰/۰۰۱	۸/۶۵	۰/۱۰	۰/۶۵	۰/۸۸	ابعاد مثبت شفقت به خود ← اشتراکات انسانی
-				۰/۸۰	۱	ابعاد منفی شفقت به خود ← خودقضاوتی
-	۰/۰۰۱	۱۰/۷۹	-۰/۰۹	۰/۸۳	۰/۹۷	ابعاد منفی شفقت به خود ← همانندسازی افراطی
-	۰/۰۰۱	۹/۶۰	-۰/۰۷	۰/۶۶	۰/۷۴	ابعاد منفی شفقت به خود ← انزوایی
-				۰/۹۳	۱	کیفیت زندگی ← سلامت جسمانی
-	۰/۰۰۱	۲۲/۸۲	۰/۰۴	۰/۹۰	۰/۹۷	کیفیت زندگی ← سلامت روانی
-	۰/۰۰۱	۱۱/۰۳	۰/۰۳	۰/۶۰	۰/۲۸	کیفیت زندگی ← سلامت اجتماعی
-	۰/۰۰۱	۱۹/۲۱	۰/۰۶	۰/۸۲	۱/۱۰	کیفیت زندگی ← سلامت محیطی
-				۰/۷۳	۱	خودکارآمدی ← تغذیه
-	۰/۰۰۱	۹/۰۰	۰/۰۴	۰/۶۷	۰/۳۹	خودکارآمدی ← دارو و بررسی باها
-	۰/۰۰۱	۹/۷۷	۰/۰۵	۰/۷۱	۰/۵۱	خودکارآمدی ← فعالیت فیزیکی
-	۰/۰۰۱	۴/۹۶	۰/۰۴	۰/۳۷	۰/۲۰	خودکارآمدی ← مراقبت پزشکی

معنادار است.

نمونه گیری مجدد به روش بوت استرپ به دست آمد. بر این اساس، می توان گفت ابعاد مثبت شفقت به خود دارای رابطه غیرمستقیم معنادار با کیفیت زندگی از طریق خودکارآمدی هستند.

نتایج مربوط به جدول ۶ نشان می دهد که ضریب ساختاری اثر میانجی برای متغیر ابعاد مثبت شفقت به خود برابر با ۰/۲۱۷ بوده است. دامنه فاصله اطمینان ۹۵ درصد آن بین ۰/۲۱۶ تا ۰/۵۵۴ قرار داشت. همچنین، ضریب ساختاری اثر میانجی برای متغیر ابعاد منفی شفقت به خود برابر با ۰/۲۱۳ به دست آمد و دامنه فاصله اطمینان ۹۵ درصد آن بین ۰/۱۴۰ تا ۰/۳۵۱ بود. این نتایج بر اساس ۲۰۰۰

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه یک مدل از ابعاد مثبت و منفی

جدول ۶. نتایج آزمون بوت استرپ در رابطه بین کیفیت زندگی و شفقت به خود از طریق خودکارآمدی

مسیر میانجی	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	دامنه پایین ۹۵٪	دامنه بالای ۹۵٪	سطح معنی داری
ابعاد مثبت شفقت به خود ← خودکارآمدی ← کیفیت زندگی	۰/۲۱۷	۰/۲۴	۰/۵۵۴	۰/۲۱۶	۰/۰۰۱
ابعاد منفی شفقت به خود ← خودکارآمدی ← کیفیت زندگی	۰/۲۱۳	۰/۰۵	۰/۳۵۱	۰/۱۴۰	۰/۰۰۱

سرزنش خود را بهتر مدیریت کرده و با دیدگاهی متعادل تر به مشکلاتشان نگاه کنند [۲۹]. با ایجاد چنین نگرشی، فرد می تواند شناخت عمیق تری نسبت به حالات روانی و فیزیولوژیکی خود پیدا کرده و بهتر به درک وضعیت ذهنی و عاطفی خویش بپردازد [۲۹]. به طور کلی شفقت به خود با کاهش آسیب های روان شناختی و فیزیولوژیکی شناخت و احساسات مبتنی بر تهدید عمل می کند و در عوض پاسخ های آرامش بخش به پریشانی ایجاد می کند که فضایی را برای انگیزه های دلسوزانه و متمرکز بر درمان ایجاد می کند [۳۰].

در مورد فرضیه دوم، نتایج نشان داد که خود کارآمدی به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در انتقال اثر مؤلفه های مثبت شفقت به خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ایفا می کند. این نتیجه با یافته های Medina و همکاران و Akoit و همکاران هم راستا است که بیان کرده اند خود کارآمدی می تواند رفتارهای خود مراقبتی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود دهد [۱۴، ۱۵]. از منظر نظری، این یافته در چارچوب نظریه خود کارآمدی بندورا (۱۹۷۷) قابل تبیین است. بندورا معتقد است که خود کارآمدی، یعنی باور فرد به توانایی خود در انجام موفق و ظایف، نقش کلیدی در تنظیم رفتار و انگیزش دارد. در این راستا می توان گفت شفقت به خود با ایجاد دیدگاهی مثبت تر نسبت به خود، می تواند احساس توانمندی را در مدیریت بیماری تقویت کرده و در نهایت، کیفیت زندگی را ارتقا دهد. به بیان دیگر، شفقت به خود مسیر روانی سازنده ای را فراهم می کند که از طریق آن بیماران احساس توانایی بیشتری در مدیریت بیماری خود خواهند داشت.

در واقع، بیمارانی که نسبت به خود دید مثبت تری دارند، احتمالاً باور بیشتری به توانایی خود برای مدیریت دیابت و موقعیت های استرس زا دارند. افرادی که احساس خود کارآمدی بالایی دارند، معمولاً قادر هستند مشکلات و موانع را بهتر مدیریت کنند و از راهکارهای مؤثر برای بهبود شرایط خود استفاده نمایند. این افراد از موفقیت های گذشته خود انگیزه گرفته و با افزایش اعتماد به نفس،

شفقت به خود با واسطه گری خود کارآمدی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بود. بر این اساس سه فرضیه مطرح شد: ۱) مؤلفه های مثبت شفقت به خود با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارند. ۲) خود کارآمدی نقش میانجی در این رابطه ایفا می کند. ۳) مؤلفه های منفی شفقت به خود کیفیت زندگی را کاهش می دهند. در خصوص فرضیه اول، نتایج پژوهش نشان داد که ابعاد مثبت شفقت به خود رابطه معناداری با کیفیت زندگی دارند. به عبارت دیگر، هر چه مهربانی با خود و ذهن آگاهی در بیماران بیشتر باشد، کیفیت زندگی آن ها نیز بهتر است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش Friis و همکاران و پوراسماعیل و همکاران همسو است [۲۴، ۲۵]. به طور کلی ابعاد مثبت شفقت به خود مانند مهربانی با خود به عنوان یک مهارت مقابله ای مؤثر عمل می کند؛ ابعاد مثبت شفقت به خود می تواند به افراد کمک کند تا به صورت مؤثرتری سلامت خود را حفظ کنند. چون با این رویکرد آن ها یاد می گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند [۲۶]. به طور کلی، شفقت به خود یک عامل محافظتی در برابر تأثیرات منفی خود مقایسه نامطلوب است [۲۷]. به ویژه در شرایطی که فرد با محدودیت های فیزیکی، رژیم های دارویی، دغدغه های مالی و هیجانات منفی ناشی از بیماری مزمن مخصوصاً دیابت نوع دو مواجه است، برخورد مهربانانه با خود می تواند از میزان تنیدگی کاسته و سطح رضایت فرد از زندگی را افزایش دهد [۲۸].

از آنجا که بیماری مزمن غالباً احساسات چالش برانگیز را تحریک می کند، شفقت به خود چارچوبی برای پرداختن به این احساسات با مهربانی و درک خود ارائه می دهد، بنابراین تأثیر منفی آن ها را بر وضعیت ذهنی و عاطفی فرد کاهش می دهد. در واقع، شفقت به خود با اتخاذ موضعی مهربانانه، پذیرنده و بدون قضاوت نسبت به خود در مواقع شکست یا دشواری مشخص می شود. در واقع افرادی که از سطح بالایی از شفقت به خود برخوردارند، معمولاً می توانند احساسات منفی همچون ناامیدی، اضطراب یا

بر نشانگرهای بالینی آشکار نشوند، اما در درازمدت سلامت روانی و اجتماعی و حتی جسمانی بیمار را تهدید می کند.

بر اساس نظریه های شناختی، این مؤلفه ها به الگوهای تفکر ناسازگار مانند سرزنش خود، احساس گناه و شرم پایدار مرتبط هستند. بر اساس مطالعات، خودقضاوتی بالا باعث ایجاد احساس بی ارزشی، گناه و شرم در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن مانند دیابت می شود. این بیماران به جای پذیرش واقعیت بیماری، خود را به دلیل شرایط جسمانی سرزنش می کنند که این امر با افزایش اضطراب و افسردگی و در نهایت کاهش کیفیت زندگی همراه است [۱۵]. همچنین انزوای اجتماعی نیز باعث کاهش تعاملات اجتماعی و دریافت حمایت روانی می شود. بیماران منزوی کمتر به مراقبت های پزشکی پایبند هستند و از کمک دیگران اجتناب می کنند، که این روند موجب افت عملکرد اجتماعی و احساس ناتوانی در مدیریت می شود. به طور مشابه، همانندسازی افراطی با افکار منفی نیز سبب می شود بیماران دیابتی با مشکلات سلامت خود بیش از حد درگیر شده و واقعیت بیماری را اغراق آمیز درک کنند. این الگوهای شناختی منفی، توانایی بیماران در تصمیم گیری صحیح درباره مراقبت های درمانی را مختل می کند [۲۷]. به طور کلی ابعاد منفی شفقت به خود نه تنها مستقل از متغیرهای دیگر کیفیت زندگی را کاهش می دهند، بلکه ممکن است نقش تقویتی بر سایر عوامل خطر مانند کمبود حمایت اجتماعی نیز داشته باشد. این تعامل منفی، بار روانی بیماری دیابت را بیشتر کرده و مسیر بهبود و خودمراقبتی را مختل می سازد. از این رو، مداخلاتی که به کاهش ابعاد منفی شفقت به خود کمک می کنند، می توانند اثر درمانی قابل توجهی بر کیفیت زندگی بیماران داشته باشند.

اولین محدودیت پژوهش به ابزار اندازه گیری مربوط می شد و احتمال وجود سوگیری در پاسخ به سؤالات را شامل می شد. علاوه بر این، طولانی بودن پرسش نامه ها می توانست باعث خستگی شرکت کنندگان شود. محدودیت مهم دیگر، عدم کنترل متغیرهای مداخله گر بالقوه مانند وضعیت روان شناختی، سطح

کیفیت زندگی خود را ارتقا می دهند. خودکارآمدی می تواند بر سلامت روان تأثیر مثبت بگذارد و افرادی که خود را توانمند می بینند، در مواجهه با مشکلات و چالش های زندگی، رویکرد مؤثرتری دارند. این افراد نسبت به شرایط دشوار، انعطاف پذیری بیشتری نشان داده و به راه حل های مناسب تری دست می یابند [۲۳]. به طور کلی افرادی که از راهبردهای شفقت محور استفاده می کنند، از خودکارآمدی بالاتر برخوردارند و این موضوع تأثیر مثبتی بر رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی دارد.

علاوه بر این، خودکارآمدی نه تنها رفتارهای مرتبط با سلامت مانند پایبندی به دارو و رژیم غذایی را بهبود می بخشد، بلکه به بیماران کمک می کند تا فشار روانی ناشی از شرایط مزمن بیماری را بهتر مدیریت کنند [۲۳]. به همین دلیل می توان گفت که خودکارآمدی نه تنها یک عامل واسطه روان شناختی است، بلکه نوعی منبع درونی در مواجهه با بیماری های مزمن محسوب می شود. بنابراین، نتایج فرضیه دوم این پژوهش حاکی از آن است که برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو، باید توجه ویژه ای به تقویت مؤلفه های مثبت شفقت به خود و ارتقای باورهای خودکارآمدی بیماران داشت.

در فرضیه سوم، مشخص شد که ابعاد منفی شفقت به خود مثل خودقضاوتی و انزوا رابطه منفی با کیفیت زندگی دارند؛ یعنی هر چه میزان این ابعاد بیشتر باشد، کیفیت زندگی کاهش می یابد. این مؤلفه ها باعث ایجاد احساس شکست، بی کفایتی و عدم پذیرش وضعیت بیماران می شوند. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش Kelly و همکاران، Gunn و همکاران نشان دادند که مؤلفه های منفی شفقت به خود ارتباط قوی با نشانگان افسردگی و اضطراب دارند و اثر منفی بر ادراک فرد از کیفیت زندگی می گذارند [۳۱، ۳۲]. این افراد احساس طردشدگی و گناه را تجربه می کنند که ممکن است باعث پرهیز از مراجعه به پزشک و کاهش انگیزه برای مراقبت از خود و افزایش نوسانات قندخون شود. در واقع اثرات مؤلفه های منفی شفقت به خود ممکن است در کوتاه مدت

اعلام می‌داریم. این پژوهش در کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تبریز با کد (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.316) تصویب شده است.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارضی منافی گزارش نمی‌کنند.

مشارکت نویسندگان

طراحی ایده: معصومه آزموده، مریم عبادی؛ روش کار: معصومه آزموده؛ جمع‌آوری داده‌ها: مریم عبادی؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: معصومه آزموده، مریم عبادی؛ نظارت: معصومه آزموده، علی اقبالی، غلامرضا چلییانلو؛ مدیریت پروژه: معصومه آزموده، علی اقبالی، غلامرضا چلییانلو، مریم عبادی؛ نگارش پیش‌نویس اصلی: مریم عبادی؛ نگارش - بررسی و ویرایش: مریم عبادی، معصومه آزموده، علی اقبالی، غلامرضا چلییانلو

حمایت مالی

پژوهش حاضر هیچ گونه حمایت مالی از هیچ سازمانی دریافت نکرده است.

دسترسی داده‌ها

امکان دسترسی به داده‌های این پژوهش، از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول فراهم است.

تحصیلات و وضعیت اقتصادی بود. با این حال، این مسئله می‌تواند زمینه‌ساز پژوهش‌های آینده برای بررسی تأثیر این عوامل در کنار شفقت به خود و خودکارآمدی باشد. این تحقیق بر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بازه سنی ۲۱ تا ۷۵ سال انجام شد. با توجه به شواهد جدید مبنی بر افزایش ابتلا به دیابت در سنین پایین‌تر، در معیار ورود، بازه سنی پایین‌تر نیز در نظر گرفته شد. با این حال، درصد کمی از نمونه‌ها (کمتر از ۱۰ درصد) در دامنه سنی زیر ۳۰ سال قرار داشتند؛ بنابراین، در تعمیم یافته‌ها به سایر بیماران باید احتیاط می‌شد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های ترکیبی مانند مصاحبه‌های بالینی ساختاریافته و مشاهده رفتاری استفاده شود. همچنین، طراحی و اجرای برنامه‌های مداخلاتی مشخص و هدفمند، مانند کارگاه‌های آموزش شفقت به خود با تأکید بر کاهش مؤلفه‌های منفی مانند خودقضاوتی، انزوای طلبی و همانندسازی افراطی، می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی بیماران کمک کند. علاوه بر این، بهره‌گیری از رویکردهای درمانی شناختی-رفتاری (CBT: Cognitive Behavioral Therapy) با تمرکز بر تقویت خودکارآمدی و پذیرش مهربانانه خود و برگزاری کارگاه‌های توانمندسازی روان‌شناختی با محوریت آموزش مهارت‌هایی مانند ذهن آگاهی و شفقت به خود می‌تواند انگیزه بیماران برای رعایت درمان را افزایش دهد و کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشد.

قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی می‌باشد. بدین وسیله، مراتب سپاس و قدردانی خود را از کلیه مسئولین و اساتید راهنما، کادر درمان بیمارستان امام سجاده (ع) تبریز و همچنین بیماران دیابتی شرکت‌کننده در پژوهش و خانواده‌های ایشان که در اجرای این پژوهش یاری رساندند،

References

- Divers J. Trends in incidence of type 1 and type 2 diabetes among youths—selected counties and Indian reservations, United States, 2002–2015. *MMWR*. 2020;69(6):161-65.
- Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Lenmark Å, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clin Chem*. 2023;69(8):808-68.
- Klein HE. ADA updates standards of care, adding teplizumab for delay of T1D, emphasizing Hepatic disease management. *Patient Care*. 2023.
- Hellebo A, Kengne AP, Ademi Z, Alaba O. The burden of type 2 diabetes on the productivity and economy in sub-Saharan Africa: a life table modelling analysis from a South African perspective. *Pharmacoeconomics*. 2024;42(4):463-73.
- Care D. Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes care*. 2023;46(supple 1):1-267.
- Nada AA, Metwally AM, Asaad AM, Celik I, Ibrahim RS, Eldin SMS. Synergistic effect of potential Alpha-Amylase inhibitors from Egyptian propolis with acarbose using in Silico and in vitro combination analysis. *BMC Complement Med Ther*. 2024;24(1):65.
- Roberts-Martínez I, Rodríguez-Fernández P, González-Santos J, Aguirre-Juaristi N, Alonso-Santander N, Mielgo-Ayuso J, et al. Exploring the quality of life related to health and vision in a group of patients with diabetic retinopathy. *Healthcare*. 2022;10(1):142.
- Molsted S, Jensen TM, Larsen JS, Olesen LB, Eriksen SBM, Rehling T, et al. Changes of physical function and quality of life in patients with type 2 diabetes after exercise training in a municipality or a hospital setting. *J Diabetes Res*. 2022;2022(1):5751891.
- Aschalew AY, Yitayal M, Minyihun A. Health-related quality of life and associated factors among patients with diabetes mellitus at the University of Gondar referral hospital. *Health Qual life outcomes*. 2020;18:1-8.
- Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol*. 2023;74(1):193-218.
- Ferrari M, Dal Cin M, Steele M. Self-compassion is associated with optimum self-care behaviour, medical outcomes and psychological well-being in a cross-sectional sample of adults with diabetes. *Diabet Med*. 2017;34(11):1546-53.
- Wang J, Hu Y, Wei L, Liu A, Yao J, Schroevers MJ, et al. Trajectories of self-compassion and psychological symptoms in newly diagnosed cancer patients. *Mindfulness*. 2022;13(2):484-99.
- Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1997;84(2):191-215.
- Medina LAC, Silva RA, De Sousa Lima MM, Barros LM, Lopes ROP, Melo GAA, et al. Correlation between functional health literacy and self-efficacy in people with type 2 diabetes Mellitus: cross-sectional study. *Clin Nurs Res*. 2022;31(1):20-8.
- Akoit EE, Efendi F, Dewi YS, Tonapa SI. Relationship between self-efficacy with self-management and quality of life among type 2 diabetes mellitus: a systematic review. *Gac Méd Caracas*. 2023;131(4).
- Zhou Y, Chen Y, Tang Y, Zhang S, Zhuang X, Ni Q. Rising tide: the growing global burden and inequalities of early-onset type 2 diabetes among youths aged 15–34 years (1990–2021). *Diabetol Metab Syndr*. 2025;17(1):103.
- Loehlin JC. Latent variable models: an introduction to factor, path, and structural equation analysis. *Psychol Press*. 2004:16-84.
- Bat-Erdene E, Hiramoto T, Tumurbaatar E, Tumur-Ochir G, Jamiyandorj O, Yamamoto E, et al. Quality of life in the general population of Mongolia: normative data on WHOQOL-BREF. *Plos One*. 2023;18(9):0291427.
- Sheykh Mohammadi F, Rezaee A, Barzegar M, Bagholi H. The effectiveness of group counseling in the form of compassion-focused therapy on social relationships and emotional pain in women with Breast Cancer. *RRJ*. 2023;12(4):139-48. [Persian]
- Wang J, Hu Y, Wei L, Liu A, Yao J, Schroevers MJ, et al. Trajectories of self-compassion and psychological symptoms in newly diagnosed cancer patients. *Mindfulness*. 2022;13(2):484-99.
- Shahbazi M, Rajabi GH, Maghami E, Jelodari S. A confirmatory factor analysis of the Persian version of the self-compassion rating scale-revised. *Psychol Models Methods*. 2015;6(19):31-46. [Persian]
- Fappa E, Efthymiou V, Landis G, Rentoumis A, Doupis J. Validation of the Greek version of the diabetes management self-efficacy scale (GR-DMSES). *Adv Ther*. 2016;33(1):82-95.
- Ghorbani Nohouji M, Kooshki S, Kazemi A, Khajevand Khoshli A. Evaluation of health-related quality of life in patients with Type 2 diabetes

- based on health-related literacy and self-efficacy: mediating role of self-care activity. *J Health Care*. 2020;22(3):257-66. [persian]
24. Friis AM, Consedine NS, Johnson MH. Does kindness matter? diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. *Diabetes Spectr*. 2015;28(4):252-7.
25. Pouresmaeel NM, Farshbaf MS, Khademi A, Meshgi S. The relationship of treatment adherence with illness perception, self-compassion and perceived social support: the mediatory role of life expectancy among patients with cardiovascular diseases. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2022;9(2):92-105. [Persian]
26. Germer C, Neff K. *Teaching the mindful self-compassion program: a guide for professionals*: Guilford Pub. 2019.
27. Rutter H, Campoverde C, Hoang T, Goldberg SF, Berenson KR. Self-compassion and women's experience of social media content portraying body positivity and appearance ideals. *Psychol Pop Media*. 2024;13(1):12.
28. Parker ED, Lin J, Mahoney T, Ume N, Yang G, Gabbay RA, et al. Economic costs of diabetes in the US in 2022. *Diabetes care*. 2024;47(1):26-43.
29. Akbari N, Pashmdarfard M, Manuchehri M, Amini M, Mirzakhani Araghi N. Predicting adherence to treatment in the elderly with type 2 diabetes based on interpersonal conflicts and self-compassion. *Sci J Rehabil Med*. 2024;13(3):664-75. [Persian]
30. Kirby JN. Compassion as a transdiagnostic target to reduce mental health symptoms and promote well-being. *Nat Rev Psychol*. 2025:1-15.
31. Kelly AC, Zuroff DC, Foa CL, Gilbert P. Who benefits from training in self-compassionate self-talk? a randomized controlled trial in a clinical sample. *J Clin Psychol*. 2020;76(3):429-45.
32. Gunn S, Henson J, Robertson N, Maltby J, Brady E M, et al. Self-compassion, sleep quality and psychological well-being in type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2022;10(5):105.