

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 چلیپانلو^۳

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 به‌صورت 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 ($RMSEA=0/06$ ، $NLI=0/96$ ، $CFI=0/97$).

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

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@iau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۱۴

◀ **استناد:** عبادی، مریم؛ آزموده، معصومه؛ اقبالی، علی؛ چلیپانلو، 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

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 این‌رو، مدیریت صحیح این بیماری از طریق پایداری 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. براساس دیدگاه نف (۲۰۲۳)، شفقت به خود، فرآیندی روانی است که شامل پذیرش درد و نارسایی، پرهیز از خودسرزنشی، تلاش برای

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 ذهن‌آگاهی) 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؛ به‌طوری که افراد این ظرفیت را از طریق تجربیات مختلف در طول زندگی و کسب مهارت‌های جدید گسترش می‌دهند [۱۴]. همچنین، طبق مطالعه‌ی Akoit و همکاران (۲۰۲۳) در اندونزی با عنوان «رابطه خودکارآمدی با خودمدیریتی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو»، مشخص شد

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

با وجود اهمیت این متغیرها، بیشتر مطالعات پیشین به ابعاد کلی شفقت به خود پرداخته اند و کمتر به تمایز میان مؤلفه های مثبت و منفی آن توجه کرده اند. همچنین، نقش میانجی گری خودکارآمدی در رابطه بین شفقت به خود و کیفیت زندگی در بیماران دیابت نوع دو کمتر بررسی شده است. از این رو، بررسی دقیق تر این متغیرها می تواند به طراحی مداخلات مؤثرتر روان شناختی در جامعه بیماران دیابتی منجر شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی خودکارآمدی در رابطه بین مؤلفه های 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) مؤلفه های مثبت شفقت به خود با کیفیت زندگی رابطه مثبت دارند. (۲) خودکارآمدی نقش میانجی در این رابطه ایفا می کند. (۳) مؤلفه های منفی شفقت به خود کیفیت زندگی را کاهش می دهند.

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. نمونه گیری به روش هدفمند انجام شد. ملاک های 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 پرسش نامه ها و وجود عوارض شدید و پیشرفته دیابت (مانند زخم پای دیابتی یا نارسایی مزمن کلیوی) بود؛ مواردی که می توانستند به طور 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 مراجعه کنندگان واجد شرایط و با در نظر گرفتن ساختار مدل، پس از حذف داده های مخدوش، از بین ۲۷۰ نمونه اولیه، در نهایت ۲۵۰ نفر (۱۴۷ زن و ۱۰۳ مرد) به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. بر اساس نظر Loehlin (۲۰۰۴) درباره تحلیل مدل های معادلات ساختاری، برای مدل هایی با دو تا چهار سازه مکنون، حجم نمونه حداقل ۱۰۰ نفر و ترجیحاً ۲۰۰ نفر توصیه می شود؛ بنابراین، حجم نمونه پژوهش حاضر از کفایت لازم برخوردار بود [۱۷]. بیماران به دلایل مختلفی از جمله پیگیری روند بیماری، کنترل منظم قندخون، دریافت درمان های دوره ای مراجعه کرده بودند.

پیش از شرکت در پژوهش، هدف مطالعه به طور کامل برای شرکت کنندگان توضیح داده شد. سپس رضایت آگاهانه کتبی از آن ها 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 جمعیت شناختی از جمله سن، میزان تحصیلات، طول مدت بیماری، جنسیت و وضعیت تأهل جمع آوری شد و پرسش نامه ها به صورت خود گزارش دهی، حضوری و تحت نظارت پژوهشگر تکمیل شدند. در این پژوهش، داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۴ تجزیه و تحلیل شدند. به منظور بررسی روابط بین متغیرها از آزمون همبستگی پیرسون و برای آزمون مدل مفهومی از روش مدل سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. برای ارزیابی برازش مدل نیز شاخص های CFI،

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 و ۲۵ 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

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 انزوای طلبی (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 (DMSSES)

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 خرده مقیاس 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 ۲۰۰ بود. بر اساس نمره به‌دست‌آمده، افراد در سه گروه

دسته بندی 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 پرسش نامه با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی کردند و پایایی آن ۰/۹۵ گزارش گردید و روایی پیش بین ۸۱ درصد گزارش شد که نشان دهنده پایایی مطلوب پرسش نامه است [۲۳]. اعتبار این پرسش نامه 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 پرسش نامه ها به صورت محرمانه ماند.

یافته ها

در پژوهش حاضر، ۲۵۰ مشارکت کننده (۱۴۷ زن و ۱۰۳ مرد) با میانگین و انحراف استاندارد سنی $47/78 \pm 11/78$ ، حضور داشتند؛ لذا بیشترین فراوانی مربوط به زنان است. اطلاعات توزیع فراوانی در جدول ۱ گزارش شده است.

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

همان طور که در جدول ۲ دیده می شود، در بین متغیرهای مورد مطالعه، سلامت اجتماعی دارای کم ترین میانگین و تغذیه دارای بیشترین میانگین است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، مقادیر ضرایب همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی، ابعاد مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی، در سطوح $P < 0/05$ و $P < 0/01$

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

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، مقادیر ضرایب همبستگی بین متغیرهای خودکارآمدی، ابعاد مثبت و منفی شفقت به خود با کیفیت زندگی، در سطوح $P < 0/05$ و $P < 0/01$ برآورد شده و اکثر آنها معنادار است. برای پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از میزان کجی و کشیدگی

جدول ۱. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت شناختی 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

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

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 شفتت به خود به خود کارآمدی ($\beta=۰/۳۹$, $P\leq ۰/۰۰۱$)، خودکارآمدی به کیفیت زندگی ($\beta=۰/۶۲$, $P\leq ۰/۰۰۱$)، ابعاد مثبت شفتت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=۰/۱۷$, $P\leq ۰/۰۰۱$) و ابعاد منفی شفتت به خود به کیفیت زندگی ($\beta=۰-/۱۹$, $P\leq ۰/۰۰۱$)

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
												۱	۰/۸۴**
											۱	۰/۵۹**	۰/۵۳**
										۱	۰/۵۵**	۰/۷۳**	۰/۷۸**
									۱	۰/۲۸**	۰/۲۷**	۰/۲۷**	۰/۲۴**
								۱	۰/۵۵**	۰/۲۳**	۰/۱۶**	۰/۱۰	۰/۰۹
							۱	۰/۴۲**	۰/۵۱**	۰/۳۶**	۰/۳۱**	۰/۳۴**	۰/۴۱**
						۱	-۰/۰۴	-۰/۳۰**	-۰/۱۰	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۲۴**	۰/۲۱**
					۱	۰/۵۱**	۰/۲۲**	-۰/۱۳**	۰/۱۲**	۰/۲۰**	۰/۱۴**	۰/۳۲**	۰/۳۹**
				۱	۰/۵۵**	۰/۶۷**	۰/۰۱	-۰/۲۴**	۰/۰۶	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۲۰**	۰/۲۰**
			۱	۰/۲۰**	۰/۳۶**	۰/۲۱**	۰/۲۶**	۰/۰۴	۰/۲۱**	۰/۴۲**	۰/۲۴**	۰/۴۵**	۰/۴۸**
		۱	۰/۵۷**	۰/۰۳	۰/۱۸**	۰/۰۹	۰/۳۱**	۰/۱۰	۰/۳۲**	۰/۴۱**	۰/۳۶**	۰/۴۹**	۰/۵۱**
	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**
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 آن ها در الگوی نهایی

ضریب غیر استاندارد	ضریب استاندارد	خطای استاندارد	C.R	sig	اثر کل
۱/۱۸	۰/۳۹	۰/۲۶	۴/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۳۹
۰/۵۰	۰/۶۲	۰/۰۶	۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲
۰/۴۲	۰/۱۷	۰/۱۷	۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۱
۰/۳۷	۰/۱۹	۰/۱۱	۲/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۱۹
۱	۰/۷۹				-
۰/۸۷	۰/۶۸	۰/۱۲	۷/۷۷	۰/۰۰۱	-
۰/۸۸	۰/۶۵	۰/۱۰	۸/۶۵	۰/۰۰۱	-
۱	۰/۸۰				-
۰/۹۷	۰/۸۳	۰/۰۹	۱۰/۷۹	۰/۰۰۱	-
۰/۷۴	۰/۶۶	۰/۰۷	۹/۶۰	۰/۰۰۱	-
۱	۰/۹۳				-
۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۰۴	۲۲/۸۲	۰/۰۰۱	-
۰/۲۸	۰/۶۰	۰/۰۳	۱۱/۰۳	۰/۰۰۱	-
۱/۱۰	۰/۸۲	۰/۰۶	۱۹/۲۱	۰/۰۰۱	-
۱	۰/۷۳				-
۰/۳۹	۰/۶۷	۰/۰۴	۹/۰۰	۰/۰۰۱	-
۰/۵۱	۰/۷۱	۰/۰۵	۹/۷۷	۰/۰۰۱	-
۰/۲۰	۰/۳۷	۰/۰۴	۴/۹۶	۰/۰۰۱	-

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.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر ارائه یک مدل از ابعاد مثبت و منفی

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

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

شفقت به خود با واسطه‌گری خودکارآمدی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بود. بر این اساس سه فرضیه مطرح 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. 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 ذهن‌آگاهی در بیماران بیشتر باشد، کیفیت زندگی آن‌ها 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 مقابله‌ای مؤثر عمل می‌کند؛ ابعاد مثبت شفقت به خود می‌تواند به افراد کمک کند تا به صورت مؤثرتری سلامت خود را حفظ کنند. چون با این رویکرد آن‌ها یاد می‌گیرند 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 محدودیت‌های فیزیکی، رژیم‌های دارویی، دغدغه‌های مالی و هیجانات منفی ناشی از بیماری مزمن مخصوصاً دیابت نوع دو مواجه است، برخورد مهربانانه با خود می‌تواند 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 می‌کند، شفقت به خود چارچوبی برای پرداختن به این احساسات با مهربانی و درک خود ارائه می‌دهد، بنابراین تأثیر منفی آن‌ها را بر وضعیت ذهنی و عاطفی فرد کاهش می‌دهد. درواقع، شفقت به خود با اتخاذ موضعی مهربانانه، پذیرنده و بدون قضاوت نسبت به خود در مواقع شکست یا دشواری مشخص می‌شود. در واقع افرادی که از سطح بالایی از شفقت به خود برخوردارند، معمولاً می‌توانند احساسات منفی همچون ناامیدی، اضطراب یا

سرزنش خود را بهتر مدیریت کرده و با دیدگاهی متعادل‌تر به مشکلاتشان نگاه کنند [۲۹]. با ایجاد چنین نگرشی، فرد می‌تواند شناخت عمیق‌تری 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 آسیب‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیکی شناخت و احساسات مبتنی بر تهدید عمل می‌کند و در عوض پاسخ‌های آرامش‌بخش به پریشانی ایجاد می‌کند که فضایی را برای انگیزه‌های دلسوزانه و متمرکز بر درمان ایجاد می‌کند [۳۰].

در مورد فرضیه دوم، نتایج نشان داد که خودکارآمدی به عنوان یک متغیر میانجی، نقش مهمی در انتقال اثر مؤلفه‌های مثبت شفقت به خود بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ایفا می‌کند. این نتیجه با یافته‌های Medina و همکاران و Akoit و همکاران هم‌راستا است که بیان کرده‌اند خودکارآمدی می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران را بهبود دهد [۱۴، ۱۵]. از منظر نظری، این یافته در چارچوب نظریه خودکارآمدی بندورا (۱۹۷۷) قابل تبیین است. بندورا معتقد است که خودکارآمدی، یعنی باور فرد به توانایی خود در انجام موفق و ظایف، نقش کلیدی در تنظیم رفتار و انگیزش دارد. در این راستا می‌توان گفت شفقت به خود با ایجاد دیدگاهی مثبت‌تر نسبت به خود، می‌تواند احساس توانمندی را در مدیریت بیماری تقویت کرده و در نهایت، کیفیت زندگی را ارتقا دهد. به بیان دیگر، شفقت به خود مسیر روانی سازنده‌ای را فراهم می‌کند که از طریق آن بیماران احساس توانایی بیشتری در مدیریت بیماری خود خواهند داشت.

در واقع، بیمارانی که نسبت به خود دید مثبت‌تری دارند، احتمالاً باور بیشتری به توانایی خود برای مدیریت دیابت و موقعیت‌های استرس‌زا دارند. افرادی که احساس خودکارآمدی 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 موفقیت‌های گذشته خود انگیزه گرفته و با افزایش اعتماد به نفس،

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

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

براساس 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 انزوایابی 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

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 چلیبانلو؛ مدیریت پروژه: معصومه آزموده، علی اقبالی، غلامرضا چلیبانلو، مریم عبادی؛ نگارش پیش‌نویس اصلی: مریم عبادی؛ نگارش-بررسی و ویرایش: مریم عبادی، معصومه آزموده، علی اقبالی، غلامرضا چلیبانلو

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 ذهن‌آگاهی 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

1. 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.
2. Sacks DB, Arnold M, Bakris GL, Bruns DE, Horvath AR, Lernmark Å, et al. Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Clin Chem*. 2023;69(8):808-68.
3. Klein HE. ADA updates standards of care, adding teplizumab for delay of T1D, emphasizing Hepatic disease management. *Patient Care*. 2023.
4. 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.
5. Care D. Standards of care in diabetes—2023. *Diabetes care*. 2023;46(supple 1):1-267.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Neff KD. Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annu Rev Psychol*. 2023;74(1):193-218.
11. 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.
12. 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.
13. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*. 1997;84(2):191-215.
14. 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.
15. 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).
16. 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.
17. Loehlin JC. Latent variable models: an introduction to factor, path, and structural equation analysis. *Psychol Press*. 2004:16-84.
18. 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.
19. 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]
20. 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.
21. 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]
22. 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.
23. 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.