

مقاله اصلی

پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱۰/۰۶ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۲/۲۰

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، انجام شد.

روش کار: پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تنکابن در سال ۱۴۰۴ بود. به روش نمونه گیری در دسترس ۱۶۰ نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. ابزار استفاده شده پرپژوش عبارت بودند از: پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه (۱۹۸۹)، پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ فرم کوتاه (۲۰۰۶) و پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶). داده‌های به دست آمده از پژوهش به وسیله تحلیل رگرسیون چند متغیره و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج حاصل نشان داد بین شفقت به خود و ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ولی بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه معناداری مشاهده نشد. برای تعیین میزان پیش‌بینی هر یک از متغیرها از رگرسیون گام به گام استفاده شد که ابتدا شفقت به خود به عنوان قویترین متغیر پیش بین وارد مدل شده و توانسته است ۲۳/۷ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کند؛ در گام دوم ادراک بیماری به مدل اضافه شده است و این دو متغیر شفقت به خود و ادراک بیماری توانسته است ۳۵/۹ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کنند وارد شدن ادراک بیماری به مدل توانسته است ۱۲/۲ درصد به تبیین واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی کمک کند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته ها می توان در راستای کمک به ارتقاء روند درمان بیماران دیابتی به متغیرهای روانشناختی و فردی نیز توجه نمود و با تقویت شفقت به خود و افزایش ادراک از بیماری روند درمان را تسهیل نمود.

کلمات کلیدی: کیفیت زندگی، شفقت به خود، ذهن آگاهی، ادراک بیماری، دیابت نوع دو

رقیه محمودسلطانی^{*۱}

جعفر کاردان^۲

رقیه محمدی آچاچلوئی^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

^۲گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

^۳گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: 2219847926@iau.ir

مقدمه

دیابت نوعی بیماری مزمن متابولیکی شایع است که با افزایش گلوکز خون، اختلال در سوخت و ساز مواد مغذی و کاهش هورمون انسولین همراه است (خدارحمی و حجه الاسلامی، ۱۴۰۴) که سالیانه افراد زیادی به علت مسائل ژنتیکی و تغذیه نامناسب به آن مبتلا می‌شوند (اوگورتسوا^۱ و همکاران، ۲۰۲۲؛ کرمی و همکاران، ۱۳۹۸). بیماری به دو نوع وابسته به انسولین (نوع یک) و غیروابسته به انسولین (نوع دو) تقسیم می‌شود. دیابت نوع یک بیماری خود ایمنی است که در آن سلول‌های سازنده انسولین در پانکراس از جانب سلول‌های ایمنی بدن مورد حمله قرار می‌گیرند و به واسطه ترشح پادتن‌های خودی از بین می‌روند؛ در نتیجه بدن توانایی ساخت هورمون انسولین را از دست می‌دهد. دیابت نوع دو به دلیل کاهش میزان تولید هورمون انسولین در خون یا اختلال در عملکرد این هورمون بر روی دیواره‌های سلول‌های چربی، عضلانی و کبدی و مقاومت به انسولین ایجاد می‌گردد و منجر به افزایش سطح گلوکز خون و اختلال در سوخت و ساز سلول‌ها می‌شود (جیانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۴؛ قاسمی و ترکان، ۱۴۰۳) و ناشی از عوامل ژنتیکی، رفتاری و محیطی است که به نگرانی جدی برای سلامت عمومی تبدیل شده است (سینکلیر و عبدالحفیظ^۳، ۲۰۲۳).

میزان شیوع دیابت نوع دو به مراتب بیشتر از نوع یک است و حدود ۹۰-۹۵ درصد انواع دیابت را دیابت نوع دو می‌باشد و در دو دهه اخیر به نحو چشمگیری افزایش پیدا کرده است. شیوه این بیماری در جهان حدود ۴/۶ می‌باشد. در حال حاضر بیش از سه میلیون نفر مبتلا به دیابت وجود دارد که بر اساس برآورد سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون خواهد رسید (کرمانی و میری، ۱۴۰۳). بر اساس برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، شیوع این بیماری در دهه‌های اخیر

روندی فزاینده داشته و از آن به عنوان اپیدمی خاموش یاد می‌کنند (عبادی و همکاران، ۱۴۰۴). افراد مبتلا به دیابت با خطر بروز عوارض جدی و تهدیدکننده‌ای همچون آسیب‌های چشمی و نابینایی، نوروپاتی محیطی، سکته قلبی، اختلالات عروقی محیطی، نارسایی پیشرفته کلیه، مشکلات مربوط به پای دیابتی و حتی قطع عضو مواجه هستند. بیشتر این عوارض در نتیجه کنترل ناکافی قند خون رخ می‌دهند و می‌توانند به افزایش ناتوانی و مرگ‌ومیر در بیماران منجر شوند (ژانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). این بیماری در همه ابعاد زندگی سلامت و عملکرد فرد را مختل می‌کند و عملکرد فیزیکی، وضعیت روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی فرد را تحت تاثیر منفی قرار می‌دهد (اوگورتسوا و همکاران، ۲۰۲۲) و در مجموع کیفیت زندگی فرد دیابتی را کاهش می‌دهد (بیلاری^۵ و همکاران، ۲۰۲۱؛ عبادی و همکاران، ۱۴۰۴).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مجموعه برداشت‌های فرد از وضعیت زندگی خود، با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی جامعه خود و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف، انتظارات و اولیت‌های موردنظر او تعریف می‌کند (مارکیویز^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). بیماران دیابتی در مقایسه با افراد سالم، کیفیت زندگی پایین‌تری دارند با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بهبود کیفیت زندگی، یکی از اهداف درمانی مهم در مدیریت دیابت نوع دو محسوب می‌شود و کنترل مؤثر قند خون می‌تواند به ارتقای آن کمک کند (مختاری و منتظری، ۲۰۲۰؛ مالیک^۷ و همکاران، ۲۰۲۲). بیماران مبتلا به دیابت به دلیل محدودیت‌های درمانی، نگرانی از بروز عوارض، الزام به پیروی مداوم از رژیم‌های غذایی، اغلب دچار کاهش معنیدار در کیفیت زندگی می‌شوند. بنابراین، شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در

4 Zhang,

5 Bellar

6 Marques

7 Malik

1 Ogurtsova

2 Jiang

3 Sinclair, Abdelhafiz

این بیماران، می تواند به طراحی مداخلات مؤثر در راستای ارتقاء سلامت آنها کمک کند.

متغیرهای روان شناختی مختلفی ممکن است کیفیت زندگی را تحت تاثیر قرار دهد یکی از این متغیرها شفقت به خود است. نخستین بار توسط نف^۱ (۲۰۱۱) معرفی شد و به معنای پذیرش و مهربانی نسبت به خویش، به ویژه در زمان شکست ها و ناکامی ها، پرهیز از خودانتقادی شدید، و درک این نکته است که رنج و خطا بخشی از تجربه مشترک انسانی به شمار می رود. افزون بر این، خودشفقت ورزی مستلزم نگاه غیرقضاوتی و متعادل به افکار و هیجانات منفی است (عبادی و همکاران، ۱۴۰۴). مطالعات نشان داده اند که شفقت به خود با کاهش آسیب های روان شناختی و فیزیولوژیکی، شناخت و احساسات مبتنی بر تهدید عمل می کند و در عوض پاسخهای آرامش بخش به پریشانی ایجاد می کند که فضایی را برای انگیزه های دلسوزانه و متمرکز بر درمان ایجاد می کند (کری، ۲۰۲۵). در پژوهش های عبادی و همکاران (۱۴۰۴) و فریس^۲ و همکاران (۲۰۲۰) نشان دادند که خودشفقتی می تواند در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تاثیر مثبت داشته باشد.

یکی دیگر از عوامل روان شناختی که می تواند در کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو موثر باشد، ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی یکی از روش های شناختی و فراشناختی است که با تاکید بر آرامش فکری، ذهنی، روانی و جسمی، آگاهی از افکار خودکار و نظم بخشیدن به افکار در خود مراقبتی درمانی می تواند موثر واقع شود (عزیزی و همکاران، ۲۰۱۷). ذهن آگاهی که تمرین توجه آگاهانه به لحظه حال بدون قضاوت است، به افراد کمک می کند تا با استرس های بیماری بهتر کنار بیایند و پاسخ های سازگارانه تری نسبت به چالش های زندگی و سلامتی خود نشان دهند (یانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهشها نشان داده است که ذهن آگاهی بر کنترل قند بیماران دیابتی تاثیر دارد (فیشر^۴ و همکاران، ۲۰۲۳) و سبب قطع یا کاهش

واکنش روانی فرد به محرک های استرس زا می گردد و همین امر سبب تنظیم اثر استرس بر فیزیولوژی بدن شده که در بهبود تنظیم خون بیماران دیابتی موثر است (جیانگ^۵ و همکاران، ۲۰۲۴) و کیفیت زندگی (ساسکامار و همکاران، ۲۰۱۷) را تحت تاثیر قرار می دهد.

همچنین ادراک افراد از بیماری می تواند بر کیفیت زندگی آنها تاثیر داشته باشد. زمانی بیماران از توصیه ها و آموزش های ارائه شده برای مدیریت بیماری خود پیروی می کنند که درک درستی از بیماری خویش داشته باشند (لونتال و همکاران، ۱۹۸۰). شناخت آگاهی و ادراک افراد از جمله ادراک خطر، تظاهرات ذهنی آن ها از بیماری را شکل داده و بر رفتار مرتبط با بیماری آن ها تاثیر می گذارد در حقیقت ادراک بیماری شامل باورها و ارزیابی شناختی است که بیمار از وضعیت پزشکی خود و پیامدهای احتمالی آن انجام می دهد (کوسایز^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). واکنش های هیجانی و رفتاری بیماران نسبت به بیماری، تحت تاثیر ادراک آن ها از ماهیت بیماری، علل آن، پیامدها، ماندگاری و میزان کنترل پذیری و درمان پذیری آن قرار دارد (وارگاس-هیوکوچی^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). ادراک بیماری می تواند بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر داشته باشد. مطالعات نیز نشان داده اند ادراک بیماری پیش بینی کننده کیفیت زندگی می باشد (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۸؛ زهرایی و همکاران، ۱۳۹۷؛ فاناکیدو^۸ و همکاران، ۲۰۱۸).

پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت به دلیل محدودیت در مصرف مواد غذایی، کنترل وزن، مصرف دارو، کنترل مداوم قند خون و عوارض جسمی، روانی و اجتماعی و تحمیل بار هزینه برای بیمار و خانواده، این ضرورت را ایجاد می کند که کیفیت زندگی این بیماران بیشتر مورد توجه و پژوهش قرار گیرد و عوامل موثر بر کیفیت زندگی این بیماران شناسایی و در مداخلات درمانی به این عوامل نیز توجه و مداخلات کارآمد تر طراحی نمود. در این راستا پژوهش حاضر

⁵Jiang

⁶ Cossais

⁷ Vargas-Huicochea

⁸ Fanakidou

¹ Neff

² Friis

³ Yang

⁴Fisher

۵ نمره گذاری می شود. نمره ی برش که بیانگر کیفیت زندگی مطلوب می باشد، نمره ۴۰ می باشد. ضریب آلفای سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی در پژوهشهای خارجی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۴، ۰/۵۵ و ۰/۷۴ می باشد (رفیعی، ۱۳۸۸).

پرسشنامه شفقت به خود نف (۲۰۰۳): این پرسشنامه ۲۶ ماده ای دارای اجزای سازنده است که اگرچه از لحاظ مفهومی با هم متفاوتند اما از لحاظ نظری به هم مرتبطند. تحلیل عاملی نشان دهنده جنبه های مثبت و منفی هر وجه شش خرده مقیاس است که شامل خرده مقیاس خودمهربانی^۱ در مقابل خرده مقیاس خودقضاوتی^۲، خرده مقیاس انسانیت مشترک^۳ در مقابل خرده مقیاس انزوا^۴، خرده مقیاس ذهن آگاهی^۵ در مقابل خرده مقیاس شناخت بیش از حد^۶ است. در مقابل خودمهربانی با جملات ۵، ۱۲، ۱۹، ۲۳ و ۲۶، خودقضاوتی با جملات ۱، ۸، ۱۱، ۱۶ و ۲۱؛ انسانیت خرده مقیاس با جملات ۳، ۷، ۱۰ و ۱۵؛ انزوا با جملات ۴، ۱۳، ۱۸ و ۲۵؛ ذهن آگاهی با جملات ۹، ۱۴، ۱۷ و ۲۲ و شناخت بیش از حد با جملات ۲، ۶، ۲۰ و ۲۴ ارزیابی می شود. ماده ها برای پی بردن به اینکه پاسخ دهندگان در شرایط دشوار نسبت به خودشان چگونه عمل می کنند، طراحی شده اند؛ به عنوان مثال، «هنگامی که شرایط واقعاً دشواری پیش می آید، به خودم سخت می گیرم». ماده های این پرسشنامه با استفاده از مقیاس لیکرت (از تقریباً هرگز = ۱ تا تقریباً همیشه = ۵) درجه بندی می شوند. این شیوه نمره گذاری برای جملات خرده مقیاس های خودقضاوتی، انزوا و شناخت بیش از حد به صورت معکوس است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۶، حداکثر نمره ۱۳۰ و نمره برش آن ۷۸ است. نمرات ۲۶ تا ۵۲ حد پایین را نشان می دهند، نمرات ۵۲ تا ۷۸ حد وسط را نشان می دهند و نمرات بیش از ۷۸ مشخص کننده حد بالای این مقیاس هستند. این پرسشنامه دارای نمره کل است و نمرات بیشتر

در پی پاسخگویی به این سوال است که آیا یفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری قابل پیش بینی است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر تنکابن. در سال ۱۴۰۴ بود. در تعیین حجم نمونه با توجه به مشخص نبودن حجم جامعه، براساس دیدگاه دلاور (۱۳۸۸)، در تحلیل رگرسیون چندگانه باید به ازای هر متغیر پیش بین حداقل ۳۰ تا ۵۰ نفر را در نظر گرفت، که بر این اساس در پژوهش حاضر به ازای هر متغیر پیش بین ۵۰ نفر در نظر گرفته شد و حداقل حجم نمونه ۱۵۰ نفر برآورد گردید و به منظور ارتقای دقت تحلیل ها و پیشگیری از اثرات ناشی از ریزش نمونه یا پاسخ دهی ناقص، حجم مطلوب برای اطمینان بیشتر و با احتمال ریزش داده ها، می توان حدود ۱۶۵ تا ۱۷۰ نفر در نظر گرفته شود که در پژوهش حاضر ۱۷۰ نفر در نظر گرفته شد و به روش در دسترس انتخاب شدند و بین آنها پرسشنامه ها توزیع شد و پس از جمع آوری، پرسشنامه های مخدوش حذف و ۱۶۰ پرسشنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی فرم کوتاه (۱۹۸۹): این پرسشنامه توسط سازمان بهداشت جهانی با همکاری ۱۵ مرکز بین المللی در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است. نسخه اصلی آن دارای ۱۰۰ سوال است ولی به دلیل سختی اجرا نسخه کوتاه آن ارایه گردید. این فرم کوتاه پرسشنامه ۲۶ سؤال دارد که دو سوال اول کیفیت زندگی و میزان سلامت کلی فرد را مورد ارزیابی قرار می دهند و ۲۴ سوال دیگر چهار بعد اصلی پرسشنامه رامی سنجد که این چهار بعد عبارتند از: سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط زندگی. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت پنج تایی از ۱ -

- 1 self-kindness
- 2 self- judgment
- 3 common humanity
- 4 isolation
- 5 mindfulness
- 6 over- identification

ایرانی (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۸ گویه است که سطح اندازه گیری آن فاصله ای و در قالب سوالات بسته پاسخ با مقیاس ۱۰ درجه ای لیکرت و یک سوال گسترده پاسخ طراحی شده است. نمره فرد در هر عبارت شماره ای است که انتخاب کرده است. هر خرده مقیاس به شکل یک سؤال است که به بهترین شکل از ماده های هر یک از خرده مقیاس های IPQ_R به صورت اختصار در آمده است. همه خرده مقیاس ها (به جز سؤال مربوط به علیت) در یک مقیاس درجه بندی از صفر تا ده پاسخ داده می شود. هر خرده مقیاس یک مؤلفه ادراک از بیماری را می سنجد. پنج خرده مقیاس واکنش شناختی به بیماری را مورد سنجش قرار می دهد که شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، درمان پذیری، شناخت علایم می باشد. دو مورد واکنش عاطفی را مورد سنجش قرار می دهد که شامل نگرانی در مورد بیماری و عواطف است. یک مورد قابلیت درک و فهم بیماری را مورد سنجش قرار می دهد. جهت گیری علی یک سؤال باز است که از بیمار خواسته می شود سه مورد از مهم ترین عواملی که باعث بیماری وی شده است را فهرست کند. نمره گذاری سوالات ۳، ۴ و ۷ به صورت معکوس است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری از نظر بیمار را به ترتیب مورد سؤال قرار می دهد. هر چه نمره فرد به ۸۰ نزدیکتر باشد میزان ادراک بیماری بیشتر است. برای تعیین پایایی، روشهای مختلفی وجود دارد. در این تحقیق برای مشخص نمودن پایایی پرسشنامه ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردیده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶). در

به منزله شفقت به خود بیشتر در فرد است. ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس خودشفقتی در پژوهش نف (۲۰۰۳b) ۰/۹۳ به دست آمد. می ی و لپیا^۱ (۲۰۱۹) ضریب همسانی درونی این پرسشنامه را عالی و برابر با ۰/۹۶ گزارش کردند. در پژوهش ابوالقاسمی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه ذهن آگاهی فرایبورگ فرم کوتاه (۲۰۰۶): این پرسشنامه در سال ۲۰۰۶ توسط والچ^۲ و همکاران ساخته شده است. شامل ۱۴ گویه است که پاسخ به سوالات، به صورت به ندرت، بعضی اوقات، اغلب اوقات و همیشه است. از آزمودنی خواسته می شود که بر روی یک مقیاس لیکرت ۴ درجه ای (به ندرت = ۱ تا همیشه = ۴) به سوالات پاسخ دهد. لازم به ذکر است عبارت شماره ۱۳، به صورت معکوس نمره گذاری می شود. حداقل نمره در این پرسشنامه ۱۴ و حداکثر ۵۶ است. نمره بیشتر نشانگر ذهن آگاهی بالاتر است. همچنین در پژوهشی که انجام دادند، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت بخش آن است. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) ضریب آلفا برای نمره کلی مقیاس ۰/۷۶ است. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های مهربانی با خود، قضاوت نسبت به خود، اشتراکات انسانی، انزوا، بهشیاری یا ذهن آگاهی و همانندسازی افراطی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۰ و ۰/۸۳ می باشند. روایی پرسشنامه نیز مطلوب گزارش گردیده است.

پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶):

پرسشنامه ادراک بیماری توسط بردبنت و همکاران (۲۰۰۶) طراحی و اعتباریابی شده است، این پرسشنامه شامل ۹ گویه می باشد، سؤال ها به ترتیب پی آمده ها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می دهد، این پرسشنامه توسط برقی

1 Meyer & Leppma .

2 Walach

به تعداد ۱۲۱ نفر شاغل بودند. در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر این که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری قابل پیش بینی است از رگرسیون چند گانه (گام به گام) استفاده شده است. ولی قبل از آن برای بررسی رابطه بین متغیرها از آزمون ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

پژوهش کلاتری و همکاران (۲۰۱۲) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سؤالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. یافته ها

در بخش جمعیت شناختی پژوهش میانگین سنی شرکت کنندگان $38/30 \pm 9/48$ و دامنه سنی بین ۲۵-۶۰ بود. ۵۹/۳۷ درصد شرکت کنندگان زن بوده (۹۵ نفر) و ۴۰/۶۳ درصد را مردان به تعداد ۵۵ نفر تشکیل دادند. ۱۰۲/۵ درصد سابقه خانوادگی داشتند و ۷۵/۶۳ درصد

جدول ۱. همبستگی های متقابل برای شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

متغیر	کیفیت زندگی	شفقت به خود	ذهن آگاهی	ادراک بیماری
کیفیت زندگی	-	۰/۴۸۷**	۰/۰۴۴	۰/۴۶۰**
شفقت به خود		-	۰/۰۰۹	۰/۲۵۶**
ذهن آگاهی			-	۰/۰۴۵
ادراک بیماری				-

** $p < 0/01$

بیماران مبتلا به دیابت از نظر آماری معنی دار است ($p < 0/05$). به عبارتی دیگر بین متغیرهای پیش بین و ملاک ارتباط معنی داری وجود دارد و از آنجائیکه میزان همبستگی بین متغیرهای پیش بین کمتر از ۰/۹۰ بدست آمده است شرط هم خط بودن نیز برقرار نیست و متغیرهای پیش بین می توانند به صورت مستقل در پیش بینی و تبیین واریانس متغیر ملاک مشارکت داشته باشند.

همانطور که در جدول فوق مشاهده می شود مقادیر همبستگی بین ذهن آگاهی با کیفیت زندگی ($r=0/044$)، ذهن آگاهی و شفقت به خود ($r=0/009$) و ذهن آگاهی و ادراک بیماری ($r=0/045$) بیماران مبتلا به دیابت از نظر آماری معنی دار نیست ($p > 0/05$). مقادیر همبستگی بین شفقت به خود با کیفیت زندگی ($r=-0/487$)، ادراک بیماری با کیفیت زندگی ($r=0/460$)، شفقت به خود و ادراک بیماری ($r=-0/256$)

جدول ۲. خلاصه تحلیل رگرسیون گام به گام متغیرهای شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری با کیفیت زندگی

متغیرهای پیش بین	R	R ²	ΔR^2	خطای استاندارد
شفقت به خود	۰/۴۸۷	۰/۲۳۷	۰/۲۳۷	۱۰/۹۳
ادراک بیماری	۰/۵۹۹	۰/۳۵۹	۰/۱۲۱	۱۰/۰۷

توانسته است ۳۵/۹ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کنند وارد شدن ادراک بیماری به مدل توانسته است ۱۲/۲ درصد به تبیین واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی کمک کند.

نتایج رگرسیون به روش گام به گام، جدول (۲) نشان می دهد که ابتدا شفقت به خود به عنوان قویترین متغیر پیش بین وارد مدل شده و توانسته است ۲۳/۷ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کند؛ در گام دوم ادراک بیماری به مدل اضافه شده است و این دو متغیر شفقت به خود و ادراک بیماری

جدول ۳. آزمون تجزیه و تحلیل واریانس برای معنی داری مدل گام به گام پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

گام	منابع تغییرات	مجموع مجذورات SS	درجه آزادی df	میانگین مجذورات MS	F	سطح معنی داری
۱	شفقت به خود	۵۹۲۴/۶۱۶	۱	۵۹۲۴/۶۱۶	۴۹/۴۴۶	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۱۸۹۳۱/۵۷۷	۱۵۸	۱۱۹/۸۲۰		
	جمع کل	۲۴۸۵۶/۱۹۴	۱۵۹			
۲	ادراک بیماری	۸۹۳۱/۷۷۰	۲	۴۴۶۵/۸۸۵	۴۴/۰۲۹	۰/۰۰۱
	باقی مانده	۱۵۹۲۴/۴۲۴	۱۵۷	۱۰۱/۴۲۹		
	جمع کل	۲۴۸۵۶/۱۹۴	۱۵۹			

ادراک بیماری قدرت پیش بینی متغیر ملاک کیفیت زندگی را دارند؛ بنابراین مجاز به تحلیل و گزارش نتایج رگرسیون می باشیم. جهت تعیین بهترین پیش بینی کننده کیفیت زندگی از بین متغیرهای پیش بینی کننده رگرسیون با روش گام به گام گزارش شده است.

همانطور که در جدول فوق دیده می شود در دو گام مقادیر F بدست آمده معنی دار است ($P < 0/01$)؛ بنابراین مدل در دو گام به صورت معنی دار جلو رفته و با اطمینان ۰/۹۹ نتیجه می گیریم که رابطه شفقت به خود و ادراک بیماری با کیفیت زندگی از نظر آماری معنی دار است و متغیرهای پیش بین شفقت به خود و

جدول ۴. خلاصه نتایج رگرسیون گام به گام برای پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس ذهن آگاهی، شفقت به خود و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مدل	ضریب غیر استاندارد (b)	خطای معیار	ضرایب استاندارد B	آزمون t	سطح معنی داری
۱	مقدار ثابت	۴/۳۱۶	-	۱۰/۷۳۷	۰/۰۰۱
	شفقت به خود	۰/۴۴۰	۰/۴۸۷	۷/۰۳۲	۰/۰۰۱
۲	مقدار ثابت	۷/۹۲۱	-	۱/۱۳۸	۰/۲۵۷
	شفقت به خود	۰/۳۵۶	۰/۳۹۵	۵/۹۹۴	۰/۰۰۱
	ادراک بیماری	۰/۹۲۰	۰/۳۶۰	۴/۴۴۵	۰/۰۰۱

در مدل دوم شفقت به خود با مقدار B استاندارد ۰/۳۹۵ و ادراک بیماری با مقدار B استاندارد ۰/۳۶۰ به طور مستقیم بر کیفیت زندگی اثر داشته و متغیر شفقت به خود ۰/۳۵۶ و ادراک بیماری ۰/۹۲۰ تغییرات کیفیت زندگی را پیش بینی می کند.

(ادراک بیماری) $+0/920$ (شفقت به خود) $+0/356$ $+9/016$ = کیفیت زندگی

(شفقت به خود) $+0/440$ $+46/336$ = کیفیت زندگی
با توجه به نتایج جدول ۳ در مدل اول شفقت به خود با مقدار B استاندارد ۰/۴۸۷ به طور مستقیم بر کیفیت زندگی اثر داشته و متغیر شفقت به خود ۰/۳۵۶ تغییرات کیفیت زندگی را پیش بینی می کند.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی کیفیت زندگی بر اساس شفقت به خود، ذهن آگاهی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، انجام شد. نتایج حاصل نشان داد بین شفقت به خود و ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار وجود دارد ولی بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه معناداری مشاهده نشد. برای تعیین میزان پیش بینی هر یک از متغیرها از رگرسیون گام به گام استفاده شد که ابتدا شفقت به خود به عنوان قویترین متغیر پیش بین وارد مدل شده و توانسته است ۲۳/۷ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کند؛ در گام دوم ادراک بیماری به مدل اضافه شده است و این دو متغیر شفقت به خود و ادراک بیماری توانسته است ۳۵/۹ درصد واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی را تبیین کنند وارد شدن ادراک بیماری به مدل توانسته است ۱۲/۲ درصد به تبیین واریانس متغیر ملاک کیفیت زندگی کمک کند.

در تبیین نتایج مربوط به رابطه مثبت و معنادار بین شفقت به خود و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که با نتایج پژوهشهای عبادی و همکاران (۱۴۰۴)، کربی (۲۰۲۵)، فریس و همکاران (۲۰۲۰) و نری هارویت و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود می توان بیان کرد که فقط به خود به عنوان یک منبع درونی حمایت گر، نقشی اساسی در سازگاری روان شناختی با بیماری های مزمن ایفا می کند. بر اساس چارچوب نظری نف (۲۰۰۳)، شفقت به خود شامل سه مؤلفه خودمهربانی در برابر خودسرزنی، انسانیت مشترک در برابر احساس انزوا، و ذهن آگاهی در برابر همدات پنداری افراطی با افکار و هیجانات منفی است (راتر^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). وجود این مؤلفه ها در بیماران دیابتی به کاهش خود انتقادی، احساس شکست و گناه در مواجهه با نوسانات قند خون، عدم پایداری کامل به رژیم غذایی یا تجربه عوارض بیماری کمک کرده و زمینه پذیرش واقع بینانه محدودیت ها و ناکامی های مرتبط با بیماری را فراهم

می سازد (نری هارویت و همکاران، ۲۰۱۸). در چنین شرایطی بیماران به جای تمرکز افراطی بر نقص ها و ناتوانی ها، بیماری را بخشی از تجربه انسانی مشترک دانسته و خود را سزاوار مراقبت، توجه و برخورد مهربانانه می دانند که این امر می تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده و در نهایت بهبود کیفیت زندگی منجر شود (عبادی و همکاران، ۱۴۰۴).

از سوی دیگر، بیماران دارای شفقت به خود بالا معمولاً در مواجهه با علائم و عوارض بیماری، رویکردی پذیرنده تر و واقع گرایانه تر اتخاذ می کنند و به جای اجتناب یا انکار، درگیر رفتارهای سازگارانه تر مانند پیگیری منظم درمان، توجه به مراقبت از خود، تنظیم بهتر سبک زندگی و جستجوی حمایت اجتماعی می شوند. این الگوی مقابله ای سازگارانه با یافته های پژوهش های پیشین همخوان است که نشان داده اند شفقت به خود با شاخص های مثبت سازگاری در بیماری های مزمن از جمله کاهش رنج هیجانی، افزایش تاب آوری و احساس کنترل بر بیماری ارتباط دارد (خدارحمی و حجه الاسلامی، ۱۴۰۴؛ فریس و همکاران، ۲۰۲۰). افزون بر این، شفقت به خود می تواند به تعدیل ادراک منفی بیمار از بیماری کمک کند؛ به این معنا که افراد شفقت ورز، بیماری را کمتر به عنوان یک ناکامی شخصی یا نشانه ضعف تلقی کرده و آن را به صورت یک چالش قابل مدیریت می بینند، نه یک فاجعه غیرقابل کنترل. چنین تغییری در ادراک، به ویژه در دیابت نوع دو که ماهیتی طولانی مدت و نیازمند خودمراقبتی مداوم دارد، می تواند به کاهش بار روان شناختی بیماری و ارتقای ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی کیفیت زندگی منجر شود.

نتیجه دیگر حاصل از پژوهش نشان دادند که بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه معناداری مشاهده نشده است. اگرچه بسیاری از پژوهش های پیشین گزارش کرده اند که ذهن آگاهی می تواند به بهبود جنبه های هیجانی و روان شناختی زندگی بیماران مزمن کمک کند (جیانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ فیشر و همکاران، ۲۰۲۳؛ کرمی و همکاران، ۱۳۹۸)، اما به نظر می رسد در جمعیت مطالعاتی این پژوهش، عوامل متعدد و قدرتمندتری بر کیفیت زندگی

¹ Rutter

نداشته باشند. بنابراین مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روانی، ادراکی و ابزارشناختی می‌تواند به‌طور هم‌زمان در تضعیف یا پوشاندن رابطه ذهن آگاهی و کیفیت زندگی نقش داشته باشد و یافته‌های پژوهش حاضر را تبیین کند. این نتیجه نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو سازه‌ای چندبعدی است که بیشتر تحت تأثیر عوامل مرتبط با مدیریت بیماری و ادراک فرد از وضعیت سلامتی قرار دارد و نه صرفاً ویژگی‌های شناختی - هیجانی مانند ذهن آگاهی.

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت معنادار دارد و می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را پیش بینی کند. این نتایج با نتایج پژوهش‌های عطادخت و همکاران (۱۳۹۸)؛ زهرایی و همکاران (۱۳۹۷)؛ فاناکیدو^۲ و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج می‌توان بیان کرد که زمانی که بیماران ادراک درستی از بیماری خود دارند، به این معنا که بیماری را جدی می‌گیرند، پیامدهای آن را قابل کنترل می‌دانند و باور دارند که می‌توانند با اتخاذ راهکارها و رفتارهای مناسب، روند بیماری را مدیریت کنند، احتمال بیشتری دارد که به توصیه‌های درمانی پایبند باشند (وارگاس-هیو کوچی و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماران ممکن است کنترل قند خون، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت بدنی منظم و مصرف داروها را به عنوان بخشی فعال و توانمندساز از زندگی خود تلقی کنند، نه بار یا تهدیدی صرف. چنین رویکردی به‌طور مستقیم منجر به کنترل بهتر بیماری، پیشگیری از عوارض و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی در ابعاد جسمانی و روانی می‌شود. ادراک بیماری که با ارزیابی‌های شناختی مثبت همراه است، می‌تواند به کاهش اضطراب، افسردگی و احساس ناتوانی در بیمار منجر شود. وقتی بیمار باور دارد که بیماری قابل مدیریت است و او توانایی لازم برای انجام اقدامات کنترلی را داراست (خودکارآمدی ادراک شده)، حس کنترل بیشتری بر وضعیت خود پیدا می‌کند. این حس کنترل، عاملی کلیدی در ارتقای کیفیت زندگی است، زیرا از احساس درماندگی و قربانی بودن جلوگیری کرده و به بیمار قدرت

تأثیرگذار بوده‌اند که مانع از بروز نقش مستقیم ذهن آگاهی شده‌اند. در بیماران دیابتی، عوارض جسمانی ناشی از بیماری مانند دردهای نوروپاتی، نوسانات قند خون، اختلالات بینایی و محدودیت‌های عملکردی اغلب نقش غالب و تعیین‌کننده‌ای در تجربه کیفیت زندگی دارند؛ به‌گونه‌ای که شدت و ماهیت این عوامل زیستی ممکن است اثر متغیرهای شناختی - هیجانی را تحت‌الشعاع قرار دهد. از سوی دیگر، ذهن آگاهی در این پژوهش به عنوان یک ویژگی درونی خودگزارش شده سنجیده شده است، نه به عنوان مهارتی که طی یک مداخله ساختارمند و مبتنی بر تمرین‌های منظم شکل گرفته باشد. چنین رویکردی می‌تواند توان ابزار در آشکارسازی نقش واقعی ذهن آگاهی را کاهش دهد، زیرا میزان ذهن آگاهی ادراک شده لزوماً معادل مهارت عملی فرد در تنظیم توجه، هیجان و پذیرش نیست. افزون بر این، بیماران دیابتی معمولاً با سطوح بالاتری از افسردگی، اضطراب، نگرانی از عوارض و استرس روزمره مواجه‌اند (دمیتنار و هیرمن^۱، ۲۰۲۰)؛ عواملی که از نظر نظری می‌توانند اثر ذهن آگاهی را خنثی کرده یا به عنوان متغیرهای مداخله‌گر رابطه بین ذهن آگاهی و کیفیت زندگی را تضعیف کنند. همچنین شواهد نشان می‌دهد کیفیت زندگی در بیماران دیابتی بیش از آن‌که تابع ویژگی‌های درونی باشد، تحت تأثیر رفتارهای مدیریت بیماری مانند پایبندی به درمان، رژیم غذایی، فعالیت بدنی و کنترل قند خون قرار دارد. در نتیجه، ممکن است ذهن آگاهی به‌تنهایی قدرت کافی برای توضیح این سازه را نداشته باشد. نقش ادراک بیماری نیز در این میان قابل توجه است؛ چنانچه فرد بیماری خود را تهدیدکننده، غیرقابل کنترل یا با پیامدهای شدید ادراک کند، حتی در صورت برخورداری از سطوح بالاتر ذهن آگاهی نیز ممکن است کیفیت زندگی وی بهبود نیابد. در کنار این عوامل، محدودیت‌های احتمالی ابزارهای اندازه‌گیری نیز می‌تواند به عدم معناداری رابطه دامن بزند. در برخی گروه‌های سنی، به ویژه سالمندان، درک مفاهیم ذهن آگاهی دشوار است و پرسشنامه‌های موجود ممکن است حساسیت کافی برای تمایز سطح واقعی مهارت ذهن آگاهی را

و در نهایت ارتقای ابعاد مختلف کیفیت زندگی منجر شود. این یافته‌ها ضرورت گنجاندن آموزش‌های مرتبط با شفقت به خود و ادراک بیماری و مهارت‌های سازگاران در برنامه‌های درمانی و حمایتی بیماران دیابتی را بیش از پیش برجسته می‌سازد.

ملاحظات اخلاقی

به شرکت کنندگان در این پژوهش توضیح داده شد که اطلاعات جمع‌آوری شده از آن‌ها کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و تنها پژوهشگر به آن‌ها دسترسی خواهد داشت. همچنین، بیان شد که مشارکت در پژوهش به‌طور کامل اختیاری است و شرکت کنندگان می‌توانند در هر مرحله از پژوهش انصراف دهند.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

حمایت مالی

هیچگونه حمایت مالی در انجام پژوهش دریافت نشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

می‌دهد تا نقش فعالتری در سلامت خود ایفا کند. بیماران با ادراک مثبت بیماری، معمولاً پیامدهای منفی بالقوه آن (مانند عوارض بلندمدت) را نیز به صورت واقع‌بینانه‌تر و کمتر تهدیدآمیز ارزیابی می‌کنند. این امر به جای تمرکز بر ترس و نگرانی فلج‌کننده، به برنامه‌ریزی و اقدام برای پیشگیری یا مدیریت این پیامدها سوق می‌دهد. پذیرش واقع‌بینانه بیماری و تلاش برای سازگاری فعالانه، خود می‌تواند منجر به کاهش استرس مزمن و بهبود سلامت روان شود که مستقیماً بر کیفیت زندگی تأثیرگذار است. برخلاف ادراک منفی که بیماری را یک فاجعه، تهدیدی دائمی و خارج از کنترل تلقی می‌کند و منجر به انفعال، ناامیدی و کاهش شدید کیفیت زندگی می‌شود، ادراک مثبت بیماری، آن را به عنوان یک چالش قابل مدیریت تلقی می‌کند. این رویکرد، به ویژه در بیماری‌های مزمن مانند دیابت که نیازمند خودمراقبتی بلندمدت و مستمر هستند، می‌تواند به ایجاد انگیزه و تعهد در بیمار کمک کند. این یافته با رویکردهای نوین در حوزه سلامت که بر توانمندسازی بیمار، ارتقای خودکارآمدی و ترویج سبک زندگی سالم تأکید دارند، همسو است. به جای تمرکز صرف بر علائم و عوارض بیماری، این رویکردها بر ظرفیت‌های فرد برای مدیریت بیماری و حفظ کیفیت زندگی تمرکز دارند. بنابراین، رابطه مثبت و معنادار بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو، این فرضیه را تقویت می‌کند که نحوه ارزیابی و تفسیر بیمار از بیماری خود، عاملی تعیین‌کننده در تجربه کیفیت زندگی اوست. ادراک واقع‌بینانه، مسئولیت‌پذیرانه و امیدوارانه از بیماری، می‌تواند به رفتارهای سازگاران‌تر، احساس کنترل بیشتر

منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ تقی‌پور، مریم؛ و نریمانی، م. (۱۳۹۱). ارتباط تیپ شخصیتی D، خود دلسوزی و حمایت اجتماعی با رفتارهای بهداشتی در بیماران کرونر قلبی. فصلنامه روان‌شناسی سلامت، ۱(۱)، ۲۰-۵.
- برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۲). اثر بخشی شناخت رفتار درمانگری سالمندی بر بهبود نشانه‌های مرضی، همبسته‌های شناختی و برخی رفتارهای مرتبط با سلامت در مبتلایان به بیماری پارکینسون، پایان نامه دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور.
- خدارحمی، فاطمه؛ و حجه الاسلامی، سیمین. (۱۴۰۴). ارتباط امید به زندگی با تاب آوری و شفقت به خود در بیماران دیابتی نوع ۲: یک مطالعه مقطعی. مجله مراقبت پرستاری و مامایی ابن سینا، ۳۳(۴)، ۳۶۲-۳۷۲.

- خسروی، صدرالله؛ صادقی، مجید؛ یابنده، محمدرضا (۱۳۹۲). کفایت روانسنجی مقیاس شفقت خود. فصلنامه روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۱۳(۳)، ۴۷-۵۹.
- رفیعی، مرسده. (۱۳۸۸). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی و تنش‌زدایی تدریجی بر کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور تهران.
- زهرایی، شقایق؛ امینی، شکوفه و صائبی، سوسن (۱۳۹۷). رابطه ادراک بیماری، تجربه‌انگ و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلوزیس. مطالعات روان‌شناختی، ۲(۱۴)، ۴۰-۲۵.
- عبادی مریم، آزموده معصومه، اقبالی علی، چلیبانلو غلامرضا. (۱۴۰۴). معادلات ساختاری رابطه شفقت به خود با کیفیت زندگی و نقش میانجی خودکارآمدی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲: یک مطالعه توصیفی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان. ۲۴ (۶): ۵۵۵-۵۷۰.
- عطادخت، اکبر؛ بشرپور، سجاد و مجرد، آریتا (۱۳۹۸). نقش ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو. پنجمین همایش ملی تازه‌های روانشناسی مثبت‌نگر.
- قاسمی زکیه، ترکان هاجر. پیش‌بینی کیفیت زندگی وابسته به سلامت بر اساس اضطراب سلامت، خودمدیریتی دیابت و خودآگاهی هیجانی با میانجی‌گری تنظیم هیجان در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱. فصلنامه پرستاری دیابت. ۱۲ (۳): ۲۴۹۷-۲۵۱۰.
- کرمانی، یگانه؛ میری، مینو. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر کیفیت زندگی بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری. ۱۰ (۳): ۱۱۵-۱۲۳.
- کریمی، خلیل، کریمی، جواد، و سپهوند، تورج. (۱۳۹۸). نقش روان‌رنجوری و ذهن آگاهی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان دلفان. دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۶(۵)، ۵۶۷-۵۷۴.

- Azizi Karaj M, Dehghani F, Kamali Zarch M. (2017). Mediating Role of Emotional Self-Regulation in the Relationship between Mindfulness and Self-Efficacy in Diabetes Type 2 Patients. *Horizon of Medical Sciences*. 23(3),243-250.
- Bellary, S., Kyrou, I., Brown, J. E., & Bailey, C. J. (2021). Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management. *Nature Reviews Endocrinology*, 17(9), 534-548.
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. W. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of psychosomatic research*. 60(6),631-7.
- Cossais, S., Schwarzinger, M., Pol, S., Fontaine, H., Larrey, D., Pageaux, G. P., ... & Deuffic-Burban, S. (2019). Quality of life in patients with chronic hepatitis C infection: severe comorbidities and disease perception matter more than liver-disease stage. *PLoS One*, 14(5), e0215596.
- Fanakidou, I., Zyga, S., Alikari, V., Tsironi, M., Stathoulis, J., & Theofilou, P. (2018). Mental health, loneliness, and illness perception outcomes in quality of life among young breast cancer patients after mastectomy: the role of breast reconstruction. *Quality of Life Research*, 27(2), 539-543.
- Fisher V, Li WW, Malabu U. (2023). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on the mental health, HbA1C, and mindfulness of diabetes patients: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Appl Psychol Health Well Being*. 15(4),1733-49.
- Friis AM, Consedine NS, Johnson MH. (2020). Does kindness matter? Diabetes, depression, and self-compassion: a selective review and research agenda. *Diabetes Spectrum*; 28(4): 252 -7.
- Jiang, S., Pan, X., Li, H. et al. (2024). Global trends and developments in mindfulness interventions for diabetes: a bibliometric study. *Diabetol Metab Syndr* 16, 43.
- Kalantari H, Bagherian Sararoodi R, Afshar H KN, Forouzandeh N, Daghigh Zadeh H, Marashi MR, et al. (2012). Relationship between Illness Perceptions and Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome. *J Mazand Univ Med Sci*. 22(86), 33-41.
- Kirby JN. Compassion as a transdiagnostic target to reduce mental health symptoms and promote well - being. *Nature Reviews Psychology* 2025; 1 -15.
- Malik, P., Patel, K., Pinto, C., Jaiswal, R., Tirupathi, R., Pillai, S., & Patel, U. (2022). Post-acute COVID-19 syndrome (PCS) and health-related quality of life (HRQoL)—A systematic review and meta-analysis. *Journal of medical virology*, 94(1), 253-262.
- Marques, A., Peralta, M., Santos, T., Martins, J., & de Matos, M. G. (2019). Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public health*, 170, 89-94.
- Meyer, L. P., & Leppma, M. (2019). The role of mindfulness, self-compassion, and emotion regulation in eating disorder symptoms among college students. *Journal of College Counseling*, 22(3), 211-224.
- Mokhatri-Hesari, P., & Montazeri, A. (2020). Health-related quality of life in breast cancer patients: review of reviews from 2008 to 2018. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 1-25.
- Neff, K. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101.

- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12.
- Nery-Hurwit M., Yun J, Ebbeck V.(2018). Examining the roles of self-compassion and resilience on health-related quality of life for individuals with Multiple Sclerosis. *Disabil Health J*. 11(2): 256-261.
- Ogurtsova, K., Guariguata, L., Barengo, N. C., Ruiz, P. L. D., Sacre, J. W., Karuranga, S., ... & Magliano, D. J. (2022). IDF diabetes Atlas: Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, 109118.
- Rutter H, Campoverde C, Hoang T, Goldberg SF, Berenson KR.(2024). Self-compassion and women's experience of social media content portraying body positivity and appearance ideals. *Psychology of Popular Media*, 13(1): 12
- Sasikumar Latheef F.(2017). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on stress, depression and mindfulness among type 2 diabetics - A randomized pilot study. *Indian J Tradit Know*.16, 654-9.
- Sinclair AJ, Abdelhafiz, AH. (2023). Metabolic impact of frailty changes diabetes trajectory. *Metabol*. 13(2),295.
- Vargas-Huicochea, I., Álvarez-del-Río, A., Rodríguez-Machain, A. C., Aguirre-Benítez, E. L., & Kelsall, N. (2020). Seeking psychiatric attention among university students with mental health problems: The influence of disease perception. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-17.
- Yang X, Li Z, Sun J. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy-based intervention on improving glycaemic, psychological, and physiological outcomes in adult patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychiatry*. 11,711-723.
- Zhang, H., Colclough, K., Gloyn, A. L., & Pollin, T. I. (2021). Monogenic diabetes: a gateway to precision medicine in diabetes. *The Journal of Clinical Investigation*, 131(3), 231-250.

Original Article

Predicting quality of life based on compassion for oneself, mindfulness, and illness in patients with type 2 diabetes

Received: 27/12/2025 - Accepted: 10/05/2026

Roghayeh Mahmoudsoltani ^{1*}
Jafar Kardan ²
Roghayeh Mohammadi achacheloi ³

¹ Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. (Corresponding author)

²Department of Psychology, ToJ.C., Islamic Azad University, Torbat Jam, Iran.

³ Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Roghayeh Mahmoudsoltani, Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: 2219847926@iau.ir

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of predicting quality of life based on self-compassion, mindfulness, and disease perception in patients with type 2 diabetes.

Methods: This was a descriptive correlational study. The statistical population was all patients with type 2 diabetes referring to medical centers in the city of Tonekabon in 1404. 160 people were selected as a statistical sample using the available sampling method. The most widely used instruments were: the World Health Organization Quality of Life Questionnaire Short Form (1989), the Neff Self-Compassion Questionnaire (2003), the Freiburg Mindfulness Questionnaire Short Form (2006), and the Broadbent et al. Disease Perception Questionnaire (2006). The data obtained from the study were analyzed using multivariate regression analysis and Pearson correlation coefficient.

Results: The results showed that there is a positive and significant relationship between self-compassion and disease perception and the quality of life of patients with type 2 diabetes, but no significant relationship was observed between mindfulness and the quality of life of patients with type 2 diabetes. Stepwise regression was used to determine the predictive value of each variable. First, self-compassion was entered into the model as the strongest predictor and was able to explain 23.7% of the variance of the quality of life criterion variable. In the second step, illness perception was added to the model and these two variables, self-compassion and illness perception, were able to explain 35.9% of the variance of the quality of life criterion variable. Entering illness perception into the model was able to help explain 12.2% of the variance of the quality of life criterion variable.

Conclusion: Based on the findings, it is possible to pay attention to psychological and individual variables in order to help improve the treatment process of diabetic patients and facilitate the treatment process by strengthening self-compassion and increasing the perception of the disease.

Keywords: Quality of life, self-compassion, mindfulness, illness perception, type 2 diabetes