

رابطه بین تاب آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

شکیبا آذرافروزان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

علی اکبر صلاحی

مدرس گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران

Investigating the relationship between resilience, compassion and psychological well-being with the mediation of anxiety in patients with type 2 diabetes

Shakiba Azafarozan

Master of General Psychology, Faculty of Psychology South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, shaki.azar@yahoo.com

Ali Akbar Salahi

Lecturer of Psychology Department of Islamic Azad University, South Tehran Branch, Tehran, Iran, salahi.aliakbar@yahoo.com

Abstract

This study aimed to examine the relationship among resilience, compassion, psychological well-being, and the mediating role of anxiety in patients with type 2 diabetes using a descriptive-correlational method. The study population consisted of type 2 diabetes patients visiting medical centers in Tehran in 2024. The sample included 325 patients (189 women and 136 men), selected through non-random purposive sampling. The research instruments included the Connor-Davidson Resilience Scale (2003), the Neff Compassion Scale (2003), the Ryff Psychological Well-being Scale (1989), and the Beck Anxiety Inventory (1988). The findings indicated that resilience and compassion had significant and positive relationship with psychological well-being ($P < 0.01$), while anxiety had a significant and negative relationship with psychological well-being ($P < 0.01$). Additionally, path analysis results showed that anxiety acts as a mediator in the relationship between resilience and psychological well-being, as well as between compassion and psychological well-being. Therefore, enhancing resilience and compassion can contribute to improving the psychological well-being of type 2 diabetes patients, while reducing anxiety can also play an important role in this relationship.

Keywords: Resilience, Psychological Well-being, Anxiety, Diabetes.

چکیده:

این پژوهش باهدف بررسی رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری شامل ۳۲۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ (۱۸۹ زن و ۱۳۶ مرد) بود که به مراکز درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، پرسشنامه شفقت‌ورزی نف (۲۰۰۳)، پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۸) بود. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی رابطه مثبت و معنادار ($P < 0.01$) و بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی رابطه منفی و معنادار وجود دارد ($P < 0.01$). همچنین اضطراب نقش میانجی در رابطه بین تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی دارد. ارتقای تاب‌آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به بهبود بهزیستی روان‌شناختی و کاهش اضطراب در بیماران دیابتی کمک کند.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی، اضطراب، دیابت نوع ۲

مقدمه

دیابت نوع ۲ یکی از بیماری‌های مزمن و شایع در جهان است که علاوه بر افزایش قند خون، با عوارض جسمانی و روانی فراوانی همراه است. بیماران مبتلا به این بیماری نه تنها از مشکلات جسمانی رنج می‌برند، بلکه با اضطراب، استرس و کاهش کیفیت زندگی نیز دست‌وپنجه نرم می‌کنند. بهزیستی روان‌شناختی به عنوان یکی از شاخص‌های کلیدی سلامت روان، مفهومی چندبعدی است که به احساس رضایت، تعاملات مثبت و تحقق اهداف فردی اشاره دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بیماری‌های مزمن مانند دیابت بر این بهزیستی تأثیر منفی دارند و سبب کاهش آن می‌شوند (مقامی، ۱۴۰۱). از سوی دیگر، تاب‌آوری که به معنای توانایی فرد در مقابله با مشکلات و بازگشت به حالت تعادل پس از رویدادهای استرس‌زا است، نقش حیاتی در مدیریت دیابت و سلامت روان بیماران ایفا می‌کند (عسکرشاهی، ۱۴۰۱). شفقت به خود نیز به عنوان مفهومی جدید در روان‌شناسی، به توانایی فرد در پذیرش مشکلات و ناکامی‌ها با مهربانی و همدلی اشاره دارد. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که شفقت به خود می‌تواند در کاهش اضطراب و استرس و بهبود بهزیستی روان‌شناختی تأثیر بسزایی داشته باشد (نف، ۲۰۰۳). اضطراب به عنوان یک عامل میانجی، رابطه بین تاب‌آوری، شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اضطراب با افزایش فشارهای روانی، بر مدیریت بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر منفی می‌گذارد (بک، ۱۹۹۶). پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بیماران دیابتی که از اضطراب رنج می‌برند، کاهش بیشتری در بهزیستی روان‌شناختی و افزایش مشکلات جسمانی را تجربه می‌کنند (نوروزی و همکاران، ۱۴۰۱). با توجه به شیوع بالای دیابت نوع ۲ و اثرات گسترده آن بر سلامت جسمی و روانی، بررسی متغیرهای روان‌شناختی نظیر تاب‌آوری و شفقت به خود در ارتباط با اضطراب ضروری است. این پژوهش در پی بررسی رابطه میان تاب‌آوری، شفقت به خود و بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری اضطراب در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است تا راهکارهایی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران ارائه دهد. پرسش اصلی پژوهش این است که آیا تاب‌آوری و شفقت به خود با میانجی‌گری اضطراب بر بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی تأثیرگذار است؟

روش

این پژوهش از نوع همبستگی است و به بررسی رابطه میان متغیرهای تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، بهزیستی روان‌شناختی و اضطراب در بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته است. جامعه آماری این پژوهش شامل بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی در شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان این جامعه، ۳۲۵ بیمار (۱۸۹ زن و ۱۳۶ مرد) با استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از چهار پرسشنامه استاندارد استفاده شد. پرسشنامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که به ارزیابی میزان تاب‌آوری افراد در مواجهه با چالش‌ها می‌پردازد و با مقیاس لیکرت از ۰ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه شفقت‌ورزی به خود نف (۲۰۰۳) شامل ۲۶ گویه است و سطح شفقت به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) شامل ۱۸ گویه و شش بعد بهزیستی روان‌شناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود را اندازه‌گیری می‌کند و نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای انجام می‌شود. پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۸۱) شامل ۲۱ گویه است و سطح اضطراب را ارزیابی می‌کند و نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (اصلاً تا شدید) صورت می‌گیرد.

جمع‌آوری اطلاعات به دو روش کتابخانه‌ای و میدانی انجام شد. در روش کتابخانه‌ای، منابع شامل کتاب‌ها، مقالات، اسناد و مدارک مرتبط بررسی و اطلاعات موردنیاز از این منابع جمع‌آوری شد. در روش میدانی، داده‌ها از طریق پرسش‌نامه جمع‌آوری شدند. پس از دریافت مجوزهای لازم، پرسش‌نامه به‌صورت آنلاین در دسترس قرار گرفت و از پلتفرم نظرسنجی آنلاین معتبر به نام پرس‌لاین استفاده شد. لینک پرسش‌نامه از طریق پیامک منتشر گردید. در ابتدای پرسش‌نامه، توضیحات مربوط به اهداف پژوهش، روش جمع‌آوری داده‌ها، نحوه استفاده از اطلاعات و حفظ محرمانگی داده‌ها ارائه شد. شرکت‌کنندگان پس از مطالعه توضیحات و اعلام رضایت خود، پرسش‌نامه را تکمیل کردند و در صورت تمایل به ترک مطالعه، می‌توانستند در هر زمان خارج شوند. برای حفظ محرمانگی اطلاعات، نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نبود و IP آدرس‌ها نیز ثبت نشد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. در این پژوهش، تاب‌آوری به‌عنوان متغیر مستقل، بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان متغیر وابسته و اضطراب به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شدند. ابزارهای پژوهش از قرار زیر است.

پرسش‌نامه شفقت‌ورزی به خود که توسط نف (۲۰۰۳) طراحی شده، شامل ۲۶ گویه است و به‌وسیله مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (تقریباً هرگز تا تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. پرسش‌نامه سه بعد اصلی را می‌سنجد: مهربانی با خود در برابر قضاوت، انسانیت مشترک در برابر انزوا، و به‌شناسی در مقابل همانندسازی افراطی. این ابعاد شامل شش زیرمقیاس هستند: مهربانی نسبت به خود، قضاوت خود، به‌شناسی، همانندسازی افراطی، اشتراکات انسانی، و انزوا. نمره کل می‌تواند بین ۲۶ تا ۱۳۰ متغیر باشد، و نمرات پایین، متوسط و بالا به ترتیب بیانگر میزان پایین، متوسط و بالا از شفقت‌ورزی به خود هستند. نمره بین ۲۶ تا ۴۴ نشان‌دهنده میزان پایین، نمره بین ۴۴ تا ۸۸ نشان‌دهنده میزان متوسط و نمره بالاتر از ۸۸ نشان‌دهنده میزان بالا از شفقت‌ورزی به خود است. نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی (۱۳۹۰) ترجمه شده است. شرکت‌کنندگان به هر گویه بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای پاسخ می‌دهند و نمرات نهایی با محاسبه میانگین نمرات گویه‌ها به دست می‌آید.

پرسش‌نامه شفقت‌ورزی به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مختلف مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار و روایی آن بارها تأیید شده است. نسخه اصلی پرسش‌نامه توسط نف (۲۰۰۳) طراحی و اعتبارسنجی شد و در مطالعات اولیه همبستگی بالایی با سایر مقیاس‌های مرتبط با شفقت‌ورزی و سلامت روان نشان داد. روایی همگرایی این پرسش‌نامه از طریق ارتباط معنادار آن با مقیاس‌هایی مانند خودپنداری و بهزیستی روان‌شناختی تأیید شده است. در ایران، نسخه فارسی این پرسش‌نامه توسط محمدی (۱۳۹۰) ترجمه و در چندین مطالعه مختلف اعتبارسنجی شد. نتایج این مطالعات نشان داد که نسخه فارسی از روایی و اعتبار مطلوبی برخوردار است و می‌تواند به‌طور موثری در جامعه ایرانی مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط اساتید و متخصصان حوزه روان‌شناسی تأیید شده است. در پژوهش مؤمنی و همکاران (۱۳۹۲)، ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس شفقت‌ورزی با بررسی روایی همگرا و واگرا از طریق همبستگی با مقیاس حرمت خود و پرسش‌نامه‌های افسردگی و اضطراب بک، تأیید شد.

پایایی پرسش‌نامه نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ بالای ۰٫۷۰ در مطالعات مختلف تأیید شده است. به‌طور خاص، در مطالعه مومنی و همکاران، آلفای کرونباخ ۰٫۸۸ و پایایی بازآزمایی با ضریب همبستگی ۰٫۸۹ بین دو نوبت آزمون با فاصله ده روز، نشان‌دهنده پایایی بالای این ابزار بود. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه شفقت‌ورزی ۰٫۸۸ گزارش شد، که نشان‌دهنده همسانی درونی و قابلیت اطمینان مناسب این مقیاس است.

یکی دیگر از پرسش‌نامه‌های مورد استفاده، پرسش‌نامه تاب‌آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) شامل ۲۵ گویه است که با استفاده از مقیاس لیکرت از ۰ (کاملاً نادرست) تا ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار به‌خوبی توانایی تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور را دارد و شامل پنج عامل اصلی است: تصور شایستگی فردی، اعتماد به‌خود، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر، و روابط ایمن. برای هر عبارت نمره‌ای بین ۰ تا ۴ اختصاص می‌یابد و مجموع نمرات گویه‌ها نمره کلی تاب‌آوری فرد را مشخص می‌کند. نمره کل می‌تواند از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر باشد و نمرات به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شود: نمره بین ۲۵ تا ۴۱ نشان‌دهنده تاب‌آوری پایین، نمره بین ۴۱ تا ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری متوسط، و نمره بالای ۸۳ نشان‌دهنده تاب‌آوری بالا است. کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) اعتبار و روایی این پرسش‌نامه را به‌طور دقیق مورد بررسی قرار دادند. این ابزار دارای پایایی داخلی بالاست، به‌طوری که آلفای کرونباخ بین ۰٫۸۵ تا ۰٫۹۴ برای آن گزارش شده است که نشان‌دهنده ثبات بالای این ابزار در اندازه‌گیری تاب‌آوری است. روایی همگرایی این پرسش‌نامه نیز با دیگر ابزارهای مرتبط از جمله مقیاس‌های سلامت روان و تاب‌آوری تأیید شده است. نتایج مطالعات متعدد بین‌المللی نشان داده است که این پرسش‌نامه قابلیت اعتماد بالایی در جوامع مختلف دارد. در پژوهش‌های داخلی، مانند مطالعه محمدی (۱۳۸۴)، روایی محتوایی این پرسش‌نامه توسط متخصصان تأیید شده و پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی شده است. در این پژوهش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر تاب‌آوری ۰٫۹۳ گزارش شده است. همچنین، در پژوهش حاضر، ضریب پایایی آلفای کرونباخ برابر ۰٫۹۲ به دست آمده که نشان‌دهنده همسانی درونی و قابلیت اعتماد بالای ابزار است.

یکی دیگر از ابزارهای مورد استفاده، پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۹۵) است که شامل ۱۸ سوال و به ارزیابی شش بعد بهزیستی روان‌شناختی می‌پردازد: استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، و پذیرش خود. نمره‌گذاری با مقیاس لیکرت شش‌گزینه‌ای انجام می‌شود. برای تحلیل نمرات، مجموع نمرات هر بعد محاسبه و نمره کلی با جمع آوری نمرات تمامی سوالات به دست می‌آید. مقادیر نمرات به شرح زیر است: نمره بین ۱۸ تا ۴۲ نشان‌دهنده بهزیستی ضعیف، نمره بین ۴۲ تا ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی متوسط، و نمره بالاتر از ۶۳ نشان‌دهنده بهزیستی قوی است. در پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۳)، نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مقیاس شش عاملی مورد استفاده از برازش مناسبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از ابعاد به شرح زیر محاسبه شد: پذیرش خود (۰/۵۱)، تسلط بر محیط (۰/۷۶)، ارتباط مثبت با دیگران (۰/۷۵)، هدفمندی در زندگی (۰/۵۲)، رشد شخصی (۰/۷۳) و استقلال (۰/۷۲). همچنین، آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و ضریب اعتبار کلی پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۱ به دست آمد. یکی دیگر از پرسش‌نامه‌های استفاده شده پرسش‌نامه اضطراب بک، طراحی شده توسط بک و استیر (۱۹۸۱)، به منظور سنجش شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده و شامل ۲۱ سوال است. این پرسش‌نامه بر اساس طیف لیکرت پنج‌گانه نمره‌گذاری می‌شود، به طوری که برای هر سوال نمره‌ای از صفر (اصلاً) تا سه (شدید) اختصاص داده می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ است و نمرات بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر اضطراب است. نمرات به شرح زیر طبقه‌بندی می‌شود: ۰ تا ۷ برای اضطراب کم یا بدون اضطراب، ۸ تا ۱۵ برای اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ برای اضطراب متوسط، و ۲۶ تا ۶۳ برای اضطراب شدید. پرسش‌نامه اضطراب بک از نظر روایی و پایایی توسط پژوهشگران مختلف مورد ارزیابی قرار گرفته است. در پژوهش ذاکری (۱۳۹۴)، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مطلوب ارزیابی شده است. همچنین، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۸ گزارش شده که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول آن است. علاوه بر این، در همان پژوهش، ضریب اعتبار پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۴ به دست آمده است که بیانگر اعتبار بالای این ابزار سنجش است. برای تحلیل داده‌های پژوهش از دو روش آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی، شاخص‌های آماری شامل میانگین، واریانس، و انحراف معیار به وسیله جداول و نمودارها ارائه شد. در تحلیل استنباطی، از آزمون تحلیل مسیر و همبستگی گشتاوری پیرسون برای بررسی روابط بین متغیرها و ارزیابی مدل‌های تحلیلی استفاده گردید.

یافته‌ها

میانگین نمرات برای تاب آوری ۹۱/۹۰ به دست آمده است که نشان‌دهنده سطح بالاتری نسبت به میانگین کلی (۷۵) است. همچنین، میانگین نمرات برای شفقت‌ورزی ۸۸/۸۲ گزارش شده که بالاتر از میانگین کلی (۷۸) می‌باشد. در زمینه اضطراب، میانگین نمرات ۱۳/۸۰ به ثبت رسیده که کمتر از میانگین کلی (۳۰/۵) است. بهزیستی روان‌شناختی با میانگین ۷۰/۴۰، بالاتر از میانگین کلی (۶۱) ارزیابی شده است.

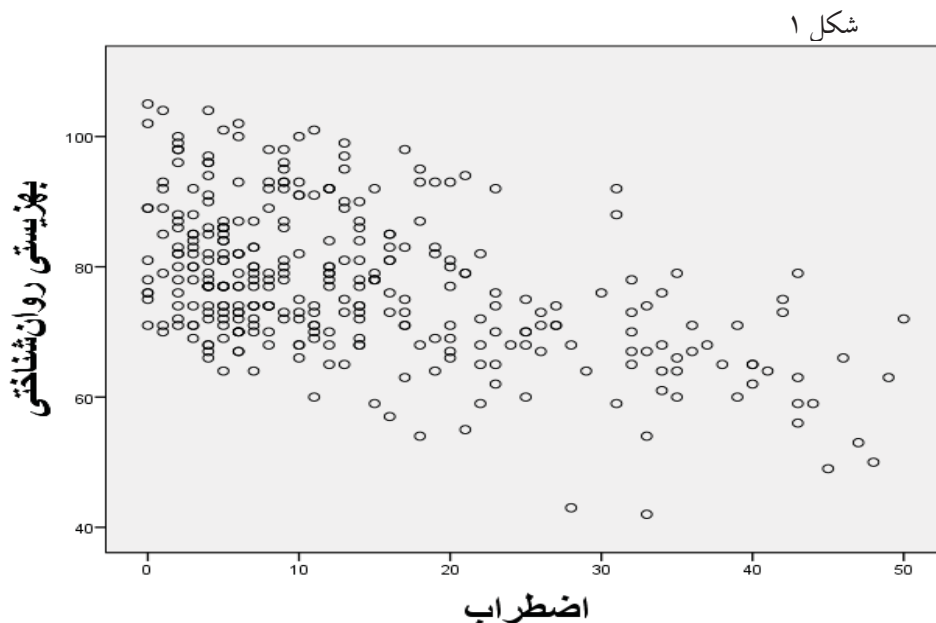
تجزیه و تحلیل توزیع داده‌ها نشان می‌دهد که هیچ‌یک از متغیرها انحراف جدی از توزیع نرمال ندارند. جدول ۱

خلاصه یافته‌های توصیفی تاب آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی (n=۳۲۵)

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	min	max	کجی	کشیدگی
تاب آوری	۹۰/۹۱	۱۴/۳۳	۵۵	۱۲۳	-۰/۱۹۹	-۰/۵۰۶
شفقت‌ورزی	۸۲/۸۸	۱۰/۸۲	۴۹	۱۰۳	-۰/۵۰۲	-۰/۰۳۴
اضطراب	۱۳/۸۰	۱۱/۷۶	۰	۵۰	۱/۱۵۲	۰/۵۴۱
بهزیستی روان‌شناختی	۷۰/۴۰	۱۱/۲۵	۴۲	۱۰۵	۰/۰۸۹	۰/۰۲۶

برای بررسی مفروضه‌های آزمون همبستگی پیرسون، اقدامات زیر انجام شد: نرمال بودن توزیع داده‌ها پیش از اجرای آزمون همبستگی پیرسون بررسی شد و نتایج نشان داد که توزیع داده‌های پژوهش نرمال است. این ویژگی برای اعتبار آزمون‌های پارامتریک اساسی است. رابطه خطی بین متغیرها نیز مورد بررسی قرار گرفت. به ویژه، رابطه بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی از طریق نمودار نقطه‌ای تحلیل شد. این نمودار نشان داد که نقاط به طور منظم و در کنار هم حول یک استوانه قرار دارند که بیانگر رابطه خطی میان این دو متغیر است. همچنین، رابطه خطی بین تاب آوری، شفقت‌ورزی و اضطراب نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این متغیرها نیز دارای رابطه خطی مناسبی هستند. نتیجه‌گیری کلی نشان می‌دهد که تمامی مفروضه‌های لازم برای اجرای آزمون همبستگی پیرسون برقرار بوده‌اند که این امر اعتبار نتایج

به‌دست آمده را تضمین می‌کند.



در تحلیل همبستگی، هدف بررسی رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بود. نتایج به شرح زیر است:

- تاب‌آوری: رابطه مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.52$) و رابطه منفی معناداری با اضطراب ($r = -0.42$) دارد.
- شفقت‌ورزی: رابطه مثبت معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = 0.60$) و رابطه منفی معناداری با اضطراب ($r = -0.59$) دارد.
- اضطراب: رابطه منفی معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ($r = -0.49$) نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری کلی از این تحلیل نشان می‌دهد که تمامی متغیرها با یکدیگر رابطه معناداری دارند. به‌ویژه، نقش واسطه‌ای اضطراب در ارتباط بین تاب‌آوری و شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی قابل توجه و قابل بررسی است.

جدول ۲- روابط تاب‌آوری، شفقت‌ورزی، اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی

متغیرها	۱	۲	۳
۱- تاب‌آوری	-		
۲- شفقت‌ورزی	*۵۸/۰	-	
۳- اضطراب	*۴۲/۰	*۵۹/۰	-
۴- بهزیستی روان‌شناختی	*۵۲/۰	*۶۰/۰	*۴۹/۰

برای بررسی فرضیه تحقیق که بیان می‌کند "اضطراب نقش واسطه‌ای در رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی دارد"، از آزمون تحلیل مسیر استفاده شد. پیش از اجرای این آزمون، اطمینان حاصل شد که شرایط اصلی آن رعایت شده است. این شرایط شامل حجم نمونه مناسب، توزیع عادی داده‌ها، نبود داده‌های پرت، و هم‌خطی چندگانه بود.

برای بررسی این مفروضه‌ها، موارد زیر مورد توجه قرار گرفت:

حجم نمونه: طبق توصیه‌های موجود، برای تحلیل معادلات ساختاری حداقل ۲۰۰ نمونه لازم است (حیبی، ۱۳۹۶). در این پژوهش، ۳۲۵ نفر شرکت کردند که این شرط را به خوبی پوشش می‌دهد. علاوه بر این، شاخص KMO برابر با ۰.۸۹۲، به دست آمد که نشان‌دهنده کافی بودن حجم نمونه است.

آزمون کرویت بارلت: نتایج این آزمون نشان داد که ماتریس همبستگی بین متغیرها یکسان نیست که نشان‌دهنده وجود ارتباط معنادار بین متغیرها و تأیید شرایط لازم برای تحلیل مسیر است.

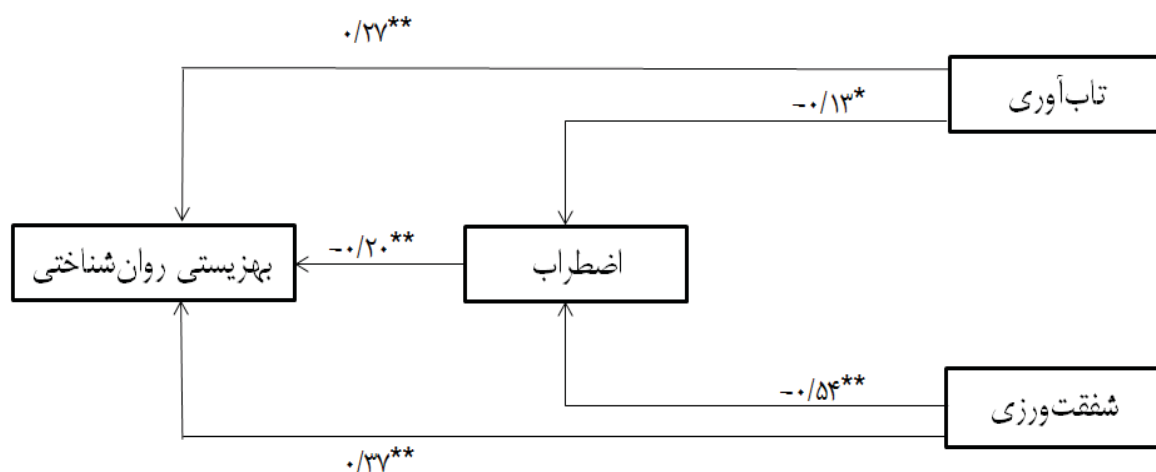
هم‌خطی چندگانه: با استفاده از شاخص‌های تحمل و VIF، بررسی شد که هیچ متغیری از این شرط تخطی نکرده و هم‌خطی بین متغیرها وجود ندارد. این امر به این معنی است که متغیرها آن‌قدر شبیه هم نیستند که مشکلاتی در تحلیل ایجاد کنند. به‌طور کلی، بررسی مفروضه‌های موردنیاز برای تحلیل مسیر به‌درستی انجام شد و این موضوع اعتبار نتایج تحلیل را تضمین می‌کند. جدول ۳- شاخص‌های هم‌خطی چندگانه

VIF		Tolerance	متغیرهای پیشین
۱/۵۲۱		۰/۶۵۷	تاب‌آوری
۱/۹۱۵		۰/۵۲۲	شفقت‌ورزی
۱/۵۵۰		۰/۶۴۵	اضطراب

نتایج تحلیل مسیر که با استفاده از روش بیشینه درست‌نمایی انجام شد، نقش واسطه‌ای اضطراب در رابطه بین تاب‌آوری، شفقت‌ورزی و بهزیستی روان‌شناختی را تأیید می‌کند.

برای ارزیابی برازش مدل و اطمینان از اینکه مدل به‌خوبی با داده‌ها سازگار است، از چند شاخص برازش استفاده شد:

- نسبت خی دو به درجه آزادی (χ^2/df): باید کمتر از ۳ باشد.
 - شاخص‌های برازندگی GFI، CFI و AGFI: باید بالای ۰٫۹۰ باشند.
 - ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA): باید کمتر از ۰٫۰۸ باشد.
 - شاخص برازندگی غیر تطبیقی (NFI): باید بالای ۰٫۹۰ باشد.
 - در مدل ما، شاخص‌های زیر به دست آمدند که نشان‌دهنده برازش خوب مدل است:
 - نسبت خی دو به درجه آزادی (χ^2/df) = 1.310
 - شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) = 0.938
 - شاخص برازندگی عمومی (GFI) = 0.957
 - شاخص برازندگی تطبیقی اصلاح‌شده (AGFI) = 0.926
 - ریشه دوم واریانس خطای تقریب (RMSEA) = 0.073
 - شاخص برازندگی غیر تطبیقی (NFI) = 0.911
- این نتایج نشان می‌دهند که مدل موردنظر به‌خوبی با داده‌ها سازگار است و مفروضات تحلیل مسیر به‌درستی رعایت شده‌اند.



نمودار مسیرهای برازش یافته با مدل استاندارد (* $P < 0.01$ ** $P < 0.001$)

نتایج تحلیل مسیر به صورت زیر است:

اثر مستقیم تاب‌آوری:

- اثر مستقیم تاب‌آوری بر اضطراب برابر با $(\beta = -0.13)$ و معنادار و منفی است $(C = -2.0, R = 0.686, P > 0.001)$.
- اثر مستقیم تاب‌آوری بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = 0.27)$ و معنادار و مثبت است $(C = 8.0, R = 0.827, P > 0.001)$.

اثر مستقیم شفقت‌ورزی:

- اثر مستقیم شفقت‌ورزی بر اضطراب برابر با $(\beta = -0.54)$ و معنادار و منفی است $(C = -11.0, R = 0.620, P > 0.001)$.
- اثر مستقیم شفقت‌ورزی بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = 0.37)$ و معنادار و مثبت است $(C = 6.0, R = 0.829, P > 0.001)$.

اثر مستقیم اضطراب:

- اثر مستقیم اضطراب بر شناخت روان بهزیستی برابر با $(\beta = -0.20)$ و معنادار و منفی است $(C = -3.0, R = 0.584, P > 0.001)$.

تفسیر اعداد:

- β (بتا): ضریب مسیر را نشان می‌دهد و میزان اثرگذاری یک متغیر بر متغیر دیگر را بیان می‌کند.
- $C.R$ (نسبت بحرانی): نشان‌دهنده قدرت رابطه بین دو متغیر است. هرچه مقدار $R.C$ بزرگ‌تر باشد، رابطه قوی‌تر است.
- P -value: احتمال وقوع یک نتیجه به طور تصادفی را نشان می‌دهد. اگر P -value کمتر از ۰,۰۵ باشد، نتیجه را معنادار در نظر می‌گیریم.

به طور کلی نتایج نشان می‌دهد که تاب‌آوری و شفقت‌ورزی تأثیر مثبتی بر شناخت روان بهزیستی و تأثیر منفی بر اضطراب دارند. همچنین، اضطراب تأثیر منفی بر شناخت روان بهزیستی دارد.

جدول ۴ - خلاصه فرضیه‌های آزمون تحلیل مسیر

فرضیه‌ها (مسیرها)	تخمین استاندارد نشده	خطای استاندارد	مقدار بحرانی	تخمین استاندارد شده
تاب‌آوری → اضطراب	-۰/۰۹۸	۰/۰۳۷	-۲/۶۸۶*	-۰/۱۳
شفقت‌ورزی → اضطراب	-۰/۵۵۹	۰/۰۴۸	-۱۱/۶۲۰**	-۰/۵۴
تاب‌آوری → بهزیستی روان‌شناختی	۰/۱۹۵	۰/۰۳۳	۸/۸۲۷**	۰/۲۷
شفقت‌ورزی → بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۵۳	۰/۰۵۲	۶/۸۲۹**	۰/۳۷
اضطراب → بهزیستی روان‌شناختی	-۰/۱۸۰	۰/۰۵۰	-۳/۵۸۴**	-۰/۲۰

جدول ۵ - ضرایب استاندارد کل، مستقیم و غیر مستقیم در مدل

مسیرها	اثر کل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	واریانس تبیین شده
بر اضطراب از				۳۱/۰
تاب‌آوری	-۱۳/۰	-۱۳/۰	-	
شفقت‌ورزی	-۵۴/۰	-۵۴/۰	-	
بر بهزیستی روان‌شناختی از				۳۴/۰
تاب‌آوری	۲۹/۰	۲۷/۰	*۰/۲/۰	
شفقت‌ورزی	۴۷/۰	۳۷/۰	**۱۰/۰	
اضطراب	-۲۰/۰	-۲۰/۰	-	

$P < 0.001$ **، $P < 0.01$ *

بحث و نتیجه‌گیری:

این پژوهش به بررسی نقش تاب آوری، شفقت‌ورزی و اضطراب در بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی نوع ۲ پرداخته است و یافته‌ها به وضوح تأثیرات مثبت و معنادار این متغیرها را نشان می‌دهد.

فرضیه فرعی اول: رابطه بین تاب آوری و شفقت‌ورزی با بهزیستی روان‌شناختی
نتایج تحقیق حاضر تأیید می‌کند که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند. تاب آوری، به ویژه، به طور مستقیم و معناداری با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد و به افراد این امکان را می‌دهد که با استرس‌ها و چالش‌های زندگی بهتر کنار بیایند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد.

پژوهش موسوی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت، مانند درمان متمرکز بر شفقت، می‌تواند به طور معناداری به بهبود بهزیستی ذهنی کمک کند. این مداخلات به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت در بیماران کمک کرده و تأثیر آن‌ها در طول زمان پایدار بوده است.

ترکیب نتایج این تحقیق و پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که تقویت تاب آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند ابزارهای مؤثری برای ارتقای بهزیستی روان‌شناختی باشد. به‌ویژه، برنامه‌های مداخله‌ای که بر این دو عامل تمرکز دارند، می‌توانند به بهبود سلامت روانی و کیفیت زندگی افراد کمک کنند.

نتایج این پژوهش نشان داد که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط هستند. به‌ویژه، تاب آوری به طور مستقیم و مثبت با بهزیستی روان‌شناختی ارتباط دارد که این یافته با پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد. تاب آوری به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و استرس‌های ناشی از بیماری‌ها بهتر کنار بیایند و از سلامت روانی بهتری برخوردار شوند.

از سوی دیگر، شفقت‌ورزی نیز به طور مثبت با بهزیستی روان‌شناختی مرتبط است. توانایی درک و همدردی با خود و دیگران می‌تواند به بهبود سلامت روان و افزایش بهزیستی روان‌شناختی کمک کند. افرادی که سطح بالاتری از شفقت‌ورزی دارند، در برابر چالش‌ها و استرس‌های زندگی انعطاف‌پذیرتر هستند و به راحتی می‌توانند از آنها عبور کنند. این یافته‌ها تأکید می‌کند که تقویت تاب آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به عنوان استراتژی‌های مؤثر در بهبود سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد.

فرضیه فرعی دوم: رابطه بین تاب آوری و شفقت‌ورزی با اضطراب

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که تاب آوری و شفقت‌ورزی به طور معناداری با اضطراب رابطه‌ای منفی دارند. این به این معناست که با افزایش سطح تاب آوری و شفقت‌ورزی، اضطراب کاهش می‌یابد. این یافته‌ها همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین هستند که نشان داده‌اند تاب آوری می‌تواند اثرات منفی اضطراب را کاهش دهد و به بهبود بهزیستی روان‌شناختی کمک کند. به ویژه، شواهد نشان می‌دهند که کاهش اضطراب در بیماران دیابتی می‌تواند تأثیرات مثبت جسمانی و روانی نیز به همراه داشته باشد.

پژوهش شمس و همکاران (۱۳۹۹) در زمینه مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو نشان داد که هر دو روش می‌توانند به کاهش معنادار اضطراب و افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران منجر شوند. هر چند که تفاوت معناداری بین این دو روش در کاهش اضطراب مشاهده نشد، این نتایج حاکی از آن است که هر دو روش به عنوان ابزارهای مؤثر در بهبود وضعیت سلامت این بیماران در نظر گرفته می‌شوند. در پژوهش سوداگر و رامبد (۱۳۹۶)، ارتباط سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی در بزرگسالان مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که سلامت معنوی با اضطراب و افسردگی ارتباط دارد و این مشکلات روحی و روانی در بیشتر بیماران وجود دارد. لذا، انجام غربالگری به منظور شناسایی مشکلات روحی و ارائه مداخلات سلامت معنوی برای کاهش این مشکلات پیشنهاد می‌شود. همچنین، پژوهش مویدی و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که شیوع اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی به ترتیب ۶۷ و ۵۰ درصد است و این مشکلات در جنس مونث، بیماران با دیابت نوع ۲ و افرادی که یکی از عوارض دیابت را دارند، بیشتر است. نتایج این مطالعه تأکید بر اهمیت ارزیابی روتین اختلالات روانپزشکی و نیاز به توجه به سلامت روانی بیماران دیابتی دارد. به طور کلی، نتایج این پژوهش‌ها بیانگر اهمیت تاب آوری و شفقت‌ورزی در کاهش اضطراب و بهبود وضعیت سلامت روانی بیماران دیابتی است. به علاوه، توجه به سلامت معنوی و ارزیابی مداوم مشکلات روحی و روانی در این بیماران می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی آنها کمک کند.

فرضیه سوم: رابطه بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی

یافته‌های پژوهش حاضر به وضوح نشان می‌دهند که بین اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی رابطه‌ای معکوس وجود دارد. به عبارت دیگر، افزایش سطح اضطراب با کاهش بهزیستی روان‌شناختی همراه است و بالعکس. این نتیجه تأیید می‌کند که اضطراب به عنوان یکی از عوامل منفی تأثیرگذار بر سلامت روان، می‌تواند به طور قابل توجهی بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر منفی بگذارد.

این یافته‌ها با مطالعات پیشین همخوانی دارند. به‌طور خاص، پژوهش‌های شمس و همکاران (۱۳۹۹) نیز نشان داده‌اند که کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان هدف‌های مؤثر در بهبود سلامت روانی افراد، به ویژه بیماران دیابتی، مورد توجه قرار گیرند. به‌علاوه، حیدریان و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی که بر روی اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که این درمان تأثیر معناداری در کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی دارد. درمان مبتنی بر هیجان با تمرکز بر آگاهی از هیجانات و مدیریت آن‌ها، می‌تواند راهکاری مؤثر برای کاهش اضطراب و بهبود سلامت روانی به ویژه در بیماران دیابتی باشد. همچنین، بخشی و همکاران (۱۳۹۹) با بررسی مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان و نقش امید به زندگی به‌عنوان میانجی، نشان دادند که اضطراب مرگ به‌طور مستقیم بر بهزیستی روان‌شناختی و امید تأثیر دارد و می‌تواند به‌عنوان متغیر میانجی در نظر گرفته شود. این نتایج تأکید می‌کنند که توجه به اضطراب مرگ و امید به زندگی می‌تواند در ارتقای بهزیستی روان‌شناختی سالمندان مؤثر باشد. از سوی دیگر، قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی دیگر به بررسی اثربخشی فن رهاسازی هیجانی پرداختند و نشان دادند که این تکنیک می‌تواند باعث کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی شود. فن رهاسازی هیجانی با آزادسازی انرژی‌های مسدود شده در بدن و جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی، به کاهش اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی کمک می‌کند. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر و مطالعات پیشین همگی تأکید می‌کنند که کاهش اضطراب و بهبود بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند به‌عنوان اهداف کلیدی در برنامه‌های درمانی و ارتقای سلامت روانی در نظر گرفته شود. بنابراین، توصیه می‌شود که مداخلات روان‌شناختی و درمانی به‌طور خاص بر کاهش اضطراب و ارتقای بهزیستی روان‌شناختی تمرکز کنند تا به نتایج بهتری در بهبود سلامت روانی افراد دست یابند.

نتیجه‌گیری کلی

این پژوهش به‌طور کلی نشان می‌دهد که تاب‌آوری و شفقت‌ورزی نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی دارند و می‌توانند به‌عنوان استراتژی‌های مؤثر در کاهش اضطراب و بهبود سلامت روان بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرند. همچنین، تأکید بر تقویت تاب‌آوری و شفقت‌ورزی می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی این بیماران کمک کند. باتوجه به اینکه این پژوهش در مرحله ابتدایی خود قرار دارد و نیاز به تحقیقات بیشتر برای تعمیم‌پذیری یافته‌ها وجود دارد، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران دیگر به این عرصه وارد شده و به بررسی دقیق‌تر و گسترش این موضوع بپردازند.

تشکر و سپاس

بدین وسیله، از کلینیک گابریک که به‌عنوان مرکزی تخصصی برای بیماران دیابتی نقش مؤثری در این پژوهش ایفا نمود، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنیم. همکاری و حمایت‌های ارزنده این مرکز در جمع‌آوری داده‌ها و فراهم کردن امکانات لازم برای تحقیق، به‌طور قابل توجهی به پیشبرد این پروژه کمک کرد.

منابع :

- آل یاسین، س.، داوودی، ح.، و نعمت‌اللهی، م. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (اکت) بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری زنان دیابتی نوع ۲. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲*(۴)، ۹۰۴-۹۱۲.
- بشارت، م. (۱۳۸۶). تاب‌آوری، آسیب‌پذیری و سلامت روانی. *مجله علوم روان‌شناختی، ۶*(۲۴)، ۳۷۳-۳۸۳. <https://sid.ir/paper/93076/fa>
- فیروز کوهی، م.، ر. قادری، گ.، حسین‌زاده، آ.، و عالی، ح. (۱۴۰۱). بررسی علائم روان‌شناختی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ براساس احساس کارآمدی، کیفیت زندگی و شفقت‌ورزی به خود. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۱۰*(۴)، ۱۹۷۶-۱۹۸۹.
- عیسی‌نژاد، م.، و حیدریان، ز. (۱۳۹۸). بررسی نقش تاب‌آوری و شفقت‌ورزی به خود در بهزیستی روان‌شناختی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی و سلامت، ۱۷*(۴)، ۲۵۰-۲۶۵.
- هاشمی، ز.، آقاجانی هاشجین، ط.، و شکرگزار، ع. (۱۴۰۰). رابطه بهزیستی معنوی با سلامت روان، تاب‌آوری و امید به زندگی در بیماران قلبی-عروقی بیمارستان جم شهر تهران. *پژوهش در دین و سلامت، ۸*(۳)، ۳۸-۵۲.
- میکائیلی‌منبع، س. (۱۳۸۹). بهزیستی روان‌شناختی و مدل‌های مربوطه. *مجله روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۲۷*(۱)، ۵۵-۷۰.
- مومنی، ف.، شهیدی، ش.، موتابی، ف.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خودشفقت‌ورزی. *مجله روان‌شناسی معاصر، ۸*(۲)، ۲۷-۴۰.
- مویدی، ف.، زارع، ش.، و نیک‌بخت، ع. (۱۳۹۳). بررسی اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت بندرعباس. *مجله پزشکی هرمزگان، ۱۸*(۱)، ۶۵-۷۱. <https://sid.ir/paper/60608/fa>

- موسوی، س. م.، خواجه‌وند خوشلی، ا.، اسدی، ج.، و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهزیستی ذهنی زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک. *پرستار و پزشک در رزم، ۷*(۲۵)، ۵۷-۶۸.
- نوروزی، ش.، مرادی، ل.، اسماعیلی، م.، و پورشمس، م. (۱۴۰۱). فراوانی اختلال اضطراب منتشر و افسردگی در بیماران سالمند مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۱۱*(۱)، ۴۳-۵۲.
- شمس، س.، حیدری، ش.، و فخری، م. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و بهزیستی روان‌شناختی بر اضطراب و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل، ۸*(۳).
- سوداگر، س.، و رامبد، م. (۱۳۹۶). شیوع استرس، اضطراب و افسردگی و ارتباط آن‌ها با سلامت معنوی در بزرگسالان مبتلا به دیابت. *علوم پزشکی صدر، ۶*(۱)، ۱-۱۰. <https://sid.ir/paper/238885/fa>
- قاسم زاده، ع.، قمری، م.، و حسینیان، س. (۱۳۹۸). اثربخشی فن رهاسازی هیجانی در کاهش اضطراب و افزایش بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان. *راهبردهای آموزش در علوم پزشکی، ۱۲*(۴)، ۱۳۵-۱۴۵. <https://sid.ir/paper/396005/fa>
- بخشی، ن.، یشنگ، س.، جعفری، ن.، و قربان شیرودی، ش. (۱۳۹۹). ارائه مدل بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس امید به زندگی با میانجی‌گری اضطراب مرگ. *آموزش بهداشت و ارتقای سلامت ایران، ۸*(۳)، ۲۸۳-۲۹۳. <https://sid.ir/paper/966141/fa>
- حیدریان، س.، صیرفی، م.، ر.، کلهرنیا، م.، جمهری، ف.، و بقولی، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر هیجان بر اضطراب و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳*(۲)، ۲۳۸۰-۲۳۹۰. <https://sid.ir/paper/950307/fa>
- مقامی، ا. (۱۴۰۱). بهزیستی روان‌شناختی. تهران: انتشارات توانمندان.
- عسکرشاهی، ن. (۱۴۰۲). تاب‌آوری و ارتقای کیفیت زندگی. *اندیشه صعود*.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Resilience, 15*(2), 121-135.

Bonanno, R. G. (2008). Psychological resilience: What are we measuring? *Developmental Psychology, 44*(3), 876-893. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.876>

Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*(2), 76-82.

Huo, X., Zhang, Y., Wu, C., Huang, X., & Yang, M. (2020). The impact of type 2 diabetes on physical and psychological health: A review of recent literature. *Frontiers in Endocrinology, 11*, 146. <https://doi.org/10.3389/fendo.2020.00146>

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4*(4), 99-104.

Sterling, P., & Eyer, J. (2010). Allostasis: A model of predictive regulation. *Psychosomatic Medicine, 72*(5), 333-341. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181c56b42>

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2001). *Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering*. Sage Publications.

World Health Organization. (2020). *Diabetes and mental health*. *Global Report on Diabetes*, 45-56. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062596>