



The Relationship of Self-Efficacy and Self-Compassion with Adherence to Treatment among Patients with Diabetes in Tehran

Shahram. Nematzadeh Gatabi^{1*}, Shirin. Arabi Naeini²

¹ Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Ro. C, Islamic Azad University, Roudehen, Iran

² Master's Degree in Clinical Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Roudehen, Iran

* Corresponding author email address: shahram.nematzadeh@gmail.com

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Nematzadeh Gatabi, S., & Arabi Naeini, S. (2025). The Relationship of Self-Efficacy and Self-Compassion with Adherence to Treatment among Patients with Diabetes in Tehran. *Longevity*, 3(4), 1-17.

<https://doi.org/10.61838/kman.longevity.71>



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

The present study aimed to investigate the relationship between self-efficacy and self-compassion with adherence to treatment among patients with diabetes in Tehran. This applied study was conducted using a descriptive-correlational design. The statistical population consisted of all female members of the Tehran Diabetes Association during the second half of 2023–2024, from which 250 participants were selected through purposive sampling. Data were collected using Fatemi's Treatment Adherence Questionnaire, the Schwarzer and Jerusalem General Self-Efficacy Scale, and Neff's Self-Compassion Scale. Descriptive statistics including mean and standard deviation, as well as inferential analyses including multivariate regression analysis, multivariate analysis of variance, and independent t-test, were performed using SPSS version 21. The regression analysis indicated that self-efficacy positively and significantly predicted treatment adherence ($\beta=0.152$, $p<0.01$), explaining 22.8% of the variance in adherence to treatment. Furthermore, adding self-compassion to the regression model increased the explained variance to 29.1%, and self-compassion also significantly and positively predicted treatment adherence ($\beta=0.256$, $p<0.01$). The findings demonstrated that patients with higher levels of self-efficacy and self-compassion showed greater adherence to medical recommendations and treatment regimens. The findings suggest that self-efficacy and self-compassion are important psychological factors associated with improved treatment adherence among patients with diabetes. Therefore, psychological and educational interventions aimed at strengthening these variables may enhance self-care behaviors and improve treatment outcomes in diabetic patients. Integrating psychological support alongside medical treatment can play a significant role in reducing complications and improving patients' quality of life.

Keywords: *Self-efficacy, self-compassion, treatment adherence, diabetes, diabetic patients*

Extended Abstract

Introduction

Diabetes is one of the most prevalent chronic metabolic disorders worldwide and is considered a major public health challenge due to its long-term physical, psychological, and social consequences. Effective management of diabetes requires continuous adherence to treatment recommendations, including medication adherence, dietary control, blood glucose monitoring, and lifestyle modification. However, many patients experience difficulties maintaining treatment adherence over time, which may lead to severe complications, reduced quality of life, and increased healthcare costs. Therefore, identifying psychological factors associated with adherence to treatment has become an important area of research in health psychology and behavioral medicine.

Among the psychological variables associated with health-related behaviors, self-efficacy has received substantial attention. According to Bandura's social cognitive theory, self-efficacy refers to an individual's belief in their ability to organize and execute the actions necessary to manage prospective situations (Bandura, 1997). Individuals with higher self-efficacy tend to show greater persistence, motivation, and resilience in dealing with stressful situations and health challenges. Schwarzer emphasized that self-efficacy plays a significant role in self-regulation, emotional control, and adaptive coping behaviors (Schwarzer, 1992). Previous studies have demonstrated that self-efficacy is positively associated with psychological well-being, stress management, and health-promoting behaviors (Brown, 1999; Jackson, 2002; Pajares & Schunk, 2002). Furthermore, research has shown that higher self-efficacy is associated with lower levels of anxiety and depression and greater adaptation to chronic diseases (Hashemian, 2010; Mir Samiei, 2006; Muris, 2002).

Another important psychological construct related to adaptive functioning and health behaviors is self-compassion. Neff defined self-compassion as treating oneself with kindness, understanding, and acceptance during moments of failure, suffering, or inadequacy (Neff, 2016). Self-compassion consists of self-kindness, common humanity, and mindfulness. Individuals with high levels of self-compassion are less likely to engage in self-criticism and emotional avoidance and are more capable of coping adaptively with life stressors (Strauss et al., 2016). Studies have demonstrated that self-compassion is associated with lower levels of depression, anxiety, rumination, and loneliness, and higher levels of resilience and psychological well-being (Akin, 2010; Allen et al., 2012; Ehret et al., 2015; Imtiaz, 2016; Raes, 2010).

Compassion-focused interventions have also been shown to improve emotional regulation, quality of life, and mental health outcomes in various populations (Gilbert, 2014; Leaviss & Uttley, 2015). Research findings indicate that compassion-focused therapy contributes to reductions in shame, self-criticism, and emotional distress (Braehler et al., 2013; Heriot-Maitland et al., 2014; Kelly et al., 2017). Additionally, studies on patients with chronic illnesses have shown that self-compassion positively influences self-management abilities and quality of life (Benzo et al., 2015; Nery-Hurwit et al., 2018). In Iranian studies, compassion-based interventions have demonstrated effectiveness in improving psychological well-being, emotional regulation, happiness, and quality of life among various groups, including women with breast cancer, older adults, and mothers of children with developmental disorders (Ahmadpour et al., 2017; Babaei Garmkhani et al., 2019; Darvishi & Khayatan, 2017; Farokhzadian & Mir Derikvand, 2017; Ghanavati et al., 2018; Taher Karami et al., 2018).

Although previous research has highlighted the importance of self-efficacy and self-compassion separately, limited studies have simultaneously examined their relationship with adherence to treatment among patients with diabetes. Given the chronic nature of diabetes and the necessity of continuous self-management, understanding the role of these psychological factors may contribute to the development of more effective interventions aimed at improving treatment adherence. Therefore, the present study aimed to investigate the relationship of self-efficacy and self-compassion with adherence to treatment among women with diabetes in Tehran.

Methods and Materials

The present study employed an applied descriptive-correlational design. The statistical population consisted of all women who were members of the Tehran Diabetes Association during the second half of the year 2023–2024. A total of 250 participants were selected through purposive sampling. Participation was voluntary, and informed consent was obtained from all participants before data collection.

Data were collected using three standardized questionnaires. Adherence to treatment was assessed using Fatemi's Treatment Adherence Questionnaire, which evaluates dimensions such as commitment to treatment, participation in treatment, adaptation ability, and integration of treatment into daily life. Self-efficacy was measured using the General Self-Efficacy Scale developed by Schwarzer and Jerusalem. Self-compassion was assessed using Neff's Self-Compassion Scale, which measures self-kindness, mindfulness, common humanity, self-judgment, isolation, and over-identification.

Data collection was conducted online. Participants completed the questionnaires electronically after receiving information regarding the study objectives and confidentiality procedures. Descriptive statistics, including means and standard deviations, were calculated. Inferential analyses included multivariate regression analysis, multivariate analysis of variance, and independent t-tests. Statistical analyses were performed using SPSS version 21, and significance levels were considered at $p < 0.05$.

Findings

The descriptive findings indicated that the mean age of participants was 35.96 years with a standard deviation of 7.15 years. Regarding educational level, 38% of participants had a diploma or lower educational attainment, 5.2% had an associate degree, 46.8% had a bachelor's degree, and 10% had postgraduate education.

Regression analysis showed that self-efficacy significantly and positively predicted adherence to treatment among patients with diabetes. The regression model for self-efficacy was statistically significant ($F=18.09$, $p < 0.001$). The coefficient of determination ($R^2=0.228$) indicated that self-efficacy explained approximately 22.8% of the variance in treatment adherence. The standardized beta coefficient for self-efficacy was significant ($\beta=0.152$, $p < 0.01$), suggesting that higher levels of self-efficacy were associated with increased adherence to treatment recommendations.

In the second step of the regression analysis, self-compassion was added to the predictive model. The inclusion of self-compassion increased the coefficient of determination to $R^2=0.291$, indicating that the combined variables explained 29.1% of the variance in adherence to treatment. The increase in explained variance ($\Delta R^2=0.063$) was statistically significant ($\Delta F=10.76$, $p < 0.001$). The standardized beta

coefficient for self-compassion was also significant ($\beta=0.256$, $p<0.01$), demonstrating that higher self-compassion was associated with better treatment adherence among patients with diabetes.

Overall, the findings revealed that both self-efficacy and self-compassion had positive and significant relationships with adherence to treatment. Participants with higher levels of self-efficacy and self-compassion demonstrated greater commitment to treatment recommendations, medication adherence, and self-care behaviors.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that self-efficacy and self-compassion are significant psychological predictors of adherence to treatment among women with diabetes. Patients with higher self-efficacy beliefs were more likely to engage consistently in treatment-related behaviors and maintain adherence to medical recommendations. These findings support the theoretical assumptions of social cognitive theory, which emphasizes the importance of perceived competence and personal control in health behavior regulation. Individuals who believe in their ability to manage disease-related challenges are more motivated to perform adaptive health behaviors and persist despite difficulties.

The results also highlighted the important role of self-compassion in treatment adherence. Patients with higher self-compassion appeared to respond to illness-related stress with greater emotional balance, acceptance, and self-kindness. Rather than engaging in self-criticism and hopelessness, self-compassionate individuals may adopt healthier coping strategies and remain committed to self-care behaviors. This adaptive emotional approach likely facilitates better adherence to treatment routines and long-term disease management.

The findings are consistent with previous studies indicating that self-compassion contributes to improved emotional regulation, reduced psychological distress, and enhanced quality of life. In chronic illness contexts, self-compassion may serve as a protective factor that helps patients cope with emotional burdens and maintain positive health behaviors. Likewise, self-efficacy contributes to greater confidence in disease management and strengthens individuals' motivation to follow treatment plans effectively.

The combined predictive effect of self-efficacy and self-compassion suggests that both cognitive and emotional resources are essential for successful diabetes management. Self-efficacy provides patients with confidence in their ability to manage treatment tasks, while self-compassion promotes emotional resilience and reduces the negative psychological effects associated with chronic illness. Therefore, interventions designed to improve adherence to treatment in diabetic patients should consider both psychological constructs simultaneously.

The study has several practical implications. Healthcare professionals, psychologists, and diabetes educators may benefit from integrating self-efficacy enhancement strategies and compassion-based interventions into diabetes management programs. Educational workshops, counseling sessions, and psychological support services focused on strengthening patients' confidence and emotional self-care may improve adherence to treatment and overall well-being.

Despite its contributions, the study was limited to women with diabetes in Tehran, which may restrict the generalizability of the findings to other populations. In addition, the use of self-report measures may have introduced response biases. Future studies are recommended to examine these variables in more

diverse samples and through longitudinal and experimental designs to better understand causal relationships.

In conclusion, the present study demonstrated that self-efficacy and self-compassion play significant roles in predicting adherence to treatment among patients with diabetes. Enhancing these psychological capacities may improve self-care behaviors, treatment adherence, and quality of life in individuals living with chronic illnesses such as diabetes.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in conducting the present study.

Acknowledgments

We sincerely thank all the elderly participants who, despite the numerous challenges we faced, supported us in completing this research.

Authors' Contributions

All authors contributed equally to the conception and design of the study, data collection, analysis and interpretation of the findings, drafting the manuscript, critical revision for important intellectual content, and approval of the final version. All authors take responsibility for the integrity of the work.

Ethical Considerations

This study was conducted in compliance with all ethical principles in human research.

Data Transparency

The data and sources used in this study will be made available upon request from the corresponding author, in compliance with copyright regulations.

Funding

The authors declare that no financial support was received for the research and/or publication of this article.

رابطه خودکارآمدی و شفقت به خود با پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت شهر تهران

شهرام نعمت زاده کتابی^۱، شیرین اعرابی نائینی^۲

۱. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: shahram.nematzadeh@gmail.com

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

نعمت زاده کتابی، شهرام، و اعرابی نائینی، شیرین. (۱۴۰۴). رابطه خودکارآمدی و شفقت به خود با پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت شهر تهران. *طول عمر*، ۳(۴)، ۱-۱۷.



© ۱۴۰۴ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین خودکارآمدی و شفقت به خود با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت شهر تهران بود. پژوهش حاضر از نوع کاربردی و با روش توصیفی-همبستگی انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان عضو انجمن دیابت شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود که از میان آنان ۲۵۰ نفر به شیوه هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه پیروی از درمان فاطمی، مقیاس خودکارآمدی عمومی شوارتزر و جروسالم و پرسشنامه شفقت به خود نف گردآوری شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از تحلیل رگرسیون چندمتغیره، تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تی مستقل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی به طور مثبت و معنادار پیروی از درمان را پیش‌بینی می‌کند ($\beta=0.152, p<0.01$) و حدود ۲۲.۸ درصد از واریانس پیروی از درمان را تبیین نمود. همچنین با ورود متغیر شفقت به خود به مدل، میزان تبیین واریانس به ۲۹.۱ درصد افزایش یافت و شفقت به خود نیز به صورت مثبت و معنادار پیروی از درمان را پیش‌بینی کرد ($\beta=0.256, p<0.01$). یافته‌ها نشان دادند که زنان دارای سطوح بالاتر خودکارآمدی و شفقت به خود، پایبندی بیشتری به توصیه‌ها و برنامه‌های درمانی داشتند. بر اساس یافته‌های پژوهش، خودکارآمدی و شفقت به خود از عوامل روان‌شناختی مؤثر بر افزایش پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت هستند. بنابراین تقویت این متغیرها از طریق مداخلات آموزشی و روان‌شناختی می‌تواند موجب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و بهبود روند درمان بیماران دیابتی شود. توجه به مؤلفه‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند نقش مهمی در کاهش عوارض بیماری و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران ایفا کند.

کلیدواژگان: خودکارآمدی، شفقت به خود، پیروی از درمان، دیابت، بیماران دیابتی

مقدمه

دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن غیرواگیر در جهان است که به دلیل ماهیت پیش‌رونده، نیازمند مراقبت مداوم، پایبندی مستمر به درمان و مدیریت طولانی‌مدت رفتارهای سلامت‌محور است. این بیماری نه تنها عملکرد جسمانی بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بلکه ابعاد روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی زندگی آنان را نیز با چالش‌های جدی مواجه می‌سازد. کنترل موفق دیابت مستلزم رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی منظم، مصرف دارو، کنترل مداوم قند خون و پیروی از توصیه‌های درمانی است. با این حال، بسیاری از بیماران در حفظ و تداوم رفتارهای درمانی با دشواری مواجه هستند و همین مسئله موجب تشدید عوارض جسمانی و روانی بیماری می‌شود. در سال‌های اخیر، پژوهشگران تأکید ویژه‌ای بر نقش عوامل روان‌شناختی در بهبود پیروی از درمان و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مزمن داشته‌اند و متغیرهایی نظیر خودکارآمدی و شفقت به خود به عنوان عوامل کلیدی در این زمینه مورد توجه قرار گرفته‌اند (Bandura, 1997; Neff, 2016; Schwarzer, 1992).

خودکارآمدی یکی از مهم‌ترین سازه‌های روان‌شناسی سلامت است که نخستین بار توسط بندورا مطرح شد و به باور فرد نسبت به توانایی خود در سازماندهی و اجرای رفتارهای لازم برای دستیابی به اهداف خاص اشاره دارد (Bandura, 1997). افرادی که سطح بالایی از خودکارآمدی دارند، در مواجهه با مشکلات و فشارهای زندگی، احساس کنترل بیشتری بر شرایط داشته و در انجام رفتارهای سلامت‌محور پایداری بیشتری نشان می‌دهند. بندورا معتقد بود که خودکارآمدی نقش اساسی در انتخاب رفتار، میزان تلاش، استمرار در فعالیت‌ها و مقابله با موانع دارد (Bandura, 1997). در همین راستا، شوارتزر نیز خودکارآمدی را عاملی مهم در کنترل افکار، هیجان‌ها و رفتارهای مرتبط با سلامت معرفی می‌کند (Schwarzer, 1992). مطالعات مختلف نشان داده‌اند که خودکارآمدی با کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و همچنین افزایش سلامت روان و عملکرد فردی مرتبط است (Hashemian, 2010; Mir Samiei, 2006; Muris, 2002). افزون بر این، پژوهش‌ها بیانگر آن هستند که خودکارآمدی بالا موجب بهبود عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی افراد می‌شود (Brown, 1999; Garcia, 2002; Decaso, 2006; Jackson, 2002).

در حوزه سلامت، خودکارآمدی نقش تعیین‌کننده‌ای در رفتارهای مراقبت از خود و پایبندی به درمان دارد. افرادی که باور بیشتری به توانایی‌های خود دارند، بهتر می‌توانند رژیم‌های درمانی را دنبال کرده، رفتارهای ناسالم را کنترل کنند و در برابر فشارهای ناشی از بیماری مقاومت نشان دهند (Kurbanoglu et al., 2006; Pajares & Schunk, 2002). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی با احساس توانمندی، خودتنظیمی و سازگاری روان‌شناختی ارتباط مستقیم دارد (Abdollahi, 2006; Hamidipour, 2004). مطالعات انجام‌شده در محیط‌های آموزشی و سازمانی نیز نشان داده‌اند که افراد دارای خودکارآمدی بالا، عملکرد مؤثرتر و اضطراب کمتری تجربه می‌کنند (Mohammadkhani, 2001; Taherizadeh et al., 2011). بنابراین، می‌توان انتظار داشت که در بیماران مبتلا به دیابت نیز خودکارآمدی نقش مهمی در افزایش پیروی از درمان و بهبود کیفیت زندگی ایفا کند.

در کنار خودکارآمدی، مفهوم شفقت به خود نیز در سال‌های اخیر به عنوان یکی از سازه‌های مهم روان‌شناسی مثبت‌گرا مورد توجه قرار گرفته است. نف، شفقت به خود را نوعی نگرش مهربانانه، غیرقضاوتگرانه و پذیرنده نسبت به خود در زمان تجربه شکست، درد یا ناکامی تعریف می‌کند (Neff, 2016). شفقت به خود شامل سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود، احساس انسانیت مشترک و ذهن‌آگاهی است. افراد دارای شفقت به خود بالا، به جای سرزنش و انتقاد شدید از خود، با نگرشی حمایت‌گرانه و دلسوزانه با مشکلات و ناکامی‌های خود برخورد می‌کنند.

(Strauss et al., 2016). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با سلامت روان، رضایت از زندگی و تاب‌آوری ارتباط مثبت دارد و می‌تواند نقش محافظتی در برابر اضطراب و افسردگی ایفا کند (Allen et al., 2012; Pauley & McPherson, 2010; Raes, 2010). شفقت به خود همچنین در تنظیم هیجان و کاهش خودانتقادی نقش مؤثری دارد. پژوهشگران نشان داده‌اند افرادی که شفقت بیشتری نسبت به خود دارند، کمتر درگیر نشخوار ذهنی، اضطراب و احساس شرم می‌شوند و در مواجهه با فشارهای روانی عملکرد سازگارانه‌تری دارند (Ehret et al., 2015; Imtiaz, 2016). علاوه بر این، شفقت به خود می‌تواند باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی شود (Akin, 2010; Van Dam et al., 2011). در مطالعه‌ای، مونتیرو و همکاران نشان دادند که شفقت به خود نقش محافظتی مهمی در برابر علائم افسردگی و اضطراب در زنان در معرض خطر ایفا می‌کند (Monteiro et al., 2019). همچنین نتایج پژوهش نری-هرویت و همکاران نشان داد که شفقت به خود و تاب‌آوری با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران مبتلا به ام‌اس رابطه مثبت دارد (Nery-Hurwit et al., 2018).

از منظر درمانی نیز شفقت به خود مورد توجه گسترده قرار گرفته است. درمان متمرکز بر شفقت که توسط گیلبرت توسعه یافت، یکی از رویکردهای نوین درمانی برای کاهش شرم، خودانتقادی و مشکلات هیجانی است (Gilbert, 2014). این رویکرد بر توسعه احساس امنیت، مهربانی و پذیرش نسبت به خود تأکید دارد و مطالعات متعددی اثربخشی آن را در بهبود مشکلات روان‌شناختی نشان داده‌اند (Heriot-Heriot et al., 2015; Maitland et al., 2014; Leaviss & Uttley, 2015). پژوهش‌های انجام‌شده بر روی بیماران مبتلا به اختلالات مختلف حاکی از آن است که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش کیفیت زندگی، کاهش افسردگی و ارتقای سلامت روان می‌شود (Braehler et al., 2013; Judge et al., 2012; Kelly et al., 2017). همچنین این رویکرد در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن و خانواده‌های آنان نیز نتایج مثبتی به همراه داشته است (Benzo et al., 2015; Collins et al., 2018; Danucalov et al., 2017).

مطالعات داخلی نیز اهمیت شفقت به خود را در بهبود وضعیت روان‌شناختی و کیفیت زندگی افراد تأیید کرده‌اند. برای مثال، پژوهش احمدپور و همکاران نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی در دانشجویان دارای شکست عاطفی می‌شود (Ahmadpour et al., 2017). همچنین پژوهش‌های انجام‌شده بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان، سالمندان، مادران کودکان مبتلا به اوتیسم و زنان یائسه نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت به خود موجب افزایش بهزیستی روانی، شادکامی و کیفیت زندگی می‌شود (Darvishi & Khayatan, 2017; Farokhzadian & Mir Derikvand, 2017; Ghanavati et al., 2018; Taher Karami et al., 2018). افزون بر این، مطالعات دیگری نشان داده‌اند که شفقت به خود می‌تواند در بهبود تنظیم هیجان، رضایت زناشویی و کاهش احساس تنهایی نقش مؤثری داشته باشد (Babaei Garmkhani et al., 2019; Ekhtiari Sadegh et al., 2018; Ghasemi et al., 2019).

پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که شفقت به خود با رفتارهای سلامت‌محور و مراقبت از خود رابطه مستقیم دارد. افرادی که نسبت به خود نگرشی مهربانانه دارند، در زمان بیماری یا فشار روانی، انگیزه بیشتری برای مراقبت از سلامت خود نشان می‌دهند و کمتر به رفتارهای آسیب‌زا روی می‌آورند (Pauley & McPherson, 2010; Raes, 2010). در بیماران مزمن، شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی حمایتی عمل کند و موجب افزایش پذیرش بیماری و پایبندی به درمان شود. همچنین، این سازه در کاهش شرم، احساس گناه و خودسرزنشگری ناشی از بیماری نقش مهمی دارد (Gilbert, 2014; Irons & Lad, 2017). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شفقت به خود با کیفیت زندگی و خودمدیریتی بیماری در بیماران مزمن مرتبط است (Benzo et al., 2015; Nery-Hurwit et al., 2018).

با وجود اهمیت روزافزون خودکارآمدی و شفقت به خود در سلامت روان و جسم، هنوز پژوهش‌های محدودی به بررسی همزمان این دو متغیر در ارتباط با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت پرداخته‌اند. از سوی دیگر، زنان مبتلا به دیابت به دلیل فشارهای چندگانه

جسمانی، هیجانی و اجتماعی، بیش از سایر گروه‌ها در معرض مشکلات ناشی از عدم پایبندی به درمان قرار دارند. بنابراین، شناسایی عوامل روان‌شناختی مؤثر بر پیروی از درمان در این گروه می‌تواند در طراحی مداخلات مؤثر و ارتقای سلامت آنان نقش مهمی ایفا کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی و شفقت به خود با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت شهر تهران انجام شد.

روش پژوهش

این تحقیق از نظر هدف کاربردی بود که به شیوه تحقیقات میدانی به جمع‌آوری داده‌ها می‌پردازد و از حیث روش توصیفی از نوع، همبستگی بود. مطالعه توصیفی آنچه را که هست توصیف و تفسیر می‌کند و به شرایط یا روابط موجود، عقاید متداول، فرایندهای جاری، آثار مشهود و یا روندهای در حال گسترش توجه دارد و توجه آن به زمان حال است، هر چند غالباً رویدادها و آثار گذشته را نیز به شرایط موجود مربوط می‌شوند توجه می‌دهد. نکته مهم در روش تحقیق همبستگی نیز آن است که این تحقیق هرگز رابطه علت و معلولی را تبیین نمی‌کند، بلکه صرفاً یک رابطه را توصیف می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان عضو شده در انجمن دیابت شهر تهران در نیمه دوم (بازه زمانی مهرماه تا اسفندماه) سال ۱۴۰۲ بود. در تحلیل رگرسیون چند متغیری نسبت تعداد نمونه (مشاهدات) به متغیرهای مستقل نباید از ۵ کمتر باشد. در غیر این صورت نتایج حاصل از معادله رگرسیون چندان تعمیم‌پذیر نخواهد بود. از دیدگاه کلاین (۱۹۹۰) در نظر گرفتن ۲۰ مشاهده به ازای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چند گانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد، یک قاعده سرانگشتی خوب به حساب می‌آید. $Q < n < 20Q$ که در آن Q تعداد متغیرهای مشاهده شده (۱ متغیر خودکارآمدی و ۷ متغیر برای خودشفقت ورزی و مولفه هایش) و n حجم نمونه است. که در این پژوهش ۸ متغیر پیش‌بین وجود دارد که حجم نمونه مکفی ۱۶۰ نفر بود و از طرفی نیز به دلیل پیش‌بینی ریزش آزمودنی، حجم گروه نمونه به ۲۵۰ نفر افزایش پیدا کرد. بنابراین حجم نمونه نهایی ۲۵۰ نفر محاسبه شد که مبنای مطالعه قرار گرفته است. گروه نمونه به صورت غیرتصادفی و هدفمند انتخاب شدند. سپس نمونه‌ها با میل خود از زنان انجمن دیابت وارد پژوهش شدند.

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از دو روش زیراستفاده شد:

مطالعات کتابخانه‌ای: یکی از مهمترین منابع علمی، گزارش‌ها و مدارک موجود درباره طرح‌های تحقیقاتی و پایان‌نامه‌های دانشجویی است که هر محقق می‌تواند با توجه به موضوع خود از آنها استفاده کند. همچنین مطالعه کتب، مجلات و مقالات به محقق کمک می‌کند تا چارچوب نظری خود را شکل دهد. در این تحقیق نیز محقق با بررسی و مراجعه به اسناد و مدارک در کتابخانه‌ها و سایت‌های مختلف به جمع‌آوری ادبیات و پیشینه‌های تحقیق پرداخته است.

مطالعات میدانی: جهت جمع‌آوری داده‌ها و جوابگویی به سؤالات پژوهش از روش میدانی به صورت آنلاین استفاده شد.

پرسشنامه پیروی از درمان: در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه پیروی از درمان بیماران مبتلا به بیماری مزمن استفاده شد. این پرسش‌نامه در سال ۱۳۹۷ توسط سید فاطمی طراحی و روانسنجی شد که شامل ۴۰ سوال درحیطه‌های اهتمام در درمان (۹سوال) - تمایل به مشارکت در درمان (۷سوال) - توانایی تطابق (۷سوال) - تلفیق درمان با زندگی (۵سوال) - چسبیدن به درمان (۴سوال) - تعهد به درمان (۵سوال) - تدبیر در اجرای درمان (۳سوال) می‌باشد. براساس این پرسش‌نامه کسب امتیاز بین ۱۰۰-۷۵ درصد به معنای پیروی از درمان بسیار خوب، امتیاز ۷۴-۵۰ به معنای پیروی از درمان خوب، امتیاز ۴۹-۲۶ درصد به معنای پیروی از درمان متوسط و کسب امتیاز ۲۵-۰ درصد به معنای پیروی از درمان ضعیف در نظر گرفته شد. روایی این پرسش‌نامه با استفاده از روایی صوری و به دو شیوه کیفی و کمی انجام شد و اعتبار آن هم با آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه خودکارآمدی: این مقیاس ۱۰ گویه‌ای به وسیله شوارترز و جروسالم^۱ (۱۹۷۹) تدوین شده است. نتایج بسیاری از تحقیقات نشان داده اند که بین نمرات این مقیاس و هیجانات مثبت، خوش بینی و رضایت شغلی رابطه مثبت و بین نمرات این مقیاس و افسردگی، اضطراب، استرس، فرسودگی و شکایات مربوط به سلامتی رابطه منفی وجود دارد (جروسالم و شوارترز، ۱۹۷۹). و در حال حاضر برای پیش‌بینی سازگاری پس از دگرگونی‌های زندگی و ارزیابی اثربخشی کارهای بالینی و دگرگون سازی رفتار به کار می‌رود. آزمودنی‌ها باید در یک مقیاس ۴ درجه‌ای از ۱ (اصلاً درست نیست) تا ۴ (کاملاً درست است) میزان درست بودن هر گویه در مورد خودشان را مشخص کنند. نمره گویه‌ها با هم جمع می‌شود تا نمره کلی به دست آید و هر چه نمره بالاتر باشد، احساس عمومی خودکارآمدی فرد بالاتر است. کمترین و بیشترین نمره این مقیاس ۱۰ و ۴۰ است (مرادی، ۱۳۹۸). برای این مقیاس دامنه بالای همسانی درونی (۰/۸۲-۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی بالا گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ آن در نمونه ایرانی با اجرا بر روی ۳۰ نفر از دختران نوجوان محروم از پدر (۰/۸۵) گزارش شده است. پایایی بازآزمایی مقیاس خودکارآمدی عمومی با اجرا بر روی ۵ نمونه مختلف، در فاصله زمانی ۶ ماه، ۰/۶۷ و در فاصله زمانی یکسال ۰/۵۵ تا ۰/۷۰ و در فاصله زمانی دو سال ۰/۴۷ تا ۰/۶۳ به دست آمده است.

پرسشنامه استاندارد شفقت ورزی به خود نف (۲۰۰۷): پرسشنامه شفقت ورزی به خود توسط نف در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است. این مقیاس دارای ۲۶ گویه است با یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (تقریباً هر گز تا تقریباً همیشه)، با سؤالاتی مانند: (من درباره اشتباهات و بی‌کفایتی‌های خود به قضاوت می‌نشینم و آنها را تایید نمی‌کنم. وقتی که در مورد بی‌کفایتی‌هایم فکر می‌کنم، بیشتر احساس تنهایی می‌کنم و فکر می‌کنم متفاوت از بقیه افراد جهان هستم). شفقت ورزی به خود را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای سه مقیاس دو قطبی: مهربانی با خود در برابر قضاوت و داوری در برابر خود؛ انسانیت مشترک در برابر انزوا؛ به‌شیراری در مقابل همانند سازی افراطی است. این ۶ زیر مقیاس در مجموع واریانس کل را تبیین می‌کنند. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس، مهربانی نسبت به خود (۱۹، ۲۶، ۱۲، ۲۳، ۵)؛ قضاوت خود (۲، ۲۰، ۲۴ و ۶)؛ به‌شیراری (۱، ۱۶، ۱، ۲۱، ۱۱ و ۸)؛ همانند سازی افراطی (۱۰، ۷، ۱۵، ۳)؛ اشتراکات انسانی (۲۵، ۴، ۱۳، ۱۸)؛ و انزوا (۱۷، ۲۲، ۱۴، ۹) می‌باشد. اعتبار یا روایی با این مسئله سر و کار دارد که یک ابزار اندازه‌گیری تا چه حد چیزی را اندازه می‌گیرد که ما فکر می‌کنیم) سرمد و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش (خسروی و همکاران، ۱۳۹۲) روایی پرسشنامه توسط اساتید و متخصصان این حوزه تأیید شده است. قابلیت اعتماد یا پایایی یک ابزار عبارت است از درجه ثبات آن در اندازه‌گیری هر آنچه اندازه می‌گیرد یعنی اینکه ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. در پژوهش خسروی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمده است.

پس از تأیید پروپوزال و هماهنگی‌های لازم با استاد مربوطه، پژوهشگر اقدام برای دست‌یابی به گروه نمونه کرد. سپس پژوهشگر، به زنان مبتلا به دیابت دست‌یافت و از زنانی که مشتاق برای شرکت در پژوهش بودند، دعوت به عمل آورد. پس از انتخاب افراد مشارکت‌کننده، پژوهش‌گر، خود را معرفی نموده و توضیح کوتاهی در ارتباط با پژوهش داد و در صورت توافق، ابزارهای سنجش و فرم رضایت از شرکت در پژوهش که به صورت الکترونیکی طراحی شده بود در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. به مشارکت‌کنندگان توضیح داده شد که نوشتن نام و نام‌خانوادگی الزامی نیست و نتایج پژوهش به صورت گروهی مورد بررسی قرار خواهد گرفت و آنان می‌توانند صرفاً در صورت تمایل از آگاهی از نتایج آزمون، نام خود را ذکر نمایند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش برای ۲۰۰ شرکت‌کننده به مدت ۶۸ روز طول کشید. با بررسی

1. Schwarzer & Jerusalem

پرسشنامه‌ها و کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش در نهایت پرسشنامه‌های سالم تحلیل شدند. بعد از گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های آزمودنی‌ها با روش‌های آماری مناسب تجزیه و تحلیل گردیدند. پس از گردآوری داده‌ها، نتایج برای بررسی و تجزیه و تحلیل آماری آماده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دویخس آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که در بخش توصیفی نمودار توزیع نرمال، میانگین، انحراف استاندارد و در بخش استنباطی تحلیل واریانس چند متغیره و تی مستقل محاسبه شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار spss ویرایش ۲۱ استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح ۰/۰۵ بررسی شد.

یافته‌ها

همچنان که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد در پژوهش حاضر ۶۸ نفر (۲۷/۲ درصد) از شرکت کنندگان کمتر از ۳۰ سال، ۴۷ نفر (۱۸/۸ درصد) ۳۱ تا ۳۵ سال، ۷۷ نفر (۳۰/۸ درصد) ۳۶ تا ۴۰ سال و ۵۸ نفر (۲۳/۲ درصد) بالاتر از ۴۰ سال داشتند. گفتنی است که میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان به ترتیب ۳۵/۹۶ و ۷/۱۵ بود.

جدول ۱

توصیف گروه نمونه بر اساس سن شرکت کنندگان

سن	فراوانی	درصد
کمتر از ۳۰ سال	۶۸	۲۷/۲
۳۱ تا ۳۵ سال	۴۷	۱۸/۸
۳۶ تا ۴۰ سال	۷۷	۳۰/۸
بالاتر از ۴۰ سال	۵۸	۲۳/۲
کل	۲۵۰	۱۰۰

جدول شماره ۲ گروه نمونه را بر اساس میزان تحصیلات توصیف می‌کند.

جدول ۲

توصیف گروه نمونه بر اساس میزان تحصیلات شرکت کنندگان

میزان تحصیلات	فراوانی	درصد
دیپلم و زیر دیپلم	۹۵	۳۸
کاردانی	۱۳	۵/۲
کارشناسی	۱۱۷	۴۶/۸
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲۵	۱۰
کل	۲۵۰	۱۰۰

جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میزان تحصیلات ۹۵ نفر (۳۸ درصد) از شرکت کنندگان دیپلم و زیر دیپلم، ۱۳ نفر (۵/۲ درصد) کاردانی، ۱۱۷ نفر (۴۶/۸ درصد) کارشناسی و ۲۵ نفر (۱۰ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر بود.

جدول ۳

نتایج تحلیل رگرسیون چند متغیری در پیش بینی پیروی از درمان براساس مؤلفه‌های خودکارآمدی و شفقت به خود

متغیرها	b	SE	β	t	سطح معناداری
گام اول (خودکارآمدی)	۰/۲۸۹	۰/۳۷۷	۰/۱۵۲	۰/۷۶	۰/۴۴۵
					$R^2=۰/۲۲۸$ و $adjR^2=۰/۲۱۵$
					$F(۱, ۲۴۸)=۱۸/۰۹, P<۰/۰۰۱$
گام دوم (شفقت به خود)	۰/۱۶۳	۰/۱۶۲	۰/۲۵۶	۱/۰۱	۰/۳۱۸
					$\Delta R^2=۰/۰۶۳$
					$R^2=۰/۲۹۱$ و $adjR^2=۰/۲۷۳$
					$F(۶, ۲۴۳)=۱۶/۶۱, P<۰/۰۰۱$
					$\Delta F=۱۰/۷۶, P=۰/۰۰۱$

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد، خودکارآمدی به صورت معنادار پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی می‌کند) $p < ۰/۰۱$ ، $F(۱, ۲۴۸) = ۱۸/۰۹$ ، ارزش ضریب همبستگی‌های چند گانه (R^2) برابر با $۰/۲۲۸$ بود. این موضوع نشان می‌دهد که خودکارآمدی $۲۲/۸$ درصد از واریانس پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی می‌کند. بررسی ضرایب رگرسیون بین متغیرهای خودکارآمدی و پیروی از درمان نشان داد که خودکارآمدی ($\beta = ۰/۱۵۲, p < ۰/۰۱$) به صورت مثبت و در سطح معناداری $۰/۰۱$ پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی می‌کند. بدین ترتیب در آزمون فرضیه اول چنین نتیجه گیری شد که خودکارآمدی به صورت مثبت و معنادار پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی می‌کند.

براساس نتایج جدول ۳ با ورود شفقت به خود به معادله پیش بینی در گام دوم، ارزش R^2 به $۰/۲۹۱$ رسید. بنابراین ورود شفقت به خود به معادله پیش بینی باعث شد تا $۲۹/۱$ درصد از واریانس پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت تبیین شود. ارزش تغییرات R^2 (ΔR^2) برابر با $۰/۰۶۳$ بود. این یافته بدان معناست که با ورود شفقت به خود در معادله پیش بینی و با کنترل سهم خودکارآمدی، مقدار واریانس تبیین شده پیروی از درمان زنان مبتلا به دیابت $۶/۳$ درصد افزایش یافته است که به لحاظ آماری در سطح $۰/۰۱$ معنا دار است ($P < ۰/۰۱$)، $\Delta F = ۱۰/۷۶$ ، بررسی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد که شفقت به خود به صورت مثبت و معنادار پیروی از درمان را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی می‌کند ($\beta = ۰/۲۵۶, p < ۰/۰۱$). بدین ترتیب نتیجه گیری شد که شفقت به خود می‌تواند پیروی از درمان بیماران مبتلا به دیابت را پیش بینی کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی و شفقت به خود با پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت شهر تهران انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که خودکارآمدی با پیروی از درمان رابطه مثبت و معناداری دارد و می‌تواند بخشی از واریانس مربوط به پایبندی بیماران به درمان را پیش‌بینی کند. همچنین نتایج نشان داد که شفقت به خود نیز رابطه مثبت و معناداری با پیروی از درمان دارد و با ورود این متغیر به مدل رگرسیونی، میزان تبیین واریانس پیروی از درمان افزایش یافت. این یافته‌ها بیانگر آن است که هرچه بیماران مبتلا به دیابت از احساس توانمندی بیشتری در مدیریت شرایط زندگی و بیماری خود برخوردار باشند و نگرشی مهربانانه‌تر و پذیرنده‌تر نسبت به خود داشته باشند، میزان پایبندی آنان به توصیه‌های درمانی، مصرف دارو، رژیم غذایی و رفتارهای مراقبتی افزایش خواهد یافت.

در تبیین رابطه مثبت بین خودکارآمدی و پیروی از درمان می‌توان به نظریه شناختی-اجتماعی بندورا اشاره کرد. بندورا معتقد است که خودکارآمدی نقش اساسی در انتخاب رفتار، میزان تلاش، استمرار در انجام فعالیت‌ها و مقاومت در برابر موانع دارد (Bandura, 1997). افرادی که باور بیشتری نسبت به توانایی‌های خود دارند، در مواجهه با دشواری‌های ناشی از بیماری، احساس کنترل بیشتری تجربه می‌کنند و در نتیجه انگیزه بالاتری برای رعایت برنامه‌های درمانی از خود نشان می‌دهند. از این منظر، بیماران مبتلا به دیابت که سطح بالاتری از خودکارآمدی دارند، احتمال بیشتری دارد که رژیم غذایی، کنترل قند خون و مصرف داروها را به صورت منظم دنبال کنند. یافته حاضر با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند خودکارآمدی با رفتارهای سلامت‌محور، سازگاری روان‌شناختی و بهبود عملکرد فردی رابطه مثبت دارد (Brown, 1999; Pajares & Schunk, 2002; Schwarzer, 1992).

نتایج این پژوهش همچنین با یافته‌های مطالعات مرتبط با خودکارآمدی در حوزه سلامت همخوانی دارد. برای مثال، پژوهش‌های انجام‌شده نشان داده‌اند که افراد دارای خودکارآمدی بالا در مواجهه با فشارهای روانی و بیماری‌ها، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری استفاده می‌کنند و سطح اضطراب و افسردگی کمتری دارند (Mir Samiei, 2006; Muris, 2002). همچنین هاشمیان نشان داد که خودکارآمدی با کاهش استرس و افزایش توانمندی روانی ارتباط دارد (Hashemian, 2010). این مسئله در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دوچندان دارد؛ زیرا مدیریت این بیماری نیازمند احساس کنترل، نظم شخصی و استمرار در رفتارهای درمانی است. در واقع، بیماری‌هایی که خود را در کنترل شرایط ناتوان می‌بینند، ممکن است نسبت به رعایت درمان بی‌انگیزه شوند یا در مواجهه با دشواری‌ها سریع‌تر تسلیم شوند.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش نشان داد که شفقت به خود نیز نقش مهمی در پیش‌بینی پیروی از درمان دارد. این یافته با دیدگاه نف درباره شفقت به خود همسو است. نف، شفقت به خود را توانایی فرد در برخورد مهربانانه، پذیرنده و غیرقضاوتگرانه با خویش در شرایط دشوار تعریف می‌کند (Neff, 2016). افرادی که دارای شفقت به خود بالاتری هستند، هنگام تجربه شکست یا دشواری، کمتر خود را سرزنش می‌کنند و بیشتر به دنبال راه‌حل‌های سازگارانه می‌روند. در بیماران مبتلا به دیابت، چنین نگرشی می‌تواند موجب شود فرد به جای ناامیدی و احساس درماندگی، با پذیرش شرایط بیماری، انگیزه بیشتری برای پیروی از درمان و مراقبت از خود داشته باشد.

یافته حاضر با مطالعات متعدد داخلی و خارجی در زمینه شفقت به خود هماهنگ است. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که شفقت به خود با سلامت روان، کیفیت زندگی، تاب‌آوری و کاهش اضطراب و افسردگی رابطه مثبت دارد (Allen et al., 2012; Raes, 2010; Van Dam et al., 2011). همچنین اهرت و همکاران نشان دادند که شفقت به خود می‌تواند نقش محافظتی در برابر افسردگی و خودانتقادی ایفا کند (Ehret et al., 2015). از آنجا که بیماران مبتلا به دیابت اغلب با فشارهای روانی، نگرانی نسبت به آینده و محدودیت‌های ناشی از بیماری مواجه هستند، شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی حمایتی عمل کرده و توان مقابله آنان را افزایش دهد.

پژوهش حاضر همچنین با نتایج مطالعات مربوط به درمان متمرکز بر شفقت همسو است. گیلبرت معتقد است که شفقت به خود از طریق فعال‌سازی نظام آرامش‌بخش روانی، موجب کاهش احساس شرم، اضطراب و خودسرزنشگری می‌شود (Gilbert, 2014). این دیدگاه با یافته‌های پژوهش‌های براهلر و همکاران، هرپوت-میتلند و همکاران و کلی و همکاران مطابقت دارد که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت را در کاهش مشکلات هیجانی و بهبود کیفیت زندگی نشان داده‌اند (Braehler et al., 2013; Heriot-Maitland et al., 2014; Kelly et al., 2017). همچنین لیویس و اولتی در مرور نظام‌مند خود گزارش کردند که مداخلات مبتنی بر شفقت تأثیر قابل توجهی بر بهبود سلامت روان و کاهش آسیب‌های هیجانی دارند (Leaviss & Uttley, 2015).

در تبیین تأثیر شفقت به خود بر پیروی از درمان می‌توان بیان کرد که افراد دارای شفقت به خود بالا، هنگام مواجهه با مشکلات ناشی از بیماری، کمتر درگیر احساس گناه و خودسرزنشگری می‌شوند و بیشتر از راهبردهای سازگارانه برای مدیریت شرایط استفاده می‌کنند.

این افراد معمولاً نسبت به سلامت خود احساس مسئولیت بیشتری دارند و در نتیجه رفتارهای خودمراقبتی مؤثرتری نشان می‌دهند. در همین راستا، پژوهش بنزو و همکاران نشان داد که شفقت به خود با توانایی خودمدیریتی بیماری و کیفیت زندگی در بیماران مزمن مرتبط است (Benzo et al., 2015). همچنین پژوهش نری-هرویت و همکاران نشان داد که شفقت به خود با کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن رابطه مثبت دارد (Nery-Hurwit et al., 2018).

نتایج پژوهش حاضر با مطالعات داخلی انجام‌شده در زمینه شفقت به خود نیز همخوان است. احمدپور و همکاران نشان دادند که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش سرمایه روان‌شناختی می‌شود (Ahmadpour et al., 2017). همچنین در پژوهش‌های درویشی و خیاطان، فرخزادیان و میر دریکوند و قنواتی و همکاران مشخص شد که آموزش شفقت به خود موجب افزایش شادکامی، کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی می‌شود (Darvishi & Khayatan, 2017; Farokhzadian & Mir Derikvand, 2017; Ghanavati et al., 2018). این نتایج نشان می‌دهد که شفقت به خود نه تنها بر وضعیت هیجانی افراد تأثیر مثبت دارد، بلکه می‌تواند انگیزه آنان را برای مراقبت از سلامت جسمی و روانی افزایش دهد.

افزون بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعات مرتبط با تنظیم هیجان و روابط بین‌فردی نیز هماهنگ است. پژوهش بابایی گرمخانی و همکاران نشان داد که مداخلات مبتنی بر شفقت موجب بهبود تنظیم هیجان و رضایت زناشویی می‌شود (Babaei Garmkhani et al., 2019). همچنین پژوهش قاسمی و همکاران حاکی از آن بود که درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی می‌توانند صمیمیت و تنظیم هیجان را بهبود بخشند (Ghasemi et al., 2019). از آنجا که تنظیم هیجان و کاهش تنش‌های روانی در بیماران مزمن نقش مهمی در پیروی از درمان دارد، می‌توان نتیجه گرفت که شفقت به خود از طریق بهبود تنظیم هیجان و کاهش آشفتگی روانی، پایبندی به درمان را افزایش می‌دهد.

همچنین نتایج پژوهش حاضر با مطالعات انجام‌شده بر روی گروه‌های خاص مانند سالمندان، زنان یائسه و مادران کودکان دارای اختلال هماهنگ است. برای مثال، اختیاری صادق و همکاران نشان دادند که شفقت به خود با کاهش احساس تنهایی در سالمندان ارتباط دارد (Ekhtiari Sadegh et al., 2018). همچنین پژوهش نواب و همکاران و طاهر کرمی و همکاران نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت موجب افزایش کیفیت زندگی، امید به زندگی و تاب‌آوری می‌شود (Navab et al., 2018; Taher Karami et al., 2018). این یافته‌ها نشان می‌دهد که شفقت به خود می‌تواند در شرایط دشوار زندگی، به عنوان یک منبع روان‌شناختی مهم عمل کند.

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که خودکارآمدی و شفقت به خود از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر بر پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت هستند. بیماران دارای خودکارآمدی بالا، باور بیشتری نسبت به توانایی خود در کنترل بیماری دارند و در نتیجه رفتارهای درمانی را با جدیت بیشتری دنبال می‌کنند. همچنین بیماران دارای شفقت به خود بالا، با نگرشی مهربانانه‌تر و پذیرنده‌تر نسبت به خویشتن، در برابر فشارهای ناشی از بیماری سازگاری بیشتری نشان داده و رفتارهای مراقبتی مؤثرتری انجام می‌دهند. بنابراین توجه به این دو سازه روان‌شناختی در برنامه‌های آموزشی و درمانی بیماران دیابتی می‌تواند نقش مهمی در افزایش پیروی از درمان و بهبود کیفیت زندگی آنان ایفا کند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه آماری به زنان مبتلا به دیابت شهر تهران اشاره کرد که تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی را با احتیاط همراه می‌سازد. همچنین استفاده از ابزارهای خودگزارشی ممکن است تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گرفته باشد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم کنترل کامل متغیرهای مداخله‌گر مانند وضعیت اقتصادی، شدت بیماری و حمایت اجتماعی اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این متغیرها در گروه‌های سنی، جنسیتی و فرهنگی متفاوت بررسی شوند تا امکان تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج فراهم گردد. همچنین اجرای مطالعات طولی و مداخله‌ای برای بررسی تأثیر آموزش خودکارآمدی و شفقت به خود بر بهبود پیروی از درمان در بیماران دیابتی می‌تواند مفید باشد. علاوه بر این، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجان، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و پیروی از درمان پیشنهاد می‌شود.

در حوزه کاربردی، نتایج این پژوهش می‌تواند برای روان‌شناسان، مشاوران، پزشکان و متخصصان حوزه سلامت مفید باشد. طراحی برنامه‌های آموزشی و روان‌شناختی با هدف تقویت خودکارآمدی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند به بهبود رفتارهای خودمراقبتی و افزایش پایبندی به درمان منجر شود. همچنین ادغام مداخلات مبتنی بر شفقت و توانمندسازی روان‌شناختی در مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از بیماران دیابتی می‌تواند در ارتقای سلامت روان و جسم این بیماران نقش مؤثری ایفا کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی افرادی که با پژوهشگران همکاری صمیمانه‌ای داشتند، تشکر نمایند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

این پژوهش با رعایت تمامی اصول اخلاق در پژوهش‌های انسانی انجام شده است.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Abdollahi, B. (2006). The Role of Self-Efficacy in Employee Empowerment. *Tadbir*(168), 35-40.
- Ahmadpour, Dizaji, Zaharakar, K., & Kiamanesh, A. (2017). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Well-Being Therapy on Psychological Capital of Female Students with Romantic Breakup. *Woman and Culture*, 9(31), 7-21.
- Akin, A. (2010). Self-Compassion and Loneliness. *International online journal of educational sciences*, 2(3), 702-718.
- Allen, A. B., Goldwasser, E. R., & Leary, M. R. (2012). Self-Compassion and Well-Being among Older Adults. *Self and identity*, 11(4), 428-453.

- Babaei Garmkhani, M., Kassaei, A., Zaharakar, K., & Asadpour, E. (2019). Effectiveness of Compassion-Based Group Counseling on Emotion Regulation Strategies and Marital Satisfaction in Unfaithful Women with Cyber Infidelity. *Family Counseling and Psychotherapy*, 9(2), 73-92.
- Bandura, A. (1997). Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change. *Psychological review*, 84, 191-215.
- Benzo, R., Kirsch, J., Abascal-Bolado, B., & Dulohery, M. M. (2015). Impact of Self-Compassion on Quality of Life, Emotions and Self-Management Abilities in COPD. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring Change Processes in Compassion Focused Therapy in Psychosis: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Brown, B. L. (1999). Self-Efficacy Beliefs and Career Development. *ERIC Digest*(205).
- Collins, R. N., Gilligan, L. J., & Poz, R. (2018). The Evaluation of a Compassion-Focused Therapy Group for Couples Experiencing a Dementia Diagnosis. *Clinical Gerontologist*, 41(5), 474-486.
- Danucalov, M. A. D., Kozasa, E. H., Afonso, R. F., Galduroz, J. C. F., & Leite, J. R. (2017). Yoga and Compassion Meditation Program Improve Quality of Life and Self-Compassion in Family Caregivers of Alzheimer's Disease Patients: A Randomized Controlled Trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85-91.
- Darvishi, S., & Khayatan, F. (2017). The Effect of Self-Compassion Training on Happiness and Quality of Life among Mothers of Children with Autism. *Exceptional Children*, 17(4), 119-128.
- Ehret, A. M., Joermann, J., & Berking, M. (2015). Examining Risk and Resilience Factors for Depression: The Role of Self-Criticism and Self-Compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504.
- Ekhtiari Sadegh, M., Imani Naeini, M., & Mirzamohammadi, M. H. (2018). Predicting Loneliness in Elderly Men in Kermanshah Based on Self-Compassion, Spirituality, and Islamic Lifestyle. *Journal of Research on Religion and Health*, 4(2), 69-80.
- Farokhzadian, A. A., & Mir Derikvand, F. (2017). Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy on Increasing Psychological Well-Being and Reducing Depression in Older Adults. *Aging Psychology*, 3(4), 293-302.
- Garcia, J. N., & Decaso, A. M. (2006). Changes in Writing Self-Efficacy and Writing Products and Processes through Specific Training in the Self-Efficacy Beliefs of Students with Learning Disabilities. *Contemporary Educational Psychology*.
- Ghanavati, S. A., Bahrami, F., Goodarzi, K., & Roozbehani, M. (2018). Effectiveness of Compassion-Based Therapy on Quality of Life and Happiness in Women with Breast Cancer in Ahvaz. *Nursing Education*, 7(2), 53-61.
- Ghasemi, M., Bagheri, F., & Kiamanesh, A. (2019). Comparison of the Effectiveness of Group Therapy Based on Mindfulness and Acceptance and Commitment Techniques (ACT) on Forgiveness, Emotional Regulation and Marital Intimacy. *Bioethics Journal*, 8(29), 87-98.
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Hamidipour, R. (2004). *Relationship between School Climate and Personal Efficacy of School Counselors* Tarbiat Moallem University].
- Hashemian, F. (2010). *Relationship between Self-Efficacy and Employee Stress in the Agricultural Jihad Organization of Qom University of Qom Campus*].
- Heriot-Maitland, C., Vidal, J. B., Ball, S., & Irons, C. (2014). A Compassionate-Focused Therapy Group Approach for Acute Inpatients: Feasibility, Initial Pilot Outcome Data, and Recommendations. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 78-94.
- Imtiaz, S. (2016). Rumination, Optimism, and Psychological Well-Being among the Elderly: Self-Compassion as a Predictor. *Journal of Behavioural Sciences*, 26(1), 32-50.
- Irons, C., & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3(1), 1743.
- Jackson, J. (2002). Enhancing Self-Efficacy and Learning Performance. *Journal of Experimental Education*, 3, 243-254.
- Judge, L., Cleghorn, A., McEwan, K., & Gilbert, P. (2012). An Exploration of Group-Based Compassion Focused Therapy for a Heterogeneous Range of Clients Presenting to a Community Mental Health Team. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 420-429.
- Kelly, A. C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C., & Hoffman, E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 475-487.
- Kurbanoglu, S. S., Akkoyunlu, B., & Umay, A. (2006). Developing the Information Literacy Self-Efficacy Scale. *Journal of Documentation*, 62(6), 730-743.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic Benefits of Compassion-Focused Therapy: An Early Systematic Review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945.
- Mir Samiei, M. (2006). *Relationship between Self-Efficacy, Social Support, and Test Anxiety with Mental Health among Male and Female Students of Allameh Tabataba'i University* Allameh Tabataba'i University].

- Mohammadkhani, P. (2001). Occupational Stress Sources among a Group of Welfare Organization Personnel in Iran. *Rehabilitation Journal, 1*(1), 1-11.
- Monteiro, F., Fonseca, A., Pereira, M., Alves, S., & Canavarro, M. C. (2019). What Protects At-Risk Postpartum Women from Developing Depressive and Anxiety Symptoms? The Role of Acceptance-Focused Processes and Self-Compassion. *Journal of affective disorders, 246*, 522-529.
- Muris, P. (2002). Relationship between Self-Efficacy and Symptoms of Anxiety Disorder and Depression in a Normal Adolescent Sample. *Personality and individual differences, 32*, 337-348.
- Navab, M., Dehghani, A., & Salehi, M. (2018). Effect of Compassion-Based Group Therapy on Quality of Life and Changes in Goals and Priorities among Mothers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Mental Health, 5*(1), 127-137.
- Neff, K. D. (2016). The Self-Compassion Scale Is a Valid and Theoretically Coherent Measure of Self-Compassion. *Mindfulness, 7*(1), 264-274.
- 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. *Disability and Health Journal, 11*(2), 256-261.
- Pajares, F., & Schunk, D. H. (2002). The Development of Academic Self-Efficacy. *American Anthropologist, 22*-38.
- Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The Experience and Meaning of Compassion and Self-Compassion for Individuals with Depression or Anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*(2), 129-143.
- Raes, F. (2010). Rumination and Worry as Mediators of the Relationship between Self-Compassion and Depression and Anxiety. *Personality and individual differences, 48*(6), 757-761.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Hemisphere.
- Strauss, C., Taylor, B. L., Gu, J., Kuyken, W., Baer, R., Jones, F., & Cavanagh, K. (2016). What Is Compassion and How Can We Measure It? A Review of Definitions and Measures. *Clinical psychology review, 47*, 15-27.
- Taher Karami, Z., Hosseini, O., & Dasht Bozorgi, Z. (2018). Effectiveness of Self-Compassion-Based Therapy on Resilience, Self-Differentiation, Life Expectancy, and Psychological Well-Being in Menopausal Women in Ahvaz. *Social Health, 5*(3), 189-197.
- Taherzadeh, Z., Salimi, G., & Salehizadeh, S. (2011). Relationship between University Professors' Communication Skills and Their Teaching Skills from Students' Perspectives. *Journal of Educational Leadership and Management, 5*(2), 95-116.
- Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-Compassion Is a Better Predictor than Mindfulness of Symptom Severity and Quality of Life in Mixed Anxiety and Depression. *Journal of anxiety disorders, 25*(1), 123-130.