

Structural modeling of psychological well-being based on self transcendence mediated by social support on patients with diabetes

Elham Zal¹, Hassn Rezaei-Jamaloei^{1*}, Mahdi Taheri²

1. Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran
2. Faculty of Humanities, Sadjad University, Mashhad, Iran

* Corresponding author e-mail: h.rezayi2@yahoo.com

Citation: Zal E, Rezaei-Jamaloei H, Taheri M . Structural modeling of psychological well-being based on Self transcendence Mediated by social support on patients with diabetes. Daneshvar Medicine 2022; 30(2):37-49. doi: 10.22070/DANESHMED.2022.15418.1147

Abstract

Background and Objective: Diabetes is one of the most common and costly chronic disease. Diabetes can have significant psychological effects on health. The present study aimed to investigate structural model of psychological well-being based on the theory of Self transcendence mediated by social support in patients with diabetes

Materials and Methods: The present study was a descriptive study that using structural equation modeling. We used available sampling for selecting 382 patients with diabetes type2 Referred to private diabetes clinics in Tehran in spring and summer 1400. Research tools included Psychological Well-being Questionnaire (PWBQ), Self-Transcendence Questionnaire (STQ) and Social Support Questionnaire (SSQ). The data were analyzed by SPSS21 and LISREL8.5 software.

Results: The proposed conceptual model approved all model fit indices (such as SRMR GFI, CFI, RMSEA) in an acceptable range to be good. Self transcendence had a strong and positive relationship with psychological well-being, social support had a positive relationship with each of the mentioned components. It had an intermediary role. In general, the research model had a good fit and the considered structural model was desirable.

Conclusion: Improving the Self transcendence was associated with improving social support and promoting psychological well-being and could be used as a psychological solution alongside medical treatments.

Keywords: Diabetes disease, Psychological well-being, Self transcendence and social support

Received: 21 Feb 2022
Last revised: 15 Jun 2022
Accepted: 20 Jun 2022

مدل ساختاری بهزیستی روان شناختی براساس خود فراروی با میانجی گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت

مقاله پژوهشی

نویسندگان: الهام ذال^۱، حسن رضایی جمالویی^{۱*}، مهدی طاهری^۲

۱. گروه روانشناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

۲. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه سجاده، مشهد، ایران

*نویسنده مسئول: حسن رضایی جمالویی Email: h.rezayi2@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی از شایع ترین و پرهزینه ترین بیماری های مزمن است. بهبود یا تشدید این بیماری به طور قابل توجهی از عوامل روانشناختی متأثر می شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری بهزیستی روان شناختی براساس نظریه خود فراروی و با میانجی گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی می باشد که به شیوه الگوی معادلات ساختاری اجرا شد. جامعه مورد نظر شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی دیابت سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه مورد بررسی به تعداد ۳۸۲ نفر و به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزارگردآوری اطلاعات شامل، پرسشنامه بهزیستی روانشناختی طبسی، پرسشنامه خود فراروی بزرگسالان لونسون و پرسشنامه حمایت اجتماعی فلمینگ بود. تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS21 و LISREL 8.5 انجام شد.

نتایج: مدل مفهومی پیشنهادی مورد تایید قرار گرفت تمامی شاخص های برازش مدل (همانند GFI، SRMR، CFI، RMSEA) در دامنه قابل قبول تا خوب قرار داشتند و الگوی مورد نظر از ساختار عاملی و برازش مطلوبی برخوردار بود. خود فراروی با حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی ارتباط مستقیم و قوی داشت. نقش میانجی گر حمایت اجتماعی مورد تایید قرار گرفت. **نتیجه گیری:** بهبود مؤلفه خود فراروی با بهبود حمایت اجتماعی و ارتقاء بهزیستی روانشناختی همراه بوده و می تواند به عنوان راهکاری روانشناختی در کنار درمان های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه های کلیدی: بیماری دیابت، بهزیستی روان شناختی، خود فراروی و حمایت اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۰۲

آخرین اصلاح ها: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۳۰

مقدمه

وجود هرنوع بیماری مزمن بر بهزیستی و کیفیت زندگی تاثیر گذار است. دیابت یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های مزمنی است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیماران ایجاد می‌کند. در دیابت نوع دوم که بیشتر در بالغین دیده می‌شود، انسولین تولید شده در پانکراس به خوبی عمل نمی‌کند. در این میان حدود ۹۰ درصد بیماران دیابتی دچار نوع دوم آن هستند (۱). ایران با شیوع بیش از ۹ درصد، جزء کشورهای با بیشترین میزان شیوع دیابت در جهان مطرح است و طبق آمار، تقریباً ۲۴ درصد از ایرانیان بزرگسال در معرض ابتلا به این بیماری قرار دارند (۲). از طرفی با توجه به ماهیت بیماری، دیابت در زمره اختلالاتی دسته بندی می‌شود که درمان قطعی ندارد ولی قابل کنترل است به همین دلیل مدیریت بیماری و عوارض ناشی از آن حیاتی است (۳). اغلب بیماران در معرض خطراتی مانند کنترل ضعیف عوارض بیماری، کیفیت پایین زندگی و مرگ و میر هستند. از طرفی این بیماری بر تمام جنبه‌های زندگی افراد تاثیرگذار است. به طوری که در چندین مطالعه مشخص شده که بیش از ۷۰ درصد افراد مبتلا به دیابت از وضع نامطلوب کیفیت زندگی رنج می‌برند (۴). همچنین افزایش تعداد مبتلایان به دیابت نوع دو نگاه جهانی را بر ارتقاء سطح کیفیت زندگی بیماران بر مبنای تامین سلامتی و بهزیستی روانشناختی معطوف داشته است. در مقابل بهزیستی روانشناختی بالا نیز عامل مهمی برای رشد، حفظ سلامت و کاهش عوارض بیماری است. بنابراین بهبود مولفه‌ی بهزیستی روانشناختی در این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. بهزیستی در مفهوم کلی به معنای زندگی خوب و برخورداری از ویژگی مطلوب زیستی است (۵). با توجه به این توضیحات، بیماران دیابتی برای ارتقا بهزیستی و درک معنای زندگی و دنیای اطراف فعالیت‌های رفتاری و شناختی متنوعی را می‌بایست انجام دهند. متأسفانه بسیاری از بیماران دیابتی به توصیه‌های پزشک خود جامعه عمل نمی‌پوشانند. از علل مهم بروز این رفتار در بیماران این است که دیابت اغلب با مشکلات و اختلال‌های روانی همراه است و این مشکلات توانایی بیمار را برای کنترل بیماری کاهش می‌دهند. کاهش توانایی بیماران

در کنترل دیابت مشکلات روانی آنان را تشدید می‌کند و باعث می‌شود بیماران در یک چرخه معیوب گرفتار شوند (۶). به عبارت دیگر بهبودی بیماران و سطح بهزیستی آنان تحت تأثیر مستقیم حمایت یا عدم حمایت دیگران (نزدیکان و جامعه) قرار دارد. بنابراین از عوامل حیاتی مرتبط با افزایش سطح بهزیستی روانشناختی بیماران وجود مؤلفه‌هایی نظیر کمک دیگران، حمایت اجتماعی و وجود پایگاهی حمایتی در افراد مبتلا به دیابت است به همین دلیل سازمان‌های مربوطه همواره بر مدیریت بهتر این بیماری و لزوم حمایت اجتماعی تاکید می‌کنند در مقابل بیمارانی که از کمک‌های فردی و اجتماعی محروم هستند و از حمایت اجتماعی ضعیفی برخوردارند نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آن را جدی، غیر قابل کنترل و مزمن می‌دانند و منفعلانه عمل می‌کنند، در نتیجه عملکرد ضعیفی داشته، ناتوانی‌های زیادی از خود نشان می‌دهند و از سطح زندگی پایین تری برخوردارند (۷). حمایت اجتماعی عبارت است از آگاهی و باور فرد به اینکه دوست داشته می‌شود، مورد توجه، با ارزش و قابل احترام است و به گروهی تعلق دارد که با هم در ارتباط بوده و تعهدات دو سویه‌ای نسبت به هم داشته باشند. پنج نوع حمایت اجتماعی وجود دارد: که شامل حمایت عاطفی، حمایت تعلق، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی یا ارزیابی و حمایت ارزشی یا تأییدی است (۸). برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به پیگیری رفتارهای خودکنترلی تشویق و او را به سمت بهبود سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند. پژوهش‌های متعددی تاثیر مثبت حمایت اجتماعی مطلوب بر بهزیستی روان شناختی را تایید می‌نمایند به طوری که بین حمایت اجتماعی ادراک شده و ابعاد بهزیستی روانشناختی، تسلط بر محیط و عوارض بیماری و رشد شخصی، رابطه مثبت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر بهزیستی روانشناختی متأثر از سطح حمایت اجتماعی ادراکی است و عملکرد روانشناختی افراد دیابتی با احساس حمایت اجتماعی آنها در ارتباط است (۹). از طرفی بهبود این دو مؤلفه مستلزم درک چالش‌های وجودی زندگی انسان است. رویکرد روان‌شناسی مثبت‌نگر به سلامت روان در سال‌های اخیر

راه را برای بهبودی و کنترل بیماری هموارتر می‌نماید تا مراحل بهبودی با سهولت و موفقیت بیشتری طی گردد. با توجه به این بینش، افراد دارای خود فراروی بالا، در مواجهه با بیماری و عوارض آن از کارایی بالاتری برخوردارند و در مقابله با هیجانات پخته‌تر رفتار می‌کنند (۱۵). اخیراً در کشورمان ایران درباره عوامل موثر بر بهزیستی روان شناختی تحقیقات خوبی انجام شده است اما در ارتباط با مولفه خود فراروی در کنار عامل حمایت اجتماعی خلاء مطالعاتی دیده می‌شود. در این مورد که خود فراروی با بهزیستی روان شناختی چگونه در تعامل است و ارتباط آنها با حضور میانجی‌گر، حمایت اجتماعی چگونه است؛ پژوهشی انجام نگرفته و از این لحاظ موضوعی کاملاً نو می‌باشد. با توجه به مطالب ذکر شده پژوهشگر در پی تدوین الگویی ساختاری از روابط بهزیستی روان شناختی مبتنی بر نظریه خود فراروی، با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش بنیادی است. جامعه پژوهش را بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که در بهار و تابستان سال ۱۴۰۰ به کلینیک‌های تخصصی دیابت شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دادند. از بین مراجعه‌کنندگان به این کلینیک‌ها تعداد ۳۸۲ نفر به صورت تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارا بودن پرونده پزشکی و حداقل سپری شدن مدت زمان ۶ ماهه از ابتلا به بیماری دیابت، محدوده سنی ۲۵ تا ۷۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم و توانایی پاسخ به سوال‌ها بود. معیارهای خروج از پژوهش نیز، شامل ابتلا به بیماری‌های مؤثر بر روند ارزیابی و پاسخ‌دهی آنان مانند: سرطان، مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و ابتلا هم‌زمان به سایر اختلالات جسمانی و روانی بود که در روند پژوهش اختلال ایجاد می‌کرد. جهت انجام این تحقیق کد اخلاق IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1400.157 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد دریافت شد. در ادامه از سه ابزار زیر جهت انجام پژوهش استفاده گردید: فرم کوتاه بهزیستی روان شناختی ریف

بر ویژگی‌های مثبت و رشد توانایی‌های فردی تأکید داشته و در واقع بر سلامت ذهنی دلالت دارد. این رویکرد رشد و تحول مشاهده شده در برابر چالش‌های وجودی زندگی را بررسی می‌کند و به شدت بر توسعه انسانی و ارتباطات و حمایت اجتماعی تأکید دارد؛ که به دنبال اهداف معنادار و برقراری روابط کیفی با دیگران است (۱۰). پایگاه‌های حمایت اجتماعی در زندگی می‌توانند ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی و در کل بهزیستی انسان را به شیوه‌ای مثبت شکل دهند. و این حمایت ادراک شده خود متأثر از احساس تعالی و رشد فردی است (۱۱). به طوری که عواملی مانند ارتقا توانمندی‌های شناختی، بهبود سطح زندگی، تأکید بر باورها، ارزش‌ها، تقویت ارتباطات و حمایت اجتماعی انسان‌ها از ابعاد نظریه خود فراروی تلقی می‌گردند. خود فراروی به معنای فراتر رفتن از مرزهای شخصی خود به منظور افزایش هشیاری نسبت به پنداشت‌ها، ارزش‌ها و انتظارات و گسترش آنها می‌باشد که موجب درک عمیقی از رویدادهای زندگی، پذیرش مرگ و حس معنویت می‌شود (۱۲).

مفهوم خود فراروی دارای دو بعد کلی می‌باشد که شامل هشیاری و ارتباط با دیگران و محیط اطراف و نیز افزایش بینش نسبت به باورها، ارزش‌ها و انتظارات افراد است. بدین سان خود فراروی قادر است با دیدگاهی کلی نسبت به جنبه‌های بین فردی گذشته، حال و آینده فرد همراه بوده و آگاهی وی را نسبت به تجربیات روزمره افزایش دهد (۱۳). در واقع، مفهوم خود فراروی گامی در جهت سازگاری با تغییرات ایجاد شده در زندگی است، به صورتی که باعث می‌شود فرد در محیط زندگی به فعالیت خود ادامه داده و در عین حال، برای کنترل بیماری خود نیز، تلاش نماید. و بر مشارکت در فعالیت‌های ارزشمند و تقویت ارتباط‌های مفید اجتماعی که زمینه‌ساز حمایت اجتماعی است تأکید دارد و موجب می‌شود که فرد بر پیگیری اهداف مناسب شخصی و اجتماعی خود تمرکز کند (۱۴). بدین سان مفهوم خود فراروی می‌تواند به عنوان عاملی مرتبط با مولفه‌های حمایت اجتماعی و بهزیستی روان‌شناختی در سطوح مختلف در نظر گرفته شود. نقش خود فراروی در رابطه با تحمل محدودیت‌های ناشی از عوارض دیابت از اهمیت بالایی برخوردار است و

به این معنی که به جز ماده های شماره ۷، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۴ که به صورت معکوس نمره گذاری می شود بقیه ماده های پرسشنامه پاسخ های «نادرست» صفر نمره و پاسخ «درست» یک نمره می گیرد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز ۰/۸۵ است (۱۸). قبل از ارائه پرسشنامه ها، توضیحات لازم مبنی بر رعایت حق بی نام بودن فرم های مذکور، توضیح اهداف و مراحل انجام مطالعه، اطمینان در مورد محرمانه بودن اطلاعات، در اختیار گذاشتن نتایج پژوهش برای مشارکت کنندگان در صورت درخواست آن ها و داوطلبانه و اختیاری بودن ورود به پژوهش و خروج از آن در هر مرحله از پژوهش، به تمامی داوطلبان داده شد. سپس پرسشنامه های مذکور در مراکز مورد نظر توسط محقق بین بیماران توزیع و تکمیل گردید.

نتایج

برای جمع آوری داده های این پژوهش، ۳۸۴ پرسشنامه توزیع شد. تعداد آزمودنی ها بعد از حذف موارد پرت از داده ها، به ۳۸۲ نفر کاهش یافت. در این بخش ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه، شامل جنسیت، سن، مدت بیماری و سطح تحصیلات مورد بررسی قرار گرفت. توزیع جنسیتی نشان داد که ۱۷۱ نفر (۴۴/۸ درصد) مرد و ۲۱۱ نفر (۵۵/۲ درصد) زن بودند. همچنین، میانگین سنی افراد گروه نمونه ۵۳/۷۷ سال و انحراف معیار آن $\pm ۸/۸۳$ بود. کمترین سن ۳۵ و بیشترین سن ۶۷ سال بود. علاوه بر این، میانگین مدت بیماری افراد گروه نمونه ۹/۴۰ سال، و انحراف معیار آن $\pm ۸/۸۳$ بود. کمترین مدت بیماری ۱ سال و بیشترین مدت بیماری ۳۰ سال بود. جدول شماره ۱ فراوانی و درصد آن را برای افراد گروه نمونه به تفکیک سطح تحصیلات نشان می دهد.

(RSPWB): این مقیاس شامل ۱۸ عبارت و دارای ۶ خرده مقیاس پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خود مختاری و استقلال، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی است. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت شش درجه ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۶ (کاملاً موافقم) نمره گذاری می شود؛ حداقل نمره قابل کسب در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمره ۱۰۸ می باشد. در این مقیاس هر چه فرد نمره بالاتری بگیرد، بیانگر بهزیستی روان شناختی بالاتر می باشد. آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۹۴ گزارش شده است (۱۶). پرسشنامه خود فراروی بزرگسالان (ASTI، ۲۰۰۵) است. این پرسشنامه دارای ۱۸ عبارت خود گزارشی می باشد. در این پرسشنامه از آزمودنی ها خواسته می شود تا نظر خود را در رابطه با ویژگی هایی که خود فراروی را ارزیابی می کند نسبت به پنج سال پیش مقایسه کنند. گویه ها در چهار نقطه لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) درجه بندی می شوند. در تحلیل عاملی این پرسشنامه دو عامل: از خود بیگانگی (سوالات: ۱۷، ۱۴، ۱۳، ۱۰، ۹، ۸، ۵، ۴) و خود فراروی (سوالات: ۱۸، ۱۶، ۱۵، ۱۲، ۱۱، ۷، ۶، ۳، ۲، ۱) مشخص شد.

که با هم همبستگی منفی دارند. حداقل نمره ی هر فرد در این پرسشنامه ۱۸ و حداکثر نمره ۷۲ است. و آلفای کرونباخ ۰/۶۳ گزارش شده است (۱۳). پرسشنامه حمایت اجتماعی (SSQ، ۲۰۰۵) دارای ۲۵ عبارت و ۵ خرده مقیاس حمایت ادراک شده عمومی، حمایت ادراک شده از خانواده، حمایت ادراک شده از دوستان، حمایت ادراک شده از همسالان و بالاخره عقیده و نظر درباره اهمیت حمایت اجتماعی را می سنجد (۱۷). در فرم نهایی خرده مقیاس مربوط به حمایت دوستان و همسایگان ترکیب شده اند و به صورت خرده مقیاس واحدی در آمده اند. شیوه نمره گذاری به صورت صفر (۰) و یک (۱) می باشد.

جدول ۱. فراوانی و درصد آن بر اساس سطح تحصیلات گروه نمونه

سطح تحصیلی	فراوانی	درصد فراوانی
دیپلم	۲۱۷	۵۶/۸
فوق دیپلم	۲۷	۷/۱
لیسانس	۱۰۹	۲۸/۶
فوق لیسانس	۲۵	۶/۵
دکتری	۴	۱
کل	۳۸۲	۱۰۰

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که افراد با مدرک تحصیلی دیپلم بیشترین فراوانی و افراد با مدرک تحصیلی دکتری کمترین فراوانی را در بین افراد گروه نمونه دارند.

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

آلفای کرونباخ	تعداد سوالات	بیشترین نمره	کمترین نمره	انحراف معیار	میانگین	متغیرها
۰/۸۸	۱۰	۴۰	۱۰	۵۶/۷	۰۳/۲۷	خودفراروی
۰/۸۷	۸	۳۲	۸	۹۲/۶	۱۶/۲۱	از خود بیگانگی
۰/۸۰	۷	۷	۰	۲۷/۲	۳۷/۴	خانواده
۰/۸۴	۷	۷	۰	۳۴/۲	۶۱/۴	دوستان
۰/۶۹	۶	۶	۰	۷۰/۱	۹۸/۳	حمایت عمومی
۰/۷۰	۵	۵	۰	۶۶/۱	۳۳/۲	عقیده در مورد حمایت
۰/۶۷	۳	۱۸	۳	۲۱/۴	۷۴/۱۱	پذیرش خود
۰/۶۷	۳	۱۸	۳	۷۰/۴	۱۹/۱۰	روابط مثبت
۰/۶۹	۳	۱۸	۳	۲۰/۴	۴۹/۱۲	خومختاری
۰/۵۹	۳	۱۸	۳	۴/۰۱	۲۱/۱۲	تسلط بر محیط
۰/۶۵	۳	۱۸	۳	۱۲/۴	۱۰/۱۲	زندگی هدفمند
۰/۶۳	۳	۱۸	۳	۳۳/۴	۷۴/۱۱	رشد فردی

ساختاری در جدول شماره ۳ آورده شده است. جهت اطمینان از برازش صحیح داده‌ها، چند مفروضه اصلی شامل داده‌های گمشده، نرمال بودن و هم خطی چند گانه مورد بررسی قرار گرفتند. برای بررسی نرمال بودن، از ضریب کجی و کشیدگی متغیرها استفاده شد. که همگی دارای قدر مطلق ضریب کجی کوچکتر از ۳ و قدر مطلق ضریب کشیدگی کوچکتر از ۱۰ بودند. همچنین بررسی نشان داد که ارزش‌های تحمل بدست آمده صفر هستند که نشان دهنده عدم تورم واریانس برای متغیرهای کوچکتر از ۱۰ و عدم هم خطی چند گانه بین متغیرهاست. برای بررسی مدل اندازه‌گیری در مدل مفهومی پژوهش (شکل ۱) از روش تحلیل عامل تأییدی استفاده شد. در این تحلیل

با توجه به جدول بالا بیشترین مقدار آلفای کرونباخ در بین متغیرها، مربوط به خود فراروی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و کمترین مقدار آن، مربوط به تسلط بر محیط، از ابعاد بهزیستی روانشناختی با آلفای کرونباخ ۰/۵۹ است؛ به طور کلی این نتایج نشان دهنده پایایی مناسب و قابل قبول متغیرهای مشاهده شده پژوهش است. نتایج آماره‌های توصیفی به طور خلاصه شامل میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه متغیرها در جدول شماره ۲ آمده است. شیوه اجرای پژوهش مدل معادلات ساختاری (جهت ارزیابی متغیرهای مکنون) بود (۱۹). جهت اندازه‌گیری اثرات غیرمستقیم، از روش بوت استرپ استفاده گردید (۲۰). شاخص‌های کلی برازش و تحلیل مدل معادلات

جدول ۳ شاخص های برازش مدل اندازه گیری را نشان می دهد.

زیر مقیاس های مربوط به متغیرهای مکنون پژوهش (خرده مقیاس ها) به عنوان نشانگرها یا متغیرهای مشاهده شده و سه متغیر خودفراروی، حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیرهای مکنون در نظر گرفته شد.

جدول ۳. شاخص های برازش مربوط به تحلیل عامل تأییدی مدل اندازه گیری

نوع شاخص نیکویی برازش	حدود شاخص برای برازش مورد قبول	حدود شاخص برای برازش خوب	حدود شاخص برای برازش عالی	اندازه مشاهده شده	نتیجه برازش
مقدار آماره $\chi^2(df)$	نسبت آماره χ^2 به آزادی کمتر از ۵	نسبت آماره χ^2 به درجه آزادی کمتر از ۳	نسبت آماره χ^2 به درجه آزادی کمتر از ۲	۷۱۲/۷۴ (۱۶۶)	قابل قبول
p-value آزمون χ^2				۰/۰۰۰	
نسبت آماره χ^2 به درجه آزادی				۴/۲۹	
RMSEA	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۹۲	قابل قبول
SRMR	کمتر از ۰/۱	کمتر از ۰/۰۸	کمتر از ۰/۰۵	۰/۰۵۵	خوب
CFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۹۰۳	خوب
NFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۸۷۸	قابل قبول
NNFI (TLI)	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۸۷۷	قابل قبول
GFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۸۶۰	قابل قبول
AGFI	بیشتر از ۰/۸	بیشتر از ۰/۹	بیشتر از ۰/۹۵	۰/۸۰۹	قابل قبول

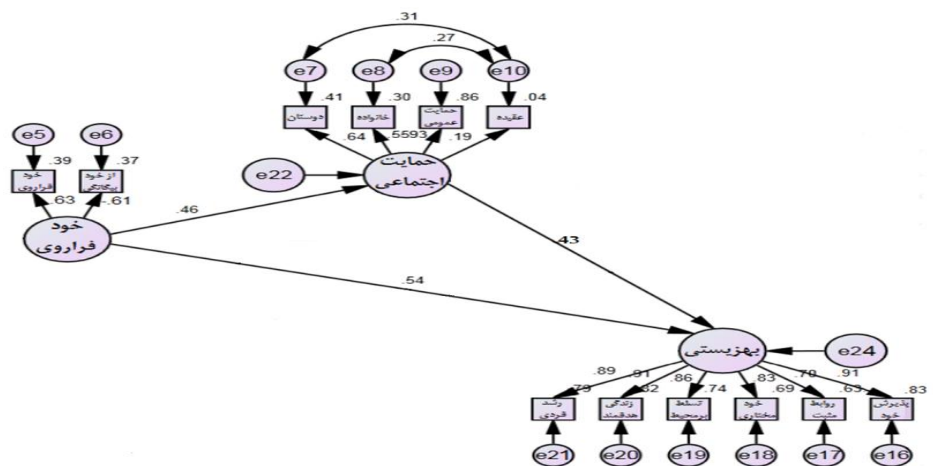
قرار دارد؛ بنابراین، توزیع تمامی متغیرهای پژوهش نرمال است. به طور کلی، نتایج ارائه شده در این بخش نشان می دهد که تمامی مفروضه های اساسی مدل معادلات ساختاری برقرار است و بنابراین برای تحلیل مانعی وجود ندارد.

همانطور که جدول ۳ نشان می دهد تمامی شاخص های برازش برای مدل اندازه گیری در دامنه قابل قبول تا خوب قرار دارند.

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که شاخص های کجی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش همگی در دامنه ۱ تا -۱

جدول ۴. شاخص های نرمال بودن متغیرهای مشاهده شده پژوهش

متغیرها	کجی	کشیدگی
خود فراروی	۷۰۷/۰-	۳۰۱/۰
خود فراروی	از خود بیگانگی	۶۱۲/۰-
حمایت اجتماعی	خانواده	۸۰۸/۰-
حمایت اجتماعی	دوستان	۸۸۷/۰-
حمایت اجتماعی	حمایت عمومی	۱۹۰/۰-
حمایت اجتماعی	عقیده در مورد حمایت	۱۲۷/۰-
بهزیستی روانشناختی	پذیرش خود	۰۳۷/۰
بهزیستی روانشناختی	روابط مثبت	۹۶۷/۰-
بهزیستی روانشناختی	خوختاری	۴۸۵/۰-
بهزیستی روانشناختی	تسلط بر محیط	۳۰۲/۰
بهزیستی روانشناختی	زندگی هدفمند	۳۷۰/۰-
بهزیستی روانشناختی	رشد فردی	۳۵۸/۰-
متغیرها	کجی	کشیدگی
خود فراروی	۷۰۷/۰-	۳۰۱/۰
خود فراروی	از خود بیگانگی	۶۱۲/۰-
حمایت اجتماعی	خانواده	۸۰۸/۰-
حمایت اجتماعی	دوستان	۸۸۷/۰-
حمایت اجتماعی	حمایت عمومی	۱۹۰/۰-
حمایت اجتماعی	عقیده در مورد حمایت	۱۲۷/۰-
بهزیستی روانشناختی	پذیرش خود	۰۳۷/۰
بهزیستی روانشناختی	روابط مثبت	۹۶۷/۰-
بهزیستی روانشناختی	خوختاری	۴۸۵/۰-
بهزیستی روانشناختی	تسلط بر محیط	۳۰۲/۰
بهزیستی روانشناختی	زندگی هدفمند	۳۷۰/۰-
بهزیستی روانشناختی	رشد فردی	۳۵۸/۰-



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

خودفراروی بر بهزیستی روانشناختی مبتلایان به دیابت نوع دو از طریق حمایت اجتماعی معنادار است. در جدول شماره ۵ با توجه به ضرایب استاندارد شده فرضیه پژوهش مورد تایید قرار می‌گیرد. پس با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان گفت که خودفراروی با بهزیستی روانشناختی و هم در حضور متغیر میانجی حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت از رابطه ای معنادار برخوردار است. به عبارتی دیگر خودفراروی از طریق حمایت اجتماعی با بهزیستی روانشناختی ارتباط دارد. روی هم رفته، نتایج بدست آمده از مباحث نظری و مدل مفهومی مطرح شده پشتیبانی می‌کند. و فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

بررسی مدل در شکل شماره ۱ نشان دهنده ارتباط مستقیم و قوی ۰/۵۴ بین مولفه های بهزیستی روانشناختی و خود فراروی بود همچنین ارتباط قوی اما با مقدار کمتر ۰/۴۶ بین خودفراروی و حمایت اجتماعی و ۰/۴۳ بین حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی وجود داشت. یافته های حاصل از بررسی اثرات غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استراپ در جدول ۵ مورد بررسی قرار گرفت. این نتایج نشان می‌دهد که اثر استاندارد غیرمستقیم خودفراروی بر بهزیستی روانشناختی مبتلایان به دیابت نوع دو از طریق حمایت اجتماعی ۰/۱۹۸ است و صفر در دامنه حد بالا و پایین آن قرار نمی‌گیرد؛ بنابراین، اثر استاندارد غیرمستقیم

جدول ۵. یافته های حاصل از بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استراپ

مسیر غیرمستقیم		اثر غیرمستقیم استاندارد		مسیر مستقیم	
خودفراروی بر بهزیستی روانشناختی از طریق حمایت اجتماعی		۰/۱۹۸		مسیر مستقیم	
مسیر مستقیم	ضریب استاندارد (β)	ضریب مسیر غیراستاندارد	اندازه بحرانی	معناداری	وضعیت فرضیه
مسیر مستقیم خودفراروی بر حمایت اجتماعی	۰/۴۶	۰/۲۰	۵/۰۲	۰/۰۰۱	تایید
مسیر مستقیم خودفراروی بر بهزیستی روانشناختی	۰/۵۴	۲/۸۸	۶/۷۵	۰/۰۰۱	تایید
مسیر مستقیم حمایت اجتماعی بر بهزیستی روانشناختی	۰/۴۳	۱/۳۲	۵/۸۵	۰/۰۰۱	تایید

بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری بهزیستی روانشناختی براساس خودفراروی با میانجی گری حمایت اجتماعی انجام شد. تحلیل این پژوهش از طریق آزمون همبستگی نشان داد تمامی متغیرها، با هم ارتباط معناداری دارند. نتایج بدست آمده از مدل مفهومی مطرح شده پشتیبانی می‌کند. در نهایت پس از تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، مدل تایید شده و نشانگر ارتباط مستقیم خودفراروی با بهزیستی روانشناختی و ارتباط غیر مستقیم آنها به واسطه حمایت اجتماعی بود. همچنین حمایت اجتماعی رابطه مثبتی با هریک از متغیرهای پژوهش داشت. نتایج این پژوهش با یافته های محققان دیگری از جمله مرادی (۲۱)، طالع پسند (۲۲)، عمادپور و لواسانی (۲۳)، سیدلیک (۲۴)، تیان (۲۵)، وانگ (۲۶)، ورث (۲۷)، سلینگمن (۲۸)، یادن (۲۹)، ونگ (۳۰)، استلار (۳۱) و ونگ (۳۲) هم راستا می‌باشد. آنها نیز در پژوهش های خود نشان دادند بین خود فراروی، حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد. به عبارت دیگر برخورداری از حمایت اجتماعی سبب

تعدیل فشارهای روانی شده و فرد را به سوی سلامت جسمی و ارتقا بهزیستی روانی هدایت می‌کند (۳۳،۳۴). زیرا افرادی که از شبکه های اجتماعی گسترده ای برخوردارند، در مقابله با بیماری ها عملکرد بهتری دارند تا افرادی که فاقد حمایت اجتماعی مناسب هستند. بدین ترتیب حمایت اجتماعی، یک عامل ارزشمند در مقابله با بیماری هاست (۳۵). وجود افراد حامی در زندگی بیماران با تغییر در شناخت ها، باورها و نگرش های آنان موجب بروز تغییرات رفتاری مثبت در جهت افزایش بهزیستی روان شناختی و شناسایی عوامل مؤثر بر آن خواهد بود و به فرد کمک می‌کند که در شرایط استرس زا احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر بیشتری کند (۳۶). بدین سان حمایت اجتماعی می‌تواند روی بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی مؤثر بوده و یکی از تعیین کننده‌های سلامت اجتماعی و کنترل بیماری باشد (۳۷). رابطه ی معکوسی نیز بین حمایت اجتماعی پایین و بهزیستی روانشناختی، هم در مطالعات مقطعی و هم در مطالعات طولی بدست آمده است (۳۸). به عبارتی عملکرد روانشناختی افراد دیابتی با

احساس حمایت اجتماعی آنها رابطه دارد و احساس حمایت نیز با کنترل قند خون مرتبط است. در نتیجه تنظیم قند خون در بیماران دیابتی با حمایت اجتماعی بالاتر و لذت بیشتر از زندگی در ارتباط است (۳۹).

در ادامه می‌توان گفت سطوح بالاتر حمایت اجتماعی به چشم انداز مثبت و خوشبینانه‌ای منجر می‌شود که این سرمایه‌شناسختی می‌تواند رویه‌های مثبت و رفتارهای پسندیده را برای زندگی رضایت بخش پایه ریزی کند (۴۰). مصداق‌های حمایت اجتماعی همانند مهربانی دیگران و تلقین آرامش آنها باعث تسهیل بهبودی می‌گردد (۴۱).

زیرا سازگاری با دیابت در افرادی که از انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، سریع‌تر اتفاق می‌افتد (۴۲). از طرفی ابعاد بهزیستی روانشناختی با ابعاد خود فراروی نیز در ارتباط است (۴۳). و می‌تواند آگاهی او را نسبت به تجربیات روزمره افزایش داده و با ارائه چارچوبی از اقدامات عملی بهزیستی‌اش را ارتقاء دهد. یکی از این حوزه‌ها، مولفه بین فردی است که به پیوند با دیگران و محیط اشاره دارد که با افزایش حمایت اجتماعی همراه است (۲۷، ۳۱). حوزه‌های تخصصی نیز از دیگر حوزه‌های مطرح است که در کنار حوزه زمانی خود فراروی به یکپارچه‌سازی گذشته و آینده فرد به منظور گسترش معنا در زمان حال می‌پردازد و توجه‌کننده تأثیر مستقیم یا بدون واسطه خود فراروی با بهزیستی روانشناختی است (۴۱). در ارتباط بین حوزه زمانی خود فراروی با حمایت اجتماعی پژوهش‌ها نشان داده است که افراد خوش‌بین و دارای نگرش مثبت، انتظار بهبودی بیشتری نسبت به مصرف دارونما دارند (۴۲). در تبیین این ارتباط می‌توان گفت هر عامل یا ویژگی مانند رها کردن خصومت، خویش‌داری و کنترل خشم که موجب تنظیم هیجان گردد، به طبع با سلامت جسمی و بهبود وضعیت زندگی مرتبط است (۴۳)؛ بدین سان بهزیستی بیماران با ادامه فعالیت‌های زندگی که متضمن اعتماد به نفس نسبت به تحمل بیماری می‌باشد، به هم گره خورده است و خود فراروی موجب انتخاب سبکی از زندگی می‌گردد که رو به رشد و ارتقا دهنده وضعیت فعلی زندگی خواهد بود (۴۴). بنابراین بیمار به دنبال درک این حقیقت که بیماری

یک مشکل روزمره و جزئی از چرخه زندگی است، به سمت رویکردهای کارآمدتر سوق پیدا می‌کند که موجب تحمل بهتر بیماری خواهد بود (۴۵). بدین ترتیب، تقویت مولفه خود فراروی به عنوان یک عامل شناختی، نقش مهمی در کنترل بیماری، عملکردهای انطباقی و بهبود شیوه‌های مفید زندگی و بهره‌مند شدن از حمایت‌های اجتماعی خواهد داشت (۴۶). در تبیین این نتایج می‌توان گفت که فرد در جهت یافتن راه‌حل‌های کارآمد به احتمال بیشتری ممکن است جذب حمایت‌های دیگران و به ویژه افراد سرسخت شود. اهمیت این نتایج در این است که طبق پژوهش‌ها، دریافت حمایت از جانب دیگران مانند سپری در برابر پیامدهای منفی بیماری موجب ارتقای بهزیستی روانشناختی می‌گردد (۴۷). بیماران می‌توانند با حمایت اجتماعی بالا تنیدگی‌ها را بهتر تحمل کنند زیرا در هنگام حمایت دیگران، ساختار جدیدی از روابط و پیوندها شکل می‌گیرد که در ایجاد شرایط رضایت بخش از زندگی و ارتقای بهزیستی روانشناختی مؤثر است (۳۲). بدین سان افراد با سطوح بالای خود فراروی، بیشتر می‌توانند منابع مطلوب را برای کاهش عوارض بیماری و ناراحتی بکار گیرند و از این راه باعث کاهش افکار فاجعه‌آفرین شوند (۳۳). در مجموع می‌توان گفت احساس خود فراروی در کنار تقویت پایگاه حمایتی زمینه‌ساز ارتقا بهزیستی روانشناختی بیماران خواهد بود (۳۴).

از جمله محدودیت‌های این مطالعه، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس و جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بود. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده از روش‌های مصاحبه و مشاهده مستقیم نیز استفاده گردیده و برنامه‌های ملی بلندمدتی جهت آموزش‌های مرتبط در این زمینه طرح ریزی شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بیانگر ارتباط مستقیم و مثبت خود فراروی با حمایت اجتماعی و بهزیستی روانشناختی بود. با ارتقا سطح خود فراروی، شاهد افزایش حمایت اجتماعی هستیم که در نهایت موجب بهبود بهزیستی روانشناختی می‌شود. از این رو، امروزه یکی از روش‌های اصلی کنترل بیماری‌های مزمن به ویژه دیابت، در کنار درمان‌های

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضادی در منافع وجود ندارد.

پزشکی، توجه به روان درمانی مبتنی بر این نتایج جهت تسهیل روند بهبودی است. بدیهی است نتایج این تحقیق می تواند اساس قابل قبولی را جهت اجرای مطالعات مشابه در سطح کشور فراهم نماید.

منابع

1. Snyder LL, Stafford JM, Dabelea D, Divers J, Imperator G, Law J, et al. Socio-economic, demographic, and clinical correlates of poor glycaemic control within insulin regimens among children with Type 1 diabetes: the search for Diabetes in Youth Study. *Diabetic Medicine* 2019; 36(8):1028-36. doi: 10.1111/dme.13983.
2. Chrvala CA, Sherr D, Lipman RD. Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling* 2016; 99(6):926-943 .doi: 10.1016/j.pec.2015.11.003.
3. Amir Ehsani KA, Hu J, Wallace DC, Silva ZA, Dick S. Hispanic families' action plans for a healthier lifestyle for diabetes management. *The Science of Diabetes Self-Management and Care* 2019; 45(1): 87-95. doi.org/10.1177/0145721718812478.
4. Bakhtiarpour S, Heidarni A, Moradi Manesh F. Structural model of diabetic patients' self-care based on depression and mindfulness: The mediating role of health-based lifestyle. *Journal of Diabetes Nursing* 2020; 8(1): 1032-1044.
5. Ruini C, Ryff CD. Using eudaimonic well-being to improve lives. In: Wood AM, Johnson J, editors. *The Wiley Handbook of Positive Clinical Psychology* 2016; 153-166. doi.org/10.1002/9781118468197.ch11
6. Kordi M, Banaei Heravan M. The Relationship of depression, anxiety, and stress with self-care behaviors in women with gestational diabetes. *Journal of Midwifery and Reproductive Health* 2020; 8(1): 2083-95. doi: 10.22038/JMRH.2019.41459.1471.
7. Owens-Gary MD, Zhang X, Jawanda S, Bullard KM, Allweiss P, Smith BD. The importance of addressing depression and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. *Journal of General Internal Medicine* 2019; 34(2): 320-4. doi: 10.1007/s11606-018-4705-2.
8. Reyes-Contreras M, Glauser G, Rennison DJ, Taborsky B. Early-life manipulation of cortisol and its receptor alters stress axis programming and social competence. *Royal Society* 2019; 374(1770): 20180119. doi:10.1098/rstb.2018.0119.
9. Damreihani N, Behzadipour S, Tahmasebi S. Relationship the Role of Perceived Social Support with Psychological Well-Being and the Marital Adjustment in the Women Undertake Mastectomy. *Iranian Journal of Surgery* 2017; 25(1): 61-9.
10. Novak MA, Suomi SJ. Psychological Well-Being. *The International Encyclopedia of Primatology* 2016; 14:1-4. doi: 10.1002/9781119179313.
11. Sharifian N, Grün D. The differential impact of social participation and social support on psychological well-being: Evidence from the Wisconsin longitudinal study. *The International Journal of Aging and Human Development* 2019; 88(2):107-126. doi.org/10.1177/0091415018757213.
12. Reed PG. Theory of self-transcendence. In: MJ Smith, PJ Liehr, editors. *Middle Range Theory for Nursing*. 3rd ed. New York: Springer Publishing 2013, 109-140 .
13. Rahmati A, Mousavi Nasab MH, Moradi F. Cognitive ability in the elderly: The role of self-transcendence, self-compassion and positive Affect. *Aging Psychology*

- 2020; 6(2): 107-117. doi: 10.22126/JAP.2020.5457.1435.
14. Van Deurzen E. Transcendence and the Psychotherapeutic Quest for Happiness. London: The Royal College of Psychiatrists 2014.
 15. Kitson A, Chirico A, Gaggioli A, Riecke BE. A review on research and evaluation methods for investigating self-transcendence. *Frontier in Psychology* 2020; 11:547687. doi: 10.3389/fpsyg.2020.547687 .
 16. Zanjani Tabasi R. Preliminary standardization of psychological well-being test [dissertation]. Tehran: University of Tehran, 2004.
 17. Fleming R, Baum A, Gisriel MM, Gatchel RJ. Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal of Human stress* 1982; 8(3): 14-22. doi.org/10.1080/0097840X.1982.9936110.
 18. Jafari E, Esmaeili A, Atadokht A. The relationship between religiosity and social support with coping styles in the mothers of children with special needs. *Psychology of Exceptional Individuals* 2015; 5(18):89-99. doi: 10.22054/JPE.2015.1546.
 19. Kalantari Kh. Structural Equation Modeling in socio-economic research. Tehran: Farhang Saba Publications; 2009.
 20. Anderson JC, Gerbing DW. Structural Equation Modeling in Practice: A Review and Recommended Two-Step Approach. *Psychological Bulletin* 1988; 103(3): 411-423. doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411.
 21. Moradi M. Perceived social support and academic vitality: the mediating role of beliefs of academic self-efficacy. *Journal of Education and Learning Studies* 2015;7 (1):24-1.
 22. Mohanna S, Talepasand S. The Relationship between Environmental Supports and Emotional Self-awareness with Academic Engagement: The Mediating role of Educational Well-being. *Iranian Journal of Medical Education* 2016; 16:31-42.
 23. Emadpour L, Ghulami Lavasani M, Shahcheraghi SM. The relationship between perceived social support and psychological well-being among students based on mediating role of academic motivation. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2016; 14: 284-290. doi:10.1007/s11469-015-9608-4.
 24. Siedlecki KL, Salthouse TA, Oishi S, Jeswani S. The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research* 2013; 117(2): 561-576. doi: 10.1007/s11205-013-0361-4.
 25. Tian L, Liu B, Huang S, Huebner ES. Perceived social support and school well-being among Chinese early and middle adolescents: The mediational role of self-esteem. *Social Indicators Research* 2013; 113(3):991-1008. doi: 10.1007/s11205-012-0123-8.
 26. Roberts JE, Gotlib IH. Temporal variability in global self-esteem and specific selfevaluation as prospective predictors of emotional distress: Specificity in predictors and outcome. *Journal of Abnormal Psychology* 1997; 106(4):521-529. doi.org/10.1037/0021-843X.106.4.521.
 27. Worth P, Smith M. Clearing the Pathways to Self-Transcendence. *Frontiers in Psychology* 2021. doi.org/10.3389/fpsyg.648381.
 28. Seligman MEP. Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being. New York: Free Press; 2011.
 29. Yaden DB, Haidt J, Hood RW, Vago DR, Newberg AB. The varieties of self-transcendent experience. *Review of General Psychology* 2017; 21:143-160. doi.org/10.1037/gpr0000102.
 30. Wong PTP. Preface: Frankl's cure for a soulless psychology and a sick society. In: Krasovska N, Mayer CH, editors. *Psychobiography of Viktor Frankl*. New York: Springer Publishing; 2020.
 31. Stellar JE, Gordo AM, Piff PK, Cordar D, Anderson CL, Bai Y et al. Self-transcendent emotions and their social functions: compassion, gratitude, and Awe bind us to others through prosociality. *Emotion Review* 2017; 9:200-207. doi: org/10.1177/1754073916684557.

32. Wong PTP, Mayer CH, Arslan G. COVID-19 and Existential Positive Psychology: The New Science of Self-Transcendence. *Frontiers in Psychology* 2021. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.800308.
33. Ekici E, Kızılcı S, Üner E, Belli M. Care Dependency and Diabetes Self-Care Activities in Elderly Individuals with Diabetes. *Elderly Health Journal* 2020; 6 (2):131-139. doi: 10.18502/ehj.v6i2.5021.
34. Hosseini A, Mjdy A, Hassani G. Investigating the role of social support on the quality of life of the elderly in Mashhad in 2014. *Jurnal of Gerontology* 2016; 1(2):10-18. doi:10.18869/acadpub.joge.1.2.10.
35. Huber L, Plotner M, Schmitz J. Social competence and psychopathology in early childhood: a systematic review. *European Child Adolescent Psychiatry* 2019; 28(4):443-59. doi:10.1007/s00787-018-1152-x.
36. Nazari S, Afshar PF, Sadeghmoghadam L, Namazi Shabestari A, Farhadi A. Developing the perceived social support scale for older adults: A mixed-method study. *AIMS Public Health* 2020; 7(1):66-80. doi: 10.3934/publichealth.2020007.
37. Heydari A, Arefi M, Amiri H. Investigating the mediating role of self-care and spiritual experiences in the relationship between psychological well-being and social support of the elderly. *Medical Journal of Mashad University of Medical Sciences* 2020; 63(2): 2425-2415. doi: 10.22038/MJMS.2020.16254.
38. Turashvili T, Turashvili M. Structural equation model of psychological well-being, a Georgian exploration. *Social and Behavioral Sciences* 2015; 21(8):4-9. doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.908.
39. Ghaffari M, Shahbazian HB, Kholghi M, Haghdoost MR. Relationship between social support and depression in diabetic patients. *Jundishapur Scientific Medical Journal* 2010; 8(4):383-389.
40. Rey L, Extremera N, Sánchez-Álvarez N. Clarifying the links between perceived emotional intelligence and well-being in older people: pathways through perceive social support from family and friends. *Applied Research in Quality of Life* 2019-۲۲۱:(۱)۱۴ ; .۳۵doi:10.1007/s11482-017-9588-6.
41. Van Deurzen E. *Transcendence and the Psychotherapeutic Quest for Happiness*. England: Royal College of Psychiatrists 2014 .
42. Wong PTP. Existential Positive Psychology (PP2.0) and global wellbeing: why it is necessary during the age of COVID-19. *International Journal of Existential Positive Psychology* 2021; 10: 1-16.
43. Validipak A, Khaledi Sh, Moieni Manesh K. Efficacy of mindfulness training on enhancing optimism in women with pregnancy diabetes. *Journal of Health Psychology* 2015; 4(14):62-78.
44. Rahimian Boogar I. The predictive role of happiness, optimism and demographical status in engagement in health-related behaviors. *Knowledge and Health* 2013; 8(1):17-23.
45. Sarafino EP. [Health psychology: Biosychosocial interactions]. 3rd ed. Tehran, Iran: Roshd Publishing 2012.
46. Patrick H, Knee CR, Canevello A, Lonsbary C. The role of need fulfillment in relationship functioning and well-being: A selfdetermination theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 92: 434-457. doi: 10.1037/0022-3514.92.3.434.
47. Galiana L, Tomás JM, Fernández I, Oliver A. Predicting Well-Being Among the Elderly: The Role of Coping Strategies. *Frontiers in Psychology* 2020; 3(11): 616. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00616.