

## Structural model of self care based on self transcendence mediated by social support on patients with diabetes

Elham Zal<sup>1</sup>, Hassn Rezaei-Jamaloei<sup>1\*</sup>, Mahdi Taheri<sup>2</sup>

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 model of self care based on self transcendence mediated by social support on patients with diabetes. Daneshvar Medicine 2022; 30(4):11-22. doi: 10.22070/DANESHMED.2022.16147.1204

### Abstract

**Background and Objective:** Diabetes is a chronic disease that requires acceptance and care. Therefore, it is strongly recommended to increase the knowledge and motivation of patients to take care of themselves. The present study was conducted with the aim of investigating the structural model of self-care based on self-care with the mediation of social support in patients with diabetes.

**Materials and Methods:** The present research was methodical in terms of structural equation modeling. We used available sampling for selecting 382 patients with diabetes type 2 referred to private diabetes clinics in Tehran in spring and summer of 2021. Research tools included self care questionnaire, Self-transcendence questionnaire (ASTI) and social support questionnaire (SSQ). The data were analyzed by SPSS21 and AMOSE 3 softwares.

**Results:** The proposed conceptual model approves all model fit indices (such as SRMR GFI, CFI, RMSEA) in an acceptable range to be good. The model had a favorable factor structure and fit. Self transcendence was directly and strongly related to social support and self care. The mediating role of social support was acknowledged.

**Conclusion:** Improving the self transcendence component is associated with improving social support and promoting self care and can be used as a psychological solution along with medical treatments.

**Keywords:** Diabetes disease, Self care, Self transcendence, Social support

Received: 17 July 2022

Last revised: 04 Oct 2022

Accepted: 23 Oct 2022

# مدل ساختاری خودمراقبتی بر اساس خودفراروی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت

## مقاله پژوهشی

نویسندگان: الهام ذال<sup>۱</sup>، حسن رضایی جمالویی<sup>۱\*</sup>، مهدی طاهری<sup>۲</sup>

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

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

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

### چکیده

**مقدمه و هدف:** دیابت بیماری مزمنی است که نیازمند پذیرش و مراقبت است؛ بنابراین جهت افزایش دانش و انگیزه‌ی بیماران برای مراقبت از خود توصیه اکید می‌شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری خود مراقبتی بر اساس خودفراروی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** تحقیق حاضر از نظر روش، توصیفی همبستگی در قالب مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه مورد نظر شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک های تخصصی دیابت سطح شهر تهران در بهار و تابستان ۱۴۰۰ بودند. نمونه مورد بررسی به تعداد ۳۸۲ نفر و به روش در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده شامل، پرسشنامه خود مراقبتی، پرسشنامه خود فراروی بزرگسالان لونسون و پرسشنامه حمایت اجتماعی فلمینگ بود. جهت تفسیر داده ها نیز از نرم‌افزارهای SPSS21 و LISREL 8.5 استفاده گردید.

**نتایج:** مدل مفهومی پیشنهادی مورد تایید قرار گرفت. تمامی شاخص‌های برازش مدل (همانند SRMR، GFI، 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 خود مراقبتی ارتباط مستقیم و قوی داشت. نقش میانجی گر حمایت اجتماعی نیز مورد تایید قرار گرفت.

**نتیجه‌گیری:** بهبود مؤلفه خود فراروی با بهبود حمایت اجتماعی و ارتقاء خود مراقبتی همراه بوده و می‌تواند به عنوان راهکاری روانشناختی در کنار درمان‌های پزشکی مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** بیماری دیابت، خود مراقبتی، خود فراروی، حمایت اجتماعی

دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۲۶

آخرین اصلاح‌ها: ۱۴۰۱/۰۷/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۰۱

## مقدمه

امروزه دیابت بیماری مزمن، فراگیر و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی است که در تمام کشورها شناخته شده است. دیابت شامل گروهی از اختلالات متابولیکی است که مشخصه‌ی آنها سطح بالای قند خون است (۱). دیابت نوع ۱ و ۲ دو شکل اصلی این بیماری هستند. دیابت نوع ۱ یک اختلال متابولیکی است که ویژگی اصلی آن عدم تولید و ترشح انسولین می‌باشد. علت ایجاد آن یک اختلال در سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس پانکراس است و شایع‌ترین سن شروع آن دوره نوجوانی است (۲). اما در دیابت نوع ۲ یا دیابت غیر وابسته به انسولین که بیشتر در بالغین بالای ۳۰ سال دیده می‌شود، انسولین تولید شده در پانکراس به خوبی عمل نمی‌کند. در واقع در این بیماری یا پانکراس به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند یا انسولین ترشح شده کیفیت و کارایی لازم برای بدن را ندارد. از طرفی دیابت دارای عوارض جسمی، روانی و بالینی جدی برای افراد مبتلا است (۳). همچنین 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 (۴). اغلب بیماران در معرض خطراتی مانند کنترل ضعیف عوارض بیماری، کیفیت پایین زندگی و مرگومیر هستند. بنابراین 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 (۵).

افراد مبتلا به دیابت در مقایسه با افراد فاقد دیابت، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی کمتری دارند و این شاخص در آن‌ها با پیشرفت و عوارض بیماری کاهش می‌یابد (۶). 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. به طور کلی می‌توان گفت در مبتلایان به همه بیماری‌های مزمن انجام رفتارهای خودمراقبتی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۷). خودمراقبتی، به معنای مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود و

مشارکت در تصمیم‌گیری‌های آگاهانه بالینی، جهت کنترل بیماری و همکاری با افرادی است که مراقبت از سلامت را بر عهده دارند. همچنین پایش و مدیریت علائم و نشانه‌های بیماری برای به حداقل رساندن عوارض بیماری و بهبود عملکرد افراد نیز از اهداف خودمراقبتی است (۸). زیرا خودمراقبتی بر وضعیت بیماران اثر می‌گذارد و قدرت آنها را در برخورد با مشکلات بیماری افزایش می‌دهد و به فرد این امکان را می‌دهد که در مورد مراقبت از خود تصمیم‌گیری نموده و ملزم به مراقبت از خود شود (۹). از طرفی، آموزش صرف خودمراقبتی دیابت برای بهبود پیامدهای روانی، اجتماعی و متابولیک فقط در کوتاه‌مدت مؤثر بوده است چون خودمراقبتی در دیابت، مستلزم مقابله با فشارهای روانشناختی است که می‌تواند دیابت را کنترل کند. بدین‌سان بخش عمده‌ای از کنترل دیابت به طور خودمراقبتی انجام می‌شود اما عواملی هستند که باعث می‌شود خودمراقبتی به خوبی صورت نگیرد. بخش مهمی از این عوامل ماهیتی روان شناختی دارند. یکی از عوامل مهم و تاثیرگذار حمایت اجتماعی است (۱۰). حمایت اجتماعی را می‌توان به عنوان شبکه‌ای از ارتباطات توصیف کرد که رفاقت و همکاری و تقویت احساسی را فراهم نموده و رفتارهای ارتقاء سلامتی را تسهیل می‌کند. در تعریف حمایت اجتماعی می‌توان گفت که نوعی آگاهی است، و فرد در نتیجه این آگاهی به این باور می‌رسد که مراقبت شده و دوست داشته می‌شود، این آگاهی دارای ارزش، اعتبار و احترام است و متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و تعهدات دو سویه می‌باشد (۱۱). بدین‌سان حمایت اجتماعی سبب تعدیل فشارهای روانی وارده بر فرد می‌شود و سلامت روان را بهبود می‌بخشد. از طرفی حمایت اجتماعی با بهبود و توسعه مکانیسم‌های سازگاری و تطابق روان شناختی در ارتباط است. بنابراین یک عامل ارزشمند در مقابله با بیماری هاست. زیرا افرادی که از شبکه‌های اجتماعی گسترده برخوردارند، از خودمراقبتی و مقابله بهتری با بیماری‌ها نسبت به افرادی که فاقد حمایت اجتماعی مناسب هستند برخوردارند (۱۲). یکی از اثرات حمایت اجتماعی مطلوب، ارتقا سلامت روان و در نتیجه افزایش تبعیت از رفتارهای

عوارض آن از کارایی بالاتری برخوردارند و در مقابله با هیجانات پخته‌تر رفتار می‌کنند (۱۷). اگرچه تاثیر خودفراروی بر سازه‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است اما در ارتباط آن با مولفه‌های خودمراقبتی و حمایت اجتماعی خلاء مطالعاتی دیده می‌شود. در این مورد که خودفراروی با خودمراقبتی چگونه در تعامل است و ارتباط آنها با حضور میانجی‌گر، حمایت اجتماعی چطور 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 خودمراقبتی مبتنی بر خودفراروی، با میانجی‌گری حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

### مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر یک پژوهش بنیادی است. که بر روی ۳۸۲ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ که به کلینیک‌های تخصصی دیابت شهر تهران مراجعه کرده بودند در بهار تابستان سال ۱۴۰۰ انجام شد. شرکت‌کنندگان در بر اساس معیارهای ورود به صورت تصادفی و در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ۱) دارا بودن پرونده پزشکی و حداقل سپری شدن مدت زمان ۶ ماهه از ابتلا به بیماری دیابت (۲) محدوده سنی ۲۵ تا ۷۰ سال (۳) تحصیلات حداقل دیپلم و توانایی پاسخ به سوال‌ها و نهایتاً ۴) عدم ابتلا به بیماری‌های روانی موثر بر روند ارزیابی و پاسخ دهی آنان (مانند سرطان، مصرف مواد مخدر و داروهای روان‌گردان) بود. ابزارهای استفاده شده در پژوهش عبارتند از ابزار اول، پرسشنامه خودمراقبتی دیابت (SDSCA) است. این پرسشنامه ۱۵ عبارت دارد که رفتارهای خود مراقبتی فرد در طول هفت روز گذشته را می‌سنجد، این رفتارهای خودمراقبتی، شامل اندازه‌گیری قند خون در شبانه روز، تبعیت از رژیم غذایی توصیه شده، داشتن تحرک بدنی مناسب، انجام ورزش منظم، تزریق مرتب انسولین، مراقبت از پا و عدم مصرف سیگار می‌باشد. چنانچه بیمار در تمام روزهای هفته رفتار خودمراقبتی را انجام دهد، نمره کامل ۷ و اگر رفتار مورد نظر را انجام ندهد نمره ۰ در نظر گرفته می‌شود. برای استعمال سیگار نیز نمره ۰ تا ۱ در نظر گرفته شده است که

خودمراقبتی است. بنابراین برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب، فرد را به پیگیری رفتارهای خودمراقبتی تشویق کرده و وی را به سمت سلامت جسمی و بهزیستی روانی هدایت می‌کند (۱۳). از طرفی وجود حمایت اجتماعی در زندگی متاثر از احساس تعالی و رشد فردی است که از جنبه‌های خودفراروی می‌باشند. به عبارتی عواملی مانند ارتقا توانمندی‌های شناختی، بهبود سطح زندگی، تاکید بر باورها و ارزش‌ها که موجب تقویت ارتباطات و حمایت اجتماعی انسان‌ها می‌گردد از ابعاد نظریه خودفراروی تلقی شده و به عنوان خودفراموشی و آگاهی از اینکه تمامی اشیا اجزای لاینفکی از یک کل در روند تکاملی فرد هستند و ارتباط گرفتن و لذت بردن از همه چیز تعریف شده است (۱۴). بنابراین می‌توان گفت خودفراروی شامل گسترش مرزهای خود است. این گسترش مرزها خود می‌تواند از طریق فعالیت‌های تأملی درون‌نگرانه، افزایش آگاهی از فلسفه و رؤیاهای شخصی، روابط رو به رشد با دیگران و محیط رخ دهد. خودفراروی شامل ابعاد درون فردی (از طریق پذیرش خود و یافتن معنای زندگی)، بین فردی (رسیدن به دیگران یا ارتباط گرفتن با طبیعت) و فراروی (دستیابی به سطحی از موجودیت بالاتر) بوده و به گسترش مرزهای خویش اشاره دارد (۱۵). از طرفی به عنوان عاملی مطرح می‌شود که تجربه آسیب‌پذیری افراد را متعادل کرده یا تبدیل به بهزیستی می‌کند. خودفراروی 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 ارتباطات مفید اجتماعی که زمینه ساز حمایت اجتماعی و زندگی همراه با شادکامی است تاکید دارد (۱۶). بدین سان مفهوم خودفراروی می‌تواند به عنوان عاملی مرتبط با مولفه‌های حمایت اجتماعی و خودمراقبتی در سطوح مختلف در نظر گرفته شود. زیرا نقش خودفراروی در رابطه با تحمل محدودیت‌های ناشی از عوارض دیابت از اهمیت بالایی برخوردار است و راه را برای کنترل بیماری هموارتر می‌نماید تا مراحل بهبودی با سهولت و موفقیت بیشتری طی گردد. با توجه به این بینش، افراد دارای خودفراروی بالا در مواجهه با بیماری و

«نادرست» صفر نمره و پاسخ «درست» یک نمره می گیرد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه نیز ۰/۸۵ است (۲۱).

### نتایج

نتایج این پژوهش نشان داد که ۱۷۱ نفر (۴۴/۸ درصد) از افراد نمونه مرد و ۲۱۱ نفر (۵۵/۲ درصد) از آنها زن بودند. همچنین، میانگین (انحراف معیار) سنی افراد گروه نمونه ۵۳/۷۷ (۸/۸۳) سال، کمترین سن ۳۵ و بیشترین سن ۶۷ سال بود. علاوه بر این، میانگین (انحراف معیار) مدت بیماری افراد گروه نمونه ۹/۴۰ (۸/۸۳) سال، کمترین مدت بیماری ۱ سال، و بیشترین مدت بیماری ۳۰ سال بود. جدول شماره ۱ فراوانی و درصد را برای افراد گروه نمونه به تفکیک سطح تحصیلات نشان می دهد.

جدول ۱. فراوانی و درصد تحصیلات گروه نمونه

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

نتایج جدول ۱ نشان می دهد که افراد با مدرک تحصیلی دیپلم بیشترین فراوانی و افراد با مدرک تحصیلی دکترا کمترین فراوانی را در بین افراد گروه نمونه داشتند.

با عدم مصرف فرد نمره کامل ۱ را به دست می آورد. بالاترین نمره در این ابزار ۹۹ می باشد که نشانگر بالاترین درجه توان مراقبت از خود می باشد. نمره خود مراقبتی ۰ تا ۳۳ ضعیف، نمره ۳۴ تا ۶۷ متوسط و نمره ۶۸ تا ۹۹ بیانگر توان خودمراقبتی قوی می باشد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۱ است (۱۸). ابزار دوم، پرسشنامه خود فراروی بزرگسالان (2005.ASTI) است که 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 (کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۴) درجه بندی می شوند. در تحلیل عاملی این پرسشنامه دو عامل مشخص شد: از خود بیگانگی (سوالات: ۴، ۵، ۸، ۹، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۱۷) و خود فراروی (سوالات: ۱، ۲، ۳، ۶، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۶، ۱۸) که با هم همبستگی منفی دارند (۱۹). حداقل نمره ی هر فرد در این پرسشنامه ۱۸ و حداکثر نمره ۹۰ است. و از آلفای کرونباخ ۰/۶۳ برخوردار است (۲۰). ابزار سوم، پرسشنامه حمایت اجتماعی فلمینگ (۱۹۸۳) است که دارای ۲۵ عبارت بوده 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 (۲۰). 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 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

جدول ۲. ویژگی‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
خودفراروی	خودفراروی	۲۷/۰۳	۷/۵۶	۱۰	۴۰	۰/۸۸
	از خودبیگانگی	۲۱/۱۶	۶/۹۲	۸	۳۲	۰/۸۷
	خانواده	۴/۳۷	۲/۲۷	۰	۷	۰/۸۰
حمایت اجتماعی	دوستان	۴/۶۱	۲/۳۴	۰	۷	۰/۸۴
	حمایت عمومی	۳/۹۸	۱/۷۰	۰	۶	۰/۶۹
	عقیده در مورد حمایت	۲/۳۳	۱/۶۶	۰	۵	۰/۷۰
خودمراقبتی دیابت	رژیم غذایی	۱۸/۴۹	۸/۸۱	۴	۳۵	۰/۷۹
	فعالیت ورزشی	۶/۱۳	۴/۸۱	۰	۱۴	۰/۸۱
	پایش قند خون	۱۱/۵۵	۵/۹۸	۲	۲۱	۰/۷۴
	مراقبت از پا	۱۵/۴۰	۸/۷۶	۲	۲۸	۰/۸۱
	مصرف سیگار	۱/۱۰	۲/۱۲	۰	۷	---

با توجه به جدول ۲ بیشترین مقدار آلفای کرونباخ در بین متغیرها، مربوط به خودفراروی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و کمترین مقدار آن، مربوط به حمایت عمومی، از ابعاد حمایت اجتماعی با آلفای کرونباخ ۰/۶۹ است؛ به طور کلی این نتایج نشان دهنده پایایی مناسب و قابل قبول متغیرهای مشاهده شده پژوهش است.

با توجه به جدول ۲ بیشترین مقدار آلفای کرونباخ در بین متغیرها، مربوط به خودفراروی با آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و کمترین مقدار آن، مربوط به حمایت عمومی، از ابعاد

جدول ۳. شاخص‌های برازش مربوط به تحلیل عامل تأییدی مدل اندازه‌گیری

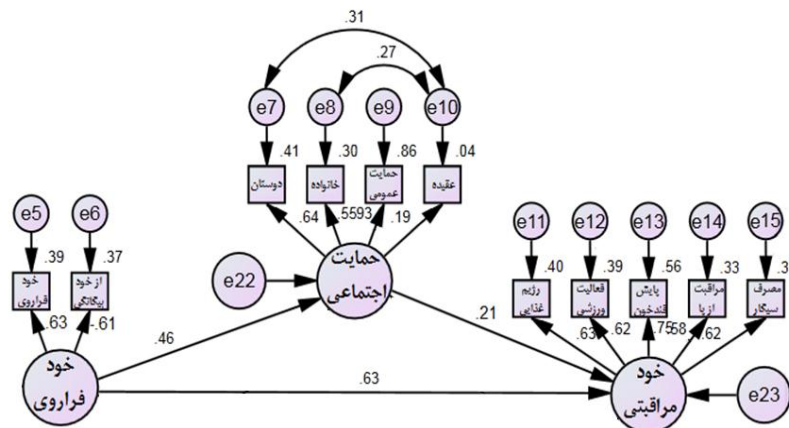
نوع شاخص برازش	حدود شاخص برای برازش مورد قبول	حدود شاخص برای برازش خوب	حدود شاخص برای برازش عالی	اندازه مشاهده شده	نتیجه برازش
مقدار آماره $\chi^2(df)$	۱۶۶) ۷۱۲/۷۴				قابل قبول
p-value آزمون $\chi^2$	نسبت آماره $\chi^2$ به درجه آزادی کمتر از ۵				نسبت $\chi^2$ به درجه آزادی کمتر از ۲
نسبت $\chi^2$ به درجه آزادی	نسبت آماره $\chi^2$ به درجه آزادی کمتر از ۳	نسبت آماره $\chi^2$ به درجه آزادی کمتر از ۲	نسبت آماره $\chi^2$ به درجه آزادی کمتر از ۲	۰/۰۰۰	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

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش برای مدل اندازه‌گیری در دامنه قابل قبول تا خوب قرار دارند؛ این موضوع نشان‌دهنده روایی سازه کلی متغیرهای مکنون مدل ارائه شده در پژوهش حاضر است.

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد تمامی شاخص‌های برازش برای مدل اندازه‌گیری در دامنه قابل قبول تا خوب

جدول ۴. شاخص‌های نرمال بودن متغیرهای مشاهده شده پژوهش

متغیرها	خودفراروی	حمایت اجتماعی	خودمراقبتی	کشیدگی
خودفراروی	۰/۳۰۱	-۰/۷۰۷		
حمایت اجتماعی	-۰/۶۱۲	-۰/۴۳۴		
خودمراقبتی	-۰/۸۰۸	-۰/۵۸۴		
کشیدگی	-۰/۸۸۷	-۰/۷۲۵		
	-۰/۱۹۰	-۰/۷۲۷		
	-۰/۱۲۷	۰/۱۹۷		
	-۰/۶۹۷	۰/۳۱۴		
	-۰/۳۸۷	۰/۳۴۲		
	-۰/۱۲۶	۰/۳۳۷		
	-۰/۴۶۸	۰/۰۲۵		
	۰/۵۹۹	۰/۹۳۱		



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

استرپ در جدول ۵ مورد بررسی قرار گرفت. این نتایج نشان می‌دهد که اثر استاندارد غیر مستقیم خودفراروی بر خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو از طریق حمایت اجتماعی ۰/۰۹۷ است و صفر در دامنه حد بالا و پایین آن قرار نمی‌گیرد؛ بنابراین، اثر استاندارد غیر مستقیم خودفراروی بر خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو از طریق حمایت اجتماعی معنادار است.

شاخص‌های نرمال بودن متغیرها در جدول ۴ آورده شده است. بررسی مدل در شکل ۱ نشان دهنده ارتباط مستقیم قوی ۰/۶۳ بین مولفه های خود مراقبتی و خود فراروی بود. همچنین ارتباط قوی اما با مقدار کمتر ۰/۴۶ بین خودفراروی و حمایت اجتماعی و ۰/۲۱ بین حمایت اجتماعی و خودمراقبتی وجود داشت. یافته های حاصل از بررسی اثرات غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت

جدول ۵. یافته‌های حاصل از بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	حد پایین	حد بالا	معناداری
خودفراروی بر خودمراقبتی دیابت از طریق حمایت اجتماعی	۰/۰۹۷	۰/۰۲۳	۰/۲۶۰	۰/۰۲۱
مسیر مستقیم	ضریب مسیر استاندارد (β)	ضریب مسیر غیراستاندارد (B)	اندازه بحرانی	معناداری
مسیر مستقیم خودفراروی بر حمایت اجتماعی	۰/۴۶	۰/۶۰	۵/۰۲	۰/۰۰۱
مسیر مستقیم خودفراروی بر خودمراقبتی	۰/۶۳	۱/۳۴	۵/۷۷	۰/۰۰۱
مسیر مستقیم حمایت اجتماعی بر خودمراقبتی	۰/۲۱	۱/۰۴	۱/۹۹	۰/۰۴۸

تعدیل فشارهای روانی شده و با افزایش سطح مراقبت‌های دیابتی همراه بود (۲۹،۲۸). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماران که دارای یک شبکه حمایتی منظم و پیوسته هستند، در مقابله با عوارض دیابت از سطح خودمراقبتی بالاتری برخوردار هستند تا افرادی که حمایت اجتماعی مناسبی ندارند. بدین ترتیب می‌توان گفت حمایت اجتماعی، در زمره عوامل پر قدرت و موثر در رویارویی با عوارض بیماری دیابت است (۳۰). وجود افراد حامی در زندگی بیماران با تغییر در شناخت‌ها، باورها و نگرش‌های آنان موجب بروز تغییرات رفتاری مثبت در جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی و شناسایی عوامل مؤثر بر آن خواهد بود و به فرد کمک می‌کند که در شرایط استرس‌زا احساس امنیت، آرامش و تعلق خاطر بیشتری کنند. بدین سان حمایت اجتماعی را می‌توان یکی از مولفه‌های کنترل بیماری و از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت فردی دانست (۳۱). زیرا بیماران دیابتی با درک حمایت اجتماعی و افزایش احساس خودکارآمدی و خودفراروی، با روحیه و انگیزه بهتری می‌توانند قند خون خود را پایش و کنترل نموده و دستورات خود مراقبتی را انجام دهند. بنابراین می‌توان گفت یکی از نتایج حمایت اجتماعی مطلوب، بهبود سلامت روان و ایجاد چشم‌انداز مثبت و خوشبینانه‌ای در نتیجه تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی است که بیماران را به سمت ارتقا و بهبود سطح خود مراقبتی در زندگی ترغیب می‌کند (۲۴،۳۲). علاوه بر این رفتارهایی همانند تیمار، مهربانی، حرمت و آرامش دل‌زمینه‌ساز خودفراروی بالاتر شده که موجب تقویت احساس خودمراقبتی و پایبندی به قواعد توصیه شده بهداشتی و پزشکی می‌گردد. به عبارتی می‌توان گفت افرادی که از انعطاف‌پذیری،

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 خودمراقبتی به طور مستقیم و هم‌در حضور متغیر میانجی حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به دیابت از رابطه‌ای معنادار برخوردار است. به عبارتی دیگر خودفراروی از طریق حمایت اجتماعی با خودمراقبتی ارتباط دارد. روی هم رفته، نتایج بدست آمده از مباحث نظری و مدل مفهومی مطرح شده پشتیبانی می‌کند و فرضیه پژوهش تایید می‌شود.

## بحث

هدف این پژوهش مدل‌سازی ساختاری خودمراقبتی بر اساس خودفراروی با میانجی‌گری حمایت اجتماعی بود. تحلیل مطالعه‌ی مذکور بوسیله آزمون همبستگی نشانگر ارتباط معنی‌دار تمامی متغیرها با یکدیگر بود. به عبارت دیگر نتایج حاصل از الگوی مفهومی پژوهش پشتیبانی می‌کند. به طوری که شاهد ارتباط مستقیم خودفراروی با خودمراقبتی و ارتباط غیرمستقیم آنها به واسطه حمایت اجتماعی هستیم و حمایت اجتماعی ارتباط مستقیمی با دیگر مولفه‌ها داشت. یافته‌های این تحقیق با پژوهش‌های دیگر از جمله کردی و همکاران (۴)، بختیان پور و همکاران (۵)، عابدینی (۶) امیراحسانی و همکاران (۲۲)، مرادی (۲۳)، ورث و همکاران (۲۴)، ونگ و همکاران (۲۵)، یادن و همکاران (۲۶) و توشی و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد. در این مطالعات نیز بین خودفراروی، حمایت اجتماعی و خودمراقبتی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. به طوری که بهبود حمایت اجتماعی سبب



پیوندها شکل می‌گیرد که در ایجاد شرایط رضایت بخش از زندگی و ارتقای خودمراقبتی مؤثر است (۳۱).

### نتیجه‌گیری

به طور خلاصه نتایج این پژوهش نشان داد که خودفراروی با خودمراقبتی ارتباط مستقیم دارد. با ارتقا سطح خودفراروی، شاهد افزایش حمایت اجتماعی به عنوان یک میانجی هستیم، که موجب می‌شود بیماران نسبت به اجرای دستورات خودمراقبتی تبعیت بالاتری داشته باشند. از این رو، امروزه یکی از روش‌های اصلی کنترل بیماری‌های مزمن به ویژه دیابت، در کنار درمان‌های پزشکی، توجه به روان‌درمانی مبتنی بر این نتایج جهت تسهیل روند بهبودی است. بدیهی است نتایج این تحقیق می‌تواند اساس قابل‌قبولی را جهت مطالعات مشابه در سطح کشور فراهم نماید. از جمله محدودیت‌های این پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها به کمک پرسشنامه و مبتنی بر نمونه‌گیری در دسترس بود (البته سنجش بسیاری از متغیرها، تنها به شیوه‌ی خودگزارشی میسر است). لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی روش‌های دیگر و با سوگیری کمتر، مانند مصاحبه و مشاهده مستقیم نیز استفاده شود. در پایان پیشنهاد می‌شود که دوره‌های آموزشی و روان‌درمانی مبتنی بر بهبود مولفه‌های مذکور جهت بهبود وضعیت بیماران دیابتی برنامه‌ریزی و البته اجرایی شود.

### ملاحظات اخلاقی

همچنین ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده شامل دریافت مجوز با IR.IAU.NAJAFABAD.REC.1.400.157 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی نجف‌آباد، اطمینان دادن به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه بودن اطلاعات شخصی، داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش و حق خروج شرکت‌کنندگان در هر مرحله از مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی از شرکت‌کنندگان بود.

توانایی حل مشکل، امید، شهامت و روحیه مذهبی (از مولفه‌های خودفراروی) بالاتری برخوردار هستند، برای آنها خودمراقبتی سریع‌تر اتفاق می‌افتد (۴، ۳۳). از طرفی با توجه به تعریف خودمراقبتی (به معنای مسئولیت‌پذیری افراد در مقابل سلامت خود و مشارکت در تصمیم‌گیری‌ها و پایش و مدیریت محیط و خود) این مولفه با ابعاد خود فراروی (هشیاری نسبت به پنداشت‌ها، ارزش‌ها و انتظارات، ادراک عمیق از رویدادهای زندگی، پذیرش و حس معنویت) ارتباط تنگاتنگی دارد و می‌تواند دیدگاه کلی بیمار را نسبت به جنبه‌های بین فردی گذشته، حال و آینده تغییر داده و آگاهی او را نسبت به تجربیات روزمره افزایش داده و همراه با مولفه‌های فراشخصی و زمانبندی (از ابعاد خودفراروی) به اتحاد زمان گذشته و آینده فرد در راستای معنا بخشی به زندگی در زمان حال بپردازد (۱۷، ۸). در نتیجه این معنا بخشی بر وضعیت بیماران اثر می‌گذارد، و قدرت آنها را در برخورد با مشکلات بیماری افزایش می‌دهد و این امکان را می‌دهد که در مورد بهبود وضعیت بیماری خود تصمیم‌گیری نموده و ملزم به مراقبت از خود شوند. از طرفی هر عامل یا ویژگی که موجب تنظیم هیجان و کنترل فشارها گردد، به طبع با سلامت جسمی و بهبود وضعیت زندگی مرتبط است در این میان مولفه‌های مرتبط با دومین حوزه خودفراروی یعنی امید، بخشودگی، رها کردن خصومت، خویشتن‌داری، کنترل خشم و پرخاشگری در کنار افزایش سطح حمایت اجتماعی در مجموع موجب افزایش مولفه خودمراقبتی است (۲۰، ۲۱)؛ در تبیین این نتایج می‌توان گفت که اشخاص سرسخت (خودفرارونده) در ارتباطات بین فردی فعال و قاطع ترند و به نزدیکی با اشخاصی که از سرسختی بالاتری برخوردارند، تمایل دارند از این رو فرد در جهت یافتن راه حل‌های 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 در میان بیماران مانند سپری در برابر پیامدهای منفی بیماری و درمان عمل می‌کند. و به طور معنی‌داری موجب افزایش خودمراقبتی می‌گردد. زیرا در هنگام حمایت دیگران، ساختار جدیدی از روابط و

## تشکر و قدردانی

در پایان از کلیه افرادی که در انجام تحقیق حاضر ما را همراهی کردند تشکر می‌کنیم به ویژه از بیماران بزرگوار که با وجود درد و رنج زیاد، با شکیبایی به پرسش‌های فراوان این پژوهش پاسخ دادند قدردانی نموده و برای همگی آنان از ایزد منان آرزوی صحت و سلامتی داریم.

## تعارض و منافع

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

## منابع

1. Cho NH, Shaw JE, Karuranga S, Huang Y, Da Rocha Fernandes JD, Ohlrogge AW, et al. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of diabetes prevalence for 2017 and projections for 2045. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2018; 138(1): 271-281. doi: 10.1016/j.diabres.2018.02.023.
2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes—2022 Abridged for Primary Care Providers. *Clinical Diabetes* 2022; 40(1): 10-38. doi.org/10.2337/cd22-as01.
3. Rossi MC, Nicolucci A, Ozzello A, Gentile S, Agliatoro A, Chiambretti A, et al. Impact of severe and symptomatic hypoglycemia on quality of life and fear of hypoglycemia in type 1 and type 2 diabetes. Results of the Hypos-1 observational study. *Nutrition and Metabolism Cardiovascular Diseases* 2019; 29(7): 736-743. doi: 10.1016/j.numecd.2019.04.009
4. 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.
5. 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. doi: 20.1001.1.23455020.1398.8.1.4.5
6. Abedini MR, Bijari B, Miri Z, Shakhs Emampour F. The quality of life of the patients with diabetes type 2 using EQ-5D-5 L in Birjand. *Health and Quality of Life Outcomes* 2020; 18(1):18. doi: 10.1186/s12955-020-1277-8 .
7. Alhaik S, Anshasi HA, Alkhawaldeh JF, Soh KL, Naji AM. An assessment of self-care knowledge among patients with diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2019; 13(1): 390-4. doi:10.1016/j.dsx.2018.10.010.
8. Aga F, Dunbar SB, Tedla Kebede RA. The role of concordant and discordant comorbidities on performance of self-care behaviors in adults with type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2019; 12:333-356. doi: 10.2147/DMSO.S186758.
9. Lee J, Lee EH, Chae D, Kim CJ. Patient Reported Outcome Measures for Diabetes Self Care: A Systematic Review of Measurement Properties. *International Journal of Nursing Studies* 2019; 105:103498. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103498.
10. Tietjen AK, Ghandour R, Mikki N, Jerdén L, W Eriksson J, Norberg M, et al. Quality of life of type 2 diabetes mellitus patients in Ramallah and al-Bireh Governorate–Palestine: a part of the Palestinian diabetes complications and control study (PDCCS). *Quality of Life Research* 2021; 30(5):1407-1416. doi: 10.1007/s11136-020-02733-w .
11. Qi X, Xu J, Chen G, Liu H, Liu J, Wang J, et al. Self-management behavior and fasting plasma glucose control in patients with type 2 diabetes

- mellitus over 60 years old: multiple effects of social support on quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes* 2021; 254. doi: 10.1186/s12955-021-01881-y.
12. Nazari S, Afshar PF, Sadeghmoghadam L, Shabestari AN, 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.
  13. Paulsamy P, Ashraf R, Alshahrani SH, Periannan K, Qureshi AA, Venkatesan K, et al. Social Support, Self-Care Behaviour and Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Healthcare* 2021; 9(11):1607. doi.org/10.3390/healthcare9111607.
  14. Fresson M, Dardenne B, Geurten M, Anzaldi L, Meulemans T. The role of self-transcendence and cognitive processes in the response expectancy effect. *Psychologica Belgica* 2017; 57(2):77-92. doi:/10.5334/pb.364.
  15. Fiske E. Self-transcendence theory and contemplative practices. *Holistic Nursing Practice* 2019; 33(5):266-272. doi:10.1097/HNP.0000000000000340.
  16. van Deurzen E. *Transcendence and the Psychotherapeutic Quest for Happiness*. London: The Royal College of Psychiatrists 2014.
  17. 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.
  18. Seyedoshohadaee M, Barasteh S, Jalalinia F, Eghbali M, Nezami M. The relationship between health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. *Iranian Journal Nursing Research* 2016;10(4):43-51.
  19. Levenson MR, Jennings PA, Aldwin CM, Shiraishi RW. Self-Transcendence: Conceptualizations and measurements. *International Journal of Aging and Human Development* 2005; 60(2):127-43. doi: 10.2190/XRXM-FYRA-7U0X-GRC0.
  20. 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.
  21. 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.
  22. 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.
  23. 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.
  24. Worth P, Smith M. Clearing the Pathways to Self-Transcendence. *Frontiers in Psychology* 2021. doi.org/10.3389/fpsyg.648381.
  25. 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.
  26. 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.
  27. Toschi E, Leblanc J, Hafida S, Mehta S, Ritholz M, Gabbay R, et al. Mini Review Caring for Young Adults With Diabetes in the Adult Care Setting: Summary of a Multidisciplinary Roundtable. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare* 2022. doi.org/10.3389/fcdhc.2022.830183.
  28. 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.
  29. 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.
30. 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.
  31. 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.
  32. 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.
  33. 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.