رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

احمد سوری[1]، جمال عاشوری[2]*

۱. استادیار روانشناسی، دانشگاه علوم انتظامی، گروه روانشناسی، تهران، ایران.

۲. دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، گروه روانشناسی، اصفهان، ایران.

***نویسنده مسئول**: جمال عاشوری- **پست الکترونیکی**: jamal_ashoori@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو تحت تأثیر متغیرهای زیادی است که از مهم‌ترین آن‌ها می توان به حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده اشاره کرد. این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین در سال ۱۳۹۴ بودند. در مجموع ۱۹۰ بیمار با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. همه آنان پرسشنامه های حمایت اجتماعی ادراک شده (PSS)، سخت رویی روانشناختی (PH)، الگوهای ارتباطی خانواده (FCP) و کیفیت زندگی (QL) را تکمیل کردند. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ به روش همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: یافته ها نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه منفی و معنادار داشت. در یک مدل پیش بین حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوی ارتباطی گفت و شنود، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی همنوایی توانستند ۵۴/۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را پیش بینی کنند ($P\leq ۰/۰۱$).

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود درمانگران، مشاوران و روانشناسان بالینی به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه های مناسبی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی کنند.

واژه های کلیدی: حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی، الگوهای ارتباطی خانواده، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

مقدمه و هدف

امروزه تغییر در سبک زندگی باعث کاهش میزان مرگ و میر، بیماری های عفونی و افزایش طول عمر شده که این امر باعث افزایش توجه به کیفیت زندگی (Quality of Life) در دهه های گذشته شده است. اهمیت کیفیت زندگی تا حدی است که صاحب نظران تمرکز خود را بر مراقبت هایی جهت بهبود آن بیان کردند (۱). دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزن است که جریان منظم زندگی را مختل می کند و فشار روانی زیادی را ایجاد می کند. این فشار روانی مشکلات زیادی برای بیماران مبتلا به دیابت به ویژه در بحث کیفیت زندگی ایجاد می کند (۲). کیفیت زندگی یک سازه چند بعدی و پیچیده به معنای ادراک از وضعیتی که افراد در آن زندگی می‌کنند و ادراک از زمینه فرهنگی و نظام ارزشی که در آن قرار دارند، می‌باشد که این ادراک بر اساس اهداف، انتظارات، استانداردها و علائق آن‌ها است (۳). کیفیت زندگی ادراک فرد از جایگاه خود در زندگی و یک شاخص اصلی سلامت محسوب می‌شود. از آنجا که کیفیت زندگی ابعاد متعددی نظیر سلامت جسمی، بهداشت روانی، ارتباطات اجتماعی، زندگی خانوادگی، هیجان ها، کارکردهای جسمانی، معنوی و زندگی حرفه ای افراد را شامل می شود توجه به آن از اهمیت فوق العاده‌ای برخوردار است (۴). از مهم‌ترین متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی می‌توان به حمایت اجتماعی ادراک شده (Perceived Social Support)، سخت رویی روانشناختی (Psychological Hardiness) و الگوهای ارتباطی خانواده (Family Communication Patterns) اشاره کرد. یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. مفهوم حمایت اجتماعی ادراک شده به حمایت از منظر ارزیابی شناختی فرد از محیط و روابطش با دیگران می نگرد. نظریه پردازان حمایت اجتماعی بر این باورند که تمام روابطی که فرد با دیگران برقرار می کند، حمایت اجتماعی محسوب نمی‌شود. به عبارت دیگر روابط منبع حمایت اجتماعی نیستند، مگر آنکه فرد آنها را به عنوان منبعی مناسب یا در دسترس برای رفع نیازهای خود ادراک کند (۵). گاهی کمک هایی که به فرد می شود نامناسب، بدموقع یا خلاف میل خود فرد است. بنابراین نه خود حمایت، بلکه ادراک فرد از حمایت مهم است. در نتیجه حمایت اجتماعی ادراک شده بر روی ارزیابی شناختی فرد از محیطش و سطح اطمینان فرد به اینکه در صورت لزوم کمک و حمایت در دسترس خواهد بود، متمرکز است(۶). حمایت اجتماعی ادراک شده احساس ارزشمند بودن به فرد می‌دهد و این مساله که فرد بخشی از یک شبکه اجتماعی است به او فرصت‌هایی را برای ارتباط با دیگران و نیز تثبیت ارتباطات با ارزش می‌دهد. حمایت اجتماعی به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است (۷). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد (۱۱-۸). یکی دیگر از عوامل مرتبط کیفیت زندگی، سخت رویی روانشناختی است. سخت رویی اولین بار توسط کوباسا (Kobasa) مطرح گردید. وی اذعان داشت که این ویژگی به عنوان گروهی از ویژگی های شخصیتی است که یک منبع مقاومت را در مواجهه با رویدادهای استرس زای زندگی فراهم می کند. افراد سخت رو قدرت کنترل بر وقایع زندگی را دارند و به جای دوری از مشکلات آنها را به عنوان فرصت پیشرفت ارزیابی می کنند. به عبارت دیگر افراد سخت رو نه تنها خود را قربانی تغییر

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

نمی پندارند، بلکه خود را عامل تعیین کننده نتایج حاصل از تغییر می دانند(۱۲). سخت رویی دارای سه مؤلفه می باشد که شامل تعهد، کنترل و مبارزه طلبی می باشد. افرادی که از تعهد بالایی برخوردارند بر اهمیت، ارزش و معنای اینکه چه کسی است و چه فعالیتی انجام می دهد، باور دارد و بر همین مبنا قادر است در مورد هر آنچه که انجام می دهد معنایی بیابد و کنجکاوی خود را برانگیزد. افرادی که از کنترل بالایی برخوردارند رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می دانند و بر این باورند که قادرند با تلاش هر آنچه را که در اطرافشان رخ می دهد، تحت تأثیر قرار دهند. چنین اشخاصی بر حل مشکلات به نقش خود بیش از نقش دیگران تأکید می ورزند. افرادی که از مبارزه طلبی بالایی برخوردارند بر این باورند که تغییر جنبه طبیعی زندگی است. این افراد موقعیت های مثبت یا منفی را که به سازگاری مجدد نیاز دارند، فرصتی برای یادگیری و رشد بیشتر می دانند تا تهدیدی برای امنیت و آسایش خود (۱۳). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار دارد (۱۶-۱۴) دارد. یکی دیگر از عوامل مرتبط با کیفیت زندگی، الگوهای ارتباطی خانواده است.کیفیت زندگی افراد تحت تأثیر محیط ها و روابط اجتماعی قرار دارد و از آنجا که خانواده اولین نظامی است که کودک در آن چشم باز می کند، آموزش می بیند و از آن تأثیر می پذیرد بیشترین اثر را بر افراد می گذارد. خانواده یک سیستم کوچک است که از بخش های به هم مرتبط تشکیل شده و هر بخش بر بخش های دیگر تأثیر می گذارد و از آنها تأثیر می پذیرد (۱۷). خانوادهها با روش های تربیتی و تعامل های متفاوت بر زندگی آینده فرزندان خود تأثیر بسیاری دارند. زیرا فرزندان بیشتر وقت خود را در خانه سپری می کنند و به دلیل ارتباطات میان اعضای خانواده از یکدیگر تأثیر می پذیرند. بنابراین امروزه به نقش خانواده در شکل گیری نحوۀ زندگی و کیفیت زندگی تأکید زیادی می‌شود (۱۸). یکی از مدل‌های مطرح در خانواده که به تعاملات در خانواده و نقش آن در سازگاری مؤثر با محیط و کیفیت زندگی پرداخته است، مدل الگوی ارتباطی خانواده است. اصولاً مفهوم الگوی ارتباطی خانواده یا طرحواره‌های ارتباطی خانواده ساختاری علمی از دنیای ارتباطی خانواده است که بر اساس ارتباط اعضای خانواده با یکدیگر و اینکه اعضای خانواده چه چیزی به یکدیگر می‌گویند و چه کاری انجام می‌دهند و اینکه چه معنایی از این ارتباطات دارند، تعریف می‌شود(۱۹). در زمینه الگوهای ارتباطی خانواده دو جهت گیری کلی شامل جهت گیری گفت و شنود (conversation orientation) و جهت گیری همنوایی (conformity orientation) وجود دارد. منظور از جهت گیری همنوایی میزان فشاری است که خانواده بر اعضا، برای هم رأیی و یکسان سازی گرایش‌ها، ارزش‌ها و باورها وارد می‌آورد. در این الگو ارتباط میان نسل‌ها بر حرف شنوی از پدر و مادر و دیگر بزرگسالان استوار است. جهت گیری گفت و شنود به فضایی اشاره دارد که اعضای خانواده به تعاملات خود انگیخته با یکدیگر و مشارکت در مباحث به طور باز و آزاد در مورد طیف وسیعی از موضوعات و ابراز ایده های جدید تشویق می شوند (۲۰). به طور خلاصه پژوهش ها نشان دادند که الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار دارند (۲۲-۲۱). با توجه به اینکه بیماران مبتلا به دیابت مشکلاتی در زمینه کیفیت زندگی دارند و کمک به این افراد برای بهبود

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

وضعیت زندگی امری ضروری و اجتناب ناپذیر است، برای این امر نخست باید متغیرهای مهم با کیفیت زندگی را شناخت و سپس به دنبال استفاده از آنها برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود. همچنین هیچ پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نپرداخته است که این پژوهش تلاش می کند، این خلأ پژوهشی را تکمیل کند. به این ترتیب هدف کلی این پژوهش بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش ها

این پژوهش توصیفی تحلیلی از نوع همبستگی بود. جامعه این پژوهش همه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین در سال ۱۳۹۴ بودند. از میان ۳۷۶ پرونده جاری مربوط به بیماران دیابتی نوع دو ساکن شهر ورامین، افراد بین سنین ۳۵ تا ۵۰ سال با حداقل تحصیلات دیپلم و و فاقد مشکلات روانپزشکی شدید و یا فقدان بستگان درجه یک در شش ماه اخیر، به صورت تصادفی ساده ۱۹۰ نفر انتخاب شدند. نحوه اجرای پژوهش بدین گونه بود که پس از هماهنگی لازم با مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر پاکدشت، از افراد نمونه پس از بیان هدف پژوهش رضایت نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد و در نهایت پرسشنامه زیر توسط آنان تکمیل شد. برای اندازه گیری حمایت اجتماعی از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (Perceived Social Support (PSS)) که توسط زیمت (Zimet) و همکاران طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۱۲ گویه است که بر اساس مقیاس ۷ درجه ای لیکرت از یک (کاملا مخالف) تا هفت (کاملا موافق) نمره گذاری می‌شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می آید و هر چه آزمودنی نمره بالاتری کسب کند، حمایت اجتماعی ادراک شده او بیشتر است. آنان پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش کردند(۲۳). همچنین جلیلیان و همکاران پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد (۱۱). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. برای اندازه گیری سخت رویی از پرسشنامه سخت رویی روانشناختی (Psychological (PH) Hardiness) که توسط کوباسا (Kobasa) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۵۰ گویه است که بر اساس مقیاس چهار درجه ای لیکرت از یک (کاملا مخالف) تا چهار (کاملا موافق) نمره گذاری می شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می آید و هر چه آزمودنی نمره بالاتری کسب کند، سخت رویی روانشناختی او بیشتر است. او پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش کرد (۲۴). همچنین آقایوسفی و شاهنده پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کرد(۱۶). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ محاسبه شد. همچنین برای اندازه‌گیری الگوهای ارتباطی از پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده (Family Communication Patterns (FCP)) که توسط کوئرنر و فیتزپاتریک (Koerner & Fitzpatrick) طراحی شده، استفاده شد. این ابزار دارای ۲۶ گویه است که دو بعد گفت و شنود و همنوایی را می سنجد. در این ابزار گویه های ۱ تا ۱۵ برای سنجش بعد گفت و شنود و گویه های ۱۶ تا۲۶ برای سنجش بعد همنوایی می باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

این ابزار بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک (کاملاً مخالف) تا پنج (کاملا موافق) نمره گذاری می شود. نمره ابعاد با میانگین گرفتن از نمره گویه‌های سازنده آن بعد بدست می‌آید و هر چه نمره آزمودنی در یک بعد بیشتر باشد به میزان بیشتری دارای آن ویژگی است. آنان پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۲ گزارش کردند (۱۹). همچنین کورش نیا و همکاران پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی را با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۱ گزارش کرد (۲۵). در این مطالعه ضریب پایایی ابعاد گفت و شنود و همنوایی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۲ محاسبه شد. علاوه بر آن برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی از پرسشنامه کیفیت زندگی ((QL) Quality of Life) که توسط سازمان بهداشت جهانی ((WHO) World Health Organization) و همکاران طراحی شده، استفاه شد. این ابزار دارای ۲۶ گویه است که با استفاده از مقیاس پنج درجه ای لیکرت از یک (کاملا مخالفم) تا پنج (کاملا موافقم) نمره گذاری می‌شود. نمره این ابزار با جمع کردن گویه ها و میانگین گرفتن از آنها به دست می آید و هر چقدر نمره آزمودنی بیشتر باشد، کیفیت زندگی او بیشتر است. WHO پایایی ابزار را در کشورهای مختلف با روش آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷۰ گزارش کردند (۳). همچنین این ابزار توسط نصیری و همکاران هنجاریابی شد و آنان پایایی ابزار را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند. (۲۶). در این مطالعه ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد. لازم به ذکر است که داده ها پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری از روش تحلیل همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیری با استفاده از نرم افزار SPSS-19 استفاده شد.

یافته ها

شرکت کنندگان این پژوهش ۱۹۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو با میانگین سنی ۳/۶۵±۴۳/۸۲ سال بودند. از میان آنان ۱۰۸ نفر زن (۵۶/۸۴٪) و ۸۲ نفر مرد (۴۳/۱۶٪) بودند. همچنین از میان آنها ۲۴ نفر مجرد (۱۲/۶۳٪) و ۱۶۶ متأهل (۸۷/۳۷٪) بودند. علاوه بر آن ۷۸ نفر دیپلم (۴۱/۰۵٪)، ۵۳ نفر فوق دیپلم (۲۷/۹۰٪)، ۴۶ نفر لیسانس (۲۴/۲۱٪) و ۱۳ نفر فوق لیسانس (۶/۸۴٪) بودند. پیش از انجام تحلیل سؤال های پژوهش به روش رگرسیون گام به گام، پیش فرض های رگرسیون مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج آزمون کولموگروف – اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها معنادار نبود که این یافته حاکی از آن است که فرض نرمال بودن برای همه متغیرها برقرار است. همچنین مقدار عامل تورم واریانس (VIF) برای همه متغیرهای پیش بین تقریبا برابر با یک می باشد که از ۱۰ فاصله بسیار زیادی دارد، بنابراین فرض هم خطی بودن چندگانه رد می شود. علاوه بر آن مقدار دوربین – واتسون برابر با ۱/۱۸ می باشد که از ۰ و ۴ فاصله دارد، بنابراین فرض همبستگی پسماندها نیز رد می‌شود. با توجه به نکاتی که ذکر شد پیش فرض های استفاده از رگرسیون وجود دارد. بنابراین برای تحلیل می توان از روش رگرسیون گام به گام استفاده کرد. در جدول ۱ برای بررسی روابط میان متغیرها میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است. طبق یافته های جدول شماره ۱ متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه منفی و معنادار داشت. سایر یافته ها نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده با سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی گفت و شنود رابطه مثبت و معنادار و با الگوی ارتباطی همنوایی رابطه منفی و معنادار داشت. همچنین سخت رویی روانشناختی با الگوی ارتباطی گفت و شنود رابطه مثبت و معنادار داشت ($P\leq$۰/۰۱). در جدول شماره ۲ نتایج آزمون رگرسیون چندمتغیری با مدل گام به گام برای بررسی پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر اساس متغیرهای پیش بین (حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت‌رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده) ارائه شده است. طبق یافته های جدول شماره ۲ در مدل اول حمایت اجتماعی ادراک شده بیشترین توان را در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی داشت. ضریب همبستگی این متغیر با کیفیت زندگی ۰/۴۷ بوده و این متغیر توانست ۲۲ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران دیابتی را پیش بینی کند. در مدل دوم پس از حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوی ارتباطی گفت و شنود وارد معادله شده است. ضریب همبستگی این دو متغیر با کیفیت زندگی ۰/۵۹ بوده و این دو متغیر توانستند ۳۴/۸ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران دیابتی را پیش بینی کنند. ورود متغیر الگوی ارتباطی گفت و شنود توانست ۱۲/۸ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد. در مدل سوم سومین متغیری که وارد معادله شد سخت رویی روانشناختی است که با ورود این متغیر، ضریب همبستگی این سه متغیر با کیفیت زندگی ۰/۶۸ شد و این سه متغیر توانستند ۴۶/۲ درصد از تغییرات بیماران دیابتی را پیش بینی کنند. ورود متغیر سخت رویی روانشناختی توانست ۱۱/۴ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد. در مدل چهارم، چهارمین متغیری که وارد معادله شد الگوی ارتباطی همنوایی است که با ورود این متغیر، ضریب همبستگی این چهار متغیر با کیفیت زندگی ۰/۷۴ شد و این چهار متغیر توانستند ۵۴/۷ درصد از تغییرات بیماران دیابتی را پیش بینی کنند. ورود متغیر الگوی ارتباطی همنوایی توانست ۸/۵ درصد توان پیش بینی را افزایش دهد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

جدول شماره ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (n=۱۹۰)

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴	۵
۱. حمایت اجتماعی ادراک شده	۳/۲۶	۱/۰۹	۱				
۲. سخت رویی روانشناختی	۱/۵۶	۰/۶۷	۰/۴۳**	۱			
۳. الگوی ارتباطی گفت و شنود	۳/۳۴	۱/۱۳	۰/۳۷**	۰/۲۲**	۱		
۴. الگوی ارتباطی همنوایی	۱/۹۸	۰/۸۴	-۰/۱۸**	۰/۱۵	۰/۰۸	۱	
۵. کیفیت زندگی	۳/۰۶	۱/۲۴	۰/۴۷**	۰/۳۲**	۰/۳۹**	-۰/۲۱**	۱

**p≤۰/۰۱

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری با مدل گام به گام برای پیش بینی کیفیت زندگی

مدل	متغیر پیش بین	R	R^2	تغییر R	تغییر F	df1	df2	احتمال
۱	حمایت اجتماعی ادراک شده	۰/۴۷	۰/۲۲۰	۰/۲۲۰	۶۵/۵۹	۱	۱۸۸	۰/۰۰۱
۲	حمایت اجتماعی ادراک شده و الگوی گفت و شنود	۰/۵۹	۰/۳۴۸	۰/۱۲۸	۱۳/۸۷	۱	۱۸۷	۰/۰۰۱
۳	حمایت اجتماعی ادارک شده، الگوی گفت و شنود و سخت رویی	۰/۶۸	۰/۴۶۲	۰/۱۱۴	۸/۵۴	۱	۱۸۶	۰/۰۰۲
۴	حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوی گفت و شنود، سخت رویی و الگوی همنوایی	۰/۷۴	۰/۵۴۷	۰/۸۵	۷/۳۱	۱	۱۸۵	۰/۰۰۵

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه منفی و معنادار داشت. در کی مدل پیش بین حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوی ارتباطی گفت و شنود، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی همنوایی توانستند ۵۴/۷ درصد از تغییرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را پیش بینی کنند. یافته های این پژوهش نشان داد حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با پژوهش های پیشین در

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

این زمینه همسو بود (۱۱-۸). برای مثال وو (Wu) و همکاران ضمن پژوهشی درباره حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز به این نتیجه رسیدند که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنادار وجود دارد(۱۰). همچنین جلیلیان و همکاران در پژوهشی با عنوان رابطه خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران به این نتیجه رسیدند که میان این دو متغیر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد (۱۱). در تبیین این یافته می توان گفت حمایت اجتماعی در همه حال می توانند سپری در مقابل حوادث و رویدادهای فشارآوری باشند که افراد تجربه می کنند. همچنین حمایت اجتماعی انزوا را کاهش می دهد و در فرد احساس عزت نفس و ارزشمندی ایجاد می کند و هر چه دریافت شخص از میزان حمایتی که از سوی دیگران دریافت می کند بیشتر باشد به همان اندازه از سلامت و کیفیت زندگی بالاتری بهره مند خواهد بود. تبیین دیگر اینکه حمایت اجتماعی باعث می شود فرد احساس کند که مورد علاقه دیگران است، از وی مراقبت می شود، ارزش و احترام دارد و متعلق به شبکه ای از ارتباطات است. هر چقدر این شبکه های ارتباطی و حمایتی بیشتر باشد به افراد در کنار آمدن با فشارهای محیطی کمک بیشتری می کند و به لحاظ روانی افراد را در موقعیتی آرامش بخش قرار می‌دهد که در نتیجه این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی می‌شود. یافته های این پژوهش نشان داد سخت رویی روانشناختی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار داشت که این یافته با پژوهش های پیشین در این زمینه همسو بود (۱۶-۱۴). برای مثال باهامین (Bahamin) و همکاران ضمن پژوهشی درباره تأثیر سخت رویی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی به این نتیجه رسید که سخت رویی بر کیفیت افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده مؤثر است(۱۴). همچنین آقایوسفی و شاهنده ضمن پژوهشی درباره سخت‌رویی روانشناختی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری به این نتیجه رسیدند که بین سخت‌رویی با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معناداری وجود دارد (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان گفت سخت رویی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان می‌باشد که از مؤلفه های تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است. فردی که از تعهد بالایی برخوردار است به ارزش و اهمیت خود در انجام فعالیت ها واقف است و بر همین مبنا با تکیه بر خود قادر است در فعالیت‌ها موفق شود. همچنین فردی که قدرت کنترل بالایی دارد، رویدادهای زندگی را قابل پیش بینی و کنترل می داند و باور دارد که می تواند با تلاش خود آنچه را که اتفاق می افتد تحت تأثیر قرار دهد. علاوه بر آن فردی که مبارزه جوست با تلاش و پشتکار خود مشکلات را یکی پس از دیگری حل می کند و باور دارد که تغییر جنبه طبیعی زندگی است و موقعیت‌های مثبت و منفی را فرصتی برای رشد و یادگیری می دانند، تا تهدید که چنین باوری نخست باعث افزایش انعطاف پذیری و قدرت تحمل و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می شود. تبیین دیگر اینکه افراد سخت رو قدرت سازگاری بالایی در برابر فشارهای محیطی و روانی دارند و آنان برخلاف افراد دیگر رویدادهای استرس زا را مثبت تر و قابل کنترل تر ارزیابی می کنند، به طور واقع بینانه به آنها نگاه می کنند و روش های مقابله ای موثر انتخاب می کنند. این عوامل باعث می شود تا برانگیختگی فیزیولوژیکی که در اثر ارزیابی منفی ایجاد و باعث

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

بیماری می شود در افراد سخت رو کمتر باشد که این امر باعث افزایش کیفیت زندگی آنان می‌شود. یافته های این پژوهش نشان داد الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه مثبت و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه منفی و معنادار داشت که این یافته با پژوهش های پیشین در این زمینه همسو بود (۲۲-۲۱). برای مثال زارعی (Zarei) و همکاران در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه بین الگوهای ارتباطی خانواده با تاب آوری و کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که الگوی ارتباطی گفت و شنود و تاب آوری با کیفیت زندگی رابطه مستقیم و معنادار و الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه معکوس و معنادار داشت (۲۱). همچنین شهرکی ثانوی و همکاران ضمن پژوهشی درباره رابطه الگوهای ارتباطی خانواده با کیفیت زندگی به این نتیجه رسیدند که بین الگوی ارتباطی گفت و شنود با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنادار و بین الگوی ارتباطی همنوایی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار وجود داشت (۲۲). در تبیین این یافته‌های می‌توان گفت افراد دارای الگوی ارتباطی همنوایی برخلاف افرادی دارای الگوی ارتباطی گفت و شنود که آزادانه ابراز وجود کردند به دلیل اینکه دائما به آنها امر و نهی و تأکید بر اطاعت و همنوایی شده، خودکارآمدی و عزت نفس پایین‌تری دارند و نمی‌توانند به راحتی ابراز وجود کنند. لذا هنگامی که در زندگی با مشکلات و چالش ها روبرو می‌شوند، نمی توانند با استفاده از راهبردهای مثبت و سازگار با آنها مقابله کنند و به همین دلیل کیفیت زندگی پایین‌تری دارند که در نتیجه الگوی همنوایی باعث کاهش کیفیت زندگی و الگوی گفت و شنود باعث افزایش کیفیت زندگی می شود. در این مطالعه مشخص شد در یک مدلی که حمایت اجتماعی ادراک شده، سخت رویی روانشناختی و الگوهای ارتباطی گفت و شنود و همنوایی به طور همزمان برای پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رقابت نمایند، حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوی ارتباطی گفت و شنود، سخت رویی روانشناختی و الگوی ارتباطی همنوایی به ترتیب مؤثرترین متغیرها در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو هستند. در این مدل حمایت اجتماعی بیشترین نقش را در پیش بینی کیفیت زندگی داشت، پس آنچه در پیش بینی کیفیت زندگی نقش عمده ای ایفا می‌کند در وهله نخست حمایت اجتماعی است یعنی اینکه فرد میزان حمایت ادراک شده خود را تا حد ارزیابی می کند. با توجه به یافته های این پژوهش برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع می توان حمایت اجتماعی، الگوی ارتباطی گفت و شنود و سخت رویی روانشناختی را افزایش و الگوی ارتباطی همنوایی را کاهش داد. مهمترین محدودیت این پژوهش استفاده از روش همبستگی است و روابط کشف شده را نمی توان به عنوان روابط علی فرض کرد. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خودگزارش دهی است. این ابزارها معمولاً پاسخ هایی را جمع آوری می‌کنند که دیگران فرک می‌کنند باید درست باشد. افراد در تکمیل کردن این ابزارها ممکن است خویشتن نگری کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر محدود شدن نمونه پژوهش به بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر ورامین است. با توجه به یافته‌های پیشنهاد می شود درمانگران، مشاوران و روانشناسان بالینی به نشانه های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آنها برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی کنند.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

پیشنهاد پژوهش درباره سایر متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی و پژوهش در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو سایر شهرها می تواند زمینه جدیدی برای مطالعه باشد.

قدردانی

در پایان از کلیه مسئولین مرکز بهداشتی درمانی شهر ورامین و شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که ما را در انجام این پژوهش حمایت کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود. لازم به ذکر است که این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes

Souri A[1], Ashoori J[2*]

1. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Police Science, Tehran, Iran
2. PhD of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

***Corresponding author:** Ashoori J**, E-mail:** jamal_ashoori@yahoo.com

Abstract

Introduction: The quality of life of patients with type 2 diabetes is affected by several variables that **from** most important can be noted perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns. This research aimed to investigate the relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes

Methodology: This is a descriptive analytical study of correlation type. The statistical population included all patients with type 2 diabetic that referred to health care center of Varamin city in 2015 year. Totally 190 patient were selected by simple randomly sampling method. All of them completed the questionnaires include perceived social support (PSS), psychological hardiness (PH), family communication patterns (FCP) and quality of life (QL). Data was analyzed using Pearson correlation and multivariate regression and with using of SPSS-19 software.

Results: The findings showed a positive and significant relationship between perceived social support, psychological hardiness and conversation communication pattern with quality of life among patients with type 2 diabetes and a negative and significant relationship between conformity communication pattern with quality of life among patients with type 2 diabetes. In a one predicted model, perceived social support, conversation communication pattern, psychological hardiness and conformity communication pattern predicted 54/7 percent of variance of quality of life among patients with type 2 diabetes ($P \leq 0/01$).

Conclusion: Regarded to results of this study suggest that therapists, counselors and clinical psychologist consider the symptoms of these variables and design appropriate programs to improve the quality of life of patients with type 2 diabetes.

Key words: Perceived Social Support, Psychological Hardiness, Family Communication Patterns, Quality of life, Type II Diabetes.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

References

1. Breslow L. Health measurement in the third era of health. Ame J Pub Health. 2006; 96: 17-19.
2. Khoshnood GH, Shirkavand N, Ashoori J, Arab Salari Z. Effect of schema therapy on the happiness and mental health of patients with type II diabetes. J Nurs Diab. 2015; 3(1): 1-11. [Persian]
3. World Health Organization. The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. Geneva: World Health Organization; 2004.
4. Figueira HA, Giani TS, Beresford H. Quality of life axiological profile of the elderly population served by the family health program in Brazil. Arch Geron Geri. 2009; 49(3): 368-372.
5. Christopher AN, Kuo SV, Abraham KM, Noel LW, Linz HE. Materialism and affective wellbeing: the role of social support. J Perso Indiv Diff. 2004; 37: 463–470.
6. Martinez Garcia MF, Garcia Ramirez M, Maya Jariego I. Social support and locus of control as predictors of psychological well- being in Moroccan and Peruvian immigrant women in Spain. Inter J Intercul Rela. 2002; 26: 287–310.
7. Sarafino EP. Health psychology (4th Ed.). New York: John Wiley & Sons; 2002.
8. Paterson C, Jones M, Rattray J, Lauder W. Exploring the relationship between coping, social support and health-related quality of life for prostate cancer survivors: A review of the literature. Euro J Oncol Nurs. 2013; 17(6): 750-759.
9. Xu J, Ou L. Resilience and quality of life among Wenchuan earthquake survivors: the mediating role of social support. Pub Heal. 2014; 128(5): 430-437.
10. Wu X, Chen J, Huang H, Liu Z, Li X, Wang H. Perceived stigma, medical social support and quality of life among people living with HIV/AIDS in Hunan, China. Appli Nurs Res. 2015; 28(2): 169-174.
11. Jalilian M, Mostafavi F, Sharifirad G. Relationship between general self-efficacy and perceived social support with quality of life among patients. J Res Heal. 19(5): 531-539. [Persian]
12. Sheard M, Golby J. Hardiness and undergraduate academic study: The moderating role of commitment. J Perso Indiv Diff. 2007; 35: 579-588.
13. Maddi, S. R. (2006). Hardiness: The courage to grow from stresses. J Posit Psycho. 2006; 1: 160-168.
14. Bahamin GH, Taheri F, Moghaddas AR, Sohrabi F, Dortaj F. The effects of hardiness training on suicide ideation, quality of life and plasma levels of lipoprotein in patients with depressive disorder. Soci Behav Sci. 2012; 46: 4236-4243.
15. Gharehzad Azari M, Ghorban Shirudi SH, Khalatbari J. Relationship of hardiness training with anxiety and quality of life of pregnancy women. Soci Behav Sci. 2013; 84(9): 1785-1789.
16. Aghayosefi AR, Shahande M. The relationship between angry and psychological hardiness with quality of life in coroner's patients. Heal Psycho. 2012; 1(3): 1-11. [Persian]
17. Sigelman CK, Rider EI. Life-span Human Development (7th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth; 2012.
18. Baxter LA, Bylund CL, Imes RS, Scheive DM. Family communication environments and rule-based social control of adolescents' healthy lifestyle choices. J Fam Commun. 2005; 5(3): 209-227.
19. Koerner AF, Fitzpatrick MA. Toward a theory of family communication. Commun Theo. 2002; 12, 70-91.
20. Fitzpatrick MA. The family communication patterns theory observations on its development and application. J Fam Commun. 2004; 4: 167-179.
21. Zarei E, Fallahchai SR, VahediSarrigani N. The study of relationship between family communications patterns with resilience and quality of life the high school girls students. J Life Sci. 2013; 3(4): 289-293.
22. Shahraki Sanavi F, Navidian A, Ansari Moghaddam AR, Faraji Shoy M. Investigation the relationship of family communication patterns in quality of life among adolescents. J Fam Couns Psychi. 2011; 1(1): 101-114. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]

23. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. J Perso Assess. 1988; 52: 30-41.
24. Kobasa SC. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. J Perso Soci Psycho. 1979; 37: 1-11.
25. Koroshnia M, Mazidi M, Hosienchari M. Relation between perceived communication patterns in family and religiosity among university students. J New Educ Thou. 2010; 6(3): 45-66. [Persian]
26. Pourakbari F, Khajevand Khoshli A, Asadi J. Relationship of psychological hardiness and quality of life with death anxiety in nurses. J Res Dev Nurs Midwifery. 2014; 11(2): 53-59. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-10]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1394.3.2.5.7]