

Structural Model of Diabetic Patients' Self-Care Based on Depression and Mindfulness: The Mediating Role of Health-Based Lifestyle

Badpar Sima¹, **Bakhtiarpour Saeed** *², Heidari Alireza³, Moradimanesh Fardin⁴

1. Ph.D Candidate of Health Psychology, Department of Psychology, International Khorramshahr-Persian Gulf Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Dezfoul Branch, Islamic Azad University, Dezfoul, Iran

Article information:

Original Article

Received: 2020/01/1

Accepted: 2020/02/10

JDN 2020; 8(1)

1032-1044

Corresponding Author:

Saeed Bakhtiarpour,
Islamic Azad
University, Ahvaz
**Saeedb81@
yahoo.com**

Abstract

Introduction: The World Health Organization estimates that more than 346 million people have diabetes worldwide. This value will probably be more than double by 2030 without intervention. Diabetic patients not only require blood glucose control but also prevention of complications as well as physical and mental rehabilitation. Therefore, this study aimed to test the causal model of self-care based on depression and mindfulness through a healthy lifestyle in diabetic patients.

Materials and Methods: The statistical population consisted of all middle-aged patients with diabetes referred to endocrinologists in Tehran, Iran during 1977. In total, 195 cases were selected by convenience sampling. The patients were asked to complete the questionnaires of depression, mindfulness, health-promoting lifestyle, and diabetes self-care. Data were analyzed in Amos software using the path analysis method.

Results: The results showed that depression and mindfulness had an indirect and significant relationship with self-care through a health-centered lifestyle. Moreover, there was no significant relationship between depression and self-care. However, a significant direct relationship was observed between mindfulness and self-care. In other words, mindfulness was associated with self-care behaviors due to its direct effect on a health-centered lifestyle; however, depression affected self-care through a health-centered lifestyle.

Conclusion: Given that both depression and mindfulness affect the lifestyle of the patient, they can predict the self-management behaviors of diabetic patients through their impact on the patient's lifestyle.

Keywords: Depression, Mindfulness, Healthy lifestyle, Self-care

Access This Article Online

Quick Response Code:

Journal homepage: <http://jdn.zbmu.ac.ir>



How to cite this article:

Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Structural Model of Diabetic Patients' Self-Care Based on Depression and Mindfulness: The Mediating Role of Health-Based Lifestyle. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (1) :1032-1044



الگوی ساختاری خود مراقبتی بیماران دیابتی براساس افسردگی و ذهن آگاهی: نقش میانجی سبک زندگی سلامت محور

سیما بادپر^۱، سعید بختیارپور^{۲*}، علیرضا حیدرئی^۳، فردین مرادی منش^۴

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین المللی خرمشهر - خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
۲. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۴. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

نویسنده مسئول: سعید بختیارپور، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز Saeedb81@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: سازمان بهداشت جهانی تخمین می زند که بیش از ۳۴۶ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند. این تعداد احتمالاً تا سال ۲۰۳۰ بدون مداخله بیش از دو برابر خواهد بود. نیاز بیماران دیابتی فقط به کنترل گلوکز خون محدود نمی شود بلکه پیشگیری از عوارض نیز و توان بخشی جسمی و روانی نیز لازم است لذا این پژوهش با هدف آزمون مدل علی خود مراقبتی بر اساس افسردگی و ذهن آگاهی از طریق سبک زندگی سلامت محور در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

مواد و روش ها: جامعه آماری شامل کلیه بیماران میانسال مبتلا به دیابت مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود که از بین آنها ۱۹۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و به پرسشنامه های افسردگی، ذهن آگاهی، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت و خودمراقبتی دیابت پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم افزار Amos تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که هر دو متغیر افسردگی و ذهن آگاهی از طریق سبک زندگی سلامت محور با خود مراقبتی رابطه غیرمستقیم و معنی دار داشتند. رابطه مستقیم بین افسردگی و خود مراقبتی معنی دار نبود. اما بین ذهن آگاهی و خود مراقبتی رابطه مستقیم معنی داری وجود داشت. به عبارتی طبق یافته ها ذهن آگاهی علاوه بر تاثیر مستقیم از طریق تأثیری که بر سبک زندگی سلامت محور داشت با رفتارهای خود مراقبتی در ارتباط بود اما افسردگی تمام تأثیرش را بر خودمراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور گذاشت.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه هر دو متغیر افسردگی و ذهن آگاهی بر سبک زندگی که بیمار انتخاب می کند موثر هستند، می توانند از طریق تأثیری که بر سبک زندگی بیمار دارند، رفتارهای خود مدیریتی بیماران دیابتی را پیش بینی کنند.

کلید واژه ها: خود مراقبتی، افسردگی، ذهن آگاهی، سبک زندگی سلامت محور

How to site this article: Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Structural Model of Diabetic Patients' Self-Care Based on Depression and Mindfulness: The Mediating Role of Health-Based Lifestyle. J Diabetes Nurs. 2020; 8 (1) :1032-1044



مقدمه و هدف

دیابت توسط سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از ۴ بیماری غیر واگیر دار که موجب مرگهای زودرس در سراسر جهان می شوند معرفی شده است به همین دلیل مدیریت بیماری و عوارض جانبی ناشی از آن حیاتی می باشد (۱). بیماری دیابت عوارض بلند مدتی دارد و به همین دلیل علاوه بر فرد بر سلامت جامعه نیز اثر می گذارد. (۲). از بین راه های مختلف کنترل و مدیریت دیابت تغییر سبک زندگی^۱ و خود مدیریتی^۲ و ورزش نقش مهمی در مراقبت بلند مدت این بیماران دارند (۳).

رفتارهای خود مراقبتی^۳ اساسی در مبتلایان به دیابت نتایج خوبی از جمله تغذیه سالم، فعال بودن بدنی، نظارت بر قند خون، مصرف منظم داروها، مهارتهای حل مسئله، مهارتهای مقابله سالم و رفتارهایی که منجر به کاهش خطر می شود را پیش بینی می کند (۴) خود مراقبتی فرایندی است که سبب می شود بیمار از آگاهی و مهارتهای خود برای انجام رفتارهای توصیه شده به وی بهره گیری می نماید. بنابراین نه تنها باید قادر باشند اطلاعات کافی در زمینه بیماری خود و چگونگی انجام مراقبت های لازم را کسب کنند بلکه بایستی بتوانند از دانسته های خود در موقعیت ها و شرایط مختلف استفاده کند (۵).

خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت در کنترل علائم بیماری در آنها بسیار مهم است. از جمله موانع خودمراقبتی در بیماران دیابتیک، موانع روانی میباشد که نقش آن در بروز رفتارهای بهداشتی روشن است (۶). دیابت ممکن است افراد مبتلا را منزوی کرده و بر سازگاری اجتماعی آنها اثر گذارد و فعالیتهای اجتماعی آنها را محدود کند تا جایی که ممکن است برخی بیماران از صحبت کردن با دیگران در خصوص بیماری و نگرانی هایشان اجتناب کنند. اغلب افراد مبتلا به دیابت در زمینه سلامت روان، افسردگی و دیسترس مربوط به دیابت را تجربه می کنند که هر دو مورد ریسک فرد مبتلا را برای خود مراقبتی ضعیف بیماری، رشد عوارض بیماری، کیفیت زندگی پایین و در نتیجه آن مرگ و میر، بیشتر می کنند. طبق آمار منتشر شده از هر پنج بزرگسال

مبتلا به دیابت دو نفر آنها دچار افسردگی هستند، و افسردگی بر کنترل قند^۴ اثر منفی خواهد داشت و ممکن است احتمال بیماری های قلبی و عروقی را در بیماران دیابتی افزایش دهد. به همین دلیل سازمانهای مربوطه همواره بر تشخیص و درمان افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت به منظور مدیریت بهتر این بیماری تاکید می کنند. (۷).

بیمار دیابتی افسرده به صورت معنی داری در انجام فعالیت های ورزشی که به شدت بر کنترل بیماری اش اثر بخش است عملکرد ضعیفی خواهد داشت و نیز نتایج یک فراتحلیل نشان داده این افراد به دلیل شرم ناشی از انگ بیماری در صورتی که مشکلاتی در مدیریت بیماری خود داشته باشند کمتر آن مشکل را مطرح می کنند (۸). همچنین در یک مطالعه طولی شش ماهه، نشان داده شد که علائم افسردگی پیش بینی کننده مصرف نامنظم دارو و کاهش فرکانس رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی بود (۹).

از سوی دیگر ذهن آگاهی^۵ به عنوان یک سبک زندگی، همسو با فطرت طبیعی انسان، این قابلیت را داراست که بر سیستم هیجانی یعنی افکار، حس های بدنی، احساسات خام و تکانه های عمل افراد اثر گذار باشد (۱۰). نتایج پژوهش ها حاکی از تاثیر مثبت آموزش ذهن آگاهی در تندرستی است؛ ذهن آگاهی بیشتر با افزایش بهزیستی روان شناختی، توافق، گشودگی، وجدان و کاهش نشانه های درد همبسته است. در حقیقت افراد ذهن آگاه در شناخت و مدیریت و حل مشکلات روزمره توانایی بیشتری دارند (۱۱). تحقیقات نشان می دهد ذهن آگاهی در کمک به بیماران بسیاری با مشکلاتی چون بیماری های قلبی، سرطان، مبتلایان به ایدز، درد مزمن، مشکلات گوارشی، دردهای وابسته به استرس، سردرد، فشارخون بالا، اختلالات خواب، اختلالات خوردن، افسردگی، اضطراب و وحشت زدگی موثر بوده است (۱۲). همچنین می توان گفت ذهن آگاهی به دلیل اینکه بر پایه هارت های پذیرش می باشد ممکن است در خصوص افراد مبتلا به دیابت، سبب پایبندی به مصرف دارو، تنظیمات

4 glycemic control
5 Mindfulness

1 lifestyle
2 self-management
3 self-care



مواد و روش ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران میانسال مبتلا به دیابت مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. در خصوص حجم نمونه جهت آزمون مدل پیشنهادی و فرضیه‌های پژوهش، با توجه به تعداد متغیرهای پژوهش، از بین بیماران دیابتی مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران ۱۹۵ نفر (با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی‌ها و حذف پرسشنامه‌های مخدوش و داده‌های پرت یک متغیری و چند متغیری)، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از ارائه توضیح توسط پژوهشگر در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش و همچنین جلب اعتماد آنها نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان، پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل و تعداد ۱۹۱ پرسشنامه عودت شد. بعد از حذف پرسشنامه‌های ناقص و مخدوش، تعداد ۱۸۸ پرسشنامه باقیمانده (تعداد ۱۰۰ زن و تعداد ۸۸ مرد)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص‌های توان آزمون و برازش مدل نشان دهنده کفایت حجم نمونه بود. در این پژوهش برای جایگزین کردن داده‌های گمشده از روش جایگزین کردن داده‌های گمشده با میانگین متغیر استفاده شد. همچنین برای تشخیص داده‌های پرت چند متغیری از روش‌های مبتنی بر فاصله ماهالانوبیس برای متغیرها استفاده شده است. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب برابر با ۵۰/۰۶ و ۸/۴ بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی و با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر انجام شده است. ابزار اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه خودمراقبتی دیابت (خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت) ۱۵ سوالی: این مقیاس یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۵ سوالی است که معیارهای خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت (۵ سوال)، ورزش (۲ سوال)، آزمایش قند خون (۲ سوال)، تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سوال)، مراقبت از

متابولیک بهتر و کیفیت زندگی باشد. رفتارهای خود مراقبتی، مانند کنترل قند خون، رژیم غذایی و تزریق انسولین می‌تواند افکار منفی را برای بیماره دنبال داشته باشد (مثلاً "من مریض هستم" یا "این پیروی از توصیه‌های پزشک بسیار دشوار است") که تجربیات عاطفی منفی (مانند افسردگی، اضطراب) در افراد مبتلا به دیابت را سبب می‌شوند که ذهن آگاهی سبب می‌شود فرد تکنیک‌های مقابله‌ای لازم برای مواجه شدن با این افکار را بلد باشد و از مکانیزم‌های روان‌شناختی مناسبی استفاده نماید (۱۳). به نظر می‌رسد افسردگی و ذهن آگاهی علاوه بر تاثیری که ممکن است به صورت مستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی داشته باشند، از طریق تاثیری که بر سبک زندگی بیماران دیابتی خواهند داشت، بر رفتارهای خود مراقبتی اثر دارند. مسائل بهداشتی تا چند سال قبل بر معالجه بیماری تمرکز داشتند، اما اکنون به پیشگیری و تأمین سلامتی از طریق بهبود سبک زندگی^۶ و حذف عواملی که به نوعی اثرات سوء بر سطح سلامت انسان دارند، معطوف گردیده است (۱۴).

سبک زندگی به الگوهای روزانه زندگی فرد که به طور معمول انجام می‌دهد مربوط می‌گردد (۵). آمار ارائه شده در مورد علل اصلی مرگ و میر حاکی از آن است که ۵۳ درصد از علل مرگ و میر به شیوه زندگی، ۲۱ درصد به عوامل محیطی، ۱۶ درصد به عامل ارث و ۱۰ درصد به سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی مربوط می‌شود (۱۵).

لذا با در نظر گرفتن شیوع بالای این بیماری و اهمیت درمان آن به منظور ارتقا سلامت جامعه، ضرورت دارد عوامل مرتبط با خود مراقبتی این بیماران، مورد بررسی قرار گیرد. زیرا درمان دیابت تا حد زیادی بستگی به رفتار و خود مراقبتی فرد بیمار دارد و این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصا انجام دهند در این پژوهش با استفاده از روش تحلیل مسیر^۷ به منظور تحلیل ضرایب مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم روابط با خودمراقبتی در بیماران دیابتی پژوهشگر بر آن است تا برانزندی مدل رابطه علی افسردگی و ذهن آگاهی با خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور را آزمون کند.



پرسشنامه ۵ عاملی ذهن آگاهی: پرسشنامه FFMQ (ذهن آگاهی): مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتمی است که توسط بائر و همکاران (۲۱)، تحول یافته است. تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه انجام داد. این پرسشنامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مولفه بود بر اساس نتایج ۴ عامل از ۵ عامل با عامل‌های شناخته شده در KIMS قابل مقایسه بود و پنجمین عامل شامل آیتم‌هایی از FMI و MQ بود که تحت عنوان حالت غیر واکنشی به تجربه درونی تعریف شد. عامل‌های بدست آمده اینچنین نامگذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیر قضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیر واکنشی بودن. عامل مشاهده در برگیرنده توجه به محرک‌های بیرونی و درونی مانند احساسات، شناخت‌ها، هیجان‌ها، صداها و بوها می‌باشد. (۲۲). آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. بر اساس نتایج همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (۲۳). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتبار یابی و پایایی این پرسشنامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین $I=0/57$ مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و $I=0/84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. هم‌چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین $\alpha=0/55$ مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و $\alpha=0/83$ مربوط به عامل توصیف) بدست آمد (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

پرسشنامه سبک زندگی سلامت محور: سبک زندگی سلامت محور می‌تواند توسط پروفایل سبک زندگی ارتقاء سلامت ۹ اندازه‌گیری شود که این ابزار به طور گسترده در تحقیقات استفاده می‌شود (۲۴). پرسشنامه HPLPII شامل شش بعد با ۵۲ سؤال میباشد که بر اساس مقیاس

پا (۴ سوال) و سیگار کشیدن (۱ سوال) است. در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال بدست می‌آید امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد. در تحقیق حمد زاده و همکاران (۱۶)، روایی محتوایی (CVI) پرسشنامه توسط ۸ نفر از اساتید مورد تایید قرار گرفت که میانگین آن ۸۴/۹ بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بود. همچنین اسمیت ۸ در تحقیق خود روایی سازه این پرسشنامه را به وسیله تحلیل عامل تاییدی انجام داد و هر ۴ عامل را تایید کرد (۱۷). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

آزمون افسردگی بک: پرسش‌نامه افسردگی بک از نوع آزمون‌های خودسنجی است که آزمونی‌ها باید روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ به آن پاسخ دهند. این مقیاس درجات مختلف افسردگی را از خفیف تا بسیار شدید تعیین می‌کند و دامنه نمرات آن از حداقل صفر تا حداکثر ۶۳ است. سوالات بر مبنای یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد و حداقل نمره در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. بک و همکارانش با بررسی پژوهش‌هایی که از این ابزار استفاده کرده بودند در یافتند که ضریب اعتبار آن با استفاده از شیوه‌های باز آزمایی، بر حسب فاصله بین دفعات اجرا و نیز نوع جمعیت مورد آزمون از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ متغیر بوده است. بک و همکاران بار دیگر در سال ۱۹۹۶ ضریب اعتبار باز آزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای را ۰/۹۳ بدست آوردند. در مورد روایی پرسشنامه افسردگی بک نیز پژوهش‌های مختلفی انجام شده است است میانگین همبستگی پرسشنامه افسردگی بک با مقیاس درجه بندی روانپزشکی همیلتون (HRSD)، مقیاس خودسنجی زندگ، مقیاس افسردگی MMPI، مقیاس صفات عاطفی چند گانه و SCL-90 بیش از ۰/۶۰ است (۱۸). در داخل کشور نیز رفیعی و سیفی (۱۹)، پایایی این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و کاپیانی و موسوی (۲۰) نیز روایی آن را ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

⁸ schmitt

⁹ HPLPII (health-pro moting lifestyle profile II)



با توجه به اینکه آماره های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین (۲-) و (۲) بودند فرض نرمال بودن داده ها تایید شد. جهت بررسی هم خطی چندگانه، از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد و برای همه متغیرها آماره VIF، کمتر از ۱۰ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۱ بود. لذا مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت شده بود. همچنین برای آزمون مفروضه استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون^{۱۱} استفاده شد. مقدار بدست آمده در این پژوهش برابر با ۱/۸۰ بود و چون در طیف ۱/۵-۲/۵ قرار دارد بیانگر رعایت مفروضه استقلال خطاها است.

با توجه به رعایت مفروضه ها می توان برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس معیارهای برازندگی ارزیابی کرد. جدول شماره ۲ برازش الگوی آزمون شده پیشنهادی را براساس شاخص های برازندگی نشان می دهد. مطابق با مقادیر بدست آمده، الگوی پیشنهادی دارای برازش مطلوبی نبود. با توجه به اینکه مدل پیشنهادی برازش مطلوبی ندارد، لازم است پس از بررسی مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم مدل اصلاح شود و شاخص های برازندگی مدل اصلاح شده مجدد ارزیابی شود. نمودار ۱ ضرایب استاندارد مسیرها را در الگو پیشنهادی آزمون شده نشان می دهد.

الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آنها در مدل پیشنهادی مطابق جدول ۳ می باشد. بر اساس ضرایب پارامتر استاندارد و سطح معناداری متناظر ارائه شده در جدول ۳ یکی از مسیرهای مستقیم مدل معنی دار نمی باشند (مسیر مستقیم افسردگی به رفتارهای خودمراقبتی) که می بایست از مدل حذف شود و برازندگی مدل اصلاح شده مجددا ارزیابی شود.

لیکرت ۴ درجه ای (همیشه، اغلب، گاهی اوقات و هرگز) تنظیم شده است. در محاسبه نمره به عملکرد مثبت بر اساس مقیاس مذکور به ترتیب امتیاز ۴، ۳، ۲، و ۱ تعلق میگیرد. محدوده نمره ی کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت بین ۲۰۸-۵۲ است پایایی نسخه اصلی پرسشنامه سبک زندگی ارتقادهنده سلامت به وسیله ی آلفای کرونباخ دامنه ای از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ برای ابعاد ۶ گانه و ۰/۹۴ برای کل پرسشنامه به اثبات رسیده است. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه سبک زندگی ارتقا سلامت در ایران توسط محمدی زیدی و همکاران (۲۴)، سنجیده شد که به وسیله ی آلفای کرونباخ دامنه های از ۰/۶۴ تا ۰/۹۱ برای ابعاد ۶ گانه و ۰/۸۲ برای کل پرسشنامه به اثبات رسیده است. و تحلیل عاملی تاییدی مدل ۶ عاملی گویای برازش قابل قبولی بود. در پژوهش حاضر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ محاسبه شد.

یافته ها

جدول شماره ۱ شاخصهای توصیفی (میانگین، انحراف معیار و حداقل و حداکثر نمره) نمونه شرکت کننده در پژوهش حاضر و نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای پیش بین، میانجی و ملاک را در پژوهش حاضر نشان می دهد. مندرجات آن حاکی از آن است که تمام متغیرهای پژوهش، دارای همبستگی معنی داری هستند. این امر حکایت از انتخاب مناسب متغیرها در این پژوهش، بر اساس پیشینه پژوهشی و مطالعات انجام گرفته در گذشته دارد. این تحلیل های همبستگی بینشی در خصوص روابط دو متغیری بین متغیرهای پژوهش را فراهم می کنند. جهت آزمون همزمان مدل روابط مفروض در پژوهش حاضر، از تحلیل مسیر استفاده شد.

همسو با پیشنهاد کلاین^{۱۲} (۲۵)، قبل از تحلیل داده ها با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر ابتدا پیش فرض های بهنجاری چند متغییری، خطی بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاها آزمون و تایید شدند. جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون های کجی و کشیدگی استفاده شد.



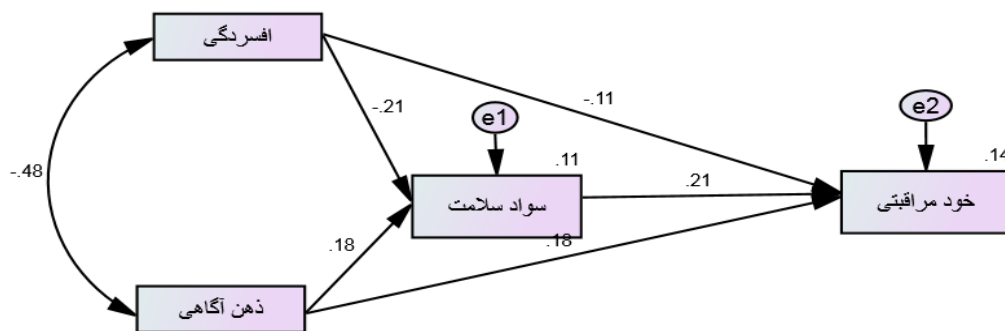
جدول شماره ۱. شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرها

شاخص مقیاس	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	افسردگی	ذهن آگاهی	سبک زندگی سلامت محور	خود مراقبتی
افسردگی	۴/۷۰	۵/۰۲	۰	۱۹	۱			
ذهن آگاهی	۱۱۳/۵۹	۲۵/۴۹	۹۵	۱۵۰	-۰/۴۸**	۱		
سبک زندگی سلامت محور	۱۳۳/۴۸	۲۴/۶۱	۹۸	۱۸۰	-۰/۳۰**	۰/۲۸**	۱	
خود مراقبتی	۴۶/۸۰	۱۸/۷۳	۲۰	۸۰	-۰/۲۵**	۰/۲۹**	۰/۲۹**	۱

** p ≤ 0.01 و * p ≤ 0.05

جدول شماره ۲: برازش الگوی آزمون شده براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص برازندگی	χ^2	df	$\frac{\chi^2}{df}$	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
حد مطلوب	-	-	۵-۱	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≥۰/۹	≤۰/۰۸
الگوی پیشنهادی	۰	۰	-	۱	۱	۱	۱	۰/۲۹



نمودار شماره ۱: ضرایب استاندارد مسیر الگوی پیشنهادی آزمون شده

جدول شماره ۳: ضرایب مسیر استاندارد مربوط به اثرهای مستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی

مسیر	β	P
افسردگی ← خودمراقبتی	-۰/۱۰	۰/۱۷
ذهن آگاهی ← خودمراقبتی	۰/۱۸	۰/۰۲*
افسردگی ← سبک زندگی سلامت محور	-۰/۲۱	۰/۰۰۶**
ذهن آگاهی ← سبک زندگی سلامت محور	۰/۱۷	۰/۰۲*
سبک زندگی سلامت محور ← خودمراقبتی	۰/۲۱	۰/۰۰۳**

** p ≤ 0.01 و * p ≤ 0.05

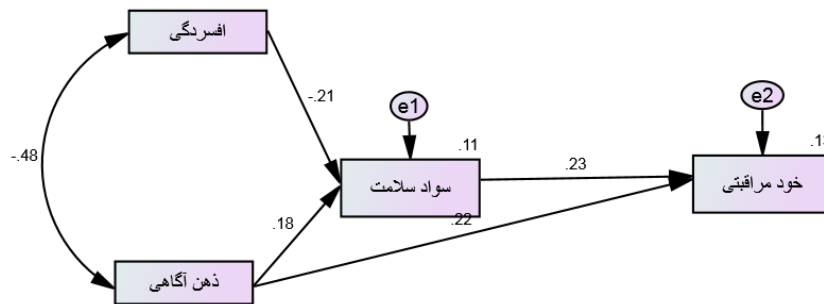


جدول شماره ۴ برازش الگوی آزمون شده اصلاح شده را براساس شاخص های برازندگی نشان می دهد. مطابق با مقادیر بدست آمده، الگوی پیشنهادی دارای برازش مطلوبی بود و به عنوان الگوی نهایی پذیرفته شد.

جدول شماره ۴: برازش الگوی آزمون شده نهایی براساس شاخص های برازندگی

شاخص برازندگی	χ^2	df	$\frac{\chi^2}{df}$	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
حد مطلوب	-	-	۵-۱	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≥ 0.9	≤ 0.08
الگوی اصلاح شده	۱/۸۵	۱	۱/۸۵	۰/۹۹	۰/۹۴	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۶

مطابق با جدول ۴ مدل اصلاح شده برازش مطلوبی دارد. نمودار ۲ ضرایب استاندارد مسیرها را در الگو اصلاح شده نهایی نشان می دهد.



نمودار شماره ۲: ضرایب استاندارد مسیر الگوی اصلاح شده نهایی

الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آنها در مدل اصلاح شده مطابق جدول ۵ می باشد.

جدول شماره ۵: ضرایب مسیر استاندارد مربوط به اثرهای مستقیم متغیرها در مدل اصلاح شده نهایی

مسیر	β	P
ذهن آگاهی ← خودمراقبتی	۰/۲۲	۰/۰۰۲***
افسردگی ← سبک زندگی سلامت محور	-۰/۲۱	۰/۰۰۶***
ذهن آگاهی ← سبک زندگی سلامت محور	۰/۱۷	۰/۰۲*
سبک زندگی سلامت محور ← خودمراقبتی	۰/۲۳	۰/۰۰۱***

*** $p \leq 0.01$ و * $p \leq 0.05$

جدول شماره ۶: آزمون میانجی گری چندگانه اثرهای غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ

مسیر غیر مستقیم	β	P
افسردگی به خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور	-۰/۰۵	۰/۰۱***
ذهن آگاهی به خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور	۰/۰۴	۰/۰۳*

*** $p \leq 0.01$ و * $p \leq 0.05$



اختلالات محور هیپوفیز هیپوتالاموس، ایسکمی مغزی ناشی از اختلالات عروقی، دردهای نوروپاتی کاهش رسیدن قند به سلول و یا حتی کاهش اختیار بیمار در انتخاب نوع غذا نام برد. طبق دیگر یافته این پژوهش افسردگی با سبک زندگی سلامت محور نیز رابطه مستقیم معنی داری داشت. و همچنین بین افسردگی و رفتارهای خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور رابطه غیر مستقیم معنی دار وجود داشت. در تبیین این یافته همسو با یافته های پیشین (۲۷،۲۸)، می توان گفت، اهمیت بررسی افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت در این است که بفهمیم افسردگی به چه صورت و از چه طریقی (به عنوان مثال رعایت رژیم غذایی، ورزش، کنترل قند خون) بر رفتارهای خود مراقبتی تاثیر می گذارد. پیشینه پژوهش حاکی از آن است که افسردگی با سیگار کشیدن، کم تحرکی و عدم ورزش و رژیم غذایی ناسالم همبسته است. بیماران افسرده به علائم افت قند خون کمتر توجه کرده و به مصرف داروهایشان پایداری کمتری داشتند. اما افسردگی باعث نمی شود که بیماران بر کنترل علائم زخمهای پا و سایر مراقبتهای روزانه کنترل نداشته باشند (۲۷)، که این خود تائیدی بر این یافته پژوهش حاضر می باشد که افسردگی تمام تاثیرش را بر رفتارهای خود مراقبتی از طریق تاثیر بر سبک زندگی سلامت محور که شامل مولفه هایی همچون ورزش و تغذیه سالم می باشد، می گذارد.

دیگر یافته این پژوهش حاکی از رابطه مستقیم و معنی دار ذهن آگاهی با رفتارهای خود مراقبتی و سبک زندگی سلامت محور و همچنین رابطه غیر مستقیم و معنی دار ذهن آگاهی با رفتارهای خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور بود. که همسو با یافته های پیشین می باشد (۱۳،۲۹). در تبیین این یافته می توان گفت، از آنجایی که افراد ذهن آگاه مسایل و اتفاقات را قضاوت نمیکنند، صبور هستند، به رویدادها و مسایل پیش رو به شکلی مینگرند که گویی برای اولین بار با آنها مواجه شده اند؛ به عبارت دیگر، به جای این که از کنار حوادث بی تفاوت بگذرند و یا بر اساس تجارب قبلی، واکنش توأم با هیجانات زیاد از خود نشان دهند، تلاش می کنند که رویدادها را هر بار به شکل جدیدی درک کنند؛ این افراد به

مطابق با جدول ۵، تمام مسیرهای باقیمانده در مدل معنی دار بودند. در این پژوهش برای تعیین معنی داری روابط غیر مستقیم متغیرها، از آزمون بوت استراپ استفاده شده است. جدول ۶ ضرایب استاندارد را در مسیرهای غیر مستقیم در مدل آزمون شده نشان می دهد. در خصوص اثر غیر مستقیم افسردگی بر خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور، مندرجات جدول ۶ نشان می دهند که این مسیر غیر مستقیم معنی دار است. ($\beta = -0.05$ و $p \leq 0.01$) همچنین برای اثر غیر مستقیم افسردگی بر خود مراقبتی از طریق سبک زندگی سلامت محور نیز، مندرجات جدول ۶ نشان می دهند که این مسیر نیز معنی دار است ($\beta = 0.04$ و $p \leq 0.05$).

بحث و نتیجه گیری

با توجه به اینکه بخش مهمی از درمان بیماران دیابتی منوط به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران می باشد و به دلیل متداول بودن افسردگی در بین این بیماران، پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل علی خود مراقبتی بر اساس افسردگی و ذهن آگاهی از طریق سبک زندگی سلامت محور در این جامعه از بیماران، انجام شد. تحلیل داده ها نشان داد که افسردگی با خود مراقبتی علی رغم اینکه در روابط همبستگی ساده دارای همبستگی معنی داری بود در قالب مدل مسیر مستقیم افسردگی به رفتارهای خود مراقبتی معنی دار نبود و از مدل حذف شد. پیشینه پژوهش به صورت قوی از رابطه بین افسردگی و رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی حمایت می کند به عنوان مثال در پژوهشی یکی از عوامل بازدارنده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی را شیوع افسردگی بین این بیماران عنوان کرده اند (۷). اما در پژوهشی دیگر (۲۶)، رابطه معنی داری بین افسردگی و خودمراقبتی پیدا نشد. نتایج پژوهش لین^{۱۲} و همکاران (۲۷)، حاکی از این بود که افسردگی سبب ضعف رفتارهای خود مراقبتی بیماران می شود همچنین همسو با یافته های این پژوهش، نشان داده شد افسردگی حتی می تواند تاثیر سواد سلامت را بر رفتارهای خود مراقبتی، کاهش دهد (۲۸). در خصوص علت شیوع افسردگی در بین این بیماران می توان از مکانیسم های نورواندوکراین و



زندگی بیمار دارند، رفتارهای خود مدیریتی بیماران دیابتی را پیش بینی کنند.

انجام پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهشها با محدودیت هایی مواجه بود؛ از آنجایی که نمونه تحقیق تنها شامل افراد میانسال مبتلا به دیابت در شهر تهران بود، لذا در تعمیم نتایج آن به گروههای سنی دیگر و سایر بیماران لازم است احتیاط بیشتری به عمل آید. با توجه به نتایج این پژوهش، به سایر درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود، به نقش متغیرهای پژوهش در رفتارهای خود مراقبتی که اهمیت زیادی در کنترل بیماری دیابت و کاهش هزینه های درمان دارد توجه و از ارتقا آنها برای بهبود این رفتارها استفاده شود. یا توجه به شایع بودن علایم افسردگی بین بیماران دیابتی نتایج این پژوهش می تواند تلویحاتی برای کمک به این بیماران داشته باشد. به علاوه پیشنهاد می شود از نتایج این تحقیق در جهت آگاهی افزایی بیماران مبتلا به دیابت استفاده شود. توجه به محدودیت روشهای همبستگی در تبیین روابط علت و معلولی توصیه می شود پژوهش های تجربی جهت ارتقا رفتارهای خود مراقبتی در بیماران از طریق آموزش و ارتقا ذهن آگاهی و بهبود افسردگی بیماران انجام شود.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی میان نویسندگان وجود نداشت

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی می باشد. بدینوسیله از کلیه همکاران کمال تشکر و قدردانی را دارد.

خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همانگونه که هستند می پذیرند (۳۰) واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک میکنند، توانایی زیادی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجانات دارند (۲۲)، به رویدادها با تفکر و تامل پاسخ میدهند (۳۱) و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا تر هستند (۱۱). این ویژگی های افراد ذهن آگاه نشان میدهد که این افراد سعی میکنند که هر مساله و مشکلی را بپذیرند و آن را به شیوه جدیدی مدیریت کنند. با در نظر گرفتن این نکته که درمان و پیشگیری از دیابت تا حد زیادی وابسته به اداره فرد در انجام رفتارهای خود مراقبتی می باشد، می توان گفت با بیشتر شدن سطح ذهن آگاهی بیمار در این زمینه، کنترل بهتر بیماری و پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی بیشتر خواهد شد. به عبارتی این یافته نشان می دهد بیماران مبتلا به دیابت برای انجام رفتارهای مراقبت از خود باید به این اعتقاد دست یابند که رفتارهایی که در مراقبت از خود انجام میدهند موثر خواهد بود. در واقع بیمار دیابتی به دلیل عوارض بیماری ممکن است دچار یک سری افکار خود آیند منفی در ارتباط با توانایی های خود در کنترل و مدیریت بیماری و علایم آن باشند، بیماران با ذهن آگاهی بیشتر به دلیل توجه به لحظه حال و مشارکت در رفتارهای ارزشمند محور، به صورت کارآمدتر بیماری را مدیریت می کنند.

نتیجه گیری

در واقع می توان گفت با توجه به اینکه هر دو متغیر افسردگی و ذهن آگاهی بر سبک زندگی که بیمار انتخاب میکند موثر هستند، می توانند از طریق تاثیری که بر سبک



References

1. Amirehsani KA, Hu J, Wallace DC, Silva ZA, Dick S. Hispanic families' action plans for a healthier lifestyle for diabetes management. *The Diabetes Educator*. 2019; 45(1): 87-95.
2. Mallick N, Maharana SP, Garg S, Sembiah S, Banerjee R. Self-care practices among diabetes patients attending a health center in a slum of Kolkata: a qualitative study. *Medical Journal of Dr. DY Patil Vidyapeeth*. 2018; 11(6): 506.
3. American Diabetes Association. 5. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*. 2019; 42(Suppl 1): S46-60.
4. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2013; 12(1): 14.
5. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2013*. Geneva: World Health Organization; 2013.
6. Fisher KL. Assessing psychosocial variables. *The Diabetes Educator*. 2006; 32(1): 51-8.
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.
8. Brown SA, García AA, Brown A, Becker BJ, Conn VS, Ramírez G, et al. Biobehavioral determinants of glycemic control in type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. 2016; 99(10): 1558-67.
9. Aikens JE. Prospective associations between emotional distress and poor outcomes in type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2012; 35(12): 2472-8.
10. Williams M, Penman D. *Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world*. London: Hachette UK; 2011.
11. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(2): 222-7.
12. Kristeller JL, Baer RA, Quillian-Wolever R. Mindfulness-based approaches to eating disorders. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Lexington, Kentucky: University of Kentucky; 2006.
13. Bogusch LM, O'Brien WH. The effects of Mindfulness-based interventions on diabetes-related distress, quality of life, and metabolic control among persons with diabetes: a meta-analytic review. *Behavioral Medicine*. 2019; 45(1): 19-29.
14. Roberts KK, Cochet AE, Lamb PB, Brown PJ, Battafarano DF, Brunt EM, et al. The prevalence of NAFLD and NASH among patients with psoriasis in a tertiary care dermatology and rheumatology clinic. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. 2015; 41(3): 293-300
15. Akbarnejad KH, Tol A, Majlessi F, Yaseri M, Alizadeh H. Predictors of health-oriented lifestyle among health workers of Amol City. *Hospital*. 2016; 15(4): 103-14.
16. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. *Iran Journal of Nursing*. 2013; 25(80): 24-33.
17. Aflakseir A. Predicting self-care behaviors based on patient-doctor relationship and emotional distress in



adolescents with diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2018; 17(3): 147-56.

18. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio. 1996; 78(2): 490-8.

19. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2013; 8(27): 37-46.

20. Khodabakhsh Pirkalani R, Rahim Jamarouni H. Effectiveness of mixed cognitive-behavioral therapy and mindfulness based stress reduction in treating a case of generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2014; 4(13): 121-47.

21. Baer RA, Smith GT, Lykins E, Button D, Krietemeyer J, Sauer S, et al. Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*. 2008; 15(3): 329-42.

22. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 84(4): 822.

23. Ahmadvand Z, Heidarinasab L, Shoeiri M. Explaining psychological well-being based on the components of mindfulness. *Health Psychology*. 2013; 1(2): 60-9.

24. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and validity of Persian version of the health-promoting lifestyle profile. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2012; 21(1): 102-13.

25. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: Guilford Publications; 2015.

26. Haji-Arabi E, Nobahar M, Ghorbani R. Relationship between depression and knowledge about diabetes with the amount of self-care in patients with type 2 diabetes. *Koomesh*. 2018; 20(2): 210-20.

27. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabetes Care*. 2004; 27(9): 2154-60.

28. Schinckus L, Dangoisse F, Van den Broucke S, Mikolajczak M. When knowing is not enough: Emotional distress and depression reduce the positive effects of health literacy on diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*. 2018; 101(2): 324-30.

29. Zare H, Zare M, Amirabadi F, Shahriari H. Mindfulness and diabetes: evaluation of effectiveness of Mindfulness Based Stress Reduction on glycemic control in diabetes. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2013; 20(108): 40-52.

30. Kabat-Zinn J. Bringing mindfulness to medicine: an interview with Jon Kabat-Zinn, PhD. Interview by Karolyn Gazella. *Advances in Mind-Body Medicine*. 2005; 21(2): 22.

31. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*. 2010; 49(7): 815-8.

