

## نقش میانجی تاب آوری در رابطه بین مثبت نگری و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی

رامین نیرومندی<sup>۱</sup>  
مریم اکبری<sup>۲\*</sup>  
حمزه احمدیان<sup>۳</sup>  
عباس بخشی پور رودسری<sup>۴</sup>

### چکیده

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین نقش میانجی تاب آوری در رابطه‌ی بین مثبت نگری و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب انجام گرفت. این مطالعه، توصیفی از نوع همبستگی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری، کلیه‌ی اعضای فعال انجمن دیابت شهرستان بناب در سال ۱۳۹۷ بودند. از این جامعه، ۵۰۰ نفر با نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. داده‌ها به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی ویژگی‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر رشید (۲۰۰۸)، مقیاس تاب آوری کونور و دیویدسون (۲۰۰۳) و پرسشنامه‌ی بهزیستی ذهنی وارویک ادینبورگ (۲۰۰۷) جمع‌آوری شدند و با استفاده از نرم افزار SPSS-۷۲۵ و LISREL-۷۸/۸ مدل‌سازی معادلات ساختاری تحلیل شدند. نتایج نشان داد که مسیرهای مستقیم از مثبت نگری به بهزیستی ذهنی ( $\beta=0/27, p<0/05$ )، مثبت نگری به تاب آوری ( $\beta=0/83, p<0/01$ ) و تاب آوری به بهزیستی ذهنی ( $\beta=0/80, p<0/01$ )، از نظر آماری معنی دار بود. همچنین مثبت نگری به طور غیرمستقیم از طریق تاب آوری نیز بر بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت و معنادار داشت ( $\beta=0/66, p<0/01$ ). اگرچه به خاطر محدودیت‌ها باید جانب احتیاط را نگه داشت، ولی به نظر می‌رسد توجه به مدل مثبت نگری، در برنامه درمانی و مشاوره‌ای بیماران دیابتی مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: مثبت نگری، تاب آوری، بهزیستی ذهنی، دیابت

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران  
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران (نویسنده مسئول) akbari1384@gmail.com  
۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران  
۴. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

بیماری‌های مزمن تأثیر چشمگیری بر افراد و خانواده‌ها دارند. در کوتاه‌مدت از استقلال و تعامل فرد کاسته، او را منزوی می‌کنند و در طولانی‌مدت با ایجاد خستگی و افسردگی، انگیزه فرد را می‌کاهند (دیل فیو<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). دیابت، شایع‌ترین بیماری مزمن است (عزیزی، ۱۳۹۷) که از سوی سازمان بهداشت جهانی، «همه‌گیری نهفته» لقب یافته‌است. در کشور ما نیز، طی سه دهه‌ی گذشته، شیوع دیابت دو برابر شده‌است (کمیته‌ی ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، ۱۳۹۵). در دومین مطالعه‌ی بین‌المللی نگرش‌های مربوط به دیابت<sup>۲</sup> و نیازهای مطالعه، ۴۵ درصد از افراد، بیماری دیابت را گزارش کردند. در سال ۲۰۱۷، تعداد مبتلایان در بریتانیا بیش از ۹۰۰۰ نفر گزارش شد (هالت<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). روند روبه‌رشد دیابت در جهان و تأثیر منفی آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی، ضرورت بررسی وضعیت این بیماری را از زوایای مختلف را ایجاب می‌کند (الحانی، رعناهی، کاظم نژاد و مهرداد، ۱۳۹۷؛ عاقل مسجیدی، عاقل مسجیدی و برخوردار، ۱۳۹۸).

بهزیستی ذهنی<sup>۴</sup>، از مهمترین ابعاد تجارب شخصی است که به نحوه ارزیابی‌های افراد از زندگی خودشان اشاره دارد. این ارزیابی‌ها هم قضاوت‌های شناختی<sup>۵</sup> (رضایت از زندگی) و هم ارزیابی‌های عاطفی<sup>۶</sup> (احساس‌ها و هیجان‌های مثبت و منفی) را دربرمی‌گیرد (دینر، لوکاس و اویشی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲). بهزیستی ذهنی به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است که از تعادل بین عاطفه مثبت و منفی حاصل می‌شود (دوراآپا<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱). مطالعه‌ی بهزیستی ذهنی شرایط عینی زندگی را از شرایط ذهنی متمایز می‌سازد و ارزیابی افراد از زندگی خود در حال و گذشته که بر اساس واکنش‌های عاطفی به حوادث، خلق و خو، قضاوت، میزان موفقیت و رضایت در حوزه‌هایی از قبیل ازدواج و کار، شکل می‌گیرد، تحلیل می‌کند (مادوکس<sup>۹</sup>، ۲۰۱۸).

مطابق شواهد، درک نادرست از دیابت بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی را کاهش می‌دهد (وایلی، شاه، کنور<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). این بیماری علاوه بر آسیب جسمی و عصبی، به آسیب روانی را نیز در پی دارد (لسانی، ذهنی مقدم، شرفی و همکاران، ۱۳۹۶). ممکن است مبتلایان به دیابت، دچار سرخوردگی، احساس گناه، ترس یا خلق پایین شوند. پریشانی دیابت نه تنها بهزیستی ذهنی را بدتر می‌کند، بلکه مانع خود مدیریتی مؤثر در افراد دیابتی نیز می‌شود (هالت، ۲۰۱۹). در بیشتر موارد درمان دیابت، دارو درمانی است، و جنبه‌های روانی-اجتماعی، به ویژه دیدگاه‌های روان‌شناسی مثبت، نادیده گرفته می‌شوند (قوش و دب<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶). در حالی که داشتن دید مثبت، بهزیستی ذهنی

1. Delle Fave
2. international second Diabetes Attitudes
3. Holt
4. Subjective Well- Being (SWB)
5. cognitive judgments
6. affective evaluations
7. Diener, Lucas and Oishi
8. Durayappah
9. Maddux
10. Wylie, Shah, Connor
11. Ghosh & Deb

این بیماران را بهتر می‌کند (وایلی و همکاران، ۲۰۱۹). اگرچه مطالعات بالینی دیابت انگلیس تعدادی از شکاف‌های پژوهشی مربوط به دیابت و بهزیستی روانی و ذهنی را شناسایی کرده‌اند (فاینر، راب، کوان، شاه و فارمر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). ولی مطالعات اصیل فراوانی نیز بر نقش مهم بهزیستی ذهنی در ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران (اسکوینگتون و اپتون، ۲۰۱۸)، تأکید نموده‌اند. پس باتوجه شیوع بالای دیابت (هالت، ۲۰۱۹) و نقش مهم تفکر مثبت و بهزیستی ذهنی در فرایند درمان این بیماران، توجه و بکارگیری مهارت‌های مثبت‌نگری در بهبود بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی ضروری به نظر می‌رسد. روان‌شناسی مثبت‌نگر، به مطالعه‌ی علمی نیرومندی‌ها و بهزیستی ذهنی انسان نظر دارد (کونولی و کونولی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). فرض اساسی این رویکرد این است که توانایی‌های موجود در انسان، مانند شجاعت، آینده‌نگری، خوش‌بینی، ایمان، امید و پشتکار می‌توانند به عنوان سپر<sup>۳</sup> علیه بیماری‌های روانی عمل کنند (سلیگمن و چیکزنت‌میهایلی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). سلیگمن (۲۰۰۲) شادکامی را موضوع اصلی روان‌شناسی مثبت‌نگر دانست و آن را به سه مؤلفه هیجان مثبت<sup>۵</sup> (زندگی لذت‌بخش<sup>۶</sup>)، تعهد<sup>۷</sup> (زندگی متعهدانه<sup>۸</sup>) و معنی<sup>۹</sup> (زندگی با معنی<sup>۱۰</sup>) که از نظر علمی بهتر قابل تعریف هستند، تقسیم کرد (رشید و سلیگمن، ۲۰۱۳). مطابق این رویکرد، مثبت‌نگری شامل توانایی کشف و توجه به نقاط قوت (خدایاری فرد، زندگی، حاج حسینی و غباری بناب، ۱۳۹۵)، ایجاد هیجان‌ات مثبت، توانمندی‌های منش و معنا (سلیگمن، رشید و پارک، ۲۰۰۶) و به‌کارگیری تجربیات و صفات فردی مثبت می‌باشد. مثبت‌نگری نقش مهمی در افزایش شادکامی ذهنی دارد (هو، موی، ون<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۶)، در طول زندگی بر مهارت تاب‌آوری (آرامپاتزی، بوگر، استاوروپولوس و ون اورت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۹؛ داورپناه و عارفی، ۱۳۹۶؛ فرهادی امجد و میرکمالی، ۱۳۹۵)، خودتاب‌آوری و توانایی مقابله با حوادث استرس‌زا (میلیونی، الساندری، ایزنبرگ و کاپارارا<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶) می‌افزاید و موجب کاهش افسردگی (اصلانی، احمددوست و بهمنی، ۱۳۹۵) و ارتقای سطح بهزیستی ذهنی (آرامپاتزی و همکاران، ۲۰۱۹؛ چن، ۲۰۱۶؛ سالدو، هیرون، بندر<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۵) می‌گردد.

از سویی، به نظر می‌رسد رابطه‌ی بین مثبت‌نگری و بهزیستی ذهنی ممکن است تحت تأثیر برخی از متغیرهای روان‌شناختی همچون تاب‌آوری<sup>۱۵</sup> تعدیل گردد. تاب‌آوری ظرفیت‌ها و ویژگی‌های مثبتی

1. Finer, Robb, Cowan, Daly, Shah, Farmer
2. Conoley and Conoley
3. Buffer
4. Csicsentmihaly
5. positive emotion
6. The pleasant life
7. Engagement
8. The engaged life
9. Meaning
10. The meaning life
11. Ho, Mui, Wan
12. Arampatzi, Burger, Stavropoulos, & Van Oort
13. Milioni, Alessandri, Eisenberg and Caprara
14. Suldo, Hearon, Bander
15. Resiliency

است که موجب مقابله مفید فرد با چالش‌های محیطی می‌شود و او را از اختلالات مرتبط با استرس مصون می‌دارد (چن، ۲۰۱۶). تاب‌آوری فرایند پویایی است که در آن افراد با وجود تجارب سخت و مصیبت‌بار سازگاری مثبت نشان می‌دهند (لورتار و سکچتی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰). سبک تفکر بدون تاب‌آوری، فرد را به عقاید نادرست راهبردهای نامناسب رهنمون می‌سازد و انرژی روانی را هدرمی‌دهد (حیدریان، زهراکار و محسن‌زاده، ۱۳۹۵). تاب‌آوری بهزیستی را پیش‌بینی می‌کند (چن، ۲۰۱۶) و از طریق ایجاد شناخت مثبت آن را گسترش می‌دهد (مک، ان‌جی و وونگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱).

با توجه به شیوع بالا، و تاثیر دیابت بر جنبه‌های مختلف زندگی فرد، لازم است متخصصین حوزه سلامت برای حل این مشکل تلاش مداوم بین رشته‌ای داشته باشند (الحانی و همکاران، ۱۳۹۷). مطالعه‌ی حاضر نیز در این راستا انجام گرفت.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر توصیفی به روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه اعضای فعال انجمن دیابت شهرستان بناب (۳۵۰۰ نفر به گزارش انجمن دیابت شهرستان بناب) در سال ۱۳۹۷ بودند.

جمعیت شهرستان بناب در حدود ۱۳۰,۰۰۰ نفر می‌باشد که از این تعداد ۷۶۶۱۰ نفر (۶۰ درصد جمعیت کل جمعیت) در مرکز شهرستان ساکن‌اند (دانشگاه بناب، ۱۳۹۹). از جامعه مذکور نمونه‌ای با توجه به شرایط و ضوابط نمونه‌گیری انتخاب گردید. چنان‌که در روش‌شناسی مدل‌یابی معادلات ساختاری آمده‌است، تعیین حجم نمونه می‌تواند بین ۵ تا ۱۵ مشاهده به ازای هر متغیر اندازه‌گیری شده، مطابق رابطه‌ی  $(15q \geq 5q \leq n)$  تعیین‌شود که در آن  $q$  تعداد متغیرهای مشاهده شده یا تعداد گویه‌های (سوالات) پرسشنامه و  $n$  حجم نمونه است (هومن، ۱۳۹۷). با در نظر گرفتن رابطه‌ی مذکور، بر اساس مجموع گویه‌های پرسشنامه‌ها  $(495=5 \times 99)$ ، نمونه‌ای با حجم ۵۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا لیست اعضای انجمن به صورت فایل ایکسل، از انجمن دیابت دریافت شد و با در نظر گرفتن شماره ردیف اعضا و با استفاده از جدول اعداد تصادفی، اعضای نمونه انتخاب شدند.

### ابزارهای پژوهش

الف) پرسش‌نامه‌ی بهزیستی ذهنی: مقیاس بهزیستی ذهنی وارویک ادینبورگ<sup>۳</sup>، دارای ۱۴ ماده می‌باشد که در سال ۲۰۰۷ توسط تنانت، هیلر، فیثویک<sup>۴</sup> و همکاران<sup>۵</sup> تدوین گردید. این مقیاس دارای سه خرده‌آزمون خوش‌بینی (با سوالات: ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۳، ۲، ۱) روابط مثبت با دیگران (با سوالات: ۹، ۷، ۴) و انرژی‌یک بودن (با سوالات: ۱۳، ۱۱، ۶، ۵) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ نسخه‌ی فارسی این

1. Luthar, S. S., & Cicchetti
2. Mak, Ng and Wong
3. Warwick-Edinburg
4. Tennant, Hiller, Fishwick
5. Tennant, Hiller, Fishwick

مقیاس برای نمره‌ی کل ۰/۷۸ و برای خرده‌آزمون‌ها ۰/۷۵ تا ۰/۵۵ بوده است. ضریب روایی همزمان آن با مقیاس خودکارآمدی عمومی ( $r=0.2/55, p<0.001$ ) با حمایت اجتماعی ( $r=0.2/34, p<0.001$ ) مناسب گزارش شده است. این مقیاس در یک طیف ۵ رتبه‌ای لیکرت (هرگز، بندرت، گاهی، اغلب و همیشه) تنظیم شده است. برای هر سوال، از هرگز تا همیشه به ترتیب نمره‌ی ۱ الی ۵ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کل آزمون از مجموع نمرات کل سوالات و نمره خرده‌مقیاس‌ها نیز از مجموع نمرات سوالات مربوطه به دست می‌آید. کمترین و بیشترین نمره در این مقیاس به ترتیب از ۱۴ تا ۷۱ متغیر است و نمره‌ی بالا بیانگر سطح بالاتر بهزیستی روانی می‌باشد (خدادادی و فروزنده، ۱۳۹۵).

مقیاس تاب‌آوری: مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، دارای ۲۵ سوال می‌باشد که از خرده‌آزمون‌های تصور از شایستگی فردی (با سوالات: ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۷، ۱۶، ۱۲، ۱۱، ۱۰)، اعتماد به‌خواب فردی در تحمل عاطفه منفی (با سوالات: ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۵، ۱۴، ۷، ۶)، با پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (با سوالات: ۸، ۵، ۴، ۲، ۱)، کنترل (با سوالات: ۲۲، ۲۱، ۱۳)، تأثیرات معنوی (با سوالات: ۳، ۹) تشکیل شده است. طبق گزارش تهیه‌کنندگان، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری ۰/۸۹ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله‌ی ۴ هفته‌ای ۰/۸۷ بوده است. همبستگی نمرات مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون با نمرات مقیاس سرسختی کوباسا<sup>۲</sup> مثبت و معنادار بود ولی با نمرات مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس آسیب‌پذیری نسبت به استرس شیهان<sup>۳</sup> منفی معنادار بود. این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است. در ایران، میزان پایایی از دو طریق بازآزمایی و آلفای کرونباخ بررسی شده است که به ترتیب ضرایب پایایی ۰/۹۳ و ۰/۸۳ به دست آمده است. این مقیاس در یک طیف ۵ رتبه‌ای لیکرت (هرگز، بندرت، گاهی، اغلب و همیشه) تنظیم شده است. برای هر سوال از هرگز تا همیشه به ترتیب نمره‌ی صفر الی ۵ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی کل آزمون از مجموع نمرات کل سوالات و نمره‌ی خرده‌مقیاس‌ها نیز از مجموع نمرات سوالات مربوطه به دست می‌آید. کمترین و بیشترین نمره در این مقیاس به ترتیب از صفر تا ۱۰۰ متغیر است. نمره‌ی بالا بیانگر تاب‌آوری بیشتر آزمودنی است (عبدی، بنی‌جمالی، احدی و کوشکی، ۱۳۹۸).

پرسش‌نامه‌ی ویژگی‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر: پرسشنامه‌ی ویژگی‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر<sup>۴</sup> در سال ۲۰۰۸ توسط رشید به منظور سنجش میزان شادکامی افراد بر اساس نظریه‌ی شادکامی و شکوفایی سلیگمن تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است و از سه زیرمقیاس زندگی خوشایند (۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹)، زندگی متعهدانه (۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۴، ۱۷، ۲۰) و زندگی معنادار (۳، ۶، ۹، ۱۲، ۱۵، ۱۸، ۲۱) تشکیل شده است (رشید، ۲۰۰۸). طبق مطالعات رشید (۲۰۰۸)، پایایی حاصل از همسانی درونی آن مطلوب بوده است. ضریب آلفای کلی آن ۰/۹۰ و آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۰ درصد بود. در ایران نیز، قربانی، بنی‌جمالی، عامری، خسروی و دهشیری (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ کلی پرسشنامه را ۰/۸۰ و همسانی درونی سه مولفه‌ی آن را بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۲ به دست آوردند. در نمره‌گذاری هر سوال، برای گزینه‌های اول تا چهارم به ترتیب نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد. نمره‌ی

1. Connor, and Davidson
2. Kobasa
3. sheehan
4. Positive Psychotherapy Inventory (PPI)

کل آزمون از مجموع نمرات کل سوالات و نمره‌ی خرده مقیاس‌ها نیز از مجموع نمرات سوالات مربوطه به دست می‌آید. کمترین و بیشترین نمره در این مقیاس به ترتیب از صفر تا ۶۳ متغیر است. نمره‌ی بالا بیانگر شادکامی بیشتر آزمودنی است.

تجزیه و تحلیل داده‌ها: تجزیه و تحلیل نهایی داده‌های گردآوری شده با مدل‌سازی معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۲۵) و LISREL (نسخه ۸/۸) صورت گرفت. برای آزمون فرضیه‌ها، پس از بررسی استقلال باقیمانده‌ها، و عدم همخطی بین متغیرهای پیش‌بین با استفاده از آماره دوربین واتسون<sup>۱</sup>، یک فرایند دو مرحله‌ای طی شد یعنی پس از حصول اطمینان از دستیابی به شاخص‌های مطلوب در مدل از جمله ریشه میانگین برآورد خطای تقریب و خی‌دو بهنجار، اقدام به تحلیل معناداری و کیفیت روابط بین متغیرهای اصلی با متغیر وابسته (مدل ساختاری) گردید. برای رد یا عدم رد فرضیه‌های پژوهش از آزمون معناداری هر یک از ضرایب رگرسیونی استاندارد شده مدل ساختاری (آزمون t) استفاده شد.

### یافته‌های پژوهش

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان به ترتیب ۵۱/۵۷ و ۱۱/۷ بود و از میان آن‌ها ۲۰۷ (۴۱/۴ درصد) نفر مرد و ۲۹۳ (۵۸/۶ درصد) زن بودند. و میانگین و انحراف معیار قند خون آن‌ها نیز به ترتیب ۲۲۹/۸۹ و ۸۴/۷۷ بود. مطابق جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد به ترتیب برای مثبت‌نگری ۳۸/۶۳ و ۱۱/۲۴، تاب‌آوری ۶۳/۰۰ و ۱۳/۷۹، و بهزیستی ذهنی ۴۹/۱۶ و ۹/۰۲ می‌باشد.

جدول ۱- میانگین (انحراف معیار) متغیرهای مورد مطالعه در نمونه انتخابی بیماران دیابتی (N=۵۰۰)

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	میانگین	انحراف معیار
زندگی مسئولانه	۱۳/۰۶	۴/۱۳	تأثیرات معنوی	۵/۴	۱/۸۸
زندگی خوشایند	۱۲/۳۲	۴/۴۳	خوش بینی	۲۴/۳۵	۵/۷۷
زندگی معنادار	۱۳/۲۵	۴/۰۰	روابط مثبت	۱۰/۸۸	۲/۴
تصور از شایستگی فردی	۱۹/۵۱	۵/۵۶	انرژیک بودن	۱۳/۹۴	۳/۳۵
تحمل عاطفه منفی	۱۶/۹۲	۴/۲۱	مثبت‌نگری	۱۱/۲۴	۳۸/۶۳
پذیرش مثبت تغییر	۱۳/۳	۳/۱۱	تاب‌آوری	۶۳/۰۰	۱۳/۷۹
کنترل	۷/۷۸	۲/۶۲	بهزیستی ذهنی	۹۲/۱۶	۹/۰۲

برای بررسی استقلال باقیمانده‌ها، از آماره‌ی دوربین-واتسون استفاده شد که مقدار آن برای مثبت‌نگری برابر با ۱/۸۶۷، و برای تاب‌آوری ۱/۷۸۵ بود. این نتیجه نشان می‌دهد که پیش‌فرض استقلال باقیمانده‌ها رعایت شده است. بررسی شاخص VIF (کمتر از ۱۰) و شاخص تحمل (کمتر از ۰,۱) نشان داد که شاخص‌های VIF و تحمل در هر یک از مولفه‌های متغیر پیش‌بین در حد مطلوب است و بین مولفه‌های متغیر پیش‌بین همبستگی‌های بزرگ وجود ندارد و هم‌خطی جدی مشهود نیست.

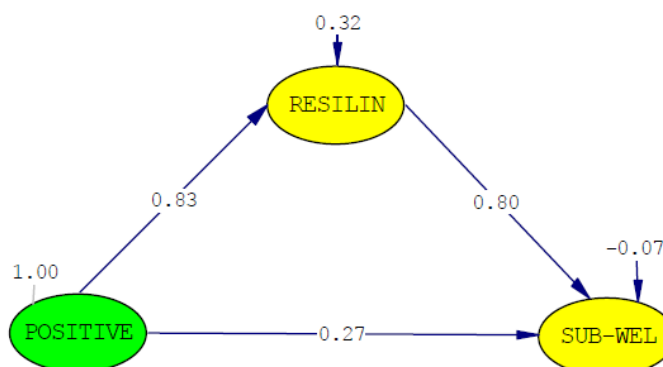
1. Durbin-Watson

در جدول شماره ۲ ویژگی‌های نیکویی برازش مدل آمده‌است. شاخص‌های مجذورخی ( $\chi^2=114/13$ )، مجذورخی نسبی ( $df/\chi^2=2/41$ )، شاخص نیکویی برازش ( $GFI=0/96$ )، شاخص نیکویی برازش انطباقی ( $AGFI=0/93$ )، شاخص نیکویی برازش ( $CFI=0/99$ )، شاخص برازش استاندارد ( $NFI=0/95$ )، و ریشه میانگین برآورد خطای تقریب ( $RMSEA=0/062$ ) می‌باشند، که همگی در بازه قابل قبول قرار گرفته و برازش خوب مدل برونداد را نشان می‌دهند. همچنین، سطح معناداری  $0/001$  برای مجذورخی مدل نشانگر آن است که ماتریس کواریانس مشاهده شده با ماتریس کواریانس باز تولید شده از لحاظ آماری، تفاوت معنادار ندارد و به طور ضمنی حاکی از مناسب بودن پارامترهای آزاد تعریف شده در مدل و به بیان دیگر معنی‌دار بودن مدل تعریف شده می‌باشد.

جدول ۲- شاخص‌های برازش مدل برونداد متغیرهای مورد مطالعه در نمونه انتخابی بیماران دیابتی ( $n=500$ )

شاخص‌ها	علامت اختصاری	معادل فارسی	دامنه قابل قبول	مدل تدوین شده
تطبیقی	CFI	شاخص برازش تطبیقی	0/90-1	0/99
	NFI	شاخص برازش استاندارد	0/90-1	0/95
مقتصد	RMSEA	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد	0-0/08	0/062
	GFI	شاخص نیکویی برازش	0/95-1	0/96
	AGFI	شاخص نیکویی برازش اصلاح شده	0/95-1	0/93
مطلق	$df/\chi^2$	نسبت کای دو بر درجه آزادی	3-5	2/41
	$\chi^2$	کای دو	وابسته به حجم نمونه	114/13
	P	سطح معنی داری	وابسته به حجم نمونه	0/001

شکل شماره ۱ کیفیت روابط بین متغیر مثبت‌نگری با تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی و تاب‌آوری با بهزیستی را در مدل ساختاری را به شکل ضرایب استاندارد یا همان اثرات مستقیم و وزن اختصاصی هر کدام از آنها را نشان می‌دهد. همانگونه که از جدول ۳ نیز مشخص است، تمامی مسیرهای مستقیم در مدل معنی‌دار می‌باشد.



شکل ۱- مدل برونداد نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین ذهن آگاهی و بهزیستی ذهنی در نمونه انتخابی بیماران دیابتی از شهرستان بناب ( $n=500$ )

مطابق جدول شماره ۳ مسیرهای مستقیم از مثبت‌نگری به بهزیستی ذهنی ( $\beta = 0/27, p < 0/05$ ) و مثبت‌نگری به تاب‌آوری ( $\beta = 0/83, p < 0/01$ ) از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که، مثبت‌نگری به شیوه مثبت بهزیستی ذهنی، و تاب‌آوری تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، مسیر مستقیم از تاب‌آوری به بهزیستی ذهنی ( $\beta = 0/80, p < 0/01$ )، از نظر آماری معنی‌دار است به طوری که، تاب‌آوری نیز به شیوه مثبت بر بهزیستی ذهنی تأثیر دارد.

جدول ۳- اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل مثبت‌نگری به بهزیستی ذهنی از طریق تاب‌آوری در نمونه انتخابی بیماران دیابتی ( $n=500$ )

متغیرهای مطالعه	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل
مثبت‌نگری $\rightarrow$ بهزیستی ذهنی	$\beta = 0/27, p < 0/05$		
مثبت‌نگری $\rightarrow$ تاب‌آوری	$\beta = 0/83, p < 0/01$		
تاب‌آوری $\rightarrow$ بهزیستی ذهنی	$\beta = 0/80, p < 0/01$		
مثبت‌نگری - تاب‌آوری - بهزیستی ذهنی	-	$\beta = 0/66, p < 0/01$	$\beta = 0/93, p < 0/01$
$R^2$ بهزیستی ذهنی	0/864		
$R^2$ تاب‌آوری	0/689		

در ادامه به منظور آزمون روابط واسطه‌ای مدل ساختاری و دست‌یابی به معنی‌داری ضرایب غیرمستقیم از دستور *Lisrel Output: SS SC EF* با سطح اطمینان پیش فرض برنامه استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۳ درج شده است. چنان‌که در جدول شماره ۳ ملاحظه می‌گردد، مثبت‌نگری از طریق تاب‌آوری ( $\beta = 0/66, p < 0/01$ ) به صورت مثبت و معنی‌دار بر بهزیستی ذهنی اثر می‌گذارد. به عبارتی با افزایش نمرات افراد در مثبت‌گرایی، نمرات آن‌ها در متغیر تاب‌آوری افزایش و به دنبال آن، نمرات بهزیستی ذهنی نیز بیشتر می‌شود.

مطابق با شکل شماره ۱ و جدول شماره ۳ متغیرهای مثبت‌نگری و تاب‌آوری به‌طور هم‌زمان قادر به تبیین ۸۶ درصد از واریانس بهزیستی ذهنی و متغیر مثبت‌نگری قادر به ۶۹ درصد از واریانس تاب‌آوری می‌باشد. بنابراین، با توجه به نتایج بدست آمده مدل نظری نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در تبیین رابطه بین مثبت‌نگری با بهزیستی ذهنی به احتمال ۹۵ درصد تایید می‌گردد.

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین مثبت‌نگری و بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی شهرستان بناب انجام گرفت. نتایج تحلیل مدل‌سازی معادلات ساختاری، برازش مطلوب مدل طراحی شده با داده‌های جمع‌آوری شده را تأیید کرد. ما در مطالعه‌ی خود چهار فرضیه‌ی مهم را مورد بررسی قرار دادیم.



مطالعه‌ی فرضیه اول نشان داد که، مثبت‌نگری به طور مستقیم بر بهزیستی ذهنی بیماران دیابتی تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد. نتایج این فرضیه با یافته‌های هو و همکاران (۲۰۱۶)، سالدو و همکاران (۲۰۱۵)، اصلانی و همکاران (۱۳۹۵) هماهنگ بود. این یافته بیانگر آن است که بیماران دیابتی در شرایط بیماری، هرچه از مثبت‌نگری بالاتری برخوردار باشند، بهتر می‌توانند بین عواطف مثبت و منفی خود تعادل برقرار کنند و از بهزیستی ذهنی بالاتری برخوردار باشند. چراکه بیماران مثبت‌نگر، می‌توانند با شناسایی و فعال‌سازی توانایی‌های موجود خود، مانند شجاعت، آینده‌نگری، خوش‌بینی، ایمان، امید و پشتکار بین عاطفه مثبت و منفی تعادل برقرار کرده و بهزیستی ذهنی خود را ارتقاء بخشند (سلیگمن و چیکزنت‌میهایلی، ۲۰۰۰) و بدین وسیله، مسئولیت مراقبت از خود را بر عهده‌گرفته و با استفاده از روش‌های مناسب، بیماری خود را کنترل نمایند. اما بیمارانی که از مثبت‌نگری پایینی برخوردارند، به علت عدم شناخت و استفاده از توانایی‌های خود، منفی‌نگری و ترس از آینده، نمی‌توانند کنترلی بر عواطف خود داشته باشند و بهزیستی ذهنی آن‌ها کاهش می‌یابد (کارور و شی‌یر، ۲۰۰۲) و به دلیل عدم پذیرش بیماری، حساس شدن به نوسانات قندخون و نشانه‌های جسمی، محدودیت در تغذیه، با مشکلات روان‌شناختی بیشتری روبه می‌شوند (وایت، ۲۰۰۲، ترجمه‌ی مولودی و فتاحی، ۱۳۹۰).

از مطالعه‌ی فرضیه دوم آگاه شدیم که مثبت‌نگری به طور غیرمستقیم و از طریق تاب‌آوری نیز بر بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد. این یافته، با یافته‌های (آرامپاتزی و همکاران، ۲۰۱۹)، مک‌اونجی و وونگ (۲۰۱۱)، چن (۲۰۱۶)، همسویی داشت. این نتایج منطقی به نظر می‌رسد زیرا اگر افراد نتوانند در حل مشکلات استرس عملکرد خوبی داشته باشند، می‌توانند با تغییر شرایط استرس‌زا بر بهزیستی ذهنی خود بیافزایند (چن، ۲۰۱۶).

از بررسی فرضیه‌ی سوم پی‌بردیم که، مثبت‌نگری به طور مستقیم بر تاب‌آوری تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد. که با یافته‌های پژوهشی داورپناه و عارفی (۱۳۹۶)، میلیونی و همکاران (۲۰۱۶)، همسو بود. مطابق این فرضیه، بیمارانی که از مثبت‌نگری بالاتری برخوردار بودند، بهتر می‌توانستند با شرایط بیمار کنار بیایند. زیرا افراد مثبت‌نگر می‌توانند با شناخت و بکارگیری توانایی‌ها، ذهن خود را در انتخاب شیوه‌های مناسب و خلاق، برای پیشبرد حل مسئله آماده نمایند و زندگی را معنادار سازند (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۶). پس مثبت‌نگری الگوهای تفکر منعطف و خلاق رشد می‌دهد و با افزایش تمایل به داشتن گزینه‌های متعدد رفتاری و ساختار شناختی تاب‌آوری فرد را بالا می‌برد (کاشانی و خدابخشی کولایی، ۲۰۱۵). ولی این یافته این با یافته‌های خدایاری فرد و همکاران (۱۳۹۵) متفاوت بود به احتمال زیاد، این تضاد از شرایط نمونه و نحوه کنترل متغیرهای دیگر حاصل شود که لازم است بررسی‌های لازم صورت گیرد.

از بررسی فرضیه‌ی چهارم متوجه شدیم که، تاب‌آوری به طور مستقیم بر بهزیستی ذهنی تأثیر مثبت و معنی‌دار دارد. این یافته نیز با نتایج پژوهشی فرهادی امجد و میرکمالی (۱۳۹۵)، مک‌اونجی و وونگ (۲۰۱۱) و چن (۲۰۱۶) همسویی داشت. این فرضیه مشخص نمود که بیمارانی که از تاب‌آوری بالایی برخوردار بودند، از بهزیستی ذهنی بالا نیز برخوردار بودند. زیرا آنها با توانایی رویارویی با تغییرات در موقعیت‌های مختلف و حفظ تعادل در مواقع بحرانی (نصیری و بختیار پور، ۱۳۹۹)، می‌توانستند ارزیابی‌های شناختی و عاطفی بهتری داشته باشند. ناتوانی در کنترل تمامی متغیرهای مزاحم، مشکلات

روزمره بیماران دیابتی در حین درمان، تأثیر بیماری‌های همراه از محدودیت‌های پژوهش حاضر بودند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این مطالعه بر روی نمونه‌های دیگر نیز به اجرا شود و به نظر می‌رسد توجه به مدل مثبت‌نگری، تاب‌آوری و بهزیستی ذهنی و ساختارهای مربوط به آن‌ها در برنامه درمانی و خدمات مشاوره‌ای بیماران دیابتی مفید خواهد بود.

### منابع

- اصلانی، جلیل؛ احمددوست، حسین و بهمنی، محمود. (۱۳۹۵). تأثیر روان‌درمانی مثبت‌نگر بر نشانه‌های افسردگی و بهزیستی ذهنی زندانیان. **پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت**، ۱(۴)، ۶۷-۷۶.
- الحانسی، فاطمه؛ رعنائی، یادگار؛ کاظم‌نژاد، انوشیروان و مهرداد ندا. (۱۳۹۷). چالش‌های سبک زندگی بیماران دیابتی و تبیین نقش علوم و فناوری نوین. **پانزدهمین همایش پژوهش‌های نوین در علوم و فناوری**، بصورت الکترونیکی، پایگاه مرکز اطلاعات جهاد دانشگاهی. وبسایت: <https://www.sid.ir>
- حیدریان، آرزو؛ زهراکار، کیانوش و محسن‌زاده، فرشاد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر میزان تاب‌آوری و کاهش نشخوار فکری بیماران زن مبتلا به سرطان پستان: کارآزمایی تصادفی شده. **فصلنامه بیماری‌های پستان**، ۹(۲)، ۵۲-۵۹.
- خدادادی، نفیسه؛ فروزنده، الهام. (۱۳۹۵). رابطه بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی مادران دارای کودک اتیسم. **مقاله‌ی ارائه شده در پنجمین همایش ملی روان‌شناسی**، مشاوره و مددکاری اجتماعی، خمینی شهر.
- خدایاری‌فرد، محمد؛ زندی، سعید؛ حاج‌حسینی، منصوره و غباری‌بناب، باقر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مبتنی بر مثبت‌اندیشی بر فرآیند خانواده و بهزیستی ذهنی زنان سرپرست خانوار. **فصلنامه خانواده‌پژوهی**، ۱۲(۴۸)، ۵۹۳-۶۱۲.
- دانشگاه بناب**. (۱۳۹۹). آشنایی با شهر بناب. وبسایت: <https://www.ubonab.ac.ir/Page/41>
- داورپناه جزی، محمدحسین و عارفی، مژگان. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش روان‌شناسی مثبت‌گرا بر تاب‌آوری کارمندان بانک سپه شهر اصفهان. **مقاله‌ی ارائه شده در کنگره‌ی بین‌المللی بهداشت روان و علوم روان‌شناختی**، تهران.
- عادل مسجدی، مریم؛ عادل مسجدی، ابراهیم و برخوردار، پیمان. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و افسردگی زنان مبتلا به دیابت. **پنجمین کنفرانس دستاوردهای نوین و به روز در علوم مهندسی و فناوری‌های جدید**، رشت، سازمان بسیج مهندسی صنعتی استان گیلان. وبسایت: [https://www.civilica.com/Paper-DMFCONF05-DMFCONF05\\_049.html](https://www.civilica.com/Paper-DMFCONF05-DMFCONF05_049.html)
- عبدی، فاطمه؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات، احدی، حسن و کوشکی، شیرین. (۱۳۹۸). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس تاب‌آوری کانور-دیویدسون در زنان مبتلا به سرطان پستان. **فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی**، ۱۳(۲)، ۸۱-۹۹.
- عزیزی، فریدون. (۱۳۹۷). درمان دیابت و چالش‌های منابع مالی سلامت توصیه‌های سازمان جهانی

- بهداشت. *غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران*، (۲۰)، ۱۵۷-۱۵۹.
- فرهادی امجد، فرهاد و میرکمالی، سید محمد. (۱۳۹۵). تبیین نقش تاب‌آوری بر بهزیستی ذهنی و رابطه آن‌ها با خودکارآمدی. *مدیریت فرهنگ سازمانی*، ۴ (۴۲) ۱۱۸۱-۱۱۹۹.
- قربانی، زهره؛ بنی‌جمالی، شکوه‌السادات؛ عامری، فریده؛ خسروی، زهره؛ و دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه ویژگی‌های روان‌شناسی مثبت در دانشجویان. *پژوهش‌نامه روان‌شناسی مثبت*، ۱(۲)، ۱۵-۲۶.
- کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر. (۱۳۹۵). *چارچوب ملی ارایه خدمت در بیماری دیابت (در راستای سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر) تهران: آفتاب اندیشه*. شابک: ۵-۸۵-۷۵۴۱-۹۶۴-۹۷۸ اهدایی.
- لسانی، آزاده؛ ذهنی مقدم، سید امیر حسین؛ شرفی، سیده فاطمه؛ جوادی، مریم و علی مرادی، فواد. (۱۳۹۶). ارتباط شادکامی با فشارخون و قند خون در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، ۵(۱۴)، ۱۰-۱.
- نصیری، مریم و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). رابطه علی تاب‌آوری و نیازهای روان‌شناختی با سلامت روانی با نقش میانجی عملکرد خانواده در مادران دارای کودکان استثنایی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۷(۵۴)، ۱۴۷-۱۳۷.
- هومن، حیدرعلی. (۱۳۹۷). *مدلی‌ابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. انتشارات سمت، چاپ هشتم، ۱۰۵-۹۰.
- وایت، کریگ ای. (۲۰۰۱). *درمان شناختی-رفتاری برای بیماری‌های مزمن پزشکی* (ترجمه رضا مولودی، کتیون فتاحی، ۱۳۹۰). تهران: ارجمند.

- Arampatzi, E., Burger, M. J., Stavropoulos, S., & Van Oort, F. G. (2019). Subjective well-being and the 2008 recession in European regions: The moderating role of quality of governance. *International Journal of Community Well-Being*. Available from: <https://doi.org/10.1007/s42413-019-00022-0>.
- Carver, C. S., & Scheier, M. (2002). **Optimism**. In C. Snyder & S. Lopez (Eds.), **Handbook of positive psychology**. New York: Oxford University Press.
- Chen, C. (2016). The role of resilience and coping styles in subjective well-being among university students. *The Asia-Pacific Education Researcher*, 25(3), 377-387.
- Conoley, C. W., & Conoley, J. C. (2009). **Positive psychology and family therapy: Creative techniques and practical tools for guiding change and enhancing growth**. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Delle Fave, A. (2011). A positive approach to chronic illness and disability. **International Positive Psychology Association (IPPA)**. Available from: <https://www.actionforhappiness.org/news/a-positive-approach-to-chronic-illness-and-disability>.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The Science of Happiness and Life Satisfaction. *Journal of Clinical Psychology*, 24(1), 25-41.
- Durayappah, A. (2011). The 3P Model: A general theory of subject well-being. *Journal of Happiness Studies*, 12(4), 681-716.

- Finer, S., Robb, P., Cowan, K., Daly, A., Shah, K., and Farmer, A. (2018). Setting the top 10 research priorities to improve the health of people with Type 2 diabetes: a Diabetes UK-James Lind Alliance Priority Setting Partnership. **Debate Med**, 35(7), 862-870.
- Ghosh, A., & Deb, A. (2016). Positive psychology progress in India: Accomplishments and pathways ahead. **Psychological Studies**, 61(3), 113-125. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12646-016-0367-5>
- Ho, H. C. Y; Mui, M; Wan, A; Ng, YL; Stewart, S. M, Yew, C; & et al. (2016). Happy Family Kitchen II: a cluster randomized controlled trial of a community-based family intervention for enhancing family communication and well-being in Hong Kong. **Front Psychol**, 7 (5), 638-651.
- Holt, R. (2019). the mental wellbeing of people with diabetes: underappreciated and under-treated. **EMOTIONAL HEALTH**, 27-28. Available from: <https://www.diabetes.org.uk/resources-s3/2019-07/GuestEditorial.pdf>
- Kashaniyan, F; khodabakhshi koolae, A. (2015). Effectiveness of Positive Psychology Group Interventions on Meaning of Life and Life Satisfaction among Older Adults. **J Eld Health**, 1(2), 68-74.
- Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies. **Development and Psychopathology**, 12, 857-885. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>
- Maddux, J. E. (2018). **Subjective Well- Being and Life Satisfaction**. (Vol. First published). New York: Routledge.
- Mak, W. W., Ng, I. S., & Wong, C. C. (2011). Resilience: enhancing well-being through the positive cognitive triad. **Journal of counseling psychology**, 58(4), 610.
- Milioni, M., Alessandri, G., Eisenberg, N., & Caprara, G. V. (2016). The role of positivity as predictor of ego-resiliency from adolescence to young adulthood. **Personality Individual Differences**, 101, 306-311.
- Rashid, T. (2008). Positive psychotherapy. **Positive psychology: Exploring the best in people**, 4, 187-217.
- Rashid, T., & Seligman, M. E. P. (2013). **Positive psychotherapy in current psychotherapies** (10th Ed). By R.J. Corsini & D. Wedding, Belmont, CA: Cengage.
- Seligman, M. (2002). **Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment**. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). **Positive psychology: An introduction**. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi:10.1037/0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). **Positive psychotherapy**. *American psychologist*, 61(8), 774.
- Skevington, S. M., and Epton, T. (2018). How will the sustainable development goals deliver changes in well-being? **BMJ global health**, 3 (1), 1-13.
- Suldo, S. M., Hearon, B. V., Bander, B., McCullough, M., Garofano, J., Roth, R. A., and Tan, S. Y. (2015). Increasing elementary school students' subjective well-being through a classwide positive psychology intervention: Results of a pilot study. **Contemporary School Psychology**, 19 (4), 300-311.
- World Health Organization**. Global report on diabetes 2016; 4-84. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf).

---

Wylie, T. A. F., Shah, C., Connor, R., Farmer, A. J., Ismail, K., Millar, B; & et al. (2019). Transforming mental well-being for people with diabetes: research recommendations from Diabetes UK's 2019 Diabetes and Mental Well-Being Workshop. **DIABETIC Medicine**, 1-7. DOI: 10.1111/dme.14048. Available from: <https://doi.org/10.1111/dme.1>