

## نقش واسطه‌ای الگوهای ارتباطی خانواده در رابطه بین اضطراب سلامت و خودمراقبتی در

### مبتلایان به دیابت

زهرا طاهر نسب امیری<sup>۱</sup>، احمد ترابی<sup>۲\*</sup>

#### چکیده

هدف تحقیق حاضر بررسی نقش واسطه‌ای الگوهای ارتباطی خانواده در رابطه بین اضطراب سلامت و خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت بود. روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که ارتباط بین متغیرهای تحقیق را مشخص کرد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دیابتی شهر تهران بود که به گزارش انجمن دیابت تعداد ۲۸۰۰ نفر است. روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت تصادفی ساده و تعداد گروه نمونه با توجه به جدول مورگان ۳۳۸ نفر بود. ابزار تحقیق پرسشنامه خودمراقبتی دیابت گلاسکو و توبرت (۱۹۹۴)، پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده فیتز پاتریک و ریچی (۱۹۹۷) و پرسشنامه اضطراب سلامتی فرم کوتاه سالکوسکیس و وارویک (۲۰۰۲) بودند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل مسیر استفاده شد. یافته‌های تحقیق حاکی از آن است که تأثیر مستقیم اضطراب سلامت بر خودمراقبتی (۰/۱۲۶) در سطح ۰/۰۵ معنادار است. تأثیر غیر مستقیم اضطراب سلامت بر خودمراقبتی (۰/۱۷۳-) از طریق گفت و شنود در سطح ۰/۰۱ معنادار است بنابراین زیر مولفه گفت و شنود از زیر مولفه‌های متغیر الگوهای ارتباطی خانواده نقش واسطه‌گری میان اضطراب سلامت با خودمراقبتی ایفا می‌کنند. نتیجه تحقیق نشان داد که بین اضطراب سلامت و خودمراقبتی با نقش واسطه‌ای الگوهای ارتباطی خانواده در زنان مبتلا به دیابت رابطه وجود دارد. از آنجایی که اضطراب سلامت و الگوی روابط خانواده با میزان بالایی از تغییر پذیری خودمراقبتی را تبیین می‌نماید می‌توان توجه به این عوامل در خودمراقبتی را مهم دانست.

**کلید واژه‌ها:** اضطراب سلامت، خودمراقبتی، الگوهای ارتباطی خانواده، زنان مبتلا به دیابت.

<sup>۱</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، ایران.

<sup>۲</sup> کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ساری، ایران. [torabiii2020@gmail.com](mailto:torabiii2020@gmail.com)

## مقدمه

دیابت قندی اختلال متابولیک شایعی است که ارگانهای متعددی را درگیر نموده، دارای عوارض مزمن عروقی و غیر عروقی می‌باشد (اسلامی و همکاران، ۱۳۸۹). به علت همین عوارض مزمن و مخرب، ششمین علت مرگ و مهم‌ترین علت ناتوانی ناشی از بیماری در آمریکا محسوب می‌شود (Dammen & et al, 2015). با افزایش شیوع دیابت شیرین در سراسر جهان انتظار می‌رود که این بیماری همچنان یکی از علل اصلی بیماری زایی و مرگ و میر باقی بماند (مهدی‌خانی و همکاران، ۱۳۹۳). این بیماری می‌تواند تأثیرات مختلفی بر زندگی روحی و روانی افراد مبتلا در جامعه بگذارد که از جمله آنها می‌توان به اضطراب سلامت اشاره کرد.

اضطراب سلامت پیوستاری است که در یک سوی آن نگرانی‌های خفیف مرتبط با احساسات بدنی و در سوی دیگر آن ترس‌های شدید مرتبط با سلامت و اشتغال ذهنی با احساسات بدنی قرار می‌گیرد؛ ضابطه بندی شناختی رفتاری اضطراب سلامت که به وسیله Salkovskis & Warwick مطرح شده بیانگر آن است که برخی افراد طیف وسیعی از عوامل از جمله تغییرات بدنی، اطلاعات پزشکی، مشاوره‌های پزشکی، نتایج آزمایش‌ها، و نیز واکنش‌ها و توصیه‌های دیگران را به غلط به عنوان علایمی از یک بیماری جسمی خطرناک تفسیر می‌کنند. این سوء تعبیرهای مبتنی بر خطر منجر به شکل‌گیری فرض‌ها و افکار منفی بیشتری می‌گردد. نگرانی‌های شدید مرتبط با سلامت که در غیاب یک آسیب جسمی تجربه می‌گردد، با اطمینان بخشی‌های معمول از جانب پزشک از بین نمی‌رود بلکه معمولاً طی زمان، محور نگرانی‌های فرد از یک بیماری به بیماری دیگر منتقل می‌شود و در نهایت به مشکل بالینی بغرنجی برای فرد، خانواده و متخصصان بهداشت تبدیل می‌گردد (دیباچ‌نیا و همکاران، ۱۳۹۲).

افکار این افراد غالباً به وسیله تصویرهای ذهنی هیجانی تقویت می‌شود و به این ترتیب فرد اضطراب سلامت شدید و مداومی را تجربه می‌کند. در راهنمای جدید در بین طبقات مجزای اختلالات اضطرابی، اختلالات وسواسی- عملی و اختلالات مرتبط با آن، اختلالات مرتبط با سانه و عوامل تنش‌زا، توزیع شده‌اند. مهم‌ترین تغییراتی که در این طبقه در DSM-5 ایجاد شده است (Hummelena & et al, 2012).

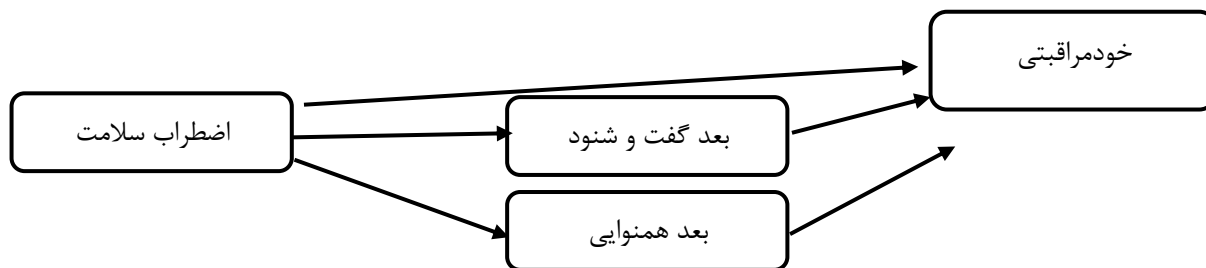
کنترل قند خون در محدوده طبیعی تنها راه درمان دیابت و پیشگیری از عوارض خطرناک آن است که خودمراقبتی در این بیماران مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کنترل بیماری محسوب می‌شود (ووثوقی و همکاران، ۲۰۱۱). حال برخی شواهد موجود حاکی از این است که آموزش صرف خودمراقبتی دیابت، برای بهبود پیامدهای روانی، اجتماعی و متابولیک از دیابت کافی نبوده (Burns & et al, 2016) و مشاهده می‌گردد که بیش از ۵۰٪ بیماران با بیماری‌های مزمن نظیر دیابت و پرفشاری خون، پذیرای دستورات دارویی خود نیستند (اسلامی و همکاران، ۱۳۸۹).

خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه مدت و بلند مدت ضروری است (فیروز و همکاران، ۱۳۹۴). اتخاذ سبک زندگی توأم با رفتارهای خودمراقبتی، لذت و رضایت فرد از زندگی را به همراه دارد و ضمن افزایش سطح سلامتی و ارتقای کیفیت زندگی افراد، منجر به کاهش هزینه‌ها نیز می‌گردد (قاسمی فرد و اصغر، ۲۰۱۷). بررسی‌های انجام شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت‌های خودمراقبتی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن، نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی دارد (فیروز و همکاران، ۱۳۹۴). حدود ۱۴ درصد از هزینه‌های درمان در ایالات متحده صرف بیماری دیابت می‌شود که حداقل یک چهارم این هزینه‌ها مرتبط با عوارض بیماری مانند سکته قلبی، سکته مغزی و مرحله نهایی بیماری کلیوی می‌باشد (Artinian & et al, 2003). طبق بررسی‌های موجود، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد (Ma & et al, 2012).

یکی از عواملی که در سلامت می‌تواند باشد الگوهای ارتباطی خانواده می‌باشد. مطالعه عواملی مانند نقش خانواده و نحوه ارتباطات اعضا، در بررسی کیفیت زندگی امری اساسی است (رشیدی و همکاران، ۱۳۹۵). به لحاظ اهمیت و دامنه‌ی فراگیر کیفیت زندگی، عوامل موثر بر آن همواره بررسی شده است. در این میان، نقش خانواده و نحوه ارتباطات اعضای آن با یکدیگر در شکل‌گیری کیفیت زندگی بسیار اساسی به نظر می‌رسد (احمدزاده، ۲۰۱۸). منظور کانال‌های ارتباطی است که از طریق آن زن و شوهر با یکدیگر تعامل می‌پردازند و به آن دلبسته‌اند کانال‌های ارتباطی که به وفور در یک خانواده اتفاق

می‌افتد الگوهای ارتباطی گفته می‌شود (صافی پور، ۲۰۱۸).

**فرضیه پژوهش:** اضطراب سلامت به صورت مستقیم و هم با واسطه الگوهای ارتباطی خانواده پیش بینی کننده خود مراقبتی هستند.



شکل ۱. مسیرهای نظری و فرضی روابط بین متغیرها

## روش

روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که ارتباط بین متغیرهای تحقیق را مشخص می‌کند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دیابتی ۳۰ تا ۵۰ ساله شهر تهران بود که به گزارش انجمن دیابت تعداد ۲۸۰۰ نفر بود. روش نمونه گیری پژوهش حاضر به صورت تصادفی ساده و تعداد گروه نمونه با توجه به جدول مورگان ۳۳۸ نفر بود. شرایط ورود به نمونه گیری شامل: زنان ۳۰ تا ۵۰ سال مبتلا به دیابت، آزمودنی‌ها جز داروهای درمانی، داروی دیگری (اعصاب) مصرف نکنند. آزمودنی‌ها باید سواد خواندن و نوشتن در حد فهم و پاسخگویی به گویه‌های پرسشنامه و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند. آزمودنی‌ها باید سابقه بیماری مزمن دیگر و سوء مصرف مواد نداشته باشند. آزمودنی‌ها مبتلا به آشفتگی‌های شدید روانشناختی (به نحوی که در برخورد با آنها محرز و مشخص باشد) نباشند. آزمودنی‌هایی که شدت بیماری آنها به نحوی که امکان همکاری و پاسخگویی به پرسشنامه برای آنها دشوار باشد، نباشند. و شرایط خروج از نمونه گیری نیز شامل: اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری و کسانی که به طور ناقص به پرسش نامه‌ها پاسخ داده اند، بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در آمار توصیفی از شاخص‌های مرکزی مانند میانگین، شاخص‌های پراکندگی مانند انحراف استاندارد و رسم جداول و نمودارها استفاده شد و برای تحلیل فرضیه‌های مورد نظر از روش‌های آمار استنباطی تحلیل رگرسیون چند گانه (تحلیل مسیر) با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش

**پرسشنامه خودمراقبتی دیابت گلاسکو و توبرت:** سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت Glasgow and Tolbert فراهم گردید. این سوالات به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، ورزش، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قند خون، مراقبت از پهاها و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشد. در این مقیاس به هر رفتار نمره ۱ تا ۸ داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سوال به دست می‌آید. این مقیاس دارای ۱۵ سوال و نمره قابل کسب در آن بین ۱۲۰-۱۵ می‌باشد. در تحقیق Kanel و همکاران، روایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است و پایایی آن به وسیله آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۱ سنجیده شده است و همچنین فیروز و همکاران (۱۳۹۴)، در تحقیق خود روایی پرسشنامه خود مراقبتی را با نظر اساتید هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مطلوب گزارش کردند و برای تعیین پایایی ابزار از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی آن ۰/۸۲ تعیین شد.

**پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده:** پرسشنامه الگوهای ارتباطی خانواده توسط Fitzpatrick & Ritchie ساخته شده است. این پرسشنامه خود گزارشی، موافقت یا عدم موافقت پاسخ دهنده را در دامنه ای ۵ درجه ای با ۲۶ گزاره مرتبط با ارتباطات خانوادگی می‌سنجد. ۱۵ گزاره اول اختصاص به بعد گفت و شنود دارد و ۱۱ گزاره بعدی مربوط به همنوایی است.

نمره بیشتر در هر بخش به این معناست که آزمودنی استنباط می کند در خانواده او جهت گیری گفت و شنود یا همنوایی بیشتری وجود دارد. اعتبار این ابزار در مطالعات بسیاری مورد تایید قرار گرفته است. میانگین آلفای کرونباخ در مورد زیر مقیاس جهت گیری گفت و شنود در ۵ مطالعه ۰/۸۹ و دامنه آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ و در خصوص زیر مقیاس جهت گیری همنوایی، ۰/۷۹ و دامنه آن بین ۰/۸۴ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. Koerner و همکاران در بررسی های خود نشان داده اند این ابزار از روایی محتوایی، ملاکی و سازه ای خوبی برخوردار است. در ایران نیز، کوروش نیا، جوکار و رحیمی و تجلی و لطیفیان، روایی این مقیاس را مناسب گزارش کرده اند (فرخی و سبزی، ۱۳۹۴).

**پرسشنامه اضطراب سلامتی:** در این پژوهش برای سنجش اضطراب سلامتی از پرسشنامه اضطراب سلامتی فرم کوتاه Salkovskis & Warwick استفاده شد که شامل ۱۸ گویه می باشد که از نوع مداد کاغذی و خودسنجی است. هر گویه ۴ گزینه دارد و هریک از گزینه ها شامل توصیف فرد از مولفه های سلامتی و بیماری به صورت یک جمله خبری است که پاسخگو بایستی یکی از جمله ها را که بهتر او را توصیف می کند انتخاب کند. نمره گذاری برای هر آیتم از ۰ تا ۳ است و نمره بالا در آن نشانه اضطراب سلامتی می باشد Salkovskis & Warwick روایی پرسشنامه را ۰/۷۲ به دست آوردند و Abramowitz و همکاران ضریب روایی آن را ۰/۹۴ محاسبه کردند. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران توسط نرگسی به فارسی برگردانده شد و برای سنجش روایی آن از پرسشنامه خودبیمارانگاری اهواز استفاده گردید. ضریب همبستگی بین این پرسشنامه و آزمون خودبیمارانگاری اهواز برابر ۰/۷۵ - به دست آمد. بنابراین پرسشنامه اضطراب سلامتی از روایی مناسبی برخوردار است. دلیل منفی شدن همبستگی بین دو ابزار نوع نمره گذاری آنها است. نمره بالاتر در پرسشنامه اضطراب سلامتی نشانه اضطراب سلامتی بیشتر و در آزمون خودبیمارانگاری اهواز نشانه اضطراب سلامتی پایین تر می باشد. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه ۰/۹ و ضریب آلفای کرونباخ آن از ۰/۷ تا ۰/۸۲ گزارش شده است. در پژوهش نرگسی نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۷ برای پرسشنامه اضطراب سلامتی به دست آمد که حاکی از پایایی رضایت بخش آن می باشد (داودی و همکاران، ۱۳۹۱).

## یافته ها

جدول ۱. مشخصه های آماری سن آزمودنی ها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
سن	۴۲/۳	۵/۶۳	۳۰	۵۰

چنانچه در جدول (۱) مشاهده می شود، میانگین سن گزارش شده برای آزمودنی ها (۴۲/۳) با انحراف استاندارد (۵/۶۳) می باشد. همچنین کمترین و بیشترین سن گزارش شده نیز به ترتیب ۳۰ و ۵۰ سال می باشد.

جدول ۲. مشخصه های آماری خودمراقبتی و اضطراب سلامت آزمودنی ها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
خودمراقبتی	۳۷/۶	۷/۵۷	-۰/۴۶۲	۰/۰۶۸
متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
اضطراب سلامت	۳۵/۰۱	۵/۶۸	-۰/۰۵	۰/۳۳۸

چنانچه در جدول (۲) مشاهده می شود، آزمودنی ها به طور متوسط در پرسشنامه "خودمراقبتی" نمره ۳۷/۶ با انحراف استاندارد ۷/۵۷ بدست آمده است چولگی و کشیدگی ناچیز توزیع حکایت از نرمال بودن شکل توزیع دارد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد مولفه های الگوهای ارتباطی خانواده

الگوهای ارتباطی خانواده	میانگین	انحراف استاندارد
بعد گفت و شنود	۶۱/۷	۸/۱۱
بعد همنوایی	۱۹/۰۶	۴/۸۴
کل	۴۰/۳	۶/۴۷

بر اساس اطلاعات جدول (۳) مشاهده می‌شود، آزمودنی‌ها به طور متوسط در بعد گفت و شنود پرسشنامه "الگوهای ارتباطی خانواده" نمره ۶۱/۷ با انحراف استاندارد ۸/۱۱ و در بعد همنوایی نمره ۱۹/۰۶ با انحراف معیار ۴/۸۴ بدست آوردند.

جدول ۴. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱. اضطراب سلامت	۱			
۲. بعد گفت و شنود	**۰/۱۷۳	۱		
بعد همنوایی	-۰/۰۱۹	*-۰/۱۲۸	۱	
۳. خودمراقبتی	**۰/۱۴۸	*۰/۱۵۱	**۰/۱۵۰	۱

\* $p=0/05$  (یک دامنه)

\*\* $p=0/01$  (یک دامنه)

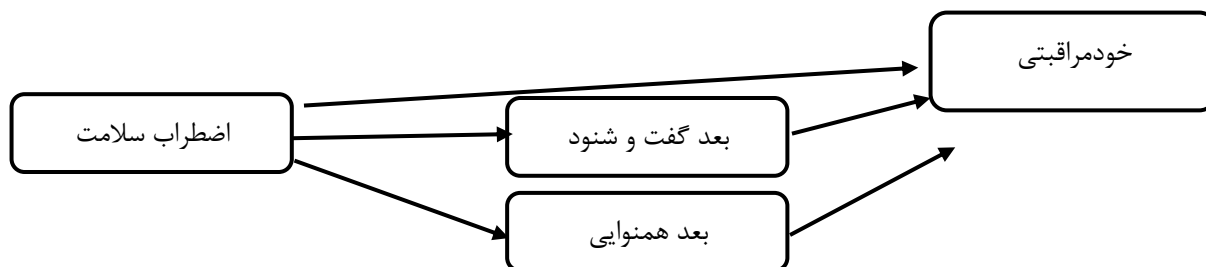
اطلاعات جدول بالا نشان می‌دهد که بین متغیرهای اضطراب سلامت با خود مراقبتی در سطح (۰/۰۱) و ابعاد الگوهای ارتباطی با خود مراقبتی در سطح ۰/۰۵ و سطح ۰/۰۱ رابطه معناداری وجود دارد. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها، از آزمون کالموگراف-اسمیرنوف استفاده شد که خلاصه‌ی نتایج آن در جدول (۵) منعکس شده است.

جدول ۵. خلاصه آزمون کالموگراف-اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مولفه‌ها	آماره‌ی آزمون	Sig
اضطراب سلامت		۰/۹۶۱	۰/۳۱۴
الگوهای ارتباطی خانواده		۰/۱۶۵	۰/۲
خودمراقبتی		۰/۹۸۱	۰/۲۹۱

بر پایه اطلاعات جدول (۵) سطح معناداری مربوط به همه متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد. به عبارت دیگر توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای "الگوهای ارتباطی خانواده"، اضطراب سلامت و خودمراقبتی از توزیع نرمال پیروی می‌کند. فرضیه پژوهش: اضطراب سلامت به صورت مستقیم و هم‌با واسطه الگوهای ارتباطی خانواده پیش‌بینی‌کننده خودمراقبتی هستند.

فرضیه حاضر با استفاده از تحلیل مسیر مورد آزمون قرار گرفت. اصلی‌ترین مفروضه استفاده از این روش، تعیین مسیر رابطه علت و معلولی بین متغیرها، بر اساس پیشینه تحقیق می‌باشد، بر این اساس مسیرهای فرضی روابط بین متغیرها در شکل زیر منعکس شده است:



شکل ۱. مسیرهای نظری و فرضی روابط بین متغیرها

با توجه به شکل (۱)، با اجرای ۳ دستور رگرسیون می‌توان فرضیه اصلی را آزمود:

جدول ۷. نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی رابطه بین اضطراب سلامت و ابعاد الگوهای ارتباطی خانواده با خودمراقبتی

P	t	Beta	B	R <sup>2</sup> Adjusted	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۰	۱۱/۰۱	۰/۱۲۶	۴۶/۰۰۶			اضطراب سلامت
۰/۰۲	۲/۳۳	۰/۱۱۲	۰/۱۶۸	۰/۰۵۶	۰/۲۳۶	بعد گفت و شنود
۰/۰۴۱	۲/۰۵	۰/۱۳۴	۰/۱۰۴			بعد همنوایی
۰/۰۱۳	۲/۴۹		۰/۲۰۹			متغیر درون زا: خودمراقبتی

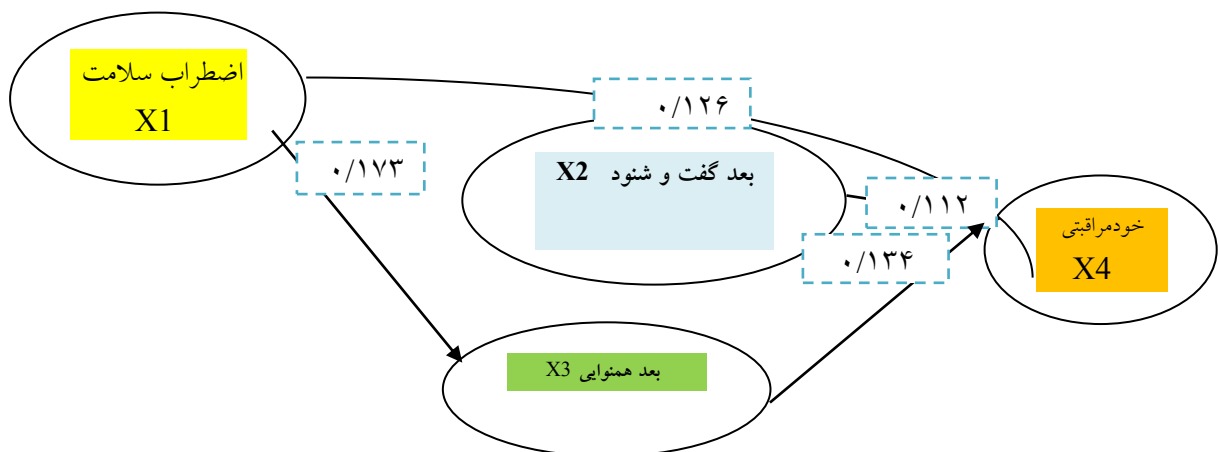
جدول ۸. نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی رابطه بین اضطراب سلامت و بعد گفت و شنود

P	t	Beta	B	R <sup>2</sup> Adjusted	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۰	۱۹/۵		۲/۷۱			اضطراب سلامت
۰/۰۰۱	-۳/۲۲	-۰/۱۷۳	-۰/۲۴۷	۰/۰۳	۰/۱۷۳	متغیر درون زا: گفت و شنود

جدول ۹. نتایج آزمون رگرسیون جهت بررسی رابطه بین اضطراب سلامت و بعد همنوایی

P	t	Beta	B	R <sup>2</sup> Adjusted	R	متغیر پیش بین
۰/۰۰۰	۱۱/۹		۱۹/۶			اضطراب سلامت
۰/۷۲۲	-۰/۳۵۶	-۰/۰۱۹	-۰/۰۱۷	۰/۰۰۰	۰/۰۱۹	متغیر درون زا: همنوایی

با توجه به نتایج جداول (۷) تا (۹) می توان میزان تاثیر متغیرهای برونزا بر متغیر درونزا را در شکل (۳) ارائه داد:



شکل ۲. مسیرهای تجربی روابط بین متغیرها

چنانکه در شکل (۳) مشاهده می شود، اضطراب سلامت، گفت و شنود و همنوایی از زیر مولفه های الگوهای ارتباطی خانواده به طور مستقیم، «خودمراقبتی» را پیش بینی می کند، همچنین اضطراب سلامت از طریق بعد گفت و شنود ارتباط معناداری با

خودمراقبتی داشت؛ به بیان دیگر میانجی گری بعد گفت و شنود از زیر مولفه‌های الگوهای ارتباطی خانواده در ارتباط بین اضطراب سلامت و خودمراقبتی تایید شد. در زیر تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم ۳ متغیر اضطراب سلامت، گفت و شنو و همنوایی متقابل نشان داده شده است:

تاثیر مستقیم:

$$X1 \rightarrow X4 \Rightarrow P41 = 0.126$$

$$X2 \rightarrow X4 \Rightarrow P42 = 0.112$$

$$X3 \rightarrow X4 \Rightarrow P43 = 0.134$$

تاثیر غیر مستقیم:

$$X1 \rightarrow X2 \rightarrow X4 \Rightarrow P21 P42 = (-0.173)(0.112) = -0.019$$

این نتایج در جدول زیر نیز خلاصه شده است.

جدول (۱۰) تاثیر کل (مستقیم و غیر مستقیم) هر یک از متغیرهای برون زا (اضطراب سلامت) را در متغیر درون‌زا (خودمراقبتی) را نشان می دهد.

جدول ۱۰. میزان تاثیرات مستقیم و غیر مستقیم و کل متغیرهای پیش بین بر خودمراقبتی

انواع اثر	متغیرها		
	مستقیم	غیرمستقیم	کل
اضطراب سلامت	۰/۱۲۶	-۰/۰۱۹	۰/۱۰۷
گفت و شنود	۰/۱۱۲	-	۰/۱۱۲
همنوایی	۰/۱۳۴	-	۰/۱۳۴

با توجه به جدول (۱۰) نقش متغیر «اضطراب سلامت، گفت و شنود و همنوایی» در پیش‌بینی «خودمراقبتی»، مثبت است؛ همچنین تاثیر غیر مستقیم برای متغیر اضطراب سلامت با خودمراقبتی که نشان از اثر واسطه ای گفت و شنود است نیز دیده می‌شود.

### نتیجه گیری

نتیجه حاصل از آزمون فرضیه پژوهش نشان داد اضطراب سلامت، گفت و شنود و همنوایی به طور مستقیم، «خودمراقبتی» را پیش‌بینی می‌کند، همچنین اضطراب سلامت از طریق گفت و شنود ارتباط معناداری با خودمراقبتی داشت؛ به بیان دیگر میانجی گری گفت و شنود در ارتباط بین اضطراب سلامت و خودمراقبتی تایید شد.

نتیجه حاصل از آزمون فرضیه دوم در مورد ارتباط الگوهای ارتباطی خانواده با خود مراقبتی با نتایج پژوهشگرانی چون طاهر و همکاران (۱۳۹۴)، بهرامی و همکاران (۱۳۹۳)، نیکوگفتار و اسحاقی (۱۳۹۱)، Day و همکاران (۲۰۱۶)، Anderson و همکاران (۲۰۱۵)، Avelyn و همکاران (۲۰۱۴) و Weng و همکاران (۲۰۰۸)، Idalski و همکاران (۲۰۱۱) و Glasgow و همکاران (۱۹۹۹) همسو می‌باشد.

بهرامی و همکاران (۱۳۹۳)، با بررسی پیش‌بینی الگوهای ارتباطی زوجها توسط سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی، نشان دادند که بین سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی با الگوهای ارتباطی زوجها رابطه ی معنادار وجود دارد. همچنین معلوم شد که سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی توان پیش‌بینی مثبت و معنادار الگوی ارتباطی سازنده متقابل را دارد و سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی از قدرت پیش‌بینی کنندگی منفی و معناداری برای الگوهای ارتباطی اجتنابی و توقع-کناره‌گیر برخوردار است. به نظر می رسد آگاهی زوجها از تاثیر سلامت معنوی و بهزیستی روان‌شناختی، می‌تواند در افزایش ارتباطات سازنده ی متقابل و کاهش ارتباطات ناکارآمد بین زوجها موثر باشد.

نیکوگفتار و اسحاقی (۱۳۹۱)، نتایج به دست آمده بیانگر وجود رابطه مثبت معنادار بین رفتارهای خود مراقبتی با زیر مقیاس

نزدیک بودن (سبک دلبستگی ایمن) و کانون کنترل بیرونی پزشکان و رابطه منفی معنادار با زیر مقیاس اضطراب (سبک دلبستگی اضطرابی- دوسوگرا) و نیز رابطه منفی معنادار بین سبک دلبستگی ایمن با کانون کنترل بیرونی- دیگران است. همچنین کانون کنترل درونی در مردان بالاتر از زنان به دست آمد. در سایر زیر مقیاس‌ها و نیز در رفتارهای خود مراقبتی و سبک‌های دلبستگی تفاوتی بین دو جنس مشاهده نشد. یافته‌های پژوهش حاضر نقش الگوهای رفتاری را در سیر و پیش آگهی بیماری دیابت آشکار ساخته و اهمیت مداخلات روان شناختی در درمان دیابت را مورد توجه و تاکید قرار می دهد.

Avelyn و همکاران (۲۰۱۴)، در مطالعه خود با عنوان نقش خودمراقبتی در نگرانی و اضطراب دوران بارداری بیان کرد کاهش سطح خود مراقبتی در دوران بارداری باعث افزایش پیامدهای نامطلوب تولد از جمله زایمان زودرس نوزادان می‌شود. Weng و همکاران (۲۰۰۸)، تحت عنوان تأثیر کارایی فردی و رفتارهای خودمراقبتی بر نشانه‌های افسردگی در بیماران گیرنده پیوند کلیه در تایوان نشان داد بین افسردگی بیماران با خودمراقبتی یک ارتباط قوی و منفی وجود دارد. Idalski و همکاران (۲۰۱۱)، در تحقیق خود با عنوان نقش حمایت اجتماعی و خودمراقبتی در کنترل و بهبود بیماران مبتلا به دیابت گزارش کردند که حمایت اجتماعی به طور مستقیم در کنترل و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نقش دارد.

Day و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که کنترل پایین اغلب بیماران دیابتی بر قند خون، آنان را در معرض عوارض درازمدت ناشی از آن قرار می‌دهد، از این رو توانایی برقراری ارتباط موثر با مراقبان بهداشتی (اعم از تیم درمانی و خانواده) به نظارت بیشتر بر قند خون، رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش، مصرف به موقع دارو و ترک سیگار منجر می‌شود. تأثیر مثبت ارتباط بیمار با همسر به عنوان یکی از مهمترین عوامل در پایداری نسبت به طرح درمانی مطلوب به شمار می رود. در میان بیماران دیابتی به طور خاص، رضایتمندی در ارتباط فی مابین به طور معنادار با بهبود یافتن و کنترل متابولیکی بهتر ارتباط دارد (نیکوگفتار و اسحاقی، ۱۳۹۱). در برخی مطالعات نیز تأثیر حمایت‌های خانوادگی بر سطح هموگلوبین گلیکوزیله بررسی شده است که در این موارد کنترل مناسب تر قند خون و سطوح مطلوب تر هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران با حمایت بالا گزارش شده است (طاهر و همکاران، ۱۳۹۴).

رزم آرای ایرانق و همکاران (۱۳۹۵) در پژوهش خود عنوان می دارند خانواده به عنوان اساسی ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت‌های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می‌باشد. یک ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن وجود دارد. پدram رازی و همکاران به نقل از رزم آرای ایرانق و همکاران (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند خانواده نقش اصلی در درمان بیماران مبتلا به دیابت دارد و عملکرد بالای خانواده با کنترل بهتر قند خون همراه است.

همچنین می‌توان گفت: الگوهای ارتباطی سازنده بین اعضای خانواده، بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های خود مراقبتی تأثیر بسزایی دارد و درک این حمایت از طرف بیمار بر رفتار خودمراقبتی وی تأثیر مثبت خواهد داشت. مطالعه حاضر نقش حمایت اجتماعی درک شده در ویژگی فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران را بررسی نموده است و نتایج به دست آمده نشان داد که حمایت در زمینه مصرف دارو پایینترین نمره را کسب کرده است (آهن چی و همکاران، ۱۳۹۱).

در تبیین ارتباط بین اضطراب سلامت با خودمراقبتی با میانجی گیری الگوهای ارتباطی خانواده نیز می‌توان گفت: دیابت متعلق به فرد و خانواده فرد مبتلا به دیابت است و می‌تواند همه اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که حمایت خانواده می‌تواند اضطراب را در فرد مبتلا کاهش داده و رفتارهای مراقبتی را در فرد مبتلا افزایش دهد، به طوری که حمایت خانواده به عنوان یک جزء حیاتی بر کنترل موفق دیابت و قوی‌ترین فاکتور تعیین کننده پیروزی از رژیم درمانی بیماران مبتلا به دیابت بیان شده است (Glasgow & et al, 1999).

با توجه به روند رو به رشد بیماری دیابت و آمار بالای مبتلایان، شایسته است که دست اندر کاران امور درمان جامعه در مورد شیوه زندگی و عملکرد این افراد بعد از وقوع بیماری و نیز برگرداندن هر چه سریعتر آنها به زندگی طبیعی، از برنامه‌های توانبخشی تا حد امکان، استفاده لازم را ببرند چرا که بهبود خودمراقبتی این بیماران در واقع باعث بهبود بخشیدن کیفیت زندگی تک تک افراد خانواده آنها و بهبود کیفیت فعالیت‌های جسمی، عاطفی و اجتماعی آنان در محیط خانواده و جامعه خواهند شد.

با توجه به اینکه پژوهش در یک جامعه محدود از نظر سن (زنان ۳۰ تا ۵۰ ساله شهر تهران) انجام شده است نسبت به تعمیم نتایج به جوامع دیگر (از نظر سن) باید جانب احتیاط را رعایت نمود. جنسیت آزمودنی‌ها که تنها به مطالعه بیماران زن مبتلا



به دیابت پرداخته شده بود. شایسته است پژوهش‌های دیگری با متغیرهای پژوهش حاضر برای مردان و در مناطق و شهرهای دیگر نیز اجرایی گردد و نتایج مقایسه شود. با توجه به یافته‌های تحقیق که الگوهای ارتباطی خانواده در اضطراب سلامت و خودمراقبتی بیماران دیابتی نقش دارد، پیشنهاد می‌شود آگاهی‌های لازم در نحوه ارتباط اعضای خانواده با هم از طریق نهادهای سلامتی و بهداشتی در جامعه انجام گیرد.

#### منابع

- Ahan Chi N. (2012). Islamic; AE And sharifi rad, gh.r Study of family support status in patients with type 2 diabetes and its related factors. *Health Research Journal*; 8(5): 8-1.
- Ahmadzadeh T. (2018). Prediction of adaptability through family communication patterns and psychological well-being. First International Conference on Culture, Psychological Pathology, Tehran, Al-Zahra University.
- Anderson RM. (2015). Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*; 18:412-5
- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P & et al. (2003). Self care behaviors among patients with heart failure. *Heart & Lung: J Acute Critical Care*; 31(3):161-72.
- Avelyn G. (2014). The relationship between prenatal self-care practices during pregnancy and birth out comes among young mothers aged 16 to 24 years delivering at Gweru maternity hospital. [Master Thesis]. Zimbabwe, East Africa: Faculty of Medicine. University of Zimbabwe.
- Bahrami M, Nazari AS, Zahra Kar K. (2014). Pairing pattern patterns prediction by spiritual well-being and psychological well-being. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*; 9(33):7-16.
- Burns RJ, Deschênes SS, Schmitz N. (2016). Associations between coping strategies and mental health in individuals with type 2 diabetes: Prospective analyses. *Health Psychology*; 35(1):78-85.
- Dammen T, papageorgiou C, Wells A. (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway, *Nord J Psychiatry*; 69(2):126-31.
- Davoudi, Nargsay, Mehrabizadeh Honarmand M. (2013). Gender differences in health anxiety and related ineffective beliefs: by controlling the age variable. *Health Psychology Journal*; (3): 38-30
- Day JL, Bodmer CW & Dunn OM. (2016). Development of a questionnaire identifying Factors responsible for successful selfmanagement of insulin-treated diabetes. *Diabetes Med*; 13:564-73.
- Dibajnia P, Penny S, Moghadasin M. (2014). Health Anxiety Survey in Patients Referring to Internal Clinics. *Quarterly Journal of Educational Psychology*; 4(1):97-91.
- Farrokhi E, Sabzi N. (2016). Happiness and Perception of Family Communication Models: The Mediating Role of Psychological Capital. *Developmental Psychology*; 11(43):323-313.
- Firooz M, Mazlum R, Hosseini C, Hasanzadeh & et al. (2012). Comparing the effect of group training and group counseling on emotional dimension of self-care in patients with type 2 diabetes. *Journal of Birjand University of Medical Sciences*; 22(4):293-303
- Ghasemi Fard Z, Asghar A. (2017). Relationship between self-care education and quality of life in hemodialysis patients in selected hospitals of Tehran University of Medical Sciences. The first international conference on modern research in the field of education and psychology and social studies of Iran.
- Glasgow R, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F. (1999). If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population based approach to chronic illness. *Ann Behav Med*; 21(2):159- 170.

- Hummelena B, Pedersen G, Karterud, Sigmund. (2012). Some suggestions for the DSM-5 schizotypal personality disorder construct. *comprehensive psychiatry*; 53: 341-349.
- Idalski Carcone A, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S. (2011). Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *J Dev Behav Pediatr*; 32(8):581-90.
- Islami M, Fesharaki M, Farmahini Farahani M, Haji Ismail Pour AS. (2010). Investigating the relationship between depression and self-care behaviors in depressed and non-depressed patients with diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolism*; (3): 318-313
- Ma Y, Qin X, Chen R, Li N & et al. (2012). Impact of individual level social capital on quality of life among AIDS patients in China. *PLoS ONE*; 7(11):1-7.
- Mahdi Khani S, Gohari MR, Benazadeh Z. (2015). Determining the Factors Affecting Fat Blood Glucose in Patients with Type 2 Diabetes Over Time Using Functional Functions. *Razi Medical Journal*; 21 (122):1-8.
- Nikogarhar M, Eshaghi, F. (2012). Prediction of Self-care Behaviors of Patients with Diabetes Based on Attachment Styles and Health Control Center: Moderating Role of Gender. *Psychology of Health*; 4(1):96-84.
- Rashidi AS, Sharifi K, Naghsineh T. (2017). Relationship between Family Communication Patterns and Their Differentiation with the Quality of Life of Divorce Applicants in Kermanshah. *Pathology, Advice and Enrichment of the Family*; 2(1):66-78.
- Razmarai Iranegh S, Khalkhali HR. (2014). The effect of family-centered education on self-care in patients with type 2 diabetes. *Journal of Orumie Faculty of Nursing and Midwifery*; 14(2):127-118.
- Safi Pour S. (2018). The prediction of marital adjustment based on communication patterns and style of love-making among university students in Poldokhtar. Master thesis of Islamic Azad University.
- Tahir M, Ebrah Dari H, Karimi M, Mercy M. (2016). Correlation between social support and self-care behaviors of diabetic foot involvement in patients with diabetic foot ulcer. *Journal of Education and Public Health*; 2(4):67-54.
- Vosoughi Corescloo N, Abotalebi Dariasri Gh, Farahani M, Mohammad Nejad A & et al. (2011). Self-care empowerment of patients with diabetes. *New Career Quarterly. Faculty of Nursing, Birjand University of Medical Sciences*; 8(4):20-6.
- Weng LC, Dai YT, Wang YW, Huang HL & et al. (2008). Effect of self-efficacy, self-care behaviors on depressive symptom of Taiwanese kidney transplant recipients. *J Clin Nurs*; 17(13):86-94.

## **The Role of An Intermediary Family Communication Patterns in the Relationship between the Anxiety of Health and Self Care in Diabetics**

Zahra Taher Nasab Amiri<sup>1</sup>, Ahmad Torabi<sup>2\*</sup>

### **Abstract**

The purpose of this study was to investigate the relationship between family anxiety and self-care mediated family patterns in women with diabetes. The method of this research is descriptive correlational which identifies the relationship between research variables. The statistical population of this study included all diabetic women in Tehran, which is reported by the Association of Diabetes, which is 2800 people. The method of this research was randomly clustered and the number of sample groups according to Morgan table was 338 people. The Glasgow and Tubert Diabetes Self-Care Questionnaire (1994), the Christensen and Salavi Couples Pattern Patterns Questionnaire (1984) and the Healthy Anxiety Questionnaire for the Sickookis and Warwick (2002) Health Questionnaire. Multiple regression analysis and path analysis were used to analyze the data. The findings of the research indicate that the direct effect of health anxiety on self-care (0.117) is significant at the level of 0.05. The indirect effect of health anxiety on self-care (-0.21) is significant through a constructive interaction at the level of 0.01. Therefore, under the component of interacting constructive variable, communication patterns play the role of mediating between health anxiety and self-care. The results of the research showed that there is a relationship between self-care anxiety and mediation of family communication patterns in women with diabetes.

**Keywords:** Health Anxiety, Self-Care, Family Communication Patterns, Women with Diabetes.

---

<sup>1</sup> M.Sc. in General Psychology, Islamic Azad University, South Tehran Branch, Iran.

<sup>2</sup> Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sari Branch, Iran. (Corresponding Author)  
torabiii2020@gmail.com