

Structural Model of the Relationship between Self-efficacy in Diabetes Management, Lifestyle and Disease Perception by Promoting Self-care behavior among Patients with Diabetes Mediated by Psychological Capital

Fatemeh Motevalli-Alamuti¹, Mohammad-Reza Zarbakhsh-Bahri^{2*}, Shahnam Abolghasemi²

1. PhD Student in Health Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

*Corresponding Author: Mohammad-Reza Zarbakhsh-Bahri, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Email: m.zarbakhsh@toniau.ac.ir

Received: 29 August 2021

Accepted: 7 January 2022

Published: 22 June 2022

How to cite this article:

Motevalli-Alamuti F, Zarbakhsh-Bahri M.R, J Abolghasemi Sh. Structural Model of the Relationship between Self-efficacy in Diabetes Management, Lifestyle and Disease Perception by Promoting Self-care behavior among Patients with Diabetes Mediated by Psychological Capital. Salāmat-i ijtimāi (Community Health). 2022; 9(3):80-94. DOI: <http://doi.org/10.22037/ch.v9i3.31484>.

Abstract

Background and Objective: Diabetes is a metabolic disorder that is associated with many serious medical, psychiatric, familial, occupational, legal and financial problems. The aim of this study was to determine the mediating role of psychological capital in the relationship between self-efficacy in diabetes management, lifestyle and disease perception with self-care behavior among patients with type 2 diabetes in Iran and Denmark.

Materials and Methods: This correlational study was conducted with the participation of patients with type 2 diabetes who are members of the Diabetes Association of Mazandaran Province in Iran and Aarhus city of Denmark. The sample size was 432 people who were selected using the available sampling method. Data were collected using the self-care behaviors, lifestyle, disease perception, psychological capital questionnaires, and diabetes management self-efficacy scale. Structural equation modeling using SPSS Statistics for Windows, version 22.0 (SPSS Inc., Chicago, Ill., USA) and SmartPLS 3.3.3 software was used to analyze the research data.

Results: The mean (SD) age in the group of Iranian patients was 42.1 (7.8) and Danish patients was 40.6 (7.3). Self-efficacy in diabetes management ($\beta = 0.467$, $t = 4.859$), lifestyle ($\beta = 0.355$, $t = 3.109$), disease perception ($\beta = 0.624$, $t = 9.974$). =) and psychological capital ($\beta = 0.506$, $t = 8.908$) had a direct and positive relationship with self-care behaviors in Danish society. Self-efficacy in diabetes management ($\beta = 0.475$, $t = 5.091$), lifestyle ($\beta = 0.423$, $t = 4.374$), disease perception ($\beta = 0.645$, $t = 9.992$) and psychological capital ($\beta = 0.501$, $t = 8.866$) have a direct and positive relationship with self-care behaviors in Iranian society. Moreover, the mediating role of psychological capital in the relationship between self-efficacy, lifestyle, disease perception and self-care behaviors in Danish and Iranian society was confirmed.

Conclusion: The study showed that psychological capital had a mediating role in the relationship between self-efficacy, disease perception and lifestyle with self-care behavior, in such a way that the direct relationship of self-efficacy with psychological capital, disease perception and lifestyle, and self-care behavior increased.

Keywords: Self-care, Self-efficacy, Lifestyle, Illness perception, psychological capital.

Conflict of Interest: None of the authors has any conflict of interest to disclose.

Ethical publication statement: We confirm that we have read the Journal's position on issues involved in ethical publication and affirm that this report is consistent with those guidelines.

Ethical code: IR.IAU.M.REC.1400.035.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

مدل ساختاری رابطه خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سبک زندگی و ادراک بیماری با ارتقاء رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت با میانجی‌گری سرمایه روانشناختی

فاطمه متولی الموتی^۱ , محمدرضا زربخش بحری^{۲*} , شهنام ابوالقاسمی^۲ 

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

* نویسنده مسئول: محمدرضا زربخش بحری، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

Email: m.zarbakhsh@toniau.ac.ir

تاریخ پذیرش: دی ۱۴۰۰

تاریخ دریافت: شهریور ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: بیماری دیابت یک اختلال متابولیکی است که با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی و مالی رابطه دارد. هدف این مطالعه تعیین نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سبک زندگی و ادراک بیماری با رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو کشور ایران و دانمارک می باشد.

روش و مواد: این مطالعه همبستگی با مشارکت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ عضو انجمن دیابت استان مازندران و شهر ارهوس کشور دانمارک انجام گرفت. تعداد نمونه ۴۳۲ نفر بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، سبک زندگی، ادراک بیماری، سرمایه روانشناختی و مقیاس خودکارآمدی مدیریت دیابت جمع‌آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از مدل‌سازی معادلات ساختاری با بکارگیری نرم افزارهای SPSS-22 و SmartPLS 3.3.3 استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن در گروه بیماران ایرانی ۴۲/۱ (۷/۸) و بیماران دانمارکی ۴۰/۶ (۷/۳) بود. ادراک بیماری ($\beta = ۰/۶۴۵$, $t = ۹/۹۹۲$)، سبک زندگی ($\beta = ۰/۴۲۳$, $t = ۴/۳۷۴$)، خودکارآمدی ($\beta = ۰/۴۷۵$, $t = ۵/۰۹۱$) و سرمایه روانشناختی ($\beta = ۰/۵۰۱$, $t = ۸/۸۷۶$) به صورت مستقیم و مثبت بر رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران ایرانی اثر داشت. همچنین در بین بیماران دانمارکی ادراک بیماری ($\beta = ۰/۶۲۴$, $t = ۹/۹۷۴$)، سبک زندگی ($\beta = ۰/۳۵۵$, $t = ۳/۱۰۹$)، خودکارآمدی ($\beta = ۰/۴۶۷$)، سرمایه روانشناختی ($\beta = ۰/۵۰۶$, $t = ۸/۹۰۸$) به صورت مستقیم و مثبت بر رفتارهای خودمراقبتی تأثیرگذار بود.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی، ادراک بیماری و سبک زندگی با رفتار خودمراقبتی نقش واسطه‌ای داشت، به این صورت که با اثر مستقیم خودکارآمدی بر سرمایه روانشناختی، ادراک بیماری و سبک زندگی، رفتار خودمراقبتی افزایش یافت.

واژگان کلیدی: خودمراقبتی، خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سبک زندگی، ادراک بیماری، سرمایه روان شناختی.

مقدمه

بیماری دیابت یک اختلال متابولیکی است که با بسیاری از مشکلات جدی پزشکی، روانپزشکی، خانوادگی، شغلی، قانونی و مالی رابطه دارد (۱) و پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد مبتلا به بیماری دیابت به ۵۵۲ میلیون نفر در جهان برسد (۲). مدیریت بیماری دیابت، به وضعیت خودمراقبتی از درمان در این بیماران وابسته است (۳). خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت شامل طیف وسیعی از فعالیت از قبیل اندازه گیری منظم قند خون، تنظیم رژیم غذایی، ورزش کردن، استعمال به موقع داروها و بررسی پا از نظر آسیب می باشد (۴). خودمراقبتی ضعیف موجب افزایش مراجعات به پزشک، آزمایش های اضافی و غیرضروری و بستری شدن در بیمارستان منجر می شود که در نهایت افزایش هزینه مراقبت پزشکی را به همراه دارد. خودمراقبتی ضعیف همچنین موجب کاهش کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری دیابت و عوارضی همچون سکته مغزی، سکته قلبی و مرحله نهایی بیماری کلیوی گردد (۵). گستردگی میزان مراجعه مجدد بیماران و پیامدهای فردی و اجتماعی خودمراقبتی باعث شده است بررسی و شناسایی عوامل مرتبط به یک ضرورت پژوهشی تبدیل شود (۶).

یکی از عواملی که خودمراقبتی در بیماران دیابت را کاهش می دهد، خودکارآمدی پایین است. خودکارآمدی به عنوان باور و قضاوت شخص از توانایی خود برای انجام یک تکلیف خاص تعریف شده است (۷). خودکارآمدی در مدیریت دیابت به عنوان یکی از راهکارهای خودمراقبتی است که بیمار با اعتماد به نفس، وظایف مراقبت از خود را انجام می دهد (۷). مطالعات در این زمینه نشان داده اند خودکارآمدی منجر به افزایش فعالیت های مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می شود (۸). خودکارآمدی به عنوان یکی از پیش شرطهای مهم و اساسی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی است (۹). بیماران مبتلا به دیابت با خودکارآمدی بالاتر، موانع کمتری بر سر راه خودمراقبتی احساس کرده و فعالیت های خودمراقبتی بیشتری را مورد توجه قرار می دهند (۱۰). مطالعه باقرنژاد و همکاران (۱۱) نیز نشان داد بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه وجود دارد. از سویی دیگر، ادراک فرد از مشکل سلامت و بیماری خود، بر روند درمان و مراقبت های از خود تأثیر دارد. افراد در برخورد با یک بیماری، یک طرحواره شناختی از بیماری و درمان آن را در ذهن خود ایجاد می کنند که به آن ادراک بیماری گویند (۱۲). ادراک منطقی از بیماری که از عوامل روانی اجتماعی تأثیر می پذیرد از یک سو باعث کاهش آشفتگی هیجانی در برخورد با مسائل پیش بینی نشده مرتبط با بیماری شده و از سوی دیگر با تنظیم کردن الگوهای مصرف دارو و ملاقات با پزشک باعث بهبود خودمراقبتی می گردد (۱۳). مطالعه Nie و همکاران نیز نشان داد ادراک بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابت ارتباط معنادار دارد (۱۴). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، همچنین به حفظ سبک زندگی سالم وابسته است (۱۵). سبک زندگی ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی است که طی فرآیند اجتماعی شدن به وجود می آید و بیشتر به روش زندگی فرد اشاره داشته و جزئی از تاریخچه سلامتی فرد بوده و شامل عادات غذایی، فعالیت فیزیکی، الگوی خواب و استراحت و سرگرمی هاست (۱۶). اصلاح در سبک زندگی می تواند به سلامتی افراد کمک کرده (۱۷) و رفتارهای خودمراقبتی را ارتقا دهد. برونو و همکاران (۱۸) نیز در مطالعه خود بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مرکز مراقبت های اولیه تورنتو نشان دادند رابطه منفی بین سبک زندگی و درک بیماران از مراقبت های بیماری وجود دارد. مطالعه حر و همکاران (۱۹) و MacPherson و همکاران نشان داد مداخلات مبتنی بر سبک زندگی می تواند رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران افزایش دهد (۲۰).

به نظر می رسد یکی دیگر از عوامل مرتبط با بهبود وضعیت سلامت، سرمایه روان شناختی باشد، به طوری که افرادی که از سرمایه های روان شناختی مطلوب تری دارند با درک عمیق تر بیماری خود، این سرمایه های را برای تقویت و سازگاری با وضعیت بیماری خود به کار می گیرند (۲۱). سرمایه روان شناختی یک ظرفیت روان شناختی مثبت و رویکرد واقع گرا و انعطاف پذیر نسبت به زندگی است که از چهار سازه امید، خوش بینی، تاب آوری و خودکارآمدی تشکیل شده است (۲۲). مطالعات نشان داده اند سرمایه روان شناختی قادر است سطح سلامت روانی و جسمی افراد را پیش بینی کند (۲۳). در مطالعه Park و همکاران (۲۴)، تاب آوری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت رابطه داشت. در مطالعه

Catlett بیماران مبتلا به انسداد ریه مزمن که خوش بینی و امیدواری بیشتری داشتند سطوح بالاتری از خودمراقبتی را نشان دادند (۲۵). در مطالعه Wienand و همکاران بر اهمیت امید در بهزیستی بیماران مبتلا به دیابت تأکید شده است (۲۶). حسینی خواه و همکاران در مطالعه خود یکی از راه های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش امید ذکر کرده اند (۲۷). مطالعه کریمی و همکاران نیز نشان داد امید درمانی موجب افزایش خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت گردید (۲۸). با توجه مطالعات انجام شده، به نظر می رسد ادراک بیماری، خودکارآمدی، سبک زندگی و سرمایه روانشناختی از جمله متغیرهایی هستند که با خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در ارتباط هستند. همچنین شواهد کافی برای ارتباط بین متغیرها به اندازه ای وجود دارد که می توان آن را در قالب مدل معادلات ساختاری بررسی کرد.

مراقبت از دیابت پیچیده است و نیاز است که به بسیاری از مسائل، فراتر از کنترل قند خون، پرداخته شود و طیف وسیعی از مداخلات برای بهبود نتایج دیابت مورد نیاز است. به نظر می رسد، یک نقطه ضعف اصلی در خود مراقبتی است. همچنین نقش عوامل محیطی از جمله سبک زندگی در این بیماری کاملاً محسوس است. پژوهش های پیشین اهمیت و ضرورت خودمراقبتی بیماران دیابتی را به منظور ایجاد تغییرات وسیع در سبک زندگی شخصی و کنترل دیابت توصیه نموده اند. اهمیت پرداختن به آن به دلیل عوارض برگشت ناپذیر آن می باشد. ضرورت توجه به این مسئله از آن سو است که برخی از بررسی ها، مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی را عدم انجام خودمراقبتی روزانه می دانند. البته از آنجا که دیابت دارای مؤلفه های رفتاری و هیجانی بسیار قوی است، کنترل روزانه دیابت برای بیماران ساده نبوده و بیشتر منجر به فشارهای روان شناختی می گردد و به شدت بر کیفیت زندگی بیمار اثرگذار می باشد. از سوی دیگر، ضرورت بررسی رابطه متغیرهای پژوهش در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در کشور دانمارک از این جهت است تا بتوان در درجه اول، از کیفیت و دقت ارتباط بین متغیرها اطمینان به دست آورد و در درجه دوم، کشور دانمارک به عنوان یکی از کشورهای پیشرفته اروپایی مورد بررسی قرار گرفت تا پژوهش حاضر، قابلیت تعمیم بیشتری داشته باشد. بنابراین مطالعه حاضر با هدف تعیین رابطه بین خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سبک زندگی و ادراک بیماری با رفتار خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت به واسطه نقش سرمایه روانشناختی انجام شد.

روش و مواد

روش تحقیق در این مطالعه از نوع همبستگی بود که در قالب الگوی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه پژوهش شامل بیماران مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت استان مازندران به تعداد تقریبی ۱۶۵۰۰۰ نفر و بیماران مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت شهر ارهوس کشور دانمارک به تعداد تقریبی ۲۳۵۰۰۰ نفر در سال ۱۳۹۹ بودند. تعداد نمونه برای جامعه کشور ایران و دانمارک ۴۴۰ نفر تعیین شد. برای تعیین تعداد نمونه در این پژوهش، به ازای هر ۲۶ متغیر مشاهده شده این پژوهش، ۱۵ مشاهده (۱۵ نفر) در نظر گرفته شد که تعداد آنها با این حساب، ۳۹۰ نفر به دست آمد اما برای اطمینان بیشتر، تعداد ۴۴۰ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردید.

نحوه اجرای مطالعه به این صورت بوده که با مراجعه به انجمن دیابت استان مازندران و شهر ارهوس کشور دانمارک روند پژوهش آغاز شد. آن دسته از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که جهت دریافت برخی از خدمات یا کارهای اداری و یا شرکت در کلاس های آموزشی به این مراکز مراجعه کرده بودند و ملاک های ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل یک سال از ابتلا به دیابت، عدم ابتلا به بیماری های همبود روانی و یا جسمانی و سن بین ۲۰-۶۰ سال را داشتند با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و پرسشنامه های تحقیق در اختیار آنها قرار گرفت. ملاک خروج از مطالعه نیز ارایه اطلاعات ناقص یا عدم همکاری بوده است. درنهایت با کنار گذاشتن پرسشنامه های ناقص، داده های مربوط به ۲۱۶ پرسشنامه از نمونه کشور ایران و ۲۱۶ پرسشنامه از نمونه کشور دانمارک مورد تحلیل قرار گرفت ($n=432$). نسخه ای از پرسشنامه که در اختیار بیماران دانمارکی قرار گرفته است، نسخه اصلی پرسشنامه و به زبان انگلیسی بود (با وجود اینکه زبان رسمی کشور، دانمارکی است، اما هنگام پرکردن پرسشنامه این اطمینان حاصل شد که پاسخ دهندگان قادر به خواندن زبان انگلیسی هستند).

جهت در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی پژوهش، کلیه افراد به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می نمودند، این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت و به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت: این پرسشنامه که به اختصار SDSCA نامیده می شود، شامل ۱۵ سوال است که توسط Toobert و همکاران در سال ۲۰۰۰ تدوین شد و میزان رفتار خودمراقبتی را در چهار حیطه تغذیه، فعالیت بدنی، پایش قندخون، مراقبت از پا و مصرف داروهای قندخون، طی ۷ روز گذشته می سنجد. در این پرسشنامه، نمرات بین ۰-۷ نمره گذاری شده و در مجموع نمره کل پرسشنامه بین ۰-۱۰۵ است. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده انجام رفتارهای خودمراقبتی مطلوبتر فرد طی هفته گذشته است. تعداد سوالات مربوط به رفتارهای تغذیه ای پنج سوال است. دو سوال مربوط به فعالیت بدنی و دو سوال مربوط به پایش قندخون است. رفتارهای مراقبت از پا شامل ۵ سوال است و در نهایت ۱ سوال میزان تبعیت دارویی فرد را می سنجد (۲۹). Güzel و همکاران پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ و روایی محتوایی آن را رضایتبخش به دست آوردند (۳۰). در ایران، رحیمیان بوگر و همکاران آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس های هفتگی، ماهیانه و سالانه این مقیاس به ترتیب ۰/۹۵، ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۷ به دست آمد که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب آن بود (۳۱). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه سبک زندگی: پرسشنامه سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت که به اختصار HPLP نامیده می شود به وسیله Walker و همکاران در سال ۱۹۹۶ ساخته شد و شامل ۵۴ گویه است. این ابزار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در شش بعد تغذیه، ورزش، مسئولیت پذیری درمورد سلامت، مدیریت استرس، حمایت بین فردی و خودشکوفایی اندازه گیری می کند. این مقیاس پاسخ های افراد را بر روی مقیاس چهار درجه ای لیکرت مشخص می سازد، به طوری که گزینه هرگز (نمره ۱)، برخی اوقات (نمره ۲)، اغلب (نمره ۳) و به طور معمول (نمره ۴) را به خود اختصاص می دهد. محدوده نمره کلی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت بین ۵۴ تا ۲۱۶ است و نمره برش پرسشنامه ۱۳۵ است. برای هر بعد رفتاری نمره ای جداگانه قابل محاسبه است (۳۲). این پروفایل در پژوهشی در مردم سفید پوست طبقه متوسط به کار گرفته شد و چندین تحقیق دیگر نیز پایایی و روایی ابزار را در اسپانیولی زبان ها ارزیابی کردند (۳۳). نسخه فارسی این پرسشنامه توسط محمدی زیدی و همکاران (۳۳) ترجمه و روایی و پایایی آن پس از اجرا بر روی مراجعه کنندگان به ۱۰ مرکز درمانی شهر قزوین محاسبه شده است. جهت تعیین اعتبار یا پایایی ابزار از روش بازآزمایی با فاصله دو هفته و از روش ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۸۲ و برای ابعاد آن از ۰/۶۴ تا ۰/۹۴ بود که همه موارد همبستگی قابل قبولی داشتند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه ادراک بیماری: پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (Brief IPQ) یک پرسشنامه ۹ سوالی است که توسط Broadbent و همکاران در سال ۲۰۰۶ برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شد. سوال ها به ترتیب پیامدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می سنجند. دامنه نمرات ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را مورد سوال قرار می دهد. کسب نمرات بالاتر به معنای ادراک بیشتر از بیماری در فرد است. (۳۴). Basu & Poole اعتبار همزمان این مقیاس را با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ گزارش کردند (۳۴). همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس های این پرسشنامه را با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آوردند. در پژوهش Lima و همکاران (۳۵) آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب پایایی بازآزمایی به فاصله شش هفته برای سوالات مختلف از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه سرمایه روانشناختی: این پرسشنامه توسط Luthans و همکاران (۲۰۰۷) ساخته شد. این پرسشنامه از مقادیر استاندارد شده که به طور وسیعی برای ساختارهایی که امید (سوالات ۷-۱۲)، تاب آوری (سوالات ۱۸-۱۳)، خوش بینی (سوالات ۱۹-۲۴) و خودکارآمدی (سوالات ۱-۶) را می‌سنجند مورد استفاده قرار گرفته است و قابلیت اعتبار و پایایی این خرده مقیاس‌ها نیز تأیید شده است. این پرسشنامه شامل ۲۴ سوال است که هر خرده مقیاس شامل شش گویه است و آزمودنی به هر گونه در مقیاس شش درجه‌ای (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) لیکرت پاسخ می‌دهد. به طوری که کاملاً مخالفم نمره ۱ و مخالفم نمره ۲ و تا حدودی مخالفم نمره ۳ و تا حدودی موافقم نمره ۴ موافقم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۶ می‌گیرد. همچنین سوالات ۱۳-۲۰-۲۳ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده مقیاس به صورت جداگانه بدست می‌آید و سپس مجموع آن‌ها به عنوان نمره کل سرمایه روانشناختی محسوب می‌شود. کسب نمرات بالاتر به معنای سرمایه روانشناختی بیشتر در فرد است. ضریب پایایی اولیه این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۹ گزارش و روایی آن با استفاده از تحلیل عاملی و معادلات ساختاری، نسبت خنثی دو این آزمون ۲۴/۶ گزارش شده و روایی عاملی پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است (۲۲). در پژوهش دیانت نسب و همکاران (۳۶) پایایی این پرسشنامه براساس روش آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۵ بدست آمد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۷ به دست آمد.

مقیاس خودکارآمدی مدیریت دیابت: مقیاس خودکارآمدی مدیریت دیابت (DMSES) توسط Bijl و همکاران در سال ۱۹۹۹ ساخته شد. این پرسشنامه شامل ۱۹ سوال است که شدت باور اطمینان به خود بیماران را در چهار خرده مقیاس رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، اندازه گیری قند خون و مصرف صحیح داروها می‌سنجد. سوالات در یک طیف لیکرت یازده درجه ای از اصلاً نمی‌توانم (۰ امتیاز) تا به طور قطع می‌توانم (۱۰ امتیاز) نمره گذاری می‌شوند. بدین ترتیب دامنه نمرات بین صفر تا ۱۹۰ قرار می‌گیرد. کسب نمرات بالاتر به معنای خودکارآمدی مدیریت دیابت بیشتر در فرد است (۳۷). Messina و همکاران پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آوردند (۳۷). در مطالعه اعظمی و همکاران نیز یافته های تحلیل عاملی به روش چرخش واریماکس، سوالات را به چهار عامل تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف داروها و اندازه گیری قند خون تقسیم بندی کرده است و هر چهار عامل، از ضریب همسانی درونی و بازآزمایی قابل قبول و معنی داری در طول زمان برخوردار هستند (۳۸). همچنین پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ در مطالعه رشیدی و همکاران، ۰/۸۶ به دست آمد (۳۹). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۴ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده ها، ابتدا اطلاعات توصیفی متغیرها مانند میانگین (انحراف معیار) و نیز ضریب همبستگی پیرسون بین متغیرها با استفاده از نرم افزار SPSS-22 محاسبه گردید. در مرحله بعد، برای ارزیابی الگوی پیشنهادی پژوهش از روش الگویابی معادلات ساختاری با بکارگیری نرم افزار SmartPLS 3.3.3 استفاده شد. جهت مقایسه دو گروه از نظر سن و سال ابتلا به بیماری از روش تحلیل واریانس استفاده شد.

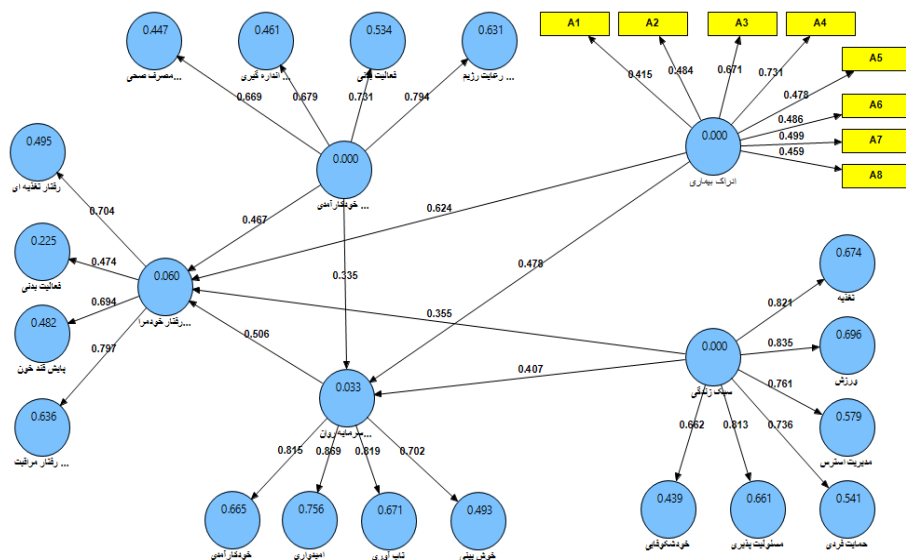
یافته ها

تعداد ۲۱۶ نفر از جامعه آماری کشور ایران و ۲۱۶ نفر از جامعه آماری کشور دانمارک به پرسشنامه ها پاسخ دادند. میانگین (انحراف معیار) سن در گروه بیماران ایرانی ۴۲/۱ (۷/۸) و بیماران دانمارکی ۴۰/۶ (۷/۳) بود. دو گروه از نظر سن، تفاوتی با هم نداشتند. تعداد ۸۹ نفر (۴۱/۲٪) از شرکت کنندگان در گروه بیماران ایرانی را مردان و ۱۲۷ نفر (۵۸/۸٪) را زنان تشکیل دادند. تعداد ۷۶ نفر (۳۵/۱٪) از شرکت کنندگان در گروه بیماران ایرانی را مردان و ۱۴۰ نفر (۶۴/۹٪) را زنان تشکیل دادند. دو گروه از نظر جنسیت، تفاوتی با هم نداشتند. همچنین تعداد ۹۱ نفر (۴۱/۱٪) از شرکت کنندگان ایرانی بین یک تا ۵ سال و ۱۲۵ نفر (۵۷/۹٪) بین شش تا ده سال از ابتلای شان به بیماری دیابت می‌گذشت. تعداد ۱۲۹ نفر (۵۹/۸٪) از شرکت کنندگان دانمارکی بین یک تا ۵ سال و ۸۷ نفر (۴۰/۲٪) بین شش تا ده سال از ابتلای شان به بیماری دیابت می‌گذشت. دو گروه از نظر سن ابتلا به بیماری، تفاوتی با هم نداشتند. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول شماره ۱- آمار توصیفی متغیرهای تحقیق

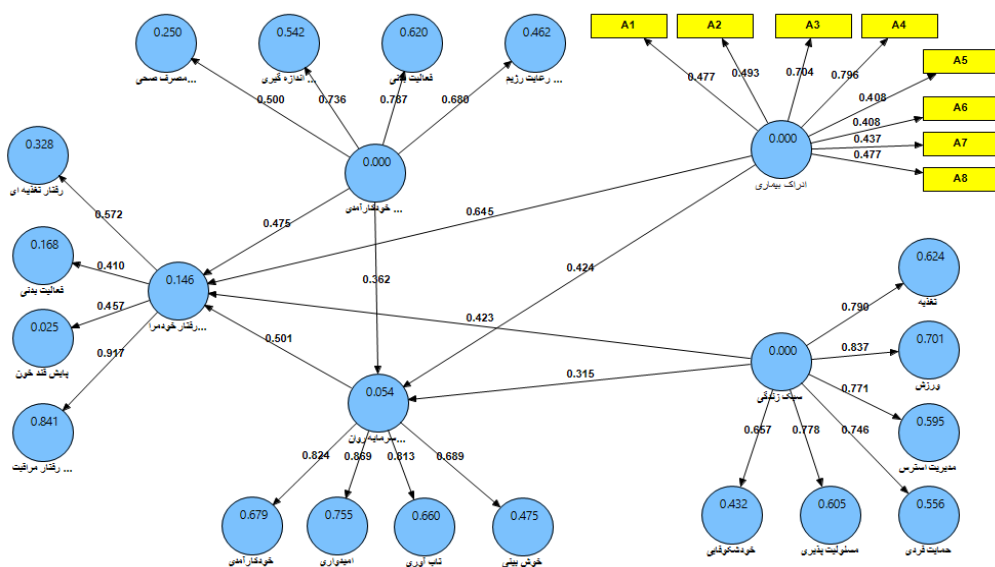
متغیر	کشور	(انحراف معیار) میانگین	کمترین	بیشترین
رفتار خودمراقبتی	ایران	۶۰/۰ (۲۱/۱)	۳۴	۹۳
	دانمارک	۷۰/۷ (۴/۴)	۶۱	۸۰
سبک زندگی	ایران	۱۴۱/۲ (۲۷/۷)	۸۸	۱۹۳
	دانمارک	۱۴۲/۳ (۸/۸)	۱۲۳	۱۶۱
رشد فردی و خودشکوفایی	ایران	۲۹/۶ (۶/۸)	۱۷	۴۴
	دانمارک	۳۰/۲ (۲/۸)	۲۵	۳۷
مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت	ایران	۳۹/۷ (۸/۹)	۲۱	۵۶
	دانمارک	۳۶/۲ (۴/۶)	۲۶	۴۶
حمایت بین فردی	ایران	۲۲/۵ (۴/۵)	۱۶	۳۲
	دانمارک	۲۱/۵ (۲/۱)	۱۷	۲۶
مدیریت استرس	ایران	۱۵/۷ (۳/۷)	۸	۲۳
	دانمارک	۱۴/۹ (۲/۸)	۹	۲۱
ورزش	ایران	۱۸/۶ (۴/۳)	۱۰	۲۵
	دانمارک	۲۱/۶ (۲/۴)	۱۷	۲۸
تغذیه	ایران	۱۴/۸ (۴/۹)	۷	۲۴
	دانمارک	۱۷/۷ (۳/۱)	۱۱	۲۳
خودکارآمدی در مدیریت دیابت	ایران	۱۵۱/۱ (۳۵/۳)	۳۷	۱۹۰
	دانمارک	۱۵۲/۶ (۷/۱)	۱۳۹	۱۶۶
تغذیه	ایران	۶۲/۶ (۲۱/۷)	۵	۸۰
	دانمارک	۶۲/۸ (۴/۸)	۵۳	۷۸
فعالیت بدنی	ایران	۲۸/۱ (۹/۴)	۵	۴۰
	دانمارک	۳۲/۷ (۲/۲)	۲۷	۳۸
مصرف دارو	ایران	۲۵/۵ (۴/۳)	۶	۳۰
	دانمارک	۲۴/۷ (۲/۷)	۲۰	۳۰
اندازه‌گیری قند خون	ایران	۳۴/۷ (۵/۲)	۹	۴۰
	دانمارک	۳۲/۲ (۲/۵)	۲۵	۳۶
ادراک بیماری	ایران	۶۲/۳ (۱۷/۱)	۳۰	۸۰
	دانمارک	۴۳/۷ (۸/۷)	۲۳	۶۰
سرمایه روانشناختی	ایران	۹۱/۵ (۳۱/۱)	۳۱	۱۵۶
	دانمارک	۹۷/۷ (۷/۵)	۷۹	۱۲۰
خودکارآمدی	ایران	۲۲/۱ (۷/۶)	۶	۳۶
	دانمارک	۲۴/۵ (۲/۹)	۱۵	۳۲
امیدواری	ایران	۲۲/۹ (۷/۸)	۶	۳۹
	دانمارک	۲۴/۵ (۴/۱)	۱۳	۳۲
تاب آوری	ایران	۲۲/۳ (۸/۱)	۷	۴۰
	دانمارک	۲۴/۱ (۳/۵)	۱۷	۳۲
خوش بینی	ایران	۲۴/۱ (۸/۳)	۹	۴۱
	دانمارک	۲۴/۵ (۳)	۱۷	۳۲

مدل معادلات ساختاری نهایی برای سنجش رابطه سازه های اصلی تحقیق استفاده شده است. مدل نهایی تحقیق برای کشور دانمارک در نمودار شماره ۱ و نتایج حاصل از سنجش معناداری داده های این مدل در نمودار شماره ۲ ارائه شده است.



نمودار شماره ۱- نتایج تأیید مدل نهایی ارتباط بین متغیرهای تحقیق برای کشور دانمارک

همانطور که نمودار شماره ۱ نشان می دهد، مدل پیشنهادی با داده ها برازش دارد و مناسب می باشد. در این مدل، نتایج نشان داد که ادراک بیماری، سبک زندگی، خودکارآمدی و سرمایه روانشناختی به صورت مستقیم و مثبت بر رفتارهای خودمراقبتی تأثیر دارند. همچنین نقش واسطه ای سرمایه روانشناختی در رابطه خودکارآمدی، سبک زندگی، ادراک بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در جامعه دانمارک مورد تایید قرار گرفت.



نمودار شماره ۲- نتایج تأیید مدل نهایی ارتباط بین متغیرهای تحقیق برای کشور ایران

همان طور که نمودار شماره ۲ نشان می دهد، مدل پیشنهادی با داده ها برازش دارد و مناسب می باشد. در این مدل، نتایج نشان داد که ادراک بیماری، سبک زندگی، خودکارآمدی و سرمایه روانشناختی به صورت مستقیم و مثبت بر رفتارهای خودمراقبتی تأثیر دارند. همچنین نقش واسطه ای سرمایه روانشناختی در رابطه خودکارآمدی، سبک زندگی، ادراک بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در جامعه ایران مورد تایید قرار گرفت.

جدول شماره ۲- شاخص‌های روایی، پایایی مدل‌های ایران و دانمارک

متغیرهای پژوهش	ضریب تعیین	آلفای کرونباخ	ایران	ضریب تعیین	آلفای کرونباخ
ادراک بیماری	۰/۷۴۲	۰/۷۲۸	۰/۷۰۹	۰/۷۷۹	
امیدواری	۰/۷۵۶	۰/۷۴۰	۰/۷۳۴	۰/۷۸۳	
اندازه گیری قند خون	۰/۴۶۱	۰/۷۲۸	۰/۴۶۲	۰/۸۲۳	
تاب آوری	۰/۶۷۱	۰/۷۰۸	۰/۶۲۰	۰/۷۳۴	
تغذیه	۰/۶۷۴	۰/۷۰۴	۰/۵۴۲	۰/۷۲۸	
حمایت فردی	۰/۵۴۱	۰/۷۳۵	۰/۲۵۰	۰/۷۲۰	
خودشکوفایی	۰/۴۳۹	۰/۷۲۰	۰/۱۴۶	۰/۷۴۴	
خودکارآمدی	۰/۶۶۵	۰/۷۱۹	۰/۳۲۸	۰/۷۸۵	
خودکارآمدی در مدیریت دیابت نوع دوم	۰/۷۵۵	۰/۷۲۹	۰/۱۶۸	۰/۷۵۷	
خوش بینی	۰/۴۹۳	۰/۷۰۵	۰/۰۲۵	۰/۷۳۷	
رعایت رژیم غذایی	۰/۶۳۱	۰/۷۴۷	۰/۸۴۱	۰/۷۴۶	
رفتار تغذیه ای	۰/۴۹۵	۰/۷۱۶	۰/۰۵۴	۰/۷۸۳	
رفتار خود مراقبتی	۰/۰۶۰	۰/۷۴۲	۰/۶۷۹	۰/۷۹۱	
رفتار مراقبت از پا	۰/۶۳۶	۰/۷۲۱	۰/۷۵۵	۰/۷۱۱	
سبک زندگی	۰/۷۶۴	۰/۷۳۴	۰/۶۶۰	۰/۷۱۳	
سرمایه روانشناختی	۰/۰۳۳	۰/۷۸۵	۰/۴۷۵	۰/۷۰۹	
فعالیت بدنی	۰/۵۳۴	۰/۷۸۸	۰/۷۰۱	۰/۷۳۹	
فعالیت بدنی	۰/۲۲۵	۰/۷۲۰	۰/۶۲۴	۰/۷۱۶	
مدیریت استرس	۰/۵۷۹	۰/۷۱۳	۰/۷۰۱	۰/۷۶۴	
مسئولیت پذیری	۰/۶۶۱	۰/۷۰۱	۰/۵۹۵	۰/۷۰۷	
مصرف صحیح دارو	۰/۴۴۷	۰/۷۱۱	۰/۵۵۶	۰/۷۱۱	
فعالیت بدنی خودکارآمدی	۰/۶۹۶	۰/۷۲۶	۰/۶۰۵	۰/۷۰۲	
پایش قند خون	۰/۴۸۲	۰/۷۶۲	۰/۴۳۲	۰/۷۰۱	

جدول شماره ۳- رابطه مستقیم بین متغیرهای پژوهش

مسیر	کشور	ضرایب استاندارد	نسبت بحرانی (آماره T)
سبک زندگی --- سرمایه روانشناختی	ایران	۰/۳۱۵	۲/۲۱۹
	دانمارک	۰/۴۰۷	۳/۱۰۷
ادراک بیماری --- سرمایه روانشناختی	ایران	۰/۴۲۴	۴/۳۳۲
	دانمارک	۰/۴۷۸	۵/۰۸۹
خودکارآمدی در مدیریت دیابت --- سرمایه روانشناختی	ایران	۰/۳۶۲	۳/۰۶۶
	دانمارک	۰/۳۳۵	۲/۵۵۹
سبک زندگی --- رفتار خود مراقبتی	ایران	۰/۴۲۳	۴/۳۷۴
	دانمارک	۰/۳۵۵	۳/۱۰۹
ادراک بیماری --- رفتار خود مراقبتی	ایران	۰/۶۴۵	۹/۹۹۲
	دانمارک	۰/۶۲۴	۹/۹۷۴
خودکارآمدی در مدیریت دیابت --- رفتار خود مراقبتی	ایران	۰/۴۷۵	۵/۰۹۱
	دانمارک	۰/۴۶۷	۴/۸۵۹
سرمایه روانشناختی --- رفتار خود مراقبتی	ایران	۰/۵۰۱	۸/۸۷۶
	دانمارک	۰/۵۰۶	۸/۹۰۸

شاخص های روایی و پایایی مدل ها در جدول شماره ۲ نمایش داده شده است. با توجه به مدل های دانمارک و ایران روابط بین متغیرها مطابق جداول ۳ و ۴ بدست آمد. شاخص های برازش حداقل مربعات جزئی برای نمونه دانمارکی ۰/۵۲ و برای نمونه ایرانی، ۰/۵۱ به دست آمد.

با توجه به نتایج به دست آمده در جدول شماره ۳، میزان آماره T به دست آمده برای روابط مطرح شده میان متغیرها بالاتر از ۱/۹۶ و معنادار بود. نقش میانجی سرمایه روانشناختی در میان روابط با استفاده از آزمون سوبل بررسی شد.

جدول شماره ۴- بررسی نقش میانجی سرمایه روانشناختی با استفاده از آزمون سوبل

مسیر	کشور	نسبت بحرانی (آماره T) میان متغیر مستقل و میانجی	نسبت بحرانی (آماره T) میان متغیر وابسته و میانجی	آماره T بدست آمده از آزمون سوبل	P
خودکارآمدی در مدیریت دیابت --- سرمایه روانشناختی	ایران	۳/۰۶۶	۸/۸۷۶	۲/۸۹۸	۰/۰۰۴
سرمایه روانشناختی --- رفتار خودمراقبتی	دانمارک	۲/۵۵۹	۸/۹۰۸	۲/۴۶۰	۰/۰۱۴
سبک زندگی --- سرمایه روانشناختی	ایران	۲/۲۱۹	۸/۸۷۶	۲/۱۵۳	۰/۰۳۱
سرمایه روانشناختی --- رفتار خودمراقبتی	دانمارک	۳/۱۰۷	۸/۹۰۸	۲/۹۳۴	۰/۰۰۳
ادراک بیماری --- سرمایه روانشناختی	ایران	۹/۹۹۲	۸/۸۷۶	۶/۶۸۶	<۰/۰۰۱
سرمایه روانشناختی --- رفتار خودمراقبتی	دانمارک	۹/۹۷۴	۸/۹۰۸	۶/۶۴۴	<۰/۰۰۱

مطالعه نشان داد با افزایش خودکارآمدی با میانگین (انحراف معیار) (۳۵/۳) ۱۵۱/۱، سرمایه روانشناختی با میانگین (انحراف معیار) (۳۱/۱) ۹۱/۵، ادراک بیماری با میانگین (انحراف معیار) (۱۷/۱) ۶۲/۳ و سبک زندگی با میانگین (انحراف معیار) (۲۷/۷) ۱۴۱/۲، رفتارهای خودمراقبتی با میانگین (انحراف معیار) (۲۱/۱) ۶۰/۰ افزایش یافت. سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$). سرمایه روانشناختی در رابطه بین سبک زندگی و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$). سرمایه روانشناختی در رابطه بین ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$).

بحث

مطالعه نشان داد با افزایش خودکارآمدی با میانگین (انحراف معیار) (۳۵/۳) ۱۵۱/۱، سرمایه روانشناختی با میانگین (انحراف معیار) (۳۱/۱) ۹۱/۵، ادراک بیماری با میانگین (انحراف معیار) (۱۷/۱) ۶۲/۳ و سبک زندگی با میانگین (انحراف معیار) (۲۷/۷) ۱۴۱/۲، رفتارهای خودمراقبتی با میانگین (انحراف معیار) (۲۱/۱) ۶۰/۰ افزایش یافت. سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$). سرمایه روانشناختی در رابطه بین سبک زندگی و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$). سرمایه روانشناختی در رابطه بین ادراک بیماری و رفتارهای خودمراقبتی نقش واسطه‌ای دارد ($P < ۰/۰۱$). یافته این مطالعه نشان دهنده نقش میانجی سرمایه روانشناختی در رابطه خودکارآمدی در مدیریت دیابت نوع دو، سبک زندگی و ادراک بیماری با رفتار خودمراقبتی بود.

همچنین بین سبک زندگی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در دو کشور ایران و دانمارک رابطه مثبت و مستقیم معنادار وجود داشت، یعنی با افزایش نمره سبک زندگی ارتقاءدهنده سلامت، رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافت. این یافته همسو با مطالعه حر و همکاران (۱۹) و MacPherson و همکاران (۲۰) بود که نشان داد مداخلات مبتنی بر سبک زندگی می تواند رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران افزایش دهد. در تبیین این یافته می توان گفت که سبک زندگی سالم به عنوان یک مشخصه زندگی متعادل است که به انتخاب های آگاهانه منجر می شود. فردی که سبک زندگی سالم را انتخاب می کند نسبت به حفظ سلامت خود مسئول بوده، استرس خود را مدیریت می کند، از حمایت های بین فردی بهتری استفاده می کند و بر رفتارهای خودمراقبتی تمرکز بیشتری دارد و جهت حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از

بیماری تلاش می کند. این یافته از این نظر با مطالعه معنوی فر و همکاران (۴۰) همخوان است که نشان دادند اصلاح در سبک زندگی می تواند به سلامتی افراد کمک کند.

یافته های این مطالعه همچنین نشان داد بین ادراک بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در دو کشور ایران (۹/۹۹۲) و دانمارک (۹/۹۷۴) رابطه مثبت و مستقیم معنادار وجود داشت، یعنی با افزایش ادراک بیماری در بیماران، رفتارهای خود مراقبتی بهبود یافت. این یافته همسو با مطالعه Nie و همکاران بود که نشان دادند ادراک بیماری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابت ارتباط معنادار دارد (۱۴). درواقع وقتی ادراک افراد از بیماری در سطح بالایی باشد و شناخت درستی از بیماری داشته باشند، این امر می تواند بر عملکرد آنها برای کنترل بیماری تأثیر بگذارد. وقتی درک درستی از بیماری دیابت وجود داشته باشد و بیمار بداند که با چه اصولی می تواند بیماری دیابت خود را کنترل کند، برای سلامت خود احساس مسئولیت بیشتری می کند و بر رفتارهای خودمراقبتی او اثر گذاشته و موجب ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی می گردد. در همین راستا، رجبی و همکاران (۱۳) نیز بیان کرده اند، ادراک منطقی از بیماری که از عوامل روانی اجتماعی تأثیر می پذیرد از یک سو باعث کاهش آشفتگی هیجانی در برخورد با مسائل پیش بینی نشده مرتبط با بیماری شده و از سوی دیگر با تنظیم کردن الگوهای مصرف دارو و ملاقات با پزشک باعث بهبود خودمراقبتی می گردد.

یافته های این مطالعه همچنین نشان داد بین خودکارآمدی در مدیریت دیابت با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در دو کشور ایران و دانمارک رابطه مثبت و مستقیم معنادار وجود داشت، یعنی با افزایش خودکارآمدی، میزان رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافت. این یافته با مطالعه Lee و همکاران (۸)، داوری و همکاران (۹)، و باقرنژاد و همکاران (۱۱) همخوان است مبنی بر اینکه بین خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه وجود دارد. بیماران مبتلا به دیابت با خودکارآمدی بالاتر، موانع کمتری بر سر راه خودمراقبتی احساس کرده و فعالیت های خودمراقبتی بیشتری را مورد توجه قرار می دهند (۱۰). چرا که خودکارآمدی اطمینان خاطری است که شخص درباره انجام فعالیت خاصی احساس می کند. این مفهوم میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت شعاع قرار می دهد. در فرآیند مدیریت و تغییر رفتار، خودکارآمدی بسیار قابل اهمیت است. وقتی فرد به خودکارآمدی خویش در مدیریت دیابت اطمینان داشته باشد، به توانایی خود برای درمان صحیح دیابت و کنترل آن ایمان دارد. بنابراین، رفتارهای خودمراقبتی را نیز تحت شعاع قرار داده و بر روی عملکرد او اثر می گذارد. هرچقدر فرد به خودکارآمدی در مدیریت دیابت در سطح بالاتری قرار بگیرد رفتارهای خودمراقبتی برای بیماری دیابت نیز در سطح بالاتری قرار می گیرد.

یافته های این مطالعه همچنین نشان داد بین سرمایه روانشناختی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در دو کشور ایران و دانمارک رابطه مثبت و مستقیم معنادار وجود داشت، یعنی با افزایش سرمایه روانشناختی میزان رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافت. این یافته همسو با مطالعه داوری و همکاران (۹) است که نشان دادند سرمایه روان شناختی قادر است سطح سلامت روانی و جسمی افراد را پیش بینی کند. پیرامون مؤلفه های سرمایه روان شناختی نیز شواهد، همسویی این یافته را با نتایج مطالعات پیشین نشان می دهد. در مطالعه Park و همکاران (۲۴)، تاب آوری با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت رابطه داشت. حسینی خواه و همکاران (۲۷) نیز در مطالعه خود یکی از راه های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش امید ذکر کرده اند. در تبیین این یافته می توان گفت سرمایه روانشناختی که جنبه مثبت زندگی انسان ها است با مؤلفه هایی مثل امیدواری و خوش بینی کمک می کند تا فرد نسبت به درمان بیماری دیابت نگاه مثبتی داشته باشد. خودکارآمدی فرد را تحت تأثیر قرار داده تا با باور و اطمینان بیشتری به مراقبت از خود بپردازد و فرد را در راستای افزایش و ارتقای دانش و آگاهی ترغیب کند و منجر به مراقبت های بیشتر در کنترل بیماری گردد. همچنین، هرچقدر تاب آوری در بیماران بالاتر باشد انعطاف پذیری و مقاومت فرد افزایش می یابد و موجب عملکرد خودمراقبتی بهتر می گردد.

همچنین نتایج نشان داد سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی، سبک زندگی و ادراک بیماری با خودمراقبتی نقش میانجی دارد. برای تبیین این یافته می توان این طور بیان کرد که سبک زندگی سالم به عنوان یک مشخصه زندگی متعادل

است که به انتخاب های آگاهانه منجر می شود. فردی که سبک زندگی سالم را انتخاب میکند نسبت به حفظ سلامت خود مسئول بوده، استرس خود را مدیریت میکند، از حمایت های بین فردی بهتری استفاده میکند و بر رفتارهای خودمراقبتی تمرکز بیشتری دارد و جهت حفظ و ارتقای سلامت خود و پیشگیری از بیماری تلاش می کند. از طرفی سرمایه روانشناختی جنبه مثبت زندگی انسان ها است و مبتنی بر درک شخصی خود، داشتن هدف برای رسیدن به موفقیت و پایداری در برابر مشکلات است (۲۱). سرمایه روانشناختی دارای بار عاطفی و شناختی مثبت در هر یک از مؤلفه هایش می باشد مثل امیدواری که مقاومت در مسیر اهداف و در صورت لزوم تغییر مسیر رسیدن به هدف برای دستیابی به موفقیت است. وقتی امیدواری به زندگی در فرد بالا باشد درصد سبک زندگی بهتر و با کیفیت تر بر می آید یا تاب آوری که انعطاف پذیری و مقاومت فرد را در زمان مواجهه با سختی ها و مشکلات را نشان می دهد (۲۲)، تاب آوری به عنوان فرآیندی پویا باعث می شود که افراد با مسائل تنش زا در زندگی به طور مناسب روبه رو شوند. تاب آوری بر روی احساسات مثبت، انعطاف پذیری شناختی فرد تأثیر می گذارد. موجب کاهش پریشانی های عاطفی می گردد، از این رو با افزایش سرمایه روانشناختی در بیماران دیابتی، آنها در اصلاح سبک زندگی در شرایط بیماری متعهد می گردند و امیدوارانه به تغییر و اصلاح سبک زندگی بر می آیند که این امر آنها را به سمت خودمراقبتی بیشتر و عملکرد بهداشتی قوی تر سوق می دهد.

همچنین دانش بیماران درباره بیماری و نحوه کنترل آن اهمیت بسزایی دارد و بر کنترل بیماری اثرگذار است. هیچ یک از بیماری ها به اندازه دیابت به مداخله شخصی و سعی و تلاش خود فرد بستگی ندارد (۲۳). زمانی که دانش دیابتی در افراد بالا باشد، تصمیمات درستی درباره استفاده صحیح از خودمراقبتی و عملکردهای بهداشتی گرفته می شود و رفتارهای مراقبت از خود را به طور مناسب انتخاب و اجرا می کنند. سرمایه روانشناختی که جنبه مثبت زندگی انسان ها است با مؤلفه هایی مثل امیدواری و خوش بینی کمک می کند تا فرد نسبت به درمان بیماری دیابت نگاه مثبتی داشته باشد. خودکارآمدی فرد را تحت تأثیر قرار داده تا با باور و اطمینان بیشتری به مراقبت از خود بپردازد و فرد را در راستای افزایش و ارتقای دانش و آگاهی ترغیب کند و منجر به مراقبت های بیشتر در کنترل بیماری گردد. سرمایه روانشناختی بالا موجب می گردد که افراد حتی در شرایط بیماری و تهدیدزا سطح پایین تری از احساسات منفی را تجربه کنند. همچنین بینش و نگرش بیمار نسبت به بیماری خود جزء مهمی از فرآیند درمان است. درک درست از بیماری داشتن، شناخت و آگاهی نسبت به درمان بیماری می تواند بر عملکرد و رفتارهای خود مراقبتی اثر گذار باشد. سرمایه روانشناختی با نقش میانجی که در این رابطه دارد با توجه به مؤلفه های خود که همگی از منابع قابل رشد محسوب می شوند، انرژی روانی مثبتی به بیمار می دهند. با چنین منابعی بیمار می تواند با چالش های بیماری خود روبرو شود بنابراین نگرش بهتری نسبت به بیماری خود پیدا می کند. که در نهایت منجر به رفتار خودمراقبتی بهتر می گردد.

همچنین خودکارآمدی در مدیریت دیابت پایبندی به انجام آزمایش قندخون، تزریق انسولین، رژیم غذایی و ورزش را پیش بینی می نماید و افرادی که خودکارآمدی بیشتری داشته باشند، انگیزه بیشتری برای انجام مستمر رفتار را در مواجهه با موانع پیدا می کنند و عملکرد بهتری در رفتارهای خودمراقبتی دارند. خودکارآمدی یک پیش شرط مهم و مؤثر برای انجام موفقیت آمیز رفتارهای خودمراقبتی در افراد دیابتی محسوب می گردد (۲۵). از طرفی وقتی مؤلفه های سرمایه روانشناختی در فرد بالا باشد مانند امیدواری و خوش بینی، که می تواند امید به بهبودی بیماری را افزایش دهد، خودکارآمدی انگیزه فرد برای مراقبت بیشتر از خود و مقابله با بیماری را افزایش می دهد و دارای تأثیرات مثبت بر رفتارهای بهداشتی، کنترل علائم و پیروی از راهکارهای درمانی دیابت می گردد و موجب بهتر شدن خودکارآمدی در مدیریت دیابت می گردد و بدین شکل بر عملکرد خود مراقبتی بیمار تأثیر می گذارد.

باتوجه به اینکه هر مطالعه با محدودیت هایی همراه است، اشاره به این محدودیت ها در مطالعه حاضر نیز مهم است. با توجه به اهمیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، آموزش رفتارهای خودمراقبتی در مراکز درمانی به منظور ارتقاء سلامت بیماران توصیه می شود. از سویی دیگر به نظر می رسد مداخلات مبتنی بر اصلاح سبک زندگی، آموزش خودکارآمدی در مدیریت دیابت، ادراک نسبت به بیماری و سرمایه های روان شناختی در بیماران مزمن سودمند باشد.

نتیجه گیری

مطالعه نشان داد طراحی مدل ارتقاء رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی بر اساس خودکارآمدی در مدیریت دیابت، سبک زندگی و ادراک بیماری با میانجی‌گری سرمایه روانشناختی از برآزش برخوردار بود. سرمایه روانشناختی در رابطه بین خودکارآمدی، ادراک بیماری، سبک زندگی با رفتار خودمراقبتی نقش واسطه ای داشت، به این صورت که با اثر مستقیم خودکارآمدی بر سرمایه روانشناختی، ادراک بیماری و سبک زندگی، رفتار خودمراقبتی افزایش یافت.

تشکر و قدردانی

در پایان از تمامی شرکت کنندگان که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد. این مقاله بر گرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TON.REC.1399.062 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, Colagiuri S, Guariguata L, Motala AA, Ogurtsova K, Shaw JE. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. Diabetes research and clinical practice. 2019 Nov 1;157:107843.
2. Rahimi Moshkeleh S, Masoudnia E, Nik Seresht V. The Relationship Between Components Of Lifestyle And Incidence Of Type 2 Diabetes Among People Aged 30 To 60 Years In Rasht. Ijdl. 2018; 17(2):87-96.
3. Naghibi S A, Asghari M, Rostami F. Investigation the Effect of Education on Self-Care Promotion in Type 2 Diabetic Patients in Noor Health Centers in 2015. J Health Res Commun. 2015; 1 (2) :22-28.
4. Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie M, Besharat MA, Parvin M, Roohi Gilani K. The association between self-care and control of blood sugar and health-related quality of life in type II diabetes patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2014 Mar 10;15(6):545-51.
5. Cutler RL, Torres-Robles A, Wiecek E, Drake B, Van der Linden N, Benrimoj SI, Garcia-Cardenas V. Pharmacist-led medication non-adherence intervention: reducing the economic burden placed on the Australian health care system. Patient preference and adherence. 2019;13:853.
6. Kleinsinger F. The unmet challenge of medication nonadherence. The Permanente Journal. 2018;22:2-15.
7. Robertson SM, Amspoker AB, Cully JA, Ross EL, Naik AD. Affective symptoms and change in diabetes self-efficacy and glycaemic control. Diabetic Medicine. 2013;30(5):189-96.
8. Lee EH, Lee YW, Moon SH. A structural equation model linking health literacy to self-efficacy, self-care activities, and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes. Asian nursing research. 2016;10(1):82-7.
9. Davari L, Eslami A, Hasanzadeh A. Evaluation of self-care and its relationship with perceived self-efficacy in patients type 2 diabetes in Khorramabad City. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;16(6):402-10.
10. Alidosti M, Tavassoli E. Investigating Health literacy, knowledge and self-efficacy in patients with type 2 diabetes referring to health centers in shahrekord. Journal of Health Literacy. 2019;3(4):36-45.
11. Baghernezhad Hesari BF, Sadeghi R, Momenabadi V. The Knowledge, Self-efficacy, and Self-care Behaviors of Type 2 Diabetic Patients Referred to the Diabetes Clinic of Birjand, Iran. Health and Development Journal. 2019;8(2):187-96.
12. Asnani MR, Barton-Gooden A, Grindley M, Knight-Madden J. Disease knowledge, illness perceptions, and quality of life in adolescents with sickle cell disease: is there a link?. Global pediatric health. 2017;4(3):23-33.
13. Rajabi M, Toozandehjani H, Zendedel A. Investigating the Mediating Role of the Perception of the Disease in Relation to Psychosocial Factors with Self-Care of Type II Diabetes Patients. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2020;12(1):48-56.

14. Nie R, Han Y, Xu J, Huang Q, Mao J. Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*. 2018;39:89-96.
15. Seyed Nour S, Homaei R. Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Therapy on the Self-Care Behaviors, Psychological Wellbeing, and Hope of Patients with Type II Diabetes. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2019;8(1):265-75.
16. American Diabetes Association. 9. Cardiovascular disease and risk management: standards of medical care in diabetes—2018. *Diabetes care*. 2018;41(1):86-104.
17. Babaei-Sis M, Ranjbaran S, Mahmoodi H, Babazadeh T, Moradi F, Mirzaeian K. The effect of educational intervention of life style modification on blood pressure control in patients with hypertension. *J Educ Community Health*. 2016;3(1):12-9.
18. Bruno BA, Choi D, Thorpe KE, Catherine HY. Relationship among diabetes distress, decisional conflict, quality of life, and patient perception of chronic illness care in a cohort of patients with type 2 diabetes and other comorbidities. *Diabetes Care*. 2019;42(7):1170-7.
19. Hor M, Aghaei A, Abedi A, Golparvar M. Effect of combined treatment package (ACT-based healthy lifestyle) with mindfulness-based therapy on self-care and Glycated hemoglobin in patients with diabetes mellitus, Type 2. *Islamic Life Journal*. 2018;2(2):65-70.
20. MacPherson H, Elliot B, Hopton A, Lansdown H, Birch S, Hewitt C. Lifestyle advice and self-care integral to acupuncture treatment for patients with chronic neck pain: secondary analysis of outcomes within a randomized controlled trial. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2017;23(3):180-7.
21. Faraji Khiavi, Farzad, Nastaran Majdinasab, and Mohammadhosein Haghighi Zadeh. The relationship between psychological capital with the perception with Illness Perception in MS Patients. 2016;2(2): 12-20.
22. Hasan M, Guampe FA, Maruf MI. Entrepreneurship learning, positive psychological capital and entrepreneur competence of students: a research study. *Entrepreneurship and Sustainability Issues*. 2019;7(1):425-32.
23. Ghorbani S, Jahanizadeh MR, Mirbod SM, Omidi L. Investigation the relation of psychological and social capitals with social health, with regards to the, mediator variable of social support. *Quarterly Social Psychology Research*. 2020;10(38):83-100.
24. Park Y, Jang EH, Kim JO. Association of resilience and depression with self-care competence in adult patients with diabetes mellitus. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2018;30(5):555-64.
25. Catlett C. From article to action: Building hope, efficacy, resilience, and optimism. *Young exceptional children*. 2017;20(4):191-3.
26. Wienand I, Rakic M, Shaw D, Elger B. The beneficence of hope: findings from a qualitative study with gout and diabetes patients. *Journal of bioethical inquiry*. 2018;15(2):211-8.
27. Hosseinihah M, Ebrahimi A. Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;12(2):217-25.
28. Karimi S, Delavar A, Khaemi F, Dortaj F. The Effect of Hope Therapy on Self-Care in Patients with Type II Diabetes. *Community Health Journal*. 2019;13(2):33-44.
29. Ansari RM, Harris MF, Hosseinzadeh H, Zwar N. Psychometric Evaluation and Validation of an Urdu Version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure (U-SDSCA). *American Journal of Medical Quality*. 2021;36(2):131-2.
30. Güzel A, Turan S, Üner S. Turkish validity and reliability of Multidimensional Health Locus of Control Scale Form A. *International journal of nursing practice*. 2020;26(5):12-23.
31. Rahimian, Boogar I., Tehrani M. Mohajeri, M. Besharat, and S. Talepasand. "Psychological, social and structural determinants of diabetes self-management. 2012;2(1): 467-478.
32. Kuan G, Kueh YC, Abdullah N, Tai EL. Psychometric properties of the health-promoting lifestyle profile II: cross-cultural validation of the Malay language version. *BMC public health*. 2019;19(1):751-62.
33. Mohammadi Zeidi I, Pakpour Hajiagha A, Mohammadi Zeidi B. Reliability and Validity of Persian Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2012;21(1):102-113.
34. Basu S, Poole J. The brief illness perception questionnaire. *Occupational Medicine*. 2016;66(5):419-20.
35. Lima BB, Hammadah M, Pearce BD, Shah A, Moazzami K, Kim JH, Sullivan S, Levantsevych O, Lewis TT, Weng L, Elon L. Association of Posttraumatic Stress Disorder With Mental Stress-Induced Myocardial Ischemia in Adults After Myocardial Infarction. *JAMA network open*. 2020;3(4):20-27.

36. Dianatnasab, M., H. Javidi, and H. Bagholi. "The meditation role of job stress in the relationship between psychological capital and personnels performance of Gachsaran oil and Gas Company operating in dashtgaz. 2014;2(1):75-89.
37. Messina R, Rucci P, Sturt J, Mancini T, Fantini MP. Assessing self-efficacy in type 2 diabetes management: validation of the Italian version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale (IT-DMSES). Health and quality of life outcomes. 2018;16(1):1-9.
38. Azami G, Lam SK, Shariff-Ghazali S, Said SM, Aazami S, Mozafari M, Taghinejad H. Validation of the Iranian/Persian version of the perceived therapeutic efficacy scale for type 2 diabetes. Archives of Iranian medicine. 2018;21(8):356-61.
39. Rashidi K, Safavi M, Yahyavi S H, Farahani H. The effect of the peers' support on self efficacy level type II diabetic patients. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2015;23(3):15-26.
40. Manavifar M, Asaei E. Evaluation the lifestyle of patients with hypertension who reffered to heart clinics dependent on Islamic Azad university of Mashhad. Razi Journal of Medical Sciences. 2019;26(3):51-8.