

## طراحی مدل ارتقاء سرمایه روانشناختی در بیماران دیابتی: تبیین نقش کیفیت زندگی

خدیدجه اعراب شبیانی\*، نیلا اخوندی\*\*، مژگان جاودانی مسرور\*\*\*، مرضیه ریاحی مدوار\*\*\*\*

\* استادیار روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

\*\* استادیار روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

\*\*\* متخصص زنان. فلوشیپ نازایی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

\*\*\*\* کارشناس ارشد روان شناسی.

### چکیده

#### تاریخچه:

دریافت: ۹۴/۱۰/۰۲

تجدیدنظر: ۹۵/۰۲/۱۵

پذیرش: ۹۵/۰۴/۱۷

#### کلیدواژه‌ها:

دیابت، سرمایه روان شناختی، کیفیت زندگی، ادراک بیماری.

**هدف:** سرمایه روان شناختی از مفاهیم نوینی است که از هزاره سوم شده است. از این رو هدف پژوهش حاضر، طراحی مدلی برای ارتقای سرمایه روان شناختی با محوریت ادراک بیماری بوده است.

**روش:** این پژوهش کمی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش عبارت است از کلیه بیماران شاغل، مبتلا به دیابت نوع دو و عضو مرکز تحقیقات دیابت مشهد که از این تعداد ۸۰ نفر به روش نمونه‌های در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌های ادراک بیماری (IPQ)، سرمایه روان شناختی لوتانر و پرسشنامه کیفیت زندگی ویژه افراد دیابتی گردآوری و با استفاده از روش معادلات ساختاری و تحلیل رگرسیون با استفاده از نرم افزار *Amos* مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که ادراک بیماری با سرمایه روان شناختی رابطه مثبت اما غیر معنادار دارد، اما وقتی کیفیت زندگی در رابطه بین آنها مداخله می‌کند، ضریب و شدت همبستگی آنها افزایش پیدا می‌کند.

**نتیجه‌گیری:** آزمون برازندگی مدل بیانگر مناسب بودن آن برای بیماران دیابتی است.

## Promotion of Psychological Capital Model in Diabetic Patients: An Explanation of the Role of Quality of life.

\* Khadije Aerab sheibani, \*\*Nila Akhondi, \*\*\*Mojgan Javedani Masru, \*\*\*\*Marziye Riahi Madvar.

\* Associate of Professor in psychology, payame noor university, Tehran,Iran.

\*\* Associate of Professor in psychology, payame noor university, Tehran, Iran.

\*\*\* Infertility Specialist.Prof of Assistant.Iran University of Medical Sciences(IUMS),Tehran,Iran.

\*\*\*\* .M.A in psychology.

### Abstract

**Objective:** Psychological capital is a new concept which has been raised since the third millennium and entered in organizational field since 2006. Given the unique role of this concept in the production of corporate wealth it has been changed into a research basis for researchers and scholars. Therefore, the present study aims to design a model for promotion of psychological capital with an emphasis on illness perception.

**Method:** Statistical population includes all employed patients who suffer diabetes type2 and who are members of Mashhad Diabetes Research Centre. Of this group 80 participants were selected according to available sample method. Data was collected by questionnaires of Illness Perception(IPQ), luthans capital of psychology and Quality Of Life Questionnair for Diabetes and was analyzed using structural equations and regression model with the help of Amos software.

**Results:** The results showed that there is a positive relationship between illness perception and psychological capital, but this relation is not significant. However, when quality of life intervenes in this relationship, the coefficient and severity of correlation increases.

**Conclusion:** Eventually, fitness test of the model confirms its appropriateness for diabetes patients.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2015/12/23

Revise: 2016/05/04

Acceptance: 2016/07/07

#### Keywords:

Diabetes, psychological capital, quality of life, illness perception.

## مقدمه

دیابت بیماری مزمن شایعی است که باعث به خطر افتادن سلامت روانی افراد می شود (بیات اصغری و همکاران، ۱۳۹۴). شیوع و بروز دیابت در تمام جمعیت ها در حال افزایش است. میزان شیوع دیابت در حال حاضر در ایران یک و نیم میلیون نفر است که تخمین زده می شود در سال ۲۰۲۵ به پنج و یک دهم میلیون نفر برسد. با توجه به شیوع بالا و در حال پیشرفت بیماری و عوارض ناتوان کننده آن و تاثیری که بیماری در کیفیت زندگی افراد می گذارد، بررسی عوامل مرتبط با کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ضروری می باشد.

علاوه بر مکانیسم های بیولوژیکی درگیر، عاملی که می تواند در این بیماری اثر گذار باشد عوامل روان شناختی است (هریس و همکاران، ۲۰۱۱). این بیماری می تواند با کاهش عملکرد فردی، اجتماعی و مشکلات عاطفی و روانی همراه باشد و سیر بیماری و عدم کنترل مناسب آن نگرانی، اضطراب و افسردگی را دو چندان کند. آنچه در برخورد با چنین بیماری ضروری به نظر می رسد پرداختن به مسائل روان شناختی بیماران مبتلا به دیابت و مشکلات عاطفی است که این بیماران با آن روبرو هستند (فولی و همکاران، ۲۰۱۰).

سرمایه روان شناختی<sup>۱</sup> مجموعه ای از صفات و توانمندی های مثبت است که می تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقاء فرد نقش داشته باشد و شامل این مولفه ها است؛ الف) باور فرد به تواناییهایش برای دستیابی به موفقیت در انجام

وظایف معین (خودکارآمدی)؛ ب) ایجاد اسنادهای مثبت در مورد موفقیت های اکنون و آینده (خوشبینی)؛ ج) داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف و پیگیری راهکارهای لازم برای رسیدن به موفقیت (امیدواری)؛ و د) تحمل کردن مشکلات و بازگشت به سطح معمولی عملکرد و حتی ارتقای از آن تا دستیابی به موفقیت ها (تاب آوری) (آوی، ریچارد، لوتانز و مترو، ۲۰۱۱). سرمایه روانشناختی یکی از شاخص های روانشناسی مثبت گرایی می باشد که با ویژگی هایی از قبیل باور فرد به توانایی هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می شود (۲۰۱۱؛ اونیل، لی بلان و اسکافیلی، ۳، ۲۰۱۳؛ الارکان، بورینگ و خزان، ۴، ۲۰۱۳). به عنوان مثال فرد خوش بین از سلامت جسمی، دستگاه ایمنی بهتر و نیرومندتری برخوردار است کمتر به بیماریهای عفونی مبتلا شده و کمتر دچار عارضه های قلبی می شود و در مجموع عمر درازتری خواهد داشت (ولیدی پاک، خالدی و معینی منش، ۱۳۹۴). همچنین برخوردار بودن از سرمایه روانشناختی افراد را قادر می سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شده، در برابر مشکلات از توان بالایی برخوردار باشند، به دیدگاه روشنی در مورد خود برسند و کمتر تحت تاثیر وقایع روزانه قرار بگیرند، لذا

2. Avey, Reichard, Luthans, Mhatre
3. Ouweeneel, Le Blanc & Schaufeli
4. Alarcon, Bowling & Khazon

## 1. Psychological Capital

اینگونه افراد دارای سلامت روان شناختی بالاتری نیز هستند (گرگتی، وود و هایلند<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). یک رویکرد روان شناختی که بطور گسترده در بیماری دیابت مورد استفاده قرار می گیرد رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است. این رویکرد بیان می کند افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدید کننده حیات یک تصور کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می کنند که به آن ادراک بیماری گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه‌ی بیماری تاثیر گذار است. تحقیقات در زمینه ادراک بیماری نشان می دهد، ادراک بیماری شامل ۵ بعد مختلف است که عبارتند از: شناخت علائم، طول مدت بیماری، علت بیماری، فرجام بیماری و قابل درمان بودن آن (گافولز و واندل، ۲۰۰۶). بررسی ها نشان می دهد ادراک بیماری در بیماران دیابتی در رفتار مدیریتی بیماران نسبت به بیماری و در نتیجه در کنترل قند خون موثر است (گافولز و واندل، ۲۰۰۶). بنابراین با تعیین میزان کیفیت زندگی در بیماران دیابتی و بررسی ارتباط آن با میزان کنترل قند خون می توان برنامه ریزی در جهت ارتقای ادراک و بهبود سرمایه روان شناختی بیماران دیابتی انجام داد.

نتایج برخی مطالعات نشان می دهند فردی که ادراک مثبت از بیماری خویش داشته باشد، قادر است به طور واقع بینانه و صحیح علائم و ابعاد مختلف بیماری را درک و تحلیل نماید و این

1. Geraghty, Wood & Hyland

ادراک می تواند بر رفتارهای مرتبط با سلامتی وی تاثیر گذار باشد (استافرد، برک و جکسون، ۲۰۰۹). یکی از الگوهای نظری که نشان می دهد چگونه ادراک بیماری می تواند بر کیفیت زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامتی تاثیر گذار باشد، الگوی خودتنظیمی است که توسط لونتال و همکارانش (۱۹۹۷) ارائه شده است. بر اساس این الگو فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری خود ایفا می کند که هنگام مواجهه با تهدید بیماری (تشخیص یا علایم) از طریق برطرف کردن تهدید بدنبال بازگشت به توازن است. نتایج مطالعه لونتال و همکارانش نشان می دهد که کیفیت زندگی با ادراک شناختی نسبت به بیماری و درمان مرتبط است (لونتال، بنیامین و پرونلس، ۱۹۹۷). در مطالعات بسیاری بر اهمیت ادراک بیماران بویژه مبتلایان به بیماری های مزمن تاکید شده است (پترسن، تاکیا و فیلی، ۲۰۰۳).

تحقیقات حاکی از آن است که در مبتلایان به دیابت، مشکلات روان شناختی منبع اصلی ناتوانی ها، آسیب های اجتماعی و پایین آمدن کیفیت زندگی این افراد است (لونتال، بنیامین و پرونلس، ۱۹۹۷). کیفیت زندگی مربوط به سلامت جنبه هایی از زندگی را مد نظر قرار می دهد که بیشتر تحت تاثیر بیماری یا سلامت می باشند. در یک تعریف کلی می توان گفت که کیفیت زندگی مربوط به سلامت بستگی به میزان تاثیر پذیری سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی فرد از یک بیماری یا درمان آن دارد (سلا، ۱۹۹۵). در این تعریف بر ذهنیت فرد و چند بعدی بودن کیفیت زندگی تاکید می شود. کیفیت زندگی مربوط به سلامت معرف نوعی برداشت ذهنی از

بیماری یا درمان آن است. به همین دلیل بیماران با وضعیت سلامت مشابه، به علت تفاوت های فردی مربوط به توقعات و راهبردهای مقابله ای، ممکن است کیفیت زندگی همسان نداشته باشند. حیطه جسمانی به درک بیمار از توانایی انجام فعالیت های روزانه و انرژی او بستگی دارد. حیطه اجتماعی به انزوا، وابستگی، سطح روابط با خانواده و بستگان و شرایط دیگر محیط های اجتماعی وابسته است و بالاخره حیطه روانی آن در اشتراک با مفاهیم روانی و هیجان است و مسائلی چون ترس، خشم، سعادت، خوشی و اضطراب مطرح می شود (جرگه، ۱۳۸۸). ذکر این نکته لازم است که در بررسی کیفیت زندگی، ارزیابی نگرش فرد درباره عملکردش در چندین بعد از زندگی (نوربرگ و همکاران، ۲۰۰۹) و ارزیابی اینکه به اعتقاد شخص کدام عوامل نقش بیشتری در کیفیت زندگی وی دارند، از اهمیت اساسی برخوردار است. در اغلب مطالعات این ابعاد شامل سلامت جسمانی، روانی، هیجانی، اجتماعی، احساس ذهنی سلامتی و توانایی کارکردن است (کلارک و گوسن، ۲۰۰۹).

مطالعات نشان داده اند که ادراک بیماری بویژه ابعاد پیامدها و پاسخ عاطفی به طور مثبتی با کیفیت زندگی مرتبط است. نتایج مطالعه نشان می دهد که ادراک مثبت بیماری بر کیفیت زندگی بیماران موثر است؛ به نحوی که مداخلات ارتقاء دهنده ادراک بیماری از طریق ایجاد مهارت های سازگاری با بیماری و پیامدهای آن می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مزمن موثر باشد (کلارک و گوسن، ۲۰۰۹).

اشتغال یکی از اساسی ترین فعالیت های انسان است که امروزه اهمیت و نقش سرنوشت ساز آن بر ابعاد گوناگون زندگی انسان آشکار شده است. زیرا شغل علاوه بر تامین هزینه های زندگی، ارتباط مستقیمی با سلامت جسمی و روانی فرد دارد و زمینه ساز ارضای بسیاری از نیازها است و همچنین کار صرفاً یک روش آبرومند برای پاسخگویی به نیازهای مالی نیست بلکه یک عنصر مهم پایگاه اجتماعی و سرچشمه معنا در زندگی افراد است (حیدری، آهنپیان و مهدی زاده، ۱۳۹۲). اما گوتزمن، بندا برگ و بندن (۲۰۱۰)، نقل از خانی، صمصام شریعت، مهداد، تکی، کوررنگ بهشتی و حکمت روان، (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند این بیماران دارای مشکلات روان تنی هستند و احساس درماندگی در آنان بالا است. علاوه بر این دیابت یک منبع تنش برای افراد مبتلا است که علاوه بر اثرات سوء جسمی با اثر منفی روانی همراه است (سارانی، ابراهیمی، اربابی و مهدی پور، ۲۰۱۱). بنابراین مبتلایان به دیابت نسبت به افراد سالم بیشتر در معرض ابتلا به افسردگی (آزبورن، تروت، بوچاسکی، پتل، کربای، هارگرواس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰ و موزاکو، کولال، موم و لکم<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸) قرار دارند. این وضعیت ممکن است بر فعالیت های شغلی آنان تاثیر نامطلوبی داشته و سطح عملکرد بهینه آنان را کاهش دهد. نظر به اهمیت وجود عوامل ادراک بیماری و کیفیت زندگی که بر سرمایه روان شناختی فرد تاثیر می گذارد، و با

1. Osborn, Trott, Buchowski, Patel, Kirby, Hargreaves  
2. Mosaku, Kolawole, Mume, & Ikem

توجه به اهمیت شغل در زندگی نویسندگان مقاله را به سمت این موضوع سوق داد که در این تحقیق علاوه بر دو متغیر اصلی ادراک بیماری و سرمایه روان شناختی، متغیر کیفیت زندگی نیز در رابطه بین این دو متغیر در افراد شاغل مورد مطالعه قرار گیرد. به این ترتیب شکل مدل مفهومی تحقیق را نشان می دهد.

با توجه به مدل مفهومی پژوهش می توان فرضیه اصلی زیر را مطرح کرد:

ادراک بیماری با سرمایه روان شناختی در بیماران دیابتی رابطه معنادار دارد.

از طرف دیگر مرور مبانی پژوهش نشان می دهد که کیفیت زندگی از جمله متغیرهایی است که به شدت تحت تاثیر ادراک بیماری است (علیپور و همکاران، ۲۰۱۲). بنابراین می توان فرضیه های زیر را مورد توجه قرار داد:

کیفیت زندگی با سرمایه روان شناختی در بیماران دیابتی رابطه معنادار دارد.

ادراک بیماری از راه کیفیت زندگی موجب ارتقای سرمایه روان شناختی در بیماران دیابتی می شود.

در نهایت با توجه به ترکیب و رابطه بین متغیرهای اصلی پژوهش، سابقه ابتلا به این بیماری و نیز نوع درمانی که بیمار استفاده می کند به عنوان متغیرهای تعدیلگر تحقیق مطرح شده اند. از این رو فرضیه های زیر مورد بررسی قرار می گیرد:

سابقه ابتلا به بیماری رابطه میان ادراک بیماری و کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی تعدیل می کند. نوع درمان رابطه میان ادراک بیماری و کیفیت زندگی را در بیماران دیابتی تعدیل می کند.

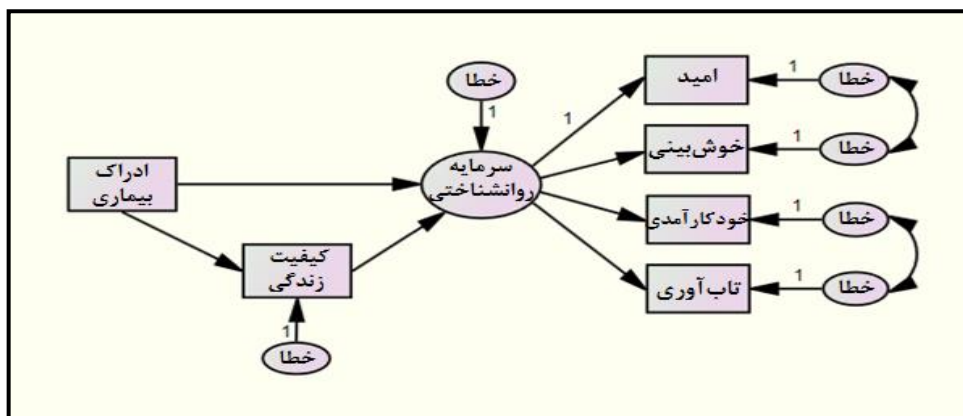
نتایج پژوهش ها نشان داده است که عوامل فردی، جمعیت شناختی و اجتماعی ادراک بیماری را تحت تاثیر قرار می دهد (شارپ و کوران، ۲۰۰۶) و سرمایه روان شناختی را یکی از ویژگی های فردی قابل تغییر افراد می دانند (یوسف مورگان و لوتانز، ۲۰۱۵). همچنین ارتباط روشنی بین کیفیت زندگی و بیماری های مزمن مانند دیابت گزارش شده است (سیکو، فوجیکو، ایکب، موریواکی، تسوباکیمتو، و یونیماسو، ۲۰۰۶) و بعضی پژوهش ها سطح پایینی از کیفیت زندگی را در مبتلایان به دیابت گزارش کرده اند (موزاکو و همکاران، ۲۰۰۸). کیفیت پایین زندگی هم منجر به کم کردن مراقبت از خود کنترل نکردن قند و افزایش خطر عوارض بیماری است. ادامه این وضعیت خودپنداره مبتلایان به دیابت را کاهش داده و به میزان بیشتری سطح کیفیت زندگی کاهش می یابد (صفوی، صمدی و محمودی، ۱۳۹۲). با توجه به نتایج مطالعات فوق به نظر می رسد در صورت شناخت روابط دقیق بین کیفیت زندگی، ادراک بیماری و نقش ویژگی های شخصیتی مانند سرمایه روان شناختی در افراد دیابتی می توان بر ادامه این روند تاثیر مثبت گذاشت. به ویژه که لزوماً نباید بیماران مبتلا به بیماری های سخت و مزمن، کیفیت زندگی پایینی داشته باشند. متخصصان، کارکنان بهداشتی و اطرافیان می توانند از طریق بررسی وضعیت سلامت افراد و تأمین آن، بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر بگذارند؛ به طوری که با بهبود وضعیت سلامت، کیفیت زندگی آن ها را نیز

1. Saito, Fujiko, Ikebe, Moriwaki, Tsubakimoto & Yonemasu

در مرور وسیع متون، پژوهشگر به مطالعه ای که با رویکرد تجربی به بررسی تاثیر مداخله ادراک بیماری بر سرمایه روان شناختی پرداخته باشد دست نیافت، در اغلب مطالعات تاثیر مداخله ادراک بیماری بر پیامدهای دیگر بیماری از جمله تبعیت از درمان مورد بررسی قرار گرفته است. لذا این مطالعه با هدف تعیین تاثیر ادراک بیماری بر سرمایه روان شناختی انجام گرفت.

بهبود ببخشند. همچنین با سنجش کیفیت زندگی افراد، می توانند تأثیر منفی بیماری یا اثرات درمان بر کیفیت زندگی بیمار را تعیین کرده و از طریق این رابطه زمینه سرعت بخشیدن به بهبودی یا سازگاری با بیماری و ایجاد آرامش بهره ببرند(شریفی راد، کامران، انتظاری و آزادبخت، ۱۳۸۷).

شکل ۱. مدل معادله ساختاری برای تبیین نقش ادراک بیماری در ارتقاء سرمایه روانشناختی بیماران



## روش

برآورد شد و به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و برای رعایت اصول اخلاقی، در مراحل اجرای پژوهش و جمع آوری داده‌ها، سعی شد تمامی اطلاعات افراد مورد بررسی محرمانه بماند. در زمان ارائه پرسشنامه‌ها افراد مورد بررسی رضایت نامه‌ای را برای استفاده از اطلاعات آنها به صورت گروهی تکمیل کردند و این اطمینان به افراد داده شد که اطلاعات آنها محرمانه می‌باشد.

روش تحقیق در پژوهش حاضر با توجه به اهداف و فرضیات پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و مدل سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، شاغل و عضو مرکز تحقیقات دیابت شهر مشهد می‌باشند. این تعداد ۲۰۰ نفر بود که طبق جدول مورگان نمونه مورد نظر از این جامعه آماری تعداد ۸۰ نفر

ابزار

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (IPQ): یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی تجسم عاطفی و شناختی بیماری طراحی شده است. دامنه‌ی نمره‌های ۸ سوال اول از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز دارد و سه علت عمده ابتلا به دیابت را به ترتیب مورد سوال قرار می‌دهد. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه، ۰/۸۰ و ضریب همبستگی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای زیر مقیاس‌های مختلف، ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از مبتلایان به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همبستگی چین، در تحقیق پرودبنت (۲۰۰۶) همبستگی نمره‌های زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. اعتبار تشخیصی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری نیز از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه و تایید شد (پرودبنت و همکاران، ۲۰۰۶). در این مطالعه ابتدا پرسشنامه مذکور ترجمه شد و زیر نظر یکی از اساتید رشته زبان انگلیسی دوباره به انگلیسی ترجمه شد. بعد از تایید ترجمه انگلیسی توسط یکی از اساتید رشته زبان شناسی، نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است با توجه به اینکه بررسی علت ابتلا هدف مطالعه حاضر نبود، سوال ۹ از پرسشنامه حذف شد. بنابراین پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری با ۸ زیر مقیاس مورد استفاده

قرار گرفت. برای بررسی روایی سازه مقیاس، ت تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. یافته‌ها نشان دهنده نشانگر برازش مناسب مدل با داده‌ها و حاکی از آن بود که مقیاس می‌تواند متغیر مورد نظر را در نمونه بیماران مبتلا به دیابت اندازه‌گیری کند. آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی ما ۰/۶۷ بود که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس در نمونه مورد بررسی است.

پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز: این مقیاس در سال ۲۰۰۷ توسط لوتانز به منظور اندازه‌گیری سرمایه روانشناختی افراد ابداع و در بین دانشجویان و کارکنان ادارات هنجاریابی شده است (لوتانز و همکاران، ۲۰۰۷). پرسشنامه سرمایه روانی دارای ۲۴ گویه با ۶ گزینه کاملاً مخالفم، مخالفم، تا حدودی مخالفم، تا حدودی موافقم، موافقم و کاملاً موافقم در مقیاس لیکرت است که به ترتیب از ۱ تا ۶ نمره گذاری می‌شود. این آزمون خرده مقیاس‌های امید، خوش بینی، خودکارآمدی و تاب‌آوری را می‌سنجد. برای بدست آوردن نمره سرمایه روانی ابتدا نمره هر خرده مقیاس جداگانه محاسبه شده و سپس مجموع آن‌ها نمره کل سرمایه روانشناختی را مشخص می‌کند. لوتانز و همکاران (۲۰۰۷b) در پژوهش خود بر روی نمونه‌هایی از دانشجویان رشته مدیریت، مدیران و تکنسین‌ها کمترین آلفای کرونباخ را ۰/۸۸ و در پژوهشی دیگر (لوتانز و همکاران، ۲۰۱۰) در پژوهش فروهر و همکاران (۱۳۹۰) آلفای کرونباخ پرسشنامه سرمایه روانشناختی ۰/۸۷ برآورد شد و در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹۸ بود.



دارای سابقه کار بیش از ۱۵ سال بوده اند. در ادامه و جهت بررسی فرضیه های پژوهش و بررسی مدل تحقیق از نرم افزار Amos استفاده شد. مدل معادله ساختاری

#### متغیرها و پارامترهای مدل تدوین شده

در مقاله حاضر، مدل نظری تحقیق در قالب مدل معادله ساختاری برای تبیین نقش ادراک بیماری در ارتقاء سرمایه روانشناختی در بیماران دیابتی ارائه شد. این مدل شامل یک متغیر مشاهده شده بیرونی، پنج متغیر مشاهده شده درونی، یک متغیر پنهان درونی، چهار خطای اندازه گیری متغیر مشاهده شده درونی و دو متغیر خطای تبیین می-باشد.

برآورد و آزمون مدل

پس از آزمون مدل، نتایج برآوردهای استاندارد برای کوواریانس، وزن های رگرسیونی شامل بارهای عاملی و ضرایب تأثیر و ضرایب همبستگی چندگانه نشان داد که متغیر کیفیت زندگی ( $\eta_1$ ) با ضریب تأثیر  $0/65$  بیشترین تأثیر را بر سرمایه روانشناختی ( $\eta_2$ ) داشته است. بنابراین سرمایه روانشناختی بیش از سایر متغیرهای تأثیرگذار در مدل، تابع کیفیت زندگی بیماران است و کیفیت زندگی نیز با ضریب  $0/37$  تحت تأثیر ادراک بیماری ( $\xi$ ) می باشد. با توجه به سه ضریب تأثیر در مدل حاضر می توان گفت، به ازای یک واحد تغییر در ادراک بیماری و کیفیت زندگی به ترتیب به میزان  $34$  و  $65$  درصد تغییر در سرمایه روانشناختی ایجاد می شود و همچنین به ازای یک واحد تغییر در ادراک بیماری

پرسشنامه ی کیفیت زندگی ویژه ی افراد دیابتی: این پرسشنامه شامل ۱۷ سوال است که کیفیت زندگی فرد دیابتی را می سنجد و در عین حال طوری طراحی شده که حیطه های کیفیت زندگی را نیز به طور مجزا با آن می توان سنجید. هر گویه در یک مقیاس هفت درجه ای نمره- گذاری می شود. آنچنان که آلفای کرونباخ ( $0/85$ ) نشان می دهد، پایایی درونی خوبی وجود دارد. تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ، از ادغام گویه ها در یک مقیاس حمایت می کند (برادلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹). در تحقیق رخشنده رو، حیدرنیا و رجب (۱۳۸۵) پس از تهیه این پرسشنامه، این ابزار به ۱۰ نفر از صاحب نظران و متخصصان ارائه شد و نظر اصلاحی پیشنهادی آنها جمع آوری و اعتبار پرسشنامه تایید گردید. همچنین نتیجه بازآزمایی این پرسشنامه روی بیماران دیابتی گروه نمونه در تحقیق مذکور، نتیجه تجزیه و تحلیل داده ها، با ۹۵ درصد اعتبار علمی پرسشنامه تایید شد. در تحقیق حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس  $0/65$  بدست آمد.

#### نتایج

یافته های پژوهش نشان می دهد که ۷۵ درصد از پاسخ گویان را مردان و ۲۵ درصد را زنان تشکیل می دهند. از نظر سنی بیش از ۸۵ درصد از پاسخ گویان دارای سن بیش از ۳۵ سال بوده اند. از نظر مدرک تحصیلی بیش از ۹۰ درصد از پاسخ گویان دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بوده اند. هم چنین بیش از ۹۰ درصد پاسخ دهندگان

به میزان 37 درصد تغییر در کیفیت زندگی ایجاد می‌شود.

ضریب همبستگی چندگانه متغیر سرمایه روانشناختی (0/84) نشان می‌دهد که از روی متغیرهای ادراک بیماری و کیفیت زندگی مؤثر بر آن، به میزان 84 درصد می‌توان متغیر سرمایه روانشناختی را پیش‌بینی کرد. ضریب تعیین (100\* 0/84) بیانگر این مطلب است که 70 درصد واریانس سرمایه روانشناختی توسط متغیرهای مؤثر بر آن تبیین می‌شود. همچنین با توجه به اینکه متغیر کیفیت زندگی در مدل تنها تحت تأثیر متغیر ادراک بیماری است، ضریب تعیین متغیر کیفیت زندگی (0/14) نشان می‌دهد که 14 درصد واریانس کیفیت زندگی توسط متغیر ادراک بیماری تبیین می‌شود.

همبستگی بیشتری با نمرات سرمایه روانشناختی است و لذا وزن بیشتری نیز در محاسبات این متغیر پنهان داراست. همچنین مقیاس‌های امید (Y1)، خوش بینی (Y2) و تاب‌آوری (Y4) به ترتیب با ضرایب 0/90، 0/88 و 0/84 دارای همبستگی بالایی با نمرات سرمایه روانشناختی هستند.

تحلیل کلیت مدل (شاخص‌های برازش کلی) سه گروه کلی از شاخص‌های برازش مدل عبارتند از شاخص‌های برازش مطلق، تطبیقی و مقتصد. در این قسمت به بررسی مهمترین شاخص‌های کلی برازش می‌پردازیم. نتایج شاخص‌های کلی برازش مدل تدوین شده مقاله در جدول 1 ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، کلیه شاخص‌های برازش کلی، مدل را تأیید می‌کنند.

جدول 1. نتایج شاخص‌های کلی برازش مدل تدوین شده

شاخص	مقدار	دامنه مورد قبول	نتیجه برازش شاخص
کای اسکور نسبی (CMIN/DF)	1/930	1 تا 5	تأیید مدل
معناداری (P)	0/072	بزرگ‌تر از 0/05	تأیید مدل
شاخص برازش هنجار شده بنتلر - بونت (NFI)	0/986	بزرگ‌تر از 0/90	تأیید مدل
شاخص برازش نسبی (RFI)	0/973	بزرگ‌تر از 0/90	تأیید مدل
شاخص برازش افزایشی (IFI)	0/987	بزرگ‌تر از 0/90	تأیید مدل
شاخص توکر - لوپس (TLI)	0/967	بزرگ‌تر از 0/95	تأیید مدل
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	0/987	بزرگ‌تر از 0/90	تأیید مدل
شاخص برازش تطبیقی مقتصد (PCFI)	0/395	نزدیک به 0/5	تأیید مدل با اغماض
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	0/090	کوچک‌تر از 0/09	تأیید مدل
هلتر (HOELTER)	173	بزرگ‌تر از 200	تأیید مدل با اغماض

مقیاس خودکارآمدی (Y3) با ضریب 0/92 دارای

جدول ۲. وزن‌های رگرسیونی مدل تدوین شده شامل ضرایب ساختاری و بارهای عاملی

مسیر	برآورد	خطای معیار (S.E.)	نسبت بحرانی (C.R.)	معناداری (P)
Xi→Eta2	۰/415	۰/095	۰/382	۰/۴۳۳
Eta1 →Eta2	۰/419	۰/052	8/047	***
Eta2 → Y1	۱			
Eta2 → Y2	۱/024	۰/061	16/660	***
Eta2 → Y3	۰/919	۰/076	12/098	***
Eta2→Y4	117	11	9/917	***

تحلیل

جزئیات مدل (مقادیر پارامترها و معناداری تفاوت با صفر) نتیجه شاخص‌های جزئی برازش مدل تدوین شده به شرح جدول ۲ می‌باشد. با توجه به خروجی داده‌ها، کلیه ضرایب تأثیر مثبت هستند و این نتیجه‌ای منطقی و قابل قبول است. بیشترین مقدار ضریب تأثیر (۰/654) متعلق به اثر کیفیت زندگی بر سرمایه روانشناختی و کمترین مقدار ضریب تأثیر (۰/335) مربوط به اثر ادراک بیماری بر سرمایه روانشناختی است. با توجه به خروجی بالا، کلیه واریانس‌های مدل تدوین شده دارای تفاوت معنادار با صفر هستند.

جدول ۳. واریانس‌های مدل تدوین شده (Variances)

برآورد	خطای معیار (S.E.)	نسبت بحرانی (C.R.)	معناداری (P)
<b>Xi</b>	3/637	۶/۲۸۵	***
<b>Zeta1</b>	11/741	۶/۲۸۵	***
<b>Zeta2</b>	2/374	4/414	۰/۱۲۱
<b>E1</b>	2/098	3/701	***
<b>E2</b>	2/632	4/244	***
<b>E3</b>	1/635	3/058	0/002
<b>E4</b>	۳/908	4/499	***

با توجه به خروجی جدول ۳، کلیه واریانس‌های مدل تدوین شده دارای تفاوت معنادار با صفر هستند

همچنین تنها 11/22 درصد از پراکندگی مشاهده شده در متغیر سرمایه روانشناختی توسط متغیر ادراک بیماری تبیین و توجیه می‌شود. در فرضیه سوم اثر متغیر کیفیت زندگی بر سرمایه روانشناختی به مقدار 0/654 به لحاظ آماری ( $p < 0/05$ ) با صفر تفاوت معنادار دارد. برآورد استاندارد شده نشان می‌دهد که از روی متغیر مستقل کیفیت زندگی به میزان 65/4 درصد می‌توان متغیر وابسته سرمایه روانشناختی را پیش‌بینی کرد. همچنین 42/77 درصد از پراکندگی مشاهده‌شده در متغیر سرمایه روانشناختی توسط متغیر کیفیت زندگی تبیین و توجیه می‌شود. نتیجه اثر غیرمستقیم بر متغیر وابسته اصلی سرمایه روانشناختی در جدول ۵ بیان شده است. در فرضیه جدول ۵، اثر غیرمستقیم متغیر ادراک بیماری بر سرمایه روانشناختی دارای ضریب تأثیر 0/24 می‌باشد. برآورد استاندارد شده نشان می‌دهد که از روی متغیر مستقل ادراک بیماری و از مسیر کیفیت زندگی به میزان 24 درصد می‌توان متغیر وابسته سرمایه روانشناختی را پیش‌بینی کرد. همچنین 5/8 درصد از پراکندگی مشاهده‌شده در متغیر سرمایه روانشناختی توسط متغیر ادراک بیماری و از مسیر کیفیت زندگی تبیین و توجیه می‌شود.

آزمون فرضیات به صورت جداگانه با توجه به اینکه هر کدام از مسیرهای مدل یک فرضیه محسوب می‌شوند، در جدول ۴ همه فرضیات (مسیرها) به همراه برآوردهای استاندارد شده، معناداری و مقدار پیش‌بینی متغیر وابسته مربوطه آورده شده است. در فرضیه اول اثر متغیر ادراک بیماری بر کیفیت زندگی به مقدار 0/369 به لحاظ آماری ( $p < 0/05$ ) با صفر تفاوت معنادار دارد. برآورد استاندارد شده نشان می‌دهد که از روی متغیر مستقل ادراک بیماری به میزان 36/9 درصد می‌توان متغیر وابسته کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد. همچنین 13/6 درصد از پراکندگی مشاهده شده در متغیر کیفیت زندگی توسط متغیر ادراک بیماری تبیین و توجیه می‌شود. در فرضیه دوم اثر متغیر ادراک بیماری بر سرمایه روانشناختی به مقدار 0/335 به لحاظ آماری ( $p > 0/05$ ) با صفر تفاوت معنادار ندارد. برآورد استاندارد شده نشان می‌دهد که از روی متغیر مستقل ادراک بیماری تنها به میزان 33/5 درصد می‌توان متغیر وابسته سرمایه روانشناختی را پیش‌بینی کرد.

جدول ۴. ضرایب تأثیر استاندارد شده مستقیم مدل تدوین شده و میزان پیش‌بینی و تبیین متغیرهای وابسته تحقیق

نتیجه آزمون	تبیین (درصد)	پیش‌بینی (درصد)	معناداری (P)	برآورد استاندارد شده	مسیر	فرضیه
تأیید فرضیه	13/61	36/9	***	0/369	Xi → Eta1	ادراک بیماری ← کیفیت زندگی
رد فرضیه	11/22	33/5	***	0/335	Xi → Eta2	ادراک بیماری ← سرمایه روانشناختی
تأیید فرضیه	42/77	65/4	***	0/654	Eta1 → Eta2	کیفیت زندگی ← سرمایه روانشناختی

جدول ۵. اثر غیرمستقیم بر متغیر وابسته اصلی سرمایه روانشناختی

تیبین (درصد)	پیش‌بینی (درصد)	برآورد استاندارد شده	مسیر	فرضیه
5/8	24	$\cdot/369 * \cdot/654 = \cdot/24$	$X_i \rightarrow \text{Eta}1 \rightarrow \text{Eta}2$	ادراک بیماری ← کیفیت زندگی ← سرمایه روانشناختی

نتیجه‌گیری و بحث

تحقیق حاضر در صدد طراحی مدلی برای ارتقای سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با محوریت ادراک بیماری بوده است. در این راستا بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که تحقیقات قبلی انجام شده دارای دیدگاه فراگیر نسبت به این موضوع نبوده اند. از این رو در این تحقیق سرمایه روان شناختی به عنوان متغیر وابسته مطرح شد تا آثار سایر متغیرهای مربوط به بیماری به طور مستقیم و غیر مستقیم بر آن ارزیابی شود. هم چنین در ادامه به صورت بخش به بخش به مقایسه نتایج این تحقیق با تحقیقات دیگر پرداخته می شود.

۱. از میان مولفه های چهارگانه سرمایه روان شناختی، مولفه امید دارای بیشترین همبستگی با نمرات سرمایه روان شناختی است و سپس به ترتیب متغیرهای خوش بینی، خودکارآمدی و تاب آوری با سرمایه روان شناختی همبستگی دارند. این نتیجه تا حدودی با سایر تحقیقات مشابهت دارد به این دلیل که بر اساس برخی تحقیقات انجام شده که به طور عمده در کشورهای توسعه یافته انجام شده است خوش بینی و امید دارای

بالاترین رتبه بوده اند. البته بیماران مزمن به طور شایع به دلیل جدال با بیماری و درمان آن دچار احساس شکست و نا امیدی بیشتری هستند (صادقیه اهری، عرشی، ایران پرور، امانی و سیاه پوش، ۱۳۸۷) اما با افزایش سطح آگاهی نسبت به امکان مدیریت و کنترل بیماری امید، انگیزه و سطح خودکارآمدی آنها ارتقاء می‌یابد (زوفمن و لوریتزن، ۲۰۰۹). در این پژوهش شاید بتوان شرایط کاری و کیفیت زندگی کاری کارکنان را موثر دانست. با نگاه به اطلاعات جمعیت شناختی مشخص می شود که تمامی کارکنان گروه نمونه جزء کارکنان رسمی بوده اند؛ به عبارت دیگر نسبت به آینده کاری خود خوش بین و امیدوار بوده اند.

۲. پژوهشگران از میان متغیرهای مختلفی که می توانستند به عنوان متغیر مستقل مدنظر قرار گیرند، ادراک بیماری را مورد توجه قرار دادند. دلیل این انتخاب آن است که چگونگی بینش و نگرش بیمار نسبت به بیماری خود جزء مهم ترین عوامل موثر بر خودکارآمدی، خوش بینی، تاب آوری و امید در این بیماران است که مولفه های سرمایه روان شناختی در فرد بیمار به شمار می رود، اما

نتیجه بررسی مدل نشان داد که ادراک بیماری به تنهایی و به طور مستقل بر سرمایه روان شناختی اثرگذار نیست بلکه اثر خود را از طریق متغیر کیفیت زندگی اعمال می کند. این یافته با نتایج پژوهش های آوی، لوتانز و اسمیت (۲۰۱۰)، آوی، ریچارد لوتانز و ماهر (۲۰۱۱)، نگوین و نگوین (۲۰۱۲) و عرب، رضایی بادافشانی و رحیمی (۱۳۹۴) همسو است. آوی، لوتانز و اسمیت (۲۰۱۰) و آوی، ریچارد لوتانز و ماهر (۲۰۱۱) بین سرمایه روان شناختی با کیفیت زندگی کاری و بهزیستی روان شناختی رابطه به دست آوردند. نگوین و نگوین (۲۰۱۲) با توجه به یافته های حاصل از پژوهش خود ضمن توجه به اهمیت سرمایه روان شناختی نقش واسطه ای کیفیت زندگی را در رابطه بین سرمایه روان شناختی با موفقیت شغلی تایید کردند و در پژوهش دیگری اعلام شد کیفیت زندگی کاری میانجی رابطه سرمایه روان شناختی و ابعاد آن با رضایت از زندگی است و با حضور خود تاثیر مثبت می گذارد به این دلیل که سرمایه روان شناختی شامل مولفه های خود کارآمدی، خوش بینی، امید واری و استقامت است که همگی از منابع قابل رشد محسوب میشوند. با چنین منابعی کارکنان بهتر می توانند با چالش ها و تقاضاهاروبرو شوند بنابراین نگرش بهتری نسبت به خود پیدا می کنند که در نهایت منجر به تعادل بهتر زندگی شخصی و شغلی خواهد شد (عرب، رضایی بادافشانی و رحیمی، ۱۳۹۴). در پژوهش کولر و هیک (۲۰۱۶) سلامت روان که با بعد ذهنی کیفیت زندگی در ارتباط است از عوامل مهم تاثیرگذار بر سرمایه روان شناختی دانسته شد که می تواند توانایی افراد

را برای مقابله با شرایط سخت افزایش دهد. به این ترتیب که افراد با سلامت روانی بالا از طریق سرمایه روان شناختی خود با تاکید بر امید و خوش بینی زمینه مساعدی برای مقابله عاطفی مثبت با موارد استرس زا فراهم می آورند.

۳. در نهایت با توجه به آزمون انجام شده، ارتباط مستقیم بین ادراک بیماری و سرمایه روان شناختی تایید نشد. اما با ورود کیفیت زندگی به عنوان متغیر مداخله گر میزان تاثیر گذاری ادراک بیماری افزایش یافته است. به عبارت دیگر ادراک بیماری از راه کیفیت زندگی موجب ارتقای سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت می شود. این امر به طور دقیق بر اساس انتظارات پژوهشگر بوده است و امروزه با توجه به شیوع زیاد بیماری دیابت، نقش کیفیت زندگی در بهبود این بیماری پیش از پیش آشکار شده است. پایین بودن کیفیت زندگی موجب تضعیف روحیه بیماران می شود و به این ترتیب سرمایه روان شناختی را تحت تاثیر قرار می دهد (علیپور و همکاران، ۲۰۱۲). هم چنین عرب، رضایی بادافشانی و رحیمی (۱۳۹۴) بین سرمایه روان شناختی و کیفیت زندگی کاری رابطه به دست آورده و بنابراین اعلام داشتند افراد با سرمایه روان شناختی بالا بهتر می توانند با مشکلات زندگی و کار روبه رو شوند و این موفقیت ها زمینه افزایش ارتقای کیفیت زندگی را فراهم می سازد. از این جا که همبستگی یک رابطه دو سویه است به این معنی که با افزایش یا کاهش یک متغیر دیگری هم کاهش یا افزایش می یابد در نتیجه با افزایش کیفیت زندگی سرمایه روان شناختی افراد نیز تغییر خواهد کرد.

بینی در بیماران دیابتی داشته باشد. البته باید توجه داشت که ادراک بیماری و متغیرهای زیرمجموعه آن تنها عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران و سرمایه روان شناختی آنان نیستند و عوامل موثر دیگری نظیر کانون کنترل سلامت و خودکارآمدی نیز وجود دارند که بر کیفیت زندگی تاثیر گذارند. از این رو به نظر می رسد که این متغیرها اگر چه تحت کنترل کامل بیماران و نیز مرکز درمانی این بیماران نیستند، با این وجود آنان می توانند در تصمیم گیری های درمانی و خود کنترلی این بیماران از آن استفاده کنند. در این صورت پیشنهاد می شود که در راستای تبیین عوامل موثر بر ارتقای سرمایه روان شناختی، تحقیقات آینده بر عوامل مذکور تمرکز نمایند.

در نهایت با توجه به اینکه داده های پژوهش از راه نظر سنجی حاصل شده اند، و نظرهای شخصی در پرسشنامه ها به دلیل تعصب در پاسخ دهی مستعد تحریف هستند، لذا این موضوع ممکن است نتایج تحقیق را به مخاطره بیندازد. از سوی دیگر این پژوهش در ماهیت خود از نوع همبستگی بوده است. بنابراین نمی توان روابط به دست آمده را از نوع روابط علت و معلولی تلقی کرد. از این رو پیشنهاد می شود که در تحقیقات آینده مورد توجه قرار گیرد.

به طور کلی در این مقاله بیان شد که ارتقای سرمایه روان شناختی، رویکرد جدید و موثری را پیش روی بهبود بیماران دیابتی قرار می دهد. از این رو سرمایه گذاری روی سرمایه روان شناختی عملا به منزله سرمایه گذاری بر سایر توانمندیها و سرمایه ها خواهد بود. نگارندگان با درک این موضوع، در صدد طراحی مدل ارتقای سرمایه روان شناختی در بیماران مبتلا به دیابت برآمدند. این مدل با بررسی تعامل های چند سویه میان ادراک بیماری، سرمایه روان شناختی و اجزای آن و نیز نقش مداخله گر کیفیت زندگی ارائه شد تا به کمک آن بتوان ضمن ارتقای سرمایه روان شناختی نسبت به بهبود و قابلیت کنترل بیماری و نیز شادی و نشاط بیماران به صورت بهینه تری یاری رساند. با توجه به نتایج این تحقیق می تواند مبنای مناسبی برای مطالعات بیشتر در زمینه هایی باشد که سرمایه روان شناختی به عنوان متغیر نهایی مورد توجه قرار گیرد. به این منظور جدای از نقش مثبت کیفیت زندگی بر سرمایه روان شناختی می توان متغیرهای مداخله گر دیگری نظیر راهبردهای مقابله مورد بررسی قرار داد. از طرف دیگر، بر اساس نتایج مطالعات پیشین می توان متغیرهای دیگری نظیر تیپ شخصیتی را در نقش تعدیلگر در مدل وارد کرد. هم چنین در این تحقیق رابطه مستقیم ادراک بیماری با سرمایه روان شناختی مطالعه شد. با توجه به رتبه بندی انجام شده بر اساس بار عاملی ادراک بیماری، اطلاعات خوبی حاصل شده است که این اطلاعات می تواند کارکردهای مهمی در زمینه اهمیت آگاهی بیمار از ویژگی های اصلی بیماری خود و ارتقای کیفیت زندگی و آموزش خودکارآمدی و خوش

## منابع

- بیات اصغری، ع؛ غرابی، ب؛ حیدری، ح؛ جواهری، ج؛ موسی نژاد، س و آرامون، ا. (۱۳۹۴). فصلنامه روان شناسی سلامت، شماره ۱۶: ۶۰-۷۰.
- جرگه، م. (۱۳۸۸). بررسی برنامه توانبخشی قلبی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران جراحی پیوند عروق کرونر، پایان نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا همدان.
- حیدری، ع؛ آهنچیان، م. ر؛ مهدی زاده، س. م. (۱۳۹۲). بررسی فرسودگی شغلی و عوامل موثر بر آن در اعضای هیات علمی پرستاری استان خراسان رضوی، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۱(۱): ۱۷-۲۷.
- خانی، ف؛ صمصام شریعت، س. م. ر؛ مهداد، ع؛ تکی، ف؛ کورنگی بهشتی، م؛ حکمت روان، ر. (۱۳۹۳). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر بهبود شاخص‌های روانی *SCL-90* و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی-دانشگاه آزاد اسلامی-واحد اصفهان (خوراسگان)، ۱۵(۵۷): ۸۱-۹۱.
- رخشنده رو، س؛ حیدرنیا، ع؛ اسد، ر. (۱۳۸۵). بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، دانشور پزشکی، ۱۳(۶۳): ۲۱-۱۵.
- شریفی راد، غ؛ انتظاری، م. ح؛ کامران، ع؛ آزادبخت، ل. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی. مجله دیابت و لیپید ایران، ۷(۴): ۳۷۹-۳۸۶.
- صادقیه اهری، س؛ عرشی، س؛ ایران پرور، م؛ امانی، ف؛ سیاه پوش، ح. (۱۳۸۷). تأثیر عوارض دیابت نوع
- دوم در کیفیت زندگی بیماران دیابتی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ۸(۴): ۳۹۴-۴۰۲.
- صفوی، م؛ صمدی، ن؛ محمودی، م. (۱۳۹۲). بررسی خودپنداره و ارتباط آن با کیفیت زندگی مبتلایان دیابت نوع دو. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۳(۲): ۱۴۸-۱۵۳.
- عرب، ن؛ رضایی بادافشانی، ف؛ رحیمی، م. (۱۳۹۴). نقش میانجی‌گری کیفیت زندگی کاری بین سرمایه روان شناختی و رضایت از زندگی. بهداشت و ارتقای سلامت. ۱(۱): ۴۹-۵۸.
- فروهر، م؛ هویدا، ر؛ جمشیدیان، ع. (۱۳۹۰). تبیین رابطه سرمایه روان‌شناختی و کارآفرینی سازمانی اعضای هیات علمی دانشگاه. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. سال دوم شماره ۸، صص ۸۳-۱۰۰.
- ولیدی پاک، آ؛ خالدی، ش؛ معینی منش، ک. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش خوش بینی در زنان باردار دیابتی. فصلنامه روان شناسی سلامت، شماره ۱۴: ۷۸-۶۲.

## Reference

- Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013) Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope. *Personality and Individual Differences*, 54(7), 821-827.
- Alipour A, Zare h, Poursharifi H, Aerab sheibani KH, & Afkhani Ardekani M (2012), The intermediary role of self-efficacy in relation with stress, glycosylated hemoglobin and health related quality of life in



- Gafvels, C., & Wandell, P.E. (2006). Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish Primary Care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71, 280-289.
- Harris, P; Mann, L; Philips, P; Bolger-Harris, H; & Webster, C. (2011). *Diabetes management in general practice* (seventeenth edition), Novartis.
- Koller, S. L., & Hicks, R. E. (2016). Psychological Capital Qualities and Psychological Well-Being in Australian Mental Health Professionals. *International Journal of Psychological Studies*, 8(2), 41.
- Leventhal, H., Benyamin, Y., & Brownlee, S. (1997). Illness representations: theoretical foundations. In: Petrie KJ, Weinman JA, eds. *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers., 19-45.
- Luthans, F., Avolio, B.J., Avey, J.B., & Norman, S.M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Luthans, F., Avolio, B. J., Avey, J. B., & Norman, S. M. (2007b). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. *Personnel Psychology*, 60, 541-572.
- Mosaku, K., Kolawole, B., Mume, C., Ikem, R. (2008). Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: a comparative study. *J Natl Med Assoc*, 100: 73-78.
- Nguyen, T. D., & Nguyen, T. T. (2012). Psychological Capital, Quality of Work Life, and Quality of patients with type 2 diabetes. *Iranian J Publ health*, 41(12), 76-80.
- Avey, J. B., Luthans, F., Smith, R. M., & Palmer, N. F. (2010). Impact of positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of occupational health psychology*, 15(1), 17.
- Avey, J.B., Reichard, R.J., Luthans, F., & Mhatre, K.H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. *Human Resource Development Quarterly*, 22 (2), 127-152.
- Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A., & Plowright R. (1999). The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res*; 8(1-2), 79-91
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*; 60, 631-7.
- Cello, D.F. (1995), Measuring quality of life in palliative care, *Semin. Oncolo*. 22, 23-81.
- Clarke, D., & Goosen, T. (2009). The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and individual differences*, 46, 460-464.
- Foley, E; Baillie, A; Huxter, M; Price, M; & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-based cognitive therapy for individuals whose lives have been affected by cancer: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 72-79.

- Asghar Hospital affiliated to Zahedan University of Medical Sciences, Iran. *World of Sciences Journal*, 1(6): 54-64.
- Sharpe, L., Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *SocSciMed*, 62: 1153-66.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H.J. (2009). Are illness perceptions about coronary disease predictive of depression and quality of life outcome? *Psychosom Res*, 66, 211-220
- Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological Capital and Well-being. *Stress and Health*, 31(3), 180-188.
- Zoffman, V. Lauritzen, T. (2009). Guided self-determination improves life skills with type 1 diabetes and A1C in randomized Controlled trial. *Patient Edus Couns*: 78-86.
- Life of Marketers Evidence from Vietnam. *Journal of Macromarketing*, 32(1), 87-95.
- Norberg, M.M.; Calanari, J. E.; Cohen, R.J. & Riemann, B.C. (2009), Quality of life in obsessive-compulsive disorder: an evaluation of impairment and a preliminary analysis of the ameliorating effects of treatment, *Depression and Anxiety*, 25, 248-259.
- Osborn, C. Y., Trott, H. W., Buchowski, M. S., Patel, K. A., Kirby, L. D., Hargreaves, M. K., ... & Schlundt, D. G. (2010). Racial disparities in the treatment of depression in low-income persons with diabetes. *Diabetes care*, 33(5), 1050-1054.
- Ouweneel, E., Le Blanc, P. & Schaufeli, W.B. (2013). Believe and you will achieve: Do changes in self-efficacy correspond with changes in perceived competence, engagement and performance? *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 5, 225-247.
- Peterson, A.M., Takiya, L., & Finley, R. (2003). Meta-Analysis of Trials of Interventions to Improve Medication Adherence. *Am J Health Syst Pharm*, 60(7), 36-42.
- Saito, I., Inami, F., Ikebe, T., Moriwaki, C., Tsubakimoto, A., Yonemasu, K., & Ozawa, H. (2006). Impact of diabetes on health-related quality of life in a population study in Japan. *Diabetes research and clinical practice*, 73(1), 51-57.
- Sarani, H., Ebrahimitabass, E., Arbabisarjou, A., Mehdipour, S. (2011). The quality of life in the diabetic patients of Zahedan's Ali