مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هجدهم، شماره‌ی ۵، صفحه‌های ۳۴۲ ـ ۳۳۴ (آذر ـ دی ۱۳۹۵)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

دکتر علیرضا آقا یوسفی[۱]، فاطمه امینی[۲]، دکتر مهدی دهستانی[۲]، سوسن سالاری[۳]

۱) گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، قم، ایران ۲) گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، ۳) گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** استان فارس، شهرستان لامرد، خیابان شهید آوینی، اداره بهزیستی شهرستان لامرد، واحد پیشگیری، فاطمه امینی؛
e-mail: f.amini83@gmail.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. مواد و روش‌ها: در این پژوهش همبستگی، از میان کلیه‌ی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ دارای پرونده در مرکز بهداشت و درمان صدیقه طاهره شهرستان لامرد، تعداد ۲۳۴ بیمار به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات شامل مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)، تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC) و مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) بود. داده‌ها به روش رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها: تاب‌آوری، حمایت دوستان و حمایت شخص ۴۶ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کرد. بین تاب‌آوری، حمایت دوستان، حمایت شخص و حمایت خانواده با کیفیت زندگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود داشت. نتیجه‌گیری: با توجه به این که متغیرهای تاب‌آوری، حمایت دوستان و حمایت شخص پیش‌بینی‌کننده‌های معنی‌داری برای کیفیت زندگی هستند، می‌توان با ایجاد چنین ظرفیت‌هایی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را ارتقا بخشید.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲، کیفیت زندگی، حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب‌آوری
دریافت مقاله: ۹۵/۴/۲ـ دریافت اصلاحیه:۹۵/۸/۲۸ ـ پذیرش مقاله: ۹۵/۱۰/۱

مقدمه

دیابت نوعی بیماری مزمن غدد درون‌ریز است که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت و ساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره‌گیری از هورمون انسولین است. این بیماری سه شکل اصلی دارد: نوع یک یا وابسته به انسولین (IDDM)، نوع دو یا غیر وابسته به انسولین (NIDDM) و دیابت بارداری.[۱]

سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که تعداد بیماران مبتلا به دیابت در ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از شش میلیون نفر خواهد رسید.[۲] تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ مبتلا هستند. عوامل زیادی در بروز دیابت نقش دارند و به نظر می‌رسد در بروز دیابت نوع ۲، نقش عوامل محیطی نظیر عدم تحرک بدنی، تغذیه‌ی نامناسب و چاقی برجسته‌تر است.[۳] در واقع، دیابت نوع ۲ به شدت با سبک زندگی مرتبط است و مولفه‌های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد، تا جایی که برخی از صاحب‌نظران همچون گلاسگو[i] آن را یک مسأله رفتاری قلمداد می‌کنند.[۴] دیابت بیماری کشنده خاموشی است که سالانه مسئول مرگ چهار میلیون نفر در جهان است.[۵]

i- Glasgow

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

عوارض و مشکلات ناشی از دیابت، تاثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته و هزینه زیادی را بر فرد و اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند.[۶] به همین مناسبت، بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در راهنمای بالینی کنترل دیابت مورد تاکید بسیاری است. یکی از اهداف ابتدایی کنترل دیابت، بهبود کیفیت زندگی است.[۷]

علی‌رغم تلاش‌های انجام شده، باز هم کیفیت زندگی این بیماران با اختلالاتی همراه است. بنابراین در سال‌های اخیر، محققین به عوامل روانی ـ اجتماعی که احتمال دارد روی بیماری و کیفیت زندگی بیمار تاثیر بگذارد، توجه نموده‌اند. عوامل روانی ـ اجتماعی متعددی می‌توانند کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر خود قرار دهند. که سه تکیه‌گاه اصلی در درمان دیابت، رژیم غذایی، ورزش و درمان دارویی هستند، که بخش بغرنج زندگی روزانه بیماران را تشکیل می‌دهند. سبک زندگی بیماران بر روی اعضای خانواده و افراد نزدیک تاثیر می‌گذارد.[۸] در رعایت رژیم غذایی بیمار، نیاز به حمایت اعضای خانواده است؛ لذا یکی از عوامل موثر حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مکانیسم‌های مقابله‌ای عاطفه‌نگر دارای قدرت بالقوه‌ی تاثیر بر کیفیت زندگی است.[۹]

امروزه، حمایت اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین تسهیل‌کننده‌های رفتار بهداشتی مورد توجه است. حمایت اجتماعی، نیرومندترین و قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه‌ی موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش زاست و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند.[۱۰] تریف[i] و همکارانش با مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی اهمیت بالقوه‌ای در کمک به بیماران دیابتی دارد، تا آن‌ها به طور مثبتی در خود تغییر ایجاد کنند.[۱۱] نتایج مطالعه شاره[ii] و همکارانش نشان می‌داد که از سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده، دو بعد دوستان و خانواده بیشترین نقش را در تبیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی دارند.[۱۲] در مطالعه سوری و عاشوری نیز حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مثبت و معنی‌دار گزارش شد.[۱۳]

با توجه به سبک زندگی بیماران دیابتی، عامل روانی ـ اجتماعی دیگری که می‌تواند کیفیت زندگی آنان را تحت تاثیر قرار دهد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری به فرایند استعداد سازگاری موفق با وجود شرایط تهدیدآمیز یا چالش برانگیز اشاره دارد.[۸] از دیگر سازه‌های مطرح در حوزه‌های بهداشت روانی که جایگاه ویژه‌ای را برای خود کسب کرده است، تاب‌آوری است که به عنوان توانمندی فردی در برقراری تعادل زیستی روانی در شرایط خطرناک و شرکت فعال در محیط تعریف شده است.[۱۴] تاب‌آوری «نه بخشی از شخصیت فردی بلکه یک صفت فردی است که با حمایت درست و موثر دیگران تغییر می‌کند»؛[۱۵] بنابراین تاب‌آوری یکی از سازه‌های مهمی است که می‌تواند برای آموزش دیابتی‌ها به کار رود.[۸]

چندین پژوهش به بررسی ارتباط بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی در جمعیت‌های مختلف پرداخته‌اند، ولی در جمعیت دیابتی این رابطه خیلی کم بررسی شده است. نتایج پژوهش وانگ[iii] و همکارانش نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد و تاب‌آوری به طور غیرمستقیم یعنی از طریق پریشانی هیجانی خاص دیابت بر روی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع ۲ تاثیر می‌گذارد.[۱۶]

برخی مطالعات به ارتباط بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری اشاره می‌کنند. به عنوان مثال کربونل[iv] اثبات کرد تاب‌آوری با حمایت اجتماعی در میان جوانان در معرض خطر با مشکلات هیجانی ارتباط دارد و هم‌چنین رشد فرایندهای تاب‌آوری می‌تواند در کاهش تاثیر هیجانی و روان شناختی استرس در بزرگسالان مفید باشد.[۱۷] هم‌چنین یافته‌های پژوهش لکزایی و همکارانش نشان داد که بین حمایت اجتماعی با تاب‌آوری در افراد دیابتی رابطه وجود دارد.[۱۸]

در مورد ارتباط بین جنس و کیفیت زندگی در پژوهش‌ها نتایج متناقضی مشاهده شد. در پژوهش حیدرزاده و همکارانش و گلدنی و همکارانش، نتایج نشان داد که بین متغیر جنس با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری وجود دارد و کیفیت زندگی در زنان با اختلاف معنی‌داری کمتر از مردان است،[۱۹،۲۰] در حالی که نتایج تحقیق صداقتی کسبخی و همکارانش، برخلاف نتیجه تحقیق‌های فوق بود.[۲۱] از طرفی در بعضی پژوهش‌ها نیز تفاوتی مشاهده نشد.[۲۲،۲۳]

با توجه به این که بیماران مبتلا به دیابت، مشکلاتی در زمینه‌ی کیفیت زندگی دارند، کمک به این افراد برای بهبود وضعیت زندگی امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. برای

i - Trief
ii - Share
iii - Wang
iv- Carbunel

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

این امر، نخست باید متغیرهای مهم با کیفیت زندگی را شناخت و سپس به دنبال استفاده از آن‌ها برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران بود. هم‌چنین هیچ پژوهشی به بررسی رابطه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نپرداخته است، اگر چه شاره و همکارانش و سوری و عاشوری، در مطالعات خود به نقش حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداختند. در پژوهش حاضر سعی شد نقش مهم‌ترین متغیر پیش‌بینی‌کننده کیفیت زندگی از بین دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری در مدل رگرسیونی در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در شهرستان لامرد شناسایی شود تا درمانگران، مشاوران و روانشناسان بالینی و سلامت به نشانه‌های متغیرهای مذکور توجه کرده و بر اساس آن برنامه‌هایی برای بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ طراحی کنند. به این ترتیب با هدف بررسی رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ، این پژوهش انجام شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، توصیفی از نوع همبستگی بود که بر روی ۲۳٤ بیمار سرپایی دیابتی نوع ۲ تحت پوشش مرکز دیابت وابسته به شبکه بهداشت و درمان صدیقه‌ی طاهره شهرستان لامرد انجام شد. در این مرکز که خدمات پیشگیری و درمان دیابت را به بیماران نیازمند ارایه می‌دهد، طی یک نمونه‌گیری تصادفی، در یک دوره‌ی هشت ماهه از مرداد ماه تا اسفند سال ۹٤، بیماران انتخاب شدند. تمامی افراد برای پیگیری مسائل درمانی خود هر سه ماه یک بار به پزشک خود مراجعه می‌کردند. معیارهای ورود به این مطالعه عبارت بود از: ۱) تایید بیماری دیابت نوع ۲ توسط پزشک متخصص مرکز، ۲) ابتلا به دیابت حداقل به مدت یک سال، ۳) میزان تحصیلات حداقل پنجم دبستان، ٤) محدوده‌ی سنی ۱۵ تا ٦۵ سال و ۵) نداشتن بیماری روحی ـ روانی به تایید پزشک متخصص. افرادی که واجد شرایط فوق نبودند از مطالعه خارج شدند و به لحاظ رعایت ملاحظات اخلاقی، شرکت بیماران در مصاحبه آزاد و به طور کامل اختیاری بود و قبل از شروع مصاحبه اهداف به آن‌ها توضیح داده می‌شد. از بین افرادی که واجد شرایط فوق بودند ۳۰۰ نفر را به صورت تصادفی انتخاب کردیم که ۲۳٤ نفر در این مطالعه همکاری کردند. روش نمونه‌گیری به این نحو بود که یکی از محققین، مطابق با زمان مراجعه و نوبت دهی که در پرونده بیماران درج شده بود به مرکز مورد نظر مراجعه و با بیماران واجد شرایط مصاحبه می‌کرد. پرسش‌نامه‌ها به صورت هم‌زمان و توسط آزمودنی‌ها تکمیل شدند. ابزار گرداوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲٦ سوالی، پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده، پرسش‌نامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون و فرم مشخصات فردی بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی ضریب همبستگی پیرسون و از روش رگرسیون استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-16 صورت گرفت.

ابزار گردآوری داده‌ها:

پرسش‌نامه‌ی جمعیت شناختی

این پرسش‌نامه سوالاتی از قبیل سن، جنسیت، وضعیت تاهل و سطح تحصیلات از آزمودنی‌ها می‌سنجد.

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادارک شده (MSPSS)

این پرسش‌نامه را زیمت[i] و همکارانش به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد مهم در زندگی فرد تهیه کردند. این ابزار ۱۲ گویه را شامل می‌شود که حمایت اجتماعی ادراک شده‌ی هر فرد را در هر یک از سه حیطه‌ی مذکور در طیف ۷ گزینه‌ای کاملا مخالفم تا کاملا موافقم می‌سنجد. برای به دست آوردن نمره‌ی کل این مقیاس، نمره‌ی همه‌ی گویه‌ها با هم جمع شده و بر تعداد آن‌ها (۱۲) تقسیم می‌شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه‌های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه‌های آن زیر مقیاس (٤) به دست می‌آید. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس یک و حداکثر نمره وی هفت است. روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است.[24] سلیمی و همکارانش[25] پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی خانواده، دوستان و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸٦، ۰/۸٦ و ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه‌ی حاضر برای نمره‌ی کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و هر سه بعد حمایت

i- Zimet

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

دوستان، خانواده و شخص به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری (CD-RISC)

مقیاس تاب‌آوری روان‌شناختی توسط کانر[i] و دیویدسون[ii] ساخته شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر تا چهار می‌سنجد. حداقل نمره‌ی تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر نمره‌ی وی صد است. نتایج مطالعه‌ی مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است.[۱۴] همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده است. پایایی و روایی فرم فارسی مقیاس تاب‌آوری نیز در مطالعات مقدماتی نمونه‌های بهنجار و بیمار مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است. پایایی این پرسش‌نامه در مطالعه حاضر ۰/۹۳ محاسبه شد. روایی این سازه در ایران در سال ۱۳۸۶ توسط بشارت تأیید شد. هم‌چنین مشعل پور در سال ۱۳۸۹ از طریق همبسته نمودن آن با مقیاس سرسختی روان‌شناختی اهواز با محاسبه‌ی ضریب همبستگی r=۰/۶۴ در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ نشان داد که این سازه از روایی نسبتاً بالایی برخوردار است.[۲۶]

مقیاس کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF)

پرسش‌نامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی، کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را می‌سنجد و این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی این پرسش‌نامه ساخته شد. چهار حیطه‌ی سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط را با ۲۴ سوال می‌سنجد. هر یک از حیطه‌ها به ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سوال هستند. دو سوال اول به هیچ یک از حیطه‌ها تعلق ندارند و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی (حیطه عمومی) مورد ارزیابی قرار می‌دهند؛ بنابراین این پرسش‌نامه در مجموع ۲۶ سوال دارد. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیر مقیاس به دست می‌آید که حداقل نمره خام آزمودنی در این مقیاس ۲۶ و حداکثر نمره وی ۱۳۰ است و باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین صفر تا صد تبدیل شود. نمره‌ی بالاتر، نشان‌دهنده‌ی کیفیت زندگی بیشتر است.[۲۷]

در مطالعه‌ی نجات و همکارانش با استفاده از آزمون مجدد، پس از دو هفته، شاخص ثبات درونی این پرسش‌نامه جهت برآورد پایایی ابزار در هر چهار حیطه‌ی مورد بررسی، بالاتر از ۰/۷ (حیطه‌ی سلامت جسمانی ۰/۷۷، سلامت روان ۰/۷۷، سلامت اجتماعی ۰/۷۵ و حیطه سلامت محیط ۰/۸۴) به دست آمد که مؤید تکرار پذیری این آزمون بود و روایی تمایز این پرسش‌نامه در تمامی حیطه‌ها و ۲ سوال کلی قابل قبول بود.[۲۸] در مطالعه‌ی حاضر، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه برابر ۰/۸۹ محاسبه شد. این پرسش‌نامه در بیش از ۱۵ کشور جهان به صورت هم‌زمان طراحی و در حال حاضر به بیش از ۴۰ زبان دنیا ترجمه و استاندارد شده است که این امر هم‌چنان در حال پیشرفت است.[۲۸]

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۱۶/۸±۴۴/۸ سال بود. از ۲۳۴ آزمودنی شرکت‌کننده در پژوهش ۶۲/۸ درصد زن و ۳۷/۲ درصد مرد، ۲۱/۸ درصد مجرد و ۷۸/۲ درصد متاهلین، ۸۲/۴۸ درصد تحصیلات دیپلم به پایین ($M_{\text{کیفیت زندگی}}$=۷۹/۲۳)، ۵/۱۳ درصد فوق دیپلم ($M_{\text{کیفیت زندگی}}$=۷۲/۸۳)، و ۱۰/۲۶ لیسانس ($M_{\text{کیفیت زندگی}}$=۷۹/۷۹) و ۲/۵۶ درصد فوق لیسانس ($M_{\text{کیفیت زندگی}}$=۱۰۱/۵۷) بودند. در پژوهش حاضر، بین جنسیت و وضعیت تاهل با کیفیت زندگی ارتباط معنی‌داری یافت نشد، و از بین افرادی که تحصیلات فوق لیسانس داشتند در مقایسه با بقیه سطوح تحصیلی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (P<۰/۰۱).

میانگین و انحراف معیار در متغیرهای نمره‌ی کلی حمایت اجتماعی ادراک شده؛ ۱/۲۸±۴/۹۳، حمایت دوستان ۱/۴۵±۴/۴۲، حمایت خانواده ۱/۵۲±۵/۰۵، حمایت افراد مهم زندگی ۱/۴۱±۵/۳۳، تاب‌آوری ۱۸/۵۷±۵۶/۸۹، نمره کلی کیفیت زندگی ۱۴/۳۳±۷۹/۷۷، حیطه عمومی ۱/۳۹±۶/۲۴، سلامت جسمانی ۵/۰۹±۲۰/۵۶، سلامت روانی ۴/۱۵±۱۸/۹۴، سلامت اجتماعی ۲/۳۴±۹/۴۳ و سلامت محیط ۵/۲۲±۲۴/۶ محاسبه شد (جدول ۱). نتایج ضریب همبستگی مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری با کیفیت زندگی در جدول ۲ گزارش شده است.

i - Conner
ii - Davidson

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

جدول۱- آماره‌های توصیفی در متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب‌آوری و کیفیت زندگی

	متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
حمایت اجتماعی ادراک شده	نمره‌ی کلی	٤/٩٣	١/٢٨	١	٧
	حمایت دوستان	٤/٤٢	١/٤٥	١	٧
	حمایت خانواده	٥/٠٥	١/٥٢	١	٧
	حمایت افراد مهم زندگی	٥/٣٣	١/٤١	١	٧
	تاب‌آوری	٥٦/٨٩	١٨/٥٧	١٧	٩٦
کیفیت زندگی	نمره‌ی کلی	٧٩/٧٧	١٤/٣٣	٣٤	١١٠/٠٤
	حیطه عمومی	٦/٢٤	١/٣٩	٢	٩
	سلامت جسمانی	٢٠/٥٦	٥/٠٩	٧	٣٦/٠٤
	سلامت روان	١٨/٩٤	٤/١٥	٨	٢٩/٤٢
	روابط اجتماعی	٩/٤٣	٢/٢٤	٣	١٥
	سلامت محیط	٢٤/٦٠	٥/٢٢	٩	٣٧

جدول ۲- نتایج ضریب همبستگی مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری با کیفیت زندگی

متغیر		کیفیت زندگی					
		نمره‌ی کلی	حیطه عمومی	سلامت جسمانی	سلامت روان	روابط اجتماعی	سلامت محیط
حمایت اجتماعی ادراک شده	نمره‌ی کلی	٠/٥٤†	٠/٣٨†	٠/٣٠†	٠/٤٨†	٠/٥٩†	٠/٤٤†
	حمایت خانواده	٠/٤٣†	٠/٣٧†	٠/١٤*	٠/٣٤†	٠/٤٤†	٠/٣٦†
	حمایت دوستان	٠/٥٦†	٠/٣٠†	٠/٤٠†	٠/٤٩†	٠/٦٠†	٠/٤٣†
	حمایت افراد مهم زندگی	٠/٤٦†	٠/٣٥†	٠/٢٤†	٠/٤٣†	٠/٥٢†	٠/٣٨†
	تاب‌آوری	٠/٦٠†	٠/٢٣†	٠/٣٩†	٠/٥٣†	٠/٥٧†	٠/٥٤†

*P<٠/٠٥، † P<٠/٠٠٠١

نتایج همبستگی (جدول ۲) نشان داد که تاب‌آوری (r=٠/٦٠)، حمایت دوستان (r=٠/٥٩)، حمایت خانواده (r=٠/٤٣)، حمایت افراد مهم زندگی (r=٠/٥١) و نمره‌ی کلی حمایت اجتماعی ادراک شده (r=٠/٥٨) با نمره کلی کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی‌داری دارند (P<٠/٠٠٠١). برای پیش‌بینی متغیر ملاک براساس متغیرهای پیش بین از رگرسیون چندگانه با روش ورود استفاده شد. ترتیب ورود متغیرها به معادله رگرسیون براساس میزان همبستگی متغیرهای پیش بین انتخاب شد. هر متغیری که همبستگی بالاتری داشت در ابتدا وارد معادله شد که در جدول ۳ قابل مشاهده است.

جدول۳- نتایج تحلیل رگرسیون به روش ورود (Enter) برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده

متغیر پیش بین	R2	R	F	B	β	t	P
تاب‌آوری	٠/٤٦	٠/٦٨	٤٨/٢٧	١/٢٥	٠/٣٥	٥/٤٤	<٠/٠٠١
حمایت دوستان				١٥/٤٤	٠/٣٤	٥/١٧	<٠/٠٠١
حمایت افراد مهم زندگی				٩/٨١	٠/٢٢	٢/٥٢	<٠/٠١٢
حمایت خانواده				-٦/٤٤	-٠/١٤	-١/٥٥	<٠/١٢٣

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

نتایج تحلیل رگرسیون ورود برای پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی، (جدول ۳) نشان داد که ٤٦ درصد واریانس متغیر کیفیت زندگی توسط متغیرهای تاب‌آوری، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم زندگی و حمایت خانواده تبیین می‌شود و مقدار مجذور همبستگی ۰/٤٦ با توجه به میزان F= ٤٨/٢٧ در سطح p<۰/۰۰۰۱ معنی‌دار است، اما حمایت اجتماعی خانواده در سطح معنی‌دار قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نبود. در کل، متغیرهای تاب‌آوری، دوستان و افراد مهم زندگی ٤٦ درصد واریانس کیفیت زندگی را پیش‌بینی کردند. برای تعیین نقش مهم‌ترین متغیر پیش بین و هم‌چنین حذف متغیرهایی که سهم چندانی در پیش‌بینی متغیر ملاک نداشتند از روش رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد (جدول ٤). نشان داد که در گام نخست، متغیر تاب‌آوری (r^2= ۰/۳۵) با توجه به میزان F= ۱۲۷/۰۵ در سطح p<۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود، یعنی ۳۵ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری تبیین شد. در گام دوم با اضافه شدن متغیر حمایت دوستان مقدار r_2= ۰/٤٤ افزایش یافت که با توجه به میزان F= ۹۱/۵۸ در سطح p<۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود، یعنی ٤٤ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت دوستان تبیین شد و در گام سوم متغیر حمایت افراد مهم زندگی وارد معادله شد که مقدار r^2= ۰/٤٥ افزایش یافت که با توجه به میزان F= ٦٣/١٨ در سطح p<۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود، یعنی ٤٥ درصد واریانس کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت دوستان و حمایت افراد مهم زندگی تبیین شد. اما حمایت خانواده وارد معادله نشد.

جدول۴- نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده

	متغیر پیش بین	R2	R	F	B	β	t	P
گام اول	تاب‌آوری	۰/۳۵	۰/٦۰	۱۲۷/۰۵	۲/۱٤	۰/٦۰	۱۱/۲۷	<۰/۰۰۰۱
گام دوم	تاب‌آوری	۰/٤٤	۰/٦۷	۹۱/۵۸	۱/۳۹	۰/۳۹	٦/٤٤	<۰/۰۰۰۱
	حمایت دوستان				۱٦/۷۱	۰/۳٦	٦/۰۵	<۰/۰۰۰۱
گام سوم	تاب‌آوری	۰/٤٥	۰/٦۷	٦۳/۱۸	۱/۲۲	۰/۳٤	۵/۳۰	<۰/۰۰۰۱
	حمایت دوستان				۱٤/۵۸	۰/۳۲	٤/۹۵	<۰/۰۰۰۱
	حمایت افراد مهم زندگی				۵/٦۳	۰/۱۳	۱/۹۹	<۰/۰٤۷

از آنجا که در بعضی از اختلالات روان تنی، جنسیت در میان بیماران متفاوت است، بنابراین برای تعیین این که آیا جنسیت می‌تواند رابطه‌ی بین متغیرهای پیش بین و ملاک را تعدیل نماید، برای اقدامات درمانی متناسب با جنس، روش رگرسیون تعدیل‌گر استفاده شد (جدول ۵). همان‌گونه که اطلاعات جدول ۵ نشان می‌دهد، هیچ کدام از متغیرهای پیش‌بین با تعامل جنسیت در سطح معنی‌داری قادر به پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی نبودند. (جدول ۵)

جدول۵- نتایج تحلیل رگرسیون تعدیل‌گر با روش هایز و ماتس

متغیر پیش بین	R	R2	Δ R2	F	B	β	t	P
تاب‌آوری	۰/۵۹۵	۰/۳۵٤		۱۲۷/۰۵	۲/۱۸	۰/۵۹۵	۱۱/۲۷	<۰/۰۰۰۱
جنسیت	۰/۵۹٦	۰/۳۵۵	۰/۰۰۱	٦۳/۵۷	-٤/٦۵	-۰/۳۰	-۰/٦٤	<۰/۵۲۲
تعامل تاب‌آوری و جنسیت	۰/۵۹٦	۰/۳۵۵	۰/۰۰	٤۲/۲۲	-۰/۰۸	-۰/۰٦	-۰/۲۲	<۰/۸۳۰
حمایت دوستان	۰/۵۸۵	۰/۳٤۲		۱۲۰/۵۷	۲٦/۱۸	۰/۵۸۵	۱۰/۹۸	<۰/۰۰۰۱
جنسیت	۰/۵۸۵	۰/۳٤۲	۰/۰۰	٦۰/۰۳	۰/۲۷	۰/۰۰۲	۰/۰۳۷	<۰/۹۷۱
تعامل حمایت دوستان و جنسیت	۰/۵۸۵	۰/۳٤۲	۰/۰۰	۳۹/۸٤	-۰/۱۳	-۰/۰۰٦	-۰/۰۲٦	<۰/۹۷۹
حمایت افراد مهم زندگی	۰/۵۰۵	۰/۲۵۵		۷۹/۲٤	۲۲/۱۹	۰/۵۰۵	۸/۹۰	<۰/۰۰۰۱
جنسیت	۰/۵۰٦	۰/۲۵٦	۰/۰۰۱	۳۹/۸۰	۵/۵۸	۰/۰٤	۰/۷۲٦	۰/۱۸۳
تعامل حمایت افراد مهم زندگی و جنسیت	۰/۵۱۱	۰/۲٦۱	۰/۰۰۵	۲۷/۰۳	-۵/٤۵	-۰/۲۸۵	-۱/۱٦۵	۰/۲٤۵
حمایت خانواده	۰/٤۳۳	۰/۱۸۸		۵۳/٦۰	۲۰/۵۷	۰/٤۳۳	۷/۳۲	<۰/۰۰۰۱
جنسیت	۰/٤۳٦	۰/۱۹۱	۰/۰۰۳	۲۷/۱۸	۷/۱۸	۰/۰۵۳	۰/۸۹٦	<۰/۰٦
تعامل حمایت خانواده و جنسیت	۰/٤٤۸	۰/۲۰۱	۰/۰۱۰	۱۹/۲۹	-۸/٦۹	-۰/٤٤۸	-۱/۷٤	<۰/۰۸

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده و تاب‌آوری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. نتایج نشان داد بین مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده، حمایت دوستان، حمایت افراد مهم زندگی و حمایت خانواده با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد. یافته‌های این مطالعه با نتایج تحقیقات قبلی همسو است.[۹-۱۳] نتایج مطالعه‌ای نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی به عنوان نیرومندترین و قوی‌ترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه‌ی موفقیت‌آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زاست و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند.[۶] عوامل مختلفی می‌توانند روی درک کیفیت زندگی تاثیر بگذارد؛ افرادی که از عوامل تسهیل‌کننده بیشتری مثل انعطاف‌پذیری و حمایت اجتماعی و خانوادگی برخوردارند، بسیار سریع‌تر با بیماری‌شان سازگار می‌شوند و بیماری کمتر بر کیفیت زندگی آن‌ها تاثیر می‌گذارد.[۲۹] در پژوهش شاره و همکارانش، که از سه بعد حمایت اجتماعی ادراک شده، دو بعد دوستان و خانواده بیشترین نقش را در تبیین کیفیت زندگی بیماران دیابتی داشتند.[۱۲] در پژوهش حاضر، دو بعد دوستان و افراد مهم زندگی قدرت پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی داشتند. افراد دیابتی به خاطر شرایطی که در زندگی دارند، نیازمند حمایت همه جانبه هم از سوی جامعه و هم از سوی خانواده هستند. برنامه‌ی رژیمی این افراد به گونه ای است که باید تمامی اعضای خانواده آن را بپذیرند تا بتوانند سلامت جسمی و روانی این افراد را تقویت کنند. افرادی که از لحاظ رژیمی مورد حمایت قرار نمی‌گیرند، معمولا مجبورند هر غذایی و رژیمی را در خانه بپذیرند و با مصرف آن‌ها بیماری آن‌ها عود کند. از طرف دیگر رژیم‌های دارویی این افراد بسیار پیچیده است، زیرا نیازمند تزریق انسولین و یا مصرف دارو در چندین نوبت در روز هستند و اگر حمایتی از طرف خانواده صورت نگیرد، این افراد به تنهایی نمی‌توانند از پس این مشکلات برآیند. لذا نتیجه گرفته می‌شود حمایت‌های فردی، خانواده و دوستان می‌توانند نقش به سزایی در کیفیت زندگی این افراد داشته باشند. اما یافته‌های مربوط به رگرسیون گام به گام نشان داد که حمایت خانواده در میزان کیفیت زندگی این بیماران نقش زیادی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نداشت، اما میزان حمایت دوستان نقش مهم‌تری داشت. اما این یافته تا اندازه‌ای متناقض به نظر می‌رسد، زیرا خانواده مهم‌ترین عامل حمایتی برای بهبود کیفیت زندگی این بیماران است. اما نکته‌ای که باید در این تناقض مد نظر داشت این است که دامنه‌ی سنی افراد دیابتی بسیار گسترده و از ۱۸ تا ۶۲ سال متغیر است. میانگین سنی ٤٤ سال با انحراف معیار ۱٦ سال نشان می‌دهد که نمونه این پژوهش از نظر سنی بسیار پراکنده است و افرادی به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند که یا در سنین پایین بوده که این خود بیانگر این است که توجه به دوستان و فاصله گرفتن از خانواده از ویژگی‌های این دوران است و یا افرادی در سنین بالا بودند که مشکلات خانوادگی به خاطر سنین میانسالی و پیری در آن‌ها بالاتر است. بنابراین بهتر است در پژوهش‌های آتی، متغیر سن به عنوان یک متغیر کنترل در نظر گرفته شود.

تاب‌آوری نیز با کیفیت زندگی و مولفه‌های آن ارتباط داشت. هم‌چنین، در خصوص رابطه‌ی بین متغیرها باید اشاره کرد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنی‌داری وجود داشت، به نحوی که با افزایش تاب‌آوری، کیفیت زندگی هم افزایش می‌یافت. نتایج این مطالعه با پژوهش قبلی همسو است.[۱٦] ماستن[i]،[۳۰] تاب‌آوری افراد را عامل توانمندی آنان در راستای تغییر نتایج حوادث ناگوار در جهت مثبت و کمک به حفظ سلامتی شخص می‌داند. کاپلان[ii][۳۱] معتقد است اشخاص تاب‌آور در رفتارهای ارتقای سلامتی مشارکت بیشتری دارند و از درگیری در فعالیت‌های روزانه استقبال می‌کنند، از چالش لذت می‌برند و تغییر را به جای ثبات ترجیح می‌دهند. برای تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که کیفیت زندگی در بردارنده‌ی رضایت از زندگی است، ممکن است تاب‌آوری با تاثیر بر نوع احساس و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای افراد فراهم سازد و موجب ارتقاء کیفیت زندگی شود. در یک نگاه کلی، هدف از درمان بیماران دیابتی نوع ۲ نه تنها افزایش طول عمر آن‌ها است، بلکه برخورداری از کیفیت زندگی مطلوب اهمیت خاصی در این بیماران دارد که بتوانند از رژیم‌ها و دستورات درمانی پزشک تبعیت کنند. با توجه به وجود ارتباط بین تاب‌آوری و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی، لازم است مراقبان بهداشت و سلامت پیوسته نیازهای حمایتی بیماران را از نظر کیفیت و

i - Masten
ii - Kaplan

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

کمیت بررسی کنند و در جهت بالا بردن سطح تاب‌آوری و دریافت و درک حمایت اجتماعی اقدام کنند و با آموزش تاب‌آوری و بسیج منابع حمایتی موجود، به ویژه تعامل با دوستان و افراد مهم و معنی‌دار در زندگی، در جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران قدم بردارند.

از دیگر نتایج پژوهش حاضر، پیش‌بینی متغیر کیفیت زندگی توسط تاب‌آوری و مولفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده با توجه به نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت است که نتایج نشان داد که اثر تعاملی جنسیت با تاب‌آوری و مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک شده در سطح معنی‌داری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نیست. عدم وجود ارتباط بین جنسیت و کیفیت زندگی با مطالعات توبین و همکارانش و رامبد و رفیعی هم‌خوانی دارد.[۲۲،۲۳] برای تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که ارتباط بین متغیر پیش‌بین با متغیر ملاک یعنی حمایت اجتماعی و تاب‌آوری با کیفیت زندگی در پسران و دختران یک سان است و هیچ تفاوتی بین این دو گروه مشاهده نمی‌شود.

نتایج این پژوهش نشان داد که سازه‌های تاب‌آوری و حمایت دوستان و شخص به عنوان متغیرهای پیش بین به روش ورود، ٤٦ درصد و به روش گام به گام، ٤٥ درصد واریانس متغیر ملاک یعنی کیفیت زندگی را تبیین کردند، اما مولفه حمایت خانواده در رگرسیون ورود در سطح معنی‌دار قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی نبود و در رگرسیون گام به گام این مولفه وارد معادله نشد. بنابراین می‌توان چنین تبیین کرد که نقش دوستان، خود فرد و تاب‌آوری در میزان کیفیت زندگی نقش مهم و قابل ملاحظه‌ای است؛ بنابراین لازم است که مددکاران و متخصصان این حوزه در درمان و سطوح مختلف پیشگیری این افراد، هم به عوامل حمایتی و هم عوامل روانشناختی توجه ویژه‌ای داشته باشند.

این پژوهش با محدودیت‌هایی همراه بود. استفاده از بیماران دارای پرونده در شبکه بهداشت و درمان صدیقه طاهره (س) شهرستان لامرد و پژوهش روی بیمارانی با تحصیلات حداقل پنجم دبستان تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. با توجه به این که دیابت یک مشکل بهداشت عمومی جدی است که کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند و می‌تواند منجر به عوارض حاد و مزمن شود و یک علت مهم ناتوانی و مرگ در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود، پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهش‌گران سازه‌های روان‌شناسی مرتبط دیگر را مورد ارزیابی قرار دهند و متخصصان و دیگر اعضای تیم سلامت با آموزش تاب‌آوری و دیگر سازه‌های مرتبط در ارتقای سطح کیفیت زندگی این بیماران تلاش کنند. پژوهش‌گر برای افزایش گروه نمونه، بسیاری از متغیرهای جمعیت شناختی را نتوانست کنترل کند که از محدودیت‌های دیگر پژوهش است؛ بنابراین بهتر است در پژوهشی جداگانه متغیرهای جمعیت شناختی در نظر گرفته شود و نقش این متغیرها در پیش‌بین کیفیت زندگی این بیماران در نظر گرفته شود.

سپاسگزاری: در پایان از جناب آقای کرامت‌فر مدیریت محترم شبکه بهداشت و درمان صدیقه طاهره لامرد که کمال همکاری را با اینجانب نمودند، صمیمانه تشکر می‌کنم.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی را اعلام نکرده‌اند.

References

1. Henry D, Bernard S. Life manner with diabetes. Trans. by Panahi A. Tehran; Javid: 1989; 43.
2. McDuffie RH, Struck L, Burshell A. Empowerment for diabetes management: integrating true self- management into the medical treatment and management of diabetes mellitus. Ochsner J 2001; 3: 149-57.
3. Morowati Sharifabad MA, Mazloomy Mahmoodabad S, Baghaiani Moghadam MH, Tonekaboni NR. Relationships between locus of control and adherence to diabetes regimen in a sample of Iranians. Int J Diabetes Dev Ctries 2010; 30: 27-32. [Farsi]
4. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. Medicine 2006; 34: 61-2.
5. Delavari A, Mahdavi Hazaveh A, Norozi Nejad A, Yarahmadi Sh, Taghipour M. The National Diabetes Prevention and Control Programme. 2nd ed. Tehran: Seda Publishing Center; 2003: 52-9.
6. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and selfmanagement of diabetes. Clin Diabetes 2004; 22: 123-27.
7. Gries FA, Alberti KG. Management of non-insulin dependent diabetes mellitus in Europe: A consensus statement. IDF Bull 1987; 32: 169-74.
8. Murakado N, Inagaki M, Tasaki K, Inoue K. Development of a Resilience Scale for adult-onset type 2 diabetes patients - Evaluation of reliability and validity. Journal of Tsuruma Health Science Society Kanazawa University 2013; 37: 33-45.
9. Ersoy- Kart M, Guldo O. Vulnerability to stress, perceived social support and coping styles among chronic Hemodialysis patient. Dial Transplant 2005; 34: 662-7.
10. Heydari S, Salahshourian Fard A, Rafiee F, Hoseini F. Correlation of perceived social support from different supportive sources and the size of social network with

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

quality of life in cancer patients. J Kashan Univ Med Sic 2009; 22: 8-18. [Farsi]
11. Trief PM, Ploutz-Snyder R, Britton KD, Weinstock RS. The relationship between marital quality and adherence to the diabetes care regimen. Ann Behav Med 2004; 27: 148-54. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15184090
12. Share H, Soltani E, Ghasemi, A. The survey percieved social support in predicting quality of life in patients with type 2 diabetes. Zahedan Univ Med Sci J 2011; 14: 82-4. [Farsi]
13. Souri A, Ashoori J. The relationship between perceived social support, psychological hardiness and family communication patterns with quality of life among patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing 2015; 3: 53-65. [Farsi]
14. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depression Anxiety 2003; 18: 76-82.
15. American Psychological Association 2008: http// apahelpcenter. org/ feat ured topics/. The American psychological Association, The Road to Resilience onlyne. http//helping.apa.org/resilience 90: 9, 2008.
16. Wang RH, Lee YJ, Shin SHJ. The Paths of Social Support, Resilience, and Emotional Distress on Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. 26TH International Nursing Research Congress. 25 July 2015.
17. Ong AD, Edwards L, Bergeman CS. Hope as a source of resilience in later adulthood. Pers Individ Dif 2006; 41: 1263-73.
18. Lakzaei H, Mansuri A, Bamari F , Khammari M , Nouri Sanchouli H. An Investigation of the Relationship between Perceived Social Support and Resilience in Diabetic Patients Referring to Ali Asghar Clinic of Zahedan. J Diabetes Nurs 2015; 2: 16-24.[Farsi]
19. Heidarzade M, Zaman Zade V, Lak dizji C. The analysis of quality of life in hemodialysis patients. Nursing and midwifery Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2006; 1: 9-25. [Farsi]
20. Goldney R, Phillips P, Fisher L, Wilson D. Diaetes, Depression, and Quality of Life. Diabetes Care 2004; 27: 1066- 70.
21. Sedaghati Kasbakhi M, Ehsani M, Ghanbari A. The comparison between the quality of life in diabetes patients having type 2 with non- diabetic people. Journal of Babol University of Medical Sciences 2003; 9: 55-60. [Farsi]
22. Tovbin D, Gidron Y, Granovsky R, Schnieder A. Relative importance and interrelation between psychosocial factors and individualized quality of life of Hemodialysis patients. Qual Life Res 2003; 12: 709-17. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14516180
23. Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. Iran J Nurs Res 2009; 3: 85-94. [Farsi]. Available from: URL: http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/72913885808.pdf
24. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Farley G. The multidimensional scale of perceived social support. J Person Asses 1988; 52: 30-41. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2280326
25. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet and comm.-unication: Perceived social support and loneliness as antecedent variables. Psychol Studies 2009; 5: 81-102. [Farsi]
26. Besharat MA, Abbaspour T. Relationship between metacognitive strategies and creativity with resilience in students. New Finding Psychology 2011; 109-22. [Farsi]
27. WHOQOL group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version, World Health Organization, Geneva 1996. Available from: URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
28. Nedjat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh R. The world health organization quality of life (WHOQOLBREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. J Sch Public Health Inst Public health Res 2006; 4: 1-12. [Farsi]
29. Al-Arabi S. Social support, coping methods and quality of life in Hemodialysis patient. PHD Dissertation, Galveston, University of Texas 2003.
30. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. Am Psychol 2001; 56: 227-38. Available from: URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11315249.
31. Kaplan HB. Toward the understanding of resilience: Acritical review of definitions and models, in MD Glantz & JL Johonson (eds), Resilience and development: Positive life adaptations, Plenum, NewYork 2002.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]

Original Article

The Role of Perceived Social Support and Resilience in Predicting the Quality of Life in patients with Type 2 Diabetes

Aghayousefi A[1], Amini F[2], Dehestani M[2], Salary S[3]

[1]Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Qom, Iran, [2]Department of Psychology, Faculty of Humanities, Payame Noor University, Tehran, Iran, [3]Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, I.R. Iran

e-mail: f.amini83@gmail.com

Received: 22/06/2016 **Accepted**: 21/12/2016

Abstract

Introduction: The purpose of present study was to evaluate the role of perceived social support and resilience in predicting quality of life in patients with type 2 diabetes in Lamerd, Iran. Materials and Methods: The population of this study included all patients with type 2 diabetes who had documented information in the SedigheTahere Health Services Center of Lamerd. From among these patients, 234 were selected by the simple random sampling method. Data collection tools used in this study were the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Resilience Scale (RS) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). This study was conducted based on the descriptive correlation method. Pearson correlation and regression analysis were used to analyze data. Results: Results of Regression analysis suggested that resilience, the support of friends and individual support predicted 46 percent of the variance in quality of life, demonstrating there was a positive and significant relationship between dimension perceived social support and resilience with quality of life. Conclusion: Considering the fact that support of friends and individual support and resilience are meaningful predictors of quality of life, promotion and enhancement of such factors can positively influence the quality of life in patients with type 2 diabetes.

Keywords: Type 2 diabetes, Quality of life, Perceived social support, Resilience

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-20]