

## پیش‌بینی شادکامی براساس امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد

## مبتلا به دیابت نوع ۲

سعیده کبیری<sup>۱</sup>، داریوش مهر افزون\*<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، تهران  
<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی بالینی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، تهران (نویسنده مسئول)  
 d.mehrafzoon@gmail.com

## چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر پیش‌بینی شادکامی براساس امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۴۰ نفر افراد مراجعه کننده به مرکز غربالگری دیابت غرب تهران در سال ۱۴۰۳ بود. افراد مورد مطالعه به روش نمونه گیری تصادفی آسان انتخاب شدند. جهت گردآوری داده ها در این پژوهش از پرسشنامه های شادکامی آرگیل و دیگران (۱۹۸۹)، امید به زندگی اشنایدر، هریس، اندرسون، ولران و اروینگ (۱۹۹۱) و حمایت اجتماعی ادراک شده زیمت، داهم، زیمت و فارلی (۱۹۸۸) استفاده شد. تحلیل‌های آماری مذکور با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شدند. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که ۲۷ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی شادکامی، توانست توسط متغیرهای امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده تبیین شود. همچنین، بین امید به زندگی با ضریب همبستگی ۰.۱۷ در سطح ۰.۹۹ و مؤلفه آن از جمله تفکر عاملی با ضریب همبستگی ۰.۲۷ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری با شادکامی وجود داشت. نهایتاً، بین حمایت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰.۳۸ و مؤلفه‌های آن از جمله حمایت خانواده با ضریب همبستگی ۰.۳۱، حمایت دوستان با ضریب همبستگی ۰.۳۱ و حمایت افراد مهم با ضریب همبستگی ۰.۳۳ رابطه مثبت معناداری با شادکامی وجود داشت.

واژه‌های کلیدی: شادکامی، امید به زندگی، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، دیابت نوع ۲.

## مقدمه

دیابت<sup>۱</sup> یک اختلال متابولیک مزمن و پیچیده است، که با هیپرگلیسمی<sup>۲</sup> پایدار ناشی از نقص در تولید یا عملکرد انسولین تعریف می‌شود (یامنی<sup>۳</sup>، ۲۰۲۴). این بیماری یکی از چالش‌های مهم در حوزه بهداشت عمومی محسوب می‌شود، که در سه نوع اصلی دیابت نوع ۱<sup>۴</sup>، دیابت نوع ۲ و دیابت بارداری<sup>۵</sup> طبقه‌بندی می‌شود (پاتیل<sup>۶</sup>، چاوان<sup>۷</sup>، پاتل<sup>۸</sup>، چاوان<sup>۹</sup> و بوپاله<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۳). در این میان، دیابت نوع ۲، که به مقاومت به انسولین و کاهش نسبی ترشح آن مرتبط است، می‌تواند منجر به عوارض جدی و گسترده‌ای از جمله نوروپاتی<sup>۱۱</sup>، بیماری کلیوی و مشکلات چشم شود (مارسلا<sup>۱۲</sup>، آنا<sup>۱۳</sup>، بیاتریز<sup>۱۴</sup>، جوامیرا<sup>۱۵</sup>، پلوکاس<sup>۱۶</sup> و دیگران، ۲۰۲۴). این شرایط نه تنها بر توانایی افراد در پیروی از برنامه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد، بلکه موجب کاهش سطح شادکامی آنان نیز می‌شود. شادکامی<sup>۱۷</sup>، مفهومی چندبعدی است که شامل موفقیت‌های عینی مانند دستاوردهای شغلی و مادی، احساس درونی رضایت و خرسندی از تحقق اهداف، و همچنین واکنش اخلاقی مثبت نسبت به زندگی و ارزش‌های فرد می‌شود. در این نگاه، شادکامی ترکیبی از رضایت روانی، کامیابی بیرونی، و همخوانی با اصول اخلاقی و معنایی است (یاشکینا<sup>۱۸</sup> و پاخومووا<sup>۱۹</sup>، ۲۰۲۴). در افراد مبتلا به دیابت، شرایط روانی و عاطفی ناشی از روبارویی مستمر با محدودیت‌ها و دشواری‌های مرتبط با بیماری، می‌تواند به بروز فشار روانی قابل توجه و کاهش شادکامی منجر شود (کالرا<sup>۲۰</sup>، ساگیلی<sup>۲۱</sup>، سانیا<sup>۲۲</sup>، تالوکار<sup>۲۳</sup>، پولواراپو<sup>۲۴</sup> و دیگران، ۲۰۲۱). این بیماران گاه به دلیل احساس محدودیت در فعالیت‌های روزمره، نگرانی از عوارض بلندمدت بیماری و نیاز به پذیرش نقش بیمار به‌عنوان بخشی از هویت خویش، افزایش خلق منفی را تجربه می‌کنند (مانگولیا<sup>۲۵</sup>، ملیونیس<sup>۲۶</sup>، ولاچو<sup>۲۷</sup> و ایلیا<sup>۲۸</sup>، ۲۰۲۴). براین اساس، با توجه به اینکه دیابت می‌تواند علاوه بر سلامت جسمانی، جنبه‌های روانشناختی زندگی را نیز به شدت تحت تأثیر قرار دهد، می‌توان گفت که بررسی عوامل مؤثر بر شادکامی بیماران مبتلا به این بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. یکی از این عوامل، امید به زندگی است.

<sup>۱</sup>. diabetes

<sup>۲</sup>. hyperglycemia

<sup>۳</sup>. Yameny, A. A.

<sup>۴</sup>. type 1 diabetes

<sup>۵</sup>. gestational diabetes

<sup>۶</sup>. Patil, S. R.

<sup>۷</sup>. Chavan, A. B.

<sup>۸</sup>. Patel, A. M.

<sup>۹</sup>. Chavan, P. D.

<sup>۱۰</sup>. Bhopale, J. V.

<sup>۱۱</sup>. neuropathy

<sup>۱۲</sup>. Marcella, M. P.

<sup>۱۳</sup>. Ana, E. B. C.

<sup>۱۴</sup>. Beatriz, S. B. M.

<sup>۱۵</sup>. Joamira, P.

<sup>۱۶</sup>. Lucas, I. F.

<sup>۱۷</sup>. happiness

<sup>۱۸</sup>. Yashkina, V.

<sup>۱۹</sup>. Pakhomova, O.

<sup>۲۰</sup>. Kalra, S.

<sup>۲۱</sup>. Sagili, V. B. R.

<sup>۲۲</sup>. Sanyal, D.

<sup>۲۳</sup>. Talwalkar, P. G.

<sup>۲۴</sup>. Polavarapu, N. K.

<sup>۲۵</sup>. Mangoulia, P.

<sup>۲۶</sup>. Milionis, C.

<sup>۲۷</sup>. Vlachou, E.

<sup>۲۸</sup>. Ilias, I.

امید به زندگی<sup>۲۹</sup>، مفهومی چندبعدی است که به باور و انتظار افراد درباره احتمال تحقق اهداف و خواسته‌هایشان در آینده اشاره دارد (هیلدرینک<sup>۳۰</sup>، پوس<sup>۳۱</sup>، لیمریجسه<sup>۳۲</sup> و هینز<sup>۳۳</sup>، ۲۰۲۲) و در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تحت تأثیر عوامل پیچیده‌ای نظیر مرحله پیشرفت بیماری، شدت و مدت زمان ابتلا، نوع و کیفیت مراقبت‌های پزشکی و حمایتی قرار می‌گیرد. دیابت به‌عنوان یکی از بیماری‌های مزمن، به دلیل نقش آن در ایجاد عوارض جدی نظیر بیماری‌های قلبی عروقی، نارسایی کلیه و نوروپاتی دیابتی، می‌تواند طول عمر افراد را به‌طور قابل‌توجهی کاهش داده و با پیامدهای جسمی و روانی همراه باشد که تأثیر عمیقی بر کاهش امید به زندگی مبتلایان دارد (تومیچ<sup>۳۴</sup>، مورتون<sup>۳۵</sup>، چن<sup>۳۶</sup>، سلیم<sup>۳۷</sup>، گریگ<sup>۳۸</sup> و دیگران، ۲۰۲۲). این در حالی است که دسترسی به مراقبت‌های پزشکی باکیفیت می‌تواند امید به زندگی بیماران دیابتی را بهبود بخشد (یاسوناکا<sup>۳۹</sup>، تسوگیهایشی<sup>۴۰</sup>، هایاشی<sup>۴۱</sup>، ایدا<sup>۴۲</sup>، هیروسه<sup>۴۳</sup> و دیگران، ۲۰۲۳). با این وجود، ماهیت مزمن بیماری، دشواری کنترل قند خون و عوارض ناتوان‌ساز و تهدیدکننده آن نه‌تنها ابعاد جسمی فرد مبتلا را تحت فشار قرار می‌دهد، بلکه بر عملکرد روانی او نیز اثرات منفی می‌گذارد و توان سازگاری با شرایط دشوار را کاهش می‌دهد (پشت‌یافته و دیگران، ۱۴۰۳)، که این امر در نهایت می‌تواند امید به زندگی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. همچنین، طبق نظر جرادات<sup>۴۴</sup> و جرادات<sup>۴۵</sup> (۲۰۲۴)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، یکی دیگر از عواملی که می‌تواند در شادکامی افراد تأثیرگذار باشد. حمایت اجتماعی ادراک‌شده<sup>۴۶</sup>، به درک فرد از میزان در دسترس بودن، کیفیت و اثربخشی حمایت ارائه‌شده از سوی سه منبع اصلی، یعنی خانواده، دوستان و دیگران مهم اشاره دارد (سعودی<sup>۴۷</sup>، رحمت<sup>۴۸</sup>، لستاری لولوآلو<sup>۴۹</sup> و زین‌الدین<sup>۵۰</sup>، ۲۰۲۴). این حمایت می‌تواند شامل جنبه‌های مختلفی از حمایت عاطفی، ابزاری و اطلاعاتی باشد که فرد در مواجهه با چالش‌ها یا شرایط استرس‌زا از آن بهره‌مند می‌شود (ارزین<sup>۵۱</sup>، ارزین<sup>۵۲</sup> و محمد<sup>۵۳</sup>، ۲۰۲۳). این سازه روانشناختی نقش مهمی در سلامت روانی و جسمانی ایفا می‌کند و می‌تواند به‌عنوان یک عامل محافظتی در برابر استرس و اختلالات روانشناختی عمل کند (وودز<sup>۵۴</sup> و رایت<sup>۵۵</sup>، ۲۰۲۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده در مدیریت دیابت، به‌ویژه دیابت نوع ۲، تأثیر قابل‌توجهی بر پیروی از درمان و رفاه کلی افراد دارد (سالیناس-رهبین<sup>۵۶</sup>، اورتیز<sup>۵۷</sup> و

<sup>۲۹</sup>. life expectancy hope

<sup>۳۰</sup>. Hilderink, H.

<sup>۳۱</sup>. Poos, R.

<sup>۳۲</sup>. Leemrijse, C. J.

<sup>۳۳</sup>. Heins, M.

<sup>۳۴</sup>. Tomic, D.

<sup>۳۵</sup>. Morton, J. I.

<sup>۳۶</sup>. Chen, L.

<sup>۳۷</sup>. Salim, A.

<sup>۳۸</sup>. Gregg, E. W.

<sup>۳۹</sup>. Yasunaka, M.

<sup>۴۰</sup>. Tsugihashi, Y.

<sup>۴۱</sup>. Hayashi, S.

<sup>۴۲</sup>. Iida, H.

<sup>۴۳</sup>. Hirose, M.

<sup>۴۴</sup>. Jaradat, S. I.

<sup>۴۵</sup>. Jaradat, A. M.

<sup>۴۶</sup>. perceived social support

<sup>۴۷</sup>. Saudi, A. N. A.

<sup>۴۸</sup>. Rahmat, S. B.

<sup>۴۹</sup>. Lestari Loloallo, V.

<sup>۵۰</sup>. Zainuddin, N. I.

<sup>۵۱</sup>. Arzeen, N.,

<sup>۵۲</sup>. Arzeen, S.

<sup>۵۳</sup>. Muhammad, H.

<sup>۵۴</sup>. Woods, W. C.

<sup>۵۵</sup>. Wright, A. G.

<sup>۵۶</sup>. Salinas-Rehbein, B.

<sup>۵۷</sup>. Ortíz, M. S.

روبلز<sup>۵۸</sup>، ۲۰۲۴). در واقع این حمایت، چه از سوی خانواده، دوستان یا سازمان‌ها، می‌تواند با تشویق رفتارهای سالم‌تر و کاهش استرس، به مدیریت مؤثر دیابت کمک کند (استنبرگ<sup>۵۹</sup> و هلم<sup>۶۰</sup>، ۲۰۲۴). از طرفی کاراتاش<sup>۶۱</sup> (۲۰۲۳)، در بررسی خود نشان‌داد بیمارانی که حمایت بیشتری از طرف افراد مهم زندگی خود دریافت می‌کنند، به احتمال بیشتری به رعایت و پایبندی به رژیم‌های درمانی می‌پردازند.

در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، متغیرهای روان‌شناختی مانند امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده نقش مهمی در بهبود شادکامی و کیفیت زندگی دارند. امید به زندگی با ایجاد نگرش مثبت نسبت به آینده، انگیزه‌ی مراقبت از خود و سازگاری با شرایط بیماری را افزایش می‌دهد. حمایت اجتماعی نیز از طریق کاهش تنش‌های روانی و تقویت احساس تعلق و توانمندی، به ارتقای بهزیستی هیجانی و شادکامی بیماران کمک می‌کند. با این حال، پژوهش‌های گذشته بیشتر به همبستگی ساده بین این متغیرها پرداخته‌اند و سازوکارهای علی و نقش ابعاد مختلف حمایت اجتماعی کمتر بررسی شده‌اند؛ از این رو انجام مطالعات جدید در این زمینه ضروری است. به طور مثال در بررسی شو<sup>۶۲</sup>، مائو<sup>۶۳</sup> و چنگ<sup>۶۴</sup> (۲۰۲۴) اثر مستقیم و غیرمستقیم سه نوع حمایت اجتماعی بر شادی سالمندان؛ در مطالعه وی<sup>۶۵</sup> (۲۰۲۴) رابطه بین حمایت اجتماعی و شادی و تأثیر تعدیلی وضعیت تأهل و در پژوهش پلیجینگ<sup>۶۶</sup>، برگر<sup>۶۷</sup> و ون اکسل<sup>۶۸</sup> (۲۰۲۱) رابطه بین امید و بهزیستی ذهنی، به تفکیک بررسی و تایید شده‌است. براین اساس پژوهش حاضر درصدد پاسخ به این سوال است که آیا شادکامی براساس امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، قابل است؟

## روش شناسی

این پژوهش کاربردی به شیوه توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۴۰ نفر افراد مراجعه کننده به مرکز غربالگری دیابت غرب تهران در سال ۱۴۰۳ بود. افراد مورد مطالعه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد غیر دیابتی بودند که به روش نمونه گیری تصادفی آسان انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. **ملاک‌های ورود به نمونه:** شرایط شرکت در پژوهش عبارت بود از حداقل تحصیلات سیکل، نداشتن سابقه تشخیص اختلال روانی، رعایت ملاک سنی (۲۰ الی ۴۰ سال) و اعلام رضایت از شرکت در پژوهش. **ملاک‌های خروج از نمونه:** شرایط خروج از پژوهش عبارت بود از اعتیاد به سوء مصرف مواد، الکل یا مصرف داروهای روانگردان، اعلام نارضایتی از شرکت در پژوهش، حضور همزمان در کلاس‌ها و یا دوره‌های رواندرمانی یا مداخله روانشناختی و نقص در پرسشنامه‌ها. داده‌های مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه‌های شادکامی آرگیل<sup>۶۹</sup>، مارتین<sup>۷۰</sup> و کراسلند<sup>۷۱</sup> (۱۹۸۹)، امید به زندگی اشنايدر<sup>۷۲</sup>، هریس<sup>۷۳</sup>، اندرسون<sup>۷۴</sup>، ولران<sup>۷۵</sup> و اروینگ<sup>۷۶</sup> (۱۹۹۱) و حمایت

<sup>۵۸</sup> Robles, T. F.

<sup>۵۹</sup> Stenberg, J.

<sup>۶۰</sup> Hjelm, K.

<sup>۶۱</sup> Karataş, D.

<sup>۶۲</sup> Xu, L.

<sup>۶۳</sup> Mao, C.

<sup>۶۴</sup> Cheng, K.

<sup>۶۵</sup> Wei, Y.

<sup>۶۶</sup> Pleeing, E.

<sup>۶۷</sup> Burger, M.

<sup>۶۸</sup> Van Exel, J.

<sup>۶۹</sup> Argyle, M.

<sup>۷۰</sup> Martin, M.

<sup>۷۱</sup> Crossland, J.

<sup>۷۲</sup> Snyder, C. R.

<sup>۷۳</sup> Harris, C.

<sup>۷۴</sup> Anderson, J. R.

اجتماعی ادراک شده زیمت<sup>۷۷</sup>، داهم<sup>۷۸</sup>، زیمت<sup>۷۹</sup> و فارلی<sup>۸۰</sup> (۱۹۸۸) گردآوری و با استفاده از آزمون رگرسیون خطی همزمان و همبستگی و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۳ تحلیل شد.

**شادکامی:** پرسشنامه شادکامی توسط آرگیل و دیگران (۱۹۸۹) به منظور سنجش برداشت فرد از میزان برخورداری اش از جنبه های مختلف شادکامل نظیر خودپنداره، رضایت از زندگی، آمادگی روانی، سر ذوق بودن، احساس زیبایی شناختی، خودکارآمدی و امیدواری طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۹ گویه است و در یک طیف لیکرت با ۴ گزینه تکمیل شده است. در این پرسشنامه گزینه های پاسخ ثابتی وجود ندارد و پرسشنامه به اینصورت تکمیل شد که جملاتی درباره شادکامی شخصی وجود دارد و از پاسخ دهنده خواسته شد تا هر ۴ عبارت در ۲۹ گروه را بخواند و سپس یک جمله از هر گروه که به بهترین وجه احساسش در هفته گذشته و امروز را نشان می دهد مشخص کند. بر این اساس پایین ترین نمره در این پرسشنامه ۲۹ و بالاترین نمره ۱۱۶ است. نمره پایین تر در این پرسشنامه به معنی شادکامی پایین تر و نمره بالاتر به معنی شادکامی بالاتر بود. آرگیل و دیگران (۱۹۹۲) جهت تعیین پایایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب ۰/۹۰ را گزارش دادند. در ایران و در پژوهش کاشانکی، بشارت و رجیبان تابش (۱۳۹۷) ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های بخشش خود، بخشش دیگران، بخشش موقعیتهای و مجموع بخشش در به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱، ۰/۷۰ و ۰/۸۱ ارزیابی شده است که نشان دهنده همسانی درونی مطلوب میساست.

**امید به زندگی:** پرسشنامه امید به زندگی توسط اشنایدر و دیگران (۱۹۹۱) به منظور سنجش امید به آینده و امید به زندگی طراحی شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودسنجی است که شامل ۱۲ گویه است و در یک طیف لیکرت با ۵ گزینه (گزینه کاملاً موافق: نمره ۵، گزینه موافق: نمره ۴، گزینه تا حدی موافق: نمره ۳، گزینه مخالف: نمره ۲ و گزینه کاملاً مخالف: نمره ۱) تکمیل شده است. بر این اساس پایین ترین نمره در این پرسشنامه ۱۲ و بالاترین نمره ۶۰ است. نمره پایین تر در این پرسشنامه به معنی امید به زندگی پایین تر و نمره بالاتر به معنی امید به زندگی بالاتر است. اشنایدر و دیگران (۲۰۰۰) اعتبار آن را از طریق بازآزمایی بعد از ۳ هفته ۰.۸۵ گزارش کرده اند. در پژوهشی که گلزاری (۱۳۸۶)؛ به نقل از بیجاری، قنبری هاشم آبادی و آقامحمدیان شعرباف، (۱۳۸۸) بر روی ۶۶۰ دانش آموز دختر در تهران انجام داد، پایایی مقیاس امید به زندگی اشنایدر با روش همسانی درونی بررسی شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۹ به دست آمد. در پژوهش مرادی و فتحی (۱۳۹۵) با آلفای کرونباخ برای نمره کل این پرسشنامه ۰.۷۵ گزارش شد.

**حمایت اجتماعی ادراک شده:** پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده را زیمت و دیگران (۱۹۸۸) به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد معنادار دیگر در زندگی فرد تهیه کرده اند. این ابزار ۱۲ گویه را شامل است که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از نمره یک برای کاملاً مخالفم تا پنج برای کاملاً موافقم" قرار دارد. تمامی گویه ها به صورت مستقیم نمره گذاری شدند. مؤلفان این ابزار و محققان بسیاری (از جمله ادواردز<sup>۸۱</sup>، ۲۰۰۴؛ به نقل از غنچه و گل پور، ۱۴۰۱) از پایایی و روایی این ابزار حمایت کرده اند. افشاری (۱۳۸۶)؛ به نقل از زمانی زارچی، صیادی و صفریور، (۱۳۹۹) رابطه مثبت و معناداری میان نمرات این مقیاس و خرده مقیاس های آن با رضایت از زندگی به دست آورد که نشان دهنده قابلیت اعتماد همگرا و واگرای این مقیاس است. همچنین در بررسی ویژگی های روانسنجی این مقیاس توسط بشارت

<sup>۷۵</sup>. Holleran, S. A.

<sup>۷۶</sup>. Irving, L. M.

<sup>۷۷</sup>. Zimet, G.

<sup>۷۸</sup>. Dahlem, N.

<sup>۷۹</sup>. Zimet, S.

<sup>۸۰</sup>. Farley, G.

<sup>۸۱</sup>. Edwards

(۱۳۸۶) در نمونه‌هایی از دانشجویان و جمعیت عمومی ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه ۰.۹۱ محاسبه شد و ضرایب همسانی درونی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده را تایید کرد.

### یافته‌های پژوهش

براساس اطلاعات جمعیت‌شناختی تعداد ۲۳۰ نفر در این پژوهش شرکت کردند که از این تعداد، ۶۱.۳۰ درصد افراد زن، ۳۸.۷۰ درصد افراد مرد بودند. همچنین، ۴۰.۴۳ درصد افراد مجرد و ۵۹.۱۳ درصد افراد متأهل بودند. از طرفی ۰.۴ درصد پاسخی به سؤال ندادند. سن ۹.۱۳ درصد افراد بین ۲۰ تا ۲۵ سال، ۱۹.۶ درصد بین ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۷.۸ درصد بین ۳۱ تا ۳۵ سال و ۴۲.۲ درصد بین ۳۶ تا ۴۰ سال بود. از طرفی ۱.۳ درصد نیز پاسخی به سؤال ندادند. در نهایت، تحصیلات ۵.۷ درصد در سطح سیکل، ۱۶.۵۰ درصد در سطح دیپلم، ۱۷.۴ درصد در سطح فوق دیپلم، ۳۰ درصد در سطح لیسانس و ۳۰.۴ درصد در سطح فوق لیسانس و بالاتر می‌باشد. در جدول ۱، آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای تحقیق و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است.

جدول ۱: آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	تعداد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف استاندارد
نمره کل شادکامی	۲۳۰	۲۹	۱۱۶	۶۹.۶۱	۱۷.۳۰
امید به زندگی	۲۳۰	۸	۴۰	۳۱.۲۸	۷.۶۷
امید به زندگی	۲۳۰	۴	۲۰	۱۵.۷۱	۴.۴۵
حمایت اجتماعی ادراک‌شده	۲۳۰	۱۲	۶۰	۳۰.۳۸	۸.۷۴
حمایت اجتماعی	۲۳۰	۴	۲۰	۱۰.۳۱	۳.۳۵
ادراک‌شده	۲۳۰	۴	۲۰	۹.۸۳	۳.۵۶
	۲۳۰	۴	۲۰	۱۰.۲۳	۳.۱۵

اطلاعات مندرج در جدول ۱، بیشترین میانگین در نمرات کل را مربوط به شادکامی با مقدار ۶۹.۶۱ نشان می‌دهد. از سوی دیگر، کمترین میانگین کل به حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مقدار ۳۰.۳۸ تعلق دارد. همچنین در سطح مؤلفه‌ها، بررسی دقیق‌تر نشان می‌دهد که در متغیر امید به زندگی، مؤلفه تفکر عاملی دارای بیشترین میانگین برابر با ۱۵.۷۱ و مؤلفه عبارات انحرافی دارای کمترین میانگین برابر با ۱۵.۰۸ است، هرچند تفاوت میان مؤلفه‌ها اندک بوده و توزیع نسبتاً همگنی دارند. در متغیر حمایت اجتماعی ادراک‌شده، میانگین مؤلفه حمایت خانواده با مقدار ۱۰.۳۱ بیشتر از مؤلفه حمایت دوستان با میانگین ۹.۸۳ است. همچنین، مؤلفه حمایت دیگر افراد مهم نیز با میانگین ۱۰.۲۳ در حد میانی قرار دارد. این توزیع نشان می‌دهد که درک حمایت از خانواده در میان شرکت‌کنندگان قوی‌تر از سایر منابع حمایتی است، هرچند تفاوت میان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی نیز چندان زیاد نیست. قبل از اجرای مدل رگرسیونی، پیش‌فرض‌های این روش آماری شامل ۱. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع تک‌متغیری، ۲. پیش‌فرض عدم هم‌خطی چندگانه و ۳. پیش‌فرض وجود رابطه بین نمرات متغیرهای وابسته مورد بررسی و تایید قرار گرفتند. همچنین نرمال بودن باقی‌مانده رگرسیون و خودهمبستگی نیز در آزمون رگرسیون بررسی شد.

جدول ۲: جدول تحلیل واریانس و خلاصه مدل رگرسیونی برای بررسی معناداری مدل رگرسیونی

متغیر ملاک	منبع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	Sig.	R	R <sup>۲</sup>	AR <sup>۲</sup>
شادکامی	رگرسیون	۱۶۲۸۹.۵۸۵	۵	۳۲۵۷.۹۱۷			۰.۴۸۸	۰.۲۳۸	۰.۲۲۱
	باقیمانده	۵۲۲۴۱.۳۳۹	۲۲۴	۲۳۳.۲۲۰	۱۳.۹۶۹	۰.۰۰۱			
	مجموع	۶۸۵۳۰.۹۲	۲۲۹	-					
		۴							

بر اساس اطلاعات جدول ۲، میزان معناداری F برای شادکامی با درجه آزادی ۵ و ۲۲۴ کمتر از میزان ۰.۰۱ محاسبه شد که این امر بیان گر این است که مدل رگرسیونی در سطح ۹۹٪ معنادار است ( $p < 0.01$  و  $F(5,224) = 13.97$ ) و متغیرهای امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده، به خوبی توانستند شادکامی را پیش بینی کنند. همچنین، شدت همبستگی بر اساس مقدار ضریب همبستگی چندگانه برای شادکامی برابر با ۰.۴۸۸ می باشد و مجذور R تعدیل شده برابر ۰.۲۲۱ می باشد، که نشان داد ۲۲ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی شادکامی، توانست توسط متغیرهای امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین شود.

جدول ۳: ضرایب همبستگی و رگرسیون امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده بر شادکامی

سطح معنی داری	t	Beta استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		عامل
			انحراف استاندارد	B	
۰.۰۰۱	۶.۱۱۷	-	۶.۱۷۱	۳۷.۷۴۷	مقدار ثابت
۰.۰۰۱	۵.۰۷۰	۰.۴۳۴	۰.۳۳۳	۱.۶۸۹	تفکر عاملی
۰.۰۰۲	-۳.۱۷۱	-۰.۲۷۲	۰.۳۹۰	-۱.۲۳۸	تفکر راهبردی
۰.۲۰۵	۱.۲۷۰	۰.۱۰۰	۰.۴۷۸	۰.۶۰۷	حمایت خانواده
۰.۰۳۶	۲.۱۱۳	۰.۱۴۴	۰.۴۰۱	۰.۸۴۷	حمایت دوستان
۰.۰۳۷	۲.۰۹۴	۰.۱۶۴	۰.۴۹۳	۱.۰۳۳	حمایت دیگر افراد مهم

با توجه به اطلاعات جدول ۳، از بین متغیرهای پیش بین، تفکر عاملی با سطح معناداری ۰.۰۰۱ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۴۳ به طور مثبت، تفکر راهبردی با سطح معناداری ۰.۰۰۲ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۲۷ به طور منفی، حمایت دیگر افراد مهم با سطح معناداری ۰.۰۳۶ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۱۶ به طور مثبت و حمایت دیگر افراد مهم با سطح معناداری ۰.۰۳۷ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۱۴ به طور مثبت، در تبیین واریانس متغیر شادکامی تاثیر داشت. همچنین سطح معناداری مقدار ثابت برابر با ۰.۰۰۱ محاسبه شده است که این امر نشان داد مقدار ثابت محاسبه شده بر متغیر ملاک تاثیر گذار بود.

جدول ۴: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین امید به زندگی و بین حمایت اجتماعی ادراک شده با شادکامی

متغیر شادکامی	شاخص	حمایت اجتماعی ادراک شده					
		امید به زندگی	تفکر عاملی	تفکر راهبردی	اجتماعی	خانواده	دوستان
R		۰.۱۷۰**	۰.۲۶۸**	۰.۰۲۹	۰.۳۸۳**	۰.۳۰۹**	۰.۳۰۶**
Sig		۰.۰۱	۰.۰۰۱	۰.۶۶۰	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱	۰.۰۰۱

\*\* معناداری در سطح ۰.۰۱ N=۲۳۰

با توجه به نتیجه آزمون همبستگی، بین امید به زندگی با ضریب همبستگی ۰.۱۷ در سطح ۰.۹۹ و مولفه آن از جمله تفکر عاملی با ضریب همبستگی ۰.۲۷ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری با شادکامی وجود داشت. لذا بین امید به زندگی با شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه وجود دارد. همچنین، بین حمایت اجتماعی و شادکامی با ضریب همبستگی ۰.۳۸ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین حمایت خانواده و شادکامی با ضریب همبستگی ۰.۳۱ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین حمایت دوستان و شادکامی با ضریب همبستگی ۰.۳۱ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. بین حمایت دیگر افراد مهم و شادکامی با ضریب همبستگی ۰.۳۳ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری وجود داشت. همچنین ضریب همبستگی مثبت گویای این مطلب است که هرچه میزان حمایت اجتماعی ادراک شده و مولفه های آن بیشتر شود، سطح شادکامی افزایش می یابد. لذا بین حمایت اجتماعی ادراک شده با شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه وجود دارد.

### بحث در نتایج پژوهش

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که ۲۷ درصد از تغییرات متغیر ملاک یعنی شادکامی، توانست توسط متغیرهای امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده تبیین شود. همچنین شادکامی براساس مولفه های امید به زندگی از جمله تفکر عاملی با سطح معناداری ۰.۰۰۱ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۵۴ به طور مثبت، تفکر راهبردی با سطح معناداری ۰.۰۰۱ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۳۲ به طور منفی و مولفه های حمایت اجتماعی ادراک شده از جمله حمایت افراد مهم با سطح معناداری ۰.۰۳۳ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۱۶ به طور مثبت و حمایت دوستان با سطح معناداری ۰.۰۳۴ و ضریب رگرسیونی استاندارد شده ۰.۱۴ به طور مثبت، قابل پیش بینی است. این یافته با نتایج مطالعات سلامی و دیگران (۱۴۰۳)، یعقوبیه مقدم و دیگران (۱۴۰۲)، رضائی و دیگران (۱۴۰۲)، نظری و خرم آبادی (۱۴۰۱)، حقیقت خواه و دیگران (۱۴۰۲)، نظری و دیگران (۱۴۰۲)، حسینی و باپیری (۱۴۰۲)، قائمی صدر و دیگران (۱۴۰۱)، اسمعیل زاده و فتحی (۱۴۰۰)، صادقی و رضایی (۱۴۰۰)، وی (۲۰۲۴)، شو و دیگران (۲۰۲۴)، ساتیچی<sup>۸۲</sup> و دیگران (۲۰۲۳)، پلیچینگ و دیگران (۲۰۲۱) و کوبو-رندون<sup>۸۳</sup> و دیگران (۲۰۲۰) همسو است. سلامی و دیگران (۱۴۰۳) نشان دادند که حمایت هیجانی همسر، یکی از ابعاد اصلی حمایت اجتماعی، در زنان مبتلا به سرطان پستان با افزایش شادکامی همراه است که از نظر جمعیت بالینی و ساختار روانشناختی با بیماران دیابتی مشابهت دارد. یعقوبیه مقدم و دیگران (۱۴۰۲)، رضائی و دیگران (۱۴۰۲) و نظری و خرم آبادی (۱۴۰۱) نیز در گروه های مختلفی از جمله معلمان، دانشجویان و مردان کارگر، رابطه مثبت امید به زندگی با شادکامی را تأیید کردند؛ این همسویی نشان می دهد که امید می تواند در مواجهه با محدودیت ها و استرس های مزمن، مانند شرایط ناشی از دیابت نوع ۲، پیش بینی کننده ای برای شادکامی باشد. یافته های حسینی و باپیری (۱۴۰۲)،

<sup>۸۲</sup>. Satici, S A

<sup>۸۳</sup>. Cobo-Rendón, R

اسمعیل زاده و فتحی (۱۴۰۰) و صادقی و رضایی (۱۴۰۰) نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی، به ویژه در گروه های حساس، موجب بهبود مؤلفه های هیجانی مثبت از جمله شادکامی می شود. در مطالعات بین المللی، وی (۲۰۲۴) نقش حمایت اجتماعی را در افزایش شادی عمومی به ویژه در افراد متأهل تأیید کرد و شو و دیگران (۲۰۲۴) نشان دادند که این رابطه از طریق واسطه گری سلامت روان در سالمندان برقرار است؛ این یافته ها دلالت بر مسیرهای روانشناختی همسان در جمعیت های مختلف دارند. همچنین ساتیچی و دیگران (۲۰۲۳) در جمعیت عمومی نشان دادند که امید با شادی ذهنی رابطه مستقیم دارد و پلیجینگ و دیگران (۲۰۲۱) نیز از رابطه قوی تر جنبه های شناختی و هیجانی امید با بهزیستی ذهنی سخن گفتند که هم راستا با نقش پیش بین امید در شادکامی افراد مبتلا به دیابت است. در نهایت، کوبو-رندون و دیگران (۲۰۲۰) با تمرکز بر جمعیت دانشجویی، حمایت اجتماعی را عامل افزایش بهزیستی لذت گرایانه و اودایمونیک معرفی کردند که از نظر ساختار روانشناختی با شادکامی قابل مقایسه است. بنابراین، مجموعه این پژوهش ها مؤید آن است که شادکامی در بیماران دیابتی نه تنها با حمایت اجتماعی ادراک شده و امید به زندگی مرتبط است، بلکه این دو عامل قادر به پیش بینی آن نیز هستند و یافته حاضر دارای پشتوانه تجربی قابل توجهی است. در ارتباط با تبیین یافته حاضر که نشان داد شادکامی بر اساس امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ قابل پیش بینی است، می توان بر پیوندهای مفهومی و نظری میان این متغیرها تأکید کرد؛ چراکه هر دو متغیر پیش بین نقشی کلیدی در ساختار روانی انسان ایفا می کنند و در زمینه ابتلا به بیماری های مزمن، همچون دیابت نوع ۲، نقش تنظیمی و حمایتی دارند. شادکامی، به عنوان یکی از شاخص های اصلی سلامت روان در نظر گرفته می شود، که با احساس رضایت از زندگی، خلق مثبت، ادراک معناداری زندگی و توانمندی در مواجهه با تنش های روزمره همراه است (لوزانو<sup>۸۴</sup> و سوله آئورو<sup>۸۵</sup>، ۲۰۲۱). در این میان، امید به زندگی به عنوان یک نگرش بنیادین نسبت به آینده، نقش انگیزشی در تداوم تلاش، مراقبت از خود، پایبندی به درمان و حفظ تصویر مثبت از زندگی ایفا می کند. افراد امیدوار، زندگی را واجد معنا می دانند و در مواجهه با دشواری های جسمی و روانی ناشی از بیماری، بیشتر از سایرین از راهبردهای سازگارانه و فعال بهره می برند. این امر در مبتلایان به دیابت، که ناگزیر با الزامات مداوم درمان، محدودیت های رژیم و نگرانی های مزمن درگیر هستند، اهمیت ویژه ای دارد. در حقیقت، امید به زندگی با ایجاد نوعی پویایی روانی، به فرد کمک می کند تا در مواجهه با فشارهای بیماری، از احساس درماندگی، یأس یا پوچی فاصله بگیرد و در عوض، آینده را همچنان در دسترس و ارزشمند ببیند (هیلدرینک و همکاران، ۲۰۲۲)؛ نگرشی که با تجربه سطوح بالاتر شادکامی ارتباط مستقیم دارد. از سوی دیگر، حمایت اجتماعی ادراک شده نیز ساختاری روانشناختی و بافت محور دارد که به درک ذهنی فرد از میزان دسترسی به منابع حمایتی از جانب اطرافیان اشاره دارد. این سازه نه تنها نقش حفاظتی در برابر استرس های محیطی ایفا می کند، بلکه ظرفیت تاب آوری فرد در مواجهه با تهدیدات سلامت جسمانی را افزایش می دهد (زل<sup>۸۶</sup> و استاکوس<sup>۸۷</sup>، ۲۰۲۴). هنگامی که بیمار احساس می کند در مسیر مدیریت بیماری تنها نیست، و منابع روانی، هیجانی یا عملی کافی برای پشتیبانی از او فراهم است، احتمال درگیر شدن با هیجانات منفی، احساس طرد یا فروپاشی روانی کاهش می یابد. در نتیجه، این احساس حمایت و تعلق به دیگران، زمینه را برای تجربه خلق مثبت، رضایت از زندگی و در نهایت، شادکامی فراهم می کند (ولی محمدی و همکاران، ۱۴۰۳؛ جرادات و جرادات، ۲۰۲۴). از دیدگاه روانشناسی سلامت، حمایت اجتماعی می تواند از طریق کاهش بار روانی ناشی از بیماری، افزایش حس کنترل و تسهیل در مواجهه با بحران های زیستی، زمینه ساز ارتقاء وضعیت هیجانی و روانی فرد شود. برآیند این دو متغیر، یعنی امید به زندگی و حمایت اجتماعی ادراک شده، به شکل ترکیبی می تواند ساختاری روانشناختی را در فرد شکل دهد که در آن آینده، ارزشمند و دست یافتنی تلقی می شود و زندگی، با وجود محدودیت ها، همچنان واجد معنا، کنترل پذیر و همراه با فرصت های تجربه لذت، آرامش و رضایت تصور می گردد. چنین ادراکی به وضوح می تواند شادکامی را در این گروه بیماران پیش بینی نماید؛ زیرا این دو عامل از مسیرهای متفاوت اما همگرا، ساختار

<sup>۸۴</sup>. Lozano, M

<sup>۸۵</sup>. Solé-Auró, A

<sup>۸۶</sup>. Zell, E

<sup>۸۷</sup>. Stockus, C. A

هیجانی و شناختی فرد را در جهت تجربه مثبت از زیستن بازسازی می‌کنند. بنابراین، یافته حاضر نه تنها با نظریه‌های موجود در حوزه روانشناسی مثبت‌گرا و سلامت روان همخوان است، بلکه تأکیدی تجربی بر اهمیت سازه‌هایی است که می‌توانند به شکل مؤثر، شادکامی بیماران مزمن را پیش‌بینی و تقویت نمایند.

همچنین، سایر نتایج نشان‌داد که بین امید به زندگی با ضریب همبستگی ۰.۱۷ در سطح ۰.۹۹ و مؤلفه آن از جمله تفکر عاملی با ضریب همبستگی ۰.۲۷ در سطح ۰.۹۹ رابطه مثبت معناداری با شادکامی وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعات یعقوبیه مقدم و دیگران (۱۴۰۲)، رضائی و دیگران (۱۴۰۲)، نظری و خرم‌آبادی (۱۴۰۱)، ساتیچی و دیگران (۲۰۲۳) و پلیجینگ و دیگران (۲۰۲۱) همسو است. یعقوبیه مقدم و دیگران (۱۴۰۲) در بررسی خود بر روی معلمان نشان‌دادند که امید به زندگی نقش مؤثری در ارتقاء شادکامی ایفا می‌کند؛ این همسویی از آن جهت حائز اهمیت است که شادکامی به‌مثابه یکی از ابعاد بهزیستی روانشناختی می‌تواند تحت تأثیر نگرش‌های آینده‌نگرانه مانند امید قرار گیرد. رضائی و دیگران (۱۴۰۲) نیز در دانشجویان رابطه معناداری میان امید و شادکامی گزارش کردند که از حیث سازوکار روانشناختی تقویت منابع درونی برای مقابله با فشارهای روانی با یافته حاضر قابل انطباق است. نظری و خرم‌آبادی (۱۴۰۱) در پژوهش خود بر روی مردان کارگر نشان‌دادند که امید به زندگی در بسترهای اجتماعی و اقتصادی دشوار نیز نقش محافظتی برای حفظ شادکامی دارد، که این نکته در تفسیر داده‌های افراد دیابتی که معمولاً با محدودیت‌های جسمی و روانی مواجه‌اند، حائز اهمیت است. در مجموع، این پژوهش‌ها نشان‌می‌دهند که یافته حاضر مبنی بر وجود رابطه مثبت بین امید به زندگی و شادکامی، با پشتوانه تجربی معتبر و متنوعی همراه است. در ارتباط با تبیین یافته حاضر که نشان‌داد بین تفکر عاملی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های امید به زندگی با شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه مثبت معناداری وجود داشت، می‌توان گفت که تفکر عاملی به‌عنوان مؤلفه‌ای شناختی در ساختار امید، به ظرفیت ذهنی فرد برای تدوین مسیرها و برنامه‌های مشخص جهت دستیابی به اهداف آینده اشاره دارد (هیلدرینک و دیگران، ۲۰۲۲) و در بیماران مزمن، می‌تواند نقش برجسته‌ای در حفظ بهزیستی روانی و هیجانی ایفا کند. بر اساس دیدگاه اشنايدر (۱۹۹۱)، فردی که از سطح بالاتری از تفکر عاملی برخوردار است، قادر است حتی در مواجهه با بیماری مزمن و محدودیت‌های روزمره آن، همچنان مسیرهای جدیدی برای ادامه زندگی معنادار و هدفمند ترسیم کرده و در نتیجه، احساس تسلط، پیشرفت و رضایت از زندگی را تجربه کند. از سوی دیگر، شادکامی حالتی پیچیده و چندبعدی از بهزیستی روانشناختی است که در آن تجربه عاطفه مثبت، رضایت شناختی از زندگی و عملکرد معنادار با یکدیگر هم‌پوشی دارند (تیتووا<sup>۸۸</sup> و شلدون<sup>۸۹</sup>، ۲۰۲۲؛ خلجی و امیریان‌زاده، ۱۴۰۰). یکی از مؤلفه‌های اساسی شادکامی، ارزیابی شناختی از میزان کنترل و جهت‌مندی زندگی است که با باور فرد به قابلیت‌های خود برای عبور از موانع و دستیابی به آینده‌ای مطلوب پیوند خورده‌است. این جنبه شناختی شادکامی با ساختار تفکر عاملی هم‌راستا است؛ چراکه فردی که می‌تواند مسیرهای قابل اجرا برای تحقق خواسته‌هایش شناسایی و تنظیم کند، درک بالاتری از کنترل بر زندگی دارد، احساس ناکامی کمتری را تجربه می‌کند و با فعال‌سازی نظام شناختی مقابله‌گرایانه، احتمال بیشتری برای تجربه هیجانات مثبت دارد. از سوی دیگر، افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ با چالش‌های مستمر در مدیریت رژیم غذایی، نظارت بر قند خون، مواجهه با پیامدهای جسمی و احساس درماندگی مزمن مواجه هستند. در این زمینه، برخورداری از تفکر عاملی به آن‌ها اجازه می‌دهد تا در موقعیت‌های پیچیده، به جای استیصال یا تسلیم، بر مسیرهای جایگزین و متنوع برای تطابق با شرایط بیماری تمرکز کنند، و در نتیجه، احساس امید و کارآمدی روان‌شناختی خود را حفظ نمایند (پشت‌یافته و دیگران، ۱۴۰۳). این توانایی در حفظ جهت‌مندی شناختی و انسجام برنامه‌ریزی روانی، موجب می‌شود که بیمار، زندگی خود را همچنان در مسیر هدفمند تلقی کرده و حس معناداری و رضایت را در زندگی روزمره تجربه نماید؛ عاملی که به‌طور مستقیم به ارتقای سطح شادکامی منجر می‌شود. در واقع، هنگامی که افراد باور دارند که می‌توانند برای زندگی خود هدف تعریف کنند و برای تحقق آن راه‌حل‌های ممکن را بیابند، در مواجهه با موقعیت‌های دشوار دچار درماندگی نمی‌شوند، بلکه با فعال‌سازی سیستم اجرایی ذهن، توان مدیریت بحران را ارتقا می‌دهند. از

<sup>۸۸</sup>. Titova, L

<sup>۸۹</sup>. Sheldon, K. M

آنجا که دیابت نوع ۲ با فشارهای روانی - جسمانی مزمن همراه است، وجود مؤلفه‌های چون تفکر عاملی می‌تواند نقشی محافظتی در برابر فرسایش روانی ایفا کند و تجربه زیسته فرد از بیماری را در جهتی مثبت و قابل کنترل سازمان دهد. درواقع، تفکر عاملی بستر لازم برای دستیابی به احساس موفقیت، انسجام شناختی و تداوم در خودمراقبتی را فراهم می‌آورد که همه این مؤلفه‌ها در تعریف شادکامی نیز جای دارند (روپرچت<sup>۱۰</sup> و دیگران، ۲۰۲۲؛ یاشکینا و پاخومووا، ۲۰۲۴). بنابراین، رابطه مثبت میان تفکر عاملی و شادکامی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، از مسیر فعال‌سازی نگرش‌های آینده‌نگر، باور به توانایی حل مسئله و کاهش تجربه احساسات منفی قابل تبیین است؛ مؤلفه‌هایی که در نهایت منجر به ارتقاء سطح شادکامی می‌گردند.

نهایتاً، دیگر نتایج نشان داد که بین حمایت اجتماعی با ضریب همبستگی ۰.۳۸ و مؤلفه‌های آن از جمله حمایت خانواده با ضریب همبستگی ۰.۳۱، حمایت دوستان با ضریب همبستگی ۰.۳۱ و حمایت افراد مهم با ضریب همبستگی ۰.۳۳ رابطه مثبت معناداری با شادکامی وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعات سلامی و دیگران (۱۴۰۳)، حقیقت‌خواه و دیگران (۱۴۰۲)، نظری و دیگران (۱۴۰۲)، حسینی و باپیری (۱۴۰۲)، قائمی‌صدر و دیگران (۱۴۰۱)، اسمعیل‌زاده و فتحی (۱۴۰۰)، شو و دیگران (۲۰۲۴) و کوبو-رندون و دیگران (۲۰۲۰) همسو است. سلامی و دیگران (۱۴۰۳) در پژوهشی بر روی زنان مبتلا به سرطان پستان نشان دادند که حمایت هیجانی از سوی همسر می‌تواند به‌طور مستقیم احساس شادکامی را در شرایط بیماری مزمن تقویت کند که این نتیجه با یافته حاضر در زمینه بیماری دیابت نوع ۲ قابل مقایسه است. حقیقت‌خواه و دیگران (۱۴۰۲) نیز با بررسی سالمندان دریافتند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، از طریق ایجاد حس تعلق و ارزشمندی، شادکامی را در جمعیت‌های آسیب‌پذیر ارتقا می‌دهد که از لحاظ سازوکار روانشناختی با دیابتی‌ها مشابهت دارد. حسینی و باپیری (۱۴۰۲) در دانشجویان و صادقی و رضایی (۱۴۰۰) در نوجوانان دختر نیز نشان دادند که حمایت اجتماعی با بهبود هیجانات مثبت و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، به ارتقاء شادکامی منجر می‌شود. همچنین، قائمی‌صدر و دیگران (۱۴۰۱) نشان دادند که در سالمندان مرد، حمایت اجتماعی نقش حفاظتی برای حفظ بهزیستی روانشناختی ایفا می‌کند، که این یافته نشان‌دهنده تأثیر گسترده حمایت در جمعیت‌های دارای محدودیت‌های فیزیولوژیکی است. در مطالعات بین‌المللی، وی (۲۰۲۴) دریافت که حمایت اجتماعی به‌ویژه در میان افراد متأهل با افزایش شادی همراه است که حاکی از نقش بافت‌های بین‌فردی حمایتی است. شو و دیگران (۲۰۲۴) نیز تأیید کردند که حمایت اجتماعی از طریق ارتقاء سلامت روان، به‌طور غیرمستقیم موجب افزایش شادی در سالمندان می‌شود. در نهایت، کوبو-رندون و دیگران (۲۰۲۰) رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و بهزیستی لذت‌گرایانه و اودایمونیک را گزارش کردند، که این یافته از جنبه نظری با مفهوم شادکامی در پژوهش حاضر نزدیکی دارد. در مجموع، این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که یافته حاضر در خصوص رابطه مثبت میان حمایت اجتماعی ادراک‌شده و شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، با پشتوانه تجربی گسترده و متنوعی همراه است. در ارتباط با تبیین یافته حاضر که نشان‌داد بین حمایت خانواده، حمایت دوستان و حمایت افراد مهم به‌عنوان مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده با شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ رابطه معناداری وجود دارد، می‌توان گفت که حمایت اجتماعی ادراک‌شده، به برداشت ذهنی فرد از در دسترس بودن، کیفیت و اثربخشی حمایت ارائه‌شده از سوی خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم اشاره دارد (سعودی و همکاران، ۲۰۲۴). این حمایت‌ها می‌توانند در سه شکل هیجانی، ابزاری و اطلاعاتی ارائه شوند و در بیماران دیابتی، که با چالش‌هایی همچون تنظیم مداوم رژیم غذایی، نگرانی از عوارض جسمی، احساس فرسایش روانی و محدودیت در انجام فعالیت‌های روزمره مواجه هستند، نقشی حیاتی در حفظ کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی ایفا می‌کنند. از آنجا که شادکامی متأثر از مؤلفه‌هایی چون هیجانات مثبت، رضایت از زندگی و ادراک معنادار بودن زندگی تعریف می‌شود (تیتووا و شلدون، ۲۰۲۲)، وجود روابط حمایتی قوی با خانواده، دوستان و سایر افراد معنادار، زمینه‌ای برای شکل‌گیری این ارزیابی‌های مثبت فراهم می‌آورد. در این میان، حمایت خانواده، به‌ویژه در بافت فرهنگی ایرانی، به‌عنوان منبع اصلی مراقبت و پشتیبانی،

<sup>۱۰</sup>. Rupperecht, F. S

بیشترین نقش را در کاهش استرس، افزایش امنیت روانی و کاهش احساس تنهایی دارد. وقتی بیمار احساس می کند که خانواده اش در کنار اوست و در مدیریت بیماری تنها نیست، احتمال بروز احساساتی چون یأس، اضطراب یا غم کاهش می یابد و در عوض، احساس معنا، ارزشمندی و تعلق جایگزین آن می شود (ولی محمدی و همکاران، ۱۴۰۳). حمایت دوستان، از طریق تعاملات هم سطح، همدلی و اشتراک گذاری تجارب زندگی، به فرد کمک می کند تا احساس درک شدن، مقبولیت اجتماعی و همدردی را تجربه کند که این نیز به ایجاد خلق مثبت و کاهش فشار روانی منجر می گردد. حمایت افراد مهم، مانند همکاران، همسایگان یا اعضای جامعه، در شرایطی که حمایت های خانوادگی محدود هستند، می تواند به صورت ابزاری و هیجانی نقش جبران کننده داشته باشد و از طریق ایجاد شبکه های اجتماعی گسترده تر، به ارتقای احساس کنترل و اعتماد به نفس فرد یاری رساند (جرادات و جرادات، ۲۰۲۴). از منظر روانشناسی اجتماعی، تعامل با منابع حمایتی مختلف موجب فعال سازی سازوکارهای مقابله ای مؤثر می شود و تجربه دریافت حمایت، به ویژه زمانی که فرد در شرایط بحرانی قرار دارد، با افزایش هیجانات مثبت، کاهش واکنش های منفی نسبت به بیماری و تقویت باور به توانمندی در مواجهه با مشکلات همراه است (ارزین و همکاران، ۲۰۲۳). به عبارت دیگر، وجود یک شبکه حمایتی که در سه سطح خانواده، دوستان و افراد مهم ساختار یافته باشد، به فرد کمک می کند تا از طریق مواجهه فعال و مثبت با شرایط بیماری، احساس کارآمدی و کفایت روانشناختی خود را حفظ کند، که این خود با تجربه هیجانات مثبت، احساس رضایت و سرزندگی ارتباط مستقیم دارد. در بافت بیماری دیابت نوع ۲، که با استرس مزمن، ترس از آینده و الزامات پزشکی مستمر همراه است، حمایت اجتماعی به ویژه در قالب سه مؤلفه مذکور، بستر روانی لازم برای تجربه شادکامی را فراهم می سازد. دریافت این حمایت ها منجر به کاهش احساس طرد، افزایش تاب آوری روانی و شکل گیری دیدگاه مثبت تری نسبت به زندگی می شود. از این رو، می توان نتیجه گرفت که وجود رابطه معنادار بین حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم با شادکامی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، نه تنها حاصل حضور روابط بین فردی مثبت است، بلکه بازتابی از ساختار ادراک فرد از پشتیبانی در زندگی، احساس ارزشمندی، امنیت روانی و انسجام اجتماعی در مواجهه با یک اختلال مزمن است؛ عناصری که همگی از مؤلفه های بنیادین شادکامی محسوب می شوند.

## منابع

- اسمعیل زاده، م. و فتحی، آ. (۱۴۰۰). پیش بینی تاب آوری، شادکامی و امنیت روانی اجتماعی براساس ابعاد حمایت اجتماعی در زنان سرپرست خانواده. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی چرخ نیلوفری آذربایجان، گروه روانشناسی.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ویژگی های روان سنجی و ساختار عاملی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بیجاری، ه.، قنبری هاشم آبادی، ب.، آقا محمدیان شعریاف، ح. و همایی شاندیز، ف. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر رویکرد امیددرمانی بر افزایش میزان امید به زندگی زنان مبتلا به سرطان پستان. پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت، ۱۱(۱)، ۱۸۴-۱۷۱.
- پشت یافته، آ.، پیرخانی، ع.، احدی، م. و رضائی، ا. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر امید به زندگی و اضطراب مرگ بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. نشریه پژوهش پرستاری ایران، ۱۹ (۴)، ۱۱۷-۱۲۶.
- حسینی، م. و باپیری، ا. (۱۴۰۲). تدوین مدل ساختاری شادکامی بر اساس سبک مقابله ای مسئله مدار، تاب آوری روانشناختی و حمایت اجتماعی ادراک شده با میانجی گری معناداری زندگی در دانشجویان دانشگاه باختر ایلام. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، موسسه آموزش عالی باختر ایلام، دانشکده علوم انسانی.
- حقیقت خواه، ز.، یحیایی، ق. و مشکبیدحقیقی، م. (۱۴۰۲). رابطه سبک های دلبستگی و حمایت اجتماعی ادراک شده با شادکامی در سالمندان ساکن مراکز نگهداری شهر رشت. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی کوشیار، گروه روانشناسی.

- خلجی، ا. و امیریان زاده، م. (۱۴۰۰). عنوان نقش واسطه ای سلامت معنوی در رابطه ی بهزیستی ذهنی و شادکامی در دانش آموزان مقطع متوسطه اول شهر فسا. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- رضائی، ف.، رشیدی، ع. و گلمحمدیان، م. (۱۴۰۲). تبیین مدل علی شادکامی بر اساس امید، کیفیت زندگی، سرسختی و جهت گیری مذهبی در دانشجویان دانشگاه رازی کرمانشاه. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه رازی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- زمانی زارچی، م.، صیادی، م. و صفرپور، ف. (۱۳۹۹). اثربخشی زوج درمانگری هیجان مدار بر حمایت اجتماعی ادراک شده و احساس تنهایی زوجین نابارور مجله علوم روانشناختی ۱۹ (۸۷)، ۳۲۰-۳۱۳.
- سلامی، ف.، صادقی اول شهر، ه. و حقانی، ش. (۱۴۰۳). بررسی ارتباط حمایت همسر با امید و شادکامی در زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه مقطعی. نشریه بیماری های پستان ایران، ۱۷ (۲)، ۶۸-۵۴.
- صادقی، م. و رضایی، ع. (۱۴۰۰). پیش بینی احساس شادکامی در نوجوانان دختر بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده، سرمایه روانشناختی، شفقت به خود و نگرش مذهبی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، دانشکده علوم انسانی.
- قائمی صدر، ج.، شاکری نیا، ا. و سلطانی شال، ر. (۱۴۰۱). رابطه هوش معنوی و حمایت اجتماعی با شادکامی در بین سالمندان مرد ساکن خانه های سالمندان شهر مشهد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه گیلان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- کاشانکی، ح.، بشارت، م. ع. و رجبیان تابش، ف. (۱۳۹۷). نقش واسطه ای بخشش در رابطه بین ابعاد کمال گرایی و مشکلات بین شخصی: مقایسه بر حسب جنس، روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۱۵ (۵۷): ۱۷-۳۲.
- مرادی، م. و فتحی، د. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر امید به زندگی و بهزیستی معنوی دانشجویان سوگ دیده. مطالعات روانشناختی، ۱۲ (۳)، ۶۳-۸۲.
- نظری، ف.، شیخ الاسلامی، ع. و قمری گیوی، ح. (۱۴۰۲). نقش حمایت اجتماعی ادراک شده، احساس تنهایی و احساس حقارت در پیش بینی شادکامی زنان سرپرست خانوار. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی.
- نظری، و. و خرم آبادی، ی. (۱۴۰۱). رابطه تنظیم هیجان، امید به زندگی و تاب آوری با شادکامی مردان کارگر شهرستان بروجرد. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی مثبت گرا، دانشگاه پیام نور استان همدان، مرکز پیام نور همدان.
- ولی محمدی، م.، شکر، ا.، شعاع کاظمی، م.، احمدی، ط. و سلطانی، م. (۱۴۰۳). والدگری توانمندساز و رفتارهای خودآسیبزا در نوجوانان: آزمون اثرات ضربه گیرانه حمایت اجتماعی ادراک شده. فصلنامه علمی- پژوهشی خانواده و پژوهش، ۲۱ (۴)، ۱۹۳-۱۷۵.
- یعقوبیه مقدم، ا.، خوشروش، و. و پورمحسن، م. (۱۴۰۲). رابطه ذهن آگاهی و شادکامی با امید به زندگی معلمان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، موسسه آموزش عالی کوشیار، گروه روانشناسی.
- Argyle, M., Martin, M., & Crossland, J. (۱۹۸۹). Happiness as a Function of Personality and Social Encounters. In J. P. Forgas, & J. M. Innes (Eds.), *Recent Advances in Social Psychology: An International Perspective* (pp. ۱۸۹-۲۴۷). North-Holland: Elsevier Science Publishers B.V.
- Arzeen, N., Arzeen, S., & Muhammad, H. (۲۰۲۳). Moderating role of perceived social support in psychological distress and subjective well-being among parents of intellectually disabled children and non-disabled children. *Journal of Development and Social Sciences*, ۴(۳), ۲۸۰-۲۸۸.

- Cobo-Rendón, R., López-Angulo, Y., Pérez-Villalobos, M. V., & Díaz-Mujica, A. (۲۰۲۰). Perceived Social Support and Its Effects on Changes in the Affective and Eudaimonic Well-Being of Chilean University Students. *Frontiers in Psychology*, ۱۱, ۵۹۰۵۱۳.
- Hilderink, H., Poos, R., Leemrijse, C. J., & Heins, M. (۲۰۲۲). People with diabetes have a substantial lower life expectancy. *European Journal of Public Health*, ۳۲(۳), ۴۶۴.
- Jaradat, S. I., & Jaradat, A. M. (۲۰۲۴). Perceived social support as a predictor of subjective happiness among elderly in Irbid Governorate in light of some variables. *Al-Majalla al-Tarbawiyya al-Urdunniyya*, ۹(۲), ۲۱۷-۲۳۹.
- Kalra, S., Sagili, V. B. R., Sanyal, D., Talwalkar, P. G., Polavarapu, N. K., Kumar, G., Mane, A., & Pinto, C. S. (۲۰۲۱). Assessment of patient, physician, caregiver, and healthcare provider-related factors influencing "Glycemic Happiness" of persons with type ۲ diabetes mellitus: An observational survey. *Clinics and Practice*, ۱۱(۴), ۷۱۵-۷۲۷.
- Karataş, D. (۲۰۲۳). Relationships between perceived social support and treatment adherence in type-۲ diabetes patients. *Acibadem Ünvrsitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, ۱۵(۱), ۴۶-۵۳.
- Lozano, M., & Solé-Auró, A. (۲۰۲۱). Happiness and life expectancy by main occupational position among older workers: Who will live longer and happy? *SSM - population health*, ۱۳, ۱۰۰۷۳۵.
- Mangoulia, P., Milionis, C., Vlachou, E., & Ilias, I. (۲۰۲۴). The interrelationship between diabetes mellitus and emotional well-being: Current concepts and future prospects. *Healthcare*, ۱۲(۱۴), ۱۴۵۷-۱۴۵۷.
- Marcella, M. P., Ana, E. B. C., Beatriz, S. B. M., Joamira, P. de A., Lucas, I. F. S., Luis, E. S. M., Máyra, C. S. de M., Maria, D. C. L. D. S., Maria, G. P., & Otávio, L. P. (۲۰۲۴). Diabetes mellitus tipo ۲ - uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, ۷(۲), ۶۹۲۱۹.
- Patil, S. R., Chavan, A. B., Patel, A. M., Chavan, P. D., & Bhopale, J. V. (۲۰۲۳). A Review on Diabetes Mellitus its Types, Pathophysiology, Epidemiology and its Global Burden. *Journal of Research in Applied Science and Biotechnology*, ۲(۴), ۷۳-۷۹.
- Pleeging, E., Burger, M., & van Exel, J. (۲۰۲۱). The Relations between Hope and Subjective Well-Being: A Literature Overview and Empirical Analysis. *Applied Research in Quality of Life*, ۱۶, ۱۰۱۹-۱۰۴۱.
- Rupprecht, F. S., Martin, K., Kamin, S. T., & Lang, F. R. (۲۰۲۲). COVID-۱۹ and perceiving finitude: Associations with future time perspective, death anxiety, and ideal life expectancy. *Psychology and aging*, ۳۷(۲), ۲۶۰.
- Salinas-Rehbein, B., Ortíz, M. S., & Robles, T. F. (۲۰۲۴). Perceived social support and treatment adherence in Chileans with Type ۲ diabetes. *Journal of Health Psychology*.
- Satici, S. A., Kayis, A. R., Satici, B., Griffiths, M. D., & Can, G. (۲۰۲۳). Resilience, hope, and subjective happiness among the Turkish population: Fear of COVID-۱۹ as a mediator. *International Journal of Mental Health and Addiction*, ۲۱(۲), ۸۰۳-۸۱۸.
- Saudi, A. N. A., Rahmat, S. B., Lestari Loloallo, V., & Zainuddin, N. I. (۲۰۲۴). Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS): Uji validitas konstruk dengan Confirmatory Factor Analysis (CFA). *Edukatif: Jurnal Ilmu Pendidikan*, ۶(۴), ۴۲۳۶-۴۲۴۳.
- Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (۱۹۹۱). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۶۰(۴), ۵۷۰-۵۸۵.

- Stenberg, J., & Hjelm, K. (۲۰۲۴). Social support as perceived, provided and needed by family-members of migrants with type ۲ diabetes – A qualitative study. *BMC Public Health*, ۲۴(۱), ۱-۱۴.
- Titova, L., & Sheldon, K. M. (۲۰۲۲). Happiness comes from trying to make others feel good, rather than oneself. *The Journal of Positive Psychology*, ۱۷(۳), ۳۴۱-۳۵۵.
- Tomic, D., Morton, J. I., Chen, L., Salim, A., Gregg, E. W. & et-all (۲۰۲۲). Lifetime risk, life expectancy, and years of life lost to type ۲ diabetes in ۲۳ high-income jurisdictions: A multinational, population-based study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, ۱۰(۱۱), ۷۹۵-۸۰۳.
- Wei, Y. (۲۰۲۴). The Relationship between Social Support and Happiness: The Moderating Effect of Marital Status. *International Journal of Education and Humanities*, ۱۶(۳), ۱۷۳-۱۷۵.
- Woods, W. C., & Wright, A. G. (۲۰۲۴). Psychometric evaluation of a momentary assessment of perceived social support. *PsyArXiv*, ۱-۳۵.
- Xu, L., Mao, C., & Cheng, K. (۲۰۲۴). Social Support and Elderly People's Happiness in China: Evidence from the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). *Journal of Statistics and Economics*, ۱(۳). <https://doi.org/10.62517/jse.202411306>.
- Yameny, A. A. (۲۰۲۴). Diabetes Mellitus Overview ۲۰۲۴. *Journal of Bioscience and Applied Research*, ۱۰(۳), ۶۴۱-۶۴۵.
- Yashkina, V., & Pakhomova, O. (۲۰۲۴). The concept of happiness in the multilingual world picture. *Anglistika ta Amerikanistika*, ۲۱, ۸۹-۹۴.
- Yasunaka, M., Tsugihashi, Y., Hayashi, S., Iida, H., Hirose, M., Shirahige, Y., et al. (۲۰۲۳). Relationship of life expectancy with quality of life and health-related hope among Japanese patients receiving home medical care: The Zaitaku Evaluative Initiatives and Outcome Study. *PLOS ONE*, ۱۸(۱۲), e۰۲۹۵۶۷۲.
- Zell, E., & Stockus, C. A. (۲۰۲۴). Social support and psychological adjustment: A quantitative synthesis of ۶۰ meta-analyses. *American Psychologist*, ۸۰(۱), ۳۳-۴۶.
- Zimet, G, Dahlem, N, Zimet S & Farley, G, (۱۹۸۸). The multidimensional scale of perceived social support, *Journal of Personality Assessment*, Vol. ۵۲.