

## Mediating Role of Self-Acceptance in the Relationship between Self-Actualization, Self-Transcendence, and Distress Tolerance in Diabetic Patients

Nadereh Afkhami Ardakani\*  
Yasser Rezapour Mirsaleh\*\*  
Hossein Ghafouri Charkhabi\*\*\*  
Azra Mohammadpanah Ardakan\*\*\*\*

### Introduction

Diabetes is a chronic and costly disease that has a high prevalence throughout the world, Iran, and specifically in Yazd province. Considering the heavy psychological and economic costs of diabetes and its complications, it is important to pay attention to all the factors that can increase diabetes self-management. Since self-management is the main key to controlling diabetes and postponing the occurrence of diabetes complications, it is valuable to pay attention to distress tolerance and its affecting factors as one of the significant factors in diabetes self-management. Self-acceptance, self-actualization, and self-transcendence are proposed as three psychological factors that seem to improve people's distress tolerance. But evidence shows that self-acceptance can play a mediating role in the relationship between self-actualization, self-transcendence and distress tolerance in type 2 diabetic patients; however, few studies have investigated the relationship between these variables in diabetic people, which shows the necessity of conducting more studies.

### Method

This is a descriptive-correlational study, performed using path analysis. A total of 207 questionnaires were administered by the available sampling method

---

\* M. A. student, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

\*\* Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran. *Corresponding Author:* [y.rezapour@ardakan.ac.ir](mailto:y.rezapour@ardakan.ac.ir)

\*\*\* Assistant Professor, Department of Principles of Islamic Jurisprudence, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

\*\*\*\* Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Ardakan University, Ardakan, Iran.

to type 2 diabetic patients living in Yazd province. The data was gathered using the Distress Tolerance Scale (Simmons & Gaher, 2005) and the Existential Fulfillment Scale (Loonstra, 2007). The Existential Fulfillment Scale is composed of three subscales: self-acceptance, self-actualization, and self-transcendence. The correlation and structural equation analysis were conducted to analyze the data using SPSS-23 and AMOS-24 software, respectively.

### Results

The results showed that self-acceptance, self-actualization, and self-transcendence have a significant positive relationship with distress tolerance in diabetic patients. In other words, self-actualization has a positive and direct effect on distress tolerance ( $r = .22$ ,  $p < .01$ ), self-transcendence has a direct and significant effect on distress tolerance ( $r = .23$ ,  $p < .05$ ), and the direct effect of self-acceptance on distress tolerance is statistically positive and significant ( $r = .24$ ,  $p < .001$ ). The data also revealed that self-actualization has a direct and positive effect on self-acceptance ( $\beta = .29$ ,  $p < .001$ ), and the direct effect of self-transcendence on self-acceptance is statistically positive and significant ( $\beta = .21$ ,  $p < 0.01$ ). Also, self-acceptance plays a mediating role in the relationship between self-actualization and distress tolerance (Sobel test = 2.72,  $p < .01$ ), and self-acceptance has a mediating role in the relationship of self-transcendence with distress tolerance (Sobel test = 2.45,  $p < .05$ ) in diabetics. The distress tolerance of diabetic patients can be predicted up to 22% by the sum of self-actualization, self-transcendence, and self-acceptance ( $p < .01$ ).

### Conclusion

The results showed that individuals with type 2 diabetes who have higher self-acceptance, self-actualization, and self-transcendence show higher distress tolerance. Considering the mediating role of self-acceptance in the proposed model, it is suggested that by trying to promote the self-actualization and self-transcendence of diabetic patients, their self-acceptance of diabetics is improved. Higher self-acceptance, in turn, leads to greater distress tolerance and ultimately better diabetes self-management.

**Keywords:** Diabetic Patients, Distress Tolerance, Self-Acceptance, Self-Actualization, Self-Transcendence.

**Author Contributions:** **Author 1**, collaboration in general framework planning, content editing and analyzing, submission and correction. **Author 2**, general framework planning, selection of approaches; final review. **Author 3**, comparison of approaches, conclusions. **Author 4**, comparison of approaches, conclusions. All authors discussed the results, and reviewed and approved the final version of the manuscript.

**Acknowledgments:** The authors thank all dear colleagues and professors who have helped us in this research.

**Conflicts of Interest:** The authors declare there is no conflict of interest in this article.

**Funding:** This article did not receive financial support.

## نقش میانجی پذیرش خود در رابطه بین خودشکوفایی، تعالی خود و تحمل پریشانی در بیماران دیابتی

نادره افخمی اردکانی\*

یاسر رضاپور میر صالح\*\*

حسین غفوری چرخابی\*\*\*

عذرا محمدپناه اردکان\*\*\*\*

### چکیده

تحمل پریشانی از عوامل تأثیرگذار بر خودمدیریتی بیماران دیابتی است. این پژوهش به منظور تعیین نقش میانجی پذیرش خود در ارتباط بین خودشکوفایی، تعالی خود و تحمل پریشانی در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی بوده و با روش تحلیل مسیر انجام گرفت. به این منظور ۲۰۷ پرسشنامه به روش در دسترس در بیماران دیابتی نوع دو ساکن استان یزد اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس تحمل پریشانی Simons & Gaher و مقیاس تکامل وجودی Loonstra بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر در نرم‌افزار AMOS 24 تحلیل شدند. یافته‌ها نشان داد که پذیرش خود با تحمل پریشانی ( $r = 0/24$  و  $P < 0/001$ )، خودشکوفایی با تحمل پریشانی ( $P < 0/01$ ) و تعالی خود با تحمل پریشانی ( $r = 0/23$  و  $P < 0/05$ ) ارتباط معنی‌دار مثبتی دارند. همچنین پذیرش خود نقش میانجی معنی‌داری در رابطه بین خودشکوفایی و تحمل پریشانی ( $p < 0/01$ ) و نیز تعالی خود و تحمل پریشانی ( $p < 0/05$ ) بازی می‌کند. میزان تحمل پریشانی فرد دیابتی تا ۲۲ درصد

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

\*\* دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران. (نویسنده مسئول)  
[y.rezapour@ardakan.ac.ir](mailto:y.rezapour@ardakan.ac.ir)

\*\*\* استادیار، گروه فقه و مبانی حقوق اسلامی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

\*\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران.

توسط عوامل خودشکوفایی، تعالی خود و پذیرش خود قابل پیش‌بینی بود ( $p < 0/01$ ). نتایج نشان داد افراد مبتلا به دیابت نوع دو که پذیرش خود، تعالی خود و خودشکوفایی بالاتری دارند، تحمل‌پریشانی بالاتری داشته‌اند. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مراکز بهداشتی-درمانی به آموزش‌های روان‌شناختی جهت ارتقاء خودشکوفایی، تعالی خود و بطور خاص پذیرش خود در بیماران دیابتی توجه ویژه‌ای داشته باشند.

**کلید واژگان:** بیماران دیابتی، پذیرش خود، تحمل‌پریشانی، تعالی خود، خودشکوفایی.

## مقدمه

دیابت بیماری مزمن و پرهزینه‌ای است که روند ابتلای افراد به آن در سراسر جهان رو به افزایش است. این بیماری و عوارض آن هزینه‌های بسیاری بر بیمار و سیستم درمانی جامعه تحمیل می‌کند (International Diabetes Federation [FDA], 2019). بیماری دیابت (diabetes mellitus) نوعی اختلال متابولیک پیشرونده مزمن است که عمدتاً به دلیل کمبود هورمون انسولین در خون بیمار ایجاد می‌شود. دیابت با ایجاد اختلالات متابولیکی ناشی از افزایش قند خون (hyper glycemia)، عوارضی در بدن ایجاد می‌کند (Jameson et al., 2018). عوارضی مانند نوروپاتی (nephropathy)، رتینوپاتی (retinopathy)، نوروپاتی (neuropathy) و بیماری‌های قلبی-عروقی که می‌تواند منجر به احتمال مرگ و میر بیشتر در بین دیابتی‌ها شود (American Diabetes Association [ADA], 2014). باید توجه داشت که ۹۰ درصد جمعیت دیابتی جهان به دیابت نوع دو مبتلا هستند (Chatterjee et al., 2017) و طبق آخرین برآوردهای رسمی منتشر شده از سوی انجمن بین‌المللی دیابت (FDA)، در سال 2019، تعداد بزرگسالان ۲۰ تا ۷۹ ساله مبتلا به دیابت در ایران در این سال، رقمی حدود پنج میلیون نفر بوده و درصد شیوع بیماری در سطح کشور حدود ۹٫۴ درصد اعلام شد. در همان سال میانگین هزینه سالانه برای هر فرد ایرانی مبتلا (جهت مصرف دارو یا انسولین و دریافت خدمات حمایتی و پزشکی)، حدود ۱۱۴۱ دلار آمریکا برآورد گردید و مرگ و میر سالانه ناشی از عوارض دیابت در جمعیت ۲۰ تا ۷۹ ساله ایرانی هم برابر با ۳۳۰۳۶ نفر اعلام شد (FDA, 2019). طبق آمار منتشر شده در اطلس پیمایش عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در ایران سال ۱۴۰۰، مبتلایان به دیابت بالای ۱۸ سال کشور، در بازه زمانی سال ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰، افزایشی ۴۵/۵ درصدی داشته‌اند. طبق اطلاعات این اطلس، میانگین شیوع کشوری دیابت در سال ۱۴۰۰، در افراد بالای ۲۵ سال ۱۷/۵۲ درصد می‌باشد. این در حالی است که طبق همان منبع و در همان محدوده سنی بالای ۲۵ سال، میانگین شیوع دیابت

در استان یزد ۲۳/۸ درصد می‌باشد (Health Information Observatory Dashboard, 2022). که این تفاوت درصد قابل توجه می‌باشد. از آن جا که مهم‌ترین گام در کنترل این بیماری و پیشگیری از عوارض آن توجه به بحث خودمدیریتی دیابت است (FDA, 2019)، پس توجه به این بحث اهمیت خاصی دارد. برای داشتن خودمدیریتی، فرد بایستی مجموعه‌ای از رفتارهای خودمراقبتی را به طور روزانه و مادام‌العمر اجرا کند. این رفتارها شامل توجه به تغذیه سالم، چک کردن منظم قند خون، داشتن فعالیت بدنی کافی و ... می‌باشد (Shirvastava et al., 2013). اما یکی از عوامل مهم تأثیرگذار بر خودمدیریتی دیابت، داشتن توانایی تحمل پریشانی می‌باشد. اصطلاح تحمل پریشانی (distress tolerance)، بعنوان توانایی تجربه کردن و تحمل حالات روانی منفی تعریف شده است (Simons & Gaher, 2005). البته گروهی از پژوهشگران، تحمل پریشانی را به صورت توانایی تداوم رفتاری خاص و هدفمند در زمان تجربه پریشانی عاطفی و استرس تعریف می‌کنند (Bernstein et al., 2009). پژوهش Zhang et al. (2024) تایید می‌کند که همبستگی معناداری بین استرس و پریشانی افراد دیابتی (diabetic distress) و وضعیت مالی، جسمی و روانی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ وجود دارد و به طور خاص، کسانی که از وضعیت مالی خود رضایت کمتری دارند، برای مدت طولانی‌تری به دیابت مبتلا هستند، عوارض حاد و مزمن بیشتری تجربه کرده‌اند و فعالیت‌های خودمراقبتی کمتری دارند، استرس و پریشانی بیشتری تجربه می‌کنند. از این رو، توانایی بیماران دیابتی در تحمل استرس‌ها و حالات روانی نامطلوب همراه این بیماری و ادامه‌ی رفتارهای مربوط به خودمدیریتی که نوعی رفتار خاص و هدفمند محسوب شده و گاه از دید بیماران خسته کننده و محدودکننده تلقی می‌شود، نقش بسزایی در تداوم خودمدیریتی دیابت دارد. این حقیقت که پریشانی و استرس زیاد توانایی خودمدیریتی را از بیمار می‌گیرد (Morris et al., 2011)، به ما می‌گوید که چرا افراد دیابتی که تحمل پریشانی بالاتری دارند و استرس را بهتر تحمل می‌کنند، خودمدیریتی بالاتری دارند. تحمل پریشانی می‌تواند تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی مختلفی باشد. بنظر می‌رسد که ابعاد تکامل وجودی از جمله عواملی هستند که می‌توانند تحمل پریشانی فرد را پیش‌بینی کنند. تکامل وجودی به روشی از زندگی اشاره دارد که سرشار از معنا و هدف است و رویکرد روانشناختی وجودی را در زندگی آشکار می‌کند (Längle et al., 2003). تکامل وجودی سه بعد اصلی شامل پذیرش خود (self-acceptance)، خودشکوفایی (self-actualization) و تعالی خود

(self-transcendence) دارد و در این پژوهش اثرگذاری این ابعاد بر تحمل‌پریشانی بررسی شده است. پذیرش خود برای سلامت روان بسیار مهم تلقی می‌شود و فقدان توانایی پذیرش بی‌قید و شرط می‌تواند به مشکلات عاطفی مختلفی از جمله خشم و افسردگی کنترل نشده منجر شود. پذیرش خود باعث می‌شود که افراد مسئولیت زندگی خود را بپذیرند و به این نتیجه برسند که در کنترل دنیای شخصی خودشان مؤثرند (Carson & Langer, 2006). درمان پذیرش خود، به طور قابل توجهی باعث کاهش استرس، پرخاشگری، تنش، خستگی، ناامیدی، خشم و افسردگی می‌شود (Aflakseir et al., 2020). با بهبود سطح پذیرش خود می‌توان احساس فرد به خودش را مثبت‌تر کرده و تاب‌آوری فرد در برابر مشکلات را افزایش داد (Esmailishad et al., 2022).

پس انتظار این است که بیمار دیابتی که خود و بیماری جسمی‌اش را پذیرفته باشد، سلامت روان بالاتری داشته و تحمل‌پریشانی بالاتری از خود نشان دهد. بنظر می‌رسد خودشکوفایی که دومین بعد تکامل وجودی است هم به فرد کمک می‌کند تا راحت‌تر با بیماری کنار آمده و پریشانی‌ها را تحمل کند. فرد خودشکوفاً فراتر از نیازهای اساسی اولیه رفته و هدف بالاتری را در زندگی کشف می‌کند (Maslow, 1968). با پیگیری خودشکوفایی از طریق یافتن معنا و شادی در زندگی، افراد خود را به سمت بهزیستی مثبت (positive well-being) سوق می‌دهند (Del Castillo, 2021). خودشکوفایی به تصمیم‌گیری بهتر، ایجاد روابط سالم و ارتقای شایستگی در مواجهه با واقعیت‌های سخت زندگی کمک می‌کند (Pavai et al., 2021). بنابراین انتظار می‌رود که فرد دیابتی خودشکوفاً معنا و هدفی برای زندگی خود تصور کند که باعث بهزیستی مثبت فرد شده و تحمل‌پریشانی فرد بهبود یابد. سومین بعد تکامل وجودی که تصور می‌شود می‌تواند تحمل‌پریشانی افراد دیابتی را تحت تأثیر قرار دهد تعالی خود است. تعالی خود از دید Frankl (1959)، اساس وجود انسان است. این توانایی معنوی، فرد را قادر می‌سازد تا با جهان فراتر از خود تماسی هدفمند برقرار کند و به معنای نهایی زندگی دست یابد. لازمه دستیابی به تعالی خود، فاصله گرفتن از خود می‌باشد (Frankl, 1959). تعالی خود یک کیفیت ذاتی در هر انسانی است. یک فرآیند پویا است که شامل سازگاری با پریشانی فیزیکی، عاطفی و روحی گذشته و به‌عنوان یک مکانیسم مقابله قدرتمند است. می‌تواند منجر به دگرگونی شخصی شود و می‌تواند حس بهزیستی و کیفیت زندگی را بهبود بخشد (Teixera, 2008). بر اساس این تعریف، از فرد دیابتی تعالی یافته انتظار می‌رود از خودش فاصله گرفته و معنایی ماورایی برای زندگی و رنج بیماری

خود تصور کرده و پریشانی و استرس غیر قابل کنترلی تجربه نکند.

با توجه به مباحث مطرح شده می‌توان گفت که مفاهیم پذیرش خود، خودشکوفایی و تعالی خود مفاهیم ارزشمند شناختی هستند که به انسان‌ها در پذیرش بیماری کمک کرده و تحمل پریشانی بیماران دیابتی را بهبود می‌بخشند. از آنجا که تحمل پریشانی در بیماران دیابتی باعث خودمدیریتی و کنترل بهتر دیابت می‌شود (Afkhami Ardakani, 2022)، بررسی عوامل مرتبط با آن ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به اهمیت موضوع و توجه به این نکته که در ایران و دیگر کشورها پژوهش مستقلی در رابطه با شناسایی متغیرهای مؤثر بر تحمل پریشانی دیابتی‌ها انجام نگرفته است، ضرورت انجام این پژوهش روشن می‌گردد. در صورت تایید تأثیرگذاری این متغیرها، می‌توان برنامه‌هایی برای افزایش تحمل پریشانی بیماران دیابتی، البته در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی ارائه داد. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی پذیرش خود در رابطه تحمل پریشانی با خودشکوفایی و تعالی خود در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. در این پژوهش چند فرضیه مورد بررسی قرار گرفتند و با توجه به پیشینه‌های موجود انتظار می‌رود که تعالی خود و خودشکوفایی بتوانند مستقیماً بر تحمل پریشانی افراد دیابتی تأثیر بگذارند. از طرفی تعالی خود و خودشکوفایی هم بر پذیرش خود اثر مستقیم داشته و پذیرش خود نیز بر تحمل پریشانی اثر مستقیم داشته باشد. بعلاوه انتظار این است که پذیرش خود در رابطه خودشکوفایی و تحمل پریشانی و نیز در رابطه تعالی خود و تحمل پریشانی نقش میانجی داشته باشد. در توضیح نقش میانجی باید گفت پیش‌بینی می‌شود که خودشکوفایی و تعالی خود بتوانند از راه‌های گوناگونی تحمل پریشانی فرد را بهبود بخشند و یکی از این راه‌ها با واسطه پذیرش خود است. افرادی که به تعالی خود و خودشکوفایی رسیده‌اند راحت‌تر به پذیرش خود دست پیدا می‌کنند و در نهایت پذیرش خود بهتر باعث تحمل پریشانی بالاتر آن‌ها می‌شود. به بیان دیگر انتظار می‌رود چنانچه فرد تعالی خود بالاتری تجربه کند، بتواند معنایی برای رنج و پریشانی ابتلا به دیابت و محدودیت‌های حاصل از بیماری پیدا کند و نتیجه آن پذیرش خود بیشتر باشد و یا چنانچه فرد به خودشکوفایی برسد، قدرت درک بهتر واقعیت را پیدا می‌کند و در هر لحظه برای همه داشته‌های عمیقاً قدر دان است که باز هم نتیجه آن پذیرش خود بالاتر است. ارتباط بین متغیرهای خودشکوفایی، تعالی خود، پذیرش خود و تحمل پریشانی در مدل پیش فرض پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

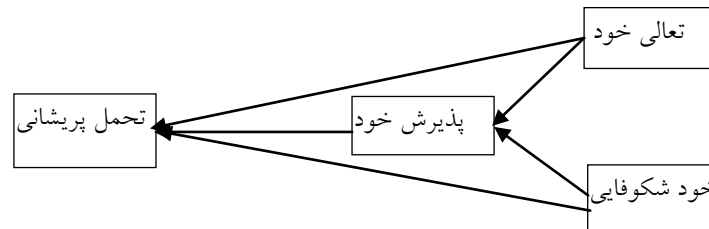


Figure 1. proposed model

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش یک مطالعه توصیفی - همبستگی از نوع مدل مسیر بوده است. جامعه هدف این پژوهش بیماران زن و مرد دیابتی نوع دو با محدوده سنی ۷۰-۳۵ ساله ساکن استان یزد بودند که در بهار ۱۴۰۱ به مراکز بهداشت استان مراجعه کرده بودند. به این دلیل این بازه سنی در نظر گرفته شد که شروع دیابت نوع ۲ معمولاً بعد از ۳۰ سالگی اتفاق می‌افتد و افراد بالای ۷۰ سال نیز معمولاً تمرکز و حوصله کافی برای پاسخگویی به سؤالات را ندارند. انتخاب نمونه آماری به صورت در دسترس انجام گرفت. حجم نمونه نهایی ۲۰۷ نفر بود. در پژوهش حاضر با مدنظر قرار دادن حد بالای نسبت حجم نمونه به تعداد متغیرهای مشاهده شده و پارامترهای آزاد (نسبت ۲۰ به ۱)، پیچیدگی مدل، روش برآوردهای پارامترهای آزاد (برآورد حداکثر درست‌نمایی)، حجم داده‌های مفقود (کمتر از ۵ درصد) و رابطه نرمالیتی چندمتغیره با حجم نمونه (هر چه انحراف از نرمال بودن چندمتغیره بیشتر شود نسبت پاسخگویی که برای برآورد هر پارامتر مورد نیاز است افزایش می‌یابد) اصل بر این گذاشته شد که حجم نمونه ۲۰۷ نفر به منظور اجرای مدل مسیر کفایت لازم را دارد. ملاک‌های ورود بیماران به مطالعه شامل موارد زیر بود: ابتلا به دیابت فرد بر اساس آزمایش خون و تشخیص پزشک معالج تایید شده باشد و فرد به بیماری خود آگاه بوده و مصرف دارو جهت درمان را آغاز کرده باشد. حداقل شش ماه از زمان تشخیص قطعی دیابت فرد گذشته باشد تا بر کیفیت زندگی بیمار اثر گذاشته باشد. محدوده سنی بیماران بین ۳۵ تا ۷۰ سال باشد، پاسخ دهندگان توانایی توجه به سؤالات و پاسخ دادن و یا حداقل تحصیلات برای خواندن و نوشتن را داشته باشند و بیمار از شرکت در تحقیق رضایتی آگاهانه داشته باشد.



ملاک‌های خروج از مطالعه هم چنین تعریف شد: عدم رضایت فرد برای شرکت در پژوهش، عدم توانایی تمرکز برای پاسخگویی و درک سؤالات، عدم ابتلا به بیماری مزمن و شدیدی که توان خود مراقبتی را از فرد گرفته باشد مثل دیالیز یا سکنه مغزی شدید همراه با فلج، چنانچه دیابت فرد از نوع دیابت بارداری باشد. چنانچه دیابت فرد از نوع یک باشد. یعنی طبق گفته فرد، او از کودکی مبتلا به دیابت تشخیص داده شده و از همان ابتدا مجبور به استفاده از انسولین بوده است. چنانچه فرد از نظر پزشک مبتلا به دیابت تشخیص داده شده باشد ولی هنوز مصرف دارو را شروع نکرده و با فعالیت بدنی و رعایت رژیم غذایی سعی در کنترل قند خون خود دارد.

بنابر ملاک‌های ورود و خروج ذکر، ۲۰۷ بیمار دیابتی ساکن استان یزد در این مطالعه شرکت کردند که از این تعداد ۱۳۵ نفر زن و ۷۲ نفر مرد بودند. شرکت کنندگان در محدوده سنی ۳۵ تا ۷۰ سال قرار داشتند. میانگین سنی آنها ۵۵/۷۵ سال با انحراف معیار ۹/۳۰ بود و حداقل ۶ ماه از شروع دوره مصرف داروی دیابت هر فرد گذشته بود.

### ابزار پژوهش

پرسشنامه خودساخته اطلاعات جمعیت‌شناسی: این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد جنسیت، سن، وزن، قد، سطح درآمد، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و تاهل، وجود سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت، نوع درمان فعلی برای دیابت، مدت ابتلا به دیابت، سطح قند خون ناشتا و دو ساعت بعد از ناشتا، ابتلا به عوارض دیابت، بودن در معرض دود سیگار و بومی بودن در استان یزد بوده است.

مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale): مقیاس تحمل پریشانی Simons and Gaher (2005) یک شاخص خود سنجی تحمل پریشانی هیجانی است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه و چهار خرده مقیاس به نام های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. نمره‌گذاری آن به صورت درجه بندی لیکرت از ۱ تا ۵ (از کاملاً موافق که یک نمره دارد تا کاملاً مخالف که ۵ نمره دارد) می‌باشد. در این پرسشنامه نمره‌های بالا نشانگر تحمل پریشانی بالا می‌باشد. سؤال ۶ این مقیاس نمره معکوس دارد و نمره هر خرده مقیاس از محاسبه

میانگین سؤالات مربوطه به دست می‌آید. این مقیاس نمره کل دارد و نمره کلی این مقیاس از جمع نمره ۴ خرده مقیاس حاصل می‌شود. در پژوهشی ضرایب آلفای کرونباخ برای ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجان‌ات منفی، برآورد ذهنی پریشانی، و تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی، به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲، ۰/۷۸ و ۰/۷۰ به دست آمد و برای مقیاس کل ۰/۸۲ گزارش شد و همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه برابر ۰/۶۱ گزارش شد. هم چنین مشخص شد که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (Simons & Gaher, 2005). در پژوهشی دیگر، آلفای کرونباخ مقیاس کل ۰/۸۶ به دست آمد (Andami Khoshk, 2013). همچنین (Azizi et al., 2010) نیز میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۶۷ و پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ و پایایی ترکیبی کلی پرسشنامه در یک مطالعه دیگر به ترتیب ۰/۹۶ و ۰/۹۰ تعیین شد و روایی همگرا هم ۰/۵۹ گزارش شد (Tofangchi, 2022). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۶ محاسبه شد که نشان دهنده پایایی مناسب پرسشنامه است.

**مقیاس تکامل وجودی (Existential Fulfilment Scale):** این مقیاس با ۱۵ گویه که توسط Loonstra و همکارانش در سال ۲۰۰۷ تهیه شده است و سه خرده مقیاس پذیرش خود، خودشکوفایی و تعالی خود را شامل می‌شود. برای هر خرده مقیاس ۵ سؤال وجود دارد و نمره‌گذاری آن به صورت درجه بندی لیکرت ۵ درجه‌ای است که از ۰ تا ۴ (از کاملاً مخالفم که صفر نمره دارد تا کاملاً موافقم که ۴ نمره دارد) نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر امتیاز در هر بعد یا خرده مقیاس برابر با عدد ۲۰ است. این مقیاس نمره کل ندارد و هر خرده مقیاس جنبه متفاوتی از تکامل وجودی را می‌سنجد (loonstra et al., 2007). در مطالعه‌ای روی ۸۱۲ دانشجوی آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۱ و ۰/۸۸ به دست آمد و به این نتیجه رسیدند که ساختار عاملی این مقیاس برازش قابل قبولی را نشان می‌دهد (Loonstra et al., 2007). البته در مطالعه دیگری بر روی ۵۰۴ معلم دبیرستان، آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌ها به ترتیب، ۰/۷۸، ۰/۷۱ و ۰/۸۶ به دست آمد (Loonstra et al., 2009). ضرایب همسانی درونی آزمون برای پذیرش خود، خودشکوفایی و تعالی خود به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۶ و ۰/۸۲ است (Tomic & Tomic, 2011). پنج سؤال مربوط به پذیرش خود (سؤالات شماره ۱، ۳، ۸، ۱۱ و ۱۲) به اشتیاق برای اثبات خود به دیگران، طرد خود، عدم اطمینان درونی و اتکای روان‌شناختی اشاره

دارد. نمره‌گذاری این سؤالات بصورت معکوس انجام می‌گیرد تا میزان پذیرش خود پاسخ دهندگان برآورد شود. سؤالات خودشکوفایی (سؤالات شماره ۲، ۵، ۷، ۱۴ و ۱۵) با انگیزه ذاتی، اشتیاق به ایده‌آل‌های شخصی و احساس آزادی برای دنبال کردن اهداف با آرامش سروکار دارند. سؤالات تعالی خود (سؤالات شماره ۴، ۶، ۹، ۱۰ و ۱۳) به مواردی اشاره دارد که فرد خود را بخشی از یک کلیت بزرگتر و معنی‌دار احساس کند، حسی از زندگی را فراتر از علائق شخصی خود بگیرد و متقاعد شود که زندگی برای چیزی خوب است (Loonstra et al., 2007). این پرسشنامه تاکنون در ایران مورد استفاده قرار نگرفته و بنابراین پرسشنامه ابتدا ترجمه شد و روایی محتوایی آن توسط ۳ کارشناس آگاه به موضوع به شیوه غیرنظام‌مند تایید شد. آلفای کرونباخ پرسشنامه تکامل وجودی در این پژوهش ۰/۸۱ محاسبه شد که پایایی خوب پرسشنامه را نشان می‌دهد.

## روش اجرا

پرسش‌نامه‌ها به صورت در دسترس در اختیار بیماران دیابتی نوع دو که در بهار ۱۴۰۱ به مراکز بهداشت سطح استان یزد مراجعه داشتند قرار داده شد، داده‌های جمع‌آوری شده به صورت عددی تعریف شده و وارد نرم‌افزار Excel گردید. نمره دهی معکوس برای سؤالات مورد نظر اعمال شد و سپس داده‌ها ابتدا با آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی بررسی شده و همبستگی داده‌ها با یکدیگر در نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ بررسی شد و بعد برازش مدل پیشنهادی به روش مدل مسیر و توسط نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۴ مورد ارزیابی قرار گرفت. داده‌های گمشده با میانگین جایگزین شدند و به دلیل اینکه پرسشنامه‌ها به صورت فردی و با حضور محقق تکمیل شدند، به تعداد مورد نظر تکمیل شد و بازگشتی وجود نداشت.

## ملاحظات اخلاقی

به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و جهت اطمینان خاطر بیشتر تأکید شد که هیچ نیازی به نوشتن نام و نام خانوادگی یا کد ملی بر روی پرسشنامه‌ها نیست. پیش از تکمیل پرسشنامه‌ها، افراد شرکت‌کننده فرم رضایت از شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. روند اجرای کار به تأیید کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه یزد رسانده شد و پژوهش حاضر با شناسه IR.YAZD.REC.1400.090 تصویب شد.

## یافته‌ها

در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار مربوط به پرسشنامه‌های تحمل پریشانی و تکامل وجودی (شامل سه بعد پذیرش خود، تعالی خود و خود شکوفایی)، و همبستگی بین متغیرهای پژوهش آورده شده است. نتایج نشان می‌دهد که همبستگی تحمل پریشانی با سه متغیر خود شکوفایی، تعالی خود و پذیرش خود معنی‌دار است. همچنین همبستگی پذیرش خود با دو متغیر خود شکوفایی و تعالی خود هم معنی‌دار است. اما خود شکوفایی و تعالی خود با هم همبستگی معنی‌داری نشان نمی‌دهند. بالاترین همبستگی هم بین متغیر پذیرش خود و تحمل پریشانی برقرار است.

Table 1.

Mean, Standard Deviation, and Correlation matrix of research variables

Variable	Distress tolerance	Self-acceptance	Self-actualization	Self-transcendence	Mean	Standard deviation
Distress tolerance	1				41.3	10.9
Self-acceptance	.37**	1			8.6	4.2
Self-actualization	.32**	.31**	1		12.7	3.5
Self-transcendence	.31**	.24*	.09*	1	15.8	2.8

\*p < 0/05

\*\*p < 0/01

به منظور اجرای مدل مسیر توجه به تعدادی پیش‌فرض اساسی حائز اهمیت است که در پژوهش حاضر پیش‌فرض‌های زیر مدنظر قرار گرفته‌اند:

**داده‌های پرت چندمتغیره:** داده‌های پرت چندمتغیره بیانگر این است که در یک فضای چندمتغیره، چه تعدادی از موردها می‌تواند پرت یا دورافتاده محسوب شوند. شاخصی که اغلب در خصوص تشخیص داده‌های پرت چندمتغیره در مدل مسیر مورد استفاده می‌گیرد و در این پژوهش نیز به منظور تشخیص داده‌های پرت چندمتغیره مورد استناد قرار گرفته است شاخص Mahalanobis Distance است. در پژوهش حاضر قبل از برآورد پارامترهای آزاد در مدل مسیر مربوط به هر یک از فرضیه‌های پژوهش موارد پرت چندمتغیره از طریق شاخص ماهالونوبیس

بررسی شدند که مشخص شد نیازی به حذف هیچکدام از داده‌ها نیست.

**نرمال بودن چندمتغیره یا Multivariate Normality:** برقراری شرط نرمال بودن چندمتغیره از پیش فرض‌های اصلی در استفاده از روش برآورد حداکثر درست‌نمایی (Maximum Likelihood) در مدل مسیر است. در این پژوهش جهت بررسی برقراری یا عدم برقراری نرمال بودن چندمتغیره از مقدار ضریب مردیا (Mardia) و نسبت بحرانی مربوط به این ضریب استفاده شده است. نسبت بحرانی مربوط به این ضریب که از تقسیم مقدار کشیدگی چندمتغیره بر خطای معیار آنها حاصل شده است قابل مقایسه با مقدار ۲/۵۸ است. با توجه به مقدار ضریب مردیا در پژوهش حاضر پیش فرض نرمال بودن چندمتغیره برای مدل مورد بررسی، برقرار بوده است.

**همخطی چندگانه:** همخطی وضعیتی است که نشان می‌دهد یک متغیر مستقل تابع خطی از سایر متغیرهای مستقل است. در پژوهش حاضر به منظور بررسی همخطی بین متغیرهای مستقل در مدل مسیر از مقادیر مربوط به دو شاخص (Variance Inflation Factor [VIF] و Tolerance) که نشان دهنده میزان همخطی بین متغیرهای مستقل می‌باشند استفاده گردیده است. با مدنظر قرار دادن نقطه برش مربوط به شاخص‌های Tolerance و VIF به ترتیب ۰/۴ و ۲/۵ (بالتر بودن مقدار شاخص Tolerance از ۰/۴ و پایین‌تر بودن مقدار شاخص VIF از ۲/۵) نتایج این دو شاخص در پژوهش حاضر بیانگر عدم وجود همخطی چندگانه و یا به عبارتی مطلوبیت این پیش فرض است.

Table 2.

Estimating the values of multiple collinearity indices of independent variables

Variable	VIF	Tolerance
Self- acceptance	1.16	.86
Self - actualization	1.11	.90
Self- transcendence	1.06	.94

در شکل ۲، مدل مسیر استاندارد شده نمایش داده شده است. برای محاسبه اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرهای مستقل و میانجی بر متغیر وابسته از روش خودگردان‌سازی در نرم‌افزار ایموس استفاده شد که خروجی آن در جدول ۳ گزارش شده است. طبق جدول ۳، نتایج زیر مورد تأیید است: اول، اثر مستقیم خودشکوفایی بر پذیرش خود به لحاظ آماری، مثبت و

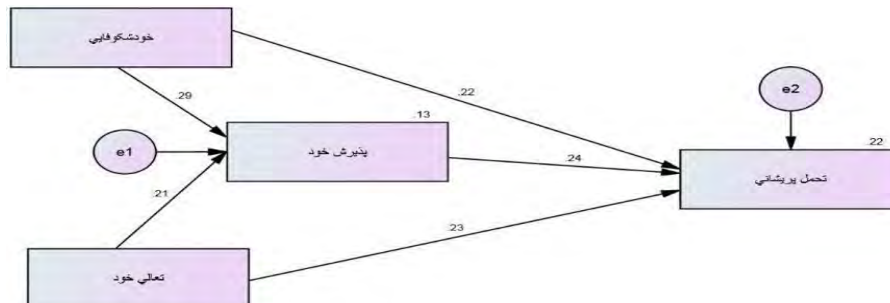


Figure 2. Standard path analysis model

معنی‌دار است ( $r = 0/29$  و  $P < 0/001$ ). دوم، اثر مستقیم خودشکوفایی بر تحمل پریشانی به لحاظ آماری، مثبت و معنی‌دار است ( $r = 0/22$  و  $P < 0/01$ ). سوم، اثر مستقیم تعالی خود بر پذیرش خود به لحاظ آماری، مثبت و معنی‌دار است ( $r = 0/21$  و  $P < 0/01$ ). چهارم، اثر مستقیم تعالی خود بر تحمل پریشانی به لحاظ آماری، مثبت و معنی‌دار است ( $P < 0/05$ ) و پنجم، اثر مستقیم پذیرش خود بر تحمل پریشانی به لحاظ آماری، مثبت و معنی‌دار است ( $r = 0/23$  و  $P < 0/001$ ).

همچنین آماره سوبل (Sobel) محاسبه شده برای اثبات نقش میانجی پذیرش خود در رابطه تحمل پریشانی و خودشکوفایی،  $2/72$  است که از قدرمطلق  $1/96$  بزرگتر بوده و در سطح

Table 3.

Estimation of direct and indirect effects of independent and mediating variables on distress tolerance

Independent variable	Mediating variable	Dependent variable	Estimation					
			Direct value	*p	Indirect value	p	Total value	p
self-actualization	-	self-acceptance	.29	.001	-	-	.29	.001
	-	distress tolerance	.22	.002	-	-		
	self-acceptance	distress tolerance	-	-	.07	.0001		
self-transcendence	-	self-acceptance	.21	.007	-	-	.28	.001
	-	distress tolerance	.23	.001	-	-		
	self-acceptance	distress tolerance	-	-	.05	.004		
self-acceptance	-	distress tolerance	.24	.001	-	-	.24	.001

\* Significant probability

کمتر از ۰/۰۱ معنی دار است. بنابراین نقش میانجی پذیرش خود در ارتباط بین خودشکوفایی با تحمل پریشانی تأیید می‌شود و در پایان آماره سوپل محاسبه شده برای اثبات نقش میانجی پذیرش خود در ارتباط تحمل پریشانی و تعالی خود، ۲/۴۵ است که از قدر مطلق ۱/۹۶ بزرگتر بوده و در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی دار است. بنابراین پذیرش خود در ارتباط بین تعالی خود با تحمل پریشانی، نقش میانجی دارد.

در این پژوهش برای ارزیابی مدل از مشخصه‌های  $\chi^2/df$ ، RMSEA، GFI، TLI، NFI، CFI و IFI استفاده شده است. شاخص  $\chi^2/df$  فاقد یک معیار ثابت برای یک مدل قابل قبول است، اما مقدار کوچک  $\chi^2/df$  دلالت بر برازش بهتر مدل دارد (Hooman, 2005) و مقادیر کمتر از ۳ مطلوب ارزیابی می‌شود. توصیه شده است از جذر برآورد واریانس خطای تقریب که به عنوان اندازه تفاوت برای هر درجه آزادی ارائه کرده است استفاده شود. شاخص RMSEA برای مدل‌های خوب برابر با ۰/۰۸ یا کمتر است. مدل‌هایی که RMSEA آنها ۰/۱۰ یا بیشتر باشد برازش ضعیفی دارند. بر پایه قرارداد، مقدار GFI، NFI، IFI، TLI و CFI باید برابر یا بزرگتر از ۰/۹۰ باشد تا مدل پذیرفته شود.

Table 4.  
Estimation of path analysis model generality evaluation indices

index	$\chi^2$	df	$\chi^2/df$	GFI	NFI	IFI	TLI	CFI	RMSEA
value	1.96	1	1.96	.99	.98	.99	.95	.99	.06

شاخص‌های ارزیابی کلیت مدل مسیر با توجه به دامنه مطلوب این شاخص‌ها در مجموع بیانگر این است که مدل مفروض تدوین شده توسط داده‌های پژوهش حمایت می‌شوند، به عبارت دیگر برازش داده‌ها به مدل برقرار است.

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی رابطه بین پذیرش خود، تعالی خود و خودشکوفایی با میزان تحمل پریشانی در افراد دیابتی همچنین بررسی نقش میانجی پذیرش خود در رابطه بین خودشکوفایی و تحمل پریشانی و نیز در رابطه تعالی خود و تحمل پریشانی بود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که پذیرش خود با تحمل پریشانی رابطه معنی‌داری دارد. در مقاله‌ای با عنوان

نقش‌های واسطه‌ای چندگانه سازگاری بین فردی و پذیرش خود، چنین نتیجه‌گیری شد که پذیرش خود بطور منفی و معنی‌داری با پریشانی روانشناختی همبستگی دارد (Zhang et al., 2022). در مقاله‌ای دیگر با عنوان اثربخشی پذیرش خود بر کاهش استرس در بین گروهی از دانش‌آموزان، نقش مهم پذیرش خود در کاهش استرس و تنش در دانش‌آموزان پشت‌کنکوری نشان داده شد و چنین نتیجه‌گیری می‌شود که پذیرش خود برای بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان بسیار مهم است (Aflakseir et al., 2020). در مطالعه‌ای با عنوان رابطه سواد سلامت و تاب‌آوری با نقش میانجی پذیرش خود در سالمندان، این فرضیه را تأیید شد که بین پذیرش خود و تاب‌آوری رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد (Esmailishad, 2022). از این مقالات می‌توان استدلال کرد که افرادی که پذیرش خود بالاتری دارند، پریشانی روان‌شناختی کمتری تجربه کرده و برخوردی تاب‌آورانه با مشکلات دارند و عبارتی قدرت تحمل پریشانی بالاتری دارند. عبارتی اگر فرد دیابتی بتواند خودش را با همه نقص‌ها، توانایی‌ها، بیماری‌ها و محدودیت‌ها بپذیرد، قدرت تحمل پریشانی بالاتری از خود بروز می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که خودشکوفایی با تحمل پریشانی رابطه معنی‌داری دارد یعنی افراد خودشکوفایا بهتر پریشانی‌ها را تحمل کرده و با مشکلات راحت‌تر کنار می‌آیند. این یافته با یافته هارل، همسو است. او در پژوهشی با عنوان سلامتی خودشکوفایی: رویکردی توسعه‌ای برای پیش‌بینی و کاهش استرس دانشجویی مرتبط با متغیرهای فردی و محیطی، به این نتیجه رسید که میزان رشد بالاتر در شش بعد از ابعاد هفت‌گانه مدل نظری سلامتی خودشکوفایی (شامل: خودکفایی، مراقبت از خود، درک خود اجتماعی، خودارزیابی، حمایت از خود، خود انگیزگی و شفقت به خود)، تأثیر عوامل استرس‌زا و زمینه‌های نگرانی دانشجویان را کاهش می‌دهد (Harrell, 2018). از دید نظری، (Maslow (1968)، مفهوم خودشکوفایی را به عنوان بالاترین سطح نیاز برای انسان معرفی کرد و ادعا کرد این نیاز رو به رشدی است که نمی‌توان آن را به طور کامل ارضا کرد. او نشان داد که افراد خودشکوفایا یا سالم کسانی هستند که (۱) برداشت کارآمدتری از واقعیت دارند. (۲) پذیرش بالایی نسبت به خود، دیگران و طبیعت دارند. (۳) خود انگیزته‌اند. (۴) غالباً رویکرد مسئله‌مدار دارند. (۵) تمایل به تنهایی و حفظ حریم خصوصی دارند. (۶) خودمختاری و استقلال دارند. (۷) بطور مداوم حس خوشبختی کرده و شدیداً قدردان داشته‌های خود هستند. (۸) تجارب اوج بیشتری



دارند. (۹) همذات پنداری بالاتری با نوع انسان دارند و علاقه اجتماعی قوی دارند. (۱۰) روابط میان فردی عمیقی دارند. (۱۱) ساختار شخصیت دموکراتیک‌تری دارند. (۱۲) خلاقیت بالایی دارند. (۱۳) شوخ طبعی فلسفی داشته و بازیگوشند. بنابراین، شوخ بودن و بازیگوشی افراد خود شکوفا در هر موقعیتی، برداشت کارآمدتر آن‌ها از واقعیت و مشکلات، رویکرد مسئله‌مدارانه به مشکلات و همچنین پذیرش بالای آن‌ها نسبت به خودشان، دیگران و طبیعت همگی سبب می‌شود که افراد خودشکوفا بتوانند استرس و پریشانی‌ها را بخوبی تحمل کرده و تحمل پریشانی بالاتری داشته باشند. بنابراین چنین استنباط می‌شود که خودشکوفایی فرد دیابتی به او حس واقع بینی، قدردانی و شوخ طبعی داده و برخورد مسئله‌مدارانه او با مشکلات و ناکامی‌ها تحمل پریشانی او را بهبود می‌بخشد.

یافته بعدی پژوهش نشان داد که تعالی خود با تحمل پریشانی رابطه معنی‌داری دارد. در پژوهشی با عنوان تأثیر اضطراب مرگ بر استرس ادراک شده در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و نقش تعالی خود، چنین نتیجه‌گیری شده است که تعالی خود یک ضربه‌گیر در ارتباط بین اضطراب مرگ و استرس درک شده برای افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس است. یافته‌ها اهمیت تعالی خود در کاهش اثرات اضطراب مرگ بر استرس ادراک شده را نشان دادند (Abdollahi et al., 2021). در پژوهشی دیگر با عنوان نقش واسطه‌ای تعالی خود در رابطه استرس ادراک شده و کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران به این نتیجه رسیدند که تعالی خود می‌تواند نقش غیرمستقیم معنی‌داری در کاهش اثرات منفی استرس ادراک شده بر کیفیت زندگی حرفه‌ای پرستاران داشته باشد (Nakhai et al., 2021). همچنین در تحقیقی با عنوان روابط بین تعالی خود، پریشانی بیماری و رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در زنان آفریقایی-آمریکایی با تشخیص سرطان پستان، به این نتیجه دست یافتند که متغیر تعالی خود در تبیین پریشانی بیماری و میزان مشارکت در رفتارهای ارتقای سلامت معنی‌دار است (Thomas, 2015). از این یافته‌ها می‌توان استدلال نمود که تعالی خود می‌تواند پریشانی حاصل از بیماری و استرس ادراک شده فرد را بطور معنی‌داری بکاهد و باعث شود که فرد دیابتی تحمل پریشانی بالاتری داشته باشد. به عبارتی هر چه فرد احساس تعالی بیشتری داشته باشد بهتر ناملایمات و استرس‌ها را تحمل می‌کند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که خودشکوفایی با پذیرش خود رابطه معنی‌دار مثبتی دارد. همانطور که ذکر شد، (Maslow (1968 به این نتیجه رسید که یکی از ویژگی‌های افراد

خودشکوفای این است که توانایی بالایی در پذیرش خودشان، دیگران و طبیعت دارند. بنابراین، این نتیجه که هر چه افراد خودشکوفایی بالاتری داشته باشند، پذیرش بالاتری هم نسبت به خود دارند، قابل تبیین است.

یافته بعدی حاکی از این است که تعالی خود با پذیرش خود رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. در تبیین این یافته به نظریه Reed (1991) در مورد تعالی خود استناد می‌شود که معتقد است تعالی خود شامل ارتباط با خود، دیگران و قدرت برتر است. طبق مفهوم سازی او تعالی خود سه حوزه دارد، حوزه درون فردی، بین فردی و فرا فردی. جنبه‌های درون فردی تعالی آن‌هایی هستند که معطوف به خود هستند و باعث می‌شوند فرد درک بهتری از خود داشته باشد. پس می‌توان نتیجه گرفت که این درک بهتر از خود باعث شود فرد به پذیرش بالاتری از خودش دست یابد.

یافته دیگر این پژوهش تایید می‌کند که پذیرش خود نقش میانجی در رابطه با خود شکوفایی و تحمل پریشانی دارد. در همین راستا در پژوهشی با عنوان پذیرش بدون قید و شرط خود و عزت نفس در رابطه با باورهای عدم تحمل ناکامی و پریشانی روانی، تاکید شده که اثر میانجی و تعدیل‌کننده پذیرش بی‌قید و شرط خود در رابطه بین باورهای عدم تحمل ناکامی و پریشانی روان‌شناختی بسیار مهم است (Jibeen, 2017). با توجه به این نکات که ۱. باورهای عدم تحمل ناکامی، باورهایی غیرمنطقی، سفت و سخت و ناسازگار با واقعیت هستند (Ellis et al., 2010) و ۲. الگوی تفکر غیرمنطقی منجر به احساسات ناسالم، رفتارهای ناکارآمد و عدم پذیرش خود می‌شود (Coon & Jibeen, 2017)، و طبق نوشته‌های Maslow (1968)، که افراد خودشکوفای افرادی هستند که درک کارآمدی از واقعیت دارند و رویکردی مسئله‌مدارانه به مشکلات برمی‌گزینند، می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که افراد خودشکوفای که باورهای منطقی و سازگار با واقعیت دارند، پذیرش خود بالاتری هم دارند و پذیرش خود هم (همانگونه که در یافته اول تبیین شد)، موجب پریشانی روان‌شناختی کمتر افراد و تحمل پریشانی بهتر در آن‌ها می‌شود.

یافته آخر هم تأیید نقش میانجی پذیرش خود در ارتباط تعالی خود و تحمل پریشانی است. طبق نظر Frankl (1959)، تعالی خود، تصمیم برای معنا بخشیدن به رنج، یک آزادی معنوی است که زندگی را معنی‌دار و هدفمند می‌کند. او معتقد است که یکی از ویژگی‌های تعیین‌کننده انسان این است که او توانایی بالا رفتن از شرایط زیست‌شناختی، روان‌شناختی و جامعه‌شناختی

زندگی برای فراتر رفتن از آن‌ها را دارد. بنابراین می‌توان چنین گفت که فرد با فاصله گرفتن از خود و فراتر رفتن از شرایط زیستی، روانی و اجتماعی خود به معنای جدیدی در زندگی رسیده که باعث می‌شود بتواند راحت‌تر خود و شرایطش را بپذیرد و این پذیرش بدون قید و شرط هم سبب می‌شود فرد استرس و پریشانی روان‌شناختی کمتری تجربه کرده و تحمل پریشانی بالاتری از خود نشان دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر به خوبی اثرگذاری سه متغیر روانشناختی بر تحمل پریشانی بیماران دیابتی را تأیید کرد. از آنجا که فرد دیابتی در فرایند پذیرش ابتلا به این بیماری مزمن، محدودیت‌های دایمی که این بیماری در زندگی او ایجاد می‌کند و اضطراب ابتلا به عوارض دیابت بیش از افراد غیر دیابتی در معرض پریشانی، استرس می‌باشد (Polonsky, 1995)، توجه به بهبود خودشکوفایی، تعالی خود و پذیرش خود تا ۲۲ درصد تحمل پریشانی فرد را ارتقا داده و در نهایت باعث خودمدیریتی و کنترل عوارض دیابت خواهد شد.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به انتخاب نمونه به صورت در دسترس اشاره کرد، به علاوه اینکه دیگر عوامل تأثیرگذار بر پذیرش خود و بر تحمل پریشانی در این پژوهش لحاظ نشده‌اند. همچنین با توجه به اینکه پاسخ دهندگان دیابتی‌های استان یزد بوده‌اند، در تعمیم نتایج به دیابتی‌های استان‌های دیگر باید احتیاط کرد. البته با توجه به اهمیت تحمل پریشانی بیماران دیابتی در بهبود خودمدیریتی و کنترل این بیماری، پیشنهاد می‌گردد که مراکز بهداشتی-درمانی به آموزش‌های روان‌شناختی جهت ارتقاء مفاهیم خودشکوفایی، تعالی خود و بطور خاص پذیرش خود در بین بیماران دیابتی توجه ویژه‌ای داشته باشند. چرا که صرف نظر از نوع بیماری و تأثیر درمان‌های پزشکی، پذیرش بیماری توسط فرد بیمار در فرآیند سازگاری با بیماری بسیار مهم است. از این رو، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی باید به پذیرش خود، بویژه در مورد بیماری‌های مزمن، توجه ویژه‌ای داشته باشند (Baptista et al., 2014). به نظر می‌رسد چنانچه این آموزش‌ها به صورت گروهی و طی جلساتی منظم و ماهانه و با شنیدن تجربیات بیمارانی که دیابت را بعنوان بخشی از زندگی خود پذیرفته‌اند، همراه باشد، این مداخله بسیار تأثیرگذار خواهد بود. تحقیقات اخیر هم نشان داده است که درمان مبتنی بر شفقت و نیز استفاده از روانشناسی مثبت‌گرا با رویکرد بهزیستی قادر است که رفتار سازگارانه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو و نیز احتمال انجام رفتارهای خودمراقبتی و پیروی از

درمان در آن‌ها را افزایش دهد (Bahadori et al., 2022). در پژوهشی دیگر هم مشخص شد که در کنار درمان‌های دارویی، استفاده از پروتکل اکت Acceptance and Commitment Therapy (ACT) که در واقع تلفیقی از دستورالعمل‌های پزشکی و تغذیه‌ای با رویکرد اکت می‌باشد و منجر به پذیرش بیماری و تعهد بیمار به انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد، برای کنترل بیماری دیابت نوع دو بطور معنی‌داری مؤثر است (Soltanian et al., 2022). پژوهش Zhang et al, (2024) هم تایید می‌کند که داشتن امید، احساس خودکارآمدی، سبک‌های مقابله‌ای مثبت و حمایت اجتماعی می‌تواند به طور بالقوه پریشانی افراد دیابتی نوع دو را کاهش دهد. پیشنهاد دیگر اینکه با توجه به افزایش دسترسی به مداخلات تغییر رفتار دیجیتال (digital behaviour change interventions) ارائه شده از طریق برنامه‌های سلامت تلفن همراه که گزینه خوبی برای ارتقای خود‌مدیریتی دیابت و بهبود نتایج سلامت بیماران دیابتی ارائه می‌دهد (Tarricone et al, 2024)، مراکز بهداشتی و درمانی، بیماران را با این برنامه‌های کارآمد که مبتنی بر نظریه‌های رفتاری است و نحوه استفاده از آن آشنا کنند. در پایان پیشنهاد می‌شود که با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و نگرش‌های متفاوتی که بین مردم استان‌ها و قومیت‌های مختلف ایرانی غالب است و سطح سواد سلامت متفاوت در بین آن‌ها، پژوهش‌هایی با موضوع مشابه در دیگر استان‌ها نیز اجرا شده و سایر عوامل مؤثر بر پذیرش خود و تحمل پریشانی هم لحاظ گردند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
 رتال جامع علوم انسانی

**سهم مشارکت نویسندگان:** نادره افخمی اردکانی، همکاری در طراحی چارچوب کلی، تدوین محتوا و تحلیل مطالب، ارسال و اصلاحات مقاله؛ دکتر یاسر رضاپور میرصالح، طراحی چارچوب کلی، انتخاب رویکردها و بررسی نهایی؛ دکتر حسین غفوری چرخابی، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ دکتر عذرا محمدپناه اردکان، مقایسه رویکردها و نتیجه‌گیری؛ همه نویسندگان نسخه نهایی مقاله را مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند.

**سپاسگزاری:** نویسندگان مراتب تشکر خود را از همه کسانی که با نقد و مشورت در تکمیل این پژوهش مؤثر بوده‌اند، اعلام می‌دارند.

**تضاد منافع:** نویسندگان اذعان می‌کنند که در این مقاله هیچ نوع تعارض منافی وجود ندارد.

**منابع مالی:** این مقاله از حمایت مالی برخوردار نبوده است.

## References

- Abdollahi, A., Panahipour, H., Allen, K. A., & Hosseinian, S. (2021). Effects of death anxiety on perceived stress in individuals with multiple sclerosis and the role of self-transcendence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 84(1), 91-102. [Doi:10.1177/0030222819880714](https://doi.org/10.1177/0030222819880714)
- Afkhami Ardakani, N. (2022). *The Relationship Between Existential Fulfilment, Spiritual Well-being, Religious Coping, and Distress Tolerance with Self-Management of Diabetic Patients*. Unpublished Master Thesis, Ardakan university. [persian]
- Aflakseir, A., Ziaee, M., & Imani, M. (2020). The effectiveness of Self-Acceptance on stress reduction among a group of high school male students expecting university entrance exam in Hamadan, Iran. *International Journal of School Health*, 7(1), 56-60. [Doi:10.30476/intjsh.2020.83562.1010](https://doi.org/10.30476/intjsh.2020.83562.1010)
- American Diabetes Association. (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, 37(Supplement 1), S81-S90. [Doi:10.2337/dc14-S081](https://doi.org/10.2337/dc14-S081)
- Andami Khoshk, A. (2013). *The mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation and distress tolerance with life satisfaction*. Unpublished Master Thesis, Allameh Tabataba'i University. [Persian]
- Azizi, A., Mirzaei, A., & Shams, J. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation With Students Smoking Dependence, *Hakim Research Journal*, 13(1), 11-8. [Persian]
- Bahadori, M., Mehrabizadeh Honarmand, M., Asgari, P., Ahadi, H., & Moradi, L. (2022). Comparison of the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Positive Psychology with Well-being Approach on Alexithymia, Adaptive Behavior and Adherence to Treatment of Patients with Diabetes Type 2. *Psychological Achievements*, 29(1), 161-188. [Doi:10.22055/psy.2021.35153.260](https://doi.org/10.22055/psy.2021.35153.260) [persian]
- Baptista, G., Galvão A. M., & Pimentel M. H. (2014). Evaluation of acceptance of chronic disease: A need of health professionals. In *2nd World Congress of Health Research*. Atención Primaria, 33-33.
- Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. (2009). Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, 40(3), 291-301. [Doi:10.1016/j.beth.2008.08.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2008.08.001)
- Carson, S. H., & Langer, E. J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy*, 24(1), 29-43. [Doi:10.1007/s10942-006-0022-5](https://doi.org/10.1007/s10942-006-0022-5)
- Coon, D., & Mitterer, J. (2009). Psychology of Test anxiety. *Journal of Cengage Learning*, 28(3), 48-53.

- Del Castillo, F. A. (2021). Self-actualization towards positive well-being: combating despair during the COVID-19 pandemic. *Journal of Public Health, 43*(4), e757-e758. [Doi:10.1093/pubmed/fdab148](https://doi.org/10.1093/pubmed/fdab148)
- Ellis, A., David, D., & Lynn, S. J. (2010). Rational and irrational beliefs: A historical and conceptual perspective. *Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice*, New York. Oxford university press. 3-22.
- Esmailshadi, B., Keshavarzi Arshadi, F., & Yaghoubi, A. (2022). The relationship between health literacy and resilience with the mediating role of self-acceptance in the elderly. *Navide Noo, 24*(80), 56-65. [Doi: 10.22038/mnj.2022.58561.1298](https://doi.org/10.22038/mnj.2022.58561.1298)
- Frankl, V. E. (1959). The spiritual dimension in existential analysis and logotherapy. *Journal of Individual Psychology, 15*(2), 157-165.
- Harrell, A. (2018). *Self-actualization wellness: a developmental approach to predicting and reducing college student stress related to the person and environment variables*. Unpublished Dissertation, Drake University.
- Health Information Observatory Dashboard (2022). *Atlas of Stepwise approach to noncommunicable disease (NCD) risk factor surveillance (STEPS) 2021*. National Institute for Health Research Islamic Republic of Iran publication. <http://nihr.tums.ac.ir> [Persian]
- Hooman, H. A. (2005). *Structural Equation Modeling with LISREL Application*. Tehran, Samt publications. [Persian]
- International Diabetes Federation (2019). *IDF Diabetes Atlas, 9th edition*. Belgium: Brussels, Available at: <https://www.diabetesatlas.org>
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (Eds.), (2018). *Harrison's principles of internal medicine, 20th edition*. New York: McGraw-Hill Press.
- Jibeen, T. (2017). Unconditional self-acceptance and self-esteem in relation to frustration intolerance beliefs and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 35*(2), 207-221. [Doi: 10.1007/s10942-016-0251-1](https://doi.org/10.1007/s10942-016-0251-1)
- Längele, A., Oręler, C., & Kundi, M. (2003). The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. *European Psychotherapy, 4*(1), 135-151.
- Loonstra, B., Brouwers, A., & Tomic, W. (2007). Conceptualization, construction, and validation of the existential fulfillment scale. *European Psychotherapy, 7*(1), 5-18.
- Loonstra, B., Brouwers, A., & Tomic, W. (2009). Feelings of existential fulfillment and burnout among secondary school teachers. *Teaching and teacher education, 25*(5), 752-757. [Doi: 10.1016/j.tate.2009.01.002](https://doi.org/10.1016/j.tate.2009.01.002)

- Maslow, A. (1968). Some educational implications of the humanistic psychologies. *Harvard Educational Review*, 38(4), 685-696. Doi: [10.17763/haer.38.4.j07288786v86w660](https://doi.org/10.17763/haer.38.4.j07288786v86w660).
- Morris, T., Moore, M., & Morris, F. (2011). Stress and chronic illness: the case of diabetes. *Journal of Adult Development*, 18(2), 70-80. Doi: [10.1007/s10804-010-9118-3](https://doi.org/10.1007/s10804-010-9118-3).
- Nakhaii, Sh., Ahi Q, Qanifar, M. H., Shahabizadeh, F., & Tabatabaai T. (2021). The mediating role of self-transcendence in the relationship between perceived stress and Professional quality of life of nurses. *Iranian Journal of Nursing Research*, 16(1), 64-77. [Persian]
- Pavai, P. S., Geetha, K., Vigneshwari, J., & Suganthi, L. M. (2021). Investigation of relation between decision making and self-actualization. *Materials Today: Proceedings*, 37, 785-788. Doi: [10.1016/j.matpr.2020.06.002](https://doi.org/10.1016/j.matpr.2020.06.002)
- Polonsky, W. H., Anderson, B. J., Lohrer, P. A., Welch, G., Jacobson, A. M., Aponte, J. E., & Schwartz, C. E. (1995). Assessment of diabetes-related distress. *Diabetes care*, 18(6), 754-760. Doi: [10.2337/diacare.18.6.754](https://doi.org/10.2337/diacare.18.6.754)
- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing research*. 40(1), 5-11. Doi: [10.1097/00006199-199101000-00002](https://doi.org/10.1097/00006199-199101000-00002).
- Shrivastava, S. R., Shirvastava, P. S. & Ramasamy, J. (2013). Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*, 12(1), 1-5. Doi: [10.1186/2251-6581-12-14](https://doi.org/10.1186/2251-6581-12-14)
- Simons. J. S.. & Gaher. R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102. Doi: [10.1007/s11031-005-7955-3](https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3)
- Soltanian. N., Rahimian Boogar. I. & Talenasand. S. (2022). Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy with Health-Promoting Lifestyle Intervention on Disease Perception and Adjustment with Type 2 Diabetes. *Psychological Achievements*, 29(1), 139-160. Doi: [10.22055/psy.2021.36614.2669](https://doi.org/10.22055/psy.2021.36614.2669) [Persian]
- Tarricone, R., Petracca, F., Svae, L., Cucciniello, M., & Ciani, O. (2024). Which behaviour change techniques work best for diabetes self-management mobile apps? Results from a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Ebiomedicine*, 103. Doi: [10.1016/j.ebiom.2024.105091](https://doi.org/10.1016/j.ebiom.2024.105091)
- Teixera, M. E. (2008). Self-transcendence. A concept analysis for nursing praxis. *Holistic Nursing Practice*, 22, 25-31. Doi: [10.1097/01.HNP.0000306325.49332.ed](https://doi.org/10.1097/01.HNP.0000306325.49332.ed).
- Thomas. J. (2015). *Relationships among self-transcendence, illness distress, and health-promoting behaviors in African American women diagnosed with breast cancer*. Unpublished Dissertation, University of Arizona.
- Tofangchi, M., Raisi, Z., Ghamarani, A., & Rezaei, H. (2022). The Psychometric properties of Distress Tolerance Scale (DTS) in women

with tension-type headaches. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 12(4), 34-43. [Persian]

Tomic, M., & Tomic, E. (2010). Existential fulfilment, workload, and work engagement among nurses. *Journal of Research in Nursing*, 16(5), 468-479. [Doi:10.1177/1744987110383353](https://doi.org/10.1177/1744987110383353).

Zhang, X., Yue, H., Sun, J., Liu, M., Li, C., & Bao, H. (2022). Regulatory emotional self-efficacy and psychological distress among medical students: multiple mediating roles of interpersonal adaptation and self-acceptance. *BMC Medical Education*, 22(1), 1-9. [Doi:10.1186/s12909-022-03338-2](https://doi.org/10.1186/s12909-022-03338-2).

Zhang, Y. Y., Li, W., Sheng, Y., Wang, O., Zhao, F., & Wei, Y. (2024). Prevalence and Correlators of Diabetes Distress in Adults with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. Patient preference and adherence, 111-130. [Doi:10.2147/PPA.S442838](https://doi.org/10.2147/PPA.S442838)

