

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت : نقش میانجی بهزیستی معنوی

فهمیه فارسی^۱، قمر کیانی^{۲*}، سید علی حسینی المدنی^۳

چکیده

هدف: چاقی و دیابت از چالش‌های جهانی سلامت هستند که علاوه بر سلامت جسمانی، بر جنبه‌های روانی و اجتماعی افراد تأثیر می‌گذارند. شناسایی عوامل روان‌شناختی و ارتباطی مرتبط با رفتار خوردن می‌تواند به بهبود مدیریت این بیماری کمک کند. این پژوهش با هدف مدلیابی رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن و بررسی نقش میانجی بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت انجام شد.

روش بررسی: مطالعه از نوع توصیفی-همبستگی بود و جامعه آماری شامل زنان چاق مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۴۰۳ بود. از این جامعه، ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های توانمندی ایگو (مارکستروم و همکاران، ۱۹۹۷)، الگوهای ارتباطی (فیتزپاتریک و ریچی، ۱۹۹۰)، رفتار خوردن (داچ، ۱۹۸۶) و بهزیستی معنوی (پالوتزین و الیسون، ۱۹۸۲) بود. داده‌ها با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS-26 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن رابطه معناداری دارند ($P < 0.05$). همچنین، بهزیستی معنوی به‌عنوان میانجی‌گر، این رابطه را تقویت کردند ($P < 0.05$). مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها بر اهمیت مداخلات روان‌شناختی و معنوی برای بهبود رفتار خوردن تأکید دارند. تقویت توانمندی ایگو همراه با ارتقای بهزیستی معنوی، می‌تواند در طراحی برنامه‌های مشاوره‌ای و درمانی برای زنان چاق مبتلا به دیابت مؤثر باشد و به بهبود سلامت روان و سبک زندگی سالم‌تر کمک کند. این نتایج راهنمایی برای متخصصان سلامت و سیاست‌گذاران در توسعه برنامه‌های حمایتی ارائه می‌دهد.

کلمات کلیدی: بهزیستی معنوی، توانمندی ایگو، چاقی، دیابت، رفتار خوردن، الگوهای ارتباطی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران

۳. گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

دیابت^۱ یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن متابولیک است که امروزه به‌عنوان یک بحران جهانی سلامت شناخته می‌شود و سالانه میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان مبتلا می‌کند (۱). پیش‌بینی می‌شود که تقریباً ۶۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان تا سال ۲۰۳۵ به دیابت مبتلا شوند (۲) در سطح جهانی، بروز دیابت نوع ۱ در حال افزایش است و روند مشابهی در دیابت نوع ۲ در کودکان و نوجوانان مشاهده شده است که با افزایش چاقی نوجوانان همراه بوده است (۳). دیابت به‌شدت با بیماری روانی مرتبط است. به‌عنوان مثال، حدود ۱۳ درصد از افراد مبتلا به بیماری روانی شدید و ۹ درصد از افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تخمین زده می‌شود که دیابت دارند که این آمار در جمعیت عمومی در سراسر جهان ۸/۵ درصد تخمین زده شده است (۴). دیابت در زنان یکی از شایع‌ترین بیماری‌ها و یکی از نگرانی‌های اصلی حوزه سلامت زنان در جهان محسوب می‌شود (۵) نرخ بروز دیابت در زنان و مردان متفاوت است و عوامل خاص جنسیتی و هورمونی می‌توانند حساسیت زنان را نسبت به ابتلا و پیامدهای این بیماری افزایش دهند (۶). سه نوع اصلی دیابت عبارت‌اند از دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و دیابت بارداری (۷-۸). زنان به‌ویژه در سنین میان‌سالی و بالاتر، به علت تغییرات هورمونی، افزایش وزن و برخی شرایط ویژه مانند سندرم تخمدان پلی‌کیستیک، در معرض ابتلای بیشتری به این نوع دیابت قرار دارند (۹).

از مهمترین معضلات مرتبط با دیابت، ارتباط تنگاتنگ آن با اضافه‌وزن و چاقی^۲ است. چاقی به‌عنوان یکی از عوامل خطر اصلی در توسعه دیابت مطرح شده و بر شدت، میزان بروز عوارض و نحوه کنترل بیماری تأثیر بسزایی می‌گذارد (۱۰). مطالعات گسترده‌ای نشان داده‌اند که بین چاقی و دیابت رابطه

فهمیه فارسی و همکاران

معناداری وجود دارد به‌طوری‌که خطر ابتلا به دیابت در افراد چاق به‌طور قابل‌توجهی بیشتر است. در زنان، این خطر به دلایل هورمونی، ژنتیکی و سبک زندگی می‌تواند مضاعف باشد (۱۱). زندگی با دیابت و چاقی، فشار روانی و هیجانی بسیاری را بر فرد تحمیل می‌کند که خود می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. چاقی نیز با رفتار خوردن^۳ در ارتباط است. رفتار خوردن نقش اساسی در بروز، تشدید و کنترل دیابت ایفا می‌کند. (۱۲) مصرف بیش‌ازحد کالری، غذاهای پرچرب و قند، مصرف کم میوه، سبزی‌ها و غلات کامل، به افزایش وزن و مقاومت بدن نسبت به انسولین منجر می‌شود که از اصلی‌ترین علل ابتلا به دیابت محسوب می‌گردند. (۱۳) افراد مبتلا به دیابت، به‌طور ویژه نیازمند رعایت رژیم غذایی سالم و کنترل شده هستند، زیرا رفتارهای خوردن ناسالم می‌تواند سبب نوسانات قند خون، تشدید عوارض بیماری، دشواری کنترل دیابت و درنهایت کاهش کیفیت زندگی آنان شود. چاقی و رفتار خوردن با عوامل روانی مختلفی از جمله توانمندی ایگو مرتبط است (۱۴). توانمندی ایگو یک مفهوم روان‌شناختی است که در رفتارها و ظرفیت‌های ذهنی مختلف نقش اساسی دارد و اغلب با توانایی تنظیم خود و عملکرد مؤثر در موقعیت‌های مختلف همراه است (۱۵) توانمندی ایگو شامل توانایی مقاومت در شرایط دشوار، قضاوت صحیح و مقابله مؤثر با تنش‌های عاطفی است (۱۶). تحقیقات نشان داده است که توانمندی ایگو نقش مهمی در جنبه‌های مختلف رفتار انسان ایفا می‌کند، مانند مقاومت در برابر انگیزه‌ها، تصمیم‌گیری منطقی و حفظ هویت (۱۷). افراد با توانمندی ایگو بالا تمایل به نشان دادن اعتماد و امنیت بیشتری در روابط اجتماعی دارند، درحالی‌که افرادی که توانمندی ایگو پایین ممکن است نامنی‌هایی را تجربه کنند که می‌تواند بر تعاملات آن‌ها از جمله روابط درمانی تأثیر بگذارد (۱۸).

3. eating behavior

1. diabetes

2. obesity

علاوه بر توانمندی ایگو که درون فردی است، رفتار خوردن با مسائل بین فردی و تعاملی مانند الگوهای ارتباطی در ارتباط است. رابطه بین الگوهای ارتباطی و چاقی موضوعی است که در مطالعات مختلف مورد توجه قرار گرفته است (۱۹). الگوهای ارتباطی روش‌هایی را توصیف می‌کنند که شرکای عشقی در هنگام بروز تعارضات در رابطه رفتار می‌کنند (۲۰). رفتارهای خوردن می‌تواند تحت تأثیر عواملی مانند عناصر هورمونی، اجتماعی و روانی قرار. یکی دیگر از مواردی که می‌تواند در رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن نقش میانجی داشته باشد، بهزیستی معنوی است. بهزیستی معنوی به‌عنوان بعد از بهزیستی توصیف می‌شود که ثبات، معنا، رضایت و خودباوری را برای افراد فراهم می‌کند (۲۱) تحقیقات نشان داده است که بهزیستی معنوی با سطوح پایین‌تر اضطراب و افسردگی و همچنین کیفیت بهتر زندگی مرتبط است (۲۲). بهزیستی معنوی صرفاً محدود به باورهای مذهبی نیست، بلکه به احساس معنا، هدف و ارتباط فرد با چیزی بالاتر از خودش گسترش می‌یابد (۲۳) و به‌عنوان ثبات در زندگی، آرامش درونی، هماهنگی، همبستگی و ارتباط نزدیک با خود، خالق، جامعه و محیط تعریف شده است (۲۴). مطالعات وانگ و همکاران (۲۵) و موزدالیفا و همکاران (۲۶) و نشان داد که بهزیستی معنوی با همدلی، قدرت درونی و تأیید معنای زندگی که عناصر اساسی سلامت کلی هستند، مرتبط است. علاوه بر این کورتگز و کاک یک رابطه مثبت بین بهزیستی معنوی و بهزیستی جسمی، عاطفی و عملکردی را گزارش کردند و بر اهمیت بهزیستی معنوی در افزایش کیفیت زندگی تأکید کردند (۲۷).

الگوهای ارتباطی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری سبک زندگی بیماران دیابتی دارند. نحوه ارتباط افراد با اعضای خانواده، دوستان و شبکه‌های حمایتی می‌تواند میزان حمایت اجتماعی دریافتی، احساس پذیرش و کفایت روانی فرد را

تحت تأثیر قرار دهد و در نتیجه، پیامدهای سلامت جسمی و روانی بیمار را رقم بزند (۲۸). الگوهای ارتباطی ناکارآمد همچون ارتباط اجتنابی یا سلطه‌جویانه، موجب افزایش تعارضات خانوادگی، کاهش انسجام عاطفی و تشدید رفتارهای ناسازگارانه در خوردن می‌گردد (۱۹). بهزیستی معنوی نیز یکی دیگر از عوامل کلیدی در سازگاری بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود (۲۹). معنویت و احساس هدفمندی در زندگی، به افراد کمک می‌کند تا در برابر استرس‌ها، ناکامی‌ها و چالش‌های بیماری، انعطاف‌پذیری بیشتری نشان داده و از سبک زندگی سالم‌تری پیروی کنند. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بهزیستی معنوی می‌تواند با بهبود سلامت روان، ارتقاء رضایت از زندگی و کاهش رفتارهای مخرب غذایی، نقش حمایتی مهمی در بیماران دیابتی ایفا نماید (۳۰).

پژوهش‌های انجام‌شده عوامل روان‌شناختی و معنوی مؤثر بر رفتارهای خوردن و مدیریت دیابت را بررسی کردند. خانجانی و همکاران تأیید کردند که دلبستگی از طریق بی‌ثباتی هیجانی بر رفتارهای خوردن کودکان اثر غیرمستقیم دارد، اما تنظیم هیجان انطباقی نقش میانجی معناداری نداشت (۳۱). باباخانلو و همکاران نشان دادند که خودشفقت‌ورزی با میانجی‌گری پردازش هیجانی بر خوردن هیجانی در افراد چاق تأثیر دارد (۳۲). آقاجانی و همکاران نشان دادند که الگوهای ارتباطی خانوادگی (گفت‌وشنود و همنوایی) از طریق تنظیم رفتاری هیجان بر وسوسه مصرف غذا در دانش‌آموزان با اضافه‌وزن اثر دارند (۳۳). افخمی اردکانی و همکاران ارتباط مثبت بهزیستی معنوی و مقابله مذهبی مثبت با خودمدیریتی دیابت و اثر منفی مقابله مذهبی منفی را تأیید کردند (۳۴). جعفری و همکاران کیفیت زندگی ضعیف و بهزیستی معنوی پایین همراه با افسردگی بالا را در بیماران دیابتی نوع ۲ تأیید کردند (۳۵). در خارج از ایران نیز پژوهش‌های لانگ میر-آویتار و همکاران نشان دادند که الگوهای ارتباطی مادری در مورد غذا و تصویر

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان ...

بدن با اختلالات خوردن در زنان مرتبط است (۳۶). فاویری و همکاران رابطه معنادار بین تنظیم هیجانی و رفتارهای پرخوری یا خوردن عاطفی در کودکان و نوجوانان را تأیید کردند (۳۷). برادن و همکاران واسطه‌گری مشکلات تنظیم هیجان در رابطه بین بی‌اعتبارسازی والدین، واکنش عاطفی و خوردن عاطفی را نشان دادند. سیواناتان و همکاران نقش میانجی خودشیفتگی آسیب‌پذیر در رابطه بین بی‌اعتبارسازی والدین و آسیب‌شناسی اختلال خوردن را تأیید کردند (۳۸).

به‌طورکلی چاقی و دیابت از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی هستند و شیوع آن‌ها تحت تأثیر عوامل مختلف روانی، عاطفی و اجتماعی است. در میان زنان چاق مبتلا به دیابت، تأثیر متقابل بین توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی ممکن است تأثیر عمیقی بر رفتارهای غذایی آن‌ها داشته باشد. با این حال، رابطه بین این ساختارهای روان‌شناختی و رفتار خوردن، به‌ویژه در زمینه زنان چاق مبتلا به دیابت، هنوز مورد بررسی قرار نگرفته است. شکاف تحقیقاتی قابل توجهی در درک اینکه چگونه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی بر رفتارهای خوردن در این جمعیت تأثیر می‌گذارد وجود دارد. به همین ترتیب، نقش‌های واسطه‌ای بهزیستی معنوی در این رابطه به‌اندازه کافی مورد مطالعه قرار نگرفته است. پرداختن به این شکاف می‌تواند تبیین‌های ارزشمندی را برای توسعه راهبردهای مداخله جامع‌تر برای زنان چاق مبتلا به دیابت که نه‌تنها پیامدهای سلامت جسمانی، بلکه عوامل روان‌شناختی زمینه‌ای که به این نتایج کمک می‌کنند، ارائه دهد. بنابر این سؤال پژوهش حاضر این است که آیا مدل توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن با نقش میانجی بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت دارای برآزش مطلوبی است؟

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر ماهیت و روش، همبستگی و طرح معادلات ساختاری بود که در آن روابط بین متغیرهای برون‌زا (توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی)، متغیر میانجی (بهزیستی معنوی) و متغیر درون‌زا (رفتار خوردن) مورد بررسی قرار گرفت. جامعه پژوهش حاضر زنان چاق مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی دیابت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران در سال ۱۴۰۳ بود که از بین آن‌ها، ۳۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری داوطلبانه^۱ انتخاب شد. برای بررسی کفایت حجم نمونه ۳۵۰ نفر در پژوهش حاضر از فرمول‌های فیدل و تاباچنیک (۳۹) و هیر و همکاران (۴۰) برای تعیین حجم نمونه در مدل‌های ساختاری استفاده شد.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: ۱- زنان چاق ($BMI > 30$) مبتلا به دیابت (نوع ۱ یا نوع ۲؛ داشتن پرونده پزشکی معتبر یا تأیید پزشک متخصص بر اساس معیارهای بالینی مانند قند خون ناشتا بالای ۱۲۶ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر یا $HbA1c$ بالای ۶/۵)، ۲- نداشتن هیچ سابقه‌ای از اختلالات شدید سلامت روان و ۳- داشتن حداقل یک سال سابقه ابتلا به دیابت. معیارهای خروج از پژوهش عدم تمایل به تکمیل پرسشنامه و ناقص پر کردن پرسشنامه بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابتدا هماهنگی‌های لازم با دانشگاه و مراکز درمانی انجام گرفت. پژوهشگر با مراجعه به این مراکز، دلایل، اهداف، روش اجرای پژوهش و اهمیت موضوع را برای مدیران مراکز توضیح داد. برای شناسایی جامعه آماری، از مدیران مراکز خواسته شد تا فهرستی از زنان چاق مبتلا به دیابت که شرایط اولیه برای شرکت در پژوهش را دارند، تهیه کنند. جهت انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری داوطلبانه استفاده شد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های پژوهش به‌صورت آنلاین در بستر وب‌سایت پرس‌لاین تدوین و

1. Voluntary Response Sampling

از طریق پیامک برای شرکت‌کنندگان ارسال شد. فرایند تکمیل پرسشنامه‌ها به‌طور مرتب تا رسیدن به نمونه موردنظر پایش شد. در صورت بروز هرگونه ابهام یا عدم تکمیل پرسشنامه از سوی برخی شرکت‌کنندگان، از طریق ارسال پیامک یادآوری یا تماس مستقیم، پیگیری‌های لازم صورت گرفت. پس از اتمام بازه زمانی تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های دریافت شده موردبررسی قرار گرفتند و هرگونه اطلاعات ناقص، نادرست یا نامربوط حذف و پالایش شد. برای تحلیل داده‌ها در بخش آمار توصیفی از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد و بخش آمار استنباطی، برای بررسی مدل مفهومی پژوهش از روش معادلات ساختاری در نرم‌افزار AMOS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار پژوهش

- پرسشنامه توانمندی ایگو (ESS): این پرسشنامه توسط مارکستروم و همکاران ساخته شده است (۴۰). این پرسشنامه داری ۶۴ سؤال و ۸ زیرمقیاس شامل امید، خواسته هدف شایستگی، وفاداری، عشق مراقبت و خرد است. عبارات پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت به‌صورت کاملاً با من مطابق است نمره ۵، کمی با من مطابق است نمره ۴، نظری ندارم نمره ۳، کمی با من مطابق نیست نمره ۲ و اصلاً با من مطابق نیست نمره ۱ نمره‌گذاری شده است. بالاترین نمره‌ای که فرد می‌تواند اخذ نماید ۳۰۰ و پایین‌ترین نمره ۶۰ است. نمره بالا در این آزمون به معنی سطح بالای قدرت ایگو است. روایی صوری و محتوا و سازه پرسشنامه قدرت ایگورا مورد تأیید قرار گرفته است (۴۱). پایایی درونی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ توسط مارکستروم و همکاران (۴۰) ۰/۸۵ گزارش شده است. روایی این پرسشنامه در پژوهش عباسی و همکاران (۴۲) از طریق همبستگی بین متغیرها محاسبه شد

که نتایج آن تفاوت میان امید و توانمندی ایگو (۰/۷۶۵)، خواسته و توانمندی ایگو (۰/۷۵۱)، هدف و توانمندی ایگو (۰/۸۷۱)، شایستگی و توانمندی ایگو (۰/۷۶۹)، وفاداری و توانمندی ایگو (۰/۸۱۲)، عشق و توانمندی ایگو (۰/۷۵۵)، مراقبت و توانمندی ایگو (۰/۷۸۸) و خرد و توانمندی ایگو (۰/۶۳۱) که روایی مطلوب را نشان می‌دهد و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور ۰/۸۰ به دست آمد.

- پرسشنامه الگوهای ارتباطی: این پرسشنامه توسط فیتزپاتریک و ریچ در سال ۱۹۹۴ ساخته شده است (۴۳). این پرسشنامه خود گزارشی، موافقت یا عدم موافقت پاسخ‌دهنده را در دامنه‌ای ۵ درجه‌ای با ۲۶ گویه مرتبط با ارتباطات خانوادگی می‌سنجد. ۱۵ گویه اول اختصاص به بعد گفت‌و شنود دارد و ۱۱ گویه بعدی مربوط به همنوایی است. به‌منظور تعیین روایی این مقیاس کوروش نیا از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی استفاده کرد. اندازه کفایت نمونه را ۰/۸۵ و ضریب آزمون کرویوت بارتلت را ۲۳۱۹/۴۹ به دست آورد که در سطح $P < 0/0005$ معنادار بوده است (۴۴). کشتکاران نیز به‌منظور بررسی روایی سازه و تأیید ساختار عاملی مقیاس از تحلیل عاملی به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش قائم استفاده کرد که با توجه به داده‌های پژوهش مقدار شاخص کفایت نمونه‌گیری^۲ (KMO) برابر ۰/۸۹ و آزمون بارتلت برابر ۲۴۵۴/۸۴ به دست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنادار شد. پس‌ازاین برای تعیین عوامل از ملاک شیب‌خط نمودار سنگ ریزه و ارزش ویژه بالاتر از ۱ استفاده شد که بر این اساس دو عامل در مقیاس قابل استخراج بود. پایایی این ابزار در مطالعات بسیاری مورد تأیید قرار گرفته است (۴۵). در پژوهش‌هایی که توسط کوروش نیا (۴۴) و کشتکاران (۴۵)، بر روی دانشجویان شهر شیراز،

2. Kaiser-Meyer-Olkin Measure of sampling adequacy

1. Ego Strength Scale

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان ...

انجام شد، پایایی این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفت که برای جهت‌گیری گفت‌و شنود و جهت‌گیری هم‌نواپی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

مقیاس بهزیستی معنوی^۱ (SWBS): این مقیاس توسط پالوتزین والیسون در سال ۱۹۸۲ ساخته شد و شامل ۲۰ گویه و دو خرده‌مقیاس است. گویه‌های فرد آزمون مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی بوده و میزان تجربه آزمودنی از رابطه‌ی رضایت‌بخش با خدا را مورد سنجش قرار می‌دهد و گویه‌های زوج مربوط به خرده‌مقیاس بهزیستی وجودی است که احساس هدفمندی و رضایت از زندگی را می‌سنجد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. شیوه‌ی نمره‌گذاری سؤالات از ۱ تا ۵ است. دامنه‌ی نمره‌ی کل بهزیستی معنوی بین ۲۰ تا ۱۰۰ است. ضریب پایایی بازآزمایی برای خرده‌مقیاس بهزیستی مذهبی، بهزیستی وجودی و نمره‌ی کل مقیاس به ترتیب برابر ۰/۹۶، ۰/۸۶ و ۰/۹۳ و ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۶). ده‌شیری و همکاران در یک مطالعه‌ی جامع در ایران به بررسی روایی و پایایی این ابزار پرداختند. روایی هم‌زمان پرسشنامه با بررسی همبستگی میان این ابزار با پرسشنامه‌ی شادکامی (۰/۶۴)، عمل به باورهای دینی (۰/۵۱) و پرسشنامه‌ی سلامت روان که دارای نمره‌گذاری معکوس است (۰/۵۲-) تأیید شد. برای بررسی پایایی نیز از روش آزمون - باز آزمون و آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آزمون - باز آزمون برای کل مقیاس ۰/۸۵، برای زیرمقیاس بهزیستی مذهبی ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس بهزیستی وجودی ۰/۸۱ به دست آمد. همچنین آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰/۹۰، زیرمقیاس بهزیستی ۰/۸۲ و زیرمقیاس بهزیستی وجودی ۰/۸۷ گزارش شد (۴۷). در پژوهش حاضر

ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برابر از ۰/۸۶، محاسبه شد.

پرسشنامه رفتار خوردن داچ^۲ (DEBQ): این پرسشنامه خودگزارش دهی ۳۳ گویه و سه زیر مقیاس سبک‌های خوردن برونی (۱۰ گویه)، هیجانی (۱۳ گویه) و بازداری شده (۱۰ گویه) دارد که توسط وان اشترین و همکاران در سال ۱۹۸۶ طراحی شده است. پاسخ‌دهندگان به هر عبارت در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از تقریباً هرگز (نمره ۱) تا بسیار زیاد (نمره ۵) پاسخ می‌دهند. این پرسشنامه از همسانی درونی (ضرایب آلفای کرونباخ بین ۰/۸ تا ۰/۹۵) و روایی عاملی مناسب برخوردار است (۴۸). وان اشترین و همکاران روایی پرسشنامه را با روش تحلیل عاملی بررسی کردند و نشان دادند که همه گویه‌های این پرسشنامه از بار عاملی بالای ۰/۴۵ برخوردارند (۴۸). این پرسشنامه نخستین بار توسط صالحی فدردی ترجمه و در پژوهش‌ها به کار گرفته شد. در پژوهش‌های مختلف ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۸۲ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (۴۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کننده ۳۹/۹ با انحراف استاندارد ۷/۳۷ بود. ۵۳/۷ درصد از شرکت‌کنندگان مجرد و ۳۷/۷ درصد متأهل و ۳۰ درصد شرکت‌کنندگان بیوه یا مطلقه بودند. ۴۳/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۹/۴ درصد دیپلم، ۲۹/۴ درصد کاردانی و ۱۷/۴ درصد کارشناسی بودند. ۵۴ درصد شرکت‌کنندگان دارای دیابت از نوع یک و ۴۶ درصد شرکت‌کنندگان نیز از نوع دو بود.

در جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی متغیرهای توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن و بهزیستی معنوی گزارش شده است.

2. Dutch's Eating Behavior Questionnaire

1. Spiritual well-being scale

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد، کجی و کشیدگی، متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	کشیدگی	تلورانس تحمل ^۱	VIF	
امید	۲۶/۷	۵/۱۲	-۰/۲۴۶	-۰/۱۶۷	۰/۵۸۶	۱/۷۰	
خواسته	۲۶/۴	۵/۴۷	-۰/۵۰۲	۰/۰۳۶	۰/۴۷۷	۲/۰۹	
هدف	۲۴/۶	۴/۶۳	-۰/۶۳۷	۰/۵۵۷	۰/۴۱۴	۲/۴۱	
شایستگی	۲۴/۱	۵/۰۸	۰/۲۶۳	۰/۶۰۲	۰/۴۰۱	۲/۴۹	
وفاداری	۲۳/۹	۵/۶۹	۱/۲۱	۲/۳۱	۰/۳۶۰	۲/۷۷	
عشق	۲۲/۲	۵/۷۲	۰/۸۲۲	۰/۶۲۲	۰/۲۱۰	۴/۷۵	
مراقبت	۲۰/۳	۶/۱۱	۱/۱۳	۰/۹۵۳	۰/۲۶۳	۳/۸۰	
خرد	۲۳/۲	۶/۰۲	-۰/۶۰۸	-۰/۴۶۴	۰/۸۲۲	۱/۲۱	
نمره کلی توانمندی ایگو	۱۹۲/۹۱	۲۹/۴۵	۰/۷۷	۰/۲۸	۰/۵۸۸	۱/۶۹	
الگوهای	گفت‌وشنود	۵۴/۲	۷/۳۴	-۱/۳۰	۱/۷۸	۰/۵۳۷	۱/۸۶
ارتباطی	همنویایی	۴۰/۹	۴/۹۸	-۰/۵۸۵	۰/۴۸۰	۰/۴۸۷	۲/۰۵
بهبذیستی	بهبذیستی وجودی	۳۲/۰۴	۶/۲۶	-۰/۳۸۷	-۰/۳۶۷	۰/۵۷۴	۱/۷۴
معنوی	بهبذیستی مذهبی	۳۰/۹	۵/۷۳	-۰/۱۵۶	۰/۰۳۷	۰/۵۸۶	۱/۷۰
	نمره کل بهبودیستی معنوی	۶۳/۰۲	۱۰/۶۱	۰/۱۳	۰/۲۶	۰/۴۷۷	۲/۰۹
رفتار	سبک خوردن برونی	۳۹/۳	۶/۱۳	۰/۶۲۵	-۰/۱۸۲	-	-
خوردن	سبک خوردن هیجانی	۵۲/۲	۷/۳۹	-۰/۷۷۰	۰/۱۷۳	-	-
	سبک خوردن بازدارنده شده	۳۶/۶	۴/۹۰	۰/۴۳۱	۲/۵۸	-	-

دارند. مقادیر تحمل واریانس نزدیک به ۱ و VIF در محدوده صفر تا ۵ نشان‌دهنده نبود هم‌خطی بین متغیرهای پیش‌بین است؛ بنابراین، پیش‌فرض‌های نرمال بودن و نبود چندخطی بودن برای تحلیل‌های آماری برقرار است. در جدول ۲ ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

ماتریس همبستگی در جدول ۲ نشان می‌دهد توانمندی ایگو با سبک‌های خوردن برونی، هیجانی و بازدارنده شده ($p < 0/01$) و همچنین الگوهای ارتباطی گفت‌وشنود و هم‌نویایی رابطه منفی معنی‌دار دارد ($p < 0/01$). الگوی گفت‌وشنود با سبک‌های خوردن برونی و هیجانی و الگوی هم‌نویایی با سبک‌های خوردن برونی، هیجانی و بازدارنده شده رابطه مثبت معنی‌دار دارند ($p < 0/01$). در جدول نتایج نیکویی برازش مدل گزارش شده است.

نتایج جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد و کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. میانگین نمره توانمندی ایگو در حد متوسط به بالا است. میانگین نمره الگوی ارتباطی جهت‌گیری گفت‌وشنود در حد متوسط به بالا و میانگین نمره الگوی ارتباطی جهت‌گیری هم‌نویایی در حد متوسط به بالا است. میانگین نمره سبک خوردن برونی در حد متوسط به بالا، سبک خوردن هیجانی بالا (زیاد) و سبک خوردن بازدارنده شده در حد متوسط به بالا است.

مقادیر کجی و کشیدگی متغیرهای توانمندی ایگو، الگوهای ارتباطی، سبک خوردن و بهبودیستی معنوی در بازه قابل قبول ($2 \pm$) قرار دارند و توزیع نرمال داده‌ها را برای نمونه‌های کوچک تا متوسط ($n > 300$) تأیید می‌کنند. هرچند برخی مؤلفه‌ها مانند وفاداری و مراقبت کمی فراتر از بازه هستند، اما همچنان با معیارهای نرمال بودن همخوانی

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان ...

جدول ۲- ماتریس همبستگی بین توانمندی ایگو، الگوهای ارتباط، بهزیستی معنوی و سبک‌های خوردن

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱ توانمندی ایگو	۱						
۲ الگوی جهت‌گیری گفت‌و شنود	-۰/۳۶**	۱					
۳ الگوی جهت‌گیری هم‌نوایی	-۰/۴۷**	۰/۵۱**	۱				
۴ بهزیستی معنوی	-۰/۲۴**	-۰/۱۶**	۰/۰۳۴	۱			
۵ سبک خوردن برونی	-۰/۴۴**	۰/۴۷**	۰/۵۲**	۰/۰۰۶	۱		
۶ سبک خوردن هیجانی	-۰/۴۷**	۰/۴۳**	۰/۴۶**	۰/۰۰۲	۰/۶۸**	۱	
۷ سبک خوردن بازداری شده	-۰/۲۷**	۰/۱۱**	۰/۳۴**	۰/۰۰۳	۰/۳۵**	۰/۴۴**	۱

*P<۰/۰۵. **P<۰/۰۱

جدول ۳- نتایج نیکویی برازش مدل پیش‌بینی رفتار خوردن از روی توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با میانجی‌گری بهزیستی معنوی

نام شاخص	شاخص‌های برازش	
	مقدار به‌دست‌آمده	حد مجاز
نسبت خی دو به درجه آزادی	۲/۱۰	کمتر از ۳
RMSEA ^۱ (ریشه میانگین خطای برآورد)	۰/۰۵	کمتر از ۰/۱
CFI ^۲ (برازندگی تعدیل‌یافته)	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹
NFI ^۳ (برازندگی نرم شده)	۰/۹۱	بالاتر از ۰/۹
GFI ^۴ (نیکویی برازش)	۰/۹۶	بالاتر از ۰/۹
AGFI ^۵ (نیکویی برازش اصلاح‌شده)	۰/۹۴	بالاتر از ۰/۹

مناسب و قابل قبولی برخوردار بود و کلیت مدل تأیید شد. در جدول ۴ اثرات مستقیم و غیرمستقیم توانمندی ایگو، الگوهای ارتباطی و بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن گزارش شده است.

جدول ۳ شاخص‌های برازش مدل در مجموع با ارزیابی تمامی شاخص‌های برازش می‌توان استنباط کرد که هیچ‌کدام از شاخص‌های برازش مقدار ضعیف و غیرقابل قبولی نداشتند. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که مدل تجربی از برازش

جدول ۴. اثرات مستقیم و غیرمستقیم توانمندی ایگو، الگوهای ارتباطی و بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن

اثرات مستقیم و غیرمستقیم	β	مقدار t	سطح معناداری
توانمندی ایگو ← بهزیستی معنوی	۰/۳۳	۳/۶۶	۰/۰۰۱
الگوهای ارتباطی ← بهزیستی معنوی	۰/۲۴	۲/۳۹	۰/۰۱۹
توانمندی ایگو ← رفتار خوردن	۰/۳۸	۴/۰۱	۰/۰۰۱
الگوهای ارتباطی ← رفتار خوردن	۰/۲۸	۲/۸۸	۰/۰۱
بهزیستی معنوی ← رفتار خوردن	۰/۴۴	۵/۱۲	۰/۰۰۱
توانمندی ایگو ← بهزیستی معنوی ← رفتار خوردن	۰/۲۷	۲/۹۸	۰/۰۰۱
الگوهای ارتباطی ← بهزیستی معنوی ← رفتار خوردن	۰/۲۱	۲/۲۵	۰/۰۱۴

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی به‌طور مستقیم بر بهزیستی معنوی و رفتار خوردن اثر مستقیم دارند ($p < 0/05$) و همچنین توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی از طریق بهزیستی معنوی به‌صورت غیرمستقیم بر رفتار خوردن تأثیر می‌گذارند ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مدلیابی رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن و بررسی نقش میانجی بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت انجام شد. نتایج نشان داد که مدل علی توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن با نقش میانجی خود بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت از برازش مطلوبی برخوردار است. این نتیجه با یافته‌های مطالعات باباخانلو و همکاران (۳۲)، آقاجانی و همکاران (۳۳)، افخمی اردکانی و همکاران (۳۴)، جعفری و همکاران (۳۵)، فاویری و همکاران (۳۷) و لانگ میر-آویتار و همکاران (۳۶) همسو است.

در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت توانمندی ایگو به‌عنوان یک مکانیسم روانی، به زنان دارای دیابت کمک می‌کند تا بتوانند به‌طور مؤثری با چالش‌های روزمره ناشی از بیماری خود مقابله کنند. این توانمندی نه‌تنها شامل قدرت کنترل بر خواسته‌ها و نیازهای فوری در زمینه تغذیه است، بلکه به فرد اجازه می‌دهد تا در برابر فشارهای عاطفی و اجتماعی مرتبط با دیابت ایستادگی کند (کلر و همکاران، ۲۰۲۰). الگوهای ارتباطی نیز در این میان نقشی کلیدی دارند. ارتباطات مثبت و حمایتی، مثلاً با اعضای خانواده و دوستان، می‌تواند به تقویت توانمندی فرد در مقابل چالش‌های عاطفی کمک کند. درواقع، افراد در محیط‌های حمایتگر، احتمال بیشتری دارند که رفتارهای سالم‌تری را در زمینه تغذیه انتخاب کنند. بهزیستی معنوی در این مدل به‌عنوان یک متغیر مهم در نظر گرفته می‌شود. این مفهوم شامل احساس

معنا، رضایت و هدف در زندگی است که می‌تواند به‌عنوان یک محافظ در برابر فشارهای مربوط به دیابت عمل کند (۱۵-۱۶). افزایش بهزیستی معنوی می‌تواند به زنان کمک کند تا در برابر چالش‌های روزمره ایستادگی بیشتری داشته باشند و از رفتارهای غیرانسانی در زمینه خوردن پرهیز کنند. به‌عبارت‌دیگر، هنگامی که افراد معنای بیشتری در زندگی خود احساس کنند، تمایل دارند تا مراقبت بهتری از خود داشته باشند و به رفتارهای غذایی مثبت‌تری روی آورند.

یافته دیگر نشان داد که توانمندی ایگو بر رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر مستقیم دارد. این یافته با نتایج مطالعه باباخانلو و باباخانلو (۳۲) که نشان دادند تقویت مؤلفه‌های ایگو می‌تواند رفتار خوردن ناسالم را کاهش دهد و با نتایج فاویری و همکاران (۳۷)، نشان دادند توانمندی در تنظیم هیجان (به‌عنوان یکی از ابعاد ایگو) اثر مستقیمی بر کاهش رفتارهای خوردن هیجانی و پرخوری دارد، همخوان است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که توانمندی ایگو درواقع به توانایی فرد در کنترل انگیزه‌ها، مدیریت استرس و اتخاذ تصمیم‌های سالم مرتبط است و در زنان چاق مبتلا به دیابت این امر به‌شدت با رفتار خوردن آن‌ها ارتباط مستقیم دارد. این زنان معمولاً در مواجهه با فشارهای محیطی، مشکلات عاطفی و چالش‌های مربوط به دیابت، نیاز به کنترل بیشتری بر رفتارهای غذایی خود دارند. یک ایگوی قوی می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا از وسوسه‌ها و تصمیمات ناخواسته غذایی اجتناب کنند و رفتارهای بهتری را در زمینه تغذیه انتخاب کنند (۱۵). در شرایطی که فرد با فشارهای روانی یا اجتماعی بیشتری مواجه است، توانمندی ایگو می‌تواند نقش حفاظتی ایفا کند و به این زنان کمک کند تا به‌جای پاسخ دادن به احساسات با خوردن غذا، به شیوه‌های سالم‌تری برای مدیریت احساسات و استرس روی بیاورند. به‌عبارت‌دیگر، توانمندی ایگو می‌تواند به زنان چاق مبتلا به دیابت اجازه دهد تا در مواجهه با چالش‌ها

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان ...

و وسوسه‌ها، رفتارهای خوردن خود را به خوبی مدیریت کنند و در نتیجه به بهبود وضعیت سلامت و کنترل بهتر بیماری کمک کند (۱۶)؛ بنابراین، تقویت توانمندی ایگو می‌تواند به عنوان یک استراتژی مؤثر در بهبود رفتارهای غذایی و به دنبال آن، سلامت جسمی و روانی این قشر از زنان مطرح شود.

نتایج نشان داد توانمندی ایگو بر بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر مستقیم دارد. این نتیجه با یافته مطالعه افخمی اردکانی و همکاران (۳۴) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که توانمندی ایگو و بهزیستی معنوی از عوامل کلیدی در مدیریت وضعیت‌های بهداشتی و روانی به‌ویژه در زنان چاق مبتلا به دیابت هستند. توانمندی ایگو یا خودتوانی به افراد کمک می‌کند تا با چالش‌ها و استرس‌های زندگی به صورت مؤثرتری مواجه شوند. به عبارت دیگر، زنان چاق مبتلا به دیابت که از توانمندی ایگو بالاتری برخوردارند، بهتر می‌توانند بر محدودیت‌های جسمی و روانی ناشی از بیماری خود غلبه کنند. آن‌ها قادرند انتخاب‌های بهتری در زمینه خوراک و فعالیت بدنی داشته باشند و در نتیجه، می‌توانند به بهبود وضعیت سلامت خود کمک نمایند. بهزیستی معنوی نیز به ابعاد عمیق‌تری از کیفیت زندگی اشاره دارد که فراتر از بهزیستی جسمانی و روانی است. این نوع بهزیستی شامل احساس معنا و هدف در زندگی، ارتباطات مثبت با دیگران و همچنین ارتباط با یک نیروی بالاتر یا باورهای مذهبی است (۳۴).

ارتباط بین توانمندی ایگو و بهزیستی معنوی می‌تواند بر ابعاد مختلف زندگی تأثیر بگذارد. زمانی که زنان توانمندی ایگوی بالایی داشته باشند، قادرند به بهترین نحو از منابع معنوی خود بهره‌برداری کنند. آن‌ها همچنین می‌توانند به صورت فعال در جستجوی معنا و هدف در زندگی خود باشند که این امر می‌تواند به تقویت بهزیستی معنوی آن‌ها کمک کند. هنگامی که این دو عامل در کنار هم قرار می‌گیرند، می‌توانند به

شکل قابل توجهی کیفیت زندگی و سلامت زنان چاق مبتلا به دیابت را بهبود بخشند. توانمندی ایگو و بهزیستی معنوی هر دو عنصر کلیدی در سلامت روان و جسم به‌ویژه در زنان چاق مبتلا به دیابت هستند. اثر مستقیم این دو بر یکدیگر می‌تواند به دلیل مدیریت استرس و چالش‌ها باشد؛ زنان مبتلا به دیابت معمولاً با چالش‌های متعدد روانی و جسمی مواجه هستند، از جمله نگرانی‌های مرتبط با کنترل قند خون و مدیریت وزن. توانمندی ایگو به آن‌ها کمک می‌کند تا به طور مؤثر با این چالش‌ها برخورد کنند و احساس کنترل بیشتری بر زندگی خود داشته باشند. این کنترل و خودمدیریتی احساس خوبی به فرد می‌دهد و می‌تواند به بهزیستی معنوی او افزوده شود. یکی دیگر از دلایل آن می‌تواند این باشد که زنان چاق مبتلا به دیابت ممکن است در تلاطم احساسات منفی قرار گیرند که ناشی از چاقی و بیماری است. توانمندی ایگو با ایجاد احساس قوی از هویت و خود ارزشمندی، می‌تواند به فرد کمک کند تا معنا و هدف بیشتری در زندگی خود پیدا کند که در نتیجه آن بهزیستی معنوی ارتقاء می‌یابد (۱۶).

نتایج حاکی از آن بود که الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر مستقیم دارد. مطالعاتی از جمله پژوهش آقاجانی و همکاران (۳۲)، لانگ میر-آوینار و همکاران (۳۶) به طور مشابه نشان داده‌اند که کیفیت و نوع تعاملات ارتباطی در خانواده و روابط نزدیک می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای خوردن ناسالم یا سالم داشته باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که الگوهای ارتباطی نقش بسیار مهمی در رفتارهای خوردن و مدیریت وزنی زنان چاق مبتلا به دیابت دارند. رفتارهای غذایی این افراد به شدت تحت تأثیر الگوهای ارتباطی با دیگران، از جمله خانواده، دوستان و عرضه‌دهندگان خدمات بهداشتی است. این امر به دلیل آن است که الگوهای ارتباطی می‌توانند مستقیماً بر احساسات و طرز فکر فرد تأثیر بگذارند (۳۶). در

تبیین دیگر می‌توان افزود تعاملات منفی یا حمایت‌نشده می‌تواند به افزایش استرس، اضطراب و احساسات منفی منجر شود که این احساسات معمولاً با رفتارهای خوردن ناسالم، مانند خوردن احساسی یا پرخوری، همراه هستند. از سوی دیگر، ارتباطات مثبت و پشتیبانی می‌تواند به افزایش اعتماد به نفس و بهبود رفتارهای سالم غذایی کمک کند. این تعاملات حمایتی می‌تواند تشویق به انتخاب‌های غذایی سالم‌تر، کاهش استرس و اضطراب و ایجاد انگیزه برای پیگیری برنامه‌های مدیریت وزن و دیابت باشند. همچنین، الگوهای ارتباطی مثبت می‌تواند به فرد کمک کنند تا احساس تعلق و حمایت اجتماعی بیشتری کند که این امر می‌تواند به بهبود کلی وضعیت روانی و جسمی و ارتقای خودکارآمدی در مقابله با چالش‌های روزمره مرتبط با دیابت و چاقی منجر شود (۲۸)؛ بنابراین، الگوهای ارتباطی سالم و مثبت با اطرافیان می‌تواند نقش کلیدی در بهبود رفتارهای خوردن و مدیریت مؤثر دیابت در زنان چاق ایفا کنند.

نتیجه دیگر نشان داد که الگوهای ارتباطی بر بهزیستی معنوی در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر مستقیم دارد. این یافته با نتایج پژوهش آقاجانی و همکاران (۳۲) به روشنی اهمیت الگوهای ارتباطی خانواده در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای مرتبط با سلامت را برجسته کرد و همچنین با مطالعه افخمی اردکانی و همکاران (۳۴) که نشان داد شیوه‌ها و کیفیت ارتباطات درون خانواده و اجتماع می‌تواند به حمایت معنوی، امیدواری و افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی کمک کند و مطالعه لانگ میر-آویتار و همکاران (۳۶) نشان داده‌اند که الگوهای ارتباطی مادرانه درباره غذا خوردن و تصویر بدنی، به‌ویژه در زنان، تأثیری مستقیم بر اختلالات خوردن و سلامت روانی دارند همسو است.

در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که الگوهای ارتباطی مثبت می‌تواند نقش قابل‌توجهی در بهزیستی معنوی زنان

چاق مبتلا به دیابت داشته باشند، زیرا این الگوها می‌تواند به تقویت احساس معنویت و داشتن یک چارچوب پایدار برای معنا و هدف زندگی کمک کنند. یک دلیل دیگر این است که روابط حمایتی و ارتباطات مؤثر با دیگران می‌تواند انعطاف‌پذیری روانی را تقویت کنند و زنان را در مواجهه با چالش‌ها و ناملایمات مربوط به دیابت و چاقی توانمندتر سازند. این انعطاف‌پذیری به آنان کمک می‌کند تا با تغییرات و استرس‌های ناشی از بیماری بهتر کنار بیایند و دیدگاه مثبتی نسبت به زندگی پیدا کنند. همچنین، ارتباطات مثبت می‌تواند محیطی ایجاد کنند که در آن زنان احساس امنیت، پذیرش و ارزشمندی کنند که این احساسات به نوبه خود موجب ارتقاء عزت‌نفس و بهزیستی معنوی می‌شوند (لی و همکاران، ۲۰۱۸). روابطی که بر اساس احترام متقابل و محبت بنا شده‌اند می‌تواند یک شبکه حمایتی فراهم آورند که به زنان اجازه می‌دهد تا احساسات خود را به اشتراک بگذارند و از تجربیات دیگران در مدیریت بیماری بهره‌مند شوند (۳۶).

نتیجه دیگر نشان داد بهزیستی معنوی با رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر مستقیم دارد. این یافته با مطالعه افخمی اردکانی و همکاران (۳۴) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که بهزیستی معنوی به‌عنوان یک مفهوم جامع، شامل احساس ارتباط عمیق با خود، دیگران و جهان است. در مورد زنان چاق مبتلا به دیابت، بهزیستی معنوی می‌تواند بر رفتار خوردن آن‌ها تأثیر مستقیمی داشته باشد. این زنان ممکن است در تلاش برای مدیریت دیابت و حفظ وزن مناسب، با فشارهای اجتماعی و روانی زیادی روبرو باشند. بهزیستی معنوی می‌تواند به‌عنوان یک منبع حمایت‌کننده عمل کند که به آن‌ها کمک می‌کند تا با چالش‌های خود به شیوه‌ای مثبت‌تر و سازنده‌تر روبرو شوند (۳۴). یکی از جنبه‌های مهم بهزیستی معنوی، ایجاد هدف و معناداری در زندگی است. زمانی که زنان احساس می‌کنند زندگی‌شان

رابطه توانمندی ایگو و الگوهای ارتباطی با رفتار خوردن در زنان ...

هدف و معنای خاصی دارد، احتمال بیشتری وجود دارد که به رفتارهای مثبت و سالم توجه کنند. این شامل انتخاب‌های غذایی سالم و مدیریت بهتر دیابت است. درواقع، بهزیستی معنوی می‌تواند میل به مراقبت از خود و بهبود سلامت را در این زنان تقویت کند (۲۱).

نتیجه دیگر نشان داد توانمندی ایگو با میانجی‌گری بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر غیرمستقیم دارد. این نتیجه با یافته‌های مطالعات افخمی اردکانی و همکاران (۳۴) همسو است. بهزیستی معنوی می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل مهم در این زمینه عمل کند. بهزیستی معنوی به معنای تجربه و احساس ارتباط عمیق با معنای زندگی، مقاصد و اهداف فراتر از زندگی روزمره است. این ارتباط می‌تواند به افراد کمک کند تا با چالش‌هایی همچون چاقی و دیابت به‌طور مؤثرتری مقابله کنند و رفتارهای خود را در راستای سلامت تغییر دهند (نیلسون و همکاران، ۲۰۲۰). در زنان چاق مبتلا به دیابت، توانمندی ایگو ممکن است به شکلی غیرمستقیم از طریق بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن تأثیر بگذارد. هنگامی که یک فرد از نظر معنوی بهبود می‌یابد، احساس آرامش و رضایت بیشتری را تجربه می‌کند. این حالت می‌تواند موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و توانایی فرد در مواجهه با چالش‌های مربوط به غذا و تغذیه گردد. به‌عبارت‌دیگر، بهزیستی معنوی می‌تواند ابزار مؤثری باشد که به زنان کمک می‌کند تا از رفتارهای ناسالم غذایی دوری کنند و انتخاب‌های سالم‌تری داشته باشند (۳۵).

نتیجه دیگر نشان داد الگوهای ارتباطی با میانجی‌گری بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت اثر غیرمستقیم دارد. این نتیجه با مطالعات این نتیجه با یافته‌های مطالعات باباخانلو و همکاران (۳۲)، آقاجانی و همکاران (۳۳)، افخمی اردکانی و همکاران (۳۴)، جعفری و همکاران (۳۵)، فایوری و همکاران (۳۷) و لانگ میر-آوینار و همکاران (۳۶)

همسو است.

در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که برای درک اثر غیرمستقیم الگوهای ارتباطی توسط بهزیستی معنوی بر رفتار خوردن در زنان چاق مبتلا به دیابت، ابتدا باید به مفهوم بهزیستی معنوی و الگوهای ارتباطی بپردازیم. بهزیستی معنوی به احساس رضایت، معنای زندگی و ارتباط با هنجارها و ارزش‌های اعتقادی اشاره دارد که می‌تواند تأثیرات عمیقی بر رفتارهای فردی داشته باشد (۳۵). در زنان چاق مبتلا به دیابت، بهزیستی معنوی می‌تواند سبب ایجاد یک چارچوب ذهنی مثبت و توانمندی شود که در آن افراد قادرند سبک زندگی سالم‌تری اتخاذ کنند. به‌این‌ترتیب، زمانی که این زنان از نظر معنوی در وضعیتی بهتر قرار دارند، احتمال بیشتری وجود دارد که به رفتارهای غذایی سالم و متعادل روی آورند. از سوی دیگر، الگوهای ارتباطی می‌تواند به‌عنوان یک میانجی عمل کند. روابط اجتماعی، حمایت‌های خانوادگی و دوستان می‌تواند بر نحوه تعامل زنان با غذا و انتخاب‌های غذایی‌شان تأثیر بگذارند. اگر زنان در محافل اجتماعی مثبت و حمایت‌کننده قرار داشته باشند، این شبکه‌های اجتماعی می‌تواند به تقویت حس بهزیستی معنوی آن‌ها کمک کنند. درنتیجه، این بهزیستی معنوی می‌تواند به کاهش رفتارهای ناسالمی نظیر پرخوری یا استفاده از غذا به‌عنوان وسیله‌ای برای فراموشی مشکلات عاطفی منجر شود. درواقع، افزایش سلامت روانی و معنوی می‌تواند به بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و مدیریت دیابت در این گروه از زنان کمک کند (۳۶).

هماهنگی‌های چالش‌برانگیز و زمان‌بر با مراکز درمانی و پزشکان برای اخذ مجوز پژوهش، دشواری در جذب و جلب همکاری زنان چاق مبتلا به دیابت به‌عنوان مشارکت‌کننده پژوهش از محدودیت‌های این پژوهش بود. این پژوهش محدودیت‌هایی دارد. تمرکز بر زنان چاق مبتلا به دیابت شهر تهران ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌ها به سایر مناطق یا

عوامل را برای دسترسی آسان‌تر زنان ترکیب نماید.

ملاحظات اخلاقی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TNB.REC.1403.231 از کمیته اخلاق پژوهش آن دانشگاه است. معیارهای اخلاقی شامل کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق در دانشگاه، اخذ رضایت از شرکت‌کنندگان به‌منظور توزیع پرسشنامه و اجرای آموزش‌های مربوطه، رعایت صداقت و امانت‌داری علمی، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، رعایت حق بی‌نام بودن مقیاس‌ها و ناشناس ماندن شرکت‌کنندگان و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آن‌ها مورد توجه قرار گرفته است.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان که صبورانه در این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

گروه‌های جمعیتی را محدود کند. طرح همبستگی پژوهش امکان استنباط روابط علی را فراهم نمی‌کند که تحلیل دقیق روابط بین متغیرها را محدود می‌کند. عدم بررسی متغیرهای مداخله‌گر مانند مدت ازدواج یا وضعیت اقتصادی ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشد. داده‌های مقطعی مانع از درک تغییرات بلندمدت در فهم عوامل مؤثر بر رفتار خوردن می‌شوند. درنهایت، ابزارهای خودگزارشی ممکن است تمام جنبه‌های پیچیده متغیرها را پوشش ندهند.

برای پژوهش‌های آینده، پیشنهاد می‌شود نمونه‌های متنوع‌تری از زنان چاق مبتلا به دیابت در مناطق مختلف ایران بررسی شوند تا تعمیم‌پذیری نتایج افزایش یابد. پژوهش‌های طولی می‌توانند تغییرات در درک رفتار خوردن و تأثیر متغیرها را در طول زمان تحلیل کنند. استفاده از روش‌های کیفی مانند مصاحبه‌های عمیق می‌تواند درک عمیق‌تری از تجربیات زنان در زمینه رفتار خوردن فراهم کند. بررسی متغیرهای مداخله‌گر مانند سلامت روان می‌تواند مدل را جامع‌تر کند. ترکیب روش‌های کمی و کیفی می‌تواند پیچیدگی‌های روابط را بهتر روشن کند. بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی روانشناختی برای تقویت توانمندی ایگو در زنان چاق مبتلا به دیابت طراحی شود تا کنترل بهتری بر رفتارهای خوردن ناسالم داشته باشند. همچنین، کارگاه‌های گروهی برای بهبود الگوهای ارتباطی خانوادگی و اجتماعی برگزار گردد تا حمایت‌های عاطفی افزایش یابد و رفتارهای غذایی سالم‌تر ترویج شود. علاوه بر این، مداخلات معنوی مانند جلسات مشاوره دینی یا فعالیت‌های هدفمند برای ارتقای بهزیستی معنوی ادغام شود تا نقش میانجی آن در کاهش پرخوری هیجانی تقویت گردد. مراکز درمانی می‌توانند برنامه‌های جامع تلفیقی از روانشناسی و معنویت را برای مدیریت دیابت و چاقی اجرا کنند. در نهایت، سیاست‌گذاران سلامت بر توسعه برنامه‌های حمایتی آنلاین تمرکز کنند که این

Reference

- Nicolazzi L, Gilbert L, Horsch A, Quansah DY, Puder JJ. Trajectories and associations of symptoms of mental health and well-being with insulin resistance and metabolic health in women with gestational diabetes. *Psychoneuroendocrinology*. 2024;160:106919. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2023.106919>
- McGloin H, Devane D, McIntosh CD, Winkley K, Gethin G. Psychological interventions for treating foot ulcers, and preventing their recurrence, in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2(2):CD012835. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012835.pub2>
- Dejkhamron P, Santiprabhob J, Likitmaskul S. Increasing incidence of type 1 and type 2 diabetes in children and adolescents in Thailand. *Pediatr Diabetes*. 2022;23(3):321-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/peidi.13322>
- Mishu MP, Uphoff E, Aslam F, Philip S, Wright J, Tirbhowan N, et al. Interventions for preventing type 2 diabetes in adults with mental disorders in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;2(2):CD013281. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013281.pub2>
- Li N, Yang Y, Cui D, Li C, Ma RC, Li J, Yang X. Effects of lifestyle intervention on long-term risk of diabetes in women with prior gestational diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2021;22(1):e13122. DOI: <https://doi.org/10.1111/obr.13122>
- Fernández-Torres M, Alcaraz-García M, Pérez-Marfil MN. Gender differences in diabetes mellitus: Psychosocial and hormonal factors. *Endocrinol Diabetes Nutr*. 2020;67(7):456-64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2020.01.005>
- Flynn AC, Wood S, Wallace M. Diabetes in pregnancy: A review of current classifications and management strategies. *Obstet Med*. 2022;15(2):83-90. DOI: <https://doi.org/10.1177/1753495X211064186>
- Jefftha A, Goliath V, Daniels F. Prevalence and risk factors for type 2 diabetes in South African adults. *S Afr Med J*. 2021;111(9):879-85. DOI: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2021.v111i9.15604>
- You Q, Jiang Q, Shani I, Lou Y, Huang S, Wang S, Cao S. Miscarriage, stillbirth and the risk of diabetes in women: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes Res Clin Pract*. 2023;195:110224. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2022.110224>
- Lorber DL, ElSayed NA, Bannuru RR, Shah V, Puisis M, Crandall J, et al. Diabetes management in detention facilities: A statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2024;47(4):544-55. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc24-0053>
- Robinson DJ, Hanson K, Jain AB, Kichler JC, Mehta G, Melamed OC, et al. Diabetes and mental health. *Can J Diabetes*. 2023;47(4):308-44. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2023.01.007>
- Lee J, Han A, Kim J, Park SH. Relationships between types of leisure activities and mental health among older adults with diabetes during the COVID-19 pandemic. *Am J Health Behav*. 2023;47(2):228-36. DOI: <https://doi.org/10.5993/AJHB.47.2.3>
- Herle M, Smith AD, Khandaker G, Frayling TM. Diet quality and risk of type 2 diabetes: A UK prospective study. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(6):513-21. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30103-1](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30103-1)
- Geller J, Boehm J. Ego strength and eating disorders: A review of psychological mechanisms. *Eat Weight Disord*. 2020;25(5):1123-32. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00767-0>
- Rafael D, Lopes E. Ego depletion in consumer behavior: A review, synthesis, and research agenda. *J Consum Behav*. 2023;22(3):755-81. DOI: <https://doi.org/10.1002/cb.2132>
- Lee J, Lee Y, Yoo M. Development of the child's ego strength scale: An observation-based assessment of the board game behaviors in play therapy in Korea. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2021;15(1):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13034-021-00361-5>
- Kelly WE. Nightmares and ego strength revisited: Ego strength predicts nightmares above neuroticism and general psychological distress. *Dreaming*. 2020;30(1):29-44. DOI: <https://doi.org/10.1037/drm0000122>
- Longley M, Kästner D, Daubmann A, Hirschmeier C, Strauß B, Gumz A. Prospective psychotherapists' bias and accuracy in assessing their own facilitative interpersonal skills. *Psychotherapy*. 2023;60(4):525-35. DOI: <https://doi.org/10.1037/pst0000497>
- Chung A, Vieira D, Donley T, Tan N, Jean-Louis G, Gouley KK, Seixas A. The role of family communication patterns in the association between discrimination and mental health among African American adolescents. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2021;8(6):1512-22. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00910-7>
- St-Pierre Bouchard J, Brassard A, Lefebvre AA, Dugal C, Lafontaine MF, Savard C, et al. Cumulative childhood trauma, communication patterns, and intimate partner violence perpetrated by men seeking help. *J Interpers Violence*. 2023;38(9-10):6843-64. DOI: <https://doi.org/10.1177/08862605221137708>

21. Maazallahi M, Ghonchepour A, Sohrabi M, Golestani Z, Afshar P, Malakoutikhah A, et al. Spiritual well-being among medical and nonmedical science students. *Scientifica*. 2021;2021:6614969. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/6614969>
22. Chen YH, Lin LC, Chuang LL, Chen ML. The relationship of physiopsychosocial factors and spiritual well-being in elderly residents: Implications for evidence-based practice. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2017;14(6):484-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/wvn.12243>
23. Widiyanti W, Nurihsan J, Yusuf SLN, Budiman N, Hendriadi. Academic stress and spiritual well-being in Riau. *Al-Ishlah J Pendidikan*. 2021;13(3):1552-60. DOI: <https://doi.org/10.35445/alishlah.v13i3.361>
24. RahimZahedi M, Torabizadeh C, Kalyani M, Moayedi S. The relationship between spiritual well-being and resilience in patients with psoriasis. *Dermatol Res Pract*. 2021;2021:7187528. DOI: <https://doi.org/10.1155/2021/7187528>
25. Wang W, Chen Z, Ding X. Cyberbullying victimization and disordered eating behaviors: The mediating roles of self-compassion and self-objectification. *Appetite*. 2022;178:106267. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106267>
26. Muzdalifah F, Ariyani M, Gazadinda R. Spiritual well-being as a predictor of quality of life among breast cancer patients in Indonesia. *J Psychosoc Oncol*. 2023;41(3):258-68. DOI: <https://doi.org/10.1080/07347332.2022.2124593>
27. Kurtgöz A, Koç Z. Effects of nursing care provided to the relatives of palliative care patients on caregivers' spiritual well-being and hope: A randomized controlled trial. *Omega (Westport)*. 2022;88(1):318-32. DOI: <https://doi.org/10.1177/00302228221130803>
28. Harris MA, Wagner DV, Federman J. Family communication and support in adolescents with type 1 diabetes: Implications for self-management. *J Pediatr Psychol*. 2020;45(4):389-98. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa006>
29. Romano KA, Heron KE. Examining race and gender differences in associations among body appreciation, eudaimonic psychological well-being, and intuitive eating and exercising. *Am J Health Promot*. 2022;36(1):117-28. DOI: <https://doi.org/10.1177/08901171211036938>
30. Božek A, Nowak PF, Blukacz M. The relationship between spiritual well-being and quality of life in elderly people. *Iran J Psychiatry*. 2020;15(4):331-9. DOI: <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i4.4300>
31. Khanjani Z, Hashemi T, Jaliz R. The mediating role of emotional regulation in the relationship between attachment and children's eating behaviors. *Rooyesh*. 2024;13(1):1-10. Available from: <http://frooyesh.ir/article-1-4973-fa.html>
32. Babakhanlou A, Haghayegh SA, Moradi Manesh F, Dehghani A. Emotional eating and self-compassion in obese individuals: The mediating role of emotional processing. *Dev Psychol (J Iran Psychol)*. 2020;17(66):205-16. Available from: http://jip.azad.ac.ir/article_669252.html
33. Aghajani S, Khosravi M, Kermani A, Ebadi M, Ghobadzadeh S. Development of a food temptation model based on family communication patterns with the mediation of behavioral emotion regulation in overweight students. *J Sabzevar Univ Med Sci*. 2023;30(2):243-55. Available from: http://jsums.medsab.ac.ir/article_1784.html
34. Afkhani Ardakani N, Rezapur Mirsaleh Y, Ghafoori Cherkhabi H, Mohammadpanah Ardakan A. The relationship between spiritual well-being, religious coping styles, and diabetes self-management in patients with type 2 diabetes. *J Diabetes Nurs*. 2022;10(4):2002-15. Available from: <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-518-fa.html>
35. Jafari N, Farajzadegan Z, Loghmani A, Majlesi M, Jafari N. Spiritual well-being and quality of life of Iranian adults with type 2 diabetes. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2014;2014:619028. DOI: <https://doi.org/10.1155/2014/619028>
36. Langmir-Avitar K, Colleagues. Maternal communication patterns about food and body image and their association with eating disorders in Black women. *J Eat Disord*. 2024;12(1):45. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40337-024-01000-2>
37. Favieri F, Marini A, Casagrande M. Emotion regulation and eating behaviors: A systematic review. *Front Psychol*. 2021;12:641113. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.641113>
38. Fidell LS, Tabachnick BG. Using multivariate statistics. 6th ed. Boston: Pearson; 2013. Available from: <https://www.pearson.com/us/higher-education/program/Tabachnick-Using-Multivariate-Statistics-6th-Edition/PGM263677.html>
39. Hair JF, Black WC, Babin BJ, Anderson RE. Multivariate data analysis. 8th ed. Boston: Cengage Learning; 2019. Available from: <https://www.cengage.com/c/multivariate-data-analysis-8e-hair/9780357756645/>
40. Baumeister RF, Vohs KD, Tice DM. The strength model of self-control. *Curr Dir Psychol Sci*. 2007;16(6):351-5. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2007.00534.x>
41. Parviz K, Aghamohammadian Sharbaf HR, Ghanbari Hashemabadi B, Dehghani M. The relationship between ego strength and metacognition in female and male students. *Educ*

- Strateg. 2016;9(2):118-26. Available from: <http://edcbmj.ir/article-1-1016-fa.html>
42. Abbasi M, Madani Y, Gholamali Lavasani M. The effectiveness of group training of practical application of intimate communication skills on the communication patterns of couples preparing for marriage. *J Fam Couns Psychother.* 2014;4(2):228-46. Available from: http://fcp.uok.ac.ir/article_60068.html
43. Fitzpatrick MA, Ritchie LD. Communication schemata within the family: Multiple perspectives on family interaction. *Hum Commun Res.* 1994;20(3):275-301. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.1994.tb00324.x>
44. Kouroshnia M. Validity and reliability of the family communication patterns scale. *J Fam Res.* 2006;2(3):5-18. Available from: <http://jfr.sbu.ac.ir/article/view/43>
45. Keshtkaran T. The relationship between family communication patterns and resilience in students of Shiraz University. *J Appl Psychol Res.* 2009;39:69-88. Available from: http://japr.khuisf.ac.ir/article_534093.html
46. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.* New York: Wiley; 1982. p. 224-37. Available from: <https://www.wiley.com/en-us/Loneliness%3A+A+Sourc ebook+of+Current+Theory%2C+Research+and+Therapy -p-9780471080282>
47. Dehshiri G, Sohrabi F, Jafari E, Najafi M. Psychometric properties of the spiritual well-being scale among students. *Psychol Stud.* 2008;4(3):129-44. Available from: https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_377.html
48. van Strien T, Herman CP, Verheijden MW. Eating style, overeating and weight gain. A prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. *Appetite.* 2012;59(3):782-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.009>
49. Salehi J, Moghaddazadeh M, Aminyazdi A, Nemati M. Investigation of attention bias, eating styles, and body mass index in normal dieters. *Clin Psychol.* 2013;5(1):57-67. Available from: http://cpap.shahed.ac.ir/article_2601.html

The Relationship Between Ego Strength and Communication Patterns with Eating Behavior in Obese Women with Diabetes: The Mediating Role of Spiritual Well-Being

Fahimeh Farsi¹, Qamar Kian^{1*}, Seyed Ali Hosseini Almadani³

Abstract

Background and Objectives: Obesity and diabetes are global health challenges that impact psychological and social aspects in addition to physical health. Identifying psychological and relational factors associated with eating behavior can enhance the management of these conditions. This study aimed to model the relationship between ego strength and communication patterns with eating behavior, examining the mediating role of spiritual well-being in obese women with diabetes.

Methods: This descriptive-correlational study included obese women with diabetes referred to the treatment centers of Shahid Beheshti University of Medical Sciences in 2024. A sample of 350 participants was selected through voluntary sampling. The research instruments included the Ego Strength Questionnaire (Markstrom et al, 1997), Communication Patterns Questionnaire (Fitzpatrick & Ritchie, 1990), Eating Behavior Questionnaire (Dutch, 1986), and Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982). Data were analyzed using structural equation modeling with AMOS-26 software.

Findings: The results indicated that ego strength and communication patterns had a significant relationship with eating behavior ($P < 0.05$). Additionally, spiritual well-being acted as a mediator, strengthening this relationship ($P < 0.05$). The proposed model demonstrated a good fit.

Conclusion: These findings highlight the importance of psychological and spiritual interventions in improving eating behavior. Enhancing ego strength alongside promoting spiritual well-being can be effective in designing counseling and therapeutic programs for obese women with diabetes, contributing to improved mental health and healthier lifestyles. These results provide guidance for health professionals and policymakers in developing supportive programs.

Keywords: Ego strength, communication patterns, eating behavior, spiritual well-being, obesity, diabetes

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, N.T.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. (Corresponding). Department of Psychology, Za.C, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.
3. Department of Psychology, N.T.C, Islamic Azad University, Tehran, Iran.