

بررسی تأثیر عوامل شناختی بر درمان بیماری «دیابت نوع دو» در یزد

اکبر زارع شاه‌آبادی^۱، فاطمه ابراهیمی صدرآبادی^۲

تاریخ وصول: ۹۲/۷/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۷

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت از شایعترین بیماری‌های مربوط به سوخت‌وساز بدن است که منجر به عوارض ناتوان کننده می‌شود. کنترل این بیماری نیازمند تغییر سبک زندگی می‌باشد. آمارها نشان می‌دهد، میزان ابتلا به دیابت در استان یزد دو برابر میانگین کشوری است. بنابراین دیابت در یزد به دلیل بالا بودن میزان شیوع، یک مشکل جدی برای سلامت مردم این استان محسوب می‌گردد که نیازمند بررسی همه جانبه می‌باشد. هدف از این تحقیق بررسی تأثیر عوامل شناختی بر برنامه‌های کنترلی و درمانی دیابت نوع دو در شهر یزد است.

روش مطالعه: مطالعه از نوع توصیفی، تبیینی و از نظر زمانی مقطعی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق شامل ۴۹۹۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش مرکز دیابت یزد می‌باشند. از بین این تعداد ۲۵۶ نفر با استفاده از فرمول کوکران و به روش تصادفی ساده انتخاب و با آنها مصاحبه سازمان‌یافته انجام شد.

نتیجه گیری: میانگین میزان قند خون در بین پاسخگویان ۲۱۹/۷۵ و میانگین طول مدت ابتلا به دیابت در بین پاسخگویان، ۱۰/۱ سال بوده است. بین میزان پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی و

۱. نویسنده مسئول، استادیار دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه یزد a_zare@yazduni.ac.ir

۲. عضو هیئت علمی دانشگاه یزد Febrahimisadr@gmail.com

شدت درک شده، خودکارآمدی، انتظارات پی‌آمدی و مدت ابتلا به دیابت همبستگی مثبت و معنادار و بین میزان پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی و میزان قند خون همبستگی منفی و معناداری مشاهده شد. دو متغیر: مدت ابتلا به بیماری و خودکارآمدی در مدل رگرسیونی وارد شده‌اند که حدود ۲۷ درصد واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کنند. براساس این مدل میزان پیروی از برنامه‌های درمانی بیش از همه متأثر از خودکارآمدی فرد بیمار می‌باشد.

واژگان کلیدی: عوامل شناختی، دیابت نوع دو، کنترل و درمان، شهر یزد.

مقدمه

امروزه معضل بیماری‌های غیر عفونی، بسیاری از باورهای بهداشتی را تحت الشعاع قرار داده و توجه جوامع علمی را به خود معطوف داشته است. در گذشته‌ای نه چندان دور مشکل اصلی جامعه و مردم، بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر بالای ناشی از این بیماری‌ها بود، در حالیکه در حال حاضر به علت کنترل بیماری‌های واگیر، توسعه شهرنشینی، پیشرفت صنعت و زندگی ماشینی، عبارتی تغییر کیفیت و شیوه زندگی مردم، شیوع بیماری‌های غیرواگیر افزایش یافته و رفته رفته بیماری‌های واگیر جای خود را به بیماری‌های غیرواگیر داده‌اند، به صورتیکه امروزه مهمترین علل مرگ‌ومیر در جوامع، بیماری‌های غیرواگیر خصوصاً بیماری‌های قلبی و عروقی، سرطانها و سوانح و حوادث می‌باشد. عبارتی ۵۹٪ کل مرگهای دنیا و ۴۶٪ بار جهانی بیماری‌ها ناشی از بیماری‌های غیرواگیر است که مسئول ۷۰٪ هزینه‌های پزشکی هستند (سایت دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۸۶/۱۱/۱۱). شاید بتوان گفت که امروزه ما شاهد گذار اپیدمیولوژی بیماری‌ها از بیماری‌های واگیر به غیرواگیر هستیم.

دیابت یک بیماری مزمن غده درون‌ریز می‌باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت‌وساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید یا بهره‌گیری از هورمون انسولین است. این بیماری سه شکل اصلی دارد: ۱- نوع یک یا وابسته به انسولین (IDDM)؛ ۲- نوع دو یا غیروابسته به انسولین (NIDDM)؛ ۳- دیابت بارداری.

دیابت نوع دو، بصورت نقصان در گیرنده‌های انسولین بر روی غشاء سلولی سلولهای هدف مشخص می‌گردد که در واقع در این حالت نوعی مقاومت یا کاهش حساسیت به انسولین در بدن ایجاد می‌شود. دیابت نوع دو، در اثر برهم‌کنش متقابل عوامل وراثتی، محیطی و رفتاری در افراد بوجود می‌آید. در عین حال شواهد زیادی بیان‌کننده این مطلب‌اند که فاکتورهای خطر قابل‌تعدیل مانند چاقی و کم‌تحرکی به عنوان مهم‌ترین عوامل غیر ژنتیکی ایجاد این بیماری محسوب می‌شوند. اگر چه درمان‌های پزشکی نقش مهمی در کاهش عوارض مخرب این بیماری دارد اما معمولاً قادر به برطرف کردن همه آن‌ها و هم چنین برگرداندن سطح گلوکز خون به حد نرمال نیستند. بعبارتی علی‌رغم پیشرفتهای موجود در عرصه پزشکی، درمان قطعی‌ای برای این بیماری یافت نشده است، ولی می‌توان از طریق کاهش وزن بدن، افزایش فعالیت بدنی و تغییرات رژیم غذایی و بطور کلی تغییر سبک زندگی فرد بیمار، این بیماری را کنترل نمود و از پیشرفت عوارض آن جلوگیری کرد. ولی بسیاری از بیماران با وجود اطلاع از عوارض بیماری به توصیه‌های پزشکی و درمانی بطور کامل عمل نمی‌کنند و در نتیجه احتمال گسترش عوارض مربوط به دیابت افزایش می‌یابد (دالجر و سیمن، ۱۳۶۸: ۵۶).

با توجه به اینکه دیابت نوع دو، در کشورهای توسعه‌یافته حدود ۹۵-۸۵ درصد و در کشورهای درحال توسعه حتی درصد بالاتری از انواع بیماری دیابت را شامل می‌شود و بنابراین پیشگیری و مراقبت از این نوع دیابت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (کلومگاه، ۲۰۰۶: ۴)، در نتیجه در این تحقیق به بررسی دیابت نوع دو پرداخته‌ایم.

شیوع دیابت نوع دو طی سالیان اخیر در دنیا و نیز در کشور ما افزایش قابل توجهی یافته است. علاوه بر این متأسفانه شاهد کاهش سن ابتلا به این بیماری می‌باشیم. برآورد می‌شود که حدود ۱۴۹ میلیون نفر در سراسر جهان یا ۵/۱ درصد از جمعیت بالغ، مبتلا به

دیابت باشند و این رقم تا سال ۲۰۲۵ به ۳۳۳ میلیون یا ۶/۳ درصد افزایش خواهد یافت. (ژرنار^۱ و دیگران، ۲۰۰۳: ۸)

در سومین مطالعه کشوری بر روی «عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر» مشخص شد که شیوع دیابت در جمعیت ۲۵ تا ۶۵ سال کشور ۸/۷ درصد است. همچنین برآورد می‌شود که ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار مبتلا به دیابت در کشور زندگی می‌کنند و ۲ میلیون و ۹۰۰ هزار نفر نیز در معرض ابتلا به دیابت قرار دارند و در مجموع ۴ میلیون و ۶۰۰ هزار ایرانی در رده سنی ۲۵ تا ۶۵ سال مبتلا به دیابت و یا در معرض ابتلا قرار دارند. (استقامتی، ۱۳۸۷)

درحالیکه این میزان در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۷۸ در جمعیت شهری بالای ۳۰ سال استان یزد انجام شد، ۱۴/۵۲ درصد برآورد گردید که بیشترین شیوع مربوط به شهرستان یزد با ۱۵/۷ درصد بوده است. (افخمی، ۱۳۸۰). بنابراین بیماری دیابت به علت میزان شیوع، هزینه‌ها و باری که بر دوش بیمار قرار می‌دهد، همچنین بدلیل پیامدهای ناشی از عوارض آن در زندگی فرد، یکی از بزرگترین مسائل مراقبت سلامت در استان یزد بشمار می‌رود.

سؤال اصلی ما در این پژوهش بدین صورت بوده است که، چه عوامل شناختی بر درمان و کنترل بیماری دیابت مؤثر می‌باشند؟ برای پاسخ به این سؤال با استفاده از داده‌های عینی که از افراد دیابتی بدست آورده‌ایم و با به‌کارگیری تحلیل‌های آماری، به بررسی میزان تأثیر عوامل شناختی بر کنترل بیماری دیابت در افراد دیابتی یزد پرداخته‌ایم.

سوابق

پیچیدگی عوامل مؤثر بر درمان و کنترل بیماری دیابت سبب شده است که هر گروه از محققان آن را از دیدگاهی خاص بررسی کنند. نگاه اجمالی به پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور، چشم‌انداز گسترده‌تری را در مقابل ما می‌گشاید.

آرو ک. سیگوراردوتیر^۱ (۲۰۰۴: ۳۱۰)، پژوهشی با عنوان، خودمراقبتی در بیماران دیابتی: مدل عاملهای مؤثر بر خودمراقبتی، انجام داده است. نتایج نشان داد که خودکارآمدی، شاخص خوبی از خودمراقبتی انعطاف‌پذیر است و از طریق افزایش توانایی فرد بیمار در مدیریت فعالیتهای خودمراقبتی، تأثیر زیادی بر کنترل متابولیکی بیماری دیابت دارد.

هاروی و لاوسون^۲، به نقد و بررسی اهمیت مدل‌های باور سلامت در تعیین رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی، پرداخته‌اند. آنها نظریه‌های روانشناختی مربوط به این حوزه را در ۲۰ سال گذشته بررسی کرده‌اند. خلاصه نتایج بدین شرح است که، میزان پیروی افراد از برنامه‌های درمانی که به آنها توصیه می‌شود، بستگی به باورهای آنها درباره سلامت و بیماری دارد (۲۰۰۸: ۲).

وو^۳ و همکاران، در تحقیقی با عنوان «بررسی خودکارآمدی، انتظارات پی‌آمدی و رفتار خودمراقبتی در بیماران با دیابت نوع دو در تایوان» به این نتایج دست یافته‌اند که، بین رفتار خودمراقبتی و عوارض بیماران ($t=-2/52, p<0/01$) و سطح تحصیلات آنان ($t=-1/96, p<0/05$)، رابطه معناداری وجود دارد. همچنین رفتار خودمراقبتی همبستگی مثبت و معناداری با طول درمان دیابت ($r=0/36, p<0/01$)، انتظارات پی‌آمدی ($p<0/01$)، و انتظارات خودکارآمدی ($r=0/44, p<0/01$) دارد. ۳۹/۱ درصد از واریانس رفتار خودمراقبتی، توسط طول مدت بیماری دیابت، خودکارآمدی و انتظارات پی‌آمدی، تبیین شد. (وو و دیگران، ۲۰۰۶)

وانگ^۴ و همکاران، در پژوهشی به بررسی خودکارآمدی دیابتی و رفتار خودمراقبتی در بیماران چینی ساکن شانگهای، پرداخته‌اند. تحلیل یافته‌های تحقیق نشان داد که همبستگی

-
1. Árún K Sigurðardóttir
 2. Harvey & Lawson
 3. SF-V Wu
 4. J-Q Wang

مثبت و معناداری بین خودکارآمدی و رفتار خودمراقبتی ($r=0/81$, $p<0/01$) وجود دارد. (وانگ و دیگران، ۲۰۰۳: ۷۷۱)

تالبوت^۱ و همکاران، در مطالعه خود رابطه بین عوامل اجتماعی و شناختی مرتبط با بیماری دیابت را در سال ۱۹۹۷، مورد ارزیابی قرار دادند. براساس نتایج بدست آمده، بیشترین میزان تداخل درک شده از بیماری دیابت، در افرادی مشاهده شد که به مدت طولانی از بیماری دیابت رنج می بردند و عوارض زیادی را تجربه کرده بودند. همچنین مشخص شد که سطح پایین خودکارآمدی با میزان بالای قند خون در ارتباط است که نشاندهنده کنترل ضعیف قند خون توسط این افراد می باشد. (تالبوت و دیگران، ۱۹۹۷)

در بررسی ارتباط بین درک توانایی انجام خودمراقبتی و خودشناسی در مبتلایان به دیابت مراجعه کننده به مرکز درمانی و تحقیقاتی شهر کرمان، که توسط فاطمه خیابانچیان (۱۳۷۵) انجام گرفت، ارتباط معناداری بین درک توانایی انجام خودمراقبتی (خودکارآمدی) و درک خودشناسی مشاهده نشد. (خیابانچیان، ۱۳۷۵: الف)

با وجودی که دیابت بعنوان یک معضل بهداشتی در استان یزد مطرح می باشد، اما پژوهش‌های انگشت شماری در زمینه عوامل غیرپزشکی و غیرزیست‌شناختی مؤثر بر پیشگیری و درمان این بیماری در یزد انجام گرفته است و در بین این تعداد معدود، بیشتر مطالعات به بررسی آگاهی بیماران از پیشگیری و درمان بیماری دیابت پرداخته اند.

پژوهشی با عنوان «نقش پیش‌گویی کننده های خودمراقبتی در بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد براساس الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته» توسط مروتی و روحانی انجام گرفت. طبق یافته‌های بدست آمده، متغیرهای منافع، شدت، حساسیت، تهدید، خودکارآمدی، کنترل متابولیک و حمایت اجتماعی درک شده و نیز منبع کنترل درونی با رفتارهای خود مراقبتی همبستگی مثبت و معنی دار داشتند و بین موانع درک شده و نیز منبع کنترل شانس و خود مراقبتی، همبستگی معنی دار و معکوس مشاهده گردید.

1. Talbot

(مروتی و روحانی، ۱۳۸۵) در این تحقیق به دلیل استفاده از روش اتفالی (غیراحتمالی) در نمونه‌گیری، نتایج قابل تعمیم نیستند.

چارچوب نظری

ایده اصلی نظریه های شناخت و شناخت اجتماعی این است که رفتار یک شخص بستگی به شیوه درک او از موقعیتهای اجتماعی دارد. مردم به خودی خود تصورات، افکار و باورهای خود درباره یک موقعیت اجتماعی را به صورتهای ساده و معنی‌داری سازمان می‌دهند؛ درست همانطور که اشیا را به صورت طبقات مختلف طبقه‌بندی می‌کنند. هر قدر هم که موقعیت آشفته و درهم ریخته باشد، مردم نظم و سازمانی به آن می‌بخشند و این سازمان دادن، یعنی، این ادراک و تفسیر از جهان، چگونگی رفتار آنها را در موقعیتهای اجتماعی، تحت تأثیر قرار می‌دهد. این رویکرد قویاً تحت نفوذ اندیشه‌های کافکا، کهلر در دهه‌های ۱۹۳۰ می‌باشد. از دیدگاه آنان مردم موقعیتهای یا رویدادها را به صورت حاصل جمع تعداد زیادی عناصر جدا جدا درک نمی‌کنند، بلکه تصور آنها از موقعیت به صورت یک کل پویاست. این تأکید بر درک محیط به صورت یک کل که چیزی بیش از مجموع اجزای خود است، به روان‌شناسی گشتالت معروف است (کریمی، ۱۳۸۲: ۳۹).

نظریه شناخت اجتماعی، رفتار انسان را به صورت یک مجموعه سه تایی، پویا و دارای تأثیر متقابل، از عاملهای شخصی، رفتاری و محیطی می‌داند. طبق این نظریه رفتار یک شخص را فقط این سه عامل تعیین می‌کنند. نظریه شناخت اجتماعی این رأی رفتارگرایان را تأیید می‌کند که، پی‌آمدهای واکنشی، واسطه رفتار هستند یا بعبارتی رفتار را ایجاد می‌کنند، در عین حال، این نظریه معتقد است که رفتار را بطور عمده فرایندهای شناختی پیشینی تنظیم می‌کنند. بنابراین، پی‌آمدهای واکنشی یک رفتار، برای شکل‌گیری انتظارات پی‌آمدی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند. توانایی ایجاد این انتظارات است که به انسانها قابلیت پیش بینی پیامدهای رفتارشان را پیش از انجام دادن آن می‌دهد. علاوه بر این، نظریه

شناخت اجتماعی اثبات می‌کند که اغلب رفتارها بصورت همدلانه یاد گرفته می‌شوند (محمودی، ۱۳۸۵: ۱۷۴-۱۷۳).

تأکید شدید نظریه شناخت اجتماعی بر شناخت‌های فردی به این مطلب اشاره دارد که، ذهن نیروی فعالی است که واقعیت فرد را می‌سازد، اطلاعات را بطور انتخابی رمزگذاری می‌کند و رفتار را بر اساس ارزشها و انتظارات شکل می‌دهد. از طریق بازخورد و عمل متقابل، حقیقت خود شخص از طریق کنش متقابل بین محیط و شناخت‌های شخص شکل می‌گیرد. علاوه بر آن، شناخت‌ها با گذشت زمان و در اثر بلوغ و تجربه (یعنی وسعت و میزان دقت و توجه، حافظه، توانایی تشکیل نمادها، مهارت‌های استدلال) تغییر می‌کنند. امکان فهم، پیش‌بینی و تغییر رفتار انسان به واسطهٔ درک فرایندهایی میسر می‌شود که در ساختن واقعیت فرد نقش ایفا می‌کنند (همان: ۱۷۴).

ویژگیهای متمایزکننده رویکرد شناخت اجتماعی این است که، ۱. بر زمان حال تأکید دارد نه گذشته؛ ۲. بر اهمیت ادراک یا تعبیر و تفسیر فرد از واقعیتها تأکید دارد نه بر واقعیت یک موقعیت، آنسان که ممکن است از سوی یک مشاهده‌گر بیطرف دیده شود (همان: ۳۸). نظریه باور سلامت نیز به عنوان یک مدل روانشناختی سعی می‌کند از طریق تمرکز روی نگرشها و باورهای افراد، رفتارهای سلامت را توضیح دهد و پیش‌بینی کند. متغیرهای اصلی نظریه باور سلامت شامل موارد زیر هستند:

۱- تهدید درک شده، شامل دو بخش: حساسیت درک شده و شدت درک شدهٔ یک وضعیت سلامت.

الف- حساسیت درک شده: درک ذهنی شخص از به خطر افتادن وضعیت سلامت.

ب- شدت درک شده: احساسات مربوط به وخامت و اهمیت مبتلا شدن به یک بیماری و یا رها کردن بیماری بدون درمان آن. (شامل ارزیابی پی آمدهای پزشکی و بالینی و پی آمدهای اجتماعی احتمالی).

۲- منفعت درک شده: باور داشتن به تاثیر برنامه ها و تدابیر طراحی شده به منظور کاهش تهدید بیماری.

۳- موانع درک شده: پی آمدهای منفی بالقوه ای که در صورت بکارگیری رفتارهای سلامت خاصی، ممکن است متوجه انسان گردد، از جمله خسارات مالی، فیزیکی و روانشناختی.

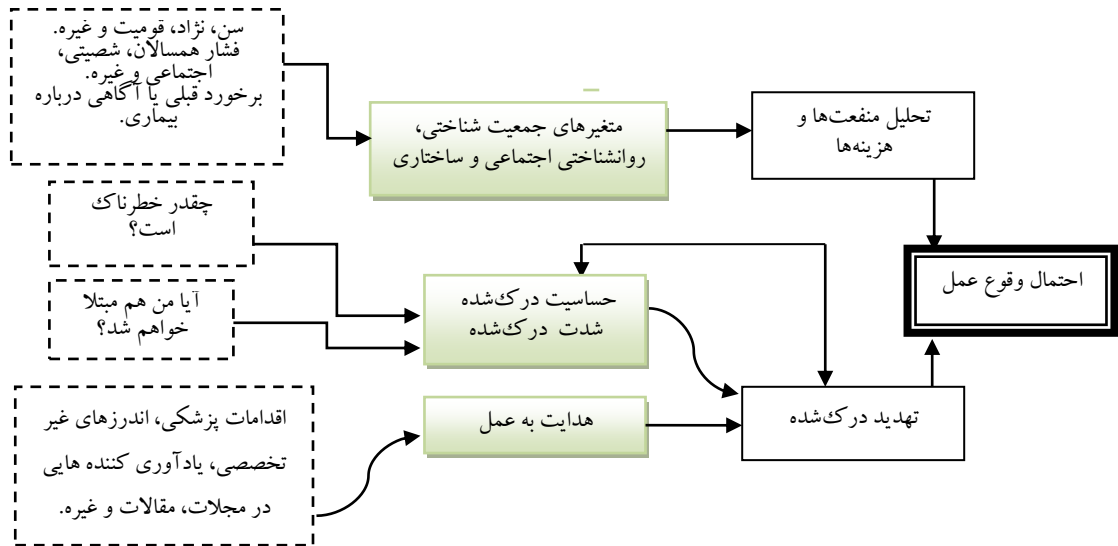
۴- هدایت به عمل: رویدادهای بدنی (مثل نشانه های فیزیکی وضعیت سلامت) یا محیطی (نظیر سیاست رسانه ای) که مردم را به انجام عمل خاصی برمی انگیزاند. هدایت به عمل، جنبه ای از مدل باور سلامت است که بصورت سازماندهی شده مورد بررسی قرار نگرفته است.

۵- سایر متغیرها: متغیرهای گوناگون جمعیت شناختی، جامعه شناختی اجتماعی، و ساختاری که درک افراد را تحت تاثیر قرار می دهند و بنابراین بطور غیر مستقیم بر رفتار مربوط به سلامت تاثیر می گذارند (بکر، ۱۹۷۴: ۴۵۳).

۶- خودکارآمدی: اعتقاد داشتن به توانایی خود در اجرای موفق رفتارهایی که برای کسب نتایج خواسته شده، مورد نیاز است (روحانی و مروتی، ۱۳۸۵).

مدل نظری باور سلامت بطور خلاصه در نمودار شماره ۱ آمده است.

ارزیابی‌ها برداشتها و عاملهای تعدیل‌کننده



نمودار ۱. مدل باور سلامت (بکر، ۱۹۷۴: ۵۷۶)

فرضیه‌های پژوهش:

- ۱- برداشت فرد دیابتی از تداخل ایجاد شده توسط بیماری دیابت در فعالیتهای روزانه و اجتماعی‌اش، بر فعالیتهای خودمراقبتی او تأثیر دارد.
- ۲- برداشت فرد دیابتی از مشقات بیماری دیابت، بر فعالیتهای خودمراقبتی او تأثیر دارد.
- ۳- انتظارات خودکارآمدی فرد دیابتی بر میزان پیروی او از فعالیتهای خودمراقبتی تأثیر دارد.
- ۴- انتظارات پی‌آمدهای فرد دیابتی بر میزان پیروی او از فعالیتهای خودمراقبتی تأثیر دارد.

روش بررسی و گردآوری داده‌ها

جامعه آماری و نمونه: جمعیت مورد بررسی مبتلایان به بیماری دیابت هستند که از تاریخ ۲۴ فروردین سال ۱۳۸۲ عضو مرکز دیابت یزد شده‌اند و پرونده آنها در آنجا موجود می‌باشد که تعداد آنها ۴۹۹۰ نفر می‌باشد. مبتلا بودن این افراد به دیابت از طریق آزمایش خون، هنگام تشکیل پرونده مشخص شده است.

حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران، با در نظر گرفتن حداکثر واریانس و سطح معناداری ۹۵ درصد، همچنین دقت احتمالی ۰/۰۶، تعداد ۲۵۶ نفر تعیین شد. نمونه با روش تصادفی ساده از بین جامعه آماری انتخاب گردیده است.

ابزار گردآوری داده‌ها: داده‌های این بررسی از راه مصاحبه پرسشگران با افراد نمونه گردآوری شد. پرسشنامه‌ای شامل ۴۵ سؤال در پنج بخش مشخصات مربوط به بیماری، تداخل درک شده، شدت درک شده، خودکارآمدی، انتظارات پی‌آمدی و فعالیت‌های خودمراقبتی طراحی و پس از آزمایش مقدماتی و اصلاحات لازم برای ثبت نتایج مصاحبه‌ها استفاده شده است.

پاسخ‌های مربوط به سؤالات بخش‌های تداخل درک شده، شدت درک شده، خودکارآمدی و انتظارات پی‌آمدی، در مقیاس لیکرت هفت قسمتی (۱ تا ۷) درجه‌بندی شدند بطوریکه بالاترین نمره نشان‌دهنده بالاترین سطح این متغیرها بود. پاسخ‌های مربوط به فعالیت‌های خودمراقبتی در محدوده ۰ (کمترین میزان پیروی) تا ۷ (بیشترین میزان پیروی) رتبه‌بندی شدند.

روایی^۱ پرسشنامه مورد استفاده در این مطالعه به روش روایی محتوایی و با توجه به نظرات اساتید دانشکده علوم اجتماعی یزد و مسئولین مرکز دیابت یزد تعیین و پایایی^۲

۱. validity

۲. reliability

پرسشنامه نیز با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۴ تعیین گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت. برای مقایسه میانگین دو نمونه مستقل (جنس و وضعیت تأهل با سایر متغیرهای مستقل و وابسته) از آزمون t، برای مقایسه میانگین نمرات پیروی افراد از برنامه‌های درمانی از تحلیل واریانس یک طرفه (Anova)، همچنین برای تعیین شدت همبستگی میان متغیرهای مستقل و وابسته از ضریب همبستگی پیرسون و در نهایت برای دستیابی به مدل نهایی از تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

متغیرها

متغیر وابسته: کنترل و درمان دیابت متغیر وابسته این پژوهش می‌باشد. این متغیر بصورت میزان پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی، عملیاتی شده است. کنترل دیابت مستلزم اجرای یک برنامه خودمراقبتی به منظور پایین نگه داشتن قند خون است که باعث جلوگیری یا به تأخیر انداختن گسترش عوارض آن می‌گردد.

خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی (SDSCA) یک مقیاس استاندارد ۱۵ آیتی است که فعالیت‌های خودمراقبتی فرد مبتلا به دیابت را در طول هفت روز گذشته در پنج جزء مختلف شامل رژیم غذایی مناسب، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، مراقبت از پاها و استفاده از دارو، اندازه‌گیری می‌کند. محدوده نمرات از صفر تا هفت می‌باشد. هر جزء چندین سؤال را در مقیاس به خود اختصاص می‌دهد، بنابراین برای بدست آوردن نمره هر جزء میانگین نمرات زیر مجموعه‌های هر جزء در مقیاس بدست آمد. (توبرت، هامپسون، گلاسگا، ۲۰۰۰)

متغیرهای مستقل: ۶ متغیر مستقل به شرح زیر، از هر فرد دیابتی اندازه‌گیری شد:
الف) مشخصات مربوط به بیماری: شامل مدت ابتلا به دیابت، میزان قند خون، نوع عوارض.

ب) تداخل درک شده: تداخل درک شده به معنای برداشت فرد بیمار از تداخلی است که بیماری دیابت در فعالیتهای روزمره، کار و فعالیتهای اجتماعی و تفریحی وی ایجاد می کند. این متغیر از طریق ۹ سؤال ارزیابی گردیده است.

پ) شدت درک شده: افراد متأثر از این هستند که آنها چگونه بیماری را به طور جدی مورد توجه قرار می دهند. این مسئله به شدت، وخامت و جدیت بیماری برمی گردد. ابتلا به بیماری ممکن است نتایج اجتماعی داشته باشد، مانند تأثیر بر روی کار، زندگی خانوادگی و روابطه اجتماعی. بنابراین فرد شدت بیماری و جدی بودن آن را درک کرده و این امر احتمالاً منجر به رفتاری پیشگیری کننده در وی می شود. این متغیر از طریق سه سؤال سنجیده شده است.

ت) خودکارآمدی: خودکارآمدی در واقع باور و انتظار فرد است، مبنی بر اینکه وی تا چه حد می تواند از طریق تلاش های فردی بر پی آمدهای بیماری اش به طرز مطلوبی تأثیر بگذارد. (گلنس، ۱۳۷۶: ۹۰) در بیماری دیابت می توان گفت که خودکارآمدی به معنای اعتماد به نفس بیماران به انجام رفتارهای خودمراقبتی است که در کنترل بیماری دیابت نقش مؤثری دارند. برای سنجش این متغیر از ۷ پرسش استفاده شده است.

ث) انتظارات پی آمدی: منظور از انتظارات پی آمدی این است که انتظارات بیماران از تأثیرات رفتارهای درمانی و کنترلی (خودمراقبتی)، بر کنترل متابولیکی و پیشگیری از عوارض بیماری آنها تأثیر دارد. این متغیر را از طریق ۵ پرسش مورد سنجش قرار گرفته است.

توصیف و تبیین یافته ها

باتوجه به داده های جدول شماره ۱، میانگین طول مدت ابتلا به دیابت در بین پاسخگویان، ۱۰/۱ سال، کمترین مدت ابتلا به دیابت در بین آنها ۱ سال و بیشترین آن ۴۰ سال بوده است. همچنین میانگین میزان قند خون در بین پاسخگویان ۲۱۹/۷۵ بوده است.

که بالاترین میزان قند خون در بین پاسخگویان ۵۰۰ و پایین‌ترین میزان قند خون ۹۹ گزارش شده است.

جدول ۱. شاخصهای مرکزی و پراکندگی مدت ابتلا به دیابت و میزان قند خون

نام متغیر	میانگین	کرانه بالا	کرانه پایین
مدت ابتلا به دیابت	۱۰/۱	۴۰	۱
میزان قند خون	۲۱۹/۷۵	۵۰۰	۹۹

از آنجا که متغیرهای مستقل این تحقیق همگی در سطح فاصله ای سنجیده شده اند بنابراین برای بررسی رابطه بین متغیرهای مستقل با متغیر وابسته (خودمراقبتی) از ضریب همبستگی استفاده شد. نتایج آزمون همبستگی در جدول شماره ۲ آمده است.

براساس یافته های جدول شماره ۲، بین میزان قند خون و انتظارات پی‌آمدی رابطه معناداری وجود ندارد. بین میزان قند خون و خودکارآمدی ($r=-0/126$, $p=0/049$) رابطه منفی و معناداری وجود داشت، بعبارتی پاسخگویانی که قند خون بالاتری داشتند، معتقد بودند که نسبت به انجام برنامه های درمانی توانایی کمتری دارند. بین میزان قند خون و شدت درک شده ($r=0/149$, $p=0/020$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، یعنی با بالا رفتن میزان قند خون بیماران، درک آنها از شدت بیماری‌شان نیز بالا می‌رود. بین میزان قند خون و تداخل درک شده ($r=0/295$, $p=0/000$) رابطه مثبت و معناداری وجود دارد، بعبارتی وقتی میزان قند خون بیماران بالا باشد، درک بیشتری از تداخل ایجاد شده از سوی بیماری دیابت در زندگی‌شان دارند.

همچنین بین مدت ابتلا به بیماری دیابت و انتظارات پی‌آمدی ($p=0/425$)، رابطه معناداری وجود نداشته است. بین مدت ابتلا به بیماری دیابت و شدت درک شده ($r=0/208$, $p=0/001$) همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد، بعبارتی هرچه مدت ابتلا به بیماری بیشتر می‌شود، درک بیمار از شدت بیماری‌اش نیز بیشتر می‌گردد. همچنین بین

مدت ابتلا به دیابت و تداخل درک شده ($r=0/222, p=0/001$) نیز رابطه مثبت و معناداری وجود دارد یعنی وقتی از ابتلا به دیابت زمان بیشتری می‌گذرد، فرد بیمار تداخل بیشتری از بیماری در زندگی خود احساس می‌کند. بین مدت ابتلا به دیابت و خودکارآمدی ($r=0/231, p=0/001$) همبستگی مثبت و معناداری مشاهده شد. عبارتی با زیاد شدن مدت بیماری، اعتماد به نفس بیمار به انجام برنامه‌های درمانی‌اش نیز بیشتر می‌شود.

مطابق داده‌های جدول فوق، بین پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و طول مدت ابتلا به دیابت رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/255, p=0/001$) یعنی با طولانی شدن مدت ابتلا به بیماری میزان پیروی افراد از رفتارهای خودمراقبتی نیز افزایش یافته است. شاید بتوان دلیل این امر را چنین بیان کرد که با طولانی شدن مدت بیماری، فرد به سبک جدید زندگی‌اش عادت می‌کند و وضع بوجود آمده را بهتر می‌پذیرد. اما بین پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و میزان قند خون رابطه منفی معناداری مشاهده شده است ($r=-0/154, p=0/017$) عبارتی هرچه میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی بیماران کاهش می‌یابد، میزان قند خون آنها افزایش نشان می‌دهد و بالعکس که این امر بسیار منطقی بنظر می‌رسد، زیرا وقتی فرد بیمار کمتر به برنامه‌های درمانی خود می‌پردازد، متعاقباً بیماری وی نیز رو به وخامت می‌گذارد.

براساس یافته‌های جدول ۲، ملاحظه می‌گردد که بین پیروی از رفتارهای خودمراقبتی و تداخل درک شده از سوی بیمار رابطه معناداری وجود ندارد ($r=-0/009, p=0/891$). بین شدت درک شده از سوی بیماری و میزان پیروی او از رفتارهای خودمراقبتی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/122, p=0/05$). عبارتی هرچه برداشت فرد بیمار از مشقات بیماری دیابت بیشتر باشد، نسبت به پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی و برنامه‌های درمانی، پیگیرتر خواهد بود. همانطور که ملاحظه می‌گردد، بین انتظارات خودکارآمدی فرد بیمار و میزان پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی وی، رابطه معنادار و مثبتی وجود دارد ($p=0/001$).

($r=0/438$) به این معنی که هرچه فرد بیمار به توانایی خود در انجام برنامه های درمانی اش اعتماد بیشتری داشته باشد، متعاقباً به برنامه‌های درمانی خود نیز وفادارتر می‌ماند.

داده های جدول ۲ نشان می‌دهد که بین انتظارات پی‌آمدی فرد بیمار و میزان پیروی وی از برنامه‌های خودمراقبتی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/224$, $p=0/001$). عبارتی هرچه فرد بیمار انتظارات بیشتر و مثبت‌تری نسبت به برنامه های درمانی داشته و اهمیت بیشتری برای آنها قائل باشد، متعاقباً از برنامه‌های درمانی خود نیز بیشتر و بهتر پیروی خواهد کرد. بنابراین بطور کلی می‌توان گفت که از بین فرضهای شناختی این تحقیق، تنها فرض مربوط به رابطه بین تداخل درک شده و رفتارهای خودمراقبتی رد شد و سایر فرضهای شناختی مبنی بر رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی با شدت درک شده، خودکارآمدی و انتظارات پی‌آمدی، تأیید گردید.

علاوه بر فرضیات عنوان شده، همبستگی بین متغیرهای مستقل اصلی با یکدیگر نیز مورد آزمون قرار گرفت. مطابق نتایج بدست آمده، بین شدت درک‌شده توسط بیمار و تداخل درک‌شده توسط وی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد ($r=0/368$, $p=0/001$). به این معنا که هرچه درک بیمار از شدت بیماری‌اش بیشتر باشد، میزان برداشت وی از تداخلی که بیماری در زندگی‌اش دارد، بیشتر می‌شود.

بین انتظارات خودکارآمدی فرد بیمار و شدت درک‌شده ($r=0/214$, $p=0/001$)، رابطه مثبت و معناداری وجود داشت. بدین معنا که هرچه فرد بیمار به توانایی خود در انجام برنامه های درمانی دیابت، اطمینان و اعتماد بیشتری داشته باشد، متعاقباً درک وی از شدت بیماری‌اش نیز بیشتر خواهد بود.

بعلاوه بین انتظارات پی‌آمدی فرد بیمار و شدت درک‌شده توسط وی ($p=0/001$)، و انتظارات خودکارآمدی بیمار ($r=0/397$, $p=0/001$) رابطه مثبت و معناداری مشاهده شد. عبارتی هرچه فرد بیمار پی‌آمدهای ناگوارتری را از بیماری دیابت، انتظار

داشته باشد، میزان درک وی از شدت بیماری اش و انتظارات خودکارآمدی بیمار نیز بیشتر می شود.

جدول ۲. ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین متغیر وابسته و متغیرهای مستقل

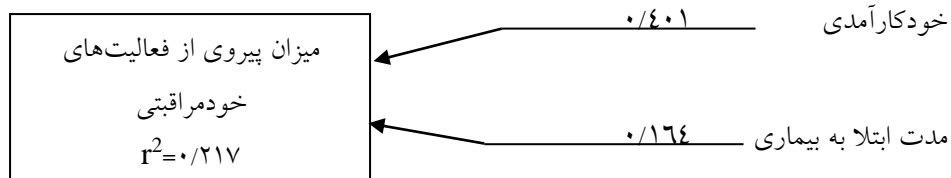
میزان قند خون	مدت ابتلا	انتظارات پی آمدی	خودکارآمدی	شدت درک شده	تداخل درک شده	خودمراقبتی
-۰/۱۵۴	۰/۲۵۵	۰/۲۲۴	۰/۴۳۸	۰/۱۲۲	-۰/۰۰۹	۱
۰/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰	۰/۸۹۱	خودمراقبتی
۰/۲۹۵	۰/۲۲۴	-۰/۱۱۲	-۰/۰۵۲	۰/۳۶۸	۱	تداخل
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۷۶	۰/۴۰۵	۰/۰۰۱		درک شده
۰/۱۴۹	۰/۲۰۸	۰/۳۸۹	۰/۲۱۴	۱		شدت
۰/۰۲۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱			درک شده
-۰/۱۲۶	۰/۲۳۱	۰/۳۹۷	۱			خودکارآمدی
۰/۰۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱				انتظارات
-۰/۱۰۰	۰/۰۵۰	۱				پی آمدی
۰/۱۱۹	۰/۴۲۵					مدت ابتلا
۰/۰۴۳	۱					
۰/۵۰۲						
۱						میزان قند خون

برای رسیدن به مدلی که بیشترین میزان واریانس متغیر وابسته را تبیین نماید از رگرسیون خطی سود برده ایم. نتایج حاصل از رگرسیون در جدول شماره ۳ آمده است. براساس یافته های این جدول، ضریب تعیین مدل بدست آمده شامل دو متغیر، برابر $R^2=۰/۲۱۷$ می باشد که بیانگر آن است که حدود ۲۲ درصد از واریانس میزان پیروی از رفتارهای درمانی دیابت، توسط متغیرهای موجود در معادله رگرسیون تبیین می شود. همچنین مدل رگرسیونی تبیین شده نیز براساس آزمون F ، معنادار می باشد ($P=۰/۰۰۱$)، $(F=۳۲/۱۵۹)$.

بنابراین، می‌توان گفت که هرچقدر مدت ابتلا به دیابت در بیمار دیابتی بیشتر می‌شود و به میزانی که به توانایی خود در انجام برنامه‌های درمانی‌اش اعتماد بیشتری دارد، در نتیجه بهتر در مقابل بیماری دیابت از خود مراقبت می‌نماید و برنامه‌های درمانی‌اش را بیشتر دنبال می‌کند.

جدول ۳. میزان پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی در کنترل دیابت ($R^2=0/217$)

متغیرهای مستقل	بتا (Beta)	سطح معنی داری (sig)
خودکارآمدی	۰/۴۰۱	۰/۰۰۱
مدت ابتلا به بیماری	۰/۱۶۴	۰/۰۰۵



نمودار ۲. مدل نظری پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی براساس یافته‌های پژوهش

بحث و نتیجه گیری

با توجه به بررسی‌های انجام گرفته در این تحقیق نتایج نشان می‌دهد که، وقتی افراد دیابتی جدیت و شدت عوارض ناشی از دیابت را احساس نمایند، بیشتر از خود مراقبت می‌کنند. در مطالعه مروتی (مروتی و روحانی، ۱۳۸۵) نیز همبستگی مثبت و معناداری بین شدت درک شده و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده شد.

همچنین زمانی که افراد دیابتی به توانایی خود در انجام برنامه‌های درمانی اعتماد و اطمینان بیشتری دارند، متعاقباً میزان پیروی آنها از برنامه‌های درمانی نیز بیشتر می‌شود. نتایج بدست آمده در مطالعات دیگر (سیگوراردوتیر، ۲۰۰۴)، (وو و دیگران، ۲۰۰۶)،

(تالبوت و دیگران، ۱۹۹۷) و (مروتی و روحانی، ۱۳۸۵) نیز مؤید این است که سطح بالای خودکارآمدی در بیماران با سطح بالایی از پیروی از رفتارهای خودمراقبتی در ارتباط است. در این پژوهش ضریب همبستگی بین خودکارآمدی و میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی ۰/۴۳ بدست آمد و در مطالعه وو و دیگران، این ضریب ۰/۵۴ بوده است. نتایج نشان می‌دهد که هرگاه فرد بیمار انتظار پی‌آمدهای ناگواری از بیماری دیابت داشته باشد، بیشتر از خود مراقبت به عمل می‌آورد و برنامه‌های درمانی را پیگیری می‌کند. در بررسی انجام گرفته توسط وو و همکارانش (وو و دیگران، ۲۰۰۶)، همین نتیجه بدست آمده و ضریب همبستگی بین انتظارات پی‌آمدی و رفتارهای خودمراقبتی، ۰/۴۴ گزارش شده است.

در بررسی رابطه بین مشخصات مربوط به بیماری و متغیر وابسته، از آزمون همبستگی استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که بین طول مدت ابتلا به دیابت و میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی رابطه مثبت و معناداری مشاهده می‌شود. در بررسی‌های دیگر (وو و دیگران، ۲۰۰۶؛ تالبوت و دیگران، ۱۹۹۷) نیز این نتیجه تأیید شده است. بنظر می‌رسد از دلایل این امر این باشد که با طولانی شدن مدت ابتلا به دیابت، عوارض بیماری هم بیشتر بروز می‌یابد بنابراین فرد بیمار درک بیشتری از شدت بیماری پیدا می‌کند که این امر خود عاملی بر افزایش وفاداری وی نسبت به برنامه‌های درمانی است. از سوی دیگر بین میزان قند خون پاسخگویان و پیروی آنها از رفتارهای خودمراقبتی، رابطه منفی و معناداری مشاهده شد. بعبارتی هرچه فرد دیابتی کمتر از برنامه‌های درمانی پیروی می‌کند، متعاقباً قند خون وی نیز بالاتر می‌رود.

در نهایت به منظور دستیابی به مدلی که بیشترین تبیین را از متغیر وابسته به عمل آورد، آزمون رگرسیون انجام شد و مدلی بدست آمد که تا ۲۷ درصد از واریانس متغیر وابسته را تبیین می‌کند. مدل تبیینی این تحقیق شامل متغیرهای خودکارآمدی و مدت ابتلا به دیابت می‌باشد. بعبارتی با بالا رفتن مدت ابتلا به بیماری و افزایش میزان خودکارآمدی، میزان

پیروی از فعالیتهای خودمراقبتی توسط فرد نیز بیشتر می‌شود. قابل توجه است که در مدل بدست آمده متغیرهای دموگرافیک نقشی نداشتند و از بین پنج متغیر شناختی تنها یک متغیر در این مدل جای گرفت.

دیابت یک بیماری مزمن است که فرد بیمار را برای مدت زمان زیادی درگیر می‌کند. برنامه‌های درمانی این بیماری نیز نیاز به تغییر شیوه زندگی دارد. بنابراین در این میان تنها تعداد معدودی قادر خواهند بود به برنامه‌های درمانی پایبند بمانند. این بررسی نشان داد که براساس چارچوب نظری مورد نظر کسانی که شدت درک‌شده بالاتری از بیماری خود دارند، همچنین برداشت آنها از خودکارآمدی و انتظارات پی‌آمدی خود بیشتر باشد، به برنامه‌های درمانی پایبندتر خواهند بود. بنابراین شاید بتوان از طریق آموزش، برداشتها و درک افراد را از بیماری و بیمار بودنشان تغییر داد و به این ترتیب بتوان افراد دیابتی را به یک عضو کارآمد و مفید برای جامعه تبدیل و از پیشرفت عوارض و ناکارآمد شدن آنها، که در صورت عدم کنترل مناسب رخ خواهد نمود، جلوگیری کرد.

منابع

- استقامتی، —، پایگاه اطلاع رسانی سلامت ایرانیان، سال ۴ شماره ۱۹۴، ۱۳۸۷/۸/۱۸.
- افخمی اردکانی، محمد، وحیدی، سراج‌الدین (۱۳۸۰). «بررسی شاخص‌های اپیدمیولوژیک بیماری دیابت بزرگسالان در گروه سنی ۳۰ سال و بالاتر شهری استان یزد». مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید صدوقی یزد. سال نهم، شماره اول.
- خیابانچیان، فاطمه (۱۳۷۵). بررسی ارتباط بین درک توانایی انجام خودمراقبتی و خودشناسی در مبتلایان به دیابت مراجعه کننده به مرکز درمانی و تحقیقاتی شهر کرمان. استاد راهنما: عباس عباس‌زاده. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری. دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی.

دالجر، هنری و سیمن، برنارد (۱۳۶۸). روش زندگی با بیماری قند هنری دالجر- برنارد سیمن. ترجمه احمد پناهی، مشهد: انتشارات جاوید.

دواس، دی. ای (۲۰۰۷). پیمایش در تحقیقات اجتماعی، ترجمه هوشنگ نایی (۱۳۸۶)، تهران، نشر نی.

روحانی تنکابنی، نوشین (۱۳۸۵). «بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت یزد براساس الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته». استاد راهنما: دکتر مروتی، رساله کارشناسی ارشد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی یزد.

کارن، گلنس (۱۹۹۰). رفتار بهداشتی و آموزش بهداشت: تئوری پژوهش عملکرد. ترجمه فروغ شفیعی (۱۳۷۶). جلد اول، تهران: انتشارات لادن.

کریمی، یوسف (۱۳۸۲). روان شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات ارسباران.

محمودی، اعظم (۱۳۸۵). «تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کاهش هموگلوبین A1C در بیماران دیابتی». مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی. دوره ۱۶، شماره ۳، ۱۷۶-۱۷۱.

- Árún K Sigurðardóttir. (2005). Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*. 14, 301-314.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*. Vol. 2, No. 4.
- Bjornar A. and others (2003). DIABETES ATLAS. 2end ed. Delice gan.
- Harvey J N , Lawson V L (2008). The Importance of Health Belief Models in Determining Self-Care Behaviour in Diabetes, *Diabetic Medicine*, Accepted Article; doi: 10.1111/j.1464-5491.
- Klomegah, Roger Y. (2006). "The influence of social support on the dietary regimen of people with diabetes". *Sociation Today*. Vol. 4, No. 2.
- Talbot, France et al. (1997). The Assessment of Diabetes-Related Cognitive and Social Factors: The Multidimensional Diabetes Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*. Vol. 20, No. 3.
- Wang, J-Q et al. (2003). Diabetes Self-efficacy And Self-care Behaviour of Chinese Patients Living in Shanghai. *Journal of Clinical Nursing*. 13, 771-772.

Wu, SF-V et al. (2006). Self-efficacy. Outcome Expectations And Self-care Behaviour in People with type 2 diabetes in Taiwan. *Journal Compilation*. doi: 10.1111/j.1365-2702.