

بررسی سازگاری شناختی صفتی و حالتی و عوامل موثر بر آن در بیماران دیابتی نوع ۲

آذر طل^۱، فرشته مجلسی^{۱*}، عباس رحیمی فروشانی^۲، داود شجاعی زاده^۱، پروین عباسی بروجنی^۳

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۲ در زمره بیماری‌های مزمن با عوارض بسیار است که توجه به ابعاد روانی زندگی بیماران مبتلا با دیابت و تبعیت از رژیم درمانی از اهمیت خاصی برخوردار است. این مطالعه با هدف بررسی سازگاری شناختی صفتی و حالتی در بیماران دیابتی نوع ۲ و تعیین عوامل موثر بر این سازگاری طراحی و انجام شد.

روش‌ها: این مطالعه از نوع توصیفی-تحلیلی بود که به مدت ۶ ماه در سال ۱۳۹۱ انجام شد. جامعه پژوهش در این مطالعه، بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران بود، حجم نمونه ۴۸۰ نفر و نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد. سازگاری شناختی در دو بعد صفتی و حالتی بیماران دیابتی نوع ۲ با استفاده از پرسشنامه دو قسمتی شامل اطلاعات دموگرافیک و مرتبط با بیماری و سازگاری شناختی بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ با استفاده از آزمون‌های کای دو و مدل رگرسیون لجستیک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که وضعیت تاهل ($P=0/01$)، سال‌های ابتلا به بیماری دیابت ($P<0/001$)، وضعیت شغلی ($P<0/001$)، گروه‌های سنی ($P=0/001$)، سابقه مثبت خانوادگی دیابت ($P<0/001$)، وضعیت درآمد ($P<0/001$) و HbA_{1C} ($P<0/001$) با هر دو نوع سازگاری شناختی ارتباط داشتند. جنسیت با سازگاری شناختی حالتی ($P=0/008$) و سطح تحصیلات ($P<0/001$) و بیماری‌های زمینه‌ای همراه ($P=0/02$) با سازگاری شناختی صفتی ارتباط آماری معنی‌داری داشتند. مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که سال‌های ابتلا به دیابت، گروه‌های سنی، میزان درآمد، سابقه خانوادگی و HbA_{1C} شانس سازگاری حالتی بالا و معنی‌داری داشتند و شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی با سابقه خانوادگی دیابت، بیماری زمینه‌ای همراه، HbA_{1C} ارتباط داشت.

نتیجه‌گیری: با عنایت به تاثیر عوامل جمعیت شناختی و بالینی در میزان سازگاری شناختی صفتی و حالتی، ضرورت انجام مداخلات مبتنی بر ارتقاء سلامت با کاربرد تئوری‌های سازگاری اجتناب ناپذیر است.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲، تئوری سازگاری شناختی، سازگاری صفتی، سازگاری حالتی

۱- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲- گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳- دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

نشانی: تهران، خیابان پورسینا، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه آموزش و ارتقاء سلامت، تلفن: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۳۴

نمابر: ۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۸، پست الکترونیک: dr_f_majlessi@yahoo.com

مقدمه

در این میان نقش شبکه‌های حمایتی و دوستان پررنگ است، گواه این موضوع هم از نظر افراد حرفه‌ای از طریق اندازه‌گیری رضایت فرد از زندگی در شرایط مواجهه با رویداد خطرزا و نرخ درمان آنها می‌باشد. تئوری سازگاری شناختی در توضیح این موارد کمک کننده است.

فرد در مواجهه با یک رویداد تهدید کننده، با به کارگیری فرآیند تطابق مجدد بر سه سازه جستجوی معنی در تجارب، تلاش برای دستیابی به قدرت غلبه بر رویداد خطرزا و تهدید کننده زندگی و تلاش برای افزایش عزت نفس متمرکز می‌شود. در اینجا لازم است تفاوت بین سازگاری شناختی صفتی و حالتی به اختصار عنوان گردد و آن این که در نوع صفتی، توانایی و یا عدم توانایی بالقوه در سازگاری فرد در موضوعات عمومی زندگی است اما در در نوع حالتی توانایی سازگاری با بیماری دیابت به طور خاص بررسی می‌گردد.

در مورد سازه‌های تئوری سازگاری شناختی به طور اخص مهم است که بدانیم جستجوی معنی به عنوان تلاشی برای درک و شناخت رویداد است. سازه "جستجوی معنی" تلاش می‌کند با این سوال که هنگام مواجهه با یک رویداد خطرزا چه اتفاقی می‌افتد و چه تاثیری بر فرد و شرایطش دارد، متمرکز شود. به طور کلی سوال فرد این است که در شرایط فعلی معنای زندگی من چه خواهد بود؟ یکی از راه‌های رسیدن به معنی در رویدادها کاربرد انتساب علیتی است. تئوری انتساب مطرح می‌کند که به دنبال بروز یک حادثه تهدیدآمیز، عوامل آن را به درک و شناخت خود، پیش‌بینی و کنترل محیطشان مربوط می‌دانند. در مورد بیماری‌های چند علیتی و با علل ناشناخته مشکل است. به طور مثال بیماران دیابتی می‌خواهند بدانند که چه مواردی موجب پیشرفت بیماری آنها می‌شود. "سازه غلبه"، حول این مسئله متمرکز است که چگونه می‌توان بر رویداد خاص و کل زندگی غلبه نمود. در این زمان باورهای فرد می‌تواند در مدیریت رویداد در زمان حال و پیشگیری از رخداد رویداد مشابه در آینده تأثیرگذار باشد. یک حادثه و رویداد ناگهانی تهدید کننده مانند بیماری‌های مزمن به راحتی احساس کنترل بر احساسات، جسم و کل زندگی را خراب می‌کند. بیشتر تلاش‌ها در کنترل بیماری در زمره

دیابت بیماری مزمنی است که شیوع گسترده‌ای در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه دارد [۱]. با توجه به محدود بودن امکانات در حوزه سلامت، لازم است افراد در بیماری‌های مزمن خود فعالانه وارد عمل شوند و به اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی اقدام نمایند [۲]. پر واضح است که سبک زندگی در بهبود پیامد بیماران اهمیت دارد [۳]. به همین مناسبت مطالعات نشان داده‌اند که برای حصول پیامدهای مرتبط با سلامت در حوزه دیابت لازم است عوامل روانی مانند سازگاری با دیابت مد نظر قرار گیرد [۴] چرا که عدم سازگاری مناسب با دیابت موجب تبعیت نامطلوب از برنامه درمانی شده که خود موجب بروز مشکلاتی در پیامدهای مرتبط با سلامت در دیابت می‌گردد و عدم تبعیت از درمان چالشی برای زندگی با دیابت محسوب می‌گردد [۴].

Kubeck معتقد است آنچه که موجب بروز مشکلات در کنترل دیابت می‌شود، پیچیده بودن نوع درمان و فرآیند آن است [۵]. Donnan و همکاران معتقدند که بین انزوای اجتماعی و عدم تبعیت از درمان دیابت ارتباط وجود دارد [۶]. از طرف دیگر، گاهی افزایش دانش و اطلاعات بیماران هم باعث افزایش تبعیت نمی‌شود. این مطالعات، تاییدی بر لزوم توجه به مسایل روانی اجتماعی در تبعیت بیماران دیابتی از درمان را مشهود می‌سازد. مطالعه Delamater و همکاران نشان داد که مطالعات حوزه علوم رفتاری در دیابت مشخص می‌کند که عوامل روانی اجتماعی یک نقش کلیدی در مدیریت دیابت ایفا می‌کنند. تحقیقات نشان داده‌اند که کارایی درمان‌های روانی اجتماعی می‌تواند تبعیت از دیابت، کنترل دیابت، عملکرد روانی اجتماعی و کیفیت زندگی را افزایش دهد [۷].

مواجهه با بیماری دیابت به عنوان یک بیماری با ماهیت مزمن که جسم و روح بیمار را درگیر می‌نماید از اهمیت خاصی برخوردار می‌باشد. بیشتر افراد با شرایط دشوار مانند از دست دادن سلامتی و یا بحرانی که زندگی روزمره فرد را دچار اشکال می‌کند سازگاری حاصل می‌نمایند، اما هر فردی قادر نیست با این شرایط تطابق یابد؛ اما غالب افراد توانایی انجام آن را داشته و با روش خود به این مهم اقدام می‌نمایند.

موارد روانی جای می‌گیرد و یکی از شایع‌ترین تظاهرات آن این است که نگرش مثبت از بازگشت بیماری جلوگیری می‌نماید. سازه سوم، "خود اتکایی" است و در فرآیند تطابق مجدد با شرایط و بیماری، تلاش برای بزرگ دیدن خود و بازگرداندن عزت نفس است. در رویدادهایی که فرد به نوعی قربانی می‌شود، عزت نفس کاهش می‌یابد حتی این امر در زمانی که خود مسئول رویداد خطرناک نباشد هم صادق است و مشکلات ناشی از عوامل خارجی هم می‌تواند بر کاهش عزت نفس تأثیر داشته باشد.

در تئوری مقایسه اجتماعی فستینگر افراد تلاش می‌کنند خود را با شرایط افراد بهتر از خود مقایسه کنند تا درک نمایند آنها چطور با بیماری خود سازگار شده‌اند. اما ملاحظه شده است که افراد برای افزایش عزت نفس، خود را با افراد پایین‌تر از خود مقایسه می‌کنند. می‌توان نتیجه گرفت که تطابق موفق به میزان بالایی بستگی به اصلاح افکار فرد دارد که این موضوع نه تنها در شرایط تهدید کننده فعلی بلکه برای موانعی که در آینده ممکن است برای فرد ایجاد شود کاربرد می‌یابد [۸]. به هر حال، استفاده از چنین سازگاری‌هایی (مانند تخمین‌های نادرست از میزان کنترل یک فرد در مورد بیماری و خوشبینی در مورد بیماری) موجب پیامدهای سلامتی نامطلوبی در زمان تشخیص اولیه بیمار شده و تهدید شدیدی حیات بیمار را نشانه گرفته است، به همین دلیل تمرکز بر سازگاری در زندگی با دیابت از اهمیت خاصی برخوردار است [۸]. با توجه به مطالب ذکر شده و نظر به این که مطالعه مشابهی در حوزه دیابت تا کنون در کشور انجام نشده است، مطالعه‌ای با هدف بررسی سازگاری شناختی صفتی و حالتی در بیماران دیابتی نوع ۲ دیابت و عوامل موثر بر آن طراحی و اجرا گردید.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی تحلیلی است که به منظور بررسی سازگاری شناختی صفتی و حالتی در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان‌های تابعه دانشگاه علوم پزشکی تهران به مدت ۶ ماه در سال ۱۳۹۱ انجام شد. هدف اصلی این مطالعه بررسی عوامل دموگرافیک و

سازگاری شناختی صفتی و حالتی افراد دیابتی نوع ۲ بود. مقالات گذشته نسبت این شانس سازگاری عمومی را پایین و در حدود ۰/۱۵ (۹-۱۱) گزارش نموده‌اند. با توجه به اینکه بررسی عوامل فوق با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک صورت گرفت، تعداد نمونه طوری تعیین شد که با سطح اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۸۰ درصد در صورتی که نسبت شانس هر کدام از این عوامل فوق ۱/۵ برابر شود، از نظر آماری معنی‌دار گردد و تعداد نمونه ۴۲۶ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن ریزش احتمالی، ۴۸۰ نفر محاسبه گردید. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارت از تایید بیماری دیابت نوع ۲ توسط پزشک متخصص و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش بود. افرادی که دارای مشکلات روانی تایید شده توسط روان‌پزشک متخصص بوده و برای شرکت در مطالعه تمایلی نداشتند به دلیل خودگزارشی بودن تکمیل ابزار از مطالعه خارج شدند. به منظور رعایت کرامات انسانی، پژوهشگر پس از توضیح اهداف انجام پژوهش به افراد تحت مطالعه، به آنان اطمینان داد که اطلاعات محرمانه بوده و پرسشنامه بدون نام تکمیل گردید. در ضمن از آن دسته از افرادی که مایل به تکمیل پرسشنامه نبودند، استفاده نشد. ابزار این مطالعه از دو بخش تشکیل شد. قسمت اول پرسشنامه مربوط به اطلاعات دموگرافیک مانند سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل بود و در ادامه از سوالاتی مربوط به وضعیت بیماری و تجارب بیماران در مورد بیماری خود مانند وجود بیماری‌های زمینه‌ای همراه، سابقه خانوادگی مثبت دیابت، طول مدت بیماری استفاده شد. شاخص HbA_{1C} هم به منظور بررسی کنترل دیابت اندازه‌گیری گردید. سوالات مربوط به سازگاری شناختی با استفاده از ابزار استاندارد شامل ۳۹ سوال که توسط مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت اندازه‌گیری می‌شد. ۱۱ سوال مربوط به سازگاری شناختی حالتی و ۲۸ سوال مربوط به سازگاری شناختی صفتی بود. با این روال بیشترین امتیاز پرسشنامه ۱۹۵ و کمترین امتیاز آن ۳۹ محاسبه گردید. سازگاری شناختی حالتی ۵۵ امتیاز و سازگاری شناختی صفتی ۱۴۰ امتیاز را به خود اختصاص می‌دهند [۱۲]. ابزار سازگاری

سازگاری شناختی صفتی و حالتی و روش آنالیز رگرسیون لجستیک برای بررسی توام عواملی که برای شانس وجود داشتن عامل اثرگذار استفاده شد. از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۱/۵ استفاده شد. سطح معنی‌داری این پژوهش کمتر از ۵ درصد در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

با توجه به بررسی هیستوگرام و نرمال بودن داده‌ها امتیازات سازگاری شناختی صفتی و حالتی، برای تحلیل داده‌ها از آزمون‌های پارامتریک استفاده شد. جدول ۱ اطلاعات دموگرافیک را نشان می‌دهد. میانگین امتیاز سازگاری شناختی حالتی و صفتی در این مطالعه به ترتیب $(۳۵/۲۲ \pm ۴۵/۳۲)$ و $(۸۹/۸۶ \pm ۸/۶۲)$ بود.

شناختی پس از ترجمه و باز ترجمه توسط تیم دو نفره دو زبانه (انگلیسی- فارسی) در اختیار صاحب‌نظران قرار گرفت و پس از اعمال تغییرات مختصر روایی آن تأیید گردید. میزان پایایی ابزار سازگاری شناختی با روش test-retest بررسی شد. به این ترتیب که این ابزار ۳۹ سوالی به ۲۰ نفر از بیماران دیابتی در دو زمان قبل و بعد (صفر و ۲ هفته بعد) داده شد و سپس با استفاده از آلفای کرونباخ یک بار برای تمام سوالات و بار دیگر برای سوالات در هر حیطه اندازه‌گیری شد. میزان آلفا در سازگاری صفتی و حالتی به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۸۱ محاسبه گردید و بنابراین ابزار قابل استفاده بود. روش گردآوری داده‌ها به صورت مصاحبه و ثبت اطلاعات در پرسشنامه بود. در مورد بیماران کم سواد از پرسشگر در تکمیل ابزارها استفاده گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از جداول فراوانی و آزمون کای دو جهت تعیین روابط بین عوامل مؤثر بر

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک افراد دیابتی نوع ۲ شرکت کننده در مطالعه

نام متغیر	تعداد (درصد)	نام متغیر	تعداد (درصد)
گروه‌های سنی (سال)		میزان تحصیلات	
کمتر و مساوی ۵۱	۱۲۰ (۲۵)	بیسواد	۱۲۰ (۲۵)
۵۱-۶۳	۲۳۹ (۴۹/۸)	زیردیپلم	۲۲۸ (۴۷/۵)
۶۴ سال و بالاتر	۱۲۱ (۲۵/۲)	دیپلم	۱۹ (۱۸/۵)
		بالاتر از دیپلم	۴۳ (۹)
جنس		نوع شغل	
زن	۲۷۷ (۵۷/۷)	کارمند	۴۵ (۹/۴)
مرد	۲۹۲ (۴۸/۷)	خانه دار	۲۲۴ (۴۶/۷)
		شاغل غیر کارمند	۱۱۶ (۲۴/۲)
		بازنشسته	۸۸ (۱۸/۳)
		بیکار	۷ (۱/۵)
وضعیت تاهل		سابقه ابتلا به دیابت	
مجرد	۲۷ (۵/۶)	دارد	۱۹۴ (۴۰/۴)
متاهل	۴۵۳ (۹۴/۴)	ندارد	۲۸۶ (۵۹/۶)
HbA1c (درصد)		سال‌های سپری شده با دیابت	
کمتر از ۷	۱۷ (۳/۵)	تا ۵	۲۲۴ (۴۶/۷)
۷-۸/۵	۴۱۱ (۸۵/۶)	۵-۱۰	۱۷۰ (۳۵/۴)
بالاتر از ۸/۵	۵۲ (۱۰/۸)	بالاتر از ۱۰	۸۶ (۱۷/۹)
میزان درآمد خانوار		بیماری‌های زمینه‌ای همراه	
پایین	۸۴ (۱۷/۵)	دارد	۳۷۲ (۷۷/۵)
متوسط	۳۷۴ (۷۷/۹)	ندارد	۱۰۸ (۲۲/۵)
خوب	۲۲ (۴/۶)		

گروه‌های سنی ($P=۰/۰۰۱$)، سابقه مثبت خانوادگی دیابت ($P<۰/۰۰۱$)، وضعیت درآمد ($P<۰/۰۰۱$) و HbA_{1c}

نتایج نشان داد که وضعیت تاهل ($P=۰/۰۱$)، سال‌های ابتلا به بیماری دیابت ($P<۰/۰۰۱$)، وضعیت شغلی ($P<۰/۰۰۱$)،

سابقه خانوادگی دیابت و از نظر آماری این نسبت شانس معنی‌دار بود ($P < 0/001$). شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با HbA_{1C} $7-8/5$ ، برابر، در افراد با HbA_{1C} کمتر از 7 ، برابر گروه با HbA_{1C} بالاتر از $8/5$ و از نظر آماری این نسبت شانس درگروه با HbA_{1C} $7-8/5$ ($P = 0/01$) از نظر آماری معنی‌دار بود (جدول ۲).

از طرف دیگر، نتایج مدل رگرسیون لجستیک در مورد سازگاری شناختی صفتی نشان داد شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی در افراد با سابقه خانوادگی مثبت دیابت $0/4$ برابر افراد بدون سابقه خانوادگی دیابت و از نظر آماری این نسبت شانس معنی‌دار بود ($P = 0/001$). شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی در افراد بدون بیماری زمینه‌ای همراه با دیابت $2/32$ برابر افراد با بیماری زمینه‌ای همراه با دیابت و از نظر آماری این نسبت شانس معنی‌دار بود ($P = 0/005$). شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی در افراد با HbA_{1C} $7-8/5$ ، برابر، در افراد با HbA_{1C} کمتر از 7 ، برابر گروه با HbA_{1C} بالاتر از $8/5$ است. از نظر آماری این نسبت شانس درگروه با HbA_{1C} کمتر از 7 ، از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/001$) (جدول ۳).

($P < 0/001$) با هر دو نوع سازگاری شناختی ارتباط داشتند. جنسیت با سازگاری شناختی حالتی ($P = 0/008$)، و سطح تحصیلات ($P < 0/001$) و بیماری‌های زمینه‌ای همراه ($P = 0/02$)، با سازگاری شناختی صفتی ارتباط داشتند.

نتایج مدل رگرسیون لجستیک نشان داد که شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با سال‌های ابتلا به دیابت $10-5$ سال $2/16$ برابر، در افراد با سال‌های ابتلا به دیابت بیش از 10 سال، برابر $4/36$ در مقایسه با سال‌های ابتلا زیر 5 سال و از نظر آماری این نسبت شانس درگروه $10-5$ سال ($P = 0/04$) و بالاتر از 10 سال ($P = 0/001$) معنی‌دار بود. شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد بالای 64 سال $1/04$ برابر، افراد در سنین بین $63-51$ سال، $0/253$ برابر افراد زیر 51 سال و از نظر آماری این نسبت شانس به ترتیب ($P = 0/01$) و ($P = 0/001$) معنی‌دار بود. شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با درآمد خوب $0/4$ برابر، در افراد با درآمد متوسط $0/1$ برابر افراد با درآمد پایین و از نظر آماری این نسبت شانس در گروه با درآمد بالا ($P < 0/001$) متوسط معنی‌دار بود ($P = 0/003$). شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با سابقه خانوادگی مثبت دیابت $0/297$ برابر افراد بدون

جدول ۲- مدل رگرسیون لجستیک تعیین کننده عوامل موثر در سازگاری شناختی حالتی (تعداد=۴۸۰)

متغیر مستقل باقیمانده در مدل	ضریب رگرسیون (B)	خطای معیار (SE)	سطح معنی‌داری (P-value)	نسبت شانس (OR)	فاصله اطمینان (%۹۵)	
					حد پایین	حد بالا
سال‌های سپری شده با دیابت						
بیش از ۱۰	-۱/۴۷	۰/۴۳	۰/۰۰۱	۴/۳۶	۱/۸۸	۱۰/۱۴
۵-۱۰	۰/۷۷۳	۰/۴	۰/۰۴	۲/۱۶۷	۱/۰۱	۴/۶۵
کمتر از ۵	-	-	-	۱	-	-
سابقه خانوادگی بیماری						
دارد	-۱/۲۱۴	۰/۲۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۹۷	۰/۱۷۱	۰/۵۱۵
ندارد	-	-	-	۱	-	-
گروه‌های سنی (سال)						
بالای ۶۴	۰/۰۴۳	۰/۳۴۳	۰/۰۱۶	۱/۰۴۴	۰/۵۳۳	۲/۰۴۵
۵۱-۶۳	-۱/۳۷۳	۰/۴۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳	۰/۱۱۳	۰/۵۷۰
زیر ۵۱	-	-	-	۱	-	-
وضعیت درآمدی						
خوب	-۳/۲۱۵	۰/۷۵	<۰/۰۰۱	۰/۴	۰/۰۹	۰/۱۷۴
متوسط	-۲/۲۷	۰/۷۶۲	۰/۰۰۳	۰/۱۰۳	۰/۴۷۸	۱/۸۱
پایین	-	-	-	۱	-	-
HbA_{1C}						
کمتر از ۷	۱/۸۵۳	۰/۹۷۷	۰/۰۶	۳/۳۷	۰/۹۴	۷/۹۸
۷-۸/۵	۰/۹۶۸	۰/۳۷۹	۰/۰۱۱	۲/۶۳	۱/۲۵	۵/۵۳
بالاتر از ۸/۵	-	-	-	۱	-	-

جدول ۳- مدل رگرسیون لجستیک تعیین کننده عوامل مؤثر در سازگاری شناختی صفتی (تعداد=۴۸۰)

فاصله اطمینان (CI) %۹۵		نسبت شانس (OR)	سطح معنی داری (P-value)	خطای معیار (SE)	ضریب رگرسیون (B)	متغیر مستقل باقیمانده در مدل
حد بالا	حد پایین					
سابقه خانوادگی بیماری						
۰/۶۸۶	۰/۲۳۳	۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶	-۰/۹۱۷	دارد
-	-	۱	-	-	-	ندارد
سابقه بیماری زمینه‌ای همراه						
۴/۲	۱/۲۸	۲/۳۲	۰/۰۰۵	۰/۳۰۱	۰/۸۴۴	ندارد
-	-	۱	-	-	-	دارد
HbA _{1c}						
۸/۷۴	۱/۹۷	۴/۱۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۸	۱/۴۲۵	کمتر از ۷
۸/۱۳	۰/۴۲۴	۱/۸۵	۰/۴	۰/۷۵۴	۰/۶۱۹	۷-۸/۵
-	-	۱	-	-	-	بالاتر از ۸/۵

بحث

سابقه بیماری ۱۰ سال و بالاتر باشد. از طرف دیگر، شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد بالای ۶۴ سال ۱/۰۴ برابر افراد در سنین بین ۶۳-۵۱ سال و ۰/۲۵ برابر افراد زیر ۵۱ سال است و این نسبت شانس از نظر آماری معنی دار بود. به نظر می‌رسد بهبود تجارب بیماران در مواجهه با بیماری به عنوان یک رویداد استرس‌زا با افزایش سن موجب سازگاری بهتر گردد. با افزایش سن میزان دریافت حمایت اجتماعی در شکل‌های مختلف آن بهبود می‌یابد. مطالعه Matsuzawa و همکاران نشان داد که حمایت اجتماعی یک عامل پیش‌گویی کننده در بیماران دیابتی نوع ۲ با سن بالا بود [۱۴] که می‌تواند به دلیل بروز عوارض بیماری و تاثیرگذاری آن بر زندگی فرد باشد. شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با درآمد خوب ۰/۴ برابر و در افراد با درآمد متوسط ۰/۱ برابر افراد با درآمد پایین بود و این نسبت شانس از نظر آماری در گروه با درآمد متوسط معنی دار بود. به نظر می‌رسد افرادی که در طبقه اجتماعی بالای جامعه قرار دارند به منابع اطلاعاتی و حمایتی بیشتری هم دسترسی داشته باشند و این مورد خود در اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی در ابعاد مختلف جسمی و روانی اجتماعی آن تأثیر به‌سزایی دارد. از طرف دیگر، Wilkinson در مطالعه خود نشان داد که عوامل اقتصادی ممکن است بر درمان دیابت تأثیرگذار باشد [۱۵] که به نوعی با یافته مطالعه حاضر که شانس سازگاری با بالا بودن درآمد ارتباط معنی‌داری داشت همخوانی دارد. از طرف دیگر شانس بالا بودن سازگاری

این مطالعه با هدف بررسی سازگاری شناختی حالتی و صفتی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد. لازم به ذکر است که مطالعه‌ای مشابه در مورد ابعاد سازگاری شناختی و حالتی و عوامل اثرگذار بر آنها در ایران انجام نشده است و تنها در برخی از مطالعات سازگاری در بیماران دیابتی به طور کلی بررسی گردیده است. سازگاری حالتی در مورد وضعیت سازگاری مختص با دیابت نوع ۲ و سازگاری صفتی در مورد سازگاری در امور کلی زندگی مطرح می‌باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شانس بالا بودن سازگاری شناختی حالتی در افراد با سنین بالاتر و سال‌های بیشتر سپری شده با دیابت، سابقه ابتلا به دیابت در خانواده، دارای درآمد بهتر و HbA_{1c} مطلوب‌تر، بیشتر است. به نظر می‌رسد با افزایش سن و پیشرفت روند اجتماعی شدن در افراد، حمایت اجتماعی درک شده بهبود می‌یابد. حمایت اجتماعی یکی از متغیرهای روانی اجتماعی است که موجبات سازگاری بیشتری را در مواجهه با رویدادهای زندگی در افراد مهیا می‌کند [۱۳]. به نظر می‌رسد دسترسی به اطلاعات در مورد بیماری دیابت نوع ۲ با افزایش سال‌های ابتلا به دیابت با به‌کارگیری منابع بیشتر بهتر می‌شود و این دسترسی در سال‌های اولیه برای افراد حساسیت بیشتری را ایجاد می‌نماید و شاید با بالا رفتن سال‌های زندگی با بیماری، و بروز عوارض دیررس دیابت بتواند توجیهی برای بالا بودن نسبت شانس در گروه با

شناختی حالتی در افراد با HbA_{1C} ۷-۸/۵ بالاتر از ۸/۵ بود و از نظر آماری این نسبت شانس در گروه با HbA_{1C} ۸/۵-۷، از نظر آماری معنی‌دار بود. این نتیجه می‌تواند این توجیه را به دنبال داشته باشد که با شاخص کنترل دیابت مرزی افراد درک بهبودی نسبی داشته و احساس می‌کنند که با شرایط کنونی بیماری خود تطبیق یافته و عوارض دیابت را به تأخیر انداخته‌اند.

نتایج مطالعه نشان داد که شانس سازگاری بیشتر با سابقه خانوادگی مثبت دیابت با سازگاری حالتی و صفتی ارتباط دارد. به نظر می‌رسد افرادی که در خانواده خود سابقه بیماری دیابت دارند، شیوه زندگی سالم‌تری را پیشه می‌نمایند. توجیه دیگر این موضوع می‌تواند این نکته باشد که مواجهه با این بیماری توسط سایر افراد خانواده، شیوه زندگی سالم در ابعاد جسمی و روانی را در این افراد قوت می‌بخشد.

نتایج مطالعه نشان داد که عدم وجود بیماری زمینه‌ای همراه با دیابت با سازگاری صفتی ارتباط دارد. شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی در افراد بدون بیماری زمینه‌ای همراه با دیابت ۲/۳۲ برابر افراد با بیماری زمینه‌ای همراه با دیابت بود و از نظر آماری این نسبت شانس معنی‌دار بود. عدم وجود بیماری‌های همراه با دیابت می‌تواند این احساس را در فرد ایجاد کند که از نظر روانی توانسته با دیابت به عنوان یک پدیده مزمن در زندگی سازگاری حاصل نماید و به طور ذاتی توانایی سازگاری با شرایط استرس‌زای زندگی را داراست.

از طرف دیگر شانس بالا بودن سازگاری شناختی صفتی، در افراد با HbA_{1C} کمتر از ۷ بیشتر از سایر گروه‌ها بود و از نظر آماری این نسبت شانس معنی‌دار بود. افرادی که HbA_{1C} بالاتر از ۸/۵ دارند، در گروه کنترل نامطلوب دیابت از منظر طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت قرار می‌گیرند [۱۶]. از طرفی، نتایج این مطالعه با یافته مطالعه Vallis و همکاران که افراد با افزایش سن تمایل بیشتری به رعایت توصیه‌های انجام شده در راستای کنترل دیابت است همخوانی دارد که این امر نشان می‌دهد که تبعیت از توصیه‌های لازم در مورد کنترل دیابت با بهبود شاخص HbA_{1C} ارتباط معنی‌داری دارد [۱۷]. مطالعات بسیاری

نقش عوامل روانی و رفتاری در کنترل متابولیک را بررسی نموده‌اند. اما مطالعه Ancona به عنوان تنها مطالعه کاربرد تئوری شناختی و تبعیت از دیابت نشان داد که بالا بودن سازگاری شناختی با عدم تبعیت از درمان ارتباط دارد که نتایج مطالعه او با نتایج مطالعه حاضر همخوانی ندارد [۱۸]. آنچه که لازم است در این قسمت به آن اشاره گردد ارتباط بین خودکارآمدی به عنوان یک سازه موثر و مرتبط با عزت نفس که مرتبط با درون مایه خوداتکایی تئوری سازگاری شناختی محسوب می‌شود و کنترل متابولیک در بیماران دیابتی نوع ۲ است. Kanbara و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که تقویت حمایت عاطفی باعث افزایش معنی‌داری در میزان سازگاری فعال با بیماری دیابت می‌گردد. از طرفی حمایت رفتاری باعث کاهش میزان ناامیدی بیماران، کاهش پاسخ روانی و کنترل سلامتی در افراد دیابتی گردید. از یافته‌های این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت که حمایت رفتاری بهتر از حمایت عاطفی است و می‌تواند موجب بهبود وضعیت سلامت در مورد بیماری دیابت شود [۱۹]. مطالعه‌ای توسط Cherrington و همکاران با هدف بررسی ارتباط بین خودکارآمدی دیابت، علایم افسردگی، کنترل متابولیک و جنس انجام گرفت. یافته‌های این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین علایم افسردگی و خودکارآمدی در بیماران مرد را نشان داد اما در زنان چنین ارتباطی یافت نشد. این مطالعه پیشنهاد می‌کند برنامه‌های مداخله‌ای به منظور افزایش خودکارآمدی و کنترل متابولیک بیماران مرد دیابتی تدوین گردد [۲۰]. در مطالعه حاضر نقش جنس در سازگاری معنی‌دار نبود. مطالعه‌ای توسط Przybylski با استفاده از تئوری کنترل در دیابت بر تاثیر آن بر پای دیابتی انجام شد. تئوری کنترل به درک دیدگاه بیمار (مثبت و منفی) از میزان کنترل او بر رویدادهای زندگی خود می‌باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که کنترل بیماران دیابتی در مورد بیماری آنها با استفاده از برنامه‌های آموزشی گروهی مرتبط با بیماری دیابت، موجب تغییر نگرش شده و تبعیت بیمار از رژیم درمانی افزایش می‌یابد که این امر به نوبه خود باعث بهبود پیامدهای دیابت می‌گردد [۲۱]. از این مطالعه چنین بر می‌آید که به منظور افزایش کنترل بیماران دیابتی

برنامه‌های آموزشی گروهی یک استراتژی موفق می‌باشد. Mehl-Madrona مطالعه‌ای با هدف مقایسه سه نوع آموزش بیماران دیابتی، مراقبت پزشکی گروهی و مراقبت بهداشتی مشارکتی در کنترل دیابت انجام داد. نتایج این مطالعه نشان داد که تفاوت آماری بین مراقبت مشارکتی با سایر گروه‌ها وجود دارد و این روش کاهش استرس، افزایش حمایت اجتماعی و اعتقاد مثبت نسبت به بیماری ایجاد می‌کند [۲۲]. مطالعه‌ای توسط Knecht و همکاران در بررسی ارتباط عزت نفس با تبعیت از رفتارهای خود مراقبتی نشان داد که عزت نفس بالا با تبعیت مناسب با فعالیت جسمانی و کنترل میزان انسولین ارتباط داشت. نتایج این مطالعه نشان داد که عزت نفس به عنوان یک فاکتور روانشناختی بر خودمراقبتی دیابت مؤثر است و ممکن است تقویت عزت نفس این دسته از بیماران بتواند بر حفظ خودمراقبتی دیابت کمک کننده باشد و اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی باعث بهبود پیامدهای مرتبط با دیابت می‌گردد [۲۳]. عزت نفس به عنوان یک عامل روانی در افزایش خودکارآمدی مهم و قابل توجه است. افزایش اعتماد به نفس موجب بهبود عزت نفس و کنترل و غلبه بیماران بر بیماری مزمن آنها می‌شود. نتایج مطالعه توسط Zhong و همکاران نشان داد که بین اطلاعات مرتبط با بیماری با سطح تحصیلات و طول مدت بیماری ارتباط وجود دارد. خود مدیریتی بهتر دیابت، تحت تاثیر آگاهی بیشتر در مورد بیماری، خودکارآمدی بالا و درآمد خانوار بود. همچنین نتایج این مطالعه مویده آن بود که خودپایشی قند خون با حمایت اجتماعی درک شده ارتباط داشت و تبعیت از درمان برنگرش به خود مدیریتی، دانش و خودکارآمدی و حمایت اجتماعی مؤثر بوده است و بهترین عملکرد خودمدیریتی زمانی است که بیماران درجات بالای از آگاهی در مورد بیماری، نگرش مثبت به بیماری، خودکارآمدی بالا برای خودمدیریتی بهتر دیابت و حمایت اجتماعی داشته باشند [۲۴].

افراد مبتلا به دیابت، امتیاز بالایی در انواع سازگاری اجتناب شامل اجتناب از شناخت، پذیرش و یا تسلیم و کناره‌گیری، به دنبال پاداش بودن و تخلیه عاطفی در مقایسه با راهبردهای سازگاری تطابق کسب می‌نمایند [۲۵]. افراد

مختلف، از راهبردهای سازگاری متنوعی نیز استفاده می‌نمایند و اهمیت استفاده از راهبردهای سازگاری بین افراد دیابتی تایید شده است. به کارگیری راهبردهای سازگاری یکی از مهمترین عواملی است که بر کنترل دیابت و سلامت کلی افراد تاثیرگذار است [۲۵]. استفاده از این راهبردها به منظور درک فرآیند بیماری در افراد دیابتی حائز اهمیت می‌باشد [۲۷]. استفاده مناسب‌تر از راهبردهای سازگاری به افراد دیابتی کمک می‌کند تا تاثیرات منفی بیماری دیابت را کاهش دهند [۲۸]. تجارب فردی افراد مبتلا به دیابت اساس تعیین راهبرد سازگاری آنها را تشکیل می‌دهد [۲۵]. استفاده بهینه از راهبردهای سازگاری برای تطابق بهتر در افراد مبتلا به دیابت کمک کننده است. راهبردهای سازگاری نقش مهمی در پیامد فیزیکی و روانی در زندگی افراد دیابتی به عهده دارند و عامل مهمی در پیشگویی کنندگی پیامد سلامت می‌باشد. باید در نظر داشت که گروه‌های حمایتی بخش مهمی از فرآیند ارتقاء توانایی فرد در سازگاری با استرس محسوب می‌شوند. حمایت اجتماعی به عنوان یک دیدگاه روانی به شبکه اجتماعی و منابع مادی در راستای توانایی فرد در سازگاری با دیابت تعریف می‌گردد [۲۵]. شرکت کنندگان در جلسات گروه‌های حمایتی، حمایت‌های عاطفی و عملکردی در مورد سازگاری با بیماری خود را دریافت می‌کنند. شرکت کنندگان فرا می‌گیرند که چگونه با چالش‌های خود و بیماری‌شان مواجه شده، با تغییرات سازگار شوند و رفتارهای بهداشتی و سالم را در زندگی روزمره خود پیش گیرند [۲۹]. در مورد بیماری دیابت، گروه‌های حمایتی موجب افزایش تاثیر آموزش دیابت و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا گردیده و فرصتی برای بیان تجارب، اطلاعات و دل نگرانی‌های بیمار ایجاد می‌کنند. محدودیت‌های مطالعه حاضر خود گزارشی بودن ابزار مطالعه و عدم مقایسه با درونمایه‌های تئوری سازگاری شناختی به دلیل عدم انجام مطالعات مرتبط در حوزه دیابت می‌باشد.

به طور کلی عدم سازگاری مناسب با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع ۲ منجر به عدم اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی می‌گردد و به دنبال آن تبعیت از درمان کاهش یافته و کنترل دیابت نامطلوب می‌گردد، لذا اتخاذ رفتارهای خودمدیریتی در افزایش تبعیت از درمان دیابت با تمرکز بر

مطالعات آینده در حوزه روان‌شناختی دیابت پیشنهاد می‌گردد.

سپاسگزاری

این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی شماره ۱۸۱۶۵ مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تهران است که به این وسیله نویسندگان مقاله از آن معاونت محترم به دلیل حمایت مالی، و از بیماران شرکت کننده در مطالعه قدردانی و تشکر می‌نمایند.

مسایل روانی- اجتماعی افراد دیابتی توصیه می‌گردد. تمرکز بر مداخلات مبتنی بر تئوری سازگاری شناختی با در نظر داشتن درون مایه‌های آن در راستای بهبود تبعیت در بیماران دیابتی و ارتقاء پیامدهای مرتبط با سلامت اجتناب ناپذیر می‌باشد. در این راستا طراحی و انجام مطالعات مداخله‌ای با تمرکز بر سازگاری شناختی با بهره‌گیری از تئوری‌های ارتقاء سلامت مانند تئوری شناخت اجتماعی و تئوری سازگاری شناختی برای

مأخذ

- World Health Organization. Prevalence of diabetes [Online]. 2008 [cited 2008 Des 11]; Available from: URL: <http://www.who.int/diabetes/facts/en/>
- Recommendations for Health care system and self-management Education Interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes [editorial]: *Am J Prev Med* 2002; 22: 10-4.
- Baker MK, Simpson K, Lloyd B, Bauman AE, Singh MA. Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2011; 91(1): 1-12.
- Fisher EB, Thorpe CT, Devellis BM, Devellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management: a systematic review and appraisal. *Diabetes Educ* 2007; 33(6):1080-103.
- Kubeck JE. Medication adherence--estimation of a social cognitive model. *Dissertation Abstracts International* 2002; 62: 7B.
- Donnan PT, MacDonald TM, Morris AD. Adherence to prescribed oral hypoglycaemic medication in a population of patients with Type 2 diabetes: a retrospective cohort study. *Diabet Med* 2002; 19(4):279-84.
- Delamater AM, Jacobson AM, Anderson B, Cox D, Fisher L, Lustman P, Rubin R, Wysocki T. Psychosocial Therapies in Diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24:1286-1292.
- Taylor SE, Reed Kemeny ME, Bower JE, Gruenwald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist* 2000; 55(1):99-107.
- Grinstein G, Muzumdar R, Aponte L, Vauguin P, Saenger P, Di-Martino-Nardi. Presentation and 5-year follow-up of type 2 diabetes in African-American and Caribbean-Hispanic adolescents. *Hormone Research* 2003; 60: 121-6.
- DeVellis BM, DeVellis RF. Part 1: basic processes. Mahwah, NJ: *Lawrence Erlbaum Associates* 2001; 300-18.
- Jenkins E, Lewis J. Self-efficacy, adaptation, and adjustment: theory, research, and application. New York: *Plenum Press* 1995; 37-68.
- Helgeson, V.S. Cognitive adaptation, psychological adjustment, and disease progression among angioplasty patients: 4 years later. *Health Psychology* 2003; 22(1): 30-8.
- Trief PM, Wade MJ, Britton KD, Weinstock RS. A Prospective Analysis of Marital Relationship Factors and Quality of Life in Diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25(7), 1154-1158.
- Matsuzawa T, Sakurai T, Kuranaga M, Endo H, Yokono K. Predictive Factors for Hospitalized and Institutionalized Care-giving of the Aged Patients with Diabetes Mellitus in Japan. *Kobe J Med Sci* 2010; 56(4): E173-E183.
- Wilkinson G. The influence of psychiatric, psychological, and social factors on the control of insulin dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 1987; 31: 277- 86.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes care* 2011; 34(sup11):S11-S61.
- Vallis M, Ruggiero L, Greene G, Jones H, Zinman B, Rossi S, Edwards L, Rossi JS, Prochaska JO. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes: Relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care* 2003; 26(5), 1468-1474 .
- Ancona M. Cognitive adaptation's implication on diabetic adherence. Master Thesis, 2005.
- Kanbara S, Taniguchi H, Sakaue M, Wang D, Takaki J, Yajima Y, et al. Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Res Clin Pract* 2008; 80(1): 56-62.
- Cherrington A, Wallston KA, Rothman RL. Exploring the relationship between diabetes self-efficacy, depressive symptoms, and glycemic control among men and women with type 2 diabetes. *J Behav Med* 2010; 33(1): 81-9.

21. Przybylski M. Health locus of control theory in diabetes: a worthwhile approach in managing diabetic foot ulcers? *J Wound Care* 2010; 19(6): 228-33.
22. Mehl-Madrona L. Comparisons of Health Education, Group Medical Care, and Collaborative Health Care for Controlling Diabetes. *Perm J* 2010; 14(2): 4-10.
23. Knecht MC, Keinanen-Kiukaanniemi SM, Knuutila MLE, Syrjala A-MH. Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *J Clin Periodontol* 2001; 28(2): 175-80.
24. Zhong X, Tanasugarn C, Fisher EB, Krudsood S, Nityasuddhi D. Awareness and practices of self-management and influence factors among individuals with type 2 diabetes in urban community settings in Anhui Province, China. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011; 42(1):184-96.
25. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping Styles and quality of life in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44(4):312-8.
26. Schilling EJ, Park CL. Effects of stress, coping and other psychological factors on the health of individuals with diabetes. Lee A.V editor. *Coping with disease* 2005; 65-80. New York: Nova Science Publishers.
27. Sanden- Eriksson B. Coping with type 2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs* 2000; 31(6):1393-7.
28. Guthrie DW, Guthrie RA. Edithors. *Nursing Management of Diabetes Mellitus*. New York. Spring publishing 2002.
29. Alley G, Brown L. A diabetes problem solving support group: issues, process and preliminary outcomes. *Soc Work Health Care* 2002; 36(1):1-9.