

خودکارآمدی مدیریت شده و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

سوسن بهدانی^۱، رضا دستجردی^۲، غلامرضا شریف زاده^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند

^۲ عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند

چکیده

از مهمترین موضوعاتی که امروزه جامعه پزشکی با آن روبرو است کنترل، درمان و توانبخشی در بیماری‌های مزمن است و دیابت شیرین از بیماری‌های مزمن شایع است که سلامت روانی افراد را به خطر می‌اندازد و نیاز به رفتارهای خودمراقبتی خاصی تا پایان عمر دارد. از این رو این پژوهش با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی بر سلامت روان بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. این مطالعه بر روی ۲۰۴ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ که به روش تصادفی سیستماتیک انتخاب شدند، انجام شد. خودکارآمدی و سلامت روان بیماران با استفاده از پرسشنامه‌های مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت و GHQ-28 اندازه‌گیری شد. نتایج نشان داد که بین خودکارآمدی و سلامت روان این بیماران رابطه مثبت معنادار وجود دارد و اختلاف معنی داری در میانگین نمره سلامت روان و خودکارآمدی بر حسب جنس مشاهده نشد، لیکن بر حسب سن و سطح تحصیلات معنی دار بود. بنابراین با توجه به افزایش شیوع دیابت شیرین و تهدید سلامت روان این بیماران، دیابت یک چالش مهم جهانی به حساب می‌آید و مداخله جهت افزایش خودکارآمدی بعنوان مهمترین تعیین کننده ی رفتارهای خود مراقبتی باعث افزایش سلامت روان و کاهش آسیب‌های روانشناختی دیابت، خواهد بود.

کلید واژه ها: خودکارآمدی در مدیریت دیابت؛ سلامت روان؛ دیابت نوع ۲

مقدمه

هر بیماری با توجه به نوع و شدت آن می‌تواند جنبه‌های بسیاری از زندگی افراد از قبیل ارتباطات بین فردی، عملکرد شغلی و شیوهی معاشرت را متأثر سازد. از طرفی یک بیماری جسمی به دلایل عدم امنیت، ناتوانی در کنترل امور و احساس تنهایی می‌تواند احساس غم، ترس، وحشت، نگرانی یا خشم ایجاد نماید. یکی از بیماری‌هایی که سلامت تعداد زیادی از افراد جامعه را به مخاطره می‌اندازد، دیابت ملیتوس است (محمد علی، ۱۳۸۸)، که شامل گروه ناهمگونی از بیماری‌های متابولیک می‌باشد این بیماری به رفتارهای خودمراقبتی خاصی تا پایان عمر نیاز دارد. بر اساس پیش بینی فدراسیون بین المللی دیابت تا سال ۲۰۳۰ بیش از ۴۳۸ میلیون نفر به دیابت مبتلا خواهند شد (دن لونگو و همکاران، ۲۰۱۲). سازمان جهانی بهداشت تخمین زده‌است که تعداد بیماران دیابتی در ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید. با توجه به افزایش امید به زندگی در ایران، تردیدی نیست که شیوع عوارض دیابت به طور روزافزونی در حال افزایش است. مطلوب نگه داشتن قند خون، اساس مراقبت در دیابت است و از بروز عوارض می‌کاهد (شکیبازاده و همکاران).

خودکارآمدی از تئوری شناخت اجتماعی مشتق شده است و به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسؤولیت‌ها اشاره دارد (راکی و همکاران، ۲۰۱۰). خودکارآمدی به عنوان عامل پیش بینی کننده ای در تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی و حتی مولفه‌ی اصلی تغییر رفتار محسوب می‌شود. فرد دارای خودکارآمدی بالا، توانایی تغییر حالات منفی روانی خود را دارد (سیبولز، گیدک، شوئیدز، ۲۰۰۶).

بنابراین باورهای خودکارآمدی بر میزان استقامت و پشتکار در رویارویی با مشکلات و میزان تحمل فشارها و همچنین داشتن نگرش مثبت یا منفی از خود و درنهایت سلامت روان اثر می‌گذارد و سنجش تاثیر آن بر سلامت روان افراد دیابتی از اهمیت خاصی برخوردار است تا با استفاده از نتایج آن بتوان برنامه‌های آموزشی پربراری برای خودمدیریتی و توانمندسازی افراد دیابتی طراحی کرد.

روش

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش

این مطالعه توصیفی تحلیلی، از نوع همبستگی می‌باشد که ۲۲۰ نفر از بیماران دیابت دارای پرونده در کلینیک دیابت بیمارستان ولی عصر (عج) شهرستان بیرجند به صورت تصادفی سیستماتیکاز بین افراد مبتلا به دیابت تیپ ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان بیرجند بر اساس لیست بیماران دارای پرونده فعال انتخاب گردید، حجم نمونه‌ی مورد نظر در این پژوهش بر اساس جدول بارتلت، کوترلیک و هیگز (۲۰۰۱)، ۱۹۸ نفر برآورد شد

ابزار

برای جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت و پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28) استفاده شد. متغیرهای دموگرافیک بیماران مورد مطالعه مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، طول مدت بیماری، عوارض و محل سکونت نیز مورد سوال قرار گرفته و در پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک ثبت گردید.

مقیاس خودکارآمدی در مدیریت دیابت (DMSSES): میزان خودکارآمدی جامعه مورد مطالعه با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی در بیماران دیابتی بررسی شد. این پرسشنامه توسط یک تیم تحقیق در کشور استرالیا جهت بررسی رفتارهای خودکارآمدی در بیماران دیابتی با پایایی ۰/۹۳ به روش آلفا کرونباخ تهیه شد (وندون و همکاران، ۲۰۰۳). سوالات در یک طیف لیکرتی ۱۱ درجه‌ای، از «اصلاً نمی‌توانم» (۰) تا «حتماً می‌توانم» (وندون و همکاران، ۲۰۰۳) نمره گذاری می‌شوند. یافته‌های تحلیل عاملی به روش چرخش واریماکس، سوالات را به چهار عامل تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف داروها و اندازه گیری قند خون تقسیم‌بندی کرده است. یافته‌های تحلیل پایایی نشان داده است که هر چهار عامل از ضرایب همسانی درونی و باز آزمایی قابل قبول و معنی‌داری در طول زمان برخوردار هستند. نسخه ایرانی این پرسشنامه از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است و بین یافته‌های پژوهشی حقایق و همکاران (۱۳۸۹) با سایر نسخه های اعتباریابی شده آن در سایر زبان‌ها همخوانی وجود دارد (۱). اعتبار پرسشنامه با روش آلفا کرونباخ در مطالعه حاضر $\alpha = 0/93$ بدست آمد.

پرسشنامه سلامت روان (GHQ-28): این پرسشنامه یک پرسشنامه غربالگری مبتنی بر خودگزارش‌دهی است که در مجموعه‌های بالینی با هدف ردیابی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می‌گیرد و اولین بار در سال ۱۹۷۲ به وسیله گلدبرگ منتشر شد. این پرسشنامه استاندارد، ۲۸ سوالی و دارای چهار خرده مقیاس است که در هر مقیاس ۷ سوال ارائه شده است (مروتی شریف آباد، ۱۳۸۷)، که عبارتند از: علائم جسمانی و نشانه‌های بدنی، علائم اضطراب و بی خوابی، علائم اختلال در کارکرد اجتماعی یا نارساکنش اجتماعی و علائم افسردگی و امید به زندگی در افراد. این مقیاس با استفاده از روش نمره گذاری لیکرت نمره گذاری شده است، نمره‌های بالاتر (با نمره برش ۲۳) به عدم وجود سلامت روانی کافی اشاره میکند. اعتبار این پرسشنامه در مطالعه محمد علی سردار و همکاران (۱۳۸۸) با ضریب آلفای کرونباخ $r = 0/7$ مورد تایید قرار گرفت (۳). در مطالعه حاضر اعتبار این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آمد.

شیوه اجرا

جهت انجام پژوهش حاضر معرفی جهت حضور در کلینیک دیابت و جمع‌آوری اطلاعات از معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی بیرجند اخذ شد و با هماهنگی مدیریت بیمارستان به کلینیک مذکور مراجعه گردید، معیار ورود به مطالعه، بیماران دیابتی تیپ دو که حداقل یکسال از تشخیص دیابت آنها گذشته باشد و قادر به شروع یا ادامه مصاحبه بوده و یا سواد تکمیل پرسشنامه را داشتند، همچنین تشخیص

اختلال روان پزشکی محرز نداشته و با رضایت آگاهانه داوطلب شرکت در مطالعه بودند، پس از توجیه افراد و کسب اجازه با تاکید به محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه ها در افراد بیسواد یا کم سواده صورت مصاحبه توسط محققو در افراد با سواد بصورت خود گزارش دهی تکمیل شد.

نتایج

این مطالعه بر روی ۲۰۴ بیمار دیابتی با میانگین سنی $10/9 \pm 56/6$ سال با حداقل سن ۲۶ سال و حداکثر ۸۴ سال انجام شد. میانگین مدت ابتلا به بیماری دیابت در افراد مورد مطالعه $6/5 \pm 9$ سال با حداقل یک سال و حداکثر ۳۷ سال تعیین گردید. از بیماران مورد مطالعه ۶۲/۷٪، (۱۲۸ نفر) مونثو ۳۷/۳٪ (۶۷ نفر) مذکر، بیشترین افراد دارای تحصیلات ابتدایی (۳۱/۴٪) و کمترین شرکت کننده گان تحصیلات دانشگاهی (۱۳/۲٪) داشتند. همچنین ۵۵/۴٪ خانه دار، ۹۱/۷٪ ساکن شهر بودند. اختلاف معنی داری در میانگین نمره سلامت روان و خودکارآمدی بر حسب جنس مشاهده نگردید. همچنین میانگین نمره ی خودکارآمدی با افزایش سن کاهش معناداری را نشان داد ($p=0/03$)، و آزمون توکی نشان داد اختلاف مشاهده شده بین دو گروه سنی زیر ۵۰ سال با گروه سنی ۷۰ سال و بالا تر ($p=0/03$) از نظر آماری معنادار است. ضمناً اختلاف معنادار در میانگین نمره سلامت روان و خودکارآمدی بر حسب سطح تحصیلات در بیماران دیابتی مورد مطالعه مشاهده گردید.

از نتایج تحلیل رگرسیون مشخص شد که خودکارآمدی ۱۹٪ از واریانس سلامت روان بیماران دیابتی را تبیین می‌کند در مدل رگرسیون خطی؛ نمره ی سلامت روان بر حسب خودکارآمدی بدین صورت بدست آمد:

$$Y = 50/6 + (-0/14)X - \text{نمره ی خودکارآمدی} = \text{نمره ی سلامت روان، که یابین مدل از نظر آماری با } p < 0/001 \text{ معنی دار می باشد.}$$

جدول ۱. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمره سلامت روان و خودکارآمدی در بیماران مورد مطالعه

نام متغیر	فراوانی	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
نمره سلامت روان	۲۰۴	۶	۶۴	۳۲/۳	۱۱/۱
نمره خودکارآمدی	۲۰۴	۶	۱۹۰	۱۲۸/۸	۳۴/۱

جدول ۲. برآورد ضریب همبستگی پیرسون بین نمره خودکارآمدی و سلامت روان (N=۲۰۴)

نام متغیر	نام متغیر
سلامت روان	خودکارآمدی
$r = -0/44$	
$p < 0/001^*$	
*در سطح $\alpha = 0/05$ معنادار است	

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه خودکارآمدی با سلامت روان بیماران دیابتی تیپ ۲ انجام شد.

یافته‌ها نشان داد که بین سازه خودکارآمدی مدیریت دیابت با سلامت روان این بیماران رابطه‌ی مثبت معنا دار وجود داشت. در بیماران دیابتی، خود کارآمدی از طرفی به علت باورهای قوی درباره‌ی توانایی فرد و از طرف دیگر با افزایش خود مدیریتی، به طور مستقیم باعث ایجاد احساس آرامش در این بیماران و در نتیجه افزایش سلامت روان آنان می‌گردد. آنجا که احساس خود کارآمدی در خود مدیریتی و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نوع ۲ نقش مهمی ایفا می‌کند، بنا براین می‌تواند سلامت روانی مبتلایان به دیابت را نیز تضمین کند. در مطالعه واندون و دیگران (۲۰۰۳)، در امریکا مشخص شد که افراد مبتلا به دیابت، که دارای خودکارآمدی بالا تری بودند، قدرت سازگاری بیشتر و مشکلات روحی کمتری نسبت به سایرین داشتند (۱۰). همچنین سیبولد (۲۰۰۶)، معتقد بود خود کارآمدی به علت باورهای قوی درباره‌ی توانایی فرد به طور مستقیم و از طرفی با افزایش خود مدیریتی، در بیماران دیابتی (۹)، باعث ایجاد احساس آرامش در این بیماران و در نتیجه افزایش سلامت روان آنان می‌گردد. به عبارت دیگر، خودکارآمدی عامل پیش بینی کننده‌ی تغییر رفتارهای مربوط به سلامتی است (۸). یافته‌های مطالعه‌ی حاضر با پژوهش مروتی شریف آباد (۱۳۸۷)، سردار و همکاران (۱۳۸۸)، شکیبا زاده (۱۳۸۸)، (۶،۳،۴)، وندوان (۲۰۰۳)، سیبولد (۲۰۰۶) (۱۰،۹)، همخوانی دارد. در نتیجه خودکارآمدی به عنوان مهمترین تعیین کننده رفتارهای خود مراقبتی در افراد دیابتی، باعث افزایش سلامت روان بیماران شده و از اهمیت ویژه‌ی برخوردار است. بر اساس داده‌ها، اختلاف معنا داری در میانگین نمره سلامت روان و خودکارآمدی بر حسب جنس مشاهده نگردید. لیکن همسو با مطالعه‌ی مروتی شریف آباد (۱۳۸۷)، خودکارآمدی بالاتری در مردان وجود داشت، مردان باورهای قوی تری برای توان مقابله با بیمارشان داشتند (۶).

با توجه به اینکه میزان شیوع دیابت شیرین در حال افزایش است، مداخله برای بالا بردن سطح خودکارآمدی در جهت انجام فعالیت های خود مراقبتی در کاهش آسیب‌های دیابت، سودمند خواهد بود.

چون این مطالعه از نوع همبستگی بود لذا نتایج به دست آمده نمی‌تواند نشان دهنده روابط علی بین متغیرها باشد؛ همچنین در مقایسه با روش آزمایشی از نظر اعتبار نتایج، از تعمیم پذیری کمتری برخوردار است

منابع

- حقایق، سید عباس. (۱۳۸۹). روایی، پایایی مقیاس خودکارآمدی مدیریت بیماران دیابت نوع ۲، *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۲، ۱۱۵-۱۱۱.
- دن، لونگو؛ دنیس، کاسپر؛ لاری، انتونی فوئی؛ استفان، هوسر؛ جوزف، لوسکالزو. (۲۰۱۲)، *اصول طب داخلی هاریسون، بیماری‌های غدد و متابولیسم*، ترجمه ستوده نیا، عصاره، (۱۳۹۰)، ارجمند.
- سردار، محمد علی. (۱۳۸۸). تاثیر تمرین‌های ورزشی هوازی بر سلامت روان، ابعاد نشانه‌های بدنی، اضطراب و بیخوابی، کارکرد اجتماعی و افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲، *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۱، ۳، ۲۵۶-۲۵۱.
- شکیبازاده، الهام. (۱۳۷۸). ارتباط بین خودکارآمدی و موانع درک شده با عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۵، ۴، ۷۸-۶۹.
- موسوی، سید عباس. (۱۳۷۸). بررسی افسردگی و سلامت عمومی در بیماران دیابتی نوع ۲، *مجله دانش و تندرستی*، ۳، ۱، ۴۸-۴۴.
- مروتی شریف آباد، محمد علی. (۱۳۸۷). خود کارآمدی درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز تحقیقات یزد، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۵، ۴.

Bandra A. (1994). Self efficacy. In V.S.Ramachaudran. *encyclopedia of human Behavior*. 4, 71-8.

Raggi, A., Leonardi, M., Mantegazza, R., Casale, S., & Fioravanti, G. (2010). Social support and self-efficacy in patients with Myasthenia G ravis: a common pathway towards positive health outcomes. *Neurological Sciences*. 31:231-235.

Siebolds, M., Gaedeke, O., & Schwedes, U. (2006). Selfmonitoring of blood glucose: Psychological aspects relevant to changes in HbA(1c) in type 2 diabetic patients treated with diet or diet plus oral antidiabetic medication. *Patient Education and Counseling*, 62, 104-110.

Vandeven, N., Weinger, K., Yi, J., et al. (2003). The confidence in diabetes self care scale, psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self efficacy in Dutch and Us patient with type 1 *diabetes.diabets care*.3, 713-8.