

سبک های مقابله ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت

*سعید حمدزاده^۱ ژاله عزتی^۲ ژیلا عابدسعیدی^۳ نویده نصیری^۴

چکیده

هدف: ابتلای به بیماری دیابت و الزام بیمار به خودمراقبتی موجب تنش های فراوانی در زندگی روزمره می شود که استفاده از سبک های مقابله ای را به منظور سازگاری ضروری می سازد. پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان همبستگی سبک های مقابله ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام گرفت.

روش بررسی: در این پژوهش توصیفی-همبستگی، ۲۷۵ بیمار دیابتی نوع ۱ و ۲ به روش نمونه گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی تهران انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خلاصه فعالیت های خود مراقبتی دیابت و مقیاس سبک های مقابله ای جالویس بود. داده ها توسط آمار توصیفی و آزمون اسپیرمن تحت نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: خود مراقبتی با سبک های مقابله ای مواجه شدن ($r=0/28, p<0/05$)، خوشبینانه ($r=0/28, p<0/01$)، حمایت جوینده ($r=0/31, p<0/01$)، و خود اتکایی ($r=0/25, p<0/01$) همبستگی مثبت و معنی داری داشتند و سبک های مقابله ای طفره آمیز ($r=-0/18, p<0/05$) و هیجانی ($r=-0/34, p<0/01$) با خود مراقبتی همبستگی منفی و معنی داری داشتند. همبستگی خود مراقبتی و نمره کلی سبک های مقابله ای از نظر آماری معنی دار بود ($r=0/26, p=0/018$).

نتیجه گیری کلی: باتوجه به یافته های پژوهش توصیه می شود که کارکنان مراکز بهداشتی درمانی دیابت بخصوص پرستاران با تشویق بیماران به کاربرد سبک ها و روش های کارآمد مقابله با تنش در ارتقای خودمراقبتی بیماران دیابتی و سازگاری با این بیماری مزمن گام مناسبی بردارند.

کلیدواژه ها: سبک های مقابله ای، رفتارهای خودمراقبتی، بیماران دیابتی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۱/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۲۷

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، گرایش داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران،

ایران (*نویسنده مسئول). شماره تماس: ۰۹۱۲۴۹۷۹۴۳۵ Email: s.hamadzadeh@gmail.com

^۲ مربی گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۳ استادیار گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

^۴ دانشیار گروه آمار، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

مقدمه

دیابت به علت عوارض دیررس و خطرناک روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است، این بیماری در اواخر قرن بیستم پراکندگی گسترده‌ای پیدا کرده و میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان درگیر نموده است و در حال حاضر نیز نشانه‌ای از توقف آن دیده نمی‌شود^(۱).

هر ساله بیش از ۷ میلیون نفر در سرتاسر دنیا به دیابت مبتلا می‌شوند و بیش از ۳/۸ میلیون مرگ ناشی از دیابت روی می‌دهد، یعنی به ازای هر ۱۰ ثانیه یک مرگ ناشی از دیابت وجود دارد. براساس مطالعات صورت گرفته تعداد بیماران دیابتی در ایران در سال ۲۰۱۰، ۲/۸۷۲ نفر می‌باشد که این مقدار تا سال ۲۰۳۰ به ۵/۹۸۱ نفر می‌رسد، یعنی هر سال ۱۵۵ هزار مورد جدید به آمار بیماران دیابتی در ایران افزوده می‌شود^(۲).

دیابت، بیماری مزمنی است که به رفتارهای خود مراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد^(۳). مدیریت مؤثر دیابت نیازمند اجرای رفتارهای خود مراقبتی پیچیده از قبیل تغییر سبک زندگی، کنترل تغذیه‌ای، ورزش منظم، استفاده از داروها، کنترل و ثبت سطح گلوکز و مراقبت از پاها بوده و نتایج درمانی دیابت به طور زیادی به رفتارهای خود مراقبتی بیماران وابسته است^(۴).

ابتلای به بیماری دیابت و الزام بیمار به خودمراقبتی موجب چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره می‌شود که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای را به منظور سازگاری ضروری می‌سازد، سبک‌های مقابله‌ای نقش مهمی در سیر، کنترل و سازگاری روانی اجتماعی بیمار با دیابت می‌تواند داشته باشد^(۵). انجمن دیابت آمریکا

(American Diabetes Association) در سال ۲۰۰۴ مقابله سالم را به عنوان یکی از هفت رفتار کلیدی خود مراقبتی در دیابت معرفی کرده است و بر لزوم شناسایی سبک‌های مقابله‌ای مؤثر جهت کنترل تنش‌های وارد بر بیماران دیابتی تأکید کرده است^(۶).

سبک‌های مقابله‌ای راهبردهایی هستند که فرد از آنها برای کاهش تنش ناشی از وقایع تنش‌زا در زندگی

روزمره استفاده می‌کند^(۷). Lazarus و Folkman سبک‌های مقابله‌ای را به دو دسته مشکل-مدار (Problem-based) پاسخ‌هایی که با هدف تعدیل کردن منبع مشکل در جهت کاهش خطر تنش‌زا انجام می‌گیرد و هیجان-مدار (Emotive-based) تمایل به ایجاد تغییرات روانشناختی یا شناختی برای کاهش اثر هیجانی مشکل بدون تأثیر گذاشتن بر منبع مشکل دسته‌بندی کرده‌اند^(۸).

مطالعات مختلفی نشان داده است سبک‌های مقابله‌ای با کنترل متابولیک و تبعیت از رژیم درمانی رابطه دارد و یک پیش‌بینی کننده قوی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی است (۹،۱۰). بعضی از پژوهش‌ها نشان داده است که سبک مقابله‌ای مشکل-مدار با سازگاری مثبت و سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار با سازگاری منفی در بیماری‌های مزمن همبستگی دارند، همچنین در بیماران دیابتی و خانواده‌های آنها نیز سبک‌های مقابله‌ای نقش بسیار مهمی در سازگاری با بیماری و عملکرد مناسب بیمار و خانواده ایفا می‌کنند^(۱۱). از نظر Gafvels و

Wandell سبک مقابله‌ای مشکل-مدار سبب ارتقاء خودمراقبتی در دیابت می‌شوند و سبک مقابله‌ای هیجان-مدار تأثیر منفی بر انجام خودمراقبتی توسط بیماران دارند^(۱۱). Carmen و همکاران در پژوهشی نشان دادند که

بین سبک‌های مقابله‌ای با برخی از رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی از قبیل رفتارهای تغذیه‌ای همبستگی ضعیف ولی معنی داری وجود داشت ($r=0/25, p<0/01$) هر چند بین سبک‌های مقابله‌ای با فعالیت فیزیکی ارتباط معنی داری وجود نداشت ($r=0/08, p>0/01$)^(۱۲). مطالعات درباره سبک‌های مقابله‌ای هیجان-مدار

زیاد نیست، اما بعضی از مطالعات پیشنهاد کرده است که مقابله هیجان-مدار می‌تواند اثرات مثبتی بر برآیندهای سلامت داشته باشد^(۹).

در نهایت توافق کلی بین پژوهشگران درباره اینکه کدام سبک‌های مقابله‌ای جهت حل مسأله و تنش، پیشگیری از مشکلات آینده، یا تسکین ناسازگاری هیجانی و ارتقاء

جالویس "Jalowice Coping Style" (و "مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیابت" (Summary of Diabetes Self-care Activity) بود^(۱۵،۱۶).

مقیاس سبک های مقابله ای جالویس یک پرسشنامه ۶۰ سوالی است که رفتارهای مقابله ای را مورد ارزیابی قرار می دهد. در استفاده از این مقیاس از آزمودنی خواسته می شود، در مورد هر رفتار مقابله ای که با یک سوال مشخص شده است، در یک طیف لیکرت چهار درجه ای از صفر به معنای هرگز تا سه به معنای بیشتر مواقع، نشان بدهد که چقدر از این رفتار مقابله ای در مواجهه با چالش ها و تنش ها استفاده می کند^(۱۵). این مقیاس، هشت سبک مقابله ای را دربر می گیرد که عبارتند از سبک مقابله ای مواجه شدن (Confrontive) که شامل ۱۰ سوال با امتیاز ۰-۳۰، بمعنای مواجهه با مشکل، برخورد و سازش با مشکل و حل مشکلات به صورت سازنده می باشد، سبک مقابله ای طفره آمیز (Evasive) شامل ۱۳ سوال با امتیاز ۰-۳۹، که بمعنای فعالیت های انفصالی و طفره آمیز در جهت دور شدن از مشکل و تنش می باشد، سبک مقابله ای خوشبینانه (Optimistic) شامل ۹ سوال با امتیاز ۰-۲۷، که به معنای تفکر مثبت و داشتن چشم انداز مثبت در برخورد با مشکل و تنش می باشد، سبک مقابله ای بدبینانه (Fatalistic) شامل ۴ سوال با امتیاز ۰-۱۲، که به معنای بدبینی، ناامیدی، احساس کنترل کم روی موقعیت و حالت جبرگرایانه است، سبک مقابله ای هیجانی (Emotive) شامل ۵ سوال با امتیاز ۰-۱۵، که به معنای تخلیه احساسات، بروز و رهاسازی عواطف می باشد، سبک مقابله ای تسکین دهنده (Pallative) که شامل ۷ سوال با امتیاز ۰-۲۱، به معنای سعی در کنترل و کاهش زجر و ناراحتی از طریق ایجاد احساس بهتر با پرداختن به فعالیت های تسکین دهنده می باشد، سبک مقابله ای حمایت جوینده (Supportive) که شامل ۵ سوال با امتیاز ۰-۱۵، به معنای استفاده از سیستم های حمایتی می باشد، و سبک مقابله ای خوداتکایی (Self-reliant) شامل ۷ سوال با امتیاز ۰-۲۱

تبعیت از رژیم درمانی و خود مراقبتی بیشتر مؤثر است، وجود ندارد^(۱۳). در همین رابطه Campbell و Greaves می نویسند که باید در مطالعات مرتبط با دیابت بر لزوم پژوهش بیشتر درباره تأثیر سبک های مقابله ای بر کنترل دیابت و رفتارهای خودمراقبتی بیماران تأکید شود^(۱۴). لذا با توجه به اهمیت خود مراقبتی به عنوان پایه و اساس درمان دیابت و اهمیت سبک های مقابله ای در رفع تنش های متعدد همراه با دیابت پژوهش حاضر با هدف بررسی ارتباط بین سبک های مقابله ای و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شد تا بوسیله شناسایی سبک های مقابله ای کارآمد گامی در جهت ارتقاء خود مراقبتی در بیماران دیابتی برداشته شود.

روش بررسی

در این پژوهش توصیفی-همبستگی که در درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گرفت، تعداد ۲۸۵ بیمار دیابتی مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۱ که جهت درمان به این درمانگاه مراجعه می کردند با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه های پژوهش براساس مرور پژوهش های قبلی^(۱۲) و با استفاده از فرمول محاسبه تعداد نمونه در مطالعات همبستگی^($\alpha=0/05$, $\beta=0/1$, $r=0/2$) و با در نظر گرفتن احتمال نقص در تکمیل برخی از اطلاعات ابزارها، ۲۸۵ نفر برآورد شد.

مشخصات نمونه شامل تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۱ و ۲ توسط پزشک، حداقل زمان تشخیص و شروع درمان بیماری دیابت ۶ ماه، حداقل سن بالای ۱۸ سال، عدم وجود اختلال عمده روانپزشکی، اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش و توانایی صحبت کردن به زبان فارسی بود.

ابزارهای بکار رفته در پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، "مقیاس سبک های مقابله ای

روانشناسی قرار داده شد و در این راستا از روش شاخص اعتبار محتوای والتس و والس (Waltz & Bausell) استفاده گردید که در این روش «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» سئوالات مقیاس مورد بررسی قرار گرفت^(۱۸). میانگین نمره شاخص اعتبار محتوا برای مقیاس سبک های مقابله ای و خودمراقبتی بترتیب ۸۷/۴ و ۸۴/۹ درصد بود، جهت تعیین پایایی به روش همسانی درونی ابزارها در اختیار ۲۰ بیمار دیابتی واجد شرایط پژوهش قرارگرفت و سپس میزان آلفای کرونباخ برای مقیاس سبک های مقابله ای و خودمراقبتی بترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۸ محاسبه شد. نظرات اساتید محترم پس از تعیین میزان اعتبار ابزارها لحاظ گردید و بیشتر اصلاحات در راستای اصلاح جمله بندی و نگارش ابزارها بود.

روش جمع آوری داده ها بدین ترتیب بود که پژوهشگر پس از اخذ مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و ریاست بیمارستان طالقانی به درمانگاه غدد مراجعه نموده وضمن معرفی خود و بیان هدف پژوهش، بیماران دیابتی واجد شرایط پژوهش را شناسایی کرده و پس از کسب رضایت آگاهانه از بیماران پرسشنامه ها در اختیار آنها قرار می گرفت. جهت جمع آوری اطلاعات، پژوهشگر ۴ روز در هفته به درمانگاه مراجعه می نمود و کل مدت زمان جمع آوری اطلاعات ۲ ماه و مدت زمان پرکردن ابزارها برای هر نمونه حداقل ۳۰ دقیقه به طول انجامید. از کل ۲۸۵ نمونه مد نظر این پژوهش، ۱۰ نفر از نمونه های پژوهش بدلیل امتناع از دادن اطلاعات کافی در مرحله تجزیه و تحلیل از نمونه های پژوهش حذف شدند و در کل از اطلاعات ۲۷۵ بیمار دیابتی در پژوهش استفاده گردید.

سپس داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار بسته ی آماری برای علوم اجتماعی (SPSS) نسخه شانزدهم و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (آزمون اسپیرمن برای میزان همبستگی بین سبک های مقابله ای و خودمراقبتی و جهت بررسی تاثیر

که به معنای اتکاء به خود و استقلال فکری و عملی در پرداختن به مشکل و تنش بدون اتکاء به دیگران است. امتیاز کل مقیاس از ۰ تا ۱۸۰ است و نمره مربوط به هر سبک مقابله ای از طریق جمع زدن نمره عبارات مربوط به آن سبک تعیین می گردد^(۱۵).

مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی، یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۵ سوالی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می کند و دربرگیرنده جنبه های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی ۵ سوال با نمره ۰ تا ۳۵، ورزش ۲ سوال با نمره ۰ تا ۱۲، آزمایش قند خون ۲ سوال با نمره ۰ تا ۱۴، تزریق انسولین یا مصرف قرص ضد دیابت ۱ سوال با نمره ۰ تا ۷، مراقبت از پا ۴ سوال با نمره ۰ تا ۲۸ و سیگار کشیدن ۱ سوال با نمره ۰ تا ۱ است^(۱۶).

در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره ۰ تا ۱ دارد به بقیه رفتارها یک نمره از صفر تا هفت داده می شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره های هر سئوال بدست می آید^(۱۷). امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می باشد و جهت تعیین وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی، آنها را در ۳ دسته بصورت خودمراقبتی ضعیف (نمره ۰ تا ۳۳)، خودمراقبتی متوسط (نمره ۳۴ تا ۶۷) و خودمراقبتی قوی (نمره ۶۸ تا ۹۹) طبقه بندی شدند.

جهت تعیین اعتبار ابزارها از روش شاخص اعتبار محتوای (Content Validity Index) و جهت تعیین پایایی ابزارها از روش همسانی درونی (Internal Consistency) استفاده شد. جهت تعیین اعتبار محتوا مقیاس "خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیابت" در اختیار ۸ نفر صاحب نظر عضو هیئت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ایران سابق، تهران، ۲ نفر متخصص داخلی، ۳ نفر از پرستاران بخش های غدد و مقیاس "سبک های مقابله ای جالویس" در اختیار ۸ نفر صاحب نظر عضو هیئت علمی دانشکده های پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ایران سابق، تهران و ۲ نفر متخصص

رفتارهای خودمراقبتی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

جدول شماره ۱: آمار توصیفی نمرات رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی

نمرات خودمراقبتی	تعداد	درصد
خودمراقبتی ضعیف (نمره ۳ تا ۳۳)	۹۶	۳۴/۹
خودمراقبتی متوسط (نمره ۳۴ تا ۶۷)	۱۰۴	۳۷/۸
خودمراقبتی قوی (نمره ۶۸ تا ۹۹)	۷۵	۲۷/۳
جمع	۲۷۵	۱۰۰

این جدول نشان می دهد که نمونه های پژوهش به ترتیب نمرات متوسطی (۳۷/۸) و پایین (۳۴/۹) از رفتارهای خود مراقبتی را کسب کرده اند و از نظر وضعیت خودمراقبتی در سطوح متوسط و ضعیف خودمراقبتی قرار داشتند و میانگین نمره کلی رفتارهای خودمراقبتی ۵۱/۴۰ درصد بود که نشان می دهد نمونه های پژوهش نمره متوسطی را از مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیابت کسب کرده بودند.

متغیرهای مداخله گر از آزمون های تی و ANOVA برای داده های پارامتری و آزمون های مان ویتنی و کروسکال وایس برای داده های ناپارامتری) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی نمونه های این پژوهش ۵۴/۶۱ سال بود. ۶۱/۸ درصد از نمونه ها را مردان تشکیل می دادند. ۷۶ درصد از نمونه ها متأهل و ۳۷/۵ درصد دارای تحصیلات دبستانی بودند. ۳۷/۱ درصد از نمونه ها دارای شغل کارمند بودند. سابقه ابتلا به دیابت در نمونه ها ۱۱/۸۰ سال بود و ۸۷/۳ درصد از نمونه ها به دیابت نوع ۲ مبتلا بودند. ۷۱/۶ درصد نمونه ها سابقه شرکت در کلاس های آموزشی دیابت را نداشتند و ۷۸/۲ درصد از نمونه ها سابقه عضویت در انجمن های دیابت را نداشتند. آمار توصیفی نمرات رفتارهای خودمراقبتی و نمره کلی

جدول شماره ۲: نمرات ابعاد مختلف خودمراقبتی کسب شده توسط بیماران دیابتی

ابعاد خودمراقبتی	میانگین	انحراف معیار	درصد نمره کسب شده
رژیم غذایی	۲۱/۴۶	۵/۲۱	۶۳/۱۷
ورزش و فعالیت فیزیکی	۶/۵۹	۲/۱۴	۴۷/۰۷
کنترل قند خون	۵/۳۱	۷/۹۲	۳۵/۲۱
مصرف انسولین و قرص ضد دیابت	۵/۴۸	۲/۱۴	۷۸/۲۷
مراقبت از پاها	۱۲/۷۲	۸/۱۹	۵۰/۵۷
سیگار کشیدن	بله : ۰/۲۳	خیر: ۰/۷۷	

میانگین نمرات ابعاد سبک مقابله ای به ترتیب در ابعاد مواجه شدن (۱۶/۴۸)، طفره آمیز (۲۰/۴۳)، خوشبینانه (۱۴/۸۳)، بدبینانه (۶/۵۴)، هیجانی (۸/۵۵)، تسکین دهنده (۱۱/۵۱)، حمایت جوینده (۸/۰۶) و خوداتکایی (۱۲/۴۱) می باشد. میانگین نمره مقابله کلی ۹۹/۱۸ می باشد که نمره متوسط به بالایی است و نشان می دهد که نمونه های پژوهش راهکارهای مقابله ای را در مقابله با تنش های دیابت در حد متوسط به بالایی بکار می گیرند (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۲ ابعاد مختلف خودمراقبتی و توزیع میانگین و انحراف معیار این ابعاد که در واقع خرده مقیاس های پرسشنامه خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیابت است را نشان می دهد. مطابق این جدول بیماران دیابتی بیشترین میزان رعایت خودمراقبتی را در ابعاد مصرف منظم انسولین یا قرص های خوراکی ضد دیابت (۷۸/۲۸) و رعایت رژیم غذایی (۶۳/۱۷) داشته اند و ضعیف ترین بعد خودمراقبتی بیماران در کنترل منظم قند خون (۳۵/۲۱) می باشد.

جدول شماره ۳: آمار توصیفی نمرات سبکهای مقابله ای و ابعاد آن در بیماران دیابتی

سبک های مقابله ای	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
مواجه شدن	۱	۳۰	۱۶/۴۸	۶/۹۶۲
طفره آمیز	۶	۳۹	۲۰/۴۳	۸/۲۷۱
خوشبینانه	۲	۲۷	۱۴/۸۳	۶/۶۹۳
بدبینانه	۱	۱۲	۶/۵۴	۲/۹۵۵
هیجانی	۲	۱۵	۸/۵۵	۳/۳۶۷
تسکین دهنده	۲	۲۱	۱۱/۵۱	۵/۰۳۵
حمایت جوینده	۱	۱۵	۸/۰۶	۳/۳۱۰
خوداتکایی	۳	۲۱	۱۲/۴۱	۵/۵۶۷
مقابله کلی	۶۵	۱۳۷	۹۹/۱۸	۱۴/۲۹۷

نداشت. سبکهای مقابله ای با وضعیت تأهل ($p=0/017$) همبستگی معنی داری داشت ولی با جنس، سن، تحصیلات و وضعیت اشتغال همبستگی معنی داری نداشت ($p>0/05$). ضریب همبستگی رفتارهای خود مراقبتی با سبکهای مقابله ای و ابعاد آن در بیماران دیابتی در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

خود مراقبتی با سن ($p=0/001$)، سطح تحصیلات ($p=0/017$)، سابقه ابتلا به دیابت ($p=0/000$)، سابقه شرکت در کلاسهای آموزشی دیابت ($p=0/003$) و سابقه عضویت در انجمنهای دیابت ($p=0/039$) ارتباط معنی دار آماری داشت. ولی با نوع دیابت ($p=0/128$)، جنس ($p=0/453$)، وضعیت تأهل ($p=0/217$) و وضعیت اشتغال ($p=0/317$) ارتباط آماری معنی داری

جدول شماره ۴: ضرایب همبستگی برحسب آزمون اسپیرمن بین ابعاد خود مراقبتی و انواع سبکهای مقابله ای در بیماران دیابتی

انواع سبک های مقابله	مواجه شدن	طفره آمیز	خوشبینانه	بدبینانه	هیجانی	تسکین دهنده	حمایت جوینده	خوداتکایی	مقابله کلی
رژیم غذایی	۰/۲۸*	۰/۱۴	۰/۴۴**	-۰/۱۱	۰/۳۸*	۰/۰۹	۰/۲۸*	۰/۲۳**	۰/۲۲*
ورزش	۰/۱۶	۰/۴۱**	۰/۴۸**	-۰/۱۱	۰/۲۲*	-۰/۳۲**	۰/۴۷**	۰/۳۲**	۰/۳۲**
کنترل قند خون	۰/۳۲**	۰/۴۳**	۰/۳۵**	-۰/۱۲	-۰/۳۸**	۰/۱۱	۰/۴۱**	۰/۱۱	۰/۳۴*
مصرف انسولین	۰/۲۲*	۰/۱۸*	۰/۲۳*	-۰/۱۷	-۰/۳۴**	۰/۱۲	۰/۲۵*	۰/۲۴*	۰/۲۳*
مراقبت از زها	۰/۲۶*	۰/۱۳	۰/۱۶	-۰/۱۰	-۰/۲۰*	۰/۱۴	۰/۳۰*	۰/۲۱*	۰/۲۱*
نمره کلی خودمراقبتی	۰/۲۸*	۰/۱۸*	۰/۲۸**	-۰/۱۵	-۰/۳۴**	۰/۱۰	۰/۳۱**	۰/۲۵**	۰/۲۶**

*مقادیر P در سطح ۰/۰۵ معنی دار می باشد.

**مقادیر P در سطح ۰/۰۱ معنی دار می باشد.

جدول شماره ۴ نشان می دهد که رفتارهای خود مراقبتی با سبکهای مقابله ای مواجه شدن ($r=0/28, p<0/05$)، خوشبینانه ($r=0/28, p<0/01$)، حمایت جوینده ($r=0/31, p<0/01$) و خود اتکایی ($r=0/25, p<0/01$) همبستگی مثبت و معنی داری داشتند. و سبک های مقابله ای طفره آمیز ($r=-0/18, p<0/05$) و هیجانی

با خود مراقبتی همبستگی منفی و معنی داری داشتند. همبستگی رفتارهای خود مراقبتی و مقابله کلی از نظر شدت ضعیف ($r=0/26$) ولی از نظر آماری معنی دار ($p=0/018$) بود.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش اکثریت نمونه‌های پژوهش به ترتیب نمرات متوسط و پایینی از رفتارهای خود مراقبتی را کسب کرده‌اند. حداقل نمره خودمراقبتی ۱۹ و حداکثر آن ۹۸ می‌باشد و میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی ۵۱/۴۰ درصد می‌باشد که نمایانگر آن است که نمره کلی رفتارهای خود مراقبتی در حد متوسط می‌باشد. همچنین ضعیف‌ترین بعد خودمراقبتی مربوط به کنترل منظم قندخون بود.

در پژوهش‌های بقایی و همکاران در ایران، Carmen و همکاران در آمریکا اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب قرار داشتند و در پژوهش Carmen و همکاران ضعیف‌ترین بعد خودمراقبتی مربوط به مراقبت از پاها بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی ندارد^(۵،۱۲). در پژوهش‌های مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، جوادی و همکاران در ایران، نمونه‌ها رفتارهای خود مراقبتی را در حد متوسط انجام می‌دادند که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارند^(۱۷،۱۹).

بنظر می‌رسد که تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش‌های مختلف ناشی از تفاوت در عوامل مختلفی از قبیل تفاوت در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، تفاوت در میزان دانش و نگرش به خودمراقبتی در بیماران و همچنین تفاوت در نحوه اندازه‌گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می‌شود بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند^(۴،۱۰،۱۲). در این پژوهش ضعیف‌ترین بعد خودمراقبتی بعد کنترل منظم قندخون بود. کنترل منظم قندخون نیازمند در دسترس بودن گلوکومتر و یا دسترسی راحت به مراکز بهداشتی درمانی است و می‌توان علت رعایت نکردن اندازه‌گیری منظم قندخون را در نمونه‌های این پژوهش به علت هزینه‌های بالای کنترل منظم قندخون و عدم توانایی بیماران در پرداخت این هزینه‌ها دانست^(۱۰).

میانگین نمرات ابعاد سبک مقابله‌ای به ترتیب در ابعاد مواجه شدن، طفره‌آمیز، خوشبینانه، بدبینانه، هیجانی، تسکین دهنده، حمایت جوینده و خوداتکایی بود. میانگین نمره مقابله کلی ۹۹/۱۸ بود که نمره متوسط به بالایی است.

در پژوهش‌های Ouyang در تایوان، Carmen و همکاران در آمریکا میزان کاربرد سبک‌های مقابله‌ای در کنترل تنش‌های بیماران دیابتی بترتیب در حد بالا و متوسطی بودند^(۴،۱۲). روش‌های برخورد افراد با تنش‌های زندگی روزمره و سازگاری با آنها تحت تاثیر عوامل مختلفی از قبیل سن افراد، تحصیلات افراد، تجارب قبلی، فرهنگ و محیط زندگی افراد قرار می‌گیرد و نیز شدت و دفعات تنش‌های وارد شده به افراد در بکارگیری و انتخاب نوع سبک‌های مقابله با استرس موثر است^(۴).

تفاوت در نتایج پژوهش‌ها از نظر میزان کاربرد و نوع سبک‌های مقابله‌ای که بیماران دیابتی در مواجهه با تنش‌های بیماری بکار می‌گیرند نیز تحت تاثیر عوامل ذکر شده قرار می‌گیرد و نیز تاثیر متفاوت بودن ابزارهای بکارگرفته شده جهت سنجش سبک‌های مقابله‌ای را در متفاوت بودن نتایج نمی‌توان از نظر دور داشت^(۴).

رفتارهای خود مراقبتی با سبک‌های مقابله‌ای مواجه شدن، طفره‌آمیز، خوشبینانه، هیجانی، حمایت جوینده و خوداتکایی همبستگی معنی‌دار داشت ولی سبک‌های مقابله‌ای بدبینانه و تسکین دهنده همبستگی معنی‌داری با رفتارهای خود مراقبتی نداشتند. همبستگی رفتارهای خود مراقبتی و مقابله کلی از نظر شدت ضعیف ولی از نظر آماری معنی‌دار بود.

همچنین همبستگی بین ابعاد مختلف خودمراقبتی با انواع سبک‌های مقابله‌ای و نیز نمره مقابله کلی در اکثر موارد از نظر شدت ضعیف ولی معنی‌دار بود. Carmen و همکاران در آمریکا نیز در پژوهش خود همبستگی معنی‌داری بین وضعیت خود مراقبتی و سبک مقابله‌ای هیجانی ($r=0/20$) سبک مقابله‌ای غیر فعال ($r=-0/25$) و سبک مقابله‌ای فعال ($r=-0/28$) را گزارش کردند^(۱۱).

جوینده، و خود اتکایی نشان می دهد که این دسته از سبک های مقابله ای که ویژگی اکثر آنها مقابله مستقیم با منبع تنش و تکیه بر تواناییهای شخصی فرد در مقابله با تنش های بیماری دیابت و نیز استفاده از سیستم های حمایتی از قبیل انجمن های دیابت می باشد به طرز مناسبی سبب کنترل تنش ها و افزایش سازگاری با بیماری مزمن دیابت در این بیماران گردیده و سبب شده است که بیماران با بکارگیری این روش های مقابله ای رفتارهای خودمراقبتی را بیشتر رعایت کنند و انجام بدهند^(۶۸).

وجود همبستگی منفی بین رفتارهای خودمراقبتی و سبکهای مقابله ای طرفه آمیز و هیجانی با خود مراقبتی نشان می دهد که این دسته از سبک های مقابله ای که ویژگی مشترک آنها اجتناب از مقابله مستقیم با منبع تنش و بجای آن پرداختن به رفتارهایی که سبب کاهش حالت اضطرابی و روانی ناشی از تنش در افراد می شود نتوانسته است سبب کنترل مناسب تنش در این دسته از بیماران دیابتی که این سبک های مقابله ای را بکار برده اند بشوند و در نتیجه موجب عدم سازگاری با مشکلات بیماری دیابت و عدم رعایت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران می شود^(۶۸،۲۲).

با توجه به وجود ارتباط معنی دار بین سبک های مقابله ای و خودمراقبتی در بیماران دیابتی بنظر میرسد دست اندر کاران برنامه های آموزش و کنترل دیابت از قبیل پرستاران با توجه به نتایج پژوهش حاضر و پژوهش هایی از این قبیل با گنجاندن روش های سازگاری با بیماری دیابت از قبیل سبک های مقابله ای کارآمد در برنامه های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی زمینه را برای کنترل تنش های همراه با این بیماری و افزایش سازگاری با این بیماری فراهم کنند و نیز توصیه می شود که با توجه به محدودیت های این پژوهش از قبیل تاثیر عوامل مداخله گری از قبیل سن، تحصیلات و سابقه آموزش خودمراقبتی بر نتایج این پژوهش مطالعات آینده بر روی تاثیر آموزش سبک های

Graue در امریکا همبستگی معنی داری بین مقادیر بالای HbA1C بعنوان شاخص کنترل دیابت و نمرات بالای سبک مقابله ای اجتنابی و مقابله تهاجمی را گزارش کرد^(۲۰). Boland و Grey در امریکا نیز در پژوهش خود گزارش کردند که کودکان سن مدرسه مبتلا به دیابت که از سبکهای مقابله ای شناختی و اجتنابی استفاده می کردند، نمرات بالاتر خودمراقبتی را کسب کرده بودند^(۲۱).

Powell در پژوهشی در امریکا نشان داد که بین میزان بکارگیری سبک های مقابله ای در سازگاری با بیماری دیابت و وضعیت خودمراقبتی در نوجوانان مبتلا به دیابت همبستگی معنی دار و قوی وجود داشت ($r=0/63$ ، $p=0/002$)^(۲۲). در پژوهش Carmen و همکاران در امریکا نیز بین رفتارهای خودمراقبتی و سبک های مقابله ای در ابعاد رعایت رژیم غذایی، کنترل منظم قندخون و تزریق انسولین یا مصرف قرص ضد دیابت همبستگی ضعیف و معنی داری وجود داشت ولی در بعد ورزش و مراقبت از پاها همبستگی معنی دار نبود^(۱۲). به هرحال توانایی خودمراقبتی بیماران دیابتی تحت تاثیر سازگاری شخص با بیماری است که این سازگاری شخصی نیز به مقدار زیادی توسط بکار بردن سبکهای مقابله ای مناسب توسط بیماران ایجاد می گردد^(۱۳). سبکهای مقابله ای از طریق کاهش یا افزایش تنش می توانند مستقیماً از طریق فرایندهای روانی-جسمی یا غیر مستقیم از طریق اختلال در تبعیت از رژیم درمانی و خود مراقبتی بر کنترل متابولیک دیابت اثر بگذارند^(۹).

همبستگی مثبت بین خود مراقبتی و سبک مقابله ای به این صورت است که هر چه به کارگیری سبکهای مقابله ای توسط بیماران بالاتر باشد خود مراقبتی آنها نیز بالاتر است، این رابطه می تواند دو طرفه نیز باشد به این صورت که هر چه خود مراقبتی بیماران بالاتر باشد، میزان بکارگیری سبکهای مقابله ای نیز بالاتر می رود^(۲۲). وجود همبستگی مثبت بین رفتارهای خودمراقبتی و سبک های مقابله ای مواجه شدن، خوشبینانه، حمایت

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و تمامی پرسنل محترم درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی تشکر و قدردانی می نمایم.

مقابله ای بر کنترل تنش ها و ارتقای خودمراقبتی در بیماران دیابتی متمرکز بشوند.

فهرست منابع

1. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metabolism*. 2003;29(4):6S9-6S18.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Jan;87(1):4-14.
3. Smeltzer S, Brendage B. Brunner & suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11st ed. Philadelphia: Lippincott Company; 2008.
4. Ouyang CM. Factors affecting diabetes self-care among patient with type 2 diabetes in taiwan's. Unpublished PhD Thesis, School of nutrition science and policy, Tusfs University; 2007.
5. Bagherian Sararoudi R, Mahmmodi M, Ahmadzadeh G. [Coping Styles Among Diabetic Patients]. *Arak Med Uni J*. 2009;12(1):9-17. Persian
6. Fisher EB, Thorpe CT, DeVellis BM, DeVellis RF. Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management A Systematic Review and Appraisal. *Diabetes Educator*. 2007;33(6):1080-103.
7. Bagaie P, Zande M, Alave N, Baghere M. [Self-care in diabetics patients of kashan diabetes center]. *Feyz*. 2004; 12(1):88-93. Persian
8. Lazarus RS, folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Company; 1986.
9. Peyrot M, McMurry JF, Jr., Kruger DF. A biopsychosocial model of glycemic control in diabetes: stress, coping and regimen adherence. *J Health Soc Behav*. 1999 Jun;40(2):141-58.
10. Habboushe F. Coping style and locus of: predicting daily adherence to self-monitoring of blood glucose in women with gestational diabetes mellitus. Unpublished PhD Thesis, School of Health professions: MCP Hahnemann University; 2000.
11. Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Res Clin Pract*. 2006 Mar;71(3):280-9.
12. Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educator*. 2008;34(3):501-10.
13. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 2003 Jul-Aug;44(4):312-8.
14. Greaves CJ, Campbell JL. Supporting self-care in general practice. *Br J Gen Pract*. 2007 Oct;57(543):814-21.
15. Jalowiec A. Measurement of nursing outcome. 2nd ed. New York: Springer; 2003.
16. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000 Jul;23(7):943-50.
17. Morovate Sharefabad M, Rohane Tonekabone N. [Effect of perceived benefits and barriers of self care behaviors on diabetic patients performance]. *Nurs J Tehran Med Uni*. 2006; 73(6):17-27. Persian
18. Burns S & Grove N. The practice of nursing research: conduct, critique and utilization. 5th ed. New York: Springer; 2005.
19. Javade A, Javade M, Sarvghade F. [Determine knowledge, attitude and performance of diabetics patient in Ghazven clinic's of diabtes about diabetes]. *J Birjand Med Uni*. 2003;11(3):46-51. Persian
20. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care*. 2004;27(6):1313-7.
21. Grey M, Boland EA, Davidson M, Li J, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *J Ped*. 2000;137(1):107-13.
22. Powell ET. Coping strategies, perception of family support, self-care management of adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. Unpublished PhD thesis. School of Nursing. Catholic University of America. 2008.

Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients

*Hamadzadeh S. MSc¹ Ezatti ZH. MSc² Abedsaeidi ZH.³ PhD Nasiri N.⁴ PhD

Abstract

Background & Aims: Afflict by diabetes and patient's commitment for self-care, induces much stress in routine life which requires the use of coping styles for adaption. The aim of this study was to determine correlation between coping styles and self-care behaviors among diabetic patients.

Material & Methods: In this descriptive-correlational study, 275 type 1 and 2 diabetic patients were selected by convenience sampling from Taleghani hospital in Tehran. Data was collected by "Summary of Diabetes Self-care Activity Measure" and "Jalowiec Coping Scale" and analyzed by descriptive and inferential statistics using SPSS-PC (v.16).

Results: The findings showed that there has been a positive significant correlation between Confrontive ($r=0.28$, $p<0.05$), Optimistic ($r=0.28$, $p<0.01$), Supportant ($r=0.31$, $p<0.01$) and Self-reliant ($r=0.25$, $p<0.01$) coping styles and self-care behaviors. Moreover, there was negative correlation between Emotive ($r= - 0.18$, $p<0.05$) and Evasive ($r= - 0.34$, $p<0.01$) coping styles and self-care behaviors. There was also a significant correlation between total self-care behaviors and coping styles ($r=0.26$, $p=0.018$).

Conclusion: According to the findings, clinical staff especially nurses can improve the self-care and adaption among diabetic patients by encouraging them to apply effective coping methods.

Key Word: Coping styles, Self-care Behavior, Diabetic Patients

Received: 18 Feb 2013

Accepted: 17 May 2013

¹ MSc degree in Medical-surgical Nursing , Medical-surgical Dept. , Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshty University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel:09124979435 Email:s.hamadzadeh@gmail.com

² Lecturer, Medical-surgical Dept. , Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshty University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Assistant Professor, Medical-surgical Dept. , Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshty University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

⁴ Associate Professor, Statistics Dept., Faculty of Paramedical, Shahid beheshty University of Medical Sciences, Tehran, Iran.