

اثرات مستقیم و غیرمستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت

Direct and indirect impacts of knowledge about diabetes and social support on self-management of diabetes

Ishagh Rahimian Bougar
University of Semnan
Mohammad Ali Besharat
University of Tehran
Mohammad Reza Mohajeri tehrani
Tehran University of Medical Sciences
Siavash Talepasand
University of Semnan

اسحق رحیمیان بوگر*
دانشگاه سمنان
محمدعلی بشارت
دانشگاه تهران
محمدرضا مهاجری تهرانی
دانشگاه علوم پزشکی تهران
سیاوش طالع پسند
دانشگاه سمنان

Abstract

With the aim of providing a statistical model, the present study investigated direct and indirect impacts of knowledge about diabetes and social support on self-management of diabetes. In a cross-sectional design study, 500 outpatients (245 men and 255 women) with type II diabetes in Tehran Shariati Hospital Clinics were selected. Data was collected via demographical information questionnaire, the Diabetes Self Management Scale (DSMS), the Diabetic Self-Efficacy Scale (DSES), the Belief of Treatment Effectiveness Scale (BTES), the Social Support Scale (SOSS), the Diabetic Knowledge Scale (DKS) and the Physician-Patient Communication Scale (PPCS). Data was analyzed using structural equation modeling. Direct impact of diabetic knowledge on diabetes self-management was significance and indirect impact of diabetic knowledge on diabetes self-management was significant by belief of treatment effectiveness and self-efficacy. Direct impact of social support on diabetes self-management was significance and indirect impact of social support on diabetes self-management was significant by belief of treatment effectiveness and self-efficacy. However, impacts of diabetic knowledge and social support on doctor-patient relationship were significant but this relationship does not affect diabetes self-management significantly. Diabetic knowledge and social support affect belief of treatment effectiveness and self-efficacy on diabetes self-management directly and indirectly. Therefore, in provision of self-management improvement programs and better management of diabetes, patients' beliefs and other dependent variables maybe important for clinicians to consider.

Key words: diabetes self management, diabetic knowledge, social support

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی و مدل یابی تاثیر مستقیم و غیرمستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت اجرا شد. در یک زمینه یابی مقطعی تعداد ۵۰۰ نفر (۲۴۵ مرد و ۲۵۵ زن) بیمار سرپایی مبتلا به دیابت نوع II انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی، مقیاس خودمدیریتی دیابت (DSMS)، مقیاس خودکارآمدی دیابت (DSES)، مقیاس باور به اثربخشی درمان (BTES)، مقیاس حمایت اجتماعی (SOSS)، مقیاس دانش دیابتی (DKS) و مقیاس رابطه پزشک-بیمار (PPCS) جمع آوری و مدل به دست آمده، تحلیل شد. تاثیر مستقیم دانش دیابتی بر خودمدیریتی دیابت معنادار بود و تاثیر غیرمستقیم آن از طریق باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت تایید شد. تاثیر مستقیم حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت معنادار بود و تاثیر غیرمستقیم آن از طریق باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت تایید شد. اگرچه تاثیر دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر رابطه درمانی معنادار بود، ولی رابطه درمانی بر خودمدیریتی دیابت تاثیر معناداری نداشت. دانش دیابتی و حمایت اجتماعی از طریق باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت تاثیر مستقیم و غیرمستقیم دارند. بنابراین، در تدوین برنامه های بهبود خودمدیریتی و مدیریت بهتر دیابت، توجه متخصصان درمانی به باورهای بیمار و متغیرهای وابسته آن مفید است.

واژه های کلیدی: خودمدیریتی دیابت، دانش دیابتی، حمایت اجتماعی

*نشانی پستی نویسنده: سمنان، دانشگاه سمنان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی بالینی. پست الکترونیکی: eshaghrhimian@yahoo.com

مقدمه

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن با آسیب، مرگ و میر و هزینه اقتصادی بالایی همراه است (سوسا، زوسزنیوسکی، موسیل، مک دونالد و میلیگان، ۲۰۰۴). خودمدیریتی دیابت^۱ شامل مصرف منظم داروها، تنظیم برنامه غذایی، ورزش، خودپایشی قندخون، و مراقبت از پاها اساس درمان دیابت بوده و به شدت از عوامل روانی اجتماعی نظیر دانش دیابتی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی، باور به اثربخشی درمان و رابطه سازنده با پزشک متأثر است (بایر و فهاریا، ۲۰۰۸؛ کارلستد، ۲۰۱۰؛ ویلیامز، مک-گرگور، زلدمن، فریدمن و دسی، ۲۰۰۴). برای مثال، دانش دیابتی و حمایت اجتماعی نقش تعیین کننده‌ای در بهبود رفتارهای خودمراقبتی دیابت دارند (گاتری و گاتری، ۲۰۰۹؛ میسرا و لاگر، ۲۰۰۸).

دانش دیابتی^۲ تعیین کننده مهم سلامتی، استفاده از خدمات و هزینه‌های مراقبت بهداشتی است (اسپروس، ۲۰۰۵؛ پاسچ-اورلاو، پارکر، گزمراریان، نیلسون-بوهلمن، و راد، ۲۰۰۵). اسپچیلینگر، بارتون، کارتر، وانگ و آدلر (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان دادند که دانش دیابتی رابطه بین سطح تحصیلات و کنترل HbA1c را تعدیل می‌کند. بیماران دارای سطح پایین دانش دیابتی، کمتر به رفتارهای خودمدیریتی دیابت اقدام می‌کنند (اسچیلینگر و همکاران، ۲۰۰۲؛ سارکار، فیشر و اسپچیلینگر، ۲۰۰۶)؛ کنترل پایین و نامطلوب قند (راتمن، دی‌وال، مالن، بریانت، شینتانی و همکاران، ۲۰۰۴؛ کواتز و بوره، ۱۹۹۶)؛ و نیز میزان‌های بالاتر عوارض دیابت نظیر رتینوپاتی (اسچیلینگر و همکاران، ۲۰۰۲) را تجربه می‌کنند. اگرچه دانش مرتبط با دیابت و باور به اثربخشی درمان^۳ هر دو به‌طور مستقل خودمدیریتی دیابت را پیش‌بینی می‌کنند، با وجود این، فرض شده است که باورها با افزایش و بهبود دانش تغییر می‌یابند (برادلی، ۱۹۹۵). باورها ممکن است به‌عنوان عامل تعدیل کننده بین دانش و رفتار در انواعی از بیماری‌ها به‌خصوص دیابت و پوکی استخوان عمل کنند (سدلاک، دوهنی و جونز، ۲۰۰۰). اثرات برنامه‌های آموزشی دیابت بر خودکارآمدی دیابت^۴ نیز نشان دهنده رابطه بین دانش و

خودکارآمدی است. از طرفی، خودکارآمدی ممکن است اثر دانش بر خودمدیریتی را تعدیل کند (گاتری و گاتری، ۲۰۰۹؛ هالکمب، کینگری، شرم، اسمیت، اسمیت و همکاران، ۱۹۹۹).

بر اساس پژوهش‌ها، سطوح بالاتر حمایت اجتماعی^۵ با بهبود رفتارهای خودمدیریتی مرتبط است (گالانت، ۲۰۰۳؛ کارلستد، ۲۰۱۰). گری-سویلا و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که حمایت اجتماعی به طور معنادار تبعیت از درمان را در نمونه‌ای به حجم ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع I پیش‌بینی می‌کند (گری-سویلا، ناوا، مالکارا، هیرتا، دیاز دی لئون و همکاران، ۱۹۹۵). برخورداری از حمایت اجتماعی با بهبود رفتارهای خودمراقبتی دیابت همراه است (تالجمو و هنتانن، ۲۰۰۱). حمایت اجتماعی به‌طور غیرمستقیم نیز از طریق خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت اثر می‌گذارد (گالانت، ۲۰۰۳؛ ویلیامز و باند، ۲۰۰۲). عوامل روانی-اجتماعی از جمله حمایت اجتماعی، آشفتگی مرتبط با دیابت، بار^۶ بیماری، و راهبرد مقابله‌ای متمرکز بر هیجان از طریق خودکارآمدی اثر غیرمستقیم بر HbA1c دارند (ناکاهارا، یاشیچی، کومانو، هارا، سوماتسو و کویکی، ۲۰۰۶). اسکاربک (۲۰۰۶) نیز در پژوهشی نشان داد که رفتار مشارکتی و تشریک مساعی مرتبط با خودمراقبتی بیمار از جانب افراد مهم زندگی بیمار، خودمراقبتی رفتارهای ورزشی را به طور مستقیم و نیز به طور غیرمستقیم از طریق اثرات آنها بر قضاوت‌های خودکارآمدی بیمار بهتر پیش‌بینی می‌کند.

باورهای بیمار تعیین کننده خودمدیریتی دیابت هستند (بایر و فهاریا، ۲۰۰۸). خودکارآمدی پیش‌بینی کننده معنادار رفتارهای خودمراقبتی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت است (آل جاسم، پیروت، ویسو و رابین، ۲۰۰۱؛ روز، هاریس، هاو و جایسینگ، ۲۰۰۹؛ سیبولد، گادک و شاولدز، ۲۰۰۶). افراد دارای خودکارآمدی بالاتر با احتمال بیشتری قندخون خود را بهتر کنترل می‌کنند، که این عامل توسط رفتارهای خودمدیریتی دیابت تعدیل می‌شود (سیگوردادیتز، ۲۰۰۵). همچنین، خودکارآمدی بالا در افراد عامل پیش‌بینی کننده معنادار رفتارهای خودمدیریتی و در نتیجه مدیریت بهتر دیابت است (برینسون، ۲۰۰۷؛ دیشمن، موتل، سالیس، دانن،

1. diabetes self- management
2. diabetic knowledge
3. belief to effectiveness of treatment
4. diabetes self-efficacy

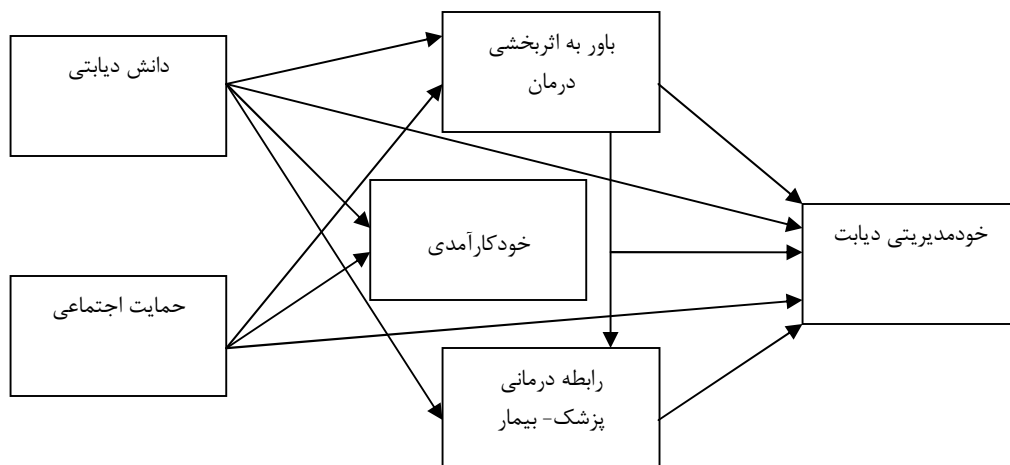
5. social support
6. burden

نتایج یک پژوهش چند ملیتی توسط رابین، پیروت، و سیمنریو (۲۰۰۶) نشان داد که مراقبت بیمار-محور به خصوص ارتباط سازنده پزشک-بیمار پیش‌بینی کننده معنادار سبک زندگی بیمار و رفتارهای مرتبط با برنامه‌های پزشکی است.

هدف پژوهش حاضر بررسی و مدل‌یابی تأثیر دانش دیابتی و حمایت اجتماعی با نقش تعدیل کننده باورهای بیمار و رابطه درمانی بر خودمدیریتی دیابت بود. پژوهش‌ها به‌طور موافق و همسو از نقش کارآمد این متغیرها در پیش‌بینی خودمدیریتی دیابت حمایت کرده‌اند و بر این اساس این متغیرها وارد مدل‌یابی تحلیل مسیر در پژوهش حاضر گردیده‌اند (شکل ۱). مساله پژوهش حاضر این است که آیا دانش دیابتی و حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم و نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق باورهای بیمار و رابطه درمانی بر خودمدیریتی دیابت موثر هستند؟

بیرنهام، ولک و همکاران، ۲۰۰۵). باور به اثربخشی درمان^۱ نیز رابطه‌ای قوی با خودمدیریتی در بزرگسالان و نوجوانان مبتلا به دیابت دارد (اسکینر و هامپسون، ۲۰۰۱؛ زهانگ و ورهوف، ۲۰۰۲). هامپسون، گلاسگو و فستر (۱۹۹۵) نشان دادند که باورهای بیمار در مورد اثربخشی درمان قوی‌ترین پیش‌بینی کننده خودمدیریتی دیابت به‌خصوص برای تبعیت صحیح از برنامه غذایی دیابت در خط پایه، پی‌گیری شش ماهه و نیز انجام فعالیت بدنی در خط پایه بود. باور به اثربخشی مصرف دارو با مصرف منظم دارو همراه است (کارلستد، ۲۰۱۰).

سبک ارتباطی بین ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی^۲ و بیماران در مدیریت بیماری مهم و بنیادی تلقی شده است (آیکنز، بینگهام و پیت، ۲۰۰۵؛ نایت‌هانی، گیل‌فورد و مورگان، ۲۰۰۶). پیت و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهش بر روی ۱۰۱۵ بیمار دیابتی دریافتند که ارتباط کلی پزشک-بیمار و ارتباط درمانی مختص به دیابت بعد از کنترل برخی از متغیرهای مزاحم به‌طور مستقل از هم با رفتارهای خودمدیریتی دیابت (مراقبت از پاهای، تبعیت از درمان‌ها، بهبود برنامه غذایی و ورزش) همراه است (پیت، اسچیلینگر، پوتر و هیس‌لر، ۲۰۰۳).



شکل ۱

مدل فرضی تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: در پژوهش حاضر، طرح زمینه‌یابی مقطعی^۱ به کار رفت. مطالعه در درمانگاه‌های سرپایی دیابت بیمارستان شریعتی تهران انجام گرفت و روش اجرا به صورت فردی بود. با مراجعه به درمانگاه‌ها پس از انتخاب تصادفی نمونه با افراد انتخاب شده گفتگوی مقدماتی و جلب رضایت آگاهانه برای انجام پژوهش صورت می‌گرفت. با رعایت اخلاق پژوهش آزمودنی‌ها در ترک پژوهش کاملاً آزاد بودند. در مراحل اجرا و جمع‌آوری داده‌های پژوهش تمامی اطلاعات آزمودنی‌ها محرمانه ماند و اطلاعات فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل شد.

در این پژوهش جامعه آماری شامل مردان و زنان بزرگسال سنین ۲۵ تا ۵۵ سال مبتلا به دیابت نوع II مراجعه کننده به درمانگاه‌های بیمارستان شریعتی تهران طی زمان اجرای پژوهش بودند. تعداد بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه‌ها طی ۴ ماه مرحله جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش اصلی تقریباً برابر با ۴۵۰۰ نفر بود. تعداد ۵۰۰ نفر به عنوان نمونه به شیوه نمونه‌گیری در دسترس^۲ از بیماران دیابتی سرپایی که در آذرماه ۱۳۸۸ تا اسفندماه ۱۳۸۸ به این درمانگاه‌ها مراجعه می‌کردند، انتخاب شدند. انتخاب نمونه بالا به دلیل لزوم انجام تحلیل زیرگروه، محاسبه فقدان بالقوه نمونه لازم در نتیجه بیماری مرتبط با سن (نظیر دمانس)، بیماری همراه با عوارض دیابت و یا بیماری‌های همبود با دیابت، توانایی زبانی پایین و یا خطاهای مرتبط با پایگاه داده‌ها بود. معیارهای ورود^۳ به پژوهش حاضر عبارت بودند از: (۱) تشخیص دیابت نوع ۲، (۲) بیماران دیابتی نوع II دارای دامنه سنی بین ۲۵ تا ۵۵ سال، (۳) تشخیص دیابت نوع ۲ حداقل یک سال قبل از پژوهش، (۴) توانمندی در فهم زبان فارسی، (۵) تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش و (۶) مراجعه به یکی از پزشکان درمانگاه‌های بیمارستان شریعتی و داشتن پرونده پزشکی نزد پزشک معالج. معیارهای خروج^۴ از پژوهش حاضر عبارتند از: (۱) ابتلا به دیابت نوع ۱، (۲) تجربه کنونی عوارض حاد مرتبط با دیابت، (۳) تشخیص ابتلا به دیابت نوع ۲ طی یک سال

گذشته به منظور اطمینان از حداقل تجربه بیماران در زمینه خودمدیریتی، (۴) ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن به جز بیماری‌های مربوط به عوارض دیابت، (۵) وجود عقب‌ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روانشناختی دیگر نظیر اختلالات خلقی و اضطرابی قبل از تشخیص بیماری دیابت و یا مبتلا شدن به یک بیماری روانشناختی شدید بعد از تشخیص دیابت و (۶) حضور قبلی در مطالعه مقدماتی.

ابزار سنجش

پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: این پرسشنامه، ابزاری محقق ساخته بود که شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی از جمله سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، درآمد، مدت، شدت و عوارض بیماری و نوع درمان است.

مقیاس خودمدیریتی دیابت (DSMS): مقیاس خودمدیریتی دیابت^۵ مورد استفاده در این پژوهش بر اساس گویه‌های مقیاس فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت^۶ (SDSCA؛ توبرت، هامپسون و گلاسگوف، ۲۰۰۰) و نیز شش گویه مقیاس خودمدیریتی دیابت چین تهیه و در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار شامل ۱۴ گویه (۹ گویه اعمال خودمدیریتی هفتگی، ۲ گویه اعمال خودمدیریتی ماهیانه و ۳ گویه اعمال خودمدیریتی سالیانه) است. درمان پزشکی و دارو (گویه ۱ و ۲)، رژیم غذایی کلی (گویه‌های ۳ و ۴)، ورزش (گویه‌های ۵ و ۶)، خودپایشی قند (گویه ۷)، و مراقبت از پاها (گویه‌های ۸ و ۹) گویه‌های اعمال خودمدیریتی هفتگی را تشکیل می‌دهند. در مقیاس رفتارهای خودمدیریتی هفتگی، از بیماران خواسته می‌شود طی یک هفته گذشته چند روز آنها فعالیت‌های خودمراقبتی را انجام داده‌اند. مجموع تعداد روزها محاسبه می‌شود و نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر عملکرد خودمراقبتی است. از بین دو گویه خودمدیریتی ماهیانه، گویه اول (گویه ۱۰) مختص کنترل افت قندخون و گویه دوم (گویه ۱۱) مختص کنترل افزایش قندخون است. در مقیاس خودمدیریتی ماهیانه از بیماران خواسته می‌شود مشخص کنند چند درصد اعمال مربوطه را طی شش ماه گذشته انجام داده‌اند و درصد بالاتر مبین خودمدیریتی بهتر است. از میان اعمال خودمدیریتی سالیانه گویه

1. cross-sectional survey design
2. convenience sampling
3. inclusion
4. exclusion

5. Diabetes Self-management Scale (DSMS)
6. Summary of Diabetes Self-Care Activities (SDSCA)

با دیابت برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار برای دانش مرتبط با دیابت برابر با ۰/۹۵ به دست آمد که نشان دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود.

مقیاس حمایت اجتماعی (SOSS): مقیاس حمایت اجتماعی^۳ از جانب اعضای خانواده، بر اساس زیر مقیاس‌هایی از زمینه‌یابی منابع بیماری مزمن (گلاسگو، استریکر، توپرت و اکین، ۲۰۰۰)، فهرست رفتار خانوادگی دیابت (شافر، مک‌کائل و گلاسگو، ۱۹۸۶) و مقیاس زو (۲۰۰۵) ساخته شد. این ابزار یک مقیاس ۷ گویه‌ای است. گویه‌ها، میزان حمایت ادراک شده افراد را در زمینه دریافت حمایت هیجانی (گویه‌های ۱ و ۲)، مساعدت‌های وسیله‌ای، مالی و اطلاعاتی (گویه‌های ۳، ۴، ۶ و ۷)، و قدردانی (گویه ۵) از اعضای خانواده خود در ۳ ماه قبل را می‌سنجند. همه گویه‌ها منعکس کننده حمایت مثبت خانوادگی است. این ابزار دارای یک مقیاس لیکرتی ۱۱ نقطه‌ای از ۰٪ (هرگز) تا ۱۰۰٪ (همیشه) است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۰ است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده این است که فرد حمایت ادراک شده بیشتری از خانواده خود دریافت می‌کند. همسانی درونی به‌شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای مقیاس حمایت اجتماعی برابر با ۰/۹۲ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار برای مقیاس ۷ گویه‌ای حمایت اجتماعی از جانب اعضای خانواده برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود.

مقیاس خودکارآمدی دیابت (DSES): مقیاس خودکارآمدی دیابت^۴ شامل ۱۰ گویه است که بر اساس مقیاس خودکارآمدی دیابت نوع II (وان در بیجل، وان پلگست-التینک، و شورتریدج-باگت، ۱۹۹۹) و نیز مقیاس خودکارآمدی دیابت چین (زو، ۲۰۰۵) تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. در این پژوهش، برخی از گویه‌های مقیاس اصلی خودکارآمدی دیابت نوع II بر اساس ملاحظات نظری برداشته شد و تغییرات دیگری در جمله‌سازی گویه‌ها برای انعکاس دادن ویژگی‌های فرهنگی متفاوت انجام گرفت. در این مطالعه، ابزار تعدیل شده شامل ۱۰

اول (گویه ۱۲) مربوط به کنترل عوارض چشمی، گویه دوم (گویه ۱۳) مربوط به کنترل عوارض کلیوی، و گویه سوم (گویه ۱۴) مربوط به کنترل عوارض قلبی است. در مقیاس خودمدیریتی سالیانه از بیماران خواسته می‌شود با پاسخ بلی یا خیر، انجام یا عدم انجام رفتارهای مربوطه را طی یک سال گذشته مشخص کنند و پاسخ بلی مبین خودمدیریتی در آن زمینه است. همسانی درونی به‌شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای زیر مقیاس‌های خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابر با ۰/۹۵، ۰/۸۶ و ۰/۶۷ و برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالا برای کل مقیاس و زیر مقیاس اعمال ماهیانه و نیز همسانی درونی قابل قبول برای زیر مقیاس اعمال سالیانه است. پایایی بازآزمایی^۱ چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار مبتلا به دیابت برای زیر مقیاس اعمال خودمدیریتی هفتگی، ماهیانه و سالیانه به ترتیب برابر با ۰/۹۲، ۰/۹۰ و ۰/۹۷ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود.

مقیاس دانش دیابتی (DKS): در این پژوهش مقیاس دانش دیابتی^۲ بر اساس گویه‌هایی از مقیاس زو (۲۰۰۵) و منطبق با دانستی‌های عمومی دیابت خاص بیماران دیابتی ایران ساخته شده و برای سنجش این متغیر به کار رفت. بر اساس تعریف عملیاتی دانش مرتبط با دیابت در این مطالعه و ملاحظات فرهنگی راجع به بیماران ایرانی، گویه‌های مقیاس زو (۲۰۰۵) برای این پژوهش تعدیل شد. برای مثال، از آنجا که عادات برنامه غذایی بین ایرانیان و چینی‌ها متفاوت است، گویه‌ها برای جمعیت ایرانی متناسب گردید. همچنین، جمله بندی برخی از گویه‌ها به منظور تطابق یافتن با سبک ارتباط ایرانی تغییر یافت. پرسشنامه دانش مرتبط با دیابت به کار رفته در این پژوهش شامل ۱۰ گویه دارای مقیاس ۱۱ نقطه‌ای از ۰٪ (هرگز) تا ۱۰۰٪ (همیشه) است. آزمودنی‌ها باید مشخص کنند چند درصد در مورد هر گویه اطلاع و آگاهی دارند. نمره صفر به معنای فقدان دانش در آن مورد و نمره ۱۰۰٪ به معنای دانش کامل در آن مورد است. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۰ متفاوت است. نمره بالاتر مبین سطوح بالاتر دانش مرتبط با دیابت است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای مقیاس دانش مرتبط

3. Social Support Scale (SOSS)
4. Diabetes Self-Efficacy Scale (DSES)

1. test-retest reliability
2. The Diabetes Knowledge Scale (DKS)

هستند. در مقیاس باور به اثربخشی درمان آزمودنی ها باید مشخص کنند چند درصد در مورد هر گویه باور دارند. نمره صفر به معنای فقدان باور در آن مورد و نمره ۱۰۰٪ به معنای باور کامل در آن مورد است. دامنه نمرات از ۰ تا ۹۰ متفاوت است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای مقیاس باور به اثربخشی درمان برابر با ۰/۹۴ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار برای مقیاس ۹ گویه‌ای باور به اثربخشی درمان برابر با ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود.

مقیاس ارتباط پزشک- بیمار (PPCS): مقیاس ارتباط پزشک- بیمار^۴ بر اساس زیر مقیاس ارتباطی فرایندهای بین شخصی مراقبت^۵ (استیوارت، ناپولز- اسپرینگر، پرز- استابل، پوسنر، بیندمن و همکاران، ۱۹۹۹)، زیر مقیاس حمایت پزشکی زمینه‌یابی منابع بیماری مزمن^۶ (گلاسگو، استریکر، توبرت و اکین؛ ۲۰۰۰) و مقیاس ارتباط مراقب- بیمار^۷ (زو، ۲۰۰۵) تهیه و مورد استفاده قرار گرفت. این ابزار دارای ۸ گویه است. از بیماران خواسته می شود مشخص کنند تا چه میزان پزشکان به طور شفاف با آنها صحبت می کنند (گویه های ۱ و ۳)، مراقبت طبی را توضیح می دهند (گویه های ۵، ۶، ۷ و ۸)، و به نگرانی های آنها گوش داده و پاسخ می دهند (گویه های ۲ و ۴). این ابزار دارای یک مقیاس لیکرتی ۱۱ نقطه ای از ۰٪ (هرگز) تا ۱۰۰٪ (همیشه) است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۸۰ است. نمرات بالاتر نشان دهنده ارتباط بهتر بین بیماران و پزشکان آنها است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای مقیاس ارتباط درمانی مراقب- بیمار ۰/۸۸ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار برای مقیاس ۸ گویه ای ارتباط درمانی مراقب- بیمار برابر با ۰/۹۳ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود. داده‌های حاصل از ابزارها با استفاده از تحلیل مسیر ساختاری توسط نرم افزار لیزرل تحلیل شدند.

گویه است که ۸ جنبه را پوشش می دهد: ۱) برنامه غذایی (گویه های ۲ و ۳)، ۲) ورزش (گویه های ۴ و ۵)، ۳) خود پایشی قند خون (گویه ۶)، ۴) تبعیت از درمان و داروها (گویه ۱)، ۵) مراقبت از پاها (گویه ۷)، ۶) مدیریت افت قند خون (گویه ۸)، ۷) پیشگیری از افت یا افزایش قند خون (گویه ۹) و ۸) مدیریت افزایش قند خون (گویه ۱۰). در مقیاس خودکارآمدی دیابت که دارای طیف لیکرتی ۱۱ نقطه ای از ۰٪ (هرگز) تا ۱۰۰٪ (همیشه) است. آزمودنی باید مشخص کند چند درصد در مورد هر گویه احساس توانمندی دارد. نمره صفر به معنای فقدان احساس توانمندی در آن مورد و نمره ۱۰۰٪ به معنای باور به توانمندی کامل در آن مورد است. دامنه نمرات از ۰ تا ۱۰۰ متفاوت است. همسانی درونی به شیوه آلفای کرونباخ در مطالعه اصلی ($N = 500$) برای مقیاس خودکارآمدی دیابت برابر با ۰/۹۶ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی بالای مقیاس است. پایایی بازآزمایی چهار هفته‌ای روی ۳۴ بیمار برای مقیاس ۱۰ گویه ای خودکارآمدی دیابت برابر با ۰/۹۴ به دست آمد که نشان‌دهنده ثبات عالی مقیاس طی زمان بود.

مقیاس باور به اثربخشی درمان (BTES): مقیاس باور به اثربخشی درمان^۱ با استفاده از گویه‌هایی اقتباس شده از پرسشنامه مدل های فردی دیابت^۲ (هامپسون، گلاسگو و توبرت، ۲۰۰۳)، مقیاس اثربخشی ادراک شده درمان^۳ (اسکینر، هامپسون و فیف- اسکاو، ۲۰۰۲) و مقیاس باور به اثربخشی درمان زو (۲۰۰۵) ساخته شد و مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس در این پژوهش شامل ۹ گویه و دارای طیف لیکرتی ۱۱ نقطه‌ای از ۰٪ (هرگز) تا ۱۰۰٪ (همیشه) است که باور و اعتقاد بیمار به اثربخش بودن رفتارهای خود مدیریتی در کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض آن را توصیف می‌کند. چهار گویه اول باورهای را می‌سنجد که طبق آنها فعالیت‌های خودمدیریتی دیابت (رژیم غذایی، ورزش، داروها/ انسولین، خودپایشی سطح گلوکز خون) برای کنترل دیابت مهم هستند. پنج گویه باقیمانده این مقیاس، باورهای را می‌سنجد که فعالیت‌های خودمدیریتی دیابت (رژیم غذایی، ورزش، داروها/ انسولین، خودپایشی سطح گلوکز خون، مراقبت از پاها) در پیشگیری از عوارض دیابت مهم

4. Physician-Patient Communication Scale (PPCS)
5. Interpersonal Processes of Care (IPC)
6. Chronic Illness Resources Survey (CIRS)
7. Provider-Patient Communication Scale (PPCS)

1. Beliefs to Treatment Effectiveness Scale (BTES)
2. Personal Models of Diabetes Questionnaire (PMDQ)
3. Perceived Treatment Effectiveness Scale (PTES)

یافته‌ها

مبتلا بودند. همچنین، از لحاظ شدت دیابت، ۲۱۷ نفر (۴۳/۴٪) دارای HbA_{1c} خفیف، ۱۵۷ نفر (۳۱/۴٪) دارای HbA_{1c} متوسط و ۱۲۶ نفر (۲۵/۲٪) دارای HbA_{1c} شدید بودند. آماره های توصیفی و ماتریس های کواریانس و همبستگی بکار رفته برای برازش مدل نیز ارائه شده اند (جدول ۱).

آزمودنی های پژوهش متشکل از ۲۴۵ (۴۹٪) مرد و ۲۵۵ (۵۱٪) زن بودند. دامنه سنی آزمودنی ها بین ۲۵ سال تا ۵۵ سال با میانگین سنی ۴۴ سال متفاوت بود. آزمودنی ها به مدت ۲ الی ۱۶ سال با میانگین زمانی ۸/۳۵ سال به دیابت نوع II

جدول ۱

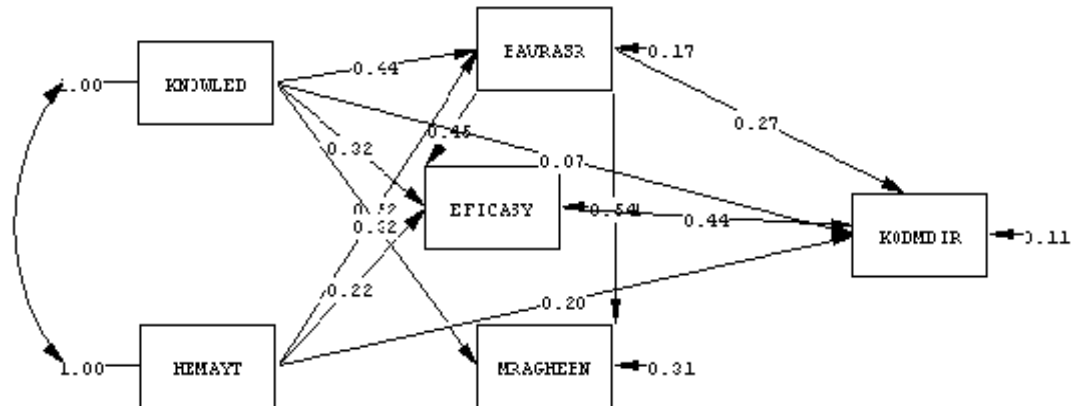
میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس کواریانس و همبستگی متغیرهای مشاهده شده (N = ۵۰۰)

۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵۷/۴۷ (۲۰/۱۵)	۵۹/۶۸ (۲۵/۴۹)	۴۹/۷۶ (۱۳/۵۶)	۴۵/۷۷ (۲۱/۸۱)	۵۸/۰۶ (۲۰/۴۶)	۳۸/۷۱ (۱۶/۲۹)
میانگین					
(انحراف استاندارد)					
۴۰۴/۶۹۴					
۱. باور به اثربخشی درمان					
۱					
۴۶۹/۶۸۶	۶۴۸/۲۶۳				
(۹۱**)	۱				
۲۲۲/۶۰۰	۲۶۹/۱۲۳	۱۸۴/۵۳۷			
(۸۱**)	(۷۷**)	۱			
۳۹۹/۵۹۳	۵۱۳/۵۱۵	۲۲۶/۴۳۵	۴۷۵/۴۱۴		
(۹۱**)	(۹۳**)	(۷۶**)	۱		
۳۵۱/۵۸۷	۴۵۸/۰۱۱	۲۱۷/۸۳۷	۳۷۷/۹۴۷	۴۱۸/۸۱۶	
(۸۵**)	(۸۷**)	(۷۸**)	(۸۴**)	۱	
۲۸۴/۸۳۶	۳۵۷/۶۰۴	۱۵۹/۶۲۶	۳۰۹/۷۸۶	۲۶۱/۱۵۳	۲۶۴/۲۵۸
(۸۷**)	(۸۶**)	(۷۲**)	(۸۷**)	(۷۸**)	۱
۶. حمایت اجتماعی					

** $p < ۰/۰۰۱$

اجتماعی با باور به اثربخشی درمان مثبت و معنادار است. به عبارتی هر چه سطح این متغیرها بالاتر باشد، باور به اثربخشی درمان نیز قوی تر است. در پایان، رابطه بین ارتباط پزشک-بیمار و حمایت اجتماعی مثبت و معنادار است. به عبارتی هر چه ارتباط پزشک-بیمار بالاتر باشد، حمایت اجتماعی نیز بالاتر است (جدول ۱). نتایج به دست آمده از تحلیل مسیر در مدل یابی خودمدیریتی دیابت با استفاده از دانش دیابتی، حمایت اجتماعی، باورهای بیمار و رابطه درمانی در شکل ۲ نشان داده شده است.

در سطح اطمینان ۹۹ درصد ($p < ۰/۰۱$) با آزمون یک دامنه، بین خودکارآمدی دیابت، باور به اثربخشی درمان، ارتباط پزشک-بیمار و حمایت اجتماعی با خودمدیریتی دیابت رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. یعنی هر چه نمره فرد در این متغیرها بالاتر باشد، خودمدیریتی دیابت بالاتر است. رابطه بین باور به اثربخشی درمان، ارتباط پزشک-بیمار و حمایت اجتماعی با خودکارآمدی دیابت نیز مثبت و معنادار است. به عبارتی هر چه سطح این متغیرها بالاتر باشد، خودکارآمدی دیابت نیز بالاتر است. همچنین، رابطه بین ارتباط پزشک-بیمار و حمایت



Chi-Square=1.25, df=3, P-value=0.74186, RMSEA=0.000

شکل ۲

مدل آزمون شده تاثیرات مستقیم و غیرمستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت همراه با ضرایب مسیر استاندارد شده

همان گونه که مشاهده می‌شود مسیر مستقیمی با معناداری مثبت از دانش دیابتی به خودمدیریتی دیابت برقرار است (ضریب مسیر برابر با ۰/۰۷، $p < ۰/۰۵$). همچنین، مسیر مستقیمی با معناداری مثبت از حمایت اجتماعی به خودمدیریتی دیابت برقرار است (ضریب مسیر برابر با ۰/۲۰، $p < ۰/۰۵$). در مسیرهای غیرمستقیم، مسیر معنادار مثبت از دانش دیابتی از طریق باور به اثربخشی درمان (ضریب مسیر برابر با ۰/۴۴، $p < ۰/۰۵$) به خودمدیریتی دیابت (ضریب مسیر برابر با ۰/۲۷، $p < ۰/۰۵$) برقرار است و مسیر معنادار مثبت از دانش دیابتی از طریق خودکارآمدی (ضریب مسیر برابر با ۰/۳۲، $p < ۰/۰۵$) به خودمدیریتی دیابت (ضریب مسیر برابر با ۰/۴۴، $p < ۰/۰۵$) برقرار است. همچنین، مسیر معنادار مثبت از حمایت اجتماعی از طریق باور به اثربخشی درمان (ضریب مسیر برابر با ۰/۳۲، $p < ۰/۰۵$) به خودمدیریتی دیابت (ضریب مسیر برابر با ۰/۲۷، $p < ۰/۰۵$) و مسیر معنادار مثبت از حمایت اجتماعی از طریق خودکارآمدی (ضریب مسیر برابر با ۰/۲۲، $p < ۰/۰۵$) به خودمدیریتی دیابت (ضریب مسیر برابر با ۰/۴۴، $p < ۰/۰۵$) برقرار است. به علاوه، مسیرهای معنادار مثبتی از دانش دیابتی به رابطه درمانی (ضریب مسیر برابر با ۰/۵۲، $p < ۰/۰۵$)، از باور به اثربخشی درمان به خودکارآمدی (ضریب مسیر برابر با ۰/۴۵، $p < ۰/۰۵$)

طبق یافته‌های تحلیل مسیر، مدل فرضی با داده‌های مشاهده شده برازش داشت. به جز مسیر بین رابطه درمانی پزشک-بیمار و خودمدیریتی دیابت همه مسیرها معنادار بود. شاخص‌های برازش مدل نشان‌دهنده برازش خوب مدل بودند. بر این اساس، شاخص برازش مجذور کای ($N = ۵۰۰$ و $df = ۳$) برابر با ۱/۲۵ با $p > ۰/۷۴$ بود. شاخص برازش GFI برابر با ۰/۹۹ و فرم اصلاح شده آن (AGFI) برابر با ۰/۹۹ بود. شاخص برازش تطبیقی^۱ (CFI) برابر با ۱/۰۰، شاخص برازش افزایشی^۲ (IFI) برابر با ۱/۰۰ و شاخص برازش نسبی^۳ (RFI) برابر با ۰/۹۹ بود. ریشه استاندارد میانگین مربعات باقیمانده^۴ (SRMSR) برابر با ۰/۰۰۳ بود. همچنین، شاخص برازش هنجار شده بنتلر-بانت^۵ (NNFI) و شاخص برازش هنجار نشده بنتلر-بانت (NFI) برابر با ۱/۰۰ بود. براساس توجه خاص پژوهشگران (هو و بنتلر، ۱۹۹۸) ریشه میانگین مربعات خطای برآورد^۶ (RMSEA) به

1. Comparative Fit Index (CFI)
2. Incremental Fit Index (IFI)
3. Relative Fit Index (RFI)
4. Standardized Root Mean Square Residual (SRMSR)
5. Bentler– Bonnett normed fit Index (NFI)
6. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

برادلی (۱۹۹۵) بیان می‌کند که باورها با افزایش و بهبود دانش تغییر می‌یابند. همچنین، دانش دیابتی تأثیر غیرمستقیم معنادار از طریق باور به خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت دارد. این یافته با پژوهش هالکمب و همکاران (۱۹۹۹) هم راستا است. می‌توان این گونه استدلال نمود که افزایش در میزان دانش دیابتی با بهبود نگرش و باورهای خودکارآمدی بیمار همراه است. طبق پژوهش زو (۲۰۰۵) باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی دیابت عوامل مجاور^۱ مهمی هستند که بر خودمدیریتی دیابت اثر می‌گذارند. دانش و عوامل محیطی به طور غیرمستقیم از طریق باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی دیابت بر خودمدیریتی دیابت اثر می‌گذارند.

در مدل ساختاری ارائه شده در این پژوهش، حمایت اجتماعی تأثیر مستقیم معنادار بر خودمدیریتی دارد. این یافته با پژوهش‌های گری-سویلا و همکاران (۱۹۹۵) و سوسا و همکاران (۲۰۰۴) هم راستا است. بر اساس نظر میسرا و لاگر (۲۰۰۸) سطوح بالاتر حمایت اجتماعی به کاهش مشکلات ادراک شده در مورد رفتارهای خودمراقبتی منجر می‌شود. در واقع این نتیجه را می‌توان این گونه تبیین کرد که حمایت اجتماعی به پذیرش بیماری کمک می‌کند، نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش می‌دهد و مدیریت بیماری را تسهیل می‌کند. تالجمو و هنتانن (۲۰۰۱) نیز در زمینه ارتباط حمایت اجتماعی و خودمدیریتی دیابت بر این باورند که حمایت اجتماعی ضربه‌گیر استرس‌های زندگی بیمار است و در نتیجه انجام رفتار خودمراقبتی را تسهیل می‌کند. همچنین استدلال می‌شود که در ایران، خانواده منبع بنیادی حمایت اجتماعی است که در اغلب موارد تصمیم مربوط به درمان نیز در خانه گرفته می‌شود. طبق یافته‌های این پژوهش، حمایت اجتماعی تأثیر غیرمستقیم معنادار از طریق باور به اثربخشی درمان بر خودمدیریتی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسکاربک (۲۰۰۶) و ویلیامز و باند (۲۰۰۲) هم‌راستا است. همچنین، نتیجه گرفته شد که حمایت اجتماعی تأثیر غیرمستقیم معنادار از طریق خودکارآمدی بر خودمدیریتی دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسکاربک (۲۰۰۶)، گالانت (۲۰۰۳)، ناکاهارا و همکاران (۲۰۰۶) و ویلیامز و باند (۲۰۰۲) همسو است. در راستای این پژوهش، سوسا و همکاران (۲۰۰۴)

تدوین نامناسب یک مدل حساس است و فاصله اطمینان و محاسبات مناسبی در مورد کیفیت یک مدل خاص ارائه می‌کند. در واقع شاخص RMSEA به تنهایی برای تعیین حد برازش یک مدل کافی است. در این مدل، RMSEA برابر با ۰/۰۰۰ بود که در فاصله اطمینان مناسب (۰ تا ۰/۰۷۲) قرار دارد. استاندارد قابل قبول برای شاخص‌های برازش GFI، AGFI و NFI میزان بالاتر از ۰/۹۰ و برای شاخص NNFI میزان پایین‌تر از ۰/۰۵ است. همچنین، RMSEA برابر با صفر و کای اسکور غیر معنادار نیز حاکی از برازش خوب مدل هستند (کلوی، ۱۹۹۸). به طور خلاصه، بر اساس این شاخص‌ها، مدل به‌دست آمده در این پژوهش دارای اطمینان آماری و برازش بالایی است و در نتیجه قادر است تبیین قابل قبولی از یافته‌ها ارائه کند.

بحث

در این پژوهش تأثیر مستقیم و غیر مستقیم دانش دیابتی و حمایت اجتماعی بر خودمدیریتی دیابت مورد بررسی و مدل یابی قرار گرفت. طبق مدل زو (۲۰۰۵) یکی از مهم‌ترین مسیرهای خودمدیریتی دیابت، مسیرهای دانش دیابتی و حمایت اجتماعی است. در تبیین کلی از یافته‌ها می‌توان گفت باورهای رایج در مورد اثربخشی درمان، انجام رفتار خودمراقبتی و باور به خودکارآمدی در انجام یک کار به میزان درک و فهم آن رفتارها و منابع بیرونی بیمار برای انجام آن رفتارها وابسته است.

نتایج این پژوهش نشان داد که دانش دیابتی تأثیر مستقیم بر خودمدیریتی دیابت دارد. این یافته با پژوهش‌های سوسا و همکاران (۲۰۰۴)، پاسچ-اورلاو و همکاران (۲۰۰۵)، اسپیلینگر و همکاران (۲۰۰۶) و راتمن و همکاران (۲۰۰۴) همسو است. همانگونه که کواتز و بوره (۱۹۹۶) و گاتری و گاتری (۲۰۰۹) اشاره می‌کنند درک و فهم درست برنامه درمانی و چگونگی تنظیم برنامه‌های خودمدیریتی اساس انجام رفتار خودمراقبتی است. می‌توان استدلال کرد که دانش مرتبط با دیابت نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش می‌دهد و در نتیجه بیمار با اطمینان بالاتری عمل مناسب را انجام می‌دهد. طبق نتایج، دانش دیابتی تأثیر غیرمستقیم معنادار از طریق باور به اثربخشی درمان بر خودمدیریتی دیابت دارد. این یافته با پژوهش برادلی (۱۹۹۵) و سدلاک، دوهنی و جونز (۲۰۰۰) همسو است.

نتیجه گرفتند ترکیب خطی دانش دیابتی، حمایت اجتماعی و خودکارآمدی روی هم رفته به طور مثبت بر خودمدیریتی دیابت موثر هستند. بنابراین، می‌توان استدلال نمود که افزایش سطح دانش دیابتی بیماران، تقویت حمایت اجتماعی آنان، و نیز تقویت باورهای سازنده از جمله خودکارآمدی و باور به اثربخشی درمان راهبرد موثری برای تقویت رفتارهای خودمدیریتی و درگیر شدن بیماران در خودمراقبتی دیابت است. طبق تبیین دیگری، خودکارآمدی با کاهش نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود، رابطه بین حمایت اجتماعی و خودمدیریتی را تعدیل می‌کند. از طرفی، برخورداری از حمایت اجتماعی مطلوب به بهبود باور به اثربخشی درمان و مدیریت بهتر دیابت می‌انجامد.

همچنین نشان داده شد که مسیر مثبت معنادار بین باور به اثربخشی درمان و خودکارآمدی دیابت وجود دارد و باور به اثربخشی درمان می‌تواند به صورت معنادار از طریق خودکارآمدی بر خودمدیریتی دیابت موثر باشد. این نتایج با نتایج قبلی در پیشینه پژوهشی این حوزه همسو و در راستای نتایج پژوهش‌های زو (۲۰۰۵) و هامپسون، گلاسگو و فستر (۱۹۹۵) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که باور به اثربخشی درمان یکی از منابع درون روانی خودکارآمدی است که با تقویت آن، رفتارهای خودمراقبتی نیز بهبود می‌یابد. در واقع خودکارآمدی و باور به اثربخشی درمان درهم تنیده هستند. در توجیهی دیگر می‌توان گفت که خودمدیریتی بیشتر تابع خصوصیات روانشناختی بیمار است تا زمینه اجتماعی و ساختاری بیمار و در واقع برخورداری از نظام باورهای سالم و سازنده می‌تواند محدودیت‌های اجتماعی و ساختاری را جبران کند. در این زمینه، کوگان، برادی و شن (۲۰۰۹) معتقدند حالات روانشناختی نامطلوب اثر زمینه‌های اجتماعی - ساختاری نامساعد را تشدید می‌کنند و خود مراقبتی بیمار را کاهش می‌دهد.

در این پژوهش نتیجه گرفته شد که گرچه دانش دیابتی بر رابطه درمانی تاثیر مثبت معنادار دارد، ولی از طریق رابطه درمانی اثر معناداری بر خودمدیریتی دیابت ندارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های اونگ و همکاران (۱۹۹۵) و هیسلسر و همکاران (۲۰۰۲) ناهمسو است. در این زمینه گلاسگو (۲۰۰۵) و ویلیامز، مک‌گریگور، کینگ، نلسون و گلاسگو (۲۰۰۵) معتقدند که

بیماران به‌خصوص به آن جنبه از ارتباط درمانی ارزش می‌دهند که آنها را قادر می‌سازد سلامتی خود را به‌طور مؤثری مدیریت نمایند. همچنین می‌توان استدلال نمود که رابطه درمانی عاملی خارج از کنترل بیمار است، در حالی که برای بیماران مسایل درونی و قابل کنترل مهم‌تر است. طبق تبیینی دیگر، توجه به نیازها، خواسته‌ها، باورها و تجارب بیمار به عنوان یک کل نه به عنوان فردی بیمار، ارائه فرصت به بیماران برای مشارکت در تصمیم‌گیری و حمایت از بیماران برای انجام این کار، پایه‌ریزی روابط درمانی قوی بر اساس ارتباط موثر پزشک- بیمار و تشویق بیماران برای کنترل حالات سلامتی خود از طریق ارتقای سلامت و پیش‌گیری از بیماری مؤلفه‌های اصلی ارتباط درمانی هستند که در صورت نقصان آنها، رابطه پزشک- بیمار خاصیت پیش‌بین خود را در پیش‌بینی خودمدیریتی از دست می‌دهد.

نتایج نهایی پژوهش حاکی از آنند که دانش دیابتی و حمایت اجتماعی در خودمدیریتی دیابت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دارند. بنابراین، در تدوین برنامه‌های بهبود خودمدیریتی و مدیریت بهتر دیابت، توجه متخصصان درمانی به باورهای بیمار و متغیرهای وابسته آن مفید است. این پژوهش روی بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دیابت بیمارستان شریعتی تهران انجام گرفته است و تعمیم نتایج آن به سایر جامعه‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. به علت محدود بودن تحقیقات دیگر در این زمینه به‌خصوص بر روی بیماران ایرانی امکان مقایسه نتایج پژوهش با سایر تحقیقات انجام شده به صورت کامل وجود نداشت. معیارهای خاص ورود به پژوهش، محدودیتی دیگر است که پیامد پژوهش و استنتاج از آن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین، مبنای همبستگی مدلیابی معادلات ساختاری، استنتاج روابط علی از این پژوهش را محدود می‌سازد. جهت کاربرست یافته‌ها پیشنهاد می‌شود با تدوین برنامه‌ها و پروتکل‌های درمانی و آزمایش عملی آنها توجه به دانش دیابتی، حمایت اجتماعی و باورهای بیمار در بهبود خودمدیریتی دیابت در اولویت قرار بگیرند. همچنین، برای سنجش اثربخشی راهبردهای مداخله‌ای بموقع و برطرف نمودن مشکلات بیماران دیابتی پژوهش آزمایشی انجام گیرد.

بیمار. رساله جهت اخذ درجه دکتری تخصصی رشته روانشناسی سلامت. دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

مراجع

رحیمیان بوگر، ا. (۱۳۸۹). تأثیر تعیین‌کننده‌های اجتماعی- ساختاری و تصمیم‌گیری مشارکتی بر خودمدیریتی دیابت: بررسی نقش تعدیل‌کننده نظام باورهای

References

- Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 27, 393-404.
- Aikens, J., Bingham, R., & Piette, J. (2005). Patient-provider communication and self-care behavior among type 2 diabetes patients. *Diabetes Educator*, 31, 681-690.
- Boyer, B. A., & Paharia, M. I. (2008). *Comprehensive Handbook of Clinical Health Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.
- Bradly, C. (1995). Health beliefs and knowledge of patients and doctors in clinical practice and research. *Patient Education and Counseling*, 26, 99-106.
- Brinson, D. (2007). *The Self-Management of Type 2 Diabetes: Changing exercise behaviors for better health*. A thesis submitted in fulfillment of the requirements for the Degree of Master of Health Sciences, University of Canterbury.
- Carlstedt, R. A. (2010). *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research*. Springer Publishing Company, LLC.
- Coates, V. E., & Boore, J. R. P. (1996). Self-management of chronic illness: Implications for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 32, 628-640.
- Dishman, R., Motl, R., Sallis, J., Dunn, A., Birnbaum, A., Welk, G., et al. (2005). Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. *American Journal of Preventive Medicine*, 29, 10-18.
- Gallant, M. (2003). The influence of social support on chronic illness self management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30, 170-195.
- Garay-Sevilla, M. E., Nava, L. E., Malacara, J. M., Huerta, R., Diaz de Leon, J., Mena, A., et al. (1995). Adherence to treatment and social support in patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Journal of diabetes and its complications*, 9, 81-86.
- Glasgow, R. E., Strycker, L. A., Toobert, D. J., & Eakin, E. (2000). A social-ecologic approach to assessing support for disease self-management: The chronic illness resources survey. *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 559-583.
- Guthrie, D. W., & Guthrie, R. A. (2009). *Management of diabetes mellitus: A guide to the pattern approach*. Springer Publishing Company, LLC.
- Hampson, S. E., Glasgow, R., & Foster, L. S. (1995). Personal models of diabetes among older adults: Relationship to self-management and other variables. *Diabetes Educator*, 21, 300-307.
- Hampson, S. E., Glasgow, R., & Toobert, D. J. (2003). Personal models of diabetes questionnaire. In B. K. Redman (2nd Ed.), *Measurement tools in patient education* (pp. 86-88). New York, NY: Springer Publisher.
- Holcomb, J. D., Kingery, P. M., Sherman, L. D., Smith, Q. W., Smith, D. W., Cullen, K. W., et al. (1999). Evaluation of a diabetes education program for fifth-grade students. *Journal of Health Education*, 30, 73-84.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparametrized model misspecification. *Psychological Methods*, 3, 424-453.
- Kelloway, E. K. (1998). *Using LISREL for structural equation modeling. A researcher's guide*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kogan, S. M., Brody, G. H., Chen, Y-F. (2009). Depressive symptomatology mediates the effect of socioeconomic disadvantage on HbA1c among rural African Americans with type 2 diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 289-296.
- Misra, R., & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 22, 217-223.
- Naithani, S., Gulliford, M., & Morgan, M. (2006). Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expectations*, 9, 118-29.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Kumano, H., Hara, Y., Suematsu, H., & Kuboki, T. (2006). Prospective Study on Influence of Psychosocial Factors on Glycemic Control in Japanese Patients With Type 2 Diabetes. *Psychosomatics*, 47, 240-246.
- Paasche-Orlow, M., Parker, R., Gazmararian, J., Nielsen-Bohlman, L., & Rudd, R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 175-84.
- Piette, J. D., Schillinger, D., Potter, M. B., & Heisler, M. (2003). Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 624-633.

- Rose, V., Harris, M., Ho, M. T., & Jayasinghe, U. W. (2009). A better model of diabetes self-management? Interactions between GP communication and patient self-efficacy in self-monitoring of blood glucose. *Patient Education and Counseling*, 77, 260-265.
- Rothman, R., DeWalt, D., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B., et al. (2004). Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1711-1716.
- Rubin, R., Peyrot, M., & Siminerio, L. (2006). Health care and patient-reported outcomes. Results of the cross national Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) study. *Diabetes Care*, 29, 1249-1255.
- Sarkar, U., Fisher, L., & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29, 823-829.
- Schafer, L. C., McCaul, K. D., & Glasgow, R. E. (1986). Supportive and nonsupportive family behaviors: Relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. *Diabetes Care*, 9, 179-185.
- Schillinger, D., Barton, L. R., Karter, A. J., Wang, F., & Adler, N. (2006). Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Reports*, 121, 245-254.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., et al. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, 288, 475-82.
- Sedlak, C. A., Doheny, M. O., & Jones, S. L. (2000). Osteoporosis education programs: Changing knowledge and behaviors. *Public Health Nursing*, 17, 398-402.
- Siebolds, M., Gaedeke, O., & Schwedes, U. (2006). on behalf of the SMBG Study Group. Self-monitoring 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.
- Sigurdardottir, A. (2005). Self-care in diabetes: Model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 301-314.
- Skarbek, E. A. (2006). *Psychosocial Predictors of Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: Analysis of Social Support, Self-efficacy, and Depression*. A Dissertation in Clinical Psychology, Submitted to the Graduate Faculty of Texas Tech University in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy.
- Skinner, T. C., & Hampson, S. E. (2001). Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control: A prospective study in adolescence. *Diabetes Care*, 24, 828-833.
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21, 61-70.
- Sousa, V. D., Zauszniewski, J. A., Musil, C. M., McDonald, P. E., & Milligan, S. E. (2004). Testing a conceptual framework for diabetes self-care management. *Research and Theory for Nursing Practice*, 18, 293-316.
- Speros, C. (2005). Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50, 633-40.
- Stewart, A. L., Napoles-Springer, A., Perez-Stable, E. J., Posner, S. F., Bindman, A. B., Pinderhughes, H. L., et al. (1999). Interpersonal processes of care in diverse populations. *The Milbank Quarterly*, 77, 305-339.
- Toljamo, M., & Hentinen, M. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 618-627.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*, 23, 943-950.
- Van der Bijl, J., van Poelgeest-Eeltink, A., & Shortridge-Baggett, L. (1999). The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 352-359.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., King, D., Nelson, C., & Glasgow, R. (2005). Variation in perceived competence, glycemic control, and patient satisfaction: Relationship to autonomy support from physicians. *Patient Education and Counseling*, 57, 39-45.
- Williams, G. C., McGregor, H. A., Zeldman, A., Freedman, Z. R., & Deci, E. L. (2004). Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health Psychology*, 23, 58-66.
- Williams, K., & Bond, M. (2002). The roles of self-efficacy, outcome expectancies and social support in the self-care behaviours of diabetics. *Psychological Health and Medicine*, 7, 127-41.
- Xu, Y. (2005). *Understanding the factors influencing diabetes self-management in chinese people with type 2 diabetes using structural equation modeling*. In partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctorate of Philosophy (PhD). University of Cincinnati, College of Nursing.
- Zhang, J. J., & Verhoef, M. J. (2002). Illness management strategies among Chinese immigrants living with arthritis. *Social Science & Medicine*, 55, 1795-1802.