



Role of Mediating Sense of Coherence in Relationship between Duration and Number of Physical Complications of Diabetes with Mental Health in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Hoseyni M.¹ MSc,
Abdkhodai M.S.* PhD,
Aghamohammadian Sherbaf H.R.¹ PhD

How to cite this article

Hoseyni M, Abdkhodai M S, Aghamohammadian Sherbaf H R. Role of Mediating Sense of Coherence in Relationship between Duration and Number of Physical Complications of Diabetes with Mental Health in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Horizon of Medical Sciences*. 2017;23(4): 311-317.

*Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

¹Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

Correspondence

Address: Psychology Department, Educational Sciences & Psychology Faculty, Ferdowsi University of Mashhad, Imam Reza Street, Mashhad, Iran

Phone: +98 (51) 38803696

Fax: +98 (51) 38807338

abdkhoda@ferdowsi.um.ac.ir

Article History

Received: December 27, 2016

Accepted: August 3, 2017

ePublished: September 28, 2017

ABSTRACT

Aims Diabetes, as a common metabolic disease, can have significant psychological consequences and cause problems in daily life. The purpose of this study was to investigate the mediator role of sense of coherence in the relationship between duration and number of physical complications of diabetes with mental health in patients with type 2 diabetes mellitus.

Instruments & Methods In this descriptive-correlational study, 150 patients with type 2 diabetes mellitus referred to Parsian Diabetes Clinic of Mashhad in 2015 were selected using available sampling. Data were collected using a checklist of demographic information and physical complications of diabetes, Sense of Coherence Scale (SOD) and General Health Questionnaire (GHQ). Data were analyzed by Lisrel and SPSS 18 softwares, using Pearson correlation coefficient and path analysis method.

Findings The duration of disease, the number of physical complications of diabetes and the lack of mental health had a negative and significant correlation with the sense of coherence. There was a positive and significant correlation between duration and number of physical complications of diabetes mellitus with mental health problems ($p < 0.01$). The proposed model was good-fitting model. The indirect effect of duration and number of physical complications of diabetes mellitus on mental health was greater than their direct effect ($p < 0.05$).

Conclusion Sense of coherence as a mediator in the relationship between duration of disease and number of physical complications with mental health in type 2 diabetic patients plays an important role in controlling the physical and psychological complications of diabetes.

Keywords Sense of Coherence; Mental Health; Diabetes Mellitus Type 2

CITATION LINKS

[1] Serious psychological distress and diabetes: A review of the ... [2] The relationship between perceived benefits/barriers of self-care behaviors and ... [3] Internal Medicine ... [4] Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic ... [5] Psychological aspects of diabetes ... [6] Quality of life and ... [7] Towards clarification of convergent concepts ... [8] Correlation between psychological well-being and sense of coherence in the student of Islamic ... [9] The structure and properties of the sense of ... [10] Coping style and personality domains related to menopausal ... [11] The study of coping style and mental health relationships ... [12] Relationships among selfmanagement, patient perceptions of care, and health economic outcomes for ... [13] The effectiveness of acceptance and commitment therapy on ... [14] Association of factors influencing health-related ... [15] Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment ... [16] Prevalence of chronic complications of diabete and its related factors in referred type 2 diabetes patients in ... [17] The effects of aerobic exercise training on psychosocial aspects of men with type 2 ... [18] Comparison of coping styles and mental health in patients with type ii diabetes and non-diabetic ... [19] Study of causal relationship between sense of coherence, psychological ... [20] Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical ... [21] A sense of coherence and health . Salutogenesis in a social context: Aland, a special ... [22] Diagnosis and classification of ... [23] The effect of complications of type II ... [24] Comparison the effect of two ... [25] Recurrent subthreshold depression ... [26] Follow-up study on the effects ... [27] Unraveling the mystery of ... [28] Does it make sense in a coherent ... [29] Reliability and validity of the "personal well-being index- cognitive disability" on mentally ...

نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با میزان سلامت روان در افراد دیابتی نوع دو

مریم حسینی MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

محمدسعید عبدخدايي PhD*

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اهداف: دیابت به‌عنوان یک بیماری متابولیک شایع می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به‌دنبال داشته باشد و باعث مشکلاتی در زندگی روزمره شود. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت بیماری و تعداد عوارض جسمانی دیابت با سلامت روان در افراد دیابتی نوع دو بود.

ابزار و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی-همبستگی، ۱۵۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت پارسبان شهر مشهد در سال ۱۳۹۴ به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک و عوارض جسمانی دیابت، مقیاس احساس انسجام روانی و پرسش‌نامه سلامت روان مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به‌کمک نرم‌افزارهای Lisrel و SPSS 18 و توسط آزمون ضریب همبستگی پیرسون و روش تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: طول مدت بیماری، تعداد عوارض جسمانی دیابت و عدم سلامت روان با احساس انسجام روانی همبستگی منفی و معنی‌داری داشتند. همچنین بین طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با عدم سلامت روان همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($P < 0/01$). مدل پیشنهادی در افراد دیابتی از برازش خوبی برخوردار بود و اثر غیرمستقیم طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت بر سلامت روان، از اثر مستقیم آن بیشتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: احساس انسجام روانی به‌عنوان میانجی‌گر در رابطه طول مدت بیماری و تعداد عوارض جسمانی با سلامت روان افراد دیابتی نوع دو، نقش پراهمیتی در کنترل عوارض جسمانی و روانی بیماری دیابت دارد. کلیدواژه‌ها: احساس انسجام روانی، سلامت روان، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۰/۰۷

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۱۲

* نویسنده مسئول: abdkhoda@ferdowsi.um.ac.ir

مقدمه

تا چند سال قبل، بیماری‌های واگیردار بزرگ‌ترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به‌شمار می‌رفتند، در حالی که امروزه بیماری‌های مزمن از جمله دیابت تهدید جدی برای کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شود. دیابت نوع دو به گروهی از بیماری‌های سوخت‌وسازی اطلاق می‌شود که ویژگی مشترک آنها افزایش سطح قند خون به‌علت نقص در ترشح و عملکرد انسولین است^[1]. امروزه دیابت یکی از شایع‌ترین اختلالات متابولیک به‌ویژه در افراد مسن است که عوارض ناتوان‌کننده‌ای بر هر یک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جا می‌گذارد. این بیماری شیوع فزاینده‌ای در جهان دارد، به‌طوری که ۱۷۱ میلیون نفر در جهان به این بیماری مبتلا هستند و تخمین زده شده که تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۳۶۶ میلیون نفر می‌رسد^[2]. این بیماری موقعیت مزمنی است که نیازمند پایش روزانه قند خون، تزریق‌های مکرر، دیدار

مداوم با کارکنان درمانی و برنامه دقیق ورزشی و غذایی برای دستیابی به کنترل رضایتمندانه است. این بیماری علاج قطعی ندارد و مهم‌ترین درمان آن پیشگیری یا کنترل علائم بیماری است که با شناسایی به‌موقع و مراقبت صحیح بر پایه آموزش بیماران می‌توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد یا بروز آن را به‌تعمیق انداخت^[3].

بیماری دیابت در قلب مسایل رفتاری است^[4] و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی در مدیریت آن نقش حیاتی دارند تا جایی که برخی صاحب‌نظران همچون گلاسکو آن را در حقیقت یک مساله رفتاری و یک بیماری خودمراقبتی قلمداد می‌کنند^[5]. بیماران دیابتی احساس می‌کنند که هر روزه در حال مبارزه با بیماری خود و نیازهای درمانی روزه‌روز خود هستند. این بیماران هر روز با دیابت خود درگیر هستند و احساس می‌کنند که باید تلاش بیهوده‌ای را برای عادی‌سازی این وضعیت با وضعیتی که دیابت نداشته‌اند، به‌کار گیرند. درمان دیابت نیز می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران اثرات مثبت و منفی داشته باشد. زندگی با دیابت به ابعاد روانی-اجتماعی افراد آسیب رسانده و می‌تواند رفتارهای خودمراقبتی را نیز تحت تاثیر قرار دهد و در نهایت بر کنترل طولانی‌مدت قند خون، خطر افزایش عوارض درازمدت بیماری و کیفیت زندگی این افراد تاثیر نامطلوب داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که مداخله‌های بالینی و بازآموزی که وضعیت سلامتی و توانایی بیمار را در کنترل دیابت بهبود بخشد، می‌تواند منجر به بهبود کیفیت زندگی این بیماران شود^[6].

یکی از متغیرهای شخصیتی که سبب تعدیل استرس‌های روزمره می‌شود و در چند سال اخیر مورد توجه بسیاری از محققان قرار گرفته است، احساس انسجام روانی است^[7]. احساس انسجام روانی نقش مهمی در رابطه با کنترل استرس ناشی از بیماری مزمن ایفا می‌کند. احساس انسجام روانی بالا منجر به بهزیستی جسمی و روانی بهتر در افراد می‌شود^[8]. احساس انسجام روانی یک جهت‌گیری شخصی به زندگی است که به‌عنوان منبعی درونی، سلامت جسمانی و روانی را تقویت می‌کند. آنتونوسکی احساس انسجام روانی را این‌گونه توصیف کرده است: "یک جهت‌گیری کلی، یک احساس نافذ و پایدار و پویا از اطمینان به اینکه رویدادهای زندگی که شخصی با آن مواجه می‌شود قابل درک، ساختاریافته و قابل توضیح‌اند. منابعی برای رویارویی با آنها وجود دارد و این رویدادها معنی‌دار و سزاوار درگیر شدن هستند". وی بیان می‌کند که مردم زمانی احساس انسجام را تجربه می‌کنند که زندگی‌شان معنی‌دار، کنترل‌پذیر و قابل درک باشد^[9].

یکی از عواملی که باعث می‌شود این سازه‌ها مورد تردید و شکنندگی قرار بگیرند ابتلا به یک بیماری مزمن و همیشگی است که فرد مبتلا را مجبور می‌کند برای کنترل بیماری، سبک زندگی و عادات غذایی و دارویی خود را به‌شدت تحت نظر داشته باشد. مجموعه این عوامل، استرس و اضطراب پیوسته و مداوم برای بیمار به‌وجود می‌آورد^[10]. همچنین در پژوهشی نشان داده شد که سطح مطلوب موفقیت، شادکامی، بهزیستی، توان مقابله با تنش و غلبه بر بحران روان‌شناختی، رابطه‌ای قوی با نمرات بالا در احساس انسجام داشته است^[8]. از این رو انتظار می‌رود احساس انسجام روانی با سطح سلامت روانی افراد دیابتی در ارتباط باشد.

دیابت یکی از عوامل تنیدگی‌زای عمده و واقعی در زندگی است که انطباق و مقابله روان‌شناختی، هیجانی و جسمانی قابل توجهی را می‌طلبد. تحقیقاتی نیز پیرامون میزان سطح سلامت روان در بیماران دیابتی انجام شده است؛ از جمله پژوهش صادقی و

بدنی، نحوه کنترل بیماری (مصرف دارو یا انسولین)، مدت سال‌های ابتلا به دیابت، وضعیت اشتغال، میزان تحصیلات و تعداد افراد خانواده است. همچنین در انتهای پرسش‌نامه جدولی حاوی مهم‌ترین و پرشیوع‌ترین عوارض جسمانی دیابت آورده شده که شامل ۱۰ شاخص کنترل عوارض جسمانی دیابت است^[16]. نمره فرد بین صفر تا ۱۰ به‌دست می‌آید که آزمودنی باید با توجه به وضعیت کنونی خود به تکمیل پرسش‌نامه بپردازد و در صورت عدم اطلاع فرد از شرایط جسمانی خود، پرستار یا همراه بیمار به تکمیل سبانه عوارض جسمانی دیابت می‌پردازد.

۲- مقیاس سلامت روان گلدبرگ (GHQ): این پرسش‌نامه ۲۸ سئوالی، چهار خرده‌مقیاس آسیب جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در عملکرد اجتماعی را بررسی می‌کند و برای غربالگری اختلالات روان‌شناختی غیرسایکوتیک در مراکز درمانی و سایر جوامع طراحی و تدوین شده است. هر یک از مقیاس‌ها دارای ۷ پرسش است که هر سؤال چهار گزینه دارد. برای نمره‌گذاری از روش لیکرت استفاده شده که به گزینه‌های "الف" تا "د"، به ترتیب نمره صفر تا ۳ تعلق می‌گیرد و حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۸۴ است^[17]. در مطالعه‌ای ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در گروه دیابتی ۰/۹۲ و در گروه غیردیابتی ۰/۸۳ به‌دست آمده است^[18]. پرسش‌نامه GHQ به‌صورت منفی نمره‌گذاری می‌شود، به این صورت که بالاتر بودن نمره بیانگر عدم سلامت روان است.

۳- مقیاس احساس انسجام روانی فلنسبرگ: این پرسش‌نامه یک آزمون ۳۵ سئوالی است که با مقیاس سه‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، به این ترتیب که هر یک از دو گزینه اول نمره ۳ و دو گزینه آخر نمره یک که پایین‌ترین امتیاز است را دریافت می‌کنند. در این پرسش‌نامه حداقل نمره ۳۵ و حداکثر نمره ۱۰۵ است. این پرسش‌نامه متشکل از سه زیرمقیاس فهم‌پذیری (توانای درک)، توانایی مدیریت و معنی‌داری است. نسخه ۲۹ سئوالی و ۱۳ سئوالی این پرسش‌نامه توسط آنتونوسکی ساخته شده و این پرسش‌نامه توسط فلنسبرگ و همکاران در سال ۲۰۰۶ تجدید نظر شده است^[19]. در این پژوهش از نسخه تجدیدنظرشده احساس انسجام روانی استفاده شد. فلنسبرگ برای پایایی پرسش‌نامه، ضریب آلفای کرونباخ را در یک پژوهش ۰/۸۷ و در پژوهش دیگر ۰/۸۶ گزارش کرده است^[20]. اریکسون و همکاران در یک بررسی سیستمی روی مجموعه ۴۵۸ مقاله علمی و ۱۳ پایان‌نامه دوره دکترا که بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۳ منتشر شده بودند، نتیجه‌گیری کردند که پرسش‌نامه‌های حس انسجام روانی (۲۹ سئوالی و ۱۳ سئوالی) پایا و معتبر هستند و قابلیت کاربرد بین‌فرهنگی را دارند. ضریب آلفای به‌دست‌آمده برای پرسش‌نامه ۲۹ ماده‌ای در ۱۲۴ پژوهش، رقم معادل ۰/۷۰ الی ۰/۹۵ را نشان داد. آزمون- بازآزمون بیانگر ثبات پرسش‌نامه‌ها بود و نشان‌دهنده همبستگی ۰/۶۹ تا ۰/۷۸ در فاصله یک سال، ۰/۶۴ برای دو سال، ۰/۴۲ تا ۰/۴۵ برای ۴ سال، ۰/۵۹ تا ۰/۶۷ برای ۵ سال و ۰/۵۴ برای ۱۰ سال بود^[21].

در مرحله اجرای پژوهش، پژوهشگر پس از معرفی خود و توضیح کامل در مورد هدف پژوهش و نحوه تکمیل پرسش‌نامه‌ها، تاکید نمود که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده بی‌نام بوده و اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر مشخصات آنها منتشر می‌شود و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند. تمام پرسش‌نامه‌ها به‌صورت انفرادی تکمیل شدند و پژوهشگر برای رفع ابهامات احتمالی آزمودنی‌ها در محل حضور داشت. همچنین در صورتی که بیمار اطلاع چندانی از مشکلات دیابت خود نداشت، پژوهشگر با کمک سرپرستار بخش

همکاران که نشان می‌دهد ۵۴٪ افراد دیابتی مشکوک به اختلالات روانی هستند^[11]. در دیابت، نگرش فرد نسبت به ماهیت بیماری، پیامدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتاری سالم و بهزیستی روان‌شناختی موثر است. درمان دیابت نوع ۲ شامل تعاملات پیچیده عوامل رفتاری- شناختی و زیست‌شناختی است که نیازمند تلاش‌های چندجانبه عملی برای مدیریت بیماری و کاهش بار اقتصادی و بهداشتی است^[12].

عوارض مزمن دیابت شیرین، بسیاری از اعضای بدن را تحت تاثیر قرار داده و مسئول اعظم مرگ‌ومیر ناشی از این بیماری است. از عوارض مزمن بیماری دیابت می‌توان به مشکلات قلبی- عروقی، چشمی، کلیوی، روان‌شناختی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی اشاره کرد. درمان و کنترل تمامی این مشکلات، بیماران و دولت را با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگینی مواجه می‌سازد^[13].

فانبرگر و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که افزایش طول مدت بیماری و سیر پیش‌رونده بیماری‌های مزمن اثرات بسزایی در برخی مولفه‌های روان‌شناسی از جمله سلامت روان دارد و هر چه سطح ناتوانی‌های حاصل از بیماری در فرد بیشتر شود کیفیت زندگی فرد کاهش پیدا می‌کند^[14]. همچنین میسر و دیشون نشان دادند که سطح ناتوانی ناشی از بیماری با جنبه‌های جسمی و روحی و روانی کیفیت زندگی نیز ارتباط معنی‌داری دارد. دیابت نیز با سیر پیش‌رونده خود فرد را به انواع ناتوانی‌های جسمی و روانی مبتلا می‌سازد^[15].

با توجه به اهمیت مسایل روان‌شناختی بیماری دیابت و نقش مهمی که احساس انسجام روانی در کیفیت زندگی و سلامت روان افراد دیابتیک ایفا می‌کند، بررسی روابط همبستگی میان عوارض جسمانی و طول مدت دیابت با احساس انسجام و سلامت روان افراد دیابتیک ضروری و بااهمیت به‌نظر می‌رسد و انتظار می‌رود افرادی که احساس انسجام رشدیافته‌ای دارند بهتر بتوانند با عوارض جسمانی حاصل از بیماری خود کنار آیند و طولانی‌شدن دوره بیماری نتواند سلامت روان آنها را دچار مخاطره کند. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی بیماری با سلامت روان در افراد دیابتی نوع دو بود.

ابزار و روش‌ها

این پژوهش کاربردی از نوع توصیفی- همبستگی در سال ۱۳۹۴ در بین بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت پارسیان شهر مشهد انجام شد. با توجه به جدول نمونه‌گیری کوکران که حداقل ۱۱۳ نفر را پیشنهاد می‌کرد و پژوهش‌های مشابه، ابتدا اطلاعات مربوط به ۱۸۰ نفر جمع‌آوری شد که پس از حذف پرسش‌نامه‌های ناقص، در نهایت تعداد شرکت‌کنندگان در پژوهش به ۱۵۰ نفر رسید. روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری دردسترس بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل؛ داشتن حداقل سواد درک و فهم جملات پرسش‌نامه‌ها، ابتلا به دیابت نوع دو حداقل به‌مدت یک سال، دامنه سنی ۳۰ تا ۸۰ سال، تمایل به شرکت در پژوهش، عدم دریافت هر گونه درمان روان‌شناختی در یک سال اخیر و عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر مانند پارکینسون و آلزایمر بود.

ابزار مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

۱- پرسش‌نامه مربوط به اطلاعات شخصی و چک‌لیست عوارض جسمانی دیابت: این پرسش‌نامه حاوی اطلاعات دموگرافیک شامل؛ سن، جنسیت، مصرف دخانیات، میزان ساعات فعالیت

جدول ۱) میانگین آماری و ضرایب همبستگی متغیرهای طول مدت بیماری، تعداد عوارض جسمانی دیابت، احساس انسجام روانی و عدم سلامت روان در افراد مبتلا به دیابت نوع دو (۱۵۰ نفر)

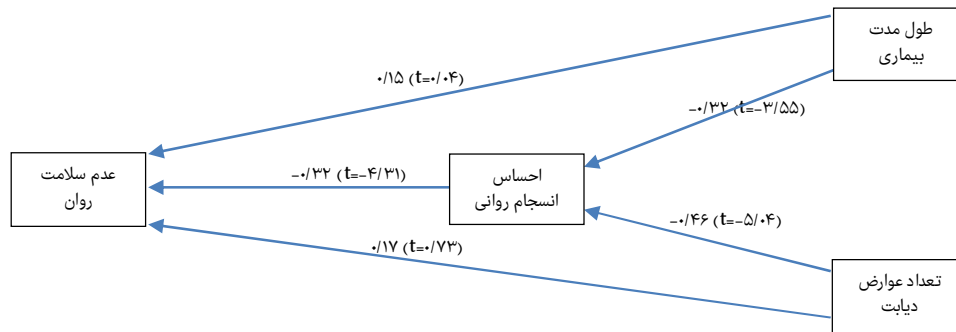
متغیرها	میانگین	۱	۲	۳
۱- طول مدت بیماری (سال)	۱۰/۹۰±۸/۳۰	۱		
۲- تعداد عوارض جسمانی	۴/۴۰±۲/۴۴	**۰/۷۲	۱	
۳- احساس انسجام روانی	۶۳/۳۰±۱۶/۲۰	**۰/۶۴	**۰/۶۹	۱
۴- عدم سلامت روان	۴۷/۳۰±۸/۰۰	*۰/۲۰	**۰/۲۶	**۰/۲۷

p<۰/۰۵*؛ p<۰/۰۱**

جدول ۲) شاخص‌های آزمون نیکویی برازش در مدل تحلیل مسیر

آماره	شاخص‌های نیکویی برازش
۰/۰۰۱	RMSEA (ریشه میانگین مربعات خطای برآورد)
۰/۹۹	GFI (شاخص نیکویی برازش)
۰/۹۵	AGFI (شاخص نیکویی برازش تعدیل شده)
۰/۶۷	λ2 (مجذور کای بهنجار شده)
۲	df (درجه آزادی)
۰/۳۳۵	λ2/df (نسبت مجذور کای بهنجار شده به درجه آزادی)
۱	NFI (شاخص برازش هنجار شده)
۱	NNFI (شاخص برازش هنجار نشده)

طول مدت بیماری و تعداد عوارض جسمانی دیابت رابطه مستقیم و معنی‌داری با احساس انسجام روانی و همچنین رابطه معنی‌دار و مستقیم و غیرمستقیمی با سلامت روان در افراد دیابتیک داشتند. بین حس انسجام روانی و سلامت روان افراد دیابتیک نیز رابطه مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد. با توجه به ضرایب مسیر، اثر غیرمستقیم طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت بر سلامت روان، از اثر مستقیم آنها بیشتر بود (p<۰/۰۵؛ نمودار ۱).



نمودار ۱) مدل برازش شده و ضرایب مسیر رابطه بین طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با عدم سلامت روان به میانجی‌گری احساس انسجام روانی

احساس انسجام روانی دارند. از آنجایی که دیابت یک بیماری متابولیک است که به مرور زمان منجر به نقص در ارگان‌های مختلف فرد به خصوص چشم، کلیه، اعصاب، قلب و رگ‌های خونی می‌شود، هر چه از مدت بیماری زمان بیشتری سپری شود بدن بیمار فرسوده‌تر می‌شود، در نتیجه سلامت و کیفیت اولیه خود را از دست می‌دهد [22, 23]. به‌طور کلی، افراد مبتلا به دیابت در گذر زمان از سطح سلامت پایین‌تری برخوردار می‌شوند و نسبت به سایر افراد جامعه هزینه‌های بیشتری را برای درمان مصرف می‌کنند [24]. ابتلا به بیماری مزمن مولفه‌های اصلی انسجام (درک، مدیریت و

پرستاری، چک‌لیست عوارض جسمانی دیابت فرد را تکمیل می‌نمود.

داده‌ها به کمک نرم‌افزارهای Lisrel و SPSS 18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و علاوه بر شاخص‌های توصیفی (از جمله میانگین و انحراف استاندارد)، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی همبستگی بین متغیرها و از روش تحلیل مسیر برای بررسی الگوی پیشنهادی در زمینه رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با سلامت روان به میانجی‌گری احساس انسجام روانی استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی نمونه‌ها بین ۳۰ تا ۸۰ سال با میانگین سنی ۶۱/۵۹±۶/۴۵ سال بود. ۹۵ نفر از آزمودنی‌ها را زنان و ۵۵ نفر آنها را مردان تشکیل می‌دادند. طول مدت بیماری نمونه‌ها حداقل یک سال و حداکثر ۲۵ سال بود و ۸۲/۳٪ آنها بیش از ۲ سال سابقه بیماری داشتند. ۹۰/۶٪ بیماران این مرکز مبتلا به عوارض مزمن دیابت بودند که از این میان ۶۵/۸٪ نورپاتی، ۳۵/۳٪ عارضه چشمی، ۲۴/۷٪ عارضه کلیوی و ۳۸/۴٪ عوارض قلبی داشتند و ۵۰/۱٪ مبتلا به سایر عوارض بودند.

بین تمام متغیرهای پیش‌بین (طول مدت بیماری دیابت، تعداد عوارض جسمانی دیابت و احساس انسجام روانی) با متغیر ملاک (عدم سلامت روان) همبستگی معنی‌دار وجود داشت (p<۰/۰۵). احساس انسجام روانی بیشترین همبستگی را به‌صورت معکوس با تعداد عوارض جسمانی داشت (جدول ۱).

با توجه به شاخص‌های آزمون نیکویی برازش، مدل پیشنهادی یعنی میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با سلامت روان در افراد دیابتیک از برازش خوبی برخوردار بود (جدول ۲).

بحث

این پژوهش به بررسی رابطه متغیرهای برون‌زا (طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت) با متغیر درون‌زا (سلامت روان) به میانجی‌گری احساس انسجام روانی پرداخت. براساس پیشینه نظری و تجربی، الگوی ارائه شد و با استفاده از روش تحلیل مسیر مورد آزمون قرار گرفت. نتایج تحلیل مسیر در باب مدل پیشنهادی با داده‌های این پژوهش برازش خوبی برقرار کرد.

نتایج حاصل از تحلیل مسیر نشان داد طول مدت بیماری دیابت و تعداد عوارض جسمانی دیابت رابطه مستقیم و معنی‌داری با

می‌دهد و فرد به‌زیستی شخصی بالاتری را احساس می‌کند، در حالی که پایین بودن حس انسجام، آسیب‌پذیری در برابر بیماری را افزایش می‌دهد^[28].

افرادی که از احساس انسجام روانی بالایی برخوردارند، سازگاری و انعطاف‌پذیری بیشتری در رابطه با کنترل و مقابله با عوارض ناشی از بیماری خود دارند و تبعیت بیشتری از رژیم‌های دارویی و غذایی می‌کنند. در مقابل، بیماران با احساس انسجام ضعیف برداشت ذهنی‌شان نسبت به بیماری این است که به‌صورت مادام‌العمر زمین‌گیر و ناتوان شده‌اند و توان مقابله و مدیریت بیماری را نخواهند داشت و زندگی برایشان بی‌ارزش و بی‌معنی می‌شود. به‌عبارتی آنها موقعیت و محرک استرس‌زا را بیش از آنچه هست و توانایی‌های خود را کمتر از آنچه هست برآورد می‌کنند و این باعث می‌شود که فرد مغلوب استرس ناشی از بیماری خود شود^[29].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از نمونه‌گیری دردسترس است. همچنین تناسب جنسیتی مناسب رعایت نشده است و علت آن، عدم تمایل مردان به صحبت در مورد شرایط جسمانی- روانی و مشغله کاری آنها نسبت به بانوان می‌تواند باشد. بنابراین در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش، عدم کنترل متغیرهای تاثیرگذار دیگری چون حمایت اعضای خانواده و شرایط محیط زندگی، نوع خدمات تحت پوشش بیمه درمانی دیابت و غیره است که می‌توانند بر سطح سلامت روان و انسجام روانی افراد اثرگذار باشند، اما در این پژوهش به آن پرداخته نشد.

یکی از پیشنهاداتی که طی این پژوهش شکل گرفت این بود که به بررسی نقش متغیرهای تعدیلگر دیگری چون برخورداری از همراهی یک مراقب در امر تغذیه و مصرف دارو، میزان دریافت حمایت اجتماعی از سوی خانواده و محیط زندگی، میزان آرایه خدمات بیمه درمانی دیابت و غیره که می‌توانند بر سطح سلامت روان اثرگذار باشند، پرداخته شود.

در خلال این پژوهش و در صحبت با افراد دیابتی مرکز، نوعی ترس از تزریق انسولین در بیماران مشاهده می‌شد و از مصرف انسولین به‌صورت تزریقی خودداری می‌کردند، در حالی که پرستار بخش اعلام می‌کرد که این گونه افراد نیاز مبرم به مصرف انسولین دارند و مصرف قرص به‌تنهایی جوابگوی دامنه عوارض بیماری‌های آنها نیست. بنابراین لازم است اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی و حمایتی (ارتقای انسجام روانی در کنترل ترس از تزریق انسولین) را در حل این مساله مورد سنجش و ارزیابی قرار دهیم.

نتایج پژوهش حاضر را می‌توان در برنامه‌ریزی‌هایی که در زمینه درمان و پیشگیری دیابت انجام می‌شود، به‌کار بست. با توجه به مفهوم گسترده و نوظهور انسجام روانی و تاثیر آن بر مدیریت بیماری‌های مزمن باید مطالعات وسیع و چندجانبه‌ای در این زمینه صورت بگیرد تا با در نظر گرفتن تفاوت‌های میان‌فردی و درون‌فردی به نتایج بهتری در امر کنترل و درمان بیماری‌های مزمن همچون دیابت برسیم.

نتیجه‌گیری

احساس انسجام روانی به‌عنوان میانجی‌گر در رابطه طول مدت بیماری و تعداد عوارض جسمانی با سلامت روان افراد دیابتی نوع دو، نقش پراهمیتی در کنترل عوارض جسمانی و روانی بیماری دیابت دارد.

معنی‌داری) را به‌صورت جدی تهدید می‌کند. لذا در توجیه نتایج این پژوهش می‌توان گفت با افزایش طول دوره بیماری و بالطبع افزایش عوارض جسمانی، احساس انسجام روانی فرد دیابتیک به‌مخاطره می‌افتد. این یافته در تایید نظر آنتونوسکی است که بیان می‌دارد وضعیت جسمانی فرد نقش پررنگی در تعبیر و نگرشش از جهان به‌عنوان قابل درک، قابل اداره و بامعنا بودن ایفا می‌کند.

براساس نتایج حاصل از تحلیل مسیر، طول مدت بیماری دیابت و تعداد عوارض جسمانی دیابت رابطه معنی‌دار و مستقیم و غیرمستقیمی نیز با سلامت روان در افراد دیابتیک داشت. این نتایج با پژوهش‌های دیگر^[1, 3, 4, 13] همسو است. طولانی بودن دوره درمان دیابت و تحمیل شدن شرایط پیچیده و سخت رژیم‌های غذایی و دارویی و متوقف شدن شرایط عادی زندگی بیمار و اینکه باید هر روز و هر ساعت از عمرش را به مدارا با بیماری خود پردازد سبب کاهش معنی‌دار سلامت روانی فرد می‌شود^[3]. به‌طور کلی بیماری‌های مزمن با گذشت زمان منجر به افسردگی در افراد مبتلا می‌شوند و این در مورد بیماران دیابتی سه‌برابر شایع‌تر است^[13]. بیشتر مسایل روان‌شناختی بیماران دیابتی در گذر زمان و به‌دلیل مشکلات تحمیل شده از جانب دیابت مانند رژیم غذایی، تحرک و فعالیت کم، پایش تهاجمی قند خون، تزریق روزانه انسولین، عوارض مزمن جسمانی، بستری شدن در بیمارستان و کوتاه شدن متوسط عمر است^[25].

براساس نتایج این پژوهش، بین حس انسجام روانی و سلامت روان افراد دیابتیک رابطه مستقیم و معنی‌داری مشاهده شد. نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های پیشین همسو است^[7, 9, 12]. لذا در توجیه نتایج این پژوهش می‌توان گفت ادراک و باورهای فرد در برخورد با شرایط استرس‌زای بیماری مزمن و چگونگی ادراک بیماری دیابت (مولفه اول احساس انسجام روانی) و مدیریت (مولفه دوم احساس انسجام روانی) و معنادهی بیماری (مولفه سوم احساس انسجام روانی) در میزان سلامت روان افراد دیابتیک موثر است و به‌طور کلی حفظ انسجام در برابر بیماری پیش رو، ملاک مهمی در تعیین میزان سلامت جسمانی و روانی فرد است^[19].

افرادی که ناتوان از کنترل و مدیریت استرس ناشی از بیماری باشند و نتوانند معنایی برای مقابله و ادامه درمان داشته باشند، به‌شدت سطح سلامت روانشان کاهش پیدا می‌کند. اما در مقابل، افرادی که احساس انسجام بالایی دارند، کمتر محرک بیماری را استرس‌زا می‌دانند، با دیدی مثبت به وقایع و شرایط تنش‌زا نگاه می‌کنند و آن را به‌عنوان چالش، نه تهدید، می‌بینند^[8].

توکاری و همکاران در یک مطالعه، زمینه‌یابی آثار حس انسجام روانی را بر سلامت جسمی دانشجویان ژاپنی پیگیری کردند. نمرات پایین احساس انسجام با شیوع بالای شکایات روان-تنی ارتباط داشت. خطر پیشرفت علائم روان-تنی در پسران نوجوانی که نمرات پایین در احساس انسجام روانی داشتند، ۱۵مراتبه بیشتر از افراد با نمرات بالای احساس انسجام روانی بود^[26].

آنتونوسکی تاکید دارد که یک حلقه ارتباطی بین احساس انسجام روانی و سلامت جسمی و روانی وجود دارد. به‌عقیده آنتونوسکی استرس همه جا وجود دارد، ولی همه افراد واکنش منفی نسبت به آن نشان نمی‌دهند^[27]. گاهی مشاهده می‌شود عده‌ای از افراد با وجود قرارگرفتن در موقعیت‌های بالقوه ناتوان‌کننده، سلامتی خود را حفظ می‌کنند. کرانتز و آسترگرن نیز اعلام داشتند که حس انسجام بالا تمایل به کنترل بهتر و موثرتر استرس را افزایش

decision-making and clinical practice in type 2 diabetes. *Value Health*. 2010;13(1):138-47.

13- Behrouz B, Bavali F, Heidarizadeh N, Farhad M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological symptom, coping styles and quality of life in patients with type 2 diabetes. *J Health*. 2016;7(2):236-53. [Persian]

14- Pfaffenberger N, Pfeiffer KP, Deibl M, Höfer S, Günther V, Ulmer H. Association of factors influencing health-related quality of life in MS. *Acta Neurol Scand*. 2006;114(2):102-8.

15- Miller A, Dishon S. Health-related quality of life in multiple sclerosis: The impact of disability, gender and employment status. *Qual Life Res*. 2006;15(2):259-71.

16- Heshmati H, Behnampour N, Khorasani F, Moghadam Z. Prevalence of chronic complications of diabetes and its related factors in referred type 2 diabetes patients in Freydonkenar diabetes center. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2014;1(1):36-43. [Persian]

17- Sardar MA, Boghrabadi V, Sohrabi M, Aminzadeh R, Jalalian M. The effects of aerobic exercise training on psychosocial aspects of men with type 2 diabetes mellitus. *Glob J Health Sci*. 2014;6(2):196-202.

18- Amiri Z, Yazdanbakhsh K. Comparison of coping styles and mental health in patients with type ii diabetes and non-diabetic individuals. *J Diabetes Nurs*. 2014;2(3):20-8. [Persian]

19- Sabri Narzadeh R, Abdkhodaei MS, Tabibi Z. Study of causal relationship between sense of coherence, psychological hardness, coping strategies and mental health. *Res Psychol Health*. 2012;6(1):26-35. [Persian]

20- Flensburg-Madsen T, Vetegodt S, Merrick J. Why is Antonovsky's sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky's 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). *ScientificWorldJournal*. 2005;5:767-76.

21- Eriksson M, Lindstrom B, Lilijs J. A sense of coherence and health. Salutogenesis in a social context: Aland, a special case?. *J Epidemiol Community Health*. 2007;61(8):684-8.

22- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2010;33(Suppl 1):S62-9.

23- Sadeghie Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. The effect of complications of type II diabetes on patients: quality of life. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2008;8(4):394-402. [Persian]

24- Tavakoli khormizi S, Hamedinia M, Amiri Parsa T, Khademosharie M, Azarnive MS. Comparison the effect of two periods of aerobic training and one period of detraining on the quality of life and mental health of women with diabetes type 2. *Horizone Med Sci*. 2015;21(3):205-12. [Persian]

25- Schmitz N, Gariépy G, Smith KJ, Clyde M, Malla A, Boyer R, et al. Recurrent subthreshold depression in type 2 diabetes: An important risk factor for poor health outcomes. *Diabetes Care*. 2014;37(4):970-8.

26- Togari T, Yamazaki Y, Sasaki T, Yamaki CK, Nakayama K. Follow-up study on the effects of sense of coherence on well-being after two years in Japanese university undergraduate students. *Personal Individ Differ*. 2002;44(6):1335-47.

27- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well* (Jossey Bass Social and Behavioral Science Series). 1st edition. Sanfrancisco: Jossey-Bass Press; 1987. pp. 122-5.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه اعضا و کارکنان مرکز تخصصی دیابت پارسیان مشهد به‌ویژه واحد پرستاری تقدیر و تشکر به‌عمل می‌آید.

تأییدیه اخلاقی: رضایت نمونه‌ها برای شرکت در پژوهش اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که پرسش‌نامه‌های مورد استفاده بی‌نام بوده و اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش بدون ذکر مشخصات آنها منتشر می‌شود و در هر زمان که مایل باشند می‌توانند از مطالعه خارج شوند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: مریم حسینی (نویسنده اول)، نگارنده مقاله/پژوهشگر اصلی/ تحلیلگر آماری (۶۵٪)؛ محمدسعید عبدخدایی (نویسنده دوم)، روش‌شناس (۲۵٪)؛ حمیدرضا آقاحمدیان شعریاف (نویسنده سوم)، نگارنده بحث (۱۰٪).

منبع مالی: کلیه مراحل این پژوهش بدون کمک مالی از سوی مرکز و سازمان خاصی صورت گرفته است.

منابع

1- Eged LE, Dismuke CE. Serious psychological distress and diabetes: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rep*. 2012;14(1):15-22.

2- Morowatisharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. The relationship between perceived benefits/barriers of self-care behaviors and self management in diabetic patients. *Hayat*. 2007;13(1):17-26. [Persian]

3- Ateshza F, Ebrahimi N, Khazae N. *Internal Medicine Surgery 2*. Tehran: Boshra Press; 2007. [Persian]

4- Snoek FJ, van der Ven NC, Twisk JW, Hogenelst MH, Tromp-Wever AM, van der Ploeg HM, et al. Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: long-term effects on HbA moderated by depression. A randomized controlled trial. *Diabetes Med*. 2008;25(11):1337-42.

5- Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine*. 2006;34(2):61-2.

6- Rubin RR, Peyrot M. Quality of life and diabetes. *Diabetes Metab Res Rev*. 1999;15(3):205-18.

7- Sullivan GC. Towards clarification of convergent concepts: Sense of coherence, will to meaning locus of control, learned helplessness and hardness. *J Adv Nurs*. 1993;18(11):1772-8.

8- Aghayousefi AR, Sharif N. Correlation between psychological well-being and sense of coherence in the student of Islamic Azad University-Central Tehran Branch. *Pejouhandeh*. 2011;15(6):273-9. [Persian]

9- Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Soc Sci Med*. 1993;36(6):725-33.

10- Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping style and personality domains related to menopausal stress. *Women Health Issues*. 2003;13(1):32-8.

11- Sadeghi Movahed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, et al. The study of coping style and mental health relationships in Diabetes patients. *J Fundam Ment Health*. 2010;12(2):480-7. [Persian]

12- Cobden DS, Niessen LW, Barr CE, Rutten FF, Redekop WK. relationships among selfmanagement, patient perceptions of care, and health economic outcomes for

- نقش میانجی‌گری احساس انسجام روانی در رابطه طول مدت و تعداد عوارض جسمانی دیابت با میزان سلامت روان در افراد دیابتی نوع دو ۳۱۷
- 29- Aghayousefi AR, Mozaffari K, Sharif N, Sepasi M. Reliability and validity of the "personal well-being index-cognitive disability" on mentally retarded students. Iran J Psychiatry. 2013;8(2):68-72.
- 28- Krantz G, Ostergren PO. Does it make sense in a coherent way? Determinants of sense of coherence in Swedish women 40 to 50 years of age. Int J Behav Med. 2004;11(1):18-26.