

مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو

فاطمه محمدی¹، هادی اکبری‌نژاد^{2*}، پریا فاروقی³

- 1- دانشجو ارشد روانشناسی، موسسه آموزش عالی نبی ریم، تبریز، ایران.
sahel.javadi@yahoo.com
- 2- استادیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)
hadiakbarinejhad@yahoo.com
- 3- دیار گروه روانشناسی موسسه آموزش عالی نبی اکرم، تبریز، ایران.
p.faroughi@ucna.ac.ir

تاریخ پذیرش: [1403/5/24]

تاریخ دریافت: [1403/2/13]

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو بود. روش پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 بود که عضو انجمن دیابلا این شهر بودند تشکیل دادند. نمونه‌اماری شامل 100 نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو (50 نفر) زنان مبتلا به دیابت نوع دو (50 نفر) زنان مبتلا به دیابت نوع یک بودند. به منظور مقایسه با گروه هدف، با استفاده از روش نمونه‌گیری هفتمند انتخاب و با استفاده از پرسشنامه‌های استرس ادراک‌شده کوهن (1983)، احساس انسجام فلسنبرگ (2006) و تبعیت از درمان بیلاری لای لازمن مدائلو (1392) مورد آزمون قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانو) استفاده شد. تجزیه و تحلیل فرضیه‌ها نشان‌دهنده این بود که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو تفاوت معنی‌داری در مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده) ($p > 0/05$)، احساس انسجام و مؤلفه‌های آن (فهم‌پذیری (توانایی) دلا، علاقه‌مندی مدیریت و معناداری) ($p > 0/05$) و پایبندی به درمان و مؤلفه‌های آن (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) ($p > 0/05$) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت میزان استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در هر دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو به یک اندازه است.

واژه‌های کلیدی: استرس ادراک‌شده، احساس انسجام، پایبندی به درمان، دیابت نوع یک و دو.

1- مقدمه

دیابت یک سندرم مزمن وابسته به سوخت‌وساز¹ بدن و شایع‌ترین اختلال اندوکراین² است که اوج شیوع آن بین 10 تا 15 سالگی است و در 75 دلاصد موقلاً قبل از 18 سالگی تشخیص داده می‌شود و میزان آن در زنان بالا از مردان است (Kliegman & Geme, 2020). متأسفانه با وجود پیشرفت‌های علوم پزشکی، شیوع دیابت نه تنها کاهش نیافته، بلکه روز به روز در حال افزایش است (Bloomgarden & Rapaport, 2023). پیش‌بینی می‌شود میزان بروز و شیوع دیابت در سطح جهانی تا سال 2025 به‌ترتیب به 26/6 میلیون و 570/9 میلیون نفر برسد (Lin, Xu, Pan, Xu, Ding, Sun & et al, 2020). احتمال داده می‌شود که در ایران بین 5 تا 7 میلیون بیمار مبتلا به دیابت وجود داشته باشد (افشار، معماریان، محمدی و کفایی، 1394). به لحاظ سبب‌شناختی، دو نوع متمایز دیابت وجود دارد، دیابت نوع یک³ و دیابت نوع دو⁴ (Bloomgarden & Rapaport, 2023). دیابت نوع 1 یا دیابت قندی وابسته به انسولین⁵ یک اختلال مربوط به سوخت‌وساز است که ویژگی اصلی آن عدم تولید و ترشح انسولین است. علت ایجاد آن یک اختلال خودایمنی⁶ در سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس⁷ لوزالمعده⁸ است. دیابت نوع 1 در سنین کمتر از 40 سالگی در افراد اتفاق می‌افتد (D'Souza, Empringham, Pechlivanoglou, Uleryk, Cohen & Shulman, 2023). دیابت نوع 2 یا دیابت غیر وابسته به انسولین بیش‌تر لار افراد بالای 30 سال دیده می‌شود. در این نوع دیابت، انسولین تولیدشده از لوزالمعده به‌خوبی عمل نمی‌کند؛ در واقع یا لوزالمعده به اندازه کافی انسولین ترشح نمی‌کند و یا انسولین ترشح‌شده فاقد کارایی لازم برای بدن است (Pillai, Has, Quintos, Gonzalez, Kasper, Topor & et al, 2023). دیابت نوع 2 به دلایل فرآیندهایی که در بدن بیمار ایجاد شده است، به مراتب پیچیده‌تر از دیابت نوع 1 است (Pugh & Beverly, 2023). دیابت، علاوه بر عوارض جسمانی برای مبتلایان، نظیر اختلالات بینایی مانند تاری دید، تکرر ادرار، گرسنگی و تنگی شدید، کاهش وزن بی‌دلیل، شب ادراری، ضعف و خستگی (در دیابت نوع 1)، (Longendyke, Grundman & Majidi, 2024)؛ و تشنگی و خشکی دهان، کاهش وزن بی‌دلیل، تاری دید، احساس گرسنگی و تشنگی بیش‌لاد، بی‌حسی در پاها و مورمور شدن دست‌ها، مشکلات کلیوی، تکرر ادرار، طولانی شدن روند ترمیم زخم‌ها، بی‌لاری‌های لاه (در دیابت نوع 2) (ElSayed, Aleppo, Aroda, Bannuru, Brown, Bruemmer & et al, 2023). آن‌ها را درگیر مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب و افسردگی (رامش، علیزاده مقدم، صفری و فیضی، 1397)، استرس ادراک‌شده⁹ (منصوری، شهدادی، عارفلا و شهرکی‌لاد، 1395)، کاهش احساس انسجام¹⁰ (Ramos-Valle, García-Cortés & Dichi-Romero, 2023) و کاهش پایبندی به درمان¹¹ می‌کند که این مؤلرد نهایتاً منجر به لاهش کیلات زندگی مبتلایان می‌شود (Gupta, Kapoor & Sood, 2021).

استرس واکنش در مقابل یک تهدید ادراک شده (واقعی یا خیالی) نالبت به سلامت روانی، جسمانی، هیجانی و معنوی فرد است که منجر به یک سلسله پاسخ‌ها و سازگاری‌های فیزیولوژیک‌لای‌شود (فروزان‌فر، جبل عاملی، سلطانی‌زاده، امامی و انصاری شهیدی، 1403). واکنش‌های فیزیولوژیک مذکور مستلزم درگیری وسیع سیستم عصبی خودکار و سایر قسمت‌های ارگانیزم از جمله غدد داخلی و سیستم ایمنی است. البته وجود سطحی بهینه از استرس و تنش برای اقدام به فعالیت لازم است ولی اگر میزان تنش از حدی فراتر رود طوری که انسان فرصت کافی برای ایجاد تعادل و توازن نداشته باشد، دچار تحلیل قوا شده و عوارض استرس را تجربه خواهد کرد. استرس شدید یا طولانی می‌واند منجر به شروع، تشدید و تداوم بسیاری از کسالت‌های روانی و جسمانی گردد (Jiang, Jiang, Yue, Li, Sun, Chen & et al, 2023). مفهوم استرس ادراک‌شده برگرفته از نظریه لازاروس و فالکمن¹² (1984) درباره نقش ارزیابی در فرآیند استرس است که به‌وسیله تفسیر یک رویداد لاه‌لانوان رویدادی ایجاد می‌شود لاه فشاری را بر فرد تحمیل می‌کند. ادراک و تقلیل کلی فالا از تقلیل‌پذیری در مقابل استرس لاه، استرس ادراک‌شده فرد است (Feng, Xu & Lei, 2023). افراد یک عامل اثرسزای مشابه با به شکل‌ها مختلف ادراک و تفسیر می‌کنند، عوامل مختلفی می‌توانند در شکل‌گیری استرس ادراک‌شده و تفسیری که فرد از میزان استرس دارد نقش داشته باشد (Feng & et al, 2023). نتیجه بررسی (Kapha, Biswas, Nath, Dhali, Sarkhel & Dhali, 2022) نشان می‌دهد که استرس ادراک‌شده بیماران مبتلا به دیابت بیش‌تر لال استرس افراد غیر مبتلا است و این امر لالاب افزایش قند خون‌لای‌شود. یالی از متغیرهای ملاء دیگر که بررسی آن در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دارد، احساس انسجام است.

1 Metabolic

2 endocrine

3 type 1 diabetes

4 type 2 diabetes

5 insulin

6 autoimmune

7 islets of langerhans

8 pancreas

9 perceived Stress

10 sense of coherence

11 adherence to treatment

12 Lazarus & Folkman

احساس انسجام به توانایی فرد در تشخیص استرس‌سورهای زندگی و سپس بهره‌برداری از آن‌ها. کارآمدی مدل گ. هماهنگ با استرسورها و حفظ سلامتی اطلاق می‌شود (Kazmierczak, Gebuza, Czajkowska, Bannach, Gierszewska, Dombrowska-Pali & et al, 2019). احساس انسجام روانی بیان می‌کند که فرد تا چه حد دارای احساس اطمینان فراگیر، با ثبات و پویاست تا محرک‌های درونی و بیرونی را در طول زندگی، ساختاریافته، قابل پیش‌بینی و شفاف بداند و منابع لازم را برای مواجهه با این محرک‌ها در اختیار بگیرد و در نهایت این مطالبات برآمده از محرک‌ها را چالش‌هایی ارزشمند بداند که ارزش صرف انرژی و زمان را دارد (Krok & Kleszczewska-Albańska, 2019). موریس و هاگر¹ (2022) در پژوهشی نشان دادند که بین احساس انسجام روانی و سلامت جسمانی رابطه وجود دارد. نتیجه بررسی خان‌محمدی، عباسی و رحمانی جوانمرد (1396) نشان می‌دهد که احساس انسجام² به دیابت کمتر از افراد سالم است و این امر بر افزایش قند خون تأثیرگذار است. متغیر مهم دیگری که بررسی آن در بیماران مبتلا به دیابت اهمیت دارد، پایداری به درمان است.

پایداری به درمان یکی از مهمترین موضوعات در زمینه بیماری‌های جسمی و روانی و به معنای نادیده نگرفتن دستورات پزشک است (Bosworth, Fortmann, Kuntz, Zullig, Mendys, Safford & et al, 2017). مهمترین دلیل افزایش عوارض و مرگومیر در بیماران دیابتی، عدم خود-مدیریتی و پایداری به درمان (شامل رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع داروها، نظارت بر گلوکز² خون، فعالیت بدنی منظم و مراقبت از پا) است (Świątoniowska-Lonc, Tański, Polański, Jankowska-Polańska & Mazur, 2021). عدم پایداری به درمان، علاوه بر تحمیل عوارض بی‌شمار بر سلامتی، می‌تواند اثرات اقتصادی منفی قابل‌توجهی (هزینه‌های درمانی ناشی از بستری شدن مجدد، غیبت از محل کار، درمان طولانی‌مدت عوارض شدید فزاینده و در نهایت مرگ) نیز به دنبال داشته باشد (Bosworth & et al, 2017). از این‌رو باید عنوان داشت که کنترل دیابت مستلزم مشارکت فعالانه بیماران در انجام رفتارهای پایداری به درمان از جمله رژیم غذایی، فعالیت بدنی و مصرف داروها است (Leon, Namadingo, Bobrow, 2021). نتیجه مطالعه (Cooper, Crampin, Pauly & et al, 2021). نتیجه مطالعه (Cooper, Crampin, Pauly & et al, 2021) حاکی از این است که پایداری به درمان ممکن است منجر به پیامدهای بهتر کنترل قند خون شود. ابتلا به عوارض مزمن بیماری دیابت، کاهش امید به زندگی و مرگومیر ناشی از آن، بار اقتصادی زیادی را به فرد، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و کیفیت زندگی فرد و خانواده را به شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد (Gupta & et al, 2021). این بیماری با علائم آزاردهنده و نگاه منفی جامعه که با برجسب زدن به فرد مبتلا همراه است، هویت افراد را تهدید می‌کند و بر بروز احساسات منفی آن‌ها می‌افزاید (Dickinson, 2017). مقوله بررسی و پرداختن به استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایداری به درمان در بیماران مبتلا به دیابت به این دلیل حائز اهمیت است که در صورت توجه به آن‌ها می‌توان مانع ناامیدی، کاهش انگیزه، کاهش فعالیت‌های اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی مبتلایان شد و از این‌رو در ابعاد عمیق‌تر، بر توسعه اقتصادی- اجتماعی یک کشور تأثیر گذاشت. همچنین، شناخت مشکلات روان‌شناختی این بیماران نظیر استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایداری به درمان و تلاش برای رفع این مشکلات با توجه به هزینه‌های بالایی که برای افراد و جامعه دارد از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. با توجه به مطالبی که به آن‌ها اشاره شد پژوهش حاضر درصدد بود تا این امر مهم را مورد بررسی و مطالعه قرار دهد؛ بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این بود: آیا استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایداری به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو متفاوت است؟

2- مرور مبانی نظری و پیشینه

لایدها یا دیدگاه‌ها بر اساس دیدگاه لازاروس لانکه رخ داده‌اند. زندگی چگونه ارزیابی می‌شود عامل مهمی است که تعیین می‌کند این رخ داده‌ها باعث تنیدگی خواهند شد یا خیر و تفسیر رویدادهای تنیدگی‌زا، از خود رویدادها مهم‌تر است. لازاروس و همکارانش در الگوی تعاملی تنیدگی، چهارچوب جامعی برای تنیدگی فراهم آوردند. طبق الگوی تعاملی لازاروس و فولکمن، چگونگی ارزیابی و نحوه تفسیرها از حوادث می‌تواند واکنش‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای ما را تحت تأثیر قرار دهد. در حقیقت افراد به موقعیت‌ها یا شرایط زندگی بر مبنای معنایی که این موقعیت‌ها برای آن‌ها دارد واکنش نشان می‌دهند. بعد اصلی تنیدگی، چگونگی ادراک فرد از تنیدگی است و موقعیت‌ها ذاتاً تنیدگی‌زا نیستند. نظریه پردازش اطلاعات: ایلا نظریه تمایز بین تنش‌های روان‌شناختی و فیزیولوژیک را ممکن می‌سازد. در نظریه پردازش اطلاعات³، بر چگونگی تفسیر محرک‌ها به عنوان عامل تنش تأکید شده است. بر این اساس، این نظریه بر ارزیابی شناختی و توجه انتخابی تأکید دارد. از این دیدگاه تصمیم فرد در مورد این‌که کدام محرک‌ها باید در حافظه کوتاه‌مدت پردازش شوند یا مورد فراموشی و غفلت قرار گیرند نیز در بروز و تشدید استرس نقش دارد. دیدگاه پردازش اطلاعات ساختارهای حافظه بلندمدت را نیز مورد توجه قرار داده است. چراکه آمادگی شناختی فرد به او اجازه می‌دهد که تفسیرش از مجموعه‌ای از محرک‌ها خوشایند یا ناخوشایند باشد. با افزایش ارزیابی‌های مشخص از محرک‌ها به منزله منابع تنش، فشار بیشتری بر سیستم وارد می‌شود. به‌طور کلی، فشار بیشتر بلا اطلاعاتی بیشتری روی جریان‌ات زیستی و شناختی فرد

¹ Moyers & Hagger

² glucose

³ information processing theory

مدل بهینه‌سازی احساس انسجام: بر اساس مدل بهینه‌سازی انسجام، شناخت هر فرد به عناصری که در ارتباط با یکدیگرند تقسیم می‌شود و این عناصر بر اساس این‌که ارتباطات مطلوب پدید آید، به گروه‌های پذیرفته‌شده یا پذیرفته‌نشده تقسیم می‌گردد. ارتباط میان دو عنصر ممکن است مثبت یا منفی باشد. دگر آن دو عنصر با یکدیگر مطابقت داشته باشند (ارتباط بین آن‌ها مثبت، سازنده، تسهیل‌گر و تبیینی باشد) ارتباط مثبت خواهد بود و اگر در تعارض با یکدیگر باشند، یعنی ارتباط آن‌ها منفی، ناسازگارانه و غیر قابل تطبیق باشند) ارتباط منفی خواهد بود. شبکه ارتباطات مطلوب هنگامی مورد استفاده قرار می‌گیرد که هدف، رسیدن به حداکثر وحدت و یکپارچگی بهینه باشد (Krok, 2020). این شبکه‌ها در روان‌شناسی برای مدل‌سازی‌های مختلف شناختی و فرآیندهای معه‌شناختی- روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. رون این شبکه ارتباطات، یک واحد ساده وجود دارد که عملکرد آن ه بند یک سلول عصبی است که با سه خصیصه اصلی شناسایی می‌شود: دسته درو. داده‌ها (فعال‌سازی از واحدهای دیگر منتقل می‌شود و شدت آن به اهمیت ارتباط بستگی دارد)، عملکرد فعال‌سازی (درون داده‌ها چگونه پردازش می‌شوند) و فعال‌سازی (برآیند عملکرد فعال‌سازی روی درون داده‌ها). هرچه توانایی حمل منفی بیشتر باشد، احتمال این‌که ارتباط منفی باشد بیشتر است و وزن ارتباط مثبت نیز بیشتر است و وزن ارتباط مثبت نیز مطابق توانایی تحمیل مثبت است، هدف شبکه رسیدن به شرایط مطلوب است. (طاهری نخست، 1380).

نظریه خودتنظیمی: خودتنظیمی را به عنوان توانایی فرد در کسب کنترل کارکردهای بدنی، مدیریت رفتارها، افکار و هیجان‌ها و حفظ توجه و تمرکز بر تکالیف مورد نظر تعریف می‌کنند. نظریه خودتنظیمی مفهوم پایبندی به درمان را بر اساس فاکتورهای شناختی و برنامه‌ریزی‌های بیمار در نظر می‌گیرد. این نظریه پیشنهاد می‌کند که پایبندی به مصرف دارو تابعی از تجربه ذهنی بیمار از تهدید به سلامتی است که به نوبه خود استراتژی‌های مختلف مقابله‌ای مانند پایبندی به دارو هدایت خواهد کرد. در این تئوری فرض شده است که افراد ولاتشان را حللا کنند (Murray, Morrow, Weiner, Tu, Deer, Brater & Weinberger, 2004). در این مدل، رفتار به طور قابل ملاحظه‌ای با هیلانات و تجارب ذهنی بیمار تأثیر می‌پذیرد. رفتار وابسته به؛ ادراک بیمار از وضعیت فعلی و وضعیت هدف، طرح بیمار برای تغییر وضعیت موجود برای رسیدن به هدف (مقابله) و ارزیابی بیمار در پیشرفت برای رسیدن به هدف است. اگر اهداف به دست نیایند بیمار ممکن است، ادراکش (پرچسبزدن) یا وضعیت مقابله‌اش را تغییر دهد. راه‌های بیمار برای مقابله بستگی به ملاحظات شناختی دارد. هم راه‌های مقابله ش. ختی و هم راه‌های مقابله هیجانی ممکن است به وسیله عوامل درونی (برای مثال نشانه‌ها) و عوامل بیرونی (برای مثال پیام‌های رسانه‌ای) راه‌اندازی شود (غیاثوندیان، سلیمی، نوید حمیدی و ابراهیمی، 1396).

مهرابی‌زاده هنرمند، عیدی با یگی و داوودی (1391) در پژوهش خود با موضوع «مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1، 2 و افراد غیر مبتلای شهر اهواز» که در بین 100 بیمار مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت شهر اهواز (50 نفر دیابت نوع یک و 50 نفر دیابت نوع دو) و 50 فرد غیر مبتلای این شهر صورت گرفت، نشان دادند که بین بیماران دیابتی نوع 1 و 2 با افراد غیر دیابتی تفاوت معنی‌دار در متغیرهای کیفیت زندگی و سلامت روان وجود دارد، اما بین دو گروه افراد دیابتی از لحاظ متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در مقاله‌ای با موضوع «شیوع افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 و نوع 2» که در بین 75 بیمار مبتلا به دیابت نوع 1 و 2 پاکستانی انجام شد، نتیجه گرفتند که افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بیش‌تر از افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 است (Mumtaz, Sarfraz, Usman & Rizvi, 2023). در تحقیقی تحت عنوان «پایبندی به انسولین درمانی و عوامل مرتبط در بین بیماران دیابتی نوع 1 و 2 در پیگیری در بیمارستان ارجاعی دانشگاه مدا والابو گوبا، جنوب شرقی اتیوپی» که در میان

311 بیمار دیابتی نوع 1 و 2 انجام شد، نشان دادند که پایداری به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 بیش‌تر از پایداری بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 است (Chefik, Tadesse, Quisido & Roba, 2022). در بررسی با موضوع «شیوع بالای علائم افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 و نوع 2 در کشورهای در حال توسعه: نتایج حاصل از مطالعه بین‌المللی شیوه‌های مدیریت دیابت» که در بین 9865 بیمار مبتلا به دیابت نوع 1 و 2 کلمبیا به انجام شد، نشان دادند که افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بیش‌تر از افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 است (Aschner, Gagliardino, Ilkova, et al, 2020). در بررسی خود با موضوع «بررسی مقایسه‌ای تظاهرات روان‌پزشکی در بیماران دیابتی نوع یک و دو» که در بین 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو هندوستانی انجام شد، نتیجه گرفتند که اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی نوع 1 و 2 بیش‌تر از میانگین اضطراب و افسردگی در جمعیت عمومی است و میزان اضطراب و افسردگی بیماران دیابتی نوع 2 بیش‌تر از بیماران دیابتی نوع 1 است (Chaudhary, Kumar, Chopra, Chhabra & Singh, 2017). در بررسی خود با موضوع «بررسی وضعیت اضطراب در بیماران دیابتی نوع 1 و 2» که در میان 131 بیمار دیابتی نوع 1 و 2 در ترکیه انجام شد، به این یافته رسیدند که اضطراب در بیماران دیابتی نوع 1 کمتر از اضطراب بیماران دیابتی نوع 2 است (Bulut & Bulut, 2016).

3- روش‌شناسی

روش تحقیق در پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 بود که عضو انجمن دیابت این شهر بودند. تشخیص نوع دیابت بر اساس نظر پزشک بود که در پرونده‌های بیماران موجود هست. نمونه پژوهش به روش غیرتصادفی هدفمند انتخاب شد. چون تعداد جامعه به‌طور دقیق در دست نیست، امکان استخراج و برآورد دقیق نمونه با روش‌های مرسوم مانند فرمول کوکران نبود، لذا بر اساس این اصل که برای تحقیقات علی‌مقایسه‌ای بایستی برای هر گروه حداقل 15 نفر آزمودنی وجود داشته باشد (سرم، بازرگان و حجازی، 1401). در این پژوهش حداقل تعداد آزمودنی برای هر گروه 50 نفر در نظر گرفته شد (50 بیمار مبتلا به دیابت نوع یک و 50 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، جمعاً 100 نفر). هدف از این شیوه نمونه‌گیری انتخاب افرادی بود که با هدف پژوهش مطابقت دارند. برای کلیه افرادی که تمایل به شرکت در مطالعه را داشتند، اهداف و روش انجام کار توضیح و از ایشان رضایت‌نامه گرفته شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین آزمودنی‌ها اجرا شد. شایان ذکر است در این پژوهش کلیه ملاحظات اخلاقی رعایت شد. حقوق شرکت‌کنندگان حفظ شد. اطلاعاتشان محرمانه نگه داشته شد. همه اطلاعات لازم در مورد هدف پژوهش برایشان توضیح داده شد و آزمودنی‌ها برای شرکت یا عدم شرکت در پژوهش حق انتخاب داشتند. هیچ‌گونه هزینه‌ای از آن‌ها دریافت نشد و در پایان پژوهش در صورت تمایل از نتیجه آگاه شدند.

3-1- معیارهای ورود و خروج

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (1) جنسیت (مؤنث، 2) سن (30 تا 50 سال) و (3) تحصیلات (حداقل دیپلم)؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل (1) ابتلا به بیماری جدی به غیر از دیابت نظیر سرطان و صرع و... (2) شرکت در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به‌طور هم‌زمان با این پژوهش و (3) استفاده از داروهای روان‌پزشکی بود. الف) مقیاس استرس ادراک‌شده (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983): این مقیاس در سال 1983 از سوی کوهن تهیه شده و دارای 3 نسخه 4، 10 و 14 ماده‌ای است که برای سنجش استرس عمومی ادراک‌شده در طول یک ماه گذشته به کار می‌رود. در این پژوهش از فرم 14 ماده‌ای آن استفاده شده است. این فرم از طریق پرسش - پاسخ‌ها، افکار و احساسات درباره حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنار آمدن با فشار روانی و استرس‌های تجربه‌شده را موردسنجش قرار می‌دهد. همچنین این مقیاس، عوامل خطرزا در اختلالات رفتاری را بررسی - کرده و فرآیند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد (Cohen & et al, 1983). این پرسشنامه از زیرمقیاس‌های خودکارآمدی ادراک‌شده (سوالات 4، 5، 6، 7، 9، 10، 12 و 13) و درماندگی ادراک‌شده (سوالات 1، 2، 3، 8، 11 و 14) تشکیل شده و در کشورهای مختلف کاربرد فراوانی داشته و به همین دلیل به زبان‌های گوناگون ترجمه شده و در کشورهای زیادی هنجاریابی شده است. در این مقیاس به هر پرسش بر اساس طیف 5 درجه‌ای لیکرت به هرگز (0)، تقریباً هرگز (1)، گاهی اوقات (2)، اغلب اوقات (3)، بسیار اوقات (4) امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارت 4، 5، 6، 7، 9 و 13 به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (هرگز (4) تا بسیاری از اوقات (0)). کمترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیش‌ترین نمره 56 است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک‌شده بیش‌تر است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در سه مطالعه 0/84، 0/85 و 0/86 به دست آمده است (Cohen & et al, 1983). در مطالعه صفا یی و شکری (1393) ضرایب آلفای کرونباخ برای عامل‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمره کلی استرس ادراک‌شده به ترتیب برابر با 0/80، 0/60 و 0/76 به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایا یی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده و نمره کلی استرس ادراک‌شده به ترتیب برابر با 0/76، 0/62 و 0/68 محاسبه شده است.

ب) پرسشنامه احساس انسجام فلنسبرگ¹ (2006): این پرسشنامه حاوی 35 سؤال است که به‌صورت 3 گزینه‌ای طراحی شده است. گزینه‌ها با مقیاس سهدرجه‌ای 1 (خیر)، 2 (نمی‌دانم) و 3 (بله) نمره‌گذاری می‌شوند. این پرسشنامه با سؤالاتی مانند (آیا احساس می‌کنید آدم صادق و صریحی هستید و حرف‌های خودتان را راحت می‌گویید؟) به سنجش احساس انسجام می‌پردازد. در این پرسشنامه حداقل نمره 35 (ا احساس انسجام پایین) و حداکثر نمره 105 (ا احساس انسجام بالا) می‌باشد. نسخه 29 سؤالی و 13 سؤالی این پرسشنامه توسط آنتونوسک² ساخته شده بود که توسط (Flensborg, medsen, Ventegodt & Merrick, 2006)، تجدیدنظر شد. در این مطالعه از نوع 35 سؤالی آن استفاده شد. زیرمقیاس‌های این پرسشنامه شامل فهم‌پذیری (توانا بیدرک) (سؤالات 12 تا 24)، توانا بیدیریت (سؤالات 25 تا 35) و معناداری (سؤالات 1 تا 11) است. پایا بید پرسشنامه طبق گزارش فلنسبرگ و همکاران³ (2006)، با روش آلفای کرونباخ 0/87 و در پژوهش - دیگر 0/86 گزارش شده است. میزان همسانی درونی این مقیاس در پژوهش احتشام‌زاده و همکاران (1392) با روش آلفای کرونباخ 0/87 و پایا بید آن با روش تنصیف و دو نیمه‌سازی 0/89 به دست آمده است. در پژوهش حاضر پایا بید کل این پرسشنامه 0/76 محاسبه شده است.

ج) پرسشنامه تبعیت از درمان بیماری‌های مزمن مدانلو⁴ (1392): این پرسشنامه در سال 1392 در پایان‌نامه مدانلو، برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی و روان‌سنجی شده است (مدانلو، 1392). این پرسشنامه دارای 40 گویه و 7 خرده‌مقیاس اهتمام در درمان (سؤالات 1 تا 9)، تمایل به مشارکت در درمان (سؤالات 10 تا 16)، توانا بید تطابق (سؤالات 17 تا 23)، تلفیق درمان با زندگی (سؤالات 24 تا 28)، چسبیدن به درمان (سؤالات 29 تا 32)، تعهد به درمان (سؤالات 33 تا 37)، تردید در اجرای درمان (سؤالات 38 تا 40) است و با استفاده از مقیاس 6 گزینه‌ای لیکرت (از کاملاً=5 تا اصلاً=1) امتیازدهی می‌شود. در نهایت کل مقیاس صفر تا 200 نمره را به خود اختصاص می‌دهد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر خرده مقیاس بیش‌تر باشد، فرد پاسخ‌دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و با تبدیل امتیاز کسب‌شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات، پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می‌گردد. با توجه به میزان تبعیت از درمان بیماران، برحسب درصد امتیاز کسب‌شده (25-0% =ضعیف، 26-41% =متوسط، 50-74% =خوب، 75-100% =بسیار خوب) می‌توان تبعیت از درمان را در کل و یا در هر یک از ابعاد تبعیت به‌طور جداگانه بررسی نمود. در پژوهش مدانلو (1392) متوسط شاخص روا بید محتوا بید پرسشنامه 0/91 به دست آمده است. همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ $\alpha=0/921$ محاسبه شده است و پایا بید ابزار تبعیت از درمان با استفاده از روش آزمون مجدد، با فاصله زمانی دو هفته سنجیده شده و ضریب همبستگی آن 0/875 گزارش شده است (مدانلو، 1392). در پژوهش حاضر پایا بید کل این مقیاس به روش آلفای کرونباخ 0/74 محاسبه شده است.

4- یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل آماری از نسخه 24 نرم‌افزار SPSS استفاده شد. برای این منظور در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد، آزمون تی مستقل و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری 0/05 در نظر گرفته شد. اطلاعات مربوط به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در جدول 1 ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار سن زنان مبتلا به دیابت نوع یک $43/80 \pm 7/749$ سال و میانگین و انحراف معیار سن زنان مبتلا به دیابت نوع دو $44/14 \pm 5/729$ سال بود. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/804$) به دست آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر سن تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و افراد هر دو گروه از منظر سن هم‌تا هستند.

جدول 1. میانگین و انحراف معیار یافته‌های توصیفی بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو شهر تبریز در سال 1402 (تعداد در هر گروه 50 نفر)

متغیر	گروه دیابت نوع یک	گروه دیابت نوع دو	p
سن (سال) میانگین $\pm$ انحراف معیار	43/80 $\pm$ 7/749	44/14 $\pm$ 5/729	0/804
سطح تحصیلات	23 (46)	16 (32)	0/919
دیپلم	6 (12)	10 (20)	
فوق‌دیپلم	12 (24)	16 (32)	
لیسانس	9 (18)	8 (16)	

¹ Flensberg sense of coherence questionnaire

² Antonovsky

³ Flensborg & et al

⁴ questionnaire of adherence to the treatment of Madanlo's chronic diseases

همچنین، در گروه دیابت نوع یک، از مجموع 50 نفر، 23 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 6 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 12 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 9 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند و در گروه دیابت نوع دو، از مجموع 50 نفر، 16 نفر دارای تحصیلات دیپلم، 10 نفر دارای تحصیلات فوق‌دیپلم، 16 نفر دارای تحصیلات لیسانس و 8 نفر دارای تحصیلات فوق‌لیسانس هستند. با توجه به سطح معنی‌داری ($p=0/919$) به‌دست‌آمده در جدول 1، می‌توان نتیجه گرفت که بین بیماران دیابت نوع یک و دو از منظر سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و افراد هر دو گروه از منظر سطح تحصیلات همتا هستند ($p > 0/05$).

در پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان دادند که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد مطالعه در نمونه مورد بررسی مدقق شده است؛ زیرا مقادیر z محاسبه‌شده در سطح ($p > 0/05$) معنی‌دار نیستند. در آزمون ام‌باکس، از آنجایی که F متغیرهای استرس ادراک‌شده ($F=1/656$)، احساس انسجام ($F=1/910$) و پایداری به درمان ($F=2/686$) به ترتیب در سطح $0/328$ ، $0/075$ و $0/422$ معنادار نبودند، می‌توان گفت که مفروضه همسانی ماتریس واریانس-کواریانس برای متغیرها برقرار شده است. در آخر، نتایج آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس خطا در گروه‌های مورد مطالعه نشان داد که با توجه به عدم معنی‌داری مقدار F متغیرها در سطح خطای کوچک‌تر از ($0/05$) می‌توان گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در گروه‌ها با هم برابر بوده و از این جهت فرض همسانی واریانس‌های خطا نیز برقرار است.

در جدول 2 نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره برای متغیرهای استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایداری به درمان و مؤلفه‌های آن‌ها ارائه شده است. با توجه به سطوح معنی‌داری به دست آمده می‌توان گفت که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر استرس ادراک‌شده و مؤلفه‌های آن (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده)، احساس انسجام و مؤلفه‌های آن (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) و پایداری به درمان و مؤلفه‌های آن (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$).

جدول 2. مقایسه استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایداری به درمان و مؤلفه‌های‌شان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو

متغیر	نوع سوم مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی ادراک‌شده	9/000	1	9/000	0/695	0/406
درماندگی ادراک‌شده	25/000	1	25/000	2/732	0/102
فهم‌پذیری	0/640	1	0/640	0/039	0/843
توانایی مدیریت	32/490	1	32/490	1/002	0/319
معناداری	29/160	1	29/160	2/857	0/094
اهتمام در درمان	3/240	1	3/240	0/074	0/787
تمایل به مشارکت در درمان	112/360	1	112/360	3/908	0/051
توانایی تطابق	57/760	1	57/760	1/675	0/199
تلفیق درمان با زندگی	15/210	1	15/210	1/083	0/300
چسبیدن به درمان	0/490	1	0/490	0/028	0/869
تعهد به درمان	43/560	1	43/560	2/823	0/096
تردید در اجرای درمان	15/210	1	15/210	1/429	0/235

5- بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه استرس ادراک‌شده (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده)، احساس انسجام (فهم‌پذیری (توانایی درک)، توانایی مدیریت و معناداری) و پایداری به درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانایی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر استرس ادراک‌شده (خودکارآمدی ادراک‌شده و درماندگی ادراک‌شده) تفاوت معناداری وجود ندارد. از آنجاکه در مطالعه پیشینه، پژوهشی که به مقایسه استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخت یافت نشد، نمی‌توان به همسویی یا

ناهمسویی این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها اشاره کرد، اما می‌توان گفت این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تا حدودی مرتبط با موضوع مورد مطالعه از جمله، بولت¹ (2016) و چودار یو و همکاران² (2017) ناهمسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در شرایط استرس‌زا به زندگی می‌کنند و دارای محدودیت‌های بسیاری هستند که به دلیل بیماری مزمن ایجاد شده است. وجود بیماری دیابت می‌تواند خود منبع استرس در این بیماران باشد. بیماری دیابت تغییرات زیادی در سبک زندگی این بیماران ایجاد کرده و رژیم غذا به خاصی را به آن‌ها تحمیل می‌کند؛ بنابراین مستلزم انجام به‌موقع آزمایش‌های پزشکی فراوانی است و بیماران بایستی مرتب قند خون خود را کنترل کنند که همه این‌ها فرایندهای استرس‌زایی هستند که در هر دو نوع دیابت مشترک است. عدم مدیریت استرس در بیماران دیابتی موجب افزایش قند خون می‌شود. بدین ترتیب که بیماران دیابتی وقتی در معرض استرس‌های مداوم قرار می‌گیرند، در مراقبت از خود و رفتارهای حفظ سلامتی و پایبندی به درمان بی‌انگیزه می‌شود. ممکن است مصرف انسولین را به تعویق بیندازند و یا رغبتی به فعالیت‌های ورزشی و حفظ رژیم غذا بی‌نداشته باشند (دوراندیش، روزبان، شهنی‌فیض و ابوذری، 1401)؛ بنابراین استرس ادراک‌شده در بیماران مبتلا به هر دو نوع دیابت می‌تواند به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم بر میزان کنترل بیماری و پایبندی به درمان تأثیر بگذارد.

دیگر یافته حاصل از پژوهش نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر احساس انسجام (فهم‌پذیری (توانا یی درک)، توانا یی مدیریت و معناداری) تفاوت معناداری وجود ندارد. از آن‌جاکه در مطالعه پیشینه، پژوهشی که به مقایسه احساس انسجام در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخت یافت نشد، نمی‌توان به همسویی یا ناهمسویی این یافته‌ها با سایر پژوهش‌ها اشاره کرد، اما می‌توان گفت این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های تا حدودی مرتبط با موضوع مورد مطالعه از جمله، آرچنر و همکاران³ (2020) و منتز و همکاران⁴ (2023).

در تبیین این یافته شاید بتوان گفت که حس انسجام یک جهت‌گیری کلی به زندگی است تا یک صفت شخصیتی. این حس سلامت شخص را در مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی مانند درگیر شدن با بیماری مزمن حفظ می‌کند (عوض‌نژاد، روانی‌پور، بحرینی و معتمد، 1395). بیماران مزمن مانند دیابت نوع یک و دو در هنگام برخورد با موانع درمان و یا عود بیماری، اگر تلاش‌هایشان مؤثر نباشد ممکن است احساس شکست کرده و در احساس انسجام، توانایی درک شرایط و مشکل پیش‌آمده، توانایی مدیریت شرایط و احساس معناداری زندگی دچار مشکل شوند. در چنین مواقعی افرادی بیش‌ترین توانمندی و موفقیت را دارند که بتوانند شرایط کلیشه‌ای را به چالش بکشند و موقعیت‌های بحرانی را بدون نگرانی و با اتکا به خودکارآمدی و حس انسجام، کمتر تهدیدآمیز تلقی کنند و خود کنترل‌کننده بیماری خود باشند و از این طریق موجبات رشد و بهبود خود را فراهم کنند (نوری و هومن، 1400). یکی از دلایل کاهش احساس انسجام در بیماران مزمن می‌تواند استرس و فشار روانی ناشی از بیماری باشد که می‌تواند توانایی انطباق و سازگاری با بیماری را کاهش دهد که این مسئله در هر دو نوع بیماران دیابت نوع یک و دو صدق می‌کند و ممکن است علت عدم تفاوت معنادار بین دو گروه بیماران باشد.

همچنین نتایج به دست آمده نشان داد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر پایبندی به درمان (اهتمام در درمان، تمایل به مشارکت در درمان، توانا یی تطابق، تلفیق درمان با زندگی، چسبیدن به درمان، تعهد به درمان و تردید در اجرای درمان) تفاوت معناداری وجود ندارد. در مطالعه پیشینه، تنها پژوهش چفیک و همکاران⁵ (2022) یافت شد که به مقایسه پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداخت که با یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر همسو نیست.

در تبیین یافته حاصل از این فرضیه می‌توان گفت که هر دو نوع دیابت یک و دو در صورت عدم پایبندی به درمان عوارض مشابهی را در بیماران ایجاد می‌کنند. دیابت یک بیماری مزمن است که ممکن است طول عمر را تا ۱۰ سال کوتاه‌تر کند. این تا حدی به دلیل تعدادی از عوارضی است که با آن مرتبط است، از جمله: دو تا چهار برابر شدن خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، افزایش ۲۰ برابری قطع عضو اندام تحتانی و افزایش میزان بستری شدن در بیمارستان (Melmed, Polonsky, 2011). همچنین با افزایش خطر اختلال عملکرد شناختی و زوال عقل از طریق فرایندهای بیماری مانند بیماری آلزایمر و زوال عقل عروقی مرتبط است. دیگر عوارض عبارت‌اند از اختلال عملکرد جنسی و عفونت‌های مکرر. عوارض طولانی‌مدت قند خون بالا عبارت‌اند از بیماری قلبی، سکته مغزی، رتینوپاتی دیابتی (آسیب شبکیه چشم ناشی از قند خون بالا) که می‌تواند منجر به کاهش بینایی، نارسایی کلیه و جریان خون ضعیف در اندام‌ها شود و گاهی به قطع عضو می‌انجامد (ElSayed & et al, 2023). همه این موارد می‌تواند بیماران هر دو دیابت را به یک اندازه ترغیب به پیگیری درمان کند. همچنین با توجه به جامعه آماری پژوهش حاضر که انجمن دیابت شهر تبریز بود و تمامی نمونه‌ها عضو این انجمن بوده‌اند، احتمالاً از طرف انجمن پیگیری‌های لازم جهت پایبندی به درمان و اطلاع‌رسانی از عوارض بیماری به بیماران هر دو نوع دیابت داده می‌شد که می‌تواند در عدم تفاوت بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو در پایبندی به درمان دخیل باشد.

¹ Bulut² Chaudhary & et al³ Aschner & et al⁴ Mumtaz & et al⁵ Chefik & et al

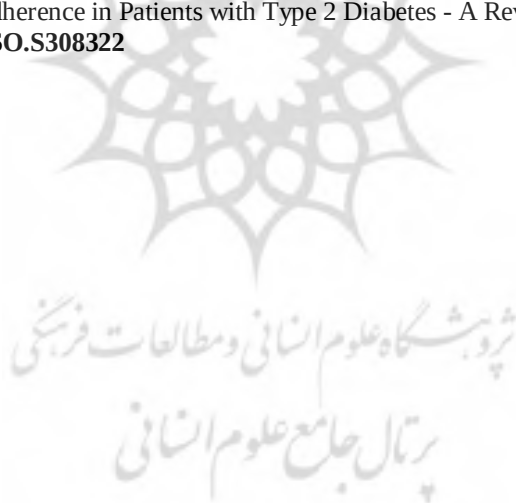
نمونه پژوهش حاضر را زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو مراجعه‌کننده به انجمن دیابت شهر تبریز در سال 1402 تشکیل دادند که این مورد یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر است و تعمیم یافته‌ها به جوامع دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد. با توجه به محدودیت جامعه آماری این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که پژوهش حاضر در بین جوامع آماری مختلف، سایر شهرها نیز اجرا گردد. پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی با نمونه مردان مبتلا به دیابت نوع یک و دو و همچنین مقایسه مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع یک و دو نیز انجام شود تا بتوان متغیرهای مورد مطالعه را از منظر جنسیت مورد بررسی قرار داد. به روان‌شناسان و مشاوران انجمن دیابت، بیمارستان‌ها مراکز مشاوره دولتی و خصوصاً - پیشنهاد می‌شود با برگزاری کلاسگاه آلا آلا - در خصوص کاهش استرس، افزایش احساس انسجام و توانا، یاد درک و مدیریت شرایط ناشی از بیماری، به بهبودی. ربطی ندارد. بی این بیماران کمک کنند. با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می‌رسد که بین بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو از منظر متغیرهای مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری وجود ندارد و میزان استرس ادراک‌شده، احساس انسجام و پایبندی به درمان در هر دو گروه بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو به یک اندازه است.

6- منابع

- 1- افشار، محمد؛ معماریان، ربابه؛ محمدی عیسی؛ و کفایی، محبوبه (1394). ارتقاء فرآیند کنترل دیابت نوجوانان: تحقیق عملکردی مشارکتی. *فصلنامه پرستاری دیابت*، 3(2)، 18-3.8-1.23455020.1394.3.2.1.3.8-18. doi:20.1001.1.23455020.1394.3.2.1.3.8-18
- 2- خانمحمدی، ارسلان؛ عباسی، قدرت‌الله؛ و رحمانی‌جوانمرد، سمیرا (1396). بررسی مقایسه‌ای خود-دلسوزی، انعطاف‌پذیری شناختی و حس انسجام در افراد مبتلا به دیابت و افراد سالم. *مهارت‌های روان‌شناسی تربیتی*، 8(3): 86-96.
- 3- خدایاری فرد، محمد؛ و پرند، اکرم (1385). *تنظیمی و روش‌های مقابله با آن*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- 4- دوراندیش، فخری؛ روزبان، ثریا؛ شهنی‌فیض، کوثر؛ و ابوذری، فاطمه (1401). بررسی نقش دشواری در تنظیم هیجان، تحمل آشفتگی و استرس ادراک‌شده در پیش‌بینی پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، 11(3)، 38-49.
- 5- رامش، سمیه؛ عزیززاده مقدم، اکرم؛ صفری، علیرضا؛ و فیضی، مرضیه (1397). رابطه اضطراب، افسردگی و استرس با شدت بیماری دیابت: نقش واسطه‌ای کیفیت زندگی. *مجله دیابت و متابولیسم ایران*، ۱۸(۲): ۸۹-۸۰.
- 6- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ و حجازی، الهه (1401). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: انتشارات آگاه.
- 7- صفا یی، مریم؛ و شکری، امید (1393). سنجش استرس در بیماران سرطانی: روالی عاملی مقیاس استرس ادراک‌شده در ایران. *روان‌پرستاری*، ۲(۱): 13-22.
- 8- طاهری نخست، حمیدرضا (1380). بهینه‌سازی انسجام: یک مدل شناختی برای خودکشی. *تازه‌های علوم شناختی*، 11: 91-95.
- 9- عوض‌نژاد، نصرت؛ روانی‌پور، مریم؛ بحرینی، مسعود؛ و معتمد، نیلوفر (1395). مقایسه حس انسجام در مادران دارای کودکان سالم و مادران دارای کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن. *مجله پژوهش‌های سلامت‌محور*، 2(2): 183-196.
- 10- غیاثوندیان، شهرزاد؛ سلیمی، اصغر؛ نویدحمیدی، مژده؛ و ابراهیمی، حسین (1396). بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. (*دانش و تندرستی در علوم پایه پزشکی*) *مجله دانش و تندرستی*، 12(1): 56-50. doi:10.22100/jkh.v12i1.1522
- 11- فروزان‌فر، فرزانه؛ جبل عاملی، شیدا؛ سلطانی‌زاده، محمد؛ امامی، سید محمدحسن؛ و انصاری شهیدی، مجتبی (1403). مدل پیش‌بینی سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری بر اساس استرس ادراک‌شده و انسجام روانی با میانجی‌گری شفقت به خود در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، 15(1): 297-316. doi:10.22059/japr.2023.338827.644193
- 12- مدانلو، مریم (1392). *توسعه و روان‌سنجی ابزار پیروی از درمان در بیماران مزمن*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.
- 13- منصوری، علی؛ شهدادی، حسین؛ عارفی، فرهاد؛ و شهرکی واحد، عزیز (1395). بررسی ارتباط بین استرس ادراک‌شده و پرخاشگری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۴(۲): ۴۷-۴۰.
- 14- مهرابی‌زاده منرمند، مهناز؛ عیدی با یگی، مجید؛ و داوودی، ایران (1391). مقایسه کیفیت زندگی و سلامت روان در بیماران مبتلا به دیابت نوع 1، 2 و افراد غیر مبتلای شهر اهواز. *تحقیقات علوم رفتاری*، 10(7): 654-662.
- 15- میکاییلی، نیلوفر؛ قاسمی، محمدعلی؛ سالاری، سوسن؛ و ساکنی، زهرا (1398). ابعاد نظری و کاربردی تبعیت از درمان در بیماران: یک مطالعه مروری. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، 62(2)، 1403-1419. doi:10.22038/mjms.2019.14116
- 16- نوری، سمیه؛ و هومن، فرزانه (1400). مقایسه حس انسجام، نگرانی و خودکارآمدی در بیماران سرطانی و افراد عادی شهر اهواز. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، 14(60): 147-160.

- 17- نوری‌زاده، معصومه (1398). مقایسه کیفیت زندگی، استرس/ادراک‌شده و تنظیم هیجانات در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، نوع دو و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل.
- 18- Aschner, P., Gagliardino, J. J., Ilkova, H., Lavalle, F., Ramachandran, A., Mbanya, J. C., & et al. (2020). High Prevalence of Depressive Symptoms in Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes in Developing Countries: Results From the International Diabetes Management Practices Study. *Diabetes Care*, 44(5), 1100-11-7. doi:10.2337/dc20-2003
- 19- Bloomgarden, Z., & Rapaport, R. (2023). Diabetes trends in youth. *Journal of Diabetes*, 15(4), 286. doi:10.1111/1753-0407.13382
- 20- Bosworth, H. B., Fortmann, S. P., Kuntz, J., Zullig, L. L., Mendys, P., Safford, M., & et al. (2017). Recommendations for providers on person-centered approaches to assess and improve medication adherence. *Journal of general internal medicine*, 32(1), 93-100. doi:10.1007/s11606-016-3851-7
- 21- Bulut, A., & Bulut, A. (2016). Evaluation of anxiety condition among type 1 and type 2 diabetic patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 12, 2573-2579.
- 22- Chaudhary, R., Kumar, P., Chopra, A., Chhabra, S., & Singh, P. (2017). Comparative Study of Psychiatric Manifestations among Type I and Type II Diabetic Patients. *Indian J Psychol Med*, 39(3), 342-346.
- 23- Chefik, F. H., Tadesse, T. A., Quisido, B. J. E., & Roba, A. E. (2022). Adherence to insulin therapy and associated factors among type 1 and type 2 diabetic patients on follow up in Madda Walabu University Goba Referral Hospital, South East Ethiopia. *Plos one*, 17(6), e0269919. doi:10.1371/journal.pone.0269919
- 24- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). The global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(4), 385-96.
- 25- Dickinson, J. (2017). Commentary: The Effect of Words on Health and Diabetes. *Diabetes Spectr*, 30(1), 11-16. doi:10.2337/ds15-0054
- 26- D'Souza, D., Empringham, J., Pechlivanoglou, P., Uleryk, E. M., Cohen, E., & Shulman, R. (2023). Incidence of diabetes in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(6), e2321281-e2321281. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.21281
- 27- ElSayed, N. A., Aleppo, G., Aroda, V. R., Bannuru, R. R., Brown, F. M., Bruemmer, D., ... & American Diabetes Association. (2023). 2. Classification and diagnosis of diabetes: standards of care in diabetes—2023. *Diabetes care*, 46(Supplement_1), S19-S40. doi.org/10.2337/dc23-S002
- 28- Feng, G., Xu, X & Lei, J (2023). Tracking perceived stress, anxiety, and depression in daily life: a double-downward spiral process. *Front Psychol*, 14: 1114332. doi:10.3389/fpsyg.2023.1114332
- 29- Flensburg-medsen, T., Ventegodt, S., & Merrick, J. (2006b). Sense of coherence and physical health. Across-sectional using scale (SOCII). *TSW Holistic Health & medicine*, 1, 236-247. doi:10.1100/tsw.2006.350
- 30- Gupta, J., Kapoor, D., & Sood, V. (2021). Quality of Life and its Determinants in Patients with Diabetes Mellitus from Two Health Institutions of Sub-himalayan Region of India. *Indian J Endocrinol Metab*, 25(3), 211-219.
- 31- Hildebrand, J. A., Billimek, J., Lee, J.-A., Sorkin, D. H., Olshansky, E. F., Clancy, S. L., & et al. (2020). Effect of diabetes self-management education on glycemic control in Latino adults with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*, 103(2), 266-275. doi:10.1016/j.pec.2019.09.009
- 32- Jiang, C., Jiang, W., Yue, Y., Li, L., Sun, T., Chen, G., & et al. (2023). The trends of psychosomatic symptoms and perceived stress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in China: Four cross-sectional nationwide surveys, 2020–2023. *Psychiatry Research*, 326, 115301. doi:10.1016/j.psychres.2023.115301
- 33- Kapha, K., Biswas, J., Nath, S., Dhali, A., Sarkhel, S., & Dhali, G. K. (2022). Factors affecting depression and anxiety in diabetic patients: A cross sectional study from a tertiary care hospital in Eastern India. *Ann Med Surg (Lond)*, 84, 104945. doi:10.1016/j.amsu.2022.104945
- 34- Kaźmierczak, M., Gebuza, G., Czajkowska, N., Bannach, M., Gierszewska, M., Dombrowska-Pali, A., & et al. (2019). Assessment of the level of the sense of coherence and its relationship with the acceptance of illness in women treated for breast cancer. *Med Og Nauk Zdr*, 25(4), 266–273. doi:10.26444/monz/113018
- 35- Kliegman, R. M., & Geme, J. S. T. (2020). *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21th ed. St, Louis: Saunders.
- 36- Krok, D. (2020). Sense of coherence and psychological well-being among coronary heart disease patients: a moderated mediation model of affect and meaning in life. *Current Psychology*. doi:10.1007/s12144-020-00982-z
- 37- Krok, D., & Kleszczewska-Albańska, A. (2019). Sense of coherence and psychological well-being in cardiac patients: Is the association mediated by self-efficacy? *Archivespp*, 21(3), 1524. doi:10.12740/APP/109754

- 38- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., ... & Shan, P. F. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- 39- Leon, N., Namadingo, H., Bobrow, K., Cooper, S., Crampin, A., Pauly, B., & et al. (2021). Intervention development of a brief messaging intervention for a randomised controlled trial to improve diabetes treatment adherence in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 21(1), 1-4.
doi:10.1186/s12889-020-10089-6
- 40- Longendyke, R., Grundman, J. B., & Majidi, S. (2024). Acute and chronic adverse outcomes of type 1 diabetes. *Endocrinology and Metabolism Clinics*, 53(1), 123-133.
doi:10.1016/j.ecl.2023.09.004
- 41- Melmed, S., Polonsky, K. S., Larsen, P. R., & Kronenberg, H. M. (2011). Williams Textbook of endocrinology 12th ED. USA: Elsevier, 33, 1371-1551.
- 42- Moyers, S. A., & Hagger, M. S. (2020). Physical activity and sense of coherence: a meta-analysis. *IRSE*, Advance online publication. **doi:10.31234/osf.io/d9e3k**
- 43- Mumtaz, M. U., Sarfraz, S. H., Usman, M., & Rizvi, M. A. (2023). Prevalence of Depression among Patients with Type-1 and Type-2 Diabetes Mellitu. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 17(3). 697-670.
doi:10.53350/pjmhs2023173697
- 44- Murray, M. D., Morrow, D. G., Weiner, M., Tu, W., Deer, M. M., Brater, D. C., & Weinberger, M. (2004). A conceptual framework to study medication adherence in older adults. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 2(1), 36-43.
- 45- Sasidharan Pillai, S., Has, P., Quintos, J. B., Serrano Gonzalez, M., Kasper, V. L., Topor, L. S., & Fredette, M. E. (2023). Incidence, severity, and presentation of type 2 diabetes in youth during the first and second year of the COVID-19 pandemic. *Diabetes Care*, 46(5), 953-958.
doi.org/10.2337/dc22-1702
- 46- PUGH, A. M., & BEVERLY, E. A. (2023). 702-P: Similarities and Differences in Type 1 and Type 2 Diabetes Diagnosis Stories. *Diabetes*, 72(Supplement_1). **doi.org/10.2337/db23-702-P**
- 47- Ramos-Valle, D., García-Cortés, L. R., & Dichi-Romero, M. D. L. Á. (2023). Sense of coherence in type 2 diabetes mellitus debutants: case-control study. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(3), 258-264.
- 48- Świątoniowska-Lonc, N., Tański, E., Polański, J., Jankowska-Polańska, B., & Mazur, G. (2021). Psychosocial Determinants of Treatment Adherence in Patients with Type 2 Diabetes - A Review. *Diabetes Metab Syndr Obes*, 14, 2701-2715. **doi:10.2147/DMSO.S308322**



Comparison of Perceived Stress, Sense of Coherence and Adherence to Treatment in Women with Type 1 and Type 2 Diabetes

Fatemeh Mohammadi¹, Hadi Akbari Nejad^{2*}, Paria Faroughi³

1. M.A. Student of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.

sahel.javadi@yahoo.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

hadiakbarinejhad@yahoo.com

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Nabi Akram Higher Education Institute, Tabriz, Iran.

p.faroughi@ucna.ac.ir

Abstract

The aim of this study was to compare perceived stress, sense of coherence and adherence to treatment in patients with type 1 and type 2 diabetes. The research method was causal-comparative. The statistical population consisted of all patients with type 1 and type 2 diabetes in Tabriz city in 2023 (1402 in Shamsi Calendar) who were members of the diabetes association of this city. The statistical sample included 100 patients with type 1 and type 2 diabetes, 50 women with type 1 diabetes and 50 women with type 2 diabetes. Participants were selected using a purposeful sampling method, and the data were collected using Cohen's Perceived Stress Scale (1983), Felsenberg's Sense of Coherence Scale (2006), and Madanlo's Adherence to Treatment Questionnaire for Chronic Diseases (2013). To analyze the data, the multivariate analysis of variance (MANOVA) test was used. The analysis of the research hypotheses indicated that there was no significant difference between patients with type 1 and type 2 diabetes in terms of perceived stress and its components (perceived self-efficacy and perceived helplessness) ($P>0.05$), sense of coherence and its components (comprehensibility [ability to understand], management ability and meaningfulness) ($P>0.05$) and adherence to treatment and its components (interest in treatment, willingness to participate in treatment, ability to adapt, integration of treatment with life, adherence to treatment, commitment to treatment and hesitation in implementation treatment) ($P>0.05$). According to the obtained results, it can be said that the amount of perceived stress, sense of coherence and adherence to treatment is the same in both groups of patients with type 1 and type 2 diabetes.

Keywords: Perceived Stress, Sense of Coherence, Adherence to Treatment, Type 1 and Type 2 Diabetes.



This Journal is an open access Journal Licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License

(CC BY 4.0)