مقاله اصیل پژوهشی

بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهرستان بیرجند در سال ۱۳۹۲

حمیده فقهی[۱]، سید علیرضا سعادتجو[۲]، رضا دستجردی[۳]

چکیده

زمینه و هدف: دیابت از جمله بیماری‌های مزمن می‌باشد که می‌تواند سازگاری جسمی، روانی و اجتماعی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. این مطالعه با هدف بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهرستان بیرجند انجام شد.

روش بررسی: این مطالعه توصیفی- تحلیلی بر روی صد و بیست بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر بیرجند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی با بیماری PAIS بود که پس از تایید روایی محتوی توسط ده نفر از اساتید دانشگاه، پایایی آن به وسیله Cronbach Alpha در بیست نفر از بیماران ۰/۹۴ محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش ۱۵ و آزمونهای آماری Independent T Test و ANOVA در سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین امتیاز کل سازگاری روانی اجتماعی ۰/۴۳± ۱/۲۸ و در سطح متوسط بود. با افزایش میزان تحصیلات، میانگین امتیاز سازگاری روانی اجتماعی کل و مؤلفه‌های محیط خانواده، محیط اجتماعی و اختلالات روانشناختی در بیماران به طور معنی‌داری افزایش داشت ولی با افزایش میزان مدت ابتلا به دیابت، میانگین امتیاز سازگاری روانی اجتماعی در مؤلفه‌های محیط‌کار، روابط جنسی و روابط اجتماعی در بیماران کاهش داشت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه، سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی در حد متوسط و متغیرهای جمعیت‌شناختی از عوامل مرتبط با میزان سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی نوع دو می‌باشد. انجام برنامه‌ریزی به صورت مداخلات آموزشی و مراقبتی توسط مراکز آموزشی درمانی به منظور ارتقای سازگاری روانی اجتماعی و در نتیجه درمان طبی مؤثرتر ضروری به نظر می‌رسد.

کلیدواژه‌ها: بیماری- دیابت نوع دو- سازگاری روانی اجتماعی

مراقبت‌های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۴):۲۴۹-۲۵۶

دریافت: ۹۲/۰۵/۲۳ اصلاح نهایی: ۹۲/۰۹/۰۷ پذیرش: ۹۲/۰۹/۲۰

نویسنده مسئول: سید علیرضا سعادتجو، گروه آموزشی داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

آدرس: بیرجند، بلوار معلم، خیابان فردوسی، موسسه آموزشی و پژوهشی حکمت ره‌آورد شرق

تلفن: ۰۹۱۵۱۶۱۱۹۴۹ نمابر:۰۵۶۱۴۴۲۰۴۴۳ e.mail:s_saadatjoo@yahoo.com

[۱] دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[۲] مربی گروه آموزشی داخلی-جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[۳] استادیار گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده پیراپزشکی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. بیرجند، ایران.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

مقدمه

امروزه دیابت به عنوان اپیدمی خاموش قرن حاضر و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی در تمام کشورها شناخته شده است.(۱)، این بیماری شامل گروهی از اختلالهای متابولیک شایع است که وجه مشترک تمام آنها هیپرگلیسمی می‌باشد و در اثر واکنش‌های پیچیده‌ای که بین عوامل ژنتیکی، فاکتورهای محیطی و شیوه زندگی رخ می‌دهد به وجود می‌آید.(۲)

علی‌رغم پیشرفتهای علوم‌پزشکی شیوع این بیماری نه تنها کاهش نیافته بلکه روز به روز در حال افزایش است(۳)، به طوری که طبق آخرین تخمین WHO بیش از ۳۴۶ میلیون نفر از مردم جهان به دیابت مبتلا هستند و اگر هیچ مداخله‌ای صورت نگیرد تا سال ۲۰۳۰ این میزان بیش از دو برابر خواهد شد.(۴)، در ایران آمار مبتلایان به دیابت در سال ۱۳۸۷ حدود چهار میلیون نفر اعلام شده است و کارشناسان پیش‌بینی می‌کنند تا سال ۱۴۰۰ خورشیدی بیش از ۱۲ میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت خواهند بود.(۵)

افراد مبتلا به دیابت در معرض عوارض شدید و مهلکی هستند. بیماریهای قلبی عروقی، سکته مغزی، آسیب شبکیه و نابینایی، نوروپاتی محیطی، بیماری کلیوی و قطع اعضای انتهایی از جدی‌ترین عوارض دیابت می‌باشند.(۶)، برای فرد دیابتی ممکن است به دلیل محدودیت در رژیم غذایی و فعالیت، نیاز برای مراقبت دقیق و مداوم از خود، مشکلات روانشناختی و اجتماعی به وجود آید.(۳)، همچنین ابتلا به این بیماری سبب ایجاد تنش در افراد گردیده و بر هویت فرد، ابعاد روانی اجتماعی، تعادل عاطفی، رضایت از خود، احساس شایستگی و کارآمدی، تعاملهای اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر دارد که نیازمند سازگاری با آنهاست.(۷)

طبیعت این بیماری و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد(۸) و بیماران و دولت را با هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگینی مواجه می‌کند. برای کنترل بیماری دیابت از روش‌های گوناگونی از جمله آموزش به بیماران دیابتی، تشکیل انجمن‌های حمایتی، ارائه خدمات در خصوص عوارض و داروها استفاده می‌شود. اما با وجود این اقدامات متعدد اطلاعات موجود هنوز افزایش فزاینده‌ای را در خصوص ابتلا به عوارض ناشی از دیابت و ناتوانی بیماران در کنترل مناسب این بیماری نشان می‌دهد.(۹)

دستیابی به سلامتی در بیماری مزمن به وسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار (بُعد جسمی و روانی) امکان‌پذیر است.(۱۰)

سازگاری، به خصوصیات فردی که هر شخص برای مدیریت روانی- اجتماعی برای بهبود در زندگی خود به کار می‌گیرد اطلاق می‌گردد.(۱۰)، فرآیند سازگاری با یک بیماری مزمن فرآیندی پویاست که دائماً تحت‌تأثیر محرکهای فردی و محیطی قرار می‌گیرد.(۹)، در این فرآیند فرد مبتلا بایستی با چالش‌های فردی و محیطی مقابله نماید تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی و اجتماعی رسیده و در نتیجه به سازگاری موفق دست یابد.(۷)، سازگاری موفق با مشکلات ناشی از دیابت موجب ارتقای خودمدیریتی دیابت می‌شود و در نهایت کیفیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد.(۱۱)، سازگاری در فرآیند درمان بیماری مزمن یک عامل مهم در جهت جلب مشارکت بیمار در درمان و کمک به فرآیند تصمیم‌گیریهای درمانی مراقبتی می‌باشد.(۱۲)

علی‌رغم اکثر مطالعات که بروز بیماری و بخصوص بیماری مزمن را سبب بروز ناسازگاریهای روانی اجتماعی می‌دانند برخی از نویسندگان و محققین عنوان می‌دارند که بیماریهای جدّی نباید فقط به عنوان یک رویداد منفی تلقی گردد، بلکه در برخی موارد باید به عنوان یک انتقال روانی در نظر گرفته شود. به این صورت که بروز بیماری به عنوان یک رویداد با پیامد منفی می‌تواند باعث ایجاد محرک مثبت تغییر رفتارها و نگرشهای روانی و اجتماعی شود به طوری که در برخی بیماریهای مزمن در مقابل تجارب منفی روانی- اجتماعی بیشتر سازگاری روانی-اجتماعی مثبت گزارش شده است.(۱۳)

با توجه به شیوع روزافزون دیابت و نقش مدیریت و سازگاری در کنترل این بیماری، تعیین عوامل روانشناختی و اجتماعی وابسته به بیماری که در مدیریت دیابت و عوارض آن مؤثرند، نقش مهمی در درمان روانشناختی و طبی بیماران خواهد داشت.(۶)، لذا این مطالعه جهت بررسی سازگاری روانی اجتماعی بیماران و ارتباط آن با وضعیت دموگرافیک بیماران دیابتی نوع دو شهرستان بیرجند صورت گرفته است.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

روش بررسی

در این مطالعه توصیفی تحلیلی صد و بیست نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت بیمارستان ولیعصر(عج) بیرجند در بهار ۱۳۹۲ که ویژگیهای لازم جهت شرکت در مطالعه شامل داشتن سن ۳۰-۷۰ سال، گذشت حداقل یک سال از شروع بیماری و نداشتن بیماریهای روانی و ناتوان کننده جدّی شامل نابینایی، قطع عضو و CHF را داشتند، از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از مطالعه Tol و همکاران (۱۱) و اطمینان ۹۵٪ طبق فرمول $n=\frac{z^2s^2}{d^2}$ (s=۴۵/۳۲ و d=۹/۰۶۴)، ۱۰۴ بیمار محاسبه که با در نظر گرفتن ریزش احتمالی صد و بیست بیمار در نظر گرفته شد. پس از کسب معرفی‌نامه کتبی از مسئولان و معاونت پژوهشی دانشگاه، به مرکز دیابت بیمارستان ولیعصر(عج) مراجعه و به شرکت‌کنندگان اهداف پژوهش توضیح داده شد و نسبت به محرمانه بودن و رعایت امانتداری اطلاعات، اطمینان خاطر داده شد و سپس پرسشنامه‌ها تکمیل گردید.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل فرم مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه سازگاری روانی اجتماعی بود که بر اساس پرسشنامه مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری psycho-social adjustment with illness scale questionnaire (PAIS) توسط پژوهشگر تهیه شد. این پرسشنامه برای تمام افراد شرکت‌کننده به صورت مصاحبه حضوری و توسط مجری پژوهش تکمیل گردید. مقیاس سازگاری روانی اجتماعی با بیماری (PAIS) در سال ۱۹۹۰ توسط Leonard & Derogatis جهت ارزیابی چگونگی سازگاری روانی اجتماعی با بیماری، در جریان بیماری طبی و یا تأثیرات باقیمانده از بیماری طراحی شده است.(۱۴)، این پرسشنامه دارای ۴۶ سؤال و هفت خرده مقیاس: جهت‌گیری مراقبت از سلامت (هشت سؤال)، محیط‌کار (شش سؤال)، محیط خانوادگی (هشت سؤال)، روابط جنسی (شش سؤال)، توسعه روابط فامیلی (پنج سؤال)، محیط اجتماعی(شش سؤال) و اختلالات روانشناختی (هفت سؤال) می‌باشد.

پرسشنامه مذکور ابتدا توسط پژوهشگر ترجمه گردید، سپس توسط سه نفر آشنا به زبان انگلیسی بازبینی و در نهایت به وسیله یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و با توجه به مسائل و فرهنگ ایران تغییراتی در آن ایجاد و بومی‌سازی شد. یک سؤال مربوط به مؤلفه محیط‌کار از پرسشنامه حذف گردید. مضمون این سؤال غیبت از محل کار طی یک ماه گذشته بود و با توجه اینکه بیشتر افراد مورد مطالعه زنان خانه‌دار و مردان بازنشسته بودند این سؤال حذف شده و تعداد سؤالات آن به ۴۵ سؤال کاهش یافت. بعد از تغییرات اعمال شده روایی پرسشنامه به روش روایی محتوی توسط ده تن از اساتید محترم دانشگاه علوم‌پزشکی بیرجند صورت گرفت و پایایی آن با استفاده از ضریب Cronbach Alpha در بیست نفر از بیماران دیابتی نوع دو، ۰/۹۴ محاسبه گردید.

نمره‌گذاری بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت از اصلاً=صفر تا کاملاً=سه بود. از مجموع نمرات هر مؤلفه و تقسیم بر تعداد سؤالات آن، میانگین نمره سازگاری هر مؤلفه و از مجموع نمرات کل سؤالات و تقسیم بر تعداد سؤالات، میانگین نمره سازگاری کل به دست آمد. نمرات بالاتر وضعیت نامناسب سازگاری را نشان می‌دهد. طبقه‌بندی امتیاز سازگاری کل با منطق ۳۳٪ به سه دسته سازگاری زیاد (کمتر از یک)، سازگاری متوسط (۱-۲) و سازگاری کم (بیشتر از دو) انجام شد.

داده‌ها در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۵ وارد شد. ابتدا با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov برخورداری از توزیع نرمال داده‌ها بررسی گردید که با توجه به برخورداری از توزیع نرمال، با استفاده از آزمونهای آماری Independent T Test، ANOVA و در صورت معنی‌داری با آزمون تعقیب Tukey در سطح معنی‌داری $p<۰/۰۵$ تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج

بر اساس یافته‌های این مطالعه میانگین سنی بیماران موردمطالعه ۱۰/۴۶±۵۳/۱۸ سال و میانگین مدت ابتلای به دیابت ۶/۲±۷/۸۸ سال بود. هفتاد نفر از بیماران معادل ۵۸/۳٪ مونث، ۷۹ نفر برابر با ۶۵/۸٪ سطح سواد پایینتر از دیپلم و ۷۸ نفر معادل ۶۵٪ سابقه فامیلی ابتلا به دیابت داشتند.

میانگین امتیاز کل سازگاری روانی اجتماعی با دیابت ۰/۴۳±۱/۲۸ و در سطح متوسط بود، به طوری که در ۳۵ نفر از بیماران برابر با ۲۹/۲٪ در سطح زیاد، ۷۸ نفر معادل ۶۵٪ در حد متوسط و هفت نفر برابر با ۵/۸٪ در حد ضعیف ارزیابی شد.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

نتایج آزمون Independent T Test نشان داد میانگین نمره سازگاری روانی اجتماعی در کل و مؤلفه‌های آن (به جز روابط فامیلی) در بیماران بر حسب جنس تفاوت معنی‌داری ندارد ولی با افزایش میزان تحصیلات میانگین نمره سازگاری روانی اجتماعی در کل و در مؤلفه‌های محیط خانواده، محیط اجتماعی و اختلالات به طور معنی‌داری افزایش داشت.(جدول۱)

نتایج آزمون ANOVA نشان داد که میانگین نمره سازگاری روانی اجتماعی در کل و در مؤلفه‌های مختلف در رده‌های مختلف سنی، تفاوت معنی‌داری ندارد ولی با افزایش میزان مدت ابتلا به دیابت، میانگین نمره سازگاری روانی اجتماعی در مؤلفه‌های محیط حرفه‌ای، روابط جنسی و محیط اجتماعی به طور معنی‌داری کاهش داشت. نتایج آزمون تعقیب Tukey نشان داد این تفاوت معنی‌دار آماری در مؤلفه محیط‌کار و محیط اجتماعی بین مدت ابتلای به دیابت کمتر از چهار سال و بیشتر از ده سال و در مؤلفه روابط جنسی بین مدت ابتلای به دیابت ۴ -۱۰ سال و بیشتر از ده سال می‌باشد.(جدول ۱)

جدول۱ : مقایسه میانگین نمره سازگاری روانی اجتماعی در کل و مؤلفه‌های آن در بیماران مورد مطالعه بر حسب مشخصات دموگرافیک

متغیر		نگرش نسبت به بیماری	محیط حرفه‌ای	محیط خانواده	روابط جنسی	روابط فامیلی	محیط اجتماعی	اختلالات روانشناختی	سازگاری کل
جنس:	مرد	۱/۳۲±۰/۵۲	۱/۱۷±۰/۶۵	۱/۰۴±۰/۵۱	۱/۲۷±۰/۶۹	۰/۷۰±۰/۵۹	۱/۶۶±۰/۷۶	۱/۵۳±۰/۶۳	۱/۲۹±۰/۴۳
	زن	۱/۲۸±۰/۴۸	۰/۹۹±۰/۶۶	۱/۰۳±۰/۵۵	۱/۳۸±۰/۶۸	۱/۰۴±۰/۶۱	۱/۵۲±۰/۶۹	۱/۶۶±۰/۶۸	۱/۲۸±۰/۴۴
P-value		۰/۶۶	۰/۱۵	۰/۸۹	۰/۳۵	۰/۰۰۶	۰/۲۸	۰/۲۸	۰/۹۲
سطح تحصیلات:	پایین‌تر از دیپلم	۱/۲۹±۰/۴۸	۱/۰۷±۰/۶۵	۱/۱±۰/۵۶	۱/۳۲±۰/۷۰	۱/۰۵±۰/۵۶	۱/۷۶±۰/۶۸	۱/۸۳±۰/۵۶	۱/۴۲ ±۰/۴۱
	دیپلم و بالاتر	۱/۳۰±۰/۵۳	۱/۰۷±۰/۶۹	۰/۸۳±۰/۴۸	۱/۳۶±۰/۶۶	۰/۹۵±۰/۶۷	۱/۲۵±۰/۷۷	۱/۵۲±/۶۴	۱/۱۷±۰/۴۷
P-value		۰/۸۶	۱/۰۰	۰/۰۵	۰/۷۷	۰/۳۷	۰/۰۰۵	۰/۰۴	۰/۰۳
سن (سال):	۳۰-۴۹	۱/۲۳±۰/۴۵	۰/۹۴±۰/۶۸	۱/۰۳±۰/۵۷	۱/۳۴±۰/۶۴	۱/۰۰±۰/۶۲	۱/۳۶±۰/۷۶	۱/۶۸±۰/۶۴	۱/۲۴±۰/۴۴
	۵۰-۵۹	۱/۳۲±۰/۴۵	۱/۰۹±۰/۵۹	۰/۹۵±۰/۴۵	۱/۲۱±۰/۶۴	۰/۹۹±۰/۵۵	۱/۶۴±۰/۶۷	۱/۵۰±۰/۶۷	۱/۲۵±۰/۳۸
	۶۰-۷۰	۱/۳۳±۰/۵۹	۱/۱۷±۰/۷۳	۱/۱۴±۰/۵۷	۱/۴۹±۰/۷۶	۱/۰۸±۰/۶۴	۱/۷۴±۰/۷۰	۱/۶۶±۰/۶۶	۱/۳۸±۰/۴۸
P-value		۰/۶۱	۰/۳۲	۰/۲۸	۰/۲۰	۰/۷۵	۰/۰۶	۰/۳۸	۰/۳۰
مدت ابتلا(سال):	<۴	۱/۳۰±۰/۵۴	۰/۹۰±۰/۶۱	۰/۹۸±۰/۵۰	۱/۳۹±۰/۶۵	۰/۹۴±۰/۶۰	۱/۳۶±۰/۷۴	۱/۵۹±۰/۶۱	۱/۲۲±۰/۴۲
	۴ – ۱۰	۱/۲۹±۰/۴۲	۱/۰۸±۰/۶۶	۱/۰۱±۰/۵۱	۱/۱۵±۰/۵۶	۱/۰۲±۰/۶۱	۱/۶۱±۰/۶۸	۱/۵۶±۰/۶۹	۱/۲۵±۰/۴۲
	>۱۰	۱/۲۹±۰/۵۶	۱/۳۱±۰/۷۰	۱/۱۷±۰/۶۱	۱/۵۹±۰/۸۴	۱/۱۳±۰/۵۸	۱/۸۷±۰/۶۶	۱/۷۲±۰/۶۸	۱/۴۴±۰/۴۵
P-value		۰/۹۹	۰/۰۴	۰/۳۲	۰/۰۱	۰/۴۴	۰/۰۱	۰/۵۸	۰/۱۱

بحث

بر اساس یافته‌های این مطالعه سازگاری روانی اجتماعی بیشتر بیماران دیابتی در حد متوسط بود. در مطالعات مختلف میزان سازگاری متفاوت گزارش شده است. در مطالعه Grinstein و همکاران در بیماران آمریکایی-آفریقایی در طی پنج سال پیگیری، سازگاری در حد پایین گزارش شد.(۱۵)، DeVellis و همکاران سازگاری بیماران دیابتی را در حد پایین و در حدود ۰/۱۵ گزارش نموده‌اند.(۱۶)، نتایج مطالعه Dempster و همکاران نشان می‌دهد سازگاری بیماران دیابتی بر اساس دو سطح خوب و بد، در حد خوب قرار دارد.(۱۷)، اختلاف در نتایج سازگاری بیماران دیابتی در مطالعات مختلف می‌تواند مربوط اختلافات جوامع موردبررسی، وضعیت فرهنگی و احتمالاً مربوط به راهبردهای مقابله‌ای این بیماران باشد. زیرا استفاده مناسبتر از راهبردهای سازگاری به افراد دیابتی کمک می‌کند تا تأثیرات منفی بیماری دیابت را کاهش دهند، به گونه‌ای که Bagherian Sararoudi در مطالعه خود نشان داد بیماران دیابتی ایرانی بیشتر از سبک مسئله‌مدار استفاده می‌کنند که در این روش فرد سعی بر تسلط یافتن بر موقعیت و ایجاد تغییر در منبع تنش‌زا را داشته و در نتیجه سازگاری محتمل‌تر می‌باشد.(۱۸)

بر اساس یافته‌های این مطالعه، سازگاری روانی اجتماعی در بیماران بر اساس جنس تفاوتی نداشت. در مطالعه Neamatpour و همکاران رابطه معنی‌داری بین جنس و بروز اختلالات و ناسازگاریهای روانی مشاهده نشد که علت آن محدودیتهای غذایی و عملکردی، هزینه‌های مالی، متکی بودن به دیگران به علت

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

عوارض ذکر شده است.(۳)، در مطالعه Siston و همکاران نیز رابطه معنی‌داری بین سازگاری روانی اجتماعی با بیماری بر حسب جنس مشاهده نشد(۱۹)، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. علی‌رغم مطالعه حاضر و مطالعاتی که بین جنس و سازگاری روانی اجتماعی تفاوت معنی‌داری را نشان نداده‌اند در مطالعه Zhao و همکاران میزان سازگاری در مردان بیشتر از زنان بود.(۲۰)، در مطالعه Kaplan سازگاری روانی اجتماعی با بیماری نیز در مردان بیشتر بود(۲۱)، که با نتایج حاصل از این مطالعه همخوانی ندارد.

احتمالاً علت این تفاوت در نتایج را بتوان وضعیت تأهل ۱۰۰٪ شرکت‌کنندگان و تعداد بیشتر زنان موردمطالعه دانست. زیرا زنان بار بیشتر مسئولیتهای درون خانه را به عهده گرفته و نسبت به همسر و فرزندان خود احساس مسئولیت نموده و همیشه به عنوان وزنه‌ای جهت تعادل و ثبات خانواده خود تلاش می‌کنند و جهت رفاه خانواده با شرایط موجود درون خانواده خود را سازگار می‌نمایند، لذا در صورت بیمار شدن نیز سعی در سازگاری خود با بیماری و عوامل مربوط با آن نموده تا فشار بر خانواده کمتر ایجاد گردد.

در مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری در نمره سازگاری روانی اجتماعی بیماران در سنین مختلف مشاهده نشد. در مطالعه Sajadian و همکاران بین سازگاری با متغیر سن تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد(۲۲)، که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد ولی در مطالعه Zhao و همکاران افراد مسن‌تر نسبت به جوانترهای مبتلا به دیابت اختلالات سازگاری بیشتری داشتند.(۲۰)، در مطالعه Parvan و همکاران سازگاری در بیماران تحت درمان با دیالیز صفاقی در سن پایین بیشتر بود.(۴)، Tol و همکاران در مطالعه خود میزان سازگاری با افزایش سن را بیشتر ذکر کردند و علت آن را روند اجتماعی‌شدن و بهبود تجارب بیماران دانسته‌اند.(۱۱)، احتمالاً علت این تفاوت نتایج را می‌توان سابقه فامیلی ابتلا به دیابت(۶۵٪) در این مطالعه دانست. Tol و همکاران معتقدند مواجهه با این بیماری توسط سایر افراد خانواده شیوه زندگی سالم در ابعاد جسمی و روانی را در این افراد قدرت می‌بخشد.(۱۰)، بنابراین این افراد عموماً با شرایط خاص و بیماری خانواده خود آشنا شده و بروز آن را در خود محتمل می‌دانند و آمادگی ابتلا را در هر سنی احساس می‌کنند، لذا متغیر سن در ناسازگاری روانی اجتماعی آنان نقشی کمرنگ‌تری را ایفا می‌کند.

در مطالعه حاضر سازگاری در مؤلفه‌های محیط اجتماعی محیط کار و روابط جنسی با مدت ابتلا به دیابت رابطه معنی‌داری داشت، به طوری که در تمام مؤلفه‌های فوق هر چه مدت ابتلا به دیابت کمتر بود وضعیت سازگاری روانی اجتماعی در حالت مطلوب‌تری قرار داشت. به نظر می‌رسد مدت طولانی بیماری، پیگیری مکرر، ناامیدی در درمان باعث می‌شود مدت زمان ابتلا به دیابت، فاکتور خطر برای مشکلات روانشناختی باشد.(۳)، مطالعات مختلف نیز نشان دادند طول مدت ابتلا به دیابت با سهم بیشتر اختلالات عملکرد جنسی همراه است که باعث کاهش سازگاری می‌گردد.(۲۳-۲۴)، Trief و همکاران نیز روابط زناشویی مطلوب را عامل افزایش سازگاری، کیفیت زندگی و کارکرد روانی، عاطفی و اجتماعی بهتر و همچنین حمایت اجتماعی را عامل مؤثر بر سازگاری می‌داند.(۲۴)، Weiler و همکاران اظهار می‌دارند بالغین مبتلا به دیابت با افزایش مدت زمان ابتلا به دیابت دچار شرم و خجالت اجتماعی می‌شوند که بر سازگاری آنان اثرگذار است(۲۵)، که نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

در مطالعه Tol و همکاران افزایش سازگاری با افزایش مدت زمان ابتلا به دیابت همراه بود(۱۱)، که با نتایج این مطالعه همخوانی ندارد. شاید تفاوت در نتایج این مطالعه با مطالعه حاضر به علت تفاوت تعداد زنان و مردان دو مطالعه، جامعه و منطقه مورد مطالعه باشد. بر اساس مطالعه Morowati Sharifabad و همکاران، زنان بیشتر از مردان با رفتارهای غیرحمایتی خانواده مواجه هستند و فشارهای روانی از طرف خانواده بر آنان بیشتر است.(۲۶)، افزایش مدت ابتلا می‌تواند این رفتارهای غیرحمایتی را بیشتر نماید و بر سازگاری آنان تأثیر بگذارد، لذا تعداد بیشتر زنان نسبت به مردان در مطالعه حاضر می‌تواند توجیهی دیگر برای این اختلاف نتایج باشد. این رفتارهای غیرحمایتی ممکن است در محیط کار نیز با توجه به مشکلات بیماران رخ دهد که به کاهش سازگاری با محیط کار و در نتیجه کاهش روابط اجتماعی منجر شود.

در مطالعه حاضر بین سطح تحصیلات و سازگاری رابطه معنی‌دار وجود دارد، به طوری که افزایش میزان تحصیلات با

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

افزایش سازگاری روانی اجتماعی در کل و ابعاد خانوادگی، اجتماعی و اختلالات روانشناختی همراه است.

در مطالعه Hekari بین میزان تحصیلات و سازگاری رابطه معنی‌داری وجود داشت.(۲۷)، در مطالعه Shakibazadeh و همکاران، تحصیلات به عنوان پیش‌بینی کننده رفتار خودمراقبتی در افراد با تحصیلات بالاتر بیشتر بود و بیشتر نیز اجرا می‌شد.(۲۸)

در مطالعه Parvan بین سطح تحصیلات و استفاده از روشهای سازگاری مؤثر ارتباط معنی‌داری وجود داشت.(۴)، همچنین در مطالعات مختلف تحصیلات را به عنوان عامل پیشگیری کننده و سازگارانه جهت اختلالات روانی دانسته‌اند.(۲۹-۳۰)، Salari و همکاران در مطالعه خود دریافتند کسب دانش و آگاهی در فرد سبب ایجاد حس کنترل شده و باعث می‌شود فرد از شیوه‌های مؤثر و سازگار کمک بگیرد(۳۱)، که با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد سازگاری روانی اجتماعی بیماران دیابتی در سطح متوسطی قرار دارد و بیمارانی که از سطح سواد بالاتری برخوردار بودند در سطح مطلوبتری از سازگاری قرار داشتند که این مسئله لزوم به کارگیری مداخلات آموزشی و توجه به افزایش سطح دانش این قشر از جامعه را اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. همچنین نتایج حاکی از این مسئله بود که مدت ابتلای به دیابت از عوامل مؤثر بر سازگاری روانی اجتماعی در محیط‌های حرفه‌ای، رابطه جنسی و روابط اجتماعی می‌باشد. به نظر می‌رسد تدابیر و برنامه‌های مداخله‌ای کنترل دیابت برای ارتقای مهارتهای خودمراقبتی و آشنایی خانواده جهت شناخت و درک اصولی بیماری باید مورد توجه قرار گیرد چرا که حمایت اطرافیان می‌تواند در انجام رفتارهای خود مراقبتی و ارتقای سازگاری بیماران مؤثر باشد.

REFERENCES

1- Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S. Diabetes Diagnosis; Disrupter Identity? Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism .2011;13(1):26-35. [Persian]

2- Ghaffari M, Shahbazian H , Kholghi M, Haghdoost MR. Relationship between social support and depression in diabetic patients .Sci Med J. 2010;8(4):383-9. [Persian]

3- Neamatpour S, Shahbazian HB, Gholam Pour A. Evaluation of psychological problems in diabetic patients. Sci Med J. 2010;9(4):345-52. [Persian]

4- Parvan K, Abdollahzadeh F, Ghojazadeh M, Ahangar R. Stressors and methods of coping with stress in peritoneal dialysis patients. Nursing & Midwifery Journal Tabriz University of Medical Sciences. 2010; 5(17):34-41. [Persian]

5- Shirazi M, Anoosheh M, Rajab A. The effect of self care program education by group discussion method on self concept in diabetic adolescent girls reffered to Iranian Diabetes Society. Iranian Journal of Nursing Research. 2011;6(22):40-52. [Persian]

6- Rahimian Boogar E. Risk factors for cardiovascular complications in patients with type II diabetes: Predictive role of psychological factors, social factors and disease characteristics. Journal of Fundamentals of Mental Health. 2011;13(3):278-93. [Persian]

7- Afrasiabifar A, Hassani P, Fallahi Khoshknab M, Yaghmaei F. Models of adjustment to illness. Journal of Nursing & Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services. 2010;19(67):42-7. [Persian]

8- Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. J Adv Nurs. 2006;54(2):151-8.

9- Sadeghnejad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. J Mashhad School Nurs Midw. 2012;1(1):5-20. [Persian]

10- Tol A, Majlessi F, Rahimi Foroshani A, Shojaeezadeh D, Mohebbi B. Factors associated with and coping obstacles of adjustment with type II diabetes. J Health Syst Res. 2013; 8(6):1088-97. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

11- Tol A, Majlessi F, Rahimi Foroshani A, Shojaeezadeh D, AbasiBrojeni P. Cognitive adaptation index and case and its influencing factors in type 2 diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2012;11(6):528-37. [Persian]

12- Amini Z, Fazel Asgharpour A, Zeraati A, Esmaeili H. The effect of care plan based on the Roy Adaptation Model on activities of daily living of hemodialysis patients. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences. 2012;4(2):145-53. [Persian]

13- Walker JG, Jackson HJ, Littlejohn GO. Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. Clin Psychol Rev. 2004;24(4):461-88.

14- Derogatis LR. The psychosocial adjustment to illness scale (PAIS). J Psychosom Res. 1986;30(1):77-91.

15- Grinstein G, Muzumdar R, Aponte L, Vuguin P, Saenger P, DiMartino-Nardi J. Presentation and 5-year follow-up of type 2 diabetes mellitus in African-American and Caribbean-Hispanic adolescents. Horm Res. 2003;60(3):121-6.

16- DeVellis BM, DeVellis RF. Part 1: basic processes. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates 2001;300-18.

17- Dempster M, McCarthy T, Davies M. Psychological adjustment to type 2 diabetes and relationship quality. Diabet Med. 2011; 28(4):487-92.

18- Bagherian Sararoudi R, Ahmadzadeh GH, Mahmmodi MA. Coping styles among diabetic patients. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2009;12(1):9-17. [Persian]

19- Siston AK, List MA, Daugherty CK, Banik DM, Menke C, Cornetta K, et al. Psychosocial adjustment of patients and caregivers prior to allogeneic bone marrow transplantation. Bone Marrow Transplant. 2001;27(11):1181-8.

20- Zhao W, Chen Y, Lin M, Sigal RJ. Association between diabetes and depression: Sex and age differences. Public Health. 2006;120(8):696-704.

21- Kaplan De-Nour A. Psychosocial adjustment To Illness Scale (PAIS): a study of chronic hemodialysis patients. J Psychosom Res. 1982;26(1):11-22.

22- Sajadian A, Haghighat SH, Montazeri A, Kazem Zadeh A, Alavi Fili A. Post diagnosis coping strategies patients with breast cancer. Iran J Breast Dis. 2011; 4(3):52-8. [Persian]

23- E1 Sakka AI. Premature ejaculation in non insulin dependent diabetic patients. Int J Androl.2003; 26(6):329-34.

24- Trief PM, Grant W, Elbert K, Weinstock RS. Family environment, glycemic control, and the psychosocial adaptation of adults with diabetes. Diabetes Care. 1998;21(2):241-5.

25- Weiler DM, Crist JD. Diabetes self-management in a Latino social environment. Diabetes Educ. 2009; 35(2):285-92.

26- Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center. Zahedan Journal of Research in Medical Sciences. 2008; 9(4): 275-84.[Persian]

27- Hekari D, Mohammadzadeh R. The assessment of adaptation rate of coronary artery disease female patients according to quadruple aspects of physiologic, self perception, role playing and independence/dependence in Tabriz, 2007-2008. Medical Sciences Journal of Islamic Azad Univesity Tehran Medical Branch. 2008;18(3):187-93. [Persian]

28- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: Impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2009;15(4):69-78. [Persian]

29- Khamseh ME, Abdi H, Malek M, Shafiee G, Khodakarim S. Relationship between patients' perception of the importance of diabetes and metabolic control and pursuing chronic complications of disease. Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2011;12(3):334-41. [Persian]

30- Sajjadi SA, Bakhshani NM, Lashkaripoor K, Baghban-Haghighi M, Samadi R, Safarzai M. Prevalence of psychiatric disorders in patients with diabetes type 2. Zahedan J Res Med sci (ZJRMS). 2012;14(1):82-5. [Persian]

31- Salari M, Kashaninia Z, Davachi A, Zoladl M, Babaie GH. Effect of education on coping strategies of mothers who have educable mentally retarded children. Armaghane-danesh; 2001; 6(23);1-9. [Persian]

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]

Abstract *Original Article*

Psychosocial adaptation in patients with type 2 diabetes referring to Diabetes Research Center of Birjand in 2013

H. Feghhi[1], S.A. Saadatjoo[2], R. Dastjerdi[3]

Background and Aim: Diabetes is a chronic disease that can affect the physical, psychosocial, and social adaptation of patients. This study aimed to assess the psychosocial adaptation of patients with type 2 diabetes who referred to the Diabetes Research Center of Birjand.

Materials and Methods: In this descriptive–analytical study, 120 diabetic patients who referred to the Diabetes Research Center of Birjand in the spring of 2013 were selected through convenience sampling. Data collection tools included Demographic Information Form and Psychosocial Adaptation to Illness Survey (PAIS), whose content validity was confirmed by 10 members of the faculty; its reliability for 20 patients was calculated as 0.94 using the Cronbach's alpha. The obtained data was analyzed in SPSS (version 15) using independent t-test and ANOVA at the significant level of $P<0.05$.

Results: The overall mean score for psychosocial adaptation in the study was 1.28±0.43 which was at a moderate level. As education level increased in participants, the overall mean score for psychosocial adaptation and the components of family environment, social environment, and psychological disorders also increased in a significant way. However, mean scores of psychosocial adaptation in vocational environment, sexual relationship, and social environment decreased along with increase in the duration of diabetes.

Conclusion: The results of this study showed that psychosocial adaptation of type 2 diabetic patients was moderate and that demographic factors were effective on psychosocial adaptation of these patients. Therefore, it seems necessary to plan for educational and caring interventions by health centers to enhance psychosocial adaptation, and hence, more effective medical treatment.

Keywords: Illness; Type 2 Diabetes; Psychosocial Adaptation

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 10 (4):249-256

Received: August 14,2013 Last Revised: November 28,2013 Accepted: December 11,2013

Corresponding Author:Seyed Alireza Saadatjoo, Medical-Surgical Department, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran. s_saadatjoo@yahoo.com

[1] Master Student of Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[2] Instructor, Department of Medical–Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[3] Assistant Professor, Psychology Department, Paramedics Faculty, Birjand University of Medical Sciences, Birjand, Iran.

[Downloaded from mcj.bums.ac.ir on 2026-11-04]