

خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو Self-efficacy, social support, and self care behaviors of patients with type II diabetes

Saeideh Bazzazian

سعیده بزازیان*

Abstract

The present study investigates the role of self-efficacy and social support in self-care behaviors. The intention was to investigate the role of self-efficacy and subscales of social support including friends, family and other significant individuals support in self-care behaviors of patients with type II diabetes. 160 adults (90 female and 70 male) referred to the Iranian Diabetes Society participated in this study. they were contacted and briefed about the research objectives. If they were interested to participate in the research, questionnaires were sent to them. To ensure response, necessary inducements were considered. Participants completed General Self-efficacy Scale (GSS), Perceived Social Support (MSPSS), and self-care behaviors questionnaire (DSBQ). Results revealed significant correlations between self-efficacy, social support subscales and self-care behaviors. It was also shown that self-efficacy and social support could predict self-care behaviors in type II diabetics. The results could provide necessary experimental support for providing psychological solution to promote adjustment and enhance self-care behaviors in patients with type II Diabetes.

Keywords: chronic disease, control, perceived support

چکیده

در این پژوهش، نقش خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در رفتارهای مراقبت از خود بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد بررسی قرار گرفت. هدف از این مطالعه، تعیین نقش خودکارآمدی و ابعاد حمایت اجتماعی یعنی حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و افراد مهم دیگر در رفتارهای خودمراقبتی بیماران بود. در این پژوهش ۱۶۰ نفر (۹۰ زن، ۷۰ مرد) از مراجعان به انجمن دیابت ایران شرکت کردند. پس از نمونه گیری، با افراد منتخب تماس گرفته شده و توضیحات لازم در مورد پژوهش به آن‌ها داده شد و در صورت تمایل‌شان به شرکت در تحقیق، پرسشنامه‌ها به آدرس محل سکونت آنان ارسال شد. جهت عودت پرسشنامه‌ها نیز تمهیدات لازم اتخاذ شد. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس خودکارآمدی (GSS)، مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) و مقیاس رفتارهای خودمراقبتی (DSBQ) بود. نتایج نشان دادند، خودکارآمدی و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنادار دارند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد، خودکارآمدی و زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی توان پیش‌بین رفتارهای خودمراقبتی را داشتند. پژوهش حاضر و پژوهش‌هایی از این دست، پشتوانه تجربی لازم در زمینه ارائه راهکارهای روان‌شناختی مناسب جهت ارتقاء سازگاری با بیماری و افزایش رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: بیماری مزمن، کنترل، حمایت ادراک شده

email: bazzazian_s@yahoo.com

* دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

Received: 27 Jun 2012 Accepted: 26 Jan 2013

پذیرش: ۹۱/۱۱/۷

دریافت: ۹۱/۴/۷

مقدمه

شیوع بالای بیماری‌های مزمن^۱ توجه جدی بهداشت عمومی در جوامع غربی را به خود جلب کرده است. در این میان، شیوع پیشرونده دیابت در دهه‌های اخیر مشهود بوده و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به دیابت به دو برابر میزان فعلی آن برسد (باستانی و ضرابی، ۱۳۸۹). بر اساس پژوهش انجام شده در ایران نیز، شیوع دیابت در سال ۲۰۰۵، ۷/۷ درصد (۸/۳ درصد در زنان و ۷/۱ درصد در مردان) گزارش شده بود (استقامتی، گویا، عباسی، دلاوری، علی‌خانی و همکاران ۲۰۰۸). در حالی که این میزان در سال ۲۰۰۷ به حدود ۸/۷ درصد (۹/۲ درصد در زنان و ۷/۵ درصد در مردان) افزایش یافته است (استقامتی، میثمی، خلیل‌زاده، رشیدی، حق‌ازلی و همکاران، ۲۰۰۹).

دیابت نوع دو، اختلال متابولیکی است که مشخصه آن ترشح ناکافی انسولین در بدن می‌باشد. انسولین، هورمونی است که کمبود آن باعث هیپرگلیسمی^۲ می‌شود که خود موجب کتواسیدوز^۳، کُما و در موارد بحرانی مرگ می‌گردد. علاوه بر آن، افزایش مزمن قند خون با دامنه وسیعی از عوارض عروقی بزرگ^۴ (مانند انفارکتوس میوکاردیال و سکته) و عوارض عروقی کوچک^۵ (رتینوپاتی^۶ یا عوارض چشمی، نفروپاتی^۷ یا عوارض کلیوی) و عوارض نروپاتی^۸ یا عوارض سیستم عصبی همراه است (گاگلیاردینو، لاپرتوسا، ویلاژرو، کاپورلا، الیور و همکاران، ۲۰۰۷). دیابت، مستلزم رژیم مراقبتی پیچیده شامل تغییر الگوی تغذیه، ورزش، عدم مصرف سیگار، اندازه‌گیری قند خون و رژیم پزشکی متغیر برای اجتناب از عوارض طولانی مدت است. در این بیماری ۹۵ درصد مراقبت و درمان در افراد بزرگسال توسط خود فرد انجام می‌شود "مدیریت شخصی" (فرانکلین، ۲۰۰۸). بنابراین، دیابت در قلب مسائل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی نقش حیاتی در مدیریت دیابت دارند (اسنوک، ۲۰۰۲). با علم به این که مدیریت دیابت پیچیده بوده و عواملی به جز عوامل پزشکی می‌توانند بر رفتار خودمراقبتی بیماران تاثیر داشته باشند، بدیهی است تعیین عوامل روانی- اجتماعی مؤثر در رفتارهای خودمراقبتی بیماران نقش مهمی در درمان روان‌شناختی بیماران، افزایش مراقبت از خود، پیشگیری از عوارض بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها خواهد داشت. رفتار خودمراقبتی، مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است و به هرگونه اقدامی که برای افزایش یا نگهداری سطح سلامت و خودشکوفایی خود یا گروه صورت می‌گیرد، اشاره

1. chronic diseases
2. hyperglycemia
3. ketoacidosis
4. macrovascular
5. microvascular
6. retinopathy
7. nephropathy
8. neuropathy

دارد (ریچتر، مالکویز و شاو،^۱ ۱۹۸۷؛ نقل از پور شریفی، ۱۳۸۷). رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت شامل عمل به توصیه‌های پزشکی، ورزش، تزریق به موقع انسولین یا مصرف دارو و ایجاد هماهنگی بین مصرف مواد غذایی، تزریق انسولین یا مصرف دارو و فعالیت جسمی است. این متغیر نیز در تحقیقات مختلف به عنوان شاخص سازگاری یا یکی از متغیرهای پیامد در نظر گرفته شده است (پورشریفی، ۱۳۸۷).

طبق پژوهش‌های انجام شده، خودکارآمدی از جمله عوامل تاثیرگذار بر کنترل بیماری‌های مزمن است (اندرسون، فونل، فیتز جرال و مارو، ۲۰۰۰؛ باستانی و ضرابی، ۱۳۸۹؛ حقیقت، زاده‌وش، رسول‌زاده طباطبایی و اعتمادی‌فر، ۱۳۹۰؛ حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷؛ ساکو و بیکوسکی، ۲۰۱۱). خودکارآمدی درجه‌ای از احساس تسلط فرد در توانایی‌اش برای انجام فعالیت‌های خاص است. باندورا (۲۰۰۰) مطرح می‌کند که خودکارآمدی، توان سازنده‌ای است که بدان وسیله، مهارت‌های شناختی، اجتماعی، عاطفی و رفتاری انسان برای تحقق اهداف مختلف به گونه‌ای اثربخش سازماندهی می‌شود. به نظر وی داشتن دانش، مهارت‌ها و دستاوردهای قبلی افراد پیش‌بینی کننده‌های مناسبی برای عملکرد آینده افراد نیستند؛ بلکه باور انسان درباره توانایی‌های خود در انجام آن‌ها بر چگونگی عملکرد خویش مؤثر می‌باشد. عقاید مرتبط با خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوها اثر می‌گذارند و تشکیل دهنده پیامدهای رفتار انسان هستند. خودکارآمدی مشخص می‌کند، افراد چگونه موانع را بررسی می‌کنند (جلیلیان، امدادی، براتی و غریب‌نواز، ۱۳۹۰). به عبارت دیگر، خودکارآمدی از سازه‌های مدل شناختی است که تعامل بین عوامل اجتماعی، فردی، رفتاری و محیطی در سلامتی و بیماری را توضیح می‌دهد. با توجه به این که در کنترل دیابت عوامل فردی، رفتاری و محیطی با اهمیت می‌باشد، خودکارآمدی برای پیشبرد رفتارهای خودمدیریتی رژیم‌های درمانی، عامل مؤثری است. خودکارآمدی یک باور نسبت به توانایی‌های فردی در غلبه بر چالش‌ها و از عوامل پیشگویی کننده در خود مدیریتی بوده و در مداخلات تغییر رفتار در مقوله سلامتی، هدف اصلی به شمار آمده و محوریت خاص دارد (باستانی و ضرابی، ۱۳۸۹). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که فواید پیش‌بینی شده درمان، موانع ادراک شده در درمان و خودکارآمدی به صورت مستقل رفتارهای خودمراقبتی را پیش‌بینی می‌کنند (الجباسم، پیروت، ویسو و رابین، ۲۰۰۷؛ ساکو و بیکوسکی، ۲۰۱۱) و افرادی که حس خودکارآمدی بالایی دارند، با احتمال بیشتری به کنترل مناسب دیابت دست می‌یابند (چیپه، جان، شو و لیو، ۲۰۱۰؛ ثابت سروستانی و هادیان شیرازی، ۱۳۸۸).

حمایت اجتماعی به میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعریف شده است. حمایت اجتماعی تبادلات بین فردی در میان اعضای شبکه اجتماعی است که

1. Richter, J. M., Malkiewicz, J. A., & Shaw, D.

به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولاً خودبه‌خودی و سودمند می‌باشد و دارای دو حیطة، حمایت اجتماعی درک شده (عملکردی) و اندازه شبکه اجتماعی (ساختاری) است. حمایت اجتماعی درک شده نظر افراد در مورد حمایت ارایه شده را منعکس می‌کند و اندازه شبکه اجتماعی نیز به همه افراد شناخته شده به وسیله فرد یا بیمار برمی‌گردد (حیدری، سلحشوریان، رفیعی و حسینی، ۱۳۸۷). حمایت اجتماعی به تدارک شبکه اجتماعی، منابع مادی و روان‌شناختی گفته می‌شود که هدف آن تقویت توانایی فرد برای کنار آمدن با استرس است (کوهن، مک چارگو و کولینز، ۲۰۰۳).

حمایت اجتماعی ادراک شده^۱، به ارزیابی ذهنی و رضایت از حمایت اطلاق می‌شود. حمایت اجتماعی ادراک شده، بیانگر این احساس است که دیگران می‌توانند و مایلند در صورت لزوم به فرد کمک کنند. حمایت اجتماعی با سازگاری خوب و تعادل عاطفی رابطه قوی دارد. تمایز بین ابعاد مختلف حمایت اجتماعی برحسب نوع اثر حمایت قابل بررسی است. یکپارچگی اجتماعی^۲ اثر مستقیم و حمایت ادراک شده اثر حائلی بر سلامت روانی دارند (تویتس^۳، ۱۹۹۵؛ به نقل از کیوروسو، هیوری و آرو، ۲۰۰۷).

حمایت اجتماعی نقش مهمی در حفظ سلامتی افراد بازی می‌کند و آسیب‌پذیری فرد را نسبت به استرس، افسردگی و انواع بیماری‌های روانی و جسمانی کاهش می‌دهد (جلیلیان، امدادی، براتی و غریب نواز، ۱۳۹۰). از تعاریف مختلف می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که حمایت اجتماعی یک سازه پیچیده و چندوجهی است. حمایت اجتماعی یک منبع مهم سازگاری است و دارای نقش بسیار مؤثر و بااهمیتی در پیامدهای حاصل از کارکرد و سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به بیماری مزمن است (کوهن، مک چارگو و کولینز، ۲۰۰۳).

حمایت اجتماعی در تحقیقات مختلف به عنوان یکی از عوامل پیش‌بینی کننده خودمراقبتی مطرح شده است (گلاسکو، هامپسون، استرایگر و روگی یرو، ۲۰۰۵؛ میسرا و لاگر، ۲۰۰۸) و این امر در کشورهای آسیایی از اهمیت بیشتری برخوردار است (پوچی لستاری، کانبارا، سنیوان و تانیگوچی، ۲۰۰۸). حمایت عاطفی به طور معناداری مقابله فعالانه با دیابت، کنترل‌پذیری بیماری را افزایش و درماندگی را کاهش داد. حمایت رفتاری فقط بر قابلیت کنترل سلامت تاثیر داشت. همچنین، بیمارانی که فرزندانشان از آن‌ها حمایت می‌کردند در حمایت اجتماعی در دسترس ادراک شده نمرات بالاتری داشتند (کانبارا، تانیگوچی، موتویوشی، وانگا، تاکاکی، یاجیما و همکاران، ۲۰۰۸).

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی نقش خودکارآمدی و حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای روانی- اجتماعی در رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. بر این اساس، به طور خاص در این پژوهش، فرضیه‌های زیر مورد بررسی قرار گرفتند: بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با

1. perceived social support
2. social integration
3. Twits, A. M.

خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی ...

رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو رابطه وجود دارد. خودکارآمدی و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی میزان قابل توجهی از واریانس رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را تبیین می‌کنند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری شامل کلیه افراد بزرگسال و متاهل ۶۰-۲۰ سال مبتلا به بیماری دیابت نوع دو استان تهران است. نمونه پژوهش به حجم ۱۶۰ نفر به صورت تصادفی از مراجعان به انجمن دیابت ایران انتخاب شدند. ۹۰ نفر از شرکت کنندگان زن و ۷۰ نفر مرد بودند. میانگین سنی و انحراف استاندارد سن زنان و مردان به ترتیب ۵۰/۷۵، ۱۰/۶۰، ۵۰/۹۷ و ۱۰/۲۷ است. روش اجرا به صورت فردی بوده، پس از انتخاب نمونه با افراد انتخاب شده تماس حاصل گردید و پس از جلب همکاری آن‌ها، در صورت تمایل به شرکت در پژوهش پرسشنامه‌ها به آدرس محل سکونت آن‌ها ارسال شد. جهت عودت پرسشنامه‌ها نیز، تمهیدات لازم اتخاذ گردیده و داخل پاکت اصلی، پاکت خالی قرار داده شده و نیز جهت دریافت هزینه کل به صورت یک طرفه، هماهنگی لازم با پست انجام شد. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، در زمان ارائه پرسشنامه و قبل از تکمیل آن‌ها، رضایت‌نامه مبنی بر استفاده از اطلاعات افراد به صورت گروهی، در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و پرسشنامه‌ها توسط افرادی تکمیل شدند که رضایت‌نامه را تکمیل کرده و تمایل داشتند در پژوهش شرکت کنند. بر اساس این رضایت‌نامه، شرکت‌کنندگان در پژوهش مختار بودند، طی مراحل پژوهش در هر زمان احساس کردند ادامه همکاری برای آن‌ها مشکل است و مایل به ادامه نیستند، به همکاری خود پایان دهند.

ابزار سنجش

مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSS): اولین ابزار این پژوهش، مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ (شوارتزر و جروسلم، ۱۹۸۰) بود. این مقیاس دارای ۲۰ گویه با دو زیرمقیاس جداگانه خودکارآمدی عمومی و خودکارآمدی اجتماعی بود که در سال ۱۹۸۱ به یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای کاهش یافت و تاکنون به ۲۸ زبان دیگر برگردانده شده است (شوارتزر و جروسلم، ۱۹۹۵). سئوالات در یک مقیاس ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشانگر خودکارآمدی بیشتر است. ضرایب همسانی درونی^۲ بین

-
1. General Self-efficacy Scale (GSS)
 2. internal consistency

۰/۷۵ تا ۰/۹۱ در تحقیقات مختلف گزارش شده است. پایایی^۱ و روایی^۲ مقیاس خودکارآمدی عمومی در دانشجویان ایرانی بررسی شده است (رجبی، ۱۳۸۵). تحلیل عاملی تاییدی ساختار تک‌عاملی مقیاس را تأیید کرده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و ضریب روایی همزمان برای مقیاس خودکارآمدی و عزت نفس روزنبرگ ۰/۳۰ به دست آمد. برای تعیین پایایی مقیاس در نمونه مورد بررسی، ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ محاسبه شد که نشان‌دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است.

مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند وجهی (MSPSS): مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده چند وجهی^۳ (MSPSS؛ زیمت، دالم، زیمت و فالی، ۱۹۹۰)، دارای ۱۲ آیتم و سه زیرمقیاس حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و افراد مهم دیگر است که در مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. آلفای کرونباخ کل مقیاس و زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۵ تا ۰/۹۱ بوده و پایایی بازآزمایی^۴ ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است (زیمت و همکاران، ۱۹۹۰). باقریان سرارودی (۱۳۸۶) در بیماران کرونری ضریب آلفا را ۰/۸۷ و ضریب روایی همزمان مقیاس حمایت اجتماعی با افسردگی را ۰/۳۲- گزارش کرده است. برای تعیین پایایی مقیاس و تعیین همسانی درونی مقیاس برای استفاده در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی محاسبه شد که برای سه زیرمقیاس فرد مهم دیگر، خانواده و دوستان به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۴، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ که نشان‌دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است.

پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی برای افراد دیابتی (DSBQ): پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی برای افراد دیابتی^۵ (DSBQ؛ توبرت، هامسون و گلاسگو، ۲۰۰۰)، جهت تشخیص رفتار خودمراقبتی تهیه شده است. مقیاس دارای ۱۱ گویه بوده و پنج جنبه از رژیم دیابتی (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را ارزیابی می‌کند. همسانی درونی مقیاس برای زیرمقیاس‌ها با میانگین ۰/۴۷ برآورد شده است. همبستگی بازآزمایی با فاصله سه الی چهار ماه معنادار بود. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه روی ۹۱ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در ایران انجام شد. ضریب بازآزمایی با

-
1. reliability
 2. validity
 3. Multi-dimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)
 4. test-retest reliability
 5. Diabetic Self-care Behaviors Questionnaire (DSBQ)

خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی ...

فاصله پنج هفته برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۴۷ تا ۰/۷۰ بود. ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (پورشریفی، ۱۳۸۷).

یافته‌ها

برای آزمون فرضیه اول و دوم از روش همبستگی استفاده شد. جدول ۱ همبستگی و مشخصه‌های آماری نمره‌های خودکارآمدی، نمره کل و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را نشان می‌دهد.

جدول ۱

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. خودکارآمدی							
۲. حمایت اجتماعی (نمره کل)	۰/۲۵۳**						
۳. حمایت اجتماعی خانواده	۰/۲۱۴**	۰/۸۷۴**					
۴. حمایت اجتماعی دوستان	۰/۲۳۳**	۰/۸۱۸**	۰/۶۰۸**				
۵. حمایت اجتماعی افراد مهم دیگر	۰/۲۰۹**	۰/۸۷۱**	۰/۸۱۸**	۰/۶۲۹**			
۶. رفتارهای خودمراقبتی	۰/۲۸۷**	۰/۴۵۶**	۰/۳۸۸**	۰/۳۵۶**	۰/۴۳۸**		
میانگین	۲۹/۸۷	۵۷/۰۶	۲۰/۵۵	۱۷/۱۹	۲۰/۰۱	۴۰/۰۸	۶۰/۵۰
انحراف استاندارد	۵/۵۹	۲۰/۲۹	۷/۴۶	۷/۴۲	۷/۷۸	۱۲/۱۳	۴۵/۱۶

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

بر اساس نتایج جدول ۱ بین خودکارآمدی، نمره کل حمایت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن یعنی حمایت اجتماعی دوستان، خانواده و افراد مهم دیگر با رفتارهای خودمراقبتی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. با توجه به این که تمامی متغیرها دارای همبستگی معنادار با هم هستند و جهت همبستگی‌ها نیز در جهت پیش‌بینی شده است؛ بنابراین برای آزمون فرضیه سوم می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد. بر این اساس، جهت تعیین سهم خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در تبیین واریانس رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی و زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و رفتارهای خودمراقبتی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲

خلاصه مدل رگرسیون گام به گام خودکارآمدی و حمایت اجتماعی بر رفتارهای خودمراقبتی

مرحله	متغیر	R	R ²	خطای استاندارد	B	β	t	سطح معناداری
گام اول	حمایت فرد مهم	۰/۴۵۹	۰/۲۱۱	۱۰/۷۹۴۴۶	۰/۷۱۲	۰/۴۵۹	۶/۴۹۶	۰/۰۰۰
گام دوم	خودکارآمدی	۰/۴۹۷	۰/۲۴۷	۱۰/۵۷۵۴۲	۰/۴۳۰	۰/۱۹۷	۲/۷۵۹	۰/۰۰۶

متغیر وابسته رفتارهای خودمراقبتی

جدول ۲ نشان می‌دهد، خودکارآمدی و زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی از بین متغیرهای پیش‌بین، توان پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی را داشته و سایر زیرمقیاس‌های حمایت اجتماعی به دلیل این که توان پیش‌بینی کافی را نداشته‌اند از معادله رگرسیون خارج شده‌اند.

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی از طریق حمایت اجتماعی فرد مهم دیگر در گام اول نشان داد که این متغیر ۲۱ درصد واریانس رفتارهای خودمراقبتی را تبیین می‌کند. در گام دوم، خودکارآمدی وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر R^2 به ۲۴/۷ درصد گردید. مقایسه R^2 در گام‌های اول و دوم نشان داد که ورود متغیر جدید R^2 را حدود ۳/۵ درصد افزایش داد؛ بنابراین F مشاهده معناداری است و ۲۴/۵ درصد واریانس متغیر رفتارهای خودمراقبتی توسط خودکارآمدی و زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیون متغیرهای پیش‌بین نشان می‌دهد که در گام اول زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی ($\beta = ۰/۴۵۹$) با توجه به آماره t می‌تواند تغییرات مربوط به رفتارهای خودمراقبتی را با اطمینان ۹۹ درصد پیش‌بینی کند. همچنین در گام دوم متغیر خودکارآمدی ($\beta = ۰/۱۹۷$) با توجه به آماره t می‌تواند تغییرات مربوط به رفتارهای خودمراقبتی را با اطمینان ۹۵ درصد پیش‌بینی کند. همچنین کاهش β در گام دوم به این معناست که با ورود متغیر جدید، رابطه بین متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک (رفتارهای خودمراقبتی) تحت تاثیر قرار گرفته است. به عبارت دیگر، خودکارآمدی سهم زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی را در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی کاهش داده است.

بحث

نتایج نشان‌دهنده آن هستند که بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی معنادار وجود داشته و خودکارآمدی و زیرمقیاس فرد مهم دیگر حمایت اجتماعی ۲۴/۵ درصد واریانس رفتارهای خودمراقبتی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تبیین می‌کنند. نتایج پژوهش در راستای تحقیقات مسیرا و لاگر (۲۰۰۸)، کریمی، نیکنامی، نشکروی، شمسی و حاتمی (۱۳۸۸)، حقیقت و

خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی ...

همکاران (۱۳۹۰)، الجاسم و همکاران (۲۰۰۷)، ساکو و بیکوسکی، (۲۰۱۱)، چیه و همکاران (۲۰۱۰) است. نتایج به دست آمده به شرح زیر قابل تبیین هستند:

در برخی تحقیقات نشان داده شده که خودکارآمدی یک عامل درونی مهم برای کنترل طولانی مدت بیماری‌های مزمن است. تحقیقات مربوط به بیماری‌های مزمن نشان می‌دهند، خودکارآمدی با رفتارهای مدیریت خود رابطه دارد. این یافته‌ها را می‌توان با استناد به نظریه شناختی باندورا مورد تبیین قرار داد که بر اساس آن احساس خودکارآمدی یک عامل عمده در تفکرات و احساسات و رفتارهای افراد در شرایط استرس‌زاست و توانایی افراد برای مقابله موفقیت‌آمیز با موقعیت‌های چالش‌انگیز مختلف را افزایش می‌دهد (باندورا، ۲۰۰۰). وقتی افراد در معرض بیماری به عنوان یک عامل استرس‌زا قرار می‌گیرند احساس خودکارآمدی بالا به آن‌ها کمک می‌نماید تا بتوانند رویدادها را مدیریت کنند. افراد دارای خودکارآمدی پایین، احساس درماندگی و ناتوانی می‌کنند و قادر به کنترل رویدادهای استرس‌زا و الزامات بیماری نیستند. این افراد معتقدند که هر تلاشی در زمینه کنترل بیماری منجر به شکست شده و احتمالاً به سرعت تسلیم می‌شوند. تکرار شکست در کنترل بیماری، احساس خودکارآمدی پایین‌تری را در فرد به وجود می‌آورد. از طرفی افرادی که خودکارآمدی بالاتری دارند، تمایل به تلاش و استقامت بیشتری در عمل به توصیه‌های پزشکی داشته، به توانایی خود در کنترل بیماری اطمینان دارند. این امر، منجر به باورهای خودکارآمدی بالاتر و رفتارهای خودمراقبتی بیشتر خواهد شد.

از سوی دیگر، با توجه به این که خودکارآمدی به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی‌هایش برای انجام یک عمل است، می‌تواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد. همچنین، احساس خودکارآمدی بالا توانایی‌های مساله‌گشایی و تفکر تحلیلی را بهبود می‌بخشد. بنابراین، این افراد می‌توانند روش‌های مناسب خودمراقبتی را یاد گرفته و اجرا کنند.

شواهد روزافزونی وجود دارد که نشان می‌دهد، حمایت اجتماعی متغیر تعیین‌کننده مهمی در تفاوت‌های فردی در واکنش به استرس و بهبودی از بیماری است (مائوندر، لانس، نولان، هیونتر و تاننباوم، ۲۰۰۶). حمایت اجتماعی به عنوان قوی‌ترین و نیرومندترین نیروهای مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان ابتلا به بیماری و شرایط تنش‌زا شناخته شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (حیدری و همکاران، ۱۳۸۷). ایفای نقش واسطه‌ای میان عوامل تنش‌زای زندگی و بروز مشکلات جسمی و روانی و همچنین تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش تجربه شده، افزایش میزان بقا و بهبود مراقبت‌های بهداشتی می‌شود.

مطالعات بیماران مزمن نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی، سپری در مقابل پیامدهای منفی بیماری است. حمایت اجتماعی از مسیرهای فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی بر شاخص‌های سازگاری تاثیر دارد. اطرافیان فرد می‌توانند با ارائه اطلاعات در جهت شناخت بهتر مشکل و افزایش انگیزه برای عمل، به فرد کمک کنند تا راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری را مورد استفاده قرار دهد. حمایت می‌تواند رفتارهای مثبت

سلامت را تشویق کرده، رفتارهای خطرناک و نیز واکنش روانی به استرس را کاهش دهد. صحبت در مورد مسائل مربوط به بیماری در یک فضای غیر انتقادی و حمایتی، به افراد اجازه می‌دهد تا بهتر بتوانند مهارت‌های مقابله با بیماری را بیاموزند (استانتون، ریونسون و تنن، ۲۰۰۶).

همچنین، حمایت اجتماعی از طریق تغییر ارزشیابی افراد از حوادث تنش‌زای زندگی مثل بیماری، با کاهش پاسخ روانی منفی به این عوامل تنش‌زا بر رفتارهای بهداشتی، نتایج بیماری و درمان‌ها اثر می‌گذارد (حیدری و همکاران، ۱۳۸۷). از سوی دیگر، حمایت اجتماعی با افزایش اعتماد به نفس و احساسات مثبت ممکن است به طور مستقیم سیستم ایمنی را تقویت نماید و از این طریق سبب سرعت بخشیدن به بهبودی بیماری و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و تقویت، ارتقاء و افزایش رفتارهای سالم شود (کوهن، مک چارگو و کولینز، ۲۰۰۳).

با توجه به تجربه بیماری مزمن به عنوان یک رویداد استرس‌زا، فرض بر این است که روابطی که احساس ایمنی ایجاد می‌کنند بر شدت استرس ادراک شده و طول مدت پاسخ فیزیولوژیک به استرس نیز مؤثر هستند (مائوندر و همکاران، ۲۰۰۶). بنابراین، ابتلا به بیماری در افراد دارای منابع حمایت اجتماعی، استرس کم‌تری را ایجاد می‌کند. روابط اجتماعی تقریباً در همه حال، می‌تواند به عنوان سپری در برابر حوادث و رویدادهای استرس‌زا عمل کند و شخص را در مقابل پیامدهای ناگوار مصون دارد و فقدان آن می‌تواند برای شخص اضطراب‌آور باشد (میرسمیعی و ابراهیمی‌قوام، ۱۳۸۷).

فرد در رابطه با دیگران، احساس ارزشمندی می‌کند و این احساس می‌تواند به نوبه خود باعث افزایش احساس خودکارآمدی شود. به طور کلی، در خصوص توانمندسازی افراد دیابتی و غیردیابتی در حیطه‌های بهداشتی، محققان معتقدند که دارا بودن خودکارآمدی بالا به همراه حمایت خانوادگی و اجتماعی کافی، برای تغییر رفتارها و سبک زندگی الزامی است (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد دو متغیر خودکارآمدی و حمایت اجتماعی، به عنوان عوامل تسهیل‌کننده رفتارهای بهداشتی می‌توانند منجر به خودمدیریتی و خودکنترلی به ویژه در دیابت نوع دو که حالتی موقت و گذرا نیست، بشود و به منزله مسیری برای تعدیل و تداوم سبک زندگی بهداشتی بیماران تلقی شود (باستانی و ضرابی، ۱۳۸۹).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: در این پژوهش از مقیاس خودکارآمدی عمومی استفاده شده است. مقطعی بودن پژوهش مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی است. پیشنهاد می‌شود جهت تعمیق یافته‌ها، پژوهش‌های مشابه در گروه‌های هدف دیگر از جمله افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن و گروه‌های سنی مختلف با استفاده از مقیاس‌های خاص بیماران انجام شود. با توجه به لزوم رعایت معیارهای خاص جهت همگن ساختن نمونه مورد بررسی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی با معیارهای ورود به پژوهش متفاوت انجام شود. نتایج این پژوهش در توسعه مداخلات از طریق در نظر گرفتن فرآیندهایی که رفتارهای خودمراقبتی را پیش‌بینی می‌کنند، راه‌گشا

خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی ...

خواهد بود. پیشینه تجربی در مورد بیماری‌های مزمن می‌تواند در تعیین گروه‌های هدف درمان روان‌شناختی، مؤثر باشد.

منابع

- باستانی، ف. و ضرابی، ر. (۱۳۸۹). بررسی خودکارآمدی در زنان مبتلا به دیابت بارداری و عوامل مرتبط با آن. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱۶، ۵۶-۶۵.
- باقریان سرارودی، ر. (۱۳۸۶). *بررسی اکتشافی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده افسردگی پس از سکته قلبی (MI)*. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- پورشریفی، ح. (۱۳۸۷). *تاثیر مصاحبه انگیزشی بر شاخص‌های سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو*. رساله دکتری دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- رجبی، غ. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس خودکارآمدی عمومی در دانشجویان روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز و دانشگاه آزاد مرودشت. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۲، ۱۱۱-۱۲۲.
- جلیلیان، ف.، امدادی، ش.، کریمی، م.، براتی، م. و غریب نواز، ح. (۱۳۹۰). افسردگی در بین دانشجویان؛ بررسی نقش خودکارآمدی عمومی و حمایت اجتماعی ادراک شده. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان*، ۱۸، ۶۰-۶۶.
- حقیقت، ف.، زاده‌پور، س.، رسول‌زاده طباطبایی، ک. و اعتمادی فر، م. (۱۳۹۰). رابطه بین خودکارآمدی مربوط به درد و شدت درد در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکروزیس. *مجله علوم رفتاری*، ۵، ۴۷-۵۴.
- حیدری، س.، سلحشوریان، آ.، رفیعی، ف. و حسینی، ف. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی درک شده و اندازه شبکه اجتماعی با ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان. *فصلنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۱۲، ۸-۱.
- کریمی، م.، نیکنامی، ش.، نشکروی، ف.، شمسی، م. و حاتمی، ع. (۱۳۸۸). بررسی ارتباط بین اعتماد به نفس، خودکارآمدی، منافع و موانع درک شده با رفتار خودآزمایی پستان در رابطه با بهداشتی زرنیدی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*، ۲، ۴۱-۴۸.
- ثابت سروستانی، ر. و هادیان شیرازی، ز. (۱۳۸۸). شاخص‌های تشخیصی دیابت و خودکارآمدی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه نادر کاظمی شیراز در سال ۱۳۸۶. *پژوهش پرستاری*، ۴، ۲۱-۱۵.
- میر سمیعی، م. و ابراهیمی‌قوام، ص. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و اضطراب امتحان با سلامت روانی دانشجویان دختر و پسر دانشگاه علامه طباطبایی. *فصلنامه روان‌شناسی و علوم تربیتی*، ۲، ۹۱-۷۴.

References

- Aljaseem, L. I., Peyrot, M., Wissow, L., & Rubin, R. R. (2007). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type II diabetes. *The Diabetes Educator*, 27, 393-404.
- Anderson R., M., Funnell M. M., Fitzgerald J. T., & Marrero D., G. (1975). The Diabetes Empowerment Scale: a measure of psychosocial self-efficacy. *Diabetes Care*, 23, 739-43.
- Bandura, A. (2000). *Cultivate self-efficacy for personal and organizational effectiveness*. Handbook of principles of organization behavior. oxford,uk: Blachwell.
- Chih, A. H., Jan, C. F., Shu, S. G., & Lue, B. H. (2010). Self-efficacy Affects Blood Sugar Control Among Adolescents With Type I Diabetes Mellitus. *Journal of the Formosan Medical Association*, 109, 503-510.
- Cohen, L. M., Mc Chargue, D. E., & Colins, F. L. (2003). *The Health Psychology Handbook*. Sage Publication INC.
- Esteghamati, A., Meysamie, A., Khalilzadeh, O., Rashidi, A., Haghazali, M., Asgari, F., & et al. (2009). Third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC Public Health*, 9, 167-177.

- Esteghamati, A., Gouya, M. M., Abbasi, M., Delavari, A., Alikhani, S., Alaedini, F., & et al. (2008). Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran, national survey of risk factors for non-communicable diseases of Iran. *Diabetes Care*, *31*, 96-98.
- Franklin, M. D. (2008). *The relationship between psychosocial factors, self-care behaviors, and metabolic control in adolescents with type II diabetes*. Ph. D. dissertation, faculty of the graduate school of Vanderbilt university, Nashvil, T. N., USA.
- Gagliardino, J. J., Lapertosa, S., Villagera, M., Caporale, J. E., Oliver, P., Gonzalez, C., Siri, F., & Clark, Ch. (2007). PRODIACOR: A patient-centered treatment program for type II diabetes and associated cardiovascular risk factors in the city of Corrientes, Argentina, study design and baseline data. *Contemporary Clinical Trials*, *28*, 548-556.
- Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L. (2005). Personal model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, *20*, 556-561.
- Kanbara, S., Taniguchi, H., Motoyoshi, S., Wanga, D., Takaki, J., Yajima, Y., Naruse, F., Kojima, S., & Sauriasari, R. (2008). Social support, self-efficacy and psychological stress responses among outpatients with diabetes in Yogyakarta, Indonesia. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *80*, 56-62.
- Kiviruusu, W., Huurre, T., & Aro, H. (2007). Psychosocial resources and depression among chronically ill young adults: Are males more vulnerable? *Social Science and Medicine*, *65*, 173-186.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*, 283-290.
- Misra, R., & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, *22*, 217-223.
- Puji Lestari, C. U., Kanbara, S., Setyawan, A., & Taniguchi, H. (2008). Comparison of social support, self efficacy and psychological stress response between diabetes Type 2 patients in Jogjakarta, Indonesia and Kobe, Japan. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *79*, 1-27.
- Sacco, W. P., & Bykowski, C. A. (2011). Depression and hemoglobin A1c in type 1 and type 2 diabetes: The role of self-efficacy. *Diabetes Research and Clinical Practice*. www.elsevier.com/locate/diabres
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. In S. Wright & M. Johnston, & J. Weinman, (Eds.), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs* (pp. 35-37). Windsor, IK: nferNelson.
- Snoek, F. J. (2002). *Management of diabetes: Psychological aspects of diabetes management*. The Medicine Publishing Company, Ltd.
- Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2006). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, *58*, 1-28.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The Summary of Diabetes Self-care Activities Measure: Results from 7 Studies and a Revised Scale, *Diabetes Care*, *23*, 943-950.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Faley, G. K. (1990). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*, 39-41.