مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان / دوره هجدهم / تابستان ۱۳۹۲/۱۷-۹

بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با کنترل قند خون در مراجعین به درمانگاه بیمارستان توحید سنندج در سال ۱۳۹۰

فهیمه ولی پور[۱]، فرزین رضاعی[۲]

۱. دانشجوی دکترای عمومی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

۲. استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران، (مولف مسئول)، تلفن ثابت: ۰۸۷۱-۶۶۶۰۰۲۵، frrezaie@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در فرجام بیماری تاثیر گذار است. هدف از این مطالعه تعیین ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت و ارتباط آن با پاسخ به درمان در مراجعین به درمانگاه توحید سنندج بوده است.

روش بررسی: در یک مطالعه توصیفی– تحلیلی(مقطعی)، ۲۰۰ بیمار از میان مراجعه‌کنندگان به درمانگاه دیابت به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های مربوط به ادراک بیماری با استفاده از پرسشنامه IPQ بدست آمد و سایر متغیرها شامل HbA1C از پرونده بیماران استخراج گردید. داده‌ها وارد نرم افزار SPSS شد، با استفاده از تست های آمار استنباطی من ویتنی یو و ضریب همبستگی اسپیرمن تحلیل گردید و $p<۰/۰۵$ معنی دار تلقی شد.

یافته‌ها: از کل بیماران، ۳۹ نفر (۱۹/۵٪) مرد و ۱۶۱ نفر (۸۰/۵٪) زن بودند، میانگین سنی بیماران ۱۲/۸۳± ۵۳/۲۵ سال بود. میانگین قندخون بیماران ۱/۶± ۷/۶ میلی گرم در دسی لیتر بود. ۴۶/۶٪ بیماران دارای آگاهی در خصوص طول مدت بیماری بودند. ۶۲ درصد از بیماران کنترل قندخون در حد خوب و عالی داشتند. بین جنس و ادراک بیماری رابطه‌ای معنی داری وجود نداشت ($p>۰/۰۵$). بین ادراک بیماری و میزان قندخون با $p<۰/۰۱$ رابطه وجود داشت.

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد در بیماران دیابتی، میان ادراک بیماری و کنترل قند خون ارتباط وجود دارد و با توجه به این ارتباط برای کنترل قندخون توسط خود بیماران و کاهش عوارض دیابت لازم است درک آنها از بیماری خود از طریق آموزش و مشاوره اصلاح گردد.

واژگان کلیدی: ادراک بیماری، دیابت، کنترل قندخون.

وصول مقاله :۹۱/۳/۱۳ اصلاحیه نهایی:۹۱/۱۲/۵ پذیرش:۹۱/۱۲/۸

مقدمه

دیابت یک بیماری شایع در کل جهان است، شیوع و بروز دیابت در تمام جمعیت‌ها در حال افزایش است. میزان شیوع دیابت در حال حاضر در ایران یک و نیم میلیون نفر است که تخمین زده می شود در سال ۲۰۲۵ به پنج و یک دهم میلیون نفر برسد. با توجه به شیوع بالا و در حال پیشرفت بیماری و عوارض ناتوان کننده آن و تاثیری که بیماری در کیفیت زندگی افراد می گذارد، بررسی عوامل مرتبط با کنترل بیماری و بهبود کیفیت زندگی بیماران ضروری می‌باشد (۱). طبق شواهد موجود کنترل دقیق قند خون در نتیجه بیماری تاثیرگذار است، رسیدن به این هدف نیازمند پیروی از یک رژیم مادام العمر توسط خود بیمار و داشتن مهارت مدیریت در پایش علایم،کنترل قند خون و مصرف داروهاست. شواهد نشان می دهد تنها یک سوم بیماران به این هدف می رسند (۲). یک رویکرد روانشناختی که بطور

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

گسترده در بیماری دیابت مورد استفاده قرار می گیرد رویکردی است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار است. این رویکرد بیان می‌کند افراد در برخورد با یک بیماری یا یک عامل تهدید کننده حیات یک تصویر کلی و باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد می‌کنند که به آن ادراک بیماری گویند. این درک از بیماری در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود فرد و در کل در نتیجه‌ی بیماری تاثیرگذار است. تحقیقات در زمینه‌ی ادراک بیماری نشان می دهد، ادراک بیماری شامل ۵ بعد مختلف است که عبارتند از: شناخت علایم، طول مدت بیماری، علت بیماری، فرجام بیماری و قابل درمان بودن آن (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهد ادراک بیماری در بیماران دیابتی در رفتار مدیریتی بیماران نسبت به بیماری و در نتیجه در کنترل قند خون موثر است (۳و۲). در یک مطالعه انجام شده بر روی ۲ گروه مختلف از ۲ جمعیت تانگان و اروپایی مبتلا به دیابت تیپ۲ که در آن به بررسی رابطه‌ی بین باورها و فرهنگ مردم با نحوه‌ی همکاری آنها در درمان پرداخته بود، نتایج نشان می‌دهد باور بیماران در بهبود درمان آنها موثر است (۴). در یک مطالعه ادراک بیماری در بیماران دیابت تیپ۲ و ارتباط آن با کنترل ریسک فاکتورهای قلبی عروقی مرتبط بررسی شده است. این تحقیق با استفاده از پرسشنامه‌ی مختصر ادراک بیماری (B-IPQ) بر روی ۲۵۰ بیمار انجام شد. این بررسی نشان داد باورهای بیمار با میزان کنترل عوامل خطرساز قلبی عروقی ارتباط دارد (۵). بنابراین با تعیین میزان ادراک بیماری در بیماران دیابتی و بررسی ارتباط آن با میزان کنترل قند خون می توان برنامه ریزی در جهت ارتقای ادراک و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام داد. با توجه به شیوع بالای دیابت و با توجه به اینکه در ایران تاکنون مطالعه‌ای در زمینه ادراک بیماری انجام نشده و مطالعات محدود به سنجش کلی آگاهی بیماران بوده است برآن شدیم که با انجام این مطالعه ادراک بیماران دیابتی ایرانی را در مورد بیماریشان بسنجیم.

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع توصیفی–تحلیلی (مقطعی) بود و جامعه مورد مطالعه بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان توحید سنندج بودند. مجموعا ۲۰۰ نفر از بیماران تحت پوشش درمانگاه دیابت بیمارستان از طریق نمونه گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. افرادی وارد مطالعه شدند که واجد تشخیص دیابت وابسته به انسولین بودند و افرادی که مبتلا به بیماری طبی مهم دیگر شامل بیماری قلبی، تنفسی، کلیوی (نارسایی کلیه) و بیماری روانپزشکی بودند از مطالعه خارج شدند.

جمع آوری داده ها از فروردین ۱۳۹۰ لغایت دی ۱۳۹۰ انجام شد. داده‌ها در خصوص میزان ادراک بیماری با استفاده از پرسشنامه‌ی IPQ-R از طریق مصاحبه گردآوری شد، که در این تحقیق ابزار اصلی است. پرسشنامه IPQ اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط واینمن و همکارانش بر اساس مدل لونتال تهیه شد (۶) و به طور گسترده‌ای برای ارزیابی بیماری‌های گوناگون به کار گرفته شد. پژوهش حاضر عمدتاً به کمک پرسشنامه تجدید نظرشده (IPQ-R) انجام گرفت (۷). این پرسشنامه برای اولین بار در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۵ توسط محسن ارجمند و همکارانش در ایران به زبان فارسی ترجمه شد و برای بررسی ادراک بیماری در بیماران مبتلا به سرطان پستان مورد استفاده قرار گرفت (مقاله منتشر نشده).

پرسشنامه IPQ-R شامل ۸ قسمت بوده که به ترتیب شامل: ۱- Identity (ماهیت بیماری) که شامل ۱۴گویه است. هر گویه به یکی از علایم عمومی اشاره دارد. در جلوی هرگویه دو ستون قرار دارد، اگر پاسخ ستون اول (آیا از ابتدای بیماری این علامت را تجربه کرده‌اید) مثبت بود، پرسشگر به سراغ ستون دوم می‌رفت (این علامت با بیماری من ارتباط دارد) و چنانچه پاسخ این ستون مثبت بود یک نمره در نظر می‌گرفت.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

۲- Timelineسیر زمانی (حاد/ مزمن بودن بیماری) شامل ۶ گویه، ۳- پیامد بیماری (consequence) شامل ۶ گویه، ۴- کنترل پذیری بیماری(personal control) شامل ۶ گویه، ۵- درمان پذیری(Treatment control) شامل ۵ گویه، ۶- پیوستگی(Illness coherence) شامل ۵ گویه، که مربوط به ادراک کلی فرد از بیماریش است و اینکه بتواند علایم مختلف بیماری را به دیابت نسبت دهد ۷- سیر زمانی (دوره ای بودن بیماری) شامل ۴ گویه و ۸- بازنمایی هیجانی(Emotional representation) شامل ۶ گویه به این معنی که ابتلا به بیماری چقدر در فرد واکنش‌های هیجانی منفی مانند ترس ایجاد کرده است. پاسخ پرسش‌های فاکتورهای ۲ تا ۸ براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم علامت زده می‌شد. در پرسشنامه بیماران هر گویه به «بیماری من» ارجاع داده می‌شد. گویه ۹ شامل علل بود که ۱۸ گویه داشت. این مواد براساس توصیه متخصصان به چند گروه زیر تقسیم شدند: علل روان‌شناختی، علل درونی و علل محیطی. پاسخ پرسش‌های این قسمت هم براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم علامت زده می‌شد. آلفای کرونباخ طبق بررسی انجام شده در سال ۲۰۰۱ برای قسمت های مختلف پرسشنامه از ۷۹ ٪ تا ۸۹ ٪ بوده و ظریب پایایی بازآزمایی به فاصله‌ی ۶ هفته برای سوالات مختلف ۴۶٪ تا ۸۸٪ گزارش شده است. همچنین ضریب همبستگی بین قسمت‌های مختلف پرسشنامه ۴۶٪ تا ۸۸٪ گزارش شده است . روایی تفکیکی پرسشنامه با بررسی ۹ بیماری مزمن محاسبه و مورد تایید قرار گرفت (۷). از آنجا که پرسشنامه IPQ-R اولین بار بود که در ایران جهت بررسی ادراک بیماری در بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گرفت، از آلفای کرونباخ برای بررسی روایی سازه و اثبات مناسب بودن خرده مقیاس‌ها استفاده شد. آلفای کرونباخ ۰/۷۱ در آنالیز بدست آمد. همچنین از تست پیرسون برای بررسی تست ـ تست مجدد (بازآزمایی) در ۳۷ نفر از افراد جمعیت عادی استفاده شد که نتیجه آن ۰/۷۳ بود.

ضمنا" از روش مراجعه به پرونده نیز جهت استخراج برخی متغیرها مثل HbA1c و ویژگیهای دموگرافیک استفاده شد. براساس کرایتریای Gill اگر HbA1c بین (۵/۹٪-۴) بدون دیابت، (۶/۹٪-۶) کنترل عالی، (۷/۹٪-۷) کنترل خوب، (۸/۹٪-۸) کنترل جزیی، (۹/۹٪-۹) کنترل ضعیف، (<۱۰٪) کنترل خیلی ضعیف محسوب می شد (۸).

داده های وارد محیط نرم افزار SPSS V.18 شد و با استفاده از فرمول آمار توصیفی به سوالات و جهت متغیرهای کیفی با استفاده از آزمون های " من ویتنی یو" ، "ضریب همبستگی اسپیرمن" تحلیل لازم انجام گرفت . ضمنا توزیع متغیرها با آزمون کولموگراف اسمیرونوف کنترل گردید. $p<۰/۰۵$ معنی‌دار تلقی گردید.

یافته ها

از کل بیماران مورد مطالعه ۳۹ نفر(۱۹/۵٪) مرد و ۱۶۱ نفر(۸۰/۵٪) زن بودند. میانگین سنی آنها ۱۲/۸۳±۵۳/۲۵ سال بود. همچنین میانگین HbA1C عبارت بود از: ۱/۶±۷/۶ (از حداقل ۴/۰۶ تا حداکثر ۱۲/۵۰). در خصوص کنترل قند خون ۳۵ درصد بیماران، دیابت خود را بصورت عالی کنترل کرده بودند و ۱۲ درصد کنترل خیلی ضعیف داشته و ۶۲ درصد دارای کنترل خوب به بالا بودند (جدول ۱). در خصوص علل ابتلا به دیابت، در مورد وراثت، ۳۷/۵ درصد آنرا علت احتمالی دانستند و ۳۲/۵ درصد آنرا ناشی از شانس و اقبال می دانستند. همچنین کمترین علت با ۱۵/۵٪ به تصادف یا ضربه و بالاترین علت به استرس با ۷۲/۰ درصد تعلق داشت (جدول ۲) . در زمینه های نگرش، کنترل پذیری بیماری و پیوستگی بیماری با $p=۰/۰۴۶$ و در زمینه بازنمایی هیجانی با $p=۰/۰۰۳$ بین زن و مرد تفاوت معنا دار وجود داشت ولی در سایر موارد تفاوت معنی دار نبوده است (جدول ۳). در ارتباط با ادراک بیماری و سن، فقط پیامد (consequences) با $p<۰/۰۱$ با سن همبستگی منفی داشت یعنی به همان میزان که سن کمتر بوده، نمره پیامد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

(consequences) بیشتر بوده است (جدول ۴). یافته ها نشان داد کنترل قند خون (HbA1C) با ادراک در زمینه‌های درمان پذیری، پیوستگی بیماری، پیامد (consequence)، IP1-38 و ادراک بیماری در کل با $p<۰/۰۰۱$ همبستگی منفی معنادار دارد بصورتیکه هر چه نمرات در حیطه های فوق بیشتر بوده میزان کنترل قندخون بهتر انجام شده بود (جدول ۵).

جدول ۱: توزیع فراوانی وضعیت قندخون جمعیت مورد مطالعه

وضعیت	فراوانی (نفر)	درصد نسبی (٪)	درصد تجمعی (٪)
بدون دیابت	۱۸	۹/۰	۹/۰
کنترل عالی	۷۱	۳۵/۵	۴۴/۵
کنترل خوب	۳۵	۱۷/۵	۶۲/۰
کنترل جزئی	۳۱	۱۵/۵	۷۷/۵
کنترل ضعیف	۲۱	۱۰/۵	۸۸/۰
کنترل خیلی ضعیف	۲۴	۱۲/۰	۱۰۰/۰
جمع	۲۰۰	۱۰۰/۰	----

جدول ۲: توزیع فراوانی جمعیت مورد مطالعه در خصوص علل بیماری از دیدگاه آنان

علل احتمالی	کاملاً مخالف و مخالف فراوانی (درصد)	نظری ندارم فراوانی (درصد)	موافق و کاملاً موافق فراوانی (درصد)
استرس	۲۴ (۱۲)	۳۲ (۱۶/۰)	۱۴۴ (۷۲/۰)
وراثت(از طریق خانواده منتقل شد)	۹۰ (۴۵/۰)	۳۵ (۱۷/۵)	۷۵ (۳۷/۵)
میکروب یا ویروس	۹۰ (۴۵/۰)	۶۱ (۳۰/۵)	۴۹ (۲۴/۵)
برنامه غذایی یا عادتهای غذایی	۳۱ (۱۵/۵)	۳۲ (۱۶/۰)	۱۳۷ (۶۸/۵)
شانس یا بد اقبالی	۶۶ (۳۳/۰)	۷۰ (۳۵/۰)	۶۴ (۳۲/۰)
مراقبت طبی ضعیف در گذشته	۷۴ (۳۷/۰)	۷۲ (۳۶/۰)	۵۴ (۲۷/۰)
آلودگی محیط و هوا	۵۱ (۴۰/۵)	۵۴ (۲۷/۰)	۶۵ (۳۲/۵)
رفتار خودم	۴۹ (۲۴/۵)	۷۴ (۳۷/۰)	۷۷ (۳۵/۵)
گرایش های خودم، مانند تفکر منفی درباره زندگی	۷۸ (۳۹/۰)	۶۰ (۳۰/۰)	۶۲ (۳۱/۰)
مشکلات یا نگرانیهای خانوادگی	۶۲ (۳۱/۰)	۳۴ (۱۷/۰)	۱۰۴ (۵۲/۰)
کار زیاد	۱۰۰ (۵۰/۰)	۴۹ (۲۴/۵)	۵۱ (۲۵/۵)
حالتهای احساسی مانند احساس غمگینی، تنهایی، اضطراب، پوچی	۲۹ (۱۴/۵)	۴۱ (۲۰/۵)	۱۳۰ (۶۵/۰)
پیری	۶۱ (۳۰/۵)	۴۴ (۲۲/۰)	۹۵ (۴۷/۵)
مصرف الکل یا دخانیات	۵۴ (۲۷/۰)	۱۰۹ (۵۴/۵)	۳۷ (۱۸/۵)
تصادف یا ضربه	۵۱ (۲۵/۵)	۱۱۸ (۵۹/۰)	۳۱ (۱۵/۵)
شخصیت خودم	۴۴ (۲۲/۰)	۹۵ (۴۷/۵)	۶۱ (۳۰/۵)
تغییر وضع ایمنی بدنم	۴۶ (۲۳/۰)	۷۸ (۳۹/۰)	۷۶ (۳۸/۰)

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۳: رابطه جنس با ادراک بیماری

ادراک بیماری	جنس	فراوانی	میانگین رتبه	Z	P
ماهیت بیماری	مرد	۳۹	۸۲/۷۸	-۲/۰۶۱	*۰/۰۰۳۹
	زن	۱۶۱	۱۰۴/۰۷		
سیر زمانی(حاد یا مزمن بودن بیماری)	مرد	۳۹	۸۹/۹۳	-۱/۲۰۴	۰/۲۲۸
	زن	۱۶۱	۱۰۲/۴۸		
پیامد	مرد	۳۹	۹۵/۳۷	-۰/۵۵۳	۰/۵۸
	زن	۱۶۱	۱۰۱/۰۹		
کنترل پذیری بیماری	مرد	۳۹	۱۱۹/۵	-۲/۳۴	*۰/۰۱۹
	زن	۱۶۱	۹۵/۴۰		
درمان پذیری	مرد	۳۹	۹۷/۰۱	-۰/۳۵۹	۰/۰۷۲
	زن	۱۶۱	۱۰۰/۷۰		
پیوستگی بیماری	مرد	۳۹	۱۱۶/۳۰	-۱/۹۹۸	*۰/۰۴۶
	زن	۱۶۱	۹۶/۱۵		
بازنمایی هیجانی	مرد	۳۹	۷۵/۵۵	-۲/۹۲۱	*۰/۰۰۳
	زن	۱۶۱	۱۰۵/۷۷		
سیر زمانی(دوره ای بودن بیماری)	مرد	۳۹	۹۱/۸۳	-۰/۹۸۱	۰/۳۲۷
	زن	۱۶۱	۱۰۱/۹۳		
IP1-38	مرد	۳۹	۸۹/۹۲	۱/۲۰	۰/۲۳
	زن	۱۶۱	۱۰۲/۳۸		
نمره کل	مرد	۳۹	۸۵/۰۹	-۱/۸۵۴	۰/۰۶۴
	زن	۱۶۱	۱۰۴/۲۳		

معنادار* =p<۰/۰۵

جدول ۴: همبستگی سن با ادراک بیماری در بیماران مبتلا به دیابت

		ماهیت بیماری	سیر زمانی(حاد یا مزمن بودن بیماری)	پیامد	کنترل‌پذیری بیماری	درمان پذیری	پیوستگی بیماری	سیر زمانی(دوره ای بودن)Cyclical	بازنمایی هیجانی	IP1-38	نمره کل
سن	ضریب	-۰/۰۹۷	-۰/۰۹۵	-۰/۱۹۵	۰/۰۰۹	۰/۰۲۶	۰/۰۰۸	-۰/۰۷۷	-۰/۰۳۲	-۰/۱۳۵	-۰/۰۹۵
	P	۰/۱۷۲	۰/۱۸۳	*۰/۰۰۶	۰/۹۰	۰/۷۱۷	۰/۹۰۶	۰/۲۷۹	۰/۶۵۲	۰/۰۵۷	۰/۱۸۰
	فراوانی	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰

مقادیر معنادار*

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

جدول ۵: همبستگی هموگلوبولین گلیکوزیله با ادراک بیماری در بیماران مبلا به دیابت

		نگرش	سیر زمانی(حاد یا مزمن بودن)	پیامد	کنترل پذیری بیماری	درمان پذیری بیماری	پیوستگی بیماری	بازنمایی هیجانی	سیر زمانی(دوره ای بودن)	IP1-38	نمره کل
HbA1c	ضـــــریب همبستگی	-۰/۰۱۹	-۰/۱۲۲	-۰/۲۵۱	-۰/۱۰۸	-۰/۳۰۳	-۰/۳۳۲	-۰/۰۰۴	۰/۰۸۶	-۰/۳۸۱	-۰/۳۵۸
	P	۰/۷۸۸	۰/۰۸۵	*<۰/۰۰۱	۰/۱۲۶	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱	۰/۹۵۴	۰/۲۲۸	*<۰/۰۰۱	*<۰/۰۰۱
	فراوانی	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰	۲۰۰

*: مقادیر معنادار

بحث

در این مطالعه افراد دچار بیماری‌های قلبی، کلیوی و ریوی و روانپزشکی از مطالعه خارج شدند. علت این کار این بود که ابتلا به هر بیماری دیگر عامل ادراک آن بیماری اضافی را نیز مطرح ساخته و به عنوان یک فاکتور مخدوش کننده مطرح می شود. از سوی دیگر کنار گذاشتن این بیماران تاثیری در نتایج نداشته است زیرا هدف، یافتن رابطه‌ای بین ادراک بیماری و کنترل دیابت بود نه بررسی کلی میزان کنترل قند خون در بیماران دیابتی. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که ۲۵ درصد بیماران مورد مطالعه در خصوص طول دوره بیماری بدون اطلاع بوده و ۷۵ درصد از طولانی بودن دوره بیماری آگاهی داشته‌اند و در کل در پاسخ به شاخص‌های مربوط به دوره‌های زمانی بیماری ۶۴/۶ درصد دارای آگاهی بالا و ۲۶/۳ درصد بدون نظر و ۹/۱ درصد فاقد آگاهی بودند که این نتایج در مقایسه با نتایج مطالعه آقا محمدی (۹) که میزان آگاهی بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بوعلی اردبیل را بررسی کرده بود تا حدود زیادی مشابه است، زیرا در آن مطالعه نیز ۷۳/۳۳ درصد از بیماران قبل از مداخلات آموزشی دارای آگاهی در خصوص بیماری دیابت بوده‌اند. همچنین با یافته‌های مطالعه انجام شده در اهواز (۱۰) که آگاهی جمعیت عمومی اهواز را در خصوص دیابت بررسی کرده بود و ۶۴ درصد مردم از آگاهی بالایی برخوردار بوده اند نیز مشابه است و نشان می دهد که افراد غیر مبتلا به دیابت هم تا حدود زیادی از آگاهی در این زمینه برخوردارند. هر چند مطالعه انجام شده توسط اردکانی و بابایی(۱۱) که آگاهی جمعیت عمومی را در ایران بررسی کرده بودند در خصوص آگاهی عمومی از بیماری دیابت و عوارض آن، میزان آگاهی در حد متوسط و کم بوده است که جمعیت مورد مطالعه ما آگاهی بالاتری داشتند که البته این تفاوت می تواند مربوط به تفاوت جمعیت مورد مطالعه در آن مطالعه و مطالعه حاضر باشد. به این معنا که ممکن است بیماران دیابتی به دلیل ابتلا به بیماری، بتدریج اطلاعات بیشتری در مورد بیماری خود کسب کرده اند.

یافته های این مطالعه نشان داد ۱۶ تا ۵۹ درصد از بیماران راجع به علت بیماری نظری نداشته اند. ۳۷/۵ درصد وراثت را علت احتمالی دانسته اند و ۳۲/۵ درصد آنرا ناشی از شانس و اقبال دانسته اند. همچنین کمترین علت با ۱۵/۵٪ به تصادف یا ضربه و بالاترین علت به استرس با ۷۲ ٪ تعلق داشت. این یافته‌ها با مطالعه انجام شده توسط اردکان و بابایی که در آن نشان داده شده بین ۱۶ تا ۵۹ درصد علت‌ها از دید بیماران پنهان بوده و به این علت‌ها آگاهی ندارند مشابه بوده است (۱۱).در مطالعه انجام شده توسط رشیدی و همکاران در اهواز (۱۰) نیز ۴۲/۱ درصد افراد مورد مطالعه

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

از عوامل مستعد کننده دیابت آگاهی بالایی داشته‌اند که تا حدودی مشابه نتایج مطالعه حاضر است. در مطالعه انجام شده در کرواسی (۱۳) ۷۳ درصد بیماران دیابتی علت بیماری را استرس اعلام کرده بودند که با یافته‌های مطالعه ما که ۷۲ درصد بیماران آنرا عامل دیابت دانسته‌اند، هماهنگ است.

دیگر یافته‌های این پژوهش نشان داد که ۶۲ درصد بیماران مورد مطالعه در حد خوب و عالی بیماری خود را کنترل نموده‌اند و ۲۲/۵ درصد کنترل ضعیف و خیلی ضعیف دارند که در مجموع میزان کنترل دقیق بیش از موارد ضعیف است. این یافته‌ها با سایر یافته‌های این تحقیق که در ادامه خواهد آمد و رابطه آگاهی و نگرش با عملکرد کنترل قند خون را تائید می‌کند، هماهنگ است.

در این مطالعه بین سن و جنس و ادراک بیماری در کل رابطه معنی داری بدست نیامد. اما نمره مردان در خرده مقیاس کنترل پذیری بیماری بیشتر از زنان بود و این شاید به دلیل نگرش کلی مردان جامعه ما باشد که در مورد زمینه‌های مختلف بیشتر خود را فاعل می‌دانند که البته در این زمینه باید مطالعات جامعتری انجام شود. بازنمای هیجانی زنان شرکت کننده در مطالعه بیشتر از مردان بود که این موضوع احتمالا مربوط به هیجان پذیری بیشتر زنان باشد.

در مطالعه‌ی بابایی و همکارانش میزان آگاهی جمعیت عمومی از دیابت در مردان بیشتر از زنان و در سنین پایین بیشتر از سنین بالا بوده است (۱۱). در این مطالعه نیز نمره مردان در مورد پیوستگی بیماری بالاتر از زنان بود. مفهوم پیوستگی به معنای درک کامل بیماری و ارتباط علایم مختلف با بیماری است که با آگاهی کلی درمورد دیابت ارتباط دارد و از این نظر نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بابایی و همکاران همخوانی دارد.

نتایج مطالعه همچنین نشان داد که هرچه سن آزمودنی‌ها کمتر بود آگاهی آنان در مورد عواقب بیماری بیشتر بود و این نکته مهمی است که باید در برنامه ریزی‌های بهداشتی به آن توجه نمود و در آموزش افراد میانسال و مسن‌تر روی این موضوع تاکید نمود. دیگر نتایج مطالعه نشان داد که از بین شاخص‌های مختلف ادراک بیماری؛ متغیرهای پیامد بیماری، درمان پذیری بیماری، پیوستگی بیماری، نمره ادراک در کل و مجموع نگرش و ادراک با کنترل قند خون همبستگی منفی داشته‌اند و در این میان نمره ادراک در کل با ($p = -۰/۱۳۸$ و $p<۰/۰۰۱$) بیشترین همبستگی را نشان داده است و مشخص شده که هر چه ادراک بیماری در کل و در برخی دیگری از زیر گروه‌های آن که در بالا اشاره شده بیشتر بوده مقدار HbA1c کمتر بوده و در واقع کنترل قند خون بخوبی انجام شده است. که با نتایج مطالعه‌ی Keogh و همکاران (۱۴) که نشان داد تغییر ادراک بیماران نسبت به بیماری، می تواند بر کنترل قندخون موثر باشد، مطابقت دارد. همچنین با مطالعه بزازیان و همکاران (۱۵)، که نشان داد ادراک بیماری، سبک دلبستگی ایمن در حد قابل قبولی واریانس HbA1c را در بیماران دیابتی تبیین می‌کند، هماهنگی دارد. مطالعه بارنز (۴) نشان داد از نظر میزان بستری شدن در بیمارستان، وضعیت پا و میزان سیگار کشیدن و کنترل قند خون با ادراک بیماری با $p<۰/۰۰۱$ رابطه وجود دارد که با یافته‌های مطالعه حاضر همسویی دارد. مطالعه مروری پتری و همکاران (۱۶)نیز نشان داد ادراک بیماری با فرجام بسیاری از بیماری‌های طبی مرتبط است. در مطالعه .Petricek G و همکاران ادراک بیماری با کنترل پذیری و فعالیت فیزیکی بترتیب با $p<۰/۰۱$ و $p<۰/۰۰۱$ همبستگی نشان داد که تا حدودی با یافته‌های این مطالعه منطبق است. ضمنا همین مطالعه .Petricek G نشان داد که با حذف متغیرهای مخدوش کننده تنها سه متغیر درمان‌پذیری، پیوستگی بیماری و پیامد می توانند بعنوان متغیرهای پیشگو، در کنترل قند خون مطرح باشند. در این مطالعه کنترل‌پذیری بیماری به عنوان بهترین پیشگویی‌کننده کنترل قند خون معرفی شد (۵). تفاوت مهم در این زمینه این بود که در مطالعه ما کنترل پذیری بیماری،

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

ارتباط معناداری با کنترل قند خون نشان نداد اما درمان پذیری ارتباط معناداری داشت و این شاید مربوط به تفاوت‌های فرهنگی باشد. به این معنا که در فرهنگ ما ممکن است ادراک اینکه فرد بر بیماریش کنترل دارد نقش مهمی ندارد بلکه آنچه مهم است قابلیت درمان بیماری از دید بیمار است. بنابراین رویکردهایی که در پی اعطای اختیار بیشتر به بیمار در کنترل بیماری‌شان هستند، ممکن است در جامعه ما چندان مفید نباشد. البته نباید از نظر دور داشت که در مطالعه ما ۸۰ درصد شرکت کنندگان زن بودند و این علاوه براینکه محدودیتی در تعمیم نتایج مطالعه محسوب می شود، می تواند مبین این نکته باشد که در زنان جامعه ما کنترل پذیری بیماری نقش چندانی در پیروی از دستورات درمانی ندارد.

یافته دیگر پیوستگی بیماری و ارتباط آن با سطح هموگلوبین گلیکولیزه بود. به عبارت دیگر هرچه بیمار درک جامعتری از بیماریش داشته باشد و علایم مختلفی که تجربه می‌کند را در ارتباط با دیابتش بداند احتمال پیروی او از دستورات درمانی افزایش خواهد یافت.

نتیجه گیری

مطالعه حاضر نشان داد ادراک بیماری دیابت در حوزه‌های درمان پذیری، پیوستگی بیماری و عواقب آن با کنترل قند خون ارتباط دارد و این می‌تواند در برنامه ریزی‌های آموزشی آتی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین ادراک عواقب بیماری در افراد جوانتر بیش از سنین بالاتر بود که این نکته بایستی در سیاستگذاری‌های بهداشتی مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب طرح پایان نامه پزشکی در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ انجام شد. در این راستا از زحمات جناب آقای مهندس رشادمنش در آنالیز آماری این مطالعه و همچنین از مسوولین محترم دانشگاه و دانشجویان که در انجام این مطالعه همکاری کردند، سپاسگزاریم.

Refrencese

1. King RE, Aubert WH, Herman. Global burden of diabetes 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. Diabetes Care 1998;21:1414-31.
2. Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish Primary Care. Diabetes Research and Clinical Practice 2006;71:280–289.
3. Schreurs KM, Ridder DT. Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. Clin Psychol Rev 1997; 17:89–112.
4. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M.. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients, The New Zeland Madical Journal 2004;30;117:U743.
5. Petricek G, Vrcić-Keglević M, Vuletić G, Cerovečki V, Ožvačić Z, Murgić L.Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: Cross sectional questionnaire study. Croat Med J 2009;50:583-93.
6. Weinman, J., Petrie, K., Sharpe, N. & Walker, S. Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. British Journal of Health Psychology 2000;5:263-273.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]

7. Moss-Morris R, Weinman J. The Revised Illness Perception Questionnarie, psychology and health. 2002;17:PP 1-16.
8. Gill M, editor. Diagnostic handbook: a handbook for the interpretation of laboratory tests. Auckland: Adis international; 2001; p.134.
9. Aghamohammadi M. The Effect of Education on Foot Care in Diabetic Patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences & Health Services 2005;5:209-212.
10. Rashidi H, shahbazian HB, latifi M, Ghasemi M. Public Awareness of Diabetes Mellitus in Ahvaz. Scientific Medical Journal of Ahwaz University of Medical Sciences 2010;9:449-456.
11. Babaee QR, Soltanian AR, Khalkhaly HR, Rabieian M, Bahreini F, Afkhami Ardekani M. People Awareness on Diabetes Disease and Complications in Bushehr, Iran using Linears Models. ayavard-e-Salamat, The Journal of Allied Medical Sciences School, Medical Sciences/Tehran University 2007;1:52-58.
12. Wee H L, Ho H K, Li SC, Public Awareness of Diabetes Mellitus in Singapore. Singapore Med J 2002;43:128-134
13. Metelko Z, Pavlić-Renar I, Poljicanin T, Szirovitza L, Turek S. Prevalence of diabetes mellitus in Croatia. Diabetes Res Clin Pract 2008;81:263-7.
14. Keogh KM, White P, Smith SM, McGilloway S, O'Dowd T, Gibney J. Changing illness perception in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomized controlled trial of a family-based intervention; protocol and pilot study. BMC Family Practice 2007; **8**:36.
15. Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. Contemporary Psychology 2010;5:3-11.
16. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. Curr Opin Psychiatry 2007;20:163-7.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-14]