

کنترل بر خود: نیاز مهم آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی

اعظم محمودی^۱، موسی علوی^۲

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که به تطابق مادام العمر نیاز دارد. بنابراین بیمار باید مجموعه‌ای از فعالیت‌های رفتاری را برای مراقبت از خود در نظر بگیرد که در این راه فقدان اطلاعات و مهارت‌های مدیریت بر شرایط بیماری منجر به کنترل ضعیف قند خون در بین بیماران دیابتی خواهد شد. از این رو آموزش در این زمینه نقش مهمی در سلامت روان بیماران دیابتی ایفا می‌کند. هدف از این مطالعه معرفی مفهوم کنترل بر خود به عنوان یکی از نیازهای مهم آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی است.

روش: این مطالعه با روش تحلیل محتوای کیفی انجام شد. جامعه پژوهش شامل اعضای نظام سلامت (۳ پرستار و ۴ پزشک) و بیماران دیابتی (۱۲ نفر) بودند که به روش مبتنی بر هدف انتخاب و مورد مصاحبه عمیق قرار گرفتند.

یافته‌ها: سه دسته اصلی شامل سه مفهوم مهم شناسایی شد که عبارتند از جنگ درون، کنترل بیرونی در مقابل کنترل درونی و تسلط بر خود. یافته‌ها نشان دادند که این بیماران انتخاب‌های متفاوت و اغلب متضادی پیش روی داشتند که منجر به تجربه یک گسستگی و تقابل درونی می‌شد. درک از حوزه قدرت و کنترل بر بیماری و درمان از عوامل زیربنایی مهم در تصمیم‌گیری و انتخاب رفتارهای مرتبط با سلامت بود. این یافته‌ها بر حمایت از بیماران دیابتی در مسیر پذیرش مسؤلیت مراقبت و کنترل بر وضعیت جسمانی و روانی خود تأکید دارند.

نتیجه‌گیری: آماده‌سازی بیماران برای حفظ و توسعه کنترل بر خود، به ویژه از طریق توسعه مهارت‌های ارتباط، تصمیم‌گیری و نظارت بر خود اهمیت دارد.

کلید واژه‌ها: نیازهای آموزشی، سلامت روان، کنترل بر خود، بیمار دیابتی

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۸۹/۴/۵

۱ - کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: mahmoodi53@yahoo.com

۲ - دانشجوی دکترای پرستاری، مرکز تحقیقات آموزش علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

مقدمه

با این که پژوهشگران تلاش کرده‌اند تا نیازهای آموزشی بیماران دیابتی را در ابعاد مختلف سلامت روان مورد بررسی قرار دهند؛ لیکن اغلب مطالعات انجام شده به روش کمی می‌باشند (۵، ۹۶). که برای دسترسی به اطلاعات عمیق و متناسب با زمینه و شرایط زندگی بیماران مناسب نیستند. بنابراین نیاز به روش‌های پژوهشی بنیادی (مطالعات کیفی) بوده تا بدین طریق بتوان اطلاعات مورد نیاز و بومی را در مورد پدیده مورد مطالعه کسب نمود (۱۳). در ضمن مرور بر مطالعات، مطالعه کیفی که در داخل کشور انجام شده و این بعد ویژه را مورد توجه قرار داده باشد، به چشم نخورد. لذا پژوهشگران به انجام این مطالعه کیفی مبادرت کردند.

پژوهش حاضر نیز چنین هدفی را دنبال می‌کند. مطالعه حاضر یکی از مفاهیم اصلی حاصل از پژوهشی کیفی است که نیازهای آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی را مورد تفحص قرار داده است.

روش مطالعه

نوع پژوهش حاضر، کیفی با بهره‌گیری از رویکرد تحلیل محتوای کیفی است. جامعه پژوهش شامل ۱۲ بیمار دیابتی (۴ مرد و ۸ زن)، ۴ پزشک (۲ مرد و ۲ زن) و ۲ پرستار (۱ مرد و ۱ زن) بودند که به روش مبتنی بر هدف از بین بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز درمانی بیمارستان الزهرا وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اصفهان در سال ۱۳۸۸ انتخاب شدند؛ به طوری که بتوانند سؤال پژوهش را کاوش کرده و منعکس نمایند (۱۴). معیار ورود به مطالعه شامل دارا بودن تجربه در مورد پدیده مورد مطالعه (در نقش بیمار و یا ارایه‌دهنده خدمات) و تمایل و توانایی به در اختیار گذاشتن آن تجارب بود. بیماران شرکت‌کننده در مطالعه بین سنین ۳۴-۶۵ سال و دارای تحصیلات بی‌سواد تا لیسانس بودند. بیماران از حداقل ۳ تا حداکثر ۱۹ سال سابقه دیابت داشتند. پزشکان شرکت‌کننده، پزشک عمومی و متخصص و دارای حداقل ۲ سال سابقه کار با بیماران دیابتی بوده‌اند و پرستاران شرکت‌کننده، دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد و حداقل ۳ سال کار با بیماران دیابتی بوده‌اند.

نمونه‌گیری تا حصول اشباع نسبی اطلاعات ادامه یافت. جهت جمع‌آوری اطلاعات از روش مصاحبه بدون

بیماری دیابت تاریخچه‌ای طولانی در زندگی انسان دارد (۱) دیابت به طور روزافزونی در دنیا در حال افزایش بوده (۲) و یکی از بزرگترین علل مرگ و میر است (۳). در مقایسه با افراد سالم، بیماران دیابتی از توان عملکردی (۴) و سلامت روان کمتری برخوردارند که نیاز بیشتر به استفاده از خدمات مراقبتی درمانی و صرف هزینه‌های بالاتر را موجب می‌گردد (۵). این افراد انواعی از تنش‌ها را تجربه می‌کنند که ممکن است از تطابق با رژیم غذایی، محدود شدن زندگی اجتماعی، آزمایشات مکرر خون، تزریقات انسولین، فقدان هوشیاری و دیگر پیچیدگی‌های ضعف در کنترل دیابت، مختل شدن عملکرد جنسی، مشکلات زوجی، تبعیض و به طور کلی از بیماری یا درمان آن ناشی گردند (۶). کنترل این بیماری متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است (۷) و نظر به مزمن بودن بیماری و ضرورت تطابق مادام‌العمر با آن، انتظار می‌رود، بیماران مجموعه‌ای از فعالیت‌های رفتاری را برای مراقبت از خود دنبال نمایند؛ این در حالی است که مطالعات نشان می‌دهند فقدان اطلاعات و مهارت‌های مدیریت بر شرایط بیماری، یکی از مهم‌ترین عوامل عدم تبعیت این بیماران از رژیم‌های درمانی است (۳). لذا می‌توان به نقش مهم آموزش در پیشگیری و درمان دیابت پی برد (۸). از این رو است که آموزش دیابتی‌ها را بهترین مثال از «انقلاب آموزش به بیمار» نام نهاده‌اند (۹) و اهمیت آن نیز به خوبی حمایت شده است (۱۰). مدیریت سنتی این بیماری بر رژیم‌های غذایی و استراتژی‌های درمانی تأکید داشت که توسط پرسنل تیم مراقبتی - درمانی تعریف می‌شد (۹)؛ لیکن امروزه مهم‌ترین هدف از آموزش افراد دیابتی، ارتقای خود کفایی فردی و توانایی‌های مدیریت بر وضعیت خود می‌باشد (۱۰). نتایج مطالعه‌ای نشان داد که حمایت اعضای تیم مراقبت و درمان از استقلال و صلاحیت بیماران در مدیریت بر بیماری خود، با تبعیت از درمان، کیفیت زندگی و برآیندهای روانی اجتماعی آنان ارتباط مثبت دارد (۱۱). در این راستا تأکید می‌شود که محتوا و ارایه آموزش باید به طور منظم مرور و مورد تجدید نظر قرار گیرد تا بدین ترتیب با افراد و عملکرد منطقه‌ای و تغییرات در مدیریت و تکنولوژی دیابت متناسب باشد (۱۲).

مراحل مطالعه، پژوهشگران سعی نمودند تا از هر گونه جهت‌گیری و تعصب در مورد پدیده مورد پژوهش، اجتناب نمایند.

یافته‌ها

در ادامه مفهوم منتخب «کنترل بر خود» که یکی از دسته‌های اصلی حاصل از مطالعه است به عنوان یکی از نیازهای آموزش سلامت روان ارایه و مورد تحلیل قرار می‌گردد. این دسته از سه مفهوم تشکیل یافته است:

الف) جنگ درون

تجارب حاکی از آن است که بیماران دیابتی انتخاب‌های متفاوت و اغلب متضادی پیش روی دارند. از طرفی تمایل به زندگی عادی همانند اطرافیان و شاید گذشته خود، آنان را به سوی عدم تحمل قید و بندهای محدودکننده رژیم‌های درمانی و اصطلاحاً «نا پرهیزی» سوق می‌دهد و از طرف دیگر نگرانی از عوارض و عواقب ناگوار حاصل از بیماری، آنان را برای رعایت و تبعیت از رژیم‌های درمانی تحت فشار قرار می‌دهد. گویه‌هایی از شرکت‌کنندگان، بر این مفهوم اشاره دارند:

«رژیم گرفتن خیلی سخته، چون تمایل پیدا می‌کنی به همان چیزهایی که برایت بده» (ش ۱)

«من قرص مصرف می‌کنم رژیم هم دارم اما نمی‌توانم نخورم» (ش ۲)

«انسولین روی اعصابم تأثیر گذاشته؛ دکتر نامه داد پیگیری کنم اما من نرفتم دنبالش» (ش ۵)

«بقیه روی رژیم تأکید دارند؛ مثلاً می‌گویند برنج نخور، اما من می‌خورم» (ش ۳)

«اصلاً نمی‌دونم باید چیکار کنم یکی می‌گه نخور یکی می‌گه بخور طوری نمی‌شه»

«الهی هیچ کس مجبور نشه هر روز انسولین بزنه. بعضی وقت‌ها با خودم می‌گم دیگه نمی‌زنم اما خوب نمی‌شه زنم»

مطابق یافته‌ها، تجربه این تضاد و تقابل درونی، یکی از چالش‌های مهمی است که بیماران با آن دست به گریبان هستند و تجربه این گسستگی درونی عاملی است که «کنترل بر خود» را در این افراد را به یک ضرورت و دور نمای مناسبی برای آموزش به این افراد مبدل می‌سازد.

ساختار استفاده شد. سؤال محوری، از اعضای نظام سلامت عبارت بود از این که «چه تجاربی از نیازهای آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی دارید؟ و ارایه چه آموزش‌هایی به آن‌ها ضروری به نظر می‌رسید؟» و از بیماران نیز در مورد این که «چه آموزش‌هایی از طرف اعضای نظام سلامت به آنان در تطابق مناسب با بیماری و درمان و کاهش تنش کمک کرده است؟ چه کمبودها و نیازهایی در رابطه با سلامت روان تجربه کرده‌اند و دریافت چه اطلاعاتی برای آن‌ها مفید و ضروری بوده است؟» سؤال شد. این سؤالات محوری، در روند انجام مصاحبه با افراد مختلف بنا به ضرورت تعدیل و یا تشریح می‌شد. در آغاز هر مصاحبه در زمینه اهداف مطالعه و چگونگی انجام آن توضیحاتی ارایه شده و رضایت آن‌ها به منظور شرکت در پژوهش جلب گردید. قبل از شروع مصاحبه از شرکت‌کنندگان جهت ضبط مصاحبه‌ها اجازه گرفته شد و نیز در مورد محرمانه ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد. مدت زمان هر مصاحبه از ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. جهت تحلیل اطلاعات از روش تحلیل محتوای کیفی استفاده شد. در ابتدا محتوای مصاحبه‌ها به دقت گوش داده شده و کلیه متن مصاحبه‌ها به صورت نوشتاری تبدیل شد. در مراحل بعد عبارات و جملات معنادار متون مصاحبه‌ها استخراج شدند. در ادامه دسته‌ها به صورت استقرایی از داده‌ها مشتق شدند و در این مسیر از روش مقایسه مداوم بهره‌گیری شد. در گام‌های بعد جهت اطمینان از وضوح و استحکام طبقه‌ها، متون کدبندی شده با نمونه‌های مشابه تحلیل شده توسط فرد دیگر از نظر توافق چک شده و ویرایش‌های لازم به عمل آمد (۱۴). صحت یافته‌های مطالعه، از طریق اقدامات مقتضی (۱۵) حمایت شد: پژوهشگران، شرکت‌کنندگان را از دو طیف ارایه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات انتخاب کردند؛ که در هر طیف نیز شرکت‌کنندگانی با زمینه‌ها و تجارب مختلف شرکت داشتند. این امر به کاربردی بودن نتایج کمک نمود. همچنین مصاحبه‌ها و کدها در هر یک از مراحل، به طور جداگانه توسط دو پژوهشگر مورد تحلیل و بازبینی قرار گرفت. از طرفی نیز به منظور حصول اطمینان از واقعی بودن اطلاعات و یافته‌های حاصل از تحلیل، حتی‌الامکان با مراجعه به برخی از شرکت‌کنندگان کلیدی و چک کردن گویه‌ها و بخش‌هایی از یافته‌ها، ابهامات موجود رفع شد. در تمام

جمله رفتارهای مرتبط با سلامتی تعمیم پیدا کرده است؛ به طوری که برخی از بیماران، خود را ناچار به عدم تبعیت از رژیم‌های درمانی دانسته و برخی دیگر نیز در هراس از تأثیر مخرب عوامل بیرونی و غیر قابل کنترل بر زندگی خود به سر می‌برند:

«بیشتر مشکل رژیم‌ام اینه که شکمو هستم و نمی‌تونم رعایت کنم» (ش ۱۱)

«ناراحتم از این که چرا باید کم غذا بخورم؛ مثلاً وقتی یک زولبیا می‌خورم، دایم فکر می‌کنم آیا چقدر قندم بالا رفته؟» (ش ۱۴)

«فکر می‌کنم شکمو هستم و نمی‌تونم خودم را کنترل کنم» (ش ۱۷)

«همیشه حس می‌کنم می‌خواهد دعوا بشود. می‌ترسم پسرم با یکی دعوا کنه یا برای دخترم که توی خیابان است اتفاقی بیفتد. همیشه این فکرها تو مغزم است. پسرم که صبح‌ها می‌رود سر کار، بلند می‌شوم برایش آیه الکرسی می‌خوانم؛ همه جوره می‌ترسم اتفاقی برایش پیش بیاید» (ش ۱۱)

بعد دیگر تجارب شرکت‌کنندگان و یکی از مصادیق بارز کنترل بر خود، کنترل درونی است که درست در نقطه مقابل کنترل بیرونی قرار دارد. در این بعد، بیماران، رفتارهای مرتبط با سلامت را زاینده خواسته‌های خود پنداشته و اعمال تغییر ارادی بر آن‌ها را امکان‌پذیر می‌یابند. به عنوان مثال بیماران می‌توانند تصمیم به تبعیت از رژیم درمانی گرفته و حمایت لازم را نیز از سلامت روح و روان خود به عمل آورند:

«از نظر روحی روانی خودمون تسکین دهنده‌ایم...» (ش ۱)

«اگه خودمان رژیم بگیریم و پا روی خواسته‌هایمان بگذاریم...» (ش ۱)

با داشتن کنترل بر خود، بیماران حتی عوارض جسمی را نیز منتج از رفتارهای خویش دانسته و در جهت تعدیل آن تلاش می‌کنند:

«من تا سرم درد می‌گیرد، می‌فهمم از قند (بالا) است. کمی آلبیمو درست می‌کنم با شیرینی کم و می‌خورم» (ش ۳)

نهایت این که متعاقب تقویت کنترل درونی بیماران، اعضای نظام سلامت قادر خواهند بود بیماران را در داشتن یک زندگی بهتر مورد حمایت قرار دهند:

تجارب نشان می‌دهند که حمایت از بیماران دیابتی در مسیر پذیرش مسؤلیت مراقبت و کنترل بر وضعیت جسمانی و روانی خود، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و فراهم ساختن این حمایت به ویژه از طرف اعضای نظام سلامت می‌تواند مفید و کارساز باشد. در ادامه، نمونه‌ای از تجربه یک بیمار در حمایت از این یافته آورده شده است:

«اگر مسؤولین درمانی برخورد خوب داشته باشند؛ شاید من به حرفهایشان گوش بدهم؛ احتمال داره!» (ش ۲)

ب) کنترل بیرونی در مقابل کنترل درونی

برخی از بیماران دیابتی ابتلا به بیماری و شرایط حاکم بر آن را خارج از حوزه قدرت و کنترل خود دانسته و هر گونه مقاومت در مقابل این وضعیت را کاری بیهوده می‌پندارند. با این که تمام عوامل و موقعیت‌های مؤثر بر آغاز و پیشرفت بیماری در بسیاری از بیماری‌ها و از جمله دیابت کاملاً تحت کنترل و اراده انسان نیست؛ لیکن تجارب نشان می‌دهند که برخی از بیماران این موضوع را به معنای ناتوانی کامل خود در مقابل بیماری قلمداد کرده و علاوه بر فرو رفتن در اندوهی عمیق، از هر گونه تلاش برای دست یافتن به کنترل بر وضعیت خود باز می‌مانند. نمونه‌هایی از گویه‌های شرکت‌کنندگان به روشن شدن این مفهوم کمک می‌کنند:

«به این فکر می‌کنم که چرا توی سن کم دیابت گرفتم و خیلی حرص می‌خورم» (ش ۵)

«من همیشه گرفته‌ام، پریشانم، بی‌حوصله‌ام؛ نمی‌دانم، شاید مال دیابت باشه، یا شوهرم یا...» (ش ۵)

«عوارض و مشکلاتی که بعداً پیش می‌آید، مرا افسرده می‌کند. فعلاً می‌تونم زندگی کنم اما می‌گویم آینده چی می‌شه؟...» (ش ۱۷)

نگرانی از تحت اجبار بودن و احساس مبنی بر از دست دادن اختیار اداره و کنترل بر زندگی خود، از مصادیق بارز این مفهوم است که تجارب و درک اعضای تیم سلامت نیز بر آن اشاره دارد:

«نگرانی از اجبار در تزریق انسولین در بیماران دیابتی وجود دارد» (ش ۷)

«وقتی خودشان مراقب افراد دیگری بوده‌اند، حالا اختیار اداره و کنترل زندگی از دستشان بیرون می‌آید» (ش ۱۹)

این احساس عدم کنترل بر وضعیت خود، محدود به تصور آن‌ها از بیماری نبوده و به سایر ابعاد زندگی و از

که نیاز به تلاش زیادی از جانب بیمار دارد و بیمار بیش از هر عضوی از نظام سلامت برای مدیریت موفقیت‌آمیز بیماری خویش تأثیر دارد (۱۶). نتایج مطالعه نشان داد که بیماران شرکت‌کننده انتخاب‌های متعددی را از لحاظ رفتارهای مرتبط با سلامت پیش روی دارند که گاه آنان را در تصمیم‌گیری دچار تزلزل و اصطلاحاً «جنگ درون» ساخته است. نگاهی به متون موجود تأکید می‌کند که تصمیم‌گیری در مورد تغییر رفتار و حرکت از هر مرحله به مرحله پس از آن، به طور قابل توجهی بستگی به وزن نسبی دارد که فرد به مزایا و مضار پذیرش آن رفتار می‌دهد (۱۷)؛ بنابراین به نظر می‌رسد که آموزش و آگاهی دادن در مورد نتایج حاصل از انتخاب‌های رفتاری و تأکید روی انتخاب‌های مطلوب در کمک به بیماران در تصمیم‌گیری مفید باشد. همچنان که مهارت در تصمیم‌گیری را در ارتقای تبعیت از درمان و کنترل بیماری مفید دانسته‌اند (۱۸). اهمیت موضوع وقتی آشکارتر می‌شود که بدانیم عوامل متعددی همچون ناامیدی ممکن است آنان را به سمت انتخاب‌های تهدیدکننده سلامتی همچون عدم تبعیت از رژیم‌های درمانی و سوسه نمایند. و سوسه‌های موقعیتی که معمولاً در مورد عدم رعایت در مقابل رعایت رژیم غذایی است، بر پایه مفهوم خودکفایی باندورا است و ممکن است عمومی و یا وابسته به موقعیت‌های خاص چالش برانگیز همانند موقعیت‌های اجتماعی مثبت و موقعیت‌های عاطفی منفی باشد (۱۷). لذا بر پایه این قسمت از نتایج می‌توان پیشنهاد کرد که بیماران دیابتی را از موقعیت‌های چالش برانگیز دور ساخته و آنان را با موقعیت‌های اجتماعی مشوق رفتارهای مثبت مواجه ساخت. البته برخی منابع، بر اهمیت ارتباط درمانگر-بیمار در حمایت از بیماران دیابتی برای پذیرش تغییر رفتار و کاهش منفی کاری آن‌ها تأکید کرده‌اند (۱۹) که البته اهمیت آن در یافته‌های مطالعه حاضر نیز مشهود است.

مفهوم دیگر استنتاج شده از مطالعه، کنترل بیرونی در مقابل کنترل درونی است. به این معنا که دسته‌ای از بیماران دیابتی وضعیت خود را مخلوق شرایط بیرونی دانسته و از دست زدن به انتخاب و تصمیم‌گیری برای تحت کنترل درآوردن بیماری و درمان باز می‌مانند. این یافته در متون تحت مفهوم تنظیم خود مختار قابل بررسی است و به معنای تجربه یک حس انتخاب کردن و انجام دادن از روی اراده است. هنگامی که خود مختاری وجود داشته باشد احساس

«افرادی باید باشند که بیمارانی که نیاز دارند را ساپورت کنند و اطمینان بدهند که می‌توانند یک زندگی تقریباً نرمال داشته باشند» (ش ۱۵).

ج) تسلط بر خود

مفهوم تسلط بر خود، نقطه مقابل رفتارها و احساساتی است که بیمار را به سمت مقاومت در برابر رفتارهای مرتبط با سلامت سوق می‌دهد. در واقع فردی که بر خود تسلط دارد، علاوه بر پذیرش بیماری، به خوبی می‌تواند مسؤولیت مراقبت و نظارت بر وضعیت خود را عهده دار گردد. تجارب نشان می‌دهند بیمارانی که کنترل وضعیت خود را در دست گرفته‌اند، احتمالاً زندگی خوشایندتری را نیز تجربه خواهند کرد:

«اگر کنترل قند و لیپید و پروتئین‌ها را داشته باشند، معمولاً می‌توانند یک امید به زندگی خوب داشته باشند ... بیمار جوان‌تر، بیماری را کمتر پذیرش می‌کند و کمپلیانس درمانی کامل را ندارد» (ش ۱۵)

کسانی که بر چنین مهارتی دست نیافته‌اند، ممکن است تبعیت کافی را نیز از رژیم‌های درمانی نداشته باشند. به عنوان نمونه یکی از بیماران شرکت‌کننده می‌گوید:

«... مخصوصاً اگر به من بگویند چیزی را نخورم، بیشتر می‌خورم!» (ش ۱۷)

برخی از اعضای نظام سلامت توصیه می‌کنند که بیماران در مراحل اولیه بیماری و هم‌زمان با آغاز درمان برای دست یافتن به این مهارت تحت آموزش و مشاوره قرار گیرند:

«بهتر است بیماران قبل از ورود به مرحله درمان، آموزش، مشاوره و شیوه صحیح زندگی را بدانند. رژیم غذایی و فعالیت‌های روزانه را بیشتر کنند که متأسفانه انجام نمی‌شود و مردم تا دچار عارضه نشوند اقدام نمی‌کنند» (ش ۱۵)

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر بر اهمیت ارتقای توانایی‌های بیماران دیابتی در پذیرش و سازگاری با بیماری و درمان تأکید دارند. در این راستا تجارب شرکت‌کنندگان، بر اهمیت تقبل مسؤولیت مراقبت از خود و تحت کنترل در آوردن رفتارهای خود در این افراد تأکید دارند. مدیریت دیابت فرآیندی پیچیده و مادام‌العمر است

بر متون نشان می‌دهد که این یافته، محتوای مفهوم مدیریت بر خود را در بر دارد که بر توانایی فرد برای داشتن کنترل بر رفتارهای خود تأکید دارد و به استراتژی‌ها و رفتارهایی از مددجو اشاره دارد که برای طبیعی ساختن قند خون، ارتقای سلامتی و پیشگیری یا کاهش عوارض به کار گرفته می‌شود. در واقع مفهوم وسیع‌تر از پیوستن به بخش‌هایی از یک رژیم خاص بوده و فرآیندهای اختیاری حل مسأله و تصمیم‌گیری را شامل می‌شود (۲۱). با وجود اهمیت مداخلات مرتبط با مدیریت بر خود، به نظر نمی‌رسد چنین مداخلاتی تأثیر پایدار بر رفتارهای بیماران داشته باشد، نتایج یک مطالعه متاآنالیز توسط نوریس و همکاران نشان داد که مزایای چنین مداخلاتی تنها چند ماه پس از خاتمه آن به شدت تنزل می‌یابند (۲۳). از طرفی این مفهوم بر تقبل مسؤلیت فردی کنترل بر خود در بیماران دیابتی تأکید دارد؛ که در مدیریت بر خود نیز تأکید بر مسؤلیت فردی قویاً مطرح است (۲۰). اگر تسلط بر خود را فرآیندی از تغییر یافتن به سوی دست یافتن به کنترل بر رفتارها و تمایلات خود و نیز تقبل مسؤلیت نظارت بر خویش در نظر بگیریم، به نظر می‌رسد که با مرحله آمادگی از این فرآیند قابل انطباق باشد. در منابع گام‌هایی را برای فرآیند تغییر در نظر گرفته‌اند که به ترتیب مرحله قبل از تفکر، تفکر، آمادگی، عمل و نگهداری را شامل می‌گردند (۲۴).

نتیجه‌گیری

کنترل بر خود یکی از نیازهای مهم آموزش سلامت روان در بیماران دیابتی است که آنان را قادر به پذیرش بیشتر، سازگاری بهتر با بیماری و رژیم‌های درمانی و تقبل مسؤلیت مراقبت از خود می‌نماید. توسعه ارتباط با اعضای نظام سلامت و سایر افراد جامعه به ویژه اعضای خانواده در آماده‌سازی بیماران برای حفظ و توسعه کنترل بر خود اهمیت خاصی دارد. در این راستا، آموزش مهارت‌های ارتباطی به بیماران و اعضای نظام سلامت پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد دهقان اصفهان می‌باشد، بدین‌وسیله از کلیه عزیزانی که در این مطالعه ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌شود که یک رفتار اهمیت شخصی دارد و با عقاید عمیق فرد متجانس و موافق است؛ رفتار از داشتن یک احساس واقعی از خود سرچشمه می‌گیرد و بنابراین به عنوان خود بنا و خود جوش در نظر گرفته می‌شود. بالعکس در تنظیم کنترل شده (از بیرون)، افراد احساس تحت فشار بودن یا اجبار دارند. وقتی کنترل وجود داشته باشد افراد بر اساس پاسخ به یک تقاضا، ترس و یا دریافت پاداش از منابع خارجی (مثل فراهم آوردن مراقبت) و یا بر اساس یک عقیده سخت که ملزم به رعایت آن هستند رفتار می‌کنند (۲۰). با این وجود در مورد این که چقدر فرد می‌تواند در مقابل تأثیری که نیروهای محیطی می‌توانند بر جای بگذارند، بر رفتارهای خود کنترل داشته باشد، بحث وجود دارد؛ برخی تأکید کرده‌اند که انسان‌ها در هر آنچه که برای آن‌ها اتفاق می‌افتد، به جای تعیین‌کننده‌های مطلق، تنها مشارکت‌کننده هستند (۲۱). بر اساس این بخش از یافته‌های مطالعه می‌توان آموزش ارتقای خود باوری و نقش تعیین‌کننده فرد در کنترل وضعیت سلامتی خویش را در راستای ارتقای کنترل بر خود در این بیماران پیشنهاد نمود. این راه‌کار در متون تحت مفهوم فرآیند درونی‌سازی آورده شده است که طی آن، انگیزش کنترل شده به سمت انگیزش خود مختار تغییر جهت یافته و به عنوان پایه‌ای برای رفتار خود جوش در می‌آید. درونی‌سازی غالباً به عنوان تغییر ساده از رفتاری که توسط منبع بیرون از فرد تنظیم می‌شد به سمت تنظیم شدن از طریق منبع درونی فرد، توصیف شده است؛ در نتیجه تنظیم رفتار برای فرد شناخته و پذیرفته می‌شود و برای او مؤثر و پایدار می‌گردد (۲۰). عوامل تسهیل‌کننده‌ای برای درونی‌سازی عنوان شده است، که از جمله آن می‌توان فراهم آوردن جو حمایت‌کننده خودمختاری در نظام سلامت را نام برد که محور آن سبک روابط بین فردی کارکنان نظام سلامت است (۲۰). یافته‌ها اهمیت وجود جو حمایت‌کننده را در ارتقای خود مختاری و احساس کفایت بیشتری را برای ایجاد تغییر حمایت کرده‌اند (۲۲).

آخرین مفهوم مورد بحث «تسلط بر خود» است؛ به این معنا که بیماران بتوانند کنترل مواضع خود و مسؤلیت مراقبت از خود را به ویژه در رابطه با رفتارهای مرتبط با سلامت به دست گیرند.

افراد مبتلا به دیابت با تصمیم‌گیری‌هایی در ارتباط با استقرار اولویت‌ها در تخصیص وقت و تلاش در جهت به دست آوردن انواعی از مراقبت‌های سلامتی (شامل پزشکی، پرستاری، چشم پزشکی، تغذیه ...) مواجه هستند (۲۱). مرور

منابع

- 1 - Ghanbari A et al. Assessment of Factors Affecting Quality of Life in Diabetic Patients in Iran. *Public Health Nursing*. 2005; 22 (4): 311-322.
- 2 - Norberg M. et al. Work stress and low emotional support is associated with increased risk of future type 2 diabetes in women. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2007; 76(3): 368-377.
- 3 - Laurence P. & Cheely J. Deterioration of diabetic patients' knowledge and management skills as determined during outpatients visits. *Diabetes Care*. 1980; 3: 214-218.
- 4 - Ahroni JH, Boyko EJ, Davignon DR, Pecoraro RE. The health and functional status of veterans with diabetes. *Diabetes Care* 1994; 17: 318-321.
- 5 - Nichols G A, Brown JB. Functional status before and after diagnosis of Type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*. 2004; 21 (7): 793-797.
- 6 - Lee S et al. Treatment-related stresses and anxiety-depressive symptoms among Chinese outpatients with type 2 diabetes mellitus in Hong Kong, *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2006; 74(3): 282-288.
- 7 - Bachmann MO, et al. Socio-economic inequalities in diabetes complications, control, attitudes and health service use: a cross-sectional study. *Diabetic Medicine*. 2003; 20 (11): 921-929.
- 8 - Ciardullo AV, Fattori G, Carrozzi G, Daghigho MM. Evaluation of an information tool for diabetic patient education. *Diabetic Medicine*. 2004; 21 (9):1056-1057.
- 9 - Vaughan L. Embedding Education into Diabetes Practice. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2006; 19 (3): 240-241.
- 10 - Rut ten G. Diabetes patient education: time for a new era. *Diabetic Medicine*. 2005; 22 (6). 671-673.
- 11 - Williams GC et al. Reducing the Health Risks of Diabetes. *The Diabetes Educator*. 2009; 35 (3): 484-492. DOI: 10.1177/0145721709333856
- 12 - Northam EA, Todd S, Cameron FJ. Interventions to promote optimal health outcomes in children with type 1 diabetes – are they effective? *Diabet Med*. 2006; 23: 113-121.
- 13 - Burn's N and Groue K C. understanding nursing research. 4 th edi, Philadelphia . W. B Saunders. 2001.
- 14 - Zhang Y. Content analysis (qualitative, thematic). [Cited; Available from: <http://ils.unc.edu/~yanz/Content%20analysis.pdf>.
- 15 - Streubert HJ, Carpenter DR. Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative. 4th edi, LWW. 2007; p: 49.
- 16 - Linden Meyer A, Hearnshaw H, Vermeire E, Van Royen P, Wens J, Biot Y. Interventions to improve adherence to medication in people with type 2 diabetes mellitus: a review of the literature on the role of pharmacists. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. 2006; 31(5): 409-419.
- 17 - Rossi SR, Greene GW, Rossi JS. et al. Validation of decisional balance and situational temptations measures for dietary fat reduction in a large school-based population of adolescents. *Eating Behaviors*. 2001; 2(1): 1-18.
- 18 - Miller VA and Drotar D. Decision-Making Competence and Adherence to Treatment in Adolescents with Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007; 32(2): 178-188.
- 19 - Kokanovic R and Manderson L. Exploring Doctor-Patient Communication in Immigrant Australians with Type 2 Diabetes: A Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2007; 22(4): 459-463.
- 20 - Williams GC, Minicucci DS, Kouides RW et al. Self-determination, smoking, diet and health, *Health Education Research*. 2002; 17 (5): 512-521.
- 21 - Fisher EB, Brownson CA, O'Toole ML, Shetty G, Anwuri VV, Glasgow RE. Ecological Approaches to Self-Management: The Case of Diabetes, *Am J Public Health*. 2005; 95(9): 1523-1535.
- 22 - Williams G C, Cox E M, Kouides R and Deci E L. presenting the facts about smoking to adolescents: the effects of an autonomy supportive style. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 1999;153: 959-964.
- 23 - Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care*. 2002; 25:1159-1171.
- 24 - Ruggiero L. Helping People with Diabetes Change Behavior: From Theory to Practice. *Diabetes Spectrum*. 2000; 13 (3): 125.

Self-control: an important educational need in diabetic patients' mental health

Mahmoudi¹ A (MSc.) - Alavi² M (MSc.).

Introduction: Diabetes is a kind of chronic conditions which needs a kind of adaptation during all time, thus some behavioral and psychosocial adoptive mechanism should be considered by the patient.

Lack of self-control skills and information will lead to poor glysemic control among diabetics. Educational in this context has an important role in patient's well-being. the study aims to describe the concept of self-control as an important educational need in the diabetic patients' mental health.

Methods: The qualitative content analysis method was employed in the study. Study population including health professionals (3 nurses and 4 physicians) and diabetic patients (n=12) were selected purposefully and were interviewed in-depth.

Results: Three main categories including three concepts were identified namely fight with self, internal versus external control, and dominance over self. The findings showed that such patients faced with various and often conflicting alternatives that resulted in experiencing internal breaking and conflict. It was founded that the patients' perception of their power span and whether they have control over disease was an underlying factor to deciding about the health related behaviors' alternatives. Such findings emphasized on importance of supporting the diabetic patients in the rout of being responsible about their physical and mental status.

Conclusion: Preparing the patients to maintain and expand their control over self is important specifically through developing communication, decision making and self supervising skills.

Key words: Education needs, Mental health, Self-control, Diabetic patient

1 - Corresponding author: Nursing Dept., Islamic Azad University, Dehaghan Branch

e-mail: mahmoodi53@yahoo.com

2 - Ph.D Candidate, Medical Education Research Center (MERC), Nursing and Midwifery School, Isfahan University of Medical Sciences (IUMS)