



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
گروه آموزشی روانشناسی

پایان نامه برای دریافت درجه پایان نامه کارشناسی ارشد
رشته روانشناسی گرایش عمومی

نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو

پژوهشگر:

آزینا مجرد

استاد راهنما:

دکتر اکبر عطادخت

استاد مشاور:

دکتر سجاد بشرپور

خرداد ۱۳۹۸

عنوان و نام پدیدآور:	نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو / آرینامجرد
استاد راهنما:	دکتر اکبر عطادخت
استاد مشاور:	دکتر سجاده‌بشر پور
تاریخ دفاع:	۱۳۹۸/۰۳/۰۴
تعداد صفحات:	۱۰۸ص.
شماره پایان‌نامه:	روانشناسی

چکیده:

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش: روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری را کلیه بیماران دیابت نوع دو که در تابستان سال ۱۳۹۷ به بیمارستان امام خمینی اردبیل مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌داد، که تعداد ۱۲۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اضطراب انتظار (صفاری‌نیا و توکلی، ۱۳۸۹)، اضطراب مرگ (تمپلر، ۱۹۷۰)، ادراک بیماری (بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶) و کیفیت زندگی (توماس، ۱۹۸۶) استفاده شد. داده‌های پژوهش از طریق آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که کیفیت زندگی با اضطراب انتظار و تمام مؤلفه‌های آن شامل شناختی، عاطفی، رفتاری، فیزیولوژی، اضطراب مرگ و برخی مؤلفه‌های آن شامل، ترس از مرگ، ترس از درد و بیماری، ترس از آینده رابطه منفی معنادار و با ادراک بیماری، و برخی مؤلفه‌های آن شامل ادراک از پیامدها، طول مدت بیماری، کنترل شخصی، کنترل از طریق درمان، نگرانی در مورد بیماری و عواطف رابطه مثبت معنادار وجود دارد. نتایج رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که اضطراب انتظار ۵۰٪ از واریانس، اضطراب مرگ ۷۲٪ از واریانس و ادراک بیماری ۹۴٪ از واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند.

نتیجه‌گیری: نتیجه پژوهش نشان داد که بین اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری با کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد و کیفیت زندگی قابل پیش‌بینی با این متغیرها است. با توجه به نتیجه پژوهش حاضر می‌توان با برگزاری کارگاه‌ها، دوره‌های آموزشی و مشاوره‌های فردی و گروهی، آگاهی بیماران دیابت نوع دو را افزایش و به تبع آن کیفیت زندگی‌شان را ارتقاء داد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب انتظار، اضطراب مرگ، ادراک بیماری، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو

۱- مقدمه و هدف

۱-۱- مقدمه

دیابت^۱ از جمله بیماری‌های مزمن و شایعی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات پروتئین و چربی ایجاد می‌شود. عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون از علائم اصلی دیابت می‌باشد؛ فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود آمده و بیمار، مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت می‌شود (انجمن دیابت آمریکا^۲، ۲۰۱۸). بیشتر افراد مبتلا به دیابت، دارای دیابت نوع دو هستند. دیابت نوع دو، یک اختلال پیچیده متابولیک و غدد درون‌ریز است. مشخصه این بیماری، میزان بالای قند خون است که به علت مقاومت سلول‌های بدن نسبت به انسولین ایجاد شده و این مقاومت نسبت به انسولین متعاقباً کمبود انسولین را در پی دارد (طاهرانی، بیلی، دل پراتو و بارنت^۳؛ ۲۰۱۱). در این میان عدم ترشح کافی انسولین برای غلبه بر مقاومت نسبت به انسولین، مشخصه انتقال از مرحله عدم تحمل گلوکز به دیابت نوع دو است (وو، شی، وانگ و وانگ^۴؛ ۲۰۱۶). افراد مبتلا به دیابت در معرض عوارض شدید و مهلکی نظیر آسیب شبکیه و کوری، نوروپاتی محیطی، انفارکتوس میوکارد، مشکلات عروق محیطی، بیماری مرحله پایانی کلیوی، مشکلات پای دیابتی و قطع عضو هستند که به دلیل کنترل نامناسب قند خون بروز کرده و موجب ناتوانی و مرگ و میر بالا در بیماران می‌شوند (علوی‌نیا و همکاران؛ ۲۰۱۲). دیابت با عوارضی که در طولانی مدت بر جنبه‌های مختلف سلامت فرد می‌گذارد، عملکرد فیزیکی، وضعیت روحی روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و

1. diabetes

2. American Diabetes Association

3. Tahrani, Bailey, Del Prato & Barnett

4. Wu, Shi, Wang & Wang

اجتماعی را مختل می‌سازد (اسماعیلی، طایفی، دوستی و نظامی، ۲۰۱۸). محدودیت‌ها و رژیم‌های شدید غذایی، طولانی شدن زمان بیماری، هزینه‌بر بودن درمان، نگاه منفی جامعه به بیمار و غیره از جمله تأثیرات ناسازگار است که دیابت بر کیفیت زندگی^۱ فرد مبتلا دارد (واسی^۲ و همکاران، ۲۰۱۴). کیفیت زندگی می‌تواند برای افراد گوناگون تعاریف و تعبیر مختلفی داشته باشد. سازمان بهداشت جهانی^۳ کیفیت زندگی را مفهومی چندبعدی می‌داند (برقی ایرانی، بگیان کوله مرز و فولادوند، ۱۳۹۲) که آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است. اخیراً، علاقمندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماری‌های مزمن به صورت یک هدف در آمده است (کانل^۴ و همکاران، ۲۰۱۸). متغیرهای روانشناختی مختلفی ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد یکی از این متغیرها اضطراب انتظار^۵ به معنای تشویش و حالت نامطلوبی است که فرد در حین انتظار پیدا می‌کند (عطادخت، بشرپور و مجرد، ۱۳۹۸). متغیر دیگر، اضطراب مرگ^۶ به معنای افکار، ترس‌ها و هیجانات آگاهانه و ناخودآگاهانه درباره آن واقعه نهایی زندگی، مرگ و مردن است (سیام، حیدرنیا و طوافیان، ۱۳۹۱) و متغیر دیگر ادراک بیماری^۷ به معنای شناخت بیماران از بیماریشان یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار است که از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد (افشار، باقریان سرارودی، فروزنده، خرمیان، دقاق‌زاده و مراثی، ۱۳۹۰). با توجه به شیوع روزافزون بیماری دیابت و اهمیت عوامل روانی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی این بیماران، هدف پژوهش حاضر این بود که نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی را مورد بررسی قرار دهد.

۱-۲- بیان مسئله

دیابت یک بیماری شایع و یکی از مشکلات بهداشتی در همه کشورهای جهان محسوب

1. quality of life

2. Vassy

3. World Health Organization

4. Connell

5. waiting anxiety

6. death anxiety

7. illness perception

می‌شود، به شکلی که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش یاد می‌کند (خطیب، ۲۰۰۶). در واقع می‌توان گفت دیابت یک نوع اختلال مزمن در متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین است. این بیماری به دو شکل دیابت نوع اول (حدود ۱۰٪) و نوع دوم (حدود ۹۰٪) دیده می‌شود. دیابت نوع اول یا دیابت وابسته به انسولین اغلب در کودکان و نوجوانان دیده می‌شود که علت آن از بین رفتن سلول‌های مولد انسولین (سلول‌های بتا) پانکراس است. دیابت نوع دوم یا دیابت غیروابسته به انسولین اغلب در سنین بالای ۴۰ سالگی و افراد چاق ایجاد می‌شود که در این بیماران میزان انسولین طبیعی و یا افزایش یافته است (بیانی، بنولیکار، سوتار، شاهانی، سیوکامی و ویدری^۱، ۲۰۰۳). همانند سایر بیماری‌های مزمن، دیابت نوع دو، افزون بر مرگ و میر بالا، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی و مالی بسیاری به همراه دارد (برادلی و گامسو^۲، ۱۹۹۴) و بیشترین تأثیر منفی را بر روند کیفیت زندگی دارد (فتحی احمدسرائی، نشاطدوست، منشئی و نادى، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی نشانگر ادراک فرد به توانایی در عملکرد خوب در سطح جسمی، روانی و اجتماعی است (شرام، بان و پوور^۳، ۲۰۰۹). بروز دیابت، جریان منظم زندگی را مختل کرده و کیفیت زندگی افراد را در ابعاد مختلف تحت تأثیر قرار می‌دهد (آدچی^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). هرچند که عوامل ژنتیکی نقش پررنگی در سبب‌شناسی دیابت دارند (دوپوئیس^۵ و همکاران، ۲۰۱۰)، اما افزایش شیوع دیابت در دهه‌های اخیر به عوامل درونی مانند استرس^۶ (خو، ژا، لی، بی، خو و نینگ^۷، ۲۰۱۱) و عوامل بیرونی مانند رژیم غذایی و کم‌تحرکی نسبت داده می‌شود (ویلی، بادنمن، گالی، فاریس و گرنز^۸، ۲۰۰۷). از طرفی منابع استرس‌زا نیز باعث افزایش سطوح مختلف اضطراب در فرد و کاهش کیفیت زندگی خصوصاً در بیماران می‌شود یکی از این عوامل اضطراب انتظار است. اضطراب حالت هیجانی نامطلوبی است که با پریشانی، وحشت و تشویش همراه است (وزیری، احدی، مکوندی، عسکری و بختیارپور، ۱۳۹۵) و اضطراب انتظار، اضطراب در نتیجه هرگونه انتظار است. مکان‌های درمانی اضطراب مضاعف ایجاد می‌کند. محیط‌های سرد بیمارستانی و درمانی به

1. Biyani, Banavalikar, Suthar, Shahani, Sivakami & Vidri

2. Bradley & Gamsu

3. Schram, Baan & Pouwer

4. Adachi

5. Dupuis

6. stress

7. Xu, Zhao, Li, Bi, Xu & Ning

8. Willi, Bodenmann, Ghali, Faris & Cornuz

علت همراهی با بیماری و مرگ باعث ایجاد فشار در انسان می‌شوند. اگر فرد با درد، رنج و بیماری می‌خواهد ساعتی را در انتظار بگذراند، این استرس چند برابر می‌شود. علاوه بر ویژگی‌های موقعیت استرس‌زا و مدتی که فرد در آن موقعیت حضور دارد، ویژگی‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی فردی و اجتماعی نیز در آن مؤثر است (زارع و ایمانی‌فر، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند طول مدت انتظار بر اضطراب بیماران مؤثر است (قارداشی، صالح‌مقدم، حسن‌آبادی و ستایش، ۱۳۸۲) و همچنین اختلالات اضطرابی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه دارد (درخشان‌پور، فارسی‌نیا و شاهینی، ۱۳۹۴). یکی دیگر از انواع اضطراب، اضطراب مرگ است که می‌تواند به عنوان یکی از تشخیص‌های مهم روان‌شناختی در بیماران مبتلا به بیماری‌های حاد مطرح باشد (کارپنیتو - مویت^۱، ۲۰۰۸). تشخیص یک بیماری می‌تواند به یک بحران در زندگی فرد تبدیل شود و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. امروزه کیفیت زندگی در نقطه مقابل کمیت^۲ قرار گرفته (شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۸۹) و افراد علاوه بر اینکه خواستار بهبود کیفیت زندگی هستند تمایل به افزایش عمر دارند. مرگ یک واقعیت بیولوژیکی و روان‌شناختی است که اندیشیدن به آن ترسناک بوده و اغلب مردم ترجیح می‌دهند به آن فکر نکنند (وظیفه‌خواه آغ چشمه، صرامی فروشانی و نیکوگفتار، ۱۳۹۵). اما گروه‌های خاصی در جامعه به دلایل مختلف بیشتر با این پدیده در تماس هستند (شیخی، عیسی‌زادگان، بشرپور و مروئی میلان، ۱۳۹۲). اضطراب مرگ، ترس از مردن یا توقف زندگی، می‌تواند به عنوان یک تجربه عادی یا ترس در بین نوع بشر بررسی شود، اما ترس زمانی غیرعادی است که شدید بوده و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد برای مثال، اجتناب از موقعیت‌ها، نگرانی‌های مداوم، و کاهش لذت از زندگی (وظیفه‌خواه آغ چشمه و همکاران، ۱۳۹۵). اضطراب مرگ احساسی از نداشتن زندگی خوشایند در زندگی است و زندگی برای فردی که از اضطراب مرگ رنج می‌برد، لذت بخش نبوده و احساس بی‌معنی بودن در زندگی می‌کند. اضطراب مرگ، افکار، ترس‌ها و هیجانات آگاهانه و ناخودآگاه درباره آن واقعه نهایی زندگی مرگ و مردن است (سیام و همکاران، ۱۳۹۱).

اگرچه ترس از مردن می‌تواند عمومی باشد اما افراد در ابراز واکنش‌های احساسی نسبت به آن متفاوت هستند (هوی و فانگ^۳، ۲۰۰۸). در این خصوص، بیماران مبتلا به بیماری‌های

1. Carpenito-Moyet

2. quantit

3. Hui & Fung

بدخیم نظیر بیماری قلبی، سرطان، دیابت نوع دو و غیره به عنوان جمعیت آسیب‌پذیر در نظر گرفته می‌شوند (وظیفه‌خواه آغ چشمه و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (پوراکبری، خواجهوند خوشلی و اسدی، ۱۳۹۳؛ سلیمانی، لهتو^۱، نگارنده، بهرامی و چان^۲، ۲۰۱۷؛ ادیب، سلیم، کینات، توفایل و ظفر^۳، ۲۰۱۷).

نقش ادراک بیماری بر کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری‌های مزمن اخیراً مورد توجه قرار گرفته است. منظور از ادراک بیماری بازنمایی شناختی سازمان‌یافته بیمار از بیماری خود می‌باشد. بر اساس نظریه لونتال، نرنز و استیل^۴ (۱۹۹۸)، بیماران رفتار و واکنش هیجانی خود نسبت به بیماری را بر اساس ادراکات خود از ماهیت، علل، پیامد، کنترل‌پذیری و درمان‌پذیری و مدت زمان بیماری تنظیم می‌نمایند. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند ماهیت^۵ یا باور درمورد علل مسبب آغاز خستگی و ضعف)، علت^۶ یا ادراک فرد درمورد طول مدت بیماری^۷، مدت زمان بیماری برحسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است، پیامدها و یافته‌های مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرهای کنترل، اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی، و مؤثر بودن^۸ درمان و بهبود (برقی ایرانی، علی‌اکبری دهکردی، زارع، علی‌پور و شهیدی، ۱۳۹۳). ارتباط بین ادراک بیماری و پیامدهای بیماری‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. یافته‌ها بیانگر نقش قابل توجه ادراک بیماری در تعیین پیامدها و انطباق با بیماری‌ها نظیر دیابت (پونزو، گیچاردی، ویلند^۹، ۲۰۰۶) می‌باشد.

پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهند که بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (فوول، مورلی و فریزلا^{۱۰}، ۲۰۱۳؛ تیمنسما، گاب، وورهر، آسیجی و کاپتن^{۱۱}، ۲۰۱۶؛ حاجلو، برهمند، عدیلی و فتحی، ۱۳۹۵).

1. Lehto

2. Chun

3. Adeeb, Sleem, Kynat, Tufail & Zaffr

4. Leventhal, Nerenz & Steele

5. identity

6. cause

7. timeline

8. consequences

9. Ponzo, Gucciardi & Weiland

10. Foxwell, Morley & Frizelle

11. Tiemensma, Voorhaar-Gaab, Asijee & Kaptein

با توجه به شیوع بالای بیماری دیابت و تأثیرات مخرب آن بر زندگی فرد و روحیه بیمار، شناخت متغیرهای روانشناختی که به نحوی با کیفیت زندگی فرد بیمار رابطه دارند می‌تواند به شناخت و درک هرچه بیشتر این بیماران از لحاظ ویژگی‌های روانشناختی کمک کند و باعث توجه هرچه بیشتر به مسائل روانشناختی بیماران دیابتی و افزایش کیفیت زندگی آن‌ها شود بنابراین هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سؤال است که آیا اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری می‌تواند در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو نقش داشته باشد؟

۱-۳- ضرورت و اهمیت پژوهش

دیابت سومین علت اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری (اسملتر، بار و برونر^۱، ۲۰۰۴) و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن جهان و تحمیل‌کننده بار سنگین بر سیستم مراقبت بهداشتی است (لطفی، سعادت‌تی و افضلی، ۲۰۱۳). در حال حاضر ۴۱۵ میلیون نفر در جهان دیابت دارند و شیوع آن در ایران در سال ۲۰۱۶، ۱۰/۳ در صد برآورد شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶) که بر اساس گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت، منطقه خاورمیانه و آفریقای شمالی در جهان بالاترین شیوع را دارد، همچنین پیش‌بینی می‌شود که ر شد دیابت در ایران بالاتر از روند جهانی باشد (دهی، آقاجری، نوروزی خو شبخت و وثوقی، ۱۳۹۶). دیابت به علت شیوع بالا، افزایش میزان بروز و بار اقتصادی بالا، یکی از مهمترین مشکلات بهداشت عمومی در ایران است (نوشاد، آفریده، مکانیک و استقامتی، ۲۰۱۵) که عوارض ناتوان‌کننده و خطرناکی بر هریک از دستگاه‌های حیاتی بدن بر جای می‌گذارد از جمله: کوری، قطع اندام، نارسایی کلیه، افزایش احتمال سکته مغزی و بیماری‌های قلبی عروقی. همچنین به علت هزینه‌های درمانی بالا، میزان مرگ و میر بالا و هم به علت عوارض دیررس و خطرناکی که دارد، روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است. این بیماری در اواخر قرن بیستم، پراکندگی گسترده‌ای پیدا کرده و میلیون‌ها نفر را در سرا سر جهان درگیر کرده و در حال حاضر نیز نشانه‌ای از توقف آن دیده نمی‌شود. به طور کلی می‌توان گفت عوارض دیابت بر روی جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی بیمار از جمله روحی روانی، جسمی، اجتماعی، اقتصادی، زندگی خانوادگی و عملکرد جنسی فرد تأثیر دارد. . عدم توجه به کیفیت زندگی می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی - اقتصادی و بهداشتی شود

1. Smelter, Bare & Brunner

(برادلی و گامسو^۱، ۱۹۹۴). کیفیت پایین زندگی در بیماران دیابتی منجر به کم کردن مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قندخون و افزایش عوارض بیماری می شود (صمدی، صفوی و محمودی، ۱۳۹۲). بنابراین هدف اولیه از درمان، تقویت کیفیت زندگی است (منجمد، علی اصغرپور، مهران و پیمانی، ۱۳۸۵). دیابت منجر به مشکلات روانشناختی بسیاری نیز می شود که کیفیت زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد. بررسی‌ها نشان داده‌اند که دیابت نوع دو با بیماری‌هایی همچون افسردگی و اضطراب همراه است و به نظر می‌رسد که عوامل روانشناختی در کنترل این بیماری نقش داشته باشند (والا، رزمنده، رامبد، نسلی اصفهانی و قدسی قاسم‌آبادی، ۱۳۹۴). شناخت متغیرهای روانی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی این بیماران می‌تواند گامی مؤثر در جهت شناسایی عوامل مرتبط و در نتیجه آموزش و حمایت از بیماران دیابتی می‌شود. ارائه مراقبت و آموزش به بیماران دیابتی سبب احساس نشاط، برقراری ارتباط مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از روش‌های درمانی می‌شود (قنبری، ۱۳۸۱).

با بررسی‌های انجام شده، هیچ پژوهشی به طور مستقیم بر روی نقش متغیرهای اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو نپرداخته است. لذا با توجه به اهمیت شناسایی فاکتورهای تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی که می‌توان با بهبود آنها به سازگاری بیماران کمک نمود و کیفیت زندگی‌شان را بهبود داد، نتایج این پژوهش می‌تواند پژوهشگران بعدی را در جهت شناسایی متغیرها و فاکتورهای مرتبط دیگر بر کیفیت زندگی این بیماران ترغیب کند. از مزایای دیگر این پژوهش، می‌توان گفت با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توان در جهت کمک به کادر بهداشت درمانی و به ویژه پرستارانی که ارتباط نزدیک‌تری با این بیماران دارند استفاده کرد تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض، ارتقای سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی سازماندهی کنند تا بتوانند با آگاهی دادن به نهادهای ذیربط اجتماعی، بیماران و خانواده‌های آنها، همکاری‌های لازم را در جهت ارتقای کیفیت زندگی، تعدیل مشکلات و برنامه‌ریزی‌های درمانی مراقبتی بیماران انجام دهند. با توجه به موارد گفته شده انجام این پژوهش از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

1. Bradley & Gamsu

۴-۱- اهداف پژوهش**۴-۱-۱ اهداف کلی پژوهش:**

۱. تعیین رابطه اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۲. تعیین نقش اضطراب انتظار، اضطراب مرگ و ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو

۴-۲-۱ اهداف جزئی پژوهش:

۱. تعیین رابطه اضطراب انتظار با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۲. تعیین نقش اضطراب انتظار در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۳. تعیین رابطه اضطراب مرگ با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۴. تعیین نقش اضطراب مرگ در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۵. تعیین رابطه ادراک بیماری با کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو
۶. تعیین نقش ادراک بیماری در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو

۴-۱-۵ فرضیه‌های پژوهش

۱. بین اضطراب انتظار و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه وجود دارد.
۲. اضطراب انتظار قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو است.
۳. بین اضطراب مرگ و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه وجود دارد.
۴. اضطراب مرگ قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو است.
۵. بین ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو رابطه وجود دارد.
۶. ادراک بیماری قادر به پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت نوع دو است.

۶-۱- تعریف مفهومی و عملیاتی پژوهش

اضطراب انتظار

تعریف مفهومی: اضطراب حالت هیجانی نامطلوبی است که با پریشانی، وحشت و تشویش همراه است (وزیری و همکاران، ۱۳۹۵) و اضطراب انتظار، تشویش و حالت نامطلوبی است که فرد در حین انتظار پیدا می‌کند (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۸).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، اضطراب انتظار نمره‌ای بود که آزمودنی‌ها از پرسشنامه اضطراب انتظار ۲۰ سؤالی توکلی و صفاری‌نیا (۱۳۹۱) در مقیاس فاصله‌ای به دست آورده بودند.

اضطراب مرگ

تعریف مفهومی: اضطراب مرگ، افکار، ترس‌ها و هیجانات آگاهانه و ناخودآگاه درباره آن واقعه نهایی زندگی مرگ و مردن است (سیام و همکاران، ۱۳۹۱).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، اضطراب مرگ نمره‌ای بود که آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۱۵ سؤالی اضطراب مرگ تمپلر (۱۹۷۰) که در مقیاس فاصله‌ای به صورت بلی-خیر بود به دست آورده بودند.

ادراک بیماری

تعریف مفهومی: شناخت بیماران از بیماریشان تحت عنوان ادراک بیماری یا بازنمایی شناختی بیماری توسط فرد بیمار و بر پایه جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می‌گیرد (افشار و همکاران، ۱۳۹۰).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، ادراک بیماری نمره‌ای بود که آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۹ سؤالی ادراک بیماری باقریان سرارودی، بهرامی‌احسان و صانعی (۱۳۸۷) در مقیاس فاصله‌ای به دست آورده بودند.

کیفیت زندگی

تعریف مفهومی: کیفیت زندگی به عنوان نتیجه کنش متقابل شخصیت بین افراد و پیوستگی جریان‌های زندگی تعریف می‌شود و رویدادهای زندگی در یک مجموعه چندبعدی از حوزه‌های زندگی مانند آزادی، دانش، اقتصاد، امنیت، روابط اجتماعی، مذهب، محیط زیست و تفریح اتفاق می‌افتد و کیفیت زندگی بر مجموعه حوزه‌های تشکیل دهنده زندگی اثرگذار است. کیفیت زندگی حاصل یک ارزشیابی ذهنی است و خود فرد بهتر از هرکس می‌تواند در مورد آن قضاوت کند (هاجیران^۱، ۲۰۰۶؛ به نقل از رضانی، ۱۳۹۵).

تعریف عملیاتی: در این پژوهش، کیفیت زندگی نمره‌ای بود که آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۱۵سؤالی توماس (۱۹۸۶) در مقیاس فاصله‌ای به دست آورده بودند.

^۱. Hajiran

۲- مبانی و پیشینه تحقیق

۲-۱- دیابت

امروزه معضل بیماری‌های غیر عفونی، بسیاری از باورهای بهداشتی را تحت الشعاع قرار داده و توجه جوامع علمی را به خود معطوف داشته است. در گذشته‌ای نه چندان دور مشکل اصلی جامعه و مردم، بیماری‌های واگیر و مرگ‌ومیر بالای ناشی از این بیماری‌ها بود، در حالی که در حال حاضر به علت کنترل بیماری‌های واگیر، توسعه شهرنشینی، پیشرفت صنعت و زندگی ماشینی، به عبارتی تغییر کیفیت و شیوه زندگی مردم، شیوع بیماری‌های غیرواگیر افزایش یافته و رفته رفته بیماری‌های واگیر جای خود را به بیماری‌های غیرواگیر داده‌اند، به صورتی که امروزه مهمترین علل مرگ‌ومیر در جوامع بیماری‌های غیرواگیر است. یکی از این بیماری‌های غیرواگیر دیابت است. دیابت یک بیماری مزمن غده درون‌ریز می‌باشد که ویژگی آن سوء عملکرد در سوخت‌وساز گلوکز، ناشی از اشکالاتی در تولید با بهره‌گیری از هورمون انسولین است (زارع شاه‌آبادی و ابراهیمی صدرآبادی، ۱۳۹۲). بیماری دیابت زمانی به وجود می‌آید که بدن قادر به تولید انسولین نباشد، یا هنگامی که بدن نمی‌تواند از انسولین تولید شده استفاده مؤثر داشته باشد (فوزی، هادانسی و ملانیا^{۳۷}، ۲۰۱۷). انسولین یک هورمون است که برای تبدیل شکر و نشاسته و دیگر غذاها به انرژی مورد نیاز فعالیت‌های روزانه در سلول‌های بدن ضروری و مورد نیاز است. عوامل به وجود آورنده دیابت همواره به صورت یک راز بوده و هنوز هم به طور کامل شناخته نشده است. با این حال می‌توان گفت که عوامل ژنتیکی و چاقی و تحرکات کم و ورزش نکردن نقش مهمی در ابتلای فرد به دیابت دارند (گاندر- فردریک^{۳۸} و کلارک،

³⁷. Fiuzy, Haddania & Mollania

³⁸. Gonder-Frederick

۲۰۰۲؛ به نقل از توکلی، ۱۳۹۰). این بیماری سه شکل اصلی دارد و راه‌های مختلفی برای تشخیص دارد.

۱-۱-۲- انواع دیابت

به طور کلی سه شکل اصلی دیابت وجود دارد: دیابت نوع یک، دیابت نوع دو و دیابت بارداری.

۱-۱-۱-۲- دیابت نوع یک

در دیابت نوع یک که در گذشته به نام دیابت جوانی یا دیابت وابسته به انسولین خوانده می‌شد، ۱۵٪ - ۱۰٪ کل موارد را تشکیل می‌دهد. این نوع دیابت معمولاً در دوران کودکی، نوجوانی یا اوایل بزرگسالی ظاهر می‌شود. در دیابت نوع یک بدن هیچ‌انزولینی تولید نمی‌کند، چون سلول‌های بتا در لوزالمعده تخریب شده‌اند. در بسیاری از موارد، این مشکل ناشی از پاسخ اشتباه سیستم ایمنی به سلول‌های بدن است. یعنی سلول‌های بتا به عنوان جسم خارجی محسوب می‌شوند و سیستم ایمنی به آن‌ها حمله می‌کند. این پاسخ ممکن است با عفونت‌های ویروسی تشدید شود. اگرچه به نظر می‌رسد که دیابت نوع یک به طور ناگهانی ایجاد می‌شود، اما در حقیقت تخریب سلول‌های بتا از ماه‌ها یا سال‌ها قبل شروع شده‌اند. تا زمانی که ظرفیت عملکرد سلول‌های بتا به کمتر از ۱۰٪ نرسد، علائم بیماری ظاهر نمی‌شود. درمان دیابت نوع یک از انسولین است که یا به شکل تزریقی و یا از طریق پمپ تجویز می‌شود. از انسولین به شکل قرص وجود ندارد چرا که با فرآیند هضم تخریب می‌شود (کریمی گرکانی و همکاران، ۱۳۹۴).

۱-۱-۲-۲- دیابت نوع یک و پاسخ بدن به قند

در دیابت نوع یک، لوزالمعده هیچ‌انزولینی تولید نمی‌کند. در نتیجه، قند خون بدون کنترل افزایش می‌یابد و از طرفی، بدن از منبع انرژی اولیه محروم خواهد ماند. در نتیجه بیمار دچار خستگی و کسالت، فقدان انرژی، پرادراری، پرنوشی، کم‌آبی و کاهش وزن می‌شود. برای جبران کمبود قند، بدن چربی و پروتئین عضلات را به عنوان منبع جایگزین انرژی می‌سوزاند. این وضعیت منجر به یک عارضه بالقوه خطرناک و مرگبار یعنی کتواسیدوز دیابتی می‌شود. برای جبران کمبود قند، بدن چربی و پروتئین عضلات را به عنوان منبع جایگزین انرژی می‌سوزاند. این وضعیت منجر به یک عارضه بالقوه خطرناک و مرگبار یعنی کتواسیدوز دیابتی می‌شود. البته لوزالمعده هنوز گلوکاگون تولید می‌کند، یعنی هورمون دیگر لوزالمعده که می‌تواند قندخون را

Title and Author:	The Role of Waiting Anxiety, Death Anxiety and Illness Perception in Predicting the Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes/ Azita mojarad.
Supervisor:	Dr. Akbar Atadokht
Graduation date:	2019/05/25
Number of pages:	108

Abstract

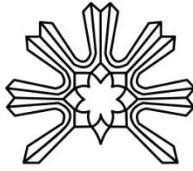
Research Aim: The aim of this study was to investigate the role of waiting anxiety, death anxiety and illness perception in predicting the quality of life in type 2 diabetic patients.

Research method: The research method was descriptive correlational. The statistical population composed of all type 2 diabetic patients who referred to Imam Khomeini Hospital in Ardabil in summer 2018. 120 people were selected by available sampling method. Data were collected by anxiety inventory questionnaire (Saffirnia and Tavakoli, 2010), Death Anxiety (Templer, 1970), Perception of Disease (Bradbin et al., 2006), and Quality of Life (Thomas, 1986). Data were analyzed by Pearson correlation and multiple regression tests.

Findings: The results of study showed that there is a significant negative relationship between quality of life and waiting anxiety and all its components including cognitive, emotional, behavioral, physiology, death anxiety and some of its components including fear of death, fear of pain and disease, fear of future; and there is a significant positive relationship between quality of life with perception disease, and some of its components include perception outcomes, duration of illness, personal control, control through treatment, worry about disease and emotions. regression results showed that waiting anxiety explain 50% of variance, death anxiety explain 72% of variance and perception of illness explain 94% of variance.

Conclusion: The result of the study showed that there is a significant relationship between waiting anxiety, death anxiety and illness perception with quality of life and the quality of life is predictable with these variables. According to the results of this study, we can increase awareness of type 2 diabetes patients by holding workshops, training courses and individual and group counseling and consequently, improved their quality of life

Keywords: Waiting Anxiety, Death Anxiety, Perceived Disease, Quality of Life, Type 2 Diabetes



University of Mohaghegh Ardabili
Faculty of Educational Sciences and Psychology
Department of Psychology

Thesis submitted in partial fulfillment for the degree of
M.A. in General Psychology

The Role of Waiting Anxiety, Death Anxiety and Illness Perception in Predicting the Quality of Life in Patients with Type 2 Diabete

By:
Azita Mojarrad

Supervisor:
Dr. Akbar Atadokht

Advisor:
Dr. Sajjad Basharpoor

(May 2019)