

A Descriptive Analysis of Resiliency Trait and its Role in Adaptation Process of Diabetic Clients Who Referred to Diabetes Association in Shiraz

Derakhshanrad S A^{1,2*}, Zeynalzadeh Ghoochani B³, Taghizadeh Z⁴, Zahedi E⁴, Ghasem Sharifi A H⁴

¹PhD, Assistant Professor, Occupational Therapy Dept., School of Rehabilitation Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

²Rehabilitation Sciences Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

³PhD of Occupational Therapy, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

⁴BSc of Occupational Therapy, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

Abstract

Background and Objectives: Resiliency is an important concept in understanding adaptation process and learning coping strategies in diabetic patients. It is imperative to examine the resiliency trait at appropriate time while providing occupational therapy interventions for diabetics. Therefore, this study aimed to descriptively examine this trait and its role in adaptation process of diabetics.

Methods: This cross-sectional study was conducted on diabetic patients selected from those who had referred to Shiraz Diabetes Association in January 2014 using convenience sampling. The data were collected by Connor Davidson Resilience Scale. Then, Analysis of Variance (ANOVA) was used to compare three diabetic groups with low, moderate, and high resiliency traits regarding adaptive features, including achievement motivation, tenacity, self-confidence, and adaptability.

Results: This study was performed on 70 qualified diabetic patients, including 24 males and 46 females, with the mean age of 51±10.7 years. The mean score of resiliency was 61.5±17.7 in the study population. The results showed a significant difference among the three study groups concerning achievement motivation ($F=69.9$, $P<0.001$), self-confidence ($F=81.3$, $P<0.001$), tenacity ($F=46.9$, $P<0.001$), and adaptability ($F=75.6$, $P<0.001$).

Conclusion: The results showed that the individuals with low, moderate, and high levels of resilience had different adaptive features. Thus, level of resiliency in diabetics could determine how they adapt themselves to consequences of diabetes.

Keywords: Diabetics, Resiliency, Adaptation, Occupational therapy

Sadra Med Sci J 2016; 4(4): 245-254.

Received: Jul. 31st, 2016

Accepted: Sep. 30th, 2016

*Corresponding Author: **Derakhshanrad S A**, PhD, Assistant Professor, Occupational Therapy Dept., School of Rehabilitation Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran; Rehabilitation Sciences Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran, derakhshan@sums.ac.ir

مجله علوم پزشکی صدرا

دوره ۴، شماره ۴، پاییز ۱۳۹۵، صفحات ۲۴۵ تا ۲۵۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۰۷/۰۹ تاریخ دریافت: ۹۵/۰۵/۱۰

مقاله پژوهشی

(Original Article)

بررسی توصیفی خصوصیت تاب آوری و نقش آن در فرآیند انطباق مبتلایان به دیابت نوع دو

مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر شیراز

سید علیرضا درخشان راد^{۱،۲*}، بهاره زینل زاده قوچانی^۳، زهرا تقی زاده^۴، انسیه زاهدی^۴، امیر حسین قاسمشریفی^۴^۱دکترای تخصصی کاردرمانی، استادیار گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۲مرکز تحقیقات علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۳دکترای تخصصی کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران^۴کارشناس کاردرمانی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

چکیده

مقدمه: تاب آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش‌های سازگاری در مبتلایان به دیابت است. ارزیابی بهنگام این خصیصه در مداخلات کاردرمانی این افراد ضرورت دارد، لذا هدف از مطالعه حاضر بررسی توصیفی خصوصیت تاب آوری در مبتلایان به دیابت و فهم نقش آن در کیفیت ویژگی‌های انطباقی این افراد بود.

مواد و روش: پژوهش حاضر مقطعی بود. نمونه‌گیری به صورت آسان در دی ماه ۱۳۹۲ از میان افراد مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن دیابت شیراز انجام شد. اطلاعات با استفاده از مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون جمع آوری شد. سه گروه افراد با سطح تاب آوری کم، متوسط و زیاد از منظر ویژگی‌های انطباقی شامل انگیزه پیشرفت، اعتماد بنفس، سخت کوشی و سازش پذیری به کمک آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) مورد بررسی مقایسه‌ای قرار گرفتند.

نتایج: ۷۰ نفر واجد شرایط با میانگین سنی $51 \pm 10/7$ شامل ۲۴ مرد و ۵۶ زن ارزیابی شدند. میانگین نمره تاب آوری در جمعیت مورد مطالعه $61/5 \pm 17/7$ بدست آمد. افراد با سطوح تاب آوری کم، متوسط و زیاد در ویژگی‌های انگیزه پیشرفت ($F=69/9$ ؛ $P<0/001$)، اعتماد بنفس ($F=81/3$ ؛ $P<0/001$)، سخت کوشی ($F=46/9$ ؛ $P<0/001$) و سازش پذیری ($F=75/6$ ؛ $P<0/001$) با یکدیگر اختلاف معنی‌داری داشتند.

بحث و نتیجه‌گیری: از یافته‌ها چنین بر می‌آید که افراد با سطوح تاب آوری کم، متوسط و زیاد دارای ویژگی‌های انطباقی متفاوتی بودند. بنابراین سطح تاب آوری در مبتلایان به دیابت می‌تواند تعیین کننده کیفیت انطباق این افراد با عارضه دیابت باشد.

واژگان کلیدی: دیابت، تاب آوری، انطباق، کاردرمانی

* نویسنده مسئول: سید علیرضا درخشان راد، دکترای تخصصی کاردرمانی، گروه کاردرمانی، دانشکده علوم توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران، derakhshan@sums.ac.ir

مقدمه

بیماری‌های مزمن و یا به تعبیر سازمان جهانی بهداشت بیماری‌های غیرواگیر از شخصی به شخص دیگری انتقال نمی‌یابند. همچنین در مدت زمان طولانی باقی‌مانده و پیشرفت بیماری آهسته صورت می‌گیرد. این دسته از بیماری‌ها عامل اصلی مرگ و میر می‌باشند. یک نوع اصلی این بیماری‌ها دیابت است. بر طبق آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت که در سال ۲۰۱۴ منتشر گردیده است، ۲٪ کل مرگ‌های سالیانه در کشور ایران ناشی از بیماری دیابت گزارش شده است (۱).

تبعات منفی دیابت عمدتاً ناشی از مهارت‌های خود مراقبتی ضعیف است، لذا کیفیت انطباق فرد مبتلا و تبعیت او از یک سبک زندگی ساختارمند را می‌طلبد. بطور کلی افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن می‌بایست مهارت‌های تطابقی را یاد گرفته و آنها را در روبرو شدن با چالش‌های روزانه بکار گیرند. تاب‌آوری (Resiliency) مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش‌های سازگاری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن است (۲). تاب‌آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت همچون ابتلای به یک بیماری مزمن است. به بیانی دیگر انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌برانگیز در زندگی را تاب‌آوری می‌نامند (۳). تاب‌آوری خصیصه‌ای است که می‌تواند نگرش مبتلایان به دیابت را نسبت به اتخاذ یک سبک زندگی سالم‌تر بهبود بخشیده و فرآیند انتقال و سازگاری را در این افراد تسهیل کند (۴).

دیابت بعنوان یک بیماری مزمن بدلیل عارض شدن محدودیت‌های متنوع در انجام کارهای روزمره‌ای شامل امور مراقبت شخصی تا کارهای منزل و فعالیت‌های اجتماعی در زمره دریافت‌کنندگان خدمات کاردرمانی مطرح است (۵). همچنین مستندات وجود دارد که کاردرمانگران را افرادی معرفی می‌کند که قادرند با ارائه راه حل‌های خلاقانه تبعات منفی دیابت را کاهش دهند و به انطباق هر چه بیشتر مبتلایان به دیابت در زندگی توأم با این عارضه کمک نمایند (۶). از آنجایی که مفهوم

تاب‌آوری به عنوان معیاری برای یک انطباق موفقیت‌آمیز در افراد مبتلا به دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است (۷)؛ لذا ارزیابی بهنگام آن در مداخلات کاردرمانی ضرورت می‌یابد. همچنین ارزیابی تاب‌آوری منجر به شناسایی نقاط ضعف و قدرت در افراد می‌گردد، بنابراین تاب‌آوری به عنوان یک پیامد قابل ارزیابی مهم در افرادی که در شرایط بحرانی مثل ابتلای به بیماری هستند، در نظر گرفته می‌شود (۸).

در مروری که بر منابع مرتبط و با استفاده از ترکیب کلمات کلیدی دیابت، تاب‌آوری و انطباق صورت گرفت مشخص گردید که مطالعات محدودی در این زمینه صورت گرفته است و این در حالی است که بر مبنای تئوری‌های مطرح شده در خصوص تاب‌آوری، این خصیصه توصیف‌کننده ویژگی‌هایی نظیر داشتن هدف، سازگاری، فرصت دانستن چالش‌ها، تحمل رخدادهای منفی و حتی فاکتورهای اعتقادی نظیر صبر و ایمان می‌باشد (۹). همچنین از منظر دیدگاه تخصصی مطرح در کاردرمانی، تاب‌آوری عامل مهمی در کیفیت سازگاری انسان است، به طوری که افراد تاب‌آور با احتمال بیشتری در فعالیت‌های سازنده (productive) مشارکت می‌کنند و از کیفیت زندگی بهتری برخوردارند (۱۰). با در نظر گرفتن این احتمال و با توجه به اینکه مهارت‌های خودمراقبتی نظیر کنترل رژیم غذایی، ورزش روزانه و کنترل روزانه قند خون بعنوان فعالیت‌های سازنده در مبتلایان به دیابت مطرح می‌باشند (۱۱) بنابراین با مینا قرار دادن این امر بعنوان فرضیه مطالعه حاضر، سؤال پژوهشی مطالعه این بود که آیا مبتلایان با خصیصه تاب‌آوری، خود را متعهد به داشتن یک سبک زندگی مطلوب‌تر و سازش‌پذیرتر می‌دانند یا خیر؟ بدین ترتیب هدف پژوهشی این مطالعه بررسی توصیفی خصوصیت تاب‌آوری در مبتلایان به دیابت و فهم نقش آن در ارتقای ویژگی‌های انطباقی این افراد بود. آزمون چنین فرضیه‌ای و یافتن پاسخ به این سؤال پژوهشی به کمک مدل تاب‌آوری پیشنهاد شده توسط خشوعی (۱۲) منتج از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون

تبعاتی در هر زمان که مایلند از شرکت در مطالعه انصراف دهند.

نمونه‌گیری بصورت آسان و مقطعی در بازه زمانی یک ماهه در طول دی ماه ۱۳۹۲ از کلیه مراجعه‌کنندگان به انجمن صورت گرفت. طبق آمارهای ثبت شده در این انجمن، ماهانه بطور متوسط حدود ۳۵۰ نفر افراد مبتلا به دیابت جهت گرفتن خدمات مشاوره‌ای به انجمن مراجعه می‌کردند که در طول مدت زمان انجام نمونه‌گیری ۲۸۴ نفر به انجمن مراجعه کردند. اهداف مطالعه توسط دانشجوی سال آخر رشته کاردرمانی برای هر فرد توضیح داده شد. از میان افراد مراجعه‌کننده تعدادی شرایط قابل قبول برای ورود به این مطالعه را نداشتند و افرادی نیز برای شرکت در پژوهش رضایت ندادند. در نهایت پس از حدود یک ماه، ۷۰ نفر فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را امضا کرده و در نتیجه فرآیند نمونه‌گیری متوقف گردید.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل یک پرسشنامه برای جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی به همراه مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون بود. این مقیاس خصیصه تاب‌آوری را به شکل کمی ارزیابی می‌کند (۹). مقیاس مذکور دارای ۲۵ گویه است که به شیوه لیکرت بصورت ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، به ندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) طراحی شده است. نمره‌دهی به این صورت است که هر گویه دارای نمره‌ای بین ۰ تا ۴ است. بدین سان دامنه نمرات مقیاس بین ۰ تا ۱۰۰ است و هر چقدر نمره فرد به سمت ۱۰۰ نزدیک‌تر باشد بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر است. طبق دستورالعمل، پاسخ به هر سؤال می‌بایستی با توجه به تجربه ماه گذشته فرد داده شود و چنانچه فرد تجربه‌ای در آن گویه نداشته باشد از او خواسته می‌شود که پاسخ را با توجه به شناختی که از خود دارد به صورت فرضی بیان نماید.

خشوعی با استفاده از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون مطالعه ای را بر روی ۳۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام داد و آن را حائز ویژگی‌های روانسنجی

(Connor-Davidson Resilience Scale) (۹)

انجام شد. خاطرنشان می‌گردد، فرضیات زیربنایی مطالعه حاضر و بحث در خصوص یافته‌های مطالعه که کاملاً برگرفته از دانش موجود در حوزه کاردرمانی است، از وجه تمایز این مطالعه با مطالعات مشابه گذشته می‌باشد که عمدتاً از دیدگاه روانشناسی به این موضوع پرداخته‌اند.

مواد و روش

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود. جامعه مورد مطالعه، افراد مبتلا به دیابت نوع دو بودند. چارچوب نمونه‌گیری، انجمن دیابت استان فارس واقع در درمانگاه نادر کاظمی شیراز بود. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از سابقه حداقل یک سال ابتلا به دیابت نوع دو، قرار داشتن در بازه سنی ۱۸ تا ۶۵ سال و برخورداری از سواد خواندن و نوشتن. میانگین و انحراف معیار 61 ± 9 حاصل از بررسی وضعیت تاب‌آوری با مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون در مبتلایان به دیابت منتج از یافته‌های مطالعه مظلوم و همکاران (۱۳) برای تعیین حجم نمونه بعنوان ملاک قرار گرفت. بدین ترتیب به کمک فرمول تعیین حجم نمونه

$$N = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta} \right)^2 S^2}{d^2}$$

با در نظر گرفتن پارامترهای

$d=3$ و $\beta=0.2$ ، $\alpha=0.05$ حجم نمونه معادل ۷۰ نفر تعیین گردید.

طرح پژوهشی حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شیراز به تصویب رسید (کد طرح: ۰۱-۰۶-۶۴۱۴-۰۹۲). افراد شرکت‌کننده در پژوهش به اختیار خود در این مطالعه شرکت کردند. همه افراد فرم رضایت کتبی را رؤیت و امضا نمودند. به افراد این اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه و بدون فاش شدن مشخصات آن‌ها صرفاً در راستای انجام این مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد. هر یک از افراد مختار بودند که بدون هیچ گونه

متوسط و زیاد تقسیم کرد. رتبه‌های درصدی شاخصی استاندارد هستند که رتبه نسبی یک نمره از توزیع نمرات خام را بر اساس مقیاس ۱۰۰ تعیین می‌کنند. رتبه‌های درصدی بر خلاف نمرات خام دارای یک معنی مشخص و استاندارد می‌باشند. بدین ترتیب هر نمره خامی که رتبه درصدی آن نزدیک به صفر باشد در گروه خود، نمره پایینی است و هر رتبه درصدی که نزدیک ۵۰ باشد، نزدیک میانگین گروه قرار دارد (۱۵). آنگاه افراد با سطوح مختلف تاب‌آوری از منظر چهار عامل موجود در مدل تاب‌آوری مطرح شده توسط خشوعی شامل انگیزه پیشرفت، اعتماد به نفس، سخت‌کوشی و سازش‌پذیری مورد بررسی و مقایسه قرار گرفتند. آزمون تحلیل واریانس یکطرفه (ANOVA) برای این مقایسه بکار برده شد. همچنین آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط متغیرهای سن و مدت زمان ابتلا با متغیر میزان تاب‌آوری مورد استفاده قرار گرفت. آزمون تی استیودنت نیز برای مقایسه میزان تاب‌آوری بین زن و مرد و بین افراد متأهل و مجرد بکار برده شد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر روی ۷۰ نفر مبتلایان به دیابت با میانگین سنی $51 \pm 10/7$ سال شامل ۲۴ مرد و ۴۶ زن انجام گرفت. میانگین نمره تاب‌آوری در جمعیت مورد مطالعه $61/5 \pm 17/7$ بدست آمد. میانگین تاب‌آوری در مردان و زنان به ترتیب $66/7$ و $58/7$ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/072$). ۲۱ نفر (۳۰٪) از شرکت‌کنندگان عوارض قلبی-عروقی همراه را گزارش نمودند و ۴۹ نفر (۷۰٪) هیچ عارضه قلبی-عروقی همراهی را گزارش نکردند. میانگین نمره تاب‌آوری در افراد با عارضه قلبی-عروقی و افراد بدون عارضه قلبی-عروقی به ترتیب $58/4$ و $62/7$ بدست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود ($p=0/351$).

ضریب همبستگی پیرسون ارتباط معنی‌داری بین سابقه ابتلای به دیابت که در محدوده ۱ تا ۴۵ سال قرار داشت و

مناسب برای استفاده در جمعیت ایرانی گزارش نمود. خشوعی به منظور بررسی روایی سازه مقیاس از تحلیل عاملی استفاده کرد که نتیجه آن منجر به استخراج مدلی چهار عاملی تحت عناوین انگیزه پیشرفت (achievement motivation)، اعتماد به نفس (self-confidence)، سخت‌کوشی (tenacity) و سازش‌پذیری (adaptability) گردید. بدین ترتیب عامل انگیزه پیشرفت ۵ سؤال از مقیاس تاب‌آوری را به خود اختصاص می‌دهد. عامل اعتماد بنفیس نیز دارای ۹ سؤال است و عامل سخت‌کوشی و سازش‌پذیری به ترتیب ۴ و ۷ سؤال را در بر می‌گیرند. برازش این مدل چهار عاملی معادل ۶۴ درصد گزارش شد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای هر چهار عامل بالای ۰/۷۵ گزارش شد. در بررسی پایایی نیز نتایج همبستگی دو بار آزمون با فاصله زمانی سه هفته برای هر چهار عامل بالای ۰/۷ بدست آمد (۱۲). از آنجایی که عوامل نظیر سخت‌کوشی و اعتماد بنفیس در مبتلایان به دیابت به همراه عامل انگیزش و سازش‌پذیری احتمال توانمندسازی این افراد در تصمیم‌گیری‌ها و اتخاذ راهکارهای مؤثر در جهت ارتقای مهارت‌های خودمراقبتی را بالا می‌برد (۱۴) لذا مدل تاب‌آوری مطرح شده توسط خشوعی با داشتن چهار عامل انگیزه پیشرفت، اعتماد به نفس، سخت‌کوشی و سازش‌پذیری مناسب‌ترین ابزار برای بررسی توصیفی تاب‌آوری و نقش آن در کیفیت مهارت‌های انطباقی مبتلایان به دیابت، توسط محققین این مطالعه انتخاب شده و برای دستیابی به اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

اطلاعات بدست آمده از مقیاس تاب‌آوری وارد نرم افزار اسپاس اس نسخه ۲۰ شد. ابتدا آلفای کرونباخ برای مقیاس تاب‌آوری محاسبه گردید که با مقدار ۰/۹۱ حاکی از همسانی درونی خوب سوالات مقیاس بود. سپس به منظور مطالعه عمیق‌تر خصوصیت تاب‌آوری، ابتدا توزیع نمرات خام مقیاس تاب‌آوری به توزیع رتبه‌های درصدی تبدیل شد تا بدینوسیله با مشخص شدن چارک‌های اول، دوم و سوم بتوان افراد را به سه دسته با تاب‌آوری کم،

جمعیت‌شناختی و ارتباط آن‌ها را با خصوصیت تاب‌آوری نشان می‌دهد. بر مبنای اطلاعات جدول، شاخص‌های مربوط به هر متغیر از نظر میزان تاب‌آوری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند.

میزان تاب‌آوری نشان نداد ($r=0/036$ ، $p=0/767$). همچنین نتایج آزمون ضریب همبستگی پیرسون با مقدار $r=0/238$ و مقدار احتمال $p=0/047$ ، ارتباط ضعیفی را بین سن و میزان تاب‌آوری نشان داد. جدول ۱ ویژگی‌های

جدول ۱. خصوصیات جمعیت‌شناختی و ارتباط آن‌ها با تاب‌آوری در افراد مورد مطالعه

مقدار احتمال	آماره T و F	میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری	فراوانی	متغیر	
۰/۰۷۲*	-۱/۰۸	۵۸/۷±۱۸/۳	۴۶	زن	جنس
		۶۶/۷±۱۵/۴	۲۴	مرد	
۰/۹۹۵*	-۰/۰۰۷	۶۱/۴±۱۵/۱	۷	مجرد	وضعیت تأهل
		۶۱/۵±۱۸/۱	۶۳	متاهل	
۰/۱۳۰†	۲/۱	۶۱/۳±۱۷/۸	۶۱	زیر دیپلم و دیپلم	سطح تحصیلات
		۵۴/۱±۱۲/۷	۶	کارشناسی	
		۷۹/۳±۱۴/۱	۳	کارشناسی ارشد و بالاتر	

† آزمون ANOVA در سطح معنی‌داری $p < 0/05$ * آزمون تی استیودنت در سطح معنی‌داری $p < 0/05$

بدین ترتیب نمرات $47 \leq$ افراد با تاب‌آوری کم، نمرات ۴۸ تا ۷۴ افراد با تاب‌آوری متوسط و نمرات بزرگتر مساوی ۷۵ افراد با تاب‌آوری زیاد در نظر گرفته شدند. جدول ۳ عملکرد افراد با سطوح مختلف تاب‌آوری را در چهار عامل مطرح در مدل تاب‌آوری خشوعی نشان می‌دهد. این جدول همچنین نتایج مربوط به مقایسه نمرات هر سه گروه را به کمک آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) نشان می‌دهد. افراد با سطوح مختلف تاب‌آوری در ویژگی‌های انگیزه پیشرفت، اعتماد بنفس، سخت‌کوشی و سازش‌پذیری با یکدیگر اختلاف معنی‌داری دارند.

برای دسته‌بندی افراد به سه گروه با تاب‌آوری کم، متوسط و زیاد، از نمرات خام حاصل از مقیاس تاب‌آوری کانر-دیویدسون، رتبه‌های درصدی استخراج گردید. جدول ۲ نتایج این بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. رتبه‌های درصدی حاصل از عملکرد افراد مورد مطالعه در مقیاس تاب‌آوری

رتبه درصدی	رتبه درصدی	نمره ی تاب‌آوری
رتبه درصدی	رتبه درصدی ۲۵ (چارک اول)	۴۸
	رتبه درصدی ۵۰ (چارک دوم)	۶۴
	رتبه درصدی ۷۵ (چارک سوم)	۷۴

جدول ۳. عملکرد افراد با سطوح مختلف تاب آوری در چهار عامل مطرح در مدل تاب آوری

مقدار احتمال	آماره F	گروه ها			عوامل مطرح در مدل تاب آوری
		تاب آوری زیاد	تاب آوری متوسط	تاب آوری کم	
<۰/۰۰۱*	۶۹/۹	۲۰/۱	۱۴/۸	۹/۲	انگیزه پیشرفت
<۰/۰۰۱*	۸۱/۳	۲۹/۵	۲۱/۲	۱۲/۸	اعتماد بنفس
<۰/۰۰۱*	۴۶/۹	۱۴/۸	۱۰/۷	۵/۸	سخت کوشی
<۰/۰۰۱*	۷۵/۶	۲۰/۵	۱۵/۶	۱۱/۹	سازش پذیری
<۰/۰۰۱*	۱۶۹/۷	۸۴/۹	۶۲/۱	۳۸/۱	نمره کل تاب آوری

آزمون ANOVA در سطح معنی داری $p < 0.05$

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی توصیفی خصوصیت تاب آوری و نقش آن در ارتقای مهارت‌های سازگاری در مبتلایان به دیابت انجام شد. نتایج نشان دادند که افراد با سطوح مختلف تاب آوری از مهارت‌های انطباقی متفاوتی برخوردار هستند. این نتایج نشان داد هر چقدر تاب آوری فرد بیشتر می‌شود میزان سازش او با عوارض دیابت نیز افزایش می‌یابد. از آنجایی که در مستندات کاردرمانی تاب آوری عمدتاً به هنگام مواجهه و انطباق مثبت با شرایط سختی مانند ابتلا به یک بیماری مزمن مطرح است (۱۶) لذا می‌توان گفت که ارزیابی خصیصه تاب آوری می‌تواند مبتلایان به دیابتی را که از مهارت‌های انطباقی بیشتری برخوردارند شناسایی نماید. به همان نسبت که شناسایی افراد با میزان تاب آوری کم مهم است، شناسایی افراد با سطوح بالای تاب آوری نیز مزایای بسیاری خواهد داشت چرا که مطالعه افراد تاب آور فرصتی را برای کاردرمانگران مهیا می‌کند تا بتوانند سایر بیماران را از تجارب بیماران تاب آور آگاه نمایند. بدین طریق کاردرمانگران می‌توانند در کمک به مراجعانشان برای یافتن معنا و هدف در زندگی علی‌رغم وجود مصائبشان و در نتیجه برونرفت از مخاطرات، تواناتر عمل کنند (۱۷).

پیشینه مطالعات در خصوص بررسی تاب آوری و نقش آن در ارتقای مهارت‌های انطباقی در افراد دیابتی و خصوصاً در حوزه کاردرمانی بسیار محدود است. با این حال برادشو

(Bradshaw) و همکاران اذعان داشتند که تاب آوری خصیصه و ظرفیتی مهم برای انطباق و داشتن زندگی مطلوب در مبتلایان به دیابت است (۴). مظلوم و همکاران به کمک مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون در جمعیت افراد دیابتی شهرستان یزد، خصیصه تاب آوری را عاملی مرتبط با سرسختی روانشناختی و قدرت سازش افراد در برخورد با تبعات دیابت معرفی نمودند (۱۳). رحیمیان نیز از مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون در جمعیت مبتلایان به دیابت استفاده کرد و عامل تاب آوری را یکی از فاکتورهای محافظتی برای ممانعت از ابتلای این افراد به عوارض قلبی-عروقی عنوان نمود (۱۸). در یک مطالعه دیگری با فرض بر این که خصیصه تاب آوری قابل آموزش و ارتقاء می‌باشد، یک برنامه آموزشی شامل چندین جلسه کلاس برای آموزش مهارت‌های خود مراقبتی و بهبود تاب آوری در مبتلایان به دیابت طراحی گردید و اثربخشی این برنامه آموزشی مورد بررسی قرار گرفت. در مطالعه پیش‌گفت از مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون بعنوان یک ابزار اندازه‌گیری پیامد (outcome measure) در دو مرحله پیش و پس از اجرای مداخله استفاده شد و این مقیاس توانست تغییرات بوجود آمده در سطح تاب آوری افراد را گزارش نماید (۱۴). همچنین در منابع کاردرمانی دو مطالعه برجسته به بررسی نقش تاب آوری در ارتقای مهارت‌های انطباقی پرداخته‌اند. ساری (Sarre) و همکاران در یک بررسی فراتحلیلی که با مرور مطالعات کیفی مرتبط

زندگی افراد مورد مطالعه در این پژوهش بود که شرایط سلامتی آنها را به مخاطره انداخته و متعاقباً نیازمند بکارگیری مهارت‌های انطباقی در مواجهه با تبعات بجای مانده از آن بوده است. خصیصه تاب‌آوری می‌تواند توجیه کننده کیفیت انطباق اینگونه افراد باشد. در حقیقت تاب‌آوری طیفی است که یک سر آن را افراد انعطاف‌ناپذیر و مقاوم و سر دیگر طیف را افراد انعطاف‌پذیر و روان تشکیل می‌دهند. به بیانی دیگر توانایی افراد در مدیریت و زندگی با دیابت را می‌توان در یک طیف از خصوصیت انعطاف‌پذیری تصور کرد که یک سر این طیف را فقدان این خصوصیت و سر دیگر طیف را برخورداری تمام و کمال از این ویژگی تشکیل می‌دهند (۲۲). بر مبنای یافته‌های این پژوهش افرادی که در مواجهه با دیابت انعطاف‌ناپذیر رفتار کرده‌اند، نمرات کمتری نیز در مقیاس تاب‌آوری گرفته‌اند و افرادی که موضعی منعطف داشته‌اند با دشواری کمتری در مدیریت دیابت مواجه بوده‌اند؛ لذا نمره بیشتری را در مقیاس تاب‌آوری گرفته‌اند. این استدلال قابل حمایت است با خصوصیتی که کانر و دیویدسون از افراد تاب‌آور برشمرده‌اند. بعنوان مثال خصوصیتی نظیر «تحمل وقایع سخت» و «سازگاری با تغییرات»، فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم مواجهه با رویداد یا اتفاقی مشقت‌بار همچون ابتلای به دیابت بتواند زندگی کامیاب و رضایت‌بخشی داشته باشد (۹).

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به نکات زیر اشاره کرد: پژوهش حاضر بصورت مقطعی و فرآیند نمونه‌گیری در یک بازه زمانی یک ماهه انجام شد؛ لذا نتایج مطالعه می‌تواند متأثر از فاکتور زمانی محدود و طبعاً عدم برخورداری از حداکثر تنوع در نمونه‌های جمع‌آوری شده باشد، لذا تعمیم یافته‌های پژوهش می‌بایست با احتیاط صورت گیرد. از محدودیت‌های دیگر حجم کم نمونه‌ها می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود انجام این پژوهش به منظور برخورداری از حداکثر تنوع در بازه زمانی گسترده‌تری و با تعداد نمونه‌های بیشتری صورت گیرد.

با فرآیند تطابق و سازگاری در مبتلایان به سکنه مغزی انجام دادند، مفهوم تاب‌آوری را مفهومی سودمند برای مطالعه و فهم تجارب این دسته از افراد در تلاش برای سازگاری و تطابق آنها با عارضه سکنه عنوان کردند. این محققان اذعان داشتند که نظریه‌های مرتبط با تاب‌آوری ممکن است به فهم بهتر تجربه تطابق بعد از سکنه کمک کنند (۱۹). پرایس (Price) و همکاران با هدف بررسی پیامد تاب‌آوری بدنبال عارضه سکنه اقدام به انجام یک مطالعه کیفی تک موردی بر روی یک فرد مبتلا به سکنه مغزی که دارای خصوصیت تاب‌آوری بود کردند. تجربیات این فرد از کیفیت سازش او با عارضه سکنه به روش تحلیل محتوای کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و اطلاعات بدست آمده از پژوهش با خصوصیتی که کانر-دیویدسون از افراد تاب‌آور برشمرده‌اند تطبیق داده شد. این محققان اذعان داشتند که کاردرمانگران می‌توانند در تسهیل فرآیند انطباق مبتلایان به سکنه مغزی از طریق پرورش تاب‌آوری در آنها کمک مؤثری به این افراد نمایند. آموزش استراتژی‌هایی برای افزایش اعتماد بنفس، تأمین فرصت‌هایی برای مسئولیت‌پذیری، آموزش مهارت‌های ارتباطی-تعاملی، تأمین فرصت‌هایی برای حل مشکل، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری به هدف پرورش تاب‌آوری از جمله مواردی می‌باشند که توسط پرایس (Price) و همکاران، همسوی با اقدامات و مداخلات درمانی در حوزه تخصصی کاردرمانی عنوان شد (۲۰). با توجه به نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر چنین بنظر می‌رسد که ادعای محققان پیش گفت به تسهیل و ارتقای مهارت‌های انطباقی از طریق پرورش تاب‌آوری در خصوص مبتلایان به دیابت نیز صادق باشد که البته تأیید این امر نیاز به انجام مطالعات مداخله‌ای دارد.

به عقیده ریچاردسون (Richardson) و همکاران رویدادها در قالب تجارب پیش آمده در زندگی می‌توانند بعنوان یک عامل استرس‌زا و یا چالش‌برانگیز مهارت‌های انطباقی فرد را به چالش بکشند (۲۱). بنابراین می‌توان گفت که ابتلا به عارضه دیابت نیز رویدادی تأثیرگذار در

منابع

1. WHO. Noncommunicable Diseases (NCD) 2015 [cited 2015 12.01]. Available from: <http://www.who.int/countries/irn/en/>
2. Kralik D, Van Loon A, Visentin K. Resilience in the chronic illness experience. *Educational Action Research* 2006;14(2):187-201.
3. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development* 2000;71(3):543-62.
4. Bradshaw BG, Richardson GE, Kumpfer K, Carlson J, Stanchfield J, Overall J, et al. Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educator* 2007;33(4):650-9.
5. Hand C, Law M, McColl MA. Occupational therapy interventions for chronic diseases: a scoping review. *American Journal of Occupational Therapy* 2011;65(4):428-36.
6. Haltiwanger EP. Effect of a group adherence intervention for Mexican-American older adults with type 2 diabetes. *American Journal of Occupational Therapy* 2012;66(4):447-54.
7. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *British Journal of Health Psychology* 2008; 13(2): 311-25.
8. Gilgun JF. Evidence-Based Practice, Descriptive Research and the Resilience–Schema–Gender–Brain Functioning (RSGB) Assessment. *British Journal of Social Work* 2005; 35(6): 843-62.

همچنین پیشنهاد می‌شود برای بررسی دقیق‌تر ارتباط بین تاب‌آوری و مهارت‌های انطباقی مبتلایان به دیابت علاوه بر مقیاس تاب‌آوری از پرسشنامه‌های دیگری نیز برای بررسی مهارت‌های انطباقی افراد استفاده شود. از سوی دیگر با توجه به اینکه فاکتور تاب‌آوری متأثر از عواملی نظیر ویژگی‌های غیر اکتسابی، مهارت‌های اکتسابی و منابع حمایتی است (۱۷)، لذا پیشنهاد می‌شود تحقیق حاضر در نقاط دیگری از ایران انجام گیرد و ضمن مقایسه نتایج آن با مطالعه حاضر به ریشه‌یابی منابع حمایتی و پرورش تاب‌آوری و ارتقای مهارت‌های سازگاری مبتلایان به دیابت پرداخته شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که افراد با سطوح مختلف تاب‌آوری به طور معنادار در خصوصیات انطباقی خود نظیر انگیزه پیشرفت، اعتماد بنفس، سخت‌کوشی و سازش‌پذیری با یکدیگر متفاوت بودند و هر چقدر سطح تاب‌آوری افراد بیشتر می‌شود بنظر می‌رسد که مهارت‌های انطباقی و قدرت سازش فرد با عوارض دیابت نیز بیشتر می‌گردد. بر مبنای یافته‌های این پژوهش به کاردرمانگران توصیه می‌شود نسبت به ارزیابی وضعیت تاب‌آوری افراد مبتلا به دیابت اهتمام ورزند.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر منتج از پایان نامه دانشجویی مقطع لیسانس رشته کاردرمانی مربوط به دانشجویان زهرا تقی زاده، انسبه زاهدی و حسین قاسم شریفی بوده که بصورت طرح پژوهشی در دانشگاه علوم پزشکی شیراز با کد ۶۴۱۴-۹۲ به تصویب رسیده است. از معاونت تحقیقات و فن آوری این دانشگاه به جهت حمایت مالی مطالعه و همچنین از کلیه ی افرادی که در این پژوهش مشارکت نمودند تقدیر و تشکر می‌گردد.

16. Falk-Kessler J, Kalina JT, Miller P. Influence of Occupational Therapy on Resilience in Individuals with Multiple Sclerosis. *International Journal of MS Care* 2012; 14(3): 160-8.
17. Fine SB. Resilience and human adaptability: Who rises above adversity? *American Journal of Occupational Therapy* 1991; 45(6): 493-503.
18. Rahimian Boogar E. Risk factors for cardiovascular complications in patients with type II diabetes: Predictive role of psychological factors, social factors and disease characteristics. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2011; 13(51): 278-93. (Persian)
19. Sarre S, Redlich C, Tinker A, Sadler E, Bhalla A, McKeivitt C. A systematic review of qualitative studies on adjusting after stroke: lessons for the study of resilience. *Disability & Rehabilitation* 2013; 36(9): 716-26.
20. Price P, Kinghorn J, Patrick R, Cardell B. "Still there is beauty": one man's resilient adaptation to stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2012; 19(2): 111-7.
21. Richardson GE, Neiger BL, Jensen S, Kumpfer KL. The resiliency model. *Health Education* 1990; 21(6): 33-9.
22. Pincus D, Metten A. Nonlinear dynamics in biopsychosocial resilience. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences* 2010; 14(4): 353-80.
9. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
10. Lopez A. Posttraumatic stress disorder and occupational performance: Building resilience and fostering occupational adaptation. *Work* 2011; 38(1): 33-8.
11. Haltiwanger EP, Galindo D. Reduction of Depressive Symptoms in an Elderly Mexican-American Female with Type 2 Diabetes Mellitus: A Single-Subject Study. *Occupational Therapy International* 2013; 20(1): 35-44.
12. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using Iranian students. *International Journal of Testing* 2009; 9(1): 60-6.
13. Mazlom Bafroe N, Shams Esfand Abadi H, Jalali M, Afkhani Ardakani M, Dadgari A. The Relationship between Resilience and Hardiness in Patients with Type 2 Diabetes in Yazd. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2015; 23(2): 1858-65. (Persian)
14. Steinhardt MA, Mamerow MM, Brown SA, Jolly CA. A Resilience Intervention in African American Adults With Type 2 Diabetes A Pilot Study of Efficacy. *Diabetes Educator* 2009; 35(2): 274-84.
15. Delavar A. Applied statistics and probability in psychology and education. Tehran: Roshd Publication; 1386.

Cite this article as:

Derakhshanrad S A, Zeynalzadeh Ghoochani B, Taghizadeh Z, Zahedi E, Ghasem Sharifi A H. Descriptive Analysis of Resiliency Trait and its Role in Adaptation Process of Diabetic Clients Who Referred to Diabetes Association in Shiraz. *Sadra Med Sci J* 2016; 4(4): 245-254.