pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

تاثیر مداخله پرستاری بر اساس "مدل سازگاری روی" بر ابعاد سازگاری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

حدیث مستعلی زاده[۱]، **حمید رضا شیخی**[۱*]، علی رضا شیخی[۳]

۱. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی زابل، زابل، ایران.
۲. کارشناس پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: حمید رضا شیخی، دانشگاه علوم پزشکی زابل hamid.nurse1369@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت شایع ترین بیماری مزمن در جهان و ایران است. مهمترین عامل زمینه ساز مرگ و ابتلا به عوارض در این بیماری نقص در سازگاری و کاهش کیفیت زندگی و در نتیجه برآورده نشدن نیاز های مرتبط با آن است. مراقبت مبتنی بر الگوی سازگاری روی می تواند در ارتقای سطح سازگاری و به دنبال آن کنترل بهتر بیماری و افزایش کیفیت زندگی موثر باشد. هدف از این مطالعه بررسی تاثیر مداخله پرستاری بر اساس "مدل سازگاری روی" بر ابعاد سازگاری بیماران مبتلا به دیابت بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع نیمه تجربی بوده و نمونه‌های پژوهش شامل ۴۸بیمارمبتلا به دیابت مراجعه کننده کلنیک دیابت شهرستان زابل در سال ۱۳۹۵ بود. افراد با لحاظ معیارهای ورود، بطور تصادفی به دو گروه آزمون (۲۳نفر) و کنترل (۲۵ نفر) تخصیص یافتند. گروه آزمون مداخله آموزشی-حمایتی مبتنی بر "الگوی روی" را در ۱۰ هفته دریافت نموده و پس از ۴ هفته پایش با گروه کنترل مقایسه شدند. داده‌ها به کمک فرم اطلاعات دموگرافیک، فرم بررسی و شناخت روی و پرسشنامه استراتژیهای سازگاری، جمع‌آوری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آمار توصیفی و آزمون‌های t مستقل و زوجی، کای‌اسکوئر در سطح معنی داری ۵ درصد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته ها نشان داد تعدادرفتارهای ناسازگار در سه بعد درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی در گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت آماری معناداری نداشت. اما بعد از مداخله تعداد رفتارهای ناسازگار در این ابعاد درگروه آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معنا داری را نشان داد ($P<۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری: استفاده از الگوی سازگاری روی به عنوان یک مداخله اثر بخش می تواند در افزایش سازگاری، ارتقا سلامت وکیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مفید باشد.

واژه های کلیدی: الگوی سازگاری روی، بعد درک از خود، بعدایفای نقش، بعد استقلال و وابستگی، دیابت نوع ۲، نیمه تجربی

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Mastaelizadeh H, Sheikhi H R, Sheikhi A R. Effect of a Nursing Intervention Based on "Roy's Adaptation Model" on Adaptation Dimensions in Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :452-462

تاریخ دریافت:۹۶/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۹۷/۲/۲۶

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

مقدمه و هدف

دیابت شیرین یک گروه هتروژن از بیماری های متابولیک است که مشخصه اصلی آن افزایش قند خون و اختلال متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین است که نتیجه آن وجود نقایصی در ترشح انسولین، عمل انسولین یا هر دو است (۱). دیابت قندی از معضلات مهم سلامت جهانی است و بیش از ۲۸۵ میلیون نفر در دنیا به دیابت قندی نوع ۲ مبتلا هستند. شیوع این بیماری در نقاط مختلف ایران بین ۸-۵ درصد گزارش شده است بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۰ میلادی تقریبا ۲ میلیون ایرانی دارای دیابت بوده اند. پیش بینی شده است تا سال ۲۰۳۰ تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به ۶/۴ میلیون نفر افزایش یابد که این امر می تواند منجر به عوارض ناتوان کننده جدی شود (۲). شیوع این بیماری در کشور های صنعتی و در حال توسعه رو به افزایش است، دیابت نوع ۲ با فشار خون بالا و افزایش خطر بیماری قلبی و عروقی در ارتباط است که منجر به ناهنجاری هایی در ساختار و عملکرد قلبی و عروقی می گردد (۳). دیابت نوع ۲ شایع ترین بیماری متابولیکی بوده که عوامل محیطی نظیر چاقی، سبک زندگی کم تحرک، تغذیه نامناسب و عوامل ژنتیکی در بروز آن نقش دارد (۴). دیابت نوع ۲ با اختلال ترشح انسولین، مقاومت به انسولین، تولید بیش از حد گلوکز به وسیله کبد و متابولیسم غیر طبیعی چربی، مشخص می شود. در مراحل اولیه اختلال، علی رغم مقاومت به انسولین، تحمل گلوکز در حد نزدیک به طبیعی باقی می ماند چرا که سلول های بتای پانکراس با افزایش برون ده انسولین، این معضل را جبران می کند. هنگامی که مقاومت به انسولین پیشرفت می کند، جزایر پانکراس توانایی خود را در حفظ شرایط هیپرانسولینمیک از دست می دهند و سپس گلوکز بعد از غذا افزایش می یابد. کاهش بیشتر ترشح انسولین و افزایش تولید کبدی گلوکز منجر به بروز دیابت آشکار همراه با افزایش قند خون ناشتا می گردد (۵).

در این میان پرستاران جهت مراقبت از بیماران نقش بسزایی ایفا می کنند (۶). استفاده از مدل های جامع نگر پرستاری امکان مداخلات چند جانبه را فراهم می آورد. یکی از الگوهای شناخته شده در توانمند سازی مراقبت از خود، الگوی سازگاری روی است (۷). الگوی سازگاری روی توسط کالیستا روی ارائه شده و بطور وسیعی توسط پرستاران در سرتاسر جهان مورد استقبال قرار گرفته است. در این تئوری، روی انسان را بعنوان یک سیستم سازگاری در نظر گرفت (۸). این تئوری داری ابعادی گوناگونی از قبیل: **بعد فیزیولوژیک:** رفتارهای این بعد نشانگر عملکرد فیزیولوژیکی تمام سلول ها، بافت ها و ارگانهای بدن است و هدف آن انسجام فیزیولوژیکی فرد است. در این بعد پنج نیاز اساسی اکسیژن رسانی، تغذیه، دفع، فعالیت و استراحت و حفاظت و چهار فرایند پیچیده فعالیت های زیر سیستم تنظیم کننده شامل آب و الکترولیتها، تعادل اسید و باز، عملکرد نورولوژیک و آندوکرین است (۹). **بعد درک از خود:** به بعد روانی و اجتماعی فرد مربوط است و شامل تمام احساسات و عقاید و یا باورهایی است که فرد در مورد خودش و یا عکس العمل دیگران از خودش دارد. به عبارتی از درک درونی فرد از خودش و دیگران تشکیل شده است. و شامل دو قسمت است: خود عینی، خود شخصی **خود عینی:** احساس فرد در مورد بدن و جسمش و تصوری که فرد از خودش دارد. مشکلاتی که در این بخش پیش می آید معمولاً می تواند منجر به احساس فقدان شود. **خود شخصی:** شخصیتی که فرد دارد و یا دوست دارد داشته باشد. بعبارتی استانداردها، ایده آل ها و اخلاقیات فردی است. و با بایدها ونبایدها سروکار دارد.مشکل در این بخش نجر به احساس اضطراب، گناه، بی قدرتی و... می شود. **بعد ایفای نقش:** در این بعد تأکید بر نقشی است که فرد در جامعه ایفا می کند. نقش یک عملکرد واحد اجتماعی است ونیاز اساسی این موضع نیاز به انسجام اجتماعی است. هر فردی سه نقش را ایفا می کند. **بعد**

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

استقلال و وابستگی: مکانیسم های توافقی است که از روابط نزدیک فرد با دیگران منشا می گیرد و باعث دریافت عشق، احترام، ارزش از دیگران و متقابلا به آنها می شود. این بعد شامل رفتارهایی است که فرد از طریق آن طلب کمک، توجه و عاطفه می کند (۸).

هدف پرستاری در این مدل کمک به فرد برای سازش یا تغییرات در چهار بعد سازگاری است که به سلامتی و کیفیت زندگی و مرگ با عزت منجر می گردد (۹) و بر اساس این نظریه سلامتی حالت و فرآیند بودن و حفظ تمامیت به عنوان کل یک کل است سازگاری فرآیند بهبود و ارتقا و انسجام فیزیولوژی روانی و اجتماعی است (۱۰). بر اساس این مدل بیمار با بیماری می تواند به کنترل مناسب و کاهش عوارض ناشی از آن دست یابد (۱۱). الگوی روی چارچوبی مناسب برای جمع آوری داده های بیماران است و به کارگیری این الگو، تمرکز، سازماندهی و هدایت افکار و اعمال پرستار را در جهت اهداف مورد نظر به شکلی موثرتر و مناسب تر سبب می شود (۱۲). در مطالعه صادقی نژاد و همکارانش، نتایج بیانگر این بود در گروه آزمون میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد فیزیولوژیک از ۵/۷ قبل از مداخله به ۱/۹ پس از مداخله کاهش یافت که این تغییر معنادار بود (۱۳). در مطالعه ای سعادتجو و همکاران نیز نتایج نشان داد که بیشترین فراوانی رفتار ناسازگار عدم رعایت رژیم غذایی و کمترین فراوانی مربوط به رفتارهای ناسازگار کاهش اشتها و تغییرات مکرر وزن می باشد (۱۴) با توجه به مواردی که ذکر شد و در بررسی های انجام شده تاکنون مطالعه ای براساس الگوی سازگاری روی بر روی بیماران دیابتی شهرستان زابل انجام نشده است؛ هدف از مطالعه حاضر تاثیر مداخله پرستاری بر اساس "مدل سازگاری روی" بر ابعاد سازگاری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲بود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود که تأثیر مداخله پرستاری بر اساس الگوی روی را بر ابعاد سازگاری بیمارن مبتلا به دیابت نوع ۲ را مورد بررسی قرار داد. جامعه پژوهش ۵۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلنیک دیابت شهرستان زابل بود که به طور تصادفی ساده در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند؛ تعداد نمونه در گروه آزمون ۲۳ و در گروه کنترل ۲۵ نفرشرکت کردند (دو نفر به علت بیماری قلبی-عروقی و بستری بودن در بیمارستان از مطالعه حذف شدند). معیارهای ورود به مطالعه شامل سن ۵۰-۳۰ سال، داشتن تمایل به شرکت در مطالعه، گذشتن حداقل ۶ ماه از زمان ابتلا به بیماری و قابلیت دسترسی به افراد شرکت کننده، بود. معیار های خروج از مطالعه شامل عدم شرکت در کلاس های آموزشی به صورت منظم، عدم پیگیری و در آخر انتقال بیمار و تغییر محل سکونت بود. ملاحظات اخلاقی که در این مطالعه لحاظ شد؛ آزاد گذاشتن افراد مورد پژوهش برای ورود و خروج و اطمینان دادن به ایشان برای محرمانه بودن اطلاعاتشان و اخذ رضایت نامه شفاهی بود. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، فرم بررسی و شناخت روی و پرسشنامه استراتژی های سازگاری روی بود. که فرم بررسی و شناخت روی از منابع موثق علمی خارج شده است و از نظر محتوا و روایی مورد تأیید است و پایایی هم در مطالعات قبلی انجام و تایید شده است (r=۰/۷۵) (۱۲).

پرسشنامه مشخصات دموگرافیک: این فرم شامل اطلاعات سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، سابقه ابتلا، میزان برخورداری ازحمایت خانوادگی بود.

فرم بررسی و شناخت روی: این فرم شامل بررسی بیمار در چهار بعد فیزیولوژیک، ایفای نقش، درک ازخود و استقلال و وابستگی بوده که در این پژوهش بعد فیزیولوژیک مورد بررسی قرار نگرفت. (به دلیل شرایط

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

خاص بیماران دیابتی و گسترده بودن بعد فیزیولوژیکی این بعد نیازمند مطالعه جداگانه بوده و از بررسی کردن این بعد خودداری کردیم) با استفاده از این فرم، بیماران از طریق مصاحبه، مشاهده و اندازه گیری بررسی می شوند. از طریق مشاهده وضعیت روحی، نگرانی و یا تغییرات ظاهری در بیماران مشاهده گردید. و از طریق مصاحبه پرسش هایی در ارتباط با تصویر ذهنی از جسم خویشتن، نقش های خانوادگی و اجتماعی، نگرانی، اضطراب و خودفیزیکی، احساس بیمار پس از بیماری پرسیده شد. با استفاده از این فرم تعداد رفتارهای ناسازگار در هریک از ابعاد و محرک های آن ها قبل و بعد از مداخله در دو گروه تعیین شد. تعداد رفتارهای ناسازگار در قبل و بعد ار مداخله در گروهها با یکدیگر مقایسه گردید (۱۰).

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان می دهد که براساس نتایج آزمون تی مستقل تفاوت آماری معناداری از نظر سن بین افراد مورد مطالعه در دو گروه وجود نداشت. هم چنین بر اساس آزمون کای اسکوئر تفاوت آماری معناداری از نظر جنسیت، وضعیت تاهل و وضعیت اشتغال بین واحد های پژوهش در دو گروه وجود نداشت (p=۰/۷۳۲) در نتیجه دو گروه همگن می باشند. میزان حمایت خانواده درآزمون من ویتنی نشان داد تفاوت آماری معنی داری از نظر میزان حمایت خانواده در واحدهای پژوهش بین دو گروه وجود ندارد (P=۰/۲۹۱). آزمون تی زوجی در گروه کنترل برای رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود نشان دهنده عدم تفاوت رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود قبل و بعد از مداخله است (P=۰/۹۸۱). میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود درگروه کنترل قبل از مداخله۳/۲۲±۵/۵۲ بعد از مداخله۲/۸۴±۵/۴۸ بود؛ که تفاوت معنی داری نداشت. آزمون تی زوجی در گروه آزمون برای رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود نشان دهنده تفاوت رفتارهای ناسازگار در درک از خود قبل و بعد از مداخله است (P<۰/۰۰۱). میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود در گروه آزمون قبل از مداخله ۳/۴۸±۶/۶۹ و بعد از مداخله ۲/۱۳±۲/۵۶ بود؛ که نشان می دهد رفتارهای ناسازگار در این بعد به طور معنی داری کاهش یافته است. نتایج نشان داد که میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود درگروه آزمون و کنترل قبل از مداخله تفاوت معنا داری قبل از مداخله ندارد؛ اما نتایج نشان دهنده ی تاثیر مداخله در کاهش رفتارها در گروه آزمون نسبت به کنترل است. (جدول شماره ۱).

جدول شماره۱: مقایسه میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود در دو گروه مطالعه قبل و بعد از انجام مداخله

رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود / گروه	قبل از مداخله انحراف معیار± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار± میانگین	نتیجه آزمون تی مستقل
آزمون	۶/۶۹±۳/۴۸	۲/۵۶±۲/۱۳	p<۰/۰۰۱ T=۷/۱۹
کنترل	۵/۵۲±۳/۲۲	۵/۴۸±۲/۸۴	P=۰/۹۸۱ T=۰/۰۵
نتیجه آزمون تی مستقل	p=۰/۲۳ T=۱/۲۱	p<۰/۰۰۱ T=۴/۰۳	

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

آزمون تی زوجی در گروه آزمون برای رفتارهای ناسازگار در بعد ایفای نقش نشان دهنده تفاوت رفتارهای ناسازگار در بعد ایفای نقش قبل و بعد از مداخله است (P<۰/۰۰۱). میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد ایفای نقش در گروه آزمون قبل از مداخله نشان دهنده کاهش رفتارهای ناسازگار در این بعد می باشد. بعد از مداخله میانگین رفتارهای ناسازگار در گروه آزمون و در گروه کنترل نشان دهنده تأثیر مداخله در کاهش رفتارهای ناسازگار در گروه آزمون نسبت به کنترل است (p<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد ایفای نقش در دو گروه مطالعه قبل و بعد از انجام مداخله

رفتارهای ناسازگار در بعد ایفای نقش / گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	تی وابسته
آزمون	۳/۸۳±۱/۸۷	۱/۳۰±۰/۹۷	p<۰/۰۰۱ T=۷/۳۳
کنترل	۲/۱۶±۱/۳۴	۲/۰۴±۱/۱۷	p=۰/۷۳۰ T=۰/۳۵
نتیجه آزمون تی مستقل	p=۰/۰۵۳ T=۳/۵۶	p<۰/۰۰۱ T=-۲/۳۵	

آزمون تی زوجی در گروه آزمون برای رفتارهای ناسازگار، در بعد استقلال و وابستگی نشان دهنده تفاوت رفتارهای ناسازگار در بعد استقلال و وابستگی قبل و بعد از مداخله است (P<۰/۰۰۱). میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد استقلال و وابستگی در گروه آزمون قبل از مداخله نشان دهنده ی کاهش رفتارهای ناسازگار در این بعد می باشد. بعد از مداخله میانگین رفتارهای ناسازگار نشان دهنده تأثیر مداخله در کاهش رفتارها در گروه آزمون نسبت به کنترل بود (p= ۰/۰۰۴) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین رفتارهای ناسازگار در بعد استقلال و وابستگی در دو گروه مطالعه قبل و بعد از انجام مداخله

رفتارهای ناسازگار در بعد استقلال و وابستگی / گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	تی وابسته
آزمون	۲/۵۶±۱/۴۱	۱/۰۴±۰/۹	p<۰/۰۰۱ T=۵/۴۱
کنترل	۱/۷۶±۱/۲۳	۱/۸۰±۱/۰	p=۰/۸۹۰ T=۰/۱۴-
نتیجه آزمون تی مستقل	p=۰/۰۵۵ T= ۲/۱۱	p=۰/۰۰۴ T=۳/۰۱-	

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

آزمون تی زوجی در گروه آزمون برای سازگاری کلی نشان دهنده تفاوت در سازگاری کلی قبل و بعد از مداخله بود (P<۰/۰۰۱). میانگین سازگاری کلی در گروه آزمون نشان داد سازگاری کلی به طور معنی داری افزایش یافته است. نتایج نشان دهنده تاثیر مداخله در افزایش سازگاری در گروه آزمون نسبت به کنترل است (P<۰/۰۰۱) (جدول شماره ۴)

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین سازگاری در دو گروه مطالعه قبل و بعد از انجام مداخله

سازگاری کلی / گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	نتیجه آزمون
	انحراف معیار± میانگین	انحراف معیار± میانگین	تی وابسته
آزمون	۸۱/۳۰±۱۳/۰۶	۹۸/۷۸±۵/۳۴	p=۰/۰۰۰ T=-۷/۲۷
کنترل	۷۷/۳۶±۱۳/۰۸	۷۷/۳۶±۱۳/۰۸	p=۱/۰۰ T=۰
نتیجه آزمون تی مستقل	p=۰/۳۰۲ T=۱/۰۴	p=۰/۰۰۰ T=۷/۵۳	

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه تاثیر برنامه مداخله ای مبتنی بر الگوی روی بر ابعاد سازگاری در بیماران مبتلا دیابت نوع ۲مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به پژوهش انجام شده در زمینه کیفیت زندگی بیماران دیابتی توسط انتظاری و همکاران کاهش کیفیت زندگی در ابعاد درک از خود، ایفای نقش و اجتماعی مشاهده گردیده که با رفتارهای ناسازگار در مطالعه حاضر همسو می باشد (۱۱). نتایج میزان رفتارهای ناسازگار در ابعاد درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی در دو گروه نشان داد که اجرای مداخله پرستاری مبتنی بر الگوی روی بر کاهش رفتارهای ناسازگار بیماران دیابتی نوع ۲ در ابعاد درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی موثر است. به طوری که بعد از مداخله کاهش معنی داری در تعداد رفتارهایی ناسازگار در گروه آزمون نسبت به گروه کنترل مشاهده شد. نتایج مطالعات در بیماری های مزمن دیگری از جمله دیابت (۱۵)، نارسایی قلبی (۱۶)، همودیالیز (۱۷) نیز نتایج مشابهی مبنی بر تاثیر مداخلات را بر کاهش رفتارهای ناسازگار در این سه بعد نشان می دهد.

در مطالعه ی اکیل و همکاران؛ آموزش منجر به ایجاد تغییر معنی داری در تعداد رفتارهای ناسازگار در ابعاد فیزیولوژیک، درک از خود و ایفای نقش مشاهده شد ولی در بعد استقلال و وابستگی تغییر معنی داری مشاهده نشدکه با مطالعه حاضر مطابقت دارد (۱۸). در مطالعه حاضر در بعد استقلال و وابستگی هم تغییر معنی داری یافت شد که در مطالعه مذکور وجود نداشت. دلیل این مغایرت به احتمال زیاد مربوط به نوع بیماری و تاثیری که می تواند بر این بعد داشته باشد است. بدیهی است افراد مبتلا به دیابت مشکلات جسمی و بخصوص عاطفی بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به بیماری مزمن ریوی دارند که در نتیجه رفتارهای ناسازگار بیشتری در این بعد داشته و این مسئله می تواند تفاوت معنی دار در کاهش ابعاد را بهتر نشان دهد. در مطالعه صادق نژاد و همکاران، ابعاد درک از خود و استقلال و ابستگی بعد از مداخله بطور

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

معنی داری افزایش یافت، ولی در بعد ایفای نقش تفاوت معنی داری مشاهده نشد (۱۹) که همسو با مطالعه حاضر نمی باشد. شاید به این دلیل باشد برنامه آموزشی مناسبی جهت کاهش رفتارهای ناسازگار در این بعد طراحی نگردیده است. یک دلیل احتمالی دیگر هم تاثیر بیشتر بیماری دیابت بر نقش های مختلف فرد بیمار نسبت به بیماری های مزمن دیگر می باشد. همچنین در این مطالعه بهبود در بکارگیری استراتژی های اثر بخش مشاهده گردیده که با نتایج مطاله حاضر همسو می باشد. استراتژی های سازگاری در بیماران مسئله ای مهم است که باید در مراقبت از بیماران مزمن مورد توجه قرار گیرد. در مطالعه دیگری نیز که توسط هکاری و همکاران انجام شد بیشترین رفتارهای ناسازگار در بعد درک از خود شامل نگرانی، خشم، افسردگی و انزوا در بیماران مبتلا به بیماریهای قلبی می باشد (۲۰) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما در بعد ایفای نقش هیچگونه ناسازگاری و تغییری را اظهار نکردند که با مطالعه حاضر که تغییرات به صورت نارسایی در سه نقش در اغلب بیماران وجود داشت مغایرت داشت و آن می تواند به دلیل تفاوت تغییرات فیزیکی ناشی از بیماری و عوارض دارویی آنها باشد. همچنین در همین مطالعه در بعد استقلال و وابستگی توانایی ارائه و دریافت عاطفی و ارتباط مناسب با دیگران مشاهده شد که با یافته های مطالعه حاضر مغایر است و می تواند به دلیل تغییرات ظاهری و ناشناخته بودن بیماری بیماران دیابتی نسبت به بیماران قلبی باشد. با توجه به مطالعات انجام شده در زمینه کیفیت زندگی بیماران دیابتی توسط انتظاری و همکاران انجام شد، کاهش کیفیت زندگی در ابعاد درک از خود، ایفای نقش و اجتماعی مشاهده گردیده که با رفتارهای ناسازگار در مطالعه حاضر همسو می باشد (۱۱). در پژوهشی دیگر که توسط دلامتر و همکاران انجام شد نتایج نشان داد که بیمارانی که از استراتژیهای غیر اثر بخش در برخورد با حوادث استرس زای زندگی استفاده می کنند کنترل متابولیکی ضعیف تری نسبت به کسانی که از استراتژیهای اثر بخش تر استفاده می کنند دارند. این نشان می دهد که نوع واکنش افراد در برخورد با منابع تنش زای روزانه با وضعیت متابولیک آنان رابطه متقابل دارد (۲۱). رایی و همکارانش در پژوهشی بر لزوم آموزش استراتژیهای سازگاری برای کنترل مطلوب دیابت تاکید می کند (۲۲).

روی معتقد است که سازگاری با بیماری، عامل تثبیت فرایند بیماری مزمن و پیشگیری از عوارض آن است و کنترل این عوارض بطور قابل توجهی، تحت تاثیر وضعیت روانشناختی بیمار است. پژوهش حاضر نشان داد که سازگاری روانشناختی بیماران افزایش یافته و این امر به کنترل بیماری نیز کمک می کند. در مطالعه دیگری که توسط نعیم حسنی و همکاران انجام شد تاثیر سازگاری روان شناختی در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی بررسی شد و تفاوت آماری معنا داری در سازگاری روان شناختی بیماران بعد از مداخله مشاهده گردید. این مداخله بعد فیزیولوژیک، درک از خود، ایفای نقش و استقلال و وابستگی را بررسی نمود و تفاوت معنی داری در چهار بعد مشاهده نمود که در سه بعد روانشناختی با مطالعه حاضر همسو می باشد (۲۳). در مطالعه افراسیابی فر و همکاران، ۵۹ بیمار همودیالیزی در دو گروه آزمون و کنترل بررسی گردیدند و تفاوت معنی داری در ابعاد فیزیولوژیک و درک از خود و ایفای نقش مشاهده شد که با مطالعه حاضر همسو می باشد (۲۴) اما در بعد استقلال و وابستگی تفاوت معنی داری مشاهده نشدکه با نتایج حاضر از مطالعه حاضر مغایر است. این تفاوت می تواند در محتویات آموزشی ارائه شده و یا نحوه پایش دو ماهه آن و همچنین تفاوت بیماران دو مطالعه باشد.

در مطالعه سرسکاس و همکاران در سازگاری زنان باردار قبل و بعد از زایمان و همچنین بررسی مقایسه آموزش گروهی با فردی بر اساس الگوی سازگاری روی میزان سازگاری مادران در چهار بعد بررسی گردید. در گروه آزمون تعدادی آموزش فردی و تعدادی آموزش گروهی دریافت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

نمودند و گروه کنترل مراقبت های استاندارد را دریافت نمودند. در پایان بررسی مشخص گردید تفاوت معنی داری در سازگاری قبل از زایمان در گروه آزمون نسبت به کنترل وجود داشت اما در سازگاری بعد از زایمان تفاوت معنی داری مشاهده نشد و همچنین تفاوتی درآموزش فردی نسبت به گروهی مشاهده نگردید (۲۵). این نتیجه با مطالعه حاضر از لحاظ دریافت آموزش گروهی همسو می باشد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد،کاربرد مدل سازگاری "روی" با داشتن رویکرد جامع و به عنوان یک مداخله پرستاری اثربخش و قابل اجرا، قادر است سازگاری روانشناختی بیماران مبتلا به دیابت را افزایش دهد.اجرای مراقبت‌ها بر اساس تئوری‌های پرستاری می‌تواند منجر به نتایج اثربخش به ویژه در ابعاد روانی گردد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

References

1. Carlus C, Rubert C, Evoor J. Endocrine diseases Sicil. Translated by Khoramnia S. Tehran: Teymorzadeh Publication: 2007.

2. Saremi M.Sporting Exercises and Diabetes Mellitus Type 2: A Review on Evidences: Journal of Cell & Tissue; 2011;2(3):171-181. [Persian]

3. Wang X, Strizich G, Hu Y, Wang T, Kaplan RC, Qi Q. Genetic markers of type 2 diabetes: Progress in genome-wide association studies and clinical application for risk prediction. Journal of diabetes. 2016; 8(1): 24-35

4. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes2016 Abridged for Primary Care Providers. American Diabetes Association Clinical Diabete. 2016; 34(1): 3-21

5. Iliya I, Mohammed B, Akuyam S, Nok A, Bauchi Z, Tanko M, et al. Molecular mechanisms of insulin signaling. Sub-Saharan African Journal of Medicine. 2016; 3(1): 3-7

6. Dehghannayyeri N, Jalalinia F. Theory Development and Nursing Theories. Tehran:Boshra; 2010

7. Rostami M, Farzianpor F, Brazprednejani SH, Rasekh B. Orem's self care model of the impact on quality of life of elderly health centers-Care in MasjedSoleiman. Arak University of Medical Sciences. 2009; 12(2): 51-59. [Persian]

8. GholamZade S, Hazrati M. The application of "Roy" adaptation model in patient care. Tehran: Salemi publication. 2006: 20-27. [In Persian]

9. Meleis Afaf Ibrahim. Transitions theory: middle- range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York. Springer publish company; 2010:107-115.

10. Keen M, Breckenridge D. Nursing assessment and intervention for adult hemodialysis patients. ANNA Journal. 1998; 25(3): 311-319.

11. Entezari A , Nabaei L , Moravvej Farshchi H . Quality of Life in Outpatients Dermatologic Clients. Pajoohandeh Journal. 2008; 13 (1) :65-69.[In Persian].

12. Manjit A. Roy adaptation model: demonstration of theory integration into process of care in coronary care unit. ICU & Nursing Web J. 2001; 7.

13. Sadeghnejad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. 2010; 1(1): 5-18. [In Persian]

14. Feghhi A, Saadatjoo A, Dastjerdi Z. Psychosocial adaptation in patients with type 2 diabetes referring to Diabetes Research Center of Birjand. *2014; 10 (4):249-256*

15. Gafvels C, Wandell P. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. Diabetes Research Clinical Practice 2006; 71: 280–9.

16. Khajeh- goodari M, Lakdizaji S. Effect of training program based on Roy adaptaion model on quality of life of patients with heart failure: a Randomized Clinical Trial. Nursing practice today. 2014; 1(4): 183-191.

17. Afrasiabifar A, Karimi Z, H, assani P. Roy's adaptation model-based patient Eduction for promoting the Adaptation of Hemodialysis patients. Iranian Red

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

Crescent Medical journal. 2013; 15(7): 566-72.

18. Kevil Akyil R, Erguney S. Roy's adaptation model- guided education for adaptation to chronic obstructive pulmonary disease. Journal of Advanced Nursing. 2012; 69(5):1-12.

19. Sadeghnejad Forotaghe M, Vanaki Z, Memarian R. The effect of nursing care plan based on "Roy Adaptation model" on psychological adaptation in patients with diabetes type II. 2010; 1(1): 5-18. [In Persian]

20. Hekari D, Mohammad Zade R. Investigation of women adaptation with coronary artery diseases according to 4 modes: Physiological, Self-Concept, Role function and Interdependence in Tabriz city, 2005-2006. Medical sciences Journal of Azad University. Autumn 2006; 18(3): 187-193. [In Persian]

21. Delameter A, Kurtz S. Stress and coping in relation to metabolic control of adolescences with diabetes type 1. Development and Behaviors Pediatrics 1987; 8 (3) :136.

22. Rae J, Rankin S. Application of Leventhal,s Self-Regulation Model to Chinese Immigrants With Type 2 Diabetes. Journal of Nursing Scholarship 2001; 33 (1) :53-9

23. Naeim Hassani S, Tabiee Sh. The effect of an educational program based on Roy adaptation model on the psychological adaptation of patients with heart failure. Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2014; 10 (4):231-240. [In Persian].

24. Afrasiabifar A, Karimi Z, Hassani P. Roy's adaptation model-based patient Eduction for promoting the Adaptation of Hemodialysis patients. Iranian Red Crescent Medical journal. 2013; 15(7): 566-72.

25. Sercekus P, Mete S. Effects of antenatal on maternal prenatal and postpartum adaption. Journal of Advanced Nursing. 2010; 66(5): 999-1010.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Received: 29/11/2017
Accepted: 16/05/2018
volume **6** number **2** p: **452-462**

Effect of a Nursing Intervention Based on "Roy's Adaptation Model" on Adaptation Dimensions in Patients with Type II Diabetes Mellitus

Mastaelizadeh Hadis [1], **Sheikhi Hamid Reza [1*]**, Sheikhi Ali Reza [2]

1. MSc in Nursing Education, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. BSc in Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

***Corresponding Author**: Hamid Reza Sheikh, Zabol University of Medical Sciences Email: hamid.nurse1369@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is the most common chronic disease in Iran and countries across the world. The most important causes of mortality and complications in this disease are impaired compliance and reduced quality of life resulting in the unfulfillment of the associated needsRoy's adaptation model can help improve the level of compliance, thereby facilitating a better control of the disease and enhancement of the quality of life. Regarding this, the aim of the present study was to investigate the effect of nursing intervention based on "Roy's adaptation model" on adaptation dimensions in diabetic patients.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was conducted on 48 diabetic patients referring to the Diabetes Clinic of Zabol, Iran, in 2016. The subjects were randomly assigned into two groups of intervention (n=23) and control (n=25). The intervention group was subjected to an educational-supportive intervention based on the "Roy's adaptation model" for 10 weeks. Four weeks after the end of the intervention, the two groups were compared with each other. The data were collected by means of a demographic information form, review and knowledge form of Roy, and questionnaire of adaptation strategies. Data analysis was performed in SPSS software using the descriptive statistics, independent and paired sample t-tests, as well as Chi-square test. P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: According to the results, there was no significant difference between the intervention and control groups in terms of non-adaptive behaviors, namely self-perception, self-efficacy, independence, and dependence. However, after the intervention, the intervention groups showed a significant decrease in the aforementioned non-adaptive behaviors, compared to the control group ($P<0.05$).

Conclusion: Roy's adaptation model as an effective intervention can be helpful in the improvement of adaptation, health status, and quality of life in patients with type II diabetes mellitus.

Keywords: Roy's adaptation model, Self-perception, Self-efficacy, Independence and dependence, type II diabetes, Semi-experimental

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Mastaelizadeh H, Sheikhi H R, Sheikhi A R. Effect of a Nursing Intervention Based on "Roy's Adaptation Model" on Adaptation Dimensions in Patients with Type II Diabetes Mellitus. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (2) :452-462

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.6.2.8.1]