

ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی سومین ویرایش پرسشنامه نگرش به دیابت (IR-DAS-3)

محمد یوسف مهجوری^۱، سید مسعود ارزاقی^{۱*}، مصطفی قربانی^۱، انسیه نسلی اصفهانی^۱، باقر لاریجانی^۱

چکیده

مقدمه: هدف از انجام این مطالعه بررسی اولیه ویژگی‌های روان‌سنجی ویرایش سوم مقیاس نگرش به دیابت (DAS-3) می‌باشد.

روش‌ها: برای انجام مطالعه، ۱۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز دیابت و بیماری‌های متابولیک بیمارستان شریعتی، که مبتلا به دیابت نوع دو بودند به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه ترجمه شده DAS-3 را دو بار، با فاصله زمانی یک ماه تکمیل کردند. روایی پرسشنامه با روش روایی همزمان و ملاک، و پایایی آن به کمک روش آزمون - بازآزمون، همسانی درونی و دو نیمه کردن مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: پایایی آزمون - بازآزمون و همسانی درونی نسخه ایرانی پرسشنامه DAS-3 قابل قبول می‌باشد ($\alpha = 0.85$ ، $\alpha = 0.68$). نمره کلی پرسشنامه و نمرات خرده مقیاس‌های این ابزار با نمرات HbA1c بیماران همبسته است، این موضوع، روایی همزمان پرسشنامه را تایید می‌کند.

نتیجه گیری: ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه DAS-3 قابل قبول می‌باشد و این مقیاس ابزار مناسبی جهت سنجش نگرش بیماران دیابتی نسبت به دیابت می‌باشد.

واژگان کلیدی: دیابت، دیابت نوع ۲، مقیاس نگرش به دیابت، روایی، پایایی

۱- مرکز تحقیقات غدد/پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، بیمارستان دکتر شریعتی، طبقه پنجم، پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم، تلفن: ۰۲۱-۸۸۲۲۰۰۳۷-۸
نمبر: ۰۲۱-۸۸۲۲۰۰۵۲، پست الکترونیک: emri@tums.ac.ir

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن و پیشروند است. در شرایطی که به خوبی کنترل نمی‌شود، در طولانی مدت می‌تواند منجر به عوارضی گردد که تاثیر قابل توجهی بر سلامتی و زندگی اجتماعی فرد می‌گذارند. سازمان بهداشت جهانی تخمین زده است که دیابت تا سال ۲۰۳۰ در سراسر جهان بیش از ۳۵۰ میلیون نفر را تحت تاثیر قرار خواهد داد، که این رقم، دو برابر عددی است که در سال ۲۰۰۰ برآورده شده بود [۱].

فرایند مدیریت فردی دیابت، نه تنها منجر به پیشگیری از عوارض دیابت می‌شود، بلکه از مشکلات زندگی با بیماری می‌کاهد [۲]. برای برآورد پایداری فرد به فرایند درمان چهار عامل تعیین کننده وجود دارد: پیامدهای روانی بیماری، مدیریت فردی: اعتماد به نفس و خودکارآمدی، افسردگی و رفتار پر خوری [۳]. در این میان، اعتماد به نفس و خودکارآمدی عوامل مهم تری هستند [۴].

مدیریت فردی هسته مرکزی مراقبت از دیابت است، و عقیده بر آن است که بهبود خودکارآمدی بیمار یکی از موثرترین راه‌های ارتقای مهارت‌های مدیریت فردی بیماری است. [۲]. بنابراین، ارتقای خودکارآمدی بیمار دیابتی، یکی از اهداف اصلی مداخلات آموزشی، روان شناختی و رفتاری در دیابت می‌باشد [۵].

خودکارآمدی یک مفهوم روانشناختی است که برای اولین بار توسط Albert Bandura در سال ۱۹۸۲ بیان شد [۶]. بر اساس نظر وی، خودکارآمدی به عنوان قضاوت افراد در خصوص توانایی‌شان برای سازمان‌دهی و اداره کردن مسیر عمل و فعالیت به منظور دستیابی به نتایج مطلوب تعریف می‌شود [۷]. بنابراین خودکارآمدی می‌تواند یک عنصر کلیدی برای موفقیت رفتارهای مدیریت فردی باشد [۷، ۸]. در برخی از مطالعات، تحلیل رگرسیون نشان داده است که خودکارآمدی می‌تواند به عنوان میانجی میان تجربه تسلط و پایداری به درمان عمل کند [۲] و برخی مطالعات دیگر روشن کرده اند که ۳۰/۸ درصد واریانس سنجش HbA1c توسط خودکارآمدی ویژه دیابت بیماران بیان می‌شود [۹]. همچنین، خودکارآمدی ۴ تا ۱۰ درصد واریانس را در رفتارهای خودمراقبتی دیابت، فراتر از آن چیزی که برای

ویژگی‌های بیمار و باورهای بهداشتی در خصوص موانع درمان محاسبه می‌شود، بیان می‌کند [۱۰].

تفاوت مهمی میان روش درمان دیابت با سایر بیماری‌های حاد وجود دارد؛ در درمان دیابت ضروری است که در مورد نگرش بیمار نسبت به دیابت و ترکیبی از آموزش‌ها و مراقبت‌های بالینی مرتبط آگاهی داشته باشیم [۱۱، ۱۳]. همچنین فهمیدن و درک رفتار بیماران در برابر دیابت، منوط به آگاهی از نگرش‌های آنها نسبت به این بیماری و درمان آن می‌باشد [۱۴]. مطالعات نشان داده اند که باورهای بیماران در مورد جدیت بیماری و پاسخ آنها به نشانه‌ها برای کنش و اقدام به عمل، با پایداری به درمان مرتبط بوده است [۱۵]. به علاوه در مورد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، درک شدت بیماری با کنترل متابولیک و درک موانع درمان با پایداری به درمان مرتبط بوده است [۱۶]. همچنین باورهای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی و نگرش آنها در مورد بیماری نیز می‌تواند بر پایداری به استانداردهای مراقبت از دیابت تاثیر بگذارد [۱۷].

بنابراین به توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد رسیدگی و در نظر گرفتن نگرش‌های بیماران دیابتی و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی (پزشکان) نسبت به بیماری دیابت و باورهای آنها در خصوص درمان، راه مقرون به صرفه‌ای است که ارتباط بیمار و پزشک را بهبود بخشیده و پیامدهای مثبت را افزایش می‌دهد.

مقیاس نگرش به دیابت (DAS) یکی از ابزارهای کاربردی در ارزیابی نگرش به دیابت است، و نظر به اینکه این مقیاس یک ابزار عمومی است، می‌تواند در شرایط مختلف برای ارزیابی نگرش بیماران به دیابت و درمانی که دریافت می‌کنند [۱۸]، ارزیابی عقاید پزشکان نسبت به درمان [۱۹-۲۱]، بررسی تفاوت نگرش بیماران و پزشکان [۲۲]، بررسی تفاوت میان نگرش بیماران بر حسب تفاوت جنسی، سنی و نوع دیابت [۲۳]، و ارزیابی برنامه‌های آموزشی تدارک دیده شده برای افراد مبتلا به دیابت [۲۴]، مورد استفاده قرار گیرد.

با توجه آنچه گفته شد، در ایران، برای ارزیابی نگرش گروه‌های ذکر شده، ما نیازند نسخه ایرانی مقیاس نگرش به

محیطی و هرگونه اختلال روانی که بر توانایی شناختی فرد تاثیر نامطلوب می گذارد، مانند دمانس و اسکیزوفرنی.

دیابت هستیم. بنابراین، هدف از انجام این مطالعه ارزیابی ویژگی های روان سنجی سومین ویرایش پرسشنامه نگرش به دیابت می باشد.

جمع آوری داده ها

در مطالعه پیش رو از نسخه آمریکایی و ویراست سوم پرسشنامه DAS استفاده شده است. روایی محتوای این نسخه، توسط یک گروه ۲۲ نفری از متخصصان دیابت به روش دلفی^۱ تایید گردیده است. این روش در مورد پرسشنامه مذکور منجر به ایجاد پنج خرده مقیاس شده است: نیاز به آموزش های ویژه، جدی بودن دیابت نوع دو، ارزش کنترل دائم، تاثیرات روانی دیابت، و استقلال بیمار. پرسشنامه از ۳۳ سوال تشکیل شده است که در یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت با یک طیف قویاً موافق تا قویاً مخالف نمره گذاری می شود [۲۰]. همچنین علاوه بر پرسشنامه DAS، از مقیاس توانمندی دیابت (DES)^۲ نیز استفاده شد. این پرسشنامه ۲۸ سوالی، شامل سه خرده مقیاس می باشد: مدیریت جنبه های روان شناختی دیابت، ارزیابی نارضایتی و آمادگی برای تغییر، تعیین هدف برای دیابت دستیابی به آنها [۲۵]. نمره گذاری بر مبنای تکمیل پرسشنامه به صورت به شدت موافق (۵ امتیاز) تا به شدت مخالف (۱ امتیاز) انجام می شود که امتیاز بالاتر نشان دهند سازگاری بهتر با بیماری است. جهت ارزیابی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران (سن، جنس، تحصیلات، درمان دیابت، طول مدت ابتلا و...) از یک پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد. میزان HbA_{1c} اخیر بیماران از پرونده های آنان جمع آوری شد.

تحلیل آماری

در مطالعه حاضر جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ استفاده شد. جهت بررسی اعتبار پرسشنامه از ثبات درونی (آلفای کرونباخ کلی و آلفای هر یک از خرده مقیاس ها)، روش آزمون- باز آزمون و روش دو نیمه کردن استفاده شد (ضریب همبستگی اسپیرمن- برون)، و روایی پرسشنامه از طریق روایی ملاک (همبستگی میان نمرات به دست آمده در پرسشنامه DAS و HbA_{1c} بر ای همه

روش ها

روند اجرای مطالعه

به طور خلاصه روند اجرای مطالعه از دو بخش تشکیل می شود:

۱- آماده سازی ویرایش سوم فارسی پرسشنامه DAS، که طی آن پس از ترجمه پرسشنامه انگلیسی به فارسی و ترجمه مجدد به انگلیسی توسط ۳ فرد مسلط به هر دو زبان، پرسشنامه فارسی به دو گروه از افراد درگیر در حوزه دیابت، یعنی پزشکان و بیماران ارائه شد. سپس نظرات آنها جمع بندی شده و در تهیه نسخه نهایی از آنها استفاده شد.

۲- ارزیابی روان سنجی، که طی آن نسخه نهایی فارسی پرسشنامه DAS در دو مرحله (یک بار در ابتدای مطالعه، بار دیگر دو ماه بعد از آن) در میان شرکت کنندگان در مطالعه، پس از اخذ رضایت نامه کتبی توزیع شد. بیماران پرسشنامه را در یک اتاق ساکت و راحت تکمیل نمودند. در مورد بیماران بی سواد، سوال ها توسط یک پزشک خوانده شد و پس از آن پاسخ بیماران ثبت گردید.

آزمودنی ها

مطالعه مقطعی حاضر، در کلینیک تخصصی و فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیک پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد. یکصد بیمار مبتلا به دیابت با روش نمونه گیری تصادفی از میان ۴۵۰۰ بیماری که در آن کلینیک پرونده داشتند انتخاب گردیدند. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به دیابت نوع ۲، سن بالای ۱۸ سال، عدم ابتلا به هیچگونه بیماری جدی جانبی مانند ابتلا به بیماری عروق کرونری ناپایدار، نارسایی شدید قلبی، سکنه مغزی همراه با عوارض، مراحل نهایی بیماری کلیوی شدید، بیماری عروق

1- Delphi technique

2- Diabetes Empowerment Scale (DES)

یافته‌ها

شرکت کنندگان که از طریق ضریب همبستگی پیرسون محاسبه گردید) و روایی همزمان (همبستگی میان نمرات به دست آمده از پرسشنامه DAS و نمرات به دست آمده از پرسشنامه DES) بررسی گردید.

ویژگی‌های جمعیت شناختی و بالینی

پرسشنامه DAS توسط ۱۰۰ بیمار (۵۴ مرد و ۴۶ زن) مبتلا به دیابت تکمیل گردید. میانگین سنی شرکت کنندگان، ۵۲/۶ سال ($SD=7/1$) و میانگین طول مدت ابتلا به بیماری ۸/۶ سال ($SD=5/8$) بود. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ۱ خلاصه شده اند.

متغیرها	درصد
جنسیت	
مرد	۵۴
زن	۴۶
سن*	۵۲/۶۵ (۷/۱)
مدت ابتلا به دیابت*	۸/۶۴ (۵/۸۰)
HbA _{1c} *	۶/۸۶ (۰/۳۷)
تحصیلات	
بیسواد	۲۱
راهنمایی	۱۴
دبیرستان	۴۷
دانشگاه	۱۸
درمان دیابت	
انسولین	۱۱
داروی خوراکی	۵۹
انسولین و داروی خوراکی	۳۰

*اطلاعات برای سن، مدت ابتلا به دیابت و HbA_{1c} به صورت میانگین (SD) بیان شده است

اعتبار

پرسشنامه در جدول ۲ آمده است. همچنین اعتبار آزمون-باز آزمون که از طریق ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد ۰/۶۸ بود ($P < 0/01$).

ثبات درونی از طریق محاسبه آلفای کرونباخ بررسی گردید (α). ضریب α محاسبه شده برای پرسشنامه DAS، ۰/۷۸ بود. آلفای کرونباخ برای هر یک از زیر ۵ خرده مقیاس

جدول ۲- ثبات درونی برای هر یک از خرده مقیاس ها و نمره کلی پرسشنامه

خرده مقیاس	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
نیاز به آموزش های ویژه	۵	۰/۷۸
جدیت دیابت نوع دو	۷	۰/۷۱
ارزش کنترل دائمی	۷	۰/۵۷
جنبه های روان شناختی دیابت	۶	۰/۵۸
استقلال بیمار	۸	۰/۷۸
نمره کل DAS	۳۳	۰/۷۱

روایی

روایی ملاک پرسشنامه از طریق بررسی ارتباط سطوح HbA_{1c} به عنوان شاخص کنترل متابولیک و طول مدت ابتلا به دیابت با نمره کلی پرسشنامه DAS و نمره خرده مقیاس های آن محاسبه و نتایج نشان داد میان نمره کلی

پرسشنامه و خرده مقیاس های آن، با HbA_{1c} همبستگی منفی معنی دار وجود دارد. همچنین طول مدت ابتلا به دیابت با نمره کلی پرسشنامه و یکی از خرده مقیاس ها همبسته است (جدول ۳).

جدول ۳- همبستگی میان نمرات DAS و طول مدت ابتلا به دیابت و HbA_{1c}

خرده مقیاس ها	طول مدت ابتلا به دیابت	HbA _{1c}
نیاز به آموزش های ویژه	۰/۳۱*	-۰/۷۸*
جدیت دیابت نوع دو	۰/۱۱	-۰/۳۰*
ارزش کنترل دائمی	۰/۱۱	-۰/۴۹*
جنبه های روان شناختی دیابت	۰/۱۲	-۰/۶۷*
استقلال بیمار	۰/۰۵	-۰/۶۰*
نمره کل DAS	۰/۲۱*	-۰/۸۶*

برای بررسی همبستگی میان متغیرها از روش های آماری پیرسون و اسپیرمن به تناسب استفاده شده است.
* P<0.01

بحث

هدف از انجام این مطالعه پایلوت، ارزیابی روایی و اعتبار سومین ویرایش مقیاس نگرش به دیابت (DAS) که یکی از ابزارهای بررسی خودکارآمدی در دیابت است، می باشد. بررسی اعتبار پرسشنامه نشان داد که ثبات درونی آن قابل قبول است ($\alpha=0/78$)، همچنین بررسی اعتبار آزمون- بازآزمون و روش دو نیمه سازی نشان داد که مقیاس مذکور از اعتبار خوبی برخوردار است. به علاوه نتایج تحلیل های آماری از روایی ملاک مناسب DAS حمایت می کنند، چرا که میان سطوح HbA_{1c} به عنوان شاخص کنترل متابولیک، و نمره کلی DAS و خرده مقیاس

های آن همبستگی منفی نسبتاً قدرتمندی وجود دارد. بنابراین رابطه می توان نتیجه گرفت داشتن نگرش مثبت نسبت به دیابت می تواند کنترل متابولیک را بهبود بخشد. از سوی دیگر نتایج مشخص کرد میان خرده مقیاس نیاز به آموزش های ویژه و نمره کلی پرسشنامه و با طول مدت بیماری یک همبستگی نسبی وجود دارد. به نظر می رسد این ارتباط نشان می دهد با افزایش طول مدت بیماری، بیماران درمی یابند که برای مدیریت دیابت به آموزش های خاصی نیازمند هستند. همچنین به نظر می رسد به طور کلی با افزایش طول مدت بیماری، نگرش بیماران نسبت به دیابت بهبود می یابد.

حجم نمونه بیشتر و نمونه‌های متنوع‌تر انجام شوند. همانطور که قبلاً نیز اشاره شد، این پرسشنامه در گروه‌های مختلف اعم از بیماران و متخصصان سلامت مورد استفاده قرار گرفته است و روایی و پایایی آن مورد قبول می‌باشد [۲۳، ۲۲، ۲۰، ۱۹]. در مجموع به نظر می‌رسد متخصصان دیابت در ایران می‌توانند از پرسشنامه DAS به نحو شایسته‌ای استفاده کنند.

سپاسگزاری

نویسندگان بدینوسیله مراتب تقدیر و تشکر خود را از پژوهشکده علوم غدد و متابولیسم دانشگاه تهران به جهت حمایت مالی از تحقیق حاضر، ابراز می‌دارند.

به علاوه، نتایج مقایسه دو پرسشنامه DAS و DES نشان داد که پرسشنامه DAS از روایی همزمان برخوردار است. چرا که میان نمرات کلی دو پرسشنامه ارتباط مثبت وجود دارد. بنابراین این موضوع مشخص می‌کند که نگرش بهتر نسبت به دیابت منجر به افزایش توانایی مدیریت و کنترل دیابت می‌شود و برعکس.

بنابر یافته‌های این مطالعه، پرسشنامه DAS یک ابزار معتبر و روا برای بررسی خودکارآمدی نگرش افراد نسبت به دیابت می‌باشد و این مسئله با نتایج سایر مطالعات انجام شده در این حوزه همخوان است [۲۰].

بنابر نتایج به دست آمده مطالعه پیش رو، DAS یک ابزار مناسب برای جمعیت ایرانی می‌باشد. با توجه به حجم نمونه کم این بررسی، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با

ماخذ

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27: 1047-53.
2. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy? *Diabetes Care* 2006; 29(4): 823-829.
3. Littlefield C H, Craven JL, Rodin GM, Daneman D, Murray M A and Rydall A C. Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care* January 1992; 15 (1): 90-94.
4. Johnston-Brooks C H, Lewis M A, Garg S. Self-Efficacy Impacts Self-Care and HbA1c in Young Adults with Type 1 Diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 43-51.
5. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring the Connection between Self-Efficacy and Effective Diabetes Self-Management. *The Diabetes Educator* 2003; 29(4): 653-662.
6. Ott J, Greening L, Palardy N, Holderby A, DeBell WK. Self-Efficacy as a Mediator Variable for Adolescents' Adherence to Treatment for Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Children's Health Care* 2000; 29(1): 47-63.
7. Lenz ER, Shortridge-Baggett LM. (Editors); *Self-Efficacy in Nursing. Research and Measurement Perspectives*. Springer. New York; 2002.
8. Lorig K, Holman H. Self-management education: context, definition, and outcomes and mechanisms. 1st Chronic Disease Self-Management Conference, Sydney, Australia, 2000.
9. Griva K, Lynn Myers B., Newman S. Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health* 2000; 15(6): 733-750.
10. Aljaseem L I., Peyrot M, Wissow L, Rubin R R. The Impact of Barriers and Self-Efficacy on Self-Care Behaviors in Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator* 2001; 27 (3): 393-404.
11. Funnell MM, Anderson RM. The problem with compliance in diabetes. *JAMA* 2000; 214: 1709.
12. Anderson RM, Funnell MM. Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educ* 2000; 26: 597-604.
13. Glasgow RE, Anderson RM. In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. *Diabetes Care* 1999; 22: 2090-2091.
14. Anderson RM, Nowacek GW, Richards R. Influencing the personal meaning of diabetes: research and practice. *Diabetes Educator* 1988; 14: 297-302.
15. Cerkoney KA, Hart LK. The relationship between the health belief model and compliance of persons with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1980; 3: 594-598.
16. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors and glycemic control among older adults with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educator* 1992; 18: 321-327.
17. Larme A, Pugh J. Attitude of primary care providers toward diabetes. Barriers to guideline implementation. *Diabetes Care* 1998; 21: 1391-1396.
18. Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF: Measuring the attitudes of patients towards diabetes and its treatment. *Patient Education and Counseling* 1990; 16:231-245.
19. Anderson RM, Donnelly MB, Gressard CP, Dedrick RF. The Development of a Diabetes

- Attitude Scale for Health Care Professionals. *Diabetes Care* 1989; 12:120-127.
20. Anderson RM, Fitzgerald JT, Funnell MM, Grupen LD. The Third Version of the Diabetes Attitude Scale (DAS-3). *Diabetes Care* 1998; 21(9): 1403-1407.
 21. Anderson RM, Donnelly MB, Dedrick RF, Gressard CP: The Attitudes of Nurses, Dietitians, and Physicians toward Diabetes. *The Diabetes Educator* 1991; 17:261-268.
 22. Anderson RM, Fitzgerald JT, Gorenflo DW, Oh MS. A Comparison of the Diabetes-Related Attitudes of Health Care Professionals and Patients. *Patient Education and Counseling* 1993; 21:41-50.
 23. Donnelly MB, Anderson RM. The Role Related Attitudes of Physicians, Nurses and Dietitians in the Treatment of Diabetes. *Medical Care* 1990; 28:175-179.
 24. Anderson RM, Donnelly MB: Words and Meaning: A Cautionary Tale for Diabetes Educators. *The Diabetes Educator* 1990; 16: 117-122.
 25. Anderson R, Fitzgerald J, Funnell M, Marrero D. The diabetes empowerment scale: a measure of psychosocial self efficacy. *Diabetes Care* 2000; 23: 739-43.