

سبکهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت

دکتر رضا باقریان سرارودی^{۱*}، دکتر غلامحسین احمدزاده^۲، دکتر مهرآفرین محمودی^۳

۱- استادیار، دکتر روان شناسی بالینی و سلامت، گروه روان پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان،

اصفهان، ایران

۲- دانشیار، روانپزشک، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- پزشک عمومی، مرکز پزشکی نور اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ دریافت ۸۷/۱۰/۲۲، تاریخ پذیرش ۸۸/۲/۹

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت و ضرورت انجام مراقبت‌های خاص از خویش در بیماران مبتلا، چالش‌های فراوانی را موجب می‌شود که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور سازگاری لازم می‌سازد. هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت بود.

روش کار: در یک مطالعه مورد-شاهد یکصد نفر بیمار مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مراکز پزشکی امین و صدیقه طاهره اصفهان انتخاب گردیدند و با یکصد نفر فرد سالم از جمعیت عیادت کنندگان بیماران بستری که به صورت تصادفی انتخاب شدند، از لحاظ سبک‌های مقابله‌ای با یکدیگر مقایسه شدند. داده‌های پژوهش از طریق پرسش‌نامه جمعیت شناختی و مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جلیوس جمع‌آوری گردید و سپس با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: آزمون‌های آماری تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بیمار و سالم نشان داد ($p=0/005$). تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مبتلایان به دیابت و افراد سالم در سبک مقابله‌ای حمایت جوینده ($p=0/001$) مشاهده نشد. در حالی که این نتایج تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بیمار و سالم در سایر سبک‌های مقابله‌ای نشان ندادند.

نتیجه‌گیری: احتمالاً بیماران ایرانی مبتلا به دیابت در رویارویی با استرس‌های زندگی و چالش‌های حاصل از بیماری فقط در میزان استفاده از سبک مقابله‌ای حمایت جوینده با افراد سالم متفاوت می‌باشند و در سایر سبک‌های مقابله‌ای شبیه افراد سالم هستند. به علاوه هر دو گروه بیمار و سالم در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های زندگی بیشتر از سبک‌های مسئله-مدار مدد می‌جویند. تامل در یافته‌ها نقش بازنمائیهای شناختی در تعیین پاسخ‌های مقابله‌ای را محتمل می‌سازد.

واژگان کلیدی: سبک‌های مقابله‌ای، دیابت، استرس، سازگاری

* نویسنده مسئول: اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مرکز تحقیقات علوم رفتاری

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

مقدمه

شیوع دیابت در سراسر دنیا ۴ درصد برآورد شده است و انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۵ شیوع این بیماری تا ۵/۴ درصد افزایش یابد (۱، ۲). هدف درمان دیابت پیش‌گیری از عوارض آن در ضمن حفظ کیفیت زندگی مطلوب بیماران است (۲). مطالعات مختلف تایید نموده است که در درمان دیابت سازگاری بیماری و مراقب وی از خویش در نتایج درمانی نقش کلیدی دارد. شواهد نشان داده است که داشتن اطلاعات به تنهایی کفایت نمی‌کند بلکه توانایی بیمار در مقابله موثر با استرس‌های حاصل از دیابت در زندگی روزمره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۳). مفهوم استرس به وجود یک رویداد تهدید آمیز و ارزیابی شخص از منابع موجود در رویارویی با آن واقعه اشاره دارد و مفهوم مقابله به عنوان تلاش‌های شناختی و رفتاری به منظور تسلط یافتن بر موقعیت‌های تهدید آمیز نظیر چالش‌های حاصل از بیماری تعریف شده است (۴، ۵). براساس نظریه لازاروس و فولکمن رفتارهای مقابله‌ای در رویارویی با استرس شامل دو فرایند می‌شود: فرایند مسئله-مدار که طی آن فرد با مسئله‌ای که علت واقعی آشفتگی در وی شده است مواجه می‌شود و فرایند هیجان-مدار که براساس آن فرد تلاش می‌نماید پاسخ‌های هیجانی خود را تنظیم نماید (۶).

ابتلای به بیماری دیابت و الزام بیمار به مراقبت‌های خاص از خویش موجب چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره می‌شود که استفاده از رفتارهای مقابله‌ای را به منظور سازگاری ضروری می‌سازد (۲). شیوه‌های مقابله‌ای نقش مهمی در سیر، کنترل، درمان، و سازگاری روانی-اجتماعی بیمار با دیابت می‌تواند داشته باشد (۵، ۷). سبک‌های مقابله‌ای در مواجهه با دیابت موضوع مباحث فراوانی بوده است (۷). برخی پژوهشگران ادعا نمودند که شیوه‌های مسئله-مدار موجب افزایش موفقیت آمیز مراقبت از خویش در بیماران مبتلا به دیابت می‌گردد در حالی که شیوه‌هایی هیجان-مدار می‌تواند دارای اثرات زیانبار باشند (۲). معهدا دامنه وسیعی از رفتارهای مقابله‌ای شامل شیوه‌های مقابله‌ای

مسئله-مدار و هیجان-مدار به منظور کاهش استرس حاصل از این بیماری موثر شناخته شده است (۸). مطالعه گافولز و واندل نشان داد که بیماران سوئدی مبتلا به دیابت روش‌های مقابله‌ای مسئله-مدار را بیشتر از روش‌های مقابله‌ای هیجان-مدار به کار می‌گیرند (۲). چوهان و شالینی در مطالعه‌ای روی نمونه‌ای از آزمودنی‌های هندی دریافتند که بیماران دیابتیک در مقایسه با افراد سالم در مواجهه با استرس، کمتر شیوه‌های مقابله‌ای سازگارانه (مسئله-مدار) به کار می‌گیرند. این محققین رابطه بین شاخص‌های فیزیولوژیک و شاخص‌های سازگاری روانشناختی را در بیماران دیابتیک نشان دادند و ادعا نمودند که شخصیت بیمار در سازگاری با این بیماری نقش قابل توجهی دارد (۹). تونکای و همکاران در مطالعه‌ای دیگر مشاهده نمودند که این بیماران از شیوه‌های مسئله-مدار و هیجان-مدار به یک اندازه استفاده می‌نمایند. هم‌چنین این محققین شیوه‌های مقابله‌ای مواجهه مستقیم، مقابله مذهبی، حمایت جوینده، خوشبینانه، حل مسئله، انکار و مقابله هیجانی را به عنوان مقابله‌های رایج بین این بیماران گزارش نمودند (۵).

علاوه بر ناهماهنگی نتایج مطالعات انجام شده، این یافته‌ها حاصل پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها بوده است و اطلاعات چندانی در مورد شیوه‌های سازگاری بیماران ایرانی مبتلا به دیابت در دست نمی‌باشد. بنابر این هدف این مطالعه تعیین سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با چالش‌های حاصل از بیماری دیابت در بیماران ایرانی مبتلا به این بیماری بود.

روش کار

مطالعه حاضر یک پژوهش مورد-شاهد است که به منظور تعیین سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت در مراکز پزشکی امین و صدیقه طاهره اصفهان انجام شد. طرح پژوهش این مطالعه در شورای پژوهشی مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی اصفهان مورد

آن شیوه استفاده می‌نماید. این مقیاس هشت سبک مقابله‌ای را در بر می‌گیرد که عبارتند از سبک مقابله‌ای مواجه شدن (Confrontive Coping Style) که بیان‌گر رویارویی با موقعیت و مواجهه مستقیم با مشکل است، سبک مقابله‌ای طفره آمیز (Evasive Coping Style) که نشان‌گر اجتناب از رویارویی با مشکل است، سبک مقابله‌ای خوشبینانه (Optimistic Coping Style) که بیان‌گر داشتن تفکر و دیدگاه مثبت در مواجهه مشکل است، سبک مقابله‌ای بدبینانه (Fatalistic Coping Style) نشانه احساس ناامیدی و دیدگاه بدبینانه یا نداشتن کنترل در رویارویی با موقعیت است، سبک مقابله‌ای هیجانی (Emotive Coping Style) بیان‌گر رویارویی هیجانی یا رها سازی احساسات و هیجانات در مواجهه با موقعیت است، سبک مقابله‌ای تسکین دهنده (Palliative Coping Style) نشان‌گر کنترل آشفستگی از طریق پرداختن به برخی امور به منظور کنترل و بهبود احساسات درونی و کاهش تنش بدون مواجهه مستقیم با موقعیت چالش آور می‌باشد، سبک مقابله‌ای حمایت جوینده (Supportant Coping Style) که بیان‌گر استفاده آزمودنی از منابع حمایتی شامل منابع فردی، حرفه‌ای، و معنوی است و سبک مقابله‌ای خود-اتکائی (Self-Reliant Coping Style) که نشان‌گر اقدام شخصی یا تصمیم‌گیری شخصی با تکیه بر اراده خویش و بدون تکیه بر دیگران است.

به منظور تهیه نسخه فارسی این مقیاس، ابتدا در ترجمه و برگردان نسخه انگلیسی به فارسی از همکاری و مشاوره دو نفر مسلط به زبان انگلیسی استفاده گردید. نسخه فارسی تهیه شده توسط یکی از اساتید گروه زبان انگلیسی مجدداً نیز به انگلیسی باز گردانده شد. سپس در تهیه نسخه نهائی سعی شد از واژه‌ها و عبارات متناسب با شرایط فرهنگی-اجتماعی جامعه ایران استفاده گردد. بعد از تهیه نسخه فارسی این مقیاس، محقق کیفیات روانسنجی آن را مورد بررسی قرار داد. آلفای کرونباخ هشت خرده آزمون این مقیاس در نمونه بیماران مورد مطالعه بین ۰/۶۵ تا ۰/۸۴

تصویب قرار گرفت و پروتکل آن هیچ گونه تضادی با موازین کمیته اخلاق پژوهش نداشت. هم‌چنین موافقت کتبی و آگاهانه از هر کدام از بیماران شرکت کننده در این مطالعه اخذ گردید.

نمونه بیمار شامل یکصد نفر بیمار مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مراکز پزشکی مذکور بین سن ۱۸ تا ۸۱ سال و با میانگین سنی ۴۵/۷۶ سال بودند که براساس معیارهای ورود و خروج زیر به صورت پی در پی وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود شامل (۱) تشخیص قطعی بیماری دیابت توسط فوق تخصص غدد (۲) سن بالای ۱۸ سال (۳) حداقل ۴ ماه از درمان بیماری دیابت وی گذشته باشد (۴) موافقت بیمار برای ورود به مطالعه و معیارهای خروج شامل: (۱) وجود بیماری طبی جدی دیگری که موجب کاهش امید به زندگی شود (۲) وجود اختلال عمده روانپزشکی در بیمار (۳) تحت درمان‌های روانپزشکی بودن (۴) وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکرد شناختی بیمار (۵) عدم توانائی صحبت کردن به فارسی سلیس به طوری که در انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه‌ها ایجاد مشکل کند (۶) شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف براساس نظر پزشک معالج می‌گردید.

نمونه سالم شامل یکصد نفر سالم (بین سن ۲۱ تا ۷۲ سال و با میانگین سنی ۴۵/۳۲) از جمعیت عمومی مراجعه کننده به مرکز پزشکی نور به منظور عیادت بیماران بستری بودند که به صورت تصادفی انتخاب گردیدند.

به منظور ارزیابی ادراک بیماران از شیوه‌های مقابله‌ای خویش در مواجهه با چالش‌ها مقیاس سبک‌های مقابله‌ای جلیوس (Jalowiec Coping Scale) مورد استفاده قرار گرفت. این مقیاس شامل شصت آیتم در طیف لیکرتی چهار درجه‌ای (بین صفر به معنای هرگز تا سه به معنای بیشتر مواقع) است که رفتارهای مقابله‌ای را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در استفاده از این پرسش‌نامه از آزمودنی خواسته می‌شود در مورد هر آیتم در یک مقیاس چهار درجه‌ای نشان دهد که چقدر در مواجهه با چالش‌ها از

of Covariance Multivariate Analysis) و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

جدول ۱ مقایسه گروه بیماران مبتلا به دیابت و گروه سالم در هر یک از متغیرهای جمعیت شناختی با استفاده از آزمون‌های t و χ^2 را نشان می‌دهد و بیانگر این است که دو گروه در میزان تحصیلات با یکدیگر تفاوت معنی‌دار دارند ($p=0/02$) و از نظر سایر ویژگی‌ها یکسان می‌باشند. با توجه به تفاوت دو گروه از نظر میزان تحصیلات این متغیر به عنوان متغیر کنترل وارد تحلیل آماری گردید. به عبارت دیگر متغیر تحصیلات به عنوان متغیر کواریانس در تعدیل نمره‌های آزمودنی‌ها در ارزیابی‌های سبک‌های مقابله‌ای وارد مدل تحلیل کواریانس چند متغیری و تحلیل کواریانس گردید.

جدول ۲ میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات سبک‌های مقابله‌ای در دو گروه بیمار مبتلا به دیابت و گروه سالم را نشان می‌دهد. نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیری با وارد کردن متغیر میزان تحصیلات به عنوان متغیر کواریانس تفاوت معنی‌داری بین دو گروه ($F=2/835$ و $p=0/005$) را نشان دادند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کواریانس چند متغیری این تفاوت ($F=2/835$ و $p=0/005$) را نشان داد (جدول ۳).

نتایج تحلیل کواریانس نمره‌های سبک‌های مقابله‌ای با در نظر گرفتن میزان تحصیلات به عنوان متغیر کنترل تفاوت معنی‌داری بین دو گروه بیماران مبتلا به دیابت و گروه سالم در سبک‌های مقابله‌ای سبک مواجه شدن ($F=0/017$ و $p=0/897$)، سبک مقابله‌ای طفره آمیز ($F=1/295$ و $p=0/257$)، سبک مقابله‌ای خوش بینانه ($F=0/559$ و $p=0/456$)، سبک مقابله‌ای بدبینانه ($F=0/012$ و $p=0/912$)، سبک مقابله‌ای هیجانی ($F=0/032$ و $p=0/859$)، سبک تسکین دهنده ($F=1/643$)

به دست آمد. همچنین نتایج حاصل از بررسی پایائی بازآزمائی این مقیاس در یک نمونه ایرانی ۳۰ نفره از بیماران قلبی به فاصله سه هفته بین ۰/۵۸ تا ۰/۷۴ بدست آمد. همچنین اعتبار محتوی این مقیاس از طریق اظهار نظر ۱۵ نفر از روان‌شناسان و روان‌پزشکان با استفاده از طیف لیکرتی شش درجه‌ای برای آیت‌ها و ده درجه‌ای برای کل مقیاس مورد بررسی قرار گرفت. به طور کلی نتایج استخراج شده از این ارزیابی بیانگر اعتبار قابل قبول این مقیاس بود.

در جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر این مقیاس از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی نیز استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ها به تک تک بیماران و افراد سالم نمونه مورد مطالعه داده شد و با نظارت یک نفر انترن پزشکی تکمیل گردید. در تکمیل پرسش‌نامه‌ها شرایط جسمی و روانشناختی بیماران کاملاً در نظر گرفته شد و چنانچه برخی در لحظه اجرا پرسش‌نامه‌ها از شرایط مناسبی برخوردار نبودند اجرا آنها یا باقیمانده پرسش‌نامه به جلسه مراجعه بعدی موکل شد. آزمودنی‌های گروه شاهد به صورت تصادفی از مراجعه‌کننده‌های به بیمارستان به منظور عیادت در روزهای ملاقات انتخاب شدند. مراجعه‌کننده‌های که اشتیاق به تکمیل پرسش‌نامه‌ها نشان نمی‌دادند وارد گروه شاهد نگردیدند. در اجرا پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای، از آزمودنی‌های هر دو گروه خواسته شد آیت‌های پرسش‌نامه را با دقت فهمیده و با در نظر گرفتن حالات روانشناختی و رفتارهای خویش در موقعیت‌های چالش آور گذشته به دقت به آیت‌های آن پرسش‌نامه پاسخ دهند. پرسش‌نامه‌ها توسط یک نفر انترن پزشکی مسلط به پرسش‌نامه جلیوس اجرا گردید. این پرسش‌گر به افرادی که به خوبی قادر به خواندن و تکمیل پرسش‌نامه‌ها نبودند کمک می‌کرد.

در تحلیل داده‌ها آزمون آماری t مستقل و آزمون χ^2 در مقایسه ویژگی‌های دو گروه بیمار و سالم مورد استفاده قرار گرفت. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده در این مطالعه با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیری

و $p=0/201$ و سبک مقابله ای خود-اتکائی $F=3/161$ و گروه بیمار مبتلا به دیابت و گروه سالم در سبک مقابله ای حمایت جوینده $F=11/204$ و $p=0/001$ مشاهده شد.

جدول ۱. مقایسه ویژگی‌های دو گروه بیمار مبتلا به دیابت و گروه سالم

p	گروه سالم (تعداد=۱۰۰)	گروه دیابت (تعداد=۱۰۰)	
۰/۷	۴۵/۳۲	۴۵/۷۶	سن (میانگین)
۰/۸۸	%۵۱	%۴۹	جنس (مرد)
۰/۳۵	%۸۷	%۸۱/۱	تاهل (متاهل)
۰/۰۲	۵/۳۱	۳/۲۹	تحصیلات (میانگین)
			طبقه اجتماعی اقتصادی
	%۵۹	%۶۳	پائین
۰/۴۴	%۳۰	%۳۰	متوسط
	%۱۱	%۷	بالا

جدول ۲. میانگین‌ها و انحراف استاندارد نمرات خرده مقیاس‌های سبک‌های مقابله‌ای

سبک‌های مقابله‌ای	گروه دیابت (تعداد=۱۰۰)	گروه سالم (تعداد=۱۰۰)	کل بیماران
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
مواجه شدن	۲/۱۶۶(۰/۷۱۵)	۲/۲۱(۰/۶۴)	۲/۱۸۶(۰/۶۷۸)
مقابله‌ای طفره آمیز	۱/۶۲(۰/۵۷۶)	۱/۴۷۱(۰/۳۲۴)	۱/۶۵۵(۰/۵۴۷)
مقابله‌ای خوش بینانه	۲(۰/۵۹۵)	۱/۹۶(۰/۵۵۲)	۱/۹۸۳(۰/۵۷۳)
مقابله‌ای بدبینانه	۱/۵۸۵(۰/۷۷۴)	۱/۵۵(۰/۶۸)	۱/۵۶۹(۰/۷۲۸)
مقابله‌ای هیجانی	۱/۴۳(۰/۶۰۶)	۱/۴۲(۰/۵۷۶)	۱/۴۳(۰/۵۹)
تسکین دهنده	۱/۲۶(۰/۵۲۲)	۰/۷۸۳(۰/۳۹)	۱/۲۰۹(۰/۵۲۷)
حمایت جوینده	۲/۰۴(۰/۵۵۲)	۱/۷۸(۰/۴۹۲)	۱/۹۱۳(۰/۵۳۸)
مقابله‌ای خود-اتکائی	۱/۹(۰/۶۳۸)	۲/۰۷۳(۰/۵۲۴)	۱/۹۹(۰/۵۸۸)

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون های تحلیل کواریانس چند متغیری داده های مربوط به خرده آزمون های مقیاس سبک های مقابله ای در مقایسه گروه بیماران مبتلا به دیابت و گروه سالم

آزمون	value	df	F	p
Pillai's Trace	۰/۱۰۷	۸	۲/۸۳۵	۰/۰۰۵
Wilks' Lambda	۰/۸۹۳	۸	۲/۸۳۵	۰/۰۰۵
Hotelling's Trace	۰/۱۱۹	۸	۲/۸۳۵	۰/۰۰۵
Roy's Largest Root	۰/۱۱۹	۸	۲/۸۳۵	۰/۰۰۵

بحث

هدف این مطالعه، تعیین سبکهای مقابله ای در بیماران ایرانی مبتلا به دیابت بود. به طور کلی نتایج این بررسی نشان داد که احتمالاً بیماران ایرانی مبتلا به دیابت در رویارویی با استرسها زندگی فقط در سبک مقابله ای حمایت جوینده با افراد سالم متفاوت می باشند.

با این وجود نتایج این مطالعه تفاوت معنی داری بین دو گروه بیمار و سالم در سایر سبکهای مقابله ای شامل سبکهای مقابله ای مواجهه مستقیم، طفره آمیز، خوش بینانه، بدبینانه، هیجانی، تسکین دهنده و خود-اتکائی نشان نداد. سبکهای مقابله ای مواجهه مستقیم، خوش بینانه و خود-اتکائی از جمله فرایندهای مسئله-مدار هستند که طی آن فرد با مسئله ای که علت واقعی آشفتگی وی شده است، مواجه می شود و سبکهای طفره آمیز و تسکین دهنده، بدبینانه و هیجانی، فرایندهای هیجان-مدار می باشند که بر اساس آن فرد تلاش می نماید پاسخهای هیجانی خود را تنظیم نماید (۶). گرچه دو گروه در سبک مقابله ای حمایت جوینده تفاوت معنی دار دارند و گروه بیماران دیابتیک بیشتر به این سبک مقابله ای توسل می جویند، اما بررسی دقیق تر یافته ها در جدول ۲ نشان می دهد هر دو گروه بیمار و سالم در مواجهه با استرسها و چالشهای زندگی بیشتر از سبکهای مسئله مدار شامل مواجهه مستقیم، خوش بینانه و خود-اتکائی استفاده می نمایند و گروه بیمار نیز شبیه گروه سالم کمتر سبکهای هیجان مدار شامل طفره آمیز و تسکین دهنده،

بدبینانه و هیجانی را به کار می گیرد. بنابراین براساس یافته های این مطالعه به نظر می رسد که بیماران مبتلا به دیابت در رویارویی با چالشها و استرسهای حاصل از بیماری و درمان آن بیشتر از سبکهای مسئله مدار مدد می جویند.

به طور کلی یافته های مطالعه حاضر نتایج مطالعه گافولز و واندل (۲) بر بیماران سوئدی مبتلا به دیابت و یافته های چوهان و شالینی (۹) در مطالعه ای روی نمونه ای از آزمودنی های هندی را مورد تایید قرار می دهد. گرچه یافته های مطالعه حاضر کاملاً با یافته های تونکای و همکاران (۵) روی نمونه بیماران ترک هماهنگ نمی باشد اما از منظر دیگر تفاوت معنی دار دو گروه بیمار دیابتیک و سالم در سبک مقابله ای حمایت جوینده به عنوان یک شیوه هیجان-مدار نشانه آنست که این بیماران در هر حال بیش از افراد سالم حداقل به یکی از شیوه های هیجان-مدار متوسل می شوند. لذا با در نظر گرفتن این یافته به نظر می رسد نتایج این بررسی با یافته های مطالعه تونکای و همکاران نیز تناقضی نداشته باشد. این پژوهشگران در مطالعه خود نشان دادند که بیماران دیابتیک از هر دو نوع شیوه مسئله-مدا و هیجان-مدار در مواجهه با چالشهای حاصل از بیماری به یک اندازه استفاده می نمایند. معهداً در یک نتیجه گیری نهائی براساس یافته های مطالعه حاضر به نظر می رسد بیماران مبتلا به دیابت در رویارویی با چالشها حاصل از بیماری و درمان آن بیشتر از سبکهای مسئله-مدار بهره می جویند.

مسئله-مدار و هیجان-مدار است. معیناً در مواردی یکی از این دو خط مشی بر دیگری توفیق می‌یابد. هر مطالعه به طور اجتناب ناپذیر دچار محدودیت‌هایی می‌گردد که تفسیر یافته‌ها را در بستر آن محدودیت‌ها ضروری می‌سازد. به دلیل محدودیت زمانی برای انجام پژوهش، اعمال معیارهای متعدد در انتخاب آزمودنی‌ها تا حدی حجم نمونه نیز محدود گردید. عدم اطلاعات دقیق از مداخلات دارویی و غیر دارویی قبل از جمع‌آوری داده‌ها و انتخاب بیماران از دو مرکز دولتی از جمله محدودیت‌های دیگر این مطالعه است. بنابر این در نتیجه‌گیری قاطع و تعمیم یافته‌ها باید این محدودیت‌ها را در نظر گرفت.

پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده با افزایش حجم نمونه و انتخاب بیماران از مراکز متفاوت و کنترل نقش مداخلات قبلی بر شرایط روانشناختی آزمودنی‌ها، شیوه‌های مقابله‌ای بیماران دیابتیک با در نظر گرفتن برخی متغیرهای دموگرافیک و طبی مورد بررسی عمیق تر قرار گیرد. هم‌چنین مطالعه رابطه شیوه‌های مقابله‌ای با پیروی از درمان و کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر است تا در نظر گرفتن یافته‌ها، تدارک برنامه‌های آموزشی ویژه بیماران دیابتیک به منظور ارائه اطلاعات دقیق و صحیح از این بیماری و مداخله موثر در شیوه‌های مقابله‌ای آنان صورت گیرد.

نتیجه گیری

با در نظر گرفتن یافته‌های محدود این مطالعه این فرضیه می‌تواند تقویت شود که کیفیات ادراک بیماری نیز سبک‌های مقابله‌ای در رویارویی با چالش‌ها حاصل از بیماری و درمان را تحت تاثیر قرار می‌دهد. لذا پیشنهاد می‌گردد این فرضیه و سایر فرضیات مرتبط در خصوص ابعاد گوناگون ادراک بیماری و سبک‌های مقابله‌ای در مطالعات آینده مورد بررسی قرار گیرد.

از لحاظ نظری هنگامی افراد به مقابله‌های مسئله مدار توسل می‌جویند که در ارزیابی شناختی خویش از شرایط چالش آور، موقعیت استرس آمیز را قابل تغییر ارزیابی نمایند. بر عکس در موقعیت‌هایی که به عنوان قابل تغییر شناسائی نگردد بیشتر شیوه‌های مقابله‌ای هیجان-مدار مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه محققین مطالعه حاضر در بررسی دیگری در بیماران همودیالیز دریافتند این بیماران در مواجه با چالش‌های فراوان حاصل از بیماری کلیوی در زندگی روزمره از سبک‌های مسئله مدار کمتر استفاده می‌نمایند (۱۰). زیرا شرایط و چالش‌های حاصل از بیماری آنان خیلی قابل کنترل و تغییر پذیر نمی‌باشد. در تبیین این فرایندها، ارزیابی شناختی بیماران می‌تواند مورد توجه خاص قرار گیرد. این موضوع اشاره دارد به مفهومی که اخیراً در متون روانشناسی سلامت تحت عنوان "بازنمائی شناختی بیماری" یا "ادراک بیماری" مورد توجه قرار گرفته است. اخیراً موج جدیدی از توجه به نظریه خود - نظم بخشی لونتال به منظور تبیین مولفه‌های شناختی بیماری‌های جسمی و رفتارهای مقابله به وجود آمده است (۱۱). بیماران براساس تجربیات و دسترسی به منابع اطلاعات عینی، برداشت‌های انتزاعی، تلویحات و باورهای مشترک (۱۲) بازنمائی‌های طرحواره گونه از بیماری خود و شرایط درمان آن بیماری تشکیل می‌دهند. براساس این نظریه، ادراک بیماری دارای پنج بعد می‌باشد که شامل ماهیت، پیامدها، مدت زمان، درمان پذیری / کنترل پذیری و علل می‌باشد (۱۳)، چنانچه در این بازنمائی‌های شناختی، بیماری قابل کنترل بوده و خیلی تهدید آمیز نباشد کمتر موجب بروز احساسات و عواطف منفی می‌شود و لذا استفاده از شیوه‌های هیجان-مدار را خیلی ضروری نمی‌سازد بلکه برعکس بیشتر ممکن است موجب پاسخ‌های مقابله‌ای مسئله-مدار گردد (۱۳). ضمناً باید توجه نمود که غالباً هر انسانی در رویارویی با شرایط استرس زا (به ویژه بیماری‌های مزمن) راه و روشی را اتخاذ می‌نماید که آمیزه‌ای از دو رویکرد

منابع

1. King RE, Aubert WH, Herman. Global burden of diabetes 1995–2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998; 21(9):1414-31.
2. Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish Primary Care. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2006; 71: 280–289.
3. Schreurs KM, Ridder DT de. Integration of coping and social support perspectives: implications for the study of adaptation to chronic diseases. *Clin Psychol Rev* 1997; 17: 89–112.
4. Sarafina EP. Health psychology, biopsychosocial interactions: stress illness, and coping. New york: John Wiley & Sons; 2002. 402-6.
5. Tuncay T, Musabak I, Engin Gok D, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes* 2008; 6(79): 1-9.
6. Brannon L, Feist J. Health psychology: stress, pain and coping, United States. Cengage Learning 2006; 118-121.
7. Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O: The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care* 2004; 27: 1313-1317.
8. Taylor SE. *Health Psychology*. Boston: McGraw-Hill; 1999. p.141-117.
9. Chouhan VL, Shalini V. Coping strategies for stress and adjustment among diabetics. *J of The Indian Academy of Applied Psychology*. 2006; 32(2): 106-111.
10. Bagherian R, Gholamhossien Ahmadzadeh G, Emad Yazdani E. [Coping styles among dialysis patients]. *J of Semnan University of Medical Sciences*. 2009; 10(30): 87-94.
11. Hargger MS, Orbell, S A. Confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health* 2005; 20(2): 161–173.
12. Petrie K J, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine* 2002; 68: 580-586.
13. Bagherian R, Bahrami Ehsan H, Saneei H, Comparison of Illness perception between post-myocardial infarction patients with and without previous myocardial infarction. *Psychological Health*; (In Press)
14. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie K J, Horne R, Cameron L D, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17(1): 1-16.

Coping Styles Among Diabetic Patients

Bagherian Sararoudi R^{1*}, Ahmadzadeh GH H², Mahmmodi M A³

1- Assistant Professor, PhD of Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Psychiatry Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Psychiatry Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3 - Physician, Noor Medical Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan Iran.

Received 11 Jan, 2009

Accepted 29 Apr, 2009

Abstract

Background: Diabetic patients face many challenges related to their illness and treatment in their life. So they need to use coping strategies for adjustment. The purpose of this study has been determined the coping styles among diabetic Iranian patients.

Methods and Materials: In a case-control study, 100 consecutive diabetic patients admitted to Amin and Sedigheh Taherah Medical Centers, Isfahan, were selected based on the inclusive and exclusive criteria and compared with one hundred normal people who selected from general population. Data collected by using demographic questionnaire, the Jalowiec Coping Scale, then MANCOVA and co-variance were used to analyze the data.

Results: Difference between two groups in coping styles were significant ($F=2.835$, $p=0.005$). Significant differences was in supportant coping style ($F=11.204$, $p=0.001$). There was no significant difference in other coping styles between two groups.

Conclusion: It seems that the diabetic patients likely differ from normal people only in supportant coping style when deal with daily stress. But they are similar to normal people in other coping styles. In addition, both groups use problem solving styles when deal with daily stress. The findings emphasis the role of illness representation to determine coping styles.

Key words: Coping Styles, Diabetes, Stress, Adjustment

*Corresponding author;

Email: bagherian@med.mui.ac.ir

Address: Behavir Sciences Research center, Isfahan Uuniversity of Medical Sciences, Isfahan, Iran.