

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای و سلامت روانی در بیماران دیابتی

خلاصه

فریبا صادقی موحد

استادیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

* پرویز مولوی

دانشیار روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

افشان شرقی

استادیار پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

محمد نریمانی

دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

حسین محمدنیا

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

پروانه دیلمی

پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

سوران رجبی

دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

* مؤلف مسئول:

ایران، اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی، گروه روان‌پزشکی

تلفن: ۰۴۵۱۲۲۲۵۲۰

p.molavi@arums.ac.ir

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۶/۳۱

تاریخ تایید: ۱۳۸۹/۲/۲۶

مقدمه: دیابت شیرین از بیماری‌های مزمن شایع می‌باشد که باعث به خطر افتادن سلامت روانی افراد می‌شود. پژوهش حاضر جهت بررسی رابطه‌ی شیوه‌های مقابله‌ای با سلامت روانی در بیماران دیابتی طراحی شد.

روش کار: در این پژوهش مقطعی ۱۹۳ بیمار مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و با استفاده از پرسش‌نامه‌های سلامت عمومی ۲۸ سئوالی و فولکمن-لازاروس بررسی شدند. داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه‌ی ۱۳ و با استفاده از آزمون‌های تحلیل رگرسیون لجستیک و تی مستقل تحلیل گردیدند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند که ۵۴ درصد از بیماران دیابتی مشکوک به اختلال روانی بوده و نیاز به بررسی‌های تشخیصی بیشتر دارند. روش‌های مقابله‌ای گریز-اجتناب ($P<۰/۰۰۱$)، رویارویی ($P<۰/۰۰۱$) و حل مدبرانه‌ی مسئله ($P<۰/۰۰۱$) می‌توانند سلامت روانی را در بیماران دیابتی پیش‌بینی کنند.

نتیجه‌گیری: روش‌های مقابله‌ای نامناسب و هیجان محور می‌توانند موجب گرفتار شدن بیمار در چرخه‌ی معیوب بیماری طبی و روانی شوند؛ از جمله روش گریز-اجتناب پیشگویی‌کننده‌ی سلامت روانی در بیماران دیابتی است.

واژه‌های کلیدی: دیابت، روش‌های مقابله‌ای، سلامت روانی

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید و با حمایت مالی کمیته‌ی پژوهشی و اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اردبیل انجام شده و با منافع نویسنده‌گان ارتباطی نداشته است. از تمام کارکنان درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل تقدیر و تشکر می‌شود.

Original Article

On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is one of the common chronic illnesses which endanger mental health. The present study was planned to assess the relationship between mental health of diabetic patients and their coping strategies.

Materials and Methods: In this cross-sectional study 193 patients who were referred to diabetes clinic of Imam Khomeini Hospital were selected by available sampling method in Ardabil city (north western part of Iran) in 2006. Samples were assessed by General Health Questionnaire-28 and Folkman-Lazarus questionnaire. Data were analyzed by SPSS version 13 software, using logistic regression analysis and independent t tests.

Results: Fifty four percents of diabetic patients were suspected to have a mental disorder and need more diagnostic assessments. Escape-avoidance ($P<0.001$), confronting ($P<0.01$) and plan-full problem solving coping strategies ($P<0.01$) could predict the mental health in diabetic patients.

Conclusion: Inappropriate and emotion-based coping strategies throw patients in vicious cycle of medical and mental illnesses; for example, escape-avoidance method could predict the mental health in diabetic patients.

Keywords: Coping strategies, Diabetes, Mental health

Fariba Sadeghi Movahhed
Assistant professor of psychiatry,
Ardabil University of Medical
Sciences

**Parviz Molavi*
Associate professor of psychiatry,
Ardabil University of Medical
Sciences

Afshan Sharghi
Assistant professor of community
medicine, Ardabil University of
Medical Sciences

Mohammad Narimani
Associate professor of
psychology, Mohaghegh Ardabili
University

Hossein Mohammadnia
General physician, Ardabil
University of Medical Sciences

Parvaneh Deilami
General physician, Ardabil
University of Medical Sciences

Souran Rajabi
Ph.D. student of psychology,
Mohaghegh Ardabili University

***Corresponding Author:**
Department of psychiatry, Ardabil
University of Medical Sciences,
Ardabil, Iran
Tel: +984512232520
p.molavi@arums.ac.ir
Received: Sep. 22, 2009
Accepted: May. 16, 2010

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by research committee of Ardabil University of Medical Sciences. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Sadeghi Movahhed F ,Molavi P ,Sharghi A ,Narimani M ,Mohammadnia H ,Deilami P , et al. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. Journal of Fundamentals of Mental Health 2010; 12(2): 480-7.

مقدمه

از جمله عواملی که سلامت روانی افراد را تهدید می‌کند می‌توان به دگرگونی‌های زندگی (مانند بیماری) اشاره کرد (۱). بیماری‌های صعب‌العلاج چون دیابت سالانه باعث مرگ ده‌ها میلیون نفر به ویژه در کشورهای جهان سوم می‌شود. دیابت یا بیماری قند سالیان درازی است گریبان‌گیر بشر می‌باشد، در سراسر دنیا پراکنده بوده و در تمام سنین دیده می‌شود. دیابت انواع گوناگونی دارد که در صورت شناخت، کنترل و درمان، کنترل‌پذیر بوده و در افراد شناخته شده مشکلات عمده‌ای ایجاد نمی‌کند. در حال حاضر بیش از ۱۰۰ میلیون نفر در جهان مبتلا به دیابت هستند که از سال ۱۹۸۷ میلادی آمار افراد مبتلا سه برابر افزایش یافته است و به پیش‌بینی فدراسیون بین‌المللی دیابت تا سال ۲۰۱۰ به دو برابر میزان کنونی خواهد رسید (۲). هم‌چنین بر طبق گزارش‌های انجمن دیابت ایران تنها تا سال ۱۳۷۲ حدود یک میلیون و پانصد هزار نفر بیمار مبتلا به دیابت در کشور شناسایی شده‌اند. درمان و کنترل این بیماری مستلزم صرف هزینه‌ای بسیار زیاد می‌باشد، به طوری که بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در حال حاضر سالانه حدود ۹۲ میلیارد دلار برای بیماران مبتلا به دیابت در کشورهای گوناگون جهان هزینه می‌شود و این میزان طی ۵ سال گذشته ۳۵ درصد نیز افزایش یافته است (۲). بیماری دیابت محدودیت‌های بسیاری را از قبیل اجبار در تزریق مکرر انسولین، تامین هزینه‌ی آن، اجبار در رعایت رژیم غذایی، عفونت‌های مکرر، احتمال بستری شدن مکرر در بیمارستان به علت عوارض بیماری و هم‌چنین محدودیت‌هایی در زمینه‌ی تولید مثل، تشکیل خانواده و اشتغال به کار برای فرد مبتلا ایجاد می‌نماید که همین امر موجب کاهش سلامت روانی در این بیماران می‌شود. از سوی دیگر، تاثیر عامل تنش‌زا (مانند دیابت) بر افراد به ویژگی‌های آن عامل و نیز راهبردهای ارزیابی شناختی و شیوه‌های مقابله‌ای بستگی دارد که افراد در سازگاری با پیامدهای تنش‌زا به کار می‌گیرند. پس اگر راهبردهای مقابله‌ای و ارزیابی مناسب باشد، سازگاری فرد با شرایط تازه، تسهیل شده و فرد با اوضاع جدید انطباق می‌یابد. اما اگر راهبردهای مقابله‌ای روان‌شناختی نامناسب یا ناکافی

باشند، افراد برای کسب طرح تازه و مناسبی از موقعیت تنش‌زا بایستی منابع مقابله‌ای و حمایتی بیشتری جستجو کنند و این ممکن است در نهایت به واکنش‌های عدیده و اختلال‌های روانی منجر شود (۳).

مقابله یا کنار آمدن یعنی کنترل مطالبه‌های خارجی و داخلی که افزون بر توانایی‌های فرد تصور می‌شود (۳). رفتار مقابله‌ای حداقل به سه نحو بر زندگی ما اثر می‌گذارد: این رفتار بر روحیه یا این که چگونه احساسی از خود داریم، بر کنش اجتماعی یعنی توانایی ما برای رسیدن به خشنودی در کار، دوستی و ازدواج و بر سلامت جسمی ما تاثیر می‌گذارد (۴). لازاروس^۱ بیان می‌دارد که هیجان‌های منفی می‌توانند به تخریب نظم ترشح هورمون منجر شوند، درحالی‌که هیجان‌های مثبت مانند عشق و خوشی ممکن است به تولید مواد بیوشیمیایی منجر گردد که از بافت‌ها حمایت می‌کنند، بیماری‌ها را رفع کرده و بهبودی را تسریع می‌کنند. بدون در نظر گرفتن نتایج نهایی مقابله، کاملاً مشخص است که فرآیند مقابله بدون تردید با ثبات و سلامت هیجانی و جسمانی ارتباط دارد (۵، ۶).

بر طبق بسیاری از مطالعه‌های انجام یافته بیماران مبتلا به دیابت پیشینه‌ای از افسردگی و نگرش‌های خودبیمارانگارانه دارند (۷). هم‌چنین در مطالعه‌ی حسینی نشان داده شده است که میزان شیوع افسردگی در افراد مبتلا به دیابت، ۴۴ درصد می‌باشد. هم‌چنین شدت افسردگی در افرادی که بیش از ۱۰ سال مبتلا به دیابت بوده‌اند بیش از سایر گروه‌ها است (۸). ذره‌حسابی نیز در مطالعه‌ای دیگر نشان داد که میانگین امتیاز اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و کم‌رویی در نوجوانان مبتلا به دیابت بیشتر از نوجوانان غیرمبتلا بوده و این افراد در ارتباط با خانواده نیز دارای مشکلات بیشتری هستند (۹). در مطالعه‌ی وقار انزابی مبتلایان به دیابت که فاقد اختلال هیجانی بودند، عزت نفس بیشتر و میزان افسردگی کمتری را نسبت به بیماران دارای اختلال هیجانی نشان دادند (۱۰). هم‌چنین نشان داده شده است که بدخلقی^۲ می‌تواند پیامد استفاده از راه مقابله‌ی

^۱Lazarus^۲Dysphoria

بالاتر از ۱۲۶ میلی‌گرم در میلی‌لیتر صورت گرفته، دیابت بیماران از قبل تشخیص داده شده بود. از معیارهای ورود به مطالعه، علاوه بر ابتلا به دیابت، عدم وجود سابقه اختلال روان‌پزشکی تشخیص داده شده قبل از ابتلا به دیابت بود. بیماران بعد از تکمیل فرم رضایت‌نامه وارد مطالعه شدند. تعداد ۷ نفر از این افراد در جریان بررسی از مطالعه خارج شدند که علت آن عدم پاسخ‌گویی این افراد به برخی از پرسش‌نامه‌ها و سؤال‌ها بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌ی محقق‌ساخته، پرسش‌نامه‌ی راه‌های مقابله‌ای فولکمن-لازاروس^۴ و پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۲۸ ماده‌ای^۵ استفاده گردید. پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته شامل ویژگی‌های فردی بیمار از قبیل سن، جنسیت، وضعیت اشتغال، طول مدت بیماری و... بود. پرسش‌نامه‌ی راه‌های مقابله‌ای فولکمن-لازاروس شامل ۶۶ ماده و ۸ زیرمقیاس مقابله‌ای رویارویی (۰/۷۰)، دوری‌جویی (۰/۶۱)، خویش‌داری یا خودمهارگری (۰/۷۰)، جستجوی حمایت اجتماعی (۰/۷۶)، مسئولیت‌پذیری (۰/۶۶)، گریز اجتناب (۰/۷۲)، حل مدبرانه‌ی مساله (۰/۶۸) و باز ارزیابی مثبت (۰/۷۹) می‌باشد. پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷ به دست آمد. هم‌چنین پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی نیز ۲۸ ماده دارد که توسط گلدبرگ و هیلر^۶ با روش تحلیل عاملی ساخته شده و دارای چهار مقیاس علایم جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال در کنش اجتماعی می‌باشد. هر مقیاس هفت سؤال دارد که با استفاده از روش نمره‌گذاری لیکرت نمره‌گذاری شده، نمره‌های بالاتر در این مقیاس به عدم وجود سلامت روانی کافی یا احتمال بالای وجود اختلال روانی اشاره می‌کند و هر قدر نمره پایین‌تر باشد به وجود سلامت روانی اشاره می‌کند (با نمره‌ی برش ۲۳) (۱۳).

مطالعه‌های انجام شده حاکی از اعتبار و پایایی بالای این پرسش‌نامه می‌باشند. ضریب پایایی این پرسش‌نامه در تحقیق کلاتر و احمدی در هر یک از خرده‌مقیاس‌ها با روش‌های آلفای کرونباخ و تصنیف

عدم درگیری با مسئله، برای سازگاری با شرایط باشد (۱۱). راه‌های مقابله‌ای شناختی بر آسیب‌پذیری فرد نسبت به مشکلات هیجانی و در پاسخ به تنش موثر می‌باشند. راه‌های مقابله‌ای شناختی پذیرش^۱، نشخوار فکری^۲ و فاجعه‌آمیز ساختن^۳ نقش مهمی را در رابطه با علایم افسردگی سنین پیری بازی می‌کنند. به عبارت دیگر، افراد مسن با بیشترین علایم افسردگی نسبت به کسانی که نمره‌های افسردگی پایین‌تری دارند، از راه‌های مقابله‌ای مذکور با شدت هرچه تمام‌تر و از ارزیابی مجدد با شدت کمتری استفاده می‌کنند (۱۲).

بنا بر این با توجه به این که هدف اصلی از درمان تمام بیماری‌های مزمن ارتقای سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی بیماران است، پژوهش‌های متعددی در سایر کشورهای جهان در زمینه‌ی اثرات بیماری مزمن و نحوه‌ی درمان و مراقبت آن بر سلامت روان و جنبه‌های مختلف زندگی و ابعاد گوناگون شخصیت افراد مبتلا به دیابت صورت پذیرفته ولی تاکنون پژوهشی در رابطه با ارتباط سلامت روانی با روش‌های مقابله‌ای در این بیماران به‌ویژه در کشور ایران با توجه به شیوع بالای دیابت و بافت فرهنگی خاص جامعه انجام پذیرفته است. این در حالی است که شناسایی روش‌های مقابله‌ای مرتبط با سلامت روانی در این بیماران، می‌تواند اتخاذ تصمیمات مناسب در ارتباط با آموزش این بیماران و خصوصاً آموزش روش‌های مقابله‌ای را تسهیل نماید. لذا در این مطالعه، تلاش شده است علاوه بر تعیین روش‌های مقابله‌ای در مبتلایان به دیابت، ارتباط آن با سلامت روانی این بیماران نیز بررسی شود.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) می‌باشد که جهت انجام آن، تعداد ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت (۱۰۰ زن و ۱۰۰ مرد) مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل در سال ۱۳۸۵ به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. تشخیص دیابت براساس معیارهای پذیرفته شده‌ی بین‌المللی (معیارهای آزمایشگاهی) از جمله قند ناشتای

^۴Folkman-Lazarus

^۵General Health Questionnaire-28

^۶Goldberg and Hiller

^۱Acceptance

^۲Thought Rumination

^۳Catastrophizing

جدول ۱- مقایسه نمره‌ی سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت به تفکیک

متغیرهای مورد مطالعه			
متغیر	تعداد	نمره‌ی سلامت روان*	P
سن	≤۴۰ (سال)	۲۹/۷۱±۱۴/۱	۰/۰۱۵
	>۴۰ (سال)	۳۴/۱۱±۱۶/۳۷	
جنس	مرد	۲۸/۴۵±۱۴/۳۷	۰/۰۲
	زن	۳۳/۳±۱۵/۸۶	
اشتغال	شاغل	۳۶/۸۵±۱۴/۳۱	۰/۱۲
	بی‌کار	۳۱/۲۳±۱۳/۲۷	
طول مدت بیماری	≤۴ (سال)	۲۹/۸±۱۳/۳۱	۰/۰۴
	>۴ (سال)	۳۶/۸±۱۵/۸۱	
جمع کل	۱۹۳	۳۰/۳۹±۱۵/۱۳	

* انحراف معیار ± میانگین

هم‌چنین در بررسی بیماران براساس پرسش‌نامه‌ی فولکمن لازاروس، نشان داده شد که افراد مبتلا به دیابت در مقابله با مشکلات زندگی از میان ۸ روش مقابله‌ای مورد بررسی، بیشتر از روش مقابله‌ای گریز اجتناب استفاده می‌کنند و از روش مقابله‌ای مسئولیت‌پذیری کمتر از سایر روش‌های مقابله‌ای بهره می‌برند (جدول ۲).

نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد که روش‌های مقابله‌ای گریز اجتناب ($P < ۰/۰۰۱$)، حل مدبرانه‌ی مسئله ($P < ۰/۰۱$) و مقابله‌ی رویارویی ($P < ۰/۰۱$) به ترتیب اولویت می‌توانند سلامت روانی بیماران را پیش‌بینی کنند و سهم روش مقابله‌ای گریز اجتناب در پیش‌بینی سلامت روانی بالاتر از سایر

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار روش‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به

دیابت مورد مطالعه		
روش‌های مقابله	میانگین	انحراف معیار
مقابله‌ی رویارویی	۸/۲۵	۳/۹۹
دوری‌جویی	۸/۶۶	۳/۶۳
خویش‌داری	۹/۹۰	۴/۳۲
جستجوی حمایت اجتماعی	۱۰/۳۴	۳/۹۵
مسئولیت‌پذیری	۴/۶۳	۲/۶۸
گریز اجتناب	۱۲/۲۵	۳/۴۰
حل مدبرانه‌ی مسئله	۷/۹۵	۲/۸۹
ارزیابی مجدد مثبت	۱۱/۰۱	۳/۵۳

به‌ترتیب عبارت‌اند از ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۳ و ۰/۷۵، ۰/۶۹، ۰/۸۸، ۰/۸۹ و ۰/۱۳). هم‌چنین اعتبار این پرسش‌نامه ۰/۶۷ الی ۰/۷۶ و پایایی تنصیف ۰/۸۳ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است. پایایی این آزمون در مطالعه‌ی حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ بود. پایایی زیر مقیاس‌های این پرسش‌نامه یعنی علایم جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۷۷ و ۰/۸۸ بود.

شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش انفرادی بوده و در محل بیمارستان جمع‌آوری شده است. برای این که بتوان عامل خستگی و زمان را به‌عنوان متغیرهای مزاحم کنترل کرد، جمع‌آوری اطلاعات برای همه‌ی آزمودنی‌ها قبل از مراجعه به پزشک انجام گرفت. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۳ و روش‌های آمار توصیفی مانند محاسبه‌ی فراوانی و درصد و روش‌های آمار استنباطی چون تحلیل رگرسیون لجستیک و تی مستقل استفاده شد.

نتایج

تعداد ۱۹۳ بیمار مبتلا به دیابت وارد مطالعه شدند که ۹۹ نفر (۵۱/۳٪) از آن‌ها زن و ۹۴ نفر (۴۸/۷٪) مرد بودند. میانگین سنی بیماران ۵۵/۵±۱۰/۵ سال با حداقل ۲۹ و حداکثر ۸۲ سال بود. سن ۱۷۳ نفر (۸۹/۵٪) از بیماران بالای ۴۰ سال بود. از نظر وضعیت اشتغال ۷۰ نفر (۳۶/۲٪) شاغل بودند. از نظر سابقه‌ی ابتلا به دیابت، میانگین طول مدت بیماری ۲/۲۵±۱/۷ سال بود که بیشترین بیماران (۴۱/۴٪) سابقه‌ی دیابت به مدت کمتر از یک سال داشتند.

میانگین نمره‌ی سلامت روان به دست آمده از پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی برای بیماران ۳۰/۳۹±۱۵/۱۳ بود و در مجموع ۵۴ درصد از افراد، مشکوک به اختلال روانی بودند، ۶۳ درصد افراد نشانه‌های جسمانی‌سازی، ۵۶ درصد علایم اضطرابی، ۶۶ درصد علایم اختلال در عملکرد اجتماعی و ۳۳ درصد دارای علایم افسردگی بودند. در ارزیابی سلامت روان بیماران به تفکیک متغیرهای مطالعه، بین متغیرهای سن، جنس و طول مدت بیماری با سلامت روان رابطه‌ی معنی‌دار آماری یافت گردید ولی بین وضعیت اشتغال و سلامت روان رابطه‌ی یافت نشد (جدول ۱).

جدول ۳- آنالیز رگرسیون لجستیک ارتباط روش‌های مقابله‌ای و متغیرهای جمعیت‌شناختی با سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت

متغیر	ضریب غیر استاندارد			t	سطح معنی داری
	B	Std.Error	Beta		
سن	۰/۸۳۱	۰/۴۰۱	۰/۰۹	۱/۸۵	۰/۰۸۲
جنس	۱/۶۹۱	۰/۶۵۸	۰/۲۹	۳/۲۱	۰/۰۰۶
طول مدت بیماری	-۱/۲۰۶	۰/۳۹۹	۰/۴۲۰	-۰/۰۱۰	۰/۰۴۱
مقابله‌ی رویارویی	۱/۵۴۸	۰/۴۹۹	۰/۲۸۱	۳/۱۰۰	۰/۰۰۲
دوری جویی	-۰/۵۱۴	۰/۵۸۹	-۰/۱۰۶	-۰/۸۷۲	۰/۳۸۵
خویش‌داری	-۰/۰۹۸	۰/۴۱۷	-۰/۰۲۸	-۰/۲۳۵	۰/۸۱۵
جستجوی حمایت اجتماعی	-۰/۴۳۳	۰/۴۱۰	-۰/۰۹۸	-۱/۰۵۶	۰/۲۹۳
مسئولیت‌پذیری	۰/۷۲۸	۰/۶۱۴	-۰/۰۹۸	۱/۱۸۵	۰/۲۳۹
گریز اجتناب	۱/۳۵۳	۰/۳۹۱	۰/۲۸۸	۳/۴۶۱	۰/۰۰۱
حل‌مدبرانه‌ی مسئله	-۱/۸۳۹	۰/۵۸۸	-۰/۴۰۲	-۳/۱۲۹	۰/۰۰۲
ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۸۴۹	۰/۴۷۹	-۰/۱۷۸	-۱/۷۷۱	۰/۰۷۹

افسردگی، جسمانی‌سازی علایم و در نهایت اختلال در عملکرد اجتماعی این بیماران می‌شود.

هم‌چنین نتایج این مطالعه نشان داد که مردان مبتلا به دیابت از نظر سلامت روانی دارای میانگین ۲۸/۴۵ و انحراف معیار ۱۴/۳۷ می‌باشند و زنان مبتلا به دیابت دارای میانگین ۳۳/۳۰ و انحراف معیار ۱۵/۸۶ می‌باشند و بین دو گروه زن و مرد از نظر سلامت روانی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$) به طوری که زنان مبتلا به دیابت از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند و بیشتر مشکوک به اختلال روانی هستند. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام گرفته در جهان و ایران مانند پژوهش نوربالا و همکاران، فونز^۱ و همکاران و روکا^۲ هم‌خوانی دارد (۱۶-۱۴).

شواهد نشان می‌دهند که شیوع بالای اختلال‌های روانی در زنان قبل از همه به نقش‌های جنسی و زناشویی آن‌ها مربوط می‌شود (۱). اکثر زنان به یک نقش اجتماعی عمده یعنی خانه‌داری محدود هستند و در صورت شاغل بودن، کارهای روزمره‌ی خانه‌داری نیز بر عهده‌ی آنان می‌باشد، لذا نسبت به مردان و در مقایسه با آنان تحت تنش و فشار بیشتری هستند. علاوه بر موارد فوق، محدود بودن زنان در مشارکت‌های اجتماعی، عوامل زیستی، محیطی و ازدواج از جمله عواملی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز شیوع

روش‌های مقابله است. هم‌چنین از بین متغیرهای جمعیت‌شناختی، اثر متغیر سن بعد از ورود به مدل از بین رفت ($P = ۰/۰۸$) و تنها بین متغیرهای جنس و طول مدت بیماری با سلامت روان رابطه‌ی معنی‌دار باقی ماند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که ۶۳ درصد افراد مبتلا به دیابت دارای نشانه‌های جسمانی‌سازی علایم هستند. ۵۶ درصد علایم اضطرابی، ۶۶ درصد نشانه‌های اختلال در عملکرد اجتماعی و ۳۳ درصد علایم افسردگی دارند و در مجموع ۵۴ درصد از افراد مبتلا به دیابت، مشکوک به اختلال روانی هستند. ضمن این که سلامت روان این افراد رابطه‌ی معکوس با طول مدت بیماری ایشان دارد، یعنی بیمارانی که طول مدت بیماری آن‌ها بیش از ۴ سال است، از سلامت روان کمتری برخوردارند. این یافته‌ها با نتایج تحقیقات ذره‌حسابی و شهرزاد هم‌خوان است (۱۱، ۹). هم‌چنین با نتایج تحقیق حسینی که شیوع افسردگی را در بیماران مبتلا به دیابت ۴۴ درصد و در زنان بیش از مردان گزارش نموده است، هم‌خوانی دارد (۸). در تبیین این نتایج می‌توان گفت با توجه به این که بیماران به دلیل رژیم‌های شدید غذایی و تلاش‌های مستمر برای تنظیم اعمال روزانه‌ی خود احساس تنش می‌کنند، لذا افزایش میزان فشار و تنش‌های روانی به دلیل رژیم‌های سخت و طولانی‌مدت و بازخوردهای محیطی باعث کاهش میزان سلامت روانی و افزایش اضطراب،

¹Fones

²Roca

به طور کلی این مطالعه نشان داد که متغیرهای سن و جنس و روش‌های مقابله‌ای با سلامت روان بیماران مبتلا به دیابت رابطه دارند و سهم روش مقابله‌ای گریز اجتناب در پیش‌بینی سلامت روانی بیماران بالاتر از سایر روش‌های مقابله‌ای است. ناآگاهی درمورد روش‌های مناسب برخورد با مشکلات سبب استفاده‌ی بیماران از روش هیجان‌مدار گریز اجتناب، آرامش لحظه‌ای حاصل از آن و گرفتار شدن در چرخه‌ی معیوب بیماری می‌شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به پایین بودن سطح آگاهی مردم، وجود حالت تدافعی و پنهان‌کاری در برخی از افراد مورد بررسی و طولانی بودن پرسش‌نامه‌ی روش‌های مقابله‌ای فولکمن-لازاروس اشاره نمود. شایسته است در تحقیقات تکمیلی با حجم نمونه بیشتر به این مسئله و نیز تاثیر مداخلات اصلاحی بر سیر بیماری پرداخت.

بالاتر اختلال‌های روانی در زنان نسبت به مردان باشند. هم‌چنین در این مطالعه نشان داده شد که روش‌های مقابله‌ای گریز اجتناب ($P < 0/01$)، حل‌مدیرانه‌ی مسئله ($P < 0/01$) و مقابله‌ی رویارویی ($P < 0/01$) به ترتیب اولویت می‌توانند سلامت روانی را پیش‌بینی کنند و سهم روش مقابله‌ای گریز اجتناب در پیش‌بینی سلامت روانی بیماران مبتلا به دیابت بالاتر از سایر روش‌های مقابله‌ای است. با توجه به این که استفاده از روش مقابله‌ای گریز اجتناب در برخورد با مشکلات باعث تداوم و تعمیم مشکل به سایر جنبه‌های زندگی بیمار می‌شود لذا در دیابتی‌ها می‌تواند عامل مهمی جهت پیش‌بینی میزان سلامت روانی آن‌ها باشد. این یافته نیز با نتایج تحقیق کرایچ، پریم بوم، گارنفسکی و ویلهلم^۱ و همکاران همسویی دارد (۱۷، ۱۲).

¹Kraaij, Primboom, Garnefski and Wilhelm

References

1. Sarason B, Iron J. [Disease psychology]. Najjarian B. (translator). 4th ed. Tehran: Roshd; 2000: 67-9. (Persian)
2. Rekabdar M. [Appling of distinction analysis for diagnosing of diabetic patients in Tehran]. Research project. Tehran: Tarbiat Modarres University, 2000: 41-3. (Persian)
3. Livneh H, Wilson LM. Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adapptation. Rehabil Couns Bull 2003; 46: 194-208.
4. Kleing CL. [Copying with life challenges]. Narimani M. (translator). Tehran: Astone Ghods; 2004: 12-20. (Persian)
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984: 256-69.
6. Kaplan H. [Clinical psychiatry and behavioral science]. Poorafkari N. (translator). Tehran: Omide Enghelab; 2000: 201-6. (Persian)
7. WHO. [Life skills training courses]. Ghasemababdi R, Mohammadkhani P. (translators). Tehran: Welfare Organization, Deputy of Cultural and Prevention; 2000: 122-37. (Persian)
8. Hosseini J. [Survey of depression rate among diabetic patients with type II of diabetes in the educational therapeutic center of Amol City]. M.Sc. Dissertation. Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute, 1994: 99-101. (Persian)
9. Zarrehesabi Sh. [Survey of psychosocial problems of diabetic adolescents and comparison with non-diabetic adolescents selected from Tehran District]. M.Sc. Dissertation. Shahid Beheshti University of Medical Sciences, College of psychology and humanities, 1994: 1-8. (Persian)
10. Vaghar Anzabi M. [Comparison of emotional disorder and self-esteem between diabetic and non-diabetic patients]. M.Sc. Dissertation. Tarbiat Moallem University, College of psychology and humanities, 1999: 1-8. (Persian)
11. Shahrzad MK. [Comparative survey of attitude toward life of diabetic patients' referrer to diabetes center with control group in Isfahan City]. Research project of research deputy. Isfahan University of Medical Sciences, College of psychology and humanities, 1996: 1-8. (Persian)

12. Kraaij V, Primboom E, Garnefsky N. Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Ment Health* 2002; 6(3): 275-81.
13. Lazarus RS. From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annu Rev Psychol* 1993; 44: 1-21.
14. Noorbala AA, Mohammad K, Bagheri Yazdi A. [Prevalence of psychiatric disorder in Tehran City]. *Hakim Journal* 1999; 2(4): 212-23. (Persian)
15. Fones CS, Kua EH, Ng T, Ko SM. Studying the mental health of Singapore. *Sing Med J* 1998; 53: 250-1.
16. Roca M, Gili M, Ferrer V, Bernardo M, Monttano JJ, Salva JJ, et al. Mental disorders on the island of Fomentra, Spain: Prevalence in general population using the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 410-5.
17. Wilhelm K, Roy K, Brownhill S, Parker G. Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 45-53.