

رابطه سبک‌های مقابله‌ای با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو

عباس بیات اصغری^۱، سحر موسی نژاد^۲، مینا عسگری^۳، عباس رضانی فرانی^۴، جواد جواهری^{۵*}

چکیده

مقدمه: افزایش دانش بیماران به تنهایی برای کنترل بیماری خود کافی نبوده و نیاز است که توانایی‌ها و مهارت‌هایی برای مقابله موثر با استرس‌های حاصل از دیابت کسب کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

روش‌ها: در یک طرح پژوهشی مقطعی تعداد ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع دو با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند. این بیماران پرسشنامه‌های راه‌های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن و پرسشنامه تبعیت از درمان را تکمیل کردند. در این مطالعه از آزمون همبستگی اسپیرمن و مدل رگرسیون خطی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار Spss استفاده شد.

یافته‌ها: خرده مقیاس‌های سبک مسئله مدار و هیجان‌مدار با تبعیت از درمان ارتباط معنی‌داری داشتند. بدین صورت که بین سبک مسئله مدار با تبعیت از درمان رابطه معنی‌دار مستقیم وجود دارد ($P < 0/05$) و بر اساس تحلیل رگرسیونی خطی با افزایش مسئله مداری، تبعیت از درمان نیز افزایش می‌یافت. بین سبک هیجان‌مدار با تبعیت از درمان رابطه معنی‌دار معکوس وجود داشت ($P < 0/05$) که بر اساس تحلیل رگرسیونی خطی با افزایش هیجان‌مداری، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش بر وجود ارتباط معنی‌دار بین سبک‌های مقابله‌ای مسئله مدار و هیجان‌مدار با پیروی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی تاکید می‌کند.

واژگان کلیدی: دیابت، سبک‌های مقابله، تبعیت از درمان

۱- شبکه بهداشت و درمان خمین، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۲- مربی بهداشت مدارس آموزش و پرورش شهرستان، خمین، ایران

۳- گروه داخلی جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

۴- گروه روانپزشکی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۵- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

***نشانی:** اراک، سردشت، میدان بسیج، مجتمع آموزشی پردیس (پیامبر اعظم)، دانشکده پزشکی، گروه پزشکی اجتماعی، کد پستی:

۶۹۴۱-۷-۳۸۴۸۱، تلفن: ۰۲۹-۰۸۶۳۴۱۷۳۵۰۲، نامبر: ۳۵۰۲، پست الکترونیک: Dr.javaheri@arakmu.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۱۰/۳۰

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۳/۱۰/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۰۹/۰۲

مقدمه

راهبردهای مقابله مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر، تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به‌کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود. دو راهبرد اصلی مقابله عبارتند از: راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار^۱ که شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجانات حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کند. راهبرد مقابله‌ای مساله مدار^۲ شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا است و سعی در حذف یا تغییر منبع تنیدگی دارد [۱]. شواهد نشان می‌دهد که افزایش اطلاعات بیماران به تنهایی کافی نیست بلکه افزایش توانایی‌های بیمار در مقابله موثر با استرس‌های حاصل از دیابت در زندگی روزمره از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، چرا که بخش عمده‌ای از بار مدیریتی بیماری بر دوش بیماران است [۲].

از جمله مداخلاتی که می‌بایست در این زمینه صورت پذیرد افزایش مداخلات آموزشی روانی شامل افزایش مهارت کنار آمدن بیماران با بیماری خود، تشکیل گروه‌های خودگردان، ارتباط با گروه‌های حمایتی و اردویی و ایفای نقش می‌باشد [۳]. نتایج مطالعات Piko بیان می‌دارد که بیماری‌های استرس‌مدار و وخیم‌تر شدن وضعیت سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می‌شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می‌کنند [۴]. همچنین تحقیقات Bryant نشان می‌دهد مقابله اجتنابی به‌عنوان راهبردی کوتاه مدت ممکن است کارآمد بوده، اما در دراز مدت مانع سازش روان‌شناختی می‌شود و نشانه‌های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می‌دهد [۵]. مطالعات نشان داده‌اند که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن، عملکرد فیزیکی، گسترش عوارض، وضعیت روانی و ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا تأثیرات منفی داشته باشد و منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود. از طرفی کیفیت زندگی این بیماران به‌طور قابل ملاحظه‌ای تحت تأثیر شیوه مقابله فرد با مسائل پیش رو قرار می‌گیرد [۶].

Graue و همکاران در مطالعه خود دریافتند که کنترل متابولیک ضعیف و سطح پایین کیفیت زندگی در افراد دیابتی به‌طور معناداری با به‌کارگیری بیشتر روش‌های مقابله هیجان مدار مرتبط است. روش‌های مقابله مسئله مدار به‌طور مثبت با کنترل متابولیک بهتر و سطح بالای کیفیت زندگی افراد دیابتی ارتباط دارند [۷]. Coelho و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که این بیماران بیشتر تمایل دارند بیماری خود را به‌عنوان یک تهدید قلمداد کنند و نه یک چالش، بنابراین آن‌ها بیشتر روش مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی را به‌کار می‌گیرند. این محققان نشان دادند که روش‌های مقابله‌ای به‌طور معناداری با ابعاد مختلف زندگی بیماران دیابتی مرتبط است و اشکال در تطابق و سازگاری با بیماری می‌تواند تأثیر منفی بر کنترل متابولیک داشته باشد [۸]. در مطالعه‌ای که توسط Gafvels & wandel در بیماران مبتلا به دیابت در سوئد انجام شده است نشان داد که این بیماران روش‌های مقابله‌ای مسئله مدار را بیشتر از روش‌های مقابله‌ای هیجان مدار به‌کار می‌گیرند [۹].

مطالعه Turan و همکاران در ترکیه با موضوع بررسی نقش راه‌های مقابله‌ای با بیماری دیابت در پیروی از رژیم درمانی، وجود ارتباط بین نوع و روش مقابله با بیماری و میزان پیروی از رژیم درمانی را نشان داد. همچنین در مدل رگرسیونی به‌کار رفته در این مطالعه مشخص گردید نحوه مقابله با بیماری به عنوان عامل مهم پیشگویی کننده برای متغیرهای پیامد بیماری به‌شمار می‌رود [۱۰]. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه سبک‌های مقابله‌ای بر میزان تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

روش‌ها

مطالعه پیش رو یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که به روش میدانی و پیمایشی انجام شده است. جامعه آماری را بیماران مراجعه کننده به درمانگاه دیابت شهرستان خمین تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع دو حداقل به مدت یک سال، تحصیلات حداقل سوم راهنمایی، سن ۶۵-۲۰ سال، وجود آزمایش HbA1c در پرونده بیمار که حداکثر طی یک ماه گذشته انجام شده باشد، می‌باشد.

¹ Emotional

² Problem-focused coping strategies

توسط لازاروس و فلکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت، این پرسشنامه دامنه وسیعی از افکار و اعمالی که افراد هنگام مواجهه با شرایط تنش‌زای درونی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این آزمون دارای ۸ زیر مقیاس: مقابله مستقیم، فاصله گرفتن، خود کنترلی، طلب حمایت اجتماعی، پذیرش مسئولیت، گریز-اجتناب، حل مساله برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت است. اعتبار و روایی پرسشنامه راه‌های مقابله لازاروس و فولکمن در مطالعه‌ای در سال ۱۳۷۴ مورد بررسی قرار گرفته است که در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه برابر ۰/۸۴ به دست آمده است [۱۲].

برای تجزیه و تحلیل نتایج از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. برای آزمون فرضیات پژوهشی از آزمون همبستگی اسپیرمن و مدل رگرسیون خطی استفاده گردید. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار Spss نسخه ۱۶ بود.

یافته‌ها

از ۱۰۰ نفر بیمار دیابتی که پژوهش را به پایان رساندند ۴۷ نفر آن‌ها زن و ۵۳ نفر مرد بودند. از نظر سطح تحصیلات ۴۰٪ در سطح راهنمایی، ۱۶٪ متوسطه، ۳۲٪ دیپلم، ۱۲٪ دارای تحصیلات تکمیلی بودند. از این بیماران ۷۲٪ ساکن شهر و ۲۸٪ ساکن روستا و همچنین ۸۶٪ متأهل، ۸٪ مجرد، ۶٪ بیوه بودند. از لحاظ توزیع سنی بیماران در رده‌های گروه سنی ۵۰-۵۹ (۳۲٪)، ۴۰-۴۹ (۲۹٪)، ۳۰-۳۹ (۱۷٪)، ۶۵-۶۰ (۱۲٪) و ۲۹-۲۰ (۱۰٪) قرار داشتند. بیشتر نمونه‌های مورد مطالعه در این پژوهش سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار را در مقابل تنش‌ها و استرس‌ها به کار می‌بردند (۵۵٪) در حالی که ۴۵٪ از بیماران از سبک مقابله‌ای مسئله‌مدار استفاده می‌کردند. بر اساس زیر مقیاس‌های پرسشنامه لازاروس و فولکمن بیشتر بیماران دیابتی مورد بررسی از خرده مقیاس‌های خود کنترلی و ارزیابی مجدد مثبت بهره می‌بردند اما خرده مقیاس مسئولیت‌پذیری کم‌ترین راهبرد آن‌ها برای برخورد با مشکلات بوده است (جدول ۱).

معیارهای خروج از مطالعه، ابتلا به بیماری‌های قلبی و عروقی و ابتلا به اختلالات روانپزشکی می‌باشد. همچنین بیماران دیابتی مبتلا به انواع پیشرفته عوارض ناشی از دیابت مانند نارسائی کلیه، زخم پای دیابتی و قطع عضو، رتینوپاتی همراه با کاهش دید شدید که به احتمال زیاد دچار اختلالات روانی همراه می‌باشند وارد مطالعه نشدند. تعداد نمونه‌ها ۱۰۰ بیمار بود که براساس روش نمونه‌گیری در دسترس و آسان و با توجه به معیارهای ورود و خروج از بین بیماران پرونده‌دار انتخاب می‌شدند. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از توضیحات لازم به صورت تماس تلفنی و حضوری در خصوص اهداف پژوهش و کسب موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه توسط آن‌ها تکمیل می‌شد و در خواست دعوت از ایشان به منظور حضور در یک جلسه ۲۵ نفری از بیماران در تاریخ مشخص به عمل می‌آمد. برای پوشش کل حجم نمونه چهار جلسه در تاریخ‌های متفاوت تشکیل گردید. در تمامی جلسات هنگام اجرای آزمون پژوهشگر در کنار آزمودنی‌ها در زمان تکمیل پرسشنامه حضور داشت و راهنمایی‌های لازم را به آن‌ها ارائه می‌داد.

پس از اتمام اجرای آزمون، پژوهشگر مطالبی برای آشنایی بیماران با بیماریشان و تاثیر مشکلات روانشناختی بر روند بیماری دیابت ارائه می‌داد.

برای گردآوری اطلاعات مربوط به متغیرهای مطالعه یعنی سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار و میزان تبعیت از درمان در بیماران از پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنگ فرم کوتاه، پرسشنامه راه‌های مقابله فولکمن و لازاروس (Ways of Coping Questionnaire) WCQ و پرسشنامه تبعیت از درمان استفاده شد.

پرسشنامه تبعیت از درمان دارای ۱۳ سوال است که برگرفته از پرسشنامه اندازه‌گیری تبعیت از درمان ساخته چری هراندز در سال ۱۹۹۷ در ایالت ویندسور کشور آمریکا می‌باشد که روایی و پایایی پرسشنامه مربوطه مورد تایید محققین کشورمان قرار گرفته است می‌باشد [۱۱].

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن و لازاروس یک آزمون ۶۶ ماده‌ای است که بر اساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای

جدول ۱ - میانگین، انحراف معیار و دامنه نمرات خرده مقیاس‌ها (مسئله مدار و هیجان مدار) برگرفته از پرسشنامه راه های مقابله‌ای لازاروس و فولکمن

| زیر مقیاس‌ها | دامنه تغییرات | انحراف معیار | میانگین |
|---------------|---------------|--------------|---------|
| مقابله مستقیم | ۱-۱۶ | ۳/۱۶ | ۸/۴ |
| فاصله گرفتن | ۲-۱۹ | ۳/۶ | ۹/۳ |
| خود کنترلی | ۴-۲۱ | ۳/۹ | ۱۱/۷ |
| حمایت اجتماعی | ۱-۱۸ | ۳/۹ | ۱۰/۹۶ |
| مسئولیت پذیری | ۲-۱۶ | ۲/۴ | ۶/۹۷ |
| حل مسئله | ۱-۱۸ | ۲/۶ | ۱۰/۶۷ |
| گریز و اجتناب | ۱-۱۹ | ۴/۴ | ۱۰/۸۳ |
| ارزیابی مجدد | ۲-۲۱ | ۳/۵ | ۱۱/۷ |

برای بیان چگونگی ارتباط بین متغیر هیجان مداری و متغیر تبعیت از درمان از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این مدل مشخص گردید که اولاً بین سبک مقابله‌ای هیجان مداری و تبعیت از درمان ارتباط خطی منفی و مستقیم وجود دارد ($P < 0/014$) و ثانیاً با توجه به ضریب تعیین به دست آمده در مجموع هیجان مداری ۴/۲٪ از میزان تبعیت از درمان را در این بیماران تبیین می‌کند. لذا با توجه به مقدار و جهت ضریب رگرسیونی به دست آمده می‌توان گفت که با افزایش هیجان مداری، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد (جدول ۲).

در ارزیابی میزان پیروی بیماران از دستورات و توصیه‌های درمانی (تبعیت از درمان) میزان پیروی از درمان نمونه‌ها به صورت ۶٪ نامناسب، ۲۴٪ تا حدی مطلوب، ۵۸٪ مطلوب و ۲۲٪ خیلی مطلوب بوده که بیشترین میزان مربوط به گروه مطلوب می‌باشد. به منظور بررسی وجود ارتباط بین متغیر سبک‌های مقابله‌ای (هیجان مدار و مسئله مدار) با متغیر تبعیت از درمان از آزمون همبستگی اسپیرمن استفاده شد که با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده بین دو متغیر این آزمون نشان داد، متغیرهای هیجان مداری ($F = -0/244$) و مسئله مداری ($F = 0/244$) با تبعیت از درمان ارتباط معنی دار و به ترتیب مستقیم منفی و مستقیم مثبت دارند ($P < 0/05$).

جدول ۲- شاخص ضریب رگرسیون سبک مقابله‌ای هیجان مدار بر میزان تبعیت از درمان

| مدل | ضریب رگرسیون (بتا) | مقدار آمار | مقدار احتمال* (P value) |
|-------------|--------------------|------------|-------------------------|
| ثابت | ۰/۳۳۷ | ۲۵/۲۹ | ۰/۰۱۲ |
| هیجان مداری | -۲/۴ | -۲/۶۶ | ۰/۰۱۴ |

* معنی دار در سطح کم‌تر از ۰/۰۵

ضریب تعیین به دست آمده در مجموع هیجان مداری ۴/۲٪ از میزان تبعیت از درمان را در این بیماران تبیین می‌کند. لذا با توجه به مقدار و جهت ضریب رگرسیونی به دست آمده می‌توان گفت که با افزایش مسئله مداری، تبعیت از درمان افزایش می‌یابد (جدول شماره ۳).

برای بیان چگونگی ارتباط بین متغیر مسئله مداری و متغیر تبعیت از درمان از مدل رگرسیون خطی استفاده شد. با توجه به نتایج به دست آمده از این مدل مشخص گردید که اولاً بین سبک مقابله‌ای مسئله مدار و تبعیت از درمان ارتباط خطی مثبت و مستقیم وجود دارد ($P < 0/014$) و ثانیاً با توجه به

جدول شماره ۳- شاخص ضریب رگرسیون سبک مقابله‌ای مسئله مدار بر میزان تبعیت از درمان

| مدل | ضریب رگرسیون (بتا) | مقدار آمار | مقدار احتمال* (P value) |
|-------------|--------------------|------------|-------------------------|
| ثابت | ۰/۳۳۷ | ۲۴/۲۹ | ۰/۰۱۲ |
| هیجان مداری | ۲/۴ | ۲/۶۶ | ۰/۰۱۴ |

بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های مقابله‌ای با میزان تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد بین دو متغیر هیجان مدار و مسئله مدار سبک‌های مقابله‌ای با تبعیت از درمان رابطه معنی‌داری وجود دارد، به‌نحوی که بین متغیر سبک مقابله‌ای هیجان مداری و تبعیت از درمان رابطه معنی‌دار معکوس و بین سبک مقابله‌ای مسئله مداری و تبعیت از درمان رابطه معنی‌دار مستقیم وجود دارد.

نتایج این تحقیق با مطالعات Graue و همکاران که در پژوهش خود دریافتند که کنترل متابولیک ضعیف و سطح پایین کیفیت زندگی در افراد دیابتی به‌طور معنی‌داری با به‌کارگیری بیشتر روش مقابله‌ای هیجان مدار مرتبط است و روش مقابله‌ای مسئله مدار به‌طور مثبت با کنترل متابولیک بهتر و سطح بالای کیفیت زندگی افراد دیابتی ارتباط دارند هم‌خوانی دارد [۷]. Coelho و همکاران در مطالعه‌ای بر روی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که این بیماران بیشتر تمایل دارند بیماری خود را به‌عنوان یک تهدید قلمداد کنند و نه یک چالش بنابراین آنان بیشتر روش مقابله‌ای هیجان مدار و اجتنابی را به‌کار می‌گیرند. نتایج مطالعه حاضر نیز همانند نتایج این مطالعه می‌باشد [۸].

همچنین نتایج این تحقیق با پژوهش Gafvels & wandel که میزان استفاده بیماران دیابتی از روش هیجان مدار را بیش از روش مقابله‌ای مسئله مدار گزارش کرده‌اند یکسان است [۹]. از طرفی یافته‌های این مطالعه با نتایج سایر مطالعاتی که نشان داده‌اند با به‌کارگیری روش مقابله‌ای مسئله مدار، تبعیت از درمان افزایش و در صورت استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد و اینکه روش هیجان مدار در کاهش کیفیت زندگی و روش مسئله مدار در افزایش آن نقش دارد هم‌خوانی دارد [۴، ۵، ۱۲]. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Turan و همکاران در ترکیه که بیان می‌دارد نوع سبک مقابله با بیماری دیابت و میزان پیروی از رژیم درمانی در این بیماران رابطه داشته و به‌عنوان یک عامل پیشگو کننده است، بسیار نزدیک بوده و تا حد زیادی یکدیگر را تایید می‌کنند [۱۰].

بر اساس نتایج مطالعه حاضر و دیگر مطالعات که به آن‌ها اشاره شد می‌توان گفت در صورت استفاده از روش مقابله‌ای هیجان مدار، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد. بدین ترتیب بهتر است در برنامه مراقبتی از بیماران دیابتی نوع دو، به نوع انتخاب روش مقابله‌ای برای مواجهه با بروز استرس‌های ناشی از این بیماری، از جمله مسئله مداری و هیجان مداری توجه بیشتری شود. لازم است به منظور افزایش تبعیت از درمان و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران، مداخلاتی جهت آموزش روش‌های مسئله مدار صورت گیرد.

باتوجه به اینکه بیماران دیابتی در خطر بالایی برای ابتلا به اختلالات روانشناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن هستند لذا تشخیص این اختلالات و توجه به آن‌ها یکی از مسئولیت‌های مهم پزشکانی می‌باشد که به درمان این بیماران می‌پردازند. این پزشکان، باید با نیازهای روزانه مراقبت از دیابت و آموزش مهارت کنار آمدن با مشکلات بیماری که برای کمک در جهت مدیریت نیازهای روزانه زندگی آن‌ها طراحی شده آشنایی داشته باشند. محدودیت‌های این مطالعه شامل پایین بودن حجم نمونه، تعداد زیاد مواد پرسشنامه‌ها و عدم تمایل تمام دعوت شدگان در انجام طرح تحقیقاتی به‌خاطر مسائل فرهنگی بود که این امر در قدرت تعمیم‌پذیری نتایج تاثیر می‌گذارد. پیشنهاد می‌شود در کشور برای غربال‌گری، ارجاع و درمان بیماران دیابتی دارای مشکلات روانشناختی راهنماهای عملی طراحی گردد. همچنین به‌طور گسترده‌ای از روانشناسان و مشاوران آموزش دیده در برنامه‌های مراقبتی و درمانی این بیمار ان استفاده شوند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مورد ارتباط سبک‌های مقابله‌ای با تبعیت از درمان همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است. طبق یافته‌های این پژوهش سبک مقابله‌ای هیجان مداری تاثیر منفی بر تبعیت از درمان دارد اما افرادی که از سبک مقابله‌ای مسئله مدار بهره می‌برند در پیروی و تبعیت از درمان بیماری دیابت موفق‌تر و موثرتر عمل می‌کنند. پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه روش هیجان مدار در کاهش کیفیت زندگی و روش مسئله مدار در افزایش آن نقش دارد

دیابت شهرستان خمین و دیگر مراکز شهری و روستایی این شهرستان که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را داریم. لازم به ذکر است که منبع تامین کننده مالی این مطالعه واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اراک می باشد.

مداخلاتی جهت آموزش روش های مسئله مدار صورت گرفته و این موضوعات مورد پژوهش بیشتری قرار گیرند.

سپاسگزاری

از استاد ارجمند جناب آقای دکتر عباس رمضان‌فرانی استادیار انستیتو روانپزشکی تهران، و همچنین پرسنل کلینیک

مأخذ

۱. غضنفری، فیروزه. بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. *اصول بهداشت روانی* ۱۳۸۷. دوره ۱۰، شماره ۳۷.
2. Gross AM, Heimann L, SHAPIRO R, Schultz RM. children with diabetes. Social skills training with hemoglobin A1c levels. *Behav mod* 1983; 7: 151 – 164.
۳. اسنوک فرانک بی. جنبه‌های روانشناختی بیماری دیابت. ترجمه میترا حکیم شوشتری و سیدمسعود ارزاقی. ۱۳۸۹، تهران: گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران.
4. Piko B. Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record* 2001; 51: 223-236.
5. Bryant RA, Harvey AG. Avoidant coping style and post-traumatic stress following motor vehicle accidents. *Behavior Research and Therapy* 1995, 33: 631-635.
6. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glysemic control; a meta analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 934-42.
7. Graue M, Wentzel – Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. The coping styles of adolescents with type diabetes are associated with degree of metabolic control. *Diabetes Care* 2004; 27(6): 1313-17.
8. Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in Patients with non-insulin dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics* 2003; 44(4):312-18.
9. Gafvels C. & Wandell, P.E. Coping Strategies in Men and Women with Type 2 Diabetes in Swedish Primary Care, *Diabetes Research and Clinical Practice* 2006; 71: 280-289.
10. Turan B, Oscar Z, Molzan Turan J, Damci T, Lkova H. The role of copying with disease in adherence to treatment regimen and disease control in type 1 and insulin treated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab* 2002; 28(3):186-193.
11. Aliha J, Asgari M, Khayeri F, Ramazani M, Farajzadegan Z, Javaheri J. Group Education and Nurse-Telephone Follow-Up Effects on Blood Glucose Control and Adherence to Treatment in Type 2 Diabetes Patients. *Int Journal of Preventive Medicine* 2013; 7(4):797-802.
۱۲. ساعتچی، محمود و دیگران (۱۳۹۱)، آزمون های روانشناختی، مؤسسه نشر ویرایش، ویرایش اول، چاپ سوم.
13. Pearlin LI, Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behaviors* 1978; 19 (1):2-21.

THE RELATIONSHIP BETWEEN COPING STYLES WITH ADHERENCE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Abass Bayat Asgari¹, Sahar Mossanejad², Mina Asgari³, Abass Ramazani Farani⁴, Javad Javaheri*⁵,

1. Health and Medicare network of Khomein, Arak University of Medical Sciences, Khomein, Iran
2. Master in public health, Education and Training Staff, Khomein, Iran
3. Medical-Surgical department, Nursing and Midwifery Faculty, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
4. Psychiatric Department, School of Behavioral Sciences and Mental health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
5. Community and Preventive Medicine Specialist, Community Medicine Department, Medical School, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

ABSTRACT

Background: Having high knowledge in patients is not sufficient for disease control and it is necessary to get more skills and capabilities that could be helping in confronting with diabetes associated stresses. This study is aim to assess the relationship between coping styles approaches with adherence to treatment in type 2 diabetic patients.

Methods: In a cross sectional design 100 type 2 diabetic patients were selected by convenience route. Folkman and Lazaros as well as adherence to treatment questionnaires were filled by participants. Data was analyzed by SPSS software version 16, spearman correlation test and linear regression model were used for inferential statistics.

Results: Problem and excitement oriented subscales were significant correlation. The correlation between problem oriented subscale and adherence was positive and significant ($P < 0.05$) so that regression model showed as this subscale increase the adherence was increasing as well. The correlation between excitement oriented subscale and adherence was negative and significant ($P < 0.05$) so that regression model showed as this subscale increase the adherence was decreasing.

Conclusion: The results emphasized that there is significant correlation between copying styles and adherence to treatment in type 2 diabetic patients.

Keywords: Diabetes mellitus, Coping styles, Adherence to treatment

* Iran, Arak, Sardasht, Basij Avenue, Community Medicine Department, Medical School, Paradise Educational Center (Peyambar Azam), 38481-7-6941 TEL:+988634173502-9 Fax: 3502 dr.javaheri@arakmu.ac.ir