نقش راهبردهای مقابله‌ای در مشکلات روانی بیماران دیابتی

مرضیه رامندی[1]، حسین شاره*[2]، اسماعیل سلطانی[3]، فرهاد خرمائی[4]، امین میرزائی[5]

1) مرکز تحقیقات پروتئومیکس، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
2) گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری
3) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
4)گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز
5) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام،

تاریخ دریافت: 91/11/11 تاریخ پذیرش: 92/3/12

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی مشکلات روانی و راهبردهای مقابله‌ای و بررسی نقش راهبردهای مقابله ای در میزان بروز مشکلات روانی در بین بیماران دیابتی بود.

مواد و روش ها: 50 بیمار دیابتی(18 نفر نوع 1 یا وابسته به انسولین و 32 نفر نوع 2 یا غیر وابسته به انسولین) از مرکز بیماران دیابتی مرکز بهداشت شهرستان فیروزآباد به شیوه در دسترس انتخاب و با تکمیل چک لیست راهبردهای مقابله ای و پرسش نامه تجدید نظر شده فهرست علائم 90 سوالی(SCL-90-R) در این پژوهش شرکت کردند. از روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام برای بررسی و تبیین ارتباط بین مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله ای و تحلیل واریانس چند متغیره برای مقایسه دو گروه بیماران دیابتی از نظر مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله ای استفاده شد.

یافته های پژوهش: تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که ابتلا به اختلالات روانی در بیماران دیابتی بالا است و بیماران دیابت نوع 1 نسبت به بیماران دیابت نوع 2 مشکلات روان شناختی بیشتری را تجربه می کنند. بین راهبردهای مقابله ای بیماران دیابت نوع 1 و 2 با یکدیگر تفاوت معناداری وجود نداشت. بین راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و کم اثر با مشکلات روان شناختی ارتباط مثبت و معناداری وجود داشت($P<0.05$) و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد به ویژه راهبردهای هیجان مدار و کم اثر توانستند احتمال ابتلا به اختلالات روانی را پیش بینی نمایند.($P<0.05$)

بحث و نتیجه گیری: راهبردهای مقابله ای نقش موثری در تبیین مشکلات روانی بیماران دیابت دارند.

واژه های کلیدی: دیابت، راهبردهای مقابله ای،مشکلات روانی، سلامت روان

***نویسنده مسئول:** گروه روان شناسی و علوم تربیتی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه حکیم سبزواری

Email: hsharreh@yahoo.com.au

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

مقدمه

هر گونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. روش های مقابله با تغییرات زندگی و تنش های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت های مختلف متفاوت است. دیابت یکی از بیماری های تنش زایی است که شیوع بسیار بالایی دارد. در حال حاضر شیوع دیابت در سراسر دنیا 4 درصد برآورد شده است و انتظار می رود تا سال 2025 شیوع این بیماری تا 5/4 درصد افزایش یابد،(1). دیابت قندی سندرمی است که در آن متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین مختل می شود و به دلیل فقدان ترشح انسولین یا کاهش حساسیت بافت ها به انسولین ایجاد می شود. دیابت دارای دو نوع عمده است: دیابت نوع اول که دیابت قندی وابسته به انسولین(IDDM) نیز نامیده می شود و به دلیل فقدان ترشح انسولین ایجاد می شود و دیابت نوع دوم که دیابت قندی غیر وابسته به انسولین(NIDDM) نامیده می شود و در اثر کاهش حساسیت بافت های هدف نسبت به آثار متابولیک انسولین ایجاد می شود. این کاهش حساسیت به انسولین را غالباً مقاومت به انسولین می نامند. در هر دو نوع دیابت، متابولیسم کلیه مواد غذایی مختل می شود. تأثیر اصلی فقدان انسولین یا مقاومت به انسولین بر متابولیسم گلوکز عبارت است از عدم برداشت و مصرف کافی گلوکز در بیشتر سلول های بدن به استثنای سلول های مغز. در نتیجه غلظت گلوکز خون بالا رفته، مصرف سلولی گلوکز به طور فزاینده کاهش می یابد و مصرف چربی ها و پروتئین ها افزایش پیدا می کند،(2).

ابتلای به بیماری دیابت و الزام بیمار به مراقبت های خاص از خویش موجب چالش های فراوانی در زندگی روزمره می شود که استفاده از رفتارهای مقابله ای به منظور سازگاری ضرورت می یابد،(1). راهبردهای مقابله ای می تواند نقش مهمی در سیر، کنترل، درمان و سازگاری روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت داشته باشد،(۳،۴). هم چنین راهبردهای مقابله ای که این بیماران مورد استفاده قرار می دهند می تواند نقشی کلیدی در نگهداری یا افزایش مدت و میزان سازگاری روانی-اجتماعی داشته باشد،(۴،۵،۶). راهبردهای مقابله ای به منزله کوشش های شناختی و رفتاری هستند که هر فرد با هدف مدیریت الزام های خاص درونی و بیرونی و غلبه بر تعارض هایی که فراتر از منابع شخصی وی هستند، به راه می اندازد،(7). با توجه به تعریف ها و رویکردهای نظری متعددی که به منظور درک مقابله ارائه شده‌اند شاید در یک جمع بندی کلی بتوان آن را به منزله یک کوشش شناختی یا رفتاری برای مدیریت موقعیت هایی دانست که از دیدگاه فردی استرس زا هستند. افزون بر این، فقط یک راهبرد یا یک بعد مقابله ای را نمی توان سازش یافته یا سازش نایافته دانست بلکه کیفیت راهبرد یا فرایند مقابله تنها می تواند بر اساس پیامد آن ارزشیابی شود،(8). در یک طبقه بندی کلی دو نوع راهبرد مقابله وجود دارد: 1-مقابله متمرکز بر مسأله؛ هدف این راهبرد؛ حل مسئله یا انجام کاری به منظورتغییر منبع استرس است.2-مقابله متمرکز بر هیجان؛ هدف این نوع راهبرد مقابله ای کاهش و یا مدیریت پریشانی های هیجانی است که با موقعیت مرتبط است،(9). سبک های مقابله ای در مواجهه با دیابت موضوع بحث فراوانی بوده است،(4). بعضی پژوهشگران ادعا کرده اند که شیوه های مسأله مدار موجب افزایش مراقبت از خویش در بیماران مبتلا به دیابت می گردد در حالی که شیوه های هیجان مدار می تواند دارای اثرات زیانبار باشد،(1)، مع هذا دامنه وسیعی از رفتارهای مقابله ای شامل شیوه های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار به منظور کاهش استرس در این بیماری موثر شناخته شده است،(10). مطالعه ای که به وسیله گافولز و واندل(2006) بر روی بیماران سوئدی مبتلا به دیابت انجام شد نشان می دهد که بیماران دیابتی روش های مقابله ای مسأله مدار را بیشتر از روش های مقابله ای هیجان مدار به کار می گیرند،(1). در مطالعه دیگری که بر روی بیماران دیابتی هندی توسط چوهان و شالینی (2006) انجام شد این نتیجه به دست آمد که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد سالم در مواجهه با استرس، کمتر شیوه های مقابله ای سازگارانه را به کار می گیرند،(11). تونکای و همکاران(2008) نیز در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیماران دیابتی

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

شیوه های مقابله ای مواجهه غیرمستقیم، مقابله مذهبی، حمایت جوینده، خوشبینانه، حل مسأله، انکار و مقابله هیجانی را به عنوان مقابله های رایج به کار می برند،(3). در تحقیقی که توسط باقریان سرارودی، محمودی و احمدزاده(1388) در اصفهان در مورد سبک های مقابله ای بیماران دیابتی انجام شد نتایج نشان داد که بیماران ایرانی احتمالاً فقط در سبک مقابله ای حمایت جویانه با افراد سالم متفاوت می باشند. به علاوه، هر دو گروه بیمار و سالم در مواجهه با استرس ها و چالش های زندگی بیشتر از سبک های مسأله مدار مدد می گرفتند.(12)

مطالعات بسیاری به بررسی مشکلات روانی در بین بیماران دیابتی پرداخته اند. گالسرن، هکیمسوی، گالسرن، بدور و کالتور(2001) دریافتند که افسردگی و اضطراب تقریباً 45 درصد از اختلالات روان پزشکی است که در بیماران دیابتی دیده می شود،(13). برخی مطالعات نشان می دهد که راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسأله با اضطراب کمتر رابطه دارند، در حالی که راهبردهای هیجان مدار یا متمرکز بر هیجان با اضطراب بیشتر رابطه دارد،(۱۴،۱۵،۱۶). فتاقلو، کوپاران، اوزاتالای و تورکارامان(2007) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیماران دیابتی 40 درصد بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان پزشکی قرار دارند،(17). شیوع افسردگی در بین بیماران دیابتی بیشتر از جمعیت عمومی است. برآورد شده است که بیماران دیابتی دو برابر جمعیت غیر دیابتی، افسردگی دارند.(۱۸،۱۹). یک فراتحلیل نیز نشان می دهد که نشانگان اضطراب و اختلال اضطراب تعمیم یافته در این بیماران شیوع بالایی دارد،(20). در مطالعه ای که توسط طلایی(2009) بر روی بیماران دیابت نوع 1 و 2 در مورد مشکلات روانی بیماران دیابت انجام شد این نتیجه به دست آمد که بیشترین مشکلات این بیماران پارانوئید و کمترین آن ها ترس مرضی است. هم چنین بیماران دیابت نوع انسولینی بیش از نوع ناوابسته به انسولین مشکلات وسواس و پرخاشگری داشتند،(21)، در پژوهشی که توسط عبدالهیان و مخبر(1379) در مشهد بر روی بیماران دیابت نوع دو انجام شد این بیماران مشکلات جسمانی، اضطراب و افسردگی را به عنوان بیشترین مشکلات روانی گزارش کردند. این بیماران از بین سایر مشکلات، کمتر از همه مبتلا به ترس مرضی بودند. هم چنین نتایج نشان داد که 55 درصد بیماران مورد بررسی(60 درصد زنان و 41 درصد مردان) مشکلات روانی قابل توجه دارند،(22)، در تحقیق حاضر ضمن بررسی مشکلات روانی بیماران دیابتی و راهبردهای مقابله ای آن ها، به تبیین مشکلات روانی بیماران دیابتی بر اساس سبک های مقابله ای پرداخته می شود.

مواد و روش ها

این پژوهش یک مطالعه به روش توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی می باشد که در آن همراهی علایم بالینی مبتلایان به دیابت با سلامت روانی ارزیابی شد. بعد از کسب مجوز از دانشگاه علوم پزشکی فارس و مرکز بهداشت و درمان شهرستان فیروزآباد در مرکز بیماران دیابتی وابسته به مرکز بهداشت(بهداشت شماره 2)، از کلیه جامعه آماری که بنا به اظهار مرکز بهداشت شامل600 نفر بود، بر اساس میزان همکاری بیماران، 18 بیمار دیابتی وابسته به انسولین و 32 بیمار غیر وابسته به انسولین با دامنه سنی 18 تا 64 سال (35 مرد و 15 زن) به شیوه در دسترس انتخاب شدند. به افراد شرکت کننده در این مطالعه اهداف پژوهش با صراحت انتقال داده شد و به آن ها این امکان داده شد که تنها در صورت رضایت کامل وارد مطالعه شوند. تمام آزمودنی ها پرسش نامه راهبردهای مقابله ای و پرسش نامه تجدید نظر شده فهرست علایم 90 سوالی (SCL-90-R) را تکمیل نمودند. هم چنین مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی ها در مورد سن، جنسیت و سطح تحصیلات مورد ارزیابی قرار گرفت.

پرسش نامه راهبردهای مقابله ای: این پرسش نامه توسط کارور، شیرر و وینتراب(1989) بر اساس مدل لازاروس از استرس و خود نظم بخشی رفتار تهیه شده است که یک ابزار چند بعدی است و راه هایی را که مردم به استرس پاسخ می دهند بررسی می کند. این پرسش نامه دارای 72 سوال است که آزمودنی ها به صورت بله و خیر به آن ها پاسخ می دهند و دارای 18 خرده مقیاس است که 5 خرده مقیاس آن مربوط به شیوه های مقابله

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

مسأله مدار، 5 خرده مقیاس در ارتباط با شیوه های مقابله هیجان مدار، سه خرده مقیاس مقابله های کم اثر و 5 خرده مقیاس باقی مانده نیز در خصوص مقابله های غیر مؤثر است. راهبردهای مسأله مدار شامل مقابله فعال، برنامه ریزی، خویشتن داری، جلوگیری از فعالیت های مزاحم و جستجوی حمایت اجتماعی ابزاری است. مقابله هیجان مدار تفسیر مجدد مثبت، پذیرش، جستجوی حمایت اجتماعی عاطفی انکار و گرایش به مذهب را شامل می شود. تمرکز بر روی عواطف و ابراز آن، عدم درگیری رفتاری و عدم درگیری روانی مقابله‌ی کمتر مفید و مقابله غیرمؤثر تکانش وری، تفکر منفی، تفکر خرافی، تفکر آرزومندانه و استفاده از دارو و دخانیات را شامل می شود. دامنه نمرات در مقیاس مسأله مدار از 20-0، در هیجان مدار از 20-0، در مقیاس کم اثر 12-0 و در مقابله غیرمؤثر از 20-0 است. کارور و همکاران(1989) اعتبار و روایی این پرسش نامه را طی مطالعه های جداگانه ای مطلوب ارزیابی کرده اند،(22). در ایران این پرسش نامه توسط ابراهیمی(1371) با توجه به فرهنگ ایرانی و هم چنین با استفاده از سایر مقیاس های مقابله ای تدوین و مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب پایایی برای خرده مقیاس ها از 0/95 تا 0/63 به دست آمده است. ضریب پایایی به شیوه بازآزمایی با فاصله دو هفته برای کل پرسش نامه 0/93 گزارش شده است.(24)

پرسش نامه تجدید نظر شده فهرست علائم 90 سوالی(SCL-90-R):

این پرسش نامه میزان شدت نشانه ها و شکایت های معمول روانی را مورد بررسی قرار می دهد و دارای 90 سوال است که برای هر سوال پنج گزینه از هیچ(نمره صفر) تا به شدت(نمره چهار) وجود دارد که فرد با در نظر گرفتن این که به چه میزان این مشکل را در طول هفته گذشته تا به امروز تجربه کرده است گزینه مورد نظر خود را مشخص می کند. این پرسش نامه دارای 9 بعد و 3 شاخص است. بعدهای نه گانه این آزمون عبارتند از: 1-شکایت جسمانی 2-وسواس/اجبار 3-حساسیت در رابطه های متقابل 4-افسردگی 5-اضطراب 6-پرخاشگری 7-ترس مرضی 8-افکار پارانوئیدی 9-روان پریشی. سه شاخص کلی ناراحتی، عمق شدت مشکلات روانی را در فرد نشان می دهند. این شاخص ها عبارتند از: 1-شاخص کلی بیماری(GSI): نمره این شاخص میانگین نمره های خام تمام پرسش های آزمون است(این نمره در دامنه ای بین صفر تا چهار می تواند در نوسان باشد)، 2-علائم مثبت(PST): تعداد علایمی(پرسش‌هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می کند(این نمره در دامنه ای بین صفر تا نود می تواند در نوسان باشد) و 3-شاخص شدت علایم مثبت(PSDI): میانگین تعداد علایمی(پرسش هایی) که آزمودنی به صورت مثبت گزارش می کند(این نمره در دامنه ای بین صفر تا چهار می تواند در نوسان باشد). میانگین نمره شاخص کلی بیماری بیشتر از 0/7 نشان دهنده فقدان سلامت روانی و یا داشتن بیماری روانی، نمره بین 0/4 تا 0/7 مشکوک به بیماری روانی و کمتر از 0/4 سالم می باشد،(۲۴،۲۵). پایایی بازآزمایی این آزمون بین 0/77 تا 0/90 گزارش شده است. روایی آزمون بر روی گروه های بیماران روانی، بیماران جسمی و افرادی که در شرایط پر فشار روانی بوده اند رضایت بخش گزارش شده است،(25). در ایران به کمک ضریب آلفای کرونباخ ثبات درونی آن از 0/77 برای بعد روان پریشی تا 0/90 برای بعد افسردگی گزارش شده است. پایایی بازآزمایی آن نیز از 0/80 برای بعد شکایت های جسمانی تا 0/90 برای بعد افکار پارانوئیدی گزارش شده است،(26). از روش های همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه برای بررسی و تبیین ارتباط بین مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله ای و تحلیل واریانس چندمتغیره(MANOVA) برای مقایسه دو گروه بیماران دیابتی از نظر مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله‌ای استفاده شد.

یافته های پژوهش

در این مطالعه، 18 فرد مبتلا به دیابت نوع 1 با میانگین سنی 29/66 (انحراف استاندارد=2/75) و 32 فرد مبتلا به دیابت نوع 2 با میانگین سنی 49/40 (انحراف استاندارد=1/73) مورد بررسی قرار گرفتند. 13 نفر(72/2 درصد) از آزمودنی های گروه اول مذکر و 5 نفر(27/8 درصد) از آن ها مونث بودند. در گروه دوم 22 نفر(68/8 درصد) از آزمودنی ها مذکر و 10 نفر

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

(31/2 درصد) مونث بودند. سطح تحصیلات آزمودنی ها در گروه اول از پنجم ابتدایی تا لیسانس و در گروه دوم از اول ابتدایی تا لیسانس بود.

جدول شماره 1 میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش را در آزمودنی ها نشان می دهد. به نظر می رسد فراوانی و شدت مشکلات روان شناختی در بیماران دیابتی زیاد است. به ویژه این بیماران از مسایل جسمی، افسردگی، وسواس و اضطراب رنج می برند و در روابط متقابل با دیگران بسیار حساس هستند.

بر اساس نمرات شاخص کلی بیماری(GSI) آزمودنی ها به سه گروه سالم احتمالی(نمره کمتر از 0/4)، بیمار احتمالی(نمره بیشتر از 0/7) و مشکوک به بیماری روانی(نمره بین 0/4 تا 0/7) طبقه بندی شدند که در جدول شماره 2 میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای هر گروه ارائه شده است. 10 نفر از بیماران در گروه سالم احتمالی(2 نفر دیابت نوع 1 و 8 نفر دیابت نوع 2)، 33 نفر در گروه بیمار احتمالی (13 نفر دیابت نوع 1 و 20 نفر دیابت نوع 2) و 7 نفر (3 نفر دیابت نوع 1 و 4 نفر دیابت نوع 2) مشکوک به بیماری روانی بودند.

در جدول شماره 3 ضرایب همبستگی بین راهبردهای مقابله ای و مشکلات روان شناختی در کل آزمودنی ها آورده شده است. نتایج این جدول در مجموع نشان می دهد که بین مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و کم اثر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد($P<0.05$) یعنی هر چقدر افراد بیشتر از این راهبردها استفاده نمایند احتمال ابتلا به مشکلات روان شناختی در آن ها بیشتر خواهد بود. بین راهبردهای مقابله ای مسأله مدار و غیرمؤثر با مشکلات روان شناختی رابطه معناداری وجود ندارد اما بین راهبرد مقابله ای غیرمؤثر و شاخص PST ارتباط مثبت و معنی‌داری وجود دارد. اضطراب فقط با راهبرد هیجان مدار ارتباط معناداری داشت. همان طور که در جدول شماره 4 مشاهده می شود از بین راهبردهای مقابله ای راهبردهای هیجان مدار، کم اثر و غیرمؤثر به ترتیب بیشترین نقش را در تبیین شاخص کلی بیماری دارند($P<0.05$) اما ضریب رگرسیون راهبرد غیرمژثر منفی می باشد. به عبارت دیگر، هر چه بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و کم اثر و کمتر از راهبرد غیرمؤثر استفاده نمایند احتمال این که مشکلات روان شناختی را تجربه نمایند بیشتر می شود. در مورد علایم مثبت راهبردهای هیجان مدار و کم اثر و در مورد شدت علایم مثبت راهبردهای هیجان مدار و مسأله مدار از تأثیر بیشتری برخوردارند(جداول شماره 5 و 6) اما ضریب رگرسیون راهبرد مسأله مدار منفی می باشد. به عبارت دیگر، هر چه بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و و کمتر از راهبرد مسأله مدار برای کنترل فشارهای روانی و مسایل و مشکلات خود استفاده نمایند احتمال این که مشکلات روان شناختی را تجربه نمایند بیشتر می شود. برای مقایسه بیماران دیابتی نوع 1 و نوع 2 از تحلیل واریانس چند متغیره MANOVA استفاده شد. اثر پیلایی نشان می دهد که در مجموع بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد.($P=0.001$, $F=8.40$) در جدول شماره 7 نتایج مقایسه بین بیماران دیابتی نوع 1 و 2 در مورد هر یک از متغیرهای پژوهش به طور جداگانه آورده شده است. بر اساس نتایج این جدول بین راهبردهای مقابله ای بیماران دیابتی نوع 1 و نوع 2 هیچ تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو گروه از راهبردهای مشابهی بهره می‌برند لذا نتایج رگرسیون (جداول شماره ۴،۵،۶) در مورد هر دو گروه مصداق پیدا می کند. دو گروه از لحاظ شاخص های عمده بیماری (GSI، PST و PSDI) و مشکلات روان شناختی افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی تفاوت معناداری با یکدیگر دارند به طوری که بیماران مبتلا به دیابت نوع 1 نسبت به بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 بیشتر از مسایل و اختلالات روان شناختی رنج می برند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 1. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

	متغیرهای پژوهش	دیابت نوع 1	دیابت نوع 2	کل آزمودنی ها
		میانگین (انحراف استاندارد)		
مشکلات روان شناختی	شکایت جسمانی	14/83 (11/02)	12/74 (8/50)	13/49 (9/43)
	وسواسی- اجباری	14/71 (7/10)	11/49 (6/84)	12/65 (7/04)
	حساسیت در رابطه‌های متقابل	11/67 (7/50)	9/75 (6/13)	10/44 (6/65)
	افسردگی	17/42 (10/65)	10/77 (8/22)	13/17 (9/61)
	اضطراب	12/72 (8/85)	7/00 (6/00)	9/06 (7/59)
	پرخاشگری	7/88 (5/30)	5/18 (3/84)	6/15 (4/56)
	ترس مرضی	5/38 (6/55)	2/37 (2/56)	3/45 (4/60)
	افکار پارانوئیدی	7/63 (3/76)	5/43 (3/64)	6/22 (3/80)
	روان‌پریشی	11/34 (7/85)	7/24 (4/74)	8/72 (6/29)
	GSI	1/34 (0/71)	0/86 (0/51)	1/02 (0/61)
	PST	56/43 (2/25)	43/05 (2/07)	47/34 (22/01)
	PSDI	2/33 (0/59)	1/87 (0/52)	2/02 (0/58)
راهبردهای مقابله‌ای	مسأله مدار	35/77 (3/56)	35/71 (2/99)	35/73 (3/09)
	هیجان مدار	30/84 (3/70)	29/62 (4)	30/06 (3/90)
	کم‌اثر	15/66 (2/11)	15/45 (2/16)	15/53 (2/12)
	غیرمؤثر	32/88 (2/69)	33/54 (3/20)	33/30 (3/01)

جدول شماره 2. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در افراد سالم احتمالی، افراد بیمار احتمالی و افراد مشکوک به بیماری بر اساس نمرات شاخص کلی بیماری (GSI)

	متغیرهای پژوهش	افراد سالم احتمالی	افراد بیمار احتمالی	افراد مشکوک به بیماری
		میانگین (انحراف استاندارد)		
مشکلات روان شناختی	شکایت جسمانی	5/02 (2/32)	17/71 (8/68)	5/73 (5/35)
	وسواسی- اجباری	3/11 (2/47)	16/15 (5/48)	9/79 (2/57)
	حساسیت در رابطه‌های متقابل	2/55 (2/15)	13/77 (5/43)	6/01 (3/07)
	افسردگی	1/80 (1/61)	18/04 (7/98)	6/42 (3/55)
	اضطراب	1/40 (1/77)	12/62 (6/96)	3/25 (1/22)
	پرخاشگری	1/30 (1/41)	8/29 (4/05)	3/02 (1/97)
	ترس مرضی	0/30 (0/48)	4/87 (5/08)	1/28 (1/25)
	افکار پارانوئیدی	1/80 (1/60)	7/93 (3/11)	4/48 (3/19)
	روان‌پریشی	2/40 (1/83)	11/46 (5/96)	4/85 (1/79)
	GSI	0/23 (0/10)	1/35 (0/47)	0/55 (0/06)
	PST	17/40 (8/04)	58/90 (15/52)	35/57 (13/57)
	PSDI	1/35 (0/42)	2/30 (0/44)	1/65 (0/33)
راهبردهای مقابله‌ای	مسأله مدار	36/78 (2/61)	35/64 (3/27)	34/66 (2/76)
	هیجان مدار	27/48 (3/39)	31/80 (3/13)	25/57 (1/90)
	کم‌اثر	13/70 (1/25)	16/07 (2/08)	15/57 (2/07)
	غیرمؤثر	32/30 (2/58)	33/79 (2/97)	32/42 (3/64)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 3. ضریب همبستگی نمرات راهبردهای مقابله ای با مشکلات روان شناختی

مشکلات روان شناختی	راهبردهای مقابله ای			
	مسأله مدار	هیجان مدار	کم اثر	غیرموثر
شکایت جسمانی	-0/004	0/53**	0/36**	0/17
وسواسی- اجباری	-0/13	0/48**	0/50**	0/11
حساسیت در رابطه‌های متقابل	-0/14	0/52**	0/60**	0/20
افسردگی	-0/15	0/53**	0/32*	0/12
اضطراب	0/10	0/51**	0/25	0/09
پرخاشگری	-0/09	0/50**	0/37**	0/06
ترس مرضی	-0/03	0/42**	0/40**	0/07
افکار پارانوئیدی	-0/04	0/54**	0/48**	0/26
روان‌پریشی	-0/12	0/44**	0/52**	0/06
GSI	-0/08	0/58**	0/48**	0/14
PST	0/02	0/60**	0/49**	0/28*
PSDI	-0/26	0/39**	0/34*	-0/03

*ضرایب همبستگی در سطح $P<0.05$ معنادار است. **ضرایب همبستگی در سطح $P<0.01$ معنادار است.

جدول شماره 4. اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون شاخص کلی بیماری(GSI) براساس راهبردهای مقابله ای آزمودنی ها

متغیرهای پیش بین	ضریب B	ضریب beta	نسبت t	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد اندازه گیری
هیجان‌مدار	0/09	0/57	4/74	0/001	0/33	0/01
کم اثر	0/12	0/42	3/49	0/001	0/42	0/03
غیرمؤثر	-0/06	-0/32	-2/55	0/014	0/49	0/02

جدول شماره 5. اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون علایم مثبت(PST) بر اساس راهبردهای مقابله ای آزمودنی ها

متغیرهای پیش بین	ضریب B	ضریب beta	نسبت t	سطح معنی‌داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد اندازه گیری
هیجان مدار	2/78	0/49	4/25	0/001	0/37	0/65
کم اثر	3/16	0/30	2/63	0/012	0/45	1/20

جدول شماره 6. اطلاعات مربوط به ضرایب رگرسیون شدت علایم مثبت(PSDI) بر اساس راهبردهای مقابله ای آزمودنی‌ها

متغیرهای پیش بین	ضریب B	ضریب beta	نسبت t	سطح معنی داری	ضریب تعیین	خطای استاندارد اندازه گیری
هیجان مدار	0/06	0/44	3/54	0/001	0/15	0/01
مسأله مدار	-0/06	-0/33	-2/64	0/011	0/26	0/02

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

جدول شماره 7. تفاوت میانگین نمرات متغیرها در بیماران دیابتی نوع 1 و 2

	متغیرهای پژوهش	تفاوت میانگین‌ها	اندازه اثر**
مشکلات روان شناختی	شکایت جسمانی	2/08	0/01
	وسواسی- اجباری	3/22	0/04
	حساسیت در رابطه‌های متقابل	1/92	0/02
	افسردگی	6/64*	0/11
	اضطراب	5/72*	0/13
	پرخاشگری	2/70*	0/08
	ترس مرضی	3/01*	0/10
	افکار پارانوئیدی	2/19*	0/07
	روان‌پریشی	4/09*	0/10
	GSI	0/48*	0/13
	PST	13/38*	0/08
	PSDI	0/46*	0/13
راهبردهای مقابله‌ای	مسأله مدار	0/05	0/00
	هیجان مدار	1/22	0/02
	کم‌اثر	0/21	0/002
	غیرمؤثر	-0/65	0/01

* تفاوت میانگین ها در سطح **P<0.05** معنادار است.

** اندازه اثر: تفاوت بین میانگین‌های تعدیل شده‌ی دو گروه/ انحراف استاندارد مشترک دو گروه (26): 0/2=کوچک، 0/5=متوسط، 0/8=بزرگ

در مجموع، با توجـــه به تعداد زیاد افراد بیمار احتمالی و یا مشکوک به بیماری روانی در مقایسه با افراد سالم احتمالی به نظر می رسد شیوع اختلالات روانی در بیماران دیابتی زیاد باشد. هم چنین اگر چه راهبردهای مقابله ای مورد استفاده بیماران دیابت نوع 1 و 2 با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد اما بیـــماران دیابت نوع 1 که وابسته به انسولین هستند مشکلات روان شناختی بیشتری را تجربه می کنند. به علاوه، هر چقدر بیماران دیابتی بیشتر از راهبردهای ناکارآمد برای مواجهه با مسایل استرس زای خود استفاده نمایند احتمال ابتـــلا به بیمـــاری روانی در آن ها افزایـــش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

همان طور که در جـــدول شـــماره 1 مشاهده می شود بیشـــترین مشـــکلات روانی بیماران دیابتی افسردگی، مشکلات جسمانی، وسواس، اضطراب و اشکال در روابط بین فردی بود. این نتایج با نتایج به دست آمده در پژوهش های گالسرن و همکاران،(13)، گروت و همکاران،(19)، گریگسبای و همکاران،(20)، آندرسون و همکاران،(18)، و عبداللهیان و مخبر،(22)، مطرح می کنند مشکلات جسمانی، نشانگان اضطراب و اختلالات اضطرابی و افسردگی بیشترین مشکلات بیماران دیابتی است هم خوان می باشد. البته اشکال در روابط بین فردی در بیماران دیابتی در پژوهش حاضر برجسته بود در حالی که در سایر پژوهش ها از آن به عنوان یک مشکل اساسی نام برده نشده است. کمترین مشکلات روان شنـــاخـــتی در این بیماران در پژوهش حاضر ترس مرضی بود که با نتایج پژوهش های طلایی،(21)، و عبداللـــهیان و مخـــبر،(22)، همـــسو می باشد. هم چنین نتایج نشان داد که 66 درصد بیماران دیابتی از نظر روان شناختی بیمار و 14 درصد مشکوک به بیماری هستند که این نتایج تا حدودی با پژوهش مخبر و عبداللهیان،(22)، که نشان دادند 55 درصد بیماران دیابتی مشکلات روانی قابل توجه دارند هم خوان می‌باشد هر چند میزان ابتلا به مشکلات روان شناختی در پژوهش حاضر کمی بیشتر است. علت این اختلاف می تواند تفاوت آزمودنی ها در دو پژوهش باشد زیرا در این پژوهش فقط از افراد در دسترس که تمایل به همکاری داشتند استفاده شد. هم چنین این نتایج با پژوهش فتاقلو و همکاران،(17)، که نشان دادند بیماران دیابتی 40 درصد بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روان پزشکی قرار دارند هم خوان می باشد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

به علاوه، پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع، بیماران دیابت نوع 1 که وابسته به انسولین هستند مشکلات روان شناختی بیشتری را نسبت به بیماران دیابت نوع 2 یا ناوابسته به انسولین تجربه می کنند که این نتایج تا حدودی با پژوهش طلایی،(21)، که نشان داد بیماران دیابت نوع انسولینی بیش از نوع ناوابسته به انسولین مشکلات وسواس و پرخاشگری دارند هم خوان است. در پژوهش حاضر ضرایب همبستگی نشان داد که بین مشکلات روان شناختی و راهبردهای مقابله ای هیجان مدار و کم اثر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد یعنی هر چقدر افراد بیشتر از این راهبردها استفاده نمایند احتمال ابتلا به مشکلات روان شناختی در آن ها بیشتر خواهد بود. بین راهبردهای مقابله ای مسأله مدار و غیرمؤثر با مشکلات روان شناختی رابطه معناداری وجود نداشت. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که راهبردهای مقابله ای هیجان مدار، کم اثر و غیرمؤثر به ترتیب بیشترین نقش را در تبیین شاخص کلی بیماری دارند یعنی هر چه بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و کم اثر و کمتر از راهبرد غیرمؤثر استفاده نمایند احتمال این که مشکلات روان شناختی را تجربه نمایند بیشتر می شود. در مورد علایم مثبت و شدت علایم مثبت نتایج نشان داد که هر چه بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از راهبردهای هیجان مدار و کمتر از راهبرد مسأله مدار برای کنترل فشارهای روانی و مسایل و مشکلات خود استفاده نمایند احتمال این که مشکلات روان شناختی را تجربه نمایند بیشتر می شود. این یافته ها با پژوهش گافولز و واندل،(1)، که نشان دادند شیوه های مسأله مدار موجب افزایش مراقبت از خویش در بیماران مبتلا به دیابت می گردد در حالی که شیوه های هیجان مدار می تواند دارای اثرات زیانبار باشد هم خوان است. چوهان و شالینی،(11)، نشان دادند که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد سالم در مواجهه با استرس، کمتر شیوه های مقابله ای سازگارانه را به کار می گیرند که می تواند نشان دهنده نقش راهبردهای مقابله ای ناسازگار در بیماری دیابت باشد. هم چنین برخی مطالعات نشان داده اند که راهبردهای مقابله ای متمرکز بر مسأله با اضطراب کمتر رابطه دارند، در حالی که راهبردهای هیجان مدار یا متمرکز بر هیجان با اضطراب بیشتر رابطه دارند،(۱۴،۱۵،۱۶)، که نتایج پژوهش حاضر با این پژوهش ها نیز هم خوان می باشد.

یکی از یافته های جالب این پژوهش که با یافته های دیگر پژوهشگران هم خوانی ندارد این بود که راهبرد مقابله ای غیرمؤثر می تواند به صورت معکوس شاخص کلی بیماری را پیش بینی نماید یعنی هر چه بیماران مبتلا به دیابت کمتر از راهبرد غیرمؤثر استفاده نمایند احتمال این که مشکلات روان شناختی را تجربه نمایند بیشتر می شود. این یافته شاید تا حدودی با یافته های تایلور،(10)، که دامنه وسیعی از رفتارهای مقابله ای شامل شیوه های مقابله ای مسأله مدار و هیجان مدار را به منظور کاهش استرس در این بیماری موثر شناخته است هم خوان باشد اما نیاز به بررسی بیشتر در پژوهش های آتی دارد. متأسفانه برای سنجش راهبردهای مقابله ای ابزارهای متعددی وجود دارد که راهبردهای مختلفی را می سنجند اما تنها ابزاری که راهبرد مقابله ای غیر مؤثر را می سنجد پرسش نامه ای است که توسط کارور و همکاران،(23)، ارائه شده است. این پرسش نامه به خصوص در بیماران دیابتی زیاد مورد استفاده قرار نگرفته است لذا این یافته قابل مقایسه با دیگر پژوهش ها نمی باشد و امید است در پژوهش های آتی با به کار گرفتن این ابزار، ارتباط مشکلات روان شناختی با راهبرد مقابله ای غیرمؤثر دقیق تر مورد بررسی قرار گیرد. در مجموع، این پژوهش نشان داد که راهبردهای مقابله ای می توانند به طور مؤثر مشکلات روان شناختی را در بیماران دیابت پیش بینی نمایند لذا به نظر می رسد آموزش راهبردهای مقابله ای مطلوب و سازگارانه بتواند در کاستن از مشکلات این بیماران مفید باشد. در همین راستا پیشنهاد می شود تحقیقی بر روی بیماران دیابتی انجام شود و تأثیر آموزش های مبتنی بر راهبردهای مقابله ای به صورت علمی مورد بررسی قرار گیرد. از محدودیت های عمده پژوهش حاضر تعداد کم بیماران

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

بود که تعمیم نتایج را محدود می کـــند لذا پیـــشنهاد می شود تحقیقات مشابهی بر روی نمونه‌ای وسیع تر صورت گیرد.

سپاسگزاری

از مسئولان محترم شـــبکه بهـــداشت و درمان شهرستان فیـــروزآباد و کلیه شرکت کنندگان در این پژوهش به خاطر همکاری صـــمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

References

1-Gafvels C, Wandell PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish Primary Care. Diabetes Res Clin Pract 2006;71:280-9.
2-Guyton AC, Hall JE. Textbook of medical physiology. 11th ed. Philadelphia: Elsevier, Inc; 2006.P.972.
3-Tuncay T, Musabak I, Engin-Gok D, Kutlu M. The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. Health Qual Life Outcomes 2008;6:1-9.
4-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;27:1313-7.
5-Aldwin CM. Stress, coping and development: An integrative perspective. 2th ed. New York: Guilford Press; 2007.P. 117-8.
6-Reid GJ, Dubow EF, Care, TC, Dura JR. Contribution of coping to medical adjustment and treatment responsibility among children and adolescents with diabetes. J Dev Behav Pediatr 1994;15: 327-35.
7-Lazarus RS. Emotion and adaptation. Oxford: Oxford University Press; 1991. P.112.
8-Aldridge AA, Roesch SC. Developing coping typologies of minority adolescents: A latent profile analysis. Adolescence 2007;31:499-517.
9-Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle aged community sample. Health Soc Behave 1980;21, 219-39.
10-Taylor SE. Health Psychology. Boston: McGraw-Hill; 1999.P.117-41.
11-Chouhan VL, Shalini V. Coping strategies for stress and adjustment among diabetics. J Indian Acad Appl Psychol 2006;32:106-11.
12-Bagheriyan Sararoodi R, Ahmad Zadeh Gh H, Mahmoodi M. [Coping styles in Diabetes patients]. Arak Med Uni J 2009;12:9-17.(Persian)
13-Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren S, Bodur Z, Kültür S. Depression-anxiety, quality of life and disability in patients with diabetes mellitus. Turkish J Psych 2001;12:89-98.
14-Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Annu Rev Psychol 2004;55:745-74.
15-Karlsen B, Bru E. Coping styles among adults with type 1 and type 2 diabetes. PsycholHealth Med 2002;7: 245-59.
16-Cohen M, Kanter Y. Relation between sense of coherence and glycemic control in type 1 and type 2 diabetes. Behav Med 2004;29:175-85.
17-Fettahoglu EC, Koparan C, Ozatalay E, Turkkahraman D. The Psychological difficulties in children and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. Psych Turkiya 2007;9:32-6.
18-Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A meta-analysis. Diabetes Care 2001;24:1069-78.
19-Groot MD, Kushnick M, Doyle T, Merrill J, McGlynn M, Shubrook J, et al. Depression Among Adults With Diabetes: Prevalence, Impact, and Treatment Options. Diabetes Spect 2010;23: 15-8.
20-Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diab-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]

etes: A systematic review. J Psychosom Res 2002;53:1053-60.
21-Talaei A. Comparison of psychopathology in type 1 and type 2 diabetic patients. Eu Psychiatry 2009;5:45-9.
22-Abdolahiyan E, Mokhber N. [Survey of mental problems in diabetes patients indipendent of Insuline]. J Mashhad Med Coll 2000;43:61-6.(Persian)
23-Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Personal Soc Psychol 1989;56:267-83.
24-Ebrahimi A. [Study of mental aspects of adjustement after brain damage]. Tehran: Tehran psychiatry Institute; 1992.(Persian)
25-Derogatis LR. SCL-90-R; Symptom checklist-90-R. Minneapolis, MN: National Computer System; 1994.P.27.
26-Mirzaie R. [Assessment of reliability and validity of SCL in Iran]. [dissertation]. Tehran: Tehran university; 1980.(Persian)
27-Cohen J. A power primer. Psycho B-ullet1992;112:155-9.

Role of Coping Strategies In The Psychological Problems of Patients With Diabetes

*Ramandi M[1], Shareh H[*2], Soltani E[3], Khormaie F[4], Amin Mirzaei[5]*

(Received: 30 Jan. 2013 Accepted: 2 Jun. 2013)

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to examine the contribution of coping strategies against mental disorders among patients with diabetes.

Materials & Methods: For the study, 50 patients with diabetes mellitus (18 insulin-dependent diabetes mellitus and 32 non-insulin-dependent diabetes mellitus patients) from the mental health center of Firoozabad city (located in south west of Iran) were selected using convenience sampling. All subjects completed 3 questionnaires: demographic characteristics, Coping Strategies, and Symptom Checklist -90 –Revised (SCL-90-R). Data were analyzed using Pearson correlation, stepwise multiple regression and MANOVA.

Findings: There was a high rate of mental disorders among the patients and insulin-dependent diabetes mellitus had higher average scores in comparison with non-insulin-dependent diabetes mellitus. No significant differences were observed between the two groups for the coping strategies questionnnaire. There was a significant relationship between emotion-focused and less useful coping strategies with mental disorders ($P<0.5$). Regression analysis revealed a significant role of coping strategies for mental disorders in patients with diabetes ($P<0.5$).

Discussion & Conclusion: Coping strategies had a significant contribution in predicting mental disorders in patients with diabetes.

Keywords: diabetes; coping strategies; mental disorders; mental health

1. Proteomics Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Dept of Psychology & Educational science, Faculty of Literature & Humanity Sciences, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran
3. Student Research Committee, Shahid beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Dept of Psychology and Educational Science, Faculty of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
5. Dept of Health Education, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** (corresponding author)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-08]