

همبسته‌های روانشناختی دیابت نوع ۲: راهبردهای رویاروی‌گری با استرس، خود اثربخشی و سبک‌های دلبستگی

فرزانه رنجبر نوشری^{۱*}، مجید برادران^۲، سامره اسدی مجره^۳، نرجس حسینی پور^۴

^۱ مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور ranjbar_psy@yahoo.com

^۲ مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

^۳ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه ارومیه

^۴ کارشناس روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور

چکیده

بیماری دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم، تحت‌تأثیر عوامل روانشناختی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی متغیرهای روانشناختی مرتبط با بیماری دیابت نوع ۲، یعنی راهبردهای رویاروی‌گری با استرس، خوداثربخشی و سبک‌های دلبستگی در افراد مبتلا غیرمبتلا انجام گرفت. در این پژوهش علی-مقایسه‌ای، ۱۵۰ زن (۷۵ نفر مبتلا و ۷۵ نفر غیر مبتلا) به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه‌های رویارویی با استرس لازاروس و فولکمن، خوداثربخشی شرر و مادوکس و مقیاس دلبستگی هازن و شاور در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. نتایج حاکی از بالابودن میانگین نمرات افراد سالم در سبک دلبستگی ایمن و راهبرد خویش‌داری و پایین بودن میانگین نمرات افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ در راهبرد گریز/اجتناب بود و تفاوت گروه‌ها در متغیر خوداثربخشی معنادار نشد. بنابراین بررسی نقش متغیرهای روانشناختی می‌تواند به علت‌شناسی بیماری، شناخت عوامل بیماری منجر گشته و در پیشگیری و درمان کمک شایانی کند.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای رویاروی‌گری؛ استرس؛ خوداثربخشی؛ دلبستگی؛ دیابت

مقدمه

دیابت یک بیماری شایع و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی کشورها محسوب می‌گردد، به طوری که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش یاد می‌کند. با افزایش شیوع دیابت و سبب‌شناسی پیچیده و مکانیسم‌های سازش با آن، عوامل روانی-اجتماعی بیش از پیش مورد نظر قرار گرفته است (میسرا و لاگر، ۲۰۰۸). امروزه تنیدگی و استرس به بخش مهم و اجتناب‌ناپذیری در زندگی آدمی تبدیل شده است. راهبردهای مقابله‌ای به عنوان اصلی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلال‌های روانپزشکی مداخله می‌کنند، مورد توجه بوده است. لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴؛ به نقل از غضنفری و قدم پور، ۱۳۸۷) راهبردهای مقابله‌ای را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری و شناختی که هدفشان به حداقل رساندن فشارهای موقعیت فشارزا است تعریف نمودند. پژوهش کارتر و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از میسرا و لاگر، ۲۰۰۸) نشان دادند که استرس می‌تواند موجب پیروی نکردن از رژیم مربوط به بیماری شود و در نتیجه به صورت غیر مستقیم بر قند خون اثر بگذارد.

خوداثربخشی نیز یکی از مفاهیم اصلی نظریه شناختی اجتماعی بندورا است (کوئن و همکاران، ۲۰۰۱). خوداثربخشی، در واقع اعتقاد مردم در زمینه توانایی‌هایشان برای عمل کردن در مواردی است که به آن‌ها قدرت کنترل واقعی وقایعی که زندگی‌شان را متأثر می‌سازد، می‌دهد. لذا در روند درمان بیماری‌های مزمن، بالا بردن خوداثربخشی بر خودمراقبتی دیابت گزارش شده است (شکیبا زاده و همکاران، ۱۳۸۸). مطالعات نشان داده که خوداثربخشی و تهدید درک‌شده، نقش مؤثری در پیش‌بینی تغییر رفتار در بیماران دیابتی دارد و استفاده از

مدل اعتقادات بهداشتی به منظور پیش‌بینی و تغییر رفتار بیماران دیابتی مفید است (آقاملائی، ۱۳۸۴). متغیر تأثیرگذار دیگر بر سلامت بیماران دیابتی، دلبستگی است. دلبستگی تجربه‌ای مهم در زندگی است و در بهداشت و سلامت روانی افراد تأثیر شگرفی دارد. بالبی (۱۹۶۹؛ به نقل از بتمن و جاسپرسون، ۲۰۰۸) معتقد است که در زمان استرس، افراد بر روابط دلبستگی خود با حفظ مجاورت با فردی که به مدیریت درماندگی کمک می‌کند و احساس آرامش به وجود می‌آورند تکیه می‌کنند. لذا باید گفت بیماری به مثابه فقدان، تهدید و انزوا رفتار دلبستگی را فعال می‌نماید. نظریه دلبستگی تبیین می‌کند که چگونه تعامل‌های مکرر بین کودک و مراقب، به الگوهای پایدار پاسخ به استرس، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود. ارتباط سبک‌های دلبستگی با دیابت در پژوهش‌های بسیاری نشان داده شده است (دنسون و همکاران، ۲۰۰۹؛ سچانوسکی و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف تعیین تفاوت راهبردهای رویاروی‌گری با استرس، خود اثربخشی و سبک‌های دلبستگی در زنان مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ و زنان غیرمبتلا انجام گردید.

روش

شرکت کنندگان و طرح پژوهش

بر اساس موضوع پژوهش حاضر، این مطالعه از نمونه پژوهش‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش را تمامی افراد مبتلا به بیماری دیابت نوع ۲ و افراد غیر مبتلای مراجعه کننده به کلینیک‌ها و مراکز درمانی در استان گیلان تشکیل می‌دهد. حجم نمونه‌ی جامعه مورد مطالعه ۷۵ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ و ۷۵ زن غیر مبتلا از همراهان بیمار که از نظر سن، جنس و وضعیت تأهل با گروه مورد نظر همتا شدند و طی یک دوره سه ماهه از آبان‌ماه لغایت دی‌ماه ۱۳۸۹ به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از شهرستان‌های رشت، فومن، شفت و صومعه‌سرا انتخاب شدند.

ابزار

پرسشنامه شیوه‌های مقابله‌ای لازاروس - فولکمن (WOC): این پرسشنامه که لازاروس - فولکمن آن را تهیه کرده‌اند شامل ۶۶ ماده و هشت زیر مقیاس می‌باشد. لازاروس اعتبار $0.79/0.66$ را برای هر یک از روشهای رویارویی گزارش کرده است. همچنین آقاجانی (۱۳۷۵؛ به نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۹۱) طی پژوهشی اعتبار $0.80/0.79$ را برای هر یک از روشهای رویارویی گزارش کرده و خدادادی (۱۳۸۳؛ به نقل از خدایاری فرد و پرند، ۱۳۹۱) طی پژوهش خود ضریب اعتبار کل آزمون را برابر $0.84/0.79$ بدست آورده است.

مقیاس خوداثربخشی: برای سنجش خوداثربخشی، از پرسشنامه‌ی خودکارآمدی شرر و مادوکس استفاده شده است. این مقیاس دارای ۲۳ سؤال است که ۱۷ سؤال آن به خودکارآمدی عمومی و ۶ سؤال دیگر آن به تجربیات خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی اختصاص دارد. شرر و مادوکس میزان آلفای کرونباخ این مقیاس را $0.86/0.86$ گزارش کرده‌اند. نجفی و فولادوند (۱۳۸۶) نیز اعتبار این مقیاس را از طریق آلفای کرونباخ $0.80/0.80$ و روایی سازه آن را از طریق همبستگی آن با مقیاس عزت نفس $0.61/0.61$ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ $0.77/0.77$ به دست آمد.

مقیاس سبک‌های دلبستگی - فرم بزرگسالان (AAS): این آزمون که توسط هازن و شاور ساخته شده، یک مقیاس خودگزارشی است که بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه‌گانه آیزورث (ایمنی، اجتنابی، دوسوگرا) می‌باشد. پاسخ‌ها در این مقیاس ۱۵ سوالی بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است. هازن و شیور پایایی کل این پرسشنامه را $0.81/0.81$ و پایایی را $0.71/0.71$ به دست آورده‌اند. در کل آلفای کرونباخ برای قابلیت اعتماد پرسشنامه هنجاریابی شده دلبستگی بزرگسالان هازن و شیور در ایران $0.78/0.78$ گزارش شده است (علیلو و همکاران، ۱۳۸۷). ضریب آلفای کرونباخ سبک‌های سه‌گانه در دامنه $0.65/0.65$ تا $0.80/0.80$ به دست آمد.

شیوه اجرا

پس از مراجعه کلینیک‌ها و مراکز درمانی در استان گیلان، پژوهشگر طی یک دوره متوالی سه ماهه، با مراجعه به این مراکز، توضیحاتی در مورد هدف پژوهش ارائه داد، و پس از جلب اعتماد همراهان برای همکاری با پژوهشگر در مدت زمان انجام آزمون، از آزمودنی‌ها خواسته شد تا با کمال دقت و صداقت و بدون یاری گرفتن از دیگران به سؤالات پاسخ دهند. لازم به ذکر است که اجرا به صورت انفرادی و در محیطی آرام انجام گرفت.

نتایج

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در متغیرهای راهبردهای مقابله با استرس، خوداثربخشی و سبک‌های دلبستگی

متغیرها	زنان مبتلا به دیابت		زنان غیرمبتلا	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
رویاروی‌گری	۷/۳۶	۲/۸۸	۷/۹۲	۲/۹۳
دوری‌جویی	۶/۳۳	۲/۳۷	۵/۹۴	۲/۱۵
خویشتن‌داری	۹/۶۴	۳/۴۶	۱۱/۲۹	۳/۷۱
جستجوی حمایت اجتماعی	۸/۸۵	۳/۰۹	۸/۹۰	۲/۹۵
مسئولیت‌پذیری	۴/۹۲	۲/۰۶	۵/۴۴	۲/۱۰
گریز-اجتناب	۱۰/۰۴	۳/۶۳	۸/۴۲	۳/۱۴
حل‌مدرانه‌مسأله	۷/۶۰	۲/۹۰	۸/۰۴	۳/۱۱
بازبرآورد مثبت	۱۱/۵۳	۳/۸۳	۱۲/۲۸	۳/۷۸
خوداثربخشی	۱۵۲/۶۶	۲۷/۷۴	۱۵۵/۱۴	۲۹/۱۳
سبک دلبستگی ایمن	۳/۱۴	۹/۵۶	۲/۸۵	۱۲/۲۸
سبک دلبستگی اجتنابی	۳/۵۹	۱۵/۶۲	۳/۳۵	۱۴/۵۷
سبک دلبستگی دوسوگرا	۲/۱۳	۷/۹۲	۲/۰۴	۶/۶۹

نتایج نشان داد که میانگین نمرات زنان سالم در زیر مقیاس خویشتن‌داری از زنان بیمار بالاتر است ($P < 0.01$)، در حالیکه راهبرد گریز/اجتناب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بالاتر از زنان غیرمبتلا می‌باشد ($P < 0.05$)، $t = -2.67$ ، میزان دلبستگی ایمن در بین افراد مبتلا به دیابت کمتر از افراد غیرمبتلا بدست آمد ($P < 0.05$)، $t = -1.98$ و برای متغیر خود اثربخشی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد سالم تفاوت معنادار مشاهده نشد ($P > 0.01$).

بحث

یافته‌ها حاکی از پایین بودن راهبرد خویشتن‌داری و بالابودن راهبرد گریز-اجتناب در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که این یافته‌ها با نتایج پژوهش کارتر و همکاران (۱۹۹۰؛ به نقل از میسرا و لاگر، ۲۰۰۸) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت زنان مبتلا به دیابت، هنگام برخورد با یک استرس‌زای محیطی به جای استفاده از راهبردهای سازگاران، از راهبردهای ناکارآمدتر استفاده می‌کنند که این شیوه مقابله با استرس باعث می‌شود این افراد در یک دور باطل گرفتار شوند و رویدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کنند و از طرفی استفاده از شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد، باعث می‌شود رویداد استرس‌زا در فرد لاینحل باقی مانده و تداوم داشته باشد. به طور کلی نا آگاهی بیماران از روش‌های هیجان‌مدار (گریز و اجتناب)، آرامش لحظه‌ای حاصل از آن باعث گرفتار شدن در چرخه‌ی معیوب بیماری می‌شود. از این رو، آموزش راهبردهای مقابله‌ای مناسب منجر به بهبود حل‌مساله و کاهش تنش در این افراد می‌شود. در رابطه با متغیر خودآثربخشی تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد که این نتایج ناهمسو با نتایج پژوهش شکیبازاده و همکاران (۱۳۸۸) و آقا ملائی (۱۳۸۴) است، که در خصوص تناقضات موجود عمدتاً به دو عامل تناقضات ناشی از ابزارهای به کار گرفته شده و تعامل یا واسطه‌گری متغیرهای دیگر نظیر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در رابطه با خودآثربخشی در بیماران دیابتی می‌توان اشاره کرد، و از سویی نمونه پژوهش تنها محدود به زنان مبتلا بود. یافته مطالعه حاضر مبنی بر پایین بودن سبک دل‌بستگی ایمن در زنان مبتلا به دیابت با نتایج پژوهش دنیسون و همکاران (۲۰۰۹) و سچانوسکی و همکاران (۲۰۰۵) همسو بود. در این بررسی در دو سبک دل‌بستگی نایمن اجتنابی و نایمن دوسوگرا تفاوت معنی‌دار به دست نیامد. دل‌بستگی ایمن از طریق ارتباط با راهبردهای انطباقی و سازش یافته و روابط عاطفی مناسب، بهزیستی افراد را پیش‌بینی می‌کند. افرادی که دل‌بسته‌ی ایمن هستند در برخورد با مشکلات با صبر و حوصله عمل می‌کنند و زود عصبانی نمی‌شوند. در موقعیت‌های تنیدگی‌زا از راهکارهای سازگاران به موقعیت عمل می‌کنند، برای نظم دهی به هیجان‌ها از راهبردهایی سود می‌جویند که تنیدگی را به حداقل می‌رساند. پیامد ضربه‌های روانشناختی در زندگی روزمره می‌تواند شرایط جسمانی را مختل سازد و زمینه پیدایش انواع اختلال روانشناختی منجمله دیابت را مستعد سازد. بنابراین، با توجه به اینکه شکل‌گیری بیماری دیابت نوع ۲ از متغیرهای روانشناختی زیادی ناشی می‌شود، بررسی نقش متغیرهای روانشناختی می‌تواند به علت‌شناسی بیماری و شناخت عوامل بیماری و در پیشگیری و درمان کمک شایانی انجام دهد. محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی جهت جمع‌آوری داده‌ها و نیز استفاده از نمونه زن می‌باشد. پیشنهاد می‌شود که در آینده پژوهش با استفاده از ابزارهایی مثل مصاحبه و نیز در هر دو جنس اجرا گردد.

منابع

- آقا ملائی، تیمور (۱۳۸۴). کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران دیابتی. *مجله پایش*، ۱، ۴، ۲۶۹-۲۶۳.
- شکیبازاده، الهام؛ رشیدیان، آرش؛ لاریجانی، باقر؛ شجاعی زاده، داود، فروزانفر، محمد حسین و کریمی شاهنجری، اکرم. (۱۳۸۸). ارتباط بین خودکارآمدی و موانع درک شده با عملکرد خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۵، ۴، ۶۹-۷۸.
- علیلو، محمود؛ انصاریان، خلیل؛ قره‌گوزلو، مریم. (۱۳۸۷). بررسی ارتباط سبک‌های دل‌بستگی با بیماری ا.س.م. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳، ۱، ۱۱۵ - ۱۱۱.

غضنفری، فیروزه و قدم پور، عزت ا. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم آباد. فصلنامه اصول بهداشت روانی، ۱۰، ۳۷، ۵۴-۴۷.

نجفی، محمود و فولادچنگ، محبوبه. (۱۳۸۶). رابطه خودکارآمدی و سلامت روان در دانش آموزان دبیرستانی. دانشور رفتار، ۱۴، ۲۳، ۸۱-۶۹

Bettman, E. J. & Jasperson, R. A. (2008). Adults in wilderness treatment: A unique application of attachment theory and research. *Clinical Social Work Journal*, 36,1, 51-61.

Ciechanowski PS, Katon WJ & Russo JE. (2005). The association of depression and perceptions of interpersonal relationships in patients with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 58,2, 139-144.

Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29,2, 141-153.

Koen, P.A., Markman, G.D., Baron, R.A., & Reilly, R. (2001). *Cognition and personalities as predictors of resource attainment among corporate entrepreneurs. Frontiers of entrepreneurship research*. Wellesly, M A: Babson College.

Misra, R & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and It's Complications*, 22,3, 217-223.