

تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی در بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو

فاطمه جمشیدی^{۱*}، حمدالله جایروند^۲، دکتر شهرام مامی^۲^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی علوم و تحقیقات ایلام^۲ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات ایلام

چکیده

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع دو، شیوع فراوانی در جامعه دارند. از آنجا که این بیماری‌ها ماهیتی چندعاملی دارند، لذا روانشناسی نیز، مانند پزشکی نقش مهمی در پیشگیری، کنترل و درمان آن‌ها ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر مقایسه تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی بین بیماران زن مبتلا به دیابت نوع دو و زنان سالم شهر ایلام بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان سالم شهر ایلام و زنان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز درمانی این شهر بود که از بین آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۶۵ بیمار دیابتی نوع دو و ۶۵ زن سالم انتخاب شدند و پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان و بهزیستی روانشناختی را تکمیل کردند. نتایج نشان داد بیماران دیابتی، بیشتر از تنظیم شناختی هیجان ناسازگار و افراد سالم، از تنظیم شناختی سازگار بهره می‌گیرند، همچنین بهزیستی روانشناختی افراد سالم، بیشتر از بیماران دیابتی بود.

کلید واژه‌ها: تنظیم شناختی هیجان؛ بهزیستی روانشناختی؛ دیابت نوع دو؛ زن

مقدمه

از جمله عواملی که سلامت روانی فرد را تهدید می‌کند، می‌توان به دگرگونی‌های زندگی مانند بیماری اشاره کرد (ساراسون، ۲۰۰۰). بیماری‌های صعب‌العلاج مانند دیابت باعث مرگ و میر میلیون‌ها نفر، به ویژه در کشورهای جهان سوم می‌گردند. تا چندی پیش بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگترین مشکل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت، اما در حال حاضر افزایش نقش بیماری‌های غیرواگیر در مرگ و میر، مخصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی محسوب می‌شود که بیماری دیابت یکی از آنهاست (زارع شاه آبادی، حاجی زاده میمند و ابراهیمی صدرآبادی، ۱۳۸۹).

دیابت، گروهی ناهمگن از بیماری‌های سوخت و ساز است که مشخصه آن‌ها افزایش مزمن قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین است و در نتیجه وجود تضادی در ترشح انسولین و عمل انسولین ایجاد می‌شود. در دیابت نوع دو، مقاومت پیش رونده در بدن به انسولین وجود دارد که در نهایت ممکن است به تخریب سلول‌های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر می‌شود. در دیابت نوع دو مشخص است که عوامل ژنتیکی، چاقی کم‌تحرکی، نقش مهمی در ابتلای فرد دارد. دیابت، هم اکنون به عنوان یکی از نگرانی‌های سلامت عمومی در قرن ۲۱ مطرح و نیز، به طور کلی، پنجمین دلیل اصلی مرگ است (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۵). افراد مبتلا به دیابت در معرض عوارض شدید و مهلکی نظیر آسیب شبکیه و کوری، نورپاتی محیطی، درد پاها و ساق پا، سکت، انفارکتوس میوکارد، مشکلات عروقی محیطی، بیماری و مرحله پایانی کلیوی و قطع عضو هستند که هر کدام از این عوارض می‌تواند مشکلات روحی و روانی فرد ایجاد کند.

در مطالعات انجام شده نشان داده شده که رویه‌های شخصیتی اضطراب، خشم، خصومت و افسردگی، پیش بینی کننده منفی سطح گلوکز در بین بیماران دیابتی نوع ۲ می‌باشد (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۲). بیماران مبتلا به دیابت، پیشینه‌ای از افسردگی و نگرش‌های خودبیمارانگاران دارند، به طوری 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 گروه‌هاست (صادقی موحد و همکاران، ۱۳۸۹). زارع و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در مجموع دامنه وسیعی از سبک‌های ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان می‌توانند افسردگی و اضطراب و استرس را افزایش دهند و از سوی دیگر، استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کارآمد می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی، اضطراب، استرس و سایر آسیب‌های روانی را کاهش دهند. پور شریفی و همکاران (۱۳۹۰) نیز در نشان دادند که در بیماران دیابت نوع ۲، مصاحبه انگیزشی به شکل گروهی آن، می‌تواند به عنوان مداخله مؤثر، کیفیت زندگی و آموزش گروهی شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر، شاخص بهزیستی، شاخص کلی مراقبت از خود را بهبود بخشد.

با عنایت به اطلاعات به دست آمده از نتایج بررسی‌ها در زمینه عوامل روان شناختی تأثیرگذار بر بیماری دیابت، پرداختن به کیفیت زندگی این بیماران حائز اهمیت است؛ بنابراین، این پژوهش به دنبال این مسئله بود که شیوه تنظیم شناختی هیجان و نیز میزان بهزیستی روانشناختی را در بیماران زن دیابتی نوع ۲ بررسی و آن‌ها را با زنان سالم جامعه مقایسه نماید.

* e-mail: hamj6137@gmail.com

روش

شرکت کنندگان

روش انتخابی پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری مورد بررسی در این پژوهش، کلیه زنان سالم شهر ایلام و کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ایلام در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. برای انتخاب نمونه، از بین افراد جامعه آماری، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۶۵ بیمار دیابتی نوع ۲ و ۶۵ زن سالم انتخاب گردیدند.

ابزار

پرسشنامه استاندارد تنظیم شناختی-هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲): پرسشنامه تنظیم شناختی-هیجانی، پرسشنامه ای چند بعدی است که دارای ۳۶ ماده و شامل ۹ زیرمقیاس متفاوت است. زیر مقیاس‌های این پرسشنامه، شامل مقصر دانستن خود، مقصر دانستن دیگران، پذیرش، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، توجه مثبت مجدد، تمرکز بر تفکر، باز ارزیابی مثبت، در جای خود قرار دادن (putting into perspective)، مصیبت بار تلقی کردن (catastrophizing) و در واقع تنظیم هیجان سازگار و ناسازگار را مشخص می‌نماید. اعتبار کلی راهبردهای سازگار و ناسازگار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱ و ۰/۸۷ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲). یوسفی (۱۳۸۲)، در فرهنگ ایرانی، اعتبار آزمون در نمونه‌های متشکل از دانش آموزان ۱۵ تا ۲۵ ساله انجام داد و رابطه آن با افسردگی و اضطراب را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش داد. روایی پرسشنامه در مطالعه یوسفی (۱۳۸۲)، از طریق همبستگی میان نمره راهبردهای سازگار و ناسازگار با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوآلی سلامت عمومی بررسی شد و به ترتیب، ضریب‌های برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده است که هر دو ضریب معنادار بودند. در پژوهش جاپروند و همکاران (۱۳۹۲) نیز، اعتبار کل راهبردهای سازگار و ناسازگار به ترتیب برابر ۰/۸۱ و ۰/۸۲ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی ریفه: در سال ۱۹۸۰ طراحی شد (ریفه، ۱۹۹۸). فرم اصلی، دارای ۱۲۰ پرسش بود ولی در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه‌تر ۸۴ سوآلی، ۵۴ سوآلی و ۱۸ سوآلی نیز پیشنهاد گردید. دایرنوک (۲۰۰۵)، همسانی درونی خرده آزمون‌ها را مناسب و آلفای کرونباخ آنها را بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ درصد به دست آورد. در ایران، این مقیاس توسط بیاضی و همکاران (۱۳۹۱)، بر روی ۱۴۵ دانشجو انجام شد و ضریب اعتبار به روش بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. در مطالعه جاپروند و همکاران (۱۳۹۲)، اعتبار کل آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه گردید.

شیوه‌ی اجرا

مقیاس‌های فوق توسط محقق برای ۶۵ بیمار دیابتی نوع ۲ و ۶۵ زن سالم شهر ایلام اجرا شده است. در نهایت، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی، مانند میانگین و انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی، از جمله، تحلیل کوواریانس استفاده شد و پرسشنامه‌ها توسط نرم افزار SPSS 18 با هم مقایسه گردیدند.

نتایج

شاخص‌های توصیفی افراد سه گروه بیماران قلبی-عروقی، دیابت و افراد عادی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیارنمرات سه گروه بیماران قلبی-عروقی، دیابت و افراد عادی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
بهزیستی روانشناختی	دیابت	۷۲/۱۶	۱۳/۲۹
	سالم	۷۸/۳۳	۱۰/۸۷
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	دیابت	۶۲/۳۶	۱۴/۰۸
	سالم	۵۳/۳۰	۱۲/۶۱
تنظیم شناختی هیجان سازگار	دیابت	۴۹/۸۳	۷۴/۶۳
	سالم	۴۵/۹۰	۴۵/۹۰

حجم هر گروه ۶۵ نفر

با توجه به معنادار نبودن آزمون باکس و آزمون لوین، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و شرط برابری واریانس‌های درون گروهی به درستی رعایت شده است.

جدول ۲

نتایج تحلیل کوواریانس روی نمرات متغیرهای وابسته در دو گروه بیماران دیابت و افراد سالم

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	توان آماری
بهزیستی روانشناختی	۱۳۸۸/۳۳	۲	۶۹۴/۱۶	۴/۷۲	۰/۰۱۰	۰/۰۸۶
عضویت گروهی	۵۰۰/۳۱	۲	۲۵۰/۱۵	۳/۱۵	۰/۰۴۵	۰/۰۷۹
هیجان ناسازگار	۲۷۷۰/۱۶	۲	۱۳۸۵/۰۸	۳/۹۷	۰/۰۰۰	۰/۰۹۷
خطا	۲۸۲۰۵/۰۷	۱۹۲	۱۴۶/۹۰			

هیجان سازگار	۱۵۲۳۶/۳۶	۱۹۲	۷۹/۳۵
هیجان ناسازگار	۳۳۳۵۶/۱۲	۱۹۲	۱۷۳/۷۳

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری مربوط به مقایسه میانگین گروه‌های بیماران دیابت و افراد عادی طبق جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی هیجان سازگار ($F=۴/۷۳$ و $P<۰/۰۱۰$)، هیجان سازگار ($F=۳/۱۵$ و $P<۰/۰۴۵$) و هیجان ناسازگار ($F=۳/۹۷$ و $P<۰/۰۰۰$) بیماران دیابت و افراد عادی تفاوت معنادار به وجود آمده است. ضریب اتا به دست آمده برای بهزیستی روانشناختی $۰/۰۸۶$ ، برای هیجان سازگار $۰/۰۷۹$ و برای هیجان ناسازگار $۰/۰۹۷$ می‌باشد که نشان دهنده آن است ۸ و ۷ درصد تفاوت میانگین نمرات بهزیستی روانشناختی، تنظیم شناختی هیجان سازگار و تنظیم شناختی هیجان ناسازگار مربوط به گروه‌های بیماران دیابتی و افراد عادی بوده است.

بحث

با توجه به داده‌های جداول بالا، بین بیماران دیابت نوع ۲ و افراد سالم از نظر تنظیم شناختی هیجان سازگار تفاوت معناداری مشاهده شده است. بنابراین فرضیه اول تأیید می‌شود.

افرادی که تنظیم هیجانی بالایی دارند، در پیش‌بینی خواسته‌های دیگران توانایی بیشتری دارند. در مقابل، کسانی که تنظیم هیجانی پایینی دارند، برای مقابله با هیجان‌های منفی خود، عموماً گرایش بیشتری به بیماری‌های روان تنی دارند.

بنابراین، تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری بیماران با وقایع استرس‌زای زندگی دارد. هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبرو می‌شود، احساس خوب و خوش‌بینی برای کنترل هیجان کافی نیست؛ بلکه، وی نیاز دارد که در این موقعیت‌ها بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد. به طور کلی، این نتیجه با تحقیق زارع و همکاران (۱۳۹۱)، که استفاده از راهبردهای شناختی تنظیم هیجان کارآمد و سازگار می‌تواند خطر ابتلا به افسردگی، اضطراب، استرس و سایر آسیب‌های روانی را کاهش دهند، همخوان می‌باشد.

با توجه به داده‌های جداول، مشخص گردید که بین بیماران دیابت نوع ۲ و افراد سالم از نظر تنظیم شناختی هیجان ناسازگار تفاوت معناداری مشاهده شده است؛ بنابراین، فرضیه دوم پژوهش نیز، تأیید می‌شود.

در تبیین این مسئله می‌توان این‌گونه شرح داد که راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و بخشی از راهبردهای تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبطاند (بوچهارد و گیلیمت، ۲۰۰۴)؛ بنابراین، راهبردهای تنظیم هیجانی که پیش از رخداد حادثه استرس‌زا فعال می‌شوند، باعث تعبیر و تفسیر موقعیت به نحوی می‌گردند که پاسخ‌های هیجانی مرتبط با آن موقعیت را کاهش می‌دهد. نتایج به دست آمده در این فرضیه مشابه با نتایج فخاری و همکاران (۱۳۹۲) می‌باشد، نتایج مطالعه آن‌ها نشان داد که در افراد مبتلا به افسردگی در مقایسه با افراد عادی نظریه ذهن آسیب دیده است و بیماران افسرده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه سرکوب هیجان و کمتر از راهبرد سازگارانه ارزیابی مجدد استفاده می‌کنند؛ همچنین، طالع بک‌تاش و همکاران (۱۳۹۲)، نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، در مواجهه با رویدادهای منفی، از راهبردهای ناسازگار و منفی تنظیم شناختی هیجان بیشتر نسبت به افراد سالم استفاده می‌کنند. ضمن اینکه در مطالعات خارجی نیز نتیجه این فرضیه با نتایج تحقیقات سولیوان و همکاران (۲۰۰۹)، مبنی بر اینکه مداخله روانشناختی مبتنی بر هشیاری، باعث کاهش اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سکنه قلبی شده، همسو است.

توجه به داده‌ها، معلوم شد که بین بیماران دیابت نوع ۲ و افراد سالم از نظر بهزیستی روانشناختی تفاوت معناداری مشاهده شده است بنابراین فرضیه سوم نیز، تأیید می‌شود. نتیجه این فرضیه با نتایج تحقیقات آقا باقری و همکاران (۱۳۹۱) و قاسم‌پور و همکاران (۱۳۸۹)، همخوان است. واضح است که افرادی با احساس بهزیستی بالا به طور عمده‌ای هیجان‌ات مثبت را تجربه می‌کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبت دارند، در حالی که افراد با بهزیستی پایین حوادث و موقعیت‌های زندگی شان را نامطلوب ارزیابی کرده و بیشتر هیجان‌ات منفی، نظیر بیماری‌های روان تنی، اضطراب، افسردگی تجربه می‌کنند. احساس رضایت‌مندی مثبت، تنها با فقدان هیجان‌ات منفی پدید نمی‌آید و عدم حضور هیجان‌ات منفی لزوماً حضور هیجان‌ات مثبت را به همراه نمی‌آورد، بلکه بر خورداری از هیجان‌ات مثبت خود به شرایط و امکانات دیگری نیازمند است.

به طور خلاصه، داده‌ها نشان دادند که رابطه معناداری بین تنظیم شناختی و بهزیستی روانشناختی وجود دارد، لذا، این یافته‌ها می‌تواند با ارائه‌ی تصاویری از مقایسه بهزیستی روانشناختی و تنظیم هیجان از زندگی بیماران و افراد سالم، متولیان بهداشت را در اتخاذ تمهیدات لازم جهت حمایت‌های روانی مورد نیاز این گروه و نیز اجرای برنامه‌های مناسب به منظور پیشگیری از عوارض ناشی از بیماری به‌عنوان مهم‌ترین و بهترین روش سرمایه‌گذاری، در جهت توسعه اقتصادی و اجتماعی در زمینه کاهش عوارض فردی بیماری‌ها یاری نماید.

منابع

- آقا باقری، حامد و دیگران (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس. *مجله روانشناسی بالینی* (۴)، ۱۱-۲۱.
- بیاضی، محمدحسین و دیگران (۱۳۹۱). اثربخشی مداخله ای شناختی رفتاری گروهی کوتاه مدت بر افسردگی، اضطراب و تنش بیماران کرونری قلب مزمن: یک آزمایش کنترل شده تصادفی. *مجله اصول بهداشت روانی* ۱۴ (۱)، ۲۱-۱۱.
- پور شریفی، حمید و دیگران (۱۳۹۰). تأثیر مصاحبه انگیزشی و آموزش گروهی شناختی-رفتاری بر بهبود شاخص‌های بهزیستی، کیفیت زندگی و مراقبت از خود در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی*، ۲۳ (۴) ۳۳-۳۳.

- زارع شاه آبادی، الف؛ حاجی زاده میمندی، م و ابراهیمی صدرآبادی، ف. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر حمایت اجتماعی بر کنترل و درمان بیماری نوع دو در یزد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸، ۲۷۷-۲۸۳.
- زارع، حسین و سلگی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب واسترس در دانشجویان. *فصلنامه علمی پژوهشی در سلامت روانشناختی* ۳(۶)، XX-XX.
- صادقی موحد، فریبا و دیگران (۱۳۸۹). مقاله پژوهشی، بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله ای با سلامت روانی در بیماران دیابتی. *مجله اصول بهداشت روانی*. سال ۱۲ (۲)، ۴۷۰-۴۷۷.
- طالع بکتاش، سهیلا؛ یعقوبی، حسن و یوسفی، رحیم (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی. *مجله علمی پژوهشی فیض*. *دانشگاه علوم پزشکی کاشان*، ۱۷(۵)، ۴۷۱-۱۸۱.
- عیسی زادگان، علی و دیگران (۱۳۹۲). الگوی ساختاری روابط بین ریخت شخصیتی D، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و بیماری عروق کرونری قلب. *مجله روانشناسی* ، ۳، XX-XX.
- فخاری، علی؛ مینا، شیرین؛ عبدالخالق، علیزاده و گورادل، جابر (۱۳۹۲). مقایسه نقص نظریه ذهن و تنظیم هیجان در افراد افسرده و عادی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بابل*. ۱۶ (۱) : ۹۸-۹۲.
- قاسم پور، یداله و قربانی، نیما (۱۳۸۹). به هوشیاری و نیازهای بنیادی روانشناختی در بیماران قلبی عروقی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران* ، ۲، ۱۵۴-۱۶۲.
- هاشمی پور، سیما و دیگران (۱۳۹۲). مقایسه تأثیر درمان با انسولین تنها و انسولین به علاوه سولفونیل اوره در بیماران دیابتی نوع دو. *مجله علمی علوم پزشکی قزوین*، ۲.
- Bouchard, G.; Guillemette, A., & Landry-Leger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *Ear J Pers* 18, 221-38.
- Garnefski, N.; Van Den Kommer, T.; Kraaij, V.; Teerds, J.; Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*. 16 (5), 403 - 420.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2004). Love G. D. Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the royal society of London*, XX- XX.