

اثربخشی مقابله درمانگری بر نشانگرهای روانشناختی (استرس، کیفیت زندگی و

راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع ۲

علیرضا آقاییوسفی^۱، یارحسین صفری^۲، سارا احمدی^۳، *پرستو عباسپور^۴

۱. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۲. متخصص بیهوشی، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه.

۳. کارشناس ارشد، گروه مشاوره خانواده، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه.

۴. دکترای تخصصی، گروه روانشناسی، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی، کرمانشاه.

(تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۸/۰۱ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۳/۱۲)

Studying the Effectiveness of Coping Therapy on Psychological Markers (Stress, Quality of Life and Coping Strategies) in Type II Diabetic Patients

Alireza Aghayosefi¹, Yarhossein Safari², Sara Ahmadi³, *Parastoo Abbaspour⁴

1. Associate Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

2. Anesthetist Kermanshah, University of Medical Sciences.

3. M.A in family Counselling, University of Medical Sciences, Kermanshah.

4. Ph.D, Department of Psychology, Social Development & Health Promotion Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences.

Original Article

(Received: Oct. 23, 2018 - Accepted: Jun. 01, 2020)

مقاله پژوهشی

Abstract

Objective: type II diabetes is one of the chronic illnesses with various physical and psychological effects for patient. The purpose of the present research was to study the effectiveness of coping therapy on psychological markers (Stress, quality of life and coping strategies) in type II diabetic patients. **Method:** It was a semi-experimental research with pre-test, post-test, control group and follow up test. The population of the research includes all diabetic patients with registered medical records in diabetes center of Kermanshah in 2016. 40 individuals were selected by available and random sampling in experimental and control group (20 individuals per group). They have completed coping strategies questionnaire of Folkman- Lazarous, family life incidents and changes (FILE) and short form of diabetic patients' quality of life (DQOL-BCI). **Findings:** Data was analyzed by SPSS-20 and the results showed that coping therapy significantly increases the quality of life, adhere to treatment, coping strategies, social support, planned problem-solving, positive reevaluation, stress reduction and continence in experimental group than control group ($p < 0.01$, $p < 0.05$). however, the results indicated that there is no significant difference in the variable of escape-avoidance coping strategies between experimental and control group ($p > 0.05$). **Conclusion:** according to the results, it can be said that coping strategies may reduce the problems of patients with chronic illnesses such as diabetes.

Keywords: Coping Therapy, Stress, Quality of Life, Coping Strategies, Type II Diabetes.

چکیده

مقدمه: دیابت نوع ۲ یکی از بیماری‌های مزمن است که اثرات جسمی و روانی عدیده‌ای برای فرد به دنبال دارد. پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر نشانگرهای روانشناختی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفت. روش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش-پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه‌ی آماری بیماران دیابتی دارای پرونده پزشکی در مرکز دیابت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود. از میان این بیماران ۴۰ نفر با توجه به معیارهای شمول و به روش در دسترس انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. بیماران پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن-لازاروس، رویدادها و تغییرات زندگی خانوادگی (FILE) و فرم کوتاه کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL-BCI) را تکمیل نمودند. یافته‌ها: نتایج نشان داد مقابله درمانگری به صورت معناداری منجر به افزایش کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله جستجوی حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده، ارزیابی مجدد مثبت و کاهش استرس و دوری‌گزینی و خویش‌تنداری در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه کنترل شده است ($P < 0.01$ و $P < 0.05$)؛ اما نتایج حاکی از آن بود که در متغیر راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه وجود ندارد ($P > 0.05$). نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج می‌توان گفت که مقابله درمانگری می‌تواند در کاهش استرس، ارتقاء کیفیت زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای، مبتلایان به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، اثرگذار باشد.

واژگان کلیدی: مقابله درمانگری، استرس، کیفیت زندگی، راهبردهای مقابله‌ای، دیابت نوع ۲.

*نویسنده مسئول: پرستو عباسپور

*Corresponding Author: Parastoo Abbaspour

Email: pabaspour@yahoo.com

مقدمه

به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و پیاپی، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلا فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی و اختلال در کار و سایر حوزه‌های زندگی روزمره منجر به بروز استرس مزمن و کاهش کیفیت زندگی بیماران می‌شود. این در حالی است که طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات حمایت‌گر این مساله هستند که هدف اصلی درمان تنها برطرف کردن علائم و نشانه‌های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کلی کیفیت زندگی^۸ بیماران مدنظر قرار گیرد؛ بنابراین، بدیهی است که برای دستیابی به این مهم باید به پیامدهای روانشناختی و روانی اجتماعی ناشی از بیماری توجه نمود.

کیفیت زندگی عبارت است از میزان آگاهی فرد از تجارب زندگی خود و نقشی که در آن تجارب دارد (ریان^۹ و دسی^{۱۰}، ۲۰۰۱). در بیماران دیابتی کاهش کیفیت زندگی نه تنها باعث کاهش احساس رضایت فرد مبتلا به دیابت از زندگی می‌شود بلکه با تحت تأثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی مراقبتی می‌تواند به‌طور منفی بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری نیز تأثیر بگذارد (حاتملوی سعدآبادی و باباپورخیرالدین، ۱۳۹۱) و با خود مراقبتی بیماران در بلندمدت رابطه دارد (لی^{۱۱}، لی و موون^{۱۲}، ۲۰۱۶). تشخیص دیابت از طریق استرسی که به

دیابت ملیتوس^۱ یک بیماری مزمن فراگیر رو به رشد است که علاوه بر تأثیر بر وضعیت بالینی فرد هزینه‌های گزافی را به جوامع مختلف در سرتاسر جهان تحمیل می‌کند (وانگ^۲، ژانگ^۳، الوی^۴، جیانگ^۵، گائو^۶، سونگ^۷ و همکاران، ۲۰۱۶). این بیماری مزمن خطرناک که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود، عامل اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی‌های مزمن کلیه بیماری‌های قلبی شناخته شده است (حاتملوی سعدآبادی و باباپورخیرالدین، ۱۳۹۱). دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های روان-تنی است که تیدگی در ایجاد، شدت، عود و مزمن شدن آن تأثیر فزاینده دارد. علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا اینکه مصرف انسولین با اشکال مواجه است یا هر دو (حسن‌زاده، علی‌اکبری دهکردی و خمسه، ۱۳۹۱). آشکار است که تأثیر دیابت محدود به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل هیپوگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ و غیره نمی‌شود؛ بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن به‌واسطه روبرو کردن بیمار با چالش‌های متعدد از قبیل فشارهای ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی مراقبتی پیچیده و هزینه‌بردار، نیاز به مراجعه مکرر

1. Diabetes mellitus
2. Wang
3. Zhang
4. Lv
5. Jiang
6. Gao
7. Song

8. quality of life
9. Ryan, R. M.
10. Deci, E. L.
11. Lee
12. Moon

نلسون^{۱۶} و دیویس^{۱۷}، ۲۰۰۷). مقابله با پیامدهای دیابت برای بیمار یک فرایند مادام‌العمر و دشوار است (دیکاستر^{۱۸}، ۲۰۰۵). هرگونه بیماری مزمنی از جمله دیابت می‌تواند منبع یک فشار روانی چشمگیر باشد و این نیازمند مقابله مناسب است. از آنجایی که عنوان می‌شود سبک مقابله‌ای بیماران دیابتی با افراد غیر دیابتی به‌طور معناداری متفاوت است، مقابله با استرس احتمالاً نقش حیاتی در سازگاری با دیابت دارد (پیزولا^{۱۹} و ژاپلینسکا^{۲۰}، ۲۰۱۰).

مقابله به‌عنوان یکی از مفاهیم اساسی روانشناسی سلامت مطرح است که در متن کیفیت زندگی شدیداً با تنظیم هیجانات در طول تجربه استرس مرتبط است (دیریدر^{۲۱} و شریورز^{۲۲}، ۲۰۰۱). راهبردهای مقابله‌ای به‌طورکلی از دو مؤلفه راهبردهای مساله‌مدار و هیجان‌مدار تشکیل می‌شوند. راهبردهای هیجان‌مدار بر این مساله تأکید دارند که بیماران سعی می‌کنند هیجانانشان را به‌وسیله عمل و تفکر پردازش کنند. زمانی که بیماران از راهبردهای مساله‌مدار استفاده می‌کنند معتقدند که می‌توانند بر وضعیتی که باعث بیماری‌شان شده است تأثیر بگذارند یا لاقفل بر منابع مربوط به تغییر این وضعیت کنترل داشته باشند (تونکای^{۲۳}، موسی بک^{۲۴}، گوک^{۲۵} و کاتلو^{۲۶}، ۲۰۰۸).

فرد وارد می‌کند کاهش سلامت روانشناختی و کیفیت زندگی بیمار را در پی دارد. استرس نه‌تنها به‌طوری معناداری با پیدایش دیابت رابطه دارد (ویرنیک^۱، نبی^۲، توماس^۳، پانیئر^۴، هانون^۵، سیمون^۶ و همکاران، ۲۰۱۶)، بلکه با کنترل ضعیف قند خون در بیماران دیابتی رابطه دارد (برالیچ لانگ^۷، برگمن مارکوویچ^۸ و وردولجک^۹، وردولجک^۹، ۲۰۱۵). استرس در بیماران دیابتی به یک واکنش فیزیولوژیکی یا روانشناختی به محرک‌های بیرونی یا رویدادهای استرس‌زای مثبت و منفی اشاره دارد. علائم شایع استرس روانشناختی در بیماران تغییر الگوهای خواب، افکار استرس‌آمیز و کج‌خلقی را دربر می‌گیرد. استرس هیجانی عمومی می‌تواند بر سطح گلوکز خون و کنترل قند تأثیر بگذارد و چگونگی خود‌مدیریتی دیابت را تحت‌الشعاع قرار دهد (هاپوندا^{۱۰}، ابوباکار^{۱۱}، وندویور^{۱۲} و پاور^{۱۳}، ۲۰۱۵).

همان‌طوری که اشاره شد گرچه استرس روانشناختی پیامدهای بیماری را تشدید می‌کند، آنچه در فرآیند بیماری‌های مرتبط با استرس بیش از خود استرس اهمیت دارد، نوع مقابله فرد در برابر عامل استرس‌زا است (استریکلند^{۱۴}، گیجر^{۱۵}،

1. Wiernik
2. Nabi
3. Thomas
4. Pannier
5. Hanon
6. Simon
7. Bralic Lang
8. Bergman Markovic
9. Vrdoljak
10. Hapunda
11. Abubakar
12. van de Vijver
13. Pouwer
14. Strickland
15. Giger

16. Nelson
17. Davis
18. Decoster
19. Pisula
20. Czaplinska
21. de Ridder
22. Schreurs
23. Tuncay
24. Musabak
25. Gok
26. Kutlu

شده است (پاتنایک^{۱۱}، جوشی^{۱۲} و سایو^{۱۳}، ۲۰۱۵). مطابق نظر الکوبیر و همکاران (۲۰۱۶) در بیماران دیابتیک کیفیت زندگی تحت الشعاع بیماری و استرس ناشی از آن قرار می‌گیرد و افزایش کیفیت زندگی و رضایت از درمان یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه‌های درمانی به شمار می‌روند؛ بنابراین، به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت بیماران دیابتی داشته باشد.

در این راستا، برخی درمان‌ها از قبیل روش‌های مبتنی بر مقابله (آمبروزینو^{۱۴}، فنی^{۱۵}، ویتمور^{۱۶}، یاسر^{۱۷}، داود^{۱۸} و گری^{۱۹}، ۲۰۰۸؛ گری، یاسر، ویتمور، یئون^{۲۰} و لیندمن^{۲۱}، ۲۰۱۱) خط جدید درمان را تشکیل می‌دهد. نخستین بار ویدل^{۲۲} (۱۹۹۴) در آلمان روشی به نام «درمانگری مقابله مدار» برای کمک به بیماران روان گسیخته معرفی کرد؛ اما مقابله درمانگری^{۲۳} به‌عنوان روشی که در فرآیند مشاوره و روان درمانگری برای کاربرد در همه گوشه‌های قلمرو روان‌شناسی سلامت کاربرد داشته باشد و بر پایه نظریه فولکمن^{۲۴} - لازاروس^{۲۵} (۱۹۸۴) استوار باشد، نخستین بار توسط آقا یوسفی (۱۳۸۰) معرفی شد. روش «مقابله درمانگری» هم به‌عنوان روشی برای

مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد با کاهش اضطراب و افسردگی، عملکرد روانشناختی، سازگاری با بیماری، رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بیماران دیابتیک رابطه دارند (رابین^۱ و پیروت^۲، ۲۰۰۱؛ راول^۳ و الن^۴، ۲۰۰۴؛ تونکای و همکاران، ۲۰۰۸) و کیفیت زندگی و کنترل سوخت‌وساز بیماران دیابتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (پیزولا و ژاپلینسکا، ۲۰۱۰). پذیرش، برنامه‌ریزی، قاب‌بندی مجدد مثبت، حمایت عاطفی و ابزاری و پرت کردن حواس خود اصلی‌ترین راهبردهای مقابله‌ای بیماران دیابتیک به شمار می‌روند. به همین دلیل توصیه می‌شود که هنگام ارزیابی تأثیر دیابت بر بهزیستی روانشناختی افراد مهارت‌های مقابله‌ای بیماران مدنظر قرار گیرد (تونکای و همکاران، ۲۰۰۸). این مساله می‌تواند کیفیت زندگی بالاتر بیماران دیابتی و متعاقب آن پایبندی به درمان و رژیم غذایی و دارویی را در پی داشته باشد (الکوبیر^۵، مارتینز-آلونسو^۶، والس^۷، رابینات^۸، تراوست^۹، هرناندز^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از مشکلات اساسی بیماران دیابتیک چگونگی کسب مهارت‌های لازم برای مدیریت مؤثر بیماری است (کولینز و همکاران، ۲۰۰۹). از طرفی، در بسیاری از منابع به نقش کنترل استرس در افزایش کیفیت زندگی و بقای بیماران اشاره

11.Patnaik
12.Joshi
13.Sahu
14.Ambrosino
15.Fennie
16.Whittemore
17.Jaser
18. Dowd
19.Grey
20.Jeon
21.Lindemann
22.Wiedl
23.Coping Therapy
24.Folkman
25.Lazarus

1.Rubin
2.Peyrot
3.Rowe
4.Allen
5.Alcubierre
6.Martinez-Alonso
7.Valls
8.Rubinat
9.Traveset
10. Hernandez

فرانی و جواهری، ۱۳۹۳) مرتبط است. علاوه بر آن مؤلفه‌های اجتناب شناختی شامل واپس‌زنی افکار، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده، با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی معناداری وجود دارد (آقاجانی، صمدی فرد و نریمانی، ۱۳۹۶) که می‌تواند مورد هدف مقابله درمانگری قرار گیرد. به همین دلیل لازم است که نقش درمان‌های مختلف در بهبود شاخص‌های زیستی و روانشناختی بیماری مورد بررسی و مقایسه قرار گیرد تا بتوان به‌واسطه انتخاب روش‌های درمانی مناسب از اتلاف زمان و تحمیل هزینه‌های اضافی به بیماران و سیستم سلامت کشور جلوگیری نمود. از آنجاکه مقابله‌درمانگری یک تکنیک درمانی تحول‌یافته در ایران و مبتنی بر نظریه هیجان فولکمن-لازاروس (۱۹۸۴) است که توسط آقاییوسفی (۱۳۸۰) معرفی شده و تأثیر آن در سازه‌های کیفیت زندگی، استرس و راهبردهای مقابله‌ای بیماران دیابتیک مرود بررسی قرار نگرفته است، لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی اثربخشی مقابله درمانگری بر نشانگرهای روانشناختی (استرس، کیفیت زندگی و راهبردهای مقابله‌ای) بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از منظر نحوه اجرا نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و آزمون پیگیری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران دیابتی دارای پرونده پزشکی ثبت‌شده مراجعه‌کننده به مرکز دیابت شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۵ بود. با توجه به اینکه

درمان بیماران روان‌شناختی و نیز بیماران مبتلا به پیامدهای جسمانی تنیدگی و هم‌به‌عنوان روشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد به‌کار برده می‌شود. با توجه به اینکه بیماران دیابتیک راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی برای خود مراقبتی دیابت دارند که تحت تأثیر باورهای سلامت و ارزش خود مراقبتی سلامت است و می‌تواند بر تغذیه و تحرک، دفعات پایش گلوکز خون و پایبندی به رژیم‌های دارویی تجویز شده تأثیر بگذارد (کولینز و همکاران، ۲۰۰۹)، مطالعاتی چند به بررسی تأثیر این روش در ارتقاء سلامت بیماران غیر دیابتی پرداخته‌اند. برای مثال، نتایج دو مطالعه نشان دادند که آموزش راه‌های مقابله با استرس و مقابله درمانگری در کاهش استرس و افزایش کیفیت زندگی بیماران قلبی و صرعی مؤثر است (امینیان، محمدزاده، اسلامی و فشارکی، ۱۳۹۳؛ مامن‌پوش، آقاییوسفی، ابراهیمی و میرمهدی، ۱۳۹۳).

به‌طور خلاصه می‌توان گفت دیابت یک وضعیت مزمن است که سازگاری با آن و کنترل و مدیریت رژیم غذایی و دارویی در آن نقش بسیار مهمی در بقاء فرد و افزایش کیفیت زندگی بیمار دارد (ساندانکار^۱، پنگ^۲، فو^۳، اشرف- اسوانوم^۴، رودریگز^۵، علی^۶ و همکاران، ۲۰۱۶). از طرفی عنوان می‌شود که تبعیت از درمان در این بیماران به عوامل مختلفی از جمله سبک‌های مقابله‌ای (بیات اصغری، موسی نژاد، عسگری، رضانی

- 1.Saundankar
- 2.Peng
- 3.Fu
- 4.Ascher-Svanum
- 5.Rodriguez
- 6.Ali

اساس نظریه تعهد و پذیرش اجرا گردید. ملاک‌های ورود: عبارت است از اینکه افراد نمونه می‌بایست بیمار دیابتی با سابقه حداقل ۱ سال تشخیص بیماری می‌بودند که هیچ‌گونه معلولیت جسمی یا روانی نداشتند.

ملاک‌های خروج: این ملاک‌ها عبارت بودند از معلولیت جسمی شدید، بیماری روانی، افراد بدون توانایی برقراری ارتباط مناسب و افراد پرخاشگر شدید.

۱) ساختار کلی مقابله درمانگری: فن «مقابله‌درمانگری» به‌عنوان روشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد به‌کاربرده می‌شود. این فن بر اساس نوع و شدت تنیدگی‌ها و راههای مقابله‌ای فرد بر پایه‌ی نظریه‌ی تبادل‌ی تنیدگی فولکمن-لازاروس (۱۹۸۴) توسط آقایوسفی (۱۳۸۰) بنا شده است. در این پژوهش تعداد جلسات مقابله درمانگری ۸ جلسه انفرادی، هفته‌ای یکبار و حدود یک ساعت بود. پروتکل فن مقابله درمانگری آقایوسفی (۱۳۸۰) در این پژوهش به ترتیب زیر اجرا گردید.

جلسه اول: تعریف تنیدگی و اثرات آن بر سلامتی زیست‌شناختی و روان‌شناختی و تحول بهنجار و نیز تعریف مقابله و راههای هشت‌گانه‌ی مقابله‌ای.

جلسه دوم: بیان تنیدگی و اعمال، افکار و احساسات تجربه شده‌ی بیماران، ارزیابی نخستین و ثانوی و ارزیابی سازش‌یافته بودن واکنش‌های بیمار با همراهی درمانگر.

جلسه سوم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راههای مقابله‌ای به

برای مطالعات آزمایشی و نیمه آزمایشی که به‌صورت گروهی اجرا می‌گردد حجم نمونه برابر با حداقل ۱۵ نفر (برای هر گروه) پیشنهاد شده است (گال، بورگ و گال، ۲۰۰۵)، ترجمه نصر و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر نیز به جهت افزایش قابلیت تعمیم داده‌ها و در نظر گرفتن احتمال حذف یا ریزش، پژوهشگر نمونه‌ای به تعداد ۲۰ نفر برای هر گروه را با توجه به معیارهای شمول، از بین بیماران انتخاب نمود. اعضای نمونه به روش در دسترس انتخاب و به‌صورت جایگزینی تصادفی در دو گروه قرار گرفتند، بدین ترتیب در هر گروه تعداد ۲۰ نفر حضور داشتند. در انجام اعمال آماری ابتدا داده‌ها با استفاده از شاخص‌های توصیفی موردبررسی قرار گرفت. سپس به‌منظور مقایسه میانگین‌های پس‌آزمون‌های گروه‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. پس از معنی‌دار شدن شاخص‌های چهارگانه مانکوا (اثر هتلینگ، لامبدای ویلکز، بزرگترین ریشه روی و اثر پیلایی) به ازای هر یک از متغیرهای وابسته، آنکوای یک‌راهه در متن مانکوا مورد استفاده قرار گرفت. جهت کنترل متغیرهای مداخله‌گر احتمالی، متغیرهایی نظیر سن، وضعیت تأهل، وضعیت تحصیلات شغل و جنسیت از طریق واردکردن آن‌ها در معادله (انتخاب از گروه‌های مختلف جنسی، تحصیلی و ...) کنترل شدند. جهت کنترل اثر پیش‌آزمون نیز از روش کواریت کردن استفاده شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این تحقیق در پایان طرح برای گروه کنترل هم ۸ جلسه مشاوره گروهی بر

۲) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای فولکمن - لازاروس (CSQ): پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای فولکمن - لازاروس شامل ۶۶ است که ۸ راهبرد جزوئی و سه راهبرد عمده را موردسنجش قرار می‌دهد. پایایی پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای از طریق آزمایش ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای که به‌وسیله ضریب آلفای کرونباخ به دست می‌آید، ارزیابی شده است. برآورد ثبات درونی اندازه‌های مقابله‌ای عموماً در کران پائینی دامنه قابل قبول رایج قرار می‌گیرد. لازاروس فولکمن (۱۹۸۰) ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ را برای هر یک از راه‌های مقابله‌ای گزارش کرده‌اند. همچنین آقاجانی طی پژوهشی پایایی ۰/۸۰ را برای هر یک راه‌های مقابله‌ای گزارش کرده و خدادادی طی پژوهش خود، ضریب پایایی کل آزمون را برابر با ۰/۸۴ به دست آورده است. در کل این پرسشنامه در پژوهش‌های مختلف دارای پایایی و روایی مطلوبی بوده است. ضریب همبستگی آن برای روش مقابله هیجان مدار ۰/۷۸ و برای روش مقابله‌ای مساله‌مدار ۰/۸۰ بدست آمده است و وسیله مناسبی برای پژوهش‌های روان‌شناختی می‌باشد (شریف، ۱۳۹۱).

۳) پرسشنامه رویدادها و تغییرات زندگی خانوادگی (FILE) توسط همیلتون، مک کوین، جوان، پاترسون و ویلسون (۱۹۹۱) ساخته شده است که از ۷۱ گویه و ۹ خرده مقیاس فشارهای درون خانوادگی (۱۷ سؤال)، فشارهای زناشویی (۴ سؤال)، فشارهای بارداری (۴ سؤال)، فشارهای مالی و شغلی (۱۲ سؤال)، فشارها و تحولات شغلی - خانوادگی (۱۰ سؤال)، فشارهای مربوط

کار گرفته‌شده‌ی بیمار و اینکه مراجع یا بیمار بایستی همواره به ارزیابی‌های شناختی خویش ادامه دهند.

جلسه چهارم: ارائه نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای دیگر به کار گرفته‌شده‌ی خویش - ادامه ارزیابی‌ها.

جلسه پنجم: بیان رویداد تنیدگی‌زای هفته یا حتی زندگی خود و اعمال، افکار و احساسات تجربه کرده‌ی و تلاش برای ارزیابی نخستین و ثانوی واکنش‌های بیمار از نظر درجه‌ی سازش‌یافته بودن - بررسی راه‌های جدیدتر و ارزیابی‌های دقیق‌تر را نسبت به این رویداد تنیدگی‌زای خود.

جلسه ششم: گزارش نتایج ناشی از تغییر روش‌های ارزیابی شناختی و راه‌های مقابله‌ای به کار گرفته‌شده توسط بیمار.

جلسه هفتم: فرایند قبلی ادامه داشت تا زمانی که بیمار مهارت مقابله‌ی مؤثر با رویدادهای تنیدگی‌زا را فرا گرفتند و توانستند آن را به کار گیرند.

جلسه هشتم: بررسی و بحث درباره نتیجه‌گیری بیماران و ابهام‌زدایی نهایی. بر پایه بسته اجرایی این روش مداخله‌ای (مقابله درمانگری)، راه‌های هشتگانه مقابله با تنیدگی که بیماران به شیوه‌های نادرست و نا به‌جا آنها را به کار می‌گرفتند، در طول جلسات مقابله درمانگری به شیوه‌های مفید تنظیم شد و بیماران، شناخت و راه‌های مقابله‌ای خود را با بحث‌های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش یافته با رویدادهای تنیدگی‌زا پرداختند.

۵) تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه بیستم انجام گرفت. بدین صورت که پس از بررسی مفروضه‌های آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره (MANCOVA)، به منظور مقایسه میانگین‌های پس‌آزمون‌های گروه‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها استفاده شد. پس از معنی‌دار شدن شاخص‌های چهارگانه مانکوا (اثر هتلینگ، لامبدای ویلکز، بزرگترین ریشه روی و اثر پیلایی) به ازای هر یک از متغیرهای وابسته، آنکوای یک‌راهه در متن مانکوا مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

مجموعاً ۴۰ نفر اعضای نمونه مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند که در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند.

میانگین سنی گروه آزمایش ۳۶/۶ با انحراف استاندارد ۶/۵۶ و میانگین سنی افراد گروه کنترل ۳۵/۱۵ با انحراف استاندارد ۶/۳۹ بوده است. قبل از بررسی فرضیه‌ها و اجرای آزمون تحلیل کواریانس، برای رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای تحقیق از آزمون لوین و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است. همچنین علاوه بر بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیرها، همگن بودن ماتریسهای کواریانس نیز با استفاده از شاخص ام باکس مورد بررسی و تمامی شاخص‌های فوق مورد تأیید قرار گرفتند. لذا جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق

به بیماری و مراقبت (۸ سؤال)، فقدان‌ها (۶ سؤال)، ورود و خروج از خانواده (۵ سؤال) و نقض قوانین خانوادگی (۵ سؤال) تشکیل شده است که به منظور سنجش رویدادهای زندگی و استرس خانوادگی بکار می‌رود اگر یکی از همسران یا هر دو آنها به ماده‌ای پاسخ «بلی» داده باشند، به آن ماده یک نمره داده می‌شود. آقایوسفی اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۲ گزارش کرده است و روایی همزمان مقیاس با سیاه نشانه‌های تنیدگی مزمن، افکار خودکار و نشانگر بهزیستی روان مناسب اعلام شده است (آقایوسفی و زارع، ۱۳۸۸).

۴) پرسشنامه فرم کوتاه کیفیت زندگی (WHOQOL¹) توسط سازمان بهداشت جهانی^۲ به منظور ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است (گروه سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۸). فرم کوتاه این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است. چهار حیطه سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط از طریق ۲۴ سؤال (ترتیب دارای ۷، ۶، ۳ و ۸ سؤال می‌باشند) و میزان کلی کیفیت زندگی از طریق ۲ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در ایران نجات و همکاران (۱۳۸۵) این مقیاس را بر روی ۱۱۶۷ نفر نرم کرده‌اند. پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند و ضریب پایایی به روش بازآزمایی را پس از دو هفته ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند.

1. World health organization quality of life

2. World Health Organization

پیش‌آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده گردید. توزیع فراوانی تحصیلات نشان می‌دهد، از میان اعضای نمونه ۲۵ نفر (۶۲/۵٪) دیپلم و زیردیپلم، ۳ نفر (۷/۵٪) فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر (۲۵٪) لیسانس و ۲ نفر (۵٪) فوق‌لیسانس یا بالاتر بودند.

جدول ۱. نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه‌ها	اثر پیلایس	۰/۸۸۷	۱۲/۱۵	۱۱	۱۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۷
	لامبدای ویکلز	۰/۱۱۳	۲۶/۹۹	۱۱	۱۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۷
	اثر هتلینگ	۷/۸۶۷	۲۶/۹۹	۱۱	۱۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۷
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۷/۸۶۷	۲۶/۹۹	۱۱	۱۷	**۰/۰۰۰۱	۰/۸۸۷

نوع ۲ در گروه آزمایش اول در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل شده است ($P < 0/01$) و ($P < 0/05$).

اما نتایج حاکی از آن بود که در متغیر راهبرد مقابله‌ای گریز-اجتناب، تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و گواه وجود ندارد ($P > 0/05$). همچنین نتایج تحلیل کواریانس مجدد حاکی از آن بود که یافته‌های پس‌آزمون در آزمون پیگیری نیز تکرار شده است و این مسئله نشان‌دهنده تداوم اثرات مقابله درمانگری بر سازه‌های استرس، کیفیت زندگی، مهارت‌های مقابله‌ای و پایبندی به درمان می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده شد، سطوح معناداری همه آزمون‌ها بیانگر آن هستند که بین گروه‌های مورد مطالعه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین آزمودنی‌ها، در جدول ۲ ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان داد مقابله درمانگری منجر به افزایش کیفیت زندگی، پایبندی به درمان و راهبردهای مقابله جستجوی حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت و کاهش استرس و دوری‌گزینی و خویش‌تنداری در بیماران دیابتی

به‌منظور مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون استرس، کیفیت زندگی و مهارت‌های مقابله‌ای در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از کنترل اثر

آقایوسفی و همکاران: اثربخشی مقابله درمانگری بر نشانگرهای روانشناختی (استرس، کیفیت زندگی و...
 جدول ۲. نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت مقایسه میانگین نمرات پس از مزمون متغیرها
 در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات انا
استرس	پیش از مزمون	۱۲۰/۴۶	۱	۱۲۰/۴۶	۲/۰۳	۰/۱۶۳	۰/۰۵۸
	گروه	۲۲۷۲/۰۰۹	۱	۲۲۷۲/۰۰۹	۳۸/۳۴	***۰/۰۰۰۱	۰/۵۳۷
	خطا	۱۹۵۵/۴۵	۳۳	۵۹/۲۵			
کیفیت زندگی	پیش از مزمون	۴۸۸/۱۶	۱	۴۸۸/۱۶	۰/۴۴	۰/۵۰۷	۰/۰۱۳
	گروه	۸۶۸۴/۸۷	۱	۸۶۸۴/۸۷	۷/۹۹	***۰/۰۰۰۸	۰/۱۹۵
	خطا	۳۵۸۴۶/۴۹	۳۳	۱۰۸۶/۲۵			
جستجوی حمایت اجتماعی	پیش از مزمون	۱۴/۱۲	۱	۱۴/۱۲	۲/۹۱	۰/۰۹۹	۰/۰۹۷
	گروه	۹۳/۳۵	۱	۹۳/۳۵	۱۹/۲۴	***۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۶
	خطا	۱۳۰/۹۷	۲۷	۴/۸۵			
مسئولیت پذیری	پیش از مزمون	۰/۷۹	۱	۰/۷۹	۰/۷۳	۰/۴	۰/۰۲۶
	گروه	۵۱/۵	۱	۵۱/۵	۴۷/۵۹	***۰/۰۰۰۱	۰/۶۳۸
	خطا	۲۹/۲۱	۲۷	۱/۰۸			
مساله گشایی برنامه ریزی شده	پیش از مزمون	۱/۳۳	۱	۱/۳۳	۰/۴۰۱	۰/۵۳۲	۰/۰۱۵
	گروه	۵۲/۲۳	۱	۵۲/۲۳	۱۵/۶۷	***۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۷
	خطا	۸۹/۹۸	۲۷	۳/۳۳			
ارزیابی مجدد مثبت	پیش از مزمون	۲/۴۱	۱	۲/۴۱	۰/۵۷	۰/۴۵	۰/۰۲۱
	گروه	۳۹/۸۵	۱	۳۹/۸۵	۹/۵۱	***۰/۰۰۰۵	۰/۲۶۱
	خطا	۱۱۳/۰۴	۲۷	۴/۱۸			
مقابله مستقیم	پیش از مزمون	۰/۵۹	۱	۰/۵۹	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۱۱
	گروه	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۰/۱۲	۰/۷۲	۰/۰۰۵
	خطا	۵۵/۳۶	۲۷	۲/۰۵			
دوری گزینی	پیش از مزمون	۰/۴۱	۱	۰/۴۱	۰/۱۰۴	۰/۷۵	۰/۰۰۴
	گروه	۲۶/۹۲	۱	۲۶/۹۲	۶/۷۶	*۰/۰۱۵	۰/۲
	خطا	۱۰۷/۴۹	۲۷	۳/۹۸			
گریز-اجتناب	پیش از مزمون	۱۰/۳	۱	۱۰/۳	۱/۲۹	۰/۲۶	۰/۰۴۶
	گروه	۱۶/۰۷	۱	۱۶/۰۷	۲/۰۱	۰/۱۶	۰/۰۶۹
	خطا	۲۱۵/۴۲	۲۷	۷/۹۷			
خویشتنداری	پیش از مزمون	۱/۰۴	۱	۱/۰۴	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۱۱
	گروه	۲۷/۶۳	۱	۲۷/۶۳	۷/۸۴	***۰/۰۰۰۹	۰/۲۲۵
	خطا	۹۵/۰۵	۲۷	۳/۵۲			
کل	استرس	۱۹۶۲۲	۴۰				
	کیفیت زندگی	۱۲۶۸۷۴۸	۴۰				
	جستجوی حمایت اجتماعی	۵۳۱۸	۴۰				
	مسئولیت پذیری	۲۰۸۸	۴۰				
	مساله گشایی برنامه ریزی شده	۵۱۹۵	۴۰				
	ارزیابی مجدد مثبت	۷۲۶۵	۴۰				
	مقابله مستقیم	۲۶۵۸	۴۰				
	دوری گزینی	۳۳۸۵	۴۰				
	گریز-اجتناب	۲۸۸۱	۴۰				
	خویشتنداری	۵۱۱۵	۴۰				

**Sig. p<0/01 & *p<0/05

نتیجه‌گیری و بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی مقابله درمانگری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگرهای زیستی، روانشناختی و پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفت. همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان داد مقابله درمانگری منجر به افزایش کیفیت زندگی، پایبندی به درمان و راهبردهای مقابله جستجوی حمایت اجتماعی، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی‌شده، ارزیابی مجدد مثبت و کاهش استرس و دوری‌گزینی و خویشنداری در بیماران دیابتی نوع ۲ در گروه آزمایش اول در مرحله پس‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل‌شده است.

یافته حاصله همسو با نتایج مطالعات مطالعه ویتمور و همکاران (۲۰۱۲) است که در بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به‌صورت اینترنتی به بیماران دیابتی نشان دادند که بیماران گروه آزمایش در مقایسه با گروه دیگر کفایت اجتماعی بیشتر و کیفیت زندگی بهتری نشان دادند. به‌علاوه، کاهش استرس و افزایش توانایی مقابله در گروه مداخله مهارت‌های مقابله‌ای دیده شد. گری و همکاران (۲۰۰۹) در یک مطالعه با عنوان تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای را کودکان دیابتی سنین مدرسه نشان دادند که آموزش‌ها در بهبود مهارت‌های مقابله‌ای و خودکارآمدی و کاهش علائم افسردگی مؤثر هستند. یوسفی نژاد و آقاییوسفی (۱۳۸۹) در پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر سبک زندگی، کیفیت زندگی و کنترل قند خون بیماران دیابتی

نوع دو، نشان دادند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای منجر به افزایش دانش بیمار در زمینه سبک زندگی و کاهش استرس در آزمودنی‌های مورد مطالعه می‌شود. به‌علاوه مشخص شد که آموزش مهارت‌های مقابله‌ای با تغییر در مؤلفه‌های زندگی سالم، میزان استرس و کیفیت زندگی در طول زمان از پایداری نسبی برخوردار می‌باشد. امینیان و همکاران (۱۳۹۳) نیز در بررسی‌های خود به این نتیجه دست یافتند که آموزش راه‌های مقابله با استرس می‌تواند با کاهش استرس بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنها، به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مفید به کار گرفته شود. مامن‌پوش و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله (مقابله درمان‌گری) بر کاهش تنیدگی بیماران به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر کاهش تنیدگی بیماران مؤثر است. همچنین، مهارت‌آموزی مقابله با استرس بر نمرات همه خرده‌مقیاس‌های راه‌های مقابله‌ای به‌جز دوری‌جویی، خویشنداری و مسئولیت‌پذیری مؤثر است. بیات اصغری و همکاران (۱۳۹۳) نیز به نتایج مشابهی در خصوص اثرات آموزش راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دیابتی دست یافتند.

در تبیین یافته حاصله باید اذعان داشت که مقابله به‌عنوان یکی از مفاهیم اساسی روانشناسی سلامت مطرح است که در متن کیفیت زندگی شدیداً با تنظیم هیجانات در طول تجربه استرس مرتبط است (دیریدر و شریورز، ۲۰۰۱)؛ بنابراین آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مناسب و درمان بر

اصلاح روش‌های هیجانی که در بیماران (خصوصاً بیماران خاص نظیر دیابتیک) به وفور استفاده می‌شود، کمک می‌کند و از این طریق می‌تواند منجر به افزایش کیفیت زندگی و سایر شاخص‌های روانشناختی نظیر کیفیت زندگی و نهایتاً پایداری به درمان شود. از این دیدگاه، مقابله یک نتیجه نیست، بلکه یک فرایند مداوم است که البته قرار نیست عامل تنیدگی را از روی زمین محو کند و فرد را کاملاً مسلط سازد، بلکه هر کس بر اساس توانایی‌هایی که دارد سعی می‌کند تا حد ممکن موقعیت حاضر را اداره کند. هسته اصلی مقابله یک تلاش شناختی است؛ یعنی فرد تمامی توان شناختی خود را (مثل هوش، منطق، استدلال و غیره) به کار می‌اندازد تا یک موقعیت را ارزیابی کند، توانمندی‌های خود را بسنجد، اجرا کند و باز این چرخه تکرار می‌شود (آقایوسفی، ۱۳۸۰). لذا مقابله درمانگری از طریق تغییرات شناختی و هیجانی که در نوع مقابله بیماران دیابتیک با مسئله بیماری و سایر مسائل زندگی ایجاد می‌کند، می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مؤثر باشد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی بیماران و هم‌چنین از کارکنان محترم مرکز دیابت کرمانشاه به جهت همکاری در این پژوهش تشکر می‌گردد.

اساس این روش می‌تواند منجر به بهبود روش‌های مقابله و نگاه افراد بیمار نسبت به مشکلات روانی و به‌طورکلی وضعیت زندگی شود. روش «مقابله درمانگری» هم به‌عنوان روشی برای درمان بیماران روان‌شناختی و نیز بیماران مبتلا به پیامدهای جسمانی تنیدگی و هم به‌عنوان روشی برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد به‌کاربرده می‌شود. گزارش تونکای و همکاران (۲۰۰۸) حاکی از آن است که ارتقای راهبردهای مقابله‌ای مناسب بر حفظ کیفیت زندگی در بیماران دیابتیک مؤثر است. با اینکه عنوان می‌شود مهارت‌های مقابله‌ای مناسب در مقایسه با روش‌های مقابله‌ای نامناسب در بلندمدت ممکن باعث سازگاری بیشتر شوند، به نظر می‌رسد که نحوه تأثیرگذاری این راهبردها به چگونگی موقعیت استرس‌زا و ماهیت بیماری بستگی دارد (دیریدر و شریورز، ۲۰۰۱)؛ زیرا راهبردهای مقابله‌ای به‌طور خودانگیخته و به‌تناوب ممکن است توسط بیماران مورداستفاده قرار گیرند. به‌علاوه، در میان بیماران با انواع مختلف دیابت ظاهراً بیماران دارای دیابت نوع ۱ و ۲ به‌طور همسانی از راهبردهای مقابله‌ای مختلف استفاده می‌کنند (تونکای و همکاران، ۲۰۰۸)؛ بنابراین به نظر می‌رسد آنگونه که آقایوسفی (۱۳۸۰) بیان می‌دارد، مقابله درمانگری می‌تواند از راه‌های ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی‌های زندگی، امکانات مقابله‌ای فرد، جستجو و یافتن راه‌های مقابله‌ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد؛ بنابراین این روش به

منابع

- آقاجانی، س.، صمدی فرد، ح.، نریمانی، م. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های اجتناب شناختی و باور فراشناختی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابت. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۶(۲۱)، ۱۵۶-۱۴۲.
- آقایوسفی، ع. (۱۳۸۰). نقش شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در افسردگی و کاربرد مقابله درمانگری در شخصیت و افسردگی. رساله دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- آقایوسفی، ع.، و زارع، ح. (۱۳۸۸). تأثیر مقابله درمانگری بر کاهش تنیدگی زنان مبتلا به اختلال عروق کرونر. مجله علوم رفتاری، ۳(۳)، ۱۸۷-۱۹۳.
- امینیان، ز.، محمدزاده، ش.، اسلامی، م.، و فشارکی، م. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش راه‌های مقابله با استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم حاد کرونری بستری‌شده در بیمارستان‌های منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۲. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۴(۳)، ۱۶۸-۱۷۴.
- بیات اصغری، ع.، موسی نژاد، س.، عسگری، م.، رمضان‌فرانی، ع.، و جواهری، ج. (۱۳۹۳). رابطه سبک‌های مقابله‌ای با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو. مجله دیابت و متابولیسم ایران، ۱۳(۲)، ۹۳-۹۸.
- حاملوی سعدآبادی، م. و باباپورخیرالدین، ج. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی و روش‌های مقابله‌ای در افراد دیابتی و غیر دیابتی. مجله پزشکی شهید صدوقی، ۲۰(۵)، ۵۸۱-۹۲.
- حسن‌زاده، پ.، علی‌اکبری دهکردی، م.، خمسه، م. (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱(۲)، ۲-۱۲.
- شریف، ن. (۱۳۹۱). رابطه زیست‌نشانگرهای ایمنی‌شناختی و قلبی-عروقی با ویژگی‌های شخصیتی و راه‌های مقابله‌ای در شرایط بهنجار و تنیدگی و اثر مقابله درمانگری بر پاسخ‌های زیستی. تهران: دانشگاه پیام نور. رساله دکتری روانشناسی.
- گال، م؛ بورگ و؛ گال، ج. (۱۳۹۵). روشهای تحقیق کیفی و کمی در علوم رفتاری جلد ۱ و ۲. ترجمه: رضا نصر و همکاران. تهران: نشر سمت.
- مامن‌پوش، م.، آقایوسفی، ع.، ابراهیمی، ا.، و میرمهدی، ر. (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش مهارت‌های مقابله‌ای بر کاهش تنیدگی بیماران مبتلا به صرع. مجله فیض، ۱۸(۲)، ۱۱۶-۱۲۱.

- نجات، س. منتظری، ع. هلاکوئی نائینی، ک. محمد، ک. مجدزاده، س.ر. (۱۳۸۵). استانداردهای پرستارانه سازمان جهانی بهداشت (WHQOL-BREF): ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*.
- یوسفی نژاد، م.، و آقایوسفی، ع. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله با تنیدگی بر سبک زندگی، کیفیت زندگی و کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی*. دانشگاه پیام نور تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

- Alcubierre, N., Martinez-Alonso, M., Valls, J., Rubinat, E., Traveset, A., Hernandez, M., et al. (2016). Relationship of the adherence to the Mediterranean diet with health-related quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes mellitus: a post-hoc analysis of a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 14(1), 69.
- Ambrosino, J. M., Fennie, K., Whittemore, R., Jaser, S., Dowd, M. F., & Grey, M. (2008). Short-term effects of coping skills training in school-age children with type 1 diabetes. *Pediatr Diabetes*, 9(3 Pt 2), 74-82.
- Bralic Lang, V., Bergman Markovic, B., & Vrdoljak, D. (2015). The association of lifestyle and stress with poor glycemic control in patients with diabetes mellitus type 2: a Croatian nationwide primary care cross-sectional study. *Croat Med J*, 56(4), 357-365.
- Decoster, V. A. (2005). Challenges of type 2 diabetes and the role of health care social work: a neglected area of practice. In *Social Work Diagnosis in Contemporary Practice* Edited by: Turner FC. USA: Oxford University Press, 395-406.
- Deridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clin Psychol Rev*, 21(2), 205-240.
- Grey, M., Jaser, S. S., Whittemore, R., Jeon, S., & Lindemann, E. (2011). Coping skills training for parents of children with type 1 diabetes: 12-month outcomes. *Nurs Res*, 60(3), 173-181.
- Grey, M., Whittemore, R., Jaser, S., Ambrosino, J., Lindemann, E., Liberti, L., et al. (2009). Effects of

- coping skills training in school-age children with type 1 diabetes. *Res Nurs Health*, 32(4), 405-418.
- Hapunda, G., Abubakar, A., van de Vijver, F., & Pouwer, F. (2015). Living with type 1 diabetes is challenging for Zambian adolescents: qualitative data on stress, coping with stress and quality of care and life. *BMC EndocrDisord*, 15, 20.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lee, E. H., Lee, Y. W., & Moon, S. H. (2016). A Structural Equation Model Linking Health Literacy to Self-efficacy, Self-care Activities, and Health-related Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes. *Asian Nurs Res (Korean SocNursSci)*, 10(1), 82-87.
- Patnaik, L., Joshi, A., & Sahu, T. (2015). Mobile phone-based education and counseling to reduce stress among patients with diabetes mellitus attending a tertiary care hospital of India. *Int J Prev Med*, 6, 37.
- Pisula, E., & Czaplinska, C. (2010). Coping with stress in adolescents with type 1 diabetes and their mothers. *Eur J Med Res*, 15 Suppl 2, 115-119.
- Rubin, R. R., & Peyrot, M. (2001). Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J ClinPsychol*, 57(4), 457-478.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annu. Rev. Psychol.* 52, 141-166.
- Saundankar, V., Peng, X., Fu, H., Ascher-Svanum, H., Rodriguez, A., Ali, A., et al. (2016). Predictors of Change in Adherence Status from 1 Year to the Next Among Patients with Type 2 Diabetes Mellitus on Oral Antidiabetes Drugs. *J Manag Care Spec Pharm*, 22(5), 467-482.
- Strickland, O. L., Giger, J. N., Nelson, M. A., & Davis, C. M. (2007). The relationships among stress, coping, social support, and weight class in premenopausal African American women at risk for coronary heart disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(4), 272-278.
- Tuncay, T., Musabak, I., Gok, D. E., & Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies

and characteristics of patients with diabetes. *Health Qual Life Outcomes*, 6, 79.

Wang, R., Zhang, P., Lv, X., Jiang, L., Gao, C., Song, Y., et al. (2016). Situation of Diabetes and Related Disease Surveillance in Rural Areas of Jilin Province, Northeast China. *Int J Environ Res Public Health*, 13(6).

Wiernik, E., Nabi, H., Thomas, F., Pannier, B., Hanon, O., Simon, T., et al. (2016). Association between

current perceived stress and incident diabetes is dependent on occupational status: Evidence from the IPC cohort study. *Diabetes. Metab.*doi:10.1016/j.diabet.2016.01.004.

World Health Organization. (1998). *Global tuberculosis control: WHO report 2010*. World Health Organization.