

سلامت روانی و سبک کنار آمدن با استرس در والدین و کنترل متابولیک در کودکان

افسانه صبحی^{۱*}، حسن احدی^۱، اسداله رجب^۲، غلامرضا نفیسی^۳، مسعود حجازی^۴

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های متابولیک در سراسر جهان است. هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش عوامل روانی اجتماعی در کنترل بیماری دیابت نوع اول است.

روش‌ها: در این مطالعه ۲۱۱ نفر والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۱۱۶ کودک دیابتی‌شان؛ همچنین ۲۲۰ نفر والدین دارای کودک سالم و ۱۴۹ کودک آنها، طی یک دوره ۶ ماهه و به روش تصادفی نمونه‌گیری شدند. در این پژوهش از سطح HbA1c ناشتا و پرسشنامه‌های سلامت روان (GHQ) و سبک کنار آمدن با استرس (CSQ) استفاده شد. تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام و آزمون تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در سطح معناداری ۰/۰۱ انجام شد.

یافته‌ها: آزمون تحلیل رگرسیون چند متغیری نشان داد که بین اضطراب پدران و افسردگی مادران با میزان HbA1c در کودکان؛ همچنین بین سبک کنار آمدن هیجانی در مادران و میزان HbA1c در کودکان ارتباط معنی‌دار مثبت وجود دارد و بر اساس آزمون تحلیل واریانس چند متغیری، والدین کودکان دیابتی نسبت به والدین کودکان عادی نمرات بالاتری ابعاد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، افسردگی و اختلال کارکرد اجتماعی؛ همچنین نمرات بالاتری در سبک کنار آمدن هیجانی داشتند.

نتیجه‌گیری: بین سلامت روانی و سبک کنار آمدن با استرس در والدین و میزان HbA1c در کودکان مبتلا به دیابت ارتباط معنی‌دار مثبت وجود دارد. همچنین والدین کودکان دیابتی نسبت به والدین کودکان سالم از سلامت روانی کمتری برخوردارند و در مواجهه با استرس، بیشتر از سبک کنار آمدن هیجانی استفاده می‌کنند.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۱، HbA1c، سلامت روانی، سبک کنار آمدن با استرس

۱- دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج

۲- انجمن دیابت ایران

۳- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران، جنوب

۴- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زنجان

* **نشانی:** زنجان، خیابان طالقانی، کوچه اکبری، پلاک ۲۰/۲، تلفن: ۰۹۱۲۷۷۳۱۰۰، پست الکترونیک: sobhipsy@yaho.com

مقدمه

در سال ۲۰۰۰ تخمین جهانی شیوع دیابت^۱ ۱۷۱ میلیون نفر بود و تا سال ۲۰۳۰ انتظار می‌رود که به ۳۶۰ میلیون نفر افزایش یابد [۱]. در دهه‌های اخیر شیوع دیابت در جمعیت آسیایی افزایش یافته است و بیش از ۱۱۰ میلیون نفر در آسیا مبتلا به دیابت هستند [۲]. تعداد بیماران دیابتی در ایران حدود ۱/۵ میلیون نفر تخمین زده شده است [۳]. مطالعات همه‌گیر شناسی^۲ توزیع این بیماری را در ایران نشان می‌دهد: در اصفهان در افراد ۳۵ ساله و بزرگتر حدود ۷-۸ درصد است و در یزد و بوشهر میزان بیماری بالاتر و به ترتیب ۱۶/۳ درصد و ۱۳/۶ درصد است، در حالی که شیوع آن در قسمت‌های روستایی پایین‌تر و حدود ۳-۵ درصد است [۳].

دیابت ملیتوس به گروهی از بیماری‌های متابولیکی گفته می‌شود که ویژگی مشترک آنها افزایش سطح قند خون به علت نقص در ترشح انسولین، یا نقص در عملکرد آن و یا هر دو مورد می‌باشد [۱]. دیابت نوع ۱ با نقص انسولینی ایدیوپاتیکی یا اتوایمیون همراه است و ۵ تا ۱۰ درصد از کل افراد دیابتی را تشکیل می‌دهد. دیابت نوع ۲ با مقاومت انسولینی و نقص نسبی آن مشخص می‌شود و ۹۰ تا ۹۵ درصد از موارد را تشکیل می‌دهد [۴]. علائم کلاسیک دیابت عبارتند از: پلی‌اوری^۳ (پرادراری)، پلی‌دیپسی^۴ (پرنوشی) و کاهش وزن بدون دلیل [۱]. این بیماری دارای عوارض بلند مدت از قبیل عوارض قلبی، عوارض مغزی، آسیب عروقی محیطی، رتینوپاتی^۵، نفروپاتی^۶ و نوروپاتی اتونومی^۷ است [۱] که این عوارض با مرگ و میر بیماران دیابتی در ارتباط است. میزان بروز آنفارکتوس میوکارد^۸ در مردان دیابتی دو برابر و در زنان دیابتی سه برابر افراد عادی است و در بعضی از مطالعات بیماری عروق کرونری به عنوان ۵۰ تا ۶۰ درصد از علل مرگ و میر بیماران دیابتی معرفی شده است [۵]. از دیگر عوارض درازمدت بیماری

دیابت رتینوپاتی است که علت اصلی کوری در جوامع غربی می‌باشد [۶]. رتینوپاتی با میزان بالای A1c و BMI ارتباط دارد [۷]. همچنین بین اندازه‌های قند خون در ۵ سال اول بیماری و رتینوپاتی پس از ۵ سال دوم بیماری (یعنی بعد از ۱۰ سال) همبستگی مثبت وجود دارد [۸]. نفروپاتی دیابتی که از دیگر عوارض درازمدت این بیماری است علت اصلی نارسایی مزمن کلیه در جوامع غربی می‌باشد [۹]. Raile و همکاران [۱۰] دریافته‌اند که طول مدت بیماری، میزان بالای A1c، بالا بودن چربی خون، فشار خون بالا و جنس مرد عوامل خطرآفرین در نفروپاتی دیابتی است. Svensson و همکاران [۱۱] با مطالعه کودکان زیر ۱۴ سال مبتلا به دیابت نوع اول نشان داده‌اند که با وجود درمان انسولینی جدید، در بیش از ۵۰ درصد از این کودکان بعد از ۱۲ سال عوارض بیماری از قبیل نفروپاتی و رتینوپاتی زمینه‌ای دیده شد و کنترل ضعیف A1c و آغاز بیماری در ۵ سال اول زندگی به عنوان عوامل تسریع کننده در وقوع عوارض ناشی از این بیماری معرفی گردید. آسیب عروق محیطی، گانگرن^۹ و قطع عضو^{۱۰} از دیگر پیامدهای این بیماری است و قطع عضو به عنوان قوی‌ترین پیش‌بین مرگ و میر در بیماران دیابتی نوع ۱ بیان شده است [۱۲]. به علت نوروپاتی اتونومی، اختلال جنسی به صورت اختلال نعوظ^{۱۱} (ED) و ناتوانی جنسی در مردان مبتلا به دیابت ایجاد می‌شود. مطالعه مردان سالمند ماساچوست^{۱۲} بروز ED را در مردان دیابتی ۵۰/۷ در هر ۱۰۰۰ مورد تخمین زده است، در حالی که میزان آن در مردان بدون دیابت، ۲۴/۸ در هر ۱۰۰۰ مورد بود [۱۳] و Fedele [۱۴] به ۶۸ مورد در هر ۱۰۰۰ مورد اشاره کرده است. همچنین ED در مردان مبتلا به دیابت نوع ۱، بطور معناداری بیشتر از مردان مبتلا به دیابت نوع ۲ است [۱۵]. از دیگر پیامدهای بیماری دیابت افسردگی^{۱۳} است که افسردگی خود عوارض جسمی بیماری دیابت را بدتر می‌سازد [۱۶] و بین افسردگی و عوارض مختلف بیماری

- 1- Diabetes
- 2- Epidemiological
- 3- Polyuria
- 4- Polydipsia
- 5- Retinopathy
- 6- Nephropathy
- 7- Neuropathy
- 8- Myocardial Infarction.

- 9- Gangrene
- 10- Amputation
- 11- Erectile
- 12- The Massachusetts Male Study
- 13- Depression

با HbA1c در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ بررسی شده باشد، بر آن شدیم تا در این مطالعه به بررسی این ارتباط پردازیم. همچنین در این پژوهش سلامت روانی و سبک کنار آمدن والدین دارای کودک مبتلا به دیابت با والدین دارای کودک سالم مورد بررسی مقایسه‌ای قرار گرفت. و از آنجا که مطالعه‌ای در این زمینه یافت نشد، پژوهش حاضر از نظر ارائه ویژگی‌های روان‌شناختی والدین کودکان دیابتی می‌تواند حائز اهمیت باشد.

روش‌ها

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع پس رویدادی است و نمونه‌ای شامل ۲۱۱ نفر والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۱۱۶ کودک دیابتی‌شان؛ همچنین ۲۲۰ نفر والدین دارای ۱۴۹ کودک سالم را بررسی نمود (در بعضی خانواده‌ها هر دو والد و در بعضی از خانواده‌ها فقط یک والد پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند). در مجموع حجم نمونه ۴۳۱ نفر شد. این تعداد طبق پیشنهاد استیونس به نقل از هومن [۲۵] نیز تأیید می‌شود که در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین را در تحلیل رگرسیون چندگانه با روش معمولی کمترین مجذورات استاندارد، یک قاعده خوب به شمار می‌آورد. والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ از مراجعین به انجمن دیابت ایران در منطقه ۲ تهران، طی یک دوره ۶ ماهه و به صورت تصادفی ساده نمونه‌گیری شدند (از ۳۱ مرداد تا ۱ اسفند). ابتدا فهرست اسامی کلیه کودکان ۳ تا ۱۲ سال از انجمن دیابت ایران گرفته شد و نمونه مورد نظر به صورت تصادفی ساده انتخاب گردید. سپس با والدین آنها تماس گرفته شد و جهت حضور در مکان انجمن از آنها دعوت به عمل آمد. همزمان با این نمونه‌گیری، از والدین دارای کودک سالم در منطقه ۲ شهر تهران نیز نمونه‌گیری به صورت تصادفی خوشه‌ای به عمل آمد. بعد از تهیه لیست دبستان‌ها و مهد کودک‌های منطقه ۲ شهر تهران، یک دبستان و یک مهد کودک به قید قرعه انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های پژوهش توسط والدین شان تکمیل گردید. کودکان دیابتی و کودکان سالمی که در دامنه

از قبیل رتینوپاتی، آسیب کلیه، عوارض قلبی عروقی و اختلال عملکرد جنسی ارتباط معناداری وجود دارد [۱۷]. طیف عوارض درازمدت این بیماری از مشکلات اصلی کنترل و مدیریت آن به حساب می‌آید. از طرفی همان طوری که تحقیقات مختلف نشان داده‌اند، بین عوارض درازمدت این بیماری و کنترل متابولیک (میزان A1c) ارتباط معنی‌داری وجود دارد. بنابراین پژوهش در زمینه عوامل مؤثر در کنترل متابولیک حائز اهمیت است. در سال‌های اخیر پژوهش‌های مختلف به بررسی ارتباط عوامل روانی اجتماعی^۱ و میزان A1c در افراد مبتلا به دیابت پرداخته‌اند. پژوهشی دریافته است که بین نمرات آزمون افسردگی بک^۲ و میزان A1c در بیماران دیابتی نوع ۱ ارتباط معناداری وجود دارد [۱۸]. Helgeson و همکاران [۱۹] نشان داده‌اند که افسردگی در افراد مبتلا به دیابت با کنترل متابولیک ضعیف در ارتباط است. Gilbert [۲۰] بیان نموده است که نوجوانان دیابتی خوب کنترل روان رنجورخوئی^۳ پایین‌تری دارند و Delamater و همکاران [۲۱] دریافته‌اند که بیماران بد کنترل بیشتر از سبک کنار آمدن اجتنابی^۴ استفاده می‌کنند. در این بین تعداد کمی از مطالعات به بررسی مسائل روانی اجتماعی والدین و ارتباط آن با کنترل متابولیک در فرزند مبتلا به دیابت پرداخته‌اند. مطالعه‌ای دریافته است که مادران کودکان خوب کنترل، توافق^۵ و وجدانی بودن^۶ بالا و روان رنجورخوئی پایین دارند [۲۲] و وجود اضطراب^۷ در مادر با میزان بالاتر A1c در کودک مبتلا به دیابت در ارتباط است [۲۳]. همچنین وجود منابع کنارآمدن در محیط، درخودکار آمدی مادر در مدیریت بیماری دیابت فرزندش نقش مهمی دارد [۲۴]. با توجه به این که مطالعات انجام شده در زمینه ارتباط متغیرهای روان‌شناختی والدین و HbA1c در کودکان مبتلا به دیابت نوع ۱ اندک است و از طرفی پژوهشی یافت نشد که در آن ارتباط سلامت روانی^۸ و سبک کنار آمدن^۹ والدین

- 1- Psychosocial
- 2- Beck
- 3- Neuroticism
- 4- Avoidance Style Coping
- 5- Agreeableness
- 6- Conscientiousness
- 7- Anxiety
- 8- Mental Health
- 9- Coping Style

چهار زیر مقیاس بر اساس تحلیل آماری پاسخها (تحلیل عاملی) ثابت شده است. در پژوهش تقوی [۲۷] ضریب اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۷۲ و برای خرده آزمونهای نشانه های بدنی، اضطراب و بی خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۸، ۰/۵۷ و ۰/۵۸ به دست آمد. روایی همزمان کل پرسشنامه بر اساس همبستگی با آزمون میدلکس^۷ ۰/۵۵ و روایی همزمان خرده مقیاس هاس مذکور با آزمون میدلکس نیز به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۷، ۰/۷۲ و ۰/۸۰ می باشد که همگی معنادار بوده اند. واریانس انسجام درونی پرسشنامه سلامت روانی به طور کلی ۰/۸۹ و در خرده مقیاس های آن به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۸۲، ۰/۷۲ و ۰/۷۹ بوده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای خرده آزمونهای نشانه های بدنی، اضطراب، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۶، ۰/۸۸ و ۰/۷۵ بوده اند.

پرسشنامه سبک کنار آمدن با استرس

پرسشنامه سبک های کنار آمدن^۸ (CSQ) در سال ۱۹۹۳ توسط راجر، جارویس و نجاریان در مرکز کنترل فشار روانی دانشگاه یورک انگلیس ساخته و اعتباریابی شده است [۲۸]. این آزمون شامل ۶۰ سوال و ۴ خرده مقیاس است که سبک هیجانی^۹ (EMCOP)، سبک اجتنابی^{۱۰} (AVCOP)، سبک انفصالی^{۱۱} (DETCOP) و سبک عقلانی^{۱۲} (RATCOP) را در بر می گیرد. در این آزمون سبک هیجانی مولفه هایی مثل احساس بی ارزشی، افسرده و غمگین شدن، تنها شدن، بازگشت به گذشته، گریه کردن، تحریک پذیری و خشمگین شدن، انتقاد از خود، احساس عجز و ناتوانی، از دست دادن اشتها و درخواست همدردی و کمک از دیگران را شامل می شود. سبک اجتنابی شامل مواردی از قبیل فراموش کردن موقعیت و درگیری در کارهایی غیر از مورد استرس زا، عدم درگیری فکری و

سنی ۳ تا ۱۲ سال بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی کودکان دیابتی ۹/۳ سال و میانگین سنی کودکان سالم ۸/۱ بود، به طوری که در کودکان دیابتی ۴۹ نفر (۴۲/۲ درصد) دختر و ۶۷ نفر (۵۷/۸ درصد) پسر و در کودکان سالم ۵۶ نفر (۳۸/۱) دختر و ۹۱ نفر (۶۱/۹) پسر بودند. در واقع دامنه سنی این دو گروه کودک دیابتی و سالم برابر و نسبت جنسی آنها نزدیک بود. همچنین به منظور کنترل عوارض درازمدت بیماری، کودکان دارای طول مدت دیابت بیش از ۵ سال از مطالعه حذف شدند و متغیرهای طول مدت بیماری، سن و محل زندگی در گروه کودکان دیابتی و متغیرهای سن، محل زندگی و نسبت جنسی در بین گروه کودکان عادی و گروه کودکان سالم کنترل شد. از ۲۱۱ نفر والدین دارای کودک مبتلا به دیابت، ۱۱۴ نفر مادر و ۹۷ نفر پدر و از ۲۲۰ نفر والدین دارای کودک سالم، ۱۲۸ نفر مادر و ۹۲ نفر پدر بودند. والدین پرسشنامه سلامت روان عمومی، پرسشنامه سبک کنار آمدن با استرس و سوالاتی در مورد میزان HbA1c، زمان انجام آزمایش و آزمایشگاه مربوطه را کامل کردند. آزمایشات ۱۱۶ کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ در ۵۴ آزمایشگاه مختلف در شهر تهران و با حد نرمال متفاوت انجام شده بود (از قبیل آزمایشگاه مسعود با حد نرمال ۵/۹ - ۴/۸).

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)^۱

پرسشنامه سلامت عمومی یک «پرسشنامه غربالگری»^۱ مبتنی بر روش خود گزارش دهی است که در نظام های بالینی برای شناسایی افرادی که دارای یک اختلال روانی هستند مورد استفاده قرار می گیرد [۲۶]. فرم ۲۸ ماده ای پرسشنامه سلامت عمومی دارای این مزیت است که برای تمامی افراد جامعه طراحی شده است. این پرسشنامه دارای چهار زیر مقیاس نشانه های جسمی^۳، اضطراب و بی خوابی^۴، اختلال عملکرد اجتماعی^۵ و افسردگی^۶ است. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می آید. وجود

7- Middlesex Hoepital Questionnaire (M.H.Q)
8- Coping Style Questionnaire
9- Emotional Coping
10- Avoidance Coping
11- Detachment Coping
12- Rational Coping

1- General Health Questionnaire
2- Screening Questionnaire
3- Somatic signs
4- Anxiety & Insomnia
5- Social dysfunction
6- Depression

آمدن ناسازگاران^{۱۳} (۰/۵۱۱) برای هیجانی و ۰/۲۳۶ برای اجتنابی) داشت. کنترل خوش‌خیم که با عدم تکانشگری مشخص می‌شود، با دو سبک کنار آمدن سازگاران (۰/۲۵۸) برای انفعالی و ۰/۲۱۰) برای عقلانی) همبستگی مثبت و با سبک ناسازگاران هیجانی همبستگی منفی معنادار نشان داد (۰/۳۰۱-). بازداری هیجانی، همبستگی مثبت با سبک ناسازگاران اجتنابی داشت (۰/۳۸۵) و با سایر مقیاس‌های کنار آمدن ارتباطی نداشت و بین کنترل پرخاشگری و سایر مقیاس‌های کنار آمدن همبستگی دیده نشد [۳۰]. در مطالعه حاضر از آزمون CSQ که توسط محسن پاک‌نژاد در سال ۱۳۷۳ هنجار یابی گردیده استفاده گردید. در این هنجاریابی ۱۰ سوال فرم اصلی به علت نا همخوانی فرهنگی حذف گردید و فرم ۵۰ سوالی تدوین شد [۲۹]. در پژوهش ما ضریب آلفا برای هر یک از خرده مقیاس‌های کنار آمدن عقلانی، هیجانی، انفعالی و اجتنابی به ترتیب: ۰/۸۴، ۰/۷۸، ۰/۶۷ و ۰/۶۹ و برای نمره کلی، ۰/۷۸ به دست آمد.

هموگلوبین گلیکوزیله^{۱۴} مقیاسی برای کنترل درازمدت گلوکز می‌باشد که در نتیجه اتصال گلوکز به هموگلوبین به مدت ۱۲۰ روز (طول عمر گلوبول‌های قرمز) به وجود می‌آید. هدف از درمان دیابت رسیدن به سطح نرمال هموگلوبین گلیکوزیله در خون می‌باشد [۱]. در پژوهش حاضر اندازه‌گیری HbA_{1c} توسط آزمایشگاه‌های مورد تأیید انجمن دیابت ایران انجام شده است. هموگلوبین گلیکوزیله‌ای مورد قبول برای این مطالعه بود که زمان چک آن حداکثر ۴۵ روز از زمان تکمیل پرسشنامه‌ها توسط والدین فاصله داشته باشد و در صورت فاصله بیشتر چک بعدی پیگیری می‌گردید. HbA_{1c} بیماران هر ۹۰ روز چک می‌گردید بجز تعدادی از بیماران خوب کنترل که هر ۶ ماه چک انجام می‌شد. آزمایش HbA_{1c} کودکان دیابتی در ۵۱ آزمایشگاه مختلف در تهران انجام شده بود. با توجه به متفاوت بودن حد نرمال این آزمایشگاه‌ها، میزان HbA_{1c} کودکان در حد استاندارد معرفی شده توسط مرکز غدد و متابولیسم دانشگاه شهید بهشتی (۳/۳ → ۳/۹) و با

روانی مربوط به موقعیت دشوار و ناراحت کننده، اعتقاد به سرنوشت و سپردن مسایل به تقدیر است. سبک انفعالی بی‌تفاوتی نسبت به مسایل، حس استقلال و جدایی از مشکلات، احساس آرامش در رویارویی با مشکلات، حذف اطلاعات نا مربوط، غرق شدن در مشکلات و وانمود کردن اینکه انگار هیچ اتفاقی نیفتاده است را شامل می‌شود. سبک عقلانی شامل مقوله‌هایی از قبیل استفاده از تجربیات گذشته، واقع بین بودن، توجیه منطقی مشکلات، جمع‌آوری اطلاعات بیشتر پیرامون مشکل، توجه کامل به مسایل و داشتن حضور ذهن فعالانه در برخورد با مشکلات به جای احساساتی شدن است [۲۹، ۳۰].

ضریب پایایی^۱ به روش بازآزمون^۲ برای هر یک از خرده مقیاس‌های کنار آمدن عقلانی، هیجانی، انفعالی و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۰۱، ۰/۷۶۶، ۰/۷۹۴ و ۰/۷۰۱ بود و ضریب آلفا برای هر یک از خرده مقیاس‌های کنار آمدن عقلانی، هیجانی، انفعالی و اجتنابی به ترتیب: ۰/۸۵۳، ۰/۷۳۵، ۰/۸۹۷ و ۰/۶۹۰ بود [۳۰]. مولفان به منظور برآورد روایی همزمان^۳ این پرسشنامه از پرسشنامه کنترل هیجانی^۴ (ECQ) استفاده کردند [۳۱]. مقیاس‌های این پرسشنامه شامل نشخوار ذهنی^۵ و بازداری هیجانی^۶ - تحمل پاسخ هیجانی^۷ است که با بهبود فیزیولوژیکی درنگیده^۸ ناشی از فشار روانی ارتباط دارند [۳۰]. مقیاس‌های کنترل خوش‌خیم^۹ و کنترل پرخاشگری^{۱۰} پرسشنامه ECQ قسمتی از ابعاد برون‌گرایی^{۱۱} است و کنترل خوش‌خیم با عدم تکانشگری مشخص می‌شود [۳۰]. ماتریکس همبستگی میان ECQ و CSQ نشان داد که نشخوار ذهنی همبستگی منفی با دو سبک کنار آمدن سازگاران^{۱۲} (۰/۴۸۶-) برای انفعالی و ۰/۳۵۵-) برای عقلانی) و همبستگی مثبت با دو سبک کنار

- 1- Reliability
- 2- Test-retest
- 3- Concurrent validity
- 4- Emotion control Questionnaire
- 5- Rehearsal
- 6- Emotional inhibition
- 7- Bearing on emotional response style
- 8- Delayed physiological recovery 8.
- 9- Benign control
- 10- Aggression control
- 11- Extraversion
- 12- Adaptive coping
- 13- Maladaptive coping 2.

14- Glycosylated Hemoglobin

استفاده از فرمول زیر مورد بررسی قرار گرفت [۳۲].
صحت این محاسبه به تایید اساتید آمار و ریاست انجمن

حد پایین نمره استاندارد + فاصله حد پایین و حد بالای نمره استاندارد × کم کردن هموگلوبین گلیکوزیله بیمار از حد پایین آزمایشگاه خود
فاصله حد پایین و حد بالای آزمایشگاه

مثال:

$$\frac{8/9 - 4/5}{6/3 - 4/5} \times \frac{2/4 + 3/9}{9/76} = 9/76$$

HbA1c کودک: ۸/۹
آزمایشگاه بیمارستان آراد: ۴/۵ - ۶/۳
حد استاندارد: ۳/۹ - ۶/۳

تجزیه و تحلیل آماری

داده‌های پژوهش با کمک نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد پردازش قرار گرفت. جهت نشان دادن شاخص‌های گرایش مرکزی و شاخص‌های پراکندگی از آمار توصیفی استفاده شد. به منظور بررسی ارتباط سلامت روانی و سبک کنار آمدن والدین دارای کودک مبتلا به دیابت با میزان HbA1c کودک از آزمون تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام^۱ و به منظور بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی و سبک کنار آمدن بین والدین دارای کودک عادی و والدین دارای کودک سالم از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری^۲ (MANOVA) استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌های آماری در سطح ۹۹٪ (P < ۰/۰۱) تعریف شد.

یافته‌ها

برای بررسی پیش بینی پذیری HbA1c (متغیر ملاک) توسط متغیرهای سلامت روانی و سبک کنار آمدن با استرس (متغیرهای پیش‌بین)، تحلیل رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام صورت گرفت که نتایج آن در جدول‌های ۱ و ۲ آمده است. روش رگرسیون گام به گام به طور معمول بر دیگر روش‌ها ترجیح داده می‌شود، زیرا سهم هر یک از متغیرها در هر گام آن بررسی می‌شود. گاه اتفاق می‌افتد که یک متغیر که خیلی زود در معادله رگرسیون وارد شده در مرحله بعدی وقتی متغیرهای دیگری وارد شود از معادله بیرون می‌رود به دلیل اینکه متغیرهای بعدی دارای اطلاعاتی مشترک (و زوائد) با متغیر

دیابت ایران نیز رسید.

قبلی است [۳۳].

ضریب تبیین (R²) ۶٪ نشان می‌دهد که ۶ درصد واریانس متغیر ملاک (HbA1c) توسط متغیر پیش‌بین سلامت روانی پدران تبیین می‌شود. و ضریب تبیین (R²) ۱۰٪ نشان می‌دهد که ۱۰ درصد واریانس متغیر ملاک توسط متغیر پیش‌بین سلامت روانی مادران تبیین می‌شود. بر اساس تحلیل رگرسیون چند متغیری و سطح معناداری ۰/۰۱، حداقل یکی از ابعاد سلامت روانی در تبیین متغیر ملاک، در هر دو جنس اثر معناداری دارد. به عبارتی دیگر توان پیش‌بینی «HbA1c» از طریق سلامت روانی والدین وجود دارد.

همچنین ضریب تبیین (R²) ۱۸٪، نشان می‌دهد که ۱۸ درصد واریانس متغیر ملاک توسط متغیر پیش‌بین سبک کنار آمدن با استرس مادران تبیین می‌شود و بر اساس تحلیل رگرسیون چند متغیری و سطح معناداری ۰/۰۱، حداقل یکی از سبک‌های کنار آمدن با استرس مادران در تبیین متغیر ملاک اثر معناداری دارد. به عبارتی دیگر توان پیش‌بینی «HbA1c» از طریق سبک‌های کنار آمدن با استرس مادران وجود دارد (سبک‌های کنار آمدن با استرس پدران در تبیین متغیر ملاک اثر معناداری نداشت). از این رو، جهت شناسایی و تبیین ضرایب رگرسیون، جدول ضرایب رگرسیون عنوان گردید و از آزمون t برای تحلیل معناداری شیب زاویه استفاده شد.

با توجه به ضرایب رگرسیون چند متغیری با روش گام به گام و همچنین ضرایب رگرسیون به دست آمده در سطح معناداری ۰/۰۱، می‌توان مطرح نمود که «افسردگی مادران» و «اضطراب پدران» قادر به پیش‌بینی «HbA1c» می‌باشد. و با افزایش «افسردگی مادران» و با افزایش «اضطراب

1- Stepwise multiple regression analyses
2- Multiple variance analysis

توجه به F مشاهده شده به میزان ۶/۲۴ در سطح معناداری ۰/۰۱، تفاوت معناداری در سبک‌های کنار آمدن با استرس وجود دارد.

برای شناسایی این که گروه‌های ذکر شده در کدام یک از مؤلفه‌های سلامت روانی تفاوت دارند به تحلیل واریانس تک متغیری پرداختیم که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است. از آنجا که اثر تعاملی وضعیت والدین و جنس آنها معنادار نیست (۰/۰۹) برای ابعاد سلامت روانی و ۰/۱۲ برای سبک‌های کنار آمدن با استرس)، ضرورتی برای پیگیری نتایج اثرات تعاملی وجود ندارد.

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت و والدین دارای فرزند سالم در تمام ابعاد سلامت روانی تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. با توجه به جداول توصیفی مشخص می‌گردد والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت نمرات بالاتری در ابعاد نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی، و افسردگی به دست آورده‌اند، از این رو سلامت روانی آنان پایین‌تر است. از سوی دیگر در مقایسه جنس مشخص می‌گردد تفاوت معناداری بین مادران و پدران در ابعاد نشانه‌های جسمانی، اضطراب و افسردگی وجود دارد. با توجه به جداول توصیفی مشخص می‌گردد مادران نمرات بالاتری در ابعاد نام برده به دست آورده‌اند و از این رو می‌توان گفت از سلامت روانی پایین‌تری در مقایسه با پدران برخوردارند.

همچنین بین والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت و والدین دارای فرزند سالم در سبک کنار آمدن هیجانی تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۱ وجود دارد. با توجه به جداول توصیفی مشخص می‌گردد والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت نمرات بالاتری در مؤلفه کنار آمدن هیجانی به دست آورده‌اند. از سوی دیگر در مقایسه جنس مشخص می‌گردد تفاوت معناداری بین مادران و پدران در مؤلفه‌های کنار آمدن هیجانی و کنار آمدن انفصالی وجود دارد. با توجه به جداول توصیفی مشخص می‌گردد مادران نمرات بالاتری در مؤلفه کنار آمدن هیجانی و پدران نمرات بالاتری در مؤلفه کنار آمدن انفصالی کسب کرده‌اند.

پدران»، «HbA_{1c}» نیز افزایش و با کاهش آن، «HbA_{1c}» نیز کاهش می‌یابد. (ابعاد دیگر سلامت روانی والدین قادر به پیش‌بینی «HbA_{1c}» نبود). این پیش‌بینی را می‌توان با معادله زیر نشان داد:

$$e + (\text{افسردگی مادران}) = 0.32 \text{ HbA}_{1c}$$

$$e + (\text{اضطراب پدران}) = 0.25 \text{ HbA}_{1c}$$

همچنین می‌توان مطرح نمود که سبک کنار آمدن هیجانی مادران قادر به پیش‌بینی «HbA_{1c}» می‌باشد. و با افزایش کنار آمدن هیجانی مادران «HbA_{1c}» نیز افزایش و با کاهش آن، «HbA_{1c}» نیز کاهش می‌یابد. (انواع دیگر سبک‌های کنار آمدن مادران قادر به پیش‌بینی «HbA_{1c}» نبود). این پیش‌بینی را می‌توان با معادله زیر نشان داد:

$$e + (\text{کنار آمدن هیجانی مادران}) = 0.43 \text{ HbA}_{1c}$$

برای بررسی معناداری تفاوت والدین کودکان دیابتی و والدین کودکان سالم و همچنین پدران و مادران در ابعاد سلامت روانی (نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی) و انواع سبک‌های کنار آمدن با استرس (سبک هیجانی، سبک منطقی، سبک انفصالی و سبک اجتنابی) تحلیل واریانس چند متغیره (MANOVA) صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. با توجه به اینکه متغیر مستقل ۲ سطح (گروه و جنس) دارد و متغیر وابسته چند متغیره است از آزمون T هاتلینگ برای تعیین شاخص معناداری استفاده می‌کنیم [۳۳]. با استفاده از آزمون T هاتلینگ معناداری F چند متغیره با مقدار ۳/۹۸ در سطح معناداری ۰/۰۱، حاکی از آن است که بین والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت و والدین دارای فرزند سالم حداقل در یکی از ابعاد سلامت روانی تفاوت وجود دارد. بین پدران و مادران نیز با توجه به F مشاهده شده به میزان ۷/۴۵ در سطح معناداری ۰/۰۱، تفاوت معناداری در ابعاد سلامت روانی وجود دارد.

همچنین با استفاده از آزمون T هاتلینگ معناداری F چند متغیره با مقدار ۳/۰۷ در سطح معناداری ۰/۰۱، حاکی از آن است که بین والدین دارای فرزند مبتلا به دیابت و والدین دارای فرزند سالم حداقل در یکی از سبک‌های کنار آمدن با استرس تفاوت وجود دارد. بین پدران و مادران نیز با

جدول ۱- میانگین نمرات خرده مقیاس‌های سلامت روانی و سبک کنار آمدن با استرس به تفکیک گروه و جنس

گروه و جنس	میانگین						
	نشانه‌های بدنی	اضطراب و بیخوابی	اختلال عملکرد اجتماعی	افسردگی	انفصالی	اجتنابی	عقلانی
والدین کودکان دیابتی	۱۲/۶۵	۱۴/۱۶	۱۴/۴۷	۹/۸۵	۱۰/۱۷	۲۲/۵۶	۳۳/۲۸
والدین کودکان سالم	۱۱/۴۸	۱۲/۱۹	۱۳/۸۶	۸/۸۸	۱۰/۲۳	۲۱/۳۵	۳۲/۸۳
پدر	۱۰/۸۴	۱۲/۳۳	۱۳/۹۰	۸/۷۰	۲۶/۶۸	۲۷/۳۷	۲۴/۸۳
مادر	۱۳/۰۲	۱۳/۸۲	۱۴/۳۶	۹/۸۹	۱۹/۱۸	۲۹/۲۵	۲۵/۱۸

تعداد نمونه، ۲۱۱ نفر والدین ۱۱۶ کودک مبتلا به دیابت نوع اول و ۲۲۰ نفر والدین ۱۴۹ کودک سالم بود.

جدول شماره ۲- رگرسیون چند متغیری جهت پیش‌بینی HbA1c از طریق سلامت روانی و سبک کنار آمدن با استرس به تفکیک جنس

جنس والد	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بینی کننده	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	R	R ²
پدر	HbA1c	سلامت روانی	رگرسیون	۶۹/۶۱	۱	۶۹/۶۱	*۰/۲۵	۰/۰۶
			باقیمانده	۹۸۲/۵۲	۸۵	۱۱/۵۵		
مادر	HbA1c	سلامت روانی	رگرسیون	۱۶۳/۴۲	۱	۱۶۳/۴۲	*۰/۳۲	۰/۱۰
			باقیمانده	۱۳۴۶/۰۵	۹۹	۱۳/۵۹		
مادر	HbA1c	سبک کنار آمدن با استرس	رگرسیون	۲۳۷/۲۰	۱	۲۳۷/۲۰	*۰/۴۳	۰/۱۸
			باقیمانده	۱۰۲۰/۶۰	۷۳	۱۳/۹۸		

تعداد نمونه، ۲۱۱ نفر والدین ۱۱۶ کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲۲۰ نفر والدین ۱۴۹ کودک سالم بود.

* سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

جدول شماره ۳- ضرایب رگرسیون مرتبط با جدول شماره ۲

جنس والد	متغیر ملاک	متغیر پیش‌بینی کننده	میزان B	ضریب بتا	میزان t
پدر	HbA1c	اضطراب	۰/۱۶	۰/۲۵	۲/۴۵*
مادر	HbA1c	افسردگی	۰/۲۸	۰/۳۲	۳/۴۶*
مادر	HbA1c	کنار آمدن هیجانی	۰/۳۱	۰/۴۳	۴/۱۱*

تعداد نمونه، ۲۱۱ نفر والدین ۱۱۶ کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲۲۰ نفر والدین ۱۴۹ کودک سالم بود.

* سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیری در بررسی تاثیر وضعیت والدین، جنس، و اثر تعاملی این دو در ابعاد سلامت روانی و سبک‌های کنار آمدن با استرس

شاخص	تاثیرات	نام آزمون	ارزش مشاهده	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی واریانس خطا	میزان F	اندازه اثر
ابعاد سلامت روانی	وضعیت والدین	تی هاتلینگ	۰/۰۴۲	۴	۳۴۸	*۳/۹۸	۰/۰۴
	جنس	تی هاتلینگ	۰/۰۷۸	۴	۳۴۸	*۷/۴۵	۰/۰۷
	اثر تعاملی	تی هاتلینگ	۰/۰۲۱	۴	۳۴۸	۱/۹۹	۰/۰۲
سبک‌های کنار آمدن با استرس	وضعیت والدین	تی هاتلینگ	۰/۰۳۹	۴	۳۱۳	*۳/۰۷	۰/۰۳
	جنس	تی هاتلینگ	۰/۰۸۰	۴	۳۱۳	*۶/۲۴	۰/۰۷
	اثر تعاملی	تی هاتلینگ	۰/۰۲۳	۴	۳۱۳	۱/۸۱	۰/۰۲

تعداد نمونه، ۲۱۱ نفر والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع اول و ۲۲۰ نفر والدین دارای کودک سالم بود.

* سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

جدول شماره ۵- آزمون‌های تحلیل واریانس تک متغیری در بررسی تاثیر وضعیت والدین و جنس در ابعاد سلامت روانی و سبک‌های کنار آمدن با استرس

تاثیرات	ابعاد شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مشاهده F	اندازه اثر
وضعیت والدین						
	نشانه های جسمانی	۱۳۴/۲۰	۱	۱۳۴/۲۰	* ۸/۵۹	۰/۰۲
	اضطراب و بی خوابی	۳۶۹/۸۹	۱	۳۶۹/۸۹	* ۱۵/۰۴	۰/۰۳
	اختلال عملکرد اجتماعی	۴۴/۶۵	۱	۴۴/۶۵	* ۵/۷۰	۰/۰۱
	افسردگی	۹۸/۵۴	۱	۹۸/۵۴	* ۷/۸۹	۰/۰۲
جنس						
	نشانه های جسمانی	۴۲۴/۲۵	۱	۴۲۴/۲۵	* ۲۸/۳۰	۰/۰۶
	اضطراب و بی خوابی	۲۰۳/۵۱	۱	۲۰۳/۵۱	* ۸/۲۷	۰/۰۲
	اختلال عملکرد اجتماعی	۱۶/۴۶	۱	۱۶/۴۶	۲/۱۰	۰/۰۱
	افسردگی	۱۱۲/۴	۱	۱۱۲/۴	* ۹	۰/۰۲
وضعیت والدین						
	کنار آمدن هیجانی	۲۹۸/۷۷	۱	۲۹۸/۷۷	* ۷/۶۰	۰/۰۲
	کنار آمدن منطقی	۴۰/۳۱	۱	۴۰/۳۱	۰/۹۴	۰/۰۱
	کنار آمدن انفصالی	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۰۱
	کنار آمدن اجتنابی	۷۳/۷۵	۱	۷۳/۷۵	۳/۲۲	۰/۰۱
جنس						
	کنار آمدن هیجانی	۶۴۹/۹۹	۱	۶۴۹/۹۹	* ۱۶/۵۳	۰/۰۵
	کنار آمدن منطقی	۸۸/۷۷	۱	۸۸/۷۷	۲/۰۷	۰/۰۱
	کنار آمدن انفصالی	۹۵/۲۵	۱	۹۵/۲۵	* ۷/۲۳	۰/۰۲
	کنار آمدن اجتنابی	۱۳/۰۹	۱	۱۳/۰۹	۰/۵۷	۰/۰۱

تعداد نمونه، ۲۱۱ نفر والدین دارای کودک مبتلا به دیابت نوع اول و ۲۲۰ نفر والدین دارای کودک سالم بود.
* سطح معناداری ۰/۰۱ بود.

بحث

مبتلا به دیابت نوع ۱ و میزان اضطراب در مادران آنها را مورد بررسی قرار داد و دریافت که بین اضطراب مادران و میزان هموگلوبین گلیکوزیله در نوجوان ارتباط معنادار مثبت وجود دارد. به این معنی که با افزایش اضطراب مادران، میزان هموگلوبین گلیکوزیله نوجوان افزایش می‌یابد. نتایج پژوهش ما از این جهت با این مطالعه همسان است که بر اهمیت سلامت روانی والدین در مدیریت بیماری دیابت فرزندانشان تاکید می‌نماید. اما در این مطالعه به جای پرسشنامه سلامت روانی از پرسشنامه اضطراب استفاده گردیده و مطالعه فقط بر روی مادران انجام شده است. همچنین نتایج پژوهش ما نشان داد که سبک‌های کنار آمدن با استرس در مادران با میزان هموگلوبین گلیکوزیله در

نتایج این پژوهش نشان داده که سلامت روانی والدین با میزان هموگلوبین گلیکوزیله در کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ ارتباط معنی‌داری دارد. اما از بین ابعاد سلامت روانی یعنی افسردگی، اضطراب، نشانه‌های بدنی و اختلال کارکرد اجتماعی، اضطراب در پدران و افسردگی در مادران با میزان هموگلوبین گلیکوزیله در کودک ارتباط معنادار مثبت نشان داده است. بدین معنا که با افزایش اضطراب و افسردگی والدین، میزان هموگلوبین گلیکوزیله کودک افزایش می‌یابد. معنا داری سلامت روانی پدر در پژوهش حاضر نشان می‌دهد که این متغیر در کنار متغیر سلامت روانی مادر، حائز اهمیت است. Cameron [۲۳] در پژوهش خود ۶۲ نوجوان

کودکان استثنایی و والدین کودکان عادی در شهرهای مختلف از جمله تهران [۳۵،۳۶]، زنجان [۳۷،۳۸] و کرمانشاه [۳۹] پرداخته‌اند، اما مطالعه‌ای یافت نشد که به بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های روان‌شناختی والدین کودکان عادی و والدین دارای کودکان دیابتی پرداخته باشد. از این رو پژوهش حاضر از نظر ارائه ویژگی‌های روان‌شناختی والدین کودکان دیابتی و لزوم مداخلات روان‌شناختی در این زمینه حائز اهمیت است. محدودیت‌های این پژوهش موارد زیر را شامل می‌شود:

۱- از آنجایی که برخی از سوالات پژوهش اطلاعاتی را شامل می‌شود که مربوط به چندین سال پیش است (مثل وزن کودک هنگام تولد)، برخی از والدین اطلاعات دقیق و کافی درباره وضعیت خاص کودک به هنگام تولد و شرایط دوران اولیه کودکی و دوران قبل از بیماری نداشتند.

۲- روش انتخاب آزمودنی، از دیگر محدودیت‌های پژوهش است. از آنجا که برای دسترسی به والدین کودکان دیابتی به مرکز انجمن دیابت ایران مراجعه شده است، والدین کودکان دیابتی که به انجمن مراجعه نکرده‌اند، در این پژوهش حضور نداشتند.

۳- همکاری بعضی از والدین در تکمیل پرسشنامه‌ها پایین بود و در بسیاری از خانواده‌ها فقط یک پرسشنامه (یا توسط مادر و یا توسط پدر)، تکمیل گردید. در زمینه این عدم همکاری فشار روانی و اقتصادی ناشی از مدیریت بیماری مزمن در کودکان و همچنین زیاد بودن سوالات پرسشنامه‌ها، را می‌توان مطرح نمود.

۴- در مورد برخی از سوالات مثل مصرف الکل، والدین مایل به پاسخگویی نبودند. از آنجا که این سوالات دارای مسائل فرهنگی خاص خود می‌باشد، امکان سوگیری پاسخ وجود دارد.

۵- از آنجا که این پژوهش بر روی والدین کودکان دیابتی شهر تهران انجام شده، قابل تعمیم به سایر شهرها و جوامع نیست.

در پایان پیشنهاد می‌شود پژوهشی در این زمینه بر روی مراجعین سایر انجمن‌های دیابت در تهران انجام شود. در تحقیقات آتی بهتر است حجم نمونه آماری بزرگ‌تر باشد و سعی شود با کنترل متغیرهای سطح فرهنگی اجتماعی بررسی‌های دقیق‌تری انجام داد.

کودک مبتلا به دیابت نوع ۱ ارتباط معناداری دارد، اما از بین ۴ سبک کنار آمدن یعنی سبک هیجانی، عقلانی، انفصالی و اجتنابی فقط سبک هیجانی با میزان هموگلوبین گلیکوزیله ارتباط معنادار مثبت نشان داده است. در واقع مادرانی که بیشتر از سبک کنار آمدن هیجانی استفاده می‌کنند، میزان هموگلوبین گلیکوزیله در کودک دیابتی شان بالاتر است. Marvicsin [۲۴] در مطالعه خود دریافت که وجود منابع کنار آمدن به صورت حمایت اجتماعی در خودکارآمدی مادر در مدیریت بیماری دیابت فرزندش نقش مهمی دارد. پژوهش ما از این جهت که بر اهمیت منابع کنار آمدن مادران در کنترل و مدیریت بهتر بیماری کودک دیابتی تاکید می‌کند، با پژوهش Marvicsin همسان است، اما پژوهش وی فقط بر روی مادران انجام شده و از پرسشنامه سبک‌های کنار آمدن استفاده نکرده است. در بررسی مقایسه‌ای سلامت روانی والدین کودکان عادی و والدین کودکان دیابتی دریافتیم که والدین کودکان عادی از سلامت روانی بالاتر و اضطراب، نشانه‌های جسمانی، افسردگی و اختلال عملکرد اجتماعی کمتری برخوردار بودند و در تفکیک جنس سلامت روانی مادران کمتر از سلامت روانی پدران بود. همچنین در بررسی مقایسه‌ای سبک‌های کنار آمدن والدین کودکان عادی و والدین کودکان دیابتی دریافتیم که والدین کودکان دیابتی بیشتر از سبک‌های کنار آمدن اجتنابی و هیجانی استفاده می‌کردند و در تفکیک جنس مادران نمرات بالاتری در سبک هیجانی و پدران نمرات بالاتری در سبک انفصالی کسب نموده‌اند. تحقیقات متعددی که توسط راجر و همکارانش در دانشگاه یورک و همچنین دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز انجام شده، نشان می‌دهد که روش‌های کنار آمدن اجتنابی و هیجانی به طور عمده شیوه‌های ناسازگارانه هستند و با جنبه‌های مرضی (مثل اختلالات اضطرابی و افسردگی) همبستگی مثبت دارند. در مقابل روش‌های عقلانی و انفصالی روی هم رفته سازوکارهای انطباقی هستند که با سلامت روان همبستگی مثبت چشمگیری نشان می‌دهند [۲۸]. بر اساس پژوهش ما والدین کودکان دیابتی بیشتر از سبک‌های کنار آمدن ناسازگارانه استفاده می‌کنند. هر چند که مطالعاتی در ایران به بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های روان‌شناختی والدین دارای

اسداله رجب جهت راهنمایی‌های عالمانه و همکاری صمیمانه کمال تشکر را دارم و با سپاس از سرکار خانم طالقانی که در اجرای پرسشنامه‌ها بذل محبت نمودند.

سپاسگزاری

این تحقیق به عنوان پایان‌نامه مقطع دکتری در رشته روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج و با هزینه خود محقق انجام شده است. از ریاست انجمن دیابت ایران، آقای دکتر

ماخذ

1. برونر، شولتیس و سودارث، دوریس، اسمیت. کبده، غلده، مجاری صفراوی و دیابت. ترجمه احمد علی اسدی نوقایی و ناهید دهقان نیری. تهران: نشر جامعه نگر؛ ۱۳۸۷.
2. Chan JCN, Malik V, Jia W, Kadowaki T, Yajnik C, Yoon KH and Hu FB. Diabetes in Asia. Epidemiology, Risk Factors, and Pathophysiology. *JAMA* 2009; 301(20): 2129-2140.
3. Larijani B, Zahedi F, and Aghakhani S. Epidemiology of diabetes mellitus in Iran. *Shiraz E-Medical Journal* 2003; 4 (4).
4. Harris MI. Definition and classification of diabetes mellitus and the new criteria for diagnosis, In: LeRoith D, Taylor SI, Olefsky JM (eds). Diabetes Mellitus: a fundamental and Clinical Text. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000. p 326-34.
5. برونر، لیلیان شولتیس و سودارث، دوریس، اسمیت. قلب و عروق. ترجمه حلیمه امینی و همکاران. تهران: نشر سالمی؛ ۱۳۸۵.
6. Kent D and Campochiaro PA. *Diabetic retinopathy ophthalmopathy*. In: Sperling MA. Type1 Diabetes; Etiology and Treatment. 1st ed. New Jersey, Humana press; 2003. p 393-404.
7. Henricsson M, Nystrom L, Blohme G, Ostman J, Kullberg C, Svensson M, Scholin A, Arnqvist HJ, Bjork E, Bolinder J, Eriksson JW, and Sundkvist G. The Incidence of Retinopathy 10 Years After Diagnosis in Young Adult People With Diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(2): 349-354.
8. Kalesnykiene V, Sorri I, Voutilainen R, Uusitupa M, Niskanen L, and Uusitalo H. The effect of glycaemic control on the quantitative characteristics of retinopathy lesions in patients with type 2 diabetes mellitus: 10-year follow-up study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 2009; 247: 335-341.
9. Vate Derubertis E. *Diabetic nephropathy*. In: Sperling MA. Type1 Diabetes; Etiology and Treatment. 1st ed. New Jersey, Humana press; 2003. p 409-27.
10. Raile k, Galler A, Hofer S, Herbst A, Dunsheimer D, Busch P, and Holl RW. Diabetic Nephropathy in 27,805 Children, Adolescents, and Adults with Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30(10): 2523-2528.
11. Svensson M, Eriksson JW, and Dahlquist G. Early Glycemic Control, Age at Onset, and Development of Microvascular Complications in Childhood-Onset Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 2004; 27(4): 955-962.
12. Cusick MC, Meleth AD, Agron E, Fisher MR, Reed GF, Knatterud GL, Barton FB, Davis MD, Ferris FL, and Chew FY. Associations of Mortality and Diabetes Complications in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28(3): 617-625.
13. Johannes CB, Araujo AB, Feldman HA, Derby CA, Kleinman KP, McKinlay JB: Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 2000; 163: 460-463.
14. Fedele D, Bortolotti A, Coscelli C, Santeusano F, Chatenoud L, Colli E, Lavezzari M, Landoni M, Parazzini F: Erectile dysfunction in type 1 and type 2 diabetics in Italy: on behalf of Gruppo Italiano Studio Deficit Erettile nei Diabetici. *Int J Epidemiol* 2000; 29: 524-531.
15. Bacon CG, Hu FB, Giovannucci E, Glasser DB, Mittleman MA, and Rimm EB. Association of Type and Duration of Diabetes with Erectile Dysfunction in a Large Cohort of Men. *Diabetes Care* 2002; 25 (8): 1458-1463.
16. Pool G, Matheson DH, Cox DN. The psychology of health and health care: a canadian perspective 2005; Pearson Prentice Hall.
17. De Groot M, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 619-30.
18. VanTilburg MA, McCaskill CC, Lane JD, Edwards Ch L, Bethel A, Feinglos MN, and Surwit RS. Depressed Mood Is a Factor in Glycemic Control in Type 1 Diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2001; 63: 551-555.
19. Helgeson VS, Siminerio L, Escobar O, and Becker D. Predictors of Metabolic Control among Adolescents with Diabetes: A 4-Year Longitudinal Study. *Journal of Pediatric Psychology* 2009; 34(3):254-270.
20. Gilbert BO. Insulin-dependent diabetes control, personality and life stress in adolescents. *Personality and individual differences* 1992; 13(3):269-273.
21. Delamater AM, Kurtz SM, Bubb J, White NH, Santiago JV. Stress and coping in relation to metabolic control of adolescents with type 1 diabetes. *Dev Behav Pediatr* 1987; 8(3): 136-40.
22. Vollrath ME, Landolt MA, Gnehm HE, Laimbacher J, and Sennhauser FH. Child and parental personality are associated with

- glycaemic control in Type 1 diabetes. *Diabet Med* 2007; 24(9):1028-33.
23. Cameron LD, Young MJ, and Wiebe DJ. Maternal Trait Anxiety and Diabetes Control in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology* 2007; 32(7): 733-744.
24. Marvicsin D. School-Age Children with Diabetes. *The Diabetes Educator* 2008; 34(3): 477-483.
۲۵. هومن، حیدرعلی. *مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل*. تهران: نشر سمت؛ ۱۳۸۷.
26. Goldberg, D. P. *The detecting of Psychiatric Illness by questionnaire*. Oxford university press: London 1972.
۲۷. تقوی، محمد رضا. بررسی روانی و پایایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روانشناسی* ۱۳۸۰؛ ۲۰: ۳۸-۳۹.
۲۸. راجر، درک. *سازگاری با تغییرات زندگی*. راهنمای عملی برای مقابله با فشار روانی. ترجمه بهمن نجاریان و ایران داوودی. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۵.
۲۹. حدادی، معصومه. مقایسه سبک‌های کنار آمدن با عوامل فشارزای روانی در معلمان مدارس استثنایی و معلمان مدارس عادی منطقه ۱ اسلامشهر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج؛ سال تحصیلی ۱۳۸۳-۱۳۸۴.
30. Roger D, Jarvis G and Najarian B. Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and individual difference* 1993; 15: 619-626.
31. Roger D & Najarian B. The construction and validation of a new scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences* 1989; 10: 845-853.
۳۲. بزازیان، سعیده. *مدل فرضی زیستی روانی اجتماعی سازگاری با بیماری دیابت نوع ۱*. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه تهران؛ سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷.
۳۳. هومن، حیدرعلی. *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*. تهران: نشر پارسا؛ ۱۳۸۰.
34. Tabachnick BG, & Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. New York: Harper Collins Publishers. 1989.
۳۵. نصرتی، فاطمه. مقایسه ویژگی‌های زیستی، روانی، شناختی و اجتماعی والدین کودکان با نشانگان داون با والدین کودکان عادی در شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۵.
۳۶. بهادری، اعظم. بررسی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین کودکان ناشنوا با بیش از یک فرزند استثنایی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۷.
۳۷. حجازی، مسعود. بررسی تحلیلی ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی - اجتماعی والدین دارای بیش از یک فرزند استثنایی مناطق شهری و روستایی شهر زنجان. پایان‌نامه دکتری. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات؛ ۱۳۸۸.
۳۸. شهبازی، فرشته. بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های زیستی، شناختی و روانی والدین کودکان سندرم داون با کودکان عادی مقطع ابتدایی در استان زنجان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه پیام نور؛ ۱۳۸۶.
۳۹. صالح، جبار. بررسی مقایسه‌ای ویژگی‌های زیستی، شناختی، روانی و اجتماعی والدین کودکان با نشانگان داون با والدین کودکان عادی در شهر کرمانشاه. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۳.