

بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران

فرح‌دخت رنجبر^۱ * زهرا تمیزی^۲ دکتر فریده یغمایی^۳
دکتر حمید علوی مجد^۴ دکتر مسعود فلاحی خشکناپ^۵

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنیا ناتوان کننده ترین اختلال روانی است و بیماران مبتلا به آن در زندگی خود تنش‌های بسیار زیادی را تجربه می کنند که راهبردهای مقابله‌ای در سازگاری با این موقعیت‌های پر تنش نقش بسیار مهمی دارند. بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله ای خود دچار مشکل می باشند. آن ها غالبا از راهبردهای مقابله ای غیر فعال و نا موثر استفاده می کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ انجام شد.

مواد و روشها: این پژوهش بصورت توصیفی انجام گرفت. ۹۰ بیمار اسکیزوفرنیک که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند در دو مرحله از طریق نمونه گیری غیر تصادفی (سه‌میه ای، در دسترس) وارد مطالعه شدند. از "پرسشنامه راه های مقابله ای" جهت جمع آوری اطلاعات استفاده گردید که پس از تعیین اندکس اعتبار محتوا و صوری ابزار، پایایی آن با روش ثبات درونی محاسبه شد ($\alpha=0/89$) سپس داده ها با روش خود گزارش دهی و کسب برخی از اطلاعات از طریق پرونده جمع آوری شده و از طریق نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج پژوهش نشان داد راهبرد مقابله ای "کناره گیری کردن" با میانگین ۵۰/۱۱ درصد در سطح اول و راهبرد مقابله ای "خود تسکینی" با میانگین ۴۷/۰۶ درصد در سطح دوم و راهبرد های مقابله ای "تفکرکردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل نمودن" به ترتیب با میانگین های ۴۱/۳۸، ۴۰/۸۶، ۴۰/۶۷ و ۳۷/۰۳ درصد در سطح سوم راهبردهای مقابله ای به کارگرفته شده قرار دارند. همچنین نتایج نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش از "راهبرد مقابله ای اجتنابی" و اقلیت آن ها از "راهبرد مقابله ای مبتنی بر مشکل" استفاده می کردند.

بحث و نتیجه گیری: اکثریت واحدهای مورد پژوهش از راهبرد های مقابله ای اجتنابی استفاده می کنند.

کلید واژه ها: بیماران اسکیزوفرنیک، راهبردهای مقابله ای، درمانگاه روانپزشکی.

تأیید مقاله: ۱۳۸۷/۲/۳۱

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۷/۲۲

^۱ - مربی گروه روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

^۲ - *کارشناس ارشد روان پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی (نویسنده مسئول مکاتبات).

آدرس الکترونیکی: Zahratamizi188@yahoo.com

^۳ - دانشیار گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

^۴ - دانشیار گروه آمار زیستی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

^۵ - استادیار گروه پرستاری، دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی.

مقدمه

اسکیزوفرنیک و گروه کنترل وجود داشت. بطوری که میزان استفاده از این راهبرد در گروه بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی داری کمتر بود ($p < 0/02$).

بیماران اسکیزوفرنیک غالباً ترجیح می دهند که از "راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی" استفاده کنند (تایت و بیرچوود^{۱۰}، ۲۰۰۴). پژوهش دیگری توسط لیساکر و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۲) تحت عنوان بررسی رابطه بینش با راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک در هند انجام پذیرفت. در این مطالعه، بینش ۱۳۲ بیمار اسکیزوفرنیک در مورد علائم بیماری اسکیزوفرنیا و پیامدهای آن مورد بررسی قرار گرفت و رابطه آن با راهبردهای مقابله‌ای با استفاده از پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای سنجیده شد. نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معنی داری بین بینش و راهبردهای مقابله‌ای وجود دارد. به طوریکه واحدهای مورد پژوهشی که نسبت به علائم بیماری بینش نداشتند به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای با بازریزایی مثبت استفاده می کردند ($p < 0/01$) و واحدهای مورد پژوهشی که نسبت به پیامدهای بیماری اسکیزوفرنیک بینش نداشتند به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای فرار و اجتناب استفاده می کردند ($p < 0/05$).

بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله‌ای خود دچار اشکال بوده و اغلب در برخورد با مسایل روزمره زندگی به جای بررسی و حل فعالانه آنها از روبه روشن شدن با مشکلات اجتناب می کنند. بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است زیرا استفاده از راهبردهای ناموثر باعث تشدید علائم روانپزشکی، عود بیماری و شکست اقدامات درمانی جامعه نگر می شود (لیساکر و همکاران، ۲۰۰۴).

با وجود اهمیت بسیار زیاد بررسی مشکلات مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک، توجه بسیار اندکی در مورد چگونگی ارزیابی آن، تعیین نکات کلیدی در راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و نیز چگونگی تعیین نیازهای اختصاصی هر فرد جهت بکارگیری مهارت‌های مقابله‌ای موثر گردیده است (لیساکر و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به این که تا کنون در ایران پژوهشی جهت بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک انجام نشده است، لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی راهبردهای مقابله‌ای در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های وابسته به

اسکیزوفرنیا ناتوان کننده ترین اختلال روانی است که شروع آن ممکن است از اواخر نوجوانی یا اوایل بزرگسالی باشد ولی معمولاً قبل از سن ۳۰ سالگی بروز می نماید (شیوز و ایساک^۱، ۲۰۰۲). در ایران تا سال ۱۳۸۲ در حدود ۳۳۰/۰۰۰ بیمار مبتلا به اسکیزوفرنیا وجود داشت (ناظری، ۱۳۸۲). بیماران اسکیزوفرنیک حدود ۵۰ درصد کل تخت‌های بیمارستان‌های روانپزشکی را به خود اختصاص داده و ۱۶ درصد از کل بیماران روانپزشکی را تشکیل می دهند (خانکه، ۱۳۸۳).

بر اساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکان آمریکا^۲، اسکیزوفرنیا اختلالی است که حداقل ۶ ماه طول کشیده و شامل حداقل یک ماه علائم فاز فعال بیماری به صورت دو یا چند علامت مانند هذیان، توهم، تکلم آشفته، رفتارهای آشفته یا کاتاتونیک و نیز علائم منفی مانند عاطفه سطحی می باشد. همچنین عملکردهای شغلی و اجتماعی افراد مبتلا به آن نیز دچار اختلال می گردد (وارکرولیس و کارسون^۳، ۲۰۰۶). بیماران اسکیزوفرنیک در جامعه با مشکلات متعددی رو به رو هستند (چان و یو^۴، ۲۰۰۴) که می توان به تنش‌های بسیار زیاد روانی و اجتماعی در زندگی این دسته از بیماران اشاره نمود (دینان^۵، ۲۰۰۴). از طرفی علائم روانپزشکی بیماران اسکیزوفرنیک در نتیجه عدم کنترل تنش افزایش می یابد (بوید^۶، ۲۰۰۵) که در این میان راهبردهای مقابله‌ای، دارای نقش اساسی در توانایی سازگاری با این موقعیت‌های پر تنش زندگی می باشند (استراوس و همکاران^۷، ۲۰۰۵). به طور کلی بیماران روانی در مقایسه با افراد سالم اغلب از راهبردهای مقابله‌ای غیر فعالی استفاده می کنند که در میان آن‌ها، بیماران اسکیزوفرنیک از توانایی کمتری در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای فعال برخوردار هستند (ویلدر- ویلیز و همکاران^۸، ۲۰۰۲). ونچورا و همکاران^۹ (۲۰۰۴) پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین خودکارآمدی و وضعیت شناختی عصبی با پاسخ‌های مقابله‌ای در ۲۹ بیمار اسکیزوفرنیک در آمریکا انجام دادند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که تفاوت معنی داری بین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل در دو گروه بیماران

- 1- Shives & Isaccs
- 2- DSM-IV
- 3- Varcacolis & Carson
- 4- Chan & Yu
- 5- Dinan
- 6- Boyd
- 7- Strous et al
- 8- Wilder-Willis et al
- 9- Ventura et al

10-Tait & Birchwood

11-Lysaker et al

کردن "و" کناره‌گیری کردن" به دست آمد، که جمع امتیاز سوالات فوق برای هر واحد محاسبه و میانگین و انحراف معیار آن بر حسب درصد بیان گردید. سرانجام برای تعیین نوع راهبرد مقابله‌ای به کار گرفته شده توسط واحدهای مورد پژوهش، میانگین درصد هر سه راهبرد مقابله‌ای در واحدهای مورد پژوهش مورد مقایسه قرار گرفت و راهبردهای مقابله‌ای که از بیشترین میانگین درصد برخوردار بود به عنوان راهبرد مقابله‌ای غالب انتخاب شد.

جهت تعیین اعتبارمحتوا، پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای² در اختیار ۱۸ نفر صاحب نظر که عضو هیئت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی ایران، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشکده علوم بهزیستی و توانبخشی بودند، قرار داده شد و در این راستا از روش شاخص اعتبار والتس و باسل^۳ (یغمایی^۳، ۲۰۰۳) استفاده گردید که در این روش "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" سوالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پرسشنامه فوق‌الذکر در اختیار ۱۰ نفر از بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران که مشخصات واحدهای مورد پژوهش را دارا بودند قرار داده شد. در این بیماران جهت انجام اعتبارمحتوا به روش شاخص اعتبار والتس و باسل فقط "واضح بودن" سوالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت.

برای تعیین اعتبار صوری، پژوهشگر از نظرات افراد صاحب نظر که در مرحله تعیین اعتبارمحتوا شرکت داشتند، استفاده نمود و با در نظر گرفتن نظرات اعضاء هیئت علمی و بیماران اسکیزوفرنیک تغییرات نگارشی و ویرایشی جهت بهبود سوالات انجام شد و بدین صورت اعتبارمحتوا و صوری پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای^۴ تعیین گردید.

جهت پایایی ابزار از روش همسانی درونی^۴ (آلفای کرونباخ^۵) استفاده شد. بدین صورت که ۱۵ بیمار اسکیزوفرنیک که دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش بودند پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای^۴ را تکمیل نموده که همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه گردید. پس از تصویب طرح پژوهش و تمهیدات لازم برای

دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۶-۱۳۸۵ انجام شد.

مواد و روشها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی می باشد که در آن راهبردهای مقابله‌ای بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه‌گیری این پژوهش بصورت غیرتصادفی بود که در دو مرحله انجام گردید. در مرحله اول به دلیل متفاوت بودن تعداد نمونه‌های مراجعه کننده به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های آموزشی، از روش نمونه‌گیری سهمیه‌ای و در مرحله دوم از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران، آمار مراجعه کنندگان سال ۱۳۸۴ را دریافت نموده و با توجه به تعداد نمونه‌های کل پژوهش، سهمیه و تعداد نمونه‌های هر درمانگاه را مشخص نمود و سپس در مرحله دوم پس از مراجعه به درمانگاه‌های روانپزشکی با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌هایی که واجد شرایط بودند را انتخاب کرد. تعداد نمونه‌ها بر اساس روش نمونه‌گیری، فرمول اندازه نمونه^۱ و مشخصات واحدهای مورد پژوهش، ۹۰ نفر محاسبه گردید. جمع‌آوری اطلاعات از طریق خودگزارش دهی و کسب اطلاعات ثبت شده از پرونده واحدهای مورد پژوهش انجام شد. پرسشنامه‌ها شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه راه‌های مقابله‌ای^۴ بود که دارای ۶۶ عبارت در زمینه راهبردهای مقابله‌ای بکارگرفته شده توسط افراد در برخورد با اتفاقات پر تنش زندگی می باشد. این پرسشنامه دارای شش خرده ابزار "تفکر کردن"، "عمل کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "خود تسکینی"، "چشم پوشی کردن" و "کناره‌گیری کردن" است که بر روی یک ابزار چهار قسمتی لایکرت (۳-۰) پاسخ داده می شود. نمره مربوط به "راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر مشکل" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "تفکر کردن" و "عمل کردن"، نمره مربوط به "راهبردهای مقابله‌ای مبتنی بر هیجان" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "باز ارزیابی مثبت" و "خود تسکینی" و نمره مربوط به "راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "چشم پوشی

2 -Waltz & Bausell Content Validity Index

3 -Yaghmaie

4 - Internal consistency

5- Coefficient alpha

$$1-n = \frac{(z_{1-\alpha/2})^2 \rho^2}{d^2}$$

می کردند و نیز سرپرست ۵۵/۶ درصد از آن‌ها پدر و مادر بوده و همچنین ۷۵/۶ درصد دارای خانه شخصی، ۶۷/۸ درصد دارای تشخیص بیماری پارانوئید، ۶۸/۹ درصد سابقه ۱-۳ بار بستری در بخش‌های روانپزشکی، ۴۶/۶ درصد دارای ۱-۱۰ سال طول مدت بیماری و ۳۵/۵ درصد از آن‌ها از داروهای ضد روانپریشی نسل جدید استفاده می کردند.

نتایج پژوهش نشان داد که بین میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای "کناره‌گیری کردن" و "خود تسکینی" در واحدهای مورد پژوهش به ترتیب با میانگین و انحراف معیارهای ۷۱/۱۶±۵۰/۱۱ و ۴۷/۰۶±۱۲/۶۳ درصد تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. به طوریکه، میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای "کناره‌گیری کردن" بیشتر از میانگین میزان استفاده از راهبرد مقابله‌ای "خود تسکینی" بود.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین میانگین میزان استفاده از این دو راهبرد مقابله‌ای با راهبردهای مقابله‌ای "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" به ترتیب با میانگین و انحراف معیارهای ۴۱/۳۸±۱۶/۳۳، ۴۰/۸۶±۲۶/۴۱، ۴۰/۶۷±۱۳/۵۵ و ۳۷/۰۳±۱۹/۷۲ درصد تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. به طوریکه، میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای "کناره‌گیری کردن" و "خود تسکینی" بیشتر از میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله‌ای "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" بود (جدول شماره ۱).

اجرای پژوهش از قبیل کسب مجوز و معرفی نامه از دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی و نیز دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و کسب اجازه از دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران و بیمارستان‌های ذی ربط، پژوهشگر به درمانگاه‌های روانپزشکی بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران مراجعه نموده و پس از انتخاب واحدهای پژوهش به معرفی خود و ارائه توضیحات در مورد اهداف پژوهش پرداخته و پس از کسب موافقت آن‌ها، پرسشنامه‌ها را به روش خود گزارش دهی تکمیل نمود و همچنین برای دستیابی به بعضی از اطلاعات در مورد بیماران نظیر داروهای مصرفی و تشخیص انواع بیماری اسکیزوفرنیا و... از پرونده آن‌ها استفاده نمود. مشخصات واحدهای مورد پژوهش شامل داشتن تشخیص بیماری اسکیزوفرنیا بر اساس چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی انجمن روانپزشکان آمریکا و ارزیابی چند محوری، داشتن حداقل ۱ سال سابقه تشخیص اسکیزوفرنیا، قرار داشتن در محدوده سنی ۱۸ تا ۶۵ سال، عدم وجود مشکل جسمی یا معلولیت جسمی نظیر (مشکل عقب ماندگی ذهنی، صرع، دمانس و...)، توانایی تکلم به زبان فارسی و برقراری ارتباط و پاسخ به پرسشنامه، حداقل داشتن تحصیلات ابتدایی و در نهایت ساکن بودن در شهر تهران بود. در این پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار اس پی اس اس^۱ استفاده شد بدین ترتیب که جهت تعیین میانگین درصد و انحراف معیار پاسخ به سئوالات مربوط به راهبردهای مقابله‌ای از آماره‌های توصیفی و برای بررسی مقایسه‌ای سطح بکارگیری راهبرد‌های مقابله‌ای به کار گرفته شده از آزمون آماری آنالیز واریانس^۲ و توکی^۳ استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر نشان داد که بیشترین تعداد واحد های مورد پژوهش دارای این مشخصات بودند: ۵۴/۴ درصد مرد، ۳۱/۱ درصد در محدوده سنی ۲۶-۳۵ سال به ترتیب با میانگین و انحراف معیار ۱۲/۰۴±۳۸/۰۶، ۶۰ درصد مجرد، ۴۵/۶ درصد دارای خانواده ۲-۵ نفره، ۴۱/۴ درصد دارای سطح تحصیلات متوسطه، ۲۶/۶ درصد مردان بیکار و ۳۵/۵ درصد زنان خانه دار، ۴۳/۳ درصد دارای درآمد ماهیانه کمتر از ۲۰۰ هزار تومان در ماه و ۵۷/۸ درصد آن‌ها با پدر و مادر زندگی

1- SPSS
2- One Way ONOVA
3- Tukey

جدول شماره ۱: بررسی مقایسه ی میانگین میزان بکارگیری راهبردهای مقابله ای بر حسب میانگین امتیاز حاصل از راهبرد های مقابله ای بکار گرفته شده واحدهای مورد پژوهش در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران

| جمع | | ۳ | ۲ | ۱ | میانگین میزان بکارگیری راهبرد های مقابله ای |
|-------|-------|-------|-------|-------|---|
| تعداد | تعداد | | | ۵۰/۱۱ | راهبرد های مقابله ای |
| ۱۰۰ | ۹۰ | | | | کناره گیری کردن |
| ۱۰۰ | ۹۰ | | ۴۷/۰۶ | | خود تسکینی |
| ۱۰۰ | ۹۰ | ۴۱/۳۸ | | | تفکر کردن |
| ۱۰۰ | ۹۰ | ۴۰/۸۶ | | | باز ارزیابی مثبت |
| ۱۰۰ | ۹۰ | ۴۰/۶۷ | | | چشم پوشی کردن |
| ۱۰۰ | ۹۰ | ۳۷/۰۳ | | | عمل نمودن |

میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای "کناره گیری کردن"، "خود تسکینی"، "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" می باشد.

نتایج پژوهش لیساکر و کمبل^(۲۰۰۵) نشان داد که تفاوت معنی داری بر حسب میزان بکارگیری انواع راهبردهای مقابله ای در بیماران اسکیزوفرنیک وجود نداشت.

با مقایسه نتایج این دو پژوهش می توان دریافت که در پژوهش حاضر، واحدهای مورد پژوهش به میزان بیشتری از راهبردهای مقابله ای "کناره گیری کردن" و "خود تسکینی" استفاده می کردند که ممکن است یکی از دلایل آن شدت علائم روانپزشکی در بیماران پژوهش حاضر باشد که با نتایج پژوهش لیساکر و همکاران^(۲۰۰۲) نیز مورد تایید قرار می گیرد.

علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد اکثریت واحدهای مورد پژوهش در مطالعه حاضر از "راهبردهای مقابله ای اجتنابی" و اقلیت آنها از "راهبرد های مقابله ای مبتنی بر مشکل" استفاده می کردند.

نتایج پژوهش و نچورا و همکاران^(۲۰۰۴) نشان داد که میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مشکل در گروه بیماران اسکیزوفرنیک بطور معنی داری نسبت به گروه کنترل کمتر بود. در حالیکه هیچ تفاوت معنی داری بین این دو گروه بر حسب میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای اجتنابی وجود نداشت.

نتایج پژوهش هوران و بلانچارد^(۲۰۰۳) نیز نشان داد که اختلاف معنی داری بین گروه بیماران اسکیزوفرنیک و گروه کنترل

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که ۴۲/۱ درصد واحدهای مورد پژوهش از "راهبرد های مقابله ای اجتنابی"، ۳۴/۵ درصد از "راهبرد های مقابله ای مبتنی بر هیجان" و ۲۳/۴ درصد از آن ها از "راهبرد های مقابله ای مبتنی بر مشکل" استفاده می کردند (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی مطلق و نسبی واحدهای مورد پژوهش بر حسب انواع راهبردهای مقابله ای بکار گرفته شده در بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران

| راهبردهای مقابله ای | تعداد | درصد |
|---------------------|-------|------|
| مبتنی بر مشکل | ۲۱ | ۲۳/۴ |
| مبتنی بر هیجان | ۳۱ | ۳۴/۵ |
| اجتنابی | ۳۸ | ۴۲/۱ |
| جمع | ۹۰ | ۱۰۰ |

علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد که هیچ رابطه معنی داری بین مشخصات فردی با راهبردهای مقابله ای بکار گرفته شده وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که میانگین و انحراف معیار میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای به ترتیب نزولی شامل

1 - Lysaker & Cambell
2 - Horan & Blanchard

برنامه ریزی‌های مدیریتی حیطة بهداشت و درمان می‌توان به مشکلات مقابله‌ای بیماران اسکیزوفرنیک توجه نموده و با طراحی برنامه‌هایی جهت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به بیماران اسکیزوفرنیک، توانایی مقابله‌ای آنان را در برخورد با تنش‌های زندگی ارتقاء داد. در آموزش با برگزاری کلاس‌های آموزشی ضمن خدمت برای پرستاران و گنجاندن دروسی در آموزش دانشجویان پرستاری به مبحث راهبردهای مقابله‌ای و رابطه آن با سایر متغیرها توجه بیشتری مبذول نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه خانم زهرا تمیزی و به راهنمایی خانم فرح‌دخت رنجبر می‌باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، مسئولین و کارکنان درمانگاه‌های روانپزشکی وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین بیمارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می‌شود.

بر حسب میزان استفاده از راهبرد‌های مقابله‌ای ناسازگارانه وجود داشت. بطوریکه، میزان استفاده از این راهبردها در بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی‌داری زیاد بود.

در این راستا لیساکر و همکاران (۲۰۰۴) می‌نویسند که بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله‌ای خود دچار مشکل بوده و اغلب در برخورد با مسایل به جای بررسی و حل فعالانه از رو به رو شدن با آن‌ها خودداری می‌کنند. این بیماران زمان بسیار اندکی را به فکر کردن و مشورت نمودن با دیگران راجع به راه حل‌های مشکلات خود اختصاص می‌دهند و به ندرت فعالانه و سودمند در صدد پاسخ به تنش‌های زندگی خود می‌باشند.

به طور کلی نتایج حاصله نشان می‌دهد که بیماران اسکیزوفرنیک در برخورد با تنش‌های زندگی بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌نمایند. البته نتایج در میان انواع مختلف بیماری اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار نگرفته است و نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

در خدمات بالینی این پژوهش می‌تواند برای روانپرستاران، روشنگر راهی جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ناموثر در بیماران اسکیزوفرنیک باشد که باعث تشدید علائم روانپزشکی و شکست اقدامات درمانی جامعه‌نگر می‌گردد. در

منابع

- خانکه ح (۱۳۸۶). *بررسی تأثیر آموزش و پیگیری (طرح ترخیص) بر توان خود مراقبتی، شدت علائم و طول مدت بستری مددجویان مبتلا به اسکیزوفرنیای مزمن بستری در مرکز آموزش درمانی رازی، طرح پژوهشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.*
- ناظری س (۱۳۸۲). *بررسی تأثیر برنامه طرح ترخیص بر پیگیری درمان در بیماران اسکیزوفرنیک مرکز روانپزشکی رازی.* پایان‌نامه کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- Boyd M A (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 3rd edition. Philadelphia. Lippincott Co.
- Chan S Yu I W (2004). Quality of life of clients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*. 45 (1) 72- 83.
- Dinan T G (2004). Stress and genesis of diabetes mellitus in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 184 (47) 72 – 75.
- Horan W P, Blanchard J J (2003). Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: The role of individual differences in affective traits and coping. *Schizophrenia Research*. 60 (3) 271-283.
- Lysaker P H et al (2002). Insight in schizophrenia: Association with executive function and coping style. *Schizophrenia Research*. 59 (1) 41-47.

- Lysaker P H et al (2004). Assessing coping in schizophrenia, a rationally devised scoring scheme to assess coping in schizophrenia: international consistency and associations with work performance. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 8 (1) 74-84
- Lysaker H Campbell K (2005). Hope, awareness of illness, and coping in schizophrenia spectrum disorders, evidence of an interaction. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 193 (5) 287-291.
- Shives L R Isaacs A (2002). *Basic Concept of Psychiatric Nursing* .6th edition. St. Louise. Mosby Co.
- Strous R D et al (2005). Longitudinal assessment of coping abilities at exacerbation and stabilization in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*. 46 (3) 167-175.
- Tait L Birchwood M (2004). Coping style and quality of life in patients with Non- insulin dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 44 (4) 312-317.
- Varcarolis E M Carson B (2006). *Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. 5th edition. Philadelphia. Saunders Co.
- Ventura J et al (2004). Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 69 (3) 343- 353.
- Wilder-Willis k E et al (2002). The relationship between cognitive dysfunction and coping abilities in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 55 (3) 259-267.
- Yaghmaie F (2003). Content validation and its estimation. *Journal of Medical Education*. 3 (1) 25-27.