

الگوهای سازگاری با بیماری

دکتر اردشیر افراسیابی فر^۱، دکتر پرخیده حسنی^{۲*}، دکتر مسعود فلاحی خشکناز^۳، دکتر فریده یغمایی^۴

۱. استادیار، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی یاسوج، دکترای پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و

خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه داخلی و جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳. استادیار، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

۴. دانشیار، گروه بهداشت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

زمینه و هدف: سازگاری با بیماری مفهومی مهم در پرستاری است. پژوهش‌های بی‌شماری در زمینه سازگاری با بیماری انجام شده، اما مطالعات موجود نشان داده‌اند که در باره سازگاری با بیماری، فرایند آن و شاخص‌های نشان‌دهنده سازگاری با بیماری توافق همگانی وجود ندارد. این عدم توافق همگانی منجر به ارائه الگوهای مختلف سازگاری با بیماری شده است. هدف از مطالعه مروری حاضر شناخت مفهوم سازگاری، الگوهای مختلف سازگاری با بیماری و بررسی نقاط قوت و ضعف آن‌ها می‌باشد.

مواد و روش‌ها: در این مقاله، جستجوی جامع متون موجود در پایگاه داده‌های ایرانی و بین‌المللی از جمله PubMed، Iran Medex، Ovid، Elsevier، Scopus، ScienceDirect، ProQuest با استفاده از کلیدواژه‌هایی مانند تطابق، سازگاری، مقابله، الگوهای سازگاری با بیماری صورت گرفت. جهت جستجوی متون مورد نظر، محدودیت زمانی در نظر گرفته نشد.

یافته‌ها: مطالعات و متون موجود نشان می‌دهند الگوهای مختلف سازگاری با بیماری وجود دارند که در بین آنها، الگوهای زیست‌پزشکی، رفتاری و شناختی بیشتر در پرستاری مطرح هستند. الگوهای زیست‌پزشکی بر جنبه‌های مختلف بیماری مانند علل، علائم و اقدامات درمانی تاکید می‌کنند. الگوهای رفتاری، رفتار بیماران را نسبت به بیماری تبیین می‌نمایند. الگوهای شناختی بر ارزیابی شناختی بیماران از بیماری و اتخاذ راهبردهای مقابله‌ای آنان تاکید می‌ورزند.

نتیجه‌گیری: الگوهای مختلف سازگاری با بیماری اطلاعات ارزشمندی در باره جنبه‌های مختلف سازگاری با بیماری ارائه می‌نمایند، اما هر کدام از آنها جهت به کارگیری در بالین محدودیت‌هایی نیز دارند که بایستی مورد توجه قرار گیرند. آگاهی و شناخت پرستاران از الگوهای متفاوت سازگاری با بیماری، به آن‌ها در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات پرستاری تسهیل‌کننده سازگاری کمک خواهد کرد.

کلیدواژه‌ها: سازگاری، تطابق، سازگاری با بیماری، سازگاری شناختی، مقابله، الگوی تنش و مقابله، الگوی خودتنظیمی.

مقدمه^۱

بین این دو واژه تفاوت قائل هستند. در زیست‌شناسی واژه تطابق جهت سازگاری جسمی و در روان‌شناسی و جامعه‌شناسی واژه سازگاری به منظور سازگاری روان‌شناختی و اجتماعی به کار می‌رود (واژه نامه مک‌گرو-هیل (McGraw-Hill Dictionary Hill) ۲۰۰۳؛ دائرة المعارف بریتانیکا (Britannica Encyclopedia) ۲۰۰۷؛ دائرة المعارف ویکی‌پدیا (Encyclopedia Wikipedia) ۱۳۷۹؛ بیرو ۱۳۷۷؛ شعاری نژاد ۱۳۷۴؛ پورافکاری، ۱۳۷۹). در مقاله حاضر این دو واژه به یک معنا به کار برده شده است.

سازگاری (Adjustment) و تطابق (Adaptation) از مفاهیم مهم پرستاری هستند. اگرچه این دو مفهوم در زبان فارسی به یک معنا ترجمه شده است و در بسیاری از متون انگلیسی نیز به جای یکدیگر به کار می‌روند، برخی از نویسندگان غربی

*نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر پرخیده حسنی، تهران، خیابان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، دانشکده پرستاری و مامایی،

پست الکترونیک:

P_hasani@sbmu.ac.ir

Self-Regulatory Model (۱۹۹۴)، الگوی خود تنظیمی (Leventhal و همکاران، ۱۹۹۲) و الگوی تنش و مقابله (Stress & Coping Model) (Lazarus & Folkman، ۱۹۸۴) را نام برد. با وجود الگوهای مختلف سازگاری با بیماری، توافق همگانی در رابطه با مفهوم سازگاری، شاخص های آن و چگونگی سازگاردن با بیماری مزمن وجود ندارد (Wright & Kirby، ۱۹۹۹؛ Sharp & Curran، ۲۰۰۶). از آنجائی که هدف از درمان و مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری های مزمن، کمک به آن ها جهت سازگار شدن با بیماری و پیامدهای آن می باشد، آگاهی پرستاران از الگوهای مختلف سازگاری با بیماری و چگونگی سازگار شدن با بیماران، در برنامه ریزی و ارائه مراقبت های پرستاری تسهیل کننده سازگاری به آنان کمک خواهد کرد. در این مقاله مروری، نقاط قوت و ضعف الگوی های مختلف سازگاری با بیماری در سه گروه الگوهای زیست پزشکی و رفتاری، شناختی بحث شده است.

الگوهای زیست پزشکی سازگاری با بیماری

الگوی های زیست پزشکی منتج از الگوی ماشینی است. دکارت (۱۶۵۰-۱۵۹۶) بدن انسان را ماشینی می داند که عوامل طبیعی و فردی می توانند منجر به بیماری آن شوند. جهت مطالعه جسم و بیماری، بایستی بدن به اجزای قابل درک تجزیه شود (Larson، ۱۹۹۹). الگوهای زیست پزشکی رابطه مستقیمی بین بیماری و پیامدهای آن متصور هستند. از آنجائی که بیماری جسمی عوارض خاصی را به دنبال خواهد داشت (Jansen و همکاران، ۲۰۰۰؛ Drossaers-Bakker و همکاران، ۲۰۰۲)، الگوهای پزشکی جهت درمان و سازگاری جسمی بر درک عوامل زیستی و پاسخ های جسمی تاکید دارند (Sutton و همکاران، ۲۰۰۲).

از جمله الگوهای زیست پزشکی، سندرم سازگاری عمومی است که در آن مراحل پاسخ فیزیولوژیکی بدن به عوامل تنش زا توضیح داده شده است. در صورتی که مکانیسم های فیزیولوژیکی بدن به طور موثر با عوامل تنش زا مقابله نمایند، فرد به سمت تعادل و سازگاری پیش می رود، در غیر این صورت منجر به عدم سازگاری می شود (Scheweck، ۲۰۰۷). الگوهای زیست پزشکی اطلاعات ارزشمندی در باره پاسخ های فیزیولوژیکی بدن در هنگام ابتلا به بیماری ارائه می کنند، اما به جنبه های روان شناختی بیماری کمتر پرداخته اند. در حالی که بیماری های مزمن پتانسیل لازم جهت کاهش کیفیت زندگی و سلامت روانی را دارند (De Ridder و همکاران، ۲۰۰۸). سلامت روانی هم به عنوان شاخص پیش بینی کننده سازگاری با بیماری و نیز نشانه های سازگاری با

سازگاری را می توان به صورت پیوستاری در نظر گرفت که در یک انتهای آن سازگاری با مفهوم مثبت (Well adjusted) که بیانگر واکنش مثبت به عوامل تنش زا است، قرار دارد و در انتهای دیگر پیوستار، سازگاری به صورت منفی (Conformity) قرار دارد که به معنای تسلیم شدن در برابر عوامل تنش زا می باشد (پورافکاری، ۱۳۷۹). علاوه بر این، به اعتقاد روان شناسان سازگاری دارای مفاد زیر می باشد:

۱- سازگاری به عنوان پیامد که تاکید بر کیفیت یا کارا بودن سازگاری است. در این حالت منظور از سازگاری این است که فرد چه اندازه بر عوامل تنش زا غلبه کرده است؟ و آیا سازگاری فرد کارایی لازم را داشته است؟.

۲- سازگاری به عنوان فرآیند که تاکید بر چگونگی و شیوه های سازگاری فرد با عوامل تنش زا می باشد. بر اساس تعاریف ارائه شده، سازگاری مفهوم نسبی بوده و دارای اصول زیر می باشد:

۱- سازگاری باعث حفظ تعادل و توانایی فرد در تامین نیازهایش می شود.

۲- سازگاری باعث تغییر در شیوه زندگی افراد در موقعیت های تنش زا می گردد.

۳- سازگاری دارای جنبه های فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی است.

۴- سازگاری، مفهومی پیچیده و مرکب می باشد.

۵- سازگار شدن رضایت و خشنودی فرد را به دنبال خواهد داشت (دائرة المعارف بریتانیکا، ۲۰۰۷).

ابتلا به بیماری های مزمن و تهدید کننده حیات از جمله عوامل تنش زا در انسان می باشد (Kocaman و همکاران، ۲۰۰۷) که بر هویت فرد، ابعاد روانی-اجتماعی فرد (Derogatis و همکاران، ۱۹۹۵)، تعادل عاطفی، رضایت از خود، احساس شایستگی و کارآمدی، تعامل های اجتماعی و روابط بین فردی تاثیر دارد و نیازمند سازگاری با آن ها است (Devins & Binik، ۱۹۹۶). آنچه که از اعمال تطابقی استنباط می شود، این است که افراد مبتلا به بیماری مزمن بایستی با چالش های موجود مقابله (Coping) نمایند تا به سطح قابل قبولی از سلامت و کارکرد جسمی، روانی، و اجتماعی دست یابند (De Ridder & Schreurs، ۲۰۰۱). بررسی ادبیات موجود نیز نشان می دهد که الگوها و نظریه های مختلفی در رابطه با سازگاری با بیماری های مزمن ارائه شده اند که از جمله آن ها می توان الگوی سازگاری شناختی (The Model of Cognitive Adaptation) (Taylor، ۱۹۸۳)، الگوی شخصیتی (The Personality Model) (Adler & Matthews)

رفتارهای خود مراقبتی کمک می نماید، محدودیت هایی نیز دارد که بایستی به آن ها توجه کرد. تاکید و تمرکز الگوی باور بهداشتی بر نظام باورهای شخص می باشد و تاثیر سایر افراد در فرایند بهبودی و سازگار شدن با بیماری در این الگوی رفتاری منعکس نشده است (Dracup و همکاران ۱۹۹۵). در حالی که Murray و همکاران (۲۰۰۰) معتقدند: افراد بخشی از محیط اجتماعی - فرهنگی بزرگتری هستند که عدم توجه به زمینه اجتماعی آنان، ممکن است بر رعایت دستور های طبی و مراقبت های بهداشتی تاثیر داشته باشد. به عبارت دیگر، تعامل پیچیده میان باورهای فرد و محیط اجتماعی - فرهنگی بر رفتار و اعمال بیمار در فرایند درمان و بهبودی از بیماری تاثیر می گذارد (Daly و همکاران، ۲۰۰۲؛ Jensen & Peterson، ۲۰۰۳). علاوه بر این، الگوهای رفتاری فقط پاسخ فرد به بیماری (افراد چه کار می کنند؟) را توصیف می کند، اما پاسخ های عاطفی توأم با بیماری (افراد چه احساسی دارند؟) را مورد توجه قرار نمی دهند (Sharp & Curran، ۲۰۰۶). هم چنین نکته قابل توجه در فرایند سازگاری با بیماری، فردی بودن سازگاری با بیماری (Kendall & Buys، ۱۹۹۸) است که تعامل فرد با محیط فیزیکی و اجتماعی، منابع فردی و میزان حمایت های اجتماعی (Maes و همکاران، ۱۹۹۶) بر آن تاثیر دارند که در این الگوها مورد توجه قرار نگرفته است. بنابراین، در ادامه بحث الگوهای شناختی معرفی شده اند.

الگوهای شناختی سازگاری با بیماری

الگوهای شناختی بر فرایندهای ارزیابی و اتخاذ راهبردهای مقابله ای که بیمار جهت درمان بیماری یا کاهش تنش های عاطفی ناشی از بیماری به کار می گیرد، تاکید دارند. در این الگوها، چرخه ارزیابی بیماری، انتخاب راهبرد مقابله ای، ارزیابی مجدد اثر بخشی راهبرد مقابله ای وجود دارد (Brennan، ۲۰۰۱) که عوامل دموگرافیک، عوامل شخصیتی، متغیرهای پزشکی و تجارب بیمار بر آن تاثیر دارند. الگوهای خود تنظیمی (Self Regulation) و الگوی تنش و مقابله از جمله الگوهای شناختی هستند که مورد توجه متخصصین بالینی و پژوهشگران قرار گرفته اند.

الگوی خود تنظیمی وجوه مشترک زیادی با الگوهای رفتاری دارد و در واقع همان الگوهای توسعه یافته رفتاری هستند که بیمار بر اساس باورهایی که نسبت به بیماری خود دارد، راهبردهای مقابله ای را انتخاب می نماید. بر اساس این الگو، رفتارهای فرد ناشی از ساختار (Representations or Cognitions) ذهنی بیمار از بیماری می باشد. ساختار ذهنی

بیماری (Sharp & Curran، ۲۰۰۶) مورد توجه پژوهشگران علوم پزشکی و علوم رفتاری قرار گرفته است (Folkman & Greer، ۲۰۰۰). تفاوت فردی افراد در سلامت روان شناختی می تواند به پیامدهای مختلفی در سازگاری با بیماری منجر شود (Dwyer، ۱۹۹۷؛ Maunder & Hunter، ۲۰۰۱).

برخی از جامعه شناسان و روان شناسان معتقدند که الگوهای زیست پزشکی چارچوبی تقلیل گرا (Reductionist Dixon-Woods، ۲۰۰۱؛ Mirowsky & Ross، ۲۰۰۰) دارند و عوامل روانی، اجتماعی را که نقش مهمی در سازگاری با بیماری دارند، نادیده گرفته اند (Shapiro و همکاران، ۲۰۰۱؛ Larson، ۱۹۹۹). صاحب نظران بر این نکته مهم نیز تاکید دارند که سازگاری با بیماری، مفهومی چند بعدی (Ben-Sira & Eliezer، ۱۹۹۰) است و نشان دهنده پاسخ فرد به تغییرات روان شناختی، اجتماعی و کارکردی است که در زمان شروع بیماری، در طول زندگی با بیماری مزمن و یا ناشی از درمان اتفاق می افتد (Malachy، ۲۰۰۵). به همین دلیل الگوها و نظریه های زیست پزشکی سازگاری با بیماری مورد انتقاد قرار گرفته اند. با انتقادهای وارده به الگوهای زیست پزشکی، الگوهای رفتاری به منظور مطالعه پاسخ انسان ها در هنگام بیماری و رفتارهای خود مراقبتی ارائه شده اند که بر رفتار های خود مراقبتی افراد در پیشگیری اولیه و ثانویه تاکید دارند.

الگوهای رفتاری سازگاری با بیماری

الگوهای رفتاری منتج از نظریه انگیزشی (Motivational Theory) هستند (Dracup و همکاران، ۱۹۹۵) که عوامل موثر بر انجام فعالیت های پیشگیری اولیه از بیماری ها و نیز مشارکت بیماران در فعالیت های نوتوانی و پیشگیری ثانویه را تبیین می کنند. از جمله الگوهای رفتاری، الگوی باور بهداشتی (Health Belief Model) می باشد که مورد توجه پژوهشگران در عرصه درمان و بهداشت قرار گرفته است. بر اساس این الگو، تصور فرد از خطر ابتلا به بیماری، شدت بیماری، فواید درمان و مراقبت، موانع درمان و مراقبت، در درمان و خود مراقبتی موثر هستند. بنابراین، احتمال اینکه فردی در رفتارهای خود مراقبتی شرکت نماید، بستگی دارد به باور او از اینکه چقدر در خطر ابتلا به بیماری است؟، شدت بیماری او چقدر است؟، خود مراقبتی چه فوایدی برای او دارد، و چه موانعی بر سر راه خود مراقبتی اوست؟ (Al-Ali & Haddad، ۲۰۰۴).

اگرچه الگوی باور بهداشتی، توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب کرده است و به درک چگونگی و چرایی انجام

بیماری مزمن، معنای مثبتی از بیماری خود دارند. به عنوان مثال بیماران سرطانی (Widows و همکاران، ۲۰۰۵)، بیماران مبتلا به ایدز (Siegel & Schrimshaw، ۲۰۰۰) و بیماران سکته قلبی (Peteri و همکاران، ۱۹۹۹) پس از بیماری، تغییرات مثبت ناشی از بیماری اعم از بهبود روابط بین فردی و تغییر در اولویت های زندگی را گزارش کرده اند. اثرات و تغییرات مثبت ناشی از بیماری های مزمن و یا تهدید کننده حیات، تحت عناوین رشد پس از واقعه (Post-Traumatic Growth) (Tedeschi & Calhoun، ۱۹۹۶)، منفعت یابی (Benefit Finding) (Tomich & Helgeson، ۲۰۰۴)، جابجایی پاسخ (Shift Response) (Sprangers & Schwartz، ۱۹۹۹) نامیده شده اند.

Andrykowski و همکاران (۱۹۹۳) نیز در باره اثرات مثبت بیماری می نویسند: بیماری را با وجود اثرات منفی آن به تنهایی نمی توان یک عامل تنش زا محسوب کرد، بلکه آن را باید یک رویداد انتقالی (Transitional event) دانست که مضامین مثبت و منفی را به دنبال دارد. گاهی اوقات بیماری با وجود تاثیرهای منفی ممکن است باعث شود تا افراد در نگرش ها، ارزش ها، رفتارهای خود تجدید نظر نمایند. لذا از بیماری می توان به عنوان محرک ایجاد کننده تغییر مثبت روانی-اجتماعی نیز یاد کرد (Walker و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین، معنا سازی پس از بیماری، یک پدیده شناختی و بخش مهمی از فرایند سازگاری با بیماری است که به افراد اجازه دست یابی به اهداف آینده زندگی، تداوم روابط بین فردی و حفظ هویت شخصی با وجود بیماری را می دهد (Fife، ۱۹۹۵).

هم چنین الگوهای شناختی بر راهبردهای مقابله ای تاکید دارند. بعضی از صاحب نظران معتقدند که الگوهای شناختی ممکن است به صورت نظری جالب باشند، اما چهار مشکل اساسی در به کارگیری آن ها در محیط های بالینی وجود دارد:

۱- توافق همگانی در اینکه "آیا مقابله یک "خصیصه (Trait) است یا یک "وضعیت (State)"؟ وجود ندارد. هم چنین در مطالعه های انجام شده، مقابله به صورت پاسخ ویژه به بیماری خاصی، مورد مطالعه قرار نگرفته است و در محیط بالینی، اندازه گیری عملی (عینی) شیوه های مقابله ای به صورت "خصیصه" بسیار دشوار می باشد. به همین دلیل بعضی از صاحب نظران، "ابزارهای مقابله ای خصیصه" (Trait-version) و "ابزارهای مقابله ای وضعیت" (State-version) را طراحی کرده اند (De Ridder، ۱۹۹۷).

شامل تفسیر فرد از هویت (Identity) بیماری (بیماری از نظر آن ها چیست؟)، علت (چه عاملی در ایجاد بیماری تاثیر داشته است؟)، پیامد (بیماری چه عواقبی را در پی خواهد داشت؟)، قابل درمان یا کنترل بودن و مدت زمان (Timeline) بیماری می باشد (MacInnes، ۲۰۰۶). به این الگو، الگوی پردازش موازی (Parallel Processing Model) می گویند. به عبارت دیگر، افراد جهت مقابله با بیماری، علاوه بر اطلاعاتی که در ساختار ذهنی دارند، از تجارب و دانش قبلی خود نیز استفاده می نمایند (Sharp & Curran، ۲۰۰۶). شکل گیری ساختار ذهنی باعث تغییر در عواطف و احساسات می گردد که به نوبه خود بر پاسخ های مقابله ای بیمار تاثیر دارد. پس از شکل گیری ساختار ذهنی، بیمار راهبردهای مقابله ای را انتخاب می کند و پس از اجرا، اثربخشی آن ها را ارزیابی می نماید. چرخه شکل گیری ساختار ذهنی، اتخاذ راهبردهای مقابله ای و ارزیابی اثر بخشی راهبردهای مقابله ای اساس رفتارهای خود مراقبتی و خود کنترلی جهت مقابله موثر با بیماری می باشد و سازگاری به ساختار ذهنی بیمار از بیماری بستگی دارد (Brownlee و همکاران، ۲۰۰۰).

الگوی مقابله و تنش نیز از جمله الگوهای شناختی است که به طور گسترده در پرستاری مورد استفاده قرار می گیرد. این الگو چارچوبی را جهت درک اینکه "افراد چگونه با بیماری مقابله می کنند؟" و "چگونه سلامت روانی علی رغم وجود بیماری جسمی حفظ می شود؟"، فراهم می کند (Folkman، ۱۹۹۷). بر اساس این نظریه، بین عامل تنش زا (مثل بیماری) و فردی که آن را تجربه می کند، رابطه متقابل وجود دارد. به عبارت دیگر، تاثیر یک طرفه محرک (بیماری) بر فرد وجود ندارد، بلکه ارتباط دو جانبه بین بیماری و شخص وجود دارد. لذا عوامل تنش زا خودشان تنش زا نیستند، بلکه فردی که عامل تنش زا را تجربه می کند، ممکن است بر اساس فرایند شناختی خود، آن را چالش زا، تهدید کننده و یا آسیب زا ارزیابی نماید (Schweck، ۲۰۰۷).

در الگوهای شناختی، اگرچه باورها و ارزیابی بیمار از بیماری و پیامدهای آن تاثیر مهمی در تبیین رفتارهای خود مراقبتی و سازگاری با بیماری دارد (Dracup و همکاران، ۱۹۹۵)، اما بایستی توجه کرد که ارزیابی بیمار از بیماری مزمن ممکن است کاملاً منفی نباشد (De Ridder و همکاران، ۲۰۰۸). این الگوها به دلیل عدم توجه به نقش مهم و خنثی کننده جنبه های مثبت بیماری و تاثیر آن ها بر رفتارهای مقابله ای، مورد انتقاد قرار گرفته اند (Walker و همکاران، ۲۰۰۴). مطالعه های موجود نشان می دهند که بعضی از بیماران با وجود

خواهد کرد. سازگاری بیمار با بیماری و پیامد های آن بخش جدایی ناپذیر مراقبت و آموزش پرستاری است و بایستی در برنامه های آموزش به بیمار و مراقبت های حمایتی در اولویت قرار گیرد. جهت افزایش سازگاری با بیماری، باید به بیماران کمک کرد تا در فعالیت های خود مراقبتی کل نگر شرکت فعال داشته باشند. هم چنین به آن ها اجازه داده شود تا عواطف و احساسات خود را به شیوه مناسب ابراز نمایند و بر جنبه های مثبت بیماری که موجب تسهیل سازگاری با پیامدهای بیماری خواهد شد، نیز تمرکز نمایند.

نتیجه گیری

در این مقاله مروری، الگوهای مختلف سازگاری در سه گروه الگوهای زیست پزشکی، الگوهای رفتاری و الگوهای شناختی مورد بررسی قرار گرفتند. الگوهای فوق اطلاعات مهمی را در زمینه خاصی از سازگاری با بیماری ارائه می کنند، اما هر یک از آن ها محدودیت هایی نیز دارند. از الگوهای معرفی شده می توان چنین استنباط کرد که سازگاری با بیماری، مفهومی پیچیده است که تحت تاثیر عوامل فردی مانند عوامل جسمی، روانی، رفتاری، شناختی و عوامل محیطی و اجتماعی و نیز اثرات متقابل آن ها قرار دارند و سازگاری در هر بعد می تواند سازگاری در سایر ابعاد را تسهیل نموده و یا از آن جلوگیری نماید. بنابراین، سازگاری با بیماری نیازمند توجه به عوامل موثر بر سازگاری با بیماری است. به عبارت دیگر، اتخاذ رویکرد کل نگر قدرت تبیین الگوهای سازگاری با بیماری را افزایش می دهد. شناخت کافی پرستاران از الگوهای متفاوت سازگاری با بیماری جهت برنامه ریزی، اجرا و ارزیابی اقدامات پرستاری تسهیل کننده سازگاری با بیماری ضروری می باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل قسمتی از پایان نامه دکترای آقای اردشیر افراسیابی فر و به راهنمایی خانم دکتر پرخیده حسنی می باشد.

۲- تقسیم بندی های مختلف راهبردهای مقابله ای بر وجود دو رویکرد متفاوت مقابله مسئله-مدار و عاطفه-مدار به منظور سازگاری با بیماری تاکید می کنند، اما هیچ گونه توافقی مبنی بر اینکه افراد چگونه با بیماری مزمن مقابله می کنند، وجود ندارد.

۳- موضوع "آیا مقابله با بیماری مزمن بایستی از طریق ابزارهای ویژه بیماری یا ابزارهای عمومی مورد مطالعه قرار گیرد؟"، بحث های زیادی را میان صاحب نظران ایجاد کرده است. ابزارهای ویژه بیماری اگر چه ممکن است اطلاعات بیشتری در رابطه با فرآیند مقابله فراهم نمایند، اما از شناسایی تشابه های بین بیماری ها جلوگیری می کنند. لذا توصیه می شود ابزارهای عمومی در کنار ابزارهای ویژه بیماری به کار گرفته شوند.

۴- نکته آخر این است که هر چند شواهد موجود نشان می دهند شیوه ارزیابی رویدادها (ارزیابی اولیه) و منابع موجود (ارزیابی ثانویه) نقطه مهمی در شروع فعالیت های مقابله ای با بیماری می باشد، اما راهبردهای مقابله ای نسبت به فرآیند سازگاری با بیماری، بیشتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. (De Ridder & Schreurs, 2001).

با توجه با مطالب مطروحه، ابتلا به بیماری های مزمن و تهدید کننده حیات، بر تمامی جنبه های زندگی و درک فرد از خود و آینده تاثیر دارد. بیماران به منظور بهبود کیفیت زندگی و تطبیق با وضعیت جدید، بایستی با بیماری و پیامد های آن در ابعاد جسمی، شناختی، روانی و عاطفی، رفتاری و اجتماعی سازگار شوند. اگر چه الگوهای مختلفی جهت تبیین فرایند سازگاری با بیماری ارائه شده اند، اما هنوز توافق همگانی در مورد چگونگی سازگار شدن بیمار با بیماری و نیز شاخص های نشان دهنده سازگاری وجود ندارد. درک فرایند سازگاری با بیماری نیازمند اتخاذ رویکرد کل نگر نسبت به مفهوم سازگاری و شناسایی عوامل تاثیر گذار و تاثیر متقابل آن هاست. آگاهی پرستاران از الگوهای مختلف سازگاری با بیماری و شناخت نقاط قوت و ضعف آن ها، در ارائه مراقبت های چند بعدی تسهیل کننده سازگاری به آن ها کمک

REFERENCES

- Adler N Matthews K (1994). Health psychology: Why do some people get sick and some stay well. Annual Review of Psychology. 45, 229-59.
- Al-Ali N Haddad LG (2004).The effect of the Health Belief Model in explaining exercise participation among Jordanian myocardial infarction patients. Journal of Transcultural Nursing. 15 (2)14-121.
- Andrykowski M et al (1993).Positive psychosocial adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition. Psycho-Oncology. 2(4) 261-276.

- Ben-Sira Z Eliezer R (1990). The structure of readjustment after heart attack. *Social Science & Medicine*. 30 (5) 523–536.
- Birou A (1999). *Vocabulaire partique des sciences sociales: French to Persian by saroukhani B*, 2nd edition. Tehran, Iran: Kyhan Publication. (Persian).
- Brennan J (2001). Adjustment to cancer: Coping or personal transition? *Psycho-oncology*. 10 (1) 1–18.
- Britannica Encyclopidia. <[Http://www.britannica.com/eb/article-9000486/adjustment](http://www.britannica.com/eb/article-9000486/adjustment)>.[2 NOV2007]
- Brownlee S et al (2000). Regulation, self-regulation, and construction of the self in the maintenance of physical health. In: Boekaerts M Pintrich P (Eds.). *Handbook of Self-Regulation*. London. Academic Press.
- Daly J et al (2002). Cultural aspects of adjustment to coronary heart disease in Chinese-Australians: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 39 (4) 391–399.
- De Ridder D (1997). What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychology and Health*. 12 (3) 417–431.
- De Ridder D et al (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*. 372 (9634) 246-255.
- De Ridder D Schreurs K (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*. 21(2) 205–240.
- Derogatis LR et al (1995). Psychological assessment. In: Nicassio PA, Smith TW (Eds.). *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective*. American Psychological Association, Washington.
- Devins D M Binik YM (1996). Facilitating coping with chronic physical illness. In: Zeidner M, Endler NS (Eds.). *Handbook of Coping: Theory, Research, Application*. New York, John Wiley & Sons.
- Dixon-Woods A (2001). Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine*. 52 (9) 1417–1432.
- Dracup K et al (1995). Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine*. 40 (3) 379-92.
- Drossaers-Bakker K et al (2002). Long-term outcome in rheumatoid arthritis: A simple algorithm of baseline parameters can predict radiographic damage, disability, and disease course at 12-year follow-up. *Arthritis Care and Research*. 47(4) 383–390.
- Dwyer K (1997). Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: Predictive models. *American Journal of Preventative Medicine*. 13 (1) 66–72.
- Fife BL (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science & Medicine*. 40 (8) 1021-1028.
- Folkman S (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science & Medicine*. 45 (8) 1207–1221.
- Folkman S Greer S (2000). Promoting psychological well-being in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*. 9 (1) 11–19.
- Jansen L M et al (2000). Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 59 (3) 223–226.
- Jensen BO Petersson K (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education and Counseling*. 51(2) 123–131.
- Kendall E Buys N (1998). An integrated model of psychosocial adjustment following acquired disability. *Journal of Rehabilitation*. 64 (3) 16-20.
- Kocaman N et al (2007). Predictors of psychosocial adjustment in people with physical disease. *Journal of Clinical Nursing*. 16 (3A) 6–16.
- Larson J (1999). The conceptualisation of health. *Medical Care and Review*. 56 (2) 123–136.
- Lazarus RS Folkman S (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York. Springer.
- Leventhal H et al (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interaction. *Cognitive Therapy Research*. 16 (2) 143-63.
- MacInnes JD (2006). The illness perceptions of women following symptoms of acute myocardial infarction: A self-regulatory approach. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 5 (4) 280 – 288.
- Maes S et al (1996). Coping with chronic disease. In: Zeidner M, Endler NS (Eds.) *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York, John Wiley & Sons.

- Malachy B (2005). Quality of life and psychosocial adaptation to chronic illness and acquired disability: A conceptual and theoretical synthesis. *The Journal of Rehabilitation*. < <http://findarticles.com/p/articles/mim0825/is271/ain13820423>>.[14 Jul 2008].
- Maunder R Hunter J (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine*. 63 (4) 556–567.
- McGraw-Hill Dictionary of Scientific and Technological Terms (2003). 6th edition. New York .McGraw-Hill.
- Mirowsky J Ross C (2002). Measurement for a human science. *Journal of Health and Social Behavior*. 43 (22) 152–170.
- Murray SA et al (2000). The interplay between social and cultural context and perceptions of cardiovascular disease. *Journal of Advanced Nursing*. 23 (5) 1224-1233.
- Petrie KJ et al (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 47 (6) 537–543.
- Pourafkari N (2001). [A comprehensive dictionary of psychology psychiatry: English to Persian]. 2nd edition. Tehran, Iran: Farhang Moaser Publications. (Persian).
- Schweck LH (2007). Models for working with psychiatric patients. In: Kelter NH, Schweck LH, Bostrom CE (Eds.). *Psychiatric Nursing*. 5th edition. Philadelphia. Mosby Elsevier.
- Shapiro S et al (2001). Quality of life and breast cancer: Relationship of psychosocial variables. *Journal of Clinical Psychology*. 57(4) 501–519.
- Sharp L Curran L (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science & Medicine*. 62(5) 1153-66.
- Shoarnejad AA (1996). [A dictionary of behavioral sciences]. Tehran, Iran: AmirKabir Publications. (Persian).
- Siegel K Schrimshaw EW (2000). Perceiving benefits in adversity: Stress-related growth in women living with HIV/AIDS. *Social Science & Medicine*. 51(10) 1543-54.
- Sprangers M Schwartz C (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: A theoretical model. *Social Science & Medicine*. 48 (11) 1507–1515.
- Sutton L et al (2002). Cancer pain at the end of life: A biopsychosocial perspective. *Pain*. 99 (1-2) 5–10.
- Taylor SE (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*. 38 (11) 1161-73.
- Tedeschi RG Calhoun LG (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9 (3) 455–71
- Tomich PL Helgeson VS (2004). Is finding something good in the bad always good?: Benefit finding among women with breast cancer. *Health Psychology*. 23 (1)16-23.
- Walker JG et al (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*. 24 (4) 461–488.
- Widows MR et al (2005). Predictors of post-traumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychology*. 24 (3) 266-73.
- Wikipedia Encyclopidia. <<Http://www.en.wikipedia.org/wiki/Adaptation>>.[15 DEC 2007].
- Wright ST Kirby A (1999). Deconstructing conceptualizations of adjustment to chronic illness. *Journal of Health Psychology*. 4 (2) 259-272.