

Predicting Self-Control Based On Attachment To God Mediated Coping Styles In Patients With Diabetes

ARTICLE INFO

Article Type

Research Article

Authors

Maryam Azizi
Mahshid Tajrobehkar
Somayeh Purehsan

How to cite this article

Maryam Azizi, Mahshid Tajrobehkar, Somayeh Purehsan, Predicting Self-Control Based On Attachment To God Mediated Coping Styles In Patients With Diabetes, *Journal of Islamic Life Style Centered on Health*, 2023:7: 435-446.

1. MA, Iran.
2. PhD, Iran. (Corresponding Author).
3. PhD, Iran.

* Correspondence:

Address:
Phone:
Email: m.tajrobehkar@ac.ir

Article History

Received: 2022/03/04
Accepted: 2023/01/07

ABSTRACT

Purpose: Diabetes is one of the chronic diseases that can negatively affect the physical and mental health of the patient. Thus, using appropriate coping styles to adapt to the disease and attachment to God can lead to self-control in patients with diabetes.

Materials and Methods: This study was performed in a quasi-experimental, descriptive and correlational manner. The statistical population of the present study consists of 200 people with diabetes in Kerman in 1399. Questionnaires of Attachment to God, Tanji self-control and Lazarus coping styles were used to collect data and in order to analyze the data in the path analysis method was used AMOS software.

Findings: The findings of this study indicate that there is a significant relationship between emotion-oriented coping styles with attachment to God, which leads to self-control in patients with diabetes, but unfortunately a relationship based on the use of problem-oriented coping styles Not present in patients with diabetes.

Conclusion: The results of this study show that the use of emotion-oriented coping styles with the attachment to God in patients with Diabetes is a necessary condition for self-control but it is not enough. In order to achieve self-control to improve their physical and mental conditions in the face of the illness, the use of problem-oriented coping styles along with emotion-centered coping styles and attachment to God is important and It is essential.

Keywords: Self-control, Attachment to God, Coping styles, Patients with Diabetes

پیش‌بینی خودکنترلی بر اساس دلبستگی به خدا با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به

دیابت

مریم عزیزی
کارشناسی ارشد، ایران.

مehشید تجربه کار*
دکتری تخصصی، ایران (نویسنده مسئول).

سمیه پوراحسان
دکتری تخصصی، ایران.

چکیده

هدف: دیابت از جمله بیماری‌های مزمنی است که می‌تواند بر سلامت جسمانی و روانی شخص بیمار تأثیر منفی بگذارد، بنابراین استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مناسب به منظور سازگاری با شرایط بیماری و هم‌چنین دلبستگی به خداوند می‌تواند منجر به خودکنترلی در بیماران مبتلا به دیابت شود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به شیوه نیمه تجربی، توصیفی و از نوع همبستگی اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را ۲۰۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت در شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های دلبستگی به خدا، خودکنترلی تانجی و راهبردهای مقابله‌ای لازاروس استفاده شد و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها روش تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار AMOS به کار گرفته شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که رابطه‌ای معنادار میان سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با دلبستگی به خدا وجود دارد که منجر به خودکنترلی در بیماران مبتلا به دیابت می‌شود، اما متأسفانه رابطه‌ای مبنی بر استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار در بیماران مبتلا به دیابت وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار به همراه دلبستگی بیماران مبتلا به دیابت به خداوند شرط لازم برای ایجاد خودکنترلی، اما کافی نیست و برای رسیدن به خودکنترلی به منظور بهبود شرایط جسمانی و روانی آن‌ها در مقابله‌ای با بیماری، استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار نیز در کنار سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و دلبستگی به خدا امری مهم و ضروری است.

واژگان کلیدی: خودکنترلی، دلبستگی به خدا، سبک‌های مقابله‌ای، بیماران مبتلا به دیابت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۷

*نویسنده مسئول: m.tajrobehkar@ac.ir

مقدمه

دیابت^۱ از جمله بیماری‌های مزمن و شایع‌ترین بیماری غددی در جهان است. این بیماری مسئول حدود ۴ میلیون مرگ در سال است که به دلیل کمبود یا کاهش عملکرد انسولین موجب افزایش میزان قند خون و اختلالات متابولیکی بدن می‌شود و به علت ناتوانی بدن در تولید یا مصرف انسولین پدید می‌آید. انسولین ماده‌ای است که در بدن توسط لوزالمعده تولید می‌گردد و موجب می‌شود قند یا به عبارتی مهم‌ترین منبع انرژی بدن مورد استفاده قرار گیرد.

دیابت به عنوان یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی، درمانی، اجتماعی و اقتصادی جهان، به دو نوع کلی دیابت بی‌مزه و دیابت شیرین تقسیم می‌شود. دیابت بی‌مزه ناشی از ناتوانی در تمرکز ادرار در کلیه است، درحالی که دیابت شیرین از انسولین ناکافی ایجاد شده و شامل دو نوع عمده است: دیابت نوع یک و دیابت نوع دو، از انواع دیگر دیابت نیز می‌توان به دیابت MODY (که افراد زیر ۲۵ سال را درگیر می‌کند) و دیابت بارداری اشاره کرد (۳۲).

دیابت پنجمین علت مرگ و میر و اولین علت نارسایی مزمن کلیه، قطع پای غیرتروماتیک و نیزکوری در بسیاری از جوامع است. اگرچه دیابت یک بیماری روان‌تنی نیست، اما عوامل روان‌شناختی نقش برجسته‌ای در علت‌شناسی، شدت و پیش‌آگهی آن ایفا می‌کنند که می‌تواند سازگاری جسمانی، روانی و اجتماعی بیماران را تحت تأثیر قرار دهد. در حقیقت برخی از بیماری‌های جسمانی بنا به ماهیت خود ممکن است افراد را از لحاظ روان‌شناختی نیز درگیر کنند که بیماری دیابت از این قائده مستثنی نیست. ابتلا به این بیماری نه تنها برای شخص بیمار بلکه برای سیستم بهداشت جامعه نیز به‌عنوان یک چالش مهم و جدی تلقی می‌شود (۱۴).

دیابت علاوه بر عوارض جسمانی خطرناک عوارض روان‌شناختی نیز دارد. سلامت روانی یک عامل مهم در مقابله با بیماری‌ها می‌باشد که حتی می‌تواند منجر به بهبود سلامت جسمانی در افراد شود. افسردگی یکی از این عوارض روان‌شناختی است و هم‌چنین اضطراب نیز در میان این بیماران بسیار شایع است. در اوایل قرن هفدهم، دکتر توماس ویلیس (Thomas Willis)، فرضیه رابطه بین دیابت و افسردگی را ارائه داده و پژوهش‌های پس از آن نیز نشان دادند که افراد دیابتی به دلیل فرسودگی جسمانی ناشی از مشکلات خلقی و روانی، بیشتر در معرض ابتلاء به بیماری‌های روان‌شناختی و عوارض ناشی از آن هستند (۱۸)؛ علاوه بر این، پژوهش‌ها نشان داده است که پریشانی روان‌شناختی مربوط به دیابت (احساسات منفی و تحمیل خود‌مدیریتی) و مقاومت روان‌شناختی نسبت به انسولین (امتناع از شروع درمان با انسولین) می‌تواند کیفیت زندگی این بیماران را کاهش داده و منجر به عدم پایبندی به توصیه‌های پزشکی شده که در نتیجه آن ممکن است هم سلامت جسمانی و هم سلامت روان افراد دیابتی را به خطر اندازد (۴۰).

از جمله عوامل دیگری که می‌تواند منجر به تشدید پریشانی روان‌شناختی ناشی از بیماری دیابت در بیماران شود، عبارتند از پریشانی عاطفی وابسته به خودکنترلی از جمله مراقبت از خود،

¹. Diabetes

پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی بیشتر مورد توجه قرار گیرند (۲۲).

کرک پاتریک و شیور گزارش داده‌اند افرادی که دل‌بستگی ایمن^۳ به خدا داشتند، سطح پایین‌تری از احساس تنهایی، افسردگی، اضطراب، بیماری‌های جسمانی و سایر اختلالات روانی نشان می‌دهند، پژوهش دیگری نیز نشان می‌دهد افرادی که دل‌بستگی بیشتری به خداوند دارند و این دل‌بستگی نیز از نوع ایمن باشد، کمتر دچار تنش و افسردگی می‌شوند و از احساس رضایت و صمیمیت بیشتری برخوردارند در حقیقت سازگاری بیشتر و سلامت روانی بهتر به طور کلی با داشتن رابطه شخصی مثبت با خدا مرتبط است (۶).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین دل‌بستگی به خدا و تصور مثبت از خداوند و داشتن روابط بین فردی خوب، عزت نفس بالا و کاهش اضطراب و احساس تنهایی و افسردگی همبستگی و ارتباط مثبت و معناداری وجود دارد، در حالی که بیماری‌های روانی در خانواده‌هایی که دل‌بستگی کمتری به خداوند دارند بیشتر مشاهده می‌شود. داده‌ها نشان می‌دهند که دل‌بستگی و داشتن تصور مثبت از خدا با تحمل رنج‌ها و ناراحتی‌های جسمانی و استرس‌ها و مسائل روانی مرتبط با آن‌ها همراه بوده است (۳۹).

نتایج تحقیقاتی که در رابطه با دل‌بستگی به خدا انجام شده است بدین شرح می‌باشد؛ نیوتون و مک‌نتاش^۴ (۲۰۱۰) در پژوهشی که بر روی والدین کودکان استثنایی درباره ارتباط بین تصور والدین از خدا و میزان مقابله‌های آنان در برابر استرس‌ها انجام داند، به این نتیجه رسیدند که والدین کودکان استثنایی با تصور مثبت از خدا از مقابله‌های روان‌شناختی مؤثرتری برخوردار هستند و در برابر فشارهای روانی مقاوم‌ترند. رحیمی و سراج زاده (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان رابطه دین داری با معناداری زندگی در یک جمعیت دانشجویی نتیجه گرفتند دین داری و دل‌بستگی به خدا با معناداری زندگی رابطه مثبت و مستقیم دارد. در میان ابعاد دین داری بعد اعتقادی دارای بیشترین رابطه مثبت و بعد مناسکی دارای کمترین رابطه است. اکبری، وفایی و خسروی (۱۳۸۹) نیز در پژوهشی دریافتند که بین سبک دل‌بستگی ایمن به خداوند و میزان تاب‌آوری در همسران جانبازان رابطه وجود دارد.

نتایج چندین پژوهش دیگر نیز نشان می‌دهد که روابط دل‌بستگی انسانی و دل‌بستگی ایمن به خدا با شاخص‌های سلامتی و بهزیستی از قبیل خوش بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب، افسردگی و کاهش در نشانگان بیماری‌های جسمانی همراه است (۲۵). افزون بر این، دل‌بستگی نایمن به خدا با سلامت روانی پایین و مشکلات سازگاری، کاهش در سلامت و بهزیستی مذهبی و وجودی و افزایش هیجان‌های منفی همراه است (۲۲).

دیابت در زمره اختلالات مزمن دسته بندی می‌شود که درمان قطعی ندارد اما قابل کنترل است. یکی از اصول کنترل دیابت، خودکنترلی فرد بیمار و تبعیت او از توصیه‌های درمانی پزشک می‌باشد، به عبارتی می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین عواملی که باعث مرگ و میر در بیماران مبتلا به دیابت می‌شود عدم انجام رفتارهای خودکنترلی است. پس از ابتلا فرد به بیماری دیابت شرایط دشواری پیش خواهد

مصرف دارو، اصلاح رفتار و اقدامات بهداشتی از یک سو و مشکلات روانی- اجتماعی در سطح شخصی و بین فردی از سوی دیگر است. تجربه نامطلوب زندگی این افراد در ابتلاء به دیابت خطرات ناشی از ابتلا به بیماری‌های روانی را در این افراد افزایش می‌دهد و این تجارب منفی و عوارض ناشی از آن می‌تواند میزان دیابت را ۲۰ تا ۴۰ درصد افزایش دهند. در افراد دیابتی اضطراب بالا، علائم افسردگی، حملات هراس و اختلال در عملکرد می‌تواند منجر به ویژگی‌های بالینی مانند تعریق، اضطراب، تپش قلب سریع (Tachycardia)، گیجی و افت قند خون شود و مسئله دیگر این است که متأسفانه تا ۴۵ درصد موارد مربوط به بهداشت روان و ناراحتی روان شناختی مربوط به دیابت در افراد دیابتی شناسایی نمی‌شود (۲۳).

مطالعات نشان داده است که با تغییر فرهنگ مصرف، رژیم غذایی و روش زندگی از سنتی به صنعتی شیوع دیابت افزایش یافته است و بین بیماری دیابت و کیفیت زندگی ارتباط معنی داری وجود دارد به طوری که بیماری دیابت بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و روی وضعیت روانی، روابط بین فردی و به طور کلی بهزیستی روان‌شناختی فرد مبتلا تأثیر منفی می‌گذارد؛ به طوری که می‌توان گفت بیماری دیابت نه تنها مشکلاتی را برای سلامت جسمانی فرد به وجود می‌آورد بلکه باعث ایجاد مشکلاتی در سلامت روانی فرد مبتلا هم خواهد شد که از جمله شایع‌ترین آن‌ها می‌توان به افسردگی، اضطراب و وسواس اشاره کرد که ممکن است علاوه بر خود فرد، اطرافیان او را نیز تحت تأثیر قرار دهد (۱۹)؛ بنابراین برای پیشگیری از عوارض حاد این بیماری و کاهش خطر عوارض مزمن آن، بیماران باید پیوسته از حمایت و مراقبت ویژه برخوردار بوده و با یادگیری خودکنترلی بتوانند بیماری را کنترل نمایند. هم‌چنین میزان بهره‌مندی بیماران از سبک‌های مقابله‌ای و راهبردهای خودکنترلی نیز می‌تواند به این امر کمک شایانی نماید.

یکی از متغیرهای روان‌شناختی که جایگاه ویژه‌ای در روان‌شناسی دینی به خود اختصاص داده، دل‌بستگی به خداوند^۱ است. روان‌شناسی دینی در دهه‌های اخیر با رویکردهای علمی به بررسی رابطه باورهای مذهبی با سایر متغیرهای روان‌شناختی و جامعه‌شناختی می‌پردازد که نخستین بار ویلیام جیمز^۲ در اثر خود با عنوان (انواع تجارب معنوی در انسان) به موضوع مذهب پرداخته است. می‌توان اظهار کرد که دل‌بستگی به خداوند از جمله عواملی است که می‌تواند در پیشگیری و کاهش ابتلا به اختلالات روانی نقش موثری داشته باشد (۳).

در حقیقت دل‌بستگی به خداوند به این معناست که فرد در شرایط سخت خدا را در کنار خود می‌بیند و به او اتکا می‌کند و این اتکا او را در استفاده از روش‌های معنوی در رویارویی با مشکلات کمک می‌کند. افراد با دل‌بستگی ایمن در مواقع مشکلات و سختی‌ها آرامش خود را حفظ می‌کنند و خدا را تکیه‌گاهی امن و منبع آرامش می‌دانند. از طرف دیگر این نکته حائز اهمیت است که مذهب و باورهای مذهبی و دل‌بستگی به خداوند از جمله عوامل فرهنگی هستند که باید در ارتقاء سلامت، درمان و هم‌چنین

3. Secure Attachment

4. Newton & McIntosh

1. Attachment to God

2. William James

حائز اهمیت است که منجر به بهبود سلامت عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت، ارتقا کیفیت زندگی و در نهایت کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود (۳۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد خودکنترلی با جهت‌گیری مذهبی رابطه‌ی مستقیمی دارد به این معنا که اشخاص دین‌دار در ارتباط با موجودی متعالی (قدسی) مجموعه‌ای از اعتقادات، اعمال و تشریفات خاص را در زندگی از خود نشان می‌دهند که نشان‌دهنده‌ی جهت‌گیری مذهبی آنان است هم‌چنین در منابع دینی خودکنترلی نظامی جامع و منحصر به فرد و برگرفته از نظارت خداوند متعال و هم‌چنین نظارت فرد بر اعمال خود است و بدین ترتیب درآموزه‌های اسلامی، خودکنترلی جایگاه ویژه‌ای در زندگی بشر دارد (۲۱). کفاش پورمرندی و کولایی (۱۳۹۷) در پژوهش خود تحت عنوان رابطه‌ی بین کارایی خانواده و خودکنترلی با جهت‌گیری مذهبی در مادران دارای کودک مبتلا به اوتیسم شهر تهران، رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و خودکنترلی را مورد بررسی قرار دادند و براساس یافته‌های این پژوهش بین کارایی خانواده و جهت‌گیری مذهبی ارتباط معناداری مشاهده نشد اما بین ارزیابی خودکنترلی و جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی ارتباط معناداری مشاهده شده است و بدین ترتیب بین خودکنترلی و جهت‌گیری مذهبی و دلبستگی به خداوند رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

اونر و اوزکان^۳ (۲۰۰۹) نشان داده‌اند افرادی که دارای جهت‌گیری مذهبی بیشتری هستند، براساس میزان دین‌داریشان، کنترل بیشتری بر امور خود دارند و یافته‌های مک‌چالوگ^۴ و همکاران (۲۰۰۹) نیز حاکی از آن است که می‌توان خودکنترلی را نوعی مراقبت درونی دانست که بر اساس آن وظایف محول شده انجام و رفتارهای ناهنجار ترک می‌شود، فرد تلاش خود را صرف انجام دادن کاری که به او واگذار شده است، می‌نماید و مرتکب خلافی از قبیل کم‌کاری و سهل‌انگاری نمی‌گردد زیرا که از کنترل درونی برخوردار است. از سوی دیگر نیز مذهب، معتقدانی با رعایت اصول اخلاقی و مقلد الگوها برای فرد فراهم می‌کند که انواع مذاهب خودکنترلی را به وسیله‌ی حفظ انرژی آن‌ها در تعیین خیر و شر ارتقا می‌دهند. این نتایج موازی خودکنترلی از دیدگاه قرآن است، خودکنترلی همان خویش‌تنداری است که قرآن کریم از آن به تقوا تعبیر می‌کند و کرامت انسان نزد خداوند بر اساس آن سنجیده می‌شود (إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ). تقوا یکی از مهم‌ترین نتایج خودکنترلی محسوب می‌شود که اثر این دو بر یکدیگر مستقیم است (۲۱).

نتیجه‌ی تحقیقات فرنچ و همکاران^۵ (۲۰۱۱) که به بررسی رابطه‌ی بین جهت‌گیری مذهبی و خودکنترلی پرداخته‌اند، نشان می‌دهد که این دو با یکدیگر رابطه‌ی معنادار و مستقیم دارند. هم‌چنین، تحقیق کلانجسک و همکاران^۶ (۲۰۱۲) درباره‌ی ادیان اسلام و فرقه‌های مسیحی نیز حاکی از آن است که هنگامی که مؤلفه‌ی مذهب درونی بر فرد غالب است، فرد خودکنترلی بالاتری دارد. لازم است به این نکته توجه شود که علاوه بر اینکه مذهبی بودن ممکن است

آمد که بیمار دیابتی ملزم به رعایت آن است؛ زیرا راه درمان این بیماری پرهیز از بسیاری از مواد غذایی و انجام دستورالعمل‌های پزشکی است و در صورت رعایت این موارد به طور یقین فرد باید سختی آن را نیز تحمل کند؛ در حقیقت می‌توان گفت سلامت جسمانی فرد مبتلا به دیابت نیازمند تبعیت از درمان و شرایط روان‌شناختی دشوار ناشی از آن نیازمند خودکنترلی فرد است بنابراین به طور کلی بهبودی و کم‌تر شدن اثرات این بیماری، نیازمند انجام رفتارهای خودکنترلی است (۲۲).

خودکنترلی^۱ و یا خودمهارگری را می‌توان نوعی مراقبت درونی در جهت انجام وظایف و ترک رفتارهای ناهنجار، بدون نظارت خارجی دانست. درحقیقت اصطلاح خودکنترلی یعنی توانایی کنترل حالت‌های تکانشی، به وسیله منع خواسته‌های کوتاه مدت؛ بدین ترتیب، فردی دارای خودکنترلی است که بتواند انگیزه‌ها و هیجانات آنی خود را مدیریت کند (۹). خودکنترلی از جمله مهارت‌هایی است که به بیماران مبتلا به دیابت کمک می‌کند احساسات و رفتارهای خود را برای تصمیم‌گیری خوب کنترل کنند و هم‌چنین مقابله تکانشی و مؤثر با ناامیدی را کاهش دهد (۳۱). خودکنترلی بیانگر میزان مطابقت خصوصیات رفتاری فرد با شرایط و موقعیت جدید است. اشنايدر^۲ معتقد است مردم در یک بحث کلی به دو دسته تقسیم می‌شوند: افراد با خودکنترلی بالا و افراد با خودکنترلی پایین که هر کدام خصوصیات ویژه‌ای دارند. بعضی از افراد نسبت به موقعیت‌های اجتماعی حساس هستند و ظاهر خود را متناسب با موقعیت رایج تنظیم می‌کنند. این افراد خودکنترلی بالا دارند، در مقابل افرادی که خودکنترلی پایین دارند تمایل دارند تا به صورت تکانشی فکر یا احساس خود را بیان نمایند و این کار را بدون در نظر گرفتن موقعیت خود انجام می‌دهند (۳۳).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بالا یا پایین بودن خودکنترلی در افراد به تفاوت در نگرش، رفتار و ادراکات و عقاید آن‌ها بستگی دارد. در واقع، افراد با خودکنترلی بالا در روابط بین فردی خود نسبت به افراد با خودکنترلی پایین به گونه‌ی بهتری عمل می‌کنند و موقعیت موجود را در نظر می‌گیرند، درحالی‌که افراد با خودکنترلی پایین بیشتر به صورت تکانشی عمل می‌کنند و با موقعیت جدید سازگاری و تطابق کمی دارند (۲۸).

خودکنترلی در زندگی شخصی آثاری چون پیشرفت در تحصیل و کار، سازگاری و انعطاف روان‌شناختی بهتر و در زمینه‌ی جسمانی و سلامت هم حفظ وضعیت بدنی مناسب و سالم را به دنبال خواهد داشت. نتایج نشان می‌دهد که بین خودکنترلی و کیفیت زندگی مبتلایان به بیماری دیابت ارتباط معناداری وجود دارد، یعنی هر چه میزان خودکنترلی بیماران افزایش یابد، کیفیت زندگی آن‌ها نیز بهتر خواهد شد (۹).

منظور از خودکنترلی در بیماران مبتلا به دیابت، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های جسمانی مناسب، شناسایی نشانه‌های افزایش قندخون و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا است؛ بنابراین خودکنترلی برای کنترل و بهبود بیماری دیابت

4. McCullough

5. French & et al

6. Klanjšek & et al

1. Self-Control

2. Snyder

3. Oner & Ozkan

منظور کاستن از پریشانی‌های هیجانی یا مهار آن‌ها از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کند از طرف دیگر انکار و انفعال دو ویژگی کسانی است که از سبک مقابله ناکارآمد هیجان‌مدار استفاده می‌کنند. انکار موقعیت استرس‌زا می‌تواند به رفتار و سبک مقابله‌ای اجتنابی و انفعال در مقابله با موقعیت استرس‌زا و ناتوانی در به کارگیری توان‌مندی‌های بالقوه و ابتکار عمل فرد منجر شود. درحقیقت با استفاده از سبک مقابله هیجان‌مدار به تنهایی مشکل پیش آمده نه تنها لاینحل باقی می‌ماند، بلکه در نتیجه آن نارضایتی فرد نیز افزایش می‌یابد. در مقابل کسانی که از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار استفاده می‌کنند به دنبال راه‌حل‌های مختلفی برای مشکل خود هستند و معمولاً به شکل مستقیم با آن مساله برخورد می‌کنند و با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل و مساله پیش‌آمده، رضایت‌روان‌شناختی نیز برای این دسته از افراد حاصل می‌شود (۳۸).

پویایی ویژگی مشترک راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار شناخته شده است به‌صورتی که امکانات لازم برای مقابله فعال با موقعیت استرس‌زا را در اختیار فرد قرار می‌دهد. این وضعیت تمام توانایی‌های بالقوه فرد را برای مقابله مثبت و حل مساله فرا می‌خواند و احتمال موفقیت وی را افزایش می‌دهد؛ بنابراین راهبردهای کارآمد مقابله مساله‌مدار از طریق افزایش اعتماد به نفس افراد، مهارت‌های حل مساله آن‌ها را بهبود بخشیده و رضایت بیشتری را برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد (۱۴).

نتایج پژوهش میکولینسر و همکاران^۴ (۱۹۹۰) با عنوان سبک‌های دلبستگی و ترس از مرگ نشان داد که آزمودنی‌های با سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی بیش از افراد با سبک دلبستگی ایمن ترس از مرگ و کمتر از آن‌ها توازن هیجانی دارند، به علاوه آن‌ها دریافتند که سبک‌های دلبستگی بر پاسخ‌های عاطفی افراد در موقعیت‌های پرتنش هیجانی تأثیرگذار هستند.

محمدزاده (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان سبک‌های مقابله‌ای مذهبی و سواس مرگ به این نتیجه دست یافت که کسانی که خدا را بیشتر به عنوان منبع تنبیه‌کننده تصور می‌کنند تا منبع عشق و نیز کسانی که در پذیرش خداوند به عنوان پایگاه امن دچار تردید و اضطراب‌اند، سواس مرگ بیشتری دارند. هم‌چنین سلیمانی، بابایی و عطادخت (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود با عنوان بررسی نقش تمیزی تاب‌آوری روان‌شناختی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مساله‌مدار در پیش‌بینی پروفایل آشفتگی روان‌شناختی دانشجویان و مقایسه‌ی آن بر اساس جنسیت نتیجه‌گیری کردند که با بهبود سبک‌های مقابله‌ای و افزایش سطح تاب‌آوری دانشجویان، میزان افسردگی، اضطراب و استرس کاهش می‌یابد. در پژوهش دیگری ضیغمی و پوربها،الدینی زرنندی (۱۳۸۹) گزارش کردند که بین سلامت عمومی، پیشرفت تحصیلی و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار رابطه‌ای منفی و معنادار وجود دارد.

با توجه به مطالب ذکر شده و با استناد به پژوهش‌های قبلی استنباط می‌شود که بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله مساله‌مدار رابطه

تغییراتی در خودکنترلی ایجاد نماید، بلکه این امکان نیز وجود دارد که خودکنترلی نیز تغییراتی در مذهبی بودن ایجاد کند. امروزه توافق عمومی و فزاینده‌ای وجود دارد که بهبود کیفیت زندگی باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری‌های مزمن باشد که نه تنها به کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه باید برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای آن‌ها و شناخت عوامل تأثیرگذار روی آن مانند سبک‌های مقابله‌ای نیز تلاش گردد. گزارش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات روان‌شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، زیاد است و از دیگر سو، خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌شوند (۵).

تحقیقات نشان داده است که سبک‌های مقابله‌ای^۱ می‌تواند متأثر از دین داری و دلبستگی به خداوند باشد و هم‌چنین در میزان خودکنترلی بیماران نیز نقش مهمی ایفا کند. باورهای مذهبی مانند یک سپر در برابر عوامل فشارزای زندگی عمل می‌کند و از این طریق به راهبردهای مقابله‌ای فرد کمک می‌نماید. داشتن اطمینان قلبی به خداوند به عنوان قدرت لایزال موجب می‌شود که فرد در سختی‌ها به او پناه برده و سطح اضطراب و ناایمنی کمتری را تجربه کند (۵). سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد هستند که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش‌زا به کار می‌روند و منجر به کاهش رنج و ناراحتی ناشی از آن می‌شوند (۳۷).

پاسخ‌های مقابله‌ای کوشش‌های فرد برای بازگرداندن تعادل یا حذف اغتشاش و پیامد آن حل مساله، تطبیق با مشکل یا فقدان دست‌یابی به یک راه حل است. سبک‌های مقابله‌ای به صورت‌های گوناگون طبقه بندی شده‌اند از جمله سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار^۲، سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار^۳ و سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی^۴. دو راهبرد اصلی مقابله عبارتند از اول راهبردهای مقابله‌ای مساله‌مدار که شامل اقدامات سازنده فرد در رابطه با شرایط تنش‌زا است و سعی دارد منبع تنیدگی را حذف کرده یا تغییر دهد، دوم راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار که شامل کوشش‌هایی جهت تنظیم پیامدهای هیجانی واقعه تنش‌زاست و تعادل عاطفی و هیجانی را از طریق کنترل هیجان‌ات حاصله از موقعیت تنش‌زا حفظ می‌کند. بدین ترتیب سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار و هیجان‌مدار شیوه‌هایی هستند که براساس آن فرد اعمالی را برای کاستن از تنیدگی یا از بین بردن آن انجام می‌دهد یا به خود متمرکز می‌شود و همه‌ی تلاش خود را متوجه کاهش احساسات ناخوشایند خویش می‌کند. راهبرد مقابله‌ای سوم، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی نام دارد که مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی جهت اجتناب از موقعیت تنیدگی‌زا است (۸).

طبق مدل فولکمن و لازاروس^۵ (۱۹۸۴) مهارت‌های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مساله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مساله استفاده می‌کند و در صورتی که نتواند منبع تنیدگی را تغییر دهد، به

4. Avoidant coping styles

5. Folkman & Lazarus

6. Mikulincer & et al

1. Coping Styles

2. Problem oriented coping styles

3. Emotional coping styles

۲۰۰ می‌باشد (۱۷). کلاین نیز معتقد است در تحلیل عاملی اکتشافی برای هر متغیر ۱۰ یا ۲۰ نمونه لازم است اما حداقل حجم نمونه ۲۰۰ قابل دفاع است (۳۵). بدین منظور تعداد ۲۰۰ نفر به صورت روش نمونه‌گیری در دسترس و براساس معیارهای سن بالاتر از ۱۸ سال، هوشیار بودن، قطعی بودن تشخیص دیابت، حداقل گذشت یک سال از تشخیص بیماری و نداشتن سابقه‌ی عقب ماندگی ذهنی برای این پژوهش انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌های مربوطه را تکمیل کردند.

ابزارهای استفاده شده در این پژوهش شامل پرسش‌نامه‌ی دلبستگی به خدا (M-SAS)، فرم خلاصه شده، پرسش‌نامه‌ی خودکنترلی تانجی^۱ (فرم کوتاه) و پرسش‌نامه‌ی راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن است که به روش خودسنجی توسط شرکت کنندگان تکمیل گردیدند.

پرسش‌نامه دلبستگی به خدا^۲ (۱۲): این مقیاس دارای ۱۶ سؤال بوده و هدف آن بررسی ابعاد دلبستگی به خدا (جوارجویی، پناهگاه امن، پایگاه امن، اعتراض به جدایی، نگرانی از جدایی از دلبستگی)، ادراک مثبت از خود، ادراک مثبت از خدا را در مقیاس ۵ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالف: ۱، مخالف: ۲، نظری ندارم: ۳، موافق: ۴، کاملاً موافق: ۵) می‌سنجد و منظور از دلبستگی به خدا نمره‌ای است که افراد به سؤالات ۱۶ گوی‌های پرسش‌نامه‌ی دلبستگی به خدا می‌دهند.

در پژوهش غباری بناب و همکاران (۱۳۹۰) روایی درونی سازه را با استفاده از تحلیل عاملی و رواسازی بیرونی مقیاس مورد آزمایش قرار دادند و نتایج نشان می‌دهد که نمره‌های پرسش‌نامه دارای همبستگی منفی و بالا با نمرات استرس، اضطراب و افسردگی بوده است. هم‌چنین پایایی پرسش‌نامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ بدین صورت محاسبه شده است:

آلفای کرونباخ	بعد
۰/۹۰	جوارجویی
۰/۹۳	پناهگاه امن
۰/۸۸	پایگاه امن
۰/۸۶	اعتراض به جدایی (نگرانی از جدایی از دلبستگی)
۰/۹۰	ادراک مثبت از خود
۰/۸۵	ادراک مثبت از خدا

بالتر حاکی از خودکنترلی بیشتر آزمودنی است. لازم به ذکر است که بعضی عبارات فرم کوتاه مقیاس خودکنترلی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. تانگنی و همکاران به منظور هنجاریابی مقیاس خودکنترلی، فرم کوتاه شده آن را بر روی دو نمونه مجزا اجرا کردند، پایایی این ابزار در نمونه اول با استفاده از آلفای کرونباخ ۰,۸۳ و در نمونه دوم ۰,۸۵ به دست آمده است. هم‌چنین به منظور تعیین روایی مقیاس رضایت از زندگی رابطه‌ی آن با بسیاری از ابزارها بررسی شده است. مقیاس خودکنترلی با پیشرفت تحصیلی، سازگاری، روابط مثبت و مهارت‌های بین فردی، دلبستگی

معناداری وجود دارد. بدین ترتیب که هر چه فرد راهبردهای مقابله مساله‌مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روان بالاتری برخوردار است و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان خواهد داد و در مقابل نیز هر چه فرد راهبرد مقابله هیجان‌مدار و اجتنابی را بیشتر به کار برد از سلامت روانی کمتری برخوردار است و آسیب جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیشتری نیز خواهد داشت (۱۱).

بدین ترتیب با توجه به شرایط شیوع ویروس کووید-۱۹ و در خطر بودن بیشتر افرادی که مبتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و مزمنی از جمله دیابت هستند، اگر افراد بتوانند از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار در حل مسائل جسمانی و روانی مرتبط با این بیماری استفاده کنند، می‌توانند آثار سوء این بیماری اعم از جسمانی و روانی را به حداقل رسانده و بهبودی خود را تسریع ببخشند.

با توجه به نقشی که خودکنترلی، دلبستگی به خداوند و سبک‌های مقابله‌ای در بهبودی و درمان بیماری دیابت ایفا می‌کنند، این سؤال پیش می‌آید که آیا می‌توان خودکنترلی بیماران مبتلا به دیابت را بر اساس میزان دلبستگی به خداوند و سبک‌های مقابله‌ای آن‌ها پیش بینی کرد؟
روش‌ها:

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی افراد مبتلا به دیابت در شهر کرمان در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. یک سؤال بسیار با اهمیت در تحلیل عاملی تعیین حداقل حجم نمونه است (۲۶). تعیین حداقل حجم نمونه لازم برای گردآوری داده‌های مربوط به مدلیابی معادلات ساختاری بسیار با اهمیت است (۲۹). با وجود آنکه در مورد حجم نمونه لازم برای تحلیل عاملی و مدل‌های ساختاری توافق کلی وجود ندارد، اما به‌زعم بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم

مقیاس خودکنترلی^۳ (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴): فرم اصلی این مقیاس دارای ۳۵ عبارت است. پس از مدتی تانگنی و همکاران فرم کوتاه مقیاس خودکنترلی را نیز ارائه کردند که فرم کوتاه دارای ۱۳ عبارت است که به منظور ارزیابی میزان خودکنترلی افراد به عنوان یک صفت ساخته شده است و یک نمره کلی به دست می‌آورد. این آزمون یک ابزار خود گزارشی است و آزمودنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۱ تا بسیار زیاد=۵) مشخص سازد هر یک از عبارات تا چه حد نشان دهنده‌ی ویژگی‌های وی است. طیف نمرات این آزمون بین ۱۳ تا ۶۵ قرار دارد و نمرات

³.Self-control scale

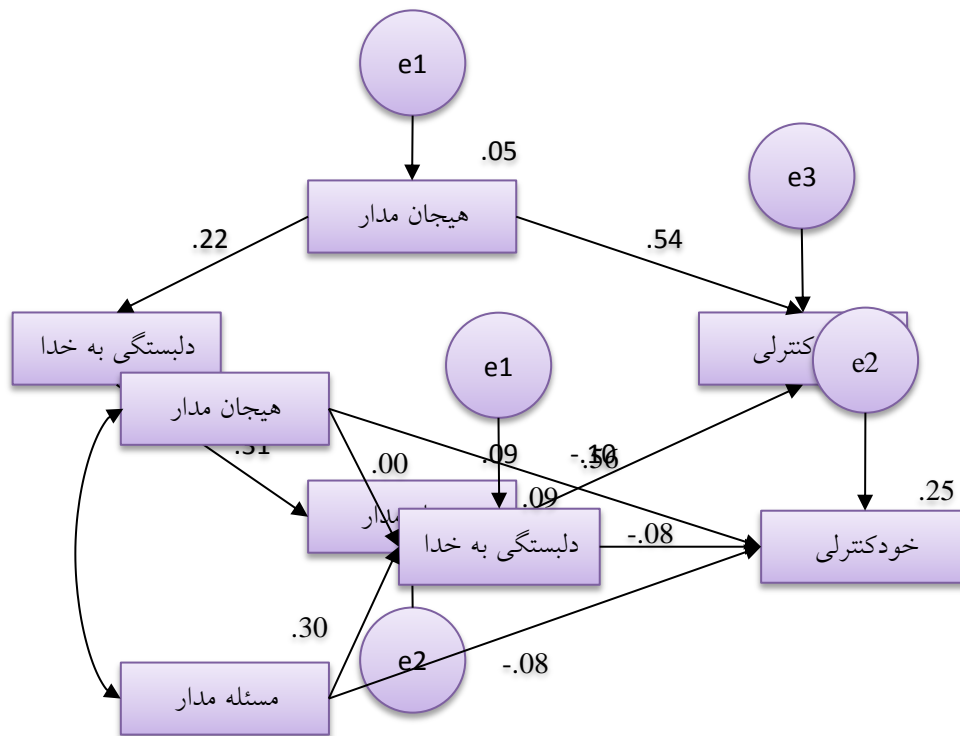
¹. Tangney

². Attachment to God Questionnaire

خام و نسبی صورت می‌گیرد. نمرات خام توصیف کننده تلاش مقابله‌ای برای هر یک از هشت نوع مقابله است و مجموع پاسخ های آزمودنی به مواد تشکیل‌دهنده مقیاس می‌باشد. نمرات نسبی، نسبت تلاشی که در هر نوع مقابله صورت گرفته را توصیف می‌کند. برای بررسی پایایی ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌هایی از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد و فولکمن و لازاروس در یک تحقیق پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۵ پایایی خرده مقیاس‌های آن را از ۰/۶۱ برای روش مقابله دوری جویی تا ۰/۷۹ برای ارزیابی مجدد مثبت گزارش کرده‌اند. آلدوین و ریونسون نیز پرسش‌نامه تجدید نظر شده سبک‌های مقابله‌ای را تحلیل عملی کرده و اعتبار آن را تأیید کرده‌اند. روایی پرسش‌نامه نیز توسط اساتید مطلوب گزارش شده است و از آن‌جا که راهبردهای توصیف شده، راهبردهایی هستند که افراد گزارش کرده‌اند که در مقابله با خواست‌های موقعیت‌های تنیدگی زا آن‌ها را به کار می‌برند، پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس روایی صوری دارد. یافته‌های پژوهش:

ایمن و پاسخ‌های هیجانی بهینه، همبستگی مثبت و با اختلال‌های خوردن و مصرف الکل همبستگی منفی معناداری دارد. لازم به ذکر است که در این پژوهش فرم کوتاه ۱۳ سوالی مورد استفاده قرار گرفته است.

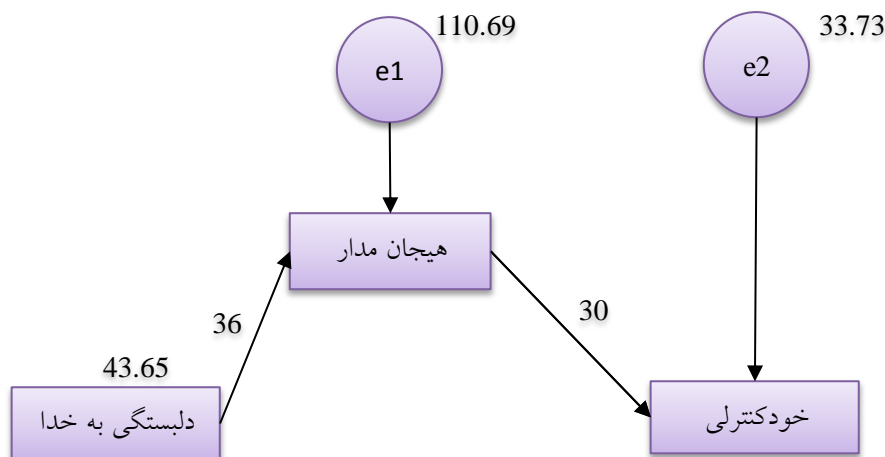
پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس^۱ (۲۷): این پرسش‌نامه براساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت، دارای ۶۶ سؤال است و هشت راهبرد مقابله‌ای را می‌سنجد. این الگوهای هشت‌گانه به سه دسته، روش‌های مسئله مدار (جست‌وجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مسئله و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان‌مدار مثبت (مقابله رویاروی‌گر، خویش‌داری) و هیجان‌مدار منفی (دوری جویی، گریز-اجتناب) تقسیم شده‌اند. این پرسش‌نامه دارای مقیاس چهارگزینه‌های لیکرت است که نشان‌گر (اصلاً استفاده نکرده‌ام=۰)، (بعضی اوقات استفاده کرده‌ام=۱)، (معمولاً از آن استفاده کرده‌ام=۲)، (به میزان زیادی از آن استفاده کرده‌ام=۳) است. نمره گذاری این پرسش‌نامه به دو روش



نرم‌افزار AMOS به کار گرفته شد. در ابتدا طبق مدل اولیه رابطه خودکنترلی و سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار به طور مستقیم معنادار نبود و این مسیر حذف شد.

این پژوهش با هدف بررسی پیش‌بینی خودکنترلی براساس دلبستگی به خدا با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفته‌است و بدین منظور روش تحلیل مسیر با استفاده از

1. Lazarus Coping Strategies Questionnaire



دلبستگی به خداوند و سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار ارتباط معناداری با خودکنترلی دارند و منجر به پیش‌بینی خودکنترلی می‌شوند.

پس از حذف مسیر مستقیم سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار به خودکنترلی، مدل دوباره مورد بررسی قرار گرفت و مدل اصلاح شده بدین صورت می‌باشد. در حقیقت این نمودار نشان می‌دهد که

جدول ۱: شاخص‌های نیکویی برازش مدل پژوهش

شاخص	RMSEA	GFI	TLI	IFI	NFI	CFI	CMIN/DF
مقدار	۰/۰۷۱	۰/۹۹۳	۰/۹۵۲	۰/۹۸۴	۰/۹۶۹	۰/۹۸۴	۲/۰۱۷

شاخص‌های برازش در جدول ۱ آمده است که همه شاخص‌ها در حد قابل قبول آن قرار دارند که بیانگر برازش مطلوب مدل است.

جدول ۳: اثر مستقیم، غیرمستقیم و اثرات کل استاندارد شده متغیرهای موجود در مدل پژوهش

مسیرهای متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کلی
به سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار از دلبستگی به خدا	۰/۲۱۹**	-	۰/۲۱۹**
به خودکنترلی از دلبستگی به خدا	-	۰/۱۰۷**	۰/۱۰۷**
به خودکنترلی از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار	۰/۴۸۹**	-	۰/۴۸۹**

دلبستگی به خدا وجود دارد که منجر به خودکنترلی در بیماران مبتلا به دیابت می‌شود، اما متأسفانه رابطه‌ای مبنی بر استفاده از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار در بیماران مبتلا به دیابت وجود ندارد و می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اکثر بیماران مبتلا به دیابت از سبک‌های مقابله‌ای مساله‌مدار در برابر بیماری‌شان استفاده نمی‌کنند. در حقیقت استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار به همراه دلبستگی به خداوند در بیماران مبتلا به دیابت شرط لازم برای ایجاد خودکنترلی است، اما کافی نیست.

یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های میکولایسر و همکاران (۱۹۹۰)، اونر و اوزکان (۲۰۰۹)، مک چالوگ و همکاران (۲۰۰۹)، نیوتون و مکیتاش (۲۰۱۰)، فرنچ و همکاران (۲۰۱۱)، کلانجسک و همکاران (۲۰۱۲) در خارج و با پژوهش‌های اکبری، وفایی و خسروی (۱۳۸۹)، ضیغمی و پوربهاالدینی زرنندی (۱۳۸۹)، رحیمی و سراج‌زاده (۱۳۹۲)، محمدزاده (۱۳۹۵)،

نتایج جدول ۳ حاکی از آن است که دلبستگی به خدا اثر مستقیم و مثبت با سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار دارد ($\beta=0/21$, $P=0/001$).

سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار نیز اثر مستقیم بر خودکنترلی دارد ($\beta=0/48$, $P=0/001$) و دلبستگی به خدا اثر غیرمستقیم بر خودکنترلی دارد ($\beta=0/107$, $P=0/001$).

نتیجه‌گیری

امروزه کنترل و پیش‌گیری از بیماری‌های مزمن یکی از مشکلات عمده‌ی بهداشتی جامعه است که افراد مبتلا به این بیماری‌ها علاوه بر توجهات پزشکی به منابع مختلف دیگری نیز جهت کمک و مداوا نیازمندند. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی خودکنترلی براساس دلبستگی به خدا با میانجی‌گری سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت. یافته‌ها حاکی از آن است که رابطه‌ای معنادار میان سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار با

با توجه به شیوع بالای عوارض مزمن دیابت در جامعه مورد مطالعه، لازم است مداخلاتی در تغییر شیوه زندگی، کنترل منظم فشار خون، کلسترول و قندخون بیماران جهت کاهش عوارض دیابت صورت گیرد. علاوه بر این از آنجایی که عوارض مزمن بیماری دیابت در درجه اول قابل پیشگیری و در صورت ایجاد عارضه قابل کنترل و درمان می‌باشد، لازم است به بیماران دیابتی آموزش‌های کامل در مورد بیماری و نحوه پیشگیری از عوارض آن داده شود و همچنین با تشخیص زود هنگام و به موقع عوارض، می‌توان آن را کنترل و درمان کرد.

بهبود کیفیت زندگی باید یکی از اهداف اصلی درمان در بیماری‌های مزمن باشد. نه تنها باید به کاهش مرگ و میر و افزایش طول عمر بیماران توجه شود، بلکه باید برای ایجاد کیفیت زندگی قابل پذیرش برای آن‌ها و شناخت عوامل تأثیرگذار روی آن مانند سبک‌های مقابله‌ای نیز تلاش گردد. گزارش‌ها نشان می‌دهد که مشکلات روان‌شناختی در بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، بیشتر است و از دیگر سو، خود این مشکلات نیز باعث کاهش هرچه بیشتر کیفیت زندگی می‌گردد.

به منزله پیامدهای این پژوهش می‌توان پیشنهادهایی برای اقدامات آموزشی، بهداشتی و بالینی ارائه کرد. با توجه به این که راهبردهای مقابله‌ای، مجموعه مهارت‌هایی هستند که تحت تأثیر آموزش و تجربه آموخته می‌شوند و نسبتاً قابل تغییرند. آموزش، تربیت و نظارت مستمر والدین و مربیان، استفاده از ابزارهای کمک آموزشی مدرن و فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای تجربه و به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مناسب در موقعیت‌های مختلف آزمایشی و واقعی زندگی از مهم‌ترین راه‌کارهای تأثیرگذار بر شکل‌گیری راهبردهای مقابله‌ای در مراحل تحول محسوب می‌شوند. هم‌چنین آموزش مهارت‌های مؤثر حل مسأله، تمرین‌های تقویت اعتمادسازی و راهکارهای مؤثر مقابله از جمله اقدامات لازم و ضروری برای ایجاد و تقویت راهبردهای درست مقابله با شرایط بیماری و تنش‌ها است. درحقیقت راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار با ارتقا سبک زندگی می‌توانند منجر به بهبود کیفیت زندگی شوند که می‌توان این امر را هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی آموزش داد. تقدیر و تشکر

از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت کرده اند همکاری شایسته ای برای به ثمر رسیدن آن انجام داده‌اند کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2005;28(1): S37.
2. Bagherian Sararoudi, Reza; Ahmadzadeh, Gholamhossein; Mahmoudi, Mehr Afarin. Coping styles in patients with diabetes. *Scientific research journal of Arak University of Medical Sciences*. 2008; Period 12 (number 1).

سلیمانی، بابایی و عطادخت (۱۳۹۵) و کفاش پورمرندی و کولایی (۱۳۹۷) در داخل هم‌خوان و هم‌سو است.

استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار توسط بیماران مبتلا به دیابت آن‌ها را از درگیری مستقیم و مؤثر با بیماری باز می‌دارد و توانمندی آن‌ها را برای حل مسأله مربوط به بیماری کاهش می‌دهد؛ بنابراین می‌توان اظهار کرد سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار به عنوان راهبردی کوتاه‌مدت کارآمد هستند، اما در بلند مدت مانع سازش روان‌شناختی فرد می‌گردد و در نتیجه نشانه‌های درماندگی بیمار را افزایش می‌دهد. عدم پرهیز غذایی مناسب، استفاده از تجویزهای خانگی، عدم پیروی از دستورات پزشک و در برخی موارد استفاده از مواد مخدر شاهدهی بر استفاده از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار به‌تنهایی در بیماران مبتلا به دیابت است.

از دیگر سو یافته‌ها حاکی از دل‌بستگی بیماران مبتلا به دیابت به خداوند است که این امر به‌عنوان یک نکته‌ی مثبت در رابطه با این بیماران تلقی می‌شود که موجب دستیابی به خودکنترلی بیشتری می‌گردد. درحقیقت، این بیماران معتقدند از طریق اتکای به خداوند می‌توان موقعیت‌های غیرقابل کنترل و بیماری و درد و تنش حاصل از آن را کنترل کرد و با دل‌بستگی و توجه ویژه به خداوند، احساس می‌کنند توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات و بیماری دارند.

دین و ارتباط با خداوند بر جریان‌های شناختی فرد تأثیر می‌گذارد و مذهب فرایندی است که بدین وسیله افراد می‌توانند پیامدهای آینده را موفقیت‌آمیز در نظر بگیرند. اعتماد به خدا و ایمان به او موجب نگرش معنادار و هدفمند فرد به کل هستی می‌گردد و خداوند به عنوان تکیه‌گاه و منبع دل‌بستگی دارای شرایطی است که اجازه می‌دهد او را موضع دل‌بستگی به حساب آوریم. این منبع دل‌بستگی، پناهگاهی مطمئن است که فرد در مشکلات زندگی می‌تواند به آن رجوع کند و به‌رغم عدم حضور فیزیکی می‌تواند حضور او را احساس کند، بنابراین فرد معتقد، از وجود خداوند احساس قدرت و امنیت می‌گیرد و این امر موجب می‌شود که حس کنترل بر امور و خودکنترلی او افزایش یابد (۲۲).

بین سلامت روانی و راهبردهای مقابله رابطه معناداری وجود دارد. به این ترتیب که هر چه فرد راهبرد مقابله مسأله‌مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روان بالاتری برخوردار است و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان خواهد داد و بالعکس هر چه فرد تنها راهبرد مقابله هیجان‌مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روانی کمتری به‌رمنند است و آسیب جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی بیشتری خواهد داشت. درواقع افرادی که بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار در مواقع برخورد با استرس استفاده می‌کنند بیشتر در معرض نشانه‌های جسمانی هستند و افرادی که بیشتر از سبک‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده می‌کنند در مواقع برخورد با استرس مقاوم‌تر هستند و کمتر دچار نشانه‌های جسمانی می‌شوند (۱۵). پژوهش دیگری نیز در این رابطه عنوان می‌کند که اگر افراد استرسور را قابل کنترل بدانند، بیشتر از مقابله متمرکز بر مسأله استفاده می‌کنند و در غیر این صورت به مقابله متمرکز بر هیجان روی می‌آورند (۲۷).

10. Garver MS, Mentzer JT. Logistics research methods: employing structural equation modeling to test for construct validity. *Journal of business logistics*. 1999;20(1): 33.
11. Ghazanfari, Firooze; Ghadampoor, Ezzatollah. Investigating the relationship between coping strategies and mental health in the residents of Khorram Abad city. *Journal of Principles of Mental Health*. 2007; Volume 10, (No. 37): 47-54.
12. Ghobari Bonab, Bagher; Haddadi Koohsar, Ali Akbar. Attachment to God in the context of Islamic culture: theoretical foundations, construction and standardization of measurement tools. *Scientific-research article on psychological methods and models*. 2019; 73-96.
13. Hadian, Maryam. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on separation anxiety disorder in children with type 1 diabetes, *Razi Journal of Medical Sciences*. 2016; Volume 24, (No. 164).
14. Hamdzadeh, Saeid; Ezzati, Jale; Abed Saeidi, Jila; Nasiri, Navideh. Coping styles and self-care behaviors in patients with diabetes, *Journal of Nursing Research Center of Tehran University of Medical Sciences (Iran Nursing Journal)*. 2017.
15. Hamid, Najmeh; Mazare ei, Roghayeh; Pak, Sahar. Examining the relationship between daily life stress and mental health coping styles in migraine headache patients. *Scientific Research Journal of Zanzan University of Medical Sciences*. 2012; Volume 21, (No. 84): 73-81.
16. Hoe SL. Issues and procedures in adopting structural equation modelling technique. *Journal of Quantitative Methods*. 2008;3(1): 76.
17. Hoelter JW. The analysis of covariance structures: Goodness-of-fit indices. *Sociological Methods & Research*. 1983 Feb;11(3): 325-44.
3. Bitarafan, Leila; Kazemi, Mahmoud; Yousefi Afrashteh, Majid. The relationship between styles of attachment to God and resilience with death anxiety in the elderly. *Salamand Scientific Research Journal*. 2016; Volume 12, (Number 4): 446-457.
4. Beck R. God as a secure base: Attachment to God and theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*. 2006 Jun;34(2): 125-32.
5. Behrooz, Behrooz; Bavali, Fatemeh; Heidarizadeh, Nasrin; Farhadi, Mehran. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment on psychological symptoms, coping styles and quality of life of type II diabetic patients. *Health and Health Journal*. 2014; Volume 7 (No. 2): 236-253.
6. Belavich TG, Pargament KI. The role of attachment in predicting spiritual coping with a loved one in surgery. *Journal of Adult Development*. 2002 Jan;9(1): 13-29.
7. Care D. In the same tables, the sentence “The diagnosis of GDM is made when the plasma glucose level measured 3 h after the test is ≥ 140 mg/dL (7.8 mmol/L)” is incorrect. The corrected sentence is as follows: “the diagnosis of GDM is made when at least two of the following four plasma glucose levels (measured fasting, 1 h, 2 h, 3 h after the OGTT) are met or exceeded. *Diabetes Care*. 2014 Mar;37: 887.
8. Dehghani, Akram; Kajbaf, Mohammad Bagher. The relationship between hardiness and stress coping styles in students. *Quarterly Journal of Knowledge and Health in Basic Medical Sciences*. 2012; Volume 8, (No. 3): 112.
9. Erfani, Ahmed; Ghobari Bonab, Bagher; Rafiei Honar, Hamid. The mediating role of self-esteem in the relationship between attachment to God and family functioning among married people in Qom, Islam and psychological research. 2015; Volume 2, (No. 3): 81-96.

- Personality and Social Psychology Bulletin. 1992 Jun;18(3): 266-75.
26. Kline R. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling. 2016
27. Lazarus RS. Coping as a mediator of emotion. Journal of personality and social psychology. 1988 Mar 1;54(3): 466-75.
28. Lehtikoinen A, Honkanen I. Acceptance and commitment therapy group intervention effectiveness on glycemic control, psychological flexibility and psychological well-being of adolescents with type 1 diabetes. 2018.
29. McQuitty S. Statistical power and structural equation models in business research. Journal of Business Research. 2004 Feb 1;57(2): 175-83.
30. Miner M. The impact of child-parent attachment, attachment to God and religious orientation on psychological adjustment. Journal of Psychology and Theology. 2009 Jun;37(2): 114-24.
31. Mohammadabadi, Mohammad Saleh; Aflak Seir, Abdolaziz. Prediction of self-care behaviors based on patient-doctor relationship and emotional distress in adolescents with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2016; Volume 17, (No. 3): 147-156.
32. Olfatifar, Maisam; Karami, manouchehr; Shokri, Payam; Hosseini, Seyyed Mahdi. Prevalence of chronic complications of diabetes and related risk factors in patients referred to Hamedan diabetes center. Ibn Sina Nursing and Midwifery Care Journal. 2016; Volume 25 (No. 2): 69-74.
33. Peyvastegar, Mehrangiz; Sheikhi Hafashjani, Nazi. The relationship between cognitive styles and self-control. The first national conference of cognitive science findings in education and training. 2016; 193-205.
34. Razeghi, Narges; Mir Mohammad Makki, Abolfazl; Kavianfar, Hossein;
18. Holt RI, De Groot M. Golden SH diabetes and depression. Curr Diab Rep. 2014;14(6): 491.
19. Hosseinzadeh Firozabad, Yahya; Mohammadabadi, Mohammad Saleh; Mousavi, Ismail. Investigating the relationship between mental health and quality of life in patients with diabetes. Research-Analytical Journal of Aligudarz School of Nursing. 2015; Volume 1, (No. 7): 57-66.
20. Jeney-Gammon P, Daugherty TK, Finch Jr AJ, Belter RW, Foster KY. Children's coping styles and report of depressive symptoms following a natural disaster. The Journal of Genetic Psychology. 1993 Jun 1;154(2): 259-67.
21. Kafash Pourmarandi, Atoosa; Khodabakhshi Koolaei, Anahita. The relationship between family efficiency and self-control with religious orientation in mothers with children with autism in Tehran. Research on religion and health. 2017; Volume 4, (No. 3): 21-33.
22. Kaveh, Manijeh. Investigating the relationship between the style of attachment to God and resilience in the wives of witnesses in Chaharmahal and Bakhtiari provinces. Two scientific-research quarterly journals of the Cultural Protection of the Islamic Revolution. 2015; Volume 6, (No. 13): 33-53.
23. Kelly SJ, Ismail M. Stress and type 2 diabetes: a review of how stress contributes to the development of type 2 diabetes. Annual review of public health. 2015 Mar 18;36: 441-62.
24. Khashouei MM, Ghorbani M, Tabatabaei F. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on self-efficacy, perceived stress and resiliency in type II diabetes patients. Glob J Health Sci. 2016;9(5): 18-26.
25. Kirkpatrick LA, Shaver PR. An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief.

Montazer, Mohsen. The relationship between attachment style to God and resilience. *Journal of health and wellness in Sama schools*. 2007; 46-54.

35. Saifi, Yavar; Taghavi, Mohammadreza. The relationship between spiritual well-being and marital satisfaction: the mediating role of psychological toughness. *Bi-quarterly Journal of Contemporary Psychology*. 2018; Volume 14(No. 1): 31-41.

36. Sivo SA, Fan X, Witta EL, Willse JT. The search for "optimal" cutoff properties: Fit index criteria in structural equation modeling. *The Journal of experimental education*. 2006 Apr 1;74(3): 267-88.

37. Soleimani, Ismail; Babaei, Karim; Atadokht, Akbar. Investigating the differential role of psychological resilience and emotion-oriented and problem-oriented coping styles in predicting students' psychological disturbance profile and comparing it based on gender. *Culture in Islamic University*. 2015; Volume 6, (No. 19): 233-250.

38. Taghvaeinia, Ali. The modifying role of coping styles in the relationship between attachment styles and death obsession of the elderly. *Evolutionary psychology: Iranian psychologists*. 2016; 473-461.

39. Taheri Kharamah, Zahra; Asayesh, Hamid; Zamanian, Hadi; Sho'ouri Bidgoli, Alireza; Mir Gheysari, Azam Al Sadat; Sharififard, Fatemeh. Spiritual health and religious coping strategies in hemodialysis patients. 2012; Volume 1, (No. 1): 48-54.

40. Williams DM, Nawaz A, Evans M. Diabetes and novel coronavirus infection: implications for treatment. *Diabetes Therapy*. 2020 Sep;11(9): 1915-24.