

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 فلاحي خشکناپ^۵

چکیده

مقدمه: اسکیزوفرنیا ناتوان کننده ترین اختلال روانی است و بیماران مبتلا به آن در زندگی خود تنش های بسیار زیادی را تجربه می کنند که راهبردهای مقابله ای در سازگاری با این موقعیت های پر تنش نقش بسیار مهمی دارند. بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله ای خود دچار مشکل می باشند. آن ها غالباً از راهبردهای مقابله ای غیر فعال و نا موثر استفاده می کنند. پژوهش حاضر با هدف بررسی راهبردهای مقابله ای 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"^۶ 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 "تفکر کردن"، "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 کار گرفته 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.

دریافت مقاله : ۱۳۸۶/۷/۲۲ تأیید مقاله : ۱۳۸۷/۲/۳۱

^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

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 تخت های بیمارستان های 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 (وارکاولیس و کارسون^۳، ۲۰۰۶). بیماران اسکیزوفرنیک در جامعه با مشکلات متعددی رو به رو هستند (چان و یو^۴، ۲۰۰۴) که می توان به تنش های بسیار زیاد روانی و اجتماعی در زندگی این دسته از بیماران اشاره نمود (دینان^۵، ۲۰۰۴). از طرفی علائم روانپریشی بیماران اسکیزوفرنیک در نتیجه عدم کنترل تنش افزایش می یابد (بوید^۶، ۲۰۰۵) که در این میان راهبردهای مقابله ای، دارای نقش اساسی در توانایی سازگاری با این موقعیت های پر تنش زندگی می باشند (استراوس و همکاران^۷، ۲۰۰۵). به طور کلی بیماران روانی در مقایسه با افراد سالم اغلب از راهبردهای مقابله ای غیر فعالی استفاده می کنند که در میان آن ها، بیماران اسکیزوفرنیک از توانایی کمتری در استفاده از راهبردهای مقابله ای فعال برخوردار هستند (ویلدر- ویلیز و همکاران^۸، ۲۰۰۳). ونچورا و همکاران^۹ (۲۰۰۴) پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه بین خودکارآمدی و وضعیت شناختی عصبی با پاسخ های مقابله ای در ۲۹ بیمار اسکیزوفرنیک در آمریکا انجام دادند. نتایج پژوهش آن ها نشان داد که تفاوت معنی داری بین میزان

استفاده از راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مشکل در دو گروه بیماران 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 مقابله ای اجتنابی" استفاده کنند (تایت و بیرچوود^{۱۰}، ۲۰۰۴). پژوهش دیگری توسط لیساکر و همکاران^{۱۱} (۲۰۰۲) تحت عنوان بررسی رابطه بینش با راهبردهای مقابله ای 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 مقابله ای با استفاده از پرسشنامه راه های مقابله ای سنجیده شد. نتایج پژوهش نشان داد که رابطه معنی داری بین بینش و راهبردهای مقابله ای وجود دارد. به طوریکه واحدهای مورد پژوهشی که نسبت به علائم بیماری بینش نداشتند به طور معنی داری بیشتر از راهبردهای مقابله ای با بازآزمایی 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 مقابله ای فرار و اجتناب استفاده می کردند ($p < 0.05$).

بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله ای 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 مقابله ای در بیماران اسکیزوفرنیک از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است زیرا استفاده از راهبردهای ناموثر باعث تشدید علائم روانپریشی، عود بیماری و شکست اقدامات درمانی جامعه نگر می شود (لیساکر و همکاران، ۲۰۰۴).

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

- 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

کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های 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 مقابله ای بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهر تهران در سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفت. روش نمونه گیری این پژوهش بصورت غیرتصادفی بود که در دو مرحله انجام گردید. در مرحله اول به دلیل متفاوت بودن تعداد نمونه های مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های آموزشی، از روش نمونه گیری سهمیه ای و در مرحله دوم از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که پژوهشگر با مراجعه به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهر تهران، آمار مراجعه کنندگان سال ۱۳۸۴ را دریافت نموده و با توجه به تعداد نمونه های کل پژوهش، سهمیه و تعداد نمونه های هر درمانگاه را مشخص نمود و سپس در مرحله دوم پس از مراجعه به درمانگاه های روانپزشکی با استفاده از نمونه گیری در دسترس، نمونه هایی که واجد شرایط بودند را انتخاب کرد. تعداد نمونه ها بر اساس روش نمونه گیری، فرمول اندازه نمونه^۱ و مشخصات واحدهای مورد پژوهش، ۹۰ نفر محاسبه گردید. جمع آوری اطلاعات از طریق خودگزارش دهی و کسب اطلاعات ثبت شده از پرونده واحدهای مورد پژوهش انجام شد. پرسشنامه ها شامل اطلاعات دموگرافیک و "پرسشنامه راه های مقابله ای" بود که دارای ۶۶ عبارت در زمینه راهبردهای مقابله ای 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 "کناره گیری کردن" است که بر روی یک ابزار چهار قسمتی لایکرت (۳-۰) پاسخ داده می شود. نمره مربوط به "راهبردهای مقابله ای مبتنی بر مشکل" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "تفکر کردن" و "عمل کردن"، نمره مربوط به "راهبردهای مقابله ای مبتنی بر هیجان" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "باز ارزیابی مثبت" و "خود تسکینی" و نمره مربوط به "راهبردهای مقابله

اجتنابی" از جمع امتیازات خرده ابزارهای "چشم پوشی کردن" و "کناره گیری 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 مقابله ای به کار گرفته شده توسط واحدهای مورد پژوهش، میانگین درصد هر سه راهبرد مقابله ای در واحدهای مورد پژوهش مورد مقایسه قرار گرفت و راهبردهای مقابله ای که از بیشترین میانگین درصد برخوردار بود به عنوان راهبرد مقابله ای غالب انتخاب شد.

جهت تعیین اعتبارمحتوا، "پرسشنامه راههای مقابله ای" 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 دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند، قرار داده شد و در این راستا از روش شاخص اعتبار والتس و باسل^۲ (یغمایی^۳، ۲۰۰۳) استفاده گردید که در این روش "مربوط بودن"، "واضح بودن" و "ساده بودن" سوالات پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. همچنین پرسشنامه فوق الذکر در اختیار ۱۰ نفر از بیماران اسکیزوفرنیک مراجعه کننده به درمانگاه های روانپزشکی بیمارستان های وابسته به دانشگاه های 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 راه های مقابله ای" 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 راه های مقابله ای" را تکمیل نموده که همسانی درونی با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه

2 -Waltz & Bausell Content Validity Index

3 -Yaghmaie

4 - Internal consistency

5- Coefficient alpha

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

گردید. پس از تصویب طرح پژوهش و تمهیدات لازم برای 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^۱ استفاده شد بدین ترتیب که جهت تعیین میانگین درصد و انحراف معیار پاسخ به سئوالات مربوط به راهبردهای مقابله ای از آماره‌های توصیفی و برای بررسی مقایسه ای سطح بکارگیری راهبرد‌های مقابله ای 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 $12/04 \pm 60.38$ 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 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 ۱۰-۱ 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 مقابله ای "کناره گیری کردن" و "خود تسکینی" در واحدهای مورد پژوهش به ترتیب با میانگین و انحراف معیارهای $16/71 \pm 50/11$ و $63/12 \pm 47/06$ درصد تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. به طوریکه، میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای "کناره گیری کردن" بیشتر از میانگین میزان استفاده از راهبرد مقابله ای "خود تسکینی" بود.

علاوه بر این نتایج پژوهش بیانگر آن بود که بین میانگین میزان استفاده از این دو راهبرد مقابله ای با راهبردهای مقابله ای "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" به ترتیب با میانگین و انحراف معیارهای $33/33 \pm 41/38$ ، $41/41 \pm 26/40$ ، $55/13 \pm 67/40$ و $72/19 \pm 37/03$ درصد تفاوت آماری معنی داری وجود دارد. به طوریکه، میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای "کناره گیری کردن" و "خود تسکینی" بیشتر از میانگین میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" بود (جدول شماره ۱).

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

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

تسکینی"، "تفکر کردن"، "باز ارزیابی مثبت"، "چشم پوشی کردن" و "عمل کردن" می باشد. نتایج پژوهش لیساکر و کمبل^۱ (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^۲ (۲۰۰۳) نیز نشان داد که اختلاف معنی داری بین گروه بیماران اسکیزوفرنیک و گروه کنترل بر حسب میزان استفاده از راهبرد های مقابله ای ناسازگارانه

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 میزان استفاده از راهبردهای مقابله ای "کناره گیری کردن"، "خود

1 - Lysaker & Cambell
2 - Horan & Blanchard

مشکلات مقابله ای بیماران اسکیزوفرنیک توجه نموده و با طراحی برنامه هایی جهت آموزش مهارت های مقابله ای به بیماران اسکیزوفرنیک، توانایی مقابله ای آنان را در برخورد با تنش های زندگی ارتقاء داد. در آموزش با برگزاری کلاس های آموزشی ضمن خدمت برای پرستاران و گنجاندن دروسی در آموزش دانشجویان پرستاری به مبحث راهبردهای مقابله ای و رابطه آن با سایر متغیرها توجه بیشتری مبذول نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه خانم زهرا تمیزی و به راهنمایی خانم فرحدخت رنجبر می باشد. بدینوسیله از کلیه مسئولین آموزشی و پژوهشی دانشکده پرستاری مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی، مسئولین و کارکنان درمانگاه های روانپزشکی وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی و همچنین بیمارانی که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند، تشکر و قدردانی می شود.

وجودداشت. بطوریکه، میزان استفاده از این راهبردها در بیماران اسکیزوفرنیک به طور معنی داری زیاد بود.

در این راستا لیساکر و همکاران (۲۰۰۴) می نویسند که بیماران اسکیزوفرنیک در راهبردهای مقابله ای خود دچار مشکل بوده و اغلب در برخورد با مسایل به جای بررسی و حل فعالانه از رو به رو شدن با آن ها خودداری می کنند. این بیماران زمان بسیار اندکی را به فکر کردن و مشورت نمودن با دیگران راجع به راه حل های مشکلات خود اختصاص می دهند و به ندرت فعالانه و سودمند در صدد پاسخ به تنش زا های زندگی خود می باشند.

به طور کلی نتایج حاصله نشان می دهد که بیماران اسکیزوفرنیک در برخورد با تنش زاهای زندگی بیشتر از راهبردهای مقابله ای اجتنابی استفاده می نمایند. البته نتایج در میان انواع مختلف بیماری اسکیزوفرنیا مورد بررسی قرار نگرفته است و نیاز به پژوهش های بیشتری دارد.

در خدمات بالینی این پژوهش می تواند برای روانپرستاران، روشنگر راهی جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای ناموثر در بیماران اسکیزوفرنیک باشد که باعث تشدید علائم روانپریشی و شکست اقدامات درمانی جامعه نگر می گردد. در برنامه ریزی های مدیریتی حیطه بهداشت و درمان می توان به

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*، پایان نامه 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.