

The Role of Personality Characteristics and its Their Interactions with Self-Care Coping Styles in Patients with Type 2 Diabetes

Samira Seyyar*, Maryam Asl Zaker, Mehdi Jafari

Department of Clinical Psychology, Shahid Beheshti Medical University, Tehran, Iran

(Received:2019/03/6

Accept: 2019/07/29)

Abstract

Background: Diabetes is the most common metabolic disease in the world. Self-care is the most important factor in controlling this disease. The aim of this study is to evaluate personality traits and coping styles on the self-care behavior of people with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This is a cross-sectional descriptive study. 121 patients with type 2 diabetes selected through targeted sampling and were surveyed regarding their Demographics and completed Temperament and Character Inventory (TCI), Coping Strategies Inventory by Folkman and Lazarus. Data were analyzed using by SPSS software version 23, descriptive and correlation tests.

Results: The results showed there is a significant relationship between personality traits and coping styles and self-care in type 2 diabetic patients. some personality traits and coping styles were able to predict diabetic self-care. The relationship was meaningful between Diabetic self-care with Self-Directedness personality trait ($P < 0.05$, $r = 0.023$) and among coping styles, with social support seeking ($P < 0.001$, $r = 0.052$) and responsibility ($r = 20$ -, $P < 0.05$,). Also, in current study, all personality traits, except reward dependency, had a significant relationship with coping styles.

Conclusion: Findings indicated the role of personality traits and coping styles in self-care of diabetic patients, thus it can be used in prevention, screening and training issues.

Keywords: diabetes, personality traits, coping styles

Corresponding Author: Maryam Asl Zakeri *

Email:sayarsamira@yahoo.com

نقش ویژگی های شخصیت و تعامل آن با سبک های مقابله در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

مریم اصل ذاکر ليقوان، مهدی جعفری، سمیرا سیار خستمخی*

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۰۷

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۱۵

چکیده:

سابقه و هدف: دیابت شایعترین بیماری متابولیک در جهان است. مهمترین عامل در کنترل این بیماری خودمراقبتی است. هدف از این مطالعه ارزیابی عوامل شخصیتی و سبک های مقابله ای بر رفتار خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشد.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر از نوع توصیفی مقطعی بوده که در آن ۱۲۱ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ از طریق نمونه گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه دموگرافیک، پرسش نامه شخصیت سرشت و منش کلونینجر و همچنین پرسش نامه سبک های مقابله لازاروس می باشد. نتایج به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و آزمون های توصیفی، همبستگی به دست آمد.

یافته ها: نتایج حاکی از آن بود که بین ویژگی های شخصیت و سبک های مقابله و خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ ارتباط معنی دار وجود دارد و برخی از مولفه های شخصیتی و سبک های مقابله توانستند خودمراقبتی دیابتی را پیش بینی کنند. خودمراقبتی دیابتی با مولفه شخصیتی خودراهبردی ($r=0/23, P>0/05$) و از بین سبک های مقابله، با جستجوی حمایت اجتماعی ($r=0/52, P>0/001$) و مسوولیت پذیری ($r=-0/20, P>0/05$) رابطه دارد. همچنین در این مطالعه تمام سبک های شخصیتی به غیر از وابستگی به پاداش با سبک های مقابله دارای رابطه معنی دار بودند.

نتیجه گیری: می توان از ارتباط بین ویژگی های شخصیت و سبک های مقابله در بیماران مبتلا به دیابت به منظور پیشگیری، غربالگری و همچنین آموزش در افراد مبتلا و همچنین خانواده های آنها استفاده کرد.

واژگان کلیدی: دیابت، ویژگی های شخصیت، سبک های مقابله

مقدمه:

به انسولین همراه است و همچنین دارای عوارض متعددی از جمله، بیماریهای قلبی عروقی، نارسایی کلیه و آسیب های بینایی می باشد. (۶) دیابت نوع ۲ شایع ترین نوع دیابت است که در حدود ۰/۹۰ درصد از کل موارد ابتلا به دیابت را در سراسر جهان به خود اختصاص داده است و این بیماری باعث کاهش ۱۰ سال امید به زندگی خواهد شد. (۷) دیابت به علت عوارض دیررس و خطرناک، روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده و بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه ای تا پایان عمر نیاز دارد. (۸) یکی از مهم ترین تفاوت های بیماری دیابت با دیگر بیماری های مزمن این است که انتظار می رود بخش عمده کنترل دیابت را فرد بیمار انجام دهد، خودمراقبتی مداوم با سطح پایین تر همگلوبین گلیکوزیله و عوارض کمتر همراه است. (۷) مدیریت موثر دیابت نیازمند اجرای رفتارهای خودمراقبتی پیچیده از قبیل تغییر سبک زندگی، کنترل تغذیه، ورزش منظم، استفاده از داروها، تست گلوکز و مراقبت از پاها بوده و نتایج درمانی دیابت به میزان زیادی به رفتارهای خودمراقبتی بیماران

در حال حاضر حدود هشت تا نه درصد از بزرگسالان در سراسر جهان مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشند و جامعه جهانی شاهد میزان قابل توجهی از شیوع این بیماری در طول زمان بوده است. (۱) بر اساس گزارش منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) ۴۲۲ میلیون بزرگسال در جهان در سال ۲۰۱۴ مبتلا به دیابت شده اند و بیشتر آنها مبتلا به دیابت نوع ۲ می باشند (۲) و همچنین طبق انجمن بین المللی دیابت ۴۱۵ میلیون نفر یعنی یک نفر در هر یازده بزرگسال در سال ۲۰۱۵ در سراسر جهان از دیابت رنج می برند (۳) و انتظار می رود تا سال ۲۰۳۵ این میزان به ۵۹۲ میلیون نفر برسد. (۴) اگر چه بروز دیابت نوع ۲ با توجه به منطقه جغرافیایی متفاوت است، بیش از ۸۰٪ از این بیماران در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط می باشند. (۴) میزان شیوع دیابت نوع ۲ در ایران حدود ۸/۶ درصد است و این میزان رو به افزایش است. (۵) دیابت نوع ۲ یک بیماری متابولیک درازمدت است که با افزایش قند خون و مقاومت

نویسنده مسئول: سمیرا سیار خستمخی

پست الکترونیک: sayarsamira@yahoo.com

وابسته است. (۹) در بررسی متون پژوهشی مربوط به کنترل دیابت مشخص شده است که کنترل این بیماری ارتباط قوی با خودمراقبتی دارد، اما این ارتباط تحت تاثیر برخی از عوامل از جمله عوامل روانشناختی قرار دارد. (۱۰) از عوامل روانشناختی در بروز این بیماری و همچنین عملکرد خودمراقبتی در بیماران دیابتی، می‌توان از مولفه‌های شخصیتی و سبک‌ها مقابله‌ای نام برد. ابتلا به بیماری دیابت و الزام بیمار به انجام رفتارهای خودمراقبتی موجب چالش‌های فراوانی در زندگی روزمره این بیماران می‌شود که استفاده از سبک‌های مقابله‌ای را به منظور سازگاری ضروری می‌سازد، سبک‌های مقابله‌ای می‌تواند نقش مهمی در سبک، کنترل و سازگاری‌های روانی و اجتماعی فرد بیمار با دیابت داشته باشند. (۱۱) انجمن دیابت آمریکا در سال ۲۰۰۴ مقابله سالم را به عنوان یکی از هفت رفتار کلیدی خودمراقبتی در دیابت معرفی کرده است و بر لزوم شناسایی موثر آنها جهت کنترل تنش‌های وارده بر بیماران دیابتی تاکید کرده است. (۱۲) سبک‌های مقابله‌ای راهبردهایی هستند که فرد از آنها برای کاهش تنش ناشی از وقایع تنش‌زای در زندگی روزمره استفاده می‌کند. (۱۳) لازاروس و فولکمن، سبک‌های مقابله‌ای را به دو دسته مسئله مدار و هیجان مدار دسته بندی کرده اند. (۱۴) در حالیکه آنها معتقدند که مهارت‌های مقابله‌ای موثر شامل هر دو سبک مقابله‌ای می‌شود، ولی برخی از یافته‌های پژوهشی بیان می‌کنند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار در قیاس با راهبردهای هیجان مدار در بهبود بیماران دیابتی کارایی بیشتری دارند. راهبردهای مقابله‌ای به همراه عوامل شخصیتی به صورت مستقیم و غیر مستقیم در ایجاد و تداوم انواع گوناگون بیماری‌ها و ناسازگاری‌ها دخالت دارند. بدین منظور مطالعات زیادی در صدد روشن کردن نقش مولفه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در تعامل با هم در جمعیت‌های بالینی و سالم بوده اند. (۱۵) شخصیت هر فرد به عنوان عاملی تعیین کننده که بر تمام رفتارها و تمایلات انسان سایه می‌افکند، به واسطه صفات و ویژگی‌های ناسازگارانه می‌تواند او را دچار پاره‌ای از مشکلات روانی و حتی جسمانی کند (۱۶، ۱۷). نظریه شخصیتی سرشت و منش کلونینجر یک مدل هفت عاملی روانی-زیست شناختی از شخصیت ارائه کرده است که ابعاد شخصیتی را در دو بعد سرشتی که شامل ۴ مولفه نوجویی، آسیب پذیری، وابستگی به پاداش و پشتکار می‌باشد و بعد منش شامل ۳ مولفه خودراهبردی، همکاری و خودفراوری است را می‌سنجد که هر کدام از این مولفه‌ها دارای زیر مقیاس‌هایی نیز هستند. بیماران دیابتی به دلیل مشکلات جسمی فراوان و روند درمان پیچیده، در معرض اختلالات روانی زیادی قرار دارند که گاهی می‌تواند ذهنیت و عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار دهد به طوری که گاهی سازش وی با محیط اطراف مختل می‌شود، وجود چنین مشکلاتی می‌تواند روی ویژگی‌های شخصیتی بیماران دیابتی تاثیر منفی بگذارد و عملکرد، توانایی و ارزش‌های فرد را نسبت به اطرافیان تغییر دهد.

لذا با توجه به اهمیت خودمراقبتی به عنوان پایه و اساس درمان دیابت و اهمیت شناسایی مولفه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای این بیماران و تعامل آنها در رفع تنش‌های متعدد همراه با بیماری مزمن و فرسایشی دیابت، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه و تعامل بین مولفه‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد تا به وسیله شناسایی رابطه و تعامل بین این متغیرها گامی موثر در جهت پیشگیری، آموزش و ارتقا خودمراقبتی در این بیماران برداشته شود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی است. جامعه آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان طالقانی و کلینیک تخصصی دیابت تابان بودند. حجم نمونه ۱۲۱ نفر و دامنه سنی ۶۵ - ۲۰ است. معیار ورود به مطالعه شامل تشخیص دیابت نوع ۲ به مدت حداقل یک سال بود و در صورت ابتلای بیمار به سرطان، بیماری‌های شدید کلیوی، قلبی و عروقی، نابینایی، قطع عضو، زخم فعال و همچنین بیماری‌های خاص روانپزشکی از مطالعه خارج شدند. تحلیل اطلاعات با نرم افزار ۲۳spss انجام گرفت.

ابزار پژوهش

مقیاس خودمراقبتی دیابت توپرت و گلاسکو (۱۸) خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود است. این پرسش

تحلیل نتایج این پژوهش بر روی ۱۲۱ نفر انجام گرفت که ۵۳٪ آنها زن و ۴۷٪ مرد می‌باشد. در فاصله سنی ۲۰ تا ۶۵ سال که گروه ۵۵ تا ۶۵ دارای بالاترین درصد فراوانی بود (۵۵٪). همچنین حدود ۸۰٪ از آنها متاهل و سطح تحصیلات ۴۴٪ آنها دیپلم و یا فوق دیپلم است، ۹۷٪ دارای بیمه خدمات درمانی و ۷۰٪ دارای درآمد متوسط می‌باشند. ۵۲٪ از بیماران بیشتر از ۱۰ سال به دیابت مبتلا بودند و ۸۵٪ از آنها دارای سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت و ۶۵٪ دچار بیماری‌های مزمن دیگر بر اثر ابتلا به دیابت می‌باشند.

رابطه میان مولفه‌های شخصیتی، سبک‌های مقابله‌ای و خودمراقبتی دیابتی در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است. نتایج همبستگی نشان می‌دهد که میان شخصیت، سبک‌های مقابله‌ای و خودمراقبتی دیابتی رابطه معنی‌دار برقرار است. به غیر از مولفه شخصیتی "وابستگی به پاداش" که با هیچ سبک مقابله‌ای رابطه معنی‌دار نداشت، تمام مولفه‌های شخصیت دیگر با سبک‌های مقابله‌ای رابطه معنی‌دار می‌باشند. از میان دودسته کلی سبک‌های مقابله‌ای، سبک‌های هیجان مدار هم با مولفه‌های سرشت و هم منش شخصیت دارای رابطه معنی‌دار بود ولی سبک‌های مسئله مدار فقط با مولفه‌های منشی شخصیت رابطه معنی‌دار داشت.

همچنین خودمراقبتی دیابتی با مولفه شخصیتی خودراهبردی ($r=0.23$, $P>0.05$) و از بین سبک‌های مقابله‌ای با جستجوی حمایت اجتماعی ($r=0.52$, $P>0.001$) و مسوولیت پذیری ($r=0.20$, $P>0.05$) دارای رابطه معنی‌دار است.

جدید، برای کسب پاداش و رهایی از تنبیه اتفاق می‌افتد. نوجویی با صفاتی مانند رفتارهای تکانشی، زود تصمیم‌گیری، حواس پرتی همراه است که در افراد با سبک مقابله دوری جو نیز دیده می‌شود. این افراد از زیاد فکر کردن به مساله اجتناب می‌کنند و حواس خود را از هسته اصلی مساله به اطراف و حاشیه هدایت کرده و خیلی زود تصمیم می‌گیرند که آن را فراموش کنند. همچنین در ارتباط این مولفه شخصیتی با سبک مقابله مسوولیت پذیری هم می‌توان به خصوصیات مانند اجتناب از یکناختی، خلاقیت و اصرار بر تغییر نام برد که در هر دو متغیر بعد شخصیت نو جو و سبک مقابله مسوولیت پذیر قابل مشاهده است.

بعد آسیب‌پذیری از شخصیت نیز با هر دو سبک مقابله مساله محور (حل‌مدبرانه مساله) و هیجان محور (گریز و اجتناب) دارای رابطه معنی‌دار بود البته رابطه آن با حل‌مدبرانه مساله مثبت، و با گریز و اجتناب منفی بود. آسیب‌پذیری به معنای تفاوت‌های فردی در قابلیت وقفه و یا بازداری رفتاری در پاسخ به محرک‌های تنبیه و یا نبودن پاداش می‌باشد، عاطفه همراه با آسیب‌پذیری "ترس" است که باعث فعالیت فرد در جهت مدیریت موقعیت‌های تهدیدکننده می‌شود، در تبیین رابطه مثبت سبک مقابله حل‌مساله در فرد دارای شخصیت آسیب‌پذیری، می‌توان به راه حل‌های اندیشمندانه و انتخاب چندین راه حل جداگانه که به صورت تلاش‌های رفتاری مشکل‌مدار برای پرهیز از موقعیت آسیب‌زا به کار می‌رود، اشاره کرد. و در رابطه منفی آسیب‌پذیری با سبک مقابله گریز و اجتناب یعنی آسیب‌پذیری بالاتر نمره گریز و اجتناب پایین‌تر را به دنبال داشته است. و این بدین معنا می‌باشد که بر اساس همان ترس که عاطفه زیر بنای شخصیت آسیب‌پذیری است این افراد از مقابله‌های فعال‌تری برای جلوگیری از آسیب استفاده می‌کنند و شیوه‌های منفعلانه سبک مقابله گریز مانند اعتقاد به معجزه برای رهایی از مشکل و یا امتناع از فکر کردن پیرامون مشکل در این افراد کمتر به چشم می‌خورد.

پاداش وابستگی از شخصیت در این مطالعه با هیچ کدام از سبک‌های مقابله مساله محور و یا هیجان محور دارای رابطه معنادار گزارش نشده است. این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که برای بررسی رابطه، از سبک‌های سرشت و منش شخصیت در تقابل با سبک‌های مقابله در بیماران دیابتی استفاده می‌کند.

بعد شخصیتی پشتکار با تمام سبک‌های مقابله به غیر از جستجوی حمایت اجتماعی دارای رابطه معنی‌دار و مثبت است. با سبک‌های مقابله مساله محور (مسوولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مساله و باز برآورد مثبت) و تمام سبک‌های مقابله هیجان محور که شامل (گریز و اجتناب، رویارویی، خودکنترلی و دوری‌جویی) است. پشتکار به معنای تبدیل نشانه‌های تنبیه متناوب به پاداش متناوب است و در آن تداوم رفتار اهمیت ویژه دارد. در افراد با خصیصه پشتکار: سختکوشی، تداوم در عمل با وجود فشارها، پیش‌قدمی در انجام امور، چالش‌پذیری و انطباق با شرایط پیش‌بینی نشده وجود دارد که این صفات هماهنگ با برخی از ویژگی‌های افرادی است که از سبک‌های مقابله مساله‌مدار استفاده می‌کنند، یعنی تلاش‌های رفتاری و شناختی مداوم در مواجهه با مشکلات، دیدن نقش خود به عنوان عامل رفتاری برای غلبه بر موقعیت تهدیدکننده و عدم انکار و اجتناب از آن و به تبع آن رسیدن به رشد شخصی که مداومت رفتاری را برای مدیریت با ثبات موقعیت‌های تنش‌زا و پیگیری‌های مداوم برای دوری از آسیب و همین‌طور کسب پاداش را به دنبال خواهد داشت. در این پژوهش بیشترین همبستگی پشتکار با سبک مقابله مساله محور، مسوولیت‌پذیری می‌باشد، یعنی دیدن نقش خود در جلوگیری از آسیب‌های احتمالی، که این ویژگی نقش پررنگی در خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت دارد. بیماری که تا آخر عمر همراه فرد است و مداومت مراقبت از خود و پذیرفتن سهم بزرگی از فرایند درمان و پیشگیری از عود بیماری را طلب می‌کند. پشتکار از ابعاد سرشتی شخصیت می‌باشد و سرشت در نظریه کلونینجر شامل صفاتی است که از ثبات و پایداری بالاتر نسبت به منش بر خوردار هستند که حتی می‌تواند تبیین‌کننده سبک‌های مقابله هیجان‌محور برای مواجهه با مشکلات باشد. به طور مثال در همبستگی مثبت بین پشتکار و سبک مقابله هیجان‌محور خودکنترلی (که بالاترین همبستگی را در بین سبک‌های هیجان‌محور با پشتکار داشته)، با توجه به خصوصیات مثبت این سبک مقابله می‌توان به تلاش مداوم بیمار دیابتی برای تنظیم همزمان احساسات و اعمال خود و استفاده از خودگویی برای تسلط بیشتر بر دیابت و بیماری‌های همراه و پیش‌رونده آن اشاره کرد. همان‌طور که در ابتدای این بحث

نمره کل خودمراقبتی در این پژوهش (۴۸/۲۲) می‌باشد و بر اساس بیشترین نمره‌ای که بیماران می‌توانستند کسب کنند که عدد ۸۴ است، میانگین خودمراقبتی بیماران حاضر در این پژوهش در حد بالاتر از متوسط می‌باشد. و همچنین این بیماران بیشتر از سبک مقابله مساله مدار استفاده کردند با میانگین کلی (۶۷/۴۱) و از بین مولفه‌های شخصیت بیشترین میانگین برای مولفه‌های همکاری، خودراهبردی و خودفراروی است که هر سه مرتبط به دسته منش از شخصیت مربوط می‌شوند.

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای شخصیت و سبک مقابله در پیش‌بینی خودمراقبتی دیابتی، متغیرهای شخصیتی و سبک‌های مقابله به عنوان متغیرهای پیش‌بین و خودمراقبتی دیابتی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون گام به گام شدن که نتایج در جدول ۳ نشان داده شده است. نتایج رگرسیون گام به گام نشان داد که در بین متغیرهای پیش‌بین تنها یک مولفه از شخصیت و دو سبک مقابله توانستند خودمراقبتی دیابتی را پیش‌بینی کنند. همان‌طور که قابل مشاهده است مولفه شخصیتی خودراهبردی ۲۳ درصد و سبک‌های مقابله جستجوی حمایت اجتماعی و مسوولیت‌پذیر به ترتیب ۰/۵۲ و ۰/۳۳ از واریانس خودمراقبتی دیابتی را تبیین می‌کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که از بین ابعاد سرشت و منش، خودمراقبتی دیابتی با خودراهبردی از ابعاد منشی شخصیت دارای رابطه معنادار و مثبت می‌باشد. بدین معنا که هرچه خودراهبردی بیشتر باشد نمره خودمراقبتی هم بالاتر بوده است. در مطالعات قبلی که به بررسی رابطه شخصیت و خودمراقبتی دیابتی پرداخته شده، معناداری این رابطه به اثبات رسیده است. برخی از مطالعات این ارتباط را از طریق بررسی مستقیم ویژگی‌های شخصیتی انجام دادند، مانند مطالعات نوروزی (۲۴) و اسبقی پور (۲۵) که با توجه به مدل پنج‌عاملی انجام شده و یارمحمدیان و پورخلیل بر اساس نظریه آیزنک (۲۶). و برخی مطالعات دیگر در این زمینه، خصوصیات مرتبط با شخصیت به طور مثال "خودکارآمدی" را سنجیده و ارتباط معنی‌دار آن با خودمراقبتی دیابتی را گزارش کرده‌اند، مانند مطالعاتی که خضریلو (۲۷) داوری (۲۸) درباره خودکارآمدی (self-efficacy) انجام داده‌اند. خودراهبردی در دسته منش از خصوصیات شخصیتی قرار می‌گیرد و نکته بسیار با اهمیت آن به ویژه در ارتباط با خودمراقبتی دیابتی این است که در طول عمر رشد می‌کند، یعنی در کنار داشتن ثبات و مداومت نسبی که از مشخصه‌های اصلی مولفه‌های شخصیتی است، دارای ظرفیت رشد و بهبود نیز می‌باشد که از ملزومات یادگیری دانش بیماری و پایبندی به خودمراقبتی در بیماری مزمن و فراگیر دیابت است. (۲۹) افرادی که دارای خودراهبردی بیشتری هستند، افراد هدفمند، خوداتکا، مسوولیت‌پذیر و با اعتماد به نفس بالایی هستند که همیشه کارهایشان را بر اساس الویت و اهمیت انجام می‌دهند، بنا بر بررسی‌های موجود مهم‌ترین علت مرگ و میر بیماران دیابتی عدم خودمراقبتی این بیماران است و مهم‌ترین مسئله در خودمراقبتی این بیماران مسوولیت‌پذیری و هدفمندی آنها برای کنترل بیماری مزمن شان شناخته شده که همبستگی بین خودراهبردی و خودمراقبتی می‌تواند تبیین‌کننده آن باشد. (۳۰) در مجموع معنی‌داری ارتباط خودمراقبتی با بعد منش نشان دهنده اهمیت توجه به ظرفیت‌های قابل رشد و آموزش‌پذیر ابعاد شخصیتی مانند خودراهبردی در ارتباط با بهبود خودمراقبتی دیابتی می‌باشد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان داد که مولفه‌های شخصیت سرشت و منش ارتباط معنی‌داری با سبک‌های مقابله دارد. و همسو با مطالعات قبلی که آنها هم ارتباط شخصیت و سبک مقابله را سنجیده‌اند، معنی‌داری این دو متغیر به اثبات رسید مانند مطالعاتی که لای، اچ ال (۳۱)، کی یوشیدا (۳۲) و علیلو (۲۵) انجام داده‌اند. در این مطالعه تمام ابعاد سرشتی و منشی شخصیت به غیر از پاداش وابستگی با یک یا چند سبک مقابله، رابطه دارند. به عبارت دیگر ابعاد سرشت و منش شخصیت دارای رابطه معنی‌دار هم با سبک‌های مقابله مساله مدار و هم هیجان‌مدار می‌باشند.

بعد نوجویی از شخصیت با هر دو سبک مقابله مساله محور (مسوولیت‌پذیری) و هیجان محور (دوری‌جویی) دارای رابطه مثبت است بدین مفهوم که با افزایش نمره نوجویی، دوری‌جویی و مسوولیت‌پذیری فرد نیز افزایش پیدا می‌کند. در بعد شخصیتی نوجویی، نوعی فعال‌سازی رفتاری وجود دارد که در پاسخ به محرک‌های

جدول شماره ۱ ماتریکس همبستگی و میانگین (M) و انحراف معیار (SD) مولفه‌های شخصیت، سبک‌های مقابله و خودمراقبتی دیابتی

متغیرها	M	SD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
۱-نوجویی	2.62	8.61	1															
۲-آسیب‌پذیری	3.88	8.50	-0.11	1														
۳-پاداش‌وابستگی	2.00	8.83	-0.05	-0.01	1													
۴-پشتکار	1.30	3.45	-0.06	.03	.16	1												
۵-خودراهبردی	4.72	13.73	-0.22	-.54**	.03	-.16	1											
۶-همکاری	2.81	18.47	-0.17	-.31**	.25**	-.04	.40**	1										
۷-خودفراری	2.34	10.31	.11	-.005	-.07	.22	-.35**	-.12	1									
۸-خودمراقبتی	14.22	48.22	-0.111	-.138	.026	.014	.231	.085	.076	1								
۹-رویارویی	3.267	9.76	.090	.018	-.009	.183	-.38**	-.143	.379**	.046	1							
۱۰-دوری جویی	3.70	9.91	-.214	-.101	-.047	.211	-.29**	-.113	.326**	-.064	.413**	1						
۱۱-خودکنترلی	3.01	12.10	.012	-.074	-.055	.301**	-.163	-.005	.129	-.041	.445**	.497**	1					
۱۲-جستجوی حمایت	4.35	11.96	.045	-.081	.152	.110	.095	-.042	-.003	.522**	.125	-.012	.107	1				
۱۳-مسولیت‌پذیری	2.65	6.97	.200	.076	.096	.323**	-.41**	-.106	.344**	-.205	.373**	.407**	.351**	.090	1			
۱۴-گریز	4.60	9.57	.150	.290**	-.126	.260**	-.54**	-.32**	.382**	-.048	.530**	.432**	.418**	.028	.505**	1		
۱۵-حل‌مساله	3.06	11.52	.057	-.24**	.005	.290**	-.085	.022	.242**	.118	.463**	.467**	.570**	.208	.393**	.308**	1	
۱۶-ارزیابی مجدد	3.46	15.07	-.045	-.06	-.113	.23**	-.27**	.031	.361**	.001	.463**	.419**	.559**	.090	.391**	.448**	.578**	1

را در کاهش و یا از بین بردن آن مشکل بسیار پر رنگ می‌بینند، در صورتی که یک فرد با خصیصه خودراهبردی از توانمندی‌های خود آگاه است، بیش از توان از خودش انتظار ندارد و به موقع از شبکه‌های حمایتی کمک دریافت می‌کند که این در مسائلی مانند خودمراقبتی بیماری دیابت بسیار حائز اهمیت است.

بعد همکاری از شخصیت تنها با سبک هیجان محور گریز و اجتناب رابط معنی‌دار و منفی داشت. افراد با خصیصه همکاری بالاتر، خود را بخشی از جامعه انسانی می‌دانند و مفاهیمی مانندرحم و شفقت، حس اجتماعی و وجدان نقش پر رنگی در باورها و حیطه‌های فعالیتی آنها دارد، که با برخی از صفات افراد با سبک هیجان محور گریز و اجتناب که نشان دهنده تلاش آنها برای مقصر جلوه دادن افراد دیگر به جا پذیرفتن مسوولیت در شرایط تهدیدزا و به طور کلی اجتناب از مردم می‌باشد متفاوت است.

و در نهایت مولفه شخصیتی خودفراری نیز با سبک‌های مساله محور (مسوولیت‌پذیری، حل‌مدبرانه مساله و باز برآورد مثبت) و سبک‌های هیجان محور (دوری جویی، گریز و رویارویی) رابطه مثبت و معنی‌دار داشت. در تبیین رابطه مثبت این بعد شخصیتی با سبک‌های مقابله مساله محور و همین‌طور هیجان محور میتوان به ویژگی‌هایی مانند متانت و صبوری افراد دارای این بعد شخصیتی در مواجهه با موانع و شرایط استرس‌زا اشاره کرد که در سبک‌های مساله محور که در بالا ذکر شده نیز دیده می‌شود. همچنین درباره ارتباط افراد دارای این بعد شخصیتی با سبک‌های هیجان محور، باید گفت که این افراد دارای پنداره‌های شخصی از خود، به عنوان بخشی از جهان هستند که حاوی باورهای راز گونه همراه ایمان مذهبی می‌باشد که آنها را مستعد برخورداری از برخی ویژگی‌ها که در سبک‌های هیجان محور وجود دارد می‌کند، مانند استفاده از دعا، اعتقاد به حس ششم که البته بیشتر گرایش به

هم آمده استفاده از سبک‌های مقابله هیجان مدار و مساله مدار، هم می‌توانند ابعاد مخرب و منفی و هم مثبت و سازنده داشته باشد. در ارتباط با بعد شخصیتی پشتکار با بقیه سبک‌های مقابله هیجان محور می‌توان به موارد پیش رو اشاره کرد: تلاش‌های مداوم رفتاری و نه فقط تفکر آرزومندانه صرف، برای اجتناب و دوری از مشکل (گریز و اجتناب)، جا نخوردن در برابر مشکل و جنگیدن برای کسب نتیجه بهتر (مقابله رویارویی)، تداوم در مثبت و آسان اندیشی، خوش بینی و کم کردن وزن مشکلات به منظور غلبه بر آنها (مقابله دوری جویی) که همگی راهکارهای مورد نیاز و موثر در خودمراقبتی دیابتی بهتر و طولانی می‌باشند.

خودراهبردی از شخصیت نیز دارای رابطه معنا دار و منفی با هر دو سبک کلی مقابله می‌باشد. معناداری رابطه این بعد شخصیتی با سبک‌های مقابله مساله محور (مسوولیت‌پذیری و باز برآورد مثبت) و هیجان محور (رویارویی، دوری جویی و گریز و اجتناب) می‌باشد. رابطه معنی‌دار و منفی خودراهبردی با سبک‌های مقابله هیجان محور کاملاً هماهنگ با خصوصیات بارز این بعد شخصیتی می‌باشد همان‌طور که در تعریف خودراهبردی آمده این افراد خود را دارای استقلال عمل می‌دانند، الویت‌ها را برای خودشان مشخص می‌کنند و برای تنظیم و مدیریت خود در برابر موقعیت‌های تهدید کننده کمتر از راه کارهایی مانند اجتناب و تفکر آرزومندانه، مانند آنچه در سبک هیجان محور مرسوم است استفاده می‌کنند. و در تبیین رابطه منفی خودراهبردی با سبک‌های مساله محور می‌توان به برخی از تمایزات این بعد شخصیتی با آنها اشاره کرد به طور مثال فرد مسوولیت‌پذیر با وجود داشتن خصوصیاتی مانند تلاش زیاد برای سر و سامان به اوضاع آشفته و رهایی از عوامل تهدید کننده، دارای یک ویژگی مهم است و آن این که خود را تقریباً مسوول تمام مشکلات پیش‌آمده می‌داند و نقش خود

جدول ۲: خلاصه تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی خودمراقبتی دیابتی بر اساس مولفه‌های شخصیت و سبک‌های مقابله

P	t	β	ST	B	F	AdjR ²	R ²	R	متغیر پیش بین	متغیر ملاک
۰/۰۰۰	۶/۷۴	۰/۵۲۵	۰/۲۵	۱/۷۱	۸/۰۳	۰/۳۱۹	۰/۳۶	۰/۶۰	جست‌وجوی حمایت اجتماعی	خودمراقبتی دیابتی
۰/۰۰۰	-۳/۶	-۰/۳۳	۰/۴۹	-۱/۷۸					مسئولیت پذیری	
۰/۰۱۱	۲۰/۵۸	۰/۲۳	۰/۲۶	۰/۶۹	۶/۶۸	۰/۰۴۵	۰/۰۵۳	۰/۲۳	خودراهبردی	

در قالب های متفاوتی است که بیماران دیابتی برای خودمراقبتی بالاتر و گرفتن نتیجه مطلوب‌تر از درمان به آن می‌پردازند. در تبیین رابطه منفی خودمراقبتی با سبک مقابله مسوولیت پذیری هم می‌توان به برخی از مشخصات این سبک مقابله مثل درگیر کردن خود به عنوان مسبب اصلی مشکل و یا داشتن احساس گناه برای مشکلات پیش آمده اشاره کرد که در نقطه عکس خودمراقبتی می‌باشد که در آن فرد به توانمندی های خود آگاه است و در جهت کسب منابع تلاش می‌کند و برای به دوش کشیدن موقعیت های چالش بر انگیز این بیماری به غیر از تلاش های شخصی، به خوبی از منابع حمایتی دیگران هم استفاده می‌کند و به بیماری به عنوان یک مساله کاملا فردی که تماما مسبب ایجاد آن بوده و در ادامه مسوول رسیدگی به تمام جنبه های آن نیز می‌باشد، نگاه نمی‌کند.

تشکر و قدردانی:

در پایان نهایت سپاس و تشکر خود را از همکاری صمیمانه پرسنل و بیماران محترم مرکز پزشکی، آموزشی و درمانی آیت‌الله طالقانی و مرکز تخصصی دیابت تابان که ما را در جمع آوری اطلاعات این مطالعه یاری فرمودند، اعلام میداریم.

داشتن احساس یکی بودن عاطفی و معنوی قوی با همه افراد دارد. در این مطالعه همگام با برخی از مطالعات مشابه بین سبک های مقابله با خود مراقبتی دیابتی رابطه معنی‌دار وجود دارد مانند مطالعاتی که کردی (۳۳) حمد زاده (۸) انجام دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که خودمراقبتی دیابتی فقط با سبک‌های مقابله مساله مدار دارای رابطه معنی‌دار می‌باشد. البته این معنی‌داری با سبک مقابله جستجوی حمایت اجتماعی مثبت ($F=0.1/52$) و با سبک مقابله مسوولیت‌پذیری منفی بود ($F=0.2/0$). خودمراقبتی دیابتی در عمل با مفهوم جستجوی حمایت اجتماعی رابطه تنگاتنگی دارد. در خودمراقبتی، به معنای عملی که در آن شخص از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده کرده و به طور مستقل از دیگران، از سلامت خود مراقبت می‌کند. در اینجا منظور از استقلال، تصمیم‌گیری برای خویش با اتکا به توانایی های فردی است که شامل مشورت، کسب کمک تخصصی یا غیر تخصصی (چه غیرمتخصص و چه متخصص) نیز می‌شود. مراجعه به پزشک برای تشخیص، تجویز دارو، ویزیت های منظم در پیگیری بیماری دیابت و حتی در فعالیت های انفرادی مانند ورزش، رعایت رژیم‌های غذایی دیابتی، عدم مصرف دخانیات، رسیدگی و مراقبت از پا، دریافت آموزش و کمک از متخصصین مربوطه، نتایج درمان را به نحوه قابل توجهی بهبود می‌بخشد. که تمام این موارد مصادیقی از جستجوی حمایت اجتماعی

منابع:

- Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, San Andrés-Rebollo FJ, Cárdenas-Valladolid J, Abánades-Herranz JC, de Santa Pau EC, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain (the DIADEMA Study): results from the MADIABETES cohort. *BMJ open*. 2018;8(9):e020768.
- Han SJ, Kim HJ, Kim DJ, Lee KW, Cho NH. Incidence and predictors of type 2 diabetes among Koreans: a 12-year follow up of the Korean Genome and Epidemiology Study. *Diabetes research and clinical practice*. 2017;123:173-80.
- Ong SE, Koh JJK, Toh S-AES, Chia KS, Balabanova D, McKee M, et al. Assessing the influence of health systems on Type 2 Diabetes Mellitus awareness, treatment, adherence, and control: A systematic review. *PloS one*. 2018;13(3):e0195086.
- Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes research and clinical practice*. 2014;103(2):137-49.
- Nosratabadi M, Halvaiepour Z, Yousefi S, Karimi M. Exploring the empowerment index and its related factors in type 2 diabetes patients in Sirjan city. *medical journal of mashhad university of medical sciences*.

2016;59(1):56-63.

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*. 2010;87(1):4-14.
- Bigdeli MA, Hashemi Nazari SS, Khodakarim S, Brodati H, Mafi H, gafari Z, et al. Factors Associated with Self-care Behavior in Patients with Type II Diabetes. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;25(125):61-72.
- Hamadzadeh S, Ezatti Z, Abedsaeidi Z, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. *Iran Journal of Nursing*. 2013;25(80):24-33.
- Mikhael EM, Hassali MA, Hussain SA, Shawky N. Self-management knowledge and practice of type 2 diabetes mellitus patients in Baghdad, Iraq: a qualitative study. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*. 2019;12:1.
- Cheng LJ, Wang W, Lim ST, Wu VX. Factors associated with glycaemic control in patients with diabetes mellitus: A systematic literature review. *Journal of clinical nursing*. 2019.
- BAGHERIAN SR, AHMADZADEH GH, MAHMOUDI MA. Coping styles among diabetic patients. 2009.
- Fisher EB, Thorpe CT, McEvoy DeVellis B, DeVellis RF. Healthy coping, negative emotions, and diabetes management. *The Diabe-*

- tes Educator. 2007;33(6):1080-103.
13. Bagaei P, Zande M, Alave N, Baghere M. Self-care in diabetics patients of kashan diabetes center. Feyz. 2004;12(1):88-93.
 14. Lazarus RS, Folkman. S.(1984) Stress, Appraisal, and Coping. New York: pringer. 1986.
 15. Everson-Rose SA, Lewis TT. Psychosocial factors and cardiovascular diseases. Annu Rev Public Health. 2005;26:469-500.
 16. Kring A, Davison G, Johnson S. Abnormal Psychology (Psychology of Abnormality). Shamsi Pour H(Persian translator). 2010;2:241-68.
 17. Rahimi R, Arefi M, Golmohammadian M. Comparing Personality Dimensions and coping Strategies in Healthy Individuals and Heart Patients. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2016;23(10):957-68.
 18. Hatamloo-Sadabadi M, Kheiroddin JB, Poursharifi H. The role of general causality orientations on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. International Journal of Behavioral Sciences. 2011;5(3):245-51.
 19. Zareban I, Karimy M, Niknami S, Haidamia A, Rakhshani F. The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. Journal of education and health promotion. 2014;3.
 20. Mohajeri-Tehrani MR. Risk factors associated with depression in type 2 diabetics. KAUMS Journal (FEYZ). 2012;16(3):261-72.
 21. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. Diabetes care. 2000;23(7):943-50.
 22. Ramzi L, SEPEHRI SZ, ALIPOUR A, Zare H. The effectiveness of group reality therapy in coping strategies.
 23. Naseh MP, Kaviani H. Validation of Temperament and Character Inventory (TCI) in Iranian Sample&58; Normative Data. Tehran University Medical Journal. 2005;63(2):89-98.
 24. Noroozi A, Tahmasebi R, Shaybani B. Relationship between personality trait and self-management in diabetic patients referred to Bushehr medical centers in 2012-13. Tibb-i junüb. 2014;16(6):436-46.
 25. Mahmoud Alilou M, Asbaghi M, Narimani M, Agamohammadzadeh N. Relationship between personality characteristics with self-care behavior and consequences of treatment in patients with Diabetes. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014;2(3):77-85.
 26. انوماراً، بس داژن‌سوم، ج یرهاوج، ح یردید، ب ییازغ، ع یرغصا تالیب. The relationship between personality dimensions adherence in patients with type 2 diabetes. بتسلامه‌یسانشناور یشهوژپ‌ی‌ملء ممانلصف. 2015;4(16):59-68.
 27. Khezerloo S, Feizi A. A SURVEY OF RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED SELFEFFICACY AND SELF-CARE PERFORMANCE IN DIABETIC PATIENTS REFERRING TO URMIA DIABETES CENTER. The Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty. 2012;10(3):369-75.
 28. Davari L, Eslami A, Hassan Z. Evaluation of self-care and its relationship with perceived self-efficacy in patients type 2 diabetes in Khorramabad city. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2015;16(6):402-10.
 29. Bandura A. Health promotion by social cognitive means. Health education & behavior. 2004;31(2):143-64.
 30. Bigdeli MA, Hashemi Nazari SS, Khodakarim S, Brodati H, Mafi H. Factors associated with self-care behavior in patients with type II diabetes. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(125):61-72.
 31. Lai H-L, Chen C-I, Lu C-Y, Yao Y-C, Huang C-Y. Relationships among personality, coping, and concurrent health-related quality of life in women with breast cancer. Breast Cancer. 2019:1-8.
 32. Yoshida K, Otaka H, Murakami H, Nakayama H, Murabayashi M, Mizushiri S, et al. association between insomnia and coping style in Japanese patients with type 2 diabetes mellitus. Neuropsychiatric disease and treatment. 2018;14:1803.
 33. Kordi M, Banaei Heravan M, Asgharipour N, Mazloun SR, Akhlaghi F. Relationship between self-care behaviors and coping styles in women with gestational diabetes. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2016;26(139):190-202.