

## نقش ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای در خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

تاریخ دریافت: ۹۱/۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۱/۴/۲۸

تورج هاشمی\*، مجید محمودعلیلو\*\*، حمید پورشریفی\*\*\*، منصور بیرامی\*\*\*\*، فاطمه نعمتی سوگلی تپه\*\*\*\*\*

### چکیده

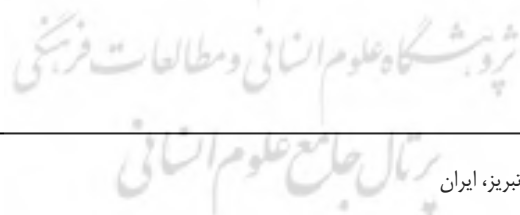
**مقدمه:** دیابت به عنوان یک بیماری مزمن به رفتارهای خود-مراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد. عوامل روان‌شناختی نقش مهمی در پیروی از برنامه‌های خود-مراقبتی در بین بیماران مبتلا به دیابت دارند. هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای در خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود.

**روش:** در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۳۲۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با روش نمونه‌گیری در دسترس از انجمن دیابت و بیمارستان سینای شهر تبریز انتخاب شده و با استفاده از پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو، پرسشنامه مقابله لازاروس-فولکمن و مقیاس رفتارهای خود-مراقبتی دیابت مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل مسیر نشان داد که روان‌رنجوری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی توانستند رفتارهای خود-مراقبتی را در بین بیماران دیابتی نوع ۲ پیش‌بینی کنند و هر دو راهبرد مقابله‌ای هیجان-مدار و مسأله-مدار قادر به تعدیل روابط بین ویژگی‌های شخصیت و رفتارهای خود-مراقبتی بودند.

**نتیجه‌گیری:** راهبردهای مقابله‌ای رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و خود-مراقبتی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت تأثیر قرار می‌دهند. نتایج حاصل از این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و شناسایی بیماران در معرض خطر بالا در تبعیت ضعیف از برنامه‌های خود-مراقبتی و طراحی مداخله‌های روان‌شناختی مفید باشد.

**واژه‌های کلیدی:** ویژگی‌های شخصیت، راهبردهای مقابله‌ای، خود-مراقبتی، دیابت نوع ۲



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

[tourajhashemi@yahoo.com](mailto:tourajhashemi@yahoo.com)

[M\\_aliloo@yahoo.com](mailto:M_aliloo@yahoo.com)

[Poursharifi@yahoo.com](mailto:Poursharifi@yahoo.com)

[dr.bayrami@yahoo.com](mailto:dr.bayrami@yahoo.com)

[f.nemati84@yahoo.com](mailto:f.nemati84@yahoo.com)

\* دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\* استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\*\*\* استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\*\*\*\* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

## مقدمه

دیابت ملیتوس<sup>۱</sup> یا بیماری قند، یکی از بیماری‌های مزمن است که سالیان دراز گریبانگیر بشر بوده، در سراسر دنیا پراکنده است و در تمام سنین دیده می‌شود [۱]. دیابت نوع ۱ و نوع ۲، دو شکل اصلی این بیماری هستند و تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ مبتلا می‌باشند. این بیماری علاج قطعی ندارد و بهترین درمان، پیشگیری از آن است و از نظر مدیریت بیماری و لزوم خود-مراقبتی<sup>۲</sup>، پیچیده‌ترین بیماری محسوب می‌شود [۲]. خود-مراقبتی دیابت به عنوان مجموعه‌ای از رفتارها (تنظیم برنامه غذایی، انجام ورزش، مصرف داروها، خود-پایشی سطوح قند خون یا ادرار و مراقبت از پاها) آنها تعریف شده است که بیماران مبتلا به دیابت، را به طور روزانه برای دستیابی به کنترل دیابت انجام می‌دهند [۳]. این رفتارها موجب پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری گردیده و زندگی طولانی مدت را برای بیمار تضمین می‌کنند [۴]. بیماری دیابت در قلب مسائل رفتاری است و عوامل روان‌شناختی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند [۵]، تا جایی که برخی صاحب نظران همچون گلاسگو<sup>۳</sup> آن را در حقیقت یک مسأله رفتاری و یک بیماری خود-مراقبتی قلمداد می‌کنند [۶]. با توجه به مطالعات صورت گرفته، ویژگی‌های شخصیت از مؤثرترین عوامل در پیش بینی رفتارهای خود-مراقبتی و کنترل دیابت در بین افراد مبتلا به این بیماری می‌باشد [۷، ۸، ۹]. در بین مدل‌های مختلف شخصیت در دهه‌های اخیر، مدل پنج عاملی شخصیت دید جامعی نسبت به انسان دارد و تقریباً تمامی صفات مورد اشاره در میان عامه مردم و نظریه‌های علمی شخصیت را در بر می‌گیرد [۱۰]. این مدل پنج بعد اصلی روان رنجوری<sup>۴</sup>، برون‌گرایی<sup>۵</sup>، گشودگی در برابر تجربه<sup>۶</sup>، توافق‌پذیری<sup>۷</sup> و وظیفه‌شناسی<sup>۸</sup> را در شخصیت افراد معرفی کرده است [۷]. در مطالعاتی که با هدف بررسی رابطه عوامل شخصیت با پیروی از برنامه‌های خود-

مراقبتی و کنترل سطح گلوکز خون انجام گرفته، مشخص شده است که روان رنجوری و به خصوص رویه‌های شخصیتی اضطراب، خشم، خصومت، و افسردگی، پیش بینی کننده منفی سطح گلوکز در بین بیماران دیابتی نوع ۲ می‌باشد [۸، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴]. روان رنجوری همچنین، از طریق اثرگذاری بر الگوی باورهای فرد می‌تواند به شکل غیر مستقیم بر رفتارهای خود-مراقبتی بیماران تأثیر بگذارد [۱۵]. نتایج پژوهش‌های دیگر [۹، ۱۶] نشان داده است که روان رنجوری، رابطه منفی، و وظیفه‌شناسی رابطه مثبت با خود-مدیریتی دیابت و کنترل گلوکز خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ دارد. در مطالعه گوردون<sup>۹</sup>، فیشر<sup>۱۰</sup> و ویلسون<sup>۱۱</sup> [۱۷]، ویژگی شخصیتی برون‌گرایی رابطه مثبت با کنترل سطح گلوکز خون در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ داشت. ولی، در مطالعه هپبورن<sup>۱۲</sup>، لنگن<sup>۱۳</sup>، دیری<sup>۱۴</sup> و مک‌لود<sup>۱۵</sup> [۱۸] و اریکسون<sup>۱۶</sup>، گوستاوسون<sup>۱۷</sup>، هیلدین<sup>۱۸</sup>، گرناس<sup>۱۹</sup>، اکبوم<sup>۲۰</sup> و استنسون<sup>۲۱</sup> [۱۱] هیچ رابطه‌ای بین عامل برون‌گرایی با خود-مراقبتی و سطح HbA1c<sup>۲۲</sup> مشاهده نشد. علاوه بر ویژگی‌های شخصیت، توانایی بیمار در مقابله مؤثر با استرس‌های حاصل از دیابت نیز در پیشگیری از پیامدهای منفی بیماری از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است [۱۹]. مقابله، فرایندی است که بر اساس آن افراد سعی می‌کنند تا مغایرت ادراک شده بین تقاضاها، الزام‌ها و منابع را که در موقعیت‌های استرس‌زا ارزیابی می‌کنند، مهار و مدیریت کنند [۲۰]. بر اساس مطالعات صورت گرفته، سبک‌های مقابله‌ای منفعلانه و اجتنابی با عدم تبعیت از درمان و HbA1c بالا رابطه دارند، در حالی که کاربرد راهبردهای حل مسأله و مواجهه با بیماری با سازگاری بهتر و HbA1c پایین مرتبط

- 9- Gordon
- 10- Fisher
- 11- Wilson
- 12- Hepburn
- 13- Langan
- 14- Deary
- 15- Macleod
- 16- Eriksson
- 17- Gustavsson
- 18- Hildin
- 19- Granath
- 20- Ekblom
- 21- Ostenson
- 22- hemoglobin A1c (HbA1c)

- 1- diabetes mellitus
- 2- self-care
- 3- Glasgow
- 4- neuroticism
- 5- extroversion
- 6- openness
- 7- agreeableness
- 8- conscientiousness

اجتنابی به شکل معنی داری تعدیل کننده این رابطه است [۳۰]. با توجه به آنچه مطرح شد و به رغم آگاهی از این مسأله که بیماری دیابت در کشور ما نیز همچون سایر مناطق جهان در حال گسترش بوده و توجه ویژه به هر دو بعد پزشکی و روان‌شناختی در کنترل آن ضروری می‌باشد، اما تلاش‌ها و اقدامات لازم در کنترل این بیماری غالباً بر مراقبت‌های پزشکی معطوف شده و کمتر به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر آن پرداخته شده است. از سوی دیگر، در پژوهش‌های خارجی انجام گرفته در این زمینه نیز ناهماهنگی‌های قابل توجهی به چشم می‌خورد، به گونه‌ای که هر یک از تحقیقات مذکور به نقش یک یا چند عامل شخصیتی متفاوت در سازگاری با این بیماری و مقابله با آن اشاره کرده‌اند. این در حالی است که درمان گران با درک مناسب شخصیت فرد و نحوه مقابله و سازگاری او با بیماری می‌توانند در موضع بهتری برای پیش بینی مشکلات احتمالی بیماران در مسیر برنامه ریزی برای کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض کوتاه مدت و بلند مدت آن باشند و توجه به ویژگی‌های فردی بیمار را در مداخله‌های پزشکی ترویج نموده و به کادر بهداشتی-درمانی جامعه کمک کنند تا فعالیت‌های خود را در جهت پیشگیری و کنترل عوارض، ارتقای سطح سلامت و بهبود کیفیت زندگی این بیماران، سازمان دهی کنند. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد برآمد تا به بررسی این موضوع بپردازد که کدام یک از ویژگی‌های شخصیتی (بر اساس مدل پنج عاملی) و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معنی دار با میزان پای بندی بیماران دیابتی نوع ۲ به رفتارهای خود-مراقبتی دارند؟

#### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر یک پژوهش توصیفی-مقطعی از نوع همبستگی بود که در آن نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و رفتارهای خود-مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بررسی گردید.

**آزمودنی‌ها:** جامعه مورد بررسی در این مطالعه را تمامی بیماران دیابتی نوع ۲ با دامنه سنی ۳۰ تا ۶۰ سال شهر تبریز تشکیل می‌دادند که در مرکز کنترل دیابت مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان سینا و انجمن دیابت شهر

است [۲۱، ۲۲، ۲۳]. علاوه بر آنچه مطرح شد، شواهد موجود نشان می‌دهد که ویژگی‌های شخصیت می‌توانند بر راهبردهایی که افراد در مقابله با موقعیت‌های فشارزای زندگی بر می‌گزینند، تأثیرگذار باشند [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸]. با توجه به شواهد ارائه شده که نشان می‌دهند بین عوامل مختلف شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای رابطه معنی دار وجود دارد، گروه کثیری از مطالعات در صدد روشن کردن نقش الگوهای مختلف تعامل بین مؤلفه‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای در جمعیت‌های بالینی و سالم برآمده‌اند [۲۹]. یکی از این الگوها، الگوی واسطه‌ای نام دارد که بر اساس آن فرض می‌شود شخصیت، تعیین کننده راهبردهای مقابله‌ای است [۳۰]. بر این اساس، پژوهشگران تأثیر ویژگی‌های اساسی شخصیت را بر پاسخ‌های مقابله‌ای مطالعه کرده و به این نتیجه رسیده‌اند که پاسخ‌های مقابله‌ای در طول زمان و نسبت به انواع استرس‌ها ثابت هستند و پیشنهاد می‌کنند که ویژگی‌های شخصیتی اولیه، سرچشمه نوع مقابله باشند [۳۱]. مرور پیشینه پژوهش، مطالعه‌ای را که به بررسی نقش واسطه‌ای سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و خود-مراقبتی در بین افراد دیابتی بپردازد، نشان نداد. ولی، در پژوهشی که به بررسی نقش تعدیل کننده سبک‌های مقابله‌ای در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سطح نشانه‌های افسردگی در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداخته شده است، نتایج نشان می‌دهد که سبک مقابله‌ای هیجان-مدار می‌تواند رابطه بین حمایت اجتماعی و افسردگی را در بین این بیماران تعدیل کند [۳۲]. نتایج مطالعاتی دیگر [۳۳، ۳۴، ۳۵] نشان می‌دهد افرادی که از سطح روان رنجوری بالا، برون‌گرایی پایین و سبک مقابله‌ای اجتنابی برخوردارند اغلب مشکلات سازگاری بیشتری را پس از تجربه رویدادهای استرس‌زای شدید تجربه می‌کنند. همچنین در مطالعه‌ای که در خصوص نقش ویژگی‌های شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در بروز نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان بازمانده از حوادث سوختگی انجام گرفت، مشخص گردید که عامل شخصیتی روان رنجوری، پیش‌بینی کننده معنی دار نشانه‌های افسردگی در بین این بیماران بوده و راهبرد مقابله‌ای

شناسی ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند [۳۷]. کوپچ پرس<sup>۳</sup>، استراتن<sup>۴</sup> و دانکر<sup>۵</sup> [۳۸] در مطالعه خود، ضریب اعتبار (آلفای کرونباخ) هر یک از عوامل روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی را به ترتیب، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۶۹، ۰/۷۱، و ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز گروهی فرشی این پرسشنامه را به زبان فارسی ترجمه کرده و ساختار ۵ عاملی آن را به صورت کلی تأیید کرده است. ضرایب اعتبار به دست آمده از مطالعه وی به روش آلفای کرونباخ برای عوامل اصلی به ترتیب، ۰/۸۶، ۰/۷۳، ۰/۵۶، ۰/۶۸، و ۰/۸۷ گزارش شده است [۳۶].

۲- پرسشنامه مقابله لازاروس- فولکمن<sup>۶</sup>: این پرسشنامه توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۷۴ تهیه شده و شامل ۶۶ ماده است که ۸ الگوی مقابله‌ای را اندازه‌گیری می‌کند. این الگوها عبارتند از: مقابله رویارویی، دوری‌گزینی، خویش‌داری، جستجوی حمایت‌های اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، فرار-اجتناب، مسأله‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت که به دو دسته روش‌های مسأله-مدار (جستجوی حمایت اجتماعی، مسئولیت‌پذیری، مشکل‌گشایی برنامه‌ریزی شده و ارزیابی مجدد مثبت) و هیجان-مدار (رویارویی، دوری‌گزینی، فرار-اجتناب و خویش‌داری) تقسیم شده‌اند. این پرسشنامه بر اساس مقیاس چهار گزینه‌ای لیکرت (به کار بردم، تا حدی به کار بردم، بیشتر مواقع به کار بردم و زیاد به کار بردم) پاسخ داده می‌شود. لازاروس ثبات درونی ۰/۶۶ تا ۰/۷۹ را برای هر یک از روش‌های مقابله‌ای گزارش کرده است. رجبی دماوندی، پوشنه و غباری بناب در پژوهش خود، آلفای کرونباخ مقابله متمرکز بر هیجان را ۰/۷۲ و مقابله متمرکز بر مسأله را ۰/۷۹ محاسبه کرده‌اند [۲۵].

۳- پرسشنامه رفتارهای خود-مراقبتی دیابت<sup>۷</sup>: سازه رفتارهای خود-مراقبتی با استفاده از مقیاس خود-مراقبتی دیابت توربت<sup>۸</sup> و گلاسگو<sup>۹</sup> در سال ۱۹۹۴ فراهم گردید. این پرسشنامه مداد-کاغذی بوده و دارای ۱۲ سؤال است

تبریز دارای پرونده بودند و طی سه ماه مرحله جمع‌آوری داده‌ها یعنی از دی تا اسفند ماه سال ۱۳۹۰ به این مراکز مراجعه کردند که با توجه به محدودیت زمانی انجام پژوهش حدود ۳۲۰ بیمار (۱۴۷ زن و ۱۷۳ مرد) با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و مورد مطالعه قرار گرفتند. از میان جامعه آماری، افرادی جهت شرکت در مطالعه انتخاب شدند که تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ داشته و دارای پرونده پزشکی نزد پزشک معالج خود در یکی از مراکز مذکور بودند. همچنین، گذشت حداقل ۱ سال از محرز شدن بیماری و شروع درمان آن قبل از آغاز مطالعه و داشتن حداقل سواد در حد فهمیدن و پاسخ دادن به سؤالات، و نیز تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش از دیگر معیارهای ورود به مطالعه بود. از سوی دیگر، ابتلا به دیابت نوع ۱ و دیابت حاملگی، وجود بیماری طبی جدی دیگر (مانند سرطان و بیماری قلبی) که موجب کاهش امید به زندگی در بین بیماران شود، وجود اختلال عمده روان‌شناختی در بیمار، تحت درمان‌های روان‌شناختی بودن، وجود اختلال‌های شناختی یا ضعف در کارکردهای شناختی بیمار، و شرایط طبی عمومی بسیار ضعیف بر اساس نظر پزشک معالج، از ملاک‌های اصلی برای ممانعت از شرکت بیماران در مطالعه بود که تمامی این اطلاعات از طریق مصاحبه حضوری با بیماران و مطالعه پرونده آنان، توسط پژوهشگر گردآوری و ثبت گردید.

#### ابزار:

۱- پرسشنامه پنج عاملی شخصیت نئو<sup>۱</sup>: پرسشنامه NEO-FFPI، فرم کوتاه پرسشنامه تجدیدنظر شده NEO-PI-R<sup>۲</sup> می‌باشد. این پرسشنامه دارای ۶۰ ماده بوده و پنج زمینه اصلی شخصیت را که عبارتند از روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار با مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از "کاملاً موافق تا کاملاً مخالف" پاسخ داده می‌شود [۳۶]. روایی محتوای آن را کاستا و مک کری بررسی نموده، اعتبار آن را برای روان رنجوری ۰/۹۰، برون‌گرایی ۰/۷۸، گشودگی ۰/۷۶، توافق‌پذیری ۰/۸۶ و وظیفه‌

3- Cuijpers  
4- Straten  
5- Donkers  
6- Lazarus-Folkman coping questionnaire  
7- diabetes self-care activities questionnaire  
8- Toobert  
9- Glasgow

1- NEO-Five Factor Personality Inventory (NEO-FFPI)  
2- NEO Personality Inventory-Revised (NEO PI-R)

## یافته‌ها

از کل بیماران شرکت کننده در این مطالعه، ۵۴/۰۶٪ مرد و ۴۹/۹۴٪ زن، ۸۶/۸۷٪ متأهل و ۱۳/۱۳٪ مجرد بودند. میانگین سنی ۴۵ سال بوده و از نظر سطح تحصیلات، ۲۷/۱۸٪ دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۳۶/۰۶٪ دیپلم، ۱۳/۱۳٪ فوق دیپلم و ۲۵/۶۳٪ لیسانس و بالاتر بودند.

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. برای آزمون فرض پژوهش با کمک نرم افزار لیزرل به تحلیل مسیر متغیرها پرداخته شد و شاخص‌های برازندگی حاصل از اجرای این روش محاسبه گردید. در تحلیل مسیر برای ارزیابی برازش الگو، آماره‌هایی به وسیله لیزرل عرضه می‌شود که از مهم‌ترین آنها مجذور خی است که نشان می‌دهد ساختار کوواریانس یافته‌ها با مدل پیشنهادی نظری مطابقت دارد یا خیر. یک الگو با برازش مناسب، باید دارای خی دو غیرمعنی دار باشد. نسبت خی دو به درجه آزادی (CMIN/df) نیز از جمله شاخص‌های برازش مطلق الگو به شمار می‌آید که مطابق برخی منابع چنانچه این نسبت در دامنه ۲ الی ۵ قرار داشته باشد، حاکی از برازش مناسب الگو است. GFI، شاخص تطابق کوواریانس مشاهده شده با کوواریانس الگوی نظری است. عدد این شاخص بین صفر و یک قرار می‌گیرد و هر قدر عدد به دست آمده به یک نزدیک‌تر باشد الگو، مناسب‌تر و برازنده‌تر است. شاخص CFI، ماتریس کوواریانس پیش بینی شده با الگو را با کوواریانس الگوی صفر (مدل تئوریک) مقایسه می‌کند. این شاخص نیز بین صفر و یک قرار می‌گیرد و اندازه نزدیک به یک حاکی از برازش مناسب است. شاخص RMSEA، برازش الگو را می‌سنجد و میزان کوچک‌تر آن، برازش بهتری را نشان می‌دهد. شاخص‌های NFI و IFI نیز که هر کدام وجهی از برازش الگو را نشان می‌دهند، مقدارشان بین صفر و یک متغیر می‌باشد و هر چه مقادیر این شاخص‌ها به یک نزدیک‌تر باشد، بر برازش بهتر الگو دلالت دارند (۳۷ قاسمی، ۱۳۸۸). شاخص‌های برازش الگوی مسیر در جدول ۲ آورده شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، تمام مقادیر مربوط به شاخص‌های تطبیقی الگو، حاکی از برازش مناسب آن در این پژوهش می‌باشد.

که به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد میزان پای بندی به رفتارهای خود-مراقبتی مربوط به دیابت شان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قندخون، ورزش، مراقبت از پا و سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشند. بر طبق مطالعه توربت، هامپسون و گلاسگو [۳۹]، در این مقیاس به هر رفتار، یک نمره از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خود-مراقبتی نداشته است) تا ۷ (هر هفت روز گذشته فعالیت‌های خود-مراقبتی را انجام داده است) داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید. توربت و گلاسگو در مطالعات متعدد، روایی و اعتبار پرسشنامه را به اثبات رسانیده‌اند. برای سنجش ثبات درونی پرسشنامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۵ که نشان دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است را به دست آوردند [۳۹]. در مطالعات اعتباریابی، همبستگی درونی برای هر یک از سؤالات بالاتر از ۰/۵ و همبستگی ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ برای آیت‌های مربوط به سؤالات ورزش و همبستگی ۰/۲۰ برای سؤالات مرتبط با رژیم غذایی به دست آمده است [۴۰].

**روند اجرای پژوهش:** در مطالعه حاضر، روش گردآوری داده‌ها و شیوه اجرای پژوهش فردی بوده و روش نمونه‌گیری به این نحو بود که پژوهشگر هر روز در زمان مشخص به مراکز مورد نظر مراجعه و با بیماران مصاحبه می‌کرد. به این ترتیب، بیمارانی که حائز شرایط ورود به مطالعه بودند و تمایل به شرکت در پژوهش داشتند شناسایی شده و ابزارهای پژوهش در اختیار آنان قرار می‌گرفت. همچنین، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پژوهشگر اهداف انجام پژوهش را به واحدهای تحت مطالعه توضیح داده و به آنان اطمینان می‌داد که اطلاعات محرمانه باقی خواهند ماند و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام، تحلیل خواهند شد. به این ترتیب ۴۰۰ بیمار حاضر به همکاری شدند که به دلیل عدم پاسخ گویی به تمامی پرسش‌ها، ۸۰ نفر از مطالعه حذف شده و در تحلیل نهایی، داده‌های مربوط به ۳۲۰ نفر به کار گرفته شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه سلسله مراتبی در نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شده است.

جدول ۱) میانگین، انحراف معیار و همبستگی درونی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
روان رنجوری	۳۱/۰۲	۱۲/۷۸	-	-	-	-	-	-	-
برون‌گرایی	۲۹/۳۰	۱۲/۵۸	-۰/۵۲**	-	-	-	-	-	-
گشودگی	۲۷/۹۳	۱۰/۶۷	-۰/۱۸**	-۰/۲۸**	-	-	-	-	-
توافق‌پذیری	۲۶/۳۲	۱۰/۷۵	-۰/۰۹	-۰/۱۴**	۰/۰۶	-	-	-	-
وظیفه‌شناسی	۲۸/۱۵	۱۱/۸۳	-۰/۳۸**	-۰/۳۶**	۰/۱۵*	۰/۱۴**	-	-	-
راهبرد هیجان‌مدار	۴۴/۵۹	۱۷/۷۸	۰/۴۶**	-۰/۳۵**	-۰/۱۹**	-۰/۱۵**	-۰/۲۰**	-	-
راهبرد مسأله‌مدار	۴۰/۶۷	۱۶/۶۱	-۰/۴۲**	۰/۴۱**	۰/۱۱*	۰/۰۴	۰/۳۹**	-۰/۲۶**	-
خود-مراقبتی	۳۹/۲۲	۱۵/۹۴	-۰/۴۹**	۰/۴۶**	-۰/۲۱**	۰/۰۴	۰/۴۰**	-۰/۳۹**	۰/۴۹**

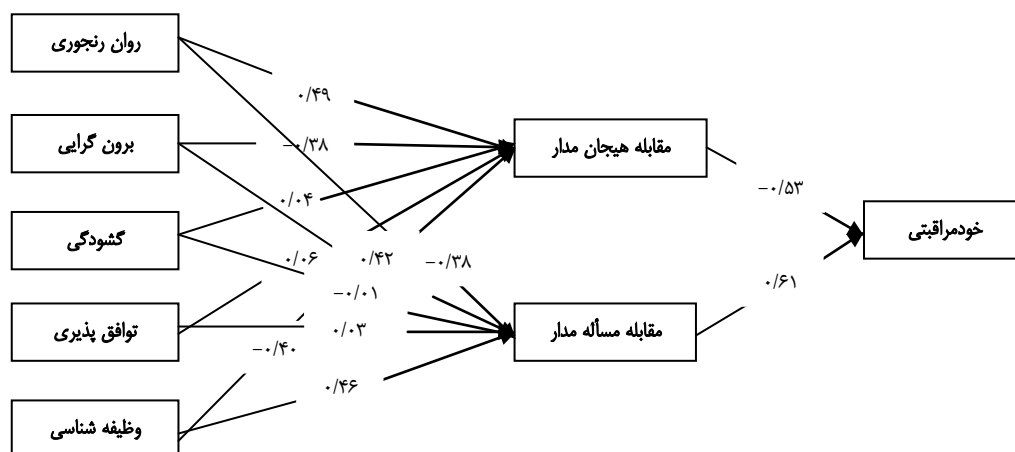
\*\*  $P < 0.01$  , \*  $P < 0.05$ 

جدول ۲) مقادیر مربوط به شاخص‌های برازش تطبیقی مدل

شاخص‌ها	مقدار	دامنه مورد قبول	نتیجه
مجذور خی (X2)	۸۲/۳۵	$P > 0.05$	تأیید
درجه آزادی (df)	۲۹	-	-
نسبت مجذور خی به درجه آزادی (CMIN/df)	۲/۸۳	۲ الی ۵	تأیید
خطای ریشه مجذور میانگین تقریب (RMSEA)	۰/۰۳	$RMSEA < 0.05$	تأیید
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۰	$GFI > 0.9$	تأیید
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	۰/۹۸	$NFI > 0.9$	تأیید
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	۰/۹۸	$CFI > 0.9$	تأیید
شاخص برازش افزایشی (IFI)	۰/۹۸	$IFI > 0.9$	تأیید

که راهبرد مسأله-مدار نقش تعدیل‌کننده در رابطه بین عامل شخصیتی روان رنجوری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی با خود-مراقبتی دارد ( $t=12/05$ ,  $\beta=0/62$ ). به این ترتیب که روان رنجوری با کاهش احتمال روی‌آوری به راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی از طریق افزایش گرایش به سمت مقابله‌های مبتنی بر مسأله، سطح خود-مراقبتی در بین بیماران دیابتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. ولی، مسیر ارتباط بین عوامل شخصیتی گشودگی و توافق‌پذیری با سبک‌های مقابله‌ای معنی‌دار نمی‌باشد.

نمودار ۱، الگوی مسیر برای آزمون نقش تعدیل‌کننده راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین عوامل شخصیت با خود-مراقبتی را نشان می‌دهد. بر اساس این الگو، راهبرد هیجان-مدار نقش تعدیل‌کننده در رابطه بین عامل شخصیتی روان رنجوری، برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی با خود-مراقبتی دارد ( $t=8/67$ ,  $\beta=-0/49$ ). به این ترتیب که روان رنجوری با افزایش احتمال روی‌آوری به راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار و برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی از طریق کاهش گرایش به سمت مقابله‌های مبتنی بر هیجان، سطح خود-مراقبتی در بین بیماران دیابتی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. همچنین، این الگو نشان می‌دهد



نمودار (۱) الگوی مسیر برای آزمون نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله‌ای در رابطه عوامل شخصیت با خودمراقبتی

### بحث

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت دارای منشأ پیچیده، شروعی تدریجی و وخامت و بهبودی غیرقابل پیش بینی هستند که به دلیل روند طولانی، مشارکت بیمار در امر مراقبت از خود را طلب می‌نمایند [۴۱]. در بررسی متون پژوهشی مربوط به کنترل دیابت مشخص شده است که کنترل مطلوب دیابت ارتباط قوی با خود-مراقبتی دارد [۱۱، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴، ۴۵]، لیکن این ارتباط تحت تأثیر برخی عوامل، از جمله عوامل روان‌شناختی قرار دارد. از جمله عوامل روان‌شناختی مؤثر در عملکرد خود-مراقبتی بیماران دیابتی می‌توان از ویژگی‌های شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای نام برد. در این راستا، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین ویژگی‌های شخصیت و خود-مراقبتی در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون سلسله مراتبی نشان داد که هر دو راهبرد مقابله‌ای هیجان-محور و مسأله-محور، نقش تعدیل کننده در رابطه بین ویژگی‌های شخصیت روان رنجوری، برون گرایی و وظیفه شناسی با خود-مراقبتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ دارند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که منابع متعددی همچون ویژگی‌های شخصیتی باعث می‌شوند که افراد در مواجهه با فشار روانی همچون بیماری، واکنش‌های متفاوتی نشان دهند [۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸] و هر چه افراد توانایی بیشتری در مهار فشار روانی داشته باشند، کمتر از شیوه‌های مقابله‌ای مبتنی بر هیجان استفاده

می‌کنند. این در حالی است که بر اساس مدل پنج عاملی شخصیت، افرادی که نمرات بالایی در عامل روان رنجوری کسب می‌کنند، بیشتر مستعد تجربه هیجان‌های منفی از جمله نگرانی، خشم، ناکامی، احساس گناه، غمگینی، ناامیدی و کمرویی هستند [۱۵]، به رویدادها به شکل منفی واکنش نشان می‌دهند و منفی بودن آن را زیاده‌سنجی می‌کنند [۴۶]. این افراد به هنگام مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا، ناامید شده و دچار ترس می‌گردند و آن را به عنوان تهدید در نظر می‌گیرند [۴۷]. از سوی دیگر، میزان برآورد این افراد از توانایی خود در مقابله با استرس پایین است. بنابراین، خود را قادر به تغییر موقعیت نمی‌دانند و تنها کاهش هیجان‌های مرتبط با استرس را مد نظر قرار می‌دهند و از راهبردهای مقابله هیجان-مدار استفاده می‌کنند که این امر خود باعث اقدام به رفتارهای غیر مرتبط با بیماری می‌شود. به عبارت دیگر، استفاده از راهبرد مقابله‌ای ناکارآمد با برانگیختن رفتارهای نامرتب با الزام‌های بیماری، عملکرد فرد را در مدیریت بیماری تضعیف می‌کند که به عدم کنترل متابولیک و کاهش کیفیت زندگی منجر می‌شود. همچنین، این افراد برای کاهش استرس و تنظیم عواطف خود متوسل به تنظیم گره‌های بیرونی می‌شوند. برخی راهبردهای رفتاری که برای تنظیم عواطف منفی به کار می‌روند مانند انحراف توجه و انکار، عوامل خطر ساز بیماری هستند، از جمله مصرف سیگار، الکل، استفاده از داروهای روان گردان، کم خوری و پرخوری. این مسیر بر راهبردهای رفتاری تنظیمی متمرکز

واحد بنیادی شبکه اجتماعی است و افراد شیوه‌های مناسب رفتار و حل مسأله را در آن می‌آموزند، و در بیشتر موارد تصمیم مناسب مربوط به درمان نیز در خانه گرفته می‌شود، از اهمیت بسیاری برخوردار است. پژوهش حاضر، همچنین نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای مسأله-مدار و هیجان-مدار قادر به تعدیل رابطه عامل شخصیتی وظیفه‌شناسی با عملکرد خود-مراقبتی در بیماران دیابتی بودند. در مدل پنج عاملی، وظیفه‌شناسی با مجموعه‌ای از ویژگی‌ها همچون خویشتن‌داری، نظم و ترتیب، تعمق و پیگیری فعالانه اهداف مشخص می‌شود و نمره بالا در این مقیاس نشانه قابلیت اعتماد و اتکا، خود-نظم بخشی، پیشرفت-مداری، سخت‌کوشی، مصمم بودن، انگیزش و مسئولیت‌پذیری بالا است [۷]. همچنین، افراد برخوردار از وظیفه‌شناسی بالا از آنجا که سخت‌کوش و هدفمند بوده و قدرت جهت‌دهی خوبی در زندگی و نظم‌درونی در شروع و مداومت کار دارند، به آسانی در ادامه کار ناامید نمی‌شوند و کار را متوقف نمی‌کنند و در هنگام مواجهه با مشکل به صورت تکانشی پاسخ نمی‌دهند. از این رو، بیشتر شیوه‌های مقابله مسأله-مدار را پیشه می‌کنند. به عبارت دیگر، ویژگی خود-نظم جو و مبتنی بر هدف افراد دارای نمره وظیفه‌شناسی بالا، رابطه بین وظیفه‌شناسی و مقابله فعال و مسأله-مدار را تبیین می‌کند. در مقابل، افرادی که صفت شخصیتی وظیفه‌شناسی پایینی دارند، قادر نیستند وقتی تحت فشار نیروهای بیرونی قرار می‌گیرند، فارغ از این عوامل بهترین تصمیمات مبتنی بر مسئولیت و وظیفه‌شناسی اعمال نمایند [۱۰]. بیمارانی که در مواجهه با استرس‌های ناشی از ابتلا به دیابت بیشتر از سبک‌های مقابله مسأله-مدار استفاده می‌کنند نسبت به بیمارانی که از راهبردهای هیجان-مدار استفاده می‌کنند، به احتمال بیشتری به تبعیت از برنامه‌های کنترل دیابت همچون رعایت رژیم غذایی مناسب، انجام ورزش، کنترل وزن، مصرف داروها، خود-پایشی قند خون و مراقبت از پاها می‌پردازند. در مطالعه حاضر، رابطه معنی‌داری بین عوامل توافق‌پذیری و گشودگی با متغیرهای پژوهش مشاهده نشد. در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد که داده‌های ما منعکس‌کننده رابطه عامل‌های شخصیتی سطح بالاتر هستند و این احتمال وجود دارد که متغیرهای مورد مطالعه در این

است که متمایز از عوامل ارتباطی مانند حمایت اجتماعی است. مطالعه‌ها آشکار کرده‌اند که افراد برای افزایش عاطفه مثبت، الکل مصرف می‌کنند که در این صورت، هم کیفیت زندگی این افراد تحت تأثیر قرار می‌گیرد و هم مصرف سیگار، پرخوری و مصرف الکل و دارو باعث افزایش سطح HbA1c می‌شود [۴۸]. بنابراین، با توجه به این یافته پژوهش، افرادی که از سطح روان‌رنجوری بالایی برخوردارند، به احتمال زیاد از راهبردهای مقابله‌ای هیجان-مدار استفاده می‌کنند تا شیوه‌های مسأله-مدار و همین امر آنان را در معرض عدم تبعیت از برنامه‌های خود-مراقبتی و به تبع آن عدم کنترل مناسب سطح گلوکز خون قرار می‌دهد. نتایج پژوهش حاضر در زمینه نقش تعدیل‌کننده راهبردهای مقابله‌ای در رابطه بین برون‌گرایی و خود-مراقبتی حاکی از نقش تعدیل‌کننده هر دو شیوه مقابله‌ای هیجان-محور و مسأله-محور بود. در تبیین رابطه بین برون‌گرایی و مقابله مسأله-محور، واتسون<sup>۱</sup> و کلارک<sup>۲</sup> [۴۹] تمایل به تجربه عواطف مثبت و پنلی<sup>۳</sup> و توماکا<sup>۴</sup> [۲۹] [۲۹] برخوردار از شادی، غرور و اعتماد به نفس را به عنوان عامل این ارتباط ذکر کرده‌اند. همچنین، هرن<sup>۵</sup> و میشل<sup>۶</sup> [۵۰] داشتن شجاعت و جرأت ورزی و برخورداری از روابط گرم و صمیمی با دیگران را دلیل دور بودن افراد برون‌گرا از شیوه‌های منفعل مقابله با موقعیت‌های فشارزا می‌دانند. برون‌گرایی می‌تواند از طریق افزایش سطح حمایت اجتماعی و به طبع آن گرایش به راهبردهای مبتنی بر مسأله، همچون درخواست حمایت اجتماعی، بیماران را در جهت بهبود عملکرد خود-مراقبتی شان یاری نماید. بر اساس مطالعات قبلی، با افزایش سطح حمایت اجتماعی، خود-مدیریتی دیابت نیز در بیماران افزایش می‌یابد [۵۱]، [۵۲]، [۵۳]. در تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت خانوادگی و اجتماعی سنگ بنای کاهش استرس و تنش و به تبع آن بهره‌گیری از شیوه‌های مناسب و فعال مقابله با فشار روانی است و رفتارهای مقابله‌ای مسأله-محور را تسهیل می‌نماید. این مسأله در کشور ما که در آن خانواده

- 1- Watson
- 2- Clark
- 3- Penley
- 4- Tomaka
- 5- Haren
- 6- Mitchell



از جمله پزشکی و روان‌شناسی به منظور افزایش اثربخشی مداخله‌های درمانی و کاهش هزینه‌های تحمیل شده بر فرد، خانواده و جامعه، باعث افزایش دانش روان‌شناختی در زمینه عوامل تأثیرگذار بر کنترل بیماری‌های مزمن و کاهش عوارض ناشی از این بیماری‌ها شود. به علاوه، شناسایی ویژگی‌های شخصیتی و روان‌شناختی افراد مبتلا می‌تواند به آنها نیز در جهت شناخت بهتر خویش کمک کند. در سطح پیامدهای عملی، با توجه به افزایش طول مدت درمان و پرهزینه بودن آن از اقدامات آموزشی مناسب مانند تدوین برنامه‌های آموزشی، جهت بالا بردن سطح بهداشت روانی و بهره‌گیری از مداخله‌های روان‌شناختی مختلف همچون درمان‌های شناختی- رفتاری و آموزش راهکارهای مقابله‌ای کارآمد، فرایند سازگاری با این بیماری مزمن و نیز میزان پای بندی به توصیه‌های درمانی را بهبود بخشید و از این طریق به پیشگیری از بروز عوارض دیابت و بهبود سطح کیفیت زندگی بیماران یاری رساند و گامی مؤثر در جهت افزایش سطح بهداشت روانی و جسمی جامعه برداشت. پژوهش حاضر تنها مقدمه‌ای برای آغاز تحقیقات گسترده‌تر در زمینه‌ی نقش ویژگی‌های شخصیت در خود- مراقبتی بیماران دیابتی و نقش واسطه‌ای راهبردهای مقابله‌ای در این رابطه در کشور است. قضاوت دقیق‌تر و تعمیم نتایج، نیازمند اعمال دیگر متغیرهای تأثیرگذار از قبیل، عوامل اجتماعی و ساختاری در خرده فرهنگ‌های مختلف می‌باشد؛ کاری که امید می‌رود از نظر پژوهش‌گران علاقه‌مند در آینده دور نماند. مقطعی بودن طرح که مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی می‌گردد، از محدودیت‌های این مطالعه است. از محدودیت‌های دیگر پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خود- گزارشی، محدود بودن جامعه آماری به شهر تبریز، مشکل تعمیم‌پذیری نتایج و همچنین محدودیت سوابق پژوهشی بویژه در رابطه با منابع داخلی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده در جامعه آماری گسترده‌تر و نیز با کنترل متغیرهای فرهنگی- اجتماعی مختلف صورت گیرد.

#### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه مقطع دکتری روان‌شناسی در سال ۹۱- ۱۳۹۰ می‌باشد که با حمایت دانشگاه تبریز اجرا شده است. بدین وسیله، از همکاری کلیه

پژوهش با صفات سطح پایین‌تر در هر یک از این عوامل شخصیتی ارتباط داشته باشند. بنابراین، این نتایج می‌تواند نشان دهنده لازمه فراتر رفتن از عامل‌های بزرگ و ایجاد فرضیه‌هایی بر اساس سطوح پایین‌تر سلسله مراتب شخصیت باشد. به طور خلاصه، نتایج این پژوهش نشان داد که آن چه تحت عنوان خود- مراقبتی دیابت مطرح می‌شود و صاحب نظران آن را متأثر از عوامل مختلف اجتماعی، ساختاری، و خصوصیات بیماری می‌دانند، به وسیله ویژگی‌های شخصیت نیز تحت تأثیر قرار می‌گیرد. بر همین اساس، ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند به عنوان یکی از پیشایندهای مهم خود- مراقبتی، در موقعیت‌های آموزشی بیماران دیابتی مورد توجه قرار گیرند. علاوه بر این، یافته‌ها نشان دادند که راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند به عنوان متغیرهای واسطه‌ای، رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و رفتارهای خود- مراقبتی بیماران را تبیین کنند. آگاهی از این مسأله که هر یک از ویژگی‌های شخصیتی به واسطه کدام یک از شیوه‌های مقابله‌ای می‌توانند عملکرد خود- مراقبتی را پیش بینی کنند، اهمیت زیادی در کنترل دیابت در بین بیماران دارد. به عنوان نمونه، برای بیمارانی که ویژگی برون‌گرایی همراه با سبک مقابله‌ای مسأله- مدار دارند، استفاده از برنامه‌های آموزشی مبتنی بر سخنرانی، خسته کننده و کسالت آور است. زیرا برون‌گرایی به صورت گرایش به داشتن فعالیت‌های جسمی، کلامی، و جمع‌گرایی تعریف می‌شود [۵۴] و کسانی که به شیوه مقابله‌ای مسأله- مدار عمل می‌کنند، بر کاربردهای عملی، تأثیرگذاری فعالانه و تغییر موقعیت‌ها تأکید دارند، توجه چندانی به درک منفعلانه پدیده‌ها ندارند، از کامل کردن کارهای خاص لذت می‌برند، در دستیابی به اهداف شان خطرپذیرند، مایلند بر محیط پیرامون خود تأثیر بگذارند و بازخورد رفتارشان را هم دریافت کنند. بر این اساس آموزش‌گران دیابت می‌توانند قبل از آموزش برنامه‌های خود- مدیریتی، نیازسنجی‌های لازم در این زمینه را انجام دهند تا چنین آموزش‌هایی بر مبنای نیازمندی‌ها طراحی شده و بتوانند نیازهای واقعی بیماران را برطرف سازند. با توجه به آنچه مطرح شد، می‌توان به دو دسته پیامد نظری و عملی پژوهش حاضر اشاره کرد. در سطح پیامدهای نظری، ضمن تأکید مجدد بر ضرورت پیوند شاخه‌های مختلف علم

the VA Normative Aging Study. *Psychosom Med.* 2006; 68: 718-726.

13- Suarez EC. Sex differences in the relation of depressive symptoms, hostility, and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychol.* 2006; 25: 484-492.

14- Shen BJ, Countryman AJ, Spiro 3rd A, Niaura R. The prospective contribution of hostility characteristics to high fasting glucose levels: the moderating role of marital status. *Diabetes Care.* 2008; 31: 1293-1298.

15- Skinner TC, Hampson SF. The personal models of diabetes in relation to self-care, well-being and glycemic control. *Diabetes Care.* 2002; 24(3): 828-833.

16- Brickman AL, Yount SE, Blaney NT, Rothberg ST, De-Nour AK. Personality traits and long-term health status: The influence of neuroticism and conscientiousness on renal deterioration in type-1 diabetes. *J Psychosom.* 2007; 37(1): 459-468.

17- Gordon D, Fisher SG, Wilson M. Psychological factors and their relationship to diabetes control. *J Diabetes Med.* 2003; 10(2): 530-534.

18- Hepburn DA, Langan SJ, Deary IJ, Macleod KM. Psychological and demographic correlates of glycemic control in adult patients with type 1 diabetes. *J Diabetes Med.* 2007; 11(6): 578-582.

19- Gafvels C, Wandel PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish Primary Care. *Diabetes Res Clin Pract.* 2006; 71(5): 280-289.

20- Lazarus RS, Folkman S. The concept of coping in stress, appraisal, and coping. New York: Spinger; 1984. p. 112-113.

21- Luyckx K, Seiffge-Krenke I, Schwartz SJ, Goossens L, Weets I, Hendriekx C. Identity development, coping, and adjustment in emerging adults with a chronic illness: the sample case of type I diabetes. *J Adolesc Health.* 2008; 43(2): 451-458.

22- Grylli V, Wagner G, Hafferl-Gattermeyer A, Schober E, Karwautz A. Disturbed eating attitudes, coping styles, and subjective quality of life in adolescents with type II diabetes. *J Psychosom Res.* 2005; 59(3): 65-72.

23- Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, and self-care behaviors among african americans with type 2 diabetes. *J Diabetes Educa.* 2008; 34(7): 501-510.

24- Sarvghad S, Barzegar M, Balagi T. The relationship between perfectionism dimensions, stress coping styles, and personality traits in female and male students of Marvdasht Islamic Azad University. *Sociol Women.* 2011; 2(3): 81-102. [Persian].

25- Rajabi-Damavandi G, Pooshineh K, Ghobari-Bonab B. Relationship between personality traits and coping strategies in parents with children with

بیماران و نیز مسئولین محترم مرکز کنترل دیابت مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان سینا و انجمن دیابت ایران در شهر تبریز که با همکاری صمیمانه، امکان اجرای این پژوهش را فراهم نمودند، قدردانی می‌گردد.

#### منابع

- 1- Sadeghi-Movahhed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, Rajabi S. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. *J Fundam Ment Health.* 2010; 2(46): 480-487. [Persian].
- 2- Taylor C, Keim SK, Parker A. Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian woman. *Prev Chron Dis.* 2004; 8(1): 211-223.
- 3- Rahimian-Boogar I, Besharat MA, Mohajeri-Tehrani MR, Talepasand S. Diabetes Self Management: Social, Demographical and Disease Factors. *J Clin Psychol.* 2010; 1(4): 43-57. [Persian].
- 4- Adams AS, Mah C, Soumerai SB, Zhang F, Barton MB, Ross-Degnan D. Barriers to self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes in an HMO: A cross sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2003; 3(2): 1-8.
- 5- Snoek FJ, Van-der-Ven NC, Twisk JW, Hogenelst MH, Tromp-Wever AM, Van der Ploeg HM. Cognitive behavioural therapy (CBT) compared with blood glucose awareness training (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: longterm effects on HbA moderated by depression. *Diabetes Med.* 2005; 25(4): 1337-1342.
- 6- Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Med.* 2006; 34(3): 61-69.
- 7- Lane JD, McCaslill CC, Williams PG, Parekh PI, Feinglos MN, Surwit RS. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2000; 23(5): 1321-1325.
- 8- Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev.* 1999; 96(3): 234-254.
- 9- Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *J Personal.* 2008; 62(2): 281-298.
- 10- McCrea RR, Costa PT. A contemplated revision of NEO Five Factor Inventory. *J Personal Individ Differ.* 2004; 36(7): 587-596.
- 11- Eriksson AK, Gustavsson JP, Hildin A, Granath F, Ekblom A, Ostenson CG. Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Res Clin Pract.* 2012; 95:145-152.
- 12- Zhang J, Niaura R, Dyer JR, Shen BJ, Todaro JF, McCaffery JM, et al. Hostility and urine norepinephrine interact to predict insulin resistance:

- center of Kerman University of Medical Science. Nurs Res. 2011; 22(6): 73-80. [Persian].
- 42- Hall PA, Rodin GM, Vallis TM, Perkins BA. The consequences of anxious temperament for disease detection, self-management behavior, and quality of life in type 2 diabetes mellitus. Psychosom Res. 2009; 67(2): 297-305.
- 43- Robertson SM, Stanley MA, Cully JA, Niak AD. Positive emotional health and diabetes care: concepts, measurement, and clinical implications. Psychosom. 2012; 53(7): 1-12.
- 44- Smalls BL, Walker RJ, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Davis KS, Egede LE. Association between coping, diabetes knowlwdg, medication adherence and self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. Gen Hosp Psychiatry. 2012; 34(2): 385-389.
- 45- Rahimian-Boogar I, Mohajeri Tehrani M, Besharat M, Talepasand S. Psychological social and structural determinants of self-management. J Endocrinol Metab. 2012; 13(5): 467-544. [Persian].
- 46- Buker EJ, Evon DM, Losielle MM, Finkel JB, Mill MR. Coping predicts depression and disability in heart trans plat candidates. J Psychosom Res. 2005; 59(4): 215-222.
- 47- Bosworth HB, Bastian LA, Rimer BK, Siegler IC. Coping style and personality domains related to menopausal stress. Women Health Iss. 2003; 13(1): 32-38.
- 48- Bazzazian S, Besharat M, Bahrami Ehsan H, Rajab A. The moderating role of coping strategies in relationship between illness perception, quality of life and HbA1c in patients with type I diabetes. J Endocrinol Metab. 2010; 12(3): 213-221. [Persian].
- 49- Watson D, Clark LA. On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model. J Personal. 1992; 60(8): 444-476.
- 50- Haren E, Mitchell CW. Relationship between the five-factor personality model and coping style. Psychol Educa. 2003; 401(5): 38-49.
- 51- Rezaei Kargar F, Korbandi S. Social support and diet compliance in type II diabetic patients. J Nurs. 2004; 37(17): 12-26. [Persian].
- 52- Fukunishi I. Perception and utilization of social support in diabetic control, Diabetes Res Clin. 2008; 41(4): 207-211.
- 53- Lo R. Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. J Adv Nurs. 2006; 30(2): 418-424.
- 54- Costa PT, McCrae RR. An introduction to the Five-Factor Model and its application. J personal. 2005; 60(5): 175-215.
- autism spectrum disorders. Res Except. 2009; 9(2): 133-144. [Persian].
- 26- Nikrahan GR, Kajbaf MB, Nouri A, Zarean E, Naghshineh E. Assessment of the relationship between personality traits, coping styles with stress and stress level in pregnant women. J Obstet Gynecol Infertil. 2011; 14(5): 49-57. [Persian].
- 27- Vollarth M, Torgersen S. Personality types and coping. Pers Indivi Differ. 2006; 29(4): 567-578.
- 28- Kardum I, Krapic N. Personality traits, stressful life events and coping styles in early adolescence. Personal Individ Differ. 2002; 30(2): 503-515.
- 29- Penley JA, Tomaka J. Association among the big five, emotional response, and coping with acute stress. J Personal Individ Differ. 2002; 32(4): 1215-1228.
- 30- Andrews RM, Browne AL, Drummond PD, Fiona M, Wood JM. The impact of personality and coping on the development of depressive symptoms in adult burns survivors. J Burn. 2010; 36(4): 29-37.
- 31- Honarparvaran N, Mental Health, Tehran: Boshra; 2007. p. 121-123. [Persian].
- 32- Karlsen B, Idsoe T, Hanestad BR, Murberg T, Bru E. Perceptions of support, diabetes-related coping and psychological well-being in adults with type 1 and type 2 diabetes. Psychol Health Med. 2004; 9(2): 53-70.
- 33- Fauerbach JA, Lawrence J, Munster A, Palombo D, Richter D. Prolonged adjustment difficulties among those with acute post trauma distress following burn injury. J Behav Modifi. 1999; 22(5): 359-378.
- 34- Kildal M, Willebrand M, Andersson G, Gerdin B, Ekselius L. Coping strategies, injury characteristics and long-term outcome after burn injury. J Inj. 2005; 36(8): 511-518.
- 35- Fauerbach JA, Lawrence JW, Schmidt CW, Chester W, Munster AM, Costa J. Personality predictors of injury-related posttraumatic stress disorder. J Ment Dis. 1999; 188(3): 510-517.
- 36- Garousi-Farshi MT. Application of five factor analysis in personality studies. Tbriz: Jamepazhooh; 2001. p. 94. [Persian].
- 37- McCrae RR, Costa PT. Personality in adulthood. New York: Guilford; 2003. p. 281.
- 38- Cuijpers P, Straten M, Donker M. Personality traits of patients with mood and anxiety disorders. Psychiatry Res. 2003; 133(4): 229-253.
- 39- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure. Diabetes Care. 2000; 23(7): 943-950.
- 40- Johnson J. Contribution of dispositional optimism to self-care behaviors among adults with type 2 diabetes. West Virginia Univ. 2002; 42(1): 104-105.
- 41- Noohi E, Khandan M, Mirzazade A. Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care inpatient s diabetic type 2 refer to diabetic