

مقایسه سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیتی زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم

الهام دولت آبادی^۱، سحرکرد^۲

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی شاهرود واحد علوم و تحقیقات تهران.

^۲ کارشناسی روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور مهاباد.

نام نویسنده مسئول:

الهام دولت آبادی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۹/۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۲۵

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی و مقایسه سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیتی زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم بود. **روش پژوهش:** روش تحقیق حاضر توصیفی و از نوع پس رویدادی یا علی-مقایسه ای است. نمونه ای این پژوهش متشکل از ۱۰۰ دانشجوی در شهرستان سبزوار بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار به کار گرفته شده، پرسشنامه سبک های مقابله ای و پرسشنامه شخصیتی نئو فرم کوتاه بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها، از روش تحلیل واریانس چند متغیره یا مانوا استفاده شد. **یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که مقادیر سطح معناداری (Sig) از ۰/۰۵ کمتر است، لذا بین سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیت زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم تفاوت معناداری وجود دارد. **بحث و نتیجه گیری:** با توجه به نتایج پژوهش، توجه به متغیرهای شناختی از جمله ویژگی های شخصیت و سبک های مقابله ای در بیماران دیابتی می تواند به بهبود روند بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان کمک شایان توجهی نماید.

واژگان کلیدی: سبک های مقابله ای، ویژگی های شخصیتی، زنان مبتلا به دیابت، زنان سالم.

مقدمه

هر چه بیشتر از قرن بیست و یکم می گذرد، بیشتر شاهد جهانی شدن، تغییر در سبک زندگی مردم و صنعتی شدن هستیم که یکی از نتایج این پیشرفت ها تغییر در الگوی بیماری هاست. امروزه به سبب پیشرفت های علمی و پزشکی، بیماری های عفونی جای خود را به بیماری های مزمنی چون سرطان، بیماری های قلبی- عروقی و دیابت داده است (حاتملو سعدآبادی، ۱۳۸۸). بیماری دیابت یکی از مهمترین اختلالات داخلی است که بشر با آن روبروست. دیابت^۱ یک بیماری مزمن خطرناک است که از طریق ناهنجاری هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می شود. دیابت دارای علائم متعددی است، ولی معمولی ترین علائم تفکیکی آن، عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون می باشد. فرد مبتلا به دیابت، یا انسولین تولید نمی کند و یا به انسولین پاسخ نمی دهد، در نتیجه ازدیاد قندخون به وجود می آید و فرد مبتلا به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت دیابت دچار می شود (باقیانی مقدم، افخمی اردکانی، مظلومی و سعیدی زاده، ۱۳۸۵). دیابت مانند دیگر بیماری های مزمن و ناتوان کننده برای فرد مشکلاتی به وجود می آورد که در نتیجه آن تمام جنبه های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد (کاهولوکولا، هاینز، گراندینتی و چانگ^۲، ۲۰۰۳).

از جمله متغیرهایی که می تواند بر تاب آوری در مقابل سختی ها و بیماری های مزمنی مثل دیابت تأثیر گذار باشد و کیفیت زندگی این افراد را ارتقا دهد، سبک های مقابله ای^۳ است. ابتلا به دیابت منبع استرس و نگرانی زیادی برای این بیماران و خانواده های آنان است. مقابله سازگارانه با استرس های مرتبط با بیماری های مزمنی چون دیابت آسان نیست و بسیاری از بیماران با مشکلات زیادی روبرو می شوند؛ زیرا مدیریت این بیماری تمام جنبه های زندگی اعم از تغذیه، ورزش، شغل، تفریح و زندگی خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر می دهد (آقامحمدیان و همکاران، ۱۳۸۹). استرس های مزمن و استرس های روزمره هر دو در بیماری های جسمی و ناراحتی های روانشناختی نقش مهمی دارند که دیابت نوع ۱ و ۲ نسبت به اثرات استرس حساسند (تیلور^۴، ۲۰۰۳). همچنین، در درمان دیابت سازگاری روانشناختی با بیماری، سبک های مقابله ای و تبعیت از برنامه درمان حوزه اصلی روانشناسی سلامت است (کندی و لیولین^۵، ۲۰۰۶).

از دیگر مؤلفه هایی که به نظر می رسد در افراد مبتلا به دیابت از ویژگی های مهم به حساب می آید، ویژگی های شخصیتی^۶ است. طبق نتایج پژوهش های انجام شده، ویژگی های شخصیتی از مؤثرترین عوامل در پیش بینی رفتارهای خودمراقبتی و کنترل دیابت در بین افراد مبتلا به این بیماری است (باث-کیولی و ویکرز^۷، ۲۰۰۸). در بین مدل های مختلف شخصیت در دهه های اخیر، مدل پنج عاملی شخصیت دید جامعی نسبت به انسان دارد و تقریباً تمامی صفات مورد اشاره در میان عامه مردم و نظریه های علمی شخصیت را در بر می گیرد (مک کری و کاستا^۸، ۲۰۰۴) که شامل پنج بعد اصلی روان رنجوری، برون گرایی، گشودگی در برابر تجربه، توافق پذیری و وظیفه شناسی است (لین^۹ و همکاران، ۲۰۰۰).

بیماری دیابت یکی از بیماری های مزمن و یکی از علت های مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا می باشد. بر اساس آخرین آمار موجود، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می برند و تخمین زده می شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر شود. شیوع این بیماری در ایران نیز حدود ۶ درصد جمعیت یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (سعادت جو و همکاران، ۱۳۹۱). دیابت یک بیماری مزمن و با عوارض کشنده است و به عنوان علت اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری های قلبی شناخته می شود. همچنین بر جسم، روان و عملکرد روانی و اجتماعی اثرات گسترده ای

1- diabetes

2- Kaholokula, Haynes, Grandinetti & Chang

3- coping styles

4- Taylor

5- Kennedy & Llewelyn

6- characteristics

7- Booth-Kewley & Vickers

8- McCrea & Costa

9- Pollock-BarZiv & Davis

می گذارد و درمان های پزشکی هر چند علائم را کاهش می دهند ولی خود و عوارض آن ها باعث اختلال در الگوی زندگی می شوند (مک دونالد^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۹).

این بیماران به دلیل جدال با بیماری و برنامه ریزی درمان آن به طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می گیرد و بسیاری از آنان احساسات ترس، خشم، گناه در ارتباط با بیماری را گزارش می نمایند و اغلب انگیزه کافی مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند.

با توجه به تأثیرات گسترده دیابت بر ابعاد مختلف زندگی بیماران لازم است برای مؤثر بودن درمان و جلوگیری از کاهش از کیفیت زندگی و سوق دادن آن ها به سوی یک زندگی طبیعی، عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی دقیق قرار گیرد. روند درمان دیابت همانند سایر بیماری های مزمن منجر به بهبودی نمی شود، بلکه صرفاً از پیشروی و آسیب های گسترده آن جلوگیری می کند. لذا شناخت این جنبه ها به درمانگران و مددجویان در برنامه ریزی هر چه بهتر و مؤثرتر طولانی مدت درمان کمک می کند. بهداشت زندگی آدمی به شدت تحت تأثیر سبک زندگی افراد است و انجام رفتارهای بهداشتی می تواند خطر بیماری ها و مرگ زودرس افراد را کاهش دهد. جهت ممانعت از شیوع و بروز بسیاری از بیماری های مزمن مانند دیابت، افزایش سلامت روانی و اجتماعی، داشتن رژیم غذایی سالم، افزایش قدرت جسمانی- روانی اجتماعی و اجتناب از مصرف سیگار و مواد اعتیاد آور امری الزامی است. همچنین، با توجه به تأثیرات گسترده دیابت بر ابعاد مختلف زندگی بیماران و تأثیر استرس بر ابتلا و درمان دیابت، سبک زندگی و کیفیت زندگی و، این پژوهش درصدد آن برآمده تا به بررسی مسئله اصلی یعنی آیا بین سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیتی زنان مبتلا به دیابت و سالم تفاوت وجود دارد یا خیر؟، بپردازد.

دیابت یکی از شایع ترین بیماریهای مزمن است که نقش عوامل روانشناختی در آن در پژوهش های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. به همین خاطر شخص مبتلا به دیابت نیازمند تطابق فیزیکی و روانی است و باید دید جدیدی نسبت به خود داشته باشد. بسیاری از بیماران دیابتی از واکنش های هیجانی (عمدتاً بیشتر غم و اندوه) بهره می گیرند که شامل انکار، خشم، شک و بی اعتمادی، افسردگی و کناره گیری بوده و دیابت آنها را تشدید نموده و باعث ایجاد سبک زندگی نارضایتمندی می شود (کاکس^{۱۱}، ۱۹۹۴).

ابتلا به دیابت منبع استرس و نگرانی زیادی برای این بیماران و خانواده های آنان است. مقابله سازگارانه با استرس های مرتبط با بیماریهای مزمنی چون دیابت آسان نیست و بسیاری از بیماران با مشکلات زیادی رو به رو می شوند، زیرا مدیریت این بیماری تمام جنبه های زندگی شخصی اعم از تغذیه، ورزش، شغل، تفریح و زندگی خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار می دهد (آقامحمدیان و همکاران، ۱۳۸۹).

هدف اصلی

تعیین مقایسه ای سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیتی در زنان مبتلا به دیابت با زنان سالم
سبک مقابله ای: سبک مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنیدگی زا و کنار آمدن با مسائل و مشکلات به کار می رود و نقش اساسی و تعیین کننده در سلامت جسمانی و روانی ایفا می کند (حسن زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

شخصیت: شخصیت عبارت است از الگوی نسبتاً پایدار صفات، گرایش ها یا ویژگی هایی که تا اندازه ای به رفتار افراد دوام می بخشد (فیست و فیست، ۱۳۸۶).

دیابت: دیابت از گروه بیماری های متابولیک و یک اختلال چند عاملی است که با افزایش مزمن قند خون مشخص می شود و ناشی از اختلال در ترشح، یا عمل انسولین و یا هر دو آن ها می باشد (فرامرز و همکاران، ۱۳۹۰).

¹⁰- McDonald

¹¹- Cox

تعریف دیابت

امروزه از دیابت به عنوان اپیدمی خاموش نام برده می شود و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی عمده در کشور ما و سایر نقاط جهان قلمداد می شود. بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت دیابت بیماری مزمنی است که زمانی که پانکراس به اندازه ی کافی انسولین تولید نمی کند، یا هنگامی که بدن قادر نیست به طور مؤثر از انسولین تولید شده استفاده کند به وجود می آید (غریبی، ۱۳۹۰).

دیابت نوع ۱ یا وابسته به انسولین:

دیابت نوع ۱ که با نام های دیگری نیز شناخته می شود: دیابت نوجوانی، دیابت وابسته به انسولین و دیابت دوره کودکی، اغلب در سنین زیر ۴۰ سالگی نمایان می شود. بدن مبتلایان به دیابت نوع ۱ توانایی تولید انسولین را ندارد و این امر موجب افزایش سطح قند خون می گردد. این امر به دلیل از دست رفتن سلول های بتا پانکراس اتفاق می افتد. دلیل اصلی از بین رفتن سلول های بتا پانکراس، حمله سلول های لنفوسیت T^{12} به دلیل خودایمنی است که در بیشتر موارد بروز بیماری به دنبال ابتلا به یک بیماری ویروسی اتفاق می افتد. روش درمانی آن تزریق انسولین و کنترل دائمی میزان قند خون می باشد. انسولین هورمونی است که راه را برای ورود گلوکز به سلول ها باز می کند و در آن جا این مواد را می سوزاند. حدود ۱۰ درصد افراد دیابتی به این نوع دیابت مبتلا هستند. دیابت نوع ۱ در افراد زیر ۴۰ سال و معمولاً در کودکان بروز می کند. علائم دیابت نوع اول عبارتند از تشنگی بیش از حد، گرسنگی دائمی، تکرر ادرار (به خصوص در شب)، کاهش وزن ناگهانی، خستگی مفرط و تاری دید (گاندر-فردریک و همکاران، ۲۰۰۲).

بروز دیابت نوع ۱ در جمعیت زیر ۱۴ سال در سراسر دنیا از یک نفر در ۱۰۰۰۰۰ در سال تا ۳۵ نفر در ۱۰۰۰۰۰ در سال متفاوت است. با این حال اسکاندیناوی از بیشترین میزان بروز و کشورهای حاشیه اقیانوس آرام در شرق آسیا از کمترین میزان بروز برخوردار می باشند. در اروپای شمالی و آمریکا نیز میزان بروز ۱۷-۸ نفر در ۱۰۰۰۰۰ در سال برآورد شده است. میزان بروز دیابت نوع ۱ در ایران ۳/۷ میلیون نفر در ۱۰۰۰۰۰ در سال می باشد که این میزان در جامعه روستایی و شهری با یکدیگر متفاوت است. این رقم در مقایسه با میزان بروز دیابت نوع ۱ در برخی کشورهای آسیایی مانند روسیه، کویت و فلسطین پایین و در مقایسه با کشورهایی مانند چین، ژاپن و پاکستان رقم بالایی محسوب می شود. مطالعات اپیدمیولوژیکی نشان می دهند که در طی ۵۰ سال گذشته، تعداد این کودکان افزایش چشمگیری یافته است به طوری که شیوع کلی آن به حدود یک نفر در هر ۳۰۰ کودک و یا یک نفر در هر ۵۰۰ کودک رسیده است (مالکی، ۱۳۸۸).

دیابت نوع ۲ یا غیر وابسته به انسولین:

دیابت نوع ۲ فراوان ترین شکل دیابت است. نزدیک ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع ۲ دچار هستند. این گونه از دیابت بیشتر در بزرگسالان یعنی بالای ۴۰ سال، به ویژه در افراد بیش از ۵۵ سال دیده می شود. هم عامل های ژنتیکی و هم عامل های محیطی در این بیماری دخالت دارند. بیشتر ژن های درگیر در این بیماری شناسایی نشده اند. چاقی مهمترین عامل محیطی اثر گذار در این بیماری است. نزدیک ۸۰ درصد از این افراد، چاق هستند. همین طور که بچه ها روز به روز چاق تر می شوند، دیابت نوع ۲ در بین افراد جوان و کم سال تر نیز فراوان تر دیده می شود (گاندر-فردریک و همکاران، ۲۰۰۲).

خطر پیشرفت دیابت نوع ۲ با افزایش سن، چاقی و کمبود فعالیت بدنی افزایش می یابد. این بیماری با فراوانی بیشتری در زنان دارای سابقه دیابت حاملگی و در افراد دچار پر فشاری خون یا دیس لیپدیمی اتفاق می افتد و فراوانی آن در نژادها و قومیت های مختلف متفاوت است (پیروپناه، ۱۳۸۸).

دیابت نوع ۲ در جوامع مختلف رو به افزایش است به طوری که پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۵ در کشورهای پیشرفته با ۰/۴۲ و در کشورهای در حال توسعه با ۰/۱۷۰ افزایش شیوع دیابت مواجه باشیم. شیوع دیابت نوع ۲ در بیشتر جمعیت ها به حد

¹²- T lymphocyte cells

اپیدمی رسیده است و شواهد اپیدمیولوژیک بیانگر این هستند که اگر یک راهکار مؤثر برای پیشگیری از آن اندیشیده نشود، این شیوع در سطح جهانی سیر صعودی خواهد داشت. تخمین زده می شود که تا سال ۲۰۳۰، تعداد افراد مبتلا به دیابت به بیش از ۳۶۶ میلیون نفر برسد که بیش از ۲ برابر تعداد سال ۲۰۰۰ است. اکثریت این موارد جدید از کشورهای در حال توسعه خواهند بود و به نظر می رسد که خاورمیانه در این میان بیشترین افزایش در شیوع دیابت را تا سال ۲۰۲۰ داشته باشد. بر اساس پیش بینی کارشناسان سازمان جهانی بهداشت، شیوع دیابت نوع ۲ در ایران در سال ۲۰۲۵، ۰/۶۸، برابر با ۵۲۱۵۰۰۰ نفر خواهد بود و این تعداد در سال ۲۰۳۰ از مرز ۶.۴ میلیون نفر خواهد گذشت (مالکی، ۱۳۸۸).

بررسی مفهوم سبک های مقابله ای

همه ما می دانیم که زندگی شتاب زده و ماشینی امروز، تنش و فشار بسیار بالایی به جسم ما وارد می کند؛ اما آیا انسان توان تحمل این فشارها، تنش ها و نگرانی های پی در پی و دائمی را دارد و آیا می تواند همچنان تندرستی خود را حفظ نماید؟ در وضعیت کنونی که استرس باعث رنج و آسیب جدی بسیاری از مردم است، پاسخ منفی است. گریز از آهنگ و سرعت زندگی امروز غیر ممکن است. به علاوه اصلاً نمی توان در وضعیتی به دور از استرس زندگی کرد. آیا برای کاهش استرس و رهایی از آسیب هایی که بر جسم و ذهن وارد می کند، راهی وجود دارد؟

به لحاظ ماهیت پیچیده و تغییر یابنده ی جامعه، مردم پیوسته خود را در مبارزه با مشکلات می یابند. البته آدمیان برای اینکه به طرز بهنجاری به کار و کوشش بپردازند، بایستی کمی تنیدگی احساس کنند. صرف نظر از اینکه در مقابله با مشکلات تا چه اندازه توانا باشند، باز هم در زندگی مواقعی پیش می آید که به ناچار احساس تنیدگی می کنند. انگیزه های ما همواره به آسانی ارضاء نمی شوند، باید موانعی را از سر راه برداشت، دست به انتخاب زد و در برابر دیرپایی ها شکیبایی نشان داد. تنیدگی جزء زندگی آدمی و غیرقابل اجتناب است، اما در عین حال که تنیدگی زیاد می تواند پیامدهای ناگواری را به دنبال داشته باشد، مقدار کم آن می تواند مفید و در فرد ایجاد انگیزه کند. مطالعات علمی در زمینه تنیدگی با پژوهش های سلیه آغاز شد. او تنیدگی را به عنوان پاسخ های غیر اختصاصی تعریف نموده که بدن در مقابل خواست هایی که با آن مواجه می شود از خود نشان می دهد. او میزان مشخصی از تنیدگی را برای زندگی سالم مفید می داند و این موضوع را تحت عنوان تنیدگی مفید مطرح می کند و آن را شرط لازم زندگی می داند و اعتقاد دارد که محروم شدن از محرک ها و فقدان تنیدگی به مفهوم مرگ است. ارزیابی فرد از تنیدگی و نحوه ی مقابله با آن بسیار مهم است. یک رویداد تنیدگی زای معین را دو آدم متفاوت، ممکن است به دو صورت کاملاً متفاوت ادراک کنند و این امر بستگی به تعبیر آنان از موقعیت مورد نظر دارد. اهمیت خود واقعیت های عینی یک موقعیت کمتر از اهمیت برآوردی است که افراد از آن موقعیت ها می کنند. بنابراین، امکان دارد رویدادی که برای یک فرد تنیدگی زا تعبیر می شود، برای فرد دیگر غیرتنیدگی زا و یا حتی مطلوب باشد. زمانی که موقعیتی تهدید کننده، خطرناک، لاعلاج، منفی و با اهمیت ارزیابی شود، تنیدگی زاست. و لذا تنش زا بودن هر موقعیت معین بستگی به چگونگی ارزیابی و توانایی فرد برای مقابله با آن دارد (ذوقی فیاض، ۱۳۸۹).

مفهوم مقابله^{۱۳} برای اولین بار در سال ۱۹۹۶ توسط لازاروس معرفی شد. او معتقد بود که مقابله با استرس شامل سه مرحله می شود: مرحله اول، ارزیابی اولیه می باشد که مشاهده یک خطاست. مرحله دوم، شامل ارزیابی ثانویه می شود که جستجوی یک پاسخ در ذهن می باشد و در مرحله سوم به کارگیری آن پاسخ یا به عبارتی مقابله مدنظر می باشد (کاستا و مک کاری^{۱۴}، ۱۹۹۰). هیجانات و برانگیختگی فیزیولوژیک ایجاد شده بر اثر موقعیت های پر تنش، شخص را ناچار به اتخاذ تدابیری برای دفاع می کند که تحت عنوان مقابله از آن ها یاد می شود (ترمبلی و کینگ^{۱۵}، ۱۹۹۴). مقابله با یک عامل استرس، متغییر تعدیل گر مهم در رابطه بین وقایع تنیدگی زا و پیامدهایی همچون اضطراب و افسردگی در نظر گرفته می شود (ترمبلی و کینگ، ۱۹۹۴). استون^{۱۶}

¹³⁻ coping

¹⁴⁻ Casta & Mc Care

¹⁵⁻ Tremblay & King

¹⁶⁻ Ston

(۱۹۸۶) مقابله را معادل تلاش هشیار برای مواجهه با فعالیت استرس زا می دانند. از سوی دیگر، کمپاس^{۱۷} (۱۹۸۷) معتقد است مقابله صرفاً راهبرد است و الزاماً معادل موفقیت در کاهش استرس و درماندگی نیست. مقابله طبق نظر کمپاس به اقدامات سازش یافته و سازش نیافته در مواجهه با عوامل استرس زا اطلاق می شود.

مقابله، فرآیندی پویاست که بنا بر حسب ماهیت موقعیت های فشارزا در طول زمان تغییر می کند، بنابراین از نظر مفهومی آن را به عنوان فرآیند اداره کردن خواسته های (درونی و بیرونی) که طاقت فرسا یا فراتر از منابع فرد ارزیابی می شوند، می توان تعریف کرد (نجفی، ۱۳۹۰). مقابله موفق با عوامل استرس زا در زندگی مستلزم حفظ خونسردی و خویشتن داری، استقرار آرامش روانی و حفظ برانگیختگی و تمرکز بهینه است (افسری، ۱۳۸۹). همچنین، مقابله فرایندی است که طی آن فرد کوشش می کند به هنگام رویارویی به خواسته های محیطی مشکلات خود را حل نماید (اشرف جهانیان، ۱۳۹۰).

هر گونه تغییر در زندگی انسان اعم از خوشایند و ناخوشایند مستلزم نوعی سازگاری مجدد است. سبکهای مقابله با تغییرات زندگی و تنش های حاصله از این تغییرات در افراد مختلف و بر حسب موقعیت های گوناگون متفاوت است. سبک های مقابله ای مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیت تنش زا به کار می رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می شود (غضنفری، ۱۳۸۷). سبک های مقابله ای کوشش های فعال و غیرفعال می باشد که در پاسخ به شرایط تهدید کننده با هدف رفع تهدید و کاهش ناراحتی های هیجانی به کار برده می شود (اشرف جهانیان، ۱۳۹۰). به طور کلی سبک های مقابله ای به تلاش های شناختی، رفتاری برای جلوگیری، مدیریت و کاهش تنیدگی اطلاق می شود (پنلی و توماکا^{۱۸}، ۲۰۰۲).

در حوزه رابطه سلامت روانی و سبک های مقابله ای، می توان گفت که سلامت روانی در یک تعامل دو طرفه از سویی از نتایج انتخاب و استفاده از راهبردهای مقابله ای مؤثر و متناسب با تغییر و تنش محسوب می گردد و از سوی دیگر خود زمینه ساز فضای روانی سالمی است که در پرتو آن شناخت صحیح و ارزیابی درست موقعیت تنش زا جهت انتخاب راهکار مقابله ای مؤثر، میسر می گردد. روان شناسی سلامت برای نقش سبک های مقابله ای در چگونگی سلامت جسمانی و روانی اهمیت زیادی قائل است. سبک های مقابله ای به عنوان واسطه بین استرس و بیماری شناخته شده اند (کارور، پوزو، هاریس، ناریکا، اسپیر^{۱۹} و همکاران، ۱۹۹۳). مقابله یکی از متغیرهایی است که به صورت گسترده در چارچوب روان شناسی سلامت مورد مطالعه قرار گرفته است (هابفول، اسپوارزر و کون^{۲۰}، ۱۹۹۸). شناسایی شکل های مؤثر مقابله به عنوان متغیر واسطه ای در رابطه استرس-بیماری، خط مقدم پژوهش ها را در این حوزه به خود اختصاص داده است (سامرفیلد و مک کار^{۲۱}، ۲۰۰۰). به طور کلی نتایج غالب پژوهش ها مقابله هیجانی را به عنوان مؤثرترین واسطه رابطه استرس-بیماری معرفی کرده اند (پاکنهام^{۲۲}، ۲۰۰۴). همچنین شیوه های مقابله با استرس مسائل ناشی از استرس و هیجان منفی ایجاد شده را تحت کنترل خود در می آورند (پنلی و توماکا، ۲۰۰۲).

بیماری های استرس مدار و وخیم تر شدن سلامت عمومی بیشتر در کسانی مشاهده می شود که پیوسته از مقابله هیجانی استفاده می کنند (پیکو^{۲۳}، ۲۰۰۱). مقابله اجتنابی به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است، اما در دراز مدت مانع سازش روان شناختی می شود و نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد (برایان و هاروی^{۲۴}، ۱۹۹۵). طبق مدل لازاروس و فولکمن^{۲۵} (۱۹۸۴) در فرایند مقابله، مهارت های شناختی برای حل مشکل مورد استفاده قرار می گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله کارآمد مسئله مدار از مهارت های شناختی برای حل مسئله استفاده می کند. به عبارت دیگر، گرچه سبک های مقابله، فعالیت های بسیاری را شامل می شوند، اما اکثر آنها مبین تلاش برای بهبود یک موقعیت دشوار

17- Compas

18- Penley & Tomaka

19- Carver, Pozo, Harris, Noriega, Scheier

20- Hobfoll, Schwarzer & Chon

21- Somerfield & Mc Crae

22- Pakenham

23- Piko

24- Bryant & Harvey

25- Lazarus & Folkman

مانند طراحی نقشه ها و اقدام عملی (مقابله رفتاری و شناختی) می باشد و یا برای تنظیم درماندگی هیجانی مانند جست و جوی دیگران برای حمایت عاطفی یا کاهش شدت و دشواری موقعیت از نظر شناختی (مقابله اجتنابی) هستند. میزان کارآمدی سبک های مقابله ای تعیین کننده آن است که آیا از آسیب جلوگیری خواهد شد؟ و آیا یک راه کار انطباق دهنده ی جدید بین ارگانسیم و محیط فراهم خواهد شد؟ و آیا فعالیت های هیجانی به سطح پایه ای خود برخواهد گشت (گوتیرز، پری، تورس، کازارز و والدز^{۲۶}، ۲۰۰۷).

بیماری دیابت و سبک های مقابله ای

بیماری دیابت، همچون دیگر بیماری های مزمن، تنش بیماران از بدو تشخیص با دشواری های پذیرش این وضعیت آغاز می شود و در درازمدت با ظهور عوارض آن تداوم می یابد. دیابت تمام ارگانهای بدن را تحت تأثیر قرار می دهد و در همه لایه های زندگی بیماران رسوخ می کند و مستلزم پذیرش و تغییراتی در شیوه زندگی آنان است. در کنار دشواری های درمان طبی و مراقبت های پیوسته، این تنش مستمر و اثرات آن بر زندگی فرد، سلامت روانی وی را تهدید می کند. افت سلامت روانی بیمار، او را در معرض تنش بیشتر، توجه کمتر به مراقبت های فردی و افت کیفیت زندگی که بهبود آن هدف غایی همه درمان های طبی و روانشناختی است قرار می دهد (یوسفی نژاد، ۱۳۸۹).

شخصیت

هر فردی به نوبه خود دارای شخصیتی می باشد که بر مبنای آن به موقعیت های گوناگون پاسخ می گوید. با این وجود بین بسیاری از افراد و همچنین موقعیت ها شباهت های بسیاری وجود دارد که بر اساس آن می توان نکات مشترک فراوانی را بین افراد مختلف یافت. هدف روانشناسان شخصیت نیز پی بردن به این الگوهای رفتاری می باشد که افراد در موقعیت های گوناگون ارائه می کنند (عطوفی، ۱۳۹۲).

هر انسان آمیزه ای از سه ویژگی نوعی، فرهنگی و فردی را در خود دارد و مجموعاً کلیت منحصر به فردی را تشکیل می دهد که مورد توجه و امان نظر روانشناسی شخصیت است. کلیت مفهوم و به همین لحاظ پیچیدگی آن موجب شده است که واژه شخصیت به شیوه های مختلفی تعریف شود. آلپورت در این مورد به گردآوری و ذکر پنجاه تعریف متفاوت پرداخته است. این تفاوت ها طبعاً به اصل موضوع شخصیت مربوط نبوده بلکه به مفهومی ارتباط دارد که از آن ساخته اند (گروسی فرشی، ۱۳۸۰). تعاریف متعددی از شخصیت از سوی بسیاری از نظریه پردازان ارائه شده است که هر کدام اختلافاتی با یکدیگر دارند این اختلافات ناشی از نظریه های گوناگونی است که صاحبان آن نظریه ها درباره چگونگی تشکیل و تحول شخصیت و مفاهیم انگیزشی رفتار آدمی دارند در بعضی از این نظریه ها اهمیت فراوانی به ناخودآگاه داده شده است و پیروان آن معتقدند که آدمی از انگیزه های واقعی رفتار و اعمال خود بی اطلاع است، زیرا آنها در ناخودآگاه هستند. در مقابل در نظریه های دیگر ناخودآگاه کم اهمیت است. پاره ای از نظریه ها اهمیت فراوانی به تاریخ زندگی و همچنین دوران کودکی می دهند و هر کس را اسیر و بنده گذشته خود می دانند، نظریه های دیگر آدمی را از قید گذشته آزاد ساخته حال و آینده و گرایش به سوی غایت و غرض را در رفتار او مؤثر می دانند، یا اینکه چگونگی هر عمل را وابسته به محیط خارجی و به میدانی می پندارند که شخص در اجرای آن عمل در آن محیط قرار گرفته است (نظریه میدانی). در نظریه های دیگر بیشتر به محیط روانی یا ذهنی توجه شده است به این معنی که عالم خارج و رویدادهای آن آنچنان که هرکس شخصاً آنها را درک می کند، در رفتارش مؤثر واقع می شوند و چون ادراک افراد از عالم خارج و رویدادها متفاوت است، افراد آدمی در محیط واحد و در شرایط یکسان رفتاری متفاوت خواهند داشت. در نظریه های دیگر آدمی به صورت یک کل واحد دیده می شود که هریک از اعمالش وابسته به سایر اعمال و متأثر از آنهاست و درک آن عمل بدون شناخت این زمینه ها به درستی میسر نیست (نظریه ارگانیسمی). در سایر نظریه ها نیز چگونگی یادگیری کلید پدیده های رفتاری پنداشته

شده است خواه این یادگیری بر مبنای اصل مجاورت (قانون تداعی معانی) انجام گرفته باشد و خواه بر مبنای اصل تقویت و پاداش (عطوفی، ۱۳۹۲).

شکل گیری شخصیت

زمینه های زیستی که شخص با خود به دنیا می آورد، بر اثر تجارب دوران رشد شکل می گیرند. بعضی از این تجارب مشترک هستند و اغلب افرادی که در یک فرهنگ یا یک گروه خاص فرهنگی پرورش می یابند در آن سهیم می باشند. هسته ی دیگر از تجارب، مختص خود فرد هستند، به این معنی که در برابر فشارهای اجتماعی هر فردی به روش خاص خود واکنش نشان می دهد. همان طور که قبلاً متذکر شدیم تفاوت های فردی رفتاری ممکن است ناشی از تفاوت های زیستی باشد. این تفاوت ها ممکن است ناشی از پاداش ها و تنبیهاتی نیز باشد که والدین بر رفتار کودکان خود اعمال می کنند. به جز تجربه های مشترک و وراثت زیستی خاص و شیوه های خاص انتقال فرهنگ که بر فرد اثر می گذارند، تجربه های معینی نیز فرد را شکل می دهند. یک بیماری توأم با دوران نقاهت طولانی ممکن است سبب تقویت تمایل به توجه و مراقبت در شخص گردد و از این راه تأثیر عمیقی بر شخصیت بگذارد. همان طور که گفته شد تجربه های مشترک و اختصاصی فرد با زمینه های ارثی او درهم می آمیزند و آمیزه ی آنها به شخصیت شکل می دهد. حال چگونه این امر واقع میشود و به چه ترتیب می توان شخصیت حاصل از آن را به درستی توصیف نمود، موضوع مورد بحث نظریه گوناگونی است (کریمی، ۱۳۸۷).

مراحل رشد شخصیت

کترل شش مرحله را در رشد شخصیت انسان مطرح کرد که کل زندگی را در بر می گیرند. نوباوگی، که از تولد تا ۶ سالگی ادامه دارد، دوره سازنده مهمی در رشد شخصیت است. در طول این مرحله، کودک تحت تأثیر والدین و همشیرها و تجربیات از شیر گرفتن و آموزش توالد رفتن قرار می گیرد: نگرش های اجتماعی، همراه با من و فرامن، احساس های امنیت و ناامنی، نگرش نسبت به مظاهر قدرت و گرایش احتمالی به روان رنجورخویی، شکل می گیرند. کترل طرفدار فروید نبود، اما چند اندیشه ی فرویدی را جذب کرد یعنی، سال های اولیه ی زندگی در شکل گیری شخصیت حیاتی هستند و تعارض های دهانی و متعددی می توانند بر شخصیت تأثیر گذارند (پترسون و سلیگمن، ۲۰۰۵).

بین ۶ تا ۱۴ سالگی، یعنی مرحله ی کودکی شکل گیری شخصیت، مشکلات روانی معدودی وجود دارد. این مرحله، با شروع گرایش به سوی استقلال از والدین و افزایش همانندسازی با همسالان است. به دنبال مرحله ی کودکی، مرحله پر درد سر و استرس زای رشد یعنی، نوجوانی، بین ۱۴ و ۲۳ سالگی قرار دارد. وقوع اختلال های هیجانی و بزهکاری در طول مدت این دوره پدیدار می شود. افراد جوان دچار تعارض هایی می شوند که در اطراف اشتیاق به استقلال، ابراز وجود و مسایل جنسی قرار دارند. چهارمین مرحله ی رشد، یعنی، بالیدگی از ۲۳ تا ۵۰ سالگی ادامه دارد. در مجموع، این مرحله، از نظر شغل، ازدواج و خانواده رضایت بخش و سازنده است. شخصیت در مقایسه با مراحل قبلی کمتر تغییرپذیر و بیشتر با ثبات می شود و پایداری هیجانی شخص افزایش می یابد. کترل در طول این مرحله تغییر ناچیزی را در علایق و نگرش ها یافت. اواخر بالیدگی (۵۰ تا ۶۵ سالگی) شامل رشد شخصیت در پاسخ به تغییرات جسمانی، اجتماعی و روانی است. بعد از ۵۰ سالگی، سلامتی و نیرو، همراه با جذابیت جسمانی ممکن است کاهش یابد و پایان زندگی فرد در پیش است. در طول این مرحله، افراد باید ارزش های شخصی و جستجو برای خود جدیدی را بازبینی کنند. این بیشتر دیدگاه یونگ درباره ی تغییرات شخصیت میانسالی است. پیری، آخرین مرحله، سازگاری با انواع فقدان ها را در بردارد مثل، مرگ همسر، خویشاوندان و دوستان با از دست دادن شغل برای بازنشستگی، از دست دادن مقام در فرهنگی که جوانی را ستایش می کند و حس فراگیر تنهایی و ناامنی (اخوت و دانشمند، ۱۳۸۵).

رویکرد کترل به شخصیت

به نظر کترل هر کسی شامل مجموعه ای از رفتارهای خود است که او را از دیگران متمایز می سازد و به این علت هیچ دو نفری کاملاً شبیه به یکدیگر نیستند. او برای اثبات و روشن ساختن این فرضیه مهم از مفهوم صفت استفاده می کند. از نظر او

صفت عبارت است از یک ساختار عصبی- روانی. به عبارت دیگر، ظرفیت و استعداد بالقوه ای است برای پاسخ یکسان دادن به محرک های مختلف، به علاوه معتبرترین واحد ارزیابی روانی برای نشان دادن شخصیت افراد و چگونگی شباهت آن ها، همین عامل صفت است. (کریمی و جمهری، ۱۳۸۳).

همچنین از نظر او یک صفت نشان دهنده رفتارهای ثابت، پایدار و مداوم است. برای مثال هر گاه در مقابل افراد ضعیف قرار بگیریم صفت (تسلط) بروز می کند و یا وقتی پولی پیدا کنیم، صفت (درستی) تحریک می شود. شکل گیری و تغییرات این صفات از نظر آلپورت رابطه بسیار نزدیکی با مسائل و عوامل اجتماعی دارد (شاملو، ۱۳۹۰).

کتل صفت را یک ساختار ذهنی^{۲۷} می داند که از مشاهده ی رفتار خاص انسان استنباط می شود و مسئول نظم و تداوم این رفتار است. محور اصلی نظریه او تمایزی است که بین دو نوع صفت قائل می شود. یکی صفات صوری^{۲۸} و دیگری صفات عمقی^{۲۹} یا ریشه ای. صفات صوری مجموعه پدیده های آشکار و بیرونی رفتار هستند که با یکدیگر تجانس دارند اما صفات عمقی که در حقیقت تعیین کننده ی صفات صوری هستند به صورت عوامل و پدیده های زیربنایی شخصیت فعالیت می کنند و باعث شناخت پدیده زیربنایی صفات صوری می شوند. صفات عمقی را فقط به روش تحلیل عوامل می توان شناخت. کتل به صفات عمقی اهمیت بیشتر می دهد، زیرا آنها را اساس و اصل ساختمان شخصیت می داند (شاملو، ۱۳۹۰). صفات عمقی دو دسته اند: صفات سرشتی^{۳۰} و محیطی^{۳۱}. صفات سرشتی یا ارثی را شخص با خود به دنیا می آورد. صفات محیطی در نتیجه تأثیر محیط و تربیت به وجود می آید. برای معلوم داشتن صفات اصلی یعنی مواردی که باید روی آن ها با تحلیل عوامل عملیات صورت گیرد کتل سه روش به کار می برد: شرح حال، ارزشیابی خویشتن و آزمون های عینی (اخوت و دانشمند، ۱۳۸۵).

به نظر کتل هرکس واجد تعدادی رگه است که برخی از آنها بین مردم مشترک و برخی دیگر ویژه هر فرد است. یکی از عوامل وجود رگه های مشترک که هر کس تا حدودی آن را داراست، جنبه های سرشتی اوست. به نظر کتل رگه وجود خارجی ندارد، بلکه سازه ای فرضی است که از مشاهده تدارک عینی رفتار آشکار قابل استنباط است. شناخت رگه ها به ما کمک می کند بتوانیم رفتار فرد را در موقعیت های گوناگون پیش بینی کنیم (آقایوسفی و علیپور، ۱۳۸۸). به نظر کتل عوامل یا صفات واحدهای ساختاری شخصیت هستند. هر کس تا اندازه ای دارای صفات مشترک است. تنها یک یا چند شخص دارای صفت یگانه هستند. صفات توانشی تعیین می کنند که یک شخص تا چه اندازه ای به صورت کارآمد می تواند در جهت یک هدف تلاش کند. صفات خلقی شیوه رفتار هیجانی فرد را توصیف می کند صفات پویشی به انگیزش ها یا نیروهای برانگیزنده رفتار مربوط می شوند. صفات سطحی ویژگی های شخصی هستند که در ارتباط با یکدیگرند. اما چون آنها توسط یک منبع واحد تعیین نشده اند، یک عامل را تشکیل نمی دهند، ۱۶ صفت عمقی که کتل شناسایی کرد، عوامل تکی بوده و هر یک از آنها منبع انحصاری برخی از جنبه های رفتار هستند صفات عمقی ممکن است صفات سرشتی باشند که از شرایط درونی بدن وی سرچشمه می گیرند و یا صفات محیط ساخته که از تأثیرات محیطی حاصل می شوند (شولتز و شولتز، ۱۹۹۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۷).

ویژگی ها یا ابعاد شخصیتی

ابعاد شخصیتی شامل پنج بعد روان رنجور خوئی، برون گرایی، انعطاف پذیری، دلپذیر بودن و مسئولیت پذیری (باوجدان بودن) می باشد.

27- mental structure

28- surface traits

29- Source traits

30- constitutional traits

31- environmental traits

بررسی پیشینه پژوهشی مرتبط با موضوع تحقیق

کالکا^{۳۲} (۲۰۱۴) در پژوهش خود با عنوان کیفیت زندگی، علائم افسردگی و سبک های مقابله ای در برابر استرس در میان افراد با دیابت نوع ۲، به این نتایج دست یافت که افراد مبتلا به دیابت از کیفیت زندگی پایین تر و شدت علائم افسردگی بالاتری برخوردارند و همچنین از سبک های مقابله ای هیجان مدار بیشتری نسبت به افراد سالم استفاده می کنند.

چوهان و شالینی^{۳۳} (۲۰۰۶) در مطالعه ای روی نمونه ای از آزمودنی های هندی دریافتند که بیماران دیابتیک در مقایسه با افراد سالم در مواجهه با استرس، کمتر شیوه های مقابله ای سازگارانۀ مسأله مدار به کار می گیرند. این محققین رابطه بین شاخص های فیزیولوژیک و شاخص های سازگاری روانشناختی را در بیماران دیابتیک نشان دادند و ادعا نمودند که شخصیت بیمار در سازگاری با این بیماری نقش قابل توجهی دارد.

هاشمی و همکاران (۱۳۹۲) پژوهشی را با عنوان نقش ویژگی های شخصیت و راهبردهای مقابله ای در خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام داده اند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که روان رنجوری، برون گرایی و وظیفه شناسی توانستند رفتارهای خودمراقبتی را در بین بیماران دیابتی نوع ۲ پیش بینی کنند و هر دو سبک مقابله ای هیجان مدار و مسأله مدار قادر به تعدیل روابط بین ویژگی های شخصیت و رفتارهای خودمراقبتی بودند.

حاتملو و باباپور خیرالدین (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که نمره افراد غیردیابتی در کیفیت زندگی و ابعاد آن نسبت به افراد دیابتی در سطح بالاتری قرار داشت. همچنین، افراد غیردیابتی بیشتر به سبک مقابله ای مسأله مدار و افراد دیابتی بیشتر به سبک مقابله ای هیجان مدار و اجتنابی روی می آورند. در این پژوهش بین زنان و مردان نیز از لحاظ ابعاد مختلف کیفیت زندگی و سبک های مقابله ای تفاوت معنی داری وجود داشت.

جمع بندی و نتیجه گیری

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت متغیرهای پژوهش، تحقیقی که به صورت جامع و کامل به بررسی و مقایسه سبک های مقابله ای و ویژگی های شخصیتی و زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم پرداخته باشد، وجود نداشت. بنابراین، محقق در این پژوهش درصدد آن برآمد تا نقص موجود را با انجام این تحقیق و نتایج کاربردی که به دست خواهد آمد، برطرف نماید و راهگشایی به منظور تحقیقات آتی در این زمینه باشد.

روش تحقیق

روش تحقیق حاضر توصیفی و از نوع پس رویدادی یا علی-مقایسه ای است. مقصود از پژوهش پس رویدادی آن است که گروه هایی از لحاظ داشتن متغیر خصیصه ی مورد نظر با هم فرق فرق دارند را با هم مقایسه می کنیم. به عبارت دیگر، پژوهشگر خود متغیر مستقل را تغییر نمی دهد، بلکه گروه هایی را که از حیث متغیر مورد نظر متفاوتند با هم مقایسه می کند تا به علت تفاوت های دو گروه از حیث متغیر مورد نظر پی ببرد.

جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم شهرستان ... سبزوار در سال ۱۳۹۹ است.

روش نمونه گیری و حجم نمونه آماری

روش نمونه گیری از این جامعه به صورت در دسترس بود. طبق آخرین آمار توسط سرپرست شبکه بهداشت و درمان شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۹ تعداد افراد مبتلا به دیابت در سبزوار ۵۱۰۲ نفر بوده که تعداد زنان مبتلا به دیابت در شهرستان

³²- Kalka

³³- Chouhan & Shalini

سبزوار ۲۷۴۸ نفر بودند که به صورت در دسترس ۱۰۰ نفر از آن ها انتخاب شدند. همچنین، به منظور نمونه های سالم، از همراهان این بیماران به تعداد ۱۰۰ نفر انتخاب شدند.

ملاک های ورود به تحقیق شامل ۱- دیابت نوع ۱ و ۲، ۲- داشتن تحصیلات خواندن و نوشتن (به گونه ای که سوالات یا عبارات پرسشنامه ها را بفهمند)، ۳- دامنه ی سنی ۳۰ تا ۶۰ سال بود. همچنین، اگر افراد مبتلا به دیابت که از نوع بارداری بودند و این که دارای مشکل ارگانیکی و عصب شناختی خاصی بودند از این پژوهش کنار گذاشته شدند.

ابزار جمع آوری داده ها

در این پژوهش از دو شیوه ی گردآوری داده ها استفاده شد. یکی از این شیوه ها، روش کتابخانه ای و دیگر شیوه، روش میدانی است. ابزارهای مورد استفاده در روش میدانی شامل پرسشنامه سبک های مقابله ای و پرسشنامه شخصیتی نئو- فرم کوتاه (NEO- FFI) بود.

روش اجرا

در این تحقیق، افراد مبتلا به دیابت به تکمیل پرسشنامه های سبک های مقابله ای لازاروس و فولکمن و پرسشنامه شخصیتی نئو- فرم کوتاه پرداختند. همچنین، در گروه غیر مبتلا (سالم) نیز همراهان افراد مبتلا به عنوان آزمودنی ها انتخاب و پرسشنامه های مذکور توسط آن ها تکمیل شد. سرانجام پس از جمع آوری پرسشنامه ها، از تمام آزمودنی ها، کارکنان و مدیریت مرکز قدردانی به عمل آمد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

در این تحقیق، جهت بررسی داده های آماری از نرم افزار SPSS-20 استفاده شده است. همچنین، برای تجزیه و تحلیل داده های حاصل از پرسشنامه ها، از آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (روش تحلیل واریانس چند متغیره یا مانوا) استفاده شده است.

ملاحظات اخلاقی

- ۱- محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی ها
- ۲- کسب رضایت شخصی از آزمودنی هایی که به سوالات پاسخگو بودند و این که در هر مرحله از پژوهش می توانند از ادامه آن انصراف دهند.
- ۳- استفاده نکردن از نام و اطلاعات آزمودنی ها در تحلیل داده ها و این که تجزیه و تحلیل به صورت گروهی انجام شود.

اطلاعات توصیفی

در این بخش اطلاعات توصیفی داده های به دست آمده از پرسشنامه ها ارائه می شود.

۳۲/۳۶ درصد از زنان مبتلا به دیابت در این پژوهش، در طبقه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۴۵/۱۷ درصد از زنان مبتلا به دیابت در طبقه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۲۲/۴۷ درصد از این زنان در طبقه سنی ۵۰-۶۰ سال قرار دارند.

۴۴/۲۳ درصد از زنان سالم در این پژوهش، در طبقه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۳۵/۱۲ درصد از زنان سالم در طبقه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۲۰/۶۵ درصد از این زنان در طبقه سنی ۵۰-۶۰ سال قرار دارند.

۳۶/۴۲ درصد از زنان مبتلا به دیابت در مقطع دیپلم، ۴۳/۷۵ درصد در مقطع کاردانی و ۱۹/۸۳ درصد نیز در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل می باشند.

۱۸/۲۲ درصد از زنان سالم در مقطع دیپلم، ۳۴/۷۵ درصد در مقطع کاردانی و ۴۷/۰۳ درصد نیز در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل می باشند.

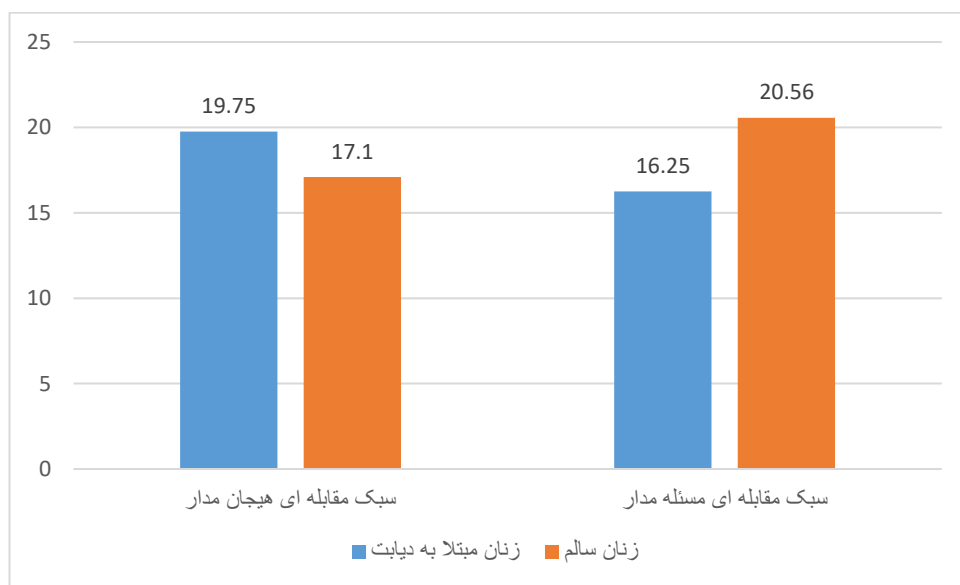
لازم به ذکر است که آزمودنی های این پژوهش از لحاظ متغیرهای سن و مقطع تحصیلی مورد همسازی قرار گرفتند.

توزیع میزان سبک های مقابله ای زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم:

در جدول ۳ مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه سبک های مقابله ای به تفکیک زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم ارائه شده است.

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار سبک های مقابله ای

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار
سبک مقابله ای هیجان مدار	زنان مبتلا به دیابت	۱۹/۷۵	۴/۸۲
	زنان سالم	۱۷/۱۰	۳/۹۰
سبک مقابله ای مسئله مدار	زنان مبتلا به دیابت	۱۶/۲۵	۳/۲۸
	زنان سالم	۲۰/۵۶	۵/۱۱



نمودار ۱) میانگین و انحراف معیار سبک های مقابله ای

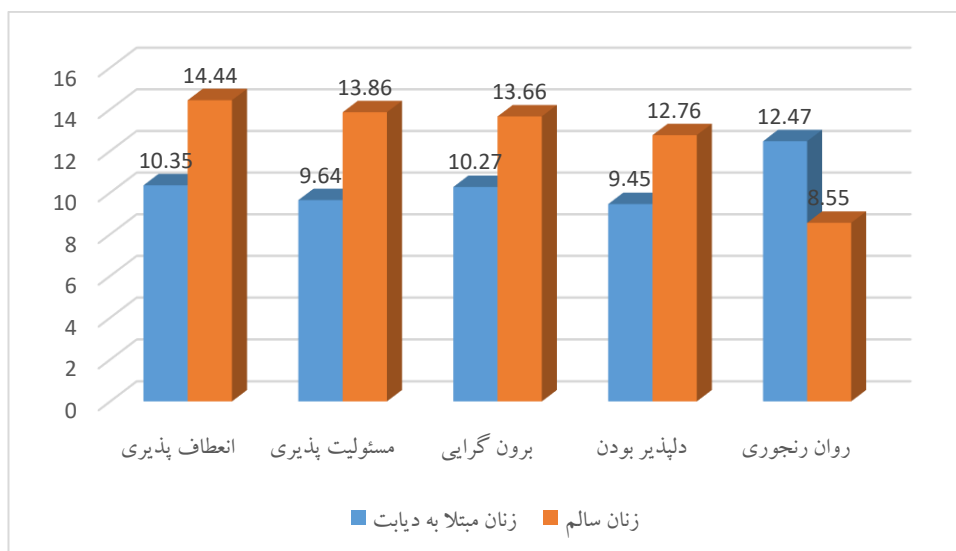
همان طور که در جدول ۳ و نمودار ۱ مشاهده می شود، زنان مبتلا به دیابت در سبک مقابله ای هیجان مدار (۱۹/۷۵) نسبت به زنان سالم از میانگین بالاتری برخوردار هستند؛ در حالی که زنان سالم در سبک های مقابله ای مسئله مدار (۲۰/۵۶)، نسبت به زنان مبتلا به دیابت از میانگین بالاتری برخوردارند.

توزیع میزان ویژگی های شخصیتی زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم:

در جدول ۴ مشخصه های آماری نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه شخصیتی نتو به تفکیک زنان مبتلا به دیابت و زنان سالم ارائه شده است.

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار ویژگی های شخصیتی

متغیر	گروه ها	میانگین	انحراف معیار
بعد انعطاف پذیری	زنان مبتلا به دیابت	۱۰/۳۵	۳/۲۲
	زنان سالم	۱۴/۴۴	۵/۶۷
بعد مسئولیت پذیری	زنان مبتلا به دیابت	۹/۶۴	۲/۷۵
	زنان سالم	۱۳/۸۶	۵/۴۷
بعد برون گرایی	زنان مبتلا به دیابت	۱۰/۲۷	۳/۹۳
	زنان سالم	۱۳/۶۶	۴/۸۹
بعد دلپذیر بودن	زنان مبتلا به دیابت	۹/۴۵	۲/۳۸
	زنان سالم	۱۲/۷۶	۴/۷۶
بعد روان رنجوری	زنان مبتلا به دیابت	۱۲/۴۷	۴/۸۸
	زنان سالم	۸/۵۵	۲/۹۵



نمودار ۲) میانگین و انحراف معیار ویژگی های شخصیتی

همان طور که در جدول ۴ و نمودار ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات زنان مبتلا به دیابت تنها در ویژگی شخصیتی روان رنجوری (۱۲/۴۷) بالاتر از میانگین نمرات زنان سالم می‌باشد، در حالی که در دیگر ویژگی های شخصیتی مانند انعطاف پذیری (۱۴/۴۴)، مسئولیت پذیری (۱۳/۸۶)، برون گرایی (۱۳/۶۶) و دلپذیر بودن (۱۲/۷۶)، زنان سالم از میانگین بالاتری برخوردار هستند.

خلاصه پژوهش

۳۲/۳۶ درصد از زنان مبتلا به دیابت در این پژوهش، در طبقه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۴۵/۱۷ درصد از زنان مبتلا به دیابت در طبقه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۲۲/۴۷ درصد از این زنان در طبقه سنی ۵۰-۶۰ سال قرار داشتند. ۴۴/۲۳ درصد از زنان سالم در این پژوهش، در طبقه سنی ۳۰-۴۰ سال، ۳۵/۱۲ درصد از زنان سالم در طبقه سنی ۴۰-۵۰ سال و ۲۰/۶۵ درصد از این زنان در طبقه سنی ۵۰-۶۰ سال قرار داشتند. ۳۶/۴۲ درصد از زنان مبتلا به دیابت در مقطع دیپلم، ۴۳/۷۵ درصد در مقطع کاردانی و ۱۹/۸۳ درصد نیز در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند.

۱۸/۲۲ درصد از زنان سالم در مقطع دیپلم، ۳۴/۷۵ درصد در مقطع کاردانی و ۴۷/۰۳ درصد نیز در مقطع کارشناسی مشغول به تحصیل بودند.

زنان مبتلا به دیابت در سبک های مقابله ای فاصله گرفتن، حمایت طلبی و گریز- اجتناب نسبت به زنان سالم از میانگین بالاتری برخوردار هستند؛ در حالی که زنان سالم در سبک های مقابله ای مستقیم، خودکنترلی، پذیرش مسئولیت، حل مسئله و ارزیابی مجدد مثبت از زنان مبتلا به دیابت از میانگین بالاتری برخوردارند.

همچنین، میانگین نمرات زنان مبتلا به دیابت تنها در ویژگی شخصیتی روان رنجوری بالاتر از میانگین نمرات زنان سالم می باشد، در حالی که در دیگر ویژگی های شخصیتی مانند انعطاف پذیری، مسئولیت پذیری، برون گرایی و دلپذیر بودن، زنان سالم از میانگین بالاتری برخوردار هستند. با توجه به نتایج پژوهش، توجه به متغیرهای شناختی از جمله ویژگی های شخصیت و سبک های مقابله ای در بیماران دیابتی می تواند به بهبود روند بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان کمک شایان توجهی نماید.

پیشنهادهای

- ۱- مطالعه رابطه سبک های مقابله ای با پیروی از درمان و کیفیت زندگی در این بیماران پیشنهاد دیگر پژوهش حاضر است تا در نظر گرفتن یافته ها، تدارک برنامه های آموزشی ویژه بیماران دیابتیک به منظور ارائه اطلاعات دقیق و صحیح از این بیماری و مداخله موثر در سبک های مقابله ای آنان صورت گیرد.
- ۲- با توجه به نتایج پژوهش، توجه به متغیرهای شناختی از جمله ویژگی های شخصیت و سبک های مقابله ای در بیماران دیابتی می تواند به بهبود روند بیماران و افزایش کیفیت زندگی آنان کمک شایان توجهی نماید، لذا به دست اندرکاران مراکز مرتبط با این بیماران پیشنهاد می شود تا اقدامات لازم را مبذول فرمایند.

منابع و مراجع

- [۱] اخوت، و؛ و دانشمند، ل. (۱۳۸۵). ارزشیابی شخصیت. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.
- [۲] اشرف جهانیان، ع. (۱۳۹۰). رابطه سبک های تفکر و استرس با راهبردهای مقابله با آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- [۳] افسری، م. (۱۳۸۹). بررسی سبک های مقابله با استرس در ورزشکاران حرفه ای. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سیستان و بلوچستان.
- [۴] آقامحمدیان، ج. ر؛ قنبری، ب. ع؛ واعظی، م. (۱۳۸۹). بررسی مقایسه ای عوامل استرس زا و راهکارهای مقابله ای در افراد مبتلا به دیابت و سالم. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، ۱۷(۱)، ۲۷-۳۲.
- [۵] باقیانی مقدم، م. ح؛ افخمی اردکانی، م؛ مظلومی، س. س؛ و سعیدی زاده، م. (۱۳۸۵). بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ یزد. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۴(۴)، ۴۹-۵۴.
- [۶] پیروزپناه، س. (۱۳۸۸). بررسی رابطه Hs-CRP با بیماری دیابت نوع ۲ در افراد چاق. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز تهران.
- [۷] حسن زاده، پ؛ علی اکبری دهکردی، م؛ و خمسه، م. ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲، ۱۲-۲۱.
- [۸] حاتملو، م؛ و باباپور خیرالدین، ج. (۱۳۹۳). مقایسه صفات شخصیتی و سیستم بازداری/ فعال سازی رفتاری در زنان دیابتی و غیر دیابتی. دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض، ۱۸(۳)، ۲۳۹-۲۴۶.
- [۹] حاتملو سعدآبادی، م. (۱۳۸۸). نقش کانون کنترل سلامت و گرایش های علیتی در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- [۱۰] حسن زاده، پ؛ علی اکبری دهکردی، م؛ و خمسه، م. ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت، ۲، ۱۲-۲۱.
- [۱۱] حاتملو سعدآبادی، م. (۱۳۸۸). نقش کانون کنترل سلامت و گرایش های علیتی در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز.
- [۱۲] جمالی فر، ص. (۱۳۹۰). رابطه هوش شناختی، ویژگیهای شخصیتی و هوش هیجانی با عملکرد ورزشی بانوان بسکتبالیست لیگ برتر و دسته یک. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- [۱۳] توکلی، ا. (۱۳۹۰). نقش عوامل شخصیتی و راهبردهای مقابله ای در پیش بینی تاب آوری بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- [۱۴] زارعی، س؛ و اسدی، ز. (۱۳۹۰). مقایسه ی ویژگی های شخصیتی و سبک های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار. فصلنامه اعتیاد پژوهی مؤمصرف مواد، ۵(۲۰)، ۸۷-۱۰۴.
- [۱۵] ذوقی فیاض، ا. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های فرزندخواندگی بر کاهش تنیدگی و تغییر سبک های مقابله ای زوجین متقاضی فرزندخواندگی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه پیام نور مرکز تهران.
- [۱۶] رضایی کارگر، ف؛ کریندی، س؛ حسن آبادی، ح؛ و اسماعیلی، ج. (۱۳۸۴). نوع شخصیت و میزان پیروی از رژیم های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی. فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۱(۴)، ۴۴۸-۴۴۱.
- [۱۷] سلیمان نژاد، ا؛ همدی، پ؛ و سودی، ح. (۱۳۹۰). بررسی رابطه سبک های مقابله ای و فرسودگی شغلی با سلامت روانی در پزشکان ارومیه. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۰(۳۷)، ۲۲۶-۲۳۶.
- [۱۸] سرمد، ز؛ بازرگان، ع؛ حجازی، ا. (۱۳۹۳). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
- [۱۹] صبحی، ا؛ احدی، ح؛ رجب، ا؛ و حجازی، م. (۱۳۹۰). رابطه ی ویژگی های شخصیتی والدین و عملکرد خانواده با کنترل متابولیک در کودکان مبتلا به دیابت نوع اول. دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۱۲(۴۳)، ۱۷-۳۲.
- [۲۰] صادقی موحد، ف؛ مولوی شرقی، ا؛ نریمانی، م؛ محمدنیا، ح؛ دیلمی، پ؛ رجبی، س. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط شیوه های مقابله ای و سلامت روانی در بیماران دیابتی. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲(۲)، ۷-۴۸۰.
- [۲۱] سعادت جو، س. ع؛ رضوانی، م. ر؛ طبعی، ش؛ عودی، د. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ با افراد غیردیابتی. مراقبت های نوین، فصلنامه علمی- پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱(۱)، ۳۱-۲۴.

- [۲۲] شاملو، س. (۱۳۹۰). مکتب ها و نظریه ها در روانشناسی شخصیت. تهران: انتشارات رشد.
- [۲۳] شولتز، د؛ و شولتز، س. (۱۹۹۸). نظریه های شخصیت. ترجمه: محمدی، سید یحیی (۱۳۸۷). تهران: موسسه نشرهما.
- [۲۴] فیست، جس؛ و فیست، گریوری جی. (۱۳۸۶). نظریه های شخصیت. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: انتشارات روان.
- [۲۵] فرامرزی، ح؛ باقری، پ؛ بهرامپور، ع؛ حلیمی، ل؛ رحیمی، ن؛ ابراهیمی، م. (۱۳۹۰). بررسی مقایسه ای شیوع دیابت و فشارخون در مناطق روستایی استان فارس با مناطق روستایی کشورهای منطقه ی مدیترانه شرقی. مجله ی غدد درون ریز و متابولیسم ایران، ۱۳(۲)، ۱۵۷-۱۶۴.
- [۲۶] کدیور، پ. (۱۳۸۱). روانشناسی شخصیت، نظریه و تحقیق. تهران: نشر رسا.
- [۲۷] کریمی، ی. (۱۳۸۷). نظریه های شخصیت. تهران: انتشارات ارسباران.
- [۲۸] کریمی، ی؛ و جمهری، ف. (۱۳۸۳). تفاوت های فردی. تهران: انتشارات رشد.
- [۲۹] گروسی فرشی، م. (۱۳۸۰). رویکردی نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت). تبریز: نشر دانیال و جامعه پژوه.
- [۳۰] مالکی، م. (۱۳۸۸). بررسی پلی مورفیسم های ژن رسپتور ویتامین D در بیماران دیابتی تیپ ۱ و ارتباط آن با برخی عوارض دیابتی. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- [۳۱] محمود علیلو؛ م؛ اسبقی پور، م؛ نریمانی، م؛ آقامحمدزاده، ن. (۱۳۹۳). رابطه بین ویژگی های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان در بیماران دیابتی. روان پرستاری، ۲(۳)، ۷۷-۸۵.
- [۳۲] مظلومی بفروئی، ن؛ افخمی اردکانی، م؛ شمس اسفندآباد، ح؛ و جلالی، م. (۱۳۹۲). رابطه ساده و چندگانه تاب آوری و سرسختی با سبک های مقابله هیجان مدار و مسئله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد. فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل، ۱ (۲)، ۳۹-۴۹.
- [۳۳] نجات، س.، منتظری، ع.، هلاکوئی نائینی، ک.، محمد، ک.، و مجدزاده، ر. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: ترجمه و روان سنجی گونه ی ایرانی. فصلنامه دانشکده ی بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۴)، ۱-۱۲.
- [۳۴] هاشم زاده، ر. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه سبک های مقابله ای و باورهای غیرمنطقی در طلاب و دانشجویان پسر شهرستان قم در سال ۸۴. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- [35] Anderson RM, Funnel MM. (2014). The Diabetes empowerment scale. A measure of psychosocial self- efficacy. Diabetes care, 23, 739-743.
- [36] Andrew J. (2007). Guideline and performance measures for diabetes. AJMC, 13(2), 41-46
- [37] Booth-Kewley, S., Vickers, R. R. (2008). Associations between major domains of personality and health behavior. Journal Personal, 62(2), 281-298.
- [38] Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., Bousono, M. (2011). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry, 16(4), 239-242.
- [39] Blanchard, B. (1997). Preventive stress management in organizations. New York: American Psychological Association.
- [40] Beasley, M., Thompson, T., Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. Journal of Personality and Individual Differences, 34(1), 77-95.
- [41] Coelho, R., Amorim, I., Prata, J. (2003). Coping styles and quality of life in patients with non – insulin- dependent diabetes mellitus. Psychosomatics, 44(4), 312-318.
- [42] Chouhan, V. L., Shalini, V. (2006). Coping strategies for stress and adjustment among diabetics. Indian Academy of Applied Psychology, 32(2), 106-111.
- [43] Camacho, F., Anderson, R. T., Bell, R. A., Goff, D. C., Duren– Winfield, V., Doss, D. D. (2002). Investigating correlates of health relates quality of in a Low - income sample of patients with diabetes. Qual Life Res, 11(8), 783-796.

- [44] Cooper, C., Payne, R. (1994). Causes, coping and consequences of stress at work. New York: John Wiley & Son Ltd.
- [45] Chang, E., Daly, J., Hancock, K., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V., & Lambertm C. (2006). The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22(1), 30-38.
- [46] Cox S. (1994). How I coped emotionally with diabetes in my family. *Profcare Mother Child*. 4(5), 139-141.
- [47] Deyo, R. A. (2005). The quality of life and research and care. *Annals of Internal Medicine*, 7(1), 29-33.
- [48] Folkman, S. & Lazarus R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466-475.
- [49] Fitzgerald, M. J. (2000). Coping with chronic illness. Philadelphia: Davis Company.
- [50] Gafvels, C., & Wandell, P. E. (2006). Coping strategies in men and women with type 2 diabetes in Swedish primary care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 71, 280-289.
- [51] Green, L.W., Kreuter, M. W. (1999). Health promotion planning: An education and ecological approach. London: Mayfield publishing Co.
- [52] Glasgow, R. E., Ruggiero, L., Eakin, E. G., Dryfoos, J., Chobanian, I. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20(4), 562- 567.
- [53] Folkman, S., Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side coping. *American Psychologist*. 55(6), 647-654.
- [54] Kalka, D. (2014). The quality of life, symptoms of depression and coping with stress among individuals with type 2 diabetes-preliminary study. *Psychiatria Polska*, 48(5), 931-940.
- [55] Kotsanos, J. C., Marrfero, D., Viginati, J. G., Mathias, A. D., Huster, W. (1997). Health-related quality of life results from multinational clinical trial of insulin lipro. *Diabetes Care*, 20(6), 948- 958.
- [56] Kennedy, P., Llewelyn, S. (2006). The essentials of clinical health psychology. Johnwiley & Sons Ltd. The Atrium.
- [57] Lane, J. D., McCaskill, C. C., Williams, P. G., Parekh, P. I., Feinglos, M. N., & Surwit, R. S. (2000). Personality correlates of glycemic control in type2 diabetes. *Diabetes Care*, 23(9), 1321-1325.
- [58] Lou, P Qin, Y., Zhang, P., Chen, P., Zhang, L., Chang, G., Li, T., Qiao, C., Zhang, N. (2015). Association of sleep quality and quality of life in type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in China. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 107(1), 69-76.
- [59] Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1985). Coping and adaption. In: Gentry WD. *Handbook of behavioral. Medicine*. New York: Gilford Press.
- [60] Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 243.247.
- [61] McCrea, R. R., Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of NEO Five Factor Inventory. *J Personal Indiv Differ*, 36(7), 587-596.
- [62] McDonald, P. E., Tilley, B. C., Havstad, S. L. (1999). Nurses' perceptions: Issues that arise in caring for patients with diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (2), 425-430.
- [63] Mata Cases, M., Roset Gamisans, M., Badia Llach, X., Antoñanzas Villar, F., Ragel Alcázar, J. (2003). Effect of type-2 diabetes mellitus on the quality of life of patients treated at primary care consultations in Spain. *Aten Primaria*, 31 (8), 493-499.

- [64] Polonsky, W. H. (2000). Understanding and assessing diabetes specific quality of life. *Diabetes Spectrum*, 13, 36-41.
- [65] Pollock-BarZiv, S. M., Davis, C. (2005). Personality factors and disordered eating in young women with type 1 diabetes mellitus. *Psychosomatics*, 46, 11-18.
- [66] Pitts M, Phillips K. (1991). *The psychology of health*. London: Routledge.
- [67] Sanchez, J. M. (2005). Quality of life in insulin treated diabetic out patients. *Diabetes care*, 27, 1066-1070.
- [68] Shen, B. J., Countryman. A. J., Spiro, A., Niaura, R. (2008). The prospective contribution of hostility characteristics to high fasting glucose levels: the moderating role of marital status. *Diabetes Care*, 31, 1293-1298.
- [69] Tuncay, T., Musabak, I., Engin Gok, D., Kutlu, M. (2008). The relationship between anxiety, coping strategies and characteristics of patients with diabetes. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6 (79), 1-9