میترا مصلحی جویباری*[1]، فاطمه مصلحی جویباری[2]

[1] دکتری روانشناسی تربیتی، استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، مؤسسه آموزش عالی فروردین، قائمشهر، ایران

[2] دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، ساری، ایران

* نشانی نویسنده مسئول:

دانشکده علوم انسانی، مؤسسه آموزش عالی فروردین، قائمشهر، ایران

نشانی الکترونیک:
mitra.moslehi@gmail.com

مقاله تحقیقی

پیش‌بینی سرمایه روانشناختی بیماران دیابتی بر اساس ویژگیهای شخصیتی و وضعیت اجتماعی–اقتصادی با میانجیگری خودناتوان سازی

چکیده

زمینه: هدف از این پژوهش، پیشبینی سرمایهٔ روانشناختی براساس وضعیت اجتماعی، اقتصادی و ویژگی‌های شخصیتی با میانجیگری خودناتوان سازی در بیماران دیابتی بود.

روش کار: روش پژوهش توصیفی– همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که از سالهای ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ در انجمن دیابت شهر قائمشهر دارای پرونده پزشکی بوده‌اند، می‌باشند. با استناد از بایگانی؛ ۲۴۰۰ نفر در این مدت در انجمن دیابت دارای پرونده بوده، که جامعه آماری این پژوهش را تشکیل داده اند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان، ۳۵۰ نفر برآورد شد. افراد گروه نمونه به چهار پرسشنامهٔ سرمایه روانشناختی لوتانز (PCQ)، پرسشنامه ویژگیهای شخصیتی کاستا و مک‌کری (NEO)، پرسشنامه وضعیت اجتماعی – اقتصادی قدرت نما (SES) و پرسشنامه خودناتوان سازی جونز و رودولت (SHS) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری با کمک نرم افزار AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: تحلیل مدل مفهومی پژوهش نشان داد که بین وضعیت اجتماعی اقتصادی به همراه صفات شخصیت و با میانجیگری خودناتوان سازی رابطه معناداری وجود دارد و این متغیرها سرمایه روان شناختی را در مبتلایان به دیابت پیش بینی میکنند که با داده‌های گردآوری شده برازش دارد (χ^2 (N = 331، df = 32) = 116.228، CFI = 0.925، GFI = 0.950، AGFI = 0.878 و RMSEA = 0.078).

نتیجه گیری: بنابراین میتوان نتیجه گرفت که پرداختن به ابعاد مختلف سرمایه روانشناختی می تواند وضعیت بهداشت و درمان، ابعاد مختلف شخصیت، وضعیت اجتماعی– اقتصادی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی را ارتقاء داده و دسترسی خدمات این عرصه را بهبود بخشد.

واژگان کلیدی: سرمایه روانشناختی، ویژگی‌های شخصیتی، وضعیت اجتماعی–اقتصادی، خودناتوان سازی، بیماران دیابت نوع ۲

مقدمه

طبق برآورد سازمان جهانی سلامت، بیماری‌های مزمن اصلی‌ترین دلیل مرگ و میر و ناتوانی عمومی در سال ۲۰۲۰ است و دو سوم تمام بیماری‌ها را به خود اختصاص داده است (۱). امروزه، منابع پژوهشی گسترده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد اگرچه ممکن است عوامل رفتاری و روانشناختی در شروع درد نقش چندان بارزی نداشته باشند اما این عوامل در استمرار درد و ناتوانی ناشی از آن نقش قاطعی ایفا می‌کنند (۲ و ۳). یکی از مهمترین بیماری‌های مزمن، دیابت است که پنجمین علت مرگ و میر در اغلب کشورهای جهان می‌باشد، و سبب ایجاد ناتوانی، ازکارافتادگی، هزینه‌های بالای درمانی و افزایش مرگ و میر می‌شود (۴). در واقع، دیابت، شایع‌ترین بیماری غددی در جهان و مسئول حدود ۴ میلیون مرگ در جهان است (۵). و فقط به عنوان یک بیماری شناخته نمی‌شود بلکه شامل یک سری از بیماری‌های متابولیک است که ناشی از اختلال در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین یا هر دو می‌باشد و با بالا رفتن قندخون مشخص می‌شود (۶). دیابت یک نگرانی فزاینده مهم بهداشت عمومی است (۷).

بیشتر اهمیت بیماری دیابت به علت شیوع بالای آن و عوارض متعددی می‌باشد که متعاقب آن ایجاد می‌شود. امروزه دیابت به عنوان یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی – درمانی و اجتماعی – اقتصادی جهان محسوب می‌شود (۸). سازمان جهانی بهداشت[1] با توجه به آمار و روند رو به تزاید بیماری دیابت در جهان، آن را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرد. شیوع جهانی دیابت در سال ۲۰۱۰ در بزرگسالان ۴/۶ درصد معادل ۲۸۵ میلیون نفر و در سال ۲۰۱۲ حدود ۳۷۱ میلیون نفر بود که تخمین زده می‌شود تا سال ۲۰۳۰ به ۵۵۲ میلیون نفر برسد (۹).

در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ منتشر شد نشان داد که شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه به طور قابل توجهی تا سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت و برآورد می‌شود نرخ سالانه دیابت تا سال ۲۰۳۰ در ایران بعد از پاکستان به رتبه دوم برسد (۱۰). دیابت عوارض جسمی عمده‌ای دارد که منجر به کاهش کیفیت زندگی و کاهش ارتقا سلامت می‌شود ولی عوارض اجتماعی و پیامدهای روانشناختی ناشی از بیماری تا حدی است که میزان عوارض آن را با شدت درد سنجیده و مورد بررسی قرار می‌دهیم (۴). انجمن بین المللی درد، درد را این گونه تعریف می‌کند: تجربه‌های ناخوشایند همراه با دو بعد حسی و هیجانی که ممکن است با آسیب بافتی مشخصی همراه باشد یا نباشد و توسط عوامل چندگانه شناختی، عاطفی و محیطی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (۱۱).

درد مزمن یک مشکل در سلامتی است که به طور عمده و سریع در حال رشد می‌باشد. مطالعات همه‌گیرشناسی اشاره می‌کند که درد مزمن در ۱۱–۳۰ درصد از جمعیت عمومی روی می‌دهد (۱۲). در جمعیت عمومی بزرگسال (۱۸ تا ۶۵ سال) ایرانی، شیوع ۶ ماهه درد مزمن مستمر از ۹ درصد تا ۱۴ درصد و در جمعیت سالمند (۶۰ تا ۹۰ سال) حدود ۶۷ درصد گزارش شده است (۱۳).

امروزه برای تبیین و درمان بسیاری از بیماری‌های جسمی، مخصوصا درد مزمن مانند دیابت، الگوی زیست شناختی صرف که منشاء همه بیماری‌ها را نارسایی زیست‌شناختی معرفی می‌کند، استفاده نمی‌شود. پژوهش‌های جدید، سبب شناسی اکثر اختلالات جسمی از جمله درد مزمن را، در قالب نظریه‌های زیستی، روانی، اجتماعی، توضیح می‌دهند (۱۴).

وقتی درد بلندمدت است، اثرات زیستی، روانی و اجتماعی ثانویه می‌توانند نقش قابل توجهی را در افزایش و دوام بسیاری از مشکلات بازی کنند و کیفیت و ارتقا سلامت را کاهش دهد. در مجموع اکنون توافق عمومی بر این است که وجود و وسعت آسیب جسمی قادر به تبیین کامل شدت درد و علایم جسمی گزارش شده در بین بیماران مبتلا به درد مزمن نیست و با اتکا صرف به وجود و وسعت آسیب جسمی نمی‌توان تفاوت‌های موجود در میزان سازگاری بیماران درد مزمن را تبیین کرد (۱۵).

یکی از مؤلفه‌های زندگی مثبت و معنادار در جهت سازگاری با درد مزمن، داشتن سرمایهٔ روانشناختی ۲ است و با ویژگیهایی از قبیل باور فرد به توانایی‌هایش برای دستیابی به موفقیت، داشتن پشتکار در دنبال کردن اهداف، ایجاد اسنادهای مثبت درباره خود و تحمل کردن مشکلات تعریف می‌شود (۱۶). سرمایهٔ روانشناختی عبارت است از مجموعه‌ای از صفات و توانمندی‌های مثبت افراد و سازمانها که می‌تواند مانند یک منبع قوی در رشد و ارتقاء فرد و سازمان نقش داشته باشد (۱۷).

و متشکل از چهار مولفه امید (اراده و یا پویایی و راهکار و یا راه چاره) خودکارآمدی (اعتماد به نفس و اعتقاد به تحقق اهداف و یا وظایف) انعطاف پذیری (احیاء و فرارفتن از مشکلات) و خوش بینی (سبک اسنادی مثبت درباره وقایع و انتظار آینده مثبت) می‌باشد و زمانی که این مولفه‌ها با هم ترکیب می‌شوند تشکیل یک سازه سطح بالا را می‌دهند که سرمایهٔ روان شناختی نامیده می‌شود (۱۸). برخوردار بودن از سرمایهٔ روانشناختی افراد را قادر می‌سازد تا علاوه بر مقابله بهتر در برابر موقعیت های استرس زا، کمتر دچار تنش شده و در برابر اعم مشکلات از جمله اجتماعی – اقتصادی از توان بالایی برخوردار باشند (۱۹). همانطور که ذکر شد علاوه بر علل جسمانی، عوامل شناختی و عاطفی زیادی با میزان درد بیماران مرتبط است. در افراد مبتلا به بیماری مزمن، وضعیت اجتماعی– اقتصادی، از جمله عواملی است که با بسیاری از بیماری‌ها و عوارض درمان بیماری ارتباط دارد.

1. World health Organization (WHO)

2. Psychological Capital

همواره نگرانی‌های مرتبط با وضعیت اجتماعی- اقتصادی در بیماران مزمن باعث ایجاد و تداوم بیماری جدید می‌گردد، در واقع، منظور از نگرانی‌های وضعیت اجتماعی- اقتصادی، نگرانی‌ها و دلواپسی‌هایی است که فرد در مورد موضوعات مرتبط با شرایط جامعه و خود دارد که می‌تواند سلامت فردی و اجتماعی وی را تحت تاثیر قرار دهد و این نگرانی‌ها بیانگر تمامی موضوعات مهم و اثرگذار بر سلامت و عملکرد آن می‌باشند (۲۰) و کیفیت زندگی و سازگاری فرد را پایین می‌آورد. یکی از متغیرهایی دیگری که در مبتلایان به دیابت نیازمند توجه است، خودناتوان سازی۳ است که در آن افراد از عزت نفس خود در رویارویی با خطرات قابل توجه محافظت می‌کنند. در واقع، خودناتوان سازی، راهبردی دفاعی است که در آن فرد قبل از عملکرد، موانعی را ایجاد می‌کند تا به وسیلهٔ آن اسنادهایش را بعد از آن عملکرد دستکاری کند (۲۱). لذا این پژوهش با هدف، بررسی و پیش‌بینی سرمایه روانشناختی بیماران دیابتی بر اساس ویژگیهای شخصیتی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی با میانجیگری خودناتوان سازی انجام شد.

روش پژوهش

روش پژوهش همبستگی مبتنی بر مدل سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو که از سالهای ۱۳۹۷- ۱۳۹۶ در انجمن دیابت شهر قائمشهر دارای پرونده پزشکی بوده‌اند، می باشند. با استناد از بایگانی ۲۴۰۰ نفر در این مدت در انجمن دیابت دارای پرونده بوده که جامعه آماری این پژوهش را تشکیل داده اند. حجم نمونه با استفاده از جدول مورگان ۳۵۰ نفر برآورد شده است (۲۲).

ابزار پژوهش

در این پژوهش چهار پرسشنامه زیر مورد استفاده قرار گرفته است:

۱.پرسشنامه سرمایه روانشناختی لوتانز

این پرسشنامه توسط لوتانز و همکاران در سال ۲۰۰۷ در قالب ۲۴ سوال و چهار خرده مقیاس امید، تاب‌آوری، خوش بینی و خودکارآمدی ساخته و هنجاریابی شد. (۲۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه معادل ۰/۸۲ محاسبه کرد. اعتباریابی داخلی این پرسشنامه توسط (۲۴) انجام شد و ضریب پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرانباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد.

۲. پرسشنامه وضعیت اجتماعی- اقتصادی

ابزار اندازه گیری وضعیت اجتماعی - اقتصادی پرسشنامه ۱۱ ماده ای ساخته (۲۵) بود که شامل ۴ گویه (میزان درآمد، طبقه اقتصادی، وضعیت مسکن و تحصیلات) می‌باشد و بر اساس طیف پنج ارزشی لیکرت از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) ارزش گذاری شد. (۲۶) روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه را توسط ۱۲ تن از متخصصین تایید کرده اند. با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ پایایی این پرسشنامه ۰/۸۳ گزارش شده است.

۳. پرسشنامه ویژگی‌های شخصیت Mc Crae & Costa

این پرسشنامه توسط (۲۷) به صورت پرسشنامه ۶۰ سوالی برای ارزیابی ۵ عامل اصلی شخصیت (عصبیت، برونگرایی، پذیرش، توافق و وظیفه شناسی) ساخته شد و آلفای کرونباخ آن توسط سازندگان آزمون ۰/۸۹ به دست آمد. ضرایب آلفای این پرسشنامه توسط گروسی بررسی و برای مقیاس‌ها بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۳محاسبه شد.

۴. پرسشنامه خود ناتوانسازی Jones & rhodewalt

این پرسشنامه توسط (۲۸) ساخته شد. همبستگی پرسشنامه خودناتوان سازی با سازه‌های مرتبط با آن مانند عذرتراشی و کمی سعی و تلاش در یک نمونه ۲۴۵ نفری از ۰/۲۷ تا ۰/۶ و همسانی درونی آن از ۰/۳۸ تا ۰/۷۰ گزارش شده است.

داده ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۳۳۱ شرکت‌کننده (۱۴۷ مرد و ۱۸۴ زن) با میانگین و انحراف استاندارد سنی ۵۱/۶۴ و ۱۳/۰۷ سال حضور داشتند. در بین شرکت‌کنندگان ۳۱ نفر (۹/۴ درصد) مجرد و ۳۰۰ نفر (۹۰/۶ درصد) متاهل بودند و ۱۵۰ نفر از (۴۵/۳ درصد) آنان شاغل و ۱۸۱ نفر (۴۴/۷ درصد) بیکار بودند.

در جدول شماره ۱، میانگین، انحراف استاندارد و ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش شامل صفات شخصیتی و مولفه‌های آن، خود ناتوان سازی و سرمایه روان شناختی را نشان می دهد.

بر اساس نتایج جدول شماره ۱ و منطبق بر انتظار صفت روان رنجورخویی شخصیت با متغیر خودناتوان‌سازی به صورت مثبت و با سرمایه روان شناختی به صورت منفی و در سطح معناداری۰/۰۱ همبسته است. برونگرایی با متغیر خودناتوان‌سازی به صورت منفی و با سرمایه روان شناختی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بود. صفت گشودگی در برابر تجربه شخصیت با متغیر خود ناتوان‌سازی به صورت منفی و با سرمایه روان‌شناختی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بود. دو صفت توافق پذیری و وظیفه شناسی شخصیت با سرمایه روان‌شناختی به صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ همبسته بودند.

در این پژوهش به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع تک متغیری، مقادیر کشیدگی و چولگی و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس[۴](VIF) و ضریب تحمل [۵] مورد بررسی قرار گرفت. جدول ۲ کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش را نشان می دهد.

3. self-handicapping

4. variance inflation factor

5. tolerance

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱. صفات شخصیت - روان رنجورخویی	-						
۲. صفات شخصیت - برون گرایی	-۰/۳۸**	-					
۳. صفات شخصیت - گشودگی	-۰/۱۵*	۰/۳۱**	-				
۴. صفات شخصیت - توافق پذیری	-۰/۱۶**	۰/۳۱۰**	۰/۴۶**	-			
۵. صفات شخصیت - وظیفه شناسی	-۰/۲۷**	۰/۲۱**	۰/۲۲**	۰/۲۹**	-		
۶. خود ناتوان سازی	۰/۲۴**	-۰/۱۶**	-۰/۲۱**	-۰/۰۵	-۰/۰۱۱	-	
۷. سرمایه روان شناختی	-۰/۰ ۳۶**	۰/۴۳**	۰/۳۴**	۰/۱۹**	۰/۴۷**	-۰/۴۴**	-
میانگین	۲۱/۸۸	۲۶/۳۵	۲۵/۲۱	۲۶/۱۷	۳۱/۲۶	۸۲/۵۲	۸۴/۸۰
انحراف استاندارد	۶/۹۳	۶/۷۴	۵/۰۲	۴/۵۹	۶/۹۴	۱۵/۰۵	۱۴/۱۸

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱

جدول شماره ۲. کشیدگی، چولگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس (VIF)
وضعیت اجتماعی - اقتصادی - میزان تحصیلات	۰/۷۳۷	۰/۹۳۲	۰/۸۴۹	۱/۱۷۸
وضعیت اجتماعی - اقتصادی - میزان درآمد	۰/۱۳۷	۰/۲۵۱	۰/۶۲۱	۱/۶۰۹
وضعیت اجتماعی - اقتصادی - وضعیت اقتصادی	۱/۰۴۵	۰/۹۴۰	۰/۵۴۹	۱/۸۲۱
وضعیت اجتماعی - اقتصادی - قیمت مسکن محل اقامت	۰/۶۶۱	۰/۳۹۸	۰/۴۹۵	۲/۰۱۹
وضعیت اجتماعی - اقتصادی - توان مالی برای خرید مسکن	۰/۱۰۰	-۰/۶۴۹	۰/۵۹۱	۱/۶۹۲
صفات شخصیت - روان رنجورخویی	-۰/۱۲۲	۰/۵۸۷	۰/۵۶۷	۱/۷۶۳
صفات شخصیت - برون گرایی	۰/۵۱۶	۰/۱۳۲	۰/۴۸۹	۲/۰۴۵
صفات شخصیت - گشودگی	۰/۱۴۱	۰/۲۶۴	۰/۶۵۶	۱/۵۲۵
صفات شخصیت - توافق پذیری	۰/۳۶۳	۰/۳۳۶	۰/۶۳۹	۱/۵۶۴
صفات شخصیت - وظیفه شناسی	-۰/۵۸۰	-۰/۲۲۴	۰/۵۲۴	۱/۹۰۹
خود ناتوان سازی	۰/۴۷۵	۰/۳۲۳	۰/۷۹۵	۱/۲۵۷
سرمایه روان شناختی	-۰/۱۵۳	-۰/۲۸۵	متغیر ملاک	متغیر ملاک

نتایج جدول جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که شاخص های مربوط به چولگی و کشیدگی هیچ کدام از عامل ها از مرز ۲ ± عبور نکرده است (۲۹). معتقد است چولگی و کشیدگی باید بین ۲+ و ۲- باشد تا داده ها به صورت نرمال توزیع شوند. بنابراین می‌توان گفت که توزیع داده‌ها برای هر یک از متغیرهای پژوهش نرمال می باشد. همچنین نتایج جدول ۱۲-۴ نشان می دهد که مسئله همخطی بودن نیز در متغیر های تحقیق رخ نداده است. اگر ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ و ارزش ضریب تحمل کوچکتر از ۰/۱۰ باشد نشان دهنده هم خطی بودن است (۳۰)، در تحقیق حاضر مقادیر بدست آمده از محاسبه عامل تورم واریانس و ضریب تحمل نشان داد که پدیده هم خطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است.

یکی دیگر از مفروضه‌های تحلیل مدل‌یابی معادلات ساختاری، نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری بود که از طریق تحلیل اطلاعات «فاصله مهلنوبایس[6]» مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مقادیر چولگی و کشیدگی نمره‌های فاصله به ترتیب برابر با ۱/۰۸۸ و ۱/۲۷۹ است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری در بین داده ها برقرار است.

به دنبال ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شد. شرط اجرای مدل یابی معادلات ساختاری، اطمینان از برازش قابل قبول مدل اندازه گیری با داده‌های گردآوری شده است. همچنان که شکل ۱ نشان می دهد، در مدل کلی، تنها متغیر وضعیت اجتماعی-

6. Mahalanobis distance (D)

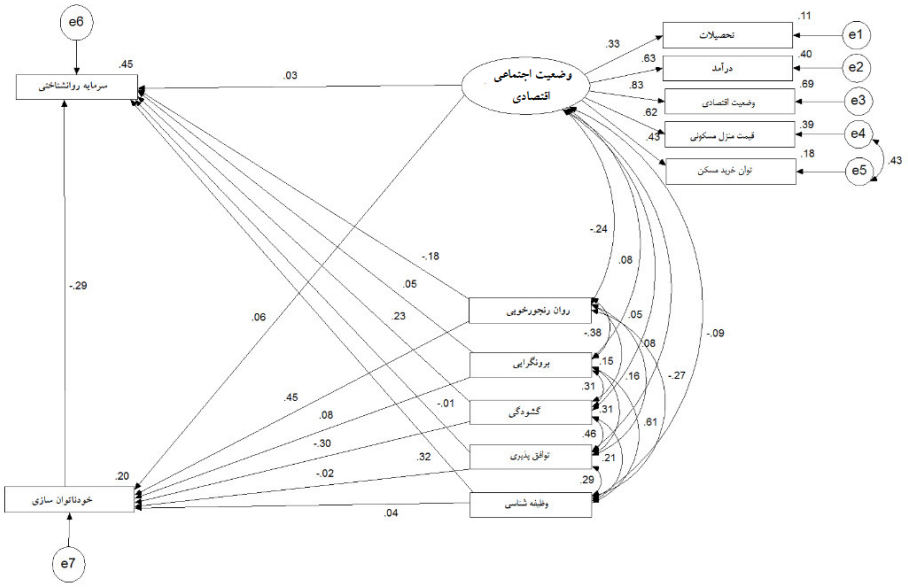
جدول شماره ۳. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

	مسیرها	b	S.E	β	سطح معناداری
ضریب مسیر کل	وضعیت اجتماعی - اقتصادی - سرمایه روان شناختی	۰/۵۳۹	۲/۵۷۴	۰/۰۱۳	۰/۷۷۶
	روان رنجورخویی - سرمایه روان شناختی	-۰/۶۳۵	۰/۱۱۱	-۰/۳۱۱	۰/۰۰۱
	برونگرایی - سرمایه روان شناختی	۰/۰۵۴	۰/۱۳۹	۰/۰۲۶	۰/۶۵۱
	گشودگی - سرمایه روان شناختی	۰/۹۰۳	۰/۱۴۱	۰/۳۲۰	۰/۰۰۱
	توافق پذیری - سرمایه روان شناختی	۰/۰۲۱	۰/۱۶۹	۰/۰۰۷	۰/۹۰۶
	وظیفه شناسی - سرمایه روان شناختی	۰/۶۳۶	۰/۱۵۰	۰/۳۱۲	۰/۰۰۱
ضریب مسیر مستقیم	وضعیت اجتماعی - اقتصادی - سرمایه روان شناختی	۱/۲۶۷	۲/۵۲۳	۰/۰۳۰	۰/۵۳۶
	روان رنجورخویی - سرمایه روان شناختی	۰/۳۷۳	۰/۱۲۷	-۰/۱۸۳	۰/۰۰۶
	برونگرایی - سرمایه روان شناختی	۰/۱۰۱	۰/۱۳۰	۰/۰۴۸	۰/۳۸۷
	گشودگی - سرمایه روان شناختی	۰/۶۶۲	۰/۱۳۹	۰/۲۳۵	۰/۰۰۱
	توافق پذیری - سرمایه روان شناختی	۰/۰۴۱	۰/۱۶۳	۰/۰۱۳	۰/۸۰۸
	وظیفه شناسی - سرمایه روان شناختی	۰/۶۶۰	۰/۱۳۲	۰/۳۲۳	۰/۰۰۱
	وضعیت اجتماعی - اقتصادی - خودناتوان سازی	۲/۷۰۵	۲/۷۵۳	۰/۰۶۱	۲/۲۷۲
	روان رنجورخویی - خودناتوان سازی	۰/۹۷۰	۰/۱۴۰	۰/۴۴۷	۰/۰۰۱
	برونگرایی - خودناتوان سازی	۰/۱۷۵	۰/۱۶۳	۰/۰۷۸	۰/۲۹۱
	گشودگی - خودناتوان سازی	۰/۸۹۲	۰/۲۳۱	۰/۲۹۸	۰/۰۰۱
	توافق پذیری - خودناتوان سازی	۰/۰۷۴	۰/۲۷۳	-۰/۰۲۳	۰/۸۰۱
	وظیفه شناسی - خودناتوان سازی	۰/۰۹۰	۰/۱۷۱	۰/۰۴۲	۰/۵۷۵
ضریب مسیر غیر مستقیم	خودناتوان سازی - سرمایه روان شناختی	۰/۲۶۹	۰/۰۵۳	۰/۲۸۶	۰/۰۰۱
	وضعیت اجتماعی - اقتصادی - سرمایه روان شناختی	۰/۷۲۸	۰/۸۰۳	-۰/۰۱۸	۰/۲۷۲
	روان رنجورخویی - سرمایه روان شناختی	-۰/۲۶۱	۰/۰۶۳	-۰/۱۲۸	۰/۰۰۱
	برونگرایی - سرمایه روان شناختی	۰/۰۴۷	۰/۰۴۵	-۰/۰۲۲	۰/۲۹۱
	گشودگی - سرمایه روان شناختی	۰/۲۴۰	۰/۰۷۲	۰/۰۸۵	۰/۰۰۱
	توافق پذیری - سرمایه روان شناختی	۰/۰۲۰	۰/۰۷۵	۰/۰۰۶	۰/۸۰۱
	وظیفه شناسی - سرمایه روان شناختی	۰/۰۲۴	۰/۰۴۸	۰/۰۱۲	۰/۵۷۵

اقتصادی مکنون بوده و مدل اندازه‌گیری پژوهش حاضر را شکل داده است. در مدل اندازه گیری چنین فرض شده بود که متغیر مکنون وضعیت اجتماعی – اقتصادی به وسیله پنج نشانگر (میزان تحصیلات، میزان درآمد، وضعیت اقتصادی، قیمت منزل مسکونی و توان خرید مسکن) سنجیده می‌شود.

مدل اندازه گیری پژوهش به وسیله تحلیل عاملی تاییدی با استفاده از نرم افزار AMOS و برآورد بیشینه احتمال (ML) تحلیل شد. منطبق بر انتظار شاخص مجذور کای در سطح 0.01 معنادار بود، $(\chi^2 (N = 331، df = 5) = 48.261، p < 0.01$

با توجه به حساسیت شاخص مجذور کای به حجم نمونه، دیگر شاخص‌های برازندگی مورد ارزیابی قرار گرفت و ملاحظه شد که به استثنای شاخص نکویی برازش، هیچ یک از شاخص‌های برازندگی از برازش مدل اندازه گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت نمی کند. شاخص مجذور کای نرم شده (χ^2/df) برابر با ۹/۶۵۲، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با ۰/۸۸۶، شاخص نکویی برازش (GFI) برابر با ۰/۹۴۲ و شاخص تعدیل شده برازندگی (AGFI) برابر با ۰/۸۲۶ به دست آمد. گفته می‌شود شاخص برازش تطبیقی و شاخص نکویی برازش بزرگتر از ۰/۰۹ نشانگر برازش قابل قبول و بزرگتر



شکل ۱ . مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین وضعیت اجتماعی – اقتصادی، صفات شخصیت، خودناتوان سازی و سرمایه روان شناختی

از ۰/۹۵۰ نشانگر برازش عالی مدل با داده های گردآوری شده است. همچنین شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) برابر با ۰/۱۶۲ به دست آمد (گفته می‌شود ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب کوچکتر از ۰/۰۸ نشانگر برازش قابل‌قبول و کوچکتر از ۰/۰۵ نشانگر برازش عالی مدل با داده‌های گردآوری شده است). به همین دلیل شاخص‌های اصلاح ارزیابی و با ایجاد کوواریانس بین دو نشانگر قیمت منزل مسکونی و توان خرید مسکن، مدل اصلاح و در نهایت شاخص‌هایی به دست آمد که بیانگر برازش مطلوب مدل با داده ها بود (RMSEA = 0.070 و AGFI = 0.953، χ^2 (N = 331، df = 4) = 10.392، CFI = 0.983، GFI = 0.987). در مدل اندازه گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر وضعیت اقتصادی (β = 0/798) و پایین ترین بار عاملی متعلق به نشانگر میزان تحصیلات (β=0.314) بود. نشانگر میزان تحصیلات تنها نشانگری بود که بار عاملی آن در پژوهش حاضر پایین تر از ۰/۳۲ بود. اگر چه (۳۰) بارهای عاملی پایین تر از ۰/۳۲ را ضعیف تلقی می کنند، اما با توجه به برازش مطلوب مدل اندازه گیری، نشانگر مزبور از بین نشانگرهای مدل اندازه گیری حذف نشد. در مجموع با توجه به شاخص‌های برازندگی مدل اندازه گیری و بارهای عاملی نشانگر ها چنین نتیجه گیری شد که نشانگرهای مدل اندازه گیری از توان لازم برای اندازه گیری متغیر مکنون پژوهش حاضر برخوردارند.

پس از اطمینان از توان نشانگرها در سنجش متغیر مکنون وضعیت اجتماعی – اقتصادی، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری (شکل ۱) برآورد و مورد ارزیابی قرار گرفت. در مدل ساختاری این پژوهش چنین فرض شده بود که متغیر مکنون وضعیت اجتماعی– اقتصادی به همراه صفات شخصیت و با میانجیگری خودناتوان سازی، سرمایه روان‌شناختی را پیش‌بینی می‌کند. استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری برای ارزیابی چگونگی برازش مدل با داده‌های گرد آوری شده نشان داد که مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده برازش دارد (RMSEA = 0.078 و AGFI = 0.878، GFI = 0.950، CFI = 0.925، χ^2 (N = 331، df = 32) = 116.228). جدول ۳ ضرایب مسیر کل و مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری را نشان می دهد.

بر اساس نتایج جدول شماره ۳، ضریب مسیر کل بین وضعیت اجتماعی – اقتصادی و سرمایه روان‌شناختی در سطح 0/05 غیرمعنادار است (β = 0.013 ،P > 0.05). همچنین در این جدول نشان می دهد که ضریب مسیرکل بین صفت روان رنجورخویی شخصیت و سرمایه روان شناختی منفی و در سطح 0.01 معنادار است (β< 0.01 ،P = -0.311-) ضریب مسیرکل بین صفت گشودگی شخصیت و سرمایه روان شناختی مثبت و در سطح 0.01 معنادار بود (P < 0.01 ،β = 0.320) و ضریب مسیرکل بین صفت وظیفه شناسی شخصیت در پیش بینی سرمایه روان شناختی مثبت و در سطح 0.01 معنادار بود (β = 0.312 P < 0.01).در این جدول نشان می‌دهد، ضریب مسیر بین متغیر خود ناتوان سازی و سرمایه روان شناختی منفی در سطح 0.01 معنادار است (β = -0.286 = P < 0.01).

ضریب مسیر غیر مستقیم بین وضعیت اجتماعی–اقتصادی و سرمایه روان شناختی در سطح 0/05 غیرمعنادار است (β = -0.018, P > 0/05). همچنین، ضریب مسیر غیرمستقیم بین صفت روان رنجورخویی شخصیت در پیش بینی سرمایه روان شناختی منفی و در سطح 0.01 معنادار است (β = -0.128, P < 0.01) و ضریب مسیرغیر مستقیم بین صفت گشودگی شخصیت در پیش بینی سرمایه روان شناختی

مثبت و در سطح 0.01 معنادار است ($\beta = 0.085 = P < 0.01$). در مقابل ضریب مسیر غیرمستقیم مربوط به سه صفت دیگر شخصیت در سطح 0.05 معنادار نبود. بدین ترتیب نتایج پژوهش حاضر نشان داد که متغیر خود ناتوان سازی رابطه بین صفت روان رنجورخویی و سرمایه روان شناختی را به صورت منفی و رابطه بین صفت گشودگی شخصیت و سرمایه روان شناختی را به صورت مثبت و معنادار در مبتلایان به دیابت میانجیگری می‌کند. در ادامه شکل۱ مدل ساختاری پژوهش در تبیین روابط بین وضعیت اجتماعی – اقتصادی، صفات شخصیت، خودناتوان‌سازی و سرمایه روان شناختی را نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج نشان داد، وضعیت اجتماعی – اقتصادی به همراه ویژگی شخصیت و با میانجیگری خودناتوان‌سازی، سرمایهٔ روان شناختی را در مبتلایان به دیابت پیش بینی می‌کند. این یافته‌ها تا حدی با مطالعات (۳۱) همسو است، (۳۲) در پژوهشی نشان دادند که خودکارآمدی پایین، به کارگیری بیشتر راهبردهای خودناتوان ساز را در پی دارد. همچنین با پژوهش (۳۳) همخوان می‌باشد. طبق نظر آنان اثرگذاری آموزش امید بر افراد خودناتوان ساز می‌تواند بدین صورت توضیح داده شود که ایجاد توانمندی امید در افراد باعث می‌شود که آنها علیرغم وجود چالش‌ها، در رابطه با آینده امیدوار باقی بمانند و به نیمهٔ روشن مسائل بنگرند و به شیوهٔ انتخاب شدهٔ خودشان از نظر نتایج مطمئن باشند. در این راستا (۳۴) هم در پژوهشی در رابطه ویژگی های شخصیتی با خود ناتوان سازی، نشان دادند که خود ناتوان سازی رابطه مثبتی با روان رنجوری و رابطه منفی با وجدان گرایی دارد.

در واقع، می‌توان گفت، از دیرباز تا به امروز عوامل اقتصادی اجتماعی یک میل انسانی بنیادی به حساب آمده است. جوامعی که شهروندان آنها نقش کامل و مهمی در جامعه، اقتصاد و زندگی فرهنگی آن ایفا می‌کنند، از سلامت شخصیتی – روانی و توانایی بالاتری نسبت به جوامعی که در آن مردم با مشکلاتی چون ناامنی، محرومیت و بیماری مواجه هستند برخوردار می‌باشند، همچنین، عواملی مثل توسعه اقتصادی، ارتقاء سطح آموزش، سواد و بهبود خدمات اجتماعی، تاثیر مثبتی بر شخصیت، سلامت و رفاه اجتماعی افراد جامعه دارد و وجود این عوامل به گونه‌ای است که زندگی را خوشایند می‌سازد و باعث سازگاری و افزایش ابعاد مختلف سرمایه روانشناختی در زندگی بیماران می‌شود.

وضعیت اجتماعی – اقتصادی پایین، به عنوان یک عامل پیشگویی کننده دیابت نوع ۲، پیامدهای آن و تشدید کننده ریسک فاکتورهای آن توجهات زیادی را به خود معطوف داشته است و به طور کلی، عوامل اجتماعی تاثیر مستقیمی بر سلامت انسانها دارند ناهمسو است. طبق پژوهش‌ها بین عوامل اجتماعی و اقتصادی در بیماران دیابتی رابطه معنادار وجود دارد و افراد با سطح اقتصادی اجتماعی پایین چالش های محیطی بیشتر و منابع روانی اجتماعی کمتری را مانند توانایی در سازگاری تجربه می‌نمایند. از آنجایی که پژوهش حاضر بیماران دیابتی نوع ۲ را طی یک سال اخیر مورد تحقیق و پژوهش قرار داده است می‌توان دلیل این تفاوت در گروه‌های مورد مطالعه را، تفاوت در مدت زمان پیگیری، تفاوت درگروه‌های مورد مطالعه دانست که به ایجاد نتیجه ناهمسو منجر شده است.

نتایج نشان داد، از بین ویژگی‌های شخصیتی، روان رنجورخویی به صورت منفی و گشودگی و وظیفه شناسی به صورت مثبت و معنادار سرمایهٔ روان‌شناختی را در مبتلایان به دیابت پیش بینی می‌کند. با مرور متون پژوهشی مرتبط با، ویژگی‌های شخصیتی روان رنجورخویی، گشودگی و وظیفه شناسی با سرمایهٔ‌های روانشناختی دریافته شد که هیچ مطالعه ای به نحو مشخص، روی این تفاوت در بیماران دیابتی تمرکز نکرده است. اما همسویی این پژوهش، با مطالعات مشابه (۳۵) نشان می‌دهد بین روان رنجوری و سرمایهٔ روانشناختی رابطه منفی معناداری وجود دارد؛ یعنی با افزایش روان رنجوری، سرمایهٔ روانشناختی کاهش می‌یابد. بین گشودگی و وظیفه شناسی با سرمایهٔ روانشناختی رابطه مثبت و معنادار وجود دارد؛ یعنی با افزایش گشودگی و وظیفه شناسی، سرمایهٔ روانشناختی افزایش می یابد.

این پژوهش مانند دیگر پژوهش های انجام شده در حیطه ی مسائل انسانی، با محدودیت‌ها و مشکلاتی مواجه بود که تلاش برای برطرف کردن آنها در پژوهش‌های آتی، می‌تواند مهر تأییدی بر نتایج به دست آمده در این پژوهش باشد. این محدودیت ها عبارتند از: ۱) روایی بیرونی: عدم امکان تعمیم یافته ها به جامعه‌های دیگر است، چرا که این پژوهش تنها بر روی بیماران دیابتی نوع ۲ شهر قائمشهر انجام شده و دامنه واریانس در متغیر وضعیت اجتماعی– اقتصادی زیاد نبوده است. ۲) ابزار اندازه گیری: به این دلیل که ممکن است، نظر و نگرش آزمودنی ها در پاسخ گویی اثر گذار بوده باشد.

پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم پذیری یافته های پژوهش با بهره گیری از شیوه های چند مرکزی (زیر پوشش قرار دادن چند انجمن یا بیمارستان) نمونه‌گیری با حجم بالا انجام شود و جهت فراخوان و حضور هر چه بیشتر بیماران امتیازات در خور توجه به آنها داده شود و تمهیدات لازم جهت شرکت بیمارانی که به دلایل جسمی قادر به آمدن نیستند، در نظر گرفته شود. به دست اندرکاران حوزه سلامت پیشنهاد می گردد که با اندیشیدن تمهیداتی همچون ایجاد مراکز مشاوره ای فعال و قوی و کارگاه‌های آموزشی جهت تقویت ابعاد مختلف سرمایه روانشناختی و کاهش خودناتوان سازی بیماران دیابتی، فشارهای روانی و جسمی ناشی از این بیماری را کاهش داده و با از بین بردن عوارض مختلف ناشی از این بیماری، عملکرد این بیماران را بهبود بخشند.

منابع

1. Epping- Jordan, I., Bengoa, O., Kawar, Sabat, H. (2021). The qualitative content analysis process. Journal of Advanced Nursing, 62(1), 107-15.

2. Nicholas, R. (2020). Bladder symptoDiabet in Diabetes, a review of pathophysiology and management. Expert opinion on drug safety, 9(6), 905-15.

3. Foster, A.; Thomas, A.; Bishop, M.; Dunn, I.; Main, P. (2020). What people with Diabetes perceive to be important to meeting their needs? Journal of Advanced Nursing, 58(1), 11-22.

4. Mehrabizadeh Honarmand Mahnaz, Eidi Baigi Majid, Davoudi Iran. (2011). Comparison of quality of life and mental health in type 1 and 2 diabetic patients and non-diabetic people in Ahvaz city. Journal of Behavioral Science Research, Vol 10(7), 28-36.

5. Shaw, T., Sicree, U., Zimmet, L. C. (2018). Pilot Randomized Control Trial of a Brief Multidisciplinary Consultation Intervention for Treating Sexual Dysfunction in DIABET, Yeshiva University.

6. American Diabetes. (2021). Investigation of Health Promoting Lifestyle and Social Support and Their Correlation among Iranian Women with Diabetes. International Journal of Womens Health and Reproduction Sciences, 6(2), 167-73.

7. Whiting, A,; Guariguata, B,; Wiet, R,; Shaw, E. (2020). Relationship between pain relief and improvements in patient function/quality of life in patients with painful diabetic peripheral neuropathy or postherpetic neuralgia treated with pregabalin. Clinical therapeutics, 35(5), 612-62

8. Garigota, M. M. (2018). Diabetes review. Pharmacy and Therapeutics, 37(3), 175.

9. Wild, J. P.; Roglic, R. B., Green, O. (2015). Sexual dysfunction, A guide for assessment and treatment, Guilford Publications.

10. AARH. (2012). Women with Diabetes, Improving Quality of Life and Reproductive Health Outcomes. American Association of Reproductive Health.

11. Idrisi, Leila. (2019). Factors affecting the quality of life of type 2 diabetic patients in Chahar Mahal Bakhtiari province. Journal of North Khorasan University of Medical Sciences, 3 (1), 13-21.

12. Rustoen, B.; Wahl, K.; Hanestad, F.; Paul, I., Miaskowski, S. (2019). Sexual health definition from the perspective of Iranian experts and description its components. Tehran University Medical. Journal TUDIABET Publications, 73(3), 210-20.

13. Asghari Moghadam, Fardin (2019). Investigating the eight dimensions of the quality of life of diabetic and type 2 patients referred to Sanandaj diabetes center. Journal of Fasa University of Medical Sciences, year 1 (1), 36-39.

14. Saidian Asl, Mohsen; Mohammad Khani, Shahram; Khanzadeh, Mustafa. (2009). Comparison of perceived social support in elderly with chronic pain and elderly in the control group. Third Congress of Psychology. Two quarterly journals of contemporary psychology.

15. Asghari-Moghadam, Mohammad Ali and Golak, Nasser (2004) The role of pain coping strategies in adapting to chronic pain. Daneshvar Behavat, 12(10), 1-22.

16. Luthans F, Luthans K, Luthans BC. (2004). Positive Psychological Capital: Going bgehond human and social capital. Bus horiz. 47 (1):45-50.

17. Avey, J. B., Reichard, R. J., Luthans, F., & Mhatre, K. H. (2011). Meta-analysis of the impact of positive psychological capital on employee attitudes, behaviors, and performance. Human Resource Development Quarterly, 22(2), 127–152.

18. Luthans, F. (2012). Psychological capital: Implications for HRD, retrospective analysis, and future directions. Human Resource Development Quarterly, 23(1), 1-8.

19. Diant Nasab, Medina, Javidi, Hojjat Elah, Bagholi, Hossein. (2013). The mediating role of job stress in the relationship between psychological capital and job performance of employees. Scientific-research quarterly. Psychological methods and models, 4(15), 75-89

20. Miller DH, Fazekas F, Montalban X,Reingold SC, Trojano M. (2020). Pregnancy,sex and hormonal factors in Diabete.Diabete Journal. 20(5):527-36.

21. Mc Crea, S. M. & Hirt, E. R. (2009). The role of ability gudgments in Self-handicapping.

22. Kamali, Samia, Abul Maali, Khadijah. (2015). Prediction of cognitive emotion regulation strategies based on family communication processes and perfectionism in high school teenage girls. Applied Psychology Quarterly, Year 25, Number 9; 291-310.

23. Luthans ،F. ،Avolio ،B. J. ،Avey ،J. B. ،& Norman ،S. M. (2007). Positive psychological capital: Measurement and relationship with performance and satisfaction. Personnel psychology ،60(3) ،541-572.

24. Sarami Forushani, Gholamreza; Akhundi, Nila; Alipour, Ahmed and Arab Shibani, Khadijah. (2013). Validation and investigation of factor structure of psychological capital questionnaire in experts of Iran Khodro Diesel Company. Psychological studies. 10(3), 95-109.

25. Kadrat-Nama, Akbar; Heydari-Nejad, Siddiqa; Dawoodi, Iran. (2012). The relationship between socio-economic status and physical activity level of Shahid Chamran University students. Journal of sports management. Number 16, 5-20.

26. Islami, Ayub. Mahmoudi, Ahmad., Khabeiri, Mohammad., Najafian Razavi, Seyed Mehdi (2012). The role of socio-economic status in the motivation of citizens to participate in public-recreational sports. Applied research in sports management. period 2, number 3 (7 consecutive); 89-104.

27. Mc Crae, R. R., & Costa, P. T. (1985). Adding liebe und arbeit: The full five-Factor Model & well- being,Personality & Social Psychology Bulletin,17(2),227-232.

28. Jones EE , Rhodewalt F.(1982). The self – handicapping scale.UK:Princeton university.

29. Kline, RB (2005). Principles and Practice of Structural Equation Modeling . New York: Guilford. 366 pp., $40.50 paperback, ISBN 978-1-57230-690-5

30. Meyers,L.S , Gamest.G., & Goarin,A.J. (2006).Applied multivariate research, design and interpretation, Thousand oaks. London. New Deihi, Sage publication.

31. Coudevylle, G. R. Gernigon, C. & Martin Ginis, K. A. (2011). Self-esteem, self-confidence, anxiety and claimed self-handicap-

ping: A mediational analysis. Psychology of Sport and Exercise, 12(6), 670-675.

32. Coudevylle, G. R., Gernigon, C., & MartinGinis, K.A. (2011). Self-esteem, self-confidence, anxiety and claimed self-handicapping: A mediational analysis.Psychology of Sport and Exercise, 12, 670-675.

33. Zare Hossein, Mehboubi Taher, Salimi Hossein. (2014). The effect of cognitive training on promoting hope in reducing procrastination and academic self-disability of Payam Noor Bukan University students. Education and evaluation (educational sciences). Scientific-research journal of education and evaluation. year 8, number 32; 110-93.

34. Bobo, J. L. Whitaker, K. C., & Strunk, K. K. (2013). Personality and student self-handicapping: A cross-validated regression Approach, Personality and Individual Differences, 55(5), 619–621.

35. Qolipour, Zahra, Marashi, Seyed Ali, Mehrabizadeh Artman, Mahnaz, Arshadhi, Nasreen. (2015). Resilience as a mediator of the relationship between big five factors of personality and happiness. Educational Psychology Quarterly, 12(39), 135-155.