

نقش ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در بیماران دیابتی نوع ۲

خلیل اسماعیل پور - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

محسن سودمند - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه تبریز

محمدصادق نظری - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی انستیتو روان‌پزشکی ایران

چکیده

از آن‌جا که در درمان بیماران دیابتی به استفاده از برنامه‌های مراقبتی تأکید می‌شود و توجه به ویژگی‌های شخصیتی بیماران، در تبعیت آن‌ها از برنامه‌های مراقبتی مؤثر خواهد بود، این پژوهش ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ را در مقایسه با افراد غیردیابتی بررسی کرده است. آزمودنی‌های پژوهش را ۶۰ نفر از بیماران دیابت نوع ۲ و ۶۰ نفر از سایر بیماران بیمارستان امام‌خیمینی (ره) اردبیل تشکیل دادند که با رعایت معیارهای ورود و خروج در مطالعه، انتخاب و براساس سن و جنسیت هم‌تا شده بودند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌ی تجدیدنظر شده‌ی شخصیت آیزنک (EPQ-R) و پرسشنامه راه‌های مقابله فولکمن و لازاروس (WCQ)، و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل ممیز استفاده شد. نتایج نشان داد که بین دو گروه از نظر ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله با استرس، تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد و تابع تشخیصی حاصل از ترکیب خطی راه‌های مقابله و ابعاد شخصیتی می‌تواند ۸۷/۹ درصد اختلاف بین مبتلایان دیابت نوع ۲ و افراد غیردیابتی را تبیین کنند. براساس نتایج این تحقیق، می‌توان با مدنظر قرار دادن ویژگی‌های روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی و سطح پایین برون‌گرایی، همچنین غالب بودن مقابله هیجان‌مدار در بیماران دیابتی نوع ۲، برنامه‌های مراقبتی مناسبی را تهیه کرد.

واژگان کلیدی: دیابت نوع ۲، برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی، راه‌های مقابله.

دیابت گروهی از بیماری‌های متابولیکی را دربرمی‌گیرد که مشخصه‌ی آن‌ها بالا بودن سطح گلوکز خون^۱ ناشی از درجات مختلف مقاومت بدن فرد در برابر انسولین یا اختلال ترشح انسولین است. دیابت نوع ۱ و نوع ۲ دو شکل اصلی این بیماری هستند و دیابت نوع ۲ تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد مبتلایان را تشکیل می‌دهد (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۰۷). طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۰ حدود ۱۷۱ میلیون بیمار دیابتی وجود داشت، که در سال ۲۰۳۰ به بیش از دو برابر یعنی ۳۶۶ میلیون نفر خواهد رسید (واید، روگلیک، گرین، سیکری و کینگ^۲، ۲۰۰۴). مطابق آمار اعلام شده توسط انجمن دیابت ایران در سال ۱۳۸۵، در ایران بالغ بر ۴ میلیون نفر دیابتی وجود داشت که هر سال یک درصد به این تعداد افزوده می‌شود (رجب، ۱۳۸۵). گسترش این بیماری را به عنوان یکی از بیماری‌های مزمن، در اثر پیامدهای صنعتی شدن و تغییر سبک زندگی مردم می‌دانند. از این عوامل به مصرف غذاهای پرچرب و پرکالری، چاقی، تحرک بدنی کم، فشارخون و کلسترول بالا و استرس اشاره کرده‌اند (نارایان^۳ و همکاران، ۲۰۰۰).

به دنبال کار هولمز و راهه^۴ در سال ۱۹۶۷ و بیان رویدادهای پراسترس زندگی به عنوان یکی از عوامل خطر بیماری‌ها (پاول و انرایت^۵، ۱۳۸۷) و ارایه‌ی مدل زیستی - روانی - اجتماعی توسط انگل^۶ (۱۹۷۷) متخصصان بالینی و محققان به نقش عوامل روانی اجتماعی در بروز، تشدید یا کنترل و پیشگیری بیماری‌ها بیش از پیش توجه می‌کنند. گسترش روزافزون دیابت و عوارض و پیامدهای نگران‌کننده ناشی از آن، از جمله قطع اندام‌های تحتانی، نابینایی، مشکلات عصبی و قلبی - عروقی و شواهد حاصل از تحقیقات، متخصصان بالینی را بر آن داشته است که به نقش اساسی مراقبت بیماران دیابتی در نتایج درمان بیشتر تأکید کنند. از این رو متخصصان بالینی در مراکز درمانی دیابت، علاوه بر دارودرمانی، خدمات مراقبتی از جمله برنامه‌های آموزشی و مراقبتی نیز ارایه

1- hyperglycemia
3- Narayan
5- Powell & Enright

2- Wihd, Roglic, Green, Sicree & King
4- Holms & Rahe
6- Engel

می‌دهند. شواهد نشان داده است که افزایش اطلاعات بیماران به تنهایی کافی نیست بلکه افزایش توانایی بیمار در مقابله مؤثر با استرس‌های حاصل از دیابت در زندگی روزمره، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (شروئرز و ریدر^۱، ۱۹۹۷).

تبعیت از برنامه‌های مراقبتی به ویژگی روانشناختی بیماران بستگی دارد. همچنانچه فیشر^۲ و همکاران (۲۰۰۷) با بررسی ۱۸۶ مقاله‌ی مربوط به عوامل مؤثر در کنترل دیابت، که در فاصله‌ی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۰۶ چاپ شده بود، به این نتیجه رسیدند که در تحقیقات روابط قابل ملاحظه‌ای بین متغیرهای روانشناختی، عوامل رفتاری، مقابله، کنترل متابولیک و کیفیت زندگی به دست آمده است. بیماری دیابت مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد تا جایی که برخی صاحب‌نظران همچون گلاسگوو^۳ آن را درحقیقت یک مسأله‌ی رفتاری و یک بیماری خودمراقبتی قلمداد می‌کنند (نقل از اسنوئک و اسکینر^۴، ۲۰۰۶).

شواهد پژوهشی حاکی از بالا بودن فراوانی انواع رویدادهای استرس‌زا در بین بیماران دیابتی نسبت به سایر بیماران است (حسینی و حقدادی، ۱۳۷۲). البته تحقیقاتی که به بررسی میزان استفاده بیماران دیابتی از راه‌های مقابله با استرس، از جمله مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار فولکمن و لازاروس^۵ (۱۳۸۰) پرداخته اند، نتایج مغایری به دست آورده‌اند. مثلاً گافولز و وندل^۶ (۲۰۰۶) میزان استفاده بیماران دیابتی از روش مقابله مسأله‌مدار را بیش از روش مقابله مسأله‌مدار گزارش کرده‌اند، در حالی که سایر تحقیقات به این نتیجه رسیده‌اند که بیماران دیابتی عمدتاً از روش مقابله هیجان‌مدار (چوهان و شالینی^۷، ۲۰۰۶) یا یکی از انواع فرعی مقابله هیجان‌مدار (باقریان سرارودی، محمودی و احمدزاده، ۱۳۸۸) استفاده می‌کنند. این در حالی است که برخی پژوهشگران بیان کرده‌اند که شیوه‌های

1- Schreurs & Ridder
3- Glasgow
5- Folkman & Lazarus
7- Chouhan & Shalini

2- Fisher
4- Snoek & Skinner
6- Gafvels & Wandell

مسأله‌مدار موجب افزایش موفقیت‌آمیز مراقبت از خویش در بیماران مبتلا به دیابت می‌گردد، اما شیوه‌های هیجان‌مدار می‌تواند دارای اثرات زیان‌باری باشد (گافولز و وندل، ۲۰۰۶). تحقیقات انجام شده در مورد افراد سالم (در دانشجویان دانشگاه‌ها)، نشان داده‌اند که ابعاد شخصیت از جمله روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی می‌توانند تفاوت‌های مربوط به سبک مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار را در بین افراد پیش‌بینی کنند (بشارت، ۱۳۸۶؛ وولراث و تورقرسن^۱، ۲۰۰۰). به عبارت دیگر می‌توان گفت در افراد سالم ابعاد شخصیت می‌تواند بر راهبردهایی که آن‌ها در مقابله با استرس‌های زندگی از آن‌ها استفاده می‌کنند، تأثیر بگذارد. اما تحقیقاتی یافت نمی‌شود که روشن کند آیا در مورد افراد دیابتی نیز ابعاد شخصیت با روش‌های مقابله‌ای رابطه دارد یا نه؟

هم نظریه‌های شخصیت و هم تحقیقات بیان می‌کنند که شخصیت می‌تواند در برخی بیماری‌ها نقش اساسی داشته باشد. یونگ در سال ۱۹۲۵ برای اولین بار با نظریه‌پردازی در مورد تیپ‌های برون‌گرایی و درون‌گرایی، استعداد برخی بیماری‌های روانی را حد انتهایی این دو تیپ شخصیتی عنوان کرد. به دنبال او آیزنک^۲ با روش تحلیل عوامل، ابعاد شخصیت را شامل سه بعد برون‌گرایی - درون‌گرایی، روان‌رنجورخویی - پایداری هیجانی و روان‌پیش‌خویی - کنترل تکانه شناسایی کرده و احتمال ارتباط برخی بیماری‌ها با ابعاد شخصیت را مطرح ساخت (سیاسی، ۱۳۸۱؛ شولتز^۳ و شولتز، ۱۳۸۸). به جز معدود تحقیقاتی که برخی از ویژگی‌های مربوط به گسستگی یا بی‌ثباتی هیجانی از جمله اختلال شخصیت اسکیزوئید (حاجی سیدابوترابی، ۱۳۷۶) و اختلال شخصیت مرزی (لین^۴ و همکاران، ۲۰۰۰)، و معیارهای تیپ شخصیتی A (حسنی و حقدادی، ۱۳۷۲) را در بیماران دیابتی مطالعه و این ویژگی‌ها را بالاتر از گروه‌های کنترل عادی یا سایر بیماران گزارش کرده‌اند، در مورد رابطه بین ابعاد شخصیت و دیابت نوع ۲ تحقیقاتی یافت نمی‌شود. البته تحقیقات موجود بر نقش برخی متغیرهای شخصیتی و ابعاد شخصیت در

1- Vollrath & Torgersen
3- Schultz

2- Eysenck
4- Lane

کنترل مؤثر دیابت توجه داشته‌اند. در این تحقیقات، سطح پایین کنترل قند خون به عنوان شاخص عدم موفقیت فرد در برنامه‌های مراقبت بیماری دیابت مورد توجه قرار گرفته، و مشخص شده است که کنترل ضعیف قند خون با سطوح پایین روان‌رنجورخویی، و سطوح بالای نوع‌دوستی و خودانتقادی رابطه دارد (لین و همکاران، ۲۰۰۰). این محققان در تبیین نتایج تحقیق خود اظهار می‌کنند که افراد نوع‌دوست با نگرانی بیشتر درباره‌ی نیازهای دیگران، دوستان و خانواده، از نیازهای خود غفلت می‌کنند، در حالی که عواطف منفی افراد دارای سطوح بالای روان‌رنجورخویی، نگرانی لازم را برای کنترل قند خون و مراقبت از خویشان فراهم می‌سازد. البته طبق نتیجه تحقیق پالوک - بارزید و دیویس^۱ (۲۰۰۵) کمال‌گرایی نوروپیک می‌تواند اختلال خوردن در افراد مبتلا به دیابت را پیش‌بینی کند (لازم به ذکر است که کنترل رژیم غذایی به عنوان یکی از بخش‌های اصلی تمام برنامه‌های مراقبتی دیابت مورد توجه است). در تحقیق رضایی کارگر، کریندی، حسن‌آبادی و اسماعیلی (۱۳۸۴) بین روان‌رنجورخویی و پیروی از رژیم‌های توصیه‌شده‌ی درمانی ارتباط منفی، اما غیرمعنی‌دار، به دست آمد، اما این رابطه در مورد برون‌گرایی مثبت و معنی‌دار بود. با توجه به آن‌چه عنوان شد، شواهد گویای این است که برخی ابعاد شخصیت نقش مؤثری در پیروی از برنامه‌های مراقبتی و کنترل دیابت دارد. اما این که اکثر افراد دیابتی از چه ابعاد شخصیتی برخوردارند، تحقیقاتی یافت نمی‌شود. از طرف دیگر چون در تحقیقات در مورد راه‌های مقابله‌ای افراد دیابتی نتایج مغایری گزارش شده است، این تحقیق ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله با استرس را در بین بیماران دیابتی، در مقایسه با سایر بیماران، مورد بررسی قرار داده است.

روش

طرح پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی از نوع پیش‌بینی است که در آن پس از مقایسه بیماران دیابتی نوع ۲ و بیماران غیردیابتی از نظر ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله، توانایی ترکیب ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله برای تمایز دو گروه و پیش‌بینی عضویت گروهی (بیماران دیابتی و غیردیابتی) مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی پژوهش حاضر را بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت و سایر بیماران بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل در سال ۱۳۸۷ تشکیل دادند. ۱۲۰ نفر از میان این افراد در دو گروه به شرح زیر در نمونه‌ی پژوهش شرکت داده شد: گروه اول ۶۰ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ و گروه دوم ۶۰ نفر از بیماران غیردیابتی (از هر گروه ۴۰ نفر زن و ۲۰ نفر مرد) و دامنه‌ی سنی آزمودنی‌های هر دو گروه ۳۰-۶۵ سال بود. علاوه بر جنسیت، دو گروه از نظر سن نیز هم‌تا شده بودند. میانگین سنی برای بیماران دیابتی ۴۸/۳۰ سال ($SD=10/04$) و برای بیماران غیردیابتی ۴۷/۷۸ سال ($SD=9/69$) بود.

نمونه‌ها بر اساس در دسترس بودن و موافقت آگاهانه‌شان برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند و نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه، از میان بیماران مراجعه‌کننده ادامه یافت. معیارهای شمول آزمودنی‌ها در گروه دیابتی این بود که سه ماه از تشخیص قطعی دیابت گذشته و در این مدت برای فرد فقط قرص تجویز شده باشد، نه انسولین. برای گروه بیماران غیردیابتی از بیماران مراجعه‌کننده به سایر درمانگاه‌های بیمارستان (از جمله بخش چشم و سایر بیماری‌ها) استفاده شد. در این بین، افرادی که در آن‌ها بیماری‌های قلبی و عروقی تشخیص داده شده بود یا داروهای فشارخون مصرف می‌کردند از هر دو

گروه کنار گذاشته شدند. در هیچ یک از آزمودنی‌های دو گروه، افراد تحت درمان اختلالات روانپزشکی وجود نداشت.

پس از صحبت با افراد در مورد اهداف تحقیق و جلب همکاری آگاهانه آن‌ها، پرسشنامه‌ها به یکایک بیماران دیابتی و غیردیابتی داده می‌شد. در زمان تکمیل پرسشنامه‌ها یکی از همکاران طرح، در کنار آزمودنی‌ها حضور داشت و راهنمایی‌های لازم را به آن‌ها ارائه می‌کرد. برای افرادی که از سواد کافی برای درک سؤالات پرسشنامه‌ها برخوردار نبودند، پرسشنامه‌ها قرائت و پاسخ‌هایشان ثبت شد.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه‌ی تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک (EPQ-R): یک پرسشنامه‌ی خودسنجی ۱۰۶ سؤالی است که برای سنجش ابعاد روان‌رنجورخویی (N)، برون‌گرایی (E) و روان‌پریش خویی (P) به کار می‌رود. این پرسشنامه یک مقیاس دروغ‌سنج (L) نیز دارد. آیزنک و همکاران (به نقل از کاویانی، ۱۳۸۲)، برای مقیاس برون‌گرایی ضریب پایایی ۰/۹۰ در مردان و ۰/۸۰ در زنان، برای مقیاس روان‌پریش‌خویی ۰/۷۸ در مردان و ۰/۷۶ در زنان، برای مقیاس روان‌رنجورخویی ۰/۸۸ در مردان و ۰/۸۵ در زنان و برای مقیاس دروغ‌سنج ضریب پایایی ۰/۸۲ در مردان و ۰/۷۹ در زنان گزارش کرده‌اند. کاویانی (۱۳۸۲) در پژوهش خود بر روی دو گروه از آزمودنی‌های شیرازی و تهرانی، با استفاده از روش بازآزمایی، ضریب پایایی مقیاس‌های برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌خویی را به ترتیب برابر ۰/۹۲، ۰/۸۹ و ۰/۷۲ به دست آورد. وی ضریب پایایی به دست آمده بر روی جمعیت ایرانی را با ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان اصل آزمون همسو ذکر کرده است.

پرسشنامه‌ی راه‌های مقابله فولکمن و لازاروس (WCQ): این پرسشنامه که توسط لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ تهیه شده است، دارای ۶۶ ماده و ۸ خرده‌مقیاس است. این ۸

خرده‌مقیاس به دو دسته روش‌های مسأله‌مدار و هیجان‌مدار تقسیم شده است. فولکمن و لازاروس (۱۹۸۸) با ۷۵ زوج سفیدپوست ثبات درونی ۰/۷۹ تا ۰/۶۶ برای هر یک از خرده‌مقیاس‌های مقابله گزارش کرده‌اند. در ایران نظام‌زاده و قمری‌گیوی (۱۳۸۷) ضریب آلفای پرسشنامه را ۰/۸۷ به دست آوردند.

یافته‌ها

در این قسمت ابتدا میانگین و انحراف استاندارد ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله گزارش می‌شود (جدول ۱). برای بررسی تفاوت بین افراد دیابتی و غیردیابتی از نظر ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله، نتایج تحلیل واریانس به همراه لانداى ویلکز (جدول ۲) گزارش شده است. سپس با استفاده از روش تحلیل ممیز امکان پیش‌بینی عضویت گروهی و تمایز دو گروه بر اساس ترکیب خطی ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله بررسی شده و نهایتاً معادله تشخیصی برای محاسبه‌ی نمره‌ی تشخیصی فرد ارائه شده است.

جدول (۱) میانگین و انحراف استاندارد ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله در بین آزمودنی‌ها

گروه‌ها	دیابتی (n=۶۰)	غیردیابتی (n=۶۰)
متغیرهای پیش‌بین	میانگین (SD)	میانگین (SD)
برون‌گرایی	۷/۶۱ (۲/۶۳)	۱۵/۹۰ (۳/۴۹)
روان‌رنجور‌خویی	۱۶/۷۵ (۳/۲۴)	۹/۸۸ (۵/۰۸)
روان‌پریش‌خویی	۹/۶۱ (۲/۰۴)	۷/۲۳ (۲/۲۹)
مقابله هیجان‌مدار	۳۴/۲۳ (۵/۵۷)	۲۸/۰۱ (۴/۱۲)
مقابله مسأله‌مدار	۲۳/۵۶ (۶/۲۵)	۳۱/۵۱ (۵/۲۶)

جدول ۱ نشان می‌دهد که دو گروه از نظر میانگین ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله متفاوتند. بررسی معنی‌داری تفاوت دو گروه با توجه به معنی‌دار بودن آزمون F در مورد همه متغیرها در تحلیل واریانس چندمتغیره (جدول ۲) بیانگر این است که بین افراد مبتلا

به دیابت نوع ۲ و افراد غیردیابتی از نظر ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله تفاوت معنی‌داری وجود دارد و افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیردیابتی نمره‌ی بالاتری در روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی و مقابله هیجان‌مدار و نمره‌ی پایین‌تری در برون‌گرایی و مقابله مسأله‌مدار دارند.

جدول (۲) خلاصه نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه برای مقایسه میانگین‌های ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله در افراد دیابتی و غیردیابتی

متغیرها	لانداى ويلكز	F	df1	df2	Sig.
برون‌گرایی	۰/۳۵۵	۲۱۴/۶۴۸	۱	۱۱۸	P<۰.۰۱
روان‌رنجورخویی	۰/۶۰۳	۷۷/۶۵۵	۱	۱۱۸	P<۰.۰۱
روان‌پریش‌خویی	۰/۷۶۶	۳۶/۱۰۶	۱	۱۱۸	P<۰.۰۱
مقابله هیجان‌مدار	۰/۷۱۰	۴۸/۲۱۱	۱	۱۱۸	P<۰.۰۱
مقابله مسأله‌مدار	۰/۶۷۶	۵۶/۶۷۵	۱	۱۱۸	P<۰.۰۱

برای بررسی امکان تمایز افراد دیابتی و غیردیابتی براساس مدل حاصل از ترکیب خطی این متغیرها، تحلیل ممیز استفاده شد. متغیرهای مربوط به راه‌های مقابله و ابعاد شخصیت به عنوان متغیرهای پیش‌بین وارد تحلیل شدند. از تحلیل ممیز به روش ورود همزمان متغیرهای پیش‌بین، تنها یک تابع تشخیصی به دست آمد. خلاصه نتایج مربوط به معنی‌داری مدل و برخی اطلاعات مهم تابع در جدول ۳ آمده است.

جدول (۳) ویژگی‌های مدل تشخیصی حاصل از ورود همزمان متغیرهای پیش‌بین

تعداد تابع	مقدار ویژه (Eigenvalue)	همبستگی متعارف (canonical correlation)	لانداى ويلكز	Chi-square	df	Sig.
۱	۷/۳۳۰	۰/۹۳۸	۰/۱۲۰	۲۴۴/۸۴۳	۵	P<۰.۰۱

مقدار ویژه تابع تشخیصی $۷/۳۳۰$ ، همبستگی متعارف $۰/۹۳۸$ و مجذور آن (مجذور اتا) برابر $۸۷/۹$ درصد می‌باشد. بنابراین $۸۷/۹$ درصد اختلاف بین دو گروه بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیردیابتی به وسیله‌ی ۵ متغیر (راه‌های مقابله و ابعاد شخصیت) تبیین می‌شود. لاندای ویلکز برای آزمون تابع تشخیصی $۰/۱۲۰$ به دست آمد که در سطح کمتر از $۰/۰۵$ معنی‌دار است ($P < ۰.۰۱$; $df=۵$; $X^2=۲۴۴/۸۴۳$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تابع تشخیصی به دست آمده از ترکیب متغیرهای مربوط به راه‌های مقابله و ابعاد شخصیت به طور معنی‌داری از قدرت تشخیص قابل توجهی برای متمایز کردن دو گروه بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیردیابتی برخوردار است. با توجه به ضرایب ساختاری (جدول ۴) متغیرها براساس میزان نقش و کمکشان در تابع تشخیصی به ترتیب عبارتند از: برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، مقابله مسأله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و روان‌پریش‌خویی. به عبارت دیگر بیشترین سهم از آن برون‌گرایی است.

جدول (۴) ضرایب ساختاری و ضرایب غیراستاندارد متغیرهای پیش‌بین

کد	متغیرهای پیش‌بین	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب ساختاری
X_1	برون‌گرایی	$-۰/۱۳۷$	$-۰/۴۹۸$
X_2	روان‌رنجورخویی	$۰/۰۸۱$	$۰/۳۰۰$
X_3	روان‌پریش‌خویی	$۰/۱۰۹$	$۰/۲۰۴$
X_4	مقابله هیجان‌مدار	$۰/۲۵۸$	$۰/۲۳۶$
X_5	مقابله مسأله‌مدار	$-۰/۲۲۹$	$-۰/۲۵۶$
--	عدد ثابت	$-۲/۱۰۱$	--

مقدار منفی در ضرایب فوق بیانگر رابطه منفی بین متغیرهای پیش‌بین و دیابتی بودن فرد است. به عبارت دیگر برون‌گرایی و مقابله مسأله‌مدار با دیابت رابطه منفی دارد و بین روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی و مقابله هیجان‌مدار با دیابت رابطه مثبت وجود دارد. با توجه به این که قبلاً مشخص شد (جدول ۳) مدل حاصل از ترکیب خطی متغیرها

می‌تواند به طور معنی‌داری دو گروه دیابتی و غیردیابتی تمایز دهد، لذا می‌توان معادله تشخیصی را به دست آورد. معادله تابع تشخیصی، با استفاده از ضرایب غیراستاندارد (جدول ۴) به شرح زیر خواهد بود. در این مدل X_i متغیرهای پیش‌بین و y نمره تشخیصی است:

$$y = -2/101 - 0/137X_1 + 0/081X_2 + 0/109X_3 + 0/258X_4 - 0/229X_5$$

با توجه به جدول ۵ مرکزواره داده‌ها در تابع تشخیصی برای گروه بیماران دیابتی ۲/۶۸۵ و برای افراد غیردیابتی -۲/۶۸۵ می‌باشد.

جدول (۵) مرکزواره داده‌ها^۱ برای گروه دیابتی و غیردیابتی

مرکزواره	گروه‌ها
۲/۶۸۵	دیابتی
-۲/۶۸۵	غیردیابتی

بنابراین نقطه‌ی برش بیماری دیابت و سلامت برای تابع تشخیصی به دست آمده، صفر است و تابع تشخیصی به دست آمده، مدل مناسبی برای متمایز کردن گروه بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیردیابتی است. بدین ترتیب، پس از قرار دادن نمره‌ی خرده مقیاس‌های پرسشنامه‌ی راه‌های مقابله و پرسشنامه‌ی شخصیت آیزنک در معادله‌ی تشخیصی فوق، چنانچه نمره تشخیصی حاصل از تابع، مثبت باشد، پیش‌بینی می‌شود که فرد جزء گروه بیماران دیابتی نوع ۲ باشد، و در صورت منفی بودن نمره‌ی تشخیصی، پیش‌بینی می‌شود که غیردیابتی (سالم) باشد. هر چه نمره‌ی تشخیصی از صفر فاصله‌ی بیشتری داشته باشد، با دقت بیشتری می‌توان وضعیت فرد را پیش‌بینی کرد. نهایتاً براساس تابع تشخیصی مذکور، طبقه‌بندی افراد نمونه انجام شد، مدل توانست با موفقیت همه‌ی ۱۲۰ نفر را با موفقیت طبقه‌بندی کند. به عبارت دیگر موفقیت تابع تشخیصی در

1- centroid

طبقه‌بندی گروه‌های نمونه ۱۰۰٪ بود.

باتوجه به این که برون‌گرایی بالاترین سهم را در تابع تشخیصی داشت، لذا برون‌گرایی به تنهایی در تحلیل ممیز وارد شد. نتیجه نشان داد که مدل حاصل، با ارزش ویژه‌ی ۱/۸۱۹ و لاندای ویلکز ۰/۳۵۵، معنی‌دار است ($P < 0.01$; $df = 5$; $X^2 = 244/843$). این مدل با داشتن همبستگی متعارف ۰/۸۰۳ (و مجذور اتای ۶۴/۴) می‌تواند ۶۴/۴ اختلاف بین دو گروه دیابتی نوع ۲ و افراد سالم را تبیین نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی تفاوت بیماران دیابتی نوع ۲ و بیماران غیردیابتی از نظر ابعاد شخصیت‌آیزنک و راه‌های مقابله‌ای فولکمن و لازاروس انجام شد. نتایج نشان داد که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیردیابتی نمره بالاتری در روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی و مقابله هیجان‌مدار و نمره پایین‌تری در برون‌گرایی و مقابله مسأله‌مدار دارند. نمره‌ی بالای روان‌رنجورخویی در آزمودنی‌های گروه دیابتی نوع ۲ در این تحقیق با متون نظری و نتایج تحقیقات قبلی حسینی و حقدادی (۱۳۷۲)، مرتضوی‌چهرمی (۱۳۷۶)، ناظمی (۱۳۸۰)، گاوارد، لاستمن و کلاوز (۱۹۹۳) و دی‌قروت، جاکوبسون و سامسون (۱۹۹۴) که هیجان‌انگیز منفی از جمله شیوع افسردگی و اضطراب را در افراد دیابتی بیش از گروه‌های کنترل گزارش کرده‌اند، همسو است. به نظر گاوارد، لاستمن و کلاوز (۱۹۹۳) افسردگی و اضطراب تشخیص‌رایج در بین بیماران دیابتی در آمریکا است. به نظر آن‌ها احتمال دارد از هر ۵ بیمار دیابتی حداقل یک نفرشان افسرده باشد. طبق نتیجه تحقیق لین و همکاران (۲۰۰۰) روان‌رنجورخویی در کنترل ضعیف قند خون و طبق نتیجه‌ی تحقیق پالوک-بارزیو و دیویس (۲۰۰۵) کمال‌گرایی نوروتیک در اختلال خوردن بیماران دیابتی نقش دارد. البته می‌توان نمره پایین افراد دیابتی در برون‌گرایی، نمره بالا در سبک مقابله هیجان‌مدار، روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌خویی را با نتایج تحقیق حسینی و حقدادی

(۱۳۷۲) که معیارهای تیپ A را در بیماران دیابتی بیش از سایر بیماران و نتایج تحقیق حاجی سیدابوترابی (۱۳۷۶)، که شیوع اختلالات مربوط به گسستگی و بی‌ثباتی هیجانی از جمله اختلال شخصیت اسکیزوئید را در افراد دیابتی بیش از افراد عادی گزارش کرده‌اند، تا حدی مشابه دانست. بالا بودن میزان استفاده‌ی بیماران دیابتی از روش مقابله هیجان‌مدار در این تحقیق، مغایر تحقیق گافولز و وندل (۲۰۰۶) است. آن‌ها در سوئد میزان استفاده بیماران دیابتی از روش مقابله مسأله‌مدار را بیش از روش مقابله هیجان‌مدار گزارش کرده‌اند. اما با نتیجه نمونه‌های قبلی ایرانی و هندی همسو است (چوهان و شالینی، ۲۰۰۶؛ باقریان‌سرارودی و همکاران، ۱۳۸۸). چوهان و شالینی (۲۰۰۶) در هند میزان استفاده بیماران دیابتی از روش مقابله هیجان‌مدار و باقریان‌سرارودی و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه‌ی بیماران دیابتی شهر اراک میزان استفاده از حمایت جویی، به عنوان یکی از انواع فرعی مقابله هیجان‌مدار، را در بین بیماران دیابتی بیشتر گزارش کرده‌اند.

البته در این تحقیق مشخص شد که ترکیب ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی، روان‌پریش‌خویی، و راه‌های مقابله مسأله‌مدار و هیجان‌مدار می‌تواند ۸۷/۹ درصد اختلاف بین دو گروه بیماران دیابتی نوع ۲ و افراد غیردیابتی را تبیین کند. در بین این متغیرها نمره پایین فرد در برون‌گرایی (به عبارت دیگر درون‌گرایی فرد) می‌تواند ۶۴/۴ درصد اختلاف بین دو گروه دیابتی نوع ۲ و افراد غیردیابتی را تبیین نماید. در تحقیقات قبلی به سهم هر یک از این ابعاد پرداخته نشده است. بدین ترتیب بهتر است برنامه‌های مراقبتی به ابعاد شخصیتی بیماران دیابتی از جمله درون‌گرایی، و هیجان‌منفی و سطح بالای روان‌رنجورخویی و روان‌پریش‌خویی توجه داشته باشند. همچنین به این نکته توجه کنند که این بیماران از روش مقابله هیجان‌مدار بیش از روش مقابله مسأله‌مدار استفاده می‌کنند. متخصصان می‌توانند مداخلات روان‌شناختی از جمله روش‌های سازگارانیه مقابله با استرس و آموزش مدیریت استرس را در برنامه مراقبتی بیماران دیابتی بگنجانند. با

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی ▶

سال ششم، شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۰ ▶

توجه به نقش استرس در افسردگی و اضطراب، توجه به روش‌های مقابله با استرس در افراد و هماهنگ‌سازی برنامه‌های مراقبتی با این مفاهیم بر اثربخشی برنامه‌های مراقبتی خواهد افزود.

با توجه به این که در این تحقیق تفاوت‌های قاطعی از نظر ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله با استرس در بین بیماران دیابتی و غیردیابتی وجود دارد، بهتر است در مطالعات طولی نیز با هدف بررسی رابطه‌ی علی بین این متغیرها با دیابت نوع ۲، به این موضوع پرداخته شود. همچنین در تدوین و اجرای برنامه‌های مراقبتی خاص بیماران دیابتی ویژگی‌های شخصیتی (درون‌گراتر بودن و عواطف منفی) و همچنین نوع غالب روش مقابله مورد استفاده‌شان (مقابله هیجان‌مدار) مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه تبریز به خاطر تصویب و حمایت مالی از این پژوهش، همچنین از مسئولان محترم بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل و کلینیک دیابت آن بیمارستان به خاطر حسن همکاری‌شان در اجرای طرح و فراهم‌سازی امکان انجام تحقیق، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد. از همه‌ی بیماران دیابتی و سایر بیماران که با تکمیل صادقانه پرسشنامه‌ها و ارایه‌ی اطلاعات لازم در اجرای این تحقیق کوشیده‌اند، تشکر می‌گردد.

پروژه گاه‌علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

مجله گاه‌علوم انسانی

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۱۳۸۹/۰۷/۱۳

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۱۳۸۹/۱۲/۱۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۰/۰۱/۲۳

Referense

منابع

- باقریان سرارودی، رضا؛ محمودی، مهرآفرین و احمدزاده، غلامحسین (۱۳۸۸). سبک‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی اراک، دوره ۱۲، شماره ۱، ۹-۱۷.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۶). شخصیت و سبک‌های مقابله، فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، دوره ۲، شماره ۷، ۴۹-۲۵.
- پاول، ترور جی. و انرایت، سیمون جی. (۱۳۸۷). فشار روانی، اضطراب و راه‌های مقابله با آن، ترجمه عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صبوری‌مقدم، مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- حاجی‌سیدابوترابی، محمدمسعود (۱۳۷۶). بررسی‌های شخصیتی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی امینی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه علوم پزشکی قزوین.
- حسینی، سیدابوالقاسم و حقدادی، غلامحسین (۱۳۷۲). ارتباط دیابت قندی با استرس، خلق و شخصیت، اولین کنگره و سمپوزیوم بازآموزی دیابت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۶۵.
- رجب، اسدالله (۱۳۸۵). تلخ مثل قند، مصاحبه، روزنامه اعتماد ملی، قابل دسترسی از طریق وب سایت انجمن دیابت ایران: <http://www.ir-diabetes-society.com>.
- رضایی‌کارگر، فیروزه؛ کربندی، سهیلا؛ حسن‌آبادی، حسین و اسماعیلی، حبیب‌اله (۱۳۸۴). نوع شخصیت و میزان پیروی از رژیم‌های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی، فصلنامه روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۱، شماره ۴، ۴۴۸-۴۴۱.
- سیاسی، علی‌اکبر (۱۳۸۱). نظریه‌های شخصیت یا مکاتب روانشناسی، تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی

سال ششم، شماره ۲۱، بهار ۱۳۹۰

شولتز، دوآن پی و شولتز، سیدنی الن (۱۳۸۸). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: نشر ویرایش.

کاویانی، حسین (۱۳۸۲). نظریه زیستی شخصیت همراه با آزمون‌های شخصیتی آیزنک و کلونینجر، تهران: مؤسسه مطالعات علوم شناختی.

مرتضوی‌جهرمی، علی (۱۳۷۶). جنبه‌های روانپزشکی افسردگی در افراد مبتلا به دیابت قندی، پایان‌نامه دکترای تخصصی، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

ناظمی، پرستو. (۱۳۸۰). بررسی اپیدمیولوژیک افسردگی براساس تست BECK، پایان‌نامه دکترای حرفه‌ای، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه.

نظام‌زاده، ضرغام و قمری‌گیوی، حسین (۱۳۸۷). سازوکارهای دفاعی و راه‌های مقابله در افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی اساسی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، دوره ۱۴، شماره ۱، ۳۸-۳۳.

American Diabetes Association (2007). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, *Diabetes Care*, 30: 42-47.

Chouhan, V.L. & Shalini, V. (2006). Coping Strategies for Stress and Adjustment among Diabetics, *Journal of Indian Academy of Applied Psychology*, 32(2): 106-111.

DeGroot, M., Jacobson, A.M. & Samson, J.A. (1994). Psychiatric Illness in Patients with Type 1 and Type 2 Diabetes Mellitus, *Psychosomatic Medicine*, 56: 176A.

Engel, G.L. (1977 Apr 8). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, *Science*, 196 (4286):129-136.

Fisher, E.B., Thrope, C.T., DeVellis, B.M. & DeVellis, R.F. (2007). Healthy Coping, Negative Emotions, and Diabetes Management: A Systematic Review and Appraisal, at <http://tde.sagepub.com/cgi>.

Folkman, S. & Lazarus, R.S., (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample, *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219-239.

- Folkman, S. & Lazarus R.S. (1988). Coping as a Mediator of Emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 466-475.
- 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.
- Gavard, J.A., Lustman, P.K. & Clouse, R.E., (1993). Prevalence of Depression in Adults with Diabetes: An Epidemiological Evaluation, *Diabetes Care*, 16: 1167-1178.
- 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 Type 2 Diabetes, *Diabetes Care*, 23(9): 1321-1325.
- Narayan, K.M., Gregg, E.W., Campagna, A.F., Michael, M., Engelgau, M. & Vinicor, F. (2000). Diabetes: A Common, Growing, Serious, Costly, and Potentially Preventable Public Health Problem, *Journal of Diabetes Research and Clinical Practice*, 50: 577-584.
- Pollock-BarZiv, S.M., Davis, C., (2005). Personality Factors and Disordered Eating in Young Women with Type 1 Diabetes Mellitus, *Psychosomatics*, 46:11-18.
- Schreurs, K.M. & Ridder, D.T. de., (1997). Integration of Coping and Social Support Perspectives: Implications for the Study of Adaptation to Chronic Diseases, *Clinical Psychology Review*, 7: 89-112.
- Snoek, F.J. & Skinner, T.C., (2006). Psychological Aspects of Diabetes Management, *Medicine*, 34: 61-62.
- Vollrath, M. & Torgersen, S. (2000). Personality Types and Coping, *Personality and Individual Differences*, 29: 367-378.
- Wihd, S., Roglic, G., Green, A., Sicree, R. & King, H. (2004). Global Prevalence of Diabetes, *Diabetes Care*, 27(5): 1047.