

## بررسی رابطه ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو

عباس بیات اصغری\*، بنفشه غرای\*\*، حسن حیدری\*\*\*، جواد جواهری\*\*\*\*، سحر موسی نژاد\*\*\*\*\*،  
احمد آرامون\*\*\*\*\*

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، کارمند دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان مرکزی، شبکه بهداشت و درمان خمین، مرکز بهداشت خمین ایران. (نویسنده مسئول)

\*\* دکترای روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، استادیار انستیتو روان پزشکی تهران  
\*\*\* دکترای روانشناسی خانواده و مشاوره، هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی شهرستان خمین، استادیار واحد علوم و تحقیقات شهرستان خمین

\*\*\*\* متخصص پزشکی پیشگیری و اجتماعی، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک  
\*\*\*\*\* مربی بهداشت، آموزش و پرورش شهرستان خمین  
\*\*\*\*\* کارشناس ارشد روانشناسی تربیتی، مشاوره تربیتی کودکان

### چکیده

### تاریخچه:

دریافت: ۱۳۹۳/۰۲/۲۹  
تجدیدنظر: ۱۳۹۳/۰۹/۰۹  
پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۰۱

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه ویژگی های ابعاد شخصیت برون گرایی در برابر درون گرایی، صفات روان رنجور خوبی در برابر ثبات هیجانی با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش: در یک طرح پژوهشی مقطعی تعداد ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع ۲ با استفاده از روش در دسترس انتخاب شدند. این بیماران پرسشنامه های تجدیدنظر شده شخصیت آیزنگ (فرم کوتاه) و پرسشنامه تبعیت از درمان را تکمیل کردند. در این مطالعه از آزمون همبستگی اسپیرمن و رگرسیون خطی و برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار spss استفاده شد.

### کلیدواژه ها:

دیابت، صفات شخصیتی، سبک های مقابله، تبعیت از درمان

یافته ها: به جزء متغیر درون گرایی و برون گرایی بقیه متغیرها با تبعیت از درمان ارتباط معناداری داشتند. بدین صورت که بین صفات شخصیتی روان رنجوری با تبعیت از درمان رابطه معناداری وجود دارد و بر اساس تحلیل رگرسیونی خطی با افزایش روان رنجوری، تبعیت از درمان کاهش می یافت. بین صفات شخصیتی ثبات هیجانی با تبعیت از درمان رابطه معناداری وجود داشت که بر اساس تحلیل رگرسیونی خطی با افزایش باثبات بودن، تبعیت از درمان افزایش می یابد.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش بر تأثیر صفات شخصیتی ثبات هیجانی و روان رنجوری بر پیروی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی تأکید می کند.

## The relationship between personality dimensions adherence in patients with type 2 diabetes

\*A. Bayat Asghari, \*\*B. Gharayi, \*\*\*H. Heydari, \*\*\*\*J. Javaheri, \*\*\*\*\*S. Mousanezhad, \*\*\*\*\*A. Aramon

\* Lecturer, M.A of clinical Psychology, Health Network KHomein, Arak university Of medical sciences, Arak.

\*\* Assistant professor, PhD of clinical Psychology, Tehran Psychiatric Institute, Tehran university of Medical Sciences

\*\*\* Assistant professor, PhD of Family Psychology and Counseling, KHomein Science and Research, Academic staff city Khomeini Islamic Azad University

\*\*\*\* Assistant professor, PhD Preventive and Social Medicine, University of Medical Sciences, Arak

\*\*\*\*\* sahar mosanejad Health educator, education, city Khomeyn

\*\*\*\*\* MA in Educational Psychology, Educational Counseling Children

### Abstract

**Objective:** The aim of this study was to investigate the characteristics and personality dimensions extraversion vs. introversion, neuroticism versus emotional stability characteristics with adherence in patients with type 2 diabetes.

**Methods:** In this cross-sectional study, 100 type II diabetes' patients were recruitment by convenient sampling method. Patients checked-out revised questionnaire of Eysenck Personality (short form) and questionnaire to treatment adherence. The data were analyzed by Spearman correlation test and a linear regression model and for spss software was used for data analysis.

**Results:** there was a significant inverse correlation between the personality neuroticism traits and adherence and a significant positive correlation between personality traits - emotional stability and consistency of treatment of modes. There was not correlation between introversion and extroversion.

**Conclusion:** The results of this study emphasize the influence of personality traits, emotional stability, neuroticism on the adherence and treatments follow-up among diabetic patients.

### Article Information:

#### History:

Receipt: 2014/05/19

Revise: 2014/11/30

Acceptance: 2015/08/23

### Keywords:

Diabetes, personality dimensions, Coping strategy, adherence.

## مقدمه

ماهیت این بیماری به گونه‌ای است که بسیاری از جنبه‌های زندگی روزانه را متأثر می‌سازد و بنابراین برای درمان آن یک رویکرد زیستی روانی اجتماعی نیاز است (اسنوک فرانک یی، ۲۰۰۵).

برنامه‌های پیشگیری و مدیریت مؤثر دیابت در کشورهای مختلف، نشان‌دهنده تأثیرات مثبت این برنامه‌ها بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی و خانواده آنان است و یکی از اجزای اصلی مدیریت دیابت، شناسایی تغییرات سایکولوژیک، عاطفی و اجتماعی- اقتصادی بیماران و طراحی برنامه مناسب رژیم غذایی است. (سانا قدار<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱)

از طرفی این بیماران به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه‌ریزی آن گردیده و احساس خوب بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و بسیاری از آنان احساسات خشم و گناه و ترس در ارتباط با بیماری‌شان را گزارش می‌نمایند و اغلب انگیزه انجام مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند، (پولونسکی<sup>۳</sup> ۲۰۰۲). علاوه بر این، از دست دادن شغل، بستری شدن‌های مکرر و نیاز به مراقبت‌های پزشکی و پرستاری، هزینه‌های غیرمستقیم مربوط به مرگ زودرس این بیماران، کاهش یافتن تعاملات اجتماعی و خانوادگی و همچنین تغییرات سبک زندگی از جمله مشکلات عمده‌ای است که وضعیت خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی این بیماران را متأثر می‌سازد (روندا سو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰)

پیروی از دستورات درمانی می‌تواند بهبودی و یا ناتوانی بیماران را در پی داشته و بر

دیابت بیماری مزمن شایعی است که باعث به خطر افتادن سلامت روانی افراد می‌شود (مولوی، ۱۳۸۹). افزایش پیش‌رونده در بروز و شیوع بیماری‌های مزمن در سراسر جهان و بالا بودن میزان مرگ‌ومیر و افزایش روزافزون هزینه‌های مراقبت از این بیماران و به‌خصوص نقش لاینفک عوامل روان‌شناختی در شروع، استمرار و تشدید علائم این بیماران موجب شده است که روی جنبه‌های روانی تأکید بیشتری به عمل آید (فینکلستین و فینکلستین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰) و روز به روز بر ضرورت استفاده از مراکز مشاوره و تکنیک‌های روانشناسی در کنار مداخلات جسمانی افزوده شود، چراکه انجام مشاوره می‌تواند به‌طور مؤثری سبب کاهش علائم روان‌شناختی در بیماران مزمن شود. این بیماری تا حد زیادی خودگردان است که عمدتاً توسط بیمار مدیریت می‌شود (مردانی و شهرکی وحد، ۱۳۸۹). بدین لحاظ درک درجه تأثیر فاکتورهای روان‌شناختی روی اراده فردی مؤثر بوده و در انجام فعالیت‌های خودتنظیمی به‌واسطه تشویق در تصمیم‌گیری بهتر برای جلوگیری از عوارض حاد و مزمن بیماری، به فرد آگاهی و بینش خواهد داد (اسنوک فرانک یی، ۲۰۰۵). بدین گونه عواملی از قبیل عوامل شناختی، شخصیتی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت بیماری دارند از جمله افسردگی و دیگر عوامل روان‌شناختی تأثیر منفی بر روی میزان پیروی از درمان برای کنترل دیابت از خود بجای می‌گذارند (اسنوک فرانک یی، ۲۰۰۵).

3. Polonsky WH  
4. Rhonda SO

1. Finkelstein  
2. Sana Ghaddar

مبتلایان دیابت نوع ۲ و افراد غیر دیابتی را تبیین کنند (اسماعیل پور، ۱۳۹۰).

آنتای اتونگ<sup>۴</sup> (۱۹۹۵)، شخصیت را به عنوان ویژگی‌هایی تعریف می‌کند که تا اندازه‌ای قابل پیش‌بینی بوده، بر عواطف، شناخت و الگوهای رفتاری انسان تأثیر می‌گذارد (آنتای اتونگ<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵).

بنابراین بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیمار و برداشت کلی او از بیماری ضروری به نظر می‌رسد، زیرا درمانگر یا مراقب بهداشتی باید بتواند تشخیص دهد که یک بیمار چگونه به تهدید بیماری، مصرف دارو و تحمل یک روش درمانی، پیروی از یک رژیم غذایی یا برنامه ورزشی واکنش نشان خواهد داد (بینر جی ویرسلین ان<sup>۶</sup>، ۱۹۹۵).

در تحقیقی که توسط ون یی<sup>۷</sup> (۲۰۰۱)، انجام شد وی بیان می‌دارد که در افراد با ویژگی روان رنجوری بالا، احتمال روبه‌رو شدن با رویدادهای استرس‌زایی که حملات افسردگی را در پی دارند، افزایش می‌یابد (ون جی و جونز<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱).

از این رو می‌توان گفت که ویژگی روان رنجوری فرد را مستعد تجربه بیشتر رویدادهای استرس‌زا نموده و احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد (فریدمن<sup>۹</sup> و همکاران، ۱۹۹۸).

در مطالعه ویکووسکی که بر روی بیماران دیابتی انجام شد به این نتیجه رسیدند که بیشتر دیابتی‌های مضطرب و افسرده از دستورات درمانی به‌خوبی پیروی نمی‌کنند. همچنین برخی بررسی‌ها

دستاوردهای درمانی تأثیر بگذارد. همچنین ویژگی‌های شخصیتی می‌توانند بر میزان پیروی بیماران اثر بگذارند. با افزایش یا کاهش برون‌گرایی، پیروی نیز افزایش یا کاهش می‌یابد. همچنین برون‌گرایی و حمایت اجتماعی بیش از سایر عوامل، بر پیروی تأثیر می‌گذارند (برونروسودارتس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰).

در یک پژوهش صفات نرمال شخصیتی با نوسانات در کنترل گلیسمیک بیماران دیابتی نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد مقادیر میانگین قند خون پایین‌تر در اندازه‌گیری پایه با نمره‌های بالاتر حیطه شخصیتی روان رنجور خوئی و چندین صفت اختصاصی شامل اضطراب، افسردگی، کم‌رویی، آسیب‌پذیری و نمره‌های پایین‌تر صفت نوع‌دوستی مرتبط بودند. بنابراین صفات شخصیتی ممکن است بینش جدیدی را در مدیریت استاندارد تحمل نوسانات کنترل گلیسمیک<sup>۲</sup> بیماران دیابتی نوع ۲ پیشنهاد کند (جیمز دی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

در مطالعه دیگری تحت عنوان نقش ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شده به مقایسه ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ با افراد غیر دیابتی پرداخته، نتایج این تحقیق نشان داده 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

6. Wiener, J, Breslin, N  
7. Van, J  
8. J. ones, Van, J  
9. Friedman, S

1. Brunner, L. S SuddarthsD. S  
2. Glycemic  
3. JAMES D  
4. Antai-Otong  
5. Antai-Otong, D

ارتباط افسردگی و استرس را با پیروی معکوس گزارش کرده‌اند (ویکووسکی<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷).

در همین راستا طبق مطالعه (باس ورث ۲۰۰۱)، نتایج نشان دادند که بیماران دیابتی روان رنجور کمتر از سایرین از عهده استرس برآمده، کمتر توانایی کنترل تکانه‌های خود را دارند. این افراد نه تنها استرس بیشتری را تجربه می‌کنند، بلکه غمگین‌تر و عصبانی‌تر نیز هستند (باث ورس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۱)

با توجه به مطالب بیان‌شده، پژوهش حاضر با هدف بررسی و تأثیر رابطه ابعاد شخصیت بر تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ در یک طرح مقطعی و همبستگی نگر انجام شد.

## روش

تحقیق حاضر از نوع تحقیقات همبستگی است؛ که در این نوع تحقیق تعیین رابطه بین متغیرها است (ونیس کرامر<sup>۳</sup>، ۱۳۸۹). جامعه آماری بیماران را مراجعه‌کنندگان به درمانگاه دیابت شهرستان خمین و روستاهای تحت پوشش تشکیل می‌دهند دامنه آزمودنی‌های در سنین ۶۵-۲۰ سالگی قرار دارند و ساکن شهرستان خمین و شهرقورچی باشی و روستاهای تحت پوشش آن‌ها می‌باشند. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ حداقل به مدت یک سال، داشتن تحصیلات حداقل مقطع سوم راهنمایی، سطح یکنواخت<sup>۴</sup> A1c بین ۳۰ روز گذشته (سطوح A1c نمونه‌ها از پرونده‌های دیابتی آنان به دست آمد) لحاظ شد. معیارهای خروج از مطالعه، افرادی که در آن‌ها

بیماری‌های قلبی و عروقی تشخیص داده‌شده بود و یا تحت درمان اختلالات روان‌پزشکی قرار داشتند را شامل می‌شد. نمونه‌ها بر اساس روش در دسترس بودن انتخاب می‌شدند. شناسایی بیماران برای شرکت در پژوهش پس از حصول اطمینان بر اساس معیارهای ورودی و معیارهای خروجی در پذیرش کلینیک دیابت بیمارستان امام خمینی شهرستان و خانه‌های بهداشت تحت پوشش صورت می‌گرفت و پس از توضیحات لازم به صورت تماس تلفنی و حضوری در خصوص اهداف پژوهش و کسب موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش انتخاب گردیدند. بدین منظور فرم رضایت شرکت در مطالعه مربوطه برای آن‌ها در مرکز دریافت‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی تحویل و توسط بیماران دیابتی نوع ۲ تکمیل شد. پس از تکمیل رضایت‌نامه و تحویل آن‌ها به محقق، بدین صورت نام آن‌ها برای شرکت در مطالعه ثبت می‌گردید. بدین طریق نمونه‌گیری تا تکمیل حجم نمونه، از میان بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان و دیگر مراکز بهداشتی و درمانی روستایی ادامه یافت. سپس با نمونه‌ها تماس تلفنی گرفته شد و دعوت می‌شد که در یک جلسه با تعداد ۱۵ - ۳۵ نفری از بیماران در تاریخ مشخص حضورداشته باشند. برای پوشش کل حجم نمونه چهار جلسه در تاریخ‌های متفاوت تشکیل گردیده شد که در تمامی جلسات هنگام اجرای آزمون پژوهشگر در کنار آزمودنی‌ها در زمان تکمیل پرسشنامه حضور داشت و راهنمایی‌های لازم را به

4. Hemoglobin a1c

1. Wichowski  
2. Bos Worth  
3. Dennis Cramer

ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برای ارزیابی پایایی آن برابر با ۰/۷۶ است که بیانگر پایایی قابل قبول این ابزار است (سیدرسولی و همکاران، ۱۳۹۲). ضریب آلفای پرسشنامه نیز در این پژوهش برابر با ۰/۷۵ برآورده شده است. پس از اتمام اجرای آزمون، توسط پژوهشگر مطالبی برای آشنایی بیماران با بیماری‌شان و تأثیر مشکلات روان‌شناختی بر روند بیماری دیابت ارائه می‌گردید. تحلیل اطلاعات نیز ر دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (همبستگی اسپیرمن و رگرسیون لجیستیک و پیش‌فرض‌های آن) با نرم‌افزار Spss 20 انجام گرفت.

#### یافته‌ها

از تعداد ۱۰۰ نفر بیمار دیابتی که پژوهش را به پایان رساندند ۴۷ نفر آن‌ها زن و ۵۳ نفر مرد که دارای مقطع تحصیلی (۴۰٪ مقطع راهنمایی، ۱۶٪ متوسطه، ۳۲٪ دیپلم، ۱۲٪ تحصیلات تکمیلی) بودند و (۷۲٪ ساکن شهر، ۲۸٪ ساکن روستا) و (۸۶٪ متأهل، ۸٪ مجرد، ۶٪ بیوه) و در رده‌های گروه سنی ۵۰-۵۹ (۳۲٪)، گروه سنی ۴۰-۴۹ (۲۹٪)، گروه سنی ۳۰-۳۹ (۱۷٪)، گروه سنی ۶۰-۶۵ (۱۲٪) و گروه سنی ۲۰-۲۹ (۱۰٪) بودند.

با تحلیل اطلاعات به دست آمده از شرکت‌کنندگان از دو ابزار مورد استفاده اطلاعات توصیفی زیر به دست آمده که در جدول شماره یک آورده شده است.

آن‌ها ارائه می‌داد. برای افرادی که از سواد کافی برای درک سؤالات پرسشنامه برخوردار نبودند مواد پرسشنامه قرائت و پاسخ‌هایشان ثبت می‌شد. روش محاسبه حجم نمونه در این تحقیق با توجه به اینکه مطالعه از نوع همبستگی بود برای هر یک از مقیاس‌های متغیر پیش‌بین و متغیر ملاک ۱۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفت. لذا با توجه به مقیاس‌های متغیر پیش‌بین ابعاد شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای و همچنین مقیاس متغیر ملاک تبعیت از درمان در مجموع ۱۰۰ نفر به‌عنوان افراد مورد پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در تحقیق به دو پرسشنامه شخصیت آیزنگ فرم کوتاه و تبعیت از درمان پاسخ دادند که در پرسشنامه شخصیت آیزنگ یک پرسشنامه خودسنجی ۵۷ سؤالی است که برای سنجش ابعاد نوروگرایی (N)، برونگرایی (E) به کار می‌رود. پرسشنامه، علاوه بر این، یک مقیاس دروغ‌سنج (L) را شامل می‌شود (داودی و همکاران، ۱۳۹۱) این پرسشنامه به‌صورت خودارزیابی به‌صورت بله و خیر است و توسط اساتید روانشناسی تأیید شده است همچنین ضریب کودر - ریچاردسون برای ارزیابی پایایی آن نیز برابر با ۰/۷۹ بوده است که ضریب قابل‌قبولی است (بخشی پور رودسری و باقری، ۱۳۸۵) ضریب پایایی در این پژوهش نیز برابر با ۰/۷۷ بوده است. همچنین پرسشنامه تبعیت از درمان نیز پرسشنامه ۱۳ گویه‌ای به‌صورت طیف لیکرت است که برای کاملاً موافق نمره ۵، موافق، ۴ نمره تا حدی موافق، ۳ نمره، مخالف، ۲ نمره و برای کاملاً مخالف ۱ نمره تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه توسط اساتید و پزشکان مورد تأیید قرار گرفته است و

جدول ۱. تحلیل ابعاد شخصیت و تبعیت از درمان در سطح توصیفی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
بائثبات هیجانی	۳/۳۴	۱/۴۹
روان رنجور	۴/۲۱	۱/۷۸
درون گرا	۵/۳۷	۲/۶۴
برون گرا	۵/۴۸	۱/۹۷
ابعاد شخصیتی	۱۲/۱۳	۲/۵۸
تبعیت از درمان	۳/۲۶	۰/۸۳

با توجه به جدول شماره ۱ میانگین برای ابعاد شخصیتی بائثبات هیجانی برابر با ۳/۳۴، برای روان رنجور برابر با ۴/۲۱، برای درون گرا ۵/۳۷، برون گرا برابر با ۵/۴۸ و ابعاد شخصیتی برابر با ۱۲/۱۳ است. همچنین برای تبعیت از درمان میانگین برابر با ۳/۲۶ است با توجه به تحلیل اطلاعات در جدول زیر ضریب همبستگی بین متغیرها آورده شده است.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پیش بین با ملاک

متغیرها	بائثبات هیجانی	روان رنجور	درون گرا	برون گرا	ابعاد شخصیتی	تبعیت از درمان
بائثبات هیجانی	۱					
روان رنجور	-۱	۱				
درون گرا	۰/۰۶۲	-۰/۰۶۲	۱			
برون گرا	-۰/۰۶۲	-۰/۰۶۲	*۱/۰۰۰	۱		
ابعاد شخصیتی	**۰/۳۹۶	**۰/۳۹۶	**۰/۹۰۳	**۰/۹۰۳	۱	
تبعیت از درمان	*۰/۲۳۴	*۰/۲۳۴	*۰/۹۹۴	-۰/۰۹۴	-۰/۰۲	۱

با توجه به جدول شماره ۲، یافته‌های به دست آمده از دو متغیر پیش بین (ابعاد شخصیت) و ملاک (تبعیت از درمان) بر اساس جدول همبستگی با سطح اطمینان  $P < ۰/۰۵$  ابعاد شخصیت برون گرا ( $r = -۰/۰۹۴$ ) و درون گرا ( $r = ۰/۰۹۴$ ) با تبعیت از درمان کمترین همبستگی را داشتند. همبستگی روان رنجوری ( $r = -۰/۲۳۴$ )، ثبات هیجانی ( $r = ۰/۲۳۴$ ) با تبعیت از درمان نیز معنادار بود. برای بررسی رابطه بین صفات شخصیتی برون گرایی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ با توجه به ماتریکس همبستگی (جدول ۲) می‌توان گفت از لحاظ آماری ضریب همبستگی اسپیرمن برابر  $-۰/۰۹۴$  است و همچنین سطح معناداری برابر  $۰/۳۵۴$  است و از مقدار  $\alpha = ۰/۰۵$



بررسی رابطه ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی ...

بیشتر است و بنابراین بین دو متغیر برون‌گرایی و تبعیت از درمان رابطه معناداری وجود ندارد (ns)؛ اما بین صفات شخصیتی روان رنجور و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ می‌توان نتیجه گرفت از لحاظ آماری ضریب همبستگی اسپیرمن برابر ۰/۲۳۴- است.

جدول ۳. خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل

مدل	ضریب همبستگی	ضریب تعیین	ضریب تعیین تعدیل‌شده	انحراف معیار برآورد
۱	-۰/۲۳۴	۰/۰۵۵	۰/۰۴۵	۸/۶۵۶

با توجه جدول ۳ خلاصه آماره‌های مربوط به برازش مدل را نشان می‌دهد. با توجه به نتایج جدول، ضریب همبستگی چندگانه بین مجموع متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک برابر با ۰/۲۳۴- است. همچنین مقدار ضریب تعیین (مجذور R) برابر با ۰/۰۵۵ است که نشان‌دهنده میزان تبیین واریانس و تغییرات متغیر ملاک توسط متغیر پیش‌بین است.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل واریانس

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F اماره	سطح معنی‌داری
۱	۳/۶۸	۱	۳/۶۸	۵/۶۶	۰/۰۲۴
۲	۶۳/۷۵	۹۸	۰/۶۵۱		
کل	۶۷/۶۶	۹۹			

در جدول ۴- نتایج آزمون تحلیل واریانس به‌منظور بررسی مدل رگرسیونی ارائه‌شده در مورد تیپ شخصیتی آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، مقدار F به‌دست‌آمده برابر با ۵/۶۶ است که در سطح آلفای کوچک‌تر از ۰/۰۰۱

معنی‌دار است که نشان می‌دهد که ابعاد شخصیتی قادر است تغییرات مربوط به تبعیت از درمان را به‌خوبی تبیین نمایند و نشان‌دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه‌شده است.

جدول ۵. تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی تبعیت از درمان از طریق ابعاد شخصیت

مدل	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		t	سطح معنی‌داری
	B	خطای استاندارد	Beta			
۱	ثابت	۳/۱۳۳	۰/۱۴۷	۲۱/۲۷۸	۰/۶۳۹	
	روان رنجوری	-۰/۴۱۹	۰/۱۷۶	-۲/۳۸۱	۰/۰۰۱	



در جدول ۵ نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی تبعیت از درمان از طریق ابعاد شخصیتی، آورده شده است. بر اساس مندرجات جدول، روان رنجوری، به شکل معنی‌داری متغیر تبعیت از درمان را پیش‌بینی می‌نماید. در مدل نهایی، مقدار ضریب رگرسیونی استاندارد شده (Beta) برای متغیر روان رنجوری برابر با  $-0/419$  با توجه به مقدار آماره‌های  $t$  به دست آمده برای هر یک از متغیر که در سطح آلفای  $0/001$  معنی‌دار است، نتیجه می‌گیریم که این متغیر می‌تواند به شکل معنی‌داری تبعیت از درمان را تبیین نمایند.

### نتیجه‌گیری و بحث

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان بیماران دیابتی نوع ۲ از نظر ابعاد شخصیتی آیزنگ<sup>۱</sup> (فرم کوتاه) با تبعیت از درمان انجام شد. یافته‌ها نشان داد بر اساس نتایج، بین صفات شخصیتی برون‌گرایی و درون‌گرا با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ همبستگی معنادار نیست. البته نتایج این پژوهش نشان داد که بین صفات ثبات هیجانی با تبعیت از درمان همبستگی از نوع مستقیم است و رابطه معناداری وجود دارد که نتایج به دست آمده با پژوهش‌های جعفر نژاد و همکاران (۱۳۸۴) همخوانی داشت. برای بیان چگونگی ارتباط بین ثبات هیجانی با تبعیت از درمان مشخص گردید در مجموع با ثبات بودن  $0/5$  درصد از تبعیت از درمان را تبیین می‌کند که در صورت تعمیم نتایج نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، این متغیر قادر است  $0/54$  درصد از واریانس میزان تبعیت از درمان را تبیین کند. با

توجه به مقدار  $B$  به دست آمده می‌توان گفت با افزایش باثبات بودن، تبعیت از درمان افزایش می‌یابد. نتایج مربوط به تجزیه و تحلیل بین صفات شخصیتی روان رنجور با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع ۲ نشان داد بین آن‌ها همبستگی معنادار است؛ و نتایج حاصل از پژوهش (جیمز و همکاران، ۲۰۰۰) و (پاتریشا<sup>۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۰) در خصوص تأثیر فاکتورهای روان‌شناختی و ابعاد شخصیت بر روند بیماری دیابت و جلوگیری از عوارض آن همخوانی دارد.

البته در این تحقیق مشخص شد در مجموع روان رنجوری  $0/55$  درصد از تبعیت از درمان را تبیین می‌کند؛ که در صورت تعمیم نتایج نمونه مورد مطالعه به جامعه اصلی، این متغیر قادر است  $4/5$  درصد از واریانس میزان تبعیت از درمان را تبیین کند. لذا می‌توان گفت با افزایش روان رنجوری، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد. بدین ترتیب بهتر است در برنامه مراقبتی، به ابعاد شخصیتی بیماران دیابتی، از جمله روان رنجوری و ثبات هیجانی توجه بیشتری داشته باشند. لذا با توجه به اهمیت موضوع افزایش سطح آگاهی و نگرش بیماران به جهت شناخت بیماری دیابت، با شناخت تأثیر عوامل روان‌شناختی و مداخلات شناختی رفتاری بر بیماری دیابت شاید بتوان اقدامات مؤثری انجام داد. بدین لحاظ با توجه به اینکه بیماران دیابتی در خطر بالایی برای ابتلا به اختلالات روان‌شناختی از جمله اضطراب، افسردگی و اختلالات خوردن هستند لذا تشخیص این اختلالات و توجه به آن‌ها در بیماران دیابتی یکی از مسئولیت‌های مهم پزشکی است که به درمان این

پیشنهاد می‌شود این موضوع مورد پژوهش بیشتری قرار گیرد.

**جمع‌بندی:** بیشتر نتایج حاصل از پژوهش حاضر در مورد ارتباط ابعاد شخصیتی با تبعیت از درمان همسو با نتایج پژوهش‌های گذشته است؛ اما صفات شخصیتی درون‌گرا و برون‌گرا بر تبعیت از درمان در بیماران دیابتی تأثیر نداشتند. طبق یافته‌های این پژوهش روان رنجوری تأثیر منفی بر تبعیت از درمان دارد و افرادی که صفات شخصیتی باثبات هیجانی دارند در پیروی و تبعیت از بیماری دیابت موفق‌تر و مؤثرتر عمل می‌کنند.

**سپاسگزاری:** از استاد ارجمند جناب آقای دکتر عباس رضانی فرانی هیئت علمی انستیتو روان‌پزشکی تهران و همچنین پرسنل کلینیک دیابت شهرستان خمین و دیگر مراکز شهری و روستایی این شهرستان که در انجام این پژوهش ما را یاری رساندند کمال تشکر و قدردانی را دارم.

اسنوک فرانک، بی. (۲۰۰۵). جنبه‌های روان‌شناختی بیماری دیابت، (ترجمه میترا حکیم شوشتری و سید مسعود ارزاقی). تهران: گروه سلامت روان، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران، ف ۱.

بخشی پوررودسری، عباس؛ باقریان و خسروشاهی، صنم. (۱۳۸۵). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تجدیدنظر شده شخصیت آیزنک، فرم کوتاه (EPQ-RS). مجله روانشناسی معاصر، دوره ۱، شماره ۲، ۳-۱۲

داوودی، ایران؛ زرگر، یدالله؛ مظفری پورسی سخت الهام؛ نرگسی، فریده و مولا، کریم. (۱۳۹۱).

بیماران می‌پردازند. پزشکانی که در جستجوی بهبود پیامدهای متابولیک و هیجانی بیماران دیابتی هستند، باید با نیازهای روزانه مراقبت از دیابت، آموزش مهارت کنار آیی ویژه دیابت که برای کمک به بیماران برای مدیریت نیازهای روزانه زندگی آنها طراحی شده آشنایی داشته باشند. محدودیت‌های این مطالعه پایین بودن حجم نمونه، عدم تمایل شرکت‌کنندگان در انجام طرح تحقیقاتی به خاطر مسائل فرهنگی که این امر در قدرت تعمیم‌پذیری نتایج تأثیر می‌گذارد و همچنین تعداد زیاد مواد پرسشنامه‌ها بود؛ اما درعین حال پیشنهاد می‌شود راهنمایی‌هایی برای غربالگری، ارجاع و درمان بیماران دیابتی دارای مشکلات روان‌شناختی تعیین شود، روانشناسان و مشاوران آموزش‌دیده در برنامه‌های مراقبتی و درمانی بیماران دیابتی به‌کارگیری شوند، تحقیقات محدودی در مورد اینکه اکثر افراد دیابتی از چه ابعاد شخصیتی برخوردارند وجود دارد، لذا

## منابع

ابوالقاسمی، ع؛ نریمانی، م؛ عطاءدخت، ا؛ احدی، ب؛ و زاهدی، ع. (۱۳۸۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش علائم روان‌شناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت. پائیز ۱۳۹۱، شماره ۱۱، ۳-۲

اسماعیل پور، خ؛ سودمند، م و نظری، م. (۱۳۹۰). نقش ابعاد شخصیت و راه‌های مقابله‌ای در بیماران دیابتی نوع ۲. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی. دوره ۶، شماره ۱۷، ۲۱-۲.

همودیالیز: یک کارآزمایی بالینی. مجله پرستاری مراقبت ویژه، دوره ۶ شماره ۲، ۷۷-۸۶

مردانی، مرجان و شهرکی واحد، عزیز. (۱۳۸۹). ارتباط سلامت روان با کیفیت زندگی در بیماران سرطانی. مجله علمی ف پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یزد. دوره ۱۸، شماره ۲، ۱۱۱-۱۱۷

مولوی، پ؛ شرقی، ا؛ نریمانی، م؛ دیلمی، پ؛ رجیبی، س؛ محمدنیا، ح و صادقی موحد، ف. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط شیوه‌های مقابله‌ای با سلامت روانی در بیماران دیابتی. مجله اصول بهداشت روانی. دوره ۱۲، شماره ۳، ۲-۱.

رابطه فاجعه سازی درد، اضطراب درد، روان رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. مجله روانشناسی سلامت، شماره ۱. ۵۹-۷۳

هاویت، دنیس و کرامر، دانکن. (۱۳۸۹). مقدمه‌ای بر کاربرد spss در روانشناسی و دیگر علوم رفتاری. (ترجمه حسن پاشا شریفی و دیگران). تهران: سخن.

سیدرسولی، الهه؛ پروان، کبرا؛ رحمانی، آزاد و رحیمی، ژاله. (۱۳۹۲). تأثیر مداخلات ارتقادهنده ادراک بیماری بر تبعیت از درمان بیماران تحت

## References

- Antai-Otong, D. (1995). "Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts". New York: W.B. Saunders Company.
- Bos Worth, H.B., Seaganes, J.R., Vitaliano, P.P., Mark, D.B. & Saegler, I.C. (2001). "Personality and Coping with a Common stressor: Cardiac Catheterization". Journal of Behavioral Medicine, 24, 17- 31.
- Brunner, L.S. & Suddarths, D.S. (2000). "Medicals surgical nursing". Philadelphia: Lippincott (p.p. 41- 42).
- Friedman, S., Vila, G., Timsit, J., Boitard, C. & Mc-Mouren, S. (1998). "Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus population". European Psychiatry, 3, 295-302.
- James, D., Lane, P.H.D., Cynthia, C., McCaskil, M.S.N. & Paula, G. Williams, P.H.D. (2000). "Diabetes Care, Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes". Volume 23, Number 9, September.
- Polonsky, W.H. (2002). "Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management". Curr Diab Rep; 2: 153-9.
- Rhonda, S.O. (2000). "An update in diabetes management". Rehabilitation Nursing, 25: 177.
- Ghaddar, S. (2001). "Diabetes". <http://www.mydietplan.com/mdpshare/Diabetes.htm>. updated.
- Van, J., Park, S. & Jones, P. (2001). "Neuroticism, life events and mental health". British Journal of Psychiatry, 178, 72-77.
- Wiener, J. & Breslin, N. (1995). "Behavioral sciences in psychiatry. New York: Williams & Wilkins. (P.p.192- 195).
- Wichowski, H.C. (1997). "The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimen". Journal of Advanced Nursing, 25, 548- 553.