



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
FREIBURG

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. & G.P.S.P.F.
Ulrich-Greif
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی

اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو

غلامرضا منشی^۱ - نرگس فتحی احمدسرائی^۲ - افتخار حمیدی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ویژگی‌های شخصیتی با رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو می‌باشد. طی طرح پژوهشی علی-مقایسه‌ای، ویژگی‌های شخصیتی دو گروه بیماران دیابتی نوع دو که از لحاظ شاخص‌های دموگرافی و عدم ابتلا به بیماری‌های دیگر، هم‌تاسازی شده بودند؛ مقایسه شدند. این افراد به طور تصادفی به دو گروه تقسیم شدند: گروه بیماران دیابتی پایبند به درمان (۴۰ بیمار مرد) و بیماران غیر پایبند به درمان (۴۰ بیمار مرد). ویژگی‌های شخصیتی دو گروه با آزمون NEOPI-R و رفتار پایبندی به درمان با پرسشنامه رفتار پایبندی به درمان اندازه‌گیری و با روش t برای گروه‌های مستقل، تحلیل شد. نتایج نشان داد که بیماران پایبند به درمان، در شاخص‌های انعطاف پذیر بودن، توافق و وجدانی بودن بطور معنادار (P<0.05) بالاتری بدست آوردند و بیماران غیر پایبند به درمان بطور معنادار (P<0.05) در شاخص‌های روان‌نژندی و برونگرایی بدست آوردند (P<0.05). نتایج حاکی از تاثیر ویژگی‌های شخصیتی در رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: دیابت نوع ۲، ویژگی‌های شخصیتی و پایبندی به درمان پزشکی

comparing personality characters and commitment to medical treatment among patients with type2 diabetes.

Abstract

Introduction : This study was aimed to compare personality characters and commitment to medical treatment among patients with type2 diabetes . **Method :** This causal- comparative research , 80 diabetic patients were assigned in two groups , (40 males who were commitment to medical treatment) and (40 males who were not committed to medical treatment).The instruments for gathering data, were commitment to medical treatment questionnaire and

^۱ - استادیار دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد علوم تحقیقات اصفهان

^۲ - نویسندهٔ مسؤول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد علوم تحقیقات اصفهان ، اصفهان ، ایران. Nargesf87@yahoo.com

^۳ - دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی ، دانشگاه آزاد اسلامی ، واحد علوم تحقیقات اصفهان ، اصفهان ، ایران

NEOPI-R test with 240 questions and they were analyzed by T-test for independent sample .
Results : The results of this study indicated that personality characters affect on committing to medical treatment. Fully meaningful uncommitment got higher score than commitment ,in Neuroticism and Extraversion indexes ($P < 0.05$) . Meanswhile in Openness , Agreeableness and Conscienceness commitment got higher score fully meaningful ($P < 0.05$) .

Key word : Personality characters , commitment to medical treatment, type2 diabetes

مقدمه

امروزه دیابت^۱، در سراسر دنیا به صورت یک اپیدمی بی سابقه در حال گسترش می باشد. سازمان بهداشت جهانی^۲ تخمین می زند که بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر جهان تا سال ۲۰۳۰ دچار بیماری دیابت شوند؛ که این تعداد افراد بیش از دو برابر افراد مبتلا در سال ۲۰۰۰ می باشد (لین، ون کورف، ۲۰۰۸)^۳. مطابق آمار در ایران حدود دو میلیون نفر بیمار دیابتی ۲۵ تا ۶۴ سال وجود دارد. شیوه نا مناسب زندگی مردم ایران نیز باعث گسترش بروز این بیماری شده است. در حال حاضر ۱۱ درصد ایرانیان، دچار دیابت اند و برآورد می شود تا سال ۲۰۱۵، این آمار ۲ برابر شود (مفید و همکاران، ۱۳۸۸). در مقایسه افراد دیابتی با افراد سالم؛ بیکاری و از کار افتادگی کلی در دیابتی ها بیشتر است، سلامت و مراقبت کنترل قند خون در دیابتی ها کمتر و مرگ و میر بالاتر است. علاوه بر این، پابندی کمتر به داروها (خوراکی کاهنده قند خون، ضد فشار خون و کاهنده چربی خون) و عدم مراقبت از خود (به عنوان مثال، سیگار کشیدن، ورزش کمتر، عدم رژیم غذایی سالم) در بیماران مبتلا به دیابت مشاهده شده است. بهبود پابندی به رژیم غذایی، ورزش و بهبود کنترل وزن منجر به بهبود بیشتر و مصرف منظم دارو می شود. هر چند مراقبت به تنهایی در کنترل قند خون موثر نمی باشد اما، شواهد مبتنی بر آن است که دیابت کنترل نشده سبب بیماری های قلبی و عروقی می شود (کنت، رندال، لین و فیشر، ۲۰۱۰)^۴. رفتارهای نسبتا پیچیده درگیر در استفاده از انسولین شامل نیاز مکرر به کنترل قند خون، نظارت بر خود، تغییر دوز در پاسخ به نوسانات در مصرف مواد غذایی احتمالا به افسردگی آنان می انجامد. نتایج به طور رسمی نشانگر تعامل رژیم غذایی و افسردگی در بیماران دیابتی است، پیامد افسردگی، عدم پابندی رژیم غذایی و عدم نظارت بر مراقبت از خود به ویژه کاهش کیفیت زندگی متاثر از خلق افسرده در بیماران مبتلا به دیابت است. عوامل روانی اجتماعی مانند استرس روزانه، سبب بالا رفتن سطح مطلق قند خون می شود. با این حال، به نظر می رسد، پیامد بالقوه افسردگی، کنترل ضعیف قند خون باشد که در بین بیمارانی که دیابت نوع ۲ که از انسولین تزریقی استفاده

¹ diabetes mellitus

² WHO

³ Elizabeth H.B. Lin, Michael Von Korff

⁴ Kent, Randal, Lin, Fisher

می کنند بیشتر است (آیکنز ، پرکینز ، پیت و لایپتن ، ۲۰۰۸)^۱. بیشتر بیماران دیابتی مراقبت از خود (مانند رژیم غذایی، نظارت بر مصرف منظم دارو و ورزش) را به خوبی انجام نمی دهند و در آنان کاهش روحیه و ازدست دادن علاقه یا لذت در حد معمول فعالیت (فقدان لذت)، دیده می شود (گیلبرند ، هولدیچ، ۲۰۱۰)^۲. پابندی به رژیم درمانی و تلاش برای توجه به رفتارهای خود ، در بیماران دیابتی نقش کلیدی در دستیابی اهداف سلامتی این افراد برعهده دارد ، مداخله جهت خود تنظیمی رفتار سبب کاهش وزن ، فشارخون، افزایش پابندی به تغذیه سالم در بیماران دیابت نوع ۲ ، بالا بردن کیفیت زندگی با بیماری دیابت و تنظیم سطح قند خون و انجام ورزش می شود ؛ علاوه براین ، مداخله خود تنظیمی سبب ارتقا سطح رضایت بیماران از زندگی می شود (هایزن ، مین ، اسچرایورز، هاك^۳، ۲۰۰۸).

به نظر می رسد که عوامل روانی نقش بسیار مهمی در کنترل دیابت، بازی می کند ؛ اضطراب و افسردگی در دیابت ممکن است هر دو به عنوان عواقب ناشی از این بیماری مزمن و به عنوان نشانگر مفهوم ناسازگاری به این بیماری (عدم کارایی راهبردهای مقابله‌ای، صفات شخصیتی خاص مانند درماندگی آموخته شده است). همچنین افزایش شیوع اختلالات روانی در افراد دیابتی ممکن است منعکس کننده اثر کلی افزایش تنش به دلیل وضعیت پزشکی مزمن بیماری دیابت باشد (دانتر و همکاران^۴ ، ۲۰۰۳). چهار مقوله مهم در مداخلات موثر جهت بهبود در پابندی وجود دارد : ایجاد تغییر در رفتار بیمار؛ آمادگی برای تبعیت از درمان پزشکی . ۲. ایجاد تعادل بین جوانب مثبت و منفی زندگی مرتبط با پابندی به درمان . ۳. ایجاد خود بسندگی: تمرین اعتماد به نفس و حفظ پابندی به درمان . ۴. ایجاد تغییر در فرایندهای شناختی، عاطفی و فعالیت های رفتاری ، که سبب تسهیل و پیشرفت مراحل پابندی به درمان می شود . جهت پابندی موثر به درمان ، رفتار اطرافیان بیمار جهت آموزش همدلی با بیمار، باید بازنگری شود (پروچاسکا و همکاران^۵ ، ۲۰۰۶). سبک زندگی افراد، تحت تاثیر شخصیت آنان است که در اکثر مطالعات میان ویژگی های شخصیتی افراد و نحوی زندگی همبستگی وجود دارد. شخصیت به جنبه های عقلی، عاطفی، انگیزشی و فیزیولوژیک یک فرد گفته می شود .

شخصیت چیزی است که به ما اجازه می دهد پیش بینی کنیم که شخص در یک موقعیت معین چه خواهد کرد ؛ یعنی چه عملی از او ناشی خواهد شد (گروسی فرشی، ۱۳۸۰، ص ۴ و ۵). همچنین شخصیت ، الگوهای معینی از رفتار و شیوه های تفکر است که نحوه

¹ Aikens, Perkins, Piette and Lipton

² Gillibrand and Holdich

³ Huisman, Maes , Schroevers , Haak

⁴ Dantzer Swendsenb, Maurice-Tisonc, Salamonc

⁵ M. Prochaska ,Janice . O. Prochaska, James . S. Johnson, Sara

سازگاری مشخص را با محیط تعیین می‌کند (اکسلسون^۱، ۲۰۱۱). روان رنجوری و رفتار پایبندی به درمان: عصیت^۲ یا شاخص بی‌ثباتی هیجانی، داشتن احساسات منفی همچون ترس، غم، برانگیختگی، خشم، احساس گناه، احساس کلافگی دائمی و فراگیر مبنای مقیاس عصیت را تشکیل می‌دهد (حق‌شناس، ۱۳۸۸). روان رنجورها به صورت مضطرب، افسرده، نامعقول و دمدمی مشخص شده‌اند. آنها عزت نفس کم دارند و آیزنگ مدعی است که در روان رنجورها، دستگاه عصبی سمپاتیک حتی به استرس‌های ملایم، واکنش اضافی نشان می‌دهد که نتیجه آن پراحساسی^۳ مزمن است. این حالت به افزایش سطح تهیج‌پذیری در پاسخ به تقریباً هر بحرانی می‌انجامد. در واقع، روان رنجورها به رویدادهایی که دیگر افراد آنها را بی‌اهمیت می‌دانند به صورت هیجانی واکنش می‌کنند (شولتر، ۱۳۸۴). همچنین، روان رنجوری را می‌توان داشتن تمایلات به تجربه عاطفی منفی و پریشانی روانی تعریف کرد. فاکتورهای روان-رنجوری شامل اضطراب، عصبانیت، افسردگی و تکانشوری است (داهلن، مارتین راجان و کهلامان، ۲۰۰۵). روان رنجوری در توصیف افرادی بکار می‌رود که همواره مشکل کنترل استرس خود را دارند و نمره عواطف منفی بالایی دارند. رفتارهای سالم از جمله ورزش، درک ضعیف از وضعیت جسمانی، عدم مصرف غذای سالم و خطر تصادفات در آنان بیشتر از بقیه افراد است. روان رنجورها بیشتر در شرایط استرس‌زا دچار بیماری و مشکلات فیزیکی و جسمانی می‌شوند. نمره بالا در مشخصه‌هایی نظیر روان‌نژندی و اضطراب با کاهش پایبندی به درمان و جدی نگرفتن رژیم درمانی و کاهش خودکارآمدی همراه است؛ نمرات بالاتر در مردان و زنان، بیشتر با عادات سیگار کشیدن، مصرف الکل و فقدان رژیم غذایی سالم و کنترل ضعیف درمانی همراه است. نمره کم در روان رنجوری به عنوان مشخصه عاطفی پایدار شناخته می‌شود، این افراد به احتمال زیاد قادر به رویارویی با شرایط استرس‌زا هستند و بجای واکنشهای سریع، به آرامی و با ثبات هیجانی با مشکلات برخورد می‌کنند (اکسلسون^۴، ۲۰۱۱) و (پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۶).

برون‌گرایی^۵ و رفتار پایبندی به درمان: نمرات بالا در این مقیاس، افراد صمیمی، با ارتباطات دوستانه هستند و افراد نمرات پائین در این مقیاس رسمی و محافظه کار می‌باشند (حق‌شناس، ۱۳۸۸، ص ۲۷). افراد دارای صفاتی چون اجتماعی بودن، تمایل به شرکت در اجتماعات و مهمانی‌ها، قاطع و دوستدار هیجان و تحرک هستند. برون‌گراها در مقایسه با درونگراها، زمان بیشتر را در فعالیتهای اجتماعی مصرف می‌کنند، جاه‌طلب و رقابتی هستند، از مسافرت لذت می‌برند و به شهرت علاقه دارند (نتل، ۲۰۰۵). برون‌گراها در پاسخ به محرکهایی از قبیل جنس مخالف، غذا یا نشاط فیزیکی بیشتر پاسخ می‌دهند و نتایج بیانگر آن است که درونگرایی پیشگویی

¹ Axelsson , Malin

² Neuroticism

³ hypersensitivity

⁴ Axelsson , Malin

⁵ Extraversion

کننده تندرستی افراد است (نتل، ۲۰۰۵). کوهن و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که پیروی از دستورات درمانی با شاخص برون‌گرایی همبستگی منفی دارد (کوهن و همکاران، ۲۰۰۴)^۱. افراد برون‌گرا، بیشتر از بقیه افراد از داروهای غیرمجاز استفاده می‌کنند و بدون تفاوت در دو جنس، با وجود حذف تاثیر حمایت همسالان، الکل مصرف می‌کنند، همچنین افراد برون‌گرا، با احتمال بیشتری سیگار می‌کشند و دستورات درمانی را اجرا نمی‌کنند (شعبانی، ۱۳۸۷). افراد درون‌گرا، افرادی هم‌رنگ با جماعت و پایبند به قواعد و مقررات هستند؛ درحالی‌که برون‌گراها به استقبال خطر می‌روند و به پیامدهای آن بی‌اعتنا هستند (آیسنک، ۱۳۶۹).

باز بودن به تجربه^۲ و رفتار پایبندی به درمان: به جنبه‌ها و یا محدودیت‌های تجربی که فرد در برابر آنها باز است اختصاص داده شده است. مانند تخیل فعال، عشق به هنر، درک بالا از عواطف شخصی و علاقه به انجام فعالیت تازه و کنجکاوی روشن-فکرانه و باز بودن به ارزشها و بیشتر در نقطه مقابل دگماتیسم قرار دارد. افراد دارای نمرات بالا در مقیاس O، از تخیلات غنی و متنوع و جدید لذت می‌برند، جذب موسیقی می‌شوند و دارای مشغولیت‌های متنوع هستند ولی نمرات پائین در برابر تغییرات مقاوم‌ترند و بیشتر شبیه افراد عادی‌اند که ترجیح می‌دهند افکار خود را کنترل کنند (حق شناس، ۱۳۸۸، ص ۳۲). تحقیقات نشان داد، بین برخی عوامل بزرگ شخصیت و میزان پیروی از دستورات درمانی، همبستگی وجود دارد (کوهن و همکارانش، ۲۰۰۴). نشان دادند که یافته‌های جمعیت‌شناسی نظیر سن، جنسیت و درآمد و غیره... بر روی میزان پیروی از دستورات اثر ندارد اما بررسی عوامل شخصیتی نشان داد که انعطاف‌پذیری با پیروی از دستورات در ارتباط است (کوهن و همکاران، ۲۰۰۴).

- توافق، دلدپذیر بودن^۳ و رفتار پایبندی به درمان: همانند برون‌گرایی، شاخص توافق بر گرایشهای ارتباط بین فردی تاکید دارد. افراد دارای نمرات بالا در این شاخص به دیگران اعتماد بیشتری دارند، ساده‌مخلص و بی‌ریا هستند اما نمرات پائین در مقیاس دلدپذیر بودن به دیگران بدگمان و بدبین، چاپلوس دیگران و گاهی پرخاشگر و کمتر تحت تاثیر رحم و شفقت دست به بخشندگی می‌زنند. فرد موافق اساساً نوع دوست است. با دیگران احساس همدردی می‌کند و مشتاق به کمک به آنان است. افراد دارای نمرات بالا در این شاخص به دیگران اعتماد بیشتری دارند، ساده‌مخلص و بی‌ریا هستند (حق شناس، ۱۳۸۸). همچنین بالا بودن شاخص تواضع که مربوط به عامل دلدپذیر بودن است. در پیروی از قوانین و دستورات دخیل است (کوهن و همکاران، ۲۰۰۴)^۴. نمره بالا در باز بودن به تجربه، به دنبال لذت بردن از تجارب خود هستند. افراد با نمرات بالا بیشتر تمایل دارند که ایده‌های جدید را امتحان کنند، کمتر تمایل دارند که از

1: L.cohen & others

2 openness to experience

3 Agreeableness

4 L.cohen & others

سیگار و الکل استفاده نمایند. نمرات عالی در توافق پذیری، تمایل به نوع دوستانه دارند. نمره بالا در این صفت، پیش بینی کننده رفتار سالم مانند درگیری کمتر در حوادث، مصرف کم الکل و عدم سیگار کشیدن است. (اکسلسون^۱، ۲۰۱۱)

با وجدان بودن^۲ و رفتار پایبندی به درمان: نمرات بالاتری در وجدان، ویژگی هایی چون قابل اعتماد بودن، رفتار اجباری و وقت شناس بودن و وسواس یا دقت زیاد در انجام کارها را دارند. نمرات بالا پیش بینی کننده رفتارهای همراه سلامتی مانند کنترل بیشتری تصادف و ترافیک، رفتار بهتر در تغذیه و شیوه سالم زندگی می باشد. نمرات پایین وجدان با سیگار کشیدن و فقر سلامت ارتباط دارد (اکسلسون، ۲۰۱۱). دو ویژگی عمده توانایی کنترل تکانه و تمایلات و بکارگیری طرح و برنامه در رفتار، برای رسیدن به اهداف مورد بررسی شاخص با وجدان بودن قرار می گیرد (حق شناس، ۱۳۸۸). نمرات پایین در روان رنجوری به همراه نمرات بالاتر در وجدانی بودن، در افرادی که عادات سلامت بالایی دارند، کمتر سیگار می کشند و حتی تصادفات کمتری دارند. بیشتر بیمارانی که در شاخصهای انعطاف پذیری، باز بودن به تجربه و وجدان نمرات بهتری دارند؛ معمولاً به لحاظ روانی و ذهنی خود کارآمدی بالاتری دارند (اکسلسون، ۲۰۱۱) بیشتر بیماران دیابتی مراقبت از خود (مانند رژیم غذایی، نظارت بر مصرف منظم دارو و ورزش) را به خوبی انجام نمی دهند و در آنان کاهش روحیه و ازدست دادن علاقه یا لذت در حد معمول فعالیت (فقدان لذت)، دیده می شود (گیلبرند، هولدیچ، ۲۰۱۰). پایبندی به رژیم درمانی و تلاش برای توجه به رفتارهای خود، در بیماران دیابتی نقش کلیدی در دستیابی اهداف سلامتی این افراد برعهده دارد، مداخله جهت خود تنظیمی رفتار سبب کاهش وزن، فشارخون، افزایش پایبندی به تغذیه سالم در بیماران دیابت نوع ۲، بالا بردن کیفیت زندگی با بیماری دیابت و تنظیم سطح قند خون و انجام ورزش می شود؛ علاوه بر این، مداخله خود تنظیمی سبب ارتقا سطح رضایت بیماران از زندگی می شود (هایمن، مین، اسپرایورز، هاک، ۲۰۰۸). به نظر می رسد که عوامل روانی نقش بسیار مهمی در کنترل دیابت، بازی می کند؛ اضطراب و افسردگی در دیابت ممکن است هر دو به عنوان عواقب ناشی از این بیماری مزمن و به عنوان نشانگر مفهوم ناسازگاری به این بیماری (عدم کارایی راهبردهای مقابله‌ای، صفات شخصیتی خاص مانند درماندگی آموخته شده است). بر این اساس با توجه به آنچه بیان شد این پرسش مطرح است که آیا ویژگی های شخصیتی در رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو مؤثر است؟ در این راستا این فرضیه مطرح گردید: ویژگیهای شخصیتی در رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو مؤثر می باشد.

⁵ Axelsson, Malin
1 conscientiousness

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری؛ روش پژوهش در پژوهش حاضر از روش علی-مقایسه‌ای استفاده شد، که گروه ملاک شامل بیماران دیابتی نوع دو پایبند به درمان و گروه همتا شامل بیماران غیر پایبند به درمان بوده‌اند. با مقایسه دو گروه در ویژگی‌های شخصیتی احتمالا علت پایبند بودن به درمان مشخص می‌شود (دلاور، ۱۳۸۱، ص ۲۰۶).

جامعه آماری و روش نمونه گیری: جامعه آماری همه ی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، که عضو انجمن دیابت استان البرز بودند، از میان درمانگاه‌های وابسته به انجمن دیابت استان البرز به صورت به شیوه ی نمونه گیری داوطلبانه یک درمانگاه انتخاب و سپس به صورت تصادفی تعداد ۸۰ نفر برای شرکت در پژوهش با پاسخ به پرسشنامه پایبندی به درمان، در دو گروه (۴۰ بیمار مرد دیابتی پایبند به درمان و ۴۰ بیمار مرد غیر پایبند به درمان) قرار گرفتند که همگی این بیماران دارای پرونده پزشکی و در محدوده سنی ۳۵ تا ۶۵ سال، دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن و متاهل بودند و دارودرمانی و مراجعه های دوره ای به پزشک را به عنوان درمان معمول خود ادامه دادند، انتخاب شدند.

ابزار اندازه گیری

ارزیابی‌ها شامل، فرم S (گزارش شخصی) آزمون NEOPI-R، دارای ۲۴۰ سوالی که پاسخ به این پرسشنامه بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای است و پنج عامل اصلی شخصیت (روان رنجوری^۱، برونگرایی^۲، انعطاف‌پذیری^۳، دلپذیر بودن^۴ و با وجدان بودن^۵) و شش خصوصیت در هر عامل اندازه گیری می‌کند (حق شناس ۱۳۷۸)، صورت گرفته است. این دو جنبه تست یعنی ۵ عامل اصلی و ۳۰ صفت فرعی ارزیابی جامعی از شخصیت افراد بزرگسال را امکان‌پذیر می‌کند. پایایی آن، از طریق ضریب همبستگی میان عبارتها (به علاوه پایایی^۶ عبارتها) ضریب آلفا کرونباخ برای فرم خودسنجی در نمونه آمریکایی بین ۰/۸۶ و ۰/۹۲ در نوسان است. این مقادیر در تحقیق دکتر حق شناس در سال ۱۳۷۸، بر روی نمونه ۵۰۲ نفری در شیراز مشابه است و اعتبار تست، از طریق تمایز صوری و در سنین مختلف هنجاریابی شده است و همچنین ضریب همبستگی میان شاخصهای ثنوبا تستهای همتای آن بسیار بالا است و همچنین در نمونه آمریکایی، ضریب همبستگی میان شاخصهای ثنوبا تستهای غیر همتای آن بین ۰/۵۶ تا ۰/۱۸ در نوسان است. این مقادیر مشابه

1 : neuroticism

2 : extraversion

3: openness to experience

4 : agreeableness

5 : conscientiousness

6: Reliability

تحقیق ایرانی است (حق شناس ، ۱۳۷۸، ص ۸۰). پرسشنامه پایداری به درمان، در حوزه بیماریهای مزمن (در فرم کوتاه ۸ ماده که برای دیابت نیز کاربرد دارد) ، پرسشنامه ۸ سوالی بوده و این مقیاس، ۱۰ ارزشی لیکرت دارای پایایی همسانی درونی برابر با ۸۵ درصد گزارش شده است . (نجمی ، ۱۳۸۷) .

روش اجرا و تحلیل: داده‌ها به نرم‌افزار تحلیل تست NEO انتقال داده شد و فرآیند کلید گذاری و تصحیح و نمره گذاری به شکل کامپیوتری صورت گرفت و پس از آن با نرم‌افزار SPSS 18 داده‌ها تحلیل شد. برای مقایسه ویژگی‌های شخصی، از روش t برای گروه‌های مستقل استفاده شد .

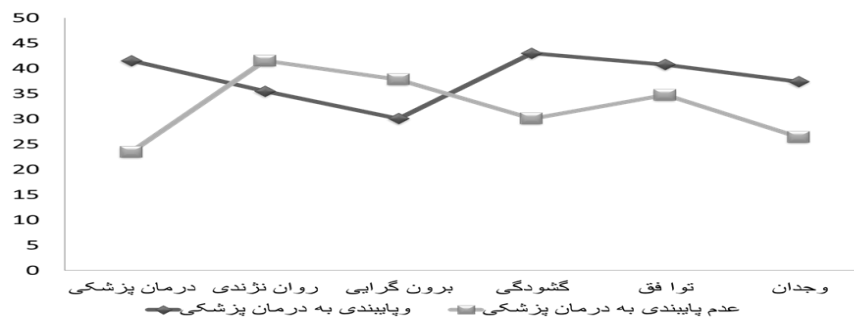
یافته ها

در جدول ۱ میانگین نمره پنج شاخص اصلی شخصیتی دو گروه بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان و غیر پایبند به درمان ، مشاهده می شود ، ویژگی روان نژندی و برون گرایی در بیماران مرد دیابتی غیر پایبند به درمان بیشتر از بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان است. ویژگی گشودگی، توافق و وجدان در بیماران دیابتی پایبند به درمان بیشتر از بیماران دیابتی غیر پایبند به درمان است. جدول ۱ . شاخص مرکزی (میانگین) و پراکندگی (واریانس)، گروه بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان و غیر پایبند به درمان

متغیر	سطوح	میانگین	واریانس
درمان پزشکی	پایبندی به درمان پزشکی	۴۱.۵۲۵	۱۱.۲۲۹
	عدم پایبندی به درمان پزشکی	۲۳.۴۷۵	۸.۷۲۶
روان نژندی	پایبندی به درمان پزشکی	۳۵.۵	۴.۵۸۵
	عدم پایبندی به درمان پزشکی	۴۱.۵۲۵	۱۱.۲۲۹
برون گرایی	پایبندی به درمان پزشکی	۳۰.۰۷۵	۶.۲۴۸
	عدم پایبندی به درمان پزشکی	۳۷.۸۲۵	۹.۰۷۴
گشودگی	پایبندی به درمان پزشکی	۴۳	۸.۵۴۵
	عدم پایبندی به درمان پزشکی	۳۰.۰۷۵	۶.۲۴۸

۶.۰۲۰	۴۰.۷۵۰۰	پایبندی به درمان پزشکی	توافق
۸.۱۴۲	۳۴.۷۵۰۰	عدم پایبندی به درمان پزشکی	
۸.۴۷۵	۳۷.۳۷۵	پایبندی به درمان پزشکی	وجدان
۶.۶۳۶	۲۶.۴	عدم پایبندی به درمان پزشکی	

بامقایسه و بررسی اختلاف میانگین شاخصهای شخصیت (۵ صفت اصلی) بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان و غیر پایبند به درمان (جدول ۲) و با توجه به t محاسبه شد .



نمودار ۱. نیمرخ شخصیتی پنج عامل اصلی شخصیتی بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان و غیر پایبند به درمان

جدول ۲. میانگین، واریانس، درجه آزادی، سطح معناداری و میزان t گروه بیماران مرد دیابتی پایبند به درمان و غیر پایبند به درمان

متغیر	سطوح	میانگین	واریانس	درجه آزادی	سطح معناداری	t میزان
درمان پزشکی	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۴۱.۵۲۵ ۲۳.۴۷۵۵	۱۱.۲۲۹ ۸.۷۲۶	۷۸	۰.۰۵۰	۸.۰۲۷

روان نژندی	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۳۵.۵ ۴۱.۵۲۵	۴.۵۸۵ ۱۱.۲۲۹	۷۸	۰.۰۰۰	-۳.۱۴۱
برون گرای	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۳۰.۰۷۵ ۳۷.۸۲۵	۶.۲۴۸ ۹.۰۷۴	۷۸	۰.۰۰۴	-۴.۴۴
گشودگی	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۴۳ ۳۰.۰۷	۸.۵۴۵ ۶.۲۴۸	۷۸	۰.۰۰۶	-۷.۷۲۱
توافق	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۴۰.۷۵۰۰ ۳۴.۷۵۰۰	۶.۰۲۰ ۸.۱۴۲	۷۸	۰.۰۱۶	-۳.۷۴
وجدان	پایبندی به درمان پزشکی عدم پایبندی به درمان پزشکی	۳۷.۳۷۵ ۲۶.۴	۸.۴۷۵ ۶.۶۳۶	۷۸	۰.۰۳۴	۶.۴۴

نتایج نشان داد که بیماران پایبندی به درمان، در شاخصهای انعطاف پذیر بودن، توافق و وجدانی بودن بطور معنا داری نمره بالاتری بدست آوردند ($P < 0.05$) و بیماران غیر پایبند به درمان بطور معنا داری نمره بالاتری در شاخصهای روان نژندی و برونگرایی بدست آوردند ($P < 0.05$). نتایج حاکی از تاثیر ویژگیهای شخصیتی در رفتار پایبندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو می باشد .

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی ویژگیهای شخصیتی در رفتار پابندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. دو گروه مورد مطالعه (بیماران دیابتی پابند به درمان و غیر پابند به درمان) از نظر ترکیب سنی و جنسیتی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و مدت ابتلا به بیماری مشابه بودند. ارزیابیها از طریق اندازه گیری نمرات بیماران در آزمونه‌های پرسشنامه پابندی به درمان فرم S (گزارش شخصی) آزمون شخصیت NEOPI - R انجام شد. نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن است که نمرات بیماران پابند به درمان، در شاخصهای انعطاف پذیر بودن، توافق و وجدانی بودن بطور معنا داری بالاتر از بیماران غیر پابند به درمان می باشد. ویژگی روان نژندی و برون گرایی در بیماران مرد دیابتی غیر پابند به درمان بیشتر از بیماران مرد دیابتی پابند به درمان است. براساس نتایج پژوهش حاضر مشخص گردید که بین پنج عامل بزرگ شخصیت با رفتار پابندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو رابطه وجود دارد. بیماران پابندی به درمان، در شاخصهای انعطاف پذیر بودن، توافق و وجدانی بودن بطور معنا داری نمره بالاتری بدست آوردند ($P < 0.05$) و بیماران غیر پابند به درمان بطور معنا داری نمره بالاتری در شاخصهای روان نژندی و برونگرایی بدست آوردند ($P < 0.05$). نتایج حاکی از تاثیر ویژگیهای شخصیتی در رفتار پابندی به درمان بیماران دیابتی نوع دو می باشد. این یافته ها با پژوهش های (شعبانی، ۱۳۸۷) و (اکسلسون، ۲۰۱۱)، (کنت، رندال، لاین و فیشر، ۲۰۱۰)، (پروچاسکا و همکاران، ۲۰۰۶)، (داهلن، مارتین راجان و کهلامان، ۲۰۰۵)، (نتل، ۲۰۰۵) و (کوهن و همکاران، ۲۰۰۴) همخوانی دارد. با توجه به آنچه بیان شد و در راستای مطالب فوق می توان گفت که پابندی به درمان، سبب مراقبت بیشتر از خود و در نتیجه کاهش میزان استرس و در نهایت بهبود کنترل قند خون می شود. مراقبت طبی و حمایت روانی اجتماعی تاثیر بسزایی بر پیامدهای حاد و دراز مدت آن دارد؛ مراقبت هنرمندانه دیابت بر مبنای اصول روانشناختی، برای دستیابی به پیامدهای طبی، روانشناختی و اجتماعی مطلوب، ضروری به نظر می رسد. یافته ها نشان می دهد که شخصیت یک عامل موثر در رابطه با رفتار پابندی است؛ از آنجا که شخصیت در افراد بصورتی پایدار موجود بوده، به نظر می رسد که باید تغییراتی در عادات و نگرشهای بیماران جهت سازگاری ایجاد نماییم. به نظر می رسد این نوع از مداخلات، به طور خاص در مورد بیمارانی که شاخصهای روان نژندی، توافق و وجدان نمرات کمتری دارند؛ باید صورت گیرد. روش ها و برنامه های درمان، باید با هدف قرار دادن نیازهای خاص بیماران طراحی شده هر برای هر فرد صورت گیرد و با شناسایی نیازهای برآورده نشده بالقوه در افراد مبتلا و شناخت شخصیت های مختلف، بیماران سهم مهمی در مراقبت از بیماران داشت (اکسلسون، ۲۰۱۱).

در دسترس بودن نمونه ها از محدودیت های این تحقیق است که در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط رعایت شود.

منابع

- آیزنک، اچ. جی. ویلسون، گ. (۱۳۶۹) خودشناسی، ترجمه ی قهرمان ش. تهران انتشارات شباویز.
- اتکینسون، ر. ال و همکاران (۱۳۷۹)؛ زمینه روان‌شناسی هیلگارد جلد ۱، مترجم براهنی، م و همکاران، چاپ چهاردهم، تهران انتشارات رشد.
- حق‌شناس، ح (۱۳۸۸)، روان‌شناسی شخصیت، چاپ اول، شیراز، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی شیراز.
- شعبانی، س (۱۳۸۶) نقش سروتونین، کورتیزول در تبیین سه متغیر شخصیتی، منبع کنترل، هیجان‌خواهی و سخت رویی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات پایان‌نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی
- شولتز، د. و شولتز، س، (۱۳۸۴) نظریه‌های شخصیت، مترجم سید محمدی، ی. چاپ هفتم، تهران، انتشارات ویرایش
- گروسی فرشی، م (۱۳۸۰)، رویکرد نوین در ارزیابی شخصیت (کاربرد تحلیل عاملی در مطالعات شخصیت)، چاپ اول، تبریز، انتشارات نشر دانیال تبریز.
- مفید، ع. سید علی نقی، س. ا. زندیه، س. مفید، ر (۱۳۸۸) بیماری دیابت راهنمای جامع تشخیص، پایش و درمان. تهران انتشارات اوسانه
- نجمی، ب. (۱۳۸۷) بررسی اثربخشی درمان روانشناختی چندجانبه‌ای بر بهبود پایداری به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱، پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات

Aikens ,J. E. (2008) Association between depression and concurrent Type 2 diabetes outcomes varies by diabetes regimen Department of Family Medicine, University of Michigan and Center for Outcomes Research, Brigham and Women's Hospital ,Boston, MA, USA , Journal compilation © Diabetes UK. Diabetic Medicine 25 -, 1324–1329,

Axelsson , Malin;(2011) Personality and adherence medication treatment. Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy ; University of Gothenburg . Copyright © Malin Axelsson , 2011; ISBN 978-91-628-8321-8

Dantzer, C, Swendsenb, J, Maurice , S. Tisonc . Salamonc, R(2003) Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review, Laboratory of Clinical Psychology and Psychopathology, University of Savoie, 73011, Chambéry Cedex, France, University of Bordeaux, France .

Gillibrand, W and Holdich, P(2010) Supporting people with diabetesrelated stress and depression , diabete Evidence-Based Management 21 Practice Nursing, Vol 21, No 7

Huisman, Sasja . Maes , Stan . Schroevers , Maya. Haak, Harm(2008) Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a Leiden University, The Netherlands Medical Centre, Eindhoven, The Netherlands _ 2008 Elsevier Ireland Ltd

Kent, Pharm., Randal . David, Lin, Elizabeth, Fisher, Jan (2010) POPULATION HEALTH MANAGEMENT in Type 2 diabetes. Healthy Coping: Issues and Implications in Diabetes Education and Care , Volume 13, Number 5

L.cohen Nicole & others(2004) "5 factor model of personality and antidepressant medication compliance". Canjpsychiatry 2004 th 5, vol 49 . page106.

Lin ,E. H.B., Von Korff , M,(2008) Mental disorders among persons with diabetes Results from the World Mental Health , Surveys on behalf of the WHO WMH Survey Consortium and Center for Health Studies, Group Health Cooperative, Seattle, WA, USA , Elsevier Inc. All rights reserved.

M. Prochaska ,Janice . O. Prochaska, James . S. Johnson, Sara (2006) Assessing Readiness for Adherence to Treatment, ASSESSMENT STRATEGIES IN PROMOTING ADHERENCE; Department of Psychology .6/9/2006

Nettle, Daniel(2005)" An evolutionary approach to the extraversion continuum"Psychology, Brain and Behaviour, University of Newcastle, Henry Wellcome Building, Framlington Place, Newcastle NE2 4HH, UK Evolution and Human Behavior 26 (2005) 363-373.