Archive of SID

مقاله پژوهشی اصیل
Original Article

نوع شخصیت و میزان پیروی از رژیم های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی

فیروزه رضایی کارگر*، سهیلا کربندی**، دکتر حسین حسن‌آبادی***، دکتر حبیب‌ا... اسماعیلی****

چکیده

مقدمه: *پیروی از دستورات درمانی می‌تواند بهبود و یا ناتوانی بیماران را در پی داشته، بر دستاوردهای درمانی تأثیر بگذارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط نوع شخصیت، با میزان پیروی از رژیم‌های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت استان خراسان انجام شد.*

مواد و روش کار: *۲۵۰ بیمار دیابتی مصرف کننده قرص یا قرص و انسولین به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند و به‌کمک یک پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و اطلاعات همراه با مصاحبه، پرسش‌نامه NEO-FF1، پرسش‌نامه میزان پیروی و پرسش‌نامه فعالیت‌های بیماران دیابتی مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌های گردآوری شده به‌کمک تحلیل واریانس یک‌طرفه، ضریب همبستگی و مدل خطی عمومی تحلیل گردیدند.*

یافته‌ها: *روان‌رنجوری ارتباط منفی، اما غیر معنی‌دار با پیروی داشت. هم‌چنین بین برون‌گرایی و وجدان‌گرایی با پیروی، ارتباط مثبت معنی‌دار به‌دست آمد. آزمون مدل خطی عمومی پس از حذف اثر برخی متغیرهای کیفی و کمی مهم نشان داد که برون‌گرایی و حمایت اجتماعی دارای بیشترین اثر می‌باشند.*

نتیجه‌گیری: *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.*

کلیدواژه: شخصیت، پیروی، باورهای بهداشتی، دیابت قندی، NEO-FF1

---

* کارشناس ارشد پرستاری، گرایش آموزش داخلی و جراحی، مربی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد. مشهد، بیمارستان قائم (عج)، دفتر معاونت پژوهشی (نویسنده مسئول). E-mail: Rezaiekargar@yahoo.com

** کارشناس ارشد پرستاری، گرایش آموزش کودکان، مربی دانشکده پرستاری و مامائی. مشهد، چهار راه دکتری، دانشکده پرستاری و مامائی، ساختمان مربیان.

*** دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه فردوسی مشهد. مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه روانشناسی.

**** دکترای آمار حیاتی، استادیار گروه پزشکی اجتماعی و بهداشت دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد. مشهد، خیابان احمدآباد، بیمارستان قائم، بخش پزشکی اجتماعی.

www.SID.ir

Archive of SID

مقدمه

دیابت قندی[1] بیماری مزمن و شایعی است که یک مشکل مهم بهداشتی در جهان به‌شمار می‌رود (مک‌دونالد[2]، تیلی[3] و هاوستاد[4]، ۱۹۹۹). با توجه به میزان شیوع این بیماری در جهان و پیامدهای پزشکی ناشی از آن، پیروی بیماران دیابتی از رژیم‌های توصیه شده درمانی توجه بسیاری از پژوهشگران را به خود جلب نموده است، زیرا می‌تواند بهبود یا ناتوانی بیماران را به‌همراه داشته، دستاوردهای درمان را تحت تأثیر قرار دهد.

یکی از هدف‌های مهم آموزش به بیمار، تشویق وی به پیروی از رژیم های توصیه شده درمانی است (برونر[5] و سودارتس[6] ۲۰۰۰؛ چان[7] و ملاسیوتیس[8]، ۱۹۹۹؛ هرناندز[9]، ۱۹۹۷). در برخی بررسی‌های انجام شده میزان پیروی نکردن از دستورات درمانی در دیابتی‌ها بین ۲۳٪ تا ۹۳٪ (هرناندز، ۱۹۹۷) و در برخی از آنها در یک سوم تا سه چهارم افراد مبتلا (لو[10]، ۱۹۹۹؛ چان و مولاسیوتیس، ۱۹۹۹) گزارش شده است.

شخصیت به‌عنوان ویژگی‌هایی تعریف می‌شود که تا اندازه‌ای قابل پیش‌بینی بوده، بر عواطف، شناخت و الگوهای رفتاری انسان تأثیر می‌گذارد (آنتای-اوتونگ[11]، ۱۹۹۵). بنابراین بررسی ویژگی‌های شخصیتی بیمار و برداشت کلی او از بیماری ضروری به‌نظر 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 غذائی یا برنامه ورزشی واکنش نشان خواهد داد (وینر[12] و برسلین[13]، ۱۹۹۵). این پژوهش با هدف تعیین ارتباط نوع شخصیت با میزان پیروی از رژیم‌های درمانی توصیه شده در بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت استان خراسان انجام شد. پرسش اصلی پژوهش آن بود که آیا بین پنج ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری[14]، برون‌گرایی[15]، گشودگی[16]، توافق[17] و وجدان‌گرایی[18] با پیروی کردن از رژیم‌های توصیه شده درمانی در بیماران یادشده رابطه‌ای وجود دارد؟

مواد و روشکار

این پژوهش از نوع مقطعی و بررسی همبستگی بوده، آزمودنی‌های پژوهش ۲۵۰ نفر بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای انتخاب آزمودنی‌ها عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، ایرانی‌بودن، داشتن سن بین ۲۸ تا ٦٥ سال، درمان با قرص‌های کاهنده قند خون به تنهایی یا همراه با انسولین، گذشتن دست‌کم یک سال از تشخیص دیابت قندی، گذراندن دست‌کم یک دوره از کلاس‌های آموزش خودمراقبتی و گذشتن بیش از ٦ ماه از شرکت در این کلاس‌ها، مبتلا نبودن به دیابت نوع یک و دیابت حاملگی، مبتلا نبودن به هیپوگلیسمی در هنگام انجام پژوهش و روان‌پریشی، دمانس، عقب‌ماندگی ذهنی، یا هر گونه اختلال روانشناختی که توسط پزشک متخصص تشخیص داده شده باشد.

ابزارهای گردآوری داده‌ها عبارت بودند از:

پرسش‌نامه ویژگی‌های فردی: شامل متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، درآمد خانوار).

پرسش‌نامه فعالیت‌های بیماران دیابتی[19]: این پرسش‌نامه برای سنجش میزان پیروی‌کردن بیماران ساخته شده (هرناندز، ۱۹۹۷)، دارای ۱۳ پرسش است و از دو زیرمقیاس شیوه زندگی/پایش[20] و مصرف دارو/ درمان واکنش‌ها تشکیل گردیده است (همان‌جا). مقیاس آن شبیه‌سازی دیداری بوده که بر روی یک خط صاف به

1- diabetes mellitus
2-McDonald
3- Tilley
4- Havstad
5- Brunner
6- Suddarths
7- Chan
8- Molassiotis
9- Hernandez
10- Lo
11- Antai- Otong
12- Wiener
13- Breslin
14- neuroticism
15- extroversion
16- openness
17- agreeableness
18- conscientiousness
19- Diabetes Activities Questionnaire
20- Life Style / Monitoring

www.SID.ir

Archive of SID

فواصل منظم و مساوی از صفر تا ده نمره گذاری شده است. این پرسش‌نامه پس از ترجمه به فارسی بر روی ده پاسخگو اجرا شد و قابل فهم بودن پرسش‌ها بررسی گردید و در برخی پرسش‌ها، برخی تغییرات دستوری داده شد. روایی محتوای این پرسش‌نامه را هرناندز (همان‌جا) در سطح قابل قبول گزارش نمود. پایایی این پرسش‌نامه به روش بازآزمایی به فاصله ۱۰ روز با ضریب همبستگی پیرسون ۰/۷۸ و ثبات درونی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ برای کل پرسش‌نامه و ۰/۸۱ برای هفت پرسش مربوط به خرده‌مقیاس شیوه زندگی/ پایش و ۰/۷۲ برای چهار پرسش خرده‌مقیاس مصرف دارو/ درمان به دست آمد (همان‌جا). این پرسش‌نامه را پاسخگویان تکمیل می‌کنند. در هنگام تکمیل پرسش‌نامه، در بررسی حاضر پژوهشگر حضور داشته و به هر گونه ابهام یا پرسش پاسخگویان پاسخ داده است.

پرسش‌نامه باورهای بهداشتی بکر[1]: این پرسش‌نامه را جینز[2] و بکر[3] (۱۹۸۵، به نقل از کلوگ‌ردمن[4]، ۱۹۹۸) به‌منظور بررسی میزان پیروی بیماران مبتلا به دیابت از رژیم درمانی ساخته‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۱۶ پرسش است که با مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت درجه‌بندی گردیده است. این ابزار دربردارندهٔ چهار خرده‌مقیاس درک از استعداد، درک از شدت، درک از مزایا و درک از موانع ناشی از بیماری می‌باشد. برای تعیین پایایی آن ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ محاسبه شد (همان‌جا).

پرسش‌نامه موانع اجتماعی[5]: این پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته است. پس از تهیه، توسط ده بیمار دیابتی تکمیل شده و پس از اجرا برخی تغییرات در آن اعمال گردید. دارای نُه پرسش دو گزینه‌ای (مثبت و منفی) می‌باشد و موانع مهم موجود در برابر پیروی کردن بیماران دیابتی را می‌سنجد. برای تعیین روایی این ابزار، روش روایی محتوا و برای تعیین پایایی آن روش بازآزمایی به‌کار برده شد که با فاصله زمانی ۲ هفته ضریب‌های همبستگی بین ۰/۶۲ تا ۱ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه NEO.F.F.I[6]: دارای ۶۰ پرسش است و پنج ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی، توافق و وجدان‌گرایی را می‌سنجد. این ابزار با مقیاس پنج نقطه‌ای لیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) پاسخ داده می‌شود (کاستا[7] و مک‌کری[8]، ۱۹۹۱). هر ویژگی شخصیتی با ۱۲ پرسش سنجیده می‌شود. روایی محتوای آن را کاستا و مک‌کری (همان‌جا) بررسی نموده، پایایی آن برای ویژگی روان رنجوری ۰/۹۰، برای برون‌گرایی ۰/۷۸، برای گشودگی ۰/۷۶، برای توافق ۰/۸۶ و برای وجدان‌گرایی ۰/۹۰ گزارش شده است.

پرسش‌نامه حمایت اجتماعی[9]: دارای نُه پرسش سه گزینه‌ای (بلی، خیر، مطمئن نیستم) است و میزان برخورداری پاسخگویان را از حمایت اجتماعی بررسی می‌کند. تعیین روایی این پرسش‌نامه به‌روش روایی محتوا و پایایی آن به روش بازآزمایی بر روی ۳۰ نفر انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۸۰ به‌دست آمد.

مقیاس تعیین همزمان افسردگی، اضطراب، استرس[10] **(DASS)**: ۲۱ پرسش (هفت پرسش افسردگی، هفت پرسش اضطراب و هفت پرسش استرس) است و با چهار گزینه (اصلاً، کم، زیاد، خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود (لوویباند[11] و لوویباند، ۱۹۹۵). نمره‌گذاری آن برای هر یک از گزینه‌های یادشده به‌ترتیب از صفر تا سه در نظر گرفته شده است. روایی این ابزار به روش روایی محتوا توسط ۱۲ تن از استادان مورد تأیید قرار گرفت و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۳ به‌دست آمد. حق‌شناس (۱۳۷۸) ضریب آلفای مقیاس‌ها را ۰/۷۱ تا ۰/۸۳ و پایایی آن را با ضریب‌های همبستگی ۰/۵۳ تا ۰/۷۶ برای مقیاس‌های اصلی گزارش نموده است. ارزش آلفا برای این مقیاس در

1- Becker Health Beliefs Inventory
2- Janz 3- Becker
4- Klug Redman
5- Social Barriers Inventory
6- NEO Five Factor Inventory
7- Costa 8- McCrae
9- Social Support Inventory
10- Depressive, Anxiety, Stress Scale
11- Lovibond

www.SID.ir

Archive of SID

یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری برای افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ گزارش گردید (لوویباند و لوویباند، ۱۹۹۵). همین ارقام در یک نمونه ٤۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/٦٦ و استرس ۰/۷٦ گزارش شده است (صاحبی، میرعبدالهی و سالاری، ۱۳۸۰).

کوشش شد که آزمودنی‌های پژوهش بدون انتظار طولانی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند، زیرا خستگی و بی‌حوصلگی ناشی از آن می‌توانست پاسخ‌دهی به پرسش‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. برای پیش‌گیری از تأثیر پرسش‌نامه حمایت اجتماعی و مقیاس تعیین هم‌زمان افسردگی، اضطراب، استرس بر پاسخ‌های ارایه‌شده به پرسش‌نامه نئو، نخست پرسش‌نامه شخصیتی نئو و سپس سایر پرسش‌نامه‌ها تکمیل گردیدند.

داده‌های گردآوری شده به‌کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه، همبستگی و مدل خطی عمومی تحلیل گردیدند.

یافته‌ها

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب جنس، سن و وضعیت تأهل در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱- توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (N=۳۰۰)

متغیر		مرد فراوانی (٪)	زن فراوانی (٪)
سن (سال)	کمتر از ۳۵	۸ (٤/۳)	۲ (۳/۱)
	۳٦ -٤۹	۸۷ (٤٦/۸)	۲۷ (٤۲/۲)
	۵۰-٦۵	۹۱ (٤۸/۹)	۳۵ (۵٤/۷)
وضعیت تأهل	مجرد	٤ (۲/۲)	۲ (۳/۱)
	متأهل	۱٦ (۸٦/۵)	۵۹ (۹۲/۲)
	بیوه	۲۱ (۱۱/۳)	۳ (٤/۷)

جدول ۲- میزان همبستگی و سطح معنی‌داری پیروی و ویژگی‌های شخصیتی

متغیر	پیروی	شیوه زندگی/ پایش	مصرف دارو/ درمان واکنش‌ها
روان‌رنجوری	r=-۰/۱۲	r=-۰/۱٦	r=-۰/۵۰
	N.S.	N.S.	N.S.
برون‌گرایی	r=۰/۳۰	r=۰/۲۹	r=۰/۱۳
	p≤۰/۰۱	p≤۰/۰۱	p<۰/۰۵
گشودگی	r=۰/۰٦۸	r=۰/۰۸	r=-۰/۰۱
	N.S.	N.S.	N.S.
توافق	r=۰/۰۵	r=۰/۰۳	r=۰/۰٦
	N.S.	N.S.	N.S.
وجدان‌گرایی	r=۰/۱۷	r=۰/۱۱	r=۰/۲۰
	p<۰/۰۱	N.S.	p<۰/۰۱

در آزمون همبستگی که بین متغیرهای شخصیت و پیروی از توصیه‌های درمانی انجام شد، بین ویژگی‌های روان‌رنجوری و پیروی ارتباط معکوس اما غیرمعنی‌دار به‌دست آمد. ارتباط میان ویژگی‌های برون‌گرایی و نمره کل پیروی، مستقیم و معنی‌دار بود (p<۰/۰۰۱، r=۰/۳۰) بین گشودگی و توافق با پیروی و زیرمقیاس‌های آن ارتباط آماری معنی‌داری به‌دست نیامد. هم‌چنین ارتباط آماری مستقیم و معنی‌داری (p<۰/۰۱، r=۰/۱۷) بین ویژگی‌های وجدان‌گرایی و پیروی یافت شد (جدول ۲).

آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، تفاوت آماری معنی‌داری بین سطوح برون‌گرایی با میانگین شیوه زندگی/ پایش (p<۰/۰۱، df=٤، F=٤/٤۵۱) و میانگین مصرف دارو/ درمان واکنش با سطوح مختلف وجدان‌گرایی (p<۰/۰۱، df=٤، F=۳/۹٤۲) نشان داد (جدول۳).

هم‌چنین میانگین نمره‌های زیرمقیاس‌های پیروی نیز با سطوح مختلف وجدان‌گرایی، ارتباط معنی‌دار (p<۰/۰۵، df=۵، F=۳/۰٦۱) نشان نداد (جدول۳).

www.SID.ir

Archive of SID

جدول۳- مقایسه میانگین‌ها در زیرمقیاس‌های پیروی با سطوح مختلف برون‌گرایی و وجدان‌گرایی

سطوح	برون‌گرایی		وجدان‌گرایی	
	شیوه‌زندگی/ پایش	مصرف‌دارو/ درمان‌واکنش‌ها	شیوه‌زندگی/ پایش	مصرف‌دارو/ درمان‌واکنش‌ها
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
خیلی خیلی پایین			٤٩٠/٠٠	٣٩٥/٠٠
			(٢٦٦/٢٧)	(٧/٠٧)
خیلی	٤٠٩/٣٧	٣٦٤/٣٧	٣٨٨/١٨	٣٣٣/٦٣
پایین	(١٠٩/٧٥)	(٣٤/٢٤)	(١٢٦/٨٧)	(٥٢/٠١)
پایین	٤٤٩/٦٥	٣٦٩/٨١	٤٩٠/٨٠	٣٥٧/٦٠
	(١٤٦/٤٣)	(٣٩/٠٨)	(١١٧/٧٣)	(٤٨/٨٨)
متوسط	٥٠٥/٤٧	٣٥٨/٦١	٤٩٢/٥٥	٣٦٩/٢٧
	(١٣٠/٧٣)	(٥١/٩٥)	(١٣٦/٩٨)	(٤٤/١٨)
بالا	٥٢٨/١٨	٣٨٥/١٨	٥٣٨/٣٣	٣٨٣/٦٦
	(١١٣/٤٤)	(٢٠/٨٩)	(١١٥/١٩)	(١٩/٧٣)
خیلی	٥١٥/٠٠	٤٠٠/٠٠	٤٤٤/٠٠	٣٨٢/٠٠
بالا	(٢٦١/٦٢)	(٠/٠)	(٢٠٥/٤٩)	(٤٣/٨٩)
کل	٤٩٢/١١	٣٦٧/٥٥	٤٩٢/١١	٣٦٧/٥٥
	(١٣٤/٠٣)	(٤٣/٩٥)	(١٣٤/٠٣)	(٤٣/٩٥)
نتیجهٔ	p<٠/٠٠١	p<٠/٠٠١	N.S.	p<٠/٠٥
آزمون	df=٤	df=٤	df=٥	df=٥

جدول ٤ - آزمون مدل خطی عمومی پس از حذف اثر متغیرهای سن، روان‌رنجورخویی، و استرس

متغیر	F	β	سطح معنی‌داری
برون‌گرایی	٩/٢٢٧	٧/٣٢٥	٠/٠٠٣
وجدان‌گرایی	١/٧١٧	٣/٦٣٢	N.S.
باورهای بهداشتی	٤/٤٦٣	٦/٥٢٢	N.S.
حمایت اجتماعی	٣/٦٨٦	٤/٢٣٦	٠/٠٥
موانع اجتماعی	٢/٢٠٤	-٦/١٧٣	N.S.
تحصیلات	٢/٢٥٢	—	N.S.

بررسی متغیرهای میزان تحصیلات، سن، میزان روان‌رنجوری، برون‌گرایی، وجدان‌گرایی، باورهای بهداشتی، میزان استرس، حمایت و موانع اجتماعی ارتباط معنی‌داری با متغیر پیروی در مدل خطی عمومی نشان نداد. از میان متغیرهای یاد شده ویژگی‌های برون‌گرایی (F=٩/٢٢٧ ،p<٠/٠١) و حمایت اجتماعی (F=٣/٦٨٦ ،p<٠/٠٥) دارای بیشترین اثر نشان داده شدند (جدول٤).

در رابطه با صفت برون‌گرایی، نتیجه آزمون توکی نشان داد که در زیرمقیاس شیوه زندگی/پایش سطح خیلی پایین با سطح متوسط تفاوت دارد و سطح بالا نیز با سطوح خیلی پایین، پایین و متوسط متفاوت است. در زیرمقیاس مصرف دارو/ درمان واکنش‌ها سطح متوسط با سطح بالا تفاوت داشت.

در رابطه با ویژگی وجدان‌گرایی، آزمون توکی نشان داد که در هر دو زیرمقیاس سطح خیلی پایین با سطح بالا متفاوت است.

بحث

وجود ارتباط معکوس در این پژوهش بین ویژگی روان‌رنجوری و پیروی تا اندازه‌ای، با یافته‌های وینر و برسلین (١٩٩٥) هم‌سو است. آنان براین باور بودند که هراس و ترس از پیامدهای درمان در افراد مبتلا به روان‌رنجوری بالا به کاهش پیروی آنان می‌انجامد. هم‌چنین وجود ارتباط معنی‌دار میان ویژگی برون‌گرایی و پیروی نشان‌دهنده آن است که با افزایش یا کاهش برون‌گرایی، میزان پیروی نیز افزایش یا کاهش می‌یابد.

تغییرات خلق در برون‌گراها با القای خلق مثبت و در روان‌رنجورها با القای خلق منفی همراه است. هم‌چنین برون‌گرایی با عواطف مثبت و روان‌رنجوری با عواطف منفی همراه می‌باشد (بلاگروو[1] و اکورست[2]، ٢٠٠١). در افراد با ویژگی روان‌رنجوری بالا، احتمال

1- Blagrove 2- Akehurst

www.SID.ir

Archive of SID

روبه‌رو شدن با رویدادهای استرس‌زایی که حملات افسردگی را در پی دارند، افزایش می‌یابد (ون[1]، پارک[2] و جونز[3]، ۲۰۰۱).

از این رو می‌توان گفت که ویژگی روان‌رنجوری فرد را مستعد تجربه بیشتر رویدادهای استرس‌زا نموده، احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد. فریدمن[4]، ویلا[5]، تیمسیت[6]، بویتارد[7] و مک‌مورن[8] (۱۹۹۸) بر این باورند که بیشتر دیابتی‌های مضطرب و افسرده از دستورات درمانی به‌خوبی پیروی نمی‌کنند. هم‌چنین برخی بررسی‌ها ارتباط افسردگی و استرس را با پیروی، معکوس گزارش کرده‌اند (ویکووسکی[9]، ۱۹۹۷؛ مک‌لین[10] و لو، ۱۹۹۸). کاستا و مک‌کری (۱۹۹۱) بر این باورند که روان‌رنجورها 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.

باس‌ورث[11]، سی‌جینز[12]، ویتالیانو[13]، مارک[14] و سیگلر[15] (۲۰۰۱) در پژوهشی که در راستای تعیین رابطه از عهده برآیی[16] با شخصیت و با بهره‌گیری از ابزار نئو بر روی ۲۰۴ بیمار کاتتریزاسیون قلبی انجام دادند دریافتند که روان‌رنجورخویی رابطه مثبت و برون‌گرایی رابطه منفی با از عهده برآیی اجتنابی دارد.

استرومبرگ[17] و همکاران (۱۹۹۹) هم‌چنین به چندین عامل شخصیتی اشاره دارند که موجب افزایش پیروی می‌گردند که از این میان می‌توان به امیدواری برای بهبودی و نگرش مثبت به زندگی اشاره نمود که ارتباط نزدیک‌تری با صفت برون‌گرایی دارند.

در این پژوهش بین ویژگی‌های توافق و گشودگی با پیروی ارتباط آماری معنی‌داری به‌دست نیامد.

وجود ارتباط مثبت معنی‌دار میان ویژگی وجدان‌گرایی و پیروی در بررسی حاضر با نظرات وینر و برسلین (۱۹۹۵) هم‌سو است. این پژوهشگران بر این باورند افرادی که وجدان‌گرا نمی‌باشند اغلب از داروهای تجویز شده پیروی نمی‌کنند. کاستا و مک‌کری (۱۹۹۱) در رابطه با وجدان‌گرایی بیان می‌دارند که افراد با نمرات بالای وجدان‌گرایی بسیار دقیق، وقت‌شناس و قابل اعتماد می‌باشند، از این رو با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به‌نظر می‌رسد به همین دلیل از دستورهای درمانی با دقت و از روی وظیفه‌شناسی پیروی می‌کنند. افرادی که نمره‌های پایینی در وجدان‌گرایی به‌دست می‌آورند، احتمالاً در زمینه‌هایی که با اصل لذت مغایر است یعنی رژیم غذایی و ورزش کمتر از دستورها پیروی می‌کنند و یافته‌های بررسی حاضر با این اصل هم‌سو می‌باشند. یافته‌های پژوهش حاضر هم‌چنین گویای آن است که اصل تقویت منفی ظاهراً تاثیری بر افراد با وجدان‌گرایی پایین نداشته و علایم بالینی ناراحت‌کنندهٔ مصرف نکردن دارو نتوانسته است انگیزهٔ پیروی از دستورهای درمانی را در افراد یادشده افزایش دهد.

هم‌چنین یافته‌های این بررسی مبنی بر وجود تفاوت آماری معنی‌دار بین سطوح برون‌گرایی با هر دو زیرمقیاس پیروی، نشان‌دهندهٔ آن است که افراد با برون‌گرایی بالا بیش از سایر سطوح در هر دو زیرمقیاس از دستورهای درمانی پیروی می‌کنند که نمایانگر وجود انگیزه بالا برای پیروی آنان به‌ویژه در زمینهٔ شیوه زندگی/ پایش می‌باشد.

هم‌چنین ویژگی برون‌گرایی و حمایت اجتماعی دارای بیشترین تأثیر بر پیروی می‌باشند. به بیان دیگر افراد با نمره‌های بالا در ویژگی‌های برون‌گرایی و حمایت اجتماعی بیشتر از دستورهای درمانی پیروی می‌کنند. بنابراین می‌توان گفت که از میان عوامل درونی، ویژگی شخصیتی برون‌گرایی و از میان عوامل بیرونی نیز حمایت اجتماعی اثر بسیار قوی‌تری بر پیروی دارند.

1- Van
2- Park
3- Jones
4- Friedman
5- Vila
6- Timsit
7- Boitard
8- Mc Mouren
9- Wichowski
10- McLean
11- Bos Worth
12- Seaganes
13- Vitaliano
14- Mark
15- Saegler
16- coping
17- Stromberg

www.SID.ir

Archive of SID

به‌طور کلی یافته‌های این پژوهش گویای آن است که عوامل شخصیتی با پیروی بیماران از دستورهای درمانی رابطه دارند و این یافته با یافته‌های استرومبرگ و همکاران (۱۹۹۹) هرشبرگر[1]، روبرتسون[2] و مارکرت[3] (۱۹۹۹) و بال[4] و بانکز[5] (۲۰۰۱) مبنی بر وجود ارتباط میان شخصیت افراد و میزان پیروی آنان از رژیم‌های درمانی هم‌سویی دارد.

گفتنی است که یافته‌های بررسی حاضر را می‌توان در زمینه‌های آموزش و انتخاب شیوهٔ مناسب ارتباط با بیمار، افزایش انگیزه در مددجو و جلب همکاری وی در انجام توصیه‌های درمانی، شناخت توان پذیرش مسئولیت مراقبت از خود در بیمار و پیش‌بینی راهکارهای مناسب برای واگذاری این مسئولیت به وی، به‌کار بست.

تفاوت‌های فردی و روانی و نیز میزان دقت آزمودنی‌ها در پاسخ به پرسش‌ها از محدودیت‌های پژوهش حاضر به‌شمار می‌رود که کوشش شد با ایجاد شرایط یکسان در گردآوری داده‌ها و نیز تکمیل فرم پرسش‌نامه‌ها ضمن مصاحبه این محدودیت به‌طور نسبی کنترل گردد. سابقه ابتلا به اختلال‌های روانپزشکی بر پایهٔ اظهارات خود آزمودنی‌ها بوده، اما کنترل بیشتر آن نیاز به بررسی‌های گسترده‌تر و دسترسی به پرونده‌های پزشکی آزمودنی‌ها دارد. تفاوت در شیوهٔ برخورد و برقراری ارتباط از سوی پزشکان و سایر کارکنان، هم‌چنین مهارت‌های ارتباطی هر یک از آنان می‌توانست بر میزان پیروی و نیز میزان اضطراب و استرس بیماران تأثیر بگذارد. از آنجا که در بررسی‌های روانشناختی به‌دلیل پیچیدگی ماهیت وجودی انسان، به‌ویژه در بُعد رفتارهای انسانی متغیرهای تأثیرگذار بسیارند و کنترل کامل آنها ممکن نیست، از این رو با دسترسی به اطلاعات دقیق و روشن در زمینه‌های یاد شده بهتر می‌توان به انجام این بررسی‌ها پرداخت. هم‌چنین پژوهش‌هایی که در آنها از طرح همبستگی بهره گرفته شده، روش بهتری برای بررسی پدیده‌هایی از این دست می‌باشد.

سپاسگزاری

از حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی- درمانی مشهد از این طرح پژوهشی قدردانی می‌شود. هم‌چنین از همکاری کارکنان محترم مرکز تحقیقات دیابت استان خراسان سپاسگزاری می‌گردد.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۵؛ دریافت نسخه نهایی: ۱۳۸۳/۳/۲۴؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۳/۵/۷

منابع

حق‌شناس، حسن (۱۳۷۸). هنجاریابی آزمون شخصیتی نئو، فرم تجدیدنظر شده. ***فصلنامه اندیشه و رفتار***، سال چهارم، شماره ٤، ۳۸-٤۷.

صاحبی، علی؛ میرعبدالهی، عفت‌السادات؛ سالاری، مرضیه (۱۳۸۰). ***هنجاریابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت عادی و دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد.*** طرح پژوهشی دانشگاه فردوسی.

Antai-Otong, D. (1995). ***Psychiatric nursing: Biological and behavioral concepts.*** New York: W. B. Saunders Company.

Ball, E. M., & Banks, M. B. (2001). Determinants of compliance with nasal continuous positive airway pressure treatment applied in a community settings. ***Sleep Medicine,*** *2,* 195-120.

Blagrove, M., & Akehurst, L. (2001). Personality and the modulation of effects of sleep loss on mood and cognition. ***Personality and Individual Differences,*** *30,* 819-828.

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.

1- Hershberger
2- Robertson
3- Markert
4- Ball
5- Banks

www.SID.ir

Archive of SID

Brunner, L. S., & Suddarths, D. S. (2000). ***Medicals surgical nursing.*** Philadelphia: Lippincott (p.p. 41- 42).

Chan, Y. M., & Molassiotis, A. (1999).The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. ***Journal of Advanced Nursing,*** *30,* 431-435.

Costa, P., & McCrae, R. (1991) .***Your NEO summary psychological assessment.*** U.S.A: Resources Inc. (p.p.1-58).

Friedman, S., Vila, G., Timsit, J., Boitard, C., & McMouren, S. (1998). Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus population. ***European Psychiatry,*** *3,* 295-302.

Hernandez, A. (1997). The development and pilot testing of the Diabetes Activities Questionnaire. ***Applied Nursing Research,****10,* 202- 211.

Hershberger, P. J., Robertson, K. B., & Markert, R. J. (1999). Personality and appointment keeping adherence in cardiac rehabilitation. ***Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation,*** *19,* 106-111.

Hunt, L. M., Valenzuela, M. A., & Pugh, J. A. (1998). Porque me toco ami? Mexican American diabetes patients, causal stories and their relationship to treatment behaviors. ***Social Science Medicine,*** *46,* 959-969.

Klug Redman, B. (1988). ***The porous of patient education (6th ed.).*** New York: Mosby.

Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. ***Journal of Advanced Nursing,*** *30,* 418-424.

Lovibond, S. M., & Lovibond, P. F. M. (1995). ***Manual of Depression-Anxiety Scale.*** Australia: Psychology Foundation of Australia Inc.

MaClean, D., & Lo, R. (1998). The non-insulin dependent diabetics. ***Australian Journal of Advanced Nursing,*** *15,* 32-42.

McDonald, P. E., Tilley, B. C., & Havstad, S. L. (1999). Nurses perception: Issues that arise in caring for patients with diabetes. ***Journal of Advanced Nursing,*** *30,* 425-430.

Potter, P. (2001). ***Fundamentals of nursing (5th ed.).*** New York: Mosby Company. (p.p.53-54).

Stromberg, A., Brostrom, A., Dahlstrom, U., Fridlund, B., Halmstad, L., & Sweden, G. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure. ***Heart Lung,*** *28,* 334-341.

Van, J., Park, S., & Jones, P. (2001). Neuroticism, life events and mental health. ***British Journal of Psychiatry,*** *178,* 72-77.

Wichowski, H. C. (1997). The relationship of self perception of illness and compliance with health care regimen. ***Journal of Advanced Nursing,*** *25,* 548-553.

Wiener, J., & Breslin, N. (1995). ***Behavioral sciences in psychiatry.*** New York: Williams & Wilkins. (p.p.192- 195).

www.SID.ir