

بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی در بیماران دیابتی

عاطفه رضایی

کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، ایران.

Atefeh.rezai970@gmail.com

حوری علیجانی

کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ایران

Alijani1349@gmail.com

سمیع طیبی

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، ایران.

Kahroba32@yahoo.com

بهناز اورنگ

کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه سراسری تهران، ایران.

b.ovrang.erous@gmail.com

حنا سعادآبادی شاهرودی

کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرگز، ایران.

Hananehsadabadi@gmail.com

امیرعلی رجنی

کارشناسی روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، ایران. (باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران)

Amirali.Rajani@yahoo.com

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین ویژگی شخصیتی با کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی انجام شد. روش پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری شامل کلیه بیماران دیابتی عضو انجمن بیماران دیابتی شهرستان گرگان به تعداد 300 نفر که در سال 1396 دارای پرونده می باشند که بر اساس آن، نمونه آماری 300 نفر مشخص شده و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، پرسشنامه بین آنان توزیع شد. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (1998) و پرسشنامه ابزار کوتاه شده NEO با فرم کامل آن (NEO-PI) می باشد و جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات و آزمودن فرضیات از آزمون ضریب همبستگی پیرسن استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داده است ویژگی شخصیتی در کیفیت زندگی بیماران دیابتی نقش دارد. در نهایت با توجه به نتیجه بدست آمده، می توان با بهبود شرایط بیماران دیابتی در حوزه کیفیت زندگی زمینه کاهش آسیب پذیری روانی آنان را فراهم نمود.

کلیدواژه: ویژگی شخصیتی، روان رنجوری، کیفیت زندگی، دیابت

مقدمه

دیابت نوع دو یکی از مهمترین بیماری‌های مزمنی است که به صورت فزاینده ای در سطح جهان مخصوصاً کشورهای در حال توسعه رو به افزایش است. بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد (امامی مقدم و همکاران، 2009). در سال 2011 حدود 48٪ مرگ‌های ناشی از دیابت در سنین زیر 60 سال رخ داده است و مرگ و میر ناشی از دیابت معادل با مجموع مرگ‌های ناشی از بیماری‌های مهم واگیر از جمله ایدز، مالاریا و سل بوده است (چلیبوی و همکاران¹، 2010). از این رو پرستار در نقش آموزش دهنده دیابت، باید با برقراری ارتباط موثر با بیماران و خانواده های آنان، ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار را ارزیابی کرده و اطلاعاتی در مورد راهبردهای تغییر رفتار و حل مسئله ارائه دهد تا بیمار بتواند تصمیمات آگاهانه بگیرد (پیمانی و همکاران، 2010). در واقع، آموزش مراقبت از خود، به عنوان جزء حائز اهمیت در عملکرد پرستاری از دیر باز مورد توجه قرار گرفته است (اسملتزر و همکاران²، 2010؛ حسینی و حسینی زاده، 2013). شیوع دیابت در جوامع 3 تا 5 درصد است ولی در برخی از جوامع بطور قابل ملاحظه شیوع بالاتری دارد. در ایران دیابت با میزان شیوع 7 درصد دیابت و 13 درصد دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال تقریباً 20 درصد جمعیت ایرانی مبتلا به دیابت و یا مستعد آن هستند (برونل و کوهن³، 2002). نتایج مطالعات اپیدمیولوژی نشان داده است که به جز عوامل ژنتیکی، سطوح پایین فعالیت و حرکات فیزیکی و چاقی در ابتلا به دیابت نقش دارند (ماگوس، یان ناکولیا، چان و مانتزورو⁴، 2009؛ کیشیدا، فاناشی و شیمورا⁵، 2011؛ جاکوب و ایساک⁶، 2012). بنابراین نقش عوامل محیطی از جمله سبک زندگی در این بیماری کاملاً محسوس می‌باشد. شاید قویترین شاهد اپیدمیولوژی که از ارتباط بین سبک زندگی و دیابت نوع دو حمایت می‌کند، مطالعات زیست محیطی مربوط به

¹ Chlebowy, Hood & Lajoie

² Smeltzer, Brenda, Hinkle & Cheever

³ Brownell & Cohen

⁴ Magkos, Yannakoulia, Chan & Mantzoros

⁵ Kishida, Funahashi & Shimomura

⁶ Jacob & Isaac

مهاجرت

است که نشان می‌دهد، بیشتر مبتلایان به این بیماری در میان کسانی بوده‌اند که به کشورهای غربی مهاجرت کرده‌اند؛ بنابراین

اصلاح شیوه سبک زندگی سنگ بنای مدیریت دیابت نوع دو است (ماکوس و همکاران، 2009). به طور کلی در روان‌شناسی امروز، دیدگاه‌های متفاوتی در مورد شخصیت نیز وجود دارد. یکی از رویکردهایی که از پذیرش نسبی برخوردار است، نظریه پنج عاملی شخصیت است که شامل روان رنجورخویی، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق و وظیفه‌شناسی است (رضایی و همکاران، 1393). مدل پنج عاملی کاستا⁷ و مک کری⁸ به معرفی پنج بعد عمده شخصیت می‌پردازد: 1- روان رنجورخویی⁹: به آمادگی فرد برای تجربه، اضطراب، تنش، خصومت، تکانش‌گری، افسردگی، عزت‌نفس پایین و ترحم‌جویی بر می‌گردد. 2- برون‌گرایی¹⁰: به آمادگی فرد برای معاشرتی بودن، هیجان‌های مثبت، ابراز وجود، پرنرزی بودن و هیجان‌خواهی اطلاق می‌شود. 3- گشودگی به تجربه¹¹: ویژگی‌های شخصیتی همچون کنجکاوی، زیبایی‌دوستی، هنرمندی، انعطاف‌پذیری و خردورزی می‌پردازد. 4- سازگاری¹²: به گرایش فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی، نوع‌دوستی و اعتماد ورزی اشاره دارد. 5- وظیفه‌شناسی¹³: ویژگی‌های منظم بودن، کارا بودن، قابل اعتماد و اتکا بودن، کفایت، تلاش برای موفقیت، منطقی بودن و آرام بودن را شامل می‌شود (فتحی آشتیانی، 1388). بنابراین، با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان چنین استنباط کرد که افراد دارای بیماری دیابت پس از ابتلا به بیماری، به دلیل آسیب‌پذیری بیشتری که با آن رو به رو می‌شوند، به مراتب بیش از سایرین، سطح کیفیت زندگی‌شان دچار افول می‌گردد و نکته‌ای که در این شرایط سودمند به نظر می‌رسد، یادگیری نحوه زندگی با دیابت می‌باشد، عامل کیفیت زندگی یکی از عواملی است که در سال‌های اخیر کمتر مورد توجه بوده است که در تعریف آن باید گفت، ادراکی است که افراد از موقعیتی که در زندگی، زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی که

⁷ Costa⁸ McCrae⁹ Neuroticism¹⁰ Extraversion¹¹ Openness/experience¹² Agreeableness¹³ Conscientiousness

در آن

زندگی می کنند دارند. ادراکی که در ارتباط با اهداف، انتظارات و علائق شان می باشد (سهرابی، 1395).

کیفیت زندگی یکی از عوامل مؤثر بر سلامت است که ارتقاء آن با افزایش کارآیی فرد و پیشرفت خانواده و در نهایت توسعه بیشتر جامعه ارتباط دارد (ارسنجان، 1394). در واقع کیفیت زندگی، ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می گیرد که محدود به تجارب، اعتقادات و انتظارات و ادراک فرد است و پژوهش ها وجود رابطه ی بین کیفیت زندگی و ابعاد سلامت، اعم از سلامت جسمی، روانی و محیطی را ثابت کرده اند (نریمانی، 1392). با توجه به آثار منفی آسیب پذیری روانی بیماران دیابتی، می توان گفت تضعیف سلامت روان می تواند به مراتب تاثیر گذار باشد و سبب گوشه گیری، دوری از جامعه، افسردگی و اضطراب آنان گردد. اما در سال های اخیر، حوزه بیماران دیابتی و عوامل مؤثر بر آن کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است که این مساله سبب آن شده با توجه به کمبود پژوهش های انجام شده و اهمیت توجه به ویژگی شخصیتی به جهت تاثیرات آن بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی مبتلایان به بیماری دیابت، عامل کیفیت زندگی را به عنوان متغیری بر بیماران دیابتی مورد مطالعه قرار دهد تا به واسطه آنها راهکارها و پیشنهادهای علمی و کاربردی جهت کاهش سطح آسیب پذیری روانی بیماران دیابتی ارائه و زندگی مطلوب تری را برای بیماران فراهم نمایند.

روش بررسی

پژوهش حاضر، پژوهش توصیفی از نوع همبستگی می باشد. جامعه آماری پژوهش تمامی کلیه بیماران دیابتی عضو انجمن بیماران دیابتی شهرستان گرگان به تعداد 300 نفر که در سال 1396 دارای پرونده می باشند. با توجه به جامعه آماری، از طریق جدول کرجسی و مورگان نمونه آماری 300 نفر مشخص شده و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، پرسشنامه ها بین آنان توزیع شد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه های استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (1998) بود که برای اولین بار در سال 1991 اجرا شد. شامل 26 آیتم است که از نسخه 100 آیتمی این پرسشنامه برگرفته شده است. این پرسشنامه 4 حیطه وسیع را اندازه گیری می کند، که عبارتند از: سلامت جسمی، سلامت روانشناختی، روابط اجتماعی و محیط. علاوه بر این موارد این پرسشنامه سلامت عمومی را نیز می تواند ارزیابی کند. آیتم های پرسشنامه نیز بر روی یک

مقیاس 5

گزینه ای ارزیابی می‌شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. تحقیقات انجام شده در مورد مشخصات روانسنجی فرم کوتاه پرسشنامه نشان دهنده اعتبار افتراقی، اعتبار محتوا، پایایی درونی مناسبی است. در مورد سه آیت 4، 3 و 26 نمره گذاری به صورت وارونه محاسبه می‌شود. پایایی آن در پژوهش شهاب (1391)، 0/86 بدست آمده و پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-FFI-60) یک مقیاس 60 ماده ای است که طبق نسخه تجدیدنظر شده در پرسشنامه NEO، پنج عامل یا حیطه مذکور عبارتند از روان آزرده‌گی،

برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن. هر حیطه شش جنبه یا مقیاس فرعی دارد. یعنی صفات شخصیتی خاصی که جنبه‌های مختلف هر حیطه را نشان می‌دهند. این پرسشنامه دارای دو فرم است، یکی فرم S برای گزارش‌های شخصی و دیگری فرم R برای درجه بندی‌های مشاهده‌گر. فرم R با ضمیر سوم شخص شروع می‌شود و برای درجه بندی افراد توسط همسر، همسال یا کارشناسان به کار می‌رود. فرم R می‌تواند به طور مستقل برای ارزیابی به کار رود یا به عنوان مکملی برای گزارش‌های شخصی یا اعتبار آن مورد استفاده قرار گیرد (گروسی، 1380). لازم به ذکر است که در این پژوهش از فرم S (60 سؤالی) استفاده گردیده است. مک‌کرا و کاستا (1992) ضریب آلفای کرونباخ بین 0/68 (برای موافق بودن) تا 0/86 (برای روان آزرده‌گی) را گزارش کرده‌اند. هلدن (1999) نیز ضریب آلفای کرونباخ این 5 عامل را در دامنه 0/76 (برای گشودگی) تا 0/87 (برای روان آزرده‌گی) گزارش می‌کند. نتایج مطالعه مورادیان و نزلک (1995) نیز حاکی از آن است که آلفای کرونباخ برای روان آزرده‌گی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن بوده به ترتیب عبارت است از 0/84، 0/75، 0/74، 0/75 و 0/83.

پرسشنامه (NEO-FFI) در ایران توسط گروسی (1377) هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در 208 نفر از دانشجویان به فاصله 3 ماه به ترتیب 0/83، 0/75، 0/80، 0/79 و 0/79 برای عوامل N، E، O، A، C به دست آمده است. مک‌کرا و کاستا (1989) اظهار می‌دارند که ابزار کوتاه شده NEO با فرم کامل آن (NEO-PI) مطابقت دقیقی دارد به گونه ای که مقیاس‌های فرم کوتاه، همبستگی بالاتر از 0/68 را با مقیاس‌های فرم کامل دارا می‌باشند. مک‌کرا و کاستا در مطالعه

دیگری)

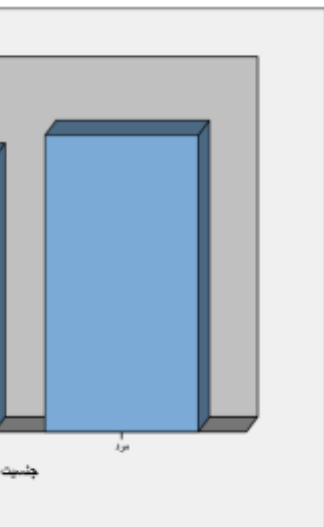
1992) گزارش می کنند که اعتبار پنج عامل (NEO-FFI)، بر اساس همبستگی با ارزیابی های همسر و همسالان به ترتیب در دامنه ای از 0/44 برای این پرسشنامه، 85 درصد واریانس را در اعتبار همگرا، که از ارزیابی های صفات مشابه با استفاده از تأیید صفت و ارزیابی های همسر و همسالان به دست آمده است، تبیین می کند.

نتایج

بر اساس نتایج این تحقیق از مجموعه 300 شرکت کننده فراوانی مردان را 156 و زنان را 144 نفر و درصد فراوانی به ترتیب 52 و 48 را در بیماران دیابتی نشان می دهد.

نحوه توزیع پاسخگویان به تفکیک جنس

جنس	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
زن	144	48	48
مرد	156	52	100
جمع	300	100	



میانگین و انحراف معیار نمرات ویژگی های شخصیت و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

متغیر پیش بین	تعداد	میانگین	انحراف معیار
روان رنجوری	300	32.24	6.32
برون گرایی	300	42.01	5.10
گشودگی به تجربه	300	37.69	4.44
سازگاری	300	44.16	5.82
وظیفه شناسی	300	46.80	6.45
کیفیت زندگی	300	87.48	14.16

همبستگی بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

کیفیت زندگی	روان رنجوری
-0.12**	مقدار همبستگی
0.033	سطح معناداری

همانگونه که از جدول مشاهده می شود در سطح 95٪، بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار 0.12 - ارتباط معکوسی وجود دارد، و نتیجه آن است که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پذیرش می شود.

همبستگی بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

کیفیت زندگی	برون گرایی
0.11	مقدار همبستگی
0.062	سطح معناداری

همانگونه که از جدول مشاهده می شود در سطح 95٪، بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباطی وجود ندارد، و نتیجه آن است که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می شود.

همبستگی بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

کیفیت زندگی	گشودگی به تجربه
0.085	مقدار همبستگی
0.142	سطح معناداری

همانگونه که از جدول مشاهده می شود در سطح 95٪، بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباطی وجود ندارد، و نتیجه آن است که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می شود.

همبستگی

بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

سازگاری	کیفیت زندگی
مقدار همبستگی	0.116 *
سطح معناداری	0.045

همانگونه که از جدول مشاهده می شود در سطح 95٪، بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار 0.12 ارتباط مستقیمی وجود دارد، و نتیجه آن است که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پذیرش می شود.

همبستگی بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

وظیفه شناسی	کیفیت زندگی
مقدار همبستگی	0.10
سطح معناداری	0.08

همانگونه که از جدول مشاهده می شود در سطح 95٪، بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباط وجود ندارد، و نتیجه آن است که فرضیه پژوهش مبنی بر وجود ارتباط بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می شود.

ضرایب رگرسیون

مدل	متغیرها	ضرایب استاندارد نشده	ضرایب استاندارد شده	آماره t	معنی داری
-----	---------	----------------------	---------------------	---------	-----------

		Beta	خطای استاندارد	B	
0.000	4.201		13.735	57.705	ضریب ثابت
0.294	-1.051	-0.068	0.144	-0.152	روان رنجوری
0.864	0.171	0.012	0.193	0.033	برون گرایی
0.266	1.113	0.064	0.182	0.203	گشودگی به تجربه
0.258	1.134	0.081	0.174	0.197	سازگاری
0.891	-0.137	-0.10	0.166	-0.023	وظیفه شناسی

بحث و نتیجه گیری

با توجه به نتایج بدست آمده می توان گفت، در بعد آمار استنباطی یافته ها نشان داده اند که بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار -0.12 رابطه معکوسی وجود دارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می دهد که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با یافته های نصرافهانی و اعتمادی (1391) که نشان دادند بین روان نژندی و کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود دارد و نیز با یافته های تصدیقی و سهرابی (1390) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می باشد. در توجیه این نتیجه در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که بیماری دیابت، امروزه به عنوان یکی از چالش های جهانی، در حال افزایش است که این نشان از اپیدمی جهانی این بیماری دارد (باکر و همکاران، 2011). این بیماری از جمله بیماری های مزمن و غیرواگیردار است که باعث ناتوانی و مرگ زودرس می شود و عامل اصلی کوری، بیماری کلیوی پیشرفته و قطع عضو در سنین کاری نیز می باشد (رخشنده رو و همکاران، 1385). بنابراین وجود ویژگیهای شخصیتی روان رنجوری در بیماران دیابتی چیزی دور از انتظار نیست که پژوهش حاضر نیز از این امر حکایت می کند. در واقع، افراد دارای شخصیت روان رنجور به دلیل آمادگی برای تجربه اضطراب، تنش، خشم، افسردگی، کم رویی، خصومت، تکانش گری، عزت نفس پایین، ترحم جویی و زود رنجی و خصیصه هایی از این دست دارند، با احتمال بیشتری دچار آسیب های روحی

روانی،

اجتماعی و متعاقباً جسمانی می شوند (خود بیماری دیابت در رده بیماری های روان تنی است) بنابراین دور از انتظار نیست که بیماران دیابتی دارای شخصیت روانرنجور از کیفیت زندگی پایینی برخوردار باشند. در بعد آمار استنباطی نیز یافته ها نشان داده اند که بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد. بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می دهد که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با یافته های نصرافهانی و اعتمادی (1391) که نشان دادند بین برون گرایی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته های تصدیقی و سهرابی (1390) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی، مغایر می باشد.

این مغایرت می تواند به جامعه مورد بررسی نسبت به جامعه های دیگر و نیز به دلیل برخورداری بیماران جامعه حاضر از سطح بینابینی خصیصه های درون گرایی - برون گرایی باشد. در هر صورت نتایج پژوهش حاضر نتوانسته ارتباط بین برون گرایی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین نماید. در نتیجه در راستای نتایج به دست آمده، برون گرایی قابلیت تبیین لازم را برای پیش بینی میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی ندارد. در بعد آمار استنباطی نیز یافته ها نشان داده اند که بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد. بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می دهد که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با یافته های نصرافهانی و اعتمادی (1391) که نشان دادند بین تجربه پذیری و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته های تصدیقی و سهرابی (1390) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی، مغایر می باشد.

این مغایرت نیز می تواند به جامعه مورد بررسی نسبت به جامعه های دیگر باشد. در هر حال نتایج پژوهش حاضر نتوانسته ارتباط بین گشودگی به تجربه با کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین نماید. در نتیجه در راستای نتایج به دست آمده، گشودگی به تجربه قابلیت تبیین لازم را برای پیش بینی میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی ندارد.

در بعد آمار

استنباطی نیز یافته ها نشان داده اند که بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار 0.12 رابطه مستقیمی وجود دارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می دهد که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با یافته های نصرافهانی و اعتمادی (1391) که نشان دادند بین سازگاری و کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود دارد، و با یافته های تصدیقی و سهرابی (1390) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می باشد.

در توجیه این نتیجه می توان گفت که افراد دارای سازگاری بالا به دلیل برخورداری از رفتارهای دوستانه تر، همکاری مناسب تر، قلب رئوف تر، خصومت های کمتر و نیز روحیه کمک کننده، مؤدب و منعطف، حمایت اجتماعی بیشتری را نسبت به خود جلب کرده و همین عوامل در بیمار سبب می شود تا در مواجهه با عوارض ناتوان کننده بیماری دیابت که مرگ زودرس را نیز در پی دارد، توانا تر و مقاوم تر از سایر مبتلایان به دیابت

عمل کرده و در کنترل مداوم قند خون و تغییر و حفظ سبک زندگی سالم در جهت کنترل و بهبود بیماری خود و متعاقباً ارتقا کیفیت زندگی اش به نحوی موثرتر گام بردارد. بنابراین دور از انتظار نیست که بیماران دیابتی دارای شخصیت سازگار، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند.

در بعد آمار استنباطی نیز یافته ها نشان داده اند که بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می دهد که یافته های حاصل از پژوهش حاضر با یافته های نصرافهانی و اعتمادی (1391) که نشان دادند بین وجدان گرایی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته های تصدیقی و سهرابی (1390) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می باشد. در توجیه این نتیجه باید به این نکته اشاره کرد که بیماری دیابت از جمله بیماری های روان تنی و مزمنی است که نیاز به کنترل و مراقبت مداوم قند خون و عوارض ناشی از آن دارد، مسلماً افرادی که بیشتر از حس مسئولیت پذیری، سخت کوشی و هدفگرا بودن برخوردارند، در جهت انجام وظایف و نقش های محوله خود در خانواده، محل کار و جامعه به نحو مطلوب، بیشتر تلاش می کنند و همین

عوامل خود

موجبات بالاتر بودن سطح کیفیت زندگی در بیماران دارای شخصیت وظیفه مدار را موجب می شود. بنابراین دور از انتظار نیست که بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود داشته باشد. بعد از بحث و بررسی های به عمل آمده از پژوهش حاضر، می توان چنین نتیجه گیری کرد که با ضریب اطمینان 95 درصد در سطح خطای 0/05، بین برخی ویژگی شخصیتی شامل روانرنجوری، سازگاری و وظیفه شناسی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود دارد. بنابراین، با توجه به نتایج به دست آمده می توان چنین گفت که در کنار بررسی و مشاوره روانپزشکی و آموزش روانشناختی برای تشخیص زودرس و تنظیم برنامه های مربوط به پیشگیری و بهبود در بیماران دیابتی، با هدف افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی، با تعدیل آسیب های مربوط به ویژگی های شخصیتی بیماران، مهم و سودمند به نظر می رسد.

منابع

- ارسنجانی، اعظم (1394). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت نوجوانان دختر دبیرستانهای شهر اهواز. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، 14، 8، 643-654.
- اتکینسون، ریتا ال؛ اتکینسون، ریچارد س؛ هیلگارد، ارنست ر. (2000). *زمینه روانشناسی هیلگارد*. ترجمه محمدنقی براهنی و همکاران (1381)، تهران: رشد.
- ایزدی طامه، احمد؛ نادری فر، مهین؛ نادری فر، علیرضا؛ نیکبخت، رضا. (1393). افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت: یک مقاله مروری. *فصلنامه پرستاری دیابت*. 2(2): 77-83.
- تصدیقی، الهام؛ و سهرابی، نادره. (1390). *رابطه ویژگی های شخصیتی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان MRI شهر شیراز*. دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مردودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مردودشت.

- جعفرنژاد،
 پروین؛ فرزاد، و؛ مرادی، ا و شگری، ا. (1384). رابطه شخصیت، سبک های مقابله و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانشناسی*، 35(1)، 51-74.
- حسن زاده، پرستو؛ علی اکبری دهکردی، مهناز؛ خمسه، محمد ابراهیم. (1391). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *فصلنامه روانشناسی سلامت*، 1(2)، 21-12.
- حمید، نجمه؛ زمستانی، مهدی. (1392). رابطه هوش معنوی و ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی، *مجله پزشکی هرمزگان*، 17(4)، پیاپی (70).
- رضائی، سجاد؛ جهانگیرپور، مهسا؛ موسوی، سید ولی الله؛ موسوی، سیدحشمت الله. (1393). نقش میانجی ویژگی شخصیتی وظیفه شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی، *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، سال هشتم، شماره 30.
- رضوانی، محمدرضا؛ منصوریان، حسین. (1387). سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی، *فصلنامه روستا و توسعه*، 3، 26-1.
- شولتز، دوان و شولتز، الن (1389). *نظریه های شخصیت*. ترجمه سید محمدی، یحیی. ویرایش هشتم. نشر ویرایش. تهران
- شولتز، دوان؛ شولتز، سیدنی. (1378). *نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی، نشر نی.
- عنبری، موسی. (1389). بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (1365-1385)، *فصلنامه توسعه روستایی*، 2، 181-149.
- غفاری، غلامرضا؛ کریمی، علیرضا؛ نودری، حمزه. (1391). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، 1(3).
- کرد زنگنه، جعفر. (1381). *بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سالمندان و عوامل موثر بر آن*. (رساله کارشناسی ارشد)، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی
- گشتاسبی، آریتا. (1383). *بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی*، دانشگاه تربیت مدرس.
- مظلومی، سید سعید؛ میرزایی، امین؛ محمدی، سهیلا. (1387). بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران دیابتی نوع 2 مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد. *فصلنامه پژوهشی دانشکده بهداشت یزد*، 7(1 و 2).

نصراصفهانی، نرگس؛ اعتمادی، احمد. (1391). رابطه ویژگی های شخصیتی با هوش معنوی و کیفیت زندگی در دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی. *مجله تخصصی پژوهش و سلامت، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت گناباد*، 2(2).

سهرابی، احمد (1395). رابطه کیفیت زندگی و استرس با رضایت زناشویی در زنان مبتلا به سردرد میگرنی شهرستان اهواز، *مجله علوم مراقبتی نظامی*، 3، 115، 2 - 122.

نریمانی، محمد (1394). نقش سبک های دلبستگی و کیفیت زندگی در پیش بینی بهزیستی روان شناختی نوجوانان مبتلا به ناتوانی های یادگیری. *مجله ی ناتوانی های یادگیری*، 3، 4، 124 - 142.

Chlebowy DO, Hood S, Lajoie AS.(2010). Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults: focus group findings. *Diabetes Educ*; 36:897-905.

Brownell KD, Cohen LR.(2002). Adherence to dietary regimens: An overview of research. *Behav Med*; 20 :54-149.

Jacob, J. J.; Isaac, R. (2012). "Behavioral therapy for management of obesity". *Indian J EndocrMetab [serial online]*. 16. 28-32.

Magkos, F.; Yannakoulia, M.; Chan, J. L. & Mantzoros, C. S. (2009). "Management of the Metabolic Syndrome and Type 2 Diabetes through Lifestyle Modification". *Annu. Rev. Nutr.* 29. 223-56

Baker, M. K.; Simpson, K.; Lloyd, B.; Bauman, A. E.; Fiatarone Singh, M. A. (2011). "Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials". *Diabetes Research and Clinical Practice*. 91.