



## بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی شهر یزد سال ۱۳۹۸ سحر شکوهی فر<sup>۱</sup>، فاطمه السادات نورالدینی<sup>۲</sup>، علی تیمور زرامحله<sup>۳</sup>، مسلم بناوند<sup>۴</sup>، مهلا عربیان<sup>۵</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد آزادشهر، ایران.

۲- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین، ایران.

۳- کارشناسی روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرگان، ایران.

۴- ارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد زرنند، کرمان، ایران.

۵- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، ایران. نویسنده مسئول، استخراج از پایان

نامه کارشناسی

### چکیده:

هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در بین بیماران دیابتی می‌باشد. تحقیق حاضر از لحاظ روش توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی عضو انجمن بیماران دیابتی شهر یزد در سال تحصیلی ۱۳۹۸ و روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه بوده است. ابزار پژوهش پرسشنامه شامل: پرسشنامه‌ی ویژگی‌های شخصیتی نئو و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بوده است. برای تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ۲۰، از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن و تحلیل رگرسیون چندمتغیری استفاده شده است. بر اساس یافته‌ها بین سازگاری با کیفیت زندگی با مقدار ۰.۱۲ رابطه مستقیم و بین روان رنجوری با کیفیت زندگی با مقدار ۰.۱۲ - رابطه معکوسی وجود دارد؛ اما بین برون‌گرایی، گشودگی به تجربه و وظیفه‌شناسی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود ندارد. نتیجه آنکه در کنار بررسی و مشاوره روان‌پزشکی و آموزش روان‌شناختی برای تشخیص زودرس و تنظیم برنامه‌های مربوط به پیشگیری و بهبود در بیماران دیابتی، با هدف افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی، توجه به پرورش عوامل هوش با تعدیل آسیب‌های مربوط به ویژگی‌های شخصیتی بیماران، توصیه می‌گردد. **واژگان کلیدی:** ویژگی‌های شخصیتی، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی.



## مقدمه:

دیابت یا بیماری قند، یک اختلال متابولیک (سوخت و سازی) در بدن است. در این بیماری توانایی تولید انسولین در بدن از بین می‌رود و یا بدن در برابر انسولین مقاوم شده و بنابراین انسولین تولیدی نمی‌تواند عملکرد طبیعی خود را انجام دهد. نقش اصلی انسولین پایین آوردن قند خون توسط مکانیزم‌های مختلفی است. دیابت دو نوع اصلی دارد. در دیابت نوع یک تخریب سلول‌های بتا در پانکراس منجر به نقص تولید انسولین می‌شود و در نوع دو مقاومت پیش‌رونده بدن به انسولین وجود دارد که در نهایت ممکن است به تخریب سلول‌های بتای پانکراس و نقص کامل تولید انسولین منجر شود. در دیابت نوع دو مشخص است که عوامل ژنتیکی، چاقی و کم‌تحرکی نقش مهمی در ابتلای فرد دارند. (افخمی اردکانی و همکاران، ۱۳۸۴).

دیابت از گروه بیماری‌های متابولیک و یک اختلال چندعاملی است که با افزایش مزمن قند خون یا هیپرگلیسمی مشخص می‌شود و ناشی از اختلال ترشح یا عمل انسولین و یا هر دو آن‌هاست. از دیابت به اپیدمی خاموش یاد می‌شود و به‌عنوان یک مشکل بهداشتی عمومی عمده در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان از جمله کشور ما قلمداد می‌شود. طبق آمار جمعیتی آمریکا در سال ۲۰۰۰، ۱۷ میلیون نفر به این بیماری مبتلا بودند و این بیماری ششمین علت شایع مرگ در آمریکا می‌باشد و مسئول نزدیک به ۱۸٪ از موارد مرگ و میر در گروه سنی بالای ۲۵ سال است؛ مانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگری فرد مبتلا به دیابت نیز با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع این بیماران علاوه بر مشکلات جسمانی از مشکلات روان‌شناختی نیز رنج می‌برند. (ایرانپور و همکاران، ۱۳۸۷)؛ بنابراین، دیابت در قلب مسائل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی نقش حیاتی در مدیریت و سازگاری با بیماری دارند (استوک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). از سویی "شخصیت"<sup>۲</sup>، جنبه‌های درونی و بیرونی منحصر به فرد و نسبتاً بادوام منش فرد است که در موقعیت‌های مختلف بر رفتار تأثیر می‌گذارد (شولتز و شولتز<sup>۳</sup>، ۱۳۸۸). صاحب‌نظران حوزه شخصیت<sup>۱</sup> و روان‌شناسی از کلمه شخصیت تعریف‌های گوناگونی ارائه داده‌اند. کلمه شخصیت که برابر و معادل کلمه انگلیسی پرسونالیستی<sup>۲</sup> است در حقیقت از ریشه لاتین پرسونا گرفته شده است که به معنی نقاب یا ماسکی بود که در یونان و روم قدیم بازیگران تئاتر بر چهره می‌گذاشتند. این تعبیر تلویحاً اشاره به این مطلب دارد که شخصیت هر شخص ماسکی<sup>۳</sup> است که بر چهره خود می‌زند تا وجه تمیز او از دیگران باشد (کریمی، ۱۳۸۹).

بنابراین مفهوم اصلی و اولیه شخصیت، تصویری ظاهری و اجتماعی است که بر اساس نقشی که فرد در جامعه بازی می‌کند، قرار دارد؛ یعنی در واقع، فرد به اجتماع خود، شخصیتی را ارائه می‌دهد تا جامعه بر اساس آن، وی را ارزیابی کند (شاملو، ۱۳۸۲)؛ اما شخصیت در معنای علمی به این سادگی قابل تبیین نیست، زیرا شخصیت یک مفهوم انتزاعی است که از طریق انسجام و هماهنگی مجموعه‌ای از خصوصیات معنا پیدا می‌کند. این خصوصیات عبارت‌اند از: عواطف و هیجانات، انگیزه‌ها، افکار، تجارب و ادراکات. از سوی دیگر شخصیت تنها شامل جنبه‌های ظاهری رفتار نیست بلکه معنای واقعی شخصیت چندبعدی است و این ابعاد شامل طیفی از فرآیندهای درونی و ذهنی است که افراد را وادار به انجام رفتار معینی می‌کند (دارابی، ۱۳۸۸). همچنین مفهوم کیفیت زندگی ابتدا به حوزه‌های بهداشتی و بیماری‌های



روانی محدود می‌شد، اما در طی دو دهه گذشته، این مفهوم از زمینه‌های بهداشتی، زیست‌محیطی و روان‌شناختی صرف به مفهومی چندبعدی ارتقاء یافته (عنبری، ۱۳۸۹) و مورد توجه تعداد زیادی از حوزه‌های مطالعاتی قرار گرفته است. از این روست که بر اساس پایگاه داده‌های موسسه اطلاعات علمی، از ۱۹۸۲ تا ۲۰۰۵ بیش از هزار تحقیق در مورد کیفیت زندگی صورت گرفته است (رضوانی و منصوریان، ۱۳۸۷).

## ادبیات پژوهش

### ویژگی‌های شخصیتی

#### تعاریف شخصیت

مدی<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) شخصیت را مجموعه‌ای با ثبات از تمایلات و ویژگی‌ها می‌داند که مشترکات و تفاوت‌های رفتاری - روان‌شناختی (افکار، احساسات و اعمال) افراد را تعیین می‌کند و ممکن است به آسانی، به‌عنوان نتیجه فشارهای زیست‌شناختی و اجتماعی زمان، قابل درک نباشد (به نقل از نجار پور استادی، ۱۳۸۹).  
 صفات شخصیت اولین راهنمای تشخیص وضعیت شناختی و عاطفی افراد هستند و بر نقش‌های عاطفی- اجتماعی و رفتارهای بین فردی یا شغلی افراد تأثیر می‌گذارند (موینبهان و پیترسون، ۲۰۰۱؛ به نقل از نجار پور استادی و همکاران، ۱۳۸۹).

برخی از نظریه‌پردازان، شخصیت را به معنای کلیه صفات پایدار یک فرد تلقی کرده‌اند، در حالی که دیگران این واژه را در مورد ویژگی‌های قابل مشاهده‌ای که ماهیت بارز شناختی ندارند به کار برده‌اند؛ یعنی اینکه شخصیت شامل ویژگی‌هایی نظیر هوش و استعداد نیست. بعضی از پژوهشگران که در این حوزه نیز به تحقیق اشتغال دارند، شخصیت را بر حسب تجارب فرد از جهانی که در آن زندگی می‌کنند تعریف می‌کنند. در حالی که در نوشته‌های نظریه‌پردازان دیگر به تجارب فردی اشاره کمتری شده است در این آثار رفتار فردی مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به این چندگانگی دیدگاه‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که شخصیت تعریف ساده و صحیحی ندارد و هر کس تعریف خود را بر اساس آنچه از نظر او مهم است و با توجه به کاربردی که از نظر شخصیت در ذهن دارد انتخاب می‌کند. بدین ترتیب اگر گرایش به رویکرد فروید<sup>۲</sup> داشته باشید ممکن است اهمیت نقش ناخودآگاه را در تعریفی که از شخصیت می‌کنید بگنجانید، اما یک تعریف رفتارگرا بر اساس رفتارهای آموخته و قابل مشاهده خواهد بود (کریمی و جمهری، ۱۳۸۲).

شاملو نیز شخصیت را این گونه تعریف می‌کند: مجموعه سازمان یافته و واحد متشکلی از خصوصیات نسبتاً پایدار و مداوم که در مجموع یک شخص را از اشخاص دیگر متمایز می‌سازد (ساعتچی، ۱۳۸۹).

در تعریفی دیگر، پروین و کرون<sup>۳</sup> (۲۰۱۰) معتقد است شخصیت الگویی است از تفکر، احساس و رفتار ناشی از ویژگی‌های فردی همراه با سازوکارهای روانی پنهان یا آشکار که در پس آن الگوها قرار دارد.

### معرفی صفات شخصیتی

<sup>۱</sup> Maddi

<sup>۲</sup> Freud

<sup>۳</sup> Pervin & Cervone



در بررسی ویژگی‌های شخصیتی، در ابتدا باید تعریفی روشن از صفات شخصیتی ارائه داد. صفات شخصیت عبارت‌اند از الگوهای پایدار ادراک، شیوه‌های ارتباطی و طرز تفکر فرد نسبت به خود و محیط اطرافش که در گستره وسیعی از زمینه‌های فردی و اجتماعی نمایان می‌گردند. روانشناسان شخصیت در طی سال‌ها کوشیده‌اند ساختار شخصیت را به‌طور کامل مورد مطالعه قرار داده و گستره تفاوت‌های فردی، اهم از صفات بهنجار و نابهنجار شخصیتی را تعریف و طبقه‌بندی کنند (دانلان و دیگران ۲۰۰۴).

مدل پنج عاملی کاستا و مک کری به معرفی پنج بعد عمده شخصیت می‌پردازد: ۱- روان رنجور خوبی به آمادگی فرد برای تجربه، اضطراب، تنش، خصومت، تکانش‌گری، افسردگی، عزت‌نفس پایین و ترحم جویی برمی‌گردد. ۲- برون‌گرایی: به آمادگی فرد برای معاشرتی بودن، هیجان‌های مثبت، ابراز وجود، پرانرژی بودن و هیجان خواهی اطلاق می‌شود. ۳- گشودگی به تجربه: ویژگی‌های شخصیتی همچون کنجکاوی، زیبایی دوستی، هنرمندی، انعطاف‌پذیری و خردورزی می‌پردازد. ۴- سازگاری: به گرایش فرد برای بخشندگی، مهربانی، سخاوت، همدلی، نوع‌دوستی و اعتماد ورزی اشاره دارد. ۵- وظیفه‌شناسی: ویژگی‌های منظم بودن، کارا بودن، قابل‌اعتماد و اتکا بودن، کفایت، تلاش برای موفقیت، منطقی بودن و آرام بودن را شامل می‌شود (جعفر نژاد و همکاران، ۱۳۸۴؛ فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

در سطحی پایین‌تر هر عامل از شش مؤلفه یا زیرمجموعه تشکیل شده است. برای مثال مؤلفه‌های عامل روان‌نژندی عبارت‌اند از اضطراب، خشم افسردگی، کم‌رویی، تکانش‌گری و زودرنجی (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲).

به‌طور کلی، پیشرفت در حیطه‌های بهنجار و نابهنجار سیری نسبتاً جداگانه داشته و این دو حیطه غالباً دو سیستم به لحاظ کیفی مجزا، تلقی شده‌اند (بال، ۲۰۰۱؛ به نقل از دی کلرک و دی فریت ۲۰۰۳).

همچنین در پژوهش‌ها، در تعریف ۵ عامل شخصیت آمده است که ابعاد ۵ عاملی شخصیت شامل برون‌گرایی، توافق‌پذیری، وظیفه‌شناسی، روان رنجوری و گشودگی به تجارب است. برون‌گرایی شامل کمیت و شدت تعامل با افراد دیگر و میزان اجتماعی بودن یک شخص است. توافق‌پذیری، میزان توافق در اندیشه، احساسات و عمل نسبت به دیگران را نشان می‌دهد. وظیفه‌شناسی، بعدی است که میزان مسئولیت‌پذیری، سخت‌کوشی و هدف‌گرا بودن را در جهت رفتارهای سازمان توصیف می‌کند. روان رنجوری شامل خصوصیات مانده اضطراب، افسردگی، پرخاشگری و هرگونه هیجان‌های تند و ناخوشایند می‌شود و گشودگی به تجربه (تجربه‌پذیری) قوه‌تخیل، زیبایی‌شناسی، احساسات، ایده‌ها، عمل‌ها و ارزش‌ها را توصیف می‌کند (پروین و کرون، ۲۰۱۰).

### توصیف افراد بر اساس انواع صفات شخصیتی

درواقع، یکی از مباحث اصلی و بنیادی علم روانشناسی ویژگی‌های شخصیتی می‌باشد، از آنجایی که این ویژگی‌ها زیربنای نظام رفتاری افراد را تشکیل می‌دهند، پرداختن به این مقوله می‌تواند جنبه‌های خاصی از عملکرد افراد را در زمینه‌های مختلف روشن سازد (کریمی، ۱۳۷۵).

**سازگاری:** افراد با سازگاری بالاتر عموماً رفتار دوستانه‌تر، همکاری مناسب‌تر، قلب‌رئوف‌تر و خصومت کمتری دارند و کمک‌کننده، مؤدب و منعطف هستند (رضائیان و نائیجی، ۱۳۸۸).





همچنین، افراد سازگار، سطوح بالاتری از قابلیت‌های ارتباطی میان شخصی را در محیط به نمایش می‌گذارند و زمانی که اقدام جمعی نیاز است همکاری اثربخش‌تری از خود نشان می‌دهند (همان منبع).

**وجدان:** کسانی که بیشتر از وجدانشان پیروی می‌کنند، عموماً کارها را بهتر انجام می‌دهند. افراد با وجدان، قابل اعتماد (مسئول، دقیق و قابل اتکاء)، کارا (با برنامه، منظم، وقت‌شناس، منضبط) و کوشا (سخت‌کوش، مصر، پرنرژی و توفیق طلب) هستند. آن‌ها آماده‌اند در حل مشکلات ابتکار به خرج دهند و کارشان را روشمند و تمام و کمال به سرانجام برسانند (همان منبع).

**ثبات احساسی:** افرادی که ثبات اجتماعی بالاتری دارند، عموماً آرام و خوش خلق هستند (وانز و ویسوران، ۱۹۹۶)؛ آن‌هایی که از ثبات احساسی برخوردارند، احساسات زیادی از خود بروز نمی‌دهند و به اضطراب، افسردگی، عصبانیت، برآشفتگی، نگرانی و نااطمینانی کمتری دچارند. عصبیت‌گرایی نقطه مقابل ثبات احساسی است. کسانی که اختلال عصبی زیادی دارند، کمرو و بسیار خود ارزیاب هستند و رفتارشان به راحتی تحریک‌پذیر است (به نقل از رضائیان و نائیجی، ۱۳۸۸).

**برون‌گرایی:** افرادی که برون‌گرایی بالایی دارند، اجتماعی، خوش‌مشر، مصمم، فعال، شجاع، پرنرژی و بی‌پروا هستند (گلدنبرگ، ۱۹۹۲)؛ در مقابل افراد درون‌گرا، کمرو، سربه‌زیر، نامطمئن، ساکت و بازدارنده هستند (به نقل از رضائیان و نائیجی، ۱۳۸۸).

**آمادگی تجربه کردن:** آخرین جنبه از ابعاد پنج‌گانه شخصیت، آمادگی تجربه کردن است. در ادبیات نظری مدل پنج‌عاملی شخصیت، این بعد کمتر شناخته شده است (دیگمن ۱۹۹۰)؛ فرد آماده برای تجربه کردن، دارای قوه تصور قوی، خلاق، مبتکر، دارای ذهن باز، باهوش و به طرز هنرمندانه‌ای حساس است. برخلاف سایر عوامل پنج‌گانه، اغلب آمادگی تجربه کردن را با پیامدهای کاری مرتبط نمی‌دانند. باین‌حال، برخی پژوهش‌گران، این آمادگی را با خلاقیت در محیط کاری مرتبط دانسته‌اند (اسپکتور و همکاران، ۲۰۰۰؛ به نقل از رضائیان و نائیجی، ۱۳۸۸).

### مراحل رشد روانی - جنسی شخصیت

فروید معتقد بود که الگوی شخصیت افراد بزرگ‌سال در اوایل زندگی تشکیل شده و تا پنج‌سالگی تقریباً به کامل شکل گرفته است. کودک در این مراحل از لحاظ جنسی خودانگیخته است، به این معنا که با تحریک مناطق شهوت‌انگیز بدن، یا بر اثر تحریک شدن به توسط پرستاران یا والدین به هنگام مراقبت از کودک، به لذت شهوانی دست می‌یابد. هر مرحله در منطقه شهوت‌انگیز خاصی متمرکز می‌شود (شولتز، ۱۳۷۸).

### مرحله دهانی:

نخستین مرحله رشد روانی - جنسی از تولد تا دومین سال زندگی به طول می‌انجامد. در طول این دوره، دهان منبع اصلی لذت کودک است. این لذت ناشی از مکیدن، گاز گرفتن و بلعیدن همراه با احساس لب‌ها، دهان و گونه‌هاست. روشن است که دهان برای بقای محض به کار می‌رود، برای خوردن غذا و آب، اما فروید تأکید بسیاری بر ارضای شهوانی و جنسی (در معنای گسترده) کرد که از فعالیت‌های دهانی ناشی می‌شود.



### مرحله مقعدی:

جامعه در قالب والدین، در نخستین سال زندگی به طور عمده تسلیم نیازهای کودک می شود و خود را با خواست های او سازگار می کند و در مقابل، سازگاری نسبتاً اندکی را از کودک انتظار دارد. این جریان در حدود دوسالگی دگرگون می شود و این زمانی است که خواستی جدی از کودک شکل می گیرد: آموزش آداب توالیت. فروید تجربه این آزمایش را برای رشد شخصیت، امری اساسی می پنداشت. اگر آموزش آداب توالیت به خوبی انجام نگیرد، خواه کودک در یادگیری اشکال داشته باشد، خواه والدین شدیداً خشن و متوقع باشند کودک در مقابل این ناکامی به دو شکل واکنش نشان می دهد، یک شکل واکنش این است که کودک در زمانی به تخلیه مدفوع اقدام کند که از سوی والدین ممنوع شده است و بدین گونه تلاش والدین را برای ایجاد نظم به مبارزه طلبد. شکل دیگر واکنش این است که کودک اصرار در حفظ یا نگهداری مدفوع دارد، اگر کودک زمان درازی تخلیه نکند ممکن است که بیش از معمول مورد توجه والدین قرار گیرد، بدین ترتیب، کودک روش جدیدی را برای تأمین توجه و مهر والدین کشف کرده است.

### مرحله آلتی:

این مرحله در حدود چهارسالگی روی می دهد، ارضای شهوانی به اطراف دستگاه تناسلی تغییر یافته است. فروید در این مرحله از رشد عقده ادیپ خبر می دهد. به نظر فروید کودک در این مرحله نسبت به والد جنس مخالف عشق می ورزد و از والد هم جنس که در آن زمان او را رقیب عشقی خود می داند می هراسد.

### مرحله نهفتگی:

این دوره یکی از مراحل رشد روانی - جنسی است. در طول این اوقات، غریزه جنسی به طور کامل خفته است و در ظاهر به طور موقت به شکل فعالیت های درسی، سرگرمی ها، ورزش و نیز گسترش دوستی ها با افراد هم جنس و الایش می یابد فروید به دلیل بی توجهی به این دوره زندگی مورد انتقاد قرار گرفته است.

### مرحله تناسلی:

آخرین مرحله رشد روانی - جنسی - هنگام بلوغ آغاز می شود. بدن از نظر فیزیولوژیکی در حال پختگی است و اگر فرد در هیچ یک از مرحله های پیشین رشد، تثبیت عمده ای نداشته باشد، می تواند به یک زندگی غیر روان رنجور و رابطه های بهنجار دگر جنس خواهانه دست یابد. در این دوره نیز تعارض وجود دارد، اما کمتر از مرحله های پیشین است (شولتز، ۱۳۸۹).

### کیفیت زندگی

#### تعریف کیفیت زندگی

در دهه های اخیر، کیفیت زندگی، همواره مورد توجه متخصصان بالینی و پژوهشگران علوم بهداشتی بوده است (رضایی، ۱۳۹۱). در واقع، بسیاری از بیماران علاوه بر نشانگان اضطرابی و افسردگی، دچار اختلالات شناختی مرتبط با این سندرم ها از جمله کاهش در تمرکز و توجه می شوند و همین امر با کاهش کیفیت زندگی ایشان همراه است (رضایی، ۱۳۹۴).



واژه کیفیت زندگی نخستین بار توسط پیگو در سال ۱۹۲۰ در کتاب اقتصاد و رفاه مورد استفاده قرار گرفت (بیات و بیات، ۱۳۹۰). کیفیت زندگی مفهوم وسیعی است که همه‌ی ابعاد زندگی از جمله سلامت را در برمی‌گیرد. این واژه که در زمینه‌های گوناگون سیاسی اقلیمی و اقتصادی هم استفاده می‌شود، اغلب در مطالعات پزشکی کاربرد دارد و از نظر بیشتر متخصصان شامل ابعاد مختلف فیزیکی، فیزیولوژی، اجتماعی، جسمی و معنوی می‌باشد. کلمه کیفیت ذاتاً مفهوم مشکلی است چون از فردی به فرد دیگر متفاوت است و هرگونه تفسیری از آن بستگی به ارزش‌ها، تجربیات و قراردادهای ذهنی مفسر این کلمه دارد. کیفیت زندگی همراه و مترادف با واژه‌های دیگری همچون بهزیستی، زندگی رضایت‌بخش، رفاه اجتماعی، شرایط بهتر زندگی، شرایط مطلوب زندگی و مانند این‌ها در آثار و برنامه‌ریزی توسعه و در کارهای اهل علوم اجتماعی به کار رفته است (پرهیزگار، ۱۳۹۵). با این حال، تعریف کردن این مفهوم مشکل می‌باشد به خاطر اینکه آن یک تجربه ذهنی می‌باشد که به ادراکات و احساسات فردی بستگی دارد و تلاش‌های اولیه برای تعریف و سنجش کیفیت زندگی، به وسیله‌ی رویکردهایی با شاخص‌های عینی اجتماعی، اقتصادی بررسی می‌شد، این رویکردها بر پایه‌ی نظریه‌ی مازلو، استفاده از معرف‌های عینی و فرا فرهنگی نظیر رفع نیازهای اولیه (غذا و سرپناه) را جهت سنجش کیفیت زندگی توصیه نموده و به رفع نیازهای فرهنگی و زیباشناختی توجه کمتری نشان دادند (خالد و همکاران، ۱۳۹۳).

ونتگودت (۲۰۰۰)، کیفیت زندگی را از سه جنبه ذهنی، وجودی و عینی مورد بررسی قرار می‌دهد. فرض می‌شود که فرد دارای ماهیت وجودی عمیقی است که باید به آن احترام گذاشته شود و شخص باید در هماهنگی با آن زندگی کند. نظریه ونتگودت، کیفیت زندگی را دارای لایه‌های متعددی در نظر می‌گیرد که در آن، بین سطح و هسته مرکزی کیفیت زندگی یعنی لایه رویی و لایه عمیق آن هماهنگی وجود دارد (همان منبع). همچنین گروه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را این گونه تعریف می‌کند: ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگی و سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کند و در ارتباط با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایی است که کاملاً فردی بوده و بر درک افراد از جنبه‌های مختلف زندگی شان استوار است (آهنگر زاده، ۱۳۹۵). ایوانز و کوب (۱۹۸۹) کیفیت زندگی را به صورت رضایت فرد از مجموع جنبه‌های زندگی از جمله جنبه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، معنوی و جنسی تعریف کرده‌اند (عالمی خواه، ۱۳۹۴).

در تعاریف دیگر نیز می‌توان گفت، کیفیت زندگی، عبارت است از ارزیابی ذهنی فرد از وضعیت سلامت کنونی خویش، مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های ارتقاء دهنده سلامتی که موجب سطحی از فعالیت کلی می‌شود و به فرد اجازه می‌دهد که اهداف ارزشمند زندگی را دنبال کند (صابر و نصرت‌آبادی، ۱۳۹۳). کیفیت زندگی به عنوان قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت فرد از زندگی تعریف می‌شود، به همین دلیل وقتی که فرد دچار بیماری مزمن می‌شود، علائم فیزیکی، پیش‌آگهی درمان، رژیم‌درمانی و موضوعات مربوطه می‌توانند اثرات شدیدی بر درک کلی رضایت از زندگی بگذارند (پریس ۲۰۱۳). کیفیت زندگی مفهومی است که برای ترسیم توسعه رفاه در جامعه به کار می‌رود و منعکس کننده شرایط زندگی و رفاه افراد است (پرهیزگار، ۱۳۹۵). واژه‌ی کیفیت زندگی می‌تواند به صورت



حیطه‌های جسمی، روان‌شناختی، اجتماعی و معنوی که به‌وسیله تجارب، عقاید، انتظارات و احساسات فرد تحت تأثیر قرار می‌گیرد، تعریف شود (بلالایی، ۱۳۹۲). کیفیت زندگی، ساختاری چندبعدی است که عموماً ادراکات انتزاعی از ابعاد مثبت و منفی زندگی بیمار شامل عملکردهای جسمانی، عاطفی، اجتماعی و شناختی و از همه مهم‌تر نشانه‌های بیماری و درمان را در برمی‌گیرد (صفاری، ۱۳۹۱). کیفیت زندگی مجموعه‌ای از رفاه جسمی، روانی و اجتماعی است که به‌وسیله شخص یا گروه اشخاص درک می‌شود؛ مانند شادی، رضایت و افتخار به‌نحوی که در زندگی منظور است (پرهیزگار، ۱۳۹۵). کیفیت زندگی مفهومی چندبعدی و پیچیده دارد و دربرگیرنده عوامل عینی و ذهنی است و اغلب به‌عنوان درک مشخصی از رضایت در زندگی، سلامت جسمی سلامت اجتماعی و خانوادگی، امیدواری، آداب معاشرت و سلامت روانی بیمار می‌باشد (کاوسی، ۱۳۹۶). کیفیت زندگی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مفهوم کلی بهداشت محسوب می‌شود و بیانگر درک فرد از زندگی، ارزش‌ها، اهداف، استانداردها و علایق می‌باشد (بهرامی، ۱۳۹۴). کیفیت زندگی، احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از آن دسته از جنبه‌های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند، ناشی می‌شود (کبیری، ۱۳۹۶). کیفیت زندگی، برداشتی است که هر فرد از وضعیت سلامت خود، میزان رضایت از این وضع و میزان شادی و سرزندگی دارد و عوامل متعددی می‌تواند بر آن تأثیرگذار باشد (زرگر، ۱۳۹۴).

فرانس و پاورز (۱۹۹۳) تعاریف کیفیت زندگی را بر اساس ۵ معیار زندگی عادی، خوشحالی و رضایت، دستیابی به اهداف شخصی، ظرفیت ذاتی و سودمندی اجتماعی تقسیم کرده‌اند:

- زندگی عادی شامل توانایی در اجرای عملکردهای خود به‌طور هم‌سطح با افراد سالم می‌باشد. در این حالت استاندارد و معیار مقایسه کیفیت زندگی عادی تعیین می‌کند که چه کسی عادی و طبیعی است و کدام‌یک از جوانب خاص یک زندگی عادی برای فرد بیمار اهمیت دارد.
- خوشحالی و رضایت دو مفهوم متفاوت می‌باشند. در توصیف کیفیت زندگی خوشحالی یک احساس کوتاه‌مدت است ولی رضایت یک قضاوت عقلانی، منطقی و بادوام درباره‌ی شرایط زندگی است. از این دیدگاه سنجش کیفیت زندگی بستگی به درک فرد از موقعیت زندگی خود دارد.
- دستیابی به اهداف شخصی در بررسی کیفیت زندگی مورد تأکید می‌باشد. در اینجا یک نکته مهم این است که اهداف کلی و یکسان نیستند، بلکه هر فردی به اهداف خاص اهمیت می‌دهد.
- سودمندی اجتماعی به معنی مفید بودن زندگی فرد به حال جامعه می‌باشد.
- ظرفیت ذاتی شامل توانایی‌های فیزیکی و روانی بالقوه و بالفعل می‌باشد. فرد در انجام چه اعمالی ناتوان است؟ تا چه حد قادر به مراقبت از خود می‌باشد و ظرفیت روانی وی تا چه حد است؟ (نیک کار، ۱۳۹۲).

درنهایت می‌توان گفت، هدف نهایی بررسی کیفیت زندگی و کاربرد آن به این خاطر است که شاخص‌های کیفیت زندگی افراد، جوامع و ملت‌های ارتقا یافته و زمینه بروز و ظهور یک زندگی هدفمند و لذت‌بخش فراهم می‌گردد (حیدری، ۱۳۹۳).





## دیابت

بیماری دیابت یک بیماری متابولیک پیچیده است که امروزه به عنوان یکی از چالش‌های جهانی محسوب می‌شود. تعداد بیمارانی که مبتلا به دیابت نوع دو هستند، در حال افزایش است که این نشان از اپیدمی جهانی دارد (باکرو همکاران، ۲۰۱۱).

دیابت نوع دو در اثر تغییر در هورمون انسولین ایجاد می‌شود. این بیماری از جمله بیماری‌های مزمن و غیر واگیردار است که باعث ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود و عامل اصلی کوری، بیماری کلیوی پیشرفته و قطع عضو در سنین کاری می‌باشد (رخشنده‌روو همکاران، ۱۳۸۵).

دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های روان‌تنی است و علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا اینکه صرف انسولین با اشکال مواجه است و یا هر دو مورد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

دیابت نوع دو به صورت سه ناهنجاری پاتولوژیک اختلال در ترشح انسولین، مقاومت محیطی به انسولین و تولید بیش از حد گلوکز کبدی مشخص می‌شود (وایلد و همکاران، ۲۰۰۴).

با توجه به عوارض متعدد، این بیماری درمان مناسبی را می‌طلبد. در حقیقت درمان دیابت نوع دو یک چالش است (ژای و همکاران ۲۰۱۱).

درمان‌های قابل‌دسترس برای دیابت نوع دو شامل تغییر سبک زندگی با ورزش، تغذیه، داروهای خوراکی و انسولین می‌باشند (چائو و همکاران، ۲۰۰۹).

درمان سنتی دیابت با استفاده از برخی گیاهان و یا عصاره‌های گیاهی در سرتاسر جهان شناخته شده است (عبادی، ۲۰۰۲).

دیابت ملیتوس یک گروه از بیماری‌های متابولیک است که مشخصه آن بالا رفتن سطح گلوکز خون (هیپرگلیسمی) ناشی از اختلال در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین و یا هر دو آن‌هاست. دیابت ملیتوس دارای چندین نوع متفاوت می‌باشد که عبارت‌اند از: دیابت نوع ۱ یا دیابت ملیتوس وابسته به انسولین (IDDM)، دیابت نوع ۲ یا دیابت ملیتوس غیر وابسته به انسولین (NIDDM) دیابت ملیتوس حاملگی (GDM) و دیابت ملیتوس همراه با سایر بیماری‌ها (برونر و همکاران ۲۰۰۴).

دیابت یک بیماری متابولیک و یک مشکل بزرگ بهداشتی با شیوع رو به افزایش در جهان است (آتالای و لاکسونن، ۲۰۰۲). این بیماری به علت عدم جذب سلولی قند خون، ناشی از کاهش ترشح انسولین یا مقاومت سلول‌های بدن در برابر انسولین ایجاد می‌شود که عوارضی نظیر نفروپاتی، نوروپاتی، رتینوپاتی و کوری را باعث می‌شود (برونر و همکاران ۲۰۰۴). دیابت با افزایش قند خون در بیمار مشخص می‌شود و همچنین نارسایی قلبی -عروقی، کلیوی و کاهش فعالیت عصبی از جمله عوارض طولانی‌مدت این بیماری است (اهمان ۲۰۰۷).



بیماران دیابتی نیاز به کنترل مداوم قند خون و عوارض ناشی از دیابت دارند. افسردگی می‌تواند انگیزه و رفتار بیماران را در مراقبت از خود خصوصاً کنترل قند خون تحت تأثیر قرار دهد، بنابراین بهبود افسردگی می‌تواند با بهبود قابل توجه کنترل گلوکز خون همراه باشد (لوتمن و همکاران، ۱۹۸۳).

در حدود ۷ درصد بیماران دیابتی در سال اول تشخیص دچار اختلالات نوروپاتی هستند (بایداس و همکاران، ۲۰۰۵).

با گذشت زمان عوارض مختلف نوروپاتی مانند اختلالات حافظه و یادگیری، انواعی از درد، اضطراب، ترس، اختلال رفتار تولیدمثلی و افسردگی در بیماران دیابتی بروز می‌کند (لئونارد، ۲۰۰۴).

افسردگی نیز از جمله اختلالات روان‌پزشکی است که با علائمی مانند کاهش علاقه و انرژی، احساس گناه، احساس شکست، گوشه‌گیری، اشکال در تمرکز، نفرت از خود، بی‌اشتهایی، افکار مرگ و خودکشی، بی‌خوابی یا پر خوابی و اختلال در عملکرد مشخص می‌شود (سادوک، ۱۹۹۸)؛ که نوروترانسمیترهایی مانند سروتونین و نوراپی‌نفرین و همچنین رویدادهای مختلف زندگی و استرسورهای درونی مانند قند خون، کلسترول، تری‌گلیسیرید و سایر فاکتورهای خونی و نیز بیماری‌های مزمن در ایجاد و عود آن نقش دارند (دائولاس و همکاران، ۲۰۰۵).

تقریباً ۹۵-۹۰ درصد دیابت نوع ۲ می‌باشند که در اثر کاهش حساسیت به انسولین (مقاومت به انسولین) اتفاق می‌افتد. دیابت دارای یکسری عوارض بلندمدت می‌باشد که خصوصاً در دیابت نوع ۲ شایع‌تر می‌باشند، این عوارض عبارت‌اند از: رتینوپاتی، نفروپاتی، نوروپاتی، بیماری‌های قلبی و عروقی، بیماری‌های پوستی و غیره (برونر و همکاران، ۲۰۰۴).

بیماری دیابت یک بیماری متابولیک پیچیده است که امروزه به‌عنوان یکی از چالش‌های جهانی محسوب می‌شود. تعداد بیمارانی که مبتلا به دیابت نوع دو هستند، در حال افزایش است که این نشان از اپیدمی جهانی دارد (باکرو همکاران، ۲۰۱۱). دیابت نوع دو در اثر تغییر در هورمون انسولین ایجاد می‌شود. این بیماری از جمله بیماری‌های مزمن و غیر واگیردار است که باعث ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود و عامل اصلی کوری، بیماری کلیوی پیشرفته و قطع عضو در سنین کاری می‌باشد (رخشنده‌روو همکاران، ۱۳۸۵). دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های روان‌تنی است و علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا اینکه صرف انسولین با اشکال مواجه است و یا هر دو مورد (حسن‌زاده و همکاران، ۱۳۹۱).

یک از مشکلات عمده همراه با بیماری‌های مزمن مانند دیابت بروز اختلالات روانی در این بیماران است. افسردگی یکی از بیماری‌های شایع روانی است، میزان شیوع این بیماری در جمعیت عمومی تا ۲۵ درصد گزارش شده است (کاپلان و سادوک ۱۹۹۸). به دلیل مشکلات عمده‌ای که بیماران دیابتی خصوصاً بیماران دیابتی نوع ۲ با آن مواجه هستند، این گروه به‌طور جدی در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند.

مطالعه گرنندین و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۶۱/۳ درصد می‌باشد که ۴۰/۶ درصد افسردگی متوسط تا شدید دارند.



در مطالعه دیگری توسط آندرسون و همکاران (۲۰۰۱) در یک متاآنالیز روی ۴۲ مطالعه مقایسه‌ای، شیوع اختلال افسردگی عمده در افراد دیابتی دو برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی به دست آمد. مطالعه ظهیرالدین و همکاران (۲۰۰۳) مشخص کرد که ۷۸ درصد بیماران دیابتی بر اساس تست بک، مبتلا به افسردگی بودند. در مطالعه‌ای که در سمنان (۲۰۰۵) انجام شد، نیز شیوع افسردگی در بیماران دیابتی ۷۱/۶ درصد بود (بهنام و قربانی، ۲۰۰۵).

در مطالعه نجاتی صفا و همکاران که در سال ۲۰۰۷ انجام شد، ۲۸ درصد از بیماران دیابتی از افسردگی رنج می‌بردند. به‌طور کلی مطالعات نشان داده است که افسردگی در افراد دیابتی ۲ تا ۳ برابر بیشتر از افراد غیر دیابتی است (لئونارد، ۲۰۰۴). با توجه به شیوع بالای دیابت در ایران و نیز شیوع بالای خودکشی که خود روند درمان دیابت را مختل می‌کند و به عوارض آن عوارض بیماری افسردگی را می‌افزاید و اینکه متأسفانه در بسیاری از کشورها از جمله کشور ایران علائم افسردگی را جزء عوارض طبیعی بیماری دیابت می‌دانند، تشخیص و درمان سریع افسردگی در کنار بیماری دیابت اهمیت زیادی دارد (عباسعلی زاده و اسدالله، ۱۳۷۹؛ گلدر، ۱۹۹۵). هدف از این مطالعه، مروری بر افسردگی در بیماران مبتلا به دیابت بود.

ایزدی طامه و همکاران (۱۳۹۳) دیابت شیوع بالایی در ایران دارد، ابتلای به افسردگی علاوه بر تشدید عوارض دیابت باعث بروز علائم خود تخریبی مانند پرخوری، پر نوشی، مصرف نکردن داروها و یا اقدام به خودکشی می‌شود که خود روند درمان دیابت را مختل می‌کند. همچنین نتایج مشخص کرده است شیوع افسردگی در بیماران دیابتی بسیار بیشتر از افراد عادی است و نیز شیوع افسردگی در برخی افراد مانند زنها، افراد مجرد، بیوه یا مطلقه، آن‌هایی که سابقه ژنتیکی ابتلا به افسردگی دارند بیشتر از سایرین است. پیشنهاد می‌شود بررسی و مشاوره روان‌پزشکی در این بیماران و بخصوص آن بیمارانی که بیشتر مستعد افسردگی هستند، انجام شود.

### پیشینه پژوهشی

#### تحقیقات در داخل کشور

مظلومی و همکاران (۱۳۸۷) طی پژوهشی با عنوان بررسی میزان شیوع افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد در سال ۱۳۸۷ نشان دادند که با توجه به شیوع بالای افسردگی در بیماران دیابتی نوع ۲، بررسی و مشاوره روان‌پزشکی و آموزش روان‌شناختی برای تشخیص زودرس و تنظیم برنامه‌های مربوط به پیشگیری و بهبود افسردگی در این بیماران مهم و سودمند می‌باشد.

نتایج پژوهش تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) نشان داد که بین ابعاد مختلف کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی مردان و زنان همبستگی معناداری وجود داشت. تفاوت معنی‌داری بین نمره کل کیفیت زندگی زنان و مردان دیده نشد. همچنین تفاوت معنی‌داری در میانگین ابعاد کیفیت زندگی در گروه‌های مختلف تحصیلی به دست آمد. تحصیلات در شکل‌گیری ویژگی‌های شخصیتی مؤثر بود.



نتایج پژوهش نصراصفهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) نشان دادند که هوش معنوی و همچنین کیفیت زندگی با ابعاد شخصیتی برون‌گرایی، دلپذیر بودن، وجدان‌گرایی و تجربه‌پذیری رابطه مثبت معنادار و با روان‌نژند‌گرایی رابطه منفی معنادار داشت. از بین ویژگی‌های شخصیتی سه ویژگی برون‌گرایی، دلپذیر بودن و روان‌نژند‌گرایی توانستند حدود ۲۰ درصد از واریانس هوش معنوی را تبیین کنند. همچنین دو ویژگی روان‌نژند‌گرایی و وجدان‌گرایی نیز توانستند حدود ۴۱ درصد واریانس کیفیت زندگی را تبیین نمایند. این یافته‌ها می‌تواند بیانگر این باشد که هوش معنوی یک بعد جداگانه از شخصیت است و بدین منظور باید مورد بررسی و پژوهش بیشتر قرار گیرد. همچنین روابط مشاهده‌شده بین کیفیت زندگی و ویژگی‌های شخصیتی این مسئله را نشان دهد که افراد با کیفیت زندگی بالاتر می‌توانند روابط بین فردی سالم‌تر و موفق‌تری برقرار نموده و رضایت دیگران را جلب نمایند.

حمید و زمستانی (۱۳۹۲) طی پژوهشی با عنوان رابطه هوش معنوی و ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی نشان دادند که میان هوش معنوی و ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی روابط چندگانه مثبت و معنی‌داری وجود دارد ( $P > 0.001$ ). هوش معنوی بیشترین رابطه مثبت را با کیفیت زندگی دارد.

صادق پور (۱۳۹۴) پژوهشی با عنوان "مقایسه ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی در بین بیماران کرونری قلب و افراد سالم" را مورد مطالعه قرار داده‌اند. پژوهش حاضر یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس بر اساس معیارهای ورود و خروج بر روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال کرونری قلب و نیز ۱۰۰ فرد سالم، از نوع هم‌تاسازی گروهی برای برخی فاکتورها از جمله سن، جنسیت و وضعیت تأهل، اجرا شد. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های ناگویی هیجانی تورنتو (۱۹۹۴) و کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، نسخه ۲۶ آیتمی (۱۹۹۳)، به همراه خصوصیات دموگرافیک، جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌ها از طریق آزمون T مستقل در سطح معنی‌داری  $P < 0.005$  انجام پذیرفت. یافته‌ها بیانگر این بود که بین دو گروه افراد مبتلا به اختلال عروق کرونری قلب و افراد عادی از لحاظ دو مؤلفه‌ی ناگویی هیجانی و کیفیت زندگی تفاوت معنادار وجود دارد، به طوری که ناگویی هیجانی و تمام زیر مقیاس‌های آن در بیماران کرونری بیشتر از افراد عادی بود و بیماران قلبی نسبت به افراد سالم از کیفیت زندگی کمتری برخوردار بودند.

پژوهشی که توسط آقاجانی نوری و همکاران (۱۳۹۶)، تحت عنوان رابطه بین دل‌زدگی زناشویی، طلاق عاطفی و کیفیت زندگی در مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره شهرستان بابل که بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری انجام پذیرفت نتایج نشان داد بین دل‌زدگی زناشویی و K-S آزمون‌های طلاق عاطفی و همچنین بین کیفیت زندگی و طلاق عاطفی رابطه معنادار وجود داشته، اما رابطه بین دل‌زدگی زناشویی و کیفیت زندگی تأیید نگردید.

### تحقیقات خارج از کشور

کندا و همکاران (۲۰۰۶) ارتباط بین مذهب/معنویت و کیفیت زندگی با واسطه‌ی مقابله در بیماران مبتلا به سرطان تخمدان را در آمریکا بررسی کردند. نتایج نشان داد که بین معنویت و کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد ( $r = 0.25$ ،  $p = 0.012$ ).





ایگلسیاس (۲۰۱۲) پژوهشی با عنوان "اثر آلکسی تایمیا بر کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران با التهاب روده" را مورد مطالعه قرار داده‌اند. نمونه شامل ۵۳۴ نفر از بیماران می‌باشند که از طریق پرسشنامه داده‌ها جمع‌آوری شد و نتایج آن نشان داده است آلکسی تایمیا (ناگویی هیجانی) بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر گذار است.

در پژوهشی کنوپاک و مک‌الی (۲۰۱۲) تأثیر غیرمستقیم معنویت و فعالیت‌های فیزیکی را بر کیفیت زندگی در آمریکا مورد بررسی قرار دارند. نتایج نشان داد که رابطه مثبت معنی‌دار ( $P > 0.012 = 0.42$ ) بین معنویت و کیفیت زندگی وجود دارد.

آلکستیمی (۲۰۱۵) پژوهشی با عنوان "نارسایی هیجانی در افراد مبتلا به فیبرومیالژیا و تأثیر آن بر کیفیت زندگی" را مورد مطالعه قرار داده‌اند. نمونه آماری شامل ۷۰ نفر از زنان مبتلا می‌باشند که پرسشنامه بین آن‌ها توزیع شده است. نارسایی هیجانی بر کیفیت زندگی تأثیر گذار است.

در پژوهشی که توسط آگاروا، کتیرا و پراساد (۲۰۱۷)، تحت عنوان بررسی نقش کیفیت زندگی بر رضایت زناشویی در زوجین که بر روی یک نمونه ۲۴۶ نفری انجام پذیرفت نتایج نشان داد که سلامت روانی و سلامت جسمی تأثیر مستقیم بر رضایت زناشویی زوجین دارد. همچنین کاهش روابط جنسی باعث افزایش اختلافات و طلاق عاطفی در بین زوجین می‌گردد.

### فرضیه های پژوهش

- بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.
- بین برون‌گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.
- بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.
- بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.
- بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.

روش شناسی

روش پژوهش



این تحقیق از نظر هدف بنیادی است. استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، ابزارها، روش‌ها، وسایل، ساختارها، الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی و تولیدات انجام می‌شود. روش حاکم بر این تحقیق از لحاظ ماهیت عمدتاً در مقوله مطالعات همبستگی قرار می‌گیرد. از طرفی در زمره تحقیقات توصیفی غیر آزمایشی قرار می‌گیرد و در این نوع تحقیق رابطه میان متغیرها بر اساس هدف تحقیق تحلیل می‌شود.

تحقیقات همبستگی شامل کلیه تحقیقاتی است که در آن‌ها سعی می‌شود روابط بین متغیرهای مختلف با استفاده از ضریب همبستگی کشف یا تعیین شود. هدف روش تحقیق همبستگی مطالعه حدود تغییرات یک یا چند متغیر با حدود تغییرات یک یا چند متغیر دیگر است. در این تحقیق همبستگی چند متغیری از مقیاس فاصله‌ای با پیش فرض توزیع طبیعی سه متغیر در جامعه برای اندازه‌گیری استفاده می‌شود. در این تحقیق هدف پیش‌بینی یک متغیر وابسته (که در این تحقیق ملاک نامیده می‌شود) از متغیر مستقل (که در این تحقیق پیش‌بین نامیده می‌شود) است.

### نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه بیماران دیابتی عضو انجمن بیماران دیابتی شهر یزد در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دهند که با توجه به اینکه لیست تمامی بیماران دیابتی در دسترس پژوهشگر نبود فرآیند نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس صورت گرفته است. تعیین حجم نمونه نیز از طریق جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) به تعداد ۳۰۰ نفر می‌باشد.

### ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

#### معرفی پرسشنامه ویژگی‌های شخصیتی نئو (NEO-FFI-۶۰)

نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی نئو NEO-FFI (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲) نوعی پرسشنامه خود سنجی ویژگی‌های شخصیتی است که مبتنی بر یک الگوی معروف شخصیتی به نام مدل پنج عاملی است (گلدبرگ، ۱۹۹۳؛ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

مدل پنج عاملی چهار دهه سابقه تحول داشته است (دیگمن، ۱۹۹۰) و محصول سنت واژگان (تحلیل صفات موجود در زبان انگلیسی و دیگر زبان‌ها) و سنت تحلیل عاملی در تحقیقات شخصیت است. طبق نسخه تجدیدنظر شده در پرسشنامه NEO، پنج عامل یا حیطه مذکور عبارت‌اند از روان‌آزردگی، 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. در جدول شماره ۳-۱ جنبه‌های هر حیطه مشخص شده‌اند (به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

#### جدول ۳-۱: حیطه‌ها و جنبه‌های شخصیت طبق نسخه تجدیدنظر شده پرسشنامه شخصیتی نئو

| جنبه‌ها  | حیطه‌ها     |
|--|-------------|
| اضطراب، خصومت، افسردگی، کم‌رویی، شتاب‌زدگی، آسیب‌پذیری                 | روان‌آزردگی |
| گرم بودن، معاشرتی بودن، ابراز وجود، فعال بودن، هیجان‌خواهی، هیجان مثبت | برون‌گرایی  |
| تخیل، زیباپسندی، احساسات، کنش‌ها، ایده‌ها، ارزش‌ها                     | گشودگی      |
| اعتماد، رک‌گویی، نوع‌دوستی، همراهی، تواضع، دل‌رحم بودن                 | موافق بودن  |



## باوجدان بودن

کفایت، نظم، وظیفه‌شناسی، تلاش برای موفقیت، خویشتن‌داری، محتاط در

تصمیم‌گیری

این پرسشنامه دارای دو فرم است، یکی فرم S برای گزارش‌های شخصی و دیگری فرم R برای درجه‌بندی‌های مشاهده‌گر. فرم R با ضمیر سوم شخص شروع می‌شود و برای درجه‌بندی افراد توسط همسر، همسال یا کارشناسان به کار می‌رود. فرم S می‌تواند به‌طور مستقل برای ارزیابی به کار رود یا به‌عنوان مکملی برای گزارش‌های شخصی یا اعتبار آن مورد استفاده قرار گیرد (گروسی، ۱۳۸۰). لازم به ذکر است که در این پژوهش از فرم S (۶۰ سؤالی) استفاده گردیده است.

### نمره‌گذاری فرم کوتاه:

این مقیاس دارای ۶۰ سؤال است. در هر سؤال آزمودنی نمره صفر تا چهار را احراز می‌کند. هر یک از سؤال‌ها نشان‌دهنده یکی از پنج عامل بزرگ شخصیت مک کرا و کاستا، به ترتیب، عامل N روان‌آزرده‌گرایی، E برون‌گرایی، O گشودگی، A موافق بودن و C باوجدان بودن است. هر یک از عوامل ۱۲ سؤال مقیاس را پوشش می‌دهند. در کل آزمودنی در هر مقیاس نمره‌ای از صفر تا ۴۸ کسب می‌کند.

- روایی و پایایی پرسشنامه مدل پنج عامل شخصیت (NEO-FFI-۶۰)

در خصوص اعتبار NEO-FFI نتایج چندین مطالعه حاکی از آن است که زیر مقیاس‌های NEO-FFI، همسانی درونی خوبی دارند. به‌عنوان مثال: مک کرا و کاستا (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ (برای موافق بودن) تا ۰/۷۶ (برای روان‌آزرده‌گرایی) را گزارش کرده‌اند. هلدن (۱۹۹۹) نیز ضریب آلفای کرونباخ این ۵ عامل را در دامنه ۰/۷۶ (برای گشودگی) تا ۰/۸۷ (برای روان‌آزرده‌گرایی) گزارش می‌کند. نتایج مطالعه مورادیان و نزلک (۱۹۹۵) نیز حاکی از آن است که آلفای کرونباخ برای روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن بوده به ترتیب عبارت است از ۰/۸۴، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۸۳.

پرسشنامه (NEO-FFI) در ایران توسط گروسی (۱۳۷۷) هنجاریابی شده است. اعتبار این پرسشنامه با استفاده از روش آزمون-آزمون مجدد در ۲۰۸ نفر از دانشجویان به فاصله ۳ ماه به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۵، ۰/۸۰، ۰/۷۹ و ۰/۷۹ برای عوامل N، E، O، A، C به‌دست آمده است.

همچنین در تحقیق ملازاده (۱۳۸۱) ضرایب اعتبار آزمون-آزمون مجدد در فاصله ۳۷ روز در مورد ۷۶ نفر از فرزندان شاهد به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۷۸، ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ برای روان‌آزرده‌گرایی، برون‌گرایی، گشودگی، موافق بودن و باوجدان بودن گزارش شده است. آلفای کرونباخ نیز برای روان‌آزرده‌گرایی ۰/۸۶، برون‌گرایی ۰/۸۳، گشودگی ۰/۷۴، موافق بودن ۰/۷۶ و باوجدان بودن ۰/۸۷ و آلفای کل برابر ۰/۸۳ به‌دست آمده است. در زمینه روایی هم‌زمان این پرسشنامه و پرسشنامه نشانگر ریخت‌مایرز بریکز، پرسشنامه چند جنبه‌ای شخصیتی مینه‌سوتا، پرسشنامه تجدیدنظر شده کالیفرنیا، بررسی مزاج گیلفورد و زاگرمین، فهرست رگه‌ها و مقیاس رگه بین فردی رابطه بالایی گزارش شده است.



گزارش‌هایی نیز در ارتباط با رویی عوامل (NEO-FFI) ارائه شده است. مک کرا و کاستا (۱۹۸۹) اظهار می‌دارند که ابزار کوتاه شده NEO با فرم کامل آن (NEO-PI) مطابقت دقیقی دارد به گونه‌ای که مقیاس‌های فرم کوتاه، همبستگی بالاتر از ۰/۶۸ را با مقیاس‌های فرم کامل دارا می‌باشند. مک کرا و کاستا در مطالعه دیگری (۱۹۹۲) گزارش می‌کنند که اعتبار پنج عامل (NEO-FFI)، بر اساس همبستگی با ارزیابی‌های همسر و همسالان به ترتیب در دامنه‌ای از ۰/۴۴ برای این پرسشنامه، ۸۵ درصد واریانس را در اعتبار همگرا، که از ارزیابی‌های صفات مشابه با استفاده از تأیید صفت و ارزیابی‌های همسر و همسالان به دست آمده است، تبیین می‌کند.

### معرفی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی: فرم کوتاه (WHOQOL-BREF)

برای سنجش کیفیت زندگی از فرم کوتاه مقیاس ارزیابی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) استفاده شد که حاوی ۲۶ سؤال است. این پرسشنامه ۴ خرده مقیاس دارد که ۴ دامنه از زندگی را ارزیابی می‌کند که عبارت هستند از سنجش سلامت جسمی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و محیط زندگی. پاسخ به سؤالات به صورت لیکرتی و به صورت ۵ گزینه‌ای می‌باشد. نمره هر گویه در دامنه‌ای از (۱ تا ۵) به ترتیب اصلاً، کم، متوسط، زیاد و کاملاً، قرار می‌گیرد. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسشنامه به صورت ۰-۱۰۰ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب شده، کیفیت زندگی آن‌ها در یکی از سه گروه نامطلوب، متوسط، مطلوب قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که سؤال‌های ۳ و ۴ و ۲۵ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند.

#### • رویی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی

در نتایج گزارش شده توسط گروه سازندگان مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی که در ۱۵ مرکز بین‌المللی این سازمان انجام شده، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ برای خرده مقیاس‌های چهارگانه و کل مقیاس گزارش شده است.

در ایران نیز نصیری (۱۳۸۵) برای پایایی مقیاس از سه روش باز آزمایی بافاصله سه هفته‌ای، تنصیفی و آلفای کرونباخ استفاده کرد که به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۸۴/۸۷، ۰/۸۴/۸۷ بود. نصیری و همکاران (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۴ به دست آوردند. نصیری (۱۳۸۵) به منظور تعیین رویی مقیاس از روش روایی هم‌زمان استفاده کرد و رابطه نمره کل آزمون و خرده مقیاس‌های آن را با نمره کل و خرده مقیاس‌های پرسشنامه سلامت عمومی از طریق ضریب هم‌بستگی سنجید. در پژوهش حاضر برای تعیین رویی از هم‌بستگی نمره کلی هر بعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های همبستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت.

در ایران، نجات و همکاران (۱۳۸۷) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. ضریب آلفای پرسشنامه را برای جمعیت سالم در حیطه سلامت جسمانی ۰/۷۰، سلامت روانی ۰/۷۳، روابط اجتماعی ۰/۵۵ و ارتباطات محیطی ۰/۸۴ به دست آورده‌اند. ضریب پایایی روش باز آزمایی را پس از دو هفته ۰/۷ گزارش کرده‌اند.





همچنین پایایی مقیاس کیفیت زندگی را رحیمی (۱۳۸۶) سنجیده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، برای سلامت جسمی ۰/۷۰، برای سلامت روانی ۰/۷۷ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۵ و برای کیفیت محیط زندگی برابر با ۰/۷۷ گزارش کرده است.

در تحقیقی یوسفی و صفری (۱۳۸۸) برای تعیین روایی از هم‌بستگی نمره کلی هر بعد با تک‌تک سؤال‌های تشکیل‌دهنده آن بعد استفاده شد. دامنه ضریب‌های هم‌بستگی به دست آمده از ۰/۴۵ تا ۰/۸۳ بود و همه ضریب‌ها در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. هر گویه نیز بیشترین همبستگی را با بعد مربوط به خود داشت.

در پژوهش فتحی آشتیانی (۱۳۸۸) میزان پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ به دست آمد. در این مطالعه نیز ضریب آلفای کرونباخ گرفته شده ۰/۹۱ است که بیانگر ضریب مطلوب پرسشنامه مذکور می‌باشد. یافته‌ها

در آمار استنباطی نیز برای تحلیل داده‌ها جهت قضاوت در مورد فرضیات پژوهش، به تناسب از آزمون‌های پارامتریک یا ناپارامتریک استفاده شده است.

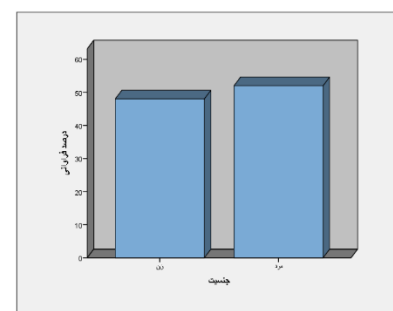
#### ۴-۲- الف: آمار توصیفی

در این قسمت بعد از گردآوری داده‌ها و اطلاعات با استفاده از آمار توصیفی که شامل شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی مانند فراوانی، درصد فراوانی، نمودار و جداول می‌باشد به توصیف نمونه پرداخته می‌شود.

#### - بررسی حجم نمونه به تفکیک جنس

#### جدول ۴ - ۱: نحوه توزیع پاسخگویان به تفکیک جنس

| جنس | فراوانی | درصد فراوانی | درصد فراوانی تجمعی |
|-----|---------|--------------|--------------------|
| زن  | ۱۴۴     | ۴۸           | ۴۸                 |
| مرد | ۱۵۶     | ۵۲           | ۱۰۰                |
| جمع | ۳۰۰     | ۱۰۰          |                    |



شکل ۴ - ۱: نحوه توزیع پاسخگویان به تفکیک جنس

طبق نتایج به دست آمده، ۴۸ درصد از پاسخ‌دهندگان زن و ۵۲ درصد آن‌ها مرد می‌باشند.



### - بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

جدول ۴ - ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

| متغیر پیش‌بین   | تعداد | میانگین | انحراف معیار |
|-----------------|-------|---------|--------------|
| روان رنجوری     | ۳۰۰   | ۳۲.۲۴   | ۶.۳۲         |
| برون‌گرایی      | ۳۰۰   | ۴۲.۰۱   | ۵.۱۰         |
| گشودگی به تجربه | ۳۰۰   | ۳۷.۶۹   | ۴.۴۴         |
| سازگاری         | ۳۰۰   | ۴۴.۱۶   | ۵.۸۲         |
| وظیفه‌شناسی     | ۳۰۰   | ۴۶.۸۰   | ۶.۴۵         |
| کیفیت زندگی     | ۳۰۰   | ۸۷.۴۸   | ۱۴.۱۶        |

### ۴-۳-ب: نتایج آمار استنباطی و آزمون فرضیه‌ها

بعد از توصیف پاسخ‌های به‌دست‌آمده از جامعه آماری در این بخش به بررسی فرضیه‌های مطرح‌شده و آزمون آماری مورد استفاده در پژوهش پرداخته شده است. به بیان دیگر در این فصل به تحلیل یافته‌های به‌دست‌آمده از تحقیقات میدانی پرداخته می‌شود تا از نظر آماری نیز بتوان صحت و سقم فرضیات را مورد بررسی قرار داد.

#### • بررسی فرضیه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

برای استفاده از تکنیک‌های آماری ابتدا باید نوع توزیع داده‌های جمع‌آوری شده مشخص گردد، در صورت نرمال بودن توزیع داده‌های جمع‌آوری شده برای آزمون فرضیه‌ها می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده نمود و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون‌های نا پارامتریک. بدین منظور در این مرحله به بررسی نتایج حاصل از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف در مورد هر یک از متغیرها می‌پردازیم و بر اساس نتایج حاصل، آزمون مناسب برای بررسی صحت و سقم فرضیات تحقیق را انتخاب می‌کنیم.

#### ۱- بررسی فرضیه نرمال بودن متغیرها

آزمون نرمال بودن برای توزیع متغیرها:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \text{عامل } i \text{ دارای توزیع نرمال است.} \\ H_1: \text{عامل } i \text{ دارای توزیع نرمال نیست.} \end{array} \right.$$

چنانچه سطح معناداری در آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بیشتر از ۰/۰۵ باشد، می‌توان داده‌ها را با اطمینان بالایی نرمال فرض کرد. در غیر این صورت نمی‌توان گفت که توزیع مورد نظر می‌تواند با احتمال خوبی نرمال باشد. به عبارتی، اگر مقدار سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از مقدار خطا باشد، فرضیه صفر را نتیجه می‌گیریم و در صورتی که مقدار سطح معنی‌داری کوچک‌تر از خطا باشد، فرضیه یک را نتیجه می‌گیریم.

Arch

**6<sup>th</sup> International conference ON  
PSYCHOLOGY  
OF EDUCATION SCIENCES AND  
LIFESTYLE**

**Tbilisi - Georgia**

**September 2020**



COMSTECH Inter-Islamic  
Network on Virtual Universities





### جدول ۴ - ۳: نتیجه آزمون نرمال بودن برای توزیع داده‌های ویژگی‌های شخصیت و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

| ابعاد           | کولموگروف اسمیرنوف | سطح     |           | نتیجه‌گیری |
|-----------------|--------------------|---------|-----------|------------|
|                 |                    | مقدار Z | معنی‌داری |            |
| روان رنجوری     | ۱.۰۲               | ۰.۲۵    | ۰.۰۵      | نرمال      |
| برون‌گرایی      | ۲۶.۱               | ۰.۰۸    | ۰.۰۵      | نرمال      |
| گشودگی به تجربه | ۱.۳۶               | ۰.۰۵    | ۰.۰۵      | نرمال      |
| سازگاری         | ۰.۹۴               | ۰.۳۴    | ۰.۰۵      | نرمال      |
| وظیفه‌شناسی     | ۱.۶۳               | ۰.۰۱    | ۰.۰۵      | غیر نرمال  |
| کیفیت زندگی     | ۰.۹۳               | ۰.۳۵    | ۰.۰۵      | نرمال      |

با توجه به جدول ۴-۳ چون مقدار سطح معنی‌داری مقیاس‌های وظیفه‌شناسی کوچک‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ می‌باشد، پس فرضیه یک را نتیجه می‌گیریم؛ یعنی مقیاس‌های وظیفه‌شناسی، دارای توزیع غیر نرمال هستند. مقدار سطح معنی‌داری مقیاس‌های روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، سازگاری و کیفیت زندگی بزرگ‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ هست، پس فرضیه صفر را نتیجه می‌گیریم؛ یعنی مقیاس‌های روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، سازگاری و کیفیت زندگی، دارای توزیع غیر نرمال هستند؛ بنابراین جهت بررسی رابطه بین متغیرهای دارای مقیاس فاصله‌ای و توزیع نرمال، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و جهت بررسی رابطه بین متغیرهای دارای مقیاس فاصله‌ای و توزیع غیر نرمال از ضریب همبستگی اسپیرمن (آزمون نا پارامتریک معادل ضریب همبستگی پیرسون) استفاده می‌گردد.

#### فرضیه: بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.

جهت اطلاع از وجود همبستگی بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی فرضیه زیر، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار می‌گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می‌باشد:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \rho = 0 \quad \text{بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود ندارد.} \\ H_1: \rho \neq 0 \quad \text{بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.} \end{array} \right.$$

#### جدول ۴-۴- همبستگی بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

|               |             |
|---------------|-------------|
| کیفیت زندگی   | روان رنجوری |
| مقدار همبستگی | ۰.۱۲**      |
| سطح معناداری  | ۰.۰۳۳       |





\* ارتباط در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

همان گونه که از جدول ۴-۴ مشاهده می شود در سطح ۰/۹۵، بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار ۰.۱۲ - ارتباط معکوسی وجود دارد و نتیجه آن است که فرضیه  $H_0$  رد و فرضیه  $H_1$  (فرضیه پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پذیرش می شود.

**فرضیه: بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

جهت اطلاع از وجود همبستگی بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی فرضیه زیر، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار می گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می باشد:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \rho = 0 \quad \text{بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود ندارد.} \\ H_1: \rho \neq 0 \quad \text{بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.} \end{array} \right.$$

| کیفیت زندگی | برون گرایی    |
|-------------|---------------|
| ۰.۱۱        | مقدار همبستگی |
| ۰.۰۶۲       | سطح معناداری  |

همان گونه که از جدول ۴-۵ مشاهده می شود در سطح ۰/۹۵، بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباطی وجود ندارد و نتیجه آن است که فرضیه  $H_0$  پذیرش و فرضیه  $H_1$  (فرضیه پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین برون گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می شود.

**فرضیه: بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

جهت اطلاع از وجود همبستگی بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی فرضیه زیر، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار می گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می باشد:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \rho = 0 \quad \text{بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود ندارد.} \\ H_1: \rho \neq 0 \quad \text{بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.} \end{array} \right.$$

| کیفیت زندگی | گشودگی به تجربه |
|-------------|-----------------|
| ۰.۰۸۵       | مقدار همبستگی   |
| ۰.۱۴۲       | سطح معناداری    |

همان گونه که از جدول ۴-۶ مشاهده می شود در سطح ۰/۹۵، بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباطی وجود ندارد و نتیجه آن است که فرضیه  $H_0$  پذیرش و فرضیه  $H_1$  (فرضیه پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می شود.



**فرضیه: بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**  
 جهت اطلاع از وجود همبستگی بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی فرضیه زیر، با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون مورد آزمون قرار می گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می باشد:

$$\left\{ \begin{array}{l} H_0: \rho = 0 \quad \text{بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود ندارد.} \\ H_1: \rho \neq 0 \quad \text{بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.} \end{array} \right.$$



### جدول ۴-۷- همبستگی بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

| سازگاری       | کیفیت زندگی |
|---------------|-------------|
| مقدار همبستگی | * ۰.۱۱۶     |
| سطح معناداری  | ۰.۰۴۵       |

\* ارتباط در سطح ۰/۰۵ معنادار است (دو دامنه).

همان گونه که از جدول ۴-۷- مشاهده می شود در سطح ۰/۰۵، بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار ۰.۱۲ ارتباط مستقیمی وجود دارد و نتیجه آن است که فرضیه  $H_0$  رد و فرضیه  $H_1$  (فرضیه پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، پذیرش می شود.

**فرضیه: بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

جهت اطلاع از وجود همبستگی بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی فرضیه زیر، به دلیل توزیع غیرطبیعی وظیفه شناسی، با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن مورد آزمون قرار می گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می باشد:

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود ندارد.} \\ H_0: \rho = 0 \\ \text{بین وظیفه شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.} \\ H_1: \rho \neq 0 \end{array} \right.$$



### جدول ۴-۸- همبستگی بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی

| کیفیت زندگی | وظیفه‌شناسی   |
|-------------|---------------|
| ۰.۱۰        | مقدار همبستگی |
| ۰.۰۸        | سطح معناداری  |

همان‌گونه که از جدول ۴-۸- مشاهده می‌شود در سطح ۰.۰۵٪، بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی ارتباط وجود ندارد و نتیجه آن است که فرضیه  $H_0$  و فرضیه  $H_1$  (فرضیه پژوهش) مبنی بر وجود ارتباط بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی، رد می‌شود.

### آزمون‌های تعقیبی:

سهم هر یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی متفاوت است.

جهت تبیین سهم هر یک از متغیرهای ویژگی‌های شخصیتی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی، با استفاده از رگرسیون چند متغیری یا همان رگرسیون خطی<sup>۴</sup> مورد آزمون قرار می‌گیرد که نتیجه آن به شرح زیر می‌باشد:

### جدول ۴-۹- متغیرهای وارد شده / برداشته شده<sup>۱</sup>

| مدل | متغیرهای وارد شده             | متغیرهای برداشته شده | روش              |
|-----|-------------------------------|----------------------|------------------|
| ۱   | ویژگی‌های شخصیتی <sup>۲</sup> | -                    | وارد شدن (Enter) |

(۱) متغیر وابسته: کیفیت زندگی

(۲) تمام متغیرهای درخواست شده وارد شدند.

در مدل اول تمامی متغیرها به مدل وارد شده‌اند و به دلیل وجود تأثیر معنی‌دار، از مدل خارج نشده‌اند.

### جدول ۴-۱۰- خلاصه مدل<sup>۱</sup>

| مدل | R     | R <sup>۲</sup> | R <sup>۲</sup> | برآورد | آماره‌های تغییر | تغییر | تغییر | خطای | تصحیح شده |
|-----|-------|----------------|----------------|--------|-----------------|-------|-------|------|-----------|
| ۱   | ۰.۰۶۳ | ۰.۰۰۴۱         | ۰.۰۰۸۲         | ۱۳.۷۰۶ | ۰.۰۸۲           | ۴.۳۶۹ | ۶     | ۲۹۳  | ۰.۰۷۹     |

(۱) متغیر وابسته: کیفیت زندگی

<sup>۴</sup> Linear Regression





(۲) مؤلفه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی

با توجه به جدول ۴-۱۰ ضریب تعیین و ضریب تعیین تصحیح شده به ترتیب برابر با ۰.۰۸۲ و ۰.۰۶۳ محاسبه شده است. همچنین معنی‌داری آزمون F در سطح صفر به دست آمده و این بدان معنی است که تغییری در مدل برای برازش بهتر وجود ندارد و مدل حاضر بهترین مدل برازش است.

#### جدول ۴-۱۱- تحلیل واریانس<sup>۱</sup>

| مدل | منبع تغییرات | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | آماره F | معنی‌داری |
|-----|--------------|--------------|------------|----------------|---------|-----------|
| ۱   | رگرسیون      | ۴۹۲۴.۴۹۳     | ۶          | ۸۲۰.۷۹۴        | ۴.۳۶۹   | ۰.۰۰۰     |
|     | خطا          | ۵۵۰۴۰.۳۴۳    | ۲۹۳        | ۱۸۷.۸۵۱        |         |           |
|     | کل           | ۵۹۹۶۴.۸۳۷    | ۲۹۹        |                |         |           |

(۱) متغیر وابسته: کیفیت زندگی

(۲) مؤلفه‌ها: ویژگی‌های شخصیتی

با توجه به اینکه آماره F و معنی‌داری آن برابر با ۴.۳۶۹ و در سطح صفر به دست آمده بنابراین فرضیه  $H_0$  مبنی بر معنی‌دار نبودن مدل رد می‌شود و برازش به خوبی صورت گرفته و مدل معنی‌دار است.

#### جدول ۴-۱۲- ضرایب رگرسیون<sup>۱</sup>

| مدل | متغیرها      | ضرایب استاندارد نشده |        | ضرایب استاندارد شده | آماره t | معنی‌داری |
|-----|--------------|----------------------|--------|---------------------|---------|-----------|
|     |              | B                    | Beta   |                     |         |           |
| ۱   | ضریب ثابت    | ۵۷.۷۰۵               | ۱۳.۷۳۵ | ۴.۲۰۱               | ۰.۰۰۰   |           |
|     | روان رنجوری  | -۰.۱۵۲               | ۰.۱۴۴  | -۰.۰۶۸              | -۱.۰۵۱  | ۰.۲۹۴     |
|     | برون‌گرایی   | ۰.۰۳۳                | ۰.۱۹۳  | ۰.۰۱۲               | ۰.۱۷۱   | ۰.۸۶۴     |
|     | گشودگی تجربه | ۰.۲۰۳                | ۰.۱۸۲  | ۰.۰۶۴               | ۱.۱۱۳   | ۰.۲۶۶     |
|     | سازگاری      | ۰.۱۹۷                | ۰.۱۷۴  | ۰.۰۸۱               | ۱.۱۳۴   | ۰.۲۵۸     |
|     | وظیفه‌شناسی  | -۰.۰۲۳               | ۰.۱۶۶  | -۰.۱۰               | -۰.۱۳۷  | ۰.۸۹۱     |



(۱) متغیر وابسته: کیفیت زندگی

با توجه به معنی داری آزمون F، ضرایب رگرسیون و معنی داری آن‌ها محاسبه شد.

### بحث و تفسیر

#### فرضیه: بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.

در بعد آمار استنباطی یافته‌ها نشان داده‌اند که بین روان رنجوری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار ۰.۱۲- رابطه معکوسی وجود دارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های نصرافهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین روان‌نژندی و کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود دارد و نیز با یافته‌های تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می‌باشد. در توجیه این نتیجه در ابتدا باید به این نکته اشاره کرد که بیماری دیابت، امروزه به‌عنوان یکی از چالش‌های جهانی، در حال افزایش است که این نشان از اپیدمی جهانی این بیماری دارد (باکر و همکاران، ۲۰۱۱). این بیماری از جمله بیماری‌های مزمن و غیر واگیردار است که باعث ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود و عامل اصلی کوری، بیماری کلیوی پیشرفته و قطع عضو در سنین کاری نیز می‌باشد (رخشنده‌رو و همکاران، ۱۳۸۵)؛ بنابراین وجود ویژگی‌های شخصیتی روان رنجوری در بیماران دیابتی چیزی دور از انتظار نیست که پژوهش حاضر نیز از این امر حکایت می‌کند. در واقع، افراد دارای شخصیت روان رنجور به دلیل آمادگی برای تجربه اضطراب، تنش، خشم، افسردگی، کم‌رویی، خصومت، تکانش‌گری، عزت‌نفس پایین، ترحم جویی و زودرنجی و خصیصه‌هایی از این دست دارند، با احتمال بیشتری دچار آسیب‌های روحی روانی، اجتماعی و متعاقباً جسمانی می‌شوند (خود بیماری دیابت در رده بیماری‌های روان‌تنی است) بنابراین دور از انتظار نیست که بیماران دیابتی دارای شخصیت روان رنجور از کیفیت زندگی پایینی برخوردار باشند.

#### فرضیه: بین برون‌گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.

در بعد آمار استنباطی نیز یافته‌ها نشان داده‌اند که بین برون‌گرایی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های نصرافهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین برون‌گرایی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته‌های تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی، مغایر می‌باشد. این مغایرت می‌تواند به جامعه مورد بررسی نسبت به جامعه‌های دیگر و نیز به دلیل برخورداری بیماران جامعه حاضر از سطح بینابینی خصیصه‌های درون‌گرایی- برون‌گرایی باشد. در هر صورت نتایج پژوهش حاضر نتوانسته ارتباط بین



برون‌گرایی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین نماید. در نتیجه در راستای نتایج به دست آمده، برون‌گرایی قابلیت تبیین لازم را برای پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی ندارد.

### **فرضیه: بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

در بعد آمار استنباطی نیز یافته‌ها نشان داده‌اند که بین گشودگی به تجربه و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های نصرافهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین تجربه پذیری و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته‌های تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی، مغایر می‌باشد. این مغایرت نیز می‌تواند به جامعه مورد بررسی نسبت به جامعه‌های 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 پیش‌بینی میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی ندارد.

### **فرضیه: بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

در بعد آمار استنباطی نیز یافته‌ها نشان داده‌اند که بین سازگاری و کیفیت زندگی بیماران دیابتی با مقدار ۰.۱۲ رابطه مستقیمی وجود دارد.

بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های نصرافهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین سازگاری و کیفیت زندگی ارتباط منفی وجود دارد، و با یافته‌های تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می‌باشد. در توجیه این نتیجه می‌توان گفت که افراد دارای سازگاری بالا به دلیل برخورداری از رفتارهای دوستانه‌تر، همکاری مناسب‌تر، قلب رئوف‌تر، خصومت‌های کمتر و نیز روحیه کمک‌کننده، مؤدب و منعطف، حمایت اجتماعی بیشتری را نسبت به خود جلب کرده و همین عوامل در بیمار سبب می‌شود تا در مواجهه با عوارض ناتوان‌کننده بیماری دیابت که مرگ زودرس را نیز در پی دارد، تواناتر و مقاوم‌تر 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 زندگی‌اش به نحوی مؤثرتر گام بردارد؛ بنابراین دور از انتظار نیست که بیماران دیابتی دارای شخصیت سازگار، از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار باشند.

### **فرضیه: بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود دارد.**

در بعد آمار استنباطی نیز یافته‌ها نشان داده‌اند که بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود ندارد.



بررسی پیشینه عملی پژوهش حاضر نشان می‌دهد که یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های نصرافهانی و اعتمادی (۱۳۹۱) که نشان دادند بین وجدان گرایی و کیفیت زندگی ارتباط وجود دارد، و با یافته‌های تصدیقی و سهرابی (۱۳۹۰) مبنی بر آنکه وجود ارتباطی معنادار بین ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی، همسو و منطبق می‌باشد. در توجیه این نتیجه باید به این نکته اشاره کرد که بیماری دیابت از جمله بیماری‌های روان‌تنی و مزمنی است که نیاز به کنترل و مراقبت مداوم قند خون و عوارض ناشی از آن دارد، مسلماً افرادی که بیشتر از حس مسئولیت‌پذیری، سخت‌کوشی و هدف‌گرا بودن برخوردارند، در جهت انجام وظایف و نقش‌های محوله خود در خانواده، محل کار و جامعه به نحو مطلوب، بیشتر تلاش می‌کنند و همین عوامل خود موجبات بالاتر بودن سطح کیفیت زندگی در بیماران دارای شخصیت وظیفه‌مدار را موجب می‌شود؛ بنابراین دور از انتظار نیست که بین وظیفه‌شناسی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه وجود داشته باشد.

### منابع

- اردلان، م. سرچهانی، ز.، سرچهانی، م. (۱۳۹۳). رابطه هوش معنوی با کیفیت زندگی کاری و بلوغ معلمان ابتدایی ناحیه ۲ شهر شیراز. *فصلنامه علمی- پژوهشی رهیافتی نو در مدیریت آموزشی، دوره ۵، شماره ۱، ص ۱۰۲-۸۱*.
- ایزدی طامه، ا. نادری فر، م. نادری فر، ع. ر. نیکبخت، ر. (۱۳۹۳). افسردگی در بیماران مبتلابه دیابت: یک مقاله مروری. *فصلنامه پرستاری دیابت دوره ۲، شماره ۲، ص ۷۷-۸۳*.
- بهرامی ه. رضاپور میر صالح، ی. (۱۳۸۹). رابطه سبک‌های مقابل‌های، جهت‌گیری مذهبی و ابعاد شخصیت با سلامت روان مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، سال ۱۰، شماره ۳ (۱۰)، ص ۲۴۵-۲۵۸*.
- تصدیقی، ا. سهرابی، ن. (۱۳۹۰). رابطه ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در کارکنان بیمارستان MRI شهر شیراز. دومین همایش ملی روانشناسی - روانشناسی خانواده. مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.
- جرگه، م. (۱۳۸۸). بررسی برنامه توان‌بخشی قلبی بر کیفیت زندگی، اضطراب و افسردگی بیماران جراحی پیوند عروق کرونر، (پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده)، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه بوعلی سینا همدان.
- جعفرنژاد، پ. فرزاد و. مرادی، ا. شکری، ا. (۱۳۸۴). رابطه شخصیت، سبک‌های مقابله و سلامت عمومی در دانشجویان. *مجله روانشناسی، دوره ۳۵، شماره ۱، ص ۵۱-۷۴*.
- حسن‌زاده، پ. علی‌اکبری دهکردی، م. خمسه، م. ا. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران مبتلابه دیابت نوع دو، *فصلنامه روانشناسی سلامت دوره ۱، شماره ۲، ص ۱-۱۲*.
- حسین چاری، م. ذاکری، ح. ر. (۱۳۸۹). تأثیر زمینه‌های تحصیلی دانشگاهی، علوم دینی و هنری بر هوش معنوی؛ کوششی در راستای روا سازی و پایایی سنجی مقیاس هوش معنوی. *فصلنامه علمی- تربیتی اندازه‌گیری‌های پژوهشی، دوره ۱، شماره ۱، ص ۷۳-۹۳*.
- حسین دخت، آ. فتحی آشتیانی، ع. تقی زاده، م. ا. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و بهزیستی معنوی با کیفیت زندگی و رضایت زناشویی. *روانشناسی و دین دوره ۶، شماره ۲، ص ۵۷-۷۴*.



- حمید، ن. زمستانی، م. (۱۳۹۲). رابطه هوش معنوی و ویژگی‌های شخصیتی با کیفیت زندگی در دانشجویان پزشکی، مجله پزشکی هرمزگان، دوره ۱۷، شماره ۴، پیاپی (۷۰).
- خوارزمی، ش. (۱۳۸۳). کیفیت زندگی و الزامات عصر دیجیتال در ایران، روزنامه دنیای اقتصاد.
- رجایی، ع. ر. (۱۳۸۹). دیدگاه‌ها و چالش‌ها. پژوهش‌نامه تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت‌جام، شماره ۲۲، ص ۲۲-۴۴.
- رجایی، ع. ر. بیاضی، م. ح. حبیبی پور، ح. (۱۳۸۷). بررسی رابطه بین باورهای اساسی دینی با بحران هویت و سلامت روان در جوانان، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی (زیر چاپ).
- رخشنده‌رو، س. حیدرینیا، ع. ر. رجب، ا. (۱۳۸۵). بررسی میزان تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، دانشور پزشکی / دانشگاه شاهد، دوره ۱۳، شماره ۶۳، ص ۲۰-۱۵.
- رضائی، س. جهانگیر پور، م. موسوی و ا. موسوی، ح. ا. (۱۳۹۳). نقش میانجی ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال ۸، شماره ۳۰.
- رضائیان، ا. نائیجی، م. (۱۳۸۸). اثربخشی هیجان و شخصیت بر عملکرد شغلی. مجله مدیریت، شماره ۳۳، ص ۴۹-۶۶.
- رضوانی، م. ر. منصوریان، ح. (۱۳۸۷). سنجش کیفیت زندگی: بررسی مفاهیم، شاخص‌ها، مدل‌ها و ارائه مدل پیشنهادی برای نواحی روستایی، فصلنامه روستا و توسعه، شماره ۳، ص ۲۶-۱.
- ساعتچی، م. (۱۳۸۹). روان‌شناسی کار، نشر ویرایش، چاپ هفدهم، تهران.
- سهرابی، ف. (۱۳۸۵). درآمدی بر هوش معنوی. معنا، ویژه‌نامه روانشناسی دین، شماره ۲، ص ۱۱۹-۱۱۴.
- شولتز، د. شولتز، ا. (۱۳۸۹). نظریه‌های شخصیت. ترجمه سید محمدی، یحیی. ویرایش هشتم. نشر ویرایش. تهران.
- شولتز، د. شولتز، س. (۱۳۷۸). نظریه‌های شخصیت. ترجمه یحیی سید محمدی، نشر نی.
- شیخی نژاد، ف. احمدی، گ. (۱۳۸۸). مدیریت در پرتوی معنویت. ماهنامه تدبیر، شماره ۲۰۲، ص ۴۹-۵۸.
- صفری، ا. صبوری، ر. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر هوش معنوی مدیران بر افزایش کیفیت زندگی کاری (کارکنان آموزش و پرورش شهر تهران). شناسه (COI) مقاله ۱۴۷\_۱\_۰۱ ICMNG: منتشر شده در کنفرانس بین‌المللی مدیریت در قرن ۲۱ در سال ۱۳۹۳.
- عابدین، ب. مشککی، ا. (۱۳۹۱). هوش معنوی، ابزار تحول‌آفرینی رهبران سازمان. مجله بهبود مدیریت، شماره ۱ (۶)، ص ۴-۳۰.
- عنبری، م. (۱۳۸۹). بررسی تحولات کیفیت زندگی در ایران (۱۳۶۵-۱۳۸۵)، فصلنامه توسعه روستایی، شماره ۲، ص ۱۴۹-۱۸۱.
- غباری بناب، ب. سلیمی، م. سلیمانی، ل. نوری مقدم، ث. (۱۳۸۶). هوش معنوی. فصلنامه علمی- پژوهشی اندیشه نوین دینی، دوره ۳، شماره ۱۰، ص ۱۴۷-۱۲۵.





- غفاری، غ. ر. کریمی، ع. ر. نودری، ح. (۱۳۹۱). روند مطالعه کیفیت زندگی در ایران. فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران، دوره ۱، شماره ۳.
- غفاری، غ. ر. امید، ر. (۱۳۸۸). کیفیت زندگی شاخص توسعه اجتماعی، تهران: نشر شیرازه.
- فتحی آشتیانی، ع. (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی (ارزشیابی شخصیت و سلامت روان)، تهران، بعثت.
- فتحی آشتیانی، ع. داستانی، م. (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی. تهران: بعثت.
- فرانکال و. (۱۳۸۶). انسان در جستجوی معنی، ترجمه صالحیان، نهضت و میلانی، مهین، انتشارات درسا، چاپ ۲۲.
- قرباغی، ح. (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین عوامل شخصیتی و رضایت شغلی کارکنان کارخانه تراکتورسازی ایران، (پایان‌نامه کارشناسی ارشد)، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز، ص ۲-۳.
- کرد زنگنه، ج. (۱۳۸۱). بررسی کیفیت زندگی مرتبط با سالمندان و عوامل مؤثر بر آن. (رساله کارشناسی ارشد)، دانشگاه تهران، دانشکده علوم اجتماعی.
- کریمی، ی. (۱۳۷۰). روان‌شناسی شخصیت، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور، چاپ پانزدهم، ص ۵-۷.
- کریمی، ی. (۱۳۷۵). روانشناسی اجتماعی: نظریه‌ها، مفاهیم و کاربردها. تهران: ارسباران.
- گشتاسبی، آ. (۱۳۸۳). بررسی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در تهران، خلاصه مقالات اولین همایش سراسری کیفیت زندگی، دانشگاه تربیت مدرس.
- گروسی فرشی، م. ت. (۱۳۷۷). «هنجاریابی آزمون جدید شخصیتی نئو و بررسی تحلیل ویژگی‌ها و ساختار عاملی آن در بین دانشجویان دانشگاه‌های ایران»، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- مشبکی، ا. (۱۳۷۷). مدیریت رفتار سازمانی (تحلیل کاربردی، آموزشی از رفتار سازمانی)، نشر ترجمه، ص ۱۰۰.

## References

- Abasalli Zadeh, A. Asadollah, A.H. "Answer to common patient's questions about depression". 1st ed. ۱۳۷۹: page ۱۳.
- what is it? How should it be measured? Aarnoson, N.K. (۱۹۸۸), *Quality of life: Oncology*, ۲, ۶۹-۷۶.
- Ahmadi, A. Hasan zade, J. Rajaefard A.R. (۲۰۰۹). Metabolic control and care with type ۲ diabetes in chaharmahal & bakhtiyari province ۲۰۰۸. assessme in patients *endocrinology Shahid Beheshti University of medical sciences and Iranian journal of health services*; ۱۱(۱):۳۳-۹. [Persian]
- Ahmann, A.J. (۲۰۰۷). Guideline and Performance Measures for Diabetes. *Am J Manag Care*; ۱۳:۶-۴۱.
- A. Matain-Cols, D. (۲۰۱۰), *Clinical Albert, U. mania, G. Bogetto, F. Chiorle, life psychiatry*, ۵۱: ۱۹۳-۲۰۰. *predictors of health-related quality of life*
- N.J. (۲۰۱۰), *Qulity of life of life and Al- Akour, N.O. Khader, Y.S. Shatnawi, Ilitus, Journal of adolescents with type diadetes me associated factors among Jourdanian complications* ۲۴, ۴۳-۴۷. *diabetes and Its*



- Amini, M. Parvaresh, E. (۲۰۰۹). Prevalence of macro- and microvascular complications among patients with type ۲ diabetes in Iran: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*; ۸۳(۱): p. ۱۸-۲۰.
- Amaram, Y. (۲۰۰۷), The Seven Dimensions of Spiritual Intelligence: An Ecumenical, Grounded Theory, Presented at the ۱۱۰th Annual Conference of the American Psychological Association San Francisco.
- Anderson, R.J. Freedland, K.E. Clouse, R.E. Lustman, P.J. (۲۰۰۱). The prevalence of depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes comorbid Care*; ۲۴(۶): ۱۰۶۹-۷۸.
- Arzaghi, M. Hakim Shoushtari, M. (۲۰۰۸). In translation: Psychology in diabetes care- ۲۰۰۵, □□□□□ □□, □□□□□□□ □. □□(□□□□□□□). □□□□□ □□□□□□□. □□□□□□: □□□□□□□□□□□□ ۱۰۵-۱۲۱.
- Atalay, M. Laaksonen, D.E. (۲۰۰۲). Diabetes, oxidative stress and physical exercise. J (Persian) *Sports Sci Med*; ۱(۱): ۱-۱۴.
- Baker, M. K. Simpson, K. Lloyd, B. Bauman, A. E. Fiatarone Singh, M. A. (۲۰۱۱). "Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials". *Diabetes Research and Clinical Practice*. 91.
- Barr, E. Zimmet, P. Welborn, T. (۲۰۰۷). Risk of cardiovascular and all-cause mortality in individuals with diabetes mellitus, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance: The Australian Diabetes Obesity and Lifestyle Study (AusDiab). *Circulation*; ۱۱۶(۲): p. ۱۰۱-۱۰۷.
- Baydas, G. S.E. Tuzcu, M. Yaser, A. Donder, E. (۲۰۰۰). Novel, role for abapentin in central nervous system in streptozotocine-induced diabetic rats. neuroprotection of (۲۶): ۴۱۷-۲۲. *Acta Pharmacologica Sinica*.
- Behnam, B. Ghorbani, R. (۲۰۰۰). Epidemiologic features of depression in non-insulin diabetic patient's in Semnan. *Pejouhesh*; ۲۹(۱): (۴۰-۹). [Persian] dependent
- Brownell, K.D. Cohen, L.R. (۲۰۰۲). Adherence to dietary regimens: An overview of *Med*; ۲۰: ۰۴-۱۴۹ research. *Behav*