

رابطه صفات شخصیتی و تیپ A و B در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

وحید مصطفی پور^{۱*}، حسین فرخی^۱، فریده حسین ثابت^۲

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۳/۱

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه صفات شخصیتی و تیپ A و B در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ شهر مشهد انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقطعی، ۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از پرسش‌نامه MMPI فرم کوتاه و پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B بورتنر، ارزیابی شدند.

یافته‌ها: تحلیل رگرسیون نشان داد که مقیاس سایکوپاتی رابطه‌ی معناداری با مقیاس تیپ A و B دارد، به طوری که این مقیاس به میزان ۱۴/۹ درصد تیپ A و B را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پیش‌بینی می‌کند ($r^2 = 0/149$). مقیاس پارنویا نیز به میزان ۲۰/۹ درصد توان پیش‌بینی تیپ A و B را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ دارد ($r^2 = 0/209$). مقیاس پسیکا ستنی نیز به میزان ۲۶/۶ درصد ($r^2 = 0/266$) می‌تواند تیپ A و B را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پیش‌بینی کند. همچنین با استفاده از مقیاس اسکیزوفرنی به میزان ۳۵/۸ درصد می‌توان به پیش‌بینی دست زد ($r^2 = 0/358$). مقیاس مانیا ۳۶ درصد ($r^2 = 0/360$)، مقیاس هیپوکندری ۳۵/۳ درصد ($r^2 = 0/353$) و مقیاس افسردگی ۳۳/۸ درصد ($r^2 = 0/338$) توان پیش‌بینی تیپ A و B را دارند.

نتیجه‌گیری: بیشترین برافراشتگی بین صفات شخصیت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو به ترتیب مربوط به هیستیری، اسکیزوفرنی و افسردگی می‌باشد. همچنین گرایش افراد مبتلا به دیابت نوع دو به سمت تیپ A می‌باشد.

واژگان کلیدی: تیپ A و B، دیابت نوع ۲، صفات شخصیت

مقدمه

افزایش قند در دراز مدت در بدن وجود داشته باشد، عوارض میکرو و اسکولار دیابت یا تخریب رگ‌های بسیار ریز در بدن ایجاد می‌شوند که می‌توانند اعضای مختلف بدن همچون کلیه، چشم و اعصاب را درگیر کنند. همچنین دیابت با افزایش ریسک بیماری‌های قلبی عروقی ارتباط مستقیمی دارد؛ آخرین مطالعات نشان داده است که ۷/۸ درصد از جمعیت ۲۵ تا ۶۰ ساله کشور مبتلا به دیابت هستند. دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های روانی-تنی^۳ است، که تنیدگی در ایجاد، شدت، عود و مزمن شدن آن تاثیر فراوانی دارد. با توجه به مطالعات لین و همکاران (۲۰۰۰) و واتسون و همکاران (۱۹۹۹) و بوث و همکاران (۲۰۰۸)، تیپ‌های شخصیتی از موثرترین عوامل در پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی و کنترل دیابت در بین افراد مبتلا به این بیماری به حساب می‌آید (۴-۶). تیپ شخصیتی عبارت است از؛ مجموعه

دیابت ملیتوس^۱ یا بیماری قند، یکی از بیماری‌های مزمن است که سالیان دراز گریبان‌گیر بشر بوده است و در تمام سنین دیده می‌شود (۱). دیابت نوع ۱ و ۲، دو شکل اصلی این بیماری هستند و تقریباً ۹۸ درصد افراد دیابتی به نوع ۲ مبتلا هستند. این بیماری علاج قطعی ندارد، بهترین درمان، پیشگیری از آن است (۲). این بیماری در قلب مسائل رفتاری است و عوامل روانشناختی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند (۳). سن ابتلا به دیابت نوع ۲ در دنیا ۵۵ تا ۶۵ سالگی است، در حالی که در ایران ۴۵ تا ۵۰ سالگی است. در دیابت، سرعت و توانایی بدن در استفاده و سوخت و ساز کامل گلوکز کاهش می‌یابد، از این رو میزان قند خون افزایش یافته که به آن هایپرگلیسمی^۲ می‌گویند. وقتی این

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* (نویسنده مسؤول) Email: vhd.m2207@gmail.com

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

صفات شخصیتی و تیپ A و B با افراد مبتلا به دیابت بررسی شود.

روش بررسی

نوع پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را مردان و زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در سطح شهر مشهد تشکیل می دهد. که از میان این افراد، تعداد ۸۰ نفر مبتلا به دیابت نوع ۲ که به کلینیک های شهر مشهد (اندیشه و رفتار، پارسیان، سلامت) مراجعه کرده بودند، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس (هم در انتخاب کلینیک و هم نمونه) مورد آزمون قرار گرفتند که از این تعداد ۴۹ پرسشنامه (۲۱ نفر مرد و ۲۸ نفر زن) قابل بررسی بوده است (دلاور، ۱۳۹۱/۱۴).

در این تحقیق وسیله اندازه گیری پرسشنامه می باشد که به منظور جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه MMPI فرم کوتاه (۷۱ سوالی) و پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B بورتنر^۶ استفاده شده است. سوال های پرسشنامه برای افراد بی سواد توسط محقق خوانده شده است. میزان های MF و SI از فرم ایرانی به علت تفاوت های فاحش فرهنگی بین صفات و ویژگی های زنان و مردان ایرانی و غربی حذف شده است.

- پرسشنامه MMPI فرم کوتاه (۷۱ سوالی): پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا در سال ۱۹۶۷ توسط کینکانن^۷ به ۷۱ سوال تقلیل یافت. کینکانن اعتبار فرم کوتاه پرسشنامه را بر روی بیماران روانی بستری مورد مطالعه قرار داد و به این نتیجه رسید که در فرم کوتاه فقط ۹ درصد کاهش در پایایی^۸ و ۱۴ درصد کاهش در شباهت نیمرخ ها نسبت به فرم بلند مشاهده می شود. وی ادعا نمود که این ماده ها می تواند همان قدرت تشخیصی آزمون اصلی (فرم بلند) را داشته باشد. در کاربرد پرسشنامه باید نظام ارزشهای ایرانی، شرایط فرهنگی، اجتماعی، پشتوانه ها و سوابق تجربی آزمودنی، معتقدات و یادگیری های خاص اجتماعی را در نظر داشت. برداشت افراد جامعه ما از آزمون ها و به خصوص از پرسشنامه ها را، هنگامی که محتوای پرسش ها موارد کاملاً نامانوس و فرهنگ بسته ای را مطرح می سازد، نمی توان نادیده گرفت. حسینچاری و همکاران (۱۳۸۹) در تحقیقی که به منظور بررسی پایایی و روایی فرم کوتاه ایرانی این آزمون انجام دادند، آن را واجد شرایط لازم برای کاربرد در پژوهش های روانشناختی و فعالیت های بالینی دانسته اند (آلفای کرونباخ ۰/۹۶). این آزمون شامل ۱۱ ماده می باشد (۳ ماده روایی و ۸ ماده بالینی). آزمون در تمام مقیاس ها دارای میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۲۰ می باشد. بدین معنی که کسانی که نمره تراز شده ای برابر ۵۰ می گیرند نمره ای برابر با میانگین گروه سالم دارند. در ضمن اعتبار و روایی

خصوصیات و ویژگی های شخصی که برای اندازه گیری و سنجش فرد و متمایز کردن انسان ها از یکدیگر به کار می رود (۷). بر اساس الگوهای رفتاری، تیپ شخصیتی را می توان به دو نوع A و B تقسیم نمود. افراد تیپ A که مستعد بیماری های جسمانی و روانی می باشند، با سه ملاک احساس افراطی فوریت زمان، رقابت طلبی و جاه طلبی و پرخاشگری و خصومت بویژه زمانی که اوضاع از کنترل خارج است توصیف می شوند. افراد تیپ A بیشتر در معرض بیماری های قلبی - عروقی، روان تنی، فشارخون بالا، دیابت و مرگ زودرس هستند. نقطه مقابل این افراد، شخصیت های تیپ B هستند که آرام و خون سرد بوده و احساس فوریت زمان نمی کنند (۸). طبق نتایجی که از تحقیقات روان شناسان در رابطه با تاثیر عوامل روانشناختی در بروز بیماری های غیر واگیر صورت گرفته است، رفتار نوع A را می توان از جمله عوامل خطر ابتلا به بیماری دیابت دانست (۹).

روانشناسان معتقدند مولفه های روانشناختی از قبیل استرس، تنش، اضطراب، افسردگی، الگوی رفتاری نوع A و ... در بروز بیماری ها نقش دارند (۱۰). در مطالعاتی که با هدف بررسی روابط عوامل شخصیتی با میزان کنترل سطح گلوکز خون انجام گرفته است، مشخص شده است که روان رنجوری^۱ و بخصوص رویه های شخصیتی اضطراب^۲، خشم^۳، خصومت^۴ و افسردگی^۵ پیش بینی کننده منفی سطح گلوکز در بیماران دیابتی نوع ۲ می باشد (۱۱ و ۱۲). علاوه بر ویژگی های شخصیتی، توانایی بیمار در مقابله موثر با استرس های حاصل از بیماری در پیشگیری از پیامدهای منفی حاصل از دیابت، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (۱۳).

به رغم آگاهی از این مسئله که بیماری دیابت در کشور ما به مانند سایر نقاط جهان در حال افزایش است، توجه به بعد پزشکی و روانشناختی در کنترل آن ضروری می باشد. اما تلاش ها و اقدامات غالباً بر مراقبت های پزشکی می باشد و کم تر به عوامل روانشناختی موثر بر آن پرداخته شده است. از سوی دیگر در پژوهش های خارجی انجام گرفته در این زمینه نیز ناهماهنگی های قابل توجهی مشاهده می شود، به گونه ای که هر یک از تحقیقات مذکور به نقش یک یا چند عامل شخصیتی متفاوت در سازگاری با این بیماری و مقابله با آن اشاره کرده اند. این در حالی است که درمانگران می توانند با درک مناسب شخصیت فرد و نحوه مقابله و سازگاری فرد با این بیماری، در موضع بهتری برای پیش بینی مشکلات احتمالی بیماران در مسیر برنامه ریزی برای کنترل بیماری و پیش گیری از عوارض بلند مدت و کوتاه مدت باشند و توجه به ویژگی های فردی را در مداخلات پزشکی ترویج کنند. بنابراین در پژوهش حاضر هدف بر این است که رابطه ی

8- depression
6- Bortner
7 - Kincannon
8 - Reliability

1- Neuroticism
5- Anxiety
3- Anger
4- Hostility

فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و میانگین خطای استاندارد برای نمونه مورد نظر مورد بررسی قرار گرفت و در بخش استنباطی برای آزمون سوالات، از آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش همبستگی بین متغیرهای تحقیق و نیز آزمون تحلیل رگرسیون برای سنجش این فرض که متغیرهای تحقیق تا چه میزان قدرت پیش بینی متغیرهای دیگر آزمون را دارا می باشد، استفاده شد. در ضمن محاسبات آماری و تجزیه و تحلیل داده ها توسط نرم افزار کامپیوتری SPSS-20 انجام گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش، سوالات که با استفاده از پرسشنامه MMPI (فرم کوتاه) و پرسشنامه تیپ شخصیتی سنجیده شد، در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. در بخش استنباطی برای آزمون سوالات از آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای سنجش همبستگی بین متغیرهای تحقیق و نیز آزمون تحلیل رگرسیون برای سنجش این فرض که متغیرهای تحقیق تا چه میزان قدرت پیش بینی متغیرهای دیگر آزمون را دارا می باشند؛ بررسی می شود. جدول شماره ۱، توزیع افراد نمونه مورد نظر را به تفکیک سن و سطح تحصیلات نشان می دهد.

فرم ایرانی (کوتاه) نیز قابل قبول است (۱۵). فرم کوتاه می تواند متخصص را در شناخت صفات و ویژگی های شخصیتی آزمودنی یاری دهد. در تحقیق حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردیده است که پایایی کل پرسشنامه برابر ۰/۶۸ می باشد. تعداد پرسش ها در فرم کوتاه برای میزان های Ma^{11} و $L^1, F^2, K^3, Hs^4, D^5, Hy^6, Pd^7, Pa^8, Pt^9, Sc^{10}$ ترتیب ۵، ۱۵، ۱۶، ۱۴، ۲۰، ۲۵، ۱۹، ۱۴، ۱۶، ۲۰ و ۱۱ است.

پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B بورتتر: در این پرسشنامه آزمودنی ها گزینه ای را که با ویژگی شخصیتی آنها منطبق است، انتخاب می کنند. این پرسشنامه، مولفه های شخصیتی A و B را در آزمودنی ها مشخص می کند. در امتیازبندی استاندارد این پرسشنامه، نمره ۱۳، نمره متوسط در نظر گرفته شده است. نمره بیشتر از متوسط تمایل به تیپ A، نمره کم تر از متوسط تمایل به تیپ B دارد. نمره کم تر از ۵ تمایل شدید به تیپ B و بیشتر از ۲۰ تمایل شدید به تیپ A را نشان می دهد. براساس تحقیقات بوث و همکاران (۲۰۰۸)، پایایی این آزمون را در اکثر بررسی ها بالاتر از ۰/۷۰ و ۰/۸۰ گزارش کرده اند. ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده رحیمی و امیری که در سال (۱۳۹۳) انجام شد، ۰/۷۸۹ بدست آمده است (۱۶).

در این پژوهش سوالات که با استفاده از پرسشنامه های شخصیتی مینه سوتا MMPI (۷۱ سوالی) و تیپ شخصیتی A و B سنجیده شد، در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در قسمت بررسی توصیفی محاسبه

جدول (۱): توزیع افراد نمونه بر حسب تحصیلات و سن

متغیر	تحصیلات		سن	
	فراوانی	درصد	متغیر	فراوانی
بیسواد	۴	۸/۲	۳۰-۳۹	۱۳
ابتدایی	۶	۱۲/۲	۴۰-۴۹	۱۶
سیکل	۱۲	۲۴/۵	۵۰-۵۹	۱۵
دیپلم	۱۹	۳۸/۸	۶۰ و بالاتر	۵
دانشگاهی	۸	۱۶/۳	جمع کل	۴۹
جمع کل	۴۹	۱۰۰		

۲/۱۸۷ می باشد. همچنین میانگین نمره کل تیپ شخصیتی A و B ۱۴/۸۵۷ با انحراف معیار ۲/۷۳ می باشد.

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهشی را نشان می دهد. بر طبق این جدول، میانگین نمره کل صفات شخصیتی (MMPI) نمونه مورد مطالعه ۷۴/۵۱ با انحراف معیار

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
کل صفات شخصیتی	۹/۱۶	۲/۱۸
هیستری	۱۳/۴۶	۳/۳۱
سایکوپاتی	۸/۸۵	۱/۵۸
پارانویا	۷/۲۶	۲/۲۵
پسیکاستنی	۸/۶۹	۲/۶۷
اسکیزوفرنی	۱۱/۸۹	۲/۰۱
هیپومانیا	۵/۲۸	۱/۹۲
هیپوکندری	۷/۶۳	۱/۵۵
افسردگی	۱۰/۲۸	۲/۲۱۶
A با B کل تیپ شخصیتی	۱۴/۸۵	۲/۷۳

بر طبق جدول شماره ۳ که برافراشتگی مقیاسهای صفات شخصیت را در افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشان می دهد، اولین برافراشتگی مربوط به مقیاس هیستری با میانگین (۱۳/۴۶) و انحراف استاندارد (۳/۳۱) می باشد. دومین برافراشتگی مربوط است به مقیاس اسکیزوفرنی که میانگین آن در بین گروه مخاطب

برابر با (۱۱/۸۹) و انحراف استاندارد آن برابر (۲/۰۱) می باشد. سومین مقیاس با برافراشتگی بالا نیز مربوط به مقیاس افسردگی با میانگین (۱۰/۲۸) و انحراف استاندارد (۲/۲۱) می باشد.

جدول شماره (۳): برافراشتگی مقیاس های صفات شخصیتی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
۱-هیستری	۱۳/۴۶	۳/۳۱
۲-سایکوپاتی	۸/۸۵	۱/۵۸
۳-پارانویا	۷/۲۶	۲/۲۵
۴-پسیکاستنی	۸/۶۹	۲/۶۷
۵-اسکیزوفرنی	۱۱/۸۹	۲/۰۱
۶-هیپومانیا	۵/۲۸	۱/۹۲
۷-هیپوکندری	۷/۶۳	۱/۵۵
۸-افسردگی	۱۰/۲۸	۱/۲۱

بر اساس نتایج جدول شماره ۴، گرایش افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، به سمت تیپ A می باشد. در واقع بیشتر افراد مبتلا به دیابت گرایش به سمت تیپ A دارند به طوریکه تعداد ۴۰ نفر (۸۱/۳) از

پاسخگویان نمره ای بالاتر از حد میانگین دارند و فقط تعداد ۹ نفر (۱۸/۳۷) از پاسخگویان نمره ای کم تر از حد میانگین دارند.

جدول شماره (۴): میانگین و فراوانی نمرات تیپ شخصیتی A و B در بین افراد مبتلا به دیابت نوع ۲

متغیر	میانگین	انحراف معیار	متغیر	فراوانی	درصد
تیپ شخصیتی A و B	۱۴/۸۵	۲/۷۳	گرایش به تیپ A	۴۰	۸۱/۳
			گرایش به تیپ B	۹	۱۸/۳۷
			جمع	۴۹	۱۰۰

نتایج تحلیل رگرسیون هم زمان مقیاس های صفات شخصیتی با تیپ A و B در جدول شماره ۵ آمده است. این نتایج نشان می دهد که مقیاس سایکوپاتی رابطه معناداری با مقیاس تیپ A و B دارند، به طوریکه که به میزان ۱۴/۹ درصد تیپ A و B در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ می تواند پیش بینی کند ($r^2=0/184$ اصلاح

شده)، مقیاس پارانویا نیز به میزان ۲۰/۹ درصد توان پیش بینی تیپ A و B را در افراد مبتلا به دیابت دارد ($r^2=0/209$ اصلاح شده)، مقیاس پسیکاستنی نیز به میزان ۲۶/۶ می تواند تیپ A و B را در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ پیش بینی کند ($r^2=0/266$ اصلاح شده). همچنین با استفاده از مقیاس اسکیزوفرنی به میزان

پرخاشگرانه، خصومت آمیز، اضطراب، استرس و درماندگی را نشان می دهند. تیپ A همواره دنیا را به صورت مکانی تهدید کننده و خصمانه می بیند که باعث واکنش اضطرابی دائمی در آن ها خواهد شد (۲۵). این نتایج با یافته های سوارز^۵، فریدمن^۶ و همکارانش، ساموئل^۷، پورشریفی و همکارانش و اسنوک^۸ همسو می باشد (۳۰-۲۶) از آن جا که افراد شخصیت های تیپ B آرام و خونسرد بوده و احساس فوریت زمان نمی کنند و در برخورد و مرادانشان خونسرد می باشند، در کارها افراط نمی کنند، اهل رقابت نیستند، بدون احساس گناه استراحت می کنند و از اوقات فراغت لذت می برند، کم تر مستعد ابتلا به بیماری دیابت نوع دو می باشند (۳۱). از محدودیت های این پژوهش، کمبود مطالعات داخلی و خارجی در زمینه ویژگی های شخصیتی و تاثیر این ویژگی ها بر روی بیماری های مزمنی مثل دیابت میا شد که نشانگر ضرورت انجام مطالعاتی در این زمینه بر روی این بیماران می باشد تا بتوان به درستی تاثیر ویژگی های شخصیتی را مورد ارزیابی قرار داد. علاوه بر این، نمونه گیری در دسترس که در این مطالعه استفاده شده است، قابلیت تعمیم پذیری نتایج را با محدود می کند. بنابراین انجام مطالعات بیشتری در این زمینه توصیه می شود. یافته های این پژوهش توجه بیشتر به ویژگی های شخصیتی بیماران مبتلا به دیابت ترویج می دهد. همچنین به درمانگران کمک می کند با درک مناسب شخصیت فرد و نحوه مقابله و سازگاری فرد با این بیماری، در موضع بهتری برای پیش بینی مشکلات احتمالی بیماران در مسیر برنامه ریزی برای کنترل بیماری و پیش گیری از عوارض بلند مدت و کوتاه مدت باشند و توجه به ویژگی های فردی را در مداخلات پزشکی ترویج کنند.

تضاد منافع

با توجه به اینکه این پژوهش تحت حمایت مالی سلیمان و یا نهاد خاصی نبوده و همچنین ترتیب نویسندگان با رضایت طرفین نوشته شده است و این مقاله در جای دیگری برای چاپ ثبت نشده است و نخواهد شد و همچنین یافته های این پژوهش دقیق و شفاف ارائه شده است، بنابراین تضاد منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه حکمت رضوی مشهد به خاطر تصویب و حمایت از این پژوهش و همچنین مسئولان کلینیک های اندیشه و رفتار، پاریس، سلامت شهر مشهد بخاطر

۳۵/۸ درصد به پیش بینی در این مورد دست زد ($r^2=0/358$) اصلاح شده). مقیاس مانیا ۳۶ در صد ($r^2=0/36$) اصلاح شده)، مقیاس هیپوکندری به میزان ۳۵/۳ درصد ($r^2=0/353$) اصلاح شده) و مقیاس افسردگی نیز به میزان ۳۳/۸ در صد ($r^2=0/338$) اصلاح شده) توان پیش بینی تیپ A و B را دارا هستند.

بحث و نتیجه گیری

دیابت یکی از بیماری های شایع جوامع بشری است که با وجود پیشرفت های علم پزشکی، روز به روز در حال گسترش است. عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در سیر برقراری دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند. از جمله عوامل روانشناختی موثر بر دیابت می توان به ویژگی های شخصیتی اشاره کرد. بنابراین ضرورت، پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین صفات شخصیتی و تیپ A و B در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با استفاده از پرسشنامه شخصیتی چندوجهی مینه سوتا و پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B انجام گرفته است. مطالعات نشان داده اند که بعضی از صفات شخصیتی می توانند نقش مهمی در سبب شناسی و پیشرفت اختلالات داشته باشند، به طوری که شخصیت فرد به طور غیرمستقیم و از طریق ایجاد رفتارهای ناسالم باعث بیماری فرد شده و یا با پذیرش و سازگاری با بیماری موجب ارتقاء سلامت می شود (۱۷). نتایج بررسی مقیاس های صفات شخصیت در بین افراد مبتلا به دیابت نشان داد که بیشترین برافراشتگی در افراد مبتلا به دیابت نوع، مربوط به مقیاس هیستیری می باشد که این نتیجه با یافته های قبلی فیلیپ اچ^۱ و استار ام. دی^۲ همسو می باشد (۱۸). همچنین برافراشتگی مقیاس های اسکیزوفرنی و افسردگی با تحقیقات قبلی مانارته^۳ و همکاران و ترنتو ام^۴ و همکاران همسو می باشد (۱۹ و ۲۰). همچنین نمره بالای روان رنجوری در افراد دیابت نوع دو، با متون نظری و تحقیقات قبلی حسینی و حقدادی (۱۳۷۲)، گاوارد، لاستمن و کلاوز (۱۹۹۳) و دی قروت، جاکوبسون و سامسون (۱۹۹۴) که هیجانانگ منفی از جمله شیوع افسردگی و اضطراب را در افراد دیابتی بیش از گروه های کنترل گزارش کرده اند، همسو است (۲۱ و ۲۲ و ۲۳). به نظر گاوارد، لاستمن و کلاوز (۱۹۹۳) افسردگی تشخیص راجع در بین بیماران دیابتی در آمریکاست. علاوه بر این، نتایج این پژوهش نشان داد که گرایش افراد مبتلا به دیابت نوع دو بیشتر به سمت تیپ A می باشد. در برخی از متون علمی درباره وجود رابطه میان الگوهای رفتاری A و بیماری های غدد درون ریز به ویژه دیابت گزارش هایی بیان شده است (۲۴). افراد تیپ A بیشتر در معرض بیماریهای قلبی عروقی، روانی تنی، فشارخون بالا، دیابت و مرگ زودرس هستند و رفتارهای

حسن همکاری شان در فراهم سازی امکان انجام تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Sadeghi-Movahhed F, Molavi P, Sharghi A, Narimani M, Mohammadnia H, Deilami P, Rajabi S. On the relationship between coping strategies and mental health of diabetic patients. *J Fundam Mental Health*. 2010; 2(46): 480-487. [Persian]
2. Taylor C, Keim SK, Parker A. Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian woman. *Prev Chron Dis*. 2004; 8(1): 211 -223.
3. Snoek FJ, Van-der-Ven NC, Twisk JW, Hogenelst MH, Tromp-Wever AM, Van der Ploeg HM. Cognitive behavioural therapy compared with blood glucose awareness training (CBT) (BGAT) in poorly controlled Type 1 diabetic patients: longterm effects on HbA moderated by depression. *Diabetes Med*. 2005; 25(4): 1337-1342.
4. Lane JD, McCASKILL CC, Williams PG, Parekh PI, Feinglos MN, Surwit RS. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2000;23(9):1321-5.
5. Watson D, Pennebaker JW. Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychol Rev*. 1999; 96(3): 234-254.
6. Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *J Personal*. 2008; 62(2): 281 -298.
7. Rahimian-Boogar I, Besharat MA, MohajeriTehrani MR, Talepasand S. Diabetes Self Management: Social, Demographical and Disease Factors. *J Clin Psychol* 2010; 1(4): 43-57. [Persian]
8. Tehrani H, Shojayizade D, Hoseiny SM, Alizadegan SH. Relationship between Mental Health. personality Trait and LifeEventsinNursesWorkingin Tehran Emergency Medical Service (Tehran 115). *Iranian Journal of Neonatology*. 2012; 25 (75):52-59.[Persian]
9. Shen BJ, Countryman AJ, Spiro A, Niaura R. The prospective contribution of hostility characteristics to high fasting glucose levels: the moderating role of marital status. *Diabetes Care*. 2008; 3: 1293-1298.
10. Tahmasebyan H, Teimuri H, Sabzi F, Chaghazrdi S, Hosseini SA. Evaluation of stress and type of personality on coronary artery disease focuses in Imam Ali (AS) research center, Kermanshah. *J Anesth Iran Crit Care*. 2013;2(1):1-9.[Persian]
11. Eriksson AK, Gustavsson JP, Hildin A, Granath F, Ekblom A, Ostenson CG. Personality traits and abnormal glucose regulation in middle-aged Swedish men and women. *Diabetes Res Clin Pract*. 2012; 95:145-152.
12. Suarez EC. Sex differences in the relation of depressive symptoms, hostility and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychol*. 2006; 25: 484.
13. Gafvels C, Wandel PE. Coping strategies in men and women with type 2 diabetes n Swedish Primary Care. *Diabetes Res Clin Pract*. 2006; 71(5): 280-289.
14. Delavar A. Educational and Psychological Reaserch. (4 Ed). Tehran: virayesh publication. 2002; 298.[Persian]

15. Pasha Sharif H, Nikkhoo MR. Translation Psychological Assessment marnat, Gary Gras, Hran: Growth; 2010. [Persian]
16. Booth-Kewley S, Vickers RR. Associations between major domains of personality and health behavior. *J Personal*. 2008; 62(2): 281-298.
17. Hayes N, Joseph S. Big five correlates of three measures of subjective well-being. *Pers indiv differ*. 2003; 18: 663 – 668.
18. Phillip H. Starr MD. Psychosomatic consideration of diabetes in childhood, the journal of Nervous and Mental disease. 1995; 121(6): 12-22.
19. Manarte LF, Dias S, Góis C, Boavida JM. Independent factors associated with depression in type 1 diabetes mellitus. *Acta Diabetol*. 2010; 47(3):201–207.
20. Trento M, Raballo M, Trevisan M, Sicuro J, Passera P, Cirio L, et al. A cross-sectional survey of depression, anxiety, and cognitive function in patients with type 2 diabetes. *Acta diabetologica*. 2012;49(3):199-203.
21. Hoseseini S, Haghdadadi GH. Associate of diabetes mellitus with stress, mood and personality. The first Congress and Symposium retraining diabetes. Yazd University of Medical Sciences. 1993; 12(3): 65. [Persian]
22. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. *Diabetes care*. 1993;16(8):1167-78.
23. DeGroot M, Jacobson A, Samson J, editors. Psychiatric-Illness In Patients With Type-I And Type-Ii Diabetes-Mellitus. *Psychosomatic Medicine*; 1994: Williams & Wilkins 351 West Camden St, Baltimore. 21201-2436.
24. Watson D, Clark LA, Harkness AR. Structures and their relevance to psychopathology. *J Abnormal psycho*. 1994; 103(1):18-31.
25. Friedman M, Rosenman RH. Lifestyle interventions reduced the long-term risk of diabetes *Med*. 2007;2(3):1–8.
26. Suarez EC. Sex differences in the relation of depressive symptoms, hostility, and anger expression to indices of glucose metabolism in nondiabetic adults. *Health Psychol*. 2006; 25: 484-492.
27. Friedman M, Rosenman RH. Lifestyle interventions reduced the long-term risk of diabetes in adults with impaired glucose tolerance. *Arch Inter Med*. 2007; 2(3): 1–8.
28. Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KLHooten EG. Coping styles, well- being, and selfcare behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *J Diabetes Edu*. 2008; 34(7):501-510.
29. Poursharifi H, Alipour A, Zare H, Afkhami Ardakani M, Arab Sheybani Kh. Role of personality type in effect of stress on glycosylated haemoglobin and cortisol in type II diabetic women. *Horizon Med Sci*. 2013; 19 (1):47-51 [Persian]
30. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine*. 2006;34(2):61-2.
31. Friedman M, Rosenman RH. Lifestyle interventions reduced the long-term risk of diabetes. *Medicine*. 2007;2(3):1–8.