

مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و میزان پرخاشگری و استرس زنان مبتلا به دیابت نوع دو، و زنان غیر مبتلا در شهر خرم‌آباد

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۸

کد مقاله: ۱۹۱۷۴

حامد غلامی^۱

چکیده

دیابت نوع دو یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی برای بیماران و خانواده‌های آنان ایجاد می‌کند. لذا بسیاری از درمانگران به بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی این افراد توجه کرده‌اند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و میزان پرخاشگری و استرس زنان مبتلا به دیابت نوع دو، و زنان غیر مبتلا انجام شد. این پژوهش از نوع توصیفی و به لحاظ روش از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو، و کلیه زنان غیر مبتلای مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۹ می‌باشد. در مجموع ۱۰۰ نفر از این افراد (۵۰ نفر مبتلا به دیابت و ۵۰ نفر غیر مبتلا) به روش نمونه‌گیری تمام سرشماری انتخاب شدند. ویژگی‌های شخصیتی این افراد توسط آزمون NEO-FFI (۱۹۸۵)، پرخاشگری AGQ (۱۹۸۶)، و استرس هری (۲۰۰۵)، موردسنجش و توسط نرم‌افزار SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

واژگان کلیدی: ویژگی‌های شخصیتی، پرخاشگری، استرس، دیابت، زنان.

در حال حاضر مردم با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده‌ی حیات به شمار می‌رفت. ارتقاء روش‌های درمانی، موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار باشند ولی، این امر به‌نوبه‌ی خود شیوع بیماری‌های مزمن را در بین آن‌ها افزایش داده است (گیلان نژاد، ۱۳۹۹). از جمله بیماری‌های مهم این گروه، دیابت می باشد که به رشد جمعیت، پیری، رژیم های ناسالم، چاقی و سبک زندگی بدون تحرک بسیار وابسته است (رحیمیان بوگر، ۱۳۹۸). دیابت اغلب با مشکلات و اختلال های روانی همراه است و متأسفانه این مشکلات توانایی بیمار را برای خود مدیریتی بیماری کاهش می دهند. کاهش توانایی بیمار در کنترل دیابت، مشکلات روانی آنان را تشدید می کند و باعث می شود بیماران در یک چرخه ی معیوب گرفتار شوند حتی ممکن است این مشکلات با واکنش های روانی بیماران که بر تجربه علائم دیابت تأثیر منفی دارند شدیدتر شوند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۷). دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزمن است که نقش عوامل روان شناختی در آن بسیار مهم است به همین دلیل مبتلا نیازمند تطابق فیزیکی و روانی و باید دید جدیدی نسبت به خود داشته باشد (الفتی فر و همکاران، ۱۳۹۹). طی دو دهه ی گذشته نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها برطرف کردن علائم و نشانه های فیزیکی بیماری نیست ، بلکه باید بهبود کلی کیفیت زندگی بیماران مد نظر باشد. برای دست یابی به این مهم باید به پیامدهای روان شناختی - اجتماعی ناشی از بیماری توجه کرد (واعظی و همکاران، ۱۳۹۸).

عوامل رفتاری، روانی و اجتماعی نقش حیاتی در مدیریت دیابت دارند. عوامل روان شناختی نه تنها بر کیفیت زندگی تأثیر می گذارند بلکه اغلب در مشخص شدن نتیجه مقابله با یک بیماری مزمن نقش مهمی ایفا می کنند. به ویژه در مراقبت از دیابت که تا حد زیادی به عوامل روانی، اجتماعی فرد برای مدیریت و دستیابی به کنترل مناسب این بیماری وابسته است (موسوی، ۱۳۹۶). از مهم ترین عوامل روانی مؤثر بر دیابت استرس های مزمن و استرس های روزمره هستند. استرس و بیماری یک رابطه ی دو طرفه ی تعاملی است. بدین معنی که بیماریهای جسمی نیز به نوبه ی خود به ویژه اگر به صورتی مزمن در آمده باشد از استرس ها و حوادث مهم زندگی به شمار می آیند (زارعی پور، ۱۳۹۹). استرس قسمت اجتناب ناپذیر زندگی افراد به عنوان واکنش روانی، فیزیکی یا احساسی در نتیجه ی پاسخ افراد به تنش های محیطی، تضادها و فشارها و تحریکاتی مشابه تعریف می شوند (میرزایی، ۱۳۹۸).

استرس های روحی و یا شکست و درماندگی باعث فعال شدن محور هیپوتالاموس، هیپوفیز و آدرنال می شوند. این فعال شدن منجر به اختلال های هورمونی از جمله بالا رفتن میزان کورتیزول سرم و پایین آمدن استروئیدهای جنسی و هورمون رشد می شود که مخالف عمل انسولین است (گیلان نژاد، ۱۳۹۹). به دنبال کار هولمز و راهه^۱ در سال ۱۹۶۷ و بیان رویدادهای پر استرس زندگی به عنوان یکی از عوامل خطر بیماریها و ارائه ی مدل زیستی، روانی، اجتماعی توسط انگل^۲ (۱۹۷۷) متخصصان بالینی و محققان به نقش عوامل روانی، اجتماعی در بروز، تشدید یا کنترل و پیشگیری بیماریها بیش از پیش توجه می کنند (موسوی، ۱۳۹۶). برادلی^۳ در پژوهش خود نشان داد که استرس دارای اثرات منفی بر سلامت، به ویژه در بیماران دیابتی با کاهش چشمگیری در هموگلوبین گلیکوزیله همراه است (آقا محمدیان، ۱۳۹۸).

استرس ناشی از دیابت علاوه بر اثرات سوء جسمی، اثرات منفی روانی نیز دارد. از عمده ترین این اثرات می توان به پرخاشگری اشاره کرد. که شایع ترین نوع اختلال روان پزشکی در بین دیابتی ها محسوب شده و میزان شیوع آن را تا دو برابر افراد عادی و حتی سه برابر سایر بیماریهای مزمن گزارش کرده اند (شیرازی و همکارش، ۱۳۹۶). پرخاشگری مفهوم بسیار پیچیده ای است . این رفتار از یک سو تحت تأثیر عوامل موقعیتی و روان شناختی است و از یک سو عوامل ژنتیکی و زیستی در استقرار و گسترش آن نقش بسیار عمده ای بازی می کنند. از این رو ارائه ی تعریفی دقیق و عینی از این سازه دشوار است. با این وجود بارون و ریچاردسون^۴ (۱۹۹۸) در تعریف پرخاشگری نشان دادند که هدف این گونه تعریف ها تخریب و آسیب رسانی به یک موجود زنده و اموال اوست. رفتاری که سبب بروز اکشنهای دفاعی و اجتنابی از سوی قربانی می شود (رضایی، ۱۳۹۸).

از آنجا که دیابت بیماری است که توسط خود فرد مدیریت می شود، خشم و پرخاشگری می تواند به مانعی بر سر راه پیروی از درمان و خود مدیریتی دیابت و بلند مدت این بیماری منجر گردد (کارگر و همکاران، ۱۳۹۸) رفتار پرخاشگرانه افراد تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد یکی از این مؤلفه ها ویژگی های شخصیتی آنان است. هم نظریه های شخصیت و هم تحقیقات اساسی داشته باشد یونگ^۵ در سال ۱۹۲۵ برای اولین بار با نظریه پردازی در مورد تیپ های برون گرایی و درون گرایی، استعداد برخی بیماریهای جسمی را تا حد انتهایی این دو تیپ شخصیتی عنوان کرد. به دنبال او آیزنک با روش تحلیل عوامل ابعاد شخصیت را شامل سه بعد برون گرایی، درون گرایی، روان رنجورخویی، پایداری هیجانی و روان پریشی و کنترل تکانه شناسایی کرده و احتمال ارتباط برخی از بیماریها با ابعاد شخصیت را مطرح ساخت (بیات اصغری و همکاران، ۱۳۹۸).

1 Holmz charl rane

2 Angel

3 Bradley

4 Baran and richardson

5 Yung

یکی از مباحث پژوهشی در روان‌شناسی سلامت ویژگی‌های شخصیتی بیماران است. در مطالعات، مدل پنج عاملی رایج‌ترین مدل در شناسایی خصوصیات روان‌شناسی شخصیت افراد معرفی شده است. بر این اساس این مدل پنج ویژگی شخصیتی شامل روان‌رنجوری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیر بودن و با وجدان بودن نشان‌دهنده‌ی شخصیت افراد می‌باشد (مصطفی پور و همکاران، ۱۳۹۸). به طوری که روان‌رنجوری ویژگی است که برای فرد امکان تجربه اضطراب، افسردگی، ناراضی‌ت و عصبانیت را فراهم می‌کند. برون‌گرایی به ویژگی‌های شخصیتی از قبیل فعال بودن، جدیت، جرأت و اعتماد به خود اشاره دارد. انعطاف‌پذیری به عملکرد هوشمندانه، خلاقیت، تخیل و تمایلات فرهنگی و اجتماعی مربوط بوده و ویژگی شخصیتی و دلپذیر بودن، حساسیت و اهمیت قائل شدن برای دیگران و نیازهای آن‌ها را منعکس می‌کند و در نهایت با وجدان بودن به قابلیت اعتماد در انجام کارهای انجام‌منظم و دقیق مسئولیت‌های محوله و التزام به عملکرد اشاره دارد. هر یک از این ویژگی‌های شخصیتی سهم به‌سزایی در شناسایی تفاوت‌های فردی در زمینه رفتار و تجربیات افراد دارند (نوروزی و همکاران، ۱۳۹۹).

به نظر می‌رسد که استقرار یک الگوی زیستی، روانی، اجتماعی در درمان بیمارها سودمند باشد شواهدی به دست آمده است مبنی بر این که هر فرد با توجه به ویژگی‌ها و ساختار شخصیتی خود هنگام مواجه با رویدادهای استرس‌زا، نه تنها زمینه‌ی ابتلا به بیماری روانی را فراهم می‌کند، بلکه در ابتدا سیر بیماری جسمانی نیز تأثیر می‌گذارد در طول دهه‌های گذشته جنبه‌های روان‌شناختی دیابت نظر بسیاری از متخصصان را به خود جلب کرده است. همچنین بسیاری از پژوهشگران ویژگی‌های شخصیتی افراد را در تأثیرپذیری از شرایط نامساعد محیطی بسیار مهم می‌دانند (حسینی، ۱۳۹۸).

(لین^۱ و همکارانش، ۲۰۱۰) به بررسی پنج عامل بزرگ شخصیت با سطح گلوکز خون به عنوان شاخصی برای کنترل دیابت در بین ۱۰۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو پرداختند که نتایج بررسی آنها نشان داد. سطح بالای گلوکز خون با نمرات پایین در روان‌رنجوری و رویه‌های شخصیتی، اضطراب و خشم، خصومت، افسردگی، کمرویی و آسیب‌پذیری رابطه دارد. افراد روان‌رنجور به دلیل تمایل زیاد به نگرانی و تجربه‌ی سایر عواطف منفی از انگیزش بالایی برای رعایت برنامه‌های کنترل دیابت و رسیدن به نتایج بالینی بهتر برخوردارند و بالعکس بیمارانی که سطح روان‌رنجوری پایین را گزارش می‌کنند ممکن است فاقد آشننگی‌های هیجانی لازم برای برانگیختگی جهت رعایت صحیح برنامه‌های خود مراقبتی باشد و از عوارض طولانی مدت ناشی از عدم کنترل دیابت و تأثیر آن بر سلامتی خود غافل شوند (شفر، ۱۳۹۴). با وجودی که دیابت به عنوان یک معضل بهداشتی مطرح می‌باشد اما پژوهش‌های انگشت شماری در زمینه‌ی عوامل غیر پزشکی و غیر زیست‌شناختی موثر بر پیشگیری و درمان این بیماری انجام گرفته است. با توجه به اینکه پژوهش‌های اندکی تا کنون به بررسی اثرات روان‌شناختی دیابت خصوصا بر روی جامعه زنان مبتلا به دیابت که نقش اساسی در بنیان خانواده و سلامت جامعه دارند پرداخته‌اند و همچنین تا به حال پژوهشی در این زمینه یافت نشد که به مقایسه‌ی میزان استرس و خصوصا پرخاشگری در بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو پرداخته باشد. بر این اساس مسئله پژوهش حاضر این است که، آیا بین ویژگی‌های شخصیتی و میزان پرخاشگری و استرس در زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا در شهر خرم‌آباد تفاوت وجود دارد؟

هدف اصلی ما در این پژوهش مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و میزان پرخاشگری و استرس در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، و زنان غیر مبتلا در شهر خرم‌آباد می‌باشد.

۲- تعریف مفاهیم و اصطلاحات

ویژگی‌های شخصیتی: در مطالعات، مدل پنج عاملی رایج‌ترین مدل را زمینه‌شناسایی خصوصیات روان‌شناختی شخصیت افراد معرفی شده است. بر اساس این مدل پنج ویژگی‌های شخصیتی شامل: روان‌رنجوری، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیر بودن و با وجدان بودن نشان‌دهنده شخصیت افراد می‌باشد (مصطفی پور و همکاران، ۱۳۹۸).

روان‌رنجوری: بعدی است که اساس آن را تجربه هیجانات نامطلوب و مزمن تشکیل می‌دهد. روان‌رنجوری، اضطراب، ناپایداری، مستعد تنیدگی بودن، ناایمنی شخص، افسردگی و فقدان یا نارسا بودن سازگاری روان‌شناختی را در بر می‌گیرد.

برون‌گرایی: این عامل در برگیرنده گسترده وسیعی است که میزان انرژی فعال، برانگیخته بودن، جاه‌طلبی و فعال بودن و داشتن دوستان نزدیک و صمیمی را می‌سنجد.

انعطاف‌پذیری: این عامل با میزان گشودگی در برابر تجربه، تصویر پردازی، بازخوردهای آزاد منشاء و عدم تأکید بر آداب و رسوم مشخص می‌شود.

دلپذیر بودن: میزان اعتماد در آشنایی، روحیه همکاری، دوست داشتنی بودن و اطمینان بین فردی را نشان می‌دهد.

با وجدان بودن: احساس شایستگی، احساس وظیفه، نیاز به پیشرفت و سازماندهی را شامل می‌شود.

پرخاشگری: طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی^۲، پرخاشگری عبارت است از استفاده عمدی از نیرو و یا قدرت فیزیکی که تهدید به خود و یادگیری است و علیه یک گروه و یا جامعه صورت می‌گیرد و به آسیب‌های روانی، جسمی و حتی محرومیت منجر می‌شود (به نقل از رضایی، ۱۳۹۸).

1 Lin

2 The world health organization

استرس: از دیدگاه هانس سلیه^۱، استرس واکنش نامشخص بدن به توضیحات و خواسته‌هایی است که از یک فرد انتظار می‌رود و به عبارت دیگر استرس مجموعه تغییرات انطباقی است که بدن فرد برای کمک به او جهت تطبیق خود با انواع موقعیت‌های اجتماعی، سیاسی و محیطی ارائه می‌دهد (به نقل از موسوی، ۱۳۹۶).
دیابت یا به علت فقدان انسولین یا به علت وجود عواملی که مخالف انسولین عمل می‌کنند به وجود می‌آید. نتیجه عدم کفایت عمل انسولین افزایش غلظت گلوکز خون است (مفید و همکاران، ۱۳۹۴).

۳- پیشینه پژوهش

نوری زاده و همکاران (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیابتیک به کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت انجام دادند. نتایج نشان داد، رفتار درمانی دیابتیک در بهبود اضطراب و سازگاری اجتماعی مبتلایان به دیابت مؤثر عمل کرده است. الفتی فرد و همکاران، (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان شیوع عوارض مزمن بیماری دیابت و عوامل خطر مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر همدان انجام دادند. نتایج نشان داد، با توجه به شیوع بالای عوارض مزمن دیابت در جامعه مورد مطالعه لازم است مداخلاتی در تغییر شیوه زندگی، کنترل منظم فشارخون، کلسترول و قند خون بیماران جهت کاهش عوارض دیابت انجام داد.

گیلان نژاد (۱۳۹۹) پژوهشی با عنوان مقایسه تأثیر تمرین‌ها تا یوگا و تمرین هوازی بر مقادیر سرمی و کورتیزول و استرس و اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام داد. نتایج نشان داد ۱۲ هفته تمرین یوگا در کاهش کورتیزول و بهتر شدن استرس، اضطراب و افسردگی زنان سالمند دیابتی مؤثر بوده است. و هر دو تمرین می‌تواند اثر مفیدی بر دستگاه هورمونی و استرس زنان داشته باشد. زارعی پور (۱۳۹۹)، پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط استرس ادراک شده و قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، انجام داد نتایج نشان داد. به نظر می‌رسد افراد دیابتی که تحت تأثیر استرس هستند ممکن است مواظب بیماری خود نباشند و قند خونسشان را بررسی نکنند و یا ممکن است رژیم غذایی خاص خود را اجرا نکنند در نتیجه قند خون آنها بالا می‌رود. منصوری و همکارش (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان بررسی ارتباط بین استرس ادراک شده و پرخاشگری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل به این نتیجه رسیدند که با توجه به رابطه مثبت بین استرس ادراک شده و پرخاشگری، اجرای برنامه‌های کوتاه مدت و بلند مدت، شناسایی عوامل استرس‌زا و تقویت مهارت‌های مقابله با استرس، می‌تواند برای پیشگیری و کنترل پرخاشگری بیماران و نهایتاً دریافت هر چه بهتر خدمات درمانی به عنوان یک هدف در نظر گرفته شود.

بیات اصغری و همکاران (۱۳۹۸) پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ابعاد شخصیت با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو، انجام دادند نتایج نشان داد، بین صفات شخصیتی برون‌گرایی و درون‌گرایی با تبعیت از درمان بیماران دیابتی نوع دو همبستگی مستقیم است لذا می‌توان گفت با افزایش روان رنجوری، تبعیت از درمان کاهش می‌یابد. بدین ترتیب بهتر است در برنامه مراقبتی به ابعاد شخصیت بیماران دیابتی از جمله روان رنجوری و ثبات هیجانی توجه بیشتری باشد. کارگر و همکاران (۱۳۹۸) پژوهشی با عنوان نوع شخصیت و میزان پیروی از رژیم‌های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی انجام دادند نتایج نشان داد، ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند بر میزان پیروی بیماران اثر بگذارند با افزایش و یا کاهش برون‌گرایی، پیروی نیز افزایش و یا کاهش می‌یابد. همچنین برون‌گرایی و حمایت اجتماعی بیش از سایر عوامل بر پیروی تأثیر می‌گذارد.

تالبوت و همکاران^۲ (۲۰۲۰) در مطالعه خود رابطه بین عوامل اجتماعی و شناختی مرتبط با بیماری دیابت را مورد ارزیابی قرار دادند. بر اساس نتایج به دست آمده، بیشترین میزان تداخل درک شده از بیماری دیابت، در افرادی مشاهده شد که مدت طولانی از بیماری دیابت رنج می‌بردند و عوارض زیادی را تجربه کرده بودند. همچنین مشخص شد که سطح پایین خودکارآمدی با میزان بالای قند خون در ارتباط است که نشان دهنده کنترل ضعیف توسط این افراد می‌باشد. کریسپ و همکاران^۳ (۲۰۱۹)، در مقاله‌ای تحت عنوان «تأثیرات شخصیت بر کارکرد جنسی زنان مبتلا به دیابت» نتیجه گرفتند؛ درون‌گرایی شدید، باز نبودن و استقبال نکردن از تجربیات جدید و بی‌ثباتی هیجانی با کارکرد بد جنسی ارتباط مستقیم دارد. همچنین دریافتند زنانی که تیپ شخصیتی آنها برون‌گرا است عملکرد جنسی بهتری دارند. از سوی دیگر، ویژگی باز بودن یا گشودگی بر تجارب و برون‌گرایی با پریشانی جنسی زنان رابطه معکوس دارد به این معنی که هر چه زنان برون‌گراتر و گشوده‌تر باشند احتمال پیشانی جنسی آنها کمتر است.

تان^۴ (۲۰۱۹)، در مطالعه‌ای با عنوان «افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی هنگام مراقبت‌های اولیه» این نتیجه رسیدند؛ شیوع افسردگی، اضطراب و استرس در بیماران دیابتی به ترتیب، ۲۶/۶ درصد، ۴۰ درصد به دست آمد؛ افسردگی به طور قابل توجهی با سابقه خانوادگی و وضع تاهل، اضطراب با وجود عوارض دیابت و درآمد خانواده و استرس با شغل و سابقه

1 Hansselye

2 Talbot

3 Crisp et all

4 Tan

خانوادگی ارتباط دارد. ژانگ و همکاران^۱ (۲۰۱۸)، در مطالعه ای با عنوان «با بیماری دیابت، رفتار روانی افراد دچار تحول می شود» نشان دادند. که افراد مبتلا به دیابت وابسته به انسولین دجه بالاتری از رفتار های پرخطرگرا نه و تجاوز گرایانه نسبت به افراد سالم دارند. این رفتار ها به علت نا امیدی فزاینده ناشی از تفاوت با سایرین (به دلیل درک پایین از بیماری) و عوامل دیگر خواهد بود.

۴- روش انجام پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی و به لحاظ روش از نوع علی-مقایسه ای است. که در جریان آن به بررسی مقایسه ویژگی های شخصیتی و میزان پرخطرگری و استرس در زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا پرداخته می شود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان مبتلا به دیابت نوع دو و کلیه زنان غیرمبتلا که در سال ۱۳۹۹ به مرکز بهداشت شهر خرم آباد مراجعه کرده اند می باشد. حجم نمونه در پژوهش حاضر ۱۰۰ نفر می باشد. این افراد در دو گروه ۵۰ نفری در نمونه گیری شرکت داده شدند. حجم نمونه در پژوهش حاضر از طریق روش سرشماری تعیین شد. بر این اساس که از کلیه مراجعین به این مرکز تنها ۵۳ نفر به عنوان افرادی که یک سال از دیابت آنها گذشته بود و تشخیص قطعی دیابت به آنها داده شده بود به عنوان فرد دیابتی دارای پرونده پزشکی بودند که در جریان تکمیل پرسشنامه ها سه پرسشنامه به علت مخدوش بودن از جریان تکمیل پرسشنامه حذف شدند لذا کل جامعه ی دیابتی های دارای پرونده پزشکی (۵۰ نفر) به عنوان نمونه افراد دیابتی در نظر گرفته شدند بر این اساس ۵۰ نفر از زنان غیر مبتلای مراجعه کننده به همان مرکز از طریق همتا سازی به لحاظ عوامل دموگرافیک مثل سن (دامنه سنی ۴۰ تا ۵۰ سال) وضعیت تأهل، حداقل سواد خواندن و نوشتن، با گروه افراد مبتلا به دیابت در نمونه گیری شرکت داده شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات در این پژوهش پرسشنامه سنجش صفات شخصیتی (NEO)، و پرسشنامه پرخطرگری (AGQ) می باشند. پس از کسب مجوز لازم از طرف ریاست مرکز بهداشت رفسنجان و هماهنگی با کارمندان بهداشت مرکز بهداشت شهر خرم آباد جهت تشکیل پرسشنامه ها با حضور روزانه در این مراکز کار نمونه گیری آغاز شد. پس از صحبت کردن با افراد مراجعه کننده به مرکز بهداشت در مورد اهداف پژوهش و جلب همکاری آگاهانه آنان پرسشنامه ها به یکایک بیماران غیردیابتی و دیابتی داده می شد و برای افرادی که از سواد کافی برای درک سوالات برخوردار نبودند پرسشنامه ها قرائت و پاسخ هایشان ثبت می شد. افراد دیابتی با همکاری کارمندان مرکز بهداشت و تماس تلفنی با افراد مبتلا و دعوت از آنها برای همکاری گرفته می شده و با توجه به اینکه این مرکز مجهز به آزمایشگاه بود مبتلایان به دیابت دعوت را پذیرفته و جهت آزمایش قند خون به آزمایشگاه مراجعه کردند و این فرصتی بود برای تکمیل پرسشنامه ها. با وجود تمام مشکلات برای تکمیل پرسشنامه ها، نمونه گیری تا تکمیل حجم نمونه از میان مراجعه کنندگان ادامه یافت. برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی نظیر جدول، نمودار، فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، بیشترین نمره و کمترین نمره استفاده شده است. همچنین از روش های آمار استنباطی نظیر آزمون کولموگروونوف- اسمیرونوف برای بررسی نرمال بودن داده ها، آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره برای مقایسه میانگین اثرات یک متغیر مستقل (دیابت نوع دو) بر روی متغیر وابسته (ویژگی های شخصیتی، میزان استرس و میزان پرخطرگری) و نیز آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین های دوگروه استفاده شده است. تمامی داده ها به وسیله نرم افزار تحلیل آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است.

۵- یافته های استنباطی

جدول (۱): نتایج آزمون کولموگروونوف- اسمیرونوف

متغیر	میانگین	انحراف معیار	آماره کولموگرووف- اسمیرونوف	سطح معنی داری (P-value)
روان نژندی	۲۲/۱۹	۷/۴۰	۰/۴۲	۰/۹۹۴
برون گرایی	۲۷/۶۸	۵/۲۵	۰/۸۱	۰/۵۱۶
انعطاف پذیری	۲۲/۹۵	۴/۱۳	۰/۸۶	۰/۴۴۱
دلپذیربودن	۲۹/۷۳	۶/۰۹	۱/۰۰	۰/۳۶۵
مسئولیت پذیری	۳۴/۵۱	۷/۱۱	۱/۲۱	۰/۱۰۵
پرخطرگری	۳۴/۸۶	۱۲/۲۴	۰/۶۲	۰/۸۲۴
استرس	۹۶/۰۹	۲۰/۲۴	۱/۰۶	۰/۲۱۲

در این پژوهش، از آزمون کولموگرووف اسمیرونوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده ها استفاده شد. نتایج آزمون در جدول (۱) نشان داد که توزیع داده های متغیر های ویژگی های شخصیتی، پرخطرگری و استرس نرمال می باشد ($P\text{-value} > 0/05$).

بنابراین از آزمون‌های پارامتریک تحلیل واریانس چند متغیری برای بررسی رابطه‌ی یک متغیر مستقل با چند متغیر وابسته و T مستقل برای مقایسه‌ی میانگین‌های دو گروه استفاده شده است.

۶- ارزیابی فرضیه‌های پژوهش

فرضیه اصلی: بین ویژگی‌های شخصیتی، میزان پرخاشگری و استرس در زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیرمبتلا در شهر کشکویه تفاوت وجود دارد.

جدول (۲): آزمون باکس درباره تساوی ماتریس‌های کوواریانس

۳۷/۲۰	ام باکس
۱/۲۲	نسبت F
۲۸	درجه آزادی اول
۳۳/۴۷	درجه آزادی دوم
۰/۱۸۹	P-value

برای پاسخ به این سوال با استفاده از تجزیه و تحلیل چند متغیره واریانس (MANOVA) به تجزیه و تحلیل داده‌ها می‌پردازیم. برای اطمینان از برقراری مفروضه‌های مانوا از آزمون باکس و لوین استفاده کرده ایم. اگر فرض تساوی ماتریس‌ها پذیرفته شود، یعنی کوواریانس‌ها همگن اند و می‌توان آزمون تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیره را به کار برد.

با توجه به جدول (۲): به دلیل اینکه نسبت F با توجه به مقدار p که بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد، معنی دار نیست همگنی کوواریانس‌ها برقرار است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده می‌کنیم.

جدول (۳): آزمون لوین درباره تساوی واریانس‌های مربوط به متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	نسبت F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P-value
روان نژندی	۲/۵۲	۱	۹۸	۰/۸۹۹
برون گرایی	۸/۶۳	۱	۹۸	۰/۰۴۷
انعطاف پذیری	۰/۰۰	۱	۹۸	۰/۱۱۵
دلپذیربودن	۵/۰۰	۱	۹۸	۰/۰۰۴
مسئولیت پذیری	۰/۷۵	۱	۹۸	۰/۹۵۵
پرخاشگری	۰/۰۱	۱	۹۸	۰/۰۲۸
استرس	۴/۰۳	۱	۹۸	۰/۳۸۸

همان گونه که در جدول (۳) مشاهده می‌شود نسبت‌های F در اکثر متغیرهای پژوهش در سطح اطمینان ۰/۹۵ معنی دار نبوده است. بنابراین واریانس‌های اکثر متغیرها تقریباً مساوی بوده اند، پس همگنی واریانس‌ها برقرار است. این همگنی واریانس‌ها به کارگیری تحلیل واریانس چند متغیره را تقویت می‌کند.

جدول (۴): تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تأثیر دیابت نوع دو در زنان بر متغیرهای وابسته

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	P-value	مقدار مجذور اتا
روان نژندی	۲۱۶/۰۹	۱	۲۱۶/۰۹	۴/۰۵	۰/۰۴۷	۰/۰۴۰
برون گرایی	۱۷۹/۵۶	۱	۱۷۹/۵۶	۶/۸۷	۰/۰۱۰	۰/۰۶۶
انعطاف پذیری	۹۴/۰۹	۱	۹۴/۰۹	۵/۷۶	۰/۰۱۸	۰/۰۵۶
دلپذیربودن	۱۵/۲۱	۱	۱۵/۲۱	۰/۴۰	۰/۵۲۵	۰/۰۰۴
مسئولیت پذیری	۷/۲۹	۱	۷/۲۹	۰/۱۴	۰/۷۰۶	۰/۰۰۱
پرخاشگری	۱۲۲۵/۰۰	۱	۱۲۲۵/۰۰	۸/۸۱	۰/۰۰۴	۰/۰۸۳
استرس	۲۰۱۶/۰۱	۱	۲۰۱۶/۰۱	۵/۱۲	۰/۰۲۶	۰/۰۵۰

با توجه به نتایج جدول (۴) چون نسبت F در متغیرهای روان نژندی، برون گرایی، انعطاف پذیری، پرخاشگری و استرس با توجه به مقدار p که کوچکتر از ۰/۰۵ می‌باشد معنادار بوده است. دیابت نوع دو بر روان نژندی، برون گرایی، انعطاف پذیری، پرخاشگری و استرس آنها تأثیر دارد. همچنین مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که چند درصد از تغییرات متغیرهای روان نژندی، برون گرایی، انعطاف پذیری، پرخاشگری و استرس مربوط به متغیر دیابت نوع دو بوده است اما نسبت F در متغیرهای دلپذیر بودن و

مسئولیت پذیری با توجه به مقدار P که بزرگتر از ۰/۰۵ می باشد معنادار نبوده است، دیابت نوع دو بر دلپذیر بودن و مسئولیت پذیری زنان تأثیر ندارد.

جدول (۵): تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به تأثیر متغیر دیابت نوع دو بر ترکیب خطی متغیرهای ویژگی های شخصی، پرخاشگری و استرس

اثر متغیر مستقل	روش	اندازه	نسبت F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	P-value
نوع مدرسه معلمان	اثر فیلابی	۰/۲۳	۴/۰۸	۷	۹۲	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکس	۰/۷۶	۴/۰۸	۷	۹۲	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۳۱	۴/۰۸	۷	۹۲	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه روی	۰/۳۱	۴/۰۸	۷	۹۲	۰/۰۰۱

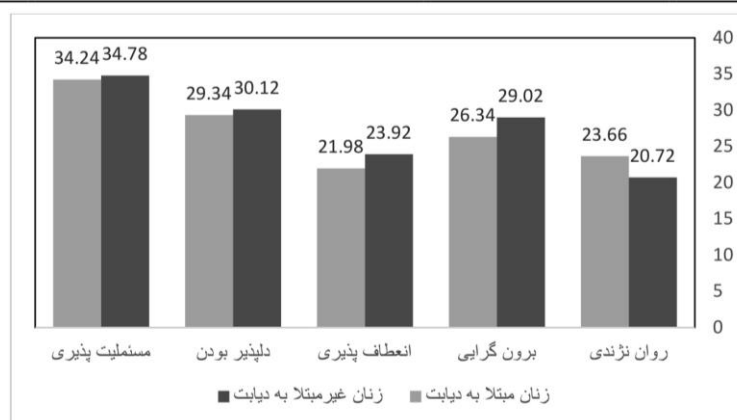
با توجه به برقراری فرض همگنی واریانس و کوواریانس در پژوهش حاضر، اثر فیلابی مناسب ترین و دقیق ترین آزمون برای بررسی این فرضیه است. بنابراین با نگاهی به اطلاعات جدول (۵) و با توجه به نسبت $F=4/08$ و مقدار $P=0/001$ می توان دریافت که دیابت نوع دو بر ترکیب خطی ویژگی های شخصی، پرخاشگری و استرس زنان مؤثر بوده است. بنابراین دیابت نوع دو زنان بر ویژگی های شخصی، میزان پرخاشگری و استرس زنان تأثیر معنی داری دارد.

فرضیه های فرعی

فرضیه اول: بین ویژگی های شخصی زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود دارد.

جدول (۶): آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین ویژگی های شخصی زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا

دیابت نوع دو	زنان غیر مبتلا به دیابت	زنان مبتلا به دیابت	مقدار t	سطح معناداری (p-value)
متغیر	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار		
روان نژندی	۶/۷۳ $\pm$ ۲۰/۷۲	۷/۸۱ $\pm$ ۲۳/۶۶	-۲/۰۱	۰/۰۴۷
برون گرایی	۳/۸۰ $\pm$ ۲۹/۰۲	۶/۱۴ $\pm$ ۲۶/۳۴	۲/۶۲	۰/۰۱۰
انعطاف پذیری	۳/۹۰ $\pm$ ۲۳/۹۲	۴/۱۷ $\pm$ ۲۱/۹۸	۲/۴۰	۰/۰۱۸
دلپذیر بودن	۷/۱۰ $\pm$ ۳۰/۱۲	۴/۹۳ $\pm$ ۲۹/۳۴	۰/۶۳	۰/۵۲۵
مسئولیت پذیری	۷/۴۲ $\pm$ ۳۴/۷۸	۶/۸۵ $\pm$ ۳۴/۲۴	۰/۳۷	۰/۷۰۶



نمودار (۱): مقایسه میانگین ویژگی های شخصی زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا

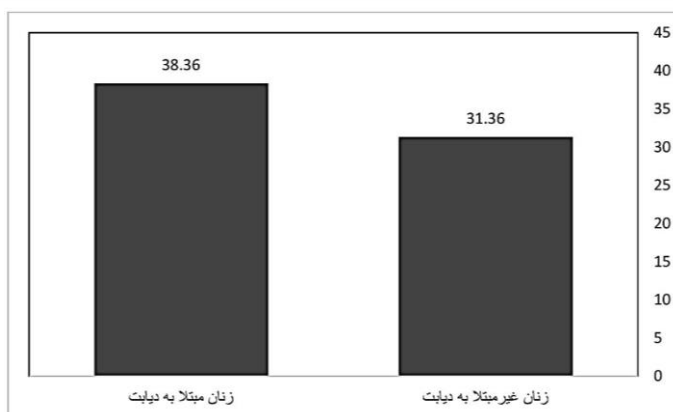
همان گونه که در جدول (۶) مشاهده می کنید در مقایسه میانگین نمرات ویژگی های شخصی زنان بر اساس وضعیت دیابت نوع دو آنها، میانگین نمرات روان نژندی زنان مبتلا به دیابت (۲۳/۶۶) بیشتر از میانگین نمرات روان نژندی زنان غیر مبتلا (۲۰/۷۲) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می باشد ($P=0/047$). بنابراین نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین روان نژندی زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین نمرات برون گرایی زنان غیر مبتلا

به دیابت (۲۹/۰۲) بیشتر از میانگین نمرات برون گرایی زنان مبتلا (۲۶/۳۴) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می باشد ($P=0/010$). بنابراین نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین برون گرایی زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین میانگین نمرات انعطاف پذیری زنان غیر مبتلا به دیابت (۲۳/۹۲) بیشتر از میانگین نمرات برون گرایی زنان مبتلا (۲۱/۹۸) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می باشد ($P=0/018$). بنابراین نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین انعطاف پذیری زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود دارد. اما بین میانگین نمرات دلپذیر بودن و مسئولیت پذیری زنان غیر مبتلا و زنان مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت اندک بوده است ولی این اختلاف از لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P>0/05$). بنابراین نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین دلپذیر بودن و مسئولیت پذیری زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود ندارد.

فرضیه دوم: بین میزان پرخاشگری زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود دارد.

جدول (۷): آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین پرخاشگری بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو

دیابت نوع دو	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری (p-value)
زنان غیرمبتلا	۳۱/۳۶	۱۱/۸۶	۹۸	-۲/۹۶	۰/۰۰۴
زنان مبتلا	۳۸/۳۶	۱۱/۷۰			



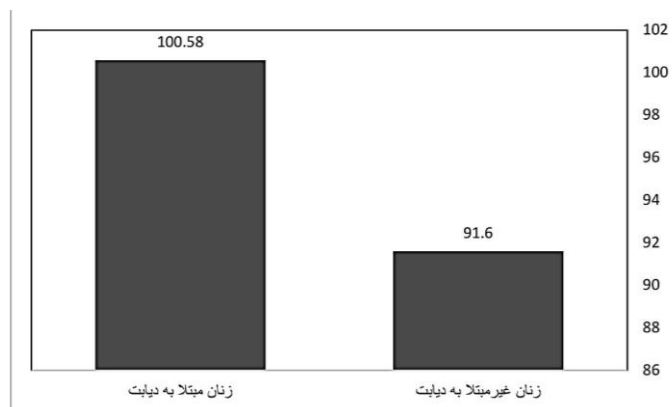
نمودار (۲): مقایسه میانگین پرخاشگری بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو

همان گونه که در جدول (۷) مشاهده می کنید در مقایسه میانگین نمرات پرخاشگری زنان براساس وضعیت دیابت نوع دو آنها، میانگین نمرات پرخاشگری زنان مبتلا به دیابت (۳۸/۳۶) بیشتر از میانگین نمرات پرخاشگری زنان غیر مبتلا (۳۱/۳۶) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می باشد ($P=0/004$). نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین پرخاشگری زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود دارد.

فرضیه سوم: بین میزان استرس زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیر مبتلا تفاوت وجود دارد.

جدول (۸): آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین استرس بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو

دیابت نوع دو	میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار t	سطح معناداری (p-value)
زنان غیر مبتلا	۹۱/۶۰	۱۸/۳۸	۹۸	-۲/۲۶	۰/۰۲۶
زنان مبتلا	۱۰۰/۵۸	۲۱/۱۸			



نمودار (۳): مقایسه میانگین استرس بین زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو

همان گونه که در جدول (۸) مشاهده می کنید در مقایسه میانگین نمرات استرس زنان براساس وضعیت دیابت نوع دو آنها، میانگین نمرات استرس زنان مبتلا به دیابت (۱۰۰/۵۸) بیشتر از میانگین نمرات استرس زنان غیر مبتلا (۹۱/۶۰) بوده است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار می باشد ($P=0/026$). بنابراین این پژوهش نشان می دهد که بین استرس زنان مبتلا و غیر مبتلا به دیابت نوع دو تفاوت معنادار وجود دارد.

۷- نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ویژگی های شخصیتی و میزان پرخاشگری و استری در زنان مبتلا به دیابت نوع دو و زنان غیرمبتلا در شهر خرم آباد انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که زنان مبتلا به دیابت به نسبت زنان غیرمبتلا در سه شاخص روان نژندی، پرخاشگری و استرس نمرات بالاتری را کسب کرده اند که این از لحاظ آماری معنادار ($P<0/05$) و نشان دهنده تفاوت بین دو گروه است همچنین در دو بعد انعطاف پذیری و برون گرایی باز هم زنان مبتلا به دیابت نمره پایین تری به نسبت زنان غیرمبتلا کسب کرده اند که این هم به لحاظ آماری معنادار ($P<0/05$) و نشان دهنده تفاوت دو گروه است.

با توجه به نتایج به دست آمده می توان گفت که ویژگی های شخصیتی، استرس و پرخاشگری تأثیری دوسویه بر افراد دیابتی دارد. به این معنا که روان نژندی و استرس با به وجود آوردن خلق بالای منفی در افراد مبتلا زمینه ساز بروز پرخاشگری و روان نژندی بالا شود. بیماری دیابت باعث تغییراتی در سبک زندگی فرد مبتلا شده و انعطاف پذیری و برون گرایی پایین فرد باعث می شود که فرد نتواند خود را با این تغییرات وفق دهد و زمینه ی ایجاد بیماریهای روان شناختی بوجود خواهد آمد.

در نهایت می توان نتیجه گیری کرد که مراقبت هنرمندانه دیابت بر مبنای اصول روان شناختی برای دست یابی به پیامدهای طبی، روانشناختی و اجتماعی مطلوب ضروری به نظر می رسد. از آنجا که شخصیت در افراد به صورتی پایدار موجود بوده به نظر می رسد که باید تغییراتی در عادت و نگرش های بیماران جهت سازگاری ایجاد نماییم.

به نظر می رسد این مداخلات به طور خاص در مورد بیمارانی که در شاخص های روان نژندی نمرات بالا و در برون گرایی و انعطاف پذیری نمرات پایین دارند باید صورت گیرد. روش ها و برنامه های درمان باید با هدف قرار دادن نیازهای خاص بیماران طراحی شود و برای هر فرد صورت گیرد و با شناسایی نیازهای برآورده نشده بالقوه در افراد مبتلا و شناخت شخصیت های مختلف، بیماران سهم مهمی در مراقبت از بیماری داشت.

منابع

۱. آقا محمدیان، ح (۱۳۹۸)، بررسی مقایسه ای عوامل استرس زا و راهکار های مقابله ای در افراد دیابتی و سالم. مقاله پژوهشی، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۳/۱.
۲. بیات اصغری، ع، غرایبی، ب، حیدری، ج، جواهری، ج، موسی نژاد، س، آزمون، ا (۱۳۹۸)، بررسی رابطه ابعاد شخصیت، با تبعیت از درمان در بیماران دیابتی نوع دو. فصلنامه علمی - پژوهشی روان شناسی سلامت، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸.
۳. حسینی، ج، مظلومی، ر، اصغری نکاح، م (۱۳۹۸)، تاثیر اجرای برنامه اصلاح شده آموزش جایگزین پرخاشگری بر میزان هموگلوبین گلیکوزیله نوجوانان مبتلا به دیابت تیپ یک مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، دوره بیست و پنجم، شماره ۱۳۰، صص ۸۶-۷۳، آبان ۹۸.
۴. رحیمیان بوگر، ا (۱۳۹۸)، عوامل خطر عوارض قلبی و عروقی در بیماران دیابتی نوع ۲؛ نقش پیش بینی عوامل روان شناختی، عوامل اجتماعی و خصوصیات بیماری، مقاله پژوهشی، مجله اصول بهداشت روانی، صص ۲۷۸-۹۳، رحیمیان، ۱۳۹۸.
۵. رضایی، فرهنگ (۱۳۹۸)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه فرزین رضایی، ۱۳۹۵، تهران، انتشارات ارجمند.

۶. زارعی پور، م (۱۳۹۹)، بررسی ارتباط استرس ادراک شده با سطح قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مجله ره آورد سلامت، دوره ۲، شماره ۴۵.
۷. شیرازی، ن، حسن زاده، س (۱۳۹۶)، اثر بخشی آموزش مدیریت خشم با رویکرد شناختی- رفتاری بر پیروی از درمان و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. دی ماه ۱۳۹۶.
۸. شفر، مارتین (۱۳۹۴)، فشار روانی. ترجمه پروین بلورچی رستم کلایی، تهران؛ انتشارات پاژنگ.
۹. الفتی فر، م، کرمی، م، شکری، پ، حسینی، م (۱۳۹۹)، شیوع عوارض مزمن بیماری دیابت و عوامل خطر مرتبط با آن، در بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر همدان. مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان، دوره ۲۵، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۹.
۱۰. کارگر، ف. کرپندی، س، حسن آبادی، ح (۱۳۹۸)، نوع شخصیت و میزان پیروی از رژیم های توصیه شده درمانی در بیماران دیابتی. کارشناسی ارشد، گرایش آموزش داخلی مربی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد.
۱۱. گیلان نژاد، م (۱۳۹۹)، مقایسه تاثیر ۱۲ هفته تمرین ها تایوگا و تمرین هوازی بر مقادیر سرمی و مورتیزل و استرس، اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو، مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۷.
۱۲. مصطفی پور، و، فرخی، ح، حسن ثابت، ف (۱۳۹۸)، رابطه صفات شخصیتی و تیپ A و B در افراد مبتلا به دیابت نوع دو. فصلنامه نسیم تندرستی، دانشگاه علوم پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساس، دوره پنجم، شماره ۱، صص ۷۴-۵۳.
۱۳. مفید، ع، زندیه، الف، مفید، رزا (۱۳۹۴)، بیماری دیابت، راهنمای جامع تشخیص، پایش و درمان، تهران، انتشارات اوسانه.
۱۴. منصوری، ع، شهدادی، ح (۱۳۹۸)، بررسی ارتباط بین استرس ادراک شده و پرخاشگری در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل. فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت.
۱۵. موسوی، ح (۱۳۹۶)، تاثیر آموزش راهبرد خود گردانی در کودکان پرخاشگر، انتشارات آموزش و پرورش.
۱۶. میرزایی، م، دریافتی، ح، فلاح زاده، ح (۱۳۹۸)، بررسی افسردگی، اضطراب و استرس در افراد دیابتی و غیر دیابتی. مجله علمی- پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۴، شماره ۵، صص ۳۸۷-۳۹۷.
۱۷. نریمانی، م، عطادخت، ا، احدی، ب، ابوالقاسمی، ع، زاهد، ع (۱۳۹۷)، اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر کاهش علائم روان شناختی و کنترل قند خون بیماران دیابتی، فصلنامه علمی پژوهشی، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۷.
۱۸. نوری زاده، ب، حاجی علی زاده، ک (۱۳۹۹)، بررسی اثر بخشی رفتار درمانی دیالکتیک به کاهش اضطراب و بهبود عملکرد اجتماعی بیماران مبتلا به دیابت، مجله دیابت و متابولیسم ایران، دوره ۱۷، شماره ۳، صص ۱۳۸-۱۳۰.
۱۹. واعظی، ع، فلاح تفتی، ب، مشتاق، ز (۱۳۹۸)، بررسی عوامل زمینه ای مرتبط با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات استان یزد سال ۹۳، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، دوره ۲۵، شماره ۱۰، صص ۷۷۹-۷۷۰.
20. Crisp CC, Vaccaro CM, pancholy A, Kleemans, fellher An, Pauls R. Is female sexual dysfunction related to personality and coping? An exploratory Study. Sex med. 2019;1(2):69- 75.
21. Lin, E. HB .,Von Korff, M (2016) Mental disorder among persons with diabetes Results from the world Mental Health. surveys on behalf of the WHO WMH surve consortium and center for Helth Studdies. Croup Health cooperative, seattle, WA ,USA, Elsevier Ine. All rights reserved.
22. Talbot, france et al (2020) The Assement of Diaberes. Related Cognitive and soeial factors. The multidimensional Diabete Questtomn aire. journal of Benavioral Medicine. Vol. No. 0.3.
23. Tan K C. chan GC, Eric H, Maria H8, Maria AL Norliza MJ, cun BH, etal. (Depression, anxiety, and stress among patients with Diabetes in primary care : A cross section Study) Malaysigh faming Physician 2019;10(2):9.