

March-April 2022, Volume 11, Issue 1, Page: 66-78

[10.22034/jne.11.1.66](https://doi.org/10.22034/jne.11.1.66)

Development of Psychological Well - Being Structural Model Based on Personality Dimensions by Mediation of Emotional Intelligence and Adherence to Treatment in Diabetic Patients

Kooshkestani Atefeh¹, Sheybani Hosein^{2*}, Taher Mahboobe³

1-PhD student in Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Orcid.0000-0002-6099-3388.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran, Iran.
Orcid.0000-0002-6333-6332.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Orcid.0000-0003-1320-3643.

*Corresponding author: Hosein Sheybani, Assistant Professor, Department of Psychology, Payam-e Noor University, Tehran, Iran.

Email: Hosein.sheybani@gmail.com

Received: 7 Nov 2021

Revised: 6 Feb 2022

Accepted: 16 Feb 2022

Abstract

Introduction: Diabetes is chronic with a major impact on the lives and well-being of individuals and societies worldwide and it is among the top 10 causes of death in adults. This study aimed to develop a model of psychological well-being based on personality dimensions mediated by emotional intelligence and adherence to treatment in diabetic patients.

Methods: This research is correlational research. The statistical population of this study included 30 to 60 years-old diabetic patients of Endocrine and Metabolism Research Institute of Tehran University of Medical Sciences in the autumn of 2019 is considered as the statistical population. 267 people were selected as a sample by the convenience sampling method and answered the Ryff psychological well-being questionnaire, NEO personality dimensions, Schutte emotional intelligence, and following treatment. Evaluate the proposed model using the path analysis method and SPSS and AMOS software were used to analyze the statistical data.

Results: Based on the findings of this study, the proposed model had a desirable fit (RMSEA = 0.056, GFI = 0.91, IFI = 0.93, X² = 1.98 and P-value = 0/159). The results showed that the correlation coefficient between all personality traits of neuroticism, extraversion, openness to experience, pleasantness, conscientiousness on psychological well-being ($\beta = -0/72, 0/42, 0/21, 0/30, 0/46$), and on emotional intelligence ($\beta = -0/23, 0/33, 0/28, 0/34, 0/72$) have a significant and direct effect. Among personality traits, only conscientiousness' correlation coefficient ($\beta = 0/43$) on adherence to treatment had a significant and direct effect. Also, both the correlation coefficient emotional intelligence ($\beta = 0/93$) and adherence to treatment ($\beta = 0/12$) on well-being had a significant and direct effect. All the indirect effects obtained in the final research model are significant.

Conclusions: The model has a good fitness and would be an important step in recognition of the factors, which effect on psychological health of the diabetic patients. Therefore, it can be used as a suitable model for designing programs for the prevention of psychological well-being problems in diabetic patients.

Keywords: Psychological well-being, Personality dimensions, Emotional intelligence, Adherence to treatment, Diabetes.

Issn/ © 2022 The Authors. Published by Iranian Nursing Association.

This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Kooshkestani A, Sheybani H, Taher M. Development of Psychological Well - Being Structural Model Based on Personality Dimensions by Mediation of Emotional Intelligence and Adherence to Treatment in Diabetic Patients. Journal of Nursing Education. 2023; 11 (1).



تدوین مدل بهزیستی روانشناختی براساس ابعاد شخصیت با میانجی گری هوش هیجانی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی

عاطفه کوشکستانی^۱، حسین شبیانی^{۲*}، محبوبه طاهر^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. Orcid:.....۰۰۲-۶۰۹۹-۳۳۸۸

۲- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. Orcid:.....۰۰۲-۶۳۳۳-۶۳۳۲

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. Orcid:.....۰۰۳-۱۳۳۰-۳۶۴۳

* نویسنده مسئول: حسین شبیانی، استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: Hosein.sheybani@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۲۷

تاریخ بازبینی: ۱۴۰۰/۱۱/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۸/۱۶

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن است که تأثیر عمده ای بر زندگی و رفاه افراد، خانواده ها و جوامع در سراسر جهان دارد و یکی از ۱۰ علت اصلی مرگ و میر در بزرگسالان است. هدف از انجام این مطالعه، تدوین مدل بهزیستی روانشناختی بر اساس ابعاد شخصیت با میانجی گری هوش هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی است.

روش کار: این پژوهش از نوع تحلیلی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل بیماران دیابتی ۳۰ تا ۶۰ ساله ی مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیسم شماره یک و دو دانشگاه علوم پزشکی تهران در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۸ به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۲۶۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند و به پرسشنامه های بهزیستی روانشناختی Ryff، ابعاد شخصیت NEO، هوش هیجانی Schutte و تبعیت از درمان پاسخ دادند. ارزیابی مدل پیشنهادی با استفاده از روش تحلیل مسیر و نرم افزارهای SPSS و AMOS انجام شد.

یافته ها: بر اساس یافته های پژوهش، مدل بهزیستی روانشناختی بر اساس ابعاد شخصیت با میانجی گری هوش هیجانی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی از برآزش مطلوبی برخوردار بود. ($X^2=1/98$, $IFI=0/93$, $GFI=0/91$, $RMSEA=0/056$). نتایج نشان داد ضریب همبستگی بین تمامی ویژگی های شخصیت روان رنجور، برونگرا، گشودگی به تجربه، دلپذیری و وظیفه شناسی بر بهزیستی روانشناختی به ترتیب ($-0/72$, $0/42$, $0/21$, $0/30$, $0/46$) β و همچنین بر هوش هیجانی به ترتیب ($-0/23$, $0/33$, $0/28$, $0/34$, $0/72$) β است که نشان دهنده اثر مستقیم و معنی دار است؛ از بین ویژگی های شخصیتی تنها ضریب همبستگی وظیفه شناسی با تبعیت از درمان ($\beta=0/43$) اثر مستقیم و معنی داری داشتند. از سوی دیگر هم ضریب همبستگی هوش هیجانی ($\beta=0/93$) و هم تبعیت از درمان ($\beta=0/12$) با بهزیستی روانشناختی اثر مستقیم و معنی داری داشت؛ همچنین تمامی اثرات غیر مستقیم به دست آمده در مدل نهایی پژوهش معنی دار است.

نتیجه گیری: مدل پیشنهادی از برآزندگی مطلوبی برخوردار است و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی می باشد. بنابراین می تواند به عنوان الگویی مناسب برای طراحی برنامه های پیشگیری از مشکلات بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه ها: بهزیستی روانی، ابعاد شخصیت، هوش هیجانی، تبعیت از درمان، دیابت.

مقدمه

بیماری های مزمن Chronic Diseases از مسائل اصلی بهداشتی درمانی در جوامع جدید است که بر فعالیت های معمول و روزانه زندگی بیماران از جمله کیفیت زندگی بیماران اثر می گذارند [۱]. دیابت به عنوان یکی از شایعترین بیماریهای مزمن بار سنگینی را بر سلامت عمومی و توسعه اجتماعی - اقتصادی جهان تحمیل می کند [۲]. براساس گزارش سازمان بین المللی دیابت در سال ۲۰۱۷، ۸/۸ درصد از جمعیت بزرگسال یعنی ۴۲۵ میلیون نفر مبتلا به دیابت بوده اند و تعداد آنها تا سال ۲۰۴۵ به بیش از ۶۲۹ میلیون نفر خواهد رسید، که در این میان ۲۱۲ میلیون نفر نیز بدون تشخیص هستند. همچنین اطلاعات منتشر شده در این سازمان نشان می دهد شیوع دیابت در منطقه خاورمیانه از جمله ایران تا سال ۲۰۴۰ به دو برابر خواهد رسیده یعنی از تعداد ۳۵ میلیون نفر به حدود ۷۲ میلیون نفر افزایش می یابد [۳]. بیماری دیابت در نتیجه نقص در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین ایجاد میگردد و می تواند منجر به عوارض شدید جسمی و افزایش خطر مرگ و میر ناشی از عفونت ها، بیماری های قلبی عروقی، سکنه مغزی، بیماری های کلیوی مزمن، بیماری های کبدی مزمن، سرطان [۴]، در جریان منظم زندگی اختلال ایجاد کرده و پیامدهای روان شناختی مهمی را به دنبال داشته باشد [۵]؛ بیماری های مزمن از جمله دیابت، فرد را با چالش هایی از جمله تسلط بر محیط (شاخص بهزیستی روانی) و سازگاری با سبک زندگی متفاوت، نظارت و درمان مستمر، نگرانی های مداوم در مورد عوارض و فرسایش بالقوه روابط شخصی و حرفه ای روبرو می سازد [۶].

در واقع دیابت نوعی اختلال مزمن متابولیک است که بر سلامت جسمی، اجتماعی و روانی افرادی که با آن درگیرند، تأثیر می گذارد و در صورت عدم رسیدگی تأثیر منفی جدی بر بهزیستی روانی و زندگی اجتماعی بیمار می گذارد [۷]. افراد دیابتی در مقایسه با افراد عاری از بیماری مزمن، دارای بهزیستی روانی پایین تری هستند، بررسی های انجام شده بر بیماران مبتلا به دیابت نشان داد، شاخصهای بهزیستی روانشناختی (به عنوان مثال، خودمختاری بالاتر [۸]، تسلط بر محیط بیشتر [۶]، پذیرش خود، عاطفه مثبت) با نتایج پزشکی بهتر از جمله کنترل قندخون بهتر و پایبندی به رفتارهای بهداشتی بیشتر و کاهش میزان مرگ و میر مرتبط بوده اند [۹]. طبق نظریه Ryff، بهزیستی روانشناختی به عنوان رشد استعدادهای واقعی هر فرد تعریف می شود و تلاشی است در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی

فرد [۱۰].

بسیاری از نظریه پردازان، نقش شخصیت را به عنوان اولین عامل تولیدکننده ی بهزیستی روان شناختی بررسی کرده اند و معتقدند شخصیت از مهمترین عوامل درون فردی تأثیرگذار بر بهزیستی روان شناختی است. شخصیت اصلی ترین ساختار روانشناختی و مجموعه ای سازمان یافته و منحصر به فرد از ابعاد نسبتاً ثابت و پایدار است که به تمایز افراد از یکدیگر کمک می کند [۱۱]. مدل پنج عاملی شخصیت Big five که شامل، مولفه های روان رنجوری Neurosis، برونگرایی Openness to experience، گشودگی به تجربه Openness to experience، دلپذیر بودن Pleasant و وظیفه شناسی Conscientiousness است. در سال های اخیر مورد توجه بسیاری از روانشناسان قرار گرفته است [۱۲]. تحقیقات Kokko و همکاران، نشان داد که ارتباط معناداری بین روان رنجوری، برون گرایی و باز بودن به تجربه و بهزیستی روانی وجود دارد، همچنین وظیفه شناسی و سازگاری نیز همبستگی قابل توجهی با بهزیستی روانشناختی داشتند [۱۳]. Hicks و همکاران دریافتند، بین ویژگی شخصیت برون گرا، گشودگی به تجربه، انعطاف پذیری با بهزیستی روانشناختی بالاتر ارتباط معنی داری وجود دارد، در مقابل افراد روان رنجور سطوح پایین تر بهزیستی روانشناختی را نشان دادند [۱۴]. نتایج تحقیق Phillips و همکاران نشان داد، بیماران دیابتی با برونگرایی بالا بیشتر احتمال دارد که میزان کنترل دیابت خود را بهتر از حد واقعی آن در نظر بگیرند. [۱۵].

از سوی دیگر شواهد بسیاری از رابطه مؤثر بین ابعاد شخصیت و هوش هیجانی با حوزه های مختلف عملکرد فردی از جمله بهزیستی روانی وجود دارد [۱۶]. Goleman هوش هیجانی را به عنوان «ظرفیت شناخت احساسات خود و دیگران، برای انگیزه دادن و مدیریت احساسات خود در روابط بین فردی» تعریف کرده است [۱۷]. Mayer و Salovey در سال ۱۹۹۰، مطرح کردند که سطوح بالاتر هوش هیجانی می تواند سلامت روانی را افزایش دهد [۱۸]. همچنین دلایل محکمی برای اینکه هوش هیجانی را یک فاکتور قوی برای مدیریت دیابت و پیامدهای احساسی آن باشد، وجود دارد [۱۹]. هوش هیجانی بالاتر با رفتارهای سالم تر [۲۰]، افزایش سلامت جسمی (همانگونه که مصرف کمتر دارو مشهود است)، کاهش نوبت های ویزیت پزشک و دفعات بستری و احساسات منفی کمتر مانند اضطراب، افسردگی یا پریشانی در مواجهه با نامایمات [۱۹] همراه است. عدم پایبندی به رژیم غذایی و درمان و عدم نظارت بر مراقبت از خود منجر به کاهش بهزیستی روانی در بیماران مبتلا

برای تعیین حجم نمونه در مدل یابی معادلات ساختاری استفاده نمود [۲۴]. همچنین براساس نظر قاسمی [۲۵] برای تحقیقات تحلیل مسیر حضور حداقل ۲۰۰ آزمودنی برای اجرای پژوهش لازم است. نسبت ۱۰ مشاهده به ازای هر متغیر مستقل را Floret و Halinsky (۱۹۷۰) و همچنین Kans و Miller (۱۹۷۳) پیشنهاد نموده اند [۲۴]. بنابراین با توجه به اینکه مجموعه ابعاد چهار متغیر بهزیستی روانشناختی، ابعاد شخصیت، هوش هیجانی، تبعیت از درمان شامل ۲۱ مورد است، به ازای هر متغیر ۱۰ نمونه انتخاب شد. از بین ۷۱۴ نفری در مدت تعیین شده به این مراکز مراجعه کردند، ۲۶۷ نفر برای فرایند پژوهش به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک ورود به این مطالعه شامل افراد ۳۰ تا ۶۰ ساله با تشخیص دیابت نوع یک و دیابت نوع ۲ (گذشتن حداقل یک سال از تشخیص دیابت)، داشتن حداقل تحصیلات ۶ ابتدایی، مبتلا نبودن به بیماری های شدید روانی مانند: اختلالات سایکوتیک و اختلال حواس، مصرف نکردن داروهای روانگردان یا سوء مصرف مواد در حال حاضر، مبتلا نبودن به عوارض شدید دیابت مانند نارسایی کلیوی و دیالیز که منجر به بستری در بیمارستان گردد. برای جمع آوری داده ها، از چهار پرسشنامه بهزیستی روانشناختی Ryff، ابعاد شخصیت NEO، هوش هیجانی Schutte و تبعیت از درمان مدانلو استفاده شده است.

پرسشنامه بهزیستی روانشناختی Ryff: برای برآزش بهزیستی روانشناختی از نسخه ی کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف استفاده شده، این پرسشنامه توسط Ryff در سال ۱۹۸۹، طراحی [۲۶] و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف مندی در زندگی و پذیرش خود را می سنجد. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از «کاملا موافقم» تا «کاملا مخالفم» (یک تا شش) پاسخ داده می شود، هر چه نمره بدست آمده به عدد ۱۰۸ نزدیکتر باشد، نشان دهنده ی بهزیستی روان شناختی بالاتر و هرچه نمره به عدد ۱۸ نزدیکتر باشد نشان دهنده بهزیستی روانی پایین تر است. Ryff (۱۹۹۵) روایی سازه ابزار را تایید و پایایی آن را در پژوهش های مختلف با روش آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرد [۲۷]. بیانی وهمکاران در سال ۱۳۸۷ به منظور هنجاریابی مقیاس

به دیابت می شود [۱۱]. هوش هیجانی و ویژگی های شخصیتی نقش مهمی در درک احساسات، عزت نفس و انگیزش و به طور کلی بهزیستی روانشناختی افراد دارد [۲۱]، یک مطالعه اپیدمیولوژیک بزرگ در سال ۲۰۱۵ نشان داد که سطوح بالای بهزیستی روانی شامل سرزندگی هیجانی و رضایت از زندگی به صورت قابل توجهی با خطر کم تر ابتلا به دیابت همراه است [۲۲].

به طور کلی پرداختن به این جنبه های روانشناختی از جمله مولفه های بهزیستی روانی [۹]، ابعاد شخصیت [۲۳] و هوش هیجانی [۱۹] فرد را در روند درمان، به غلبه بر موانع روانی تبعیت از درمان و خود مراقبتی کمک می کند؛ شناسایی و حمایت از بیماران مستعد ابتلا به مشکلات روانشناختی در ابتدای دوره دیابت ممکن است بهزیستی روانی اجتماعی را ارتقا بخشد و توانایی آنها در تنظیم یا مسئولیت پذیری کافی در تبعیت درمانی دیابت ارتقا دهد؛ چراکه اغلب برای بسیاری از بیماران دیابتی دشوار است که بپذیرند در تمام طول زندگی مجبور به مصرف دارو هستند و در نتیجه تبعیت از درمان و خود مراقبتی پایینی دارند [۷]. با توجه به موارد ذکر شده و شواهد مبنی بر تاثیر مولفه های بهزیستی روانی و ابعاد شخصیت بر میزان هوش هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی به نظر می رسد تدوین مدلی برای شناخت بهتر روابط بین این مولفه ها در بهبود روند درمان بیماران دیابتی ضروری است. در نهایت سوال اساسی این پژوهش این است که آیا داده های به دست آمده از این پژوهش می تواند بر پیش بینی پذیری بهزیستی روانی بیماران دیابتی بر اساس ابعاد شخصیت و با میانجیگری هوش هیجانی و تبعیت از درمان دلالت نماید؟

روش کار

روش این پژوهش از نوع همبستگی است و برای تحلیل داده ها از روش معادلات ساختاری جهت برآزش مدل فرضی و با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ و AMOS نسخه ۱۸ صورت پذیرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران دیابتی ۳۰ تا ۶۰ ساله که در سه ماهه سوم سال ۱۳۹۸ به کلینیک فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیسم شماره یک و دو دانشگاه علوم پزشکی تهران مراجعه داشتند. روش مدل یابی معادلات ساختاری، تا حدود زیادی با برخی از جنبه های رگرسیون چند متغیری شباهت دارد، بنابراین می توان از اصول تعیین حجم نمونه در تحلیل رگرسیون چند متغیری

بهزیستی روانشناختی در ایران آن را بر روی نمونه‌ای از ۱۴۵ نفر اجرا کردند و ضریب پایایی به روش باز آزمایی این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد که از نظر آماری معنی‌دار بود [۲۸]. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی ریف با مقیاس اصلی از ۰/۷ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است [۲۹].

پرسشنامه ابعاد شخصیت NEO: برای سنجش ابعاد شخصیت از پرسشنامه شخصیت NEO که بر مبنای نظریه پنج عاملی McCrae و Costa در سال ۱۹۸۵ ساخته و در سال ۱۹۹۲ تجدیدنظر و به ۶۰ آیتم تقلیل یافته، استفاده شده است [۳۰]. شاخص‌های بررسی شده شامل پنج عامل شخصیتی روان‌رنجوری، برونگرایی، گشودگی به تجربه یا تجربه‌پذیری، مقبولیت یا همسازی و وظیفه‌شناسی است که هر کدام از طریق ۱۲ پرسش اندازه‌گیری می‌گردد. هر کدام از سوالات به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۰) تا کاملاً موافقم (۴) نمره‌گذاری می‌شود (برخی سوالات به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند)، نمرات هر مقیاس بین صفر تا ۴۸ است که به ترتیب نشان‌دهنده پایین‌ترین و بالاترین نمرات هر عامل شخصیت نئو است [۳۱]. نتایج مطالعات مختلف حاکی از این است که زیر مقیاس‌های نئو از همسانی درونی خوبی برخوردار است، McCrae و Costa (۱۹۹۲) ضریب آلفای بین ۰/۶۸ (برای دلپذیری) تا ۰/۸۶۸ (برای روان‌رنجوری) را گزارش کرده‌اند [۳۰]، همچنین مطالعه Fekken و Holden (۱۹۹۴) حاکی از آن است که آلفای کرونباخ این عوامل در دامنه ۰/۷۳ (برای دلپذیری) تا ۰/۸۷ (برای روان‌روان رجوری) قرار دارد [۳۲]. این آزمون در سال‌های ۱۳۷۸ و ۱۳۸۲ توسط حق‌شناس در ایران هنجاریابی و اجرا شده است که ضرایب آلفای کرونباخ آن در نمونه ۵۱۲ نفری ایرانی به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۰، ۰/۵۱، ۰/۵۴ و ۰/۶۷ برای روان‌رنجور خویی، برون‌گرایی، انعطاف‌پذیری، دلپذیری و با وجدان بودن گزارش شده است [۳۱]. پرسشنامه هوش هیجانی Schutte: برای سنجش هوش هیجانی از پرسشنامه هوش هیجانی Schutte استفاده شد، این مقیاس یک آزمون ۳۳ سؤالی است که به وسیله Schutte و همکاران در سال ۱۹۹۸ بر اساس مدل هوش هیجانی Mayer و Salovey ساخته شده است [۳۳]. سؤالی‌های آزمون سه مولفه‌ی هوش هیجانی شامل تنظیم هیجان‌ها (۱۰ گویه)، بهره‌وری از هیجان‌ها (۱۰ گویه) و ارزیابی و بیان هیجان‌ها (۱۳ گویه) را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵)

مورد سنجش قرار می‌دهد، به این ترتیب دامنه‌ی نمره‌ی کلی این مقیاس از ۳۳ تا ۱۶۵ است. Schutte همسانی درونی سؤالی‌های آزمون را برحسب ضریب آلفای کرونباخ از ۰/۸۴ تا ۰/۹۰ و ضریب پایایی بازآزمایی مقیاس به فاصله‌ی دو هفته ۰/۷۸ گزارش شده است [۳۴]. در فرم فارسی این مقیاس که توسط بشارت در سال ۲۰۰۷ بررسی شد، آلفای کرونباخ پرسش‌های مقیاس در مورد ۱۳۵ نفر از دانشجویان ۰/۸۸ محاسبه شد که گویای همسانی درونی خوب آزمون است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های ۴۲ نفر از نمونه مذکور در دو نوبت با فاصله دو هفته ۰/۸۳ محاسبه شد که گویای اعتبار بازآزمایی مناسب مقیاس است [۳۵].

پرسشنامه تبعیت از درمان: برای اندازه‌گیری میزان تبعیت از درمان از پرسشنامه تبعیت از درمان مدنلو استفاده گردید. این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ توسط مهناز مدنلو برای بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن طراحی و روان‌سنجی شد [۳۶]. این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال است. هر کدام از سوالات به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره‌گذاری می‌شود؛ ۹ سوال در حیطه‌های اهتمام در درمان (با دامنه امتیاز ۰ تا ۴۵)، ۷ سوال در مورد تمایل به مشارکت در درمان (با دامنه امتیاز ۰ تا ۳۵)، ۷ سوال در مورد توانایی تطابق (با دامنه امتیاز ۰ تا ۳۵)، ۵ سوال در مورد تلفیق درمان با زندگی (با دامنه امتیاز ۰ تا ۲۵)، ۴ سوال در مورد چسبیدن به درمان (با دامنه امتیاز ۰ تا ۲۰)، ۵ سوال در مورد تعهد به درمان (با دامنه امتیاز ۰ تا ۲۵)، و ۳ سوال در مورد تردید (با دامنه امتیاز ۰ تا ۱۵) در اجرای درمان است، که بر اساس دستورالعمل طراح پرسشنامه امتیازهای اولیه به امتیاز بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل می‌شود. بر اساس این پرسش‌نامه، کسب ۷۵ تا ۱۰۰ امتیاز به معنای تبعیت بسیار خوب از درمان، ۵۰ تا ۷۴ امتیاز به معنای تبعیت خوب از درمان، ۲۵ تا ۴۹ امتیاز به معنای تبعیت متوسط از درمان و کسب ۰ تا ۲۴ امتیاز به معنای تبعیت ضعیف از درمان در نظر گرفته می‌شود. روایی پرسشنامه تبعیت از درمان مدنلو توسط سیدفاطمی و همکاران (۱۳۹۷) با محاسبه شاخص روایی محتوا به میزان ۹۱/۴ درصد مورد تایید قرار گرفت [۳۷]. همچنین سراج و همکاران (۱۳۹۹) پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲۱ محاسبه کردند [۳۸].

در این پژوهش نمونه‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از دو کلینیک منتخب درمان دیابت شهر تهران

عاطفه کوشکستانی و همکاران

خواهد شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد. همچنین این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1399.024 از کمیته اخلاق در پژوهش های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود می باشد. آنالیز داده ها با استفاده از رویکرد دو مرحله ای [۳۹] صورت پذیرفت. در گام اول، تحلیل عاملی تأییدی Conformity Factor Analysis برای ارزیابی برازش هر متغیر اندازه گیری شد و در گام دوم، با بهره گیری از روش مدل یابی معادلات ساختاری Structural Equation Model، الگوی ساختاری فرضی مورد آزمون قرار گرفت. همچنین روش حداکثر درست نمایی برای تخمین پارامترها به کار برده شد.

یافته ها

یافته ها نشان داد میانگین سن بیماران ۳۸ سال و انحراف معیار آنها ۸ سال و همچنین میانگین دوره بیماری ۵ سال و انحراف معیار آن ۲ سال بود. در (جدول ۱)، یافته های توصیفی متغیرهای پژوهشی ارائه شده است.

انتخاب شدند. نمونه ها از میان بیماران دیابتی بدون تاکید بر جنسیت و نوع دیابت به شرط نداشتن بیماری جسمی و روانشناختی مزمن انتخاب گردید. جهت انتخاب محیط پژوهش، ابتدا درمانگاه ها و کلینیک های درمان دیابت شهر تهران شناسایی شد و از بین آنها دو کلینیک فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیسم شماره یک و دو دانشگاه علوم پزشکی تهران اعلام همکاری کردند. پس از ارائه مدارک لازم به مراکز مذکور و اخذ مجوز از پژوهشگاه علوم غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران با همکاری چند نفر از پرسنل کلینیک، ابتدا بیماران از هدف پژوهش آگاه و در صورت تمایل به همکاری و همچنین داشتن شرایط مورد نظر پژوهش، پرسشنامه ها توسط آنها تکمیل گردید. جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش، رضایت نامه ی آگاهانه و اختیاری به صورت کتبی به تمامی افراد شرکت کننده ارائه شد و تمامی بیماران دیابتی در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد شرکت کننده داده شد که تمامی اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی روانشناختی، ابعاد شخصیت، هوش هیجانی و تبعیت از درمان بیماران دیابتی

ردیف	متغیرها	ابعاد	انحراف معیار ± میانگین	ردیف	متغیرها	ابعاد	انحراف معیار ± میانگین
		بهره برداری	۳۰/۸۷ ± ۶			روان رنجوری	۲۲/۲۲ ± ۸/۰۱
		ارزیابی	۳۷/۵۲ ± ۹/۲۲			برونگرایی	۲۸/۸۶ ± ۷/۱۵
		تنظیم	۳۱/۷۷ ± ۸/۹۸	۳	هوش	گشودگی به تجربه	۲۵/۶۲ ± ۴/۸۵
		کل	۱۰۰/۰۵ ± ۱۷/۵۰		هیجانی	دلپذیری	۳۰/۱۴ ± ۴/۵۷
		اهتمام	۳۴/۰۴ ± ۴/۷۷			وظیفه شناسی	۳۴/۷۳ ± ۶/۳۶
		مشارکت	۲۷/۹۷ ± ۴/۲۴			پذیرش خود	۱۳/۴۷ ± ۲/۷۱
		تطابق	۲۶/۹۰ ± ۳/۹۰			روابط مثبت	۱۳/۱۶ ± ۳/۰۵
		تلفیق	۱۹/۴۷ ± ۲/۸۵	۴	تبعیت از درمان	خود مختاری	۱۱/۵۴ ± ۲/۱۷
		چسبیدن	۱۵/۴۰ ± ۲/۹۱			تسلط	۱۳/۸۵ ± ۲/۲۷
		تعهد	۱۷/۲۹ ± ۳/۱۶			هدفمندی	۱۴/۰۴ ± ۲/۴۹
		تدبیر	۱۰/۱۱ ± ۲/۸۳			رشد فردی	۱۴/۰۴ ± ۲/۱۷
						کل	۸۰/۱۵ ± ۸/۴۳

هیجانی و تبعیت از درمان با بهزیستی روانشناختی رابطه معنی داری داشتند. سایر ضرایب همبستگی نیز در (جدول ۲) ارائه شده است.

همانطور که در (جدول ۲) ملاحظه می گردد، به غیر از متغیر گشودگی به تجربه ($T=۰/۰۴$)، تمامی متغیرهای روان رنجوری، برون گرایی، دلپذیری، وظیفه شناسی، هوش

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای بهزیستی روانشناختی، ابعاد شخصیت، هوش هیجانی، تبعیت از درمان بیماران دیابتی

ردیف متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸
روان رنجوری	برونگرایی	گشودگی به تجربه	دلپذیری	وظیفه شناسی	تبعیت از درمان	هوش هیجانی	بهزیستی روانشناختی	روانشناختی
۱	۱							
۲	*-۰/۵۴	۱						
۳	*-۰/۱۲	۰/۰۳	۱					
۴	*-۰/۳۵	*۰/۲۶	*۰/۲۲	۱				
۵	*-۰/۳۲	*۰/۴۳	۰/۰۳	*۰/۲۳	۱			
۶	-۰/۱۸	*۰/۲۳	۰/۰۵	*۰/۱۶	*۰/۴۱	۱		
۷	*-۰/۲۹	*۰/۵۲	*۰/۱۸	*۰/۳۲	*۰/۷۱	*۰/۴۷	۱	
۸	*-۰/۵۶	*۰/۵۴	۰/۰۴	*۰/۲۶	*۰/۵۳	*۰/۳۴	*۰/۵۴	۱

* P= ۰/۱۵۹

مسیرهای واسطه ای مدل پژوهش با استفاده از روش بوت استرپ نرم افزار AMOS مورد ارزیابی قرار گرفت که نتایج نشان داد، تمامی اثرات غیر مستقیم به دست آمده در مدل نهایی پژوهش معنی دار است.

جدول ۳. برازش الگوی پیشنهادی پژوهش با داده ها بر اساس شاخص های برازندگی

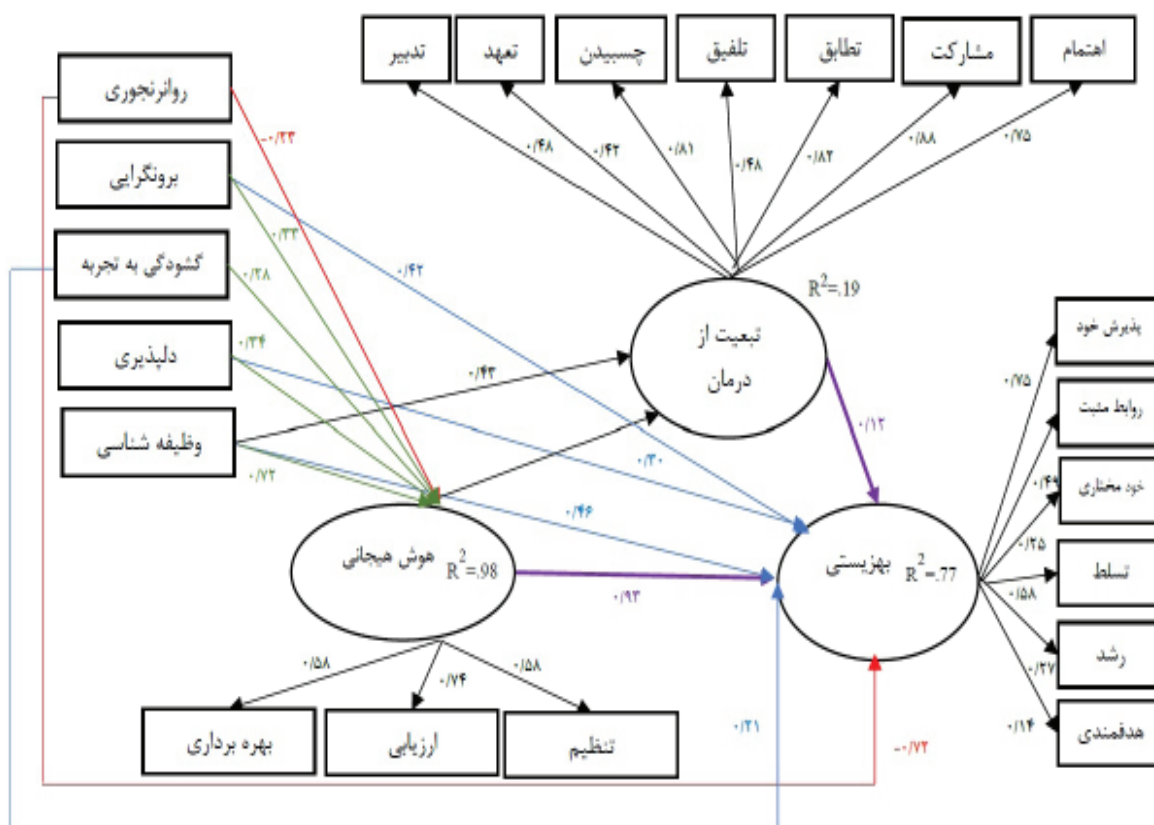
الگو/شاخص	X ²	Df	X ² /df	GFI	NFI	TLI	IFI	CFI	RAMSEA
الگوی نهایی	۳۱۴/۱۷۳	۱۵۱	۱/۹۸	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۱	۰/۹۳	۰/۹۳	۰/۰۵۶

مقدار کواریانس تفسیر می شود. مقادیر بالاتر از ۰/۱۰ را نشان دهنده ی برازش ضعیف، بین ۰/۰۸ تا ۰/۱۰ برازش متوسط، بین ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ برازش قابل قبول و کمتر از ۰/۰۵ را نشان دهنده ی برازش عالی می دانند. بر اساس مندرجات (جدول ۴) RMSEA برابر ۰/۰۵ بدست آمد که نشان دهنده ی برازش عالی این مدل است.

بر اساس مندرجات جدول فوق مقادیر، TLI، NFI، GFI، CFI و IFI به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۹۱، ۰/۹۳ و ۰/۹۳ به دست آمد که حاکی از برازش خوب مدل است. شاخص ریشه خطای میانگین مجزورات تقریب (RMSEA) از شاخص های دیگر برازندگی است. این مقدار ریشه دوم میانگین مجزورات باقی مانده است که به عنوان تابعی از

جدول ۴. ابعاد متغیرهای های بهزیستی روانشناختی، ابعاد شخصیت، هوش هیجانی، تبعیت از درمان بیماران دیابتی

ردیف	متغیرها	ابعاد	ردیف	ابعاد	متغیرها
	بهره برداری			روان رنجوری	
	ارزیابی	هوش هیجانی	۳	برونگرایی	
	تنظیم			گشودگی به تجربه	ابعاد شخصیت
	اهتمام			دلپذیری	
	مشارکت			وظیفه شناسی	
	تطابق			پذیرش خود	
	تلفیق	تبعیت از درمان	۴	روابط مثبت	
	چسبیدن			خود مختاری	
	تعهد			تسلط	بهزیستی روانشناختی
	تدبیر			هدفمندی	
				رشد فردی	



نمودار ۱: اثرات مستقیم استاندارد در مدل نهایی

که تمام ویژگیهای شخصیت اثرات مستقیمی بر بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی دارد. این یافته با نتایج پژوهش بسیاری از نظریه پردازان مانند عبداللهی و همکاران [۴۰]، Macía و همکاران [۴۱]، Gubler و همکاران [۴۲]، Melendez و همکاران [۴۳]، Hicks و همکاران [۱۴]، Syren و همکاران [۴۴]، Yu و همکاران [۴۵] و Rossi و همکاران [۴۶] که ابعاد شخصیت را به عنوان اولین عامل ایجادکننده ی بهزیستی روان شناختی می داند، همسو است. از سوی دیگر یافته ها نشان داد که ابعاد شخصیتی اثر مستقیمی بر هوش هیجانی دارد و این یافته با نتایج پژوهش های Szczeniak و همکاران [۴۷]، Antonanzas El [۴۸]، Othman و همکاران [۱۷]، عبداللهی و همکاران [۴۰] همسو است. روان رنجورخویی به تمایل فرد برای تجربه اضطراب، تکانشگری [۴۵]، خصومت، افسردگی و عزت نفس پایین بر می گردد [۴۹]. در واقع بیماران روان رنجور به توانایی و اتفاقات پیرامون خود با یک نگاه منفی به تفسیر، نتیجه گیری و عمل می پردازند. چنین ویژگی می تواند روابط اجتماعی افراد را محدود و مجموعه این ویژگی ها می

یافته ها در نمودار فوق بیانگر این است که تمام ویژگیهای شخصیت اثر معکوس و معنی داری بر بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی داشتند. همچنین تمام ویژگیهای شخصیت اثر معکوس و معنی داری بر هوش هیجانی بیماران دیابتی داشتند. ولی از بین ویژگی های شخصیتی تنها وظیفه شناسی با تبعیت از درمان اثر مستقیم معنی داری داشتند. از سوی دیگر هم هوش هیجانی و هم تبعیت از درمان با بهزیستی روانشناختی اثر مستقیم معنی داری داشتند. همچنین تمامی اثرات غیر مستقیم به دست آمده در مدل نهایی پژوهش معنی دار است.

بحث

مطالعه حاضر با هدف تدوین مدل ساختاری بهزیستی روانی بر اساس ابعاد شخصیت با میانجی گری هوش هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد مدل علی مورد نظر از برآزش مناسبی برخوردار است و تمامی شاخص های مورد بررسی حاکی از تایید برآزش این مدل است. نتایج این پژوهش نشان داد

تواند منجر به هوش هیجانی کمتر شود. بیماران دیابتی که از سطوح بالاتر هوش هیجانی برخوردارند توانایی بیشتری برای مدیریت احساسات دارند و سطوح پایین تری از استرس و عواطف منفی را تجربه و همچنین قادر به درک و تنظیم احساسات خود هستند که منجر به تجارب مثبت و در نتیجه از بهزیستی روانشناختی بالاتر می شود. افراد با نمرات بالای روانرنجوری تمایل پایداری به تجربه دنیا به عنوان یک مکان تهدید آمیز دارند، آن‌ها به سرعت پریشان می‌شوند و مقابله با شرایط استرس زا (مانند بیماری دیابت) برای آن‌ها دشوار است [۴۶]. در مقابل بیماران برون گرا نسبت به بیماران روان رنجور از هوش هیجانی بالاتری برخوردارند چراکه بر عمل و تعامل متمرکز می‌شوند و این قبیل رفتارهای برون‌گرایانه فرصتی برای کسب سرمایه‌های اجتماعی و افزایش آگاهی فرد از حساسیت‌های دیگران است. همچنین می‌توان استدلال کرد که ویژگی برون‌گرایی، با اجتماعی بودن بالا، تمایل به جستجوی احساسات مثبت و تمایل به در تماس بودن با مردم و اجتناب از تنهایی مشخص که بر کیفیت هوش هیجانی افراد تاثیرگذار است [۴۳]. چراکه هرچه گستره شبکه روابط اجتماعی بیشتر باشد، باطبع سلامت روان و بهزیستی روانی افزایش می‌یابد. آنها شرایط استرس زای ناشی از بیماری دیابت را چالش و فرصت ارزیابی می‌کنند و در نتیجه از استرس ادراک شده کمتری برخوردارند و سازگاران تر عمل می‌کنند. بیماران دیابتی که دارای صفت گشودگی به تجربه بالایی‌اند، تنوع را دوست دارند و همواره جویای تجربیات مختلف و متنوع هستند؛ هیجانها، نیازها و احساسات خود را سرکوب یا انکار نمی‌کنند و سطح بالایی از ابراز احساسات، جست و جوی خلاقانه برای مسائل و تجربه هیجانهای منفی و مثبت دارند؛ در نتیجه از هوش هیجانی قوی بالاتر در تعاملات اجتماعی برخوردارند. سطح بالای هوش هیجانی و گشودگی به تجربه به رغم محدودیت‌های بیماری دیابتی، احساس بهتر و در نهایت بهزیستی روانشناختی بالاتری را برای بیماران به همراه دارد [۴۶]. وقتی فردی در روابط بین فردی موثر باشد، نوع نگاه و تفسیرش از خود نیز تغییر می‌کند و پذیرش واقع بینانه‌ای از جنبه‌های مختلف وجودی خود [۴۹] و در نتیجه بهزیستی روانشناختی بالاتری دارد. ویژگی سرزندگی نشان‌دهنده میزان صمیمیت، حمایت، همکاری [۴۵] و مهربانی [۴۰] رقابت جویی کمتر، بخشندگی است و هوش هیجانی بالا نیز با کنترل درونی بیشتر همراه

است و این امکان را به بیماران دیابتی می‌دهد که دانش بهتری از حالات خود داشته باشند و به نوبه خود، تصمیمات متناسب تری با واقعیت وجود بگیرند. در واقع با توجه به مطالب مذکور ویژگی سرزندگی و هوش هیجانی در یک سو هستند؛ چنین یافته‌ای این نکته را به ذهن متبادر می‌سازد این دو ویژگی می‌تواند برگستره روابط اجتماعی، فراهم نمودن زمینه‌های رشد شخصی و خوش بینی اثر گذاشته، با ارضای نیازهای اساسی روانشناختی، ابعاد مختلف فردی را تحت تاثیر قرار دهد، سبب عملکرد مطلوب و رشد باورهای خود کارآمدی در فرد [۴۹] و در نتیجه بهزیستی روانی قوی تر گردد. بیماران با ویژگی وظیفه‌شناسی قوی تر مسئولیت پذیر، قابلیت اعتماد و اتکاء، دارای هدف و خواسته‌های از پیش تعیین شده‌اند که از نظم و سازماندهی خوبی در زندگی برخوردارند. این افراد مستقل هستند، یعنی اثر گذاری در رویدادهای زندگی و نقش فعال در رفتارهایشان دارند. وظیفه‌شناسی بالا از طریق درک و مدیریت هیجانی میتواند بر هوش هیجانی تأثیر بگذارد و به احتمال زیاد این ویژگی، خود کنترلی را که یکی از مؤلفه‌های هوش هیجانی است منعکس می‌کند، در واقع هوش هیجانی و وظیفه‌شناسی هر دو نشان دهنده ثبات رفتاری و هیجانی، قابل اعتماد و اتکاء بودن و رفتار پایدار هستند. بنابراین بیماران دیابتی که وظیفه‌شناسی بالاتری دارند، در بسیاری از مواقع در تصمیمات روزمره که مستلزم تصمیم‌گیری مهم و چالش برانگیز ناشی از بیماریشان، می‌توانند به خوبی عمل کنند و در نتیجه از بهزیستی روانی بالاتری برخوردارند. با توجه به مطالب مذکور توجه به ویژگی‌های شخصیت و مواجه درست با هیجان‌ات و ارتقای هوش هیجانی، زمینه لازم برای افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی و افزایش تبعیت از درمان را فراهم می‌کند ولی در این پژوهش تنها متغیر وظیفه‌شناسی با تبعیت از درمان اثر مستقیم معنی داری داشت، در واقع سطح بالاتر وظیفه‌شناسی با تبعیت از دستورها دارویی ارتباط دارد.

همچنین با توجه به نتایج بدست آمده در این پژوهش، هوش هیجانی هم با بهزیستی روانشناختی و هم با تبعیت از درمان اثر مستقیمی داشت. این یافته مطابق با یافته‌های Moeller و همکاران [۱۸] و Malinauskas و همکاران [۲۰] است، که بیانگر رابطه معنادار بین مؤلفه‌های هوش هیجانی و بهزیستی روانشناختی است. افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند، میزان بیشتری از احساس تعلق و

نبود کنترل کافی وجود نداشت. ۲. این پژوهش بدون تاکید بر جنسیت بیماران و در میان مراجعه کنندگان به کلینیک فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیسم شماره یک و دو دانشگاه علوم پزشکی تهران انجام شد بنابراین باید تعمیم نتایج به سایر جوامع در مناطق و شهرهای دیگر با احتیاط صورت گیرد. ۳. این پژوهش در بین افراد دیابتی ۳۰ تا ۶۰ ساله صورت گرفت، بنابراین تعمیم نتایج به دیگر گروه های سنی باید با احتیاط صورت گیرد. ۴. این پژوهش تنها در بین بیماران بدون بیماری مزمن جسمی قلبی، کلیه، زخم پای دیابتی، قطع عضو و دیالیزی صورت گرفت، بنابراین تعمیم نتایج به افراد با بیماری جسمی باید با احتیاط صورت گیرد. ۵. این پژوهش تنها در بین بیماران بدون اختلالات حاد و مزمن روانشناختی صورت گرفت، بنابراین تعمیم نتایج در میان افراد مبتلا به اختلالات روانی باید با احتیاط صورت گیرد. ۶. این پژوهش بدون تاکید بر نوع دیابت (نوع ۱، نوع ۲، بارداری) بیماران انجام شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به باید با احتیاط صورت گیرد.

نتیجه گیری

به طور کلی مدل از برازندگی مطلوبی برخوردار است و گام مهمی در جهت شناخت عوامل مؤثر بر بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی می باشد. بنابراین می تواند به عنوان الگویی مناسب برای طراحی برنامه های پیشگیری از مشکلات بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد. در سطح نظری نتایج این تحقیق می تواند زمینه ساز شناخت بهتر عوامل مؤثر در بهبود بهزیستی روانی بیماران دیابتی شود و نتایج پژوهش های پیشین و نظریه های مرتبط به ابعاد شخصیت و نیز شناخت ارتباط آنها موجب ارتقاء هوش هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران دیابتی شود. همچنین در سطح عملی، برای اقدامات پیشگیرانه و غربالگری مناسب بیماران دیابتی توجه بیشتری به ویژگیهای شخصیتی و میزان هوش هیجانی بیماران شود. با توجه به کیفیت پایین بهزیستی روانی بیماران دیابتی روان رنجوری و احتمال آسیب پذیری بیش تر آنان نسبت به آثار روانی بیماری مزمن دیابت و همچنین اثرات مثبت میزان هوش هیجانی، وظیفه شناسی و برونگرایی در پیش بینی بهزیستی روانشناختی؛ از سوی دیگر با توجه به سطح بالای اضطراب در بیماران دیابتی و عدم وجود سیستم های حمایتی در این زمینه، پیشنهاد می شود که در

صمیمت با دیگران را تجربه می کنند که به نوبه خود با بهزیستی روانی بیشتر در مقابل افرادی که هوش هیجانی پایین تری دارند سطوح بالاتری از طرد را تجربه می کنند که در ابتلا به افسردگی، اضطراب، استرس بیشتر و بهزیستی روانی پایین تر در ارتباط خواهند بود. [۱۸]. افراد با هوش هیجانی بالاتر می توانند در مواجهه با مشکلات محیطی زندگی موفقیت و سلامت جسمی بیشتری داشته باشند [۵۰]. هوش هیجانی و ویژگی های شخصیتی نقش مهمی در درک احساسات، عزت نفس و انگیزش و در نتیجه بهزیستی دارند [۲۱]. نتایج تحقیق Salavera نشان داد اضطراب و هیجان پذیری ناشی از ویژگیهای منحصر به فرد هر شخصیت و میزان هوش هیجانی ارزش پیش بینی کنندگی در مطالعه بهزیستی روانی [۲۱] بیماران دیابتی را دارد. از سوی دیگر نتایج نشان دهنده رابطه قابل توجه بهزیستی روانی با تبعیت از درمان است و این یافته مطابق با بررسی های Massey و همکاران [۹]، Salman و همکاران [۵۱]، Lama و همکاران [۵۲] است، عدم تبعیت از درمان و پایبندی به رژیم غذایی و عدم نظارت بر خود منجر به کاهش بهزیستی روانی در بیماران مبتلا به دیابت می شود [۱۱].

بنابراین بهبود بهزیستی روانی در تبعیت از درمان افراد مبتلا به دیابت نوید بخش است، چراکه در بیماران مبتلا به دیابت، سازه های بهزیستی روانشناختی (به عنوان مثال، خوش بینی، عاطفه مثبت) با نتایج پزشکی بهتر، شامل کنترل بهتر گلوکز و میزان مرگ و میر کم تر، مرتبط هستند. با توجه به نتایج بدست آمده، مداخلات روانشناختی مناسب برای افراد مبتلا به دیابت لازم است، زیرا ارائه آنها ساده است و به طور گسترده در میان طیف وسیعی از اختلالات روانی قابل اعمال است و ممکن است به افزایش خودکارآمدی و انگیزه برای مراقبت از خود دیابت کمک کند [۱۰]. بنابر مسائل مذکور، بهبود بهزیستی روانشناختی با ابعاد شخصیت، هوش هیجانی و افزایش تبعیت از درمان بیماران دیابتی رابطه مهم و اساسی دارد. در این رابطه تدوین مدل ساختاری برای شناخت چگونگی تاثیر ابعاد شخصیت، هوش هیجانی و تبعیت از درمان می تواند به افزایش بهزیستی روانشناختی بیماران دیابتی به عنوان عاملی کلیدی عمل کند و بر سرنوشت بیماران دیابتی و نحوی درمان آنها مؤثر باشد.

در پژوهش حاضر می توان به این محدودیت ها اشاره کرد: ۱. امکان سنجش صداقت و راستگویی پاسخگویان به دلیل

روند بیماری وجود دارد، لذا پیشنهاد می شود این موضوع مورد پژوهش های بیشتری قرار گیرد. در مجموع، پیشنهاد می شود پروتکل یکپارچه جهت غنی شدن مداخلات مبتنی بر افزایش بهزیستی روانشناختی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی طراحی شود.

سیاسگزار

این مقاله مستخرج از رساله دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود می باشد. بدینوسیله از کلیه پرسنل محترم و بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی دیابت و بیماری های متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران که در این پژوهش همکاری داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی می شود.

تضاد منافع

این مطالعه هیچ تضاد منافی ندارد.

مراکز و کلینیک های درمان دیابت، خدمات مشاوره و روان درمانی نیز هم زمان با درمان های پزشکی دیگر ارائه شود. پرداختن به عوامل روانشناختی مانند ابعاد شخصیتی و هوش هیجانی و بهزیستی روانشناختی می تواند باعث بهبود عوامل موثر بر مراقبت از خود، تبعیت از درمان و همچنین توانمند سازی پرستاران و کارشناسان بهداشت برای شناسایی شناسایی افراد در معرض خطر و در نتیجه اختلال در نقش حرفه ای پزشکان و تیم درمان در بهبود و سلامت بیماران دیابتی و افزایش هزینه ها و بار درمان برای جامعه خواهد شد؛ لذا پیشنهاد می شود که علاوه بر دارو درمانی، با اجرای پژوهش های اجرایی با تاکید بر ویژگیهای روانشناختی و همچنین همکاری بیشتر بین تیم درمان و پرستاران با روانشناسان دوره دیده پژوهش های تکمیلی برای آموزش خودمراقبتی و تاثیر توانمندسازی مراقبین و پرستاران در بهبود دانش و عملکرد بیماران دیابتی با ویژگیهای شخصیت پرخطر انجام شود. همچنین تحقیقات محدودی در مورد ابعاد شخصیتی بیماران دیابتی و تاثیر آن بر

References

1. Sotodeh Asl N, Avazabadian M, Ghorbani R, Malek F. Quality of life in patients with hypertension and type 2 diabetes mellitus. *Koomesh journal*. 2020;22(2): 263-268. <http://dx.doi.org/10.29252/koomesh.22.2.263>
2. Lin X, Xu Y, Pan X, Xu J, Ding Y, Sun X, et al. Global, regional and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. *Scientific Reports*. 2020;10(1):147-190. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-71908-9>
3. Ogurtsova K, da Rocha Fernandes JD, Huang Y, Linnenkamp U, Guariguata L, Cho NH, et al. IDF diabetes atlas: Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;128:40-50. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.024>
4. Woon LS-C, Sidi HB, Ravindran A, Gosse PJ, Mainland RL, Kaunismaa ES, et al. Depression, anxiety, and associated factors in patients with diabetes: evidence from the anxiety, depression, and personality traits in diabetes mellitus (ADAPT-DM) study. *BMC Psychiatry*. 2020;20(1):220-227. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02615-y>
5. Misra A, Sattar N, Tandon N, Shrivastava U, Vikram NK, Khunti K, et al. Clinical management of type 2 diabetes in south Asia. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6(12):979-991. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(18\)30199-2](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(18)30199-2)
6. Robinson DJ, Coons M, Haensel H, Vallis M, Yale JF. Diabetes and mental health. *Can J Diabetes*. 2018;42 Suppl 1:S130-s141. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2017.10.031>
7. Kalra S, Jena BN, Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian J Endocrinol Metab*. 2018;22(5):696-704. https://dx.doi.org/10.4103%2Fijem.IJEM17_579
8. Silva JAd, Souza ECFd, Echazú Böschemeier AG, Costa CCMd, Bezerra HS, Feitosa EELC. Diagnosis of diabetes mellitus and living with a chronic condition: participatory study. *BMC Public Health*. 2018; 18(1):699. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5637-9>
9. Massey CN, Feig EH, Duque-Serrano L, Wexler D, Moskowitz JT, Huffman JC. Well-being interventions for individuals with diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2019;147:118-133. <https://dx.doi.org/10.1016%2Fj.diabres.2018.11.014>
10. Pustilnik S. Adapting well-being into outpatient child psychiatry. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2019;28(2):221-235. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2018.11.006>
11. Abbasabad Arabi H, Bastani F, Navab E, Haghani H. Investigating quality of life and its relationship with emotional intelligence (EQ) in elderly with diabetes. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015;21(3):215-224.
12. five personality traits, coping strategies and compulsive buying in spanish university

- students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(2):8-21. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020821>
13. Kokko K, Tolvanen A, Pulkkinen L. Associations between personality traits and psychological well-being across time in middle adulthood. *Journal of Research in Personality*. 2013;47:748–756. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.jrp.2013.07.002>
 14. Hicks R, Mehta Y. The big five, type a personality, and psychological well-being. *International Journal of Psychological Studies*. 2018;10:49. <http://dx.doi.org/10.5539/ijps.v10n1p49>
 15. Phillips AS, Guarnaccia CA. The five-factor model of personality and self-reported versus biomarker diabetic control. *J Health Psychol*. 2016;21(10):2328-38. <https://doi.org/10.1177/1359105315576349/>
 16. Othman CN, Yusof MSB, Din AM, Zakaria LA. Emotional intelligence and personality traits in relation to psychological health among pharmacy students in malaysia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2016;222:253-262. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2016.05.154>
 17. El Othman R, El Othman R, Hallit R, Obeid S, Hallit S. Personality traits, emotional intelligence and decision-making styles in Lebanese universities medical students. *BMC psychology*. 2020;8(1):46. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00406-4>
 18. Moeller R, Seehuus M, Peisch V. Emotional intelligence, belongingness, and mental health in college students. *Frontiers in psychology*. 2020;11:93. <https://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00093>
 19. Schinckus L, Avalosse H, Van den Broucke S, Mikolajczak M. The role of trait emotional intelligence in diabetes self-management behaviors: The mediating effect of diabetes-related distress. *Personality and Individual Differences*. 2018;131:124-31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.028>
 20. Malinauskas R, Malinauskiene V. The relationship between emotional intelligence and psychological well-being among male university students: The mediating role of perceived social support and perceived stress. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1605. <https://doi.org/10.3390/ijerph17051605>
 21. Salavera C, Usán P, Teruel P, Antoñanzas JL. Eudaimonic well-being in adolescents: The role of trait emotional intelligence and personality. *Sustainability*. 2020;12(7):27-42. <https://doi.org/10.3390/su12072742>
 22. Boehm JK, Trudel-Fitzgerald C, Kivimaki M, Kubzansky LD. The prospective association between positive psychological well-being and diabetes. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2015;34(10):1013-1021. <https://doi.org/10.1037/hea0000200>
 23. Trindade IA, Duarte J, Ferreira C, Coutinho M, Pinto-Gouveia J. The impact of illness-related shame on psychological health and social relationships: Testing a mediational model in students with chronic illness. *Clin Psychol Psychother*. 2018;25(3):408-414. <https://doi.org/10.1002/cpp.2175>
 24. Hooman H. Structural equation modeling with lisrel application. Tehran: Samt, 2005.[Persian].
 25. Qasemi V. Estimation of optimal sample size in structural equation models and evaluation of its adequacy for social researchers. *Iranian Journal of Sociology*. 2012; 12 (4): 161-138. [Persian]. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=278568>
 26. Ryff CD, Keyes CLM. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995;69(4):719-727. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
 27. Burns RA, Machin MA. Identifying gender differences in the independent effects of personality and psychological well-being on two broad affect components of subjective wellbeing. *Personality and Individual Differences*. 2010;48(1):22-27. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.08.007>
 28. Zarif Golbar Yazdi H, Agha Mohammadian Sharabaf H, Mousavifar N, Moeinizadeh M. The effectiveness of welfare treatment on stress and psychological well-being of infertile women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility* 2012;15(2):48-55 [Persian]. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=261503>
 29. Salimi A, Jokar B, Nikpoor R. Internet and communication: perceived social support and loneliness as antecedent variables. *Psychological Studies*. 2009;5(3):81-102. <https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=169581>
 30. Costa PT, McCrae RR. Domains and facets: Hierarchical personality assessment using the revised neo personality inventory. *Journal of Personality Assessment*. 1995;64(1):21-50. http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6401_2
 31. Haghshenas h. Persian version and standardization of neo personality inventory-revised. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 1999;4(4):38-48.
 32. Holden RR, Fekken GC. The neo five-factor inventory in a canadian context: psychometric properties for a sample of university women. *Personality and Individual Differences*. 1994;17(3):441-444.
 33. Schutte NS, Malouff JM, Hall LE, Haggerty DJ,

- Cooper JT, Golden CJ, et al. Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*. 1998;25(2):167-177. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00001-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00001-4)
34. Schutte NS, Malouff JM, Bobik C, Coston TD, Greeson C, Jedlicka C, et al. Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*. 2001;141(4):523-536. <https://doi.org/10.1080/00224540109600569>
 35. Ghiabi B, Besharat MA. An investigation of the relationship between personality dimensions and emotional intelligence. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2011;30:416-420. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.082>
 36. Modanloo M. Development and psychometric tools adherence of treatment in patients with chronic phd thesis, Iran university of medical science, school of Nursing and Midwifery, 2013 [Persian]
 37. Seyed Fatemi N, Rafi F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh journal*. 2018;20(2):179-191.
 38. Seraj B, Alaei Alaei-Karahroudi F, Ashktorab T, Moradian M. The effect of telenursing on adherence to treatment in adolescents undergoing cardiac surgery. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2020;9(1):100-110. <http://journal.icns.org.ir/article-1-657-en.html>
 39. Anderson JC, Gerbing DW. Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*. 1988; 103,(3).411-423. <doi/10.1037/0033-2909.103.3.411>
 40. Abdullahi AM, Orji R, Rabi AM, Kawu AA. Personality and subjective well-being: towards personalized persuasive interventions for health and well-being. *Online J Public Health Inform*. 2020;12(1):1-24. <http://dx.doi.org/10.5210/ojphi.v12i1.10335>
 41. Macia P, Gorbeña S, Gómez A, Barranco M, Iraurgi I. Role of neuroticism and extraversion in the emotional health of people with cancer. *Heliyon*. 2020; 6 (7):e04281. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e04281>
 42. Gubler DA, Makowski LM, Troche SJ, Schlegel K. Loneliness and well-being during the covid-19 pandemic: associations with personality and emotion regulation. *Journal of happiness studies*. 2020:1-20. <https://dx.doi.org/10.1007%2Fs10902-020-00326-5>
 43. Melendez JC, Satorres E, Cujíño M-A, Reyes M-F. Big five and psychological and subjective well-being in Colombian older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2019;82:88-93. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.01.016>
 44. Syren SM, Kokko K, Pulkkinen L, Pehkonen J. Income and mental well-being: personality traits as moderators. *Journal of Happiness Studies*. 2020;21(2):547-571. <https://doi.org/10.1007/s10902-019-00076-z>
 45. Yu Y, Zhao Y, Li D, Zhang J, Li J. The relationship between big five personality and social well-being of chinese residents: the mediating effect of social support. *Front Psychol*. 2021;11:613-659. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.613659>
 46. Rossi C, Bonanomi A, Oasi O. Psychological wellbeing during the covid-19 pandemic: the influence of personality traits in the italian population. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):613-659. <https://dx.doi.org/10.3389%2Ffpsyg.2020.613659>
 47. Szczesniak M, Rodzeń W, Malinowska A, Kroplewski Z. Big five personality traits and gratitude: the role of emotional intelligence. *Psychology research and behavior management*. 2020;13:977-988. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S268643>
 48. Antoñanzas JL. The relationship of personality, emotional intelligence, and aggressiveness in students: a study using the big five personality questionnaire for children and adults (BFQ-NA). *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*. 2021;11(1):1-11. <https://doi.org/10.3390/ejihpe11010001>
 49. Ahmadpour M, Borjaali A, Eskandari H, Farrokhi N. Designing and testing a model psychological well – being according to personality traits with as mediator ethnic identity at talehsh. *Clinical Psychology & Personality (Daneshvar Raftar)*. 2018;16(1 (30)):105-18.
 50. Willard S. Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*. 2006;17:16-26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2006.01.001>
 51. Salman A, Sellami M, Al-Mohannadi AS, Chun S. The associations between mental well-being and adherence to physical activity guidelines in patients with cardiovascular disease: results from the scottish health survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3596. <https://doi.org/10.3390/ijerph16193596>
 52. Lama A, Baruah A. Medication adherence and its association with subjective well-being among persons with schizophrenia. *Indian Journal of Psychiatric Nursing*. 2019;16(2):61-66.