

Personality Traits, Resilience, and Coping Strategies Mechanisms in People with Diabetes and Healthy People

Shahnaz Mohammadi^{*1}, AliReza Fallah Tafti², Mahnaz Mohammadi³

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Kharazmi University, Tehran, Iran

2. Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

3. Department of Biology, Isl.C., Islamic Azad University, Islamshahr, Iran

Abstract

Background: The impact of psychological factors on physical diseases has highlighted the need to recognize these factors in the process of preventive and therapeutic interventions. In this regard, the aim of the present study was to compare personality traits, resilience, and coping strategies in diabetic patients and healthy individuals.

Methods: A causal-comparative method was used in a sample of 75 diabetic patients and 75 healthy individuals, who were selected by convenience sampling. Data collection was carried out using resilience, five-factor personality, and coping strategies questionnaires. Independent t-test and multivariate analysis of variance in SPSS 62 software were used to examine the hypotheses.

Results: The mean scores of resilience and the personality traits of extraversion and conscientiousness were higher in healthy individuals, and the mean score of neuroticism was higher in diabetic individuals. No significant difference was observed in the personality traits of agreeableness and openness between these two groups. The findings showed that the average scores of healthy individuals in using problem-oriented strategies and the average scores of diabetic individuals in using emotion-oriented strategies were higher than the other group.

Conclusion: The findings indicate that psychological factors play a significant role in the emergence and intensification of problems in diabetic patients. Addressing these factors and incorporating appropriate psychological strategies may therefore contribute to more effective prevention and treatment of diabetes.

Keywords: Personality, Psychological resilience, Coping skills, Diabetes mellitus

Please cite this article as:

Shahnaz Mohammadi, AliReza Fallah Tafti, Mahnaz Mohammadi. Personality Traits, Resilience, and Coping Strategies in People with Diabetes and Healthy People. *ijdl*. 2025; 25(5):414-423.

DOI: [10.18502/ijdl.v25i5.20338](https://doi.org/10.18502/ijdl.v25i5.20338)

*Corresponding Author: Shahnaz Mohammadi; Email: smohammadi@khu.ac.ir
Tehran, Enghelab St., Mofateh St., Kharazmi University. Tel: +98-21-88329220



ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری و سازگاری‌های راهبردهای مقابله‌ای در افراد مبتلا به دیابت و افراد سالم

شهناز محمدی^{۱*}، علیرضا فلاح تفتی^۲، مهناز محمدی^۳

۱- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران

۳- گروه زیست‌شناسی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلامشهر، ایران

چکیده

مقدمه: تأثیر عوامل روانشناختی بر بیماری‌های جسمانی، لزوم شناخت این عوامل را در روند مداخلات پیشگیرانه و درمانی برجسته کرده است. در این راستا، هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دیابتی و افراد سالم بود.

روش‌ها: این پژوهش با روش علی-مقایسه‌ای در نمونه‌ای متشکل از ۷۵ بیمار دیابتی و ۷۵ فرد سالم، که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، اجرا شد. گردآوری داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌های تاب‌آوری، پنج عاملی شخصیت و راهبردهای مقابله‌ای، انجام شد. جهت بررسی فرضیه‌ها، از آزمون t مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمرات تاب‌آوری و ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی در افراد سالم بالاتر و میانگین نمره روان‌رنجورخویی در افراد دیابتی بالاتر بود. تفاوت معناداری در ویژگی‌های شخصیتی خوشایندی و گشودگی بین این دو گروه مشاهده نشد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات افراد سالم در استفاده از راهبردهای مسئله‌مدار و میانگین نمرات افراد دیابتی در استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار نسبت به گروه دیگر بالاتر بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد که عوامل روانشناختی نقش مهمی در بروز و تشدید مشکلات بیماران دیابتی دارند. بنابراین، توجه به این عوامل و به‌کارگیری راهبردهای روانشناختی مناسب می‌تواند در پیشگیری و درمان مؤثرتر این بیماری نقش‌آفرین باشد.

واژگان کلیدی: شخصیت، تاب‌آوری روانشناختی، مهارت‌های مقابله‌ای، دیابت

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۱۱

به این مقاله، به صورت زیر استناد کنید:

Shahnaz Mohammadi, AliReza Fallah Tafti, Mahnaz Mohammadi Personality Traits, Resilience, and Coping Strategies in People with Diabetes and Healthy People. *ijdl*. 2025; 25(5):414-423.

* نویسنده مسئول: شهناز محمدی، آدرس: تهران، خیابان انقلاب، خیابان مفتح، دانشگاه خوارزمی، تلفن: ۰۲۱۸۸۳۲۹۲۲۰، پست الکترونیک:

smohammadi@khu.ac.ir

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن متابولیک است که با افزایش سطح گلوکز خون ناشی از کمبود یا عدم تأثیر انسولین در بدن، مشخص شده و در طول زمان منجر به آسیب جدی به اندام‌های بدن و افزایش نرخ مرگ‌ومیر و تأثیر بر کیفیت زندگی و سلامت روان می‌شود [۱، ۲]. شیوع دیابت به‌ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط در طول دهه‌های گذشته افزایش چشم‌گیری داشته به‌طوری‌که در سال ۲۰۲۲، ۱۴ درصد بزرگسالان بالای هجده سال از دیابت رنج می‌بردند که نسبت به سال ۱۹۹۰، افزایش دو برابری داشته است [۱]. با توجه به افزایش نرخ شیوع و بار این بیماری، شناخت هرچه بیشتر و برنامه‌ریزی برای پیشگیری و درمان‌های مؤثرتر، ضروری است.

از میان عوامل مؤثر بر دیابت، توجه به عوامل روان‌شناختی اهمیت دوچندانی دارد زیرا نه تنها در ایجاد بیماری دخیل هستند بلکه خود نیز تحت تأثیر بیماری قرار گرفته و می‌توانند بر مدیریت، سیر بیماری و افزایش مشکلات روانی تأثیرگذار باشند. در این جهت حتی انجمن دیابت آمریکا توصیه‌های مراقبت پزشکی جدیدی را با هدف ارزیابی وضعیت روانی و اجتماعی افراد مبتلا به دیابت در نظر گرفته است [۳، ۴]. یکی از متغیرهای روان‌شناختی که ارتباطی پیچیده با دیابت دارد، ویژگی‌های شخصیتی است [۳، ۵، ۶].

شخصیت را می‌توان به‌عنوان الگوهای متمایز و مشخصه‌ای از فکر، عواطف و رفتار تعریف کرد که سبک شخصی تعامل فرد را با محیط فیزیکی و اجتماعی تعریف می‌کند [۷]. همان‌طور که ویژگی‌های شخصیتی می‌تواند بر ریسک ابتلا و مدیریت دیابت تأثیر بگذارد، زندگی با دیابت خود نیز می‌تواند منجر به تغییرات شخصیتی در طول زمان شود. هرچند مطالعات ارتباط بین ویژگی‌های شخصیتی و دیابت را مطرح کرده‌اند اما تفاوت‌هایی نیز در یافته‌های این زمینه وجود دارد. برای مثال پژوهش Esmaeilinasab و همکاران [۸] نشان داد که وظیفه‌شناسی و برون‌گرایی در افراد دیابتی با سطح گلوکز خون در ارتباط است اما پژوهش Cheng و همکاران [۹] وظیفه‌شناسی را تنها عامل مؤثر برای ابتلا به دیابت گزارش کرده است. بنابراین به‌نظر می‌رسد بررسی‌های بیشتری جهت روشن شدن ارتباط صفات شخصیتی و دیابت، لازم است. صفات شخصیتی می‌توانند بر سایر ویژگی‌های روان‌شناختی افراد نیز تأثیر گذاشته که آنها نیز به نوبه خود با بیماری دیابت در ارتباط هستند. از جمله این ویژگی‌های روان‌شناختی تاب‌آوری و راهبردهای مقابله است

[۲، ۱۰، ۱۱]

تاب‌آوری به مهارت‌ها و ویژگی‌های محافظتی اطلاق می‌شود که در مواجهه با ناملایمات به حفظ سلامتی و پیامدهای روان‌شناختی بهتر منجر می‌شود [۱۲]. مطالعات ارتباط بین تاب‌آوری و بروز و پیشرفت دیابت را مورد توجه قرار داده‌اند. هرچند تاب‌آوری با پیشرفت بیماری در اکثر موارد رابطه معکوس داشت اما در زمینه بروز دیابت، برخی مطالعات نشان دادند که تاب‌آوری با بروز دیابت ارتباط معکوس دارد و در برخی چنین ارتباطی یافت نشده است [۱۳]. به‌نظر می‌رسد عواملی چون تنوع جمعیتی و فرهنگی، ابزارهای مورد استفاده، پیشینه فردی و ماهیت پویای تاب‌آوری از عوامل مؤثر بر اختلاف نتایج این مطالعات بوده است.

مقابله سازهای روان‌شناختی و چند بعدی با طیف وسیعی از روش‌ها برای ارزیابی و پاسخ به استرس است [۱۴]. در زمینه استفاده از سازکارهای مقابله‌ای برخی پژوهش‌ها نشان دادند که بیماران دیابتی از هر دو سبک هیجان‌مدار و مسئله‌مدار به یک اندازه استفاده می‌کنند و برخی از پژوهش‌ها ترجیح راهبردهای مسئله‌مدار را برجسته کرده‌اند [۱۵، ۱۶] در ترجیحات افراد دیابتی در نوع راهبردهای مقابله‌ای انطباقی در فرهنگ‌های مختلف نیز تفاوت‌هایی گزارش شده است [۱۶]. در مقایسه افراد سالم و دیابتی، Bagherian Sararoudi و همکاران [۱۵] اعلام کردند که تفاوت معناداری بین این دو گروه در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای به‌جز سبک حمایت جوینده، یافت نشده و ترجیح هر دو گروه بر استفاده از سبک مسئله‌مدار است اما در مقابل پژوهش Hatamloo Sadabadi و Babapour Kheirodin [۱۷] نشان داد افراد دیابتی از راهبردهای هیجان‌مدار استفاده کرده درحالی‌که افراد سالم از راهبردهای مسئله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند. تنوع یافته‌های پژوهشی موجود ضرورت واکاوی بیشتر این مسئله را مطالعات دیگر برجسته می‌سازد.

با توجه به برجسته‌سازی اهمیت توجه بالینی به متغیرهای پژوهش حاضر در بیماران دیابتی و ارتباط این متغیرها با یکدیگر که در ادبیات پژوهش به آن اشاره شده است و نیز تنوع یافته‌های گزارش شده در ادبیات پژوهشی و تأکید بر اهمیت در نظر گرفتن بافت فرهنگی به‌ویژه در مطالعات مرتبط با شخصیت، هدف پژوهش حاضر مقایسه ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دیابتی و افراد سالم شهر تهران، بود.

روش‌ها

شرکت‌کنندگان و طرح پژوهش: پژوهش حاضر در دسته پژوهش‌های توصیفی مقطعی بوده که با روش علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) در بازه مهر تا دی ماه سال ۱۴۰۳ انجام شد. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت که توسط متخصص تشخیص قطعی داده شده و همراهان سالم این بیماران بود. نمونه این پژوهش مجموعاً ۱۵۰ نفر شامل ۷۵ بیمار دیابتی و ۷۵ فرد سالم بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس از مراجعین به بیمارستان شریعتی تهران انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص دیابت از سوی پزشک، گذشت حداقل سه سال از شروع بیماری دیابت و عدم ابتلا به سایر بیماری‌های جسمی یا روانی ناتوان‌کننده، قرار داشتن در بازه سنی ۲۰ الی ۶۰ سال، داشتن سواد حداقل در سطح پنجم ابتدایی و تمایل به شرکت داوطلبانه در پژوهش، بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم پاسخگویی به سؤالات و تمایل به خروج از پژوهش بود. تمامی حقوق افراد و شرایط اخلاقی پژوهش از جمله اصل گمنامی اطلاعات، استفاده از اطلاعات صرفاً جهت مقاصد پژوهشی، انتشار یافته‌ها با اجازه شرکت‌کنندگان در پژوهش و عدم تأثیر شرکت یا عدم شرکت در پژوهش بر روند درمان بیماران، پیش از شرکت در پژوهش برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

ابزارها: ۱) پرسشنامه تاب‌آوری (CD-RISC): این پرسشنامه توسط Davidson و Connor در سال ۲۰۰۳ به منظور برآورد میزان تاب‌آوری افراد ساخته شد که قابل کاربرد در موقعیت‌های بالینی و غیر بالینی است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از: تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز شخصی تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و معنویت. این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال بوده که هر سؤال براساس طیف لیکرت از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. نمره کل پرسشنامه در دامنه صفر تا صد بوده و هرچه امتیاز بالاتر باشد بیانگر میزان تاب‌آوری بیشتر فرد است. در پژوهش Davidson و Connor [۱۸] آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ و در پژوهش Bakhshayesh Eghbali و همکاران [۱۹] پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

۲) پرسشنامه پنج عاملی شخصیت- فرم کوتاه (NEO-FFI): این پرسشنامه توسط Costa و McCrae در سال ۱۹۸۵ ساخته شده و از پُربکارترین آزمون‌های سنجش ویژگی‌های شخصیتی تا به امروز است. پرسشنامه حاضر دارای ۶۰ سؤال بوده و ویژگی‌های شخصیتی برون‌گرایی، روان‌رنجورخویی^۱، گشودگی، خوشایندی و

وظیفه‌شناسی را می‌سنجد. نمره‌گذاری این آزمون براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از صفر تا چهار، است. Costa و McCrae [۲۰] ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برای مقیاس‌های آن در بازه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ اعلام کرده‌اند. در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس‌ها در بازه ۰/۳۹ تا ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۱].

۳) پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای (WOCQ): این پرسشنامه در سال ۱۹۸۵ توسط Lazarus و Folkman جهت سنجش راهبردهای مقابله‌ای طراحی شد که دارای ۶۶ گویه بوده و گویه‌ها در طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. دو مقیاس این پرسشنامه عبارتند از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار. هر یک از این دو مقیاس دارای ۴ خرده مقیاس است. نمره بالاتر در هر مقیاس نشان‌دهنده میزان بیشتر استفاده از آن راهبردهاست. Lazarus و Folkman (۱۹۹۸) [۲۲] ضریب آلفای این پرسشنامه را برای خرده مقیاس‌های آن در بازه ۰/۶۸ الی ۰/۷۶ گزارش کرده و این میزان در ایران برای راهبردهای مسئله‌مدار ۰/۷۶ و برای راهبردهای هیجان‌مدار ۰/۷۳ بیان شده است [۲۲].

یافته‌ها

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و استنباطی آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. از نظر جنسیت، ۳۳ نفر (۴۴ درصد) از بیماران دیابتی مرد و ۴۲ نفر (۵۶ درصد) زن هستند، درحالی‌که در گروه افراد سالم ۳۵ نفر (۴۷/۷ درصد) مرد و ۴۰ نفر (۵۳/۳ درصد) زن هستند. در توزیع سنی، بیشترین فراوانی بیماران دیابتی در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال با ۳۴ نفر (۴۵/۳ درصد) مشاهده می‌شود و در گروه افراد سالم بیشترین فراوانی در گروه سنی ۴۱-۵۰ سال با ۳۲ نفر (۴۲/۷ درصد) است. همچنین، از نظر وضعیت تأهل، ۵۵ نفر (۷۳/۳ درصد) از بیماران دیابتی متأهل و ۲۰ نفر (۲۶/۷ درصد) مجرد هستند، درحالی‌که در گروه افراد سالم، ۵۷ نفر (۷۶ درصد) متأهل و ۱۸ نفر (۲۴ درصد) مجرد هستند. در گروه بیماران دیابتی، ۹ نفر (۱۲ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۳۱ نفر (۴۱ درصد) زیر دیپلم، ۲۹ نفر (۳۸ درصد) دیپلم و ۶ نفر (۸ درصد) لیسانس دارند. در مقابل، در گروه افراد سالم، ۷ نفر (۹/۳ درصد) دارای تحصیلات ابتدایی، ۲۷ نفر (۳۶ درصد) زیر دیپلم، ۳۳ نفر (۴۴ درصد) دیپلم و ۸ نفر (۱۰ درصد) لیسانس دارند. این توزیع نشان می‌دهد که بیشترین تعداد بیماران دیابتی و افراد سالم در گروه‌های تحصیلی زیر دیپلم و دیپلم قرار دارند.

¹ Neuroticism

جدول ۱- شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
تاب‌آوری	بیماران دیابتی	۶۸/۳۸	۱۳/۸۵	۷۵
	افراد سالم	۷۳/۸۵	۱۵/۵۰	۷۵
روان‌رنجور خویی	بیماران دیابتی	۳۱/۶۰	۴/۹۰	۷۵
	افراد سالم	۲۸/۰۱	۵/۹۲	۷۵
برون‌گرایی	بیماران دیابتی	۲۷/۹۶	۷/۰۲	۷۵
	افراد سالم	۳۱/۱۶	۶/۸۵	۷۵
گشودگی	بیماران دیابتی	۲۹/۱۴	۶/۶۳	۷۵
	افراد سالم	۳۰/۱۸	۵/۷۲	۷۵
خوشایندی	بیماران دیابتی	۳۲/۹۷	۶/۸۰	۷۵
	افراد سالم	۳۲/۲۹	۶/۵۵	۷۵
وظیفه‌شناسی	بیماران دیابتی	۳۵/۸۵	۵/۱۲	۷۵
	افراد سالم	۳۳/۴۸	۵/۶۲	۷۵
مسئله محور	بیماران دیابتی	۴۰/۰۹	۵/۷۴	۷۵
	افراد سالم	۴۳	۵/۳۴	۷۵
هیجان محور	بیماران دیابتی	۴۴/۲۸	۹/۱۸	۷۵
	افراد سالم	۴۰/۲۲	۹/۵۶	۷۵

فرضیه اول: سطوح تاب‌آوری بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوت دارد

برای آزمون این فرضیه به مقایسه نمره‌های تاب‌آوری در بیماران دیابتی و افراد سالم از طریق آزمون t برای گروه‌های مستقل پرداخته شد. نتایج آزمون لون بیانگر همگنی واریانس‌های دو گروه بود ($F=۰/۴۷۰$ ، $P=۰/۴۹۴$).

میانگین و انحراف معیار متغیرها در بیماران دیابتی و افراد سالم به ترتیب برای تاب‌آوری (۶۸/۳۸، ۱۳/۸۵) و (۷۳/۸۵، ۱۵/۵۰)، روان‌رنجورخویی (۳۱/۶۰، ۴/۹۰) و (۲۸/۰۱، ۵/۹۲)، برون‌گرایی (۲۷/۹۶، ۷/۰۲) و (۳۱/۱۶، ۶/۸۵)، گشودگی (۲۹/۱۴، ۶/۶۳) و (۳۰/۱۸، ۵/۷۲)، خوشایندی (۳۲/۹۷، ۶/۸۰) و (۳۲/۲۹، ۶/۵۵) و وظیفه‌شناسی (۳۵/۸۵، ۵/۱۲) و (۳۳/۴۸، ۵/۶۲)؛ مسئله‌محور (۴۰/۰۹، ۵/۷۴) و (۴۳، ۵/۳۴) هیجان‌محور (۴۴/۲۸، ۹/۱۸) و (۴۰/۲۲، ۹/۵۶) است.

جدول ۲- نتایج آزمون t مستقل جهت مقایسه تاب‌آوری در بیماران دیابتی و افراد سالم

گروه	میانگین	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	df	t
دیابتی	۶۸/۳۸	-۵/۴۷	۲/۴۰	۱۴۸	-۲/۲۷*
سالم	۷۳/۸۵				

* $P<۰/۰۵$

فرضیه دوم: ویژگی‌های شخصیتی در بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوت دارد

برای آزمون این فرضیه از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس‌ها در دو گروه در متغیرهای روان‌رنجورخویی ($P=۰/۱۱۹$ ، $F=۲/۴۵۸$)

نتایج نشان داد که بین تاب‌آوری بیماران مبتلا به دیابت و افراد سالم تفاوت معناداری وجود دارد ($P<۰/۰۵$). میانگین نمرات افراد گروه سالم در تاب‌آوری (۷۳/۸۷) از میانگین نمرات تاب‌آوری بیماران دیابتی (۶۸/۳۸) بیشتر است.

($F=$ برون‌گرایی ($F= ۰/۸۳۱$ ، $P= ۰/۴۶$)، گشودگی ($F= ۰/۱۳۶$)، خوشایندی ($F= ۲/۴۲$ ، $P= ۰/۵۷۹$)، $P= ۰/۳۰۹$) و وظیفه‌شناسی ($F= ۰/۴۷۱$ ، $P= ۰/۵۲۳$) همگن است ($F= ۰/۰۵$)
 ($P>$). برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر ویژگی‌های شخصیتی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳- نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره شخصیت

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	مجذور ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۸۲۰	۶/۳۳***	۱۴۴	۵	۰/۱۸۰

*** $P<۰/۰۰۱$

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از ویژگی‌های شخصیتی (روان‌رنجور خویی، برون‌گرایی، گشودگی، خوشایندی و وظیفه‌شناسی) تفاوت معنادار وجود دارد ($F(۱۴۴ و ۵) = ۶/۳۳$ و $P< ۰/۰۰۱$).

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از آزمون لامبدای ویلکز، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به‌دست‌آمده در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر ویژگی‌های شخصیت

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F
گروه	روان‌رنجوری	۴۸۲/۴۰۷	۱	۴۸۲/۴۰۷	۱۶/۳۰***
	برون‌گرایی	۳۸۴	۱	۳۸۴	۷/۹۶۸**
	گشودگی	۴۰/۵۶۰	۱	۴۰/۵۶۰	۱/۰۵۶
	خوشایندی	۱۷/۳۴۰	۱	۱۷/۳۴۰	۰/۳۸۹
	وظیفه‌شناسی	۲۱۱/۲۲۷	۱	۲۱۱/۲۲۷	۷/۳۱۸***

*** $P<۰/۰۰۱$ ** $P<۰/۰۱$

براساس جدول ۴ و نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بین دو گروه بیماران دیابتی و افراد سالم، در ویژگی شخصیت روان‌رنجورخویی ($F(۱ و ۱۴۸) = ۱۶/۳۰$ و $P< ۰/۰۰۱$) برون‌گرایی ($F(۱ و ۱۴۸) = ۷/۹۶۸$ و $P< ۰/۰۱$) و وظیفه‌شناسی ($F(۱ و ۱۴۸) = ۷/۳۱۸$ و $P< ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار وجود دارد. به عبارت دیگر میانگین نمرات روان‌رنجورخویی در بیماران دیابتی ($۳۱/۶۰$) بیشتر از میانگین نمرات افراد سالم ($۲۸/۰۱$) بود. میانگین نمرات برون‌گرایی افراد سالم ($۳۱/۱۶$) بیشتر از میانگین نمرات افراد دیابتی ($۲۷/۹۶$) بود. از نظر وظیفه‌شناسی میانگین نمرات افراد سالم ($۳۰/۱۸$) بیشتر از میانگین نمرات افراد دیابتی ($۲۹/۱۴$) بود. ولی بین دو گروه از نظر گشودگی ($F(۱ و ۱۴۸) = ۱/۰۵۶$) و خوشایندی ($F(۱ و ۱۴۸) = ۰/۳۸۹$ و $P> ۰/۰۵$) تفاوت معنادار مشاهده نشد.

فرضیه سوم: راهبردهای مقابله‌ای در بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوت دارد.

جهت مقایسه دو گروه بیماران مبتلابه دیابتی و افراد سالم از لحاظ راهبردهای مقابله‌ای، از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بهره گرفته شد. نتایج آزمون لون نشان داد که واریانس‌ها در دو گروه در متغیرهای مسئله‌محور ($F= ۲/۹۱۸$ ، $P= ۰/۷۰۵$) و هیجان‌محور ($F= ۰/۱۴۴$ ، $P= ۰/۰۹۰$) همگن است ($P> ۰/۰۵$). برای تعیین معنی‌داری اثر گروه بر ویژگی‌های شخصیتی، از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۵ گزارش شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تحلیل واریانس چند متغیره شخصیت

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی خطا	درجه آزادی اثر	مجذور ایتا
لامبدای ویلکز	۰/۸۹۲	۸/۹۰***	۱۴۷	۲	۰/۹۸۷

*** $P<۰/۰۰۱$

و راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محور) تفاوت معنادار وجود دارد (۸/۹۰)
 $(F(2) و P < 0/001)$

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه
 حداقل در یکی از راهبرد مقابله‌ای (راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور

جدول ۶- نتایج تحلیل واریانس چند متغیره اثرات گروه بر راهبردهای مقابله‌ای

اثر	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F
گروه	مسئله محور	۶۱۶/۱۰۷	۱	۶۱۶/۱۰۷	۱۰/۳۳***
	هیجان محور	۳۱۶/۸۲۷	۱	۳۱۶/۸۲۷	۷/۰۰۵***

*** $P < 0/001$

و Joyce و همکاران [۲۷] بود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت یکی از عوامل مؤثر بر دیابت و افزایش قند خون، میزان و نحوه برخورد افراد با استرس است. استرس با فعال کردن سیستم هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و سیستم سمپاتیک بدن، موجب افزایش ترشح کورتیزل شده که خود باعث افزایش قند خون کاهش عملکرد انسولین است [۲۸]. افراد دارای تاب‌آوری بالاتر قادرند به صورت فعالانه تعادل زیستی روانی خود را در موقعیت‌های چالش‌برانگیز حفظ کرده و به وضعیت مطلوب هیجانی از نظر عواطف مثبت بازگردند. این مسئله موجب می‌شود تا کمتر تحت تأثیر شرایط استرس مزمن قرار گرفته که در تعادل سطح قند خون مؤثر است. سطوح بالاتر تاب‌آوری به‌عنوان سپری در برابر کاهش رفتارهای خودمراقبتی و کنترل و مانیتورینگ قند خودن در شرایط پریشانی عمل می‌کنند که خود عامل حفاظتی در برابر دیابت محسوب می‌شود. از طرفی بعد از ابتلا به دیابت، تجارب بیمار دیابتی در زمینه مدیریت بیماری خود و سندرم خستگی دیابت نیز می‌تواند باعث کاهش تاب‌آوری افراد شود [۲۹، ۲۵].

تاب‌آوری پایین می‌تواند بر استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر نیز تأثیرگذار باشد و از این طریق نیز بر دیابت اثر خود را داشته باشد [۲۷، ۳۰]. همچنین صفت شخصیتی روان‌رنجور خوبی‌گرایش بیشتر به سمت استفاده از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار تقویت می‌کند [۳]. در این پژوهش نیز افراد دیابتی گرایش بیشتری به استفاده از راهبردهای هیجان‌مدار در مقایسه با افراد سالم داشتند. این یافته همسو با پژوهش Rivera-Picón و همکاران [۳] و Afshar و همکاران [۱۱] و ناهمسو با پژوهش Bagherian Sararoudi و همکاران [۱۵] بود، هرچند در این پژوهش نیز اشاره شده بود که افراد دیابتی از سبک مقابله‌ای حمایت‌جویند که نوعی سبک هیجان‌مدار است بیشتر از افراد سالم استفاده می‌کنند اما در کل به این نتیجه اشاره شده بود که

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد بین دو گروه بیماران دیابتی و افراد سالم، در راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار (۱۰/۳۳) $= F(1) و P < 0/001$ و هیجان‌مدار (۷/۰۰۵) $= F(1) و P < 0/001$ تفاوت معنادار وجود دارد. از نظر راهبرد مقابله‌ای مسئله‌محوری میانگین نمرات افراد سالم (۴۳) بیشتر از نمرات افراد دیابتی (۴۰/۰۹) بود اما از نظر راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محوری میانگین نمرات افراد دیابتی (۴۴/۲۸) بیشتر از افراد سالم (۴۰/۲۲) بود.

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه تاب‌آوری، ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای بیماران دیابتی و افراد سالم در شهر تهران بود. یافته‌ها نشان داد افراد دارای دیابت در صفت روان‌رنجورخویی نسبت به افراد عادی نمرات بالاتری کسب کردند، این درحالی بود که نمرات تاب‌آوری آنها از افراد سالم کمتر و گرایش به راهبردهای هیجان‌مدار در آنها بیشتر بود. ارتباط بین روان‌رنجورخویی و دیابت با یافته‌های پژوهش‌های Lee و همکاران [۲۳]، Novak و همکاران [۲۴] و Nemati و همکاران [۲] همسو بود. در توجیه این یافته می‌توان گفت صفت روان‌رنجورخویی با سبک زندگی و رفتارهای مرتبط با سلامت ارتباط از جمله رعایت رژیم غذایی، کنترل وزن، ورزش و نیز افزایش تجربه هیجانات منفی از جمله استرس در ارتباط است که این رفتارها می‌توانند عوامل خطر در ابتلا به دیابت باشند. به‌علاوه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که روان‌رنجورخویی از طریق تأثیر بر تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند بر بیماری دیابت اثرگذار باشد [۲]. در این زمینه نمرات پایین‌تر تاب‌آوری در افراد دیابتی در پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش Kusnanto و همکاران [۲۵]؛ Balooch Zadeh و همکاران [۲۶]

هر دو گروه سالم و بیمار در مواجهه با چالش‌های زندگی از سبک مسئله‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که داشتن روان‌رنجورخویی بالاتر در افراد دیابتی که آنها را مستعد تجربه هیجانات منفی و فشار روانی بیشتر و تکانشوری بالاتر می‌سازد به همراه تاب‌آوری کمتر در این گروه، بیماران دیابتی فشار روانی بیشتری را تجربه کرده و سعی می‌کنند هرچه سریع‌تر از استرس وارد شده رهایی یابند حتی اگر مسئله به‌طور دائم حل نشود و در نتیجه از راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار بیشتر استفاده می‌کنند.

از آنجا که این راهبرد مقابله‌ای، مسئله موجود را حل نمی‌کند و فقط استرس ناشی از آن را تا حدودی کاهش می‌دهد پس از مدتی دوباره این مشکل حل نشده به‌علاوه درد ناشی از بیماری خود را نشان داده و همین مراحل طی می‌گردد. این امر افراد دچار دیابت را در دور باطلی قرار می‌دهد و وضعیت جسمی و روانی آنها روز به روز بدتر می‌شود.

پژوهش حاضر نشان داد افراد سالم دارای نمرات بالاتری در صفات شخصیتی برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی هستند. این یافته‌ها با نتایج پژوهش Lee و همکاران [۲۳]، Van Dooren و همکاران [۳۱] و Esmaeilinasab و همکاران [۸] همسو است. وظیفه‌شناسی که با تنظیم تمایلات درونی و خودانضباطی همراه است، می‌تواند منبع احتمالی در کمک به افراد برای کاهش رفتارهای لذت‌گرای تکانشی باشد. لذا افراد دیابتی که در این صفت نمرات کمتری دارند ممکن است بیشتر به سمت رفتارهای سهل‌انگارانه، خودکنترلی کمتر و بی‌برنامگی گرایش دارند که با افزایش خطر ابتلا به دیابت و مرگ‌ومیر ناشی از آن ارتباط دارد. برون‌گرایی نیز به سبب این که افراد را بیشتر در روابط اجتماعی رضایت‌بخش درگیر می‌کند متعاقباً منابعی از حمایت اجتماعی بیشتر، سطح فعالیت بالاتر، تاب‌آوری بیشتر و تجربه هیجانات مثبت‌تر، برای افراد ایجاد می‌کند که می‌توانند منابعی در کنترل مؤثر عوامل مرتبط با دیابت محسوب شوند. البته برخی پژوهش‌ها از جمله پژوهش Ohseto و همکاران [۳۲] نتایجی ناهمسو با این یافته داشته‌اند که می‌تواند به‌علت تأثیر تفاوت در بافت فرهنگی و شرایط اجتماعی مطالعه حاضر و این مطالعه باشد.

یافته‌های حاضر نشان داد در مدیریت بیماری دیابت هم در سطح پیشگیرانه و هم در سطح درمان، نیاز به نگاهی چندبعدی به این بیماری است که یکی از ابعاد مهم آن جنبه‌های روانشناختی است. در این مطالعه تأثیر پیچیده و متقابل ویژگی‌های شخصیتی، تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای و اهمیت آن در بیماران دیابتی مورد بررسی قرار گرفت. چنین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و مداخلات مبتنی بر افزایش تاب‌آوری به‌خصوص در جمعیت‌هایی با ویژگی‌های شخصیتی مرتبط با صفات روان‌رنجورخویی و تقویت ویژگی‌های سبکی مرتبط با صفات برون‌گرایی و وظیفه‌شناسی، می‌تواند در بحث مدیریت بیماری دیابت مدنظر قرار گیرد.

با توجه به محدودیت‌های حاکم بر اجرای این پژوهش که مهم‌ترین آن دشواری در همکاری شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجرا در شرایط بیمارستانی بود، پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌های آتی یافته‌های حاصل از این مطالعه را به تفکیک در جمعیت‌های زنان و مردان، گروه‌های سنی مختلف و انواع مختلف دیابت، بررسی کنند. همچنین پیشنهاد می‌گردد مطالعات با حجم نمونه بالاتر و روش‌های آماری پیشرفته‌تر از جمله طراحی مدل‌های علیتی در بافت‌های فرهنگی اجتماعی گوناگون، ارتباطات متغیرهای پژوهش و سازکارهای زیربنایی نحوه تأثیر آنها بر بیماری دیابت را بیشتر واکاوی کنند.

تعارض منافع

مؤلفان اظهار می‌کنند که منافع متقابلی از تألیف و انتشار این مقاله وجود ندارند.

سپاسگزاری

تیم پژوهش حاضر از مسئولین محترم بیمارستان شریعتی تهران و نیز کلیه بیماران دیابتی و همراهان گرامی آنها که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند، کمال تشکر را دارد.

References

1. Organization WH. 2024. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
2. Nemati R, Vahedparast H, Rashedi Y, Mirzaei K, Bahreini M. The role of personality factors in Predicting Resilience and coping styles of patients with type 2 Diabetes: a cross-sectional study. *Journal*

- of Holistic Nursing And Midwifery. 2023; 33(1):25-33.
3. Rivera-Picón C, Benavente-Cuesta MH, Quevedo-Aguado MP, Juárez-Vela R, Martínez-Tofe J, Sánchez-González JL, et al. Influence of state of health and personality factors of resilience and coping in healthy subjects and those with diabetes. *Frontiers in Public Health*. 2023; 11:1074613.
 4. Turin A, Radobuljac MD. Psychosocial factors affecting the etiology and management of type 1 diabetes mellitus: A narrative review. *World Journal of diabetes*. 2021; 12(9):1518.
 5. Secher AL, Nexø MA, Mortensen EL, Nørgaard K. Personality in Type 1 Diabetes and the Impact of Personality Traits on the Effects of Introducing Diabetes Technology. *Psychology Research and Behavior Management*. 2025: 353-60.
 6. Sánchez-Urbano C, Pino MJ, Herruzo C. Personality prototypes in people with Type 1 diabetes and their relationship with adherence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(9):4818.
 7. Rubinstein G. Knowledge Creation. In: Kempf-Leonard K, editor. *Encyclopedia of Social Measurement*. New York: Elsevier; 2005: 409-16.
 8. Esmaeilinasab M, Ebrahimi M, Mokarrar MH, Rahmati L, Mahjouri MY, Arzaghi SM. Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2016; 15:1-5.
 9. Cheng H, Treglown L, Montgomery S, Furnham A. Associations between familial factor, trait conscientiousness, gender and the occurrence of type 2 diabetes in adulthood: Evidence from a British cohort. *PloS one*. 2015; 10(5):e0122701.
 10. Nieto M, Visier ME, Silvestre IN, Navarro B, Serrano JP, Martínez-Vizcaíno V. Relation between resilience and personality traits: The role of hopelessness and age. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2023; 64(1):53-9.
 11. Afshar H, Roohafza HR, Keshteli AH, Mazaheri M, Feizi A, Adibi P. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of research in medical sciences*. 2015; 20(4):353-8.
 12. Hilliard ME, Harris MA, Weissberg-Benchell J. Diabetes resilience: a model of risk and protection in type 1 diabetes. *Current diabetes reports*. 2012; 12:739-48.
 13. Ghulam A, Bonaccio M, Costanzo S, Bracone F, Gianfagna F, de Gaetano G, et al. Psychological resilience, cardiovascular disease, and metabolic disturbances: a systematic review. *Frontiers in psychology*. 2022; 13:817298.
 14. Nrugham L, Holen A, Sund AM. Suicide attempters and repeaters: depression and coping: a prospective study of early adolescents followed up as young adults. *The Journal of nervous and mental disease*. 2012; 200(3):197-203.
 15. Bagherian Sararoudi R, Mahmmodi M, Ahmadzadeh G. Coping Styles Among Diabetic Patients . *J Arak Uni Med Sci*. 2009; 12(1):9-17.
 16. Hapunda G. Coping strategies and their association with diabetes specific distress, depression and diabetes self-care among people living with diabetes in Zambia. *BMC endocrine disorders*. 2022; 22(1):215.
 17. Hatamloo Sadabadi M, Babapour Kheirodin J. Comparison of Quality of Life and Coping Strategies in Diabetic and Non Diabetic People. *JSSU*. 2013;20(5):581-92.
 18. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003; 18(2):76-82.
 19. Bakhshayesh Eghbali B, Pourramzani A, Bahadivand Chegini AH, Mirniam L, Hasanzadeh K, Saadat S. Validity and reliability of connor-davidson resilience scale in patients with multiple sclerosis: a psychometric study in Iran. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*. 2022; 9(2):45-50.
 20. McCrae RR, Costa Jr PT. Comparison of EPI and psychoticism scales with measures of the five-factor model of personality. *Personality and individual Differences*. 1985; 6(5):587-97.
 21. Anisi J. Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2012; 5(4):351-5.
 22. Razi I JD. The Mediating Role of Coping Strategies in Linking Personality Traits and Family Functioning with Disease Perception in MS Patients. *Health Psychology*. 2022; 11(42):131-48.
 23. Lee SF, Li CP. Personality as a predictor of HbA1c level in patients with type 2 diabetes mellitus. *Medicine*. 2021; 100(27):e26590.
 24. Novak JR, Anderson JR, Johnson MD, Hardy NR, Walker A, Wilcox A, et al. Does personality matter in diabetes adherence? Exploring the pathways between neuroticism and patient adherence in couples with type 2 diabetes. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2017; 9(2):207-27.
 25. Kusnanto K, Arifin H, Widyawati IY. A qualitative study exploring diabetes resilience among adults with regulated type 2 diabetes mellitus. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2020; 14(6):1681-7.
 26. Balooch Zadeh E, Farhoodi F, Azizi R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on resilience at women with type 2 diabetes in Yazd city. *IJDO* 2022; 14 (1) :1-8
 27. Joyce P, Smith RE, Vitaliano PP, Jean CY, Mai S, Hillman M, et al. A person-focused analysis of resilience resources and coping in diabetes patients. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*. 2010; 26(1):51.
 28. Narimani M AA, Ahadi B, Abolghasemi A, Zahed A. Effectiveness of Stress Management Training on Reduction of Psychological Symptoms and ZGlycemic Control in Diabetic patients. *Health Psychology*. 2013; 1(3):19-29.
 29. Gheshlagh RG, Sayehmiri K, Ebadi A, Dalvandi A, Dalvand S, Tabrizi KN. Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016; 18(7):e38562.
 30. Wu Y, Yu W, Wu X, Wan H, Wang Y, Lu G. Psychological resilience and positive coping styles among Chinese undergraduate students: a cross-sectional study. *BMC psychology*. 2020; 8:1-11.
 31. Van Dooren FE, Denollet J, Verhey FR, Stehouwer CD, Sep SJ, Henry RM, et al. Psychological and personality factors in type 2 diabetes mellitus, presenting the rationale and exploratory results from The Maastricht Study, a population-based cohort study. *BMC psychiatry*. 2016; 16:1-11.

32. Ohseto H, Ishikuro M, Kikuya M, Obara T, Igarashi Y, Takahashi S, et al. Relationships among personality traits, metabolic syndrome, and metabolic syndrome scores: The Kakegawa cohort study. *Journal of psychosomatic research*. 2018; 107:20-5.