رابطه ساده و چندگانه تاب‌آوری و سرسختی با سبک‌های مقابله هیجان مدار و مسأله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد

نویسندگان: ناهید مظلوم بفروئی[1]، محمد افخمی اردکانی[2*]، حسن شمس اسفندآباد[3] ، محمدرضا جلالی[4]

۱-کارشناسی ارشد روان شناسی و دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، روان‌شناس بیمارستان امام جعفر صادق(ع) میبد

۲- فوق تخصص غدددرون ریز و متابولیسم، استاد گروه داخلی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

۳- دکتری روانشناسی و دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین

۴- دکتری روانشناسی واستادیار گروه روان شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه بین المللی امام خمینی قزوین

*نویسنده مسئول: محمد افخمی اردکانی- پست الکترونیکی: afkhamiam@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه تاب‌آوری و سرسختی با سبک‌های مقابله هیجان مدار و مسأله مدار در بیماران مبتلا به دیابت شهر یزد می‌باشد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر علی- مقایسه‌ای می‌باشد. جامعه پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۳۹۰ است. نمونه آماری ۳۱۰ نفر (۱۶۰ زن مبتلا به دیابت و ۱۵۰ مرد مبتلا به دیابت) که با روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و با توجّه به جدول کرسچی و مورگان انتخاب شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، سرسختی روانشناختی اهواز و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن می‌باشد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد بین تاب‌آوری و سرسختی (R=۰/۵۴)، مقابله مسأله مدار و تاب‌آوری (R=۰/۴۱)، و مقابله مسأله مدار و سرسختی (R=۰/۶) است که این همبستگی‌ها در سطح (p<۰/۰۰۱) معنی‌دار است. همچنین یافته‌ها نشان داد، سرسختی ۰/۳۶درصد (R^2= ۰/۳۶) واریانس مقابله مسئله محور را تبیین کرد ($F_{۱،۲۲۸}$=۲۲۲/۰۴،p<۰/۰۰۱). همچنین تاب‌آوری ۱ درصد دیگر را تبیین کرد (p= ۰/۰۱ ، $F_{۱،۲۲۸}$=۶/۴).

بحث و نتیجه‌گیری: فرد تاب‌آور از قدرت مهارگری (یکی از مولفه‌های تاب‌آوری) برخوردار است؛ این توانایی به فرد مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا احساس کند در شرایط نامطلوب حاصل از بیماری، او تعیین کننده‌ی امور است و قادر است به صورتی فعال و با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مبارزه با این شرایط ناگوار بپردازد.

واژه های کلیدی: تاب‌آوری، سرسختی، مقابله هیجان مدار، مقابله مسأله‌مدار

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که مانند سایر بیماری‌های مزمن بیمار را با چالش‌های متعّددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی، مراقبت‌های پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعّدد، نگرانی درباره‌ی آینده بیماری، احتمال ابتلا فرزندان، اختلال در روابط خانواده و اجتماع، مشکلات جنسی، اختلال در کار مواجه می‌سازد (۱). این بیماری، یک اختلال متابولیک شایع و گسترده در دنیا می‌باشد که با افزایش قندخون، ترشح ناکافی و یا اختلال عملکرد انسولین همراه است (۲). دیابت شامل گروهی از اختلالات متابولیک شایع است که وجه مشترک آنها در فنوتیپ هیپرگلیسمی می‌باشد. میزان شیوع جهانی دیابت شیرین طی دو دهه گذشته به نحوه چشمگیری افزایش یافته است و از حدود ۳۰ میلیون در سال ۱۹۸۵ به ۲۸۵ میلیون مورد در سال ۲۰۱۰ رسیده است (۳). نتایج پژوهش‌ها نشانگر آن است که بیماران دیابتی از بیماری هایی مانند نوروپاتی، نفروپاتی، رتینوپاتی و اختلالات گوارشی، مشکل در اندام‌ها (زخم پا، آمپوتاسیون اندام تحتانی و...)، بیماران قلبی- عروقی و گواتر رنج می‌برند (۱). برطبق انجمن دیابت آمریکا (ADA) دیابت به ۴ طبقه بالینی تقسیم می شود که شامل: دیابت نوع۱، دیابت نوع۲، دیابت حاملگی (۴، ۵)، انواع ثانویه به سؤتغذیه، دیابت‌های ثانویه شناخته شده (۵) می‌باشد. مطالعات نشان می‌دهند که راهبردهای مقابله نقش مهمی را در کنترل دیابت و سلامتی کلی افراد مبتلا به دیابت بازی می‌کند (اندلر و پارکر Parcker & Andler)، ۱۹۹۴؛ فلتون و رونسون (Felton &Revenson)، ۱۹۸۴ به نقل از ۶). در واقع نوع راهبرد مقابله‌ای که بیمار به کار می برد در سازگاری یا عدم سازگاری با بیماری نقش دارد. در درمان دیابت سازگاری روان‌شناختی با بیماری، راهبردهای مقابله و تبعیت از برنامه درمان حوزه اصلی روانشناسی سلامت است (۷). راهبردهای مقابله تلاش‌های شناختی- رفتاری است که به منظور تسلط بر تعارض‌های فشارزا ،کاهش یا تحمل آن‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد (۸). لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) مقابله را تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مدیریت تقاضاهای بیرونی و درونی تعریف می‌کنند. تلاش‌های شناختی می‌توانند بیرونی (مساله مدار) و درونی (هیجان مدار) باشند. مقابله هیجان مدار می تواند به عنوان تلاش برای مدیریت و تغییر مساله استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود و مقابله هیجان مدار تلاش برای کم کردن استرس هیجانی است. مقابله مساله‌مدار در برگیرنده فعالیت‌هایی مانند حل مساله و اطلاع‌یابی و مقابله هیجان مدار در برگیرنده‌ی رفتارهایی مانند در جست‌وجوی دیگران بودن و واکنش‌های شناختی مانند انکار موقعیت است. لازاروس و فولکمن مطرح می‌کنند که مردم از هر دو راهبرد در مقابله با مشکلات استفاده می‌کنند (۹و۱۰). مقابله مساله‌مدار به نظر می‌رسد که سازگارانه‌ترین سبک مقابله باشد و در ارتباط با کاهش پریشانی روانی و اضطراب و افسردگی است (۱۱). در مقابله هیجان‌مدار روی کنترل نشانه‌های فشار متمرکز می‌شود (۱۰). در این سبک از پاسخ‌های هیجانی و مدیریت هیجانات در موقعیت استرس‌زا استفاده می‌شود (۱۲). یکی از عواملی که در قرن‌های اخیر مورد توجه قرار گرفته و موجب کنار آمدن افراد با دردهایشان می‌شود تاب‌آوری و سرسختی است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

تاب‌آوری عبارت از فرآیند توانایی یا پی‌آمد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده است (۱۳). تاب‌آوری به عنوان یک فرآیند، توانایی یا پیامد سازگاری موفقیّت آمیز با محیط، با وجود شرایط خطرزا و تهدیدکننده در نظر گرفته می‌شود. از این دیدگاه تاب‌آوری برای بهزیستی افراد ضروری است. این ویژگی افراد را قادر می‌سازد تا با چالش‌های سخت زندگی وشرایط استرس‌آور کنار بیایند (۱۴). تاب‌آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار، تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، مثل این که شخص یک طناب قابل ارتجاع را دور مشکلات بسته که به فرد کمک می‌کند وقتی اوضاع بد شد آن‌ها را به عقب بکشد و به آن‌ها به چشم انسان‌ها بنگرد (۱۵،۱۶،۱۷). مفهوم تاب‌آوری در ارتباط با نظریه منابع استرس‌ها توانایی درونی فرد برای پاسخ دادن، دوام آوردن و طبیعی بودن علی رغم وجود استرس‌ها است (۱۸). سرسختی روان‌شناختی ترکیبی از باورها درباره‌ی خویشتن و جهان است که از سه مؤلفه تعهد، کنترل و مبارزه جویی تشکیل شده است (۲). سرسختی به صورت سه ویژگی به هم مرتبط تعهد، کنترل و چالش در نظر گرفته می‌شود. سرسختی به عنوان یک ضربه‌گیر برای استرس‌زاهای زندگی در نظر گرفته می‌شود (۱۹) با آشفتگی‌های روان‌شناختی کمتر و کیفیت بالای زندگی مرتبط است. شخصی که سرسختی بالایی دارد احساس تعهد بیشتر، احساس کنترل و چالش بیشتر شناخته می‌شود (۲۰)، (۲۱)و (۲۲) در پژوهش‌های جداگانه نشان دادند که سطوح بالای تاب‌آوری به فرد کمک می‌کند تا از عواطف و هیجان‌های مثبت به منظور پشت سرنهادن تجربه‌های نامطلوب و بازگشت به وضعیّت مطلوب استفاده کند. تاب‌آوری از طریق افزایش سطوح عواطف مثبت باعث تقویت حرمت خود و مقابله‌ی موفق با تجربه‌های منفی می‌شود (۲۴، ۲۳). کیامرثی در پژوهش خود در رابطه با تاب‌آوری و سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی نشان می‌دهد که تاب‌آوری به واسطه‌ی کاهش مشکلات هیجانی، رضایتمندی از زندگی را در پی‌دارد و موجب افزایش سلامت روان می‌شود (۲۵). همان‌طور که گفته شد سازگاری با بیماری دیابت متأثر ازعوامل روانشناختی و اجتماعی است. با توجه به اهمیت بیماری دیابت و پیامدهایی که این بیماری می‌تواند داشته باشد و همچنین با توجه به این که ویژگی‌های افراد مانند تاب‌آوری، سرسختی و سبک‌های مقابله آن‌ها با این بیماری اثرگذار است. با توجه به بالا رفتن شیوع دیابت در قرن اخیر شناسایی عوامل مرتبط و زمینه‌ساز در این اختلال می تواند به شناسایی افراد مستعد این اختلال و پیشگیری از خطر بروز آن کمک کند. از سوی دیگر نتایج پژوهش‌ها یافته‌های ناهمخوانی را ارائه می‌دهند. لذا مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی رابطه ساده و چندگانه سرسختی روان‌شناختی و تاب آوری با سبک‌های مقابله در زنان و مردان مبتلا به دیابت است.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر علی- مقایسه‌ای است. جامعه پژوهش شامل کلیه‌ی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۳۹۰ است که با توجّه به سابقه بیماران در ماههای گذشته ۱۴۰۰ نفر تخمین زده شد. لازم به تذکر است که تعداد زنان و مردان در جامعه پژوهش تقریباً یکسان بود. لذا؛ نمونه‌آماری با توجه به تعداد

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

زنان و مردان شامل ۱۶۰ زن و ۱۵۰ مرد است. تعداد کل نمونه‌آماری این پژوهش شامل ۳۱۰ نفر مبتلا به دیابت می‌شود. انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری طبقه‌ای و با توجّه به جدول کرسچی و مورگان انتخاب شدند. ابزار به کار رفته در این پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون، سرسختی روانشناختی اهواز و پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای لازاروس و فولکمن است.

پرسشنامه سرسختی اهواز: پرسشنامه سرسختی اهواز را کیامرثی، نجاریان و مهرابی‌زاده هنرمند (۱۳۷۷) با هدف تهیه مقیاسی برای سنجش «سرسختی روان شناختی» با تحلیل عوامل روی نمونه‌ای به حجم ۵۲۳ دانشجوی دختر و پسر در دانشگاه شهید چمران اهواز ساخته‌اند این ابزار دارای ۲۰ سوال چهار گزینه‌ای: «هرگز» (۰)، «به ندرت» (۱)، «گاهی اوقات» (۲)، «اغلب اوقات» (۳) است. برای سنجش همسانی درونی «پرسشنامه سرسختی اهواز»، ضریب آلفای کرونباخ به کار برده شد و بر پایه‌ی یافته‌های حاصل ضرایب آلفا برای کلّ نمونه، آزمودنی‌های پسر و آزمودنی‌های دختر به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۶و۰/۷۴به دست آمد برای سنجش پایایی «مقیاس سرسختی اهواز» این آزمون دوباره پس از شش هفته به ۱۱۹دانشجو (۵۳پسر و۶۶دختر) ارائه شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های این آزمودنی‌ها در دو نوبت یعنی پیش‌آزمون و پس‌آزمون دوباره برای کلّ آزمودنی‌ها ۰/۸۴، آزمودنی‌های پسر۰/۸۴و آزمودنی‌های دختر ۰/۸۵ به دست آمد. برای بررسی روایی پرسشنامه سرسختی اهواز، این مقیاس به طور هم زمان با چهار پرسشنامه ملاک مقیاس خود شکوفایی مزلو، مقیاس اعتبار سازه‌ای سرسختی، مقیاس افسردگی اهواز و پرسشنامه اضطراب به گروه‌هایی از دانشجویان داده شد. ضرایب همبستگی بین نمره‌های کلّ آزمودنی‌ها در مقیاس سرسختی و اضطراب برای کلّ نمونه، آزمودنی‌های دختر و پسر به ترتیب ۰/۵۵-، ۰/۷۰-، ۰/۴۴- به دست آمد (۲۶، ۲۷).

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویسون: کانر و دیویدسون این پرسشنامه را با بازبینی منابع پژوهشی (۱۹۹۱- ۱۹۷۹) درزمینه تاب‌آوری تهیّه نمودند. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیّت عمومی، مراجعه کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه انجام شده است. سازندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی می‌تواند افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی را جدا کند (محمّدی، ۱۳۸۴). این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملا نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری آزمودنی، صفر و حداکثر نمره، صد است. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس شایستگی، استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی، تحمّل عواطف منفی، پذیرش مثبت عواطف، روابط ایمن، مهار و معنویت است. این مقیاس در ایران از سوی محمّدی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. برای تعیین‌روایی این مقیاس، همبستگی هرگویه با نمره کل محاسبه و سپس از روش تحلیل عامل بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر گویه با نمره کل به جز گویه ۳، ضریب های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس خود تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۲). همچنین، در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ ۸۷/. برای پایایی این آزمون به دست آمده است. در پژوهش کنونی، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای پایایی این آزمون به دست آمد (۲۴).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

پرسشنامه راهبردهای مقابله‌ای: پرسشنامه راهبردهای لازاروس براساس سیاهه راهبردهای مقابله‌ای به وسیله‌ی لازاروس و فولکمن در سال ۱۹۸۰ ساخته شده است و در سال ۱۹۸۵ مورد تجدید نظر قرار گرفت، راهبردهای مقابله‌ای مجموعه‌ای از تلاش‌های شناختی و رفتاری فرد است که در جهت تعبیر و تفسیر و اصلاح یک وضعیّت تنش‌زا به کار می‌رود و منجر به کاهش رنج ناشی از آن می‌شود و دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط فشارزایی دورنی یا بیرونی به کار می‌برند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲ خرده مقیاس اصلی هیجان محور و مسأله محور است که هر کدام از این خرده مقیاس‌ها به ۴ خرده مقیاس فرعی تقسیم می‌شوند. راهبرد مقابله‌ای هیجان محور شامل ۴ خرده مقیاس ۱- مقابله رویارویی (۶، ۷، ۱۶، ۲۷، ۳۲)؛ ۲- دوری گزین (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۰)؛ ۳- خویشتن‌دار (۱۰، ۳۳،۱۳) و ۴- گریز و اجتناب (۱۱، ۱۵، ۳۱) و راهبرد مسأله محور شامل ۱- جست وجوی حمایت اجتماعی (۸، ۱۷، ۲۱، ۲۹) ۲- مسئولیت پذیری (۹، ۲۴) ۳- حل مدبرانه مسأله (۱، ۲۵) ۴- ارزیابی مجدد مثبت (۱۹، ۲۲، ۲۸، ۳۴) است.

در ایران روی نمونه ۷۵۰ نفر زوج میانسال و نمونه ۷۶۳ نفر دانش‌آموزان دوم و سوم دبیرستان هنجاریابی شده است. ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس‌های از ۶۱٪ تا ۷۹٪ می‌باشد. در این پژوهش از ضریب آلفای کرونباخ به منظور بررسی همسانی درونی سوال‌ها، ۰/۷۹ برآورد شد.

یافته ها

جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره تاب آوری، سرسختی، سبک مقابله هیجان‌مدار و سبک مقابله مسأله مدار را در بیماران مبتلا به دیابت نشان می‌دهد. جدول شماره ۲ رابطه تاب‌آوری، سرسختی، سبک مقابله هیجان‌مدار و مسأله مدار را در افراد مبتلا به دیابت نشان می‌دهد. همان گونه که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد همبستگی بین تاب‌آوری و سرسختی (R =۰/۵۴)، مقابله مسأله مدار و تاب‌آوری (R =۰/۴۱)، و مقابله مسأله مدار و سرسختی (R=۰/۶) است که این همبستگی‌ها در سطح (p<۰/۰۰۱) معنی‌دار است. به منظور آزمون ترکیب خطی تاب‌آوری و سرسختی با راهبردهای مقابله هیجان‌مدار از روش رگرسیون استفاده شده است. بدین منظور، دو متغیر پیش‌بین (تاب‌آوری و سرسختی) با روش گام به گام به صورت یکی یکی وارد معادله رگرسیون چندگانه شده و مقدار R^2 ,R (R Square) و F محاسبه شده است. جدول ۳ ترکیب خطی تاب‌آوری و سرسختی با راهبرد مقابله هیجان محور را نشان می‌دهد. در تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام، ابتدا سرسختی وارد شد که ۰/۳۹درصد (R^2= ۰/۳۹) واریانس مقابله هیجان محور را تبیین کرد (p<۰/۰۰۱، $F_{۱،۲۵۹}$=۲۵۶/۳). پس از آن تاب‌آوری وارد شد که ۱ درصد دیگر را تبیین کرد (p= ۰/۰۴ ، $F_{۱،۲۵۸}$=۳/۹۲). اما با توجه به سطوح p، پیش‌بینی معنی‌دار نمی‌باشد. جدول ۴ ترکیب خطی تاب‌آوری و سرسختی با راهبرد مقابله مسأله مدار را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مندرجات جدول ۴ نشان می دهد، سرسختی ۰/۳۶درصد (R^2= ۰/۳۶) واریانس مقابله مسئله محور را تبیین کرد (p<۰/۰۰۱، $F_{۱،۲۲۸}$=۲۲۲/۰۴). همچنین تاب‌آوری ۱ درصد دیگر را تبیین کرد (p= ۰/۰۱ ، $F_{۱،۲۲۸}$=۶/۴ F). مقابله مسئله محور بالاتر با سرسختی و تاب‌آوری بالاتر همبستگی دارد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره تاب آوری، سرسختی، سبک مقابله هیجان مدار و سبک مقابله مسأله مدار در بیماران مبتلا به دیابت

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
تاب آوری	۶۱/۳۷	۱/۱۸	۶۱	۷۲
سرسختی	۸۳/۰۶	۰/۸۹	۶۵	۷۳/۱۶
مقابله هیجان مدار	۷۶/۵۲	۲/۹۴	۱۰	۳۰
مقابله مسأله مدار	۷۳/۲۴	۳/۴	۸	۳۲

جدول ۲: رابطه تاب‌آوری، سرسختی، سبک مقابله هیجان مدار و مسأله مدار در افراد مبتلا به دیابت

متغیر	تاب آوری	سرسختی	مقابله هیجان مدار	مقابله مساله مدار
تاب‌آوری	۱			
سرسختی	۰/۵۴* p<۰/۰۰۱	۱		
مقابله هیجان مدار	۰/۴ p=۰/۵۷	۰/۶۳ p=۰/۳	۱	
مقابله مسأله مدار	۰/۴۱* p<۰/۰۰۱	۰/۶* p<۰/۰۰۱	-۰/۱۲ p<۰/۳۵	۱

جدول ۳: رگرسیون چند متغیری گام به گام پیش‌بینی کننده راهبرد مقابله‌ای هیجان محور (فقط متغیرهای پیش بین معنی‌دار منظور شده اند)

متغیر	ضریب R	B	خطای استاندارد b	بتا	t	معنی داری t	نسبت F احتمال P
سرسختی	۰/۶۳	۰/۴۹	۰/۰۴	۰/۵۸	۱۲/۴۲	p=۰/۱	F=۲۵۶/۳ p<۰/۰۰۱
تاب‌آوری	۰/۶۴	۰/۰۶	۰/۰۳	۰/۰۹	۱/۹۸	۰/۴	F=۳/۹۲ p= ۰/۰۴

جدول ۴: رگرسیون چند متغیری گام به گام پیش‌بینی کننده راهبرد مقابله‌ای مسئله محور (فقط متغیرهای پیش‌بین معنی‌دار منظور شده اند)

متغیر	ضریب R	B	خطای استاندارد b	بتا	t	معنی داری t	نسبت F احتمال p
سرسختی	۰/۶	۰/۷	۰/۰۶	۰/۵۳	۱۱/۲۳	p<۰/۰۰۱	F=۲۲۲/۰۴ p<۰/۰۰۱
تاب آوری	۰/۶۱	۰/۱۳	۰/۰۵	۰/۱۲	۲/۵۳	۰/۰۱	F=۶/۴ p= ۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی رابطه ساده و چندگانه تاب آوری، سرسختی با راهبردهای مقابله هیجان‌مدار و مسأله‌مدار در افراد مبتلا به دیابت انجام شد. همان گونه که نتایج نشان داد تاب‌آوری و سرسختی با راهبرد مقابله مسأله‌مدار همبستگی معنی‌دار دارد. هر چه میزان تاب‌آوری افراد مبتلا به دیابت بالاتر می‌رود، میزان سرسختی‌شان نیز، افزایش می‌یابد و بالعکس. نتیجه به دست آمده از این فرضیه با نتایج پژوهشهای بونانو (۲۰۰۴)، مدی و خوشابا (۲۰۰۵) همسو است. مدی و خوشابا (۲۰۰۵) در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که بین سرسختی و تاب‌آوری رابطه وجود دارد؛ آنها معتقدند افراد تاب‌آور، نگرش‌های سرسختانه‌ای از تعهد، کنترل و مبارزه طلبی دارند و همین طور، سرسختی را به عنوان مجموعه‌ای از نگرشها و ویژگی‌هایی در نظر می‌گیرند که منجر به فرآیند تاب‌آوری در فرد می‌شود.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

اُراک (۲۰۰۴) در مورد رابطه بین سرسختی و تاب آوری اعتقاد داشت افراد تاب‌آور تمایل به تعهد و درگیری کامل در فعالیت-های روزمره دارند، آنها از چالش‌ها لذت می‌برند و معتقدند تغییر و بیماری امری طبیعی و قابل قبول است، از این رو به مشکلات زندگی و بیماری‌ها به عنوان فرصتی برای افزایش مهارت‌ها و توانایی‌ها می‌نگرند. سرسختی و تاب‌آوری، از منابع درون فردی هستند که می‌توانند سطوح ناتوانی و بیماری را در شرایط ناگوار تعدیل نمایند و اثرات منفی فشار و استرس حاصل را کم رنگ‌تر جلوه دهند. رحیمیان بوگر و اصغرنژاد (۱۳۸۷) نیز بر این باورند که سرسختی و تاب‌آوری با هم رابطه دارند و فرد را در برابر تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب توانمند می-سازد. سالیوان (۱۹۹۳) معتقد است مفهوم مبارزه طلبی کوباسا، توصیف کننده فردی است که سبک‌های مقابله‌ای انعطاف‌پذیر را رشد و گسترش داده است (۲۸) ؛ و سیچتی (۱۹۹۳) عنوان کرد تاب‌آوری یا توانایی اصلاح یا تغییر خودکنترلی فرد، به دنبال خواسته‌های محیطی ایجاد می‌شود و به عنوان عاملی محافظتی در افراد در معرض خطر (مثل افراد مبتلا به بیماری مزمن) در نظر گرفته می‌شود (۲۹).سرسختی و تاب‌آوری در انسان‌ها منجر به رشد مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله‌ای می-شود؛ راهبردهایی که برای رویارویی با یک تجربه خاص (از جمله تجربه بیماری) انتخاب می‌شود. در تبیین این داده می-توان گفت، شخصیت سرسخت و تاب‌آور بیمار دیابتی، از طریق احساس کنترل و حس کفایت، باعث می‌شود بیمار احساس کند که بر اوضاع مسلّط است و کفایت لازم در میزان مصرف داروها و اعمال رژیم‌های غذایی مطلوب را دارد، و در نتیجه، چنین فردی عملاً قادر است به صورتی مناسب دیابت خود را کنترل و اصلاح کند. تبیین احتمالی دیگر این است که تاب-آوری از طریق تقویت حرمت خود به عنوان یک مکانیسم واسطه‌ای به انطباق پذیری مثبت می‌انجامد، این ویژگی روان-شناختی مخصوصاً در شرایط دشوار و استرس‌زای بیماری مزمنی مثل دیابت، به بیمار کمک می‌کند تا با سختی‌ها بهتر کنار آمده و بتواند سلامت روان خویش را حفظ نماید. نتایج همبستگی بین راهبرد مقابله‌ای مسأله محور و سرسختی در بیماران مبتلا به دیابت نشان داد بین راهبرد مقابله‌ای مسأله محور و سرسختی در این دسته از افراد، همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد. به عبارتی، هر چه میزان سرسختی بالاتر می‌رود، استفاده از راهبرد مقابله‌ای مسأله محور نیز افزایش می‌یابد و بالعکس. این نتیجه با نتایج پژوهش کوباسا (۱۹۸۹،۱۹۸۲)، تارتاسکی (۱۹۹۳)، لاو(۱۹۹۶)، مدی (۱۹۹۹)، فلدمن و استپتو (۲۰۰۳)، هیل بریگز (۲۰۰۶) همسو است (۳۰)(۳۱)(۳۲)(۳۳)(۳۴). هیل و بریگز(۲۰۰۶) در پژوهش خویش به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به دیابت که دارای مهارت‌های مقابله‌ای مسأله محور هستند، بهترمی‌توانند قندخون خود را تحت کنترل درآورند. در تبیین یافته‌های این فرضیه و بر اساس نظریه زیستی-روانی و اجتماعی، می‌توان گفت افراد مبتلا به دیابت که سرسخت نیز هستند، در مقایسه با همتایان کمتر سرسخت خود با موقعیّت فشارآور و مشکل آفرین بیماری مزمنی مثل دیابت، به مبارزه می‌پردازند، محاسبات لازم را برای عملکرد مناسب انجام می دهند و برنامه‌ریزی کرده و در نهایت به صورتی فعّال (مبتنی بر حل مسأله) با این موقعیّت به نحو احسن روبرو می‌شوند و در نتیجه‌ی این ویژگی‌ها از خودکنترلی مناسبی در بیماری‌شان برخوردار می‌شوند. فرد تاب‌آور از قدرت مهارگری (یکی از مولفه های تاب‌آوری) برخوردار است؛ این توانایی به فرد مبتلا به دیابت کمک می‌کند تا احساس کند در شرایط نامطلوب حاصل از بیماری، او تعیین کننده‌ی امور است و قادر است به صورتی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

فعال و با استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مناسب به مبارزه با این شرایط ناگوار بپردازد.

قدردانی

این مقاله گرفته شده از پایان‌نامه نویسنده در مقطع کارشناسی ارشد می‌باشد و درضمن از کلیه پرسنل مرکز تحقیقات دیابت یزد و همه‌ی بیماران مبتلا به دیابت که حاضر به همکاری در این پژوهش شدند کمال تشکر را داریم.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

Investigating the Simple and Multiple Resilience and Hardiness with Problem-Oriented and Emotional-Oriented Coping Styles in Diabetes Type 2 in Yazd City

Mazlum befruee N[1], Afkhami Ardakani M[2*], Shams esfand abadi H[3], Jalali M[4]

1. M.A in psychology, shahid sadoughi Medical University, Psychologist in Emam jafar Hospital
2. Fellowship in Internal Glands and Metabolism, Member of Faculty, Shahid sadoughi Medical University
3. PhD in Psychology, Associate professor, social sciences Faculty Emam Khomeini
4. PhD in Psychology, Assistant professor, social sciences Faculty Emam Khomeini

***Corresponding author :**Mohammad Afkhami Ardakani, E **-mail:** afkhamiam@yahoo.com

Abstract

Introduction: The purpose of the present research was to investigate the simple and multiple resilience and hardiness with problem - oriented and emotional - oriented coping styles in patients suffering from diabetes type 2 in Yazd city.

Methodology: Present research is of a causal – comparison Type. Present society includes all patients with diabetes, referred to diabetes research center of Yazd in Bahman and Esfand, in 1390 year. Statistical sample was 310 patients (160 women and 150 men) that were selected with lain sampling and Kereschi and Morgan. The instruments used in this research include Caner and Davison resilience, Ahvaz University's questionnaire of hardiness and Lazarous and Folkeman coping styles questionnaire.

Results: Results indicated that were correlation between resilience and hardiness (R= 0/54), problem- oriented and resilience (R=0/41), problem - oriented and hardiness (R=0/6) that have significant (p<0/001) and results indicated that hardiness interpretation 36% (R^2=0/36) variance of problem- oriented ($F_{1,228}$=222/04,P<0/001). And resilience interpretation 1 %($F_{1,228}$=6/4,P=0/01).

Conclusion: Resilient it indicated that individual's have self -control (one of resilience dimensional , this competency helps that diabetic patient feel determinant in his/her life and actively use coping styles in bad situation.

Key words: Emotional-oriented coping, hardiness, problem- oriented coping, resilience.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

References

1- Abasian M, Delorianzade M. Investigation of diabetes in patients referenced to Diabetes clinic in Shahrood city. Journal of Knowledge and health of Shahrood University. 2008;2(4):15-19.[Persian]
2- Bahadoran Z, Mirmiran P, Mohtadinia J, Hedayati M, Shakeri N, HoseinpanahF ,&Azizi F.Effects of Broccoli Sprout Powder on Fasting Serum Glucose and Lipid Profiles in Type 2 Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2011;13 (1):19-25. [Persian]
3- Rahimiane boogar A, Asgharnejad A.The relationship of between psychological hardiness and resilience with mental health in adolescences and adult in Bam city. Journal of clinical psychology and psychiatry of Iran. 2009;14(1):70-62. [Persian]
4- Schulze, M. & Hu, F.B .Primary prevention of diabetes: what can be done and how much can be prevented. Annu Rev Public Health. 2005; 26: 445-467.
5- Hollister, Wanger, G.H., Fochee, V.A. &Jachson, C. Adolescent aggression: Models of resiliency. J Appl Soc Psychol. 2007; 31 (3):445-466.
6- Huang M , Resilience in chronic disease: the relationship among risk factors, protective factors, adaptive outcomes and the level of resilience in adults with diabetes. Ph.D thesis .Queensland university of Technology. 2009.
7- Kennedy P, Llewelyn S. The essentials of Clinical health psychology. Johnwiley& sons Ltd. The Atrium. 2006.
8- Khair M, Seif D. Investigation of relationship of coping styles with stress and education achievement in students. science – research Journal of behavior in Shahed university. 2005.
9- . Chang E, Daly J, Hancock K, Bidewell J, Johnson A, Lambert V, & Lambert C. The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. J Prof Nurs. 2006; 22(1): 30-38.
10- Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. Journal of Personality and Individual Differences. 2003; 34(1): 77-95.
11- Folkman S, Moskowitz J .Positive affect and the other side coping. American Psychologist. 2000; 55(6):647-654.
12- Chang E, Daly J, Hancock K, Bidewell J, Johnson A, Lambert V, Lambert C. The relationship among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. J Prof Nurs.2006; 22(1): 30-38.
13- Meinhold J.The influence of life transition statuses on sibling intimacy and contact in early adulthood.Oregon State University in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of Philosophy, 2006.
14- Clauss- Ehlers C. S .Sociacultural factors, resilience, and coping support for a culturally sensitive measure of resilience. J Appl Dev Psychol.2008; 29(3):197-212.
15- Masten A.S, Powell. L.Aresilience framework for research, policy, and practice: Contributions from project compentence. In S.S. Luthar (Ed). 2003.
16- Staudinger U. M, Marsiske M, Baltes P. B. Resilience and reserve capacity on later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. Dev Psychol.1995;2:801-847.
17- Bergeman CS,Wallace KA,Whitman, T, White R.Resiliency in later life.Life-span perspectives on health and illness. Erlbaum Mahwah eNueva York Nueva York. 1999;207-225.
18- Richardosn G.E. The met theory of resilience and resiliency . J Clin Psychol. 2002; 58 (3):307 – 321.
19- Maddi SR,Khoshaba DM,Persico M,Lu J,Harvey R,Bleecker F.The personality construct of hardiness:II.Relationships with comprehensive tests of personality and psychopathology. J Res Pers. 2002;36(1):72-85.
20- Salehi Nezhad M.A, Besharat M.A. Relations of resilience and hardiness with sport achievement and mental health in sample of athletes.Journal of Social and Behavioral Sciences.2010: 5; 757-763.
21- Feathers J T,Kieffer E C,Palmisano G,Anderson M,Janz N,Spencer Ms,Guzman R,James S A. Development, Implementation, And Process Evaluation Of The Reach Detroit Partnership's Diabetes Lifestyle Intervention. Diabetes Educ.2007;33(3):509-520.
22- Mohamadi Hasel K, Abdolhoseini A, Ganji P. Hardiness training and perceived stress among college students. Journal of Social and Behavioral Sciences. 2011; 30:1354-1358.
23- Bonanno GA. loss,trauma and human resilience:Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. Am Psychol. 2004; 59(1):20-28.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

24- Samani S,Jokar BA,Sahragard NA. Resiliency, mental health and life satisfaction. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.2006;3(3):290-295.
25- Kiameresi A, Najarian B, Mehrabizadehonarmand M. validity of scale for assessment psychological hardiness.Psychological Journal. 1999;7(2): 271-284. [Persian]
26- Mohamadi M . Investigation effective factors on resilience in substance abuser, Thesis of Phd in clinical psychological, Rehabilitation University in Tehran, 2006. [Persian]
27- Kiameresi A, Najarian B, &Mehrabizadehonarmand M, validity of scale for assessment psychological hardiness. Psychological Journal. 1999; 7(2); 271-284. [Persian]
28- Sullivan M. J, Thorn B, Keefs F, Martin M, Bradley L. A, et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. Clin J Pain.2001;17(1): 52-64.
29- Cicchetti D, Rogosch F.A, Lynch M, Holt D.H. Resiliencein maltreated children: processes leading to adaptive outcome.Development and Psychopathology. 1993;5(04):629-647.
30- Kobasa SC.Commitment and coping in stress resistance among lawyers. J Pers Soc Psychol.1982;42(4):707-717.
31- Tartasky DS. Hardiness:Conceptual and methodological issues. J Nurs Scholarsh.1993; 25(3): 225-229.
32- Low J.The concept of hardiness : a brief but critical commentary . J Adv Nurs . 1996;24(3):588-590.
33- Feldman PJ, Steptoe A. Psychosocial and socioeconomic factors associated with glycated hemoglobin in nondiabetic middle-aged men and women. Health Psycholoy.2003;22(4):398
34- Hill-Briggs F, Gary TL, Yeh HC, Batts-Turner M, Powe NR, Saudek CD, Brancati FL.Association of social problem solving with glycemic control in a sample of urban African Americans with type 2 diabetes. J Behav Med. 2006;29(1):69-78.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.5.3]
[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-11-23]