

بررسی مقایسه ای سبک های دفاعی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی

جعفر حسینی^۱، فرشید علی پور^{۲*}، لایلا عبدالرحیمی نوشاد^۳، الهه بدآقی^۴، صابر سعیدپور^۵، مظاهر بدآقی^۶

۱. دانشیار، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، ایران.
۲. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی تبریز، تبریز، ایران
۴. کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۵. دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.
۶. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی اراک، اراک، ایران.

نویسنده مسئول: فرشید علی پور، دانشگاه خوارزمی alipoorfarshid@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت از مهم ترین معضلات حوزه سلامت می باشد که جنبه های روان شناختی آن کمتر مورد توجه پژوهشگران واقع شده است، یکی از این عوامل روان شناختی موثر، سبک های دفاعی می باشند، که نقش تعیین کننده ای در رفتارهای سلامت، اختلال های روان شناختی و طیف وسیعی از اختلال های روان تنی دارند. هدف پژوهش حاضر، بررسی مقایسه ای سبک های دفاعی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی بود.

مواد و روش ها: در چارچوب یک طرح علی/مقایسه ای با استفاده از نمونه گیری در دسترس ۴۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ از مراکز دیابت و کلینیک های تخصصی غدد استان تهران بر اساس ملاک های ورود انتخاب شدند، گروه غیر دیابتی نیز با همسازی در متغیرهای جمعیت شناختی انتخاب گردیدند، از پرسشنامه سبک های دفاعی و فرم اطلاعات جمعیت شناختی جهت گردآوری اطلاعات استفاده گردید. داده ها از طریق تحلیل واریانس یک راهه (ANOVA) با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۱ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که بیماران دیابتی از سبک های دفاعی رشدنایافته دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، تفرق، نازنده سازی، گذار به عمل، جسمانی سازی، خیال پردازی، جابه جایی، پرخاشگری منفعلانه، مجزاسازی و سبک دفاعی نوروتیک تشکل واکنشی بیشتر استفاده می کنند. علاوه بر این، بیماران مبتلا به دیابت از سبک های دفاعی رشدیافته والاگرایی و شوخ طبعی کمتری بهره می گیرند.

بحث و نتیجه گیری: مطالعه حاضر نشان داد که بیماران دیابتی از سبک دفاعی رشدنایافته و نوروتیک به میزان بیشتر و از سبک دفاعی رشدیافته به میزان کمتری در مقایسه با افراد عادی استفاده می کنند، از نتایج پژوهش حاضر می توان در شناخت و طراحی بهتر برنامه های مداخله ای روانشناختی در این گروه از بیماران استفاده شود.

کلید واژه ها: بیماری، بررسی مقایسه ای، سبک های دفاعی، دیابت

Access This Article Online

| | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: www.zbmu.ac.ir/jdn |
|  | How to site this article: |
| | Hasani J, Alipoor F, Abdorahimi L, Bodaghi E, Saeedpour S, Bodaghi M. Comparative Study of Defensive Styles in Diabetic and Non-diabetics Patients. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (1): 408-419 |

تاریخ دریافت: ۹۵/۳/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۲۰



مقدمه و هدف

دیابت از مهم‌ترین موضوعات حوزه سلامت عصر حاضر می‌باشد، تخمین زده می‌شود که ۳۶۶ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سراسر جهان وجود دارد (۱). در سال ۲۰۱۵ در کشور ایران تعداد چهار و نیم میلیون ابتلا به دیابت ثبت گردیده است (۲). بررسی‌ها نشان می‌دهند که بیماری‌های قلبی و سیستم عصبی، از دست دادن بینایی و اختلال‌های روانی از اختلال‌های همبود با بیماری دیابت می‌باشند (۳). بیماری دیابت سندرم ناهمگنی است که در نتیجه فقدان انسولین یا ناتوانی بدن در تنظیم انسولین ایجاد می‌شود. در دهه اخیر، روان‌شناسی سلامت بر آسیب‌شناسی و عوامل خطر ساز سلامت روانی و جسمی ضعیف این بیماری پرداخته است. دیابت از جمله بیماری‌هایی است که عامل خطر ساز برای اختلالات روان‌شناختی نظیر افسردگی و اختلال‌های اضطرابی می‌باشد (۴). که این دو اختلال همایند و همراه دیابت، با نتایج درمانی ضعیف رابطه دارد (۵).

با توجه به محدودیت‌ها و مشکلاتی که دیابت برای افراد ایجاد میکند به عنوان منبع استرس برای آنها به شمار می‌رود و طبیعتاً منجر به پاسخ‌هایی در افراد می‌گردد، این پاسخ و رویارویی می‌تواند روند بیماری و نتایج درمانی را تحت تاثیر قرار دهد و وضعیت روانی فرد را بهبود و یا مختل نماید، این نحوه رویارویی را می‌توان در قالب سبک‌های دفاعی شناسایی نمود. سبک‌های دفاعی از اهرم‌های اصلی شخصیت هستند که نقش محوری در فرایند بروز بیماری و بهبودی دارند (۶). سبک‌های دفاعی از عوامل تأثیرگذار در اختلال‌های اضطرابی و افسردگی و همچنین بیمارهای پزشکی می‌باشد (۷)، سازه‌ی سبک‌های دفاعی اولین بار توسط فروید معرفی شد و در قالب پردازش‌های روان‌شناختی خودکاری که از فرد در مقابل آگاهی از خطرات درونی یا بیرونی محافظت می‌کند، تعریف شد.

گرچه دفاع‌ها خود، جنبه آسیب‌شناسی روانی ندارند اما اختلال‌های روان‌پزشکی بر اساس استفاده مفرط و انعطاف‌ناپذیر برخی سبک‌های سازش‌نیافته مشخص می‌شوند (۸). سبک‌های دفاعی می‌توانند نقش واسطه‌ای در هنگام مواجهه با رویدادها و موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند، استفاده از بعضی سبک‌ها می‌تواند منجر به رشد اختلال‌های روان‌پزشکی و پزشکی گردد (۷). وایلنت و اندروز، سینگ و بوند بر اساس طبقه‌بندی سلسله‌مراتبی وایلنت در مورد سبک‌های دفاعی، ۲۰ سبک را به سه سبک دفاعی رشد یافته^۱، نوروتیک^۲ و رشدنیافته^۳ تقسیم کرده‌اند. که سبک دفاعی رشدنیافته و نوروتیک با مشکلات روانشناختی و تشدید بیماری‌ها مرتبط می‌باشد و سبک دفاعی رشد یافته نیز با سازگاری روانشناختی و پریشانی روانشناختی کمتر مرتبط است (۹).

از آنجایی که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که سبک‌های دفاعی در نحوه‌ی برخورد بیمار با رویدادهای استرس‌زا نقش تعیین‌کننده‌ای دارند و دیابت نیز مشکلات روانشناختی برای افراد ایجاد می‌کند. همچنین مطالعاتی که به بررسی سبک‌های دفاعی در بیماران دیابتی پرداخته‌اند بینش جامع و روشنی در مورد انواع مکانیسم‌های دفاعی به ما ارائه نداده‌اند، پژوهش حاضر در این حوزه هم با بررسی جزئی و جامع‌تر مکانیسم‌های دفاعی می‌تواند اطلاعات و آگاهی تازه‌ای از سبک‌های دفاعی در بیماران دیابتی به ما ارائه دهد، از این رو هدف طرح حاضر بررسی مقایسه‌ای سبک‌های دفاعی در بیماران دیابتی و غیر دیابتی بود.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع علی مقایسه‌ای بود. در این پژوهش دو گروه آزمودنی شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و افراد بهنجار شرکت داشتند. بیماران مبتلا به دیابت در سه‌ماهه آخر سال ۱۳۹۳ از مراکز دیابت و کلینیک‌های

³ Immature

¹ Mature

² Neurotic



پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه محقق ساخته برای کسب اطلاعاتی مثل سن، تحصیلات، اشتغال، تاهل، نوع دیابت و ... استفاده شد.

پرسشنامه‌ی سبک‌های دفاعی: این پرسشنامه ابزاری ۴۰ سؤالی و با مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرت است که بیست سبک دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته (والایش^۴، شوخ‌طبعی^۵، پیش‌بینی^۶ و فرونشانی^۷)، نوروپیک (آرمانی‌سازی^۸، واکنش وارونه^۹، ابطال^{۱۰} و نوع‌دوستی کاذب^{۱۱}) و رشد نیافته (فراکنی^{۱۲}، پرخاشگری منفعلانه^{۱۳}، گذر به عمل^{۱۴}، جداسازی^{۱۵}، نارزنده‌سازی^{۱۶}، خلاء‌دازی^{۱۷}، انکار^{۱۸}، جابجایی^{۱۹}، دلیل‌تراشی^{۲۰}، سازی^{۲۱}، جداسازی^{۲۲}، لایه‌سازی^{۲۳}) می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌ها در فرم فارسی ۷۵ درصد، ۷۳ درصد و ۷۴ درصد گزارش شده است که نشانه همسانی درونی مناسبی برای فرم ایرانی این پرسشنامه محسوب می‌شود (۱۰).

یافته‌ها

در هر یک از گروه‌ها ۲۲ نفر مونث و ۲۱ نفر مذکر بودند. همچنین، ۹ نفر از شرکت‌کنندگان در هر گروه مجرد و ۳۴ نفر متاهل بودند. در جدول ۱ سایر خصوصیات جمعیت‌شناختی و توصیفی آزمودنی‌ها ارائه شده است.

تخصصی غدد استان تهران انتخاب شدند. این گروه با ملاک‌های ورود به پژوهش شامل حداقل سواد خواندن و نوشتن، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر و عدم وجود اختلال‌های روان‌پزشکی انتخاب شدند. تمام بیماران دارای تشخیص بیماری دیابت نوع ۲ و پرونده پزشکی نزد پزشک معالج خود در یکی از مراکز ذکر شده بودند؛ حداقل یک سال از تشخیص بیماری‌شان گذشته بود و تحت درمان‌های دارویی (قرص یا انسولین) بودند. گروه غیر دیابتی نیز بر اساس هم‌تاسازی در متغیرهای سن، تحصیلات، تاهل، جنسیت و اشتغال انتخاب شدند. هر دو گروه مورد پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند.

پس از بررسی ملاک‌های ورود، از افراد شرکت‌کننده رضایت کتبی شرکت در پژوهش اخذ گردید و فرایند پژوهش به آن‌ها توضیح داده شد. در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت‌کننده‌ها، پژوهشگران حضور فعال داشتند تا از بروز پاسخ‌های تصادفی جلوگیری نمایند و در صورت لزوم به پرسش‌های آن‌ها پاسخ دهند. پس از جمع‌آوری اطلاعات و ثبت آن‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار رایانه‌ای SPSS-18 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در تجزیه و تحلیل اطلاعات علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های ذیل بود:

^{۱۴} Acting-out

^{۱۵} Isolation

^{۱۶} Devaluation

^{۱۷} fantasy

^{۱۸} Denial

^{۱۹} Displacement

^{۲۰} Rationalization

^{۲۱} Somatization

^{۲۲} Splitting

^{۲۳} Dissociation

^۴ Sublimation

^۵ Humor

^۶ Anticipation

^۷ Suppression

^۸ Idealization

^۹ Reaction formation

^{۱۰} Undoing

^{۱۱} Pseud-altruism

^{۱۲} Projection

^{۱۳} Passive-aggressive



جدول شماره ۱: خصوصیات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها بر اساس وضعیت تاهل، سن و سطح تحصیلات

| گروه | تعداد | سن | سطح تحصیلات |
|------------------------|-------|------------------------|------------------------|
| | | میانگین (انحراف معیار) | میانگین (انحراف معیار) |
| بیماران مبتلا به دیابت | ۴۳ | ۴۱/۷۷ (۵/۳۴) | ۱۲/۷۷ (۳/۵۳) |
| بهنجار | ۴۳ | ۴۰/۲۱ (۶/۴۷) | ۱۲/۲۳ (۳/۸۱) |

علاوه بر این، آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه از نظر سن ($t(۸۴) = ۰/۵۶$ ، $P > ۰/۰۱$) و سطح تحصیلات ($t(۸۴) = ۰/۶۸$ ، $P > ۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه بیانگر این می‌باشد که دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق هم‌تا می‌باشند.

به منظور مقایسه دو گروه در سبک‌های دفاعی از تحلیل چند متغیری واریانس استفاده شد. برای انجام تحلیل چندمتغیری واریانس ابتدا داده‌های پرت بر اساس تبدیل آن‌ها به نمرات استاندارد (Z) مورد واریانس قرار گرفت و نمرات Z خارج از دامنه $+۱/۵$ و $-۱/۵$ حذف شدند.

در بررسی سبک‌های دفاعی رشدنیافته، دامنه آزمون‌های لوین ($F(۱, ۸۴) = ۰/۰۲ - ۱/۴۵$ ؛ $P > ۰/۰۱$) و کالموگرف/اسمیرنف ($۱/۵۳ - ۰/۶۹$) بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن

توزیع متغیرها بود. همچنین نتیجه آزمون M باکس ($F(۲۲۸۱, ۷۸/۶۷) = ۱/۴۵$ ؛ $P > ۰/۰۱$) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($P < ۰/۰۰۱$)؛ $۱۴/۰۷ = ۷۳$ ، $F(۱۲)$ معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در سبک‌های دفاعی رشدنیافته بین بیماران مبتلا به دیابت و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام سبک‌های دفاعی با همدیگر تفاوت دارند.

برای این منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در جدول ۲ مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دفاعی رشدنیافته درج شده است.



جدول شماره ۲: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سبک‌های دفاعی رشدنیافته در

بیماران مبتلابه دیابت و بهنجار

| سبک‌های دفاعی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | F df=(۱, ۸۴) | (η^2) مجذور اتا |
|-----------------------|-----------------------|-------|---------|------------------|-----------------|------------------------|
| دلیل‌تراشی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۳/۸۳ | ۱/۳۳ | *** ۲۶/۶۲ | ۰/۲۳ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۲/۴۳ | ۱/۲۲ | | |
| فراقتنی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۶/۷۶ | ۲/۱۲ | *** ۶۴/۷۰ | ۰/۴۳ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۶۶ | ۱/۳۵ | | |
| انکار | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۸۹ | ۱/۸۷ | *** ۵۴/۹۵ | ۰/۳۹ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۲۷ | ۱/۳۷ | | |
| تفرق | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۴۴ | ۱/۵۳ | *** ۱۰۴/۸۳ | ۰/۵۵ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۲/۷۶ | ۰/۸۹ | | |
| ناارزنده‌سازی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۷۰ | ۱/۸۰ | *** ۱۰۰/۶۴ | ۰/۵۴ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۲/۶۷ | ۰/۸۲ | | |
| گذار به عمل | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۵۹ | ۱/۸۳ | *** ۳۸/۸۳ | ۰/۳۲ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۴۴ | ۱/۳۲ | | |
| جسمانی‌سازی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۴/۷۳ | ۱/۶۵ | *** ۲۰/۵۰ | ۰/۲۰ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۴۱ | ۰/۹۸ | | |
| خیال‌پردازی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۷۴ | ۱/۸۳ | *** ۵۹/۸۹ | ۰/۴۲ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۱۷ | ۱/۱۷ | | |
| لایه‌سازی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۹۱ | ۱/۶۱ | *** ۵۸/۰۶ | ۰/۴۱ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۷۱ | ۰/۹۹ | | |
| جابه‌جایی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۵۹ | ۱/۹۴ | *** ۲۰/۵۲ | ۰/۲۰ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۸۷ | ۱/۵۷ | | |
| پرخاشگری منفعلا نه | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۶/۰۰ | ۲/۱۳ | *** ۴۸/۲۳ | ۰/۳۶ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۴۳ | ۱/۱۶ | | |
| مجزاسازی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۵/۵۸ | ۲/۱۶ | *** ۱۲/۶۲ | ۰/۱۳ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۴/۰۳ | ۱/۸۶ | | |

در بررسی سبک‌های دفاعی رشدنیافته، دامنه آزمون‌های لوبین ($F(3, 84) = 0.78 - 1.11; P > 0.01$) و کالموگراف/اسمیرنوف ($0.34 - 1.15$) نیز بیانگر همسانی واریانس و نرمال بودن توزیع متغیرها بود.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که در تمام سبک‌های دفاعی رشدنیافته بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد و میانگین نمرات بیماران مبتلابه دیابت بیشتر از افراد بهنجار است.



در سبک‌های دفاعی رشدیافته بین بیماران مبتلابه دیابت و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام سبک‌های دفاعی با همدیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در جدول ۳ مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دفاعی رشدیافته درج شده است.

همچنین نتیجه آزمون M باکس ($P > 0/01$)؛ $F = 1/42$ (۱۰، ۳۳۷۳۳/۸۶) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود. نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($P < 0/001$)؛ $F = 4/41$ (۴، ۸۱) = (F معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که

جدول شماره ۳: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سبک‌های دفاعی رشدیافته در بیماران

مبتلابه دیابت و بهنجار

| سبک‌های دفاعی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | F df=(۱، ۸۴) | η^2 (مجذور اتا) |
|---------------|-----------------------|-------|---------|------------------|-----------------|----------------------|
| فرونشانی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۴/۰۳ | ۱/۰۹ | ۱/۷۸ | ۰/۰۲ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۴/۴۵ | ۱/۷۵ | | |
| والایی‌گرایی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۳/۶۶ | ۱/۴۹ | *** ۱۰/۴۰ | ۰/۱۱ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۴/۷۵ | ۱/۶۴ | | |
| شوخی‌طبعی | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۳/۴۸ | ۱/۲۴ | *** ۶/۶۲ | ۰/۰۷ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۴/۳۰ | ۱/۷۰ | | |
| پیشاپیش‌نگری | بیماران مبتلابه دیابت | ۴۳ | ۳/۵۹ | ۱/۷۰ | ۰/۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | بهنجار | ۴۳ | ۳/۴۶ | ۱/۶۴ | | |

نتیجه آزمون چندمتغیری لامبدای ویلکز ($P < 0/001$)؛ $F = 6/79$ (۴، ۸۱) = (F معنادار بود. معنادار بودن این آزمون نشان می‌دهد که در سبک‌های دفاعی نوروپیک بین بیماران مبتلابه دیابت و بهنجار تفاوت معنادار وجود دارد، ولی این معناداری مشخص نمی‌کند که دو گروه در کدام سبک‌های دفاعی با همدیگر تفاوت دارند. برای این منظور تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد. در جدول ۴ مقادیر F تحلیل‌های واریانس یک‌راهه، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دفاعی نوروپیک درج شده است.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در سبک‌های دفاعی رشدیافته والایی‌گرایی و شوخی‌طبعی تفاوت معنادار بین دو گروه وجود دارد و افراد بهنجار در مقایسه با بیماران مبتلابه دیابت از سبک‌های دفاعی رشدیافته والایی‌گرایی و شوخی‌طبعی بیشتری استفاده می‌کنند. در مقایسه سبک‌های دفاعی نوروپیک، دامنه آزمون-های لوین ($P > 0/01$)؛ $F = 0/45 - 1/52$ (۳، ۵۶) و کالموگراف/اسمیرنوف (۰/۳۴ - ۱/۱۵) بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها و همسانی واریانس بود.

همچنین نتیجه آزمون M باکس ($P > 0/01$)؛ $F = 1/02$ (۱۰، ۳۳۷۳۳/۸۶) نشان داد که ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها همسان است و می‌توان از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده نمود.



جدول شماره ۴: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه برای مقایسه سبک‌های دفاعی نورتیک

در بیماران مبتلا به دیابت و بهنجار

| سبک‌های دفاعی | گروه | تعداد | میانگین | انحراف استاندارد | F df=(۱, ۸۴) | ۲(η) مجذور اتا |
|---------------|----------------------------------|----------|--------------|------------------|-----------------|----------------|
| دگردوستی | بیماران مبتلا به دیابت بهنجار | ۴۳ ۴۳ | ۳/۶۰ ۳/۳۲ | ۱/۴۱ ۰/۸۸ | ۱/۲۱ | ۰/۰۱ |
| تشکل واکنشی | بیماران مبتلا به دیابت بهنجار | ۴۳ ۴۳ | ۵/۰۹ ۳/۴۹ | ۱/۸۳ ۱/۳۴ | ۲۱/۴۵*** | ۰/۲۱ |
| آرمانی‌سازی | بیماران مبتلا به دیابت بهنجار | ۴۳ ۴۳ | ۴/۴۷ ۴/۶۴ | ۱/۹۲ ۱/۸۴ | ۰/۱۶ | ۰/۰۰۲ |
| باطل‌سازی | بیماران مبتلا به دیابت بهنجار | ۴۳ ۴۳ | ۴/۰۷ ۳/۶۹ | ۲/۰۵ ۱/۵۵ | ۰/۹۶ | ۰/۰۱ |

دارد و میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت در این سبک دفاعی بیشتر از افراد بهنجار

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که فقط در سبک‌های دفاعی نورتیک تشکل واکنشی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود است.

بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش خود نشان دادند که بیماران مبتلا به دیابت به میزان بیشتری از سبک‌های دفاعی نورتیک و رشد نیافته و به میزان کمتری از سبک دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند، همچنین موسی زاده، ایرانپور و متولی (۱۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بیماران مبتلا به دیابت در مکانیسم‌های دفاعی تفاوت معناداری با افراد بهنجار دارند و از میزان بیشتر سبک دفاعی رشد نیافته استفاده می‌کنند و اکبرزاده، امامی پور، امامی پور و محمدزاده (۱۳) نیز در پژوهش خود گزارش نمودند که به میزان بیشتری از سبک‌های دفاعی نورتیک و رشد نیافته و به میزان کمتری از سبک دفاعی رشد یافته استفاده می‌کنند. اما نکته بارز تفاوت پژوهش حاضر در

نتایج پژوهش نشان داد که بیماران دیابتی در مقایسه با افراد غیردیابتی از لحاظ استفاده از سبک‌های دفاعی تفاوت معناداری دارند به صورتی که بیماران دیابتی از سبک‌های دفاعی نامطلوب (تشکل واکنشی، دلیل تراشی، فرافکنی، انکار، تفرق، نا ارزنده‌سازی، گذار به عمل، جسمانی‌سازی، خیال‌پردازی، لایه‌سازی، جابه‌جایی، پرخاشگری، منفعلانه، مجزاسازی) استفاده بیشتر و از سبک‌های دفاعی مطلوب (والایی‌گرایی، شوخ‌طبعی) استفاده کمتری می‌نمایند، این یافته همسو با مطالعات پیشین می‌باشد (۱۱-۱۲-۱۳). در مطالعات پیشین نیز مکانیزم‌های دفاعی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گرفته‌اند، موسی زاده، ادیب و متولی (۱۱)



بررسی ۱۸ نوع مختلف مکانیسم های دفاعی می باشد که بینش اختصاصی تری به ما می دهد، دیابت به عنوان یکی از موقعیت های استرس آمیز و دارای فشار روانی محسوب می گردد که پریشانی روانشناختی بالایی برای فرد به همراه دارد، موقعیت های استرس آمیز می توانند نشانگان مختلف روان پزشکی را موجب شوند. رشد این نشانه ها در این موقعیت ها می تواند تحت تأثیر عامل واسطه ای سبک های دفاعی باشد. بدون شک استفاده از برخی سبک های دفاعی می تواند نشانه های روان پزشکی را کاهش یا افزایش دهد. در مدل آسیب پذیری بیمار در برابر استرس، سبک رشدنیافته می تواند به عنوان زمینه ای برای پیدایش اختلال عمل کند، در واقع سبک های دفاعی می تواند توضیح دهد که چرا دو فرد در مواجهه با یک رویداد استرس زا، واکنش های متفاوتی از خود نشان می دهند (۷). استفاده بیشتر از سبک دفاعی رشدنیافته نشان می دهد که فرد در مواجهه با موقعیت های استرس زا، توانایی حل مسئله مناسب کمی دارد و همین امر موجب می شود احتمال رفتارهای ناسازگارانه افزایش یابد. سبک دفاعی رشدنیافته به عنوان محافظی برای فرد در برابر استرسورهای روان شناختی عمل می کند، بیماران دیابتی دچار استرس زیادی می شوند که در کارکردهای شغلی، اجتماعی و روابط میان فردی تأثیرگذار است، سبک های دفاعی می توانند تجربه ای این ناراحتی ها را تغییر بدهند. در واقع تجربه ای هر عاملی که باعث پریشانی روان شناختی می شود به نوع سبکی که فرد استفاده می کند بستگی دارد، بیماری های جسمی نیز می توانند با فشار روانی که به فرد وارد می آورند سبک های وی را نیز دستخوش تغییر نمایند (۱۴). سبک های دفاعی رشدنیافته، در واقع از میزان هوشیاری ما کم می کنند، آگاهی ما از تعارض هایمان را کاهش می دهند و احساسات ما را در مورد این تعارض ها تغییر می دهند. مطالعات قبلی به ارتباط سبک های دفاعی رشدنیافته با سلامت جسمی ضعیف تر

اختلالات افسردگی و اضطرابی پرداخته اند و نشان داده اند که با مشکلات سلامت جسمی و روانی در گروه های بالینی و بهنجار رابطه دارد. سبک های دفاعی رشدنیافته به صورت مؤثری با استرسورها مقابله می کنند و معمولاً باعث خلل در خودآگاهی نیز نمی شوند. در بین این دو، سبک های نوروتیک قرار دارند که در درک واقعی وقایع خلل ایجاد می کنند، اما کمتر از سبک های رشدنیافته باعث آسیب های روان شناختی می شوند (۹). سبک های نوروتیک، سلامت روان ضعیف تری در مقایسه با سبک های رشدنیافته دارند، اما سبک های رشدنیافته از دو سبک دیگر باعث سلامت روان ضعیف تری می شوند، سبک های دفاعی در واقع مجری تحریف کننده واقعیت هستند که این تحریف کنندگی در دفاع های رشدنیافته و نوروتیک بیشتر است و به دنبال تحریف، از هوشیاری ما کاسته می شود. سبک های رشدنیافته با حفظ واقعیت به ما اجازه می دهند که با استرسورها به طور مناسبی برخورد کنیم و نقش محافظتی در برابر استرسورهای خواسته و ناخواسته دارند (۱۵). وایلانث (۲۲).

مطالعات معدودی به بررسی سبک های دفاعی در بیماران دیابتی پرداخته اند که باز هم این مطالعات محدود به ذکر تفاوت میان انواع سبکها نپرداخته و تنها سبک ها را به دو دسته کارآمد و ناکارآمد تقسیم کرده اند که بینش چندانی در مورد انواع سبک های دفاعی موجود به ما نمی دهند، پژوهش حاضر با بررسی دقیق تر و با جزئیات بیشتر تمامی سبک های دفاعی مطرح شده را مورد مقایسه قرار داده است. مکانیسم دفاعی انکار مشخصه دفاع های کودکی است و کمتر در بزرگسالان بالغ دیده می شود، انکار رابطه ای معکوسی با پذیرش دارد و موجب می شود که فرد کمترین تلاش منطقی برای حل مشکل را از خود نشان دهد، این مکانیسم در بیماری های مختلف پزشکی به وفور مورد استفاده قرار می گیرد و با اقدام دیرتر برای درمان و مراجعه به پزشک رابطه دارد (۱۶).



مکانیسم رشدنیافته‌ی مجزاسازی هم ارتباط زیادی با رفتارهای خود آسیب‌رسان دارد به‌طوری‌که وجود این سبک باعث افزایش احتمال رفتارهای پرخطر می‌شود (۱۷). مکانیسم دفاعی نازرزشمندسازی و بدنی‌سازی نیز با مشکلات جسمانی و نشانه‌های اختلالات هیجانی مرتبط می‌باشد. بدنی‌سازی ارتباط زیادی با اختلال افسردگی دارد. سبک جابجایی نیز با نشانه‌های اضطراب و افسردگی و بیماری‌های جسمانی ارتباط دارد، سبک بدنی‌سازی با بیماری‌های پزشکی رابطه دارد و در پژوهش‌های متعددی به ارتباط این سبک با تشدید و درمان بیماری‌ها مشخص شده است (۱۸). مکانیسم شوخ‌طبعی نیز ارتباط منفی با اضطراب دارد. پرهیز از شوخی فرد را در موقعیت‌های استرس‌آمیز به‌سوی افزایش اضطراب سوق می‌دهد (۱۹)؛ و از آنجایی‌که بیماران مبتلا به دیابت اضطراب زیادی را متحمل می‌شوند سبک شوخ‌طبعی در این تجربه می‌تواند موثر باشد.

در پژوهش حاضر سبک‌های دفاعی غالب بیماران مبتلا به دیابت رشد نیافته بود که نشان می‌دهد این افراد در هنگام مواجهه با رویدادی دشوار و پراسترس مانند دیابت، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیحشان کاهش و احتمال رفتارهای ناسازگارانه نیز افزایش می‌یابد. در واقع این سبک‌های دفاعی مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌باشند و امکان حل مسئله موثر را از فرد سلب نموده و باعث افزایش مشکلات هیجانی و تضعیف سلامت جسمانی‌شان می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم دسترسی به نمونه‌های بزرگتر و عدم همکاری بیماران مرد برای بررسی تاثیر جنسیت، تعداد کم نمونه‌ها و ابزار جمع‌آوری داده‌ها اشاره کرد که باعث محدودیت‌هایی در تعمیم‌یافته‌ها، تفسیر و تبیین متغیرها می‌شود که امید است در پژوهش‌های آتی این عوامل مورد بررسی قرار گیرند.



References

1. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF Diabetes Atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2011;94(3):311-21.
2. Mahmodiyan E. *Illness Diabetic.* 1st ed. Tehran: Asre Mandegar press; 2014.
3. Karlsen B, Oftedal B, Bru E. The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *J Advanc Nurs.* 2012;68(2):391-401.
4. Alipour F, Hasani J, Oshrieh V, Saeedpour S. Brain-Behavioral Systems and Psychological Distress in Patients with Diabetes Mellitus A Comparative Study. *Caspian J Neurol Sci.* 2015;1 (2):20-9.
5. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosom Med.* 2001;63(4):619-30.
6. Beresford TP, Alfors J, Mangum L, Clapp L, Martin B. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychoso.* 2006;47(3):247-53.
7. Yong J, Lee Y, Lee S, Yoo S, Song J, Kim S. Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Compr Psychiatry.* 2015;56:179-87.
8. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2004;161(9):1665-71.
9. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis.* 1993; 181(4):246-56.
10. Besharat MA, Sharifi M, Irvani M. Relationship between attachments styles and defense mechanisms. *Journal of Psychology.* 2001;5(19):277-89. [Persian]
11. Musazadeh T, Adib A, Motavally R. A comparative study of level and way of using defense mechanisms by diabetic and healthy individuals in 2007. *Medical Sciences.* 2009;19(1) :61-4. [Persian]
12. Mousazadeh T, Iran parvar M, Motavalli R. Comparative Study of Self-Concept, Locus Control and Defense Mechanisms between Diabetic and Healthy People in Ardabil 1387. *J Ardabil University of Medical Sciences.* 2012;12(4):402-7 [Persian]
13. Akbarzadeh D, Emamipoor Z, Emamipoor H, Mohammadzadeh A. Comparison of social support and defense mechanisms of diabetics and non-diabetics. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences.* 2014;21(5):743-752. [Persian]
14. Marchesi C, Parenti P, Aprile S, Cabrino C, DePanfilis C. Defense style in panic disorder before and after pharmacological treatment. *Psychi Resea.* 2011;187(3):382-86.
15. Vaillant GE. *The wisdom of the ego.* Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1993.
16. Figer A, Kreitler S, Kreitler M, Inbar M. Personality dispositions of colon cancer patients. *Gastroi Oncol.* 2002;4(2):81-92.
17. Sarno I, Madeddu F, Gratz KL. Self-injury, psychiatric symptoms, and defense mechanisms: findings in an Italian



nonclinical sample. *Eur Psychiatry*. 2010;25(3):136–45.

18. Monsen K, Havik OE. Psychological function in gaud bodily conditions in patients with pain disorder

associated with psychological factors. *Br J Med Psychol*. 2001;74(2):183–95.

19. Spinhoven P, Kooiman CG. Defense style in depressed and anxious psychiatric outpatients: an explorative study. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(2):87-94.



Journal of Diabetes Nursing

Received: 2016/06/01

pISSN: 2345-5020

Accepted: 2017/02/08

eISSN: 2423-5571

Volume 6 Nubmer 1 p: 408-419

Comparative Study of Defensive Styles in Diabetic and Non-diabetics PatientsHasani Jafar¹, Alipour Farshid^{2*}, Abdorahimi Leila³, Bodaghi Elahe⁴, Saeedpour Saber⁵, Bodaghi Mazaher⁶

1. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
2. MSc of Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
3. MSc of clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
4. MSc of clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
5. PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran
6. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University of Arak, Arak, Iran

*Corresponding Author: Farshid Alipour, Kharazmi University, Email: alipoorfarshid@yahoo.com**Abstract**

Introduction: Diabetes is a major health concern, and research on the psychological aspects of this disease has been neglected. One of the effective psychological factors is defensive style. Defensive style plays a decisive role in health behaviors, psychological disorders, and a wide range of psychosomatic disorders. In this study, we aimed to compare defensive style in diabetic and non-diabetic patients.

Materials and Methods: In the framework of a causal-comparative design using convenience sampling method, 43 patients with type 2 diabetes mellitus visiting endocrinology clinics in Tehran were enrolled based on the inclusion criteria. Also, we selected a group of non-diabetic controls who were matched on demographic variables. The Defensive Style Questionnaire and a demographic form were used to gather information. To analyze the data, One-way analysis of variance was performed in SPSS, version 21.

Results: The results showed that diabetic patients used rationalization, projection, denial, scattering, devaluation, acting-out, somatization, fantasizing, dissociation, displacement, and passive aggressive immature defensive styles and reaction formation neurotic style more than the controls. In addition, patients with diabetes develop less sublimation and humor matured defensive style.

Conclusion: The present study showed that diabetic patients use more immature psychological defense mechanisms and neurotic style and less mature defensive styles than the normal controls. The results of this study can be used to design and recognize better interventional psychological programs in this group of patients.

Keywords: Illness, Defensive style, Diabetes, Comparative study

Access This Article Online

Quick Response Code:

Website: www.zbmu.ac.ir/jdn**How to cite this article:**

Hasani J, Alipour F, Abdorahimi L, Bodaghi E, Saeedpour S, Bodaghi M. Comparative Study of Defensive Styles in Diabetic and Non-diabetics Patients. J Diabetes Nurs. 2018; 6 (1) :408-419

