

مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد دیابتی و غیر دیابتی

حسن امامی پور^۱، زینب امامی پور^۲، داود اکبرزاده^{۳*}، علی محمدزاده^۴

^۱ کارشناسی ارشد مشاوره شغلی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

^۲ کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

^۴ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، داود اکبرزاده

E-mail: zakeri.ba65@gmail.com

وصول: ۹۳/۴/۳۱، اصلاح: ۹۳/۵/۱۳، پذیرش: ۹۳/۵/۲۷

چکیده

زمینه و هدف: بیماری‌های مزمن، از قبیل سرطان و دیابت سالانه موجب مرگ میلیون‌ها نفر می‌شوند. درصد بالایی از این بیماران همزمان دچار مشکلات روان‌شناختی نیز هستند و همچنین حالات روحی و روانی این بیماران در بهبود و تسریع درمان تأثیر بسزایی دارد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در افراد دیابتی و غیر دیابتی صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر، توصیفی و از نوع علی-مقایسه‌ای بود که در آن، ۸۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت به شیوه‌ی نمونه‌گیری دردسترس از بین بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت سینای شهر تبریز با ۸۰ نفر از افراد غیر دیابتی که از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با گروه مورد همسان بودند، مقایسه شدند. برای گردآوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌های حمایت اجتماعی دوک، مکانیزم‌های دفاعی (DSQ-40) و فرم مشخصات جمعیت‌شناختی استفاده شد. داده‌های به‌دست‌آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و آزمون مانوا توسط نرم‌افزار SPSS.19 در سطح معناداری $P < 0/05$ مورد تجزیه تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین افراد دیابتی و غیر دیابتی در متغیر حمایت اجتماعی و انواع سبک‌های دفاعی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این تحقیق، برنامه‌ریزی به‌منظور مداخلات درمانی و مراقبتی کامل‌تر و دقیق‌تر برای مهار بهتر بیماری و عوارض ناشی از آن و در نتیجه ارتقای سلامت افراد مبتلا به دیابت پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: حمایت اجتماعی، مکانیزم‌های دفاعی، بیماران دیابتی.

مقدمه

دیابت تغییر یافته است. در حال حاضر، دیابت در بیشتر کشورها به‌صورت اپیدمی درآمده است (۱). از دیابت به-عنوان «اپیدمی خاموش» نام‌برده می‌شود و به‌عنوان یک

با افزایش امید به زندگی و تغییر در شیوه‌ی زندگی، الگوی بیماری‌ها به‌سمت بیماری‌های مزمن مانند

برای برنامه‌های آموزشی و نیز تضمین‌کننده‌ی موفقیت این برنامه‌ها باشد.

به‌طورکلی، سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مانند انعطاف‌پذیری و توانایی حل مشکل و حمایت اجتماعی برخوردار هستند، به‌طور وسیع‌تری اتفاق می‌افتد (۹). حمایت اجتماعی، به‌عنوان مؤثرترین و نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا، شناخته‌شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۱۰). علاوه بر موارد ذکرشده، یافته‌های محققان نشان‌دهنده که درک حمایت اجتماعی، می‌تواند از بروز عوارض نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نموده و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر مثبتی بر وضعیت جسمی و اجتماعی بیماربرجای‌گذارد و در نتیجه، باعث افزایش عملکرد فرد گردد (۱۱).

بررسی‌های انجام‌شده، نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی اثرات مثبتی بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های افراد مبتلا به دیابت دارد. حمایت اجتماعی «به امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند»، تعریف شده‌است. همچنین این مفهوم به‌عنوان «معرفتی» که باعث می‌شود فردی باور کند که مورد احترام و علاقه‌ی دیگران بوده، عنصری ارزشمند و دارای شأن به‌شمارآمده و به شبکه‌ی اجتماعی روابط و تعهدات متقابل تعلق دارد (۱۲). در نظر گرفته می‌شود. براساس پژوهش‌های صورت‌گرفته، سطوح بالاتر حمایت اجتماعی با بهبود رفتارهای مراقبتی بیماران دیابتی مرتبط است (۱۳). در پژوهشی، ون و همکاران در تگزاس نشان دادند که زندگی با اعضای خانواده و دریافت حمایت از جانب آنان، سبب رفتارهای خودمراقبتی در زمینه‌ی ورزش و رژیم غذایی شده‌است. در نتیجه این بیماران توانستند قند خون خود را به‌نحو مطلوبی کنترل- کنند (۱۴). گلاسگو و توبرت (۱۵) در پژوهشی نشان دادند حمایت اجتماعی، قوی‌ترین و ثابت‌ترین پیش‌بینی-

مشکل بهداشت عمومی عمده در ایالات متحده آمریکا و سایر نقاط جهان و حتی کشور ما قلمداد می‌گردد. زیرا دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک با شیوعی روبه‌افزایش است که امید به زندگی را به یک سوم کاهش می‌دهد (۲). بیماری دیابت، یکی از بیماری‌های مزمن و یکی از علتهای مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا می‌باشد. براساس آخرین آمار موجود، حدود ۱۷۱ میلیون نفر در دنیا از این بیماری رنج می‌برند و تخمین زده می‌شود که این رقم در سال ۲۰۲۵ بالغ بر ۳۰۰ میلیون نفر شود (۳). شیوع این بیماری در ایران، حدود ۶٪ جمعیت؛ یعنی حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است (۴). این بیماری، در اثر ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین ایجاد می‌گردد و سندرمی است که به‌دنبال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن به‌وجود می‌آید و مشخصه‌ی آن، افزایش قند خون و اختلال سوخت و ساز کربوهیدرات، پروتئین و چربی می‌باشد (۵).

همچنین این بیماری، باعث هزینه‌های مستقیم به- میزان ۲/۵ تا ۱۵٪ کل بودجه بهداشتی و هزینه‌های غیرمستقیم تا چند برابر و پدیدآورنده‌ی عوارضی چون بیماری‌های ایسکمیک قلبی، پرفشاری خون، نوروپاتی، کاتاراکت و غیره بوده و مسئول ۹٪ کل مرگ‌ها در جهان می‌باشد (۶). دیابت، می‌تواند بر عملکرد فیزیکی و جسمی، توسعه‌ی عوارض بیماری، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی، عملکرد جنسی و درک از سلامت تأثیرگذار باشد (۷). این بیماری، علاج قطعی ندارد و بهترین درمان، پیشگیری از آن است. اقدام‌های پیشگیرانه شامل غربال‌گری و بیماریابی است که موجب ارتقای کیفیت زندگی شده و در کاهش هزینه‌ها موثر است. با شناسایی به‌موقع و مراقبت صحیح بر پایه‌ی آموزش بیماران و خودمراقبتی آن‌ها، می- توان از عوارض حاد و مزمن آن پیشگیری کرد یا بروز آن را به‌تعویق انداخت (۸). شناخت عوامل روانی اجتماعی مرتبط با بیماری دیابت در این بیماران، می‌تواند پایه‌ای

کننده‌ی پیروی از دستورات درمانی در بیماران دیابت نوع II سنین بالاتر از ۴۰ سال است و تعامل‌های غیرحمایتی خانواده، پیروی ضعیف‌تر از برنامه‌ی خودمراقبتی دیابت را پیش‌بینی می‌کند. در مطالعه‌ی دیگری حیدری و همکاران (۹) نشان داد که بین حمایت اجتماعی و کنترل قند خون ارتباط معناداری وجود دارد.

از سوی دیگر، بسیاری از بیماری‌های مزمن مانند سرطان و دیابت با عوامل روان‌شناختی از جمله اضطراب، استرس و افسردگی همراه هستند. بسیاری از انسان‌ها برای کاستن از این عوامل روان‌شناختی خصوصاً اضطراب، دست به رفتارهای جبرانی یا سازشی می‌زنند. به عبارت دیگر، از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند. هر فردی برخی از این رفتارها را داراست و این‌گونه رفتارها، به‌عنوان سپر یا محافظ در مقابل اضطراب و تشویش شدید به کار برده می‌شوند، ولی افراط در به‌کاربردن این مکانیسم‌ها، ممکن است منجر به ناراحتی‌های روانی شود (۱۶).

مکانیسم‌های دفاعی به دلیل اهمیت ویژه‌ای که در مفهوم‌پردازی اختلال‌های روانی و درمان آن‌ها از دیدگاه روان‌پویشی دارند، مورد توجه بالینی و پژوهشی خاصی قرار گرفته‌اند. براساس رویکرد روان‌تحلیل‌گری، افراد در مواجهه با تنیدگی از سبک‌های دفاعی مشخصی استفاده می‌کنند که این سبک‌ها براساس میزان پختگی به سه گروه رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌آزرده تقسیم می‌شوند و هر یک از این سبک‌ها شامل مکانیسم‌های دفاعی ویژه‌ای هستند. مشخص شده در افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، سبک دفاعی رشدنا یافته‌تر و غیرانطباقی‌تر و در جمعیت غیر بالینی سبک دفاعی به‌مراتب رشدیافته‌تر است (۱۷). تحقیقات نشان می‌دهند که هر چه تحصیلات بیماران دیابتی، پایین‌تر باشد و آگاهی کمتری داشته‌باشند، از مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمدتری استفاده می‌کنند (۱۸). باند و پری (۱۹) در پژوهش نشان دادند که در نتیجه‌ی روان‌درمانی پویشی، نشانه‌های بیماری بهبود یافته و

تغییرات طولانی‌مدت در مکانیسم‌های دفاعی بیماران در جهت دفاع‌های انطباقی به‌وجود آمده است. بنابراین تغییر در سبک‌های دفاعی، پیش‌بینی‌کننده‌ی خوبی برای تغییر در نشانه‌های بیماری می‌باشد. آرایوجو و همکاران (۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که افزایش عوامل تنش‌زا با سبک دفاعی نابالغ بیماران ارتباط مثبتی دارد. در پژوهشی دیگر موسی‌زاده و همکاران (۱۲) نیز نشان دادند که بین تحصیلات و اشتغال با نحوه‌ی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی بیماران دیابتی رابطه‌ی معناداری وجود دارد، اما میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین زنان و مردان، بیمار و غیر بیمار و مجرد و متأهل تفاوتی وجود ندارد.

بنابراین باتوجه به مباحث نظری و تجربی، تحقیقاتی که بیانگر نقش مهم متغیرهای روان‌شناختی و تعامل این عوامل با عوامل جسمی آسیب‌زای بیماری دیابت در ایجاد، تشدید و یا درمان آن هستند، وجود دارد. همچنین، با توجه به این‌که تاکنون به‌طور ویژه در مورد نقش حمایت اجتماعی و مکانیسم‌های دفاعی به‌عنوان دو ویژگی روان‌شناختی در بیماران دیابتی تحقیقی انجام نشده‌است، لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و مکانیسم‌های دفاعی در افراد دیابتی و غیر دیابتی بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، توصیفی از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را کلیه‌ی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در بیمارستان سینای شهر تبریز در طی سال ۱۳۹۲ تشکیل می‌دادند که در آن، تعداد ۸۰ نفر از بیماران دیابتی براساس فرمول کوکران انتخاب شده و با ۸۰ نفر غیر دیابتی از میان همراهان سایر بیماران مراجعه‌کننده به بیمارستان فوق که از نظر سن، تاهل و تحصیلات با گروه مورد همسان بوده و بیماری فوق‌الذکر را نداشتند، به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. معیارهای

ورود به مطالعه برای بیماران دیابتی شامل موارد ذیل بود:
 ۱- حداقل یک‌سال از ابتلای نمونه‌ها به بیماری دیابت گذشته‌باشد. ۲- نمونه‌ها در گروه سنی ۳۵-۶۵ سال قرارداشته‌باشند. ۳- نمونه‌ها، بیماری‌های سکنه‌ی مغزی، تروئید و پاراتروئید و یا بیماری شدید کبدی، کلیوی و گوارشی نداشته‌باشند. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل دو پرسش‌نامه بود:

۱- پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی دوک: این پرسش‌نامه توسط دوک ساخته‌شده تا میزان حمایتی را که هر فرد از طرف دوستان، اطرافیان نزدیک، فامیل و آشنایان دریافت می‌کند، مورد بررسی قرار داده و تأثیرات این حمایت را بر روی متغیرهای متعدد مورد آزمون قرار دهد. پرسش‌نامه‌ی حمایت اجتماعی دوک دارای ۱۱ سؤال می‌باشد که سوال ۱ دارای مقیاس ۳ درجه‌ای، سؤال‌های (۲،۳،۴) دارای مقیاس ۷ درجه‌ای، سؤال‌های (۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰) دارای مقیاس ۵ درجه‌ای (هیچ‌گاه، به‌ندرت، بعضی اوقات، خیلی اوقات، همیشه) و سوال ۱۱ دارای مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً ناراضی تا کاملاً راضی) می‌باشد. سؤال‌های این پرسش‌نامه از ثبات درونی قابل قبول برخوردار است. برای بررسی روایی صوری و محتوایی پرسش‌نامه به متخصصان امر ارائه‌شد و همگی محتوا و ظاهر سؤال‌های این پرسش‌نامه را برای سنجش متغیر حمایت اجتماعی تأیید کردند و ضریب پایایی این پرسش‌نامه نیز براساس آلفای کرونباخ، ۰/۷۸ گزارش شد (۲۲). همچنین در پژوهش بیرامی و همکاران (۲۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، ۰/۷۸ گزارش شده‌است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به‌دست‌آمد.

۲- پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی: این پرسش‌نامه براساس الگوی سلسله مراتبی دفاع‌ها توسط آندروز و همکاران در سال ۱۹۹۳ و به نقل از سینها و واتسون (۲۴) تدوین گردید که شامل ۴۰ سؤال در مقیاس ۹ درجه‌- ایلیکرت (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است و ۲۰

مکانیزم دفاعی را در سه سطح رشدیافته، رشدنا یافته و نوروپیک ارزیابی می‌کند (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌های هر یک از سبک‌های رشدیافته، رشدنا یافته و نوروپیک، در یک نمونه‌ی دانشجویی برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۴، برای دانشجویان پسر ۰/۷۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۲ برای دانشجویان دختر ۰/۷۵، ۰/۷۴ و ۰/۷۴ بود که نشانه‌ی همسانی درونی رضایت‌بخش برای فرم ایرانی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی محسوب می‌شود. پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه‌ی سبک‌های دفاعی برای یک نمونه‌ی ۳۲ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی ۴ هفته برای کل آزمودنی‌ها، ۰/۸۲، آزمودنی‌های پسر، ۰/۸۱ و آزمودنی‌های دختر، ۰/۸۴ محاسبه‌شد (۲۵). همچنین در پژوهش حاضر میزان پایایی پرسش‌نامه، ۰/۸۰ به‌دست‌آمد.

همچنین بعد از صحبت با بیماران مراجعه‌کننده به درمانگاه، توضیحات لازم در خصوص پرسش‌نامه‌ها به آن‌ها داده و رضایت بیماران نیز کسب‌شد. بعد از ارائه‌ی راه‌کارهای لازم، پرسش‌نامه‌ها در اختیار آن‌ها قرارگرفت تا به سوالات پاسخ‌دهند. درضمن در صورت نداشتن سواد برخی بیماران، پرسش‌ها توسط پژوهشگر خوانده می‌شد و پاسخ‌های بیماران ثبت می‌گردید. پس از گردآوری داده‌ها به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم- افزار آماری SPSS.19 استفاده‌گردید. برای تحلیل آماری از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) در سطح معناداری $P < 0.05$ استفاده‌شد.

یافته‌ها

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات دو گروه دیابتی و غیر دیابتی را در متغیرهای حمایت اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی نشان می‌دهد.

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی بیماران دیابتی در متغیرهای سبک‌های دفاعی، بالاتر از افراد سالم و در متغیر حمایت اجتماعی، پایین‌تر از افراد سالم است. به‌عبارت دیگر، افراد دیابتی از حمایت

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای حمایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی در بیماران قلبی و افراد عادی

متغیرها	بیماران دیابتی		افراد عادی	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حمایت اجتماعی	۸/۱۶	۱/۰۱	۱۰/۱۶	۱/۱۲
سبک دفاعی رشد نیافته	۱۲۲/۶۰	۲۴/۱۷	۱۱۳/۶۸	۲۱/۲۲
سبک دفاعی رشد یافته	۴۸/۱۸	۲۰/۸۴	۴۲/۲۲	۸/۷۰
سبک دفاعی نوروتیک	۴۵/۸۲	۱۸/۳۴	۴۳/۳۴	۹/۰۱

جدول ۲: نتایج آزمون‌های معناداری مانووا بر اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

متغیرها	آزمون	ارزش	F	P
گروه	پیلای-بارتلنت	۰/۱۸	۵/۸۷	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۸۱	۵/۸۷	۰/۰۰۱
	اثر هتلینگ	۰/۲۳	۵/۸۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۰/۲۳	۵/۸۷	۰/۰۰۱

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین حمایت اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی بیماران دیابتی و افراد عادی

متغیرها	SS	df	MS	F	P
حمایت اجتماعی	۳۲۶/۰۳	۱	۳۲۶/۰۳	۵/۲۱	۰/۰۰۲
سبک دفاعی رشد نیافته	۱۳۸/۶۲	۱	۱۳۸/۶۲	۲/۵۹	۰/۰۰۱
سبک دفاعی رشد یافته	۲۷۰/۴۰	۱	۲۷۰/۴۰	۴/۷۱	۰/۰۰۱
سبک دفاعی نوروتیک	۳۵۱/۰۵	۱	۳۵۱/۰۵	۴/۷۵	۰/۰۰۱

(P < ۰/۰۰۱)

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که میانگین نمرات حمایت اجتماعی (F=۵/۲۱، P<۰/۰۰۲)، سبک دفاعی رشد نیافته (F=۲/۵۹، P<۰/۰۰۱)، سبک دفاعی رشد یافته (F=۴/۷۱، P<۰/۰۰۱) و سبک دفاعی نوروتیک (F=۴/۷۵، P<۰/۰۰۱) است. بنابراین می‌توان گفت که میانگین حمایت اجتماعی در گروه بیمار، پایین‌تر از گروه سالم است. همچنین میانگین هر سه سبک دفاعی رشد نیافته، رشد یافته و نوروتیک به صورت معناداری در گروه بیمار دیابتی بیشتر از گروه سالم است.

بحث

داده‌های حاصل از پژوهش، نشان داد که بین دو گروه بیماران دیابتی و غیردیابتی در متغیر حمایت اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که، بیماران دیابتی از حمایت اجتماعی پایین‌تری نسبت به گروه عادی برخوردار هستند. این یافته با نتایج پژوهشی تالجمو و هنتینن (۲۶) و گالانت (۲۷) ناهمسو است.

اجتماعی پایین‌تر برخوردار بوده و از مکانیزم‌های دفاعی بیشتری نسبت به افراد سالم استفاده می‌کنند.

به منظور مقایسه‌ی حمایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی دو گروه افراد دیابتی و غیردیابتی، از روش تحلیل واریانس چندمتغیره (مانوا) استفاده شد. بدین منظور، ابتدا پیش‌فرض‌های روش آماری فوق، از جمله همگنی واریانس‌ها (از طریق آزمون لوین) و تعیین معناداری اثر گروه بر متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز بررسی شد. نتایج آزمون لامبدای ویلکز در تأثیر گروه بر حمایت اجتماعی و سبک‌های دفاعی نشانگر p=۰/۰۰۱ و f=۵/۸۷ بود.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشانگر آن بود که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرها تفاوت معنادار وجود دارد که این یافته‌ها، پایایی نتایج بعدی را نشان می‌دهند. با توجه به نتایج به دست آمده از آزمون‌های مذکور، تحلیل‌های مربوط به اثرات بین آزمودنی‌ها بررسی شد. داده‌های مربوط به این تحلیل در جدول ۳ درج شده است.

تالجمو و هنتینن (۲۶) بر این باورند که حمایت خانوادگی و اجتماعی، زیربنای کاهش تنش فرد است و انجام رفتار را تسهیل می‌کند. از سوی دیگر در فرهنگ ایرانی، خانواده، واحد بنیادی شبکه‌ی اجتماعی است و در بیشتر موارد در مورد درمان نیز در خانواده تصمیم‌گیری می‌شود. برای مثال، در بیشتر موارد، زنان مسلمان بدون مشورت و حمایت همسر خود، وارد فرآیند درمان نمی‌شوند. در واقع بودن در گروه، احساس هویت و حمایت را برای فرد فراهم می‌کند که بدین‌وسیله افراد به انجام درست کارها تشویق می‌شوند. بنابراین، اگرچه در این زمینه پژوهش مستندی به جز پژوهش حاضر یافته‌نشده، اما به‌نظر می‌رسد نقش حمایت خانوادگی در فرآیندهای درمانی در جامعه‌ی ایرانی بسیار مهم و بنیادی است. همچنین گالانت (۲۷) معتقد بود که کارکرد حمایت اجتماعی برای افراد مختلف، متفاوت است. از سوی دیگر برخی از انواع حمایت، مانند حمایت هیجانی در مراحل خاصی از بیماری یا در شرایط خاصی مؤثر خواهد بود. بنابراین، برای بیماران به‌خصوص بیماران دیابتی در هر شرایطی مهم است که حمایت اجتماعی افراد دیگر را داشته باشند تا بهتر بتوانند بیماری خود را کنترل کنند.

بر اساس نظر میسرا و لاگر (۲۸)، سطوح بالاتر حمایت اجتماعی به کاهش مشکلات ادراک‌شده در مورد رفتارهای بیماران دیابتی منجر می‌شود. در واقع این نتیجه را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که حمایت اجتماعی نخست به پذیرش بیماری کمک می‌کند. دُدیگر نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش می‌دهد و سده‌دیگر مدیریت بیماری را تسهیل می‌کند. همچنین باتوجه به این-که کنترل دیابت شامل اجزای یک برنامه‌ی خودمراقبتی است، اجرای این برنامه برای بیمار بسیار پرزحمت بوده و بار روحی فراوانی برای بیمار ایجاد خواهد کرد که این امر، باعث می‌شود بیمار با وجود اطلاعات کافی از عوارض عدم کنترل بیماری خود، این برنامه را به‌درستی رعایت نکرده و در نتیجه، عوارض بیماری گسترش پیدا خواهد

کرد. بنابراین بررسی‌های انجام‌شده، نشان داد که حمایت اجتماعی بر جنبه‌های گوناگون فعالیت‌های بیماران دیابتی، تأثیر بسزایی دارد و درک این حمایت از طرف بیمار بر رفتار وی تأثیر مثبت خواهد داشت.

یافته‌ی دیگر پژوهش نشان داد که بین دو گروه بیماران دیابتی و افراد عادی تفاوت معناداری وجود دارد. یعنی افراد دیابتی از سبک‌های دفاعی بیشتر از افراد غیر دیابتی استفاده می‌کنند. این یافته با نتایج پژوهش‌های باند و پری (۱۹)، آرایوجو و همکاران (۲۰) و موسی‌زاده و همکاران (۲۱) همسواست. در تبیین این یافته می‌توان-گفت که هنر و میشل (۲۹) معتقدند که در شرایط سخت و دشوار و نامتعارف، افراد دیابتی از سبک‌های رشدنا یافته بیشتری استفاده می‌کنند که این به دلیل ارزیابی‌های شناختی غلطی است که افراد فوق، به خود فرصت فکرکردن و مرور مسائل را نمی‌دهند و موقعیت درست را درک نمی‌کنند و در نتیجه از سبک دفاعی ناکارآمد استفاده می‌کنند.

به‌طور کلی، کارکرد مکانیسم‌های دفاعی و واکنش آن‌ها در افراد سالم با افراد غیرسالم متفاوت است. در شخص سالم، مکانیسم‌های دفاعی نسبتاً موفق‌اند، اما در فرد ناسالم، مکانیسم‌ها در عملکرد خود با شکست مواجه می‌شوند و در برخی اختلالات مانند نوروها بسیار قوی و شدید هستند. هنگامی که دفاع‌ها برای کنترل اضطراب کافی نیستند، علائم مرضی پدیدار می‌شود و شدت می‌یابد. تفاوت دیگری که بین دفاع‌های سالم و ناسالم وجود دارد این است که بعضی دفاع‌ها وقتی به مقدار زیاد مورد استفاده قرار گیرند، تأثیرات نامطلوبی را به‌دنبال دارند. بنابراین مکانیزم‌های دفاعی، شناخت آگاهانه‌ی ما را از خود تغییر می‌دهند، آگاهی ما را از تعارض‌هایمان کم می‌کنند و احساسات متعارض با باورهای ما را تحت تأثیر قرار می‌دهند (۳۰). از این رو، مکانیزم‌های دفاعی خصوصاً مکانیزم‌هایی که رشدنا یافته-ترند، مانعی برای درک واقعیت در فرد می‌شود و امکان دفاع منطقی و مؤثر را از وی سلب می‌کند و ظرفیت

بینشی و خوداکتشافی فرد را کاهش می‌دهند.

همچنین الگوی بارز مکانیزم‌های دفاعی افراد مبتلا به دیابت، مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروپیک است. این امر نشان‌دهنده‌ی این است که افراد مبتلا به بیماری دیابت به سبب مشکلات جسمی پیش‌آمده، کنترل رویدادهای زندگی را از دست می‌دهند و ناتوان از به کارگیری مکانیزم‌های دفاعی بالغ، دست به استفاده از مکانیزم‌های نابالغ و نوروپیک می‌زنند. ناکامی‌های پیش‌آمده، ضرورت استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروپیک را افزایش می‌دهد و شاید این بدان دلیل باشد که این مکانیزم‌ها قابلیت بیشتری در کاهش اضطراب دارند و از طرف دیگر نیز این نیاز؛ یعنی کاهش اضطراب به شدت در این افراد احساس می‌شود (۱۹).

در واقع مبتلایان به بیماری دیابت پس از تشخیص بیماری، تنش زیادی را تجربه می‌کنند و از سوی دیگر نیز استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نابالغ و نوروپیک، روند درمان را سخت‌تر می‌کند. چرا که افراد علاوه بر بیماری سخت جسمی، از لحاظ روانی نیز دچار مشکلات فراوانی خواهند شد. چنین مشکلاتی از طریق تأثیر منفی بر کنش‌های روان‌شناختی و افزایش تنیدگی ناشی از بیماری دیابت، قابلیت فرد برای سازگاری عمومی را کاهش می‌دهند، بر نظام ایمنی بدن این بیماران و در نتیجه توانایی بهبود جسمانی تأثیر منفی می‌گذارند و به محدودیت‌هایی در کنشوری جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها منجر می‌شوند. از سویی استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نوروپیک و نابالغ نیز یک روند بحرانی را در افراد مبتلا به سرطان سینه ایجاد خواهد کرد، بدین ترتیب که آن‌ها تنش‌های خویش را یا سرکوب می‌کنند که همین امر، ضربه‌ی مهلکی به روان آن‌ها خواهد زد و یا با استفاده از مکانیزم‌های دفاعی نظیر جابه‌جایی، فرافکنی و تفرق، هم محیط اطراف خویش را با مشکل مواجه خواهند کرد و

هم از لحاظ هویتی دچار اشکال خواهند شد (۳۱).

با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های پیشین، نقش حمایت اجتماعی و مکانیزم‌های دفاعی در سلامت جسمی، به ویژه در بیماری دیابت آشکار می‌شود. بنابراین علاوه بر مداخلات پزشکی، مداخلات روان-شناختی ویژه‌ای در زمینه‌هایی چون پیشگیری، درمان و توان‌بخشی، هم برای بیماران دیابتی و هم افراد سالم به منظور پیشگیری ضروری است. در واقع عدم کنترل سایر اختلالات روانی و جسمانی بیماران دیابت، می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه سازد. از سویی، عدم همگن بودن بیماران دیابتی از نظر نوع بیماری، می‌تواند تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه سازد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی سایر وضعیت‌های روان‌شناختی و جسمانی بیماران دیابتی نیز کنترل شود و گروه‌های همگن بیماران دیابتی مورد مطالعه قرار گیرد و از سویی تأثیر عوامل تعدیل‌کننده در وقوع بیماری نیز مدنظر واقع شود. همچنین، محدود بودن جامعه‌ی آماری پژوهش و نوع پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه‌ی تعمیم یافته‌ها، تفسیرها و اسنادهای علت‌شناختی متغیرهای مورد بررسی مطرح می‌کند که در این خصوص، باید رفع موانع و محدودیت‌ها در نظر گرفته شوند. از طرفی، از آنجاکه نمونه‌ی مورد بررسی در این پژوهش به صورت داوطلب در دسترس انتخاب شدند لذا، در تعمیم یافته‌ها به سایر جمعیت‌ها باید احتیاط شود.

تشکر و قدردانی

محققان بر خود لازم می‌دارند از کلیه‌ی افرادی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و همکاری لازم را در اجرای پژوهش داشته‌اند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند. این طرح با هزینه‌ی شخصی انجام شده است.

References

1. Aghamollaei T, Eftekhari H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Ghofrani Pour F. Behavior,

- Metabolic Control and Health-related Quality of Life in Diabetic Patients at Bandar Abbas Diabetic Clinic. *Iranian J Publ Health*, 2003; 32(3): 54-9. [Persian].
2. Ahmann AJ. Guideline and Performance Measures for Diabetes. *Am J Manag Care*, 2007, 13(2): 41-6.
 3. Sadegie Ahari S, Arshi S, Iranparvar Alamdari M, Amani F, Siahpoush H. The effect of complications of type II diabetes on patients' quality of life. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 2009; 8 (4): 394-402. [Persian]
 4. Vares Z, Zandi M, Baghaei P, Masoudi Alavi N, Mirbagher Ajorpaz N. Study of quality of life and associated factors in diabetes mellitus patients of Kashan Diabet Center. *Iranian Journal of Nursing Research*, 2010; 5 (17): 14-22. [Persian]
 5. Shahrjerdi SH, Shavandi N, Golpayegani M, Sheikh Hasani R. Effects of strenuous and stamina exercises on blood glucose control, quality of life and mental health of women with type two diabetes mellitus. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*, 2010; 9 (1): 35-44. [Persian]
 6. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M. *Epidemiology and Control of Common Disease in Iran*, 1st Ed, Tehran, Eshtiagh Press, 2007; 32-55. [Persian].
 7. James E Graham, Diane G, Stoebner May, Glenn V. Health Related Quality Of Life In Older Mexican Americans With Diabetes. *Health And Quality Of Life Out Comes*, 2007; 5 (39) : 1-7.
 8. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center, Zahedan University of Medical Sciences, 2007; 9(4): 275-84. [Persian]
 9. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. *FEYZ*, 2008; 12(2): 15-22. [Persian]
 10. Lee EH, Yae Chung B, Boog Park H, Hong Chun K. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. *J Pain Symptom Manage*, 2004; 27(5): 425-33.
 11. Rambod M, Rafii F. Relationship between perceived social support and quality of life in hemodialysis patients. *J Nurs Scholarsh*, 2010; 42(3): 242-9.
 12. Sharifian A, Delavari A, Shahsavari S, Shaykhesmaeili F. Hemoglobin A1c and Factors Influence it in Diabetic Patients Coming to the Diabetes Center of Kurdistan Province in Year 1999. *SJKU*. 2001; 5 (2) :7-12. [Persian].
 13. Carlstedt RA. *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry, and behavioral medicine: Perspectives, practices, and research*. Springer Publishing Company, LLC, 2010.
 14. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family supports, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*, 2004; 30(6): 980-93.
 15. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among type II diabetic patients. *Diabetes Care*, 1988; 11(5): 377-86.
 16. Shamloo S. *Mental health*. Tehran: Roshd, 2002: 94. [Persian]
 17. Afzali MM, Fathi -Ashtiani A, Fallah P. Comparison of defense styles & defense mechanisms of patients with obsessive-compulsive disorder & normal people. *Journal of Behavioral Sciences*, 2008; 2(3): 245-52. [Persian]
 18. Musazaddeh T, Adib A, Motavalli R. Investigation and compare defense mechanism used by diabetic and normal individuals. *Journal of Islamic Azad university*, 2009; 19(1):61-4. [Persian]
 19. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense style with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders, *Am J Psychiatry*, 2004; 161(9): 1665-71.
 20. Araujo K, Ryst E, Steiner H. Adolescent defense style and life stressors. *Child Psychiatry Hum Dev*, 1999; 30(1): 19-28.
 21. Mousazadeh T, Iran parvar M, Motavalli R. Comparative Study of Self- Concept, Locus Control and Defense Mechanisms between Diabetic and Healthy People in Ardabil 2008. *Journal of Ardabil University of Medical Sciences*, 2012; 12(4): 402-7.
 22. Broadhead WE, Gehlbach SH, DeGruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in family medicine patients. *Med Care*, 1988; 26(7): 709-23.
 23. bayrami M, zahmatyar H, khosroshahi J. Prediction strategies to coping with stress in the pregnancy women with first experience on the based factors hardiness and social support. *IJNR*. 2012; 7 (27) :1-9. [Persian]
 24. Sinha BK, Watson DC. Personality disorder clusters and the defense style Questionnaire. *Psychol psychother*, 2004; 77(1):55-66.
 25. Beshart MA, Sharifi M, Irvani M. investigate the relationship between attachment styles and defense mechanisms. *Journal of Psychology*, 2006; 5(3): 277-89. [Persian].
 26. Toljamo M, Hentinen M. Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs*, 2001; 10(5): 618-27.
 27. Gallant MP. The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for

- research. *Health Educ Behav*, 2003; 30(2): 170-95.
28. Misra R, Lager J. Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *J Diabetes Complications*, 2008; 22(3): 217-23.
 29. Heren E, Mitchell CW. Relationships between the five factor personality Model and coping style. *Psychology & Education: An Interdisciplinary Journal*, 2003; 40(1): 38-49.
 30. Vaillant GE, Mental health. *American Journal of Psychiatry*, 2003; 160:1373-84.
 31. Kaplan & Sadock's. *Synopsis of psychiatry*. Translated to Persian by: Rezaei. *Tehran Arjemand pub*, 2008; 2: 205-40.

Comparison of social support and defense mechanisms of diabetics and non-diabetics

Hasan Emamipour.,

Department of Employment Counseling, School of Education and Psychology, University Kharazmi, Karaj, Iran

Zeynab Emamipour.,

Department of Public Administration, Faculty of Humanities, Payam Noor University, Tehran, Iran

Davoud Akbarzadeh.,

Department of Psychology, Faculty of Humanities and Education, Islamic Azad University, Tabriz, Iran

Ali Mohamdzadeh.,

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payam Noor University, Tehran, Iran

Received:22/07/2014, Revised:04/08/2014, Accepted:18/08/2014

Corresponding author:

Tabriz, Islamic Azad University,
Tabriz branch, Faculty of
Humanities and Education
Email: zakeri.ba65@gmail.com

Abstract

Background and purpose: Every year chronic diseases such as cancers and diabetes cause psychological problems for patients and in most cases lead to their Having healthy mental condition is one of the most effective factors of improving condition of these patients. So, this study was aimed at comparison of social support and defense mechanisms of diabetics and non-diabetics

Materials and methods: A causal-comparative and descriptive method was applied in this study. 80 diabetic among those patients who had referred to Sina Diabetes center of Tabriz were chosen by an available sampling method and were compared with 80 non-diabetics who were matched with the cases considering demographic variables. data were gathered by Doc Social Support Questionnaire, defense mechanism's Styles Questionnaire and demographic characteristics. and also were analyzed by applying descriptive statistics and MANOVA method and using SPSS.19 software.

Results: Results showed that there were differences between diabetics and non-diabetics in social support and defense mechanisms ($P>0.01$).

Conclusion: According to achieved results planning for treating interventions and more accurate and perfect care in order to manage diabetes and its complications, in a better way, to promote diabetic patients quality of life is proposed.

Keywords: Social support, defense mechanisms, Diabetic patients.