مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی
دوره ۱۹، شماره ۱، بهار ۸۸، صفحات ۶۱ تا ۶۴

Original Article

بررسی تطبیقی میزان و نحوه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم در سال ۱۳۸۶

توکل موسی زاده[۱]، عزیز ا... ادیب[۲]، رویا متولی[۳]

[۱] مربی، عضو هیات علمی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل
[۲] استادیار، گروه قلب و عروق، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل
[۳] کارشناس ارشد مامایی، گروه مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل

چکیده

سابقه و هدف: *امروزه با افزایش مسئولیت و پیچیده‌تر شدن روابط اجتماعی و افزایش بیماری‌های روانی لازم است انسان‌ها، به ویژه بیماران خاص با روش‌های مقابله‌ای و مکانیسم‌های دفاعی روانی آشنایی بیشتری پیدا کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی تطبیقی میزان و نحوه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم بود.*

روش بررسی: *در این مطالعه مورد-شاهدی، از بین ۵۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال‌های ۸۶-۸۵، ۴۰ نفر دیابتی به روش نمونه‌گیری سیستماتیک و ۴۰ فرد سالم با استفاده از روش همتاسازی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ای بود که توسط قمری (۱۳۸۳) از روی مقیاس کارکرد دفاعی DSM-IV تهیه شده بود. از آزمون t مستقل برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.*

یافته‌ها: *بین تحصیلات و اشتغال با نحوه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی رابطه معنی‌داری وجود داشت، اما میزان استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین مردان و زنان، بیمار و غیربیمار و مجرد و متاهل تفاوتی نداشت.*

نتیجه‌گیری: *به طور کلی افراد دیابتی و غیردیابتی، به خصوص افرادی با تحصیلات پایین‌تر و بیکار، نیاز به اطلاعات بیشتری در مورد مکانیسم‌های دفاعی دارند.*

واژگان کلیدی: *مکانیسم‌های دفاعی، روش‌های مقابله‌ای، دیابت ملیتوس.*

مقدمه

انسان‌ها برای کاستن اضطراب ناشی از محرومیت دست به رفتارهای جبرانی یا سازشی می‌زنند و به عبارتی از مکانیزم‌های دفاعی استفاده می‌کنند. این رفتارها اکتسابی و از لحاظ مقدار متفاوتند و می‌توان آنها را رفتارهای عادی و طبیعی دانست. زیرا هر فردی برخی از این رفتارها را داراست و به علاوه این‌گونه رفتارهای به عنوان سپر یا محافظ، در مقابل اضطراب و تشویش شدید به کار برده می‌شوند. ولی افراط در به کار بردن این مکانیزم‌ها ممکن است به ناراحتی-های روانی منجر شود (۱).

افسردگی، اضطراب، خشم و احساس ناامیدی و درماندگی مشخصه بیشتر کسانی است که مجبور هستند با بیماری و ناتوانی جسمانی زندگی کنند (۱). از آنجایی که نگرش بیمار نسبت به بیماری و روش‌های مقابله‌ای او می‌تواند بهبودی را سرعت بخشد، بیشتر محققان در حوزه پزشکی توجه روز افزونی به نقش پیچیدگی روان‌شناختی در اختلالات جسمانی دارند (۲). دیابت یک بیماری مزمن است که در نتیجه کمبود و یا مهار شدن اثر انسولین ایجاد می‌شود و با اختلال در

آدرس نویسنده مسئول: اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اردبیل، توکل موسی زاده
(**email**: tavakkol.mousazadeh@gmail.com)
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۸۷/۷/۲۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۲/۱۰

متابولیسم کربوهیدرات، چربی و پروتئین همراه است. فدراسیون بین المللی دیابت (IDF،۱۹۹۸) شمار بیماران دیابتی را در حال حاضر در جهان قریب به ۱۴۰ میلیون نفر گزارش نموده و سازمان بهداشت جهانی آمار و ارقام موجود را یک زنگ خطر جدی به‌ویژه برای کشورهای در حال توسعه دانسته است (۳). دیابت وابسته به انسولین اثرات زیادی روی رشد، شخصیت و وضعیت روانی کودک دیابتی دارد. برخی از محققین ذکر کرده‌اند که دیابت سبب تغییرات پایدار زیادی در شخصیت فردی می‌شود که البته به اثبات نرسیده است (۴).

بررسی ۳۰۰ بیمار دیابتی نشان داد که اکثر آنها در سنین ۴۰-۴۹ سال و زن بودند و افسردگی در گروه دیابتی در حد متوسط و در گروه شاهد در حد طبیعی بود (۵). مطالعه‌ای دیگر بر روی ۱۲۰۰ بیمار دیابتی نشان داد که ۶۳۸ نفر مبتلا به علائم افسردگی، ۳ نفر مبتلا به اختلال خلقی دو قطبی، ۳ نفر اسکیزوفرنی، ۴ نفر اختلالات شبه جسمی،۱۶۵ نفر مبتلا به اختلالات اضطرابی و ۱۵۵ نفر دارای اختلال افسردگی بودند. در کل ۶۵۸ نفر به اختلالات روانپزشکی مبتلا بودند(۶). جاکوبسن و لی‌بوییچ نشان دادند که بیماران دیابتی معمولاً از روش‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار استفاده می‌کنند و اغلب واکنش‌های هیجانی از خود نشان می‌دهند (۷).

کیفیت زندگی در زنان دیابتی پایین‌تر از مردان دیابتی است. عفونت دیابتی، عوارض دیابت، هیپوگلیسمی و افسردگی ممکن است روی کیفیت زندگی زنان بیشتر از مردان تاثیر بگذارد (۸). بررسی ۱۲۰ بیمار دیابتی نشان داد ۲۸ درصد صفات شخصیتی بالاتر از خط آسیب‌شناسی و ۷۲ درصد صفات شخصیتی پایین‌تر از خط آسیب‌شناسی داشتند. در موارد غیرطبیعی، ۳۹ درصد مرد و ۶۱ درصد زن بودند. ۷۶ درصد متاهل و ۲۴ درصد مجردبودند. ۲۴ درصد فرزند اول، ۱۵ درصد فرزند آخر و ۶۱ درصد سایر رتبه‌ها بودند. ۲ درصد دارای سن شروع دیابت کمتر از ده سالگی، ۲ درصد ده تا بیست سالگی، ۳۰ درصد بیست تا سی سالگی و ۴۸ درصد بیشتر از سی سالگی بودند. بیشترین اختلال شخصیت در اسکیزوئید با ۲۰ درصد و کمترین در هیستریونیک با صفر درصد بود. بیشترین ویژگی شخصیت در پارانوئید با ۸۱ درصد و کمترین در هیستریونیک با ۴۸ درصد بود (۹). بررسی ۵۰ بیمار نوجوان دیابتی و ۶۰ غیردیابتی نشان داد که بین میانگین امتیاز اضطراب، افسردگی، پرخاشگری، کم‌روئی نوجوان دیابتی با غیردیابتی تفاوت وجود دارد ولی از نظر آماری معنی‌دار نیست. نوجوانان دیابتی در ارتباط با خانواده در مقایسه با نوجوانان غیردیابتی دارای مشکلات بیشتری بودند. ارتباط با همسالان در نوجوانان دیابتی کمتر بود. هم‌چنین انزواطلبی و گوشه‌گیری نوجوانان دیابتی بیشتر از نوجوانان غیردیابتی و نمرات درسی نوجوانان دیابتی کمتر از نوجوانان غیردیابتی بود (۱۰). مطالعه‌ای دیگر بر ۱۲۰ بیمار دیابتی نشان داد که مشکلات جسمی-روانی در ۳۷/۵ درصد افراد به میزان کم، ۴۳/۳۳ درصد به میزان متوسط و ۱۹/۱۶ درصد به میزان زیاد بود. از طرف دیگر، مشکلات روانی در ۴۵ درصد افراد به میزان کم، ۳۸/۳۳ درصد به میزان متوسط و ۱۶/۶۷ درصد به میزان زیاد بود (۱۱). بررسی ۸۱ بیمار دیابتی نشان داد که گروه دیابتی بدون اختلال هیجانی از میزان عزت نفس بیشتری نسبت به گروه‌های دیابتی و غیردیابتی دارای اختلال هیجانی برخوردار بوده، کمترین میزان افسردگی را داشتند و از وضعیت سلامت عمومی بهتری برخوردار بودند (۱۲). در مطالعه‌ای که بر روی ۴۰۰ فرد دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان بوعلی زاهدان در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت، میزان آگاهی و نحوه رفتار مبتلایان نسبت به بیماری دیابت بررسی گردید. آگاهی بیماران در مورد تعریف بیماری ۶۰ درصد، علائم دیابت ۲۶/۵درصد، علل ۲۷ درصد، عوارض ۶۸ درصد، عوامل تشدید کننده ۶۰ درصد، کاهش قند خون ۳۰ درصد، علائم افزایش قند خون ۷۵ درصد، لزوم معاینات چشمی ۸۷/۵ درصد، نقش ورزش ۹۰/۲ درصد و لزوم استفاده از رژیم غذایی ۹۶/۷ درصد بود (۱۳).

بنابراین وجود مشکلات روحی و روانی در نزد بیماران دیابتی مسلم و محرز است و پیش‌بینی روش‌های مقابله‌ای و مکانیزم‌های دفاعی لازم و ضروری به نظر می‌رسد و تحقیق حاضر با هدف بررسی تطبیقی نحوه استفاده از مکانیزم‌های دفاعی در نزد بیماران دیابتی و افراد سالم در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ انجام شد.

مواد و روشها

در این مطالعه مورد-شاهدی، از ۵۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به بخش دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، ۴۰ بیمار دیابتی (۲۰ زن و ۲۰ مرد) با روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک با استفاده از لیست بیماران و بر اساس اعداد تصادفی به عنوان گروه مورد انتخاب گردیدند. هم‌چنین ۴۰ فرد غیردیابتی سالم (۲۰ مرد و ۲۰ زن) با شیوه همتاسازی به عنوان گروه شاهد از شهر اردبیل انتخاب گردیدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها مقیاسی بوده که توسط قمری در سال ۱۳۸۳ از روی مقیاس کارکرد و دفاعی

DSM-IV تهیه شد. ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۱ می‌باشد. این مقیاس ۳۰ آیتمی شامل ۲۷ مکانیزم ویژه دارای ۷ سطح کارکردی است. این ۷ سطح دفاعی بر پایه داده‌های نظری و آزمایشی از بالاترین سطح سازگاری تا سطح پسیکوتیک به صورت زیر تنظیم شده‌اند:

۱-بسیار سازگارانه، ۲-بازداری روانی، ۳-تحریف ذهنی خفیف، ۴-نفی، ۵-تحریف ذهنی شدید، ۶-عمل و ۷-تنظیم نامناسب دفاعی.

آزمودنی به هر سوال بر پایه یک مقیاس هفت‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم پاسخ می‌دهد، به طوری که از ۱ تا ۷ ارزش‌گذاری می شود. هر سطح کارکردی که نمره بالاتری داشته باشد بیانگر تسلط آن سطح از سازوکارهای دفاعی خواهد بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها

از ۵۰۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به بخش دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶، ۴۰ بیمار دیابتی (۲۰ زن و ۲۰ مرد) و ۴۰ فرد غیردیابتی سالم (۲۰ مرد و ۲۰ زن) مورد بررسی قرار گرفتند.

میانگین ± انحراف معیار نمره مکانیسم‌های دفاعی در افراد دیابتی (۱۹/۵±۱۰۲) بیش از افراد سالم (۱۶/۹±۱۱/۵) بود، اما اختلاف معنی‌داری بین آنها مشاهده نشد (NS). این میزان در زنان دیابتی ۱۹/۹۵±۱۰۸/۵ و در زنان غیردیابتی ۱۷/۱۸±۱۰۸/۳ بود (NS). میانگین نمره مکانیسم دفاعی در مردان دیابتی ۱۹/۵±۱۱۰ و در بیماران غیردیابتی ۱۶/۳±۱۱۴/۹ به دست آمد (NS) (جدول ۱).

جدول ۱- میانگین ± انحراف معیار نمره مکانیسم‌های دفاعی بیماران دیابتی و افراد غیردیابتی در کل و به تفکیک جنسی

	دیابتی	غیردیابتی	p-value
کلی	۱۹/۵±۱۰۲	۱۶/۹±۱۱/۵	NS *
گروه های سنی			NS
مردان	۱۹/۵±۱۱۰	۱۶/۳±۱۱۴/۹	
زنان	۱۹/۹۵±۱۰۸/۵	۱۷/۱۸±۱۰۸/۳	

Not significant *

میانگین مکانیسم‌های دفاعی بر حسب میزان تحصیلات نشان داد که عملکرد افراد بالای دیپلم بهتر است، به عبارتی میانگین نمره مکانیسم دفاعی در افراد زیر دیپلم ۱۶/۱±۱۰۴/۳ و در افراد بالای دیپلم ۲۳/۱±۲۷۱/۲ بود (P=۰/۰۱).

میانگین نمره مکانیسم‌های دفاعی افراد شاغل ۱۷/۷±۱۱۴ و افراد بیکار ۱۷/۶±۱۰۴/۹ بود (P=۰/۰۳). به عبارتی عملکرد افراد شاغل بهتر بود. میانگین نمره مکانیسم‌های دفاعی افراد مجرد ۱۸/۴±۱۰۸/۸ و افراد متاهل ۱۸/۱±۱۱۰/۹ بود (NS).

بحث

این مطالعه نشان داد که در میزان و نحوه استفاده از مکانیسم‌های دفاعی در بین بیماران دیابتی و افراد سالم تفاوتی وجود ندارد و هر دو به یک میزان و یک طریق مشخص از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کنند و شرایط خاص بیمار دیابت، بیماران را وادار به استفاده بی‌رویه از مکانیسم دفاعی خاص نمی‌کند. بنابراین تمام اطلاعاتی که یک فرد عادی باید در مورد مکانیسم‌های دفاعی داشته باشد را می توان در مورد این دسته از بیماران نیز آموزش داد.

در این مطالعه، بین زنان و مردان دیابتی تفاوتی در چگونگی استفاده از مکانیسم‌های دفاعی مشاهده نشد، در حالی که در تحقیق استون عوارض بیماری دیابت، در زنان بیشتر از مردان گزارش شده بود و کیفیت زندگی زنان دیابتی به مراتب پایین‌تر از مردان دیابتی بود (۸). این نشان دهنده تفاوت در محیط زندگی زنان ایرانی با زنان خارجی بوده و شاید به این دلیل است که نقش اجتماعی زنان در جامعه غیرایرانی پررنگ‌تر از زنان ایرانی است. نتایج بدست آمده نشان داد که عملکرد افراد باسطح سواد بالاتر، بهتر و مناسب‌تر از عملکرد افراد با سطح سواد کمتر است. این یافته مشابه نتایج تحقیق حسینی است که در آن سطح اضطراب و افسردگی بیماران دیابتی کم‌سواد به مراتب بیشتر از افراد باسواد بود (۵). بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افراد بی‌سواد یا کم‌سواد در مقایسه با افراد با تحصیلات بیشتر نیاز بیشتری به آموزش در زمینه راه‌های مقابله با اضطراب ناشی از بیماری دارند. اطلاعات آنها در مورد مقایسه دفاعی در سطح پایین است و جامعه در آموزش این قبیل بیماران باید همت بیشتری به خرج دهد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که افراد بیکار در مقایسه با شاغلین مشکلات بیشتری در زمینه استفاده از مکانیسم دفاعی دارند. بیکاری یکی از عوامل استرس‌زاست، به طوریکه افراد بیکار بیشتر فرصت تفکر در مورد خود و مشکلات زندگی دارند و از سوی دیگر بیکاری مشکلات دیگری از قبیل مشکلات معیشتی، همسرداری و ناکامی مکرر

را ایجاد می‌کند. وقار انزابی در مطالعه خود در سال ۱۳۸۰ به این نتیجه رسید که دیابت موجب پایین آمدن عزت نفس در بیماران دیابتی شده، به علاوه بیکاری نیز عزت نفس فرد بیمار را پایین آورده و از این طریق می‌تواند به عملکرد صحیح فرد بیمار در استفاده متناسب از مکانیسم‌های دفاعی آسیب بزند (۱۲).

پژوهش حاضر عملکرد افراد بیمار و سالم را در استفاده از مکانیسم‌های دفاعی یکسان گزارش کرد. حاجی سیدابوترابی در سال ۱۳۷۳ میزان مشکلات روانی بیماران دیابتی متاهل را بیشتر از افراد مجرد گزارش نمود (۹) که با نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر همخوانی دارد. این هم‌خوانی را می‌توان به این علت دانست که به طور کلی اطلاعات افراد بیمار و غیربیمار و مجرد و متاهل در مورد مکانیسم‌های دفاعی پایین است. پس توصیه می‌شود برنامه‌های آموزشی رادیویی، تلویزیونی و رسانه‌های دیگر در زمینه معرفی مکانیسم‌های دفاعی و نحوه استفاده از آنها غنی‌تر شود.

تشکر و قدردانی

لازم است از همکاری مسئولین بیمارستان امام خمینی و بیماران مراجعه کننده به بخش دیابت بیمارستان و همراهی صمیمانه همسرم رویا متولی تشکر و قدردانی نمایم.

REFERENCES

1. Shamloo S. Mental health. Tehran: Rosh; 2002. [In Persian]
2. Rosenhan D, Silgman M. Abnormal psychology. Seyyed Mohammadi Y, translator. Tehran: Savalan publication; 2001. [In Persian]
3. Brunner SL, Suddarth SD. Medical – surgical nursing. Philadelphia: J. B. Lippincott Co.; 1991.
4. Grey M, Cameron ME, Thurber FW. Coping and adaptations in children with diabetes. Nurs Res 1991;40:144-49.
5. Hossaini J. Evaluation of depression in type II diabetic patients. Isfahan: Diabetes care and training and researching centre of Isfahan; 1994. [In Pershian]
6. Soltanin M. Investigation of mental disease outbreak in diabetic patients. Isfahan: Diabetes care and training and researching centre of Isfahan; 1996. [In Pershian]
7. Keen H, Jarrett J. Complication of diabetes mellitus. 2nd edition. London: Edward Arnold ; 1982.
8. Hathaway W, Groothuis J, Hay WJr, Paisley J, Editors. Pediatric diagnosis and treatment. U.S.A.: Lange company; 1991.
9. Haji Seyyed Torabi M. Personality characteristics in insulin dependant diabetic patients who refer to Amini health and therapeutic centre [Dissertation]. Gazvin: Gazvin University of Medical Sciences. 1997. [In Persian]
10. Zareh Hessabi S. Evaluation of mental and social problems of adolescents who refer to metabolism and glands institute of Tehran compared with non-diabetic adolescents [Dissertation]. Tehran: University of Tehran; 1994. [In Persian]
11. shirkhani K. Evaluation of mental and physical problems of insulin dependant diabetic patients in selected clinics covered by Tehran Medical University [Dissertation]. Tehran: Tehran Medical University ; 1991. [In Persian]
12. Vegar Anzabi M. Comparative study of exciting disorders and self-respect in diabetic and non-diabetic adolescents [Dissertation]. Tehran: Tarbiat Moallem University. [In Persian]
13. Maryam A. Evaluation of awareness and the behavior of diabetic patients against their illness [Dissertation]. Zahedan: Zahedan University of Medical University; 2001. [In Persian]