

مدل ساختاری استرس ناشی از بیماری دیابت بر اساس مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجामी

لیلا چرمچی^۱

^۱ کارشناس ارشد دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه رودهن

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل ساختاری استرس ناشی از بیماری دیابت بر اساس مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجामी بیماران دیابتی انجام پذیرفت. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی که به مرکز فوق تخصصی پیشگیری از دیابت و چاقی در تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند، با توجه به استعلام انجام شده از کلینیک، تعداد ۴۲۰ نفر دیابتی به مرکز فوق تخصصی پیشگیری از دیابت و چاقی در تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مراجعه کرده اند. که در این پژوهش نمونه آماری دربرگیرنده ۲۰۱ نفر از بیماران دیابتی، از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند، در این پژوهش حجم نمونه ها از طریق جدول کرجسی مورگان بدست آمده است. در این پژوهش برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه خودشناسی انسجामी (۲۰۰۸)، پرسشنامه استاندارد DASS-۲۱ برای سنجش مقیاس استرس (۱۹۹۵)، پرسشنامه سبک های دفاعی (۱۹۹۳). استفاده شد. برای تحلیل داده های پژوهش در بخش آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کجی، کشیدگی، کمترین داده و بیشترین داده استفاده شده و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل همبستگی پیرسون و نیز جهت بررسی برازش مدل مفهومی از روش مدل معادلات ساختاری استفاده خواهد شد، همچنین برای تحلیل داده های به دست آمده نیز از نرم افزار PLS استفاده شد. باتوجه به یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که برازش الگوی مفروض رابطه علی مکانیسم های دفاعی با استرس ناشی از بیماری دیابت با میانجی گری خودشناسی انسجामी با داده ها تاییدشد، یعنی مدل از برازش مناسب و قوی برخوردار بود.

واژه های کلیدی: مدل ساختاری استرس، بیماری دیابت، مکانیسم های دفاعی، خودشناسی انسجामी

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان است که مزمن، پیش رونده و پر هزینه است و عوارض متعددی ایجاد می‌کند، این بیماری چهارمین علت مرگ و میر در بیشتر کشورهای توسعه یافته است (علیپور، حسنی و همکاران، ۱۴۰۱). دیابت نوع دو، اختلال متابولیسم گلوکز با کاهش تولید انسولین و مصرف آن توسط بافت‌ها و در نتیجه افزایش قند خون است که به عنوان یک مشکل عمده بهداشت جهانی مطرح است (روسی، امریکن، دیست، ۲۰۱۰). پیش بینی می‌شود که شیوع دیابت در جهان از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ میلادی به ۵/۴ درصد در سال ۲۰۲۵ برسد و در این مدت جمعیت افراد مبتلا ۱۲۲ درصد افزایش یابد (آنجانا، دیپا، پارادیا و همکاران، ۲۰۱۷). براساس آخرین آمارهای موجود، انتظار می‌رود تا سال ۱۴۰۴ از هر ۷ ایرانی یک نفر به دیابت مبتلا گردد (اکبر نتایج بیشه و همکاران، ۱۴۰۱). افزایش مزمن قند خون موجب تخریب، اختلال عملکرد و نارسایی عضوهای مختلف به خصوص چشم‌ها، کلیه‌ها، اعصاب و قلب و عروق می‌شود (پاور، بردسلی و همکاران، ۲۰۱۸). در این بین پیش آگهی طولانی مدت بیماری و میزان قند خون و کنترل آن به سبک زندگی فرد دیابتی بستگی دارد و کیفیت و سبک زندگی با متأثر ساختن رفتار خود مراقبتی بیمار پیش بین پیشرفت بیماری و شدت عوارض مزمن آن است (میر مهدی، رضا علی، ۱۳۹۷). معمولاً بیماران دیابتی ترکیبی از سه اختلال روانشناختی اضطراب و استرس و افسردگی را تجربه می‌کنند؛ اما عموماً یک اختلال غالب می‌باشد استرس با تشدید افسردگی بیمار و افزایش آشفتگی روان شناختی چون اضطراب، افسردگی نظام زیستی بدن را تحت تأثیر قرار داده و اختلال در عملکرد اجتماعی فرد ایجاد می‌کند که فرآیند کنترل دیابت و عوارض آن را با مشکل مواجه می‌کند، در پژوهش‌های مرتبط اشاره کردند به وجود ارتباط مثبت معنی دار میان کنترل ضعیف دیابت و رویدادهای استرس آفرین و اضطراب زای زندگی، که این امر خود، سلامت روانی بیماران دیابتی را با تهدید روبرو می‌سازد (حسن زاده و همکاران، ۱۴۰۱). مشکلاتی که دیابت برای افراد با توجه به محدودیت‌ها 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 تأثیر 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 دارد (برسفورد و همکاران، ۲۰۰۶). سبک‌های دفاعی از عوامل تأثیرگذار در اختلال‌های اضطرابی و بیمارهای پزشکی می‌باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۱۵). سازه 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 می‌شود، گرچه دفاع‌ها خود، جنبه آسیب شناسی روانی ندارند اما اختلال‌های روانپزشکی بر اساس استفاده مفرط و انعطاف ناپذیر برخی سبک‌های سازش نایافته مشخص می‌شوند (علیپور، حسنی و همکاران، ۱۴۰۱). سبک‌های دفاعی می‌توانند نقش واسطه‌ای در هنگام مواجهه با رویدادها و موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند، استفاده از بعضی سبک‌ها می‌تواند

^۱. Rossi, American Diabetes

^۲. Anjana, Deepa, Pradeepa, Mahanta, Narain, Das, Adhikari, Rao, Saboo, Kumar, Bhansali

^۳. Powers, Bardsley, Cypress, Duker, Funnell, Fischl, Maryniuk, Siminerio, Vivian

^۴. Beresford, Alfors, Mangum, Clapp, Martin

^۵. Yong, Lee, Lee, Yoo, Song, Kim

منجر به رشد و اختلال های روانپزشکی و پزشکی گردد (نصرالهی و همکاران، ۱۴۰۱). وایلنت و اندروز، سینگ و بوند بر اساس طبقه بندی سلسله مراتبی وایلنت در مورد سبک های دفاعی، ۲۴ سبک را به سه سبک دفاعی رشد یافته،^۶ نوروپیک^۷ و رشدنا یافته^۸ تقسیم کرده اند. که سبک دفاعی رشد نیافته و نوروپیک با مشکلات روانشناختی و تشدید بیماری ها مرتبط می باشد و سبک دفاعی رشد یافته نیز با سازگاری روانشناختی و پریشانی مرتبط است (وایلنت، ۲۰۰۹). هرچه نرخ استفاده از دفاع های رشد یافته بیشتر باشد، افراد بهتر می توانند متوجه احساسات خود شوند، رویارویی مناسب تری با واقعیت پیدا می کنند و سلامت جسمانی و روانی بالاتری نیز برخوردار شوند (ویگناتا گلینت، ۲۰۱۴). در مقابل استفاده بیشتر از دفاع های روان آزرد و رشد نیافته، منجر به دوری گزینی و اجتناب بیشتر از احساسات و واقعیت می شود و با شاخص های منفی سلامت روان مانند افسردگی و اضطراب در ارتباط هستند (نوربالا، قربانی، غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۷). دفاع ها با هدف کاهش اضطرابی به کار می روند که احساسات و افکار ممنوع برانگیخته اند. شناخت ماهیت اضطراب بیمار، سطح اضطراب تجربه شده، و راه های بدنی که اضطراب بیمار در آنها هدایت می شود در تشخیص اهمیت خاصی دارد و در طول درمانگری باید واریسی شوند (غلامی باکر و معنوی پور، ۱۳۹۸). در این میان خود شناسی انسجامی که به عنوان متغیر میانجی مطرح شده است در واقع یک فرایند روانشناختی پویا، سازش یافته، و انسجام دهنده است. که در هر لحظه می تواند تجربه ها و اسناد های مربوط به خود را به صورت معناداری تلفیق کند و با آگاهی از تجربه های جاری و گذشته آن ها را با یکدیگر مرتبط سازد (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰). شواهد پژوهشی متعددی بر نقش مثبت خودآگاهی در سلامت و کنار آمدن موثر با اضطراب تاکید کرده اند (نصرالهی و همکاران، ۱۴۰۱). همچنین آگاهی از فرایند های درونی از جمله مولفه هایی است که در امر پیشگیری و درمان بیماری ها مورد توجه قرار گرفته است (میر مهدی، رضا علی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان می دهد افراد دارای هشیاری بالاتر، توجه بیشتری به واکنش های اولیه جسمانی و روانی خود دارند و بهتر می توانند از راهبرد های کنار آمدن فعال استفاده کنند (علیپور، حسنی و همکاران، ۱۴۰۱) و سطوح بالاتر خود آگاهی با سلامت روانی و جسمانی ارتباط دارد (کارلسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ مک کراکن و ولمن، ۲۰۱۰). دیگر مطالعات نشان داده اند بین خود شناسی و سلامت روانی (بهجتی و همکاران، ۱۳۹۲)، استرس ادراک شده (قربانی و همکاران، ۲۰۱۰)، رواندستی (صالح میر حسنی و همکاران، ۱۳۹۷)، و مکانیزم های دفاعی (قربانی و همکاران، ۱۳۹۱) ارتباط وجود دارد. پژوهش های متعددی که در مورد اثر بخشی آموزش مدیریت استرس و مداخلات روان درمانی مؤثر بر روی بیماران دیابتی انجام شده است؛ نقش استرس را جزء عوامل خطر ساز یا تشدید کننده بیماری دیابت یاد نمودند که نیاز به استفاده از خدمات پر هزینه پزشکی و نیز کاهش سلامت روانی این بیماران را در پی دارد (اکبر نتایج بیشه و همکاران، ۱۴۰۱). شواهد پژوهشی دیگری، اثرگذاری و رابطه بین سبک های دفاعی و میزان

^۶. Mature

^۷. Immature

^۸. Neurotic

^۹. Vaillant

^{۱۰}. Vigna-Taglianti & Arfelli

^{۱۱}. Carlson, Specia, Patel & Goodey

^{۱۲}. McCracken & Velleman

سلامت جسمانی و روانی را در افراد نشان می دهند (لارزن و همکاران، ۲۰۱۳؛ وایلنت و موکامل، ۲۰۰۶). مطالعات نشان می دهند که استفاده از سبک های دفاعی رشد یافته در دوران جوانی، پیش بین سلامت جسمانی بالاتر در دوران میانسالی (مالون و همکاران، ۲۰۱۳)، و استفاده از سبک های دفاعی رشد نیافته با تشدید علائم جسمانی افسردگی و بیماری جسمی رابطه دارد (هایفنتای و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین سبک های دفاعی روان آزرده یا رشد نیافته با طول دوره بیشتر درمان و شدت بیشتر علائم بیماری در ارتباط است (مالون و همکاران، ۲۰۱۳). افراد سرکوبگر اگر چه در ظاهر اضطراب پایین تر و ناراحتی جسمی و روانی کمتری را گزارش می کنند (الفانت و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی دیگر خود شناسی انسجامی با نقش میانجی به بازداری زدایی و عدم سرکوب احساسات می پردازد و همین امر می تواند موجب آگاهی از مکانیسم های دفاعی آسیب زا به سلامتی و خنثی سازی آنها می شود، ما در این پژوهش در تلاش برای شفاف کردن عوامل روانشناختی در بیماران دیابتی مطرح شده، هستیم پیشینه های موجود را در این زمینه گسترش می دهد. استرس و مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجامی بیماران دیابتی، و تحقیقات متناقض، لزوم اهمیت پرداختن به مدل ساختاری استرس ناشی از بیماری دیابت بر اساس مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجامی دو چندان می کند. و با توجه به اینکه اکثر پژوهش ها در این زمینه در جوامع خارجی صورت گرفته است و تحقیقات اندکی در ایران بر این موضوع متمرکز شده اند، این پژوهش می تواند به افزایش تعمیم پذیری نتایج پژوهش های قبلی کمک کند، بر این اساس به دلیل شیوع بالا و روزافزون دیابت و اهمیت مشکلات روانی همراه با آن، خلا پژوهش حاضر در این است که در ایران مطالعات مربوط به بیماران دیابتی بسیار محدود انجام شده است و با توجه به مرور پیشینه های داخلی و خارجی محدود در ارتباط با مدل ساختاری استرس ناشی از بیماری دیابت بر اساس مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجامی، در بستر بیماران دیابتی علاوه بر افزودن به شواهد تجربی و دانش نظری، می تواند برای استفاده در موقعیت های بالینی و کلینیکی سودمند باشد. با توجه به مطالب مطرح شده پژوهشگر به دنبال این سوال است: آیا الگوی مفروض رابطه علی مکانیسم های دفاعی با استرس ناشی از بیماری دیابت با میانجی گری خودشناسی انسجامی با داده ها برازش دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر از نوع توصیفی - همبستگی از روش مدل معادلات ساختاری بوده است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی که به مرکز فوق تخصصی پیشگیری از دیابت و چاقی در تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ مراجعه کرده اند. با توجه به استعلام انجام شده از کلینیک، تعداد ۴۲۰ نفر دیابتی به مرکز فوق تخصصی پیشگیری از دیابت و چاقی در تهران در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ مراجعه کرده اند. که در این پژوهش نمونه آماری دربرگیرنده ۲۰۱ نفر از بیماران دیابتی، از طریق روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده اند، در این پژوهش حجم نمونه ها از طریق جدول کرجسی مورگان بدست آمده است. روش

^{۱۲} Larsen, Bøggild, Mortensen, Foldager, Hansen & Christensen

^{۱۴} Vaillant & Mukamal

^{۱۵} Malone, Cohen, Liu, Vaillant, & Waldinger

^{۱۶} Hyphantis, Taunay, Macedo, Soeiro-de-Souza, Bisol., Fountoulakis, Lara & Carvalho

^{۱۷} Elfant, Burns, & Zeichner

اجرا در این پژوهش به این صورت بود که ابتدا پس از معرفی نامه از دانشگاه و تحویل آن به مرکز مراجعه شد، پس از کسب مجوز از واحد اداری مرکز، از طریق پرس آنلاین پرسشنامه ها در اختیار بیماران دیابتی که به عنوان نمونه از طریق جدول مورگان بصورت تصادفی انتخاب شده بودند، قرار گرفت، و در آخر پرسشنامه ها از کسانی که پرسشنامه را تکمیل کرده اند نهایت تشکر را به عمل آورده همچنین از نظر اخلاقی به آنها متعهد شدیم که از این اطلاعات صرفا جهت پایان نامه استفاده می شود و اطمینان خاطر دادیم که بصورت محرمانه نزد پژوهشگر باقی می ماند.

ابزارهای اندازه گیری

(۱) پرسشنامه جمعیت شناختی. این پرسشنامه محقق ساخته به منظور آشنائی با ویژگی های دموگرافیک آزمودنی ها؛ نظیر سن، تحصیلات، اشتغال، تاهل، نوع دیابت آزمودنی ها استفاده شد.

(۲) پرسشنامه خودشناسی انسجامی قربانی و همکاران (۲۰۰۸). این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده که از میان آنها ۳ ماده نشان دهنده خودآگاهی تأملی و ۳ ماده نشان دهنده خودآگاهی تجربی و ۵ ماده نیز یکپارچه کردن تجارب گذشته و حال برای ایجاد آینده ای مطلوب را می سنجند. نمره گذاری این پرسشنامه به شکل طیف لیکرت ۵ درجه ای بصورت (عمدا نادرست = ۱، عمدتا درست = ۵) می باشد. لذا ضریب پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونبا ۰/۷۴ بدست آمد که نشان دهنده پایایی بالایی آزمون بوده است. در پژوهش قربانی، کانینگهم و واتسن (۲۰۱۱) نیز آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۹ گزارش شده است. در پژوهش میر حسنی و همکاران (۱۳۹۴) هم نیز آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۷ گزارش شده است.

(۳) پرسشنامه سبک های دفاعی اندروز و همکاران (۱۹۹۳). این پرسشنامه ابزاری ۴۰ سوالی و با مقیاس ۹ درجه ای لیکرت است که ۲۰ سبک دفاعی را برحسب سه سبک دفاعی رشد یافته (والایش، شوخ طبعی، پیش بینی و فرو نشانی)، نوروتیک (آرمانی سازی، واکنش وارونه، ابطال و نوع دوستی کاذب) و رشد یافته (فراقنی، پرخاشگری، منفعلانه، گذر به عمل، جداسازی، نا ارزنده سازی، خیال پردازی، انکار، جابه جایی، دلیل تراشی، جسمانی سازی، جداسازی، لایه سازی) می سنجد. ضریب آلفای کرونباخ پرسش های هریک از سبک ها در فرم فارسی ۰/۷۵ و ۰/۷۳ و ۰/۷۴ گزارش شده است. که نشانه همسانی درونی مناسبی برای فرم های ایرانی این پرسشنامه محسوب می شود (بشارت، شریفی، ایراوانی، ۲۰۰۱).

(۴) پرسشنامه استاندارد DASS-۲۱ برای سنجش مقیاس (استرس). این پرسشنامه توسط لایویند^۱ در سال (۱۹۹۵) تهیه و در یک نمونه بزرگ انسانی آزمایش شد کرفورد و هنری^۲ (۲۰۰۳). (این مقیاس دارای ۲۱ سؤال و ۳ عامل افسردگی، اضطراب و استرس است که ما فقط برای سنجش استرس از این پرسشنامه استفاده کردیم. و هر عامل توسط ۵ سؤال

^۱ Integrative Self-Knowledge

^۲ Watson & Weathington

^۳ Defense Style Questionnaire

^۴ Lovibond

^۵ Crawford, Henry

سنجیده می شود. این پرسشنامه یک ابزار با طیف چهار قسمتی است که گزینه های آن از صفر تا سه نمره گذاری شده اند. بالاترین نمره در هر کدام از زیر گروه ها ۲۱ است و نمره دهی این اعضا در سه محدوده نرمال (۰ تا ۴) متوسط (۵ تا ۱۱) و شدید (بیشتر از ۱۲) است. آنتونی و همکاران^۳ (۱۹۹۸) مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می گیرد. ارزش ویژه عوامل استرس، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۲/۸۹، ۱/۲۳ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲، ۰/۹۵ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) به این ترتیب بود: ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و استرس، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و استرس و ضریب همبستگی ۰/۲۸ بین اضطراب و افسردگی. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط ثمنی و جوکار و ثمنی (۲۰۰۷) مورد بررسی قرار گرفته که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب برابر ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و آلفای کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش نموده اند. که در این پژوهش فقط از بخش سوالات اضطراب و استرس استفاده می شود.

یافته ها

در جدول (۱) مفاهیم آمار توصیفی متغیرها شامل میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی ارائه شده است.

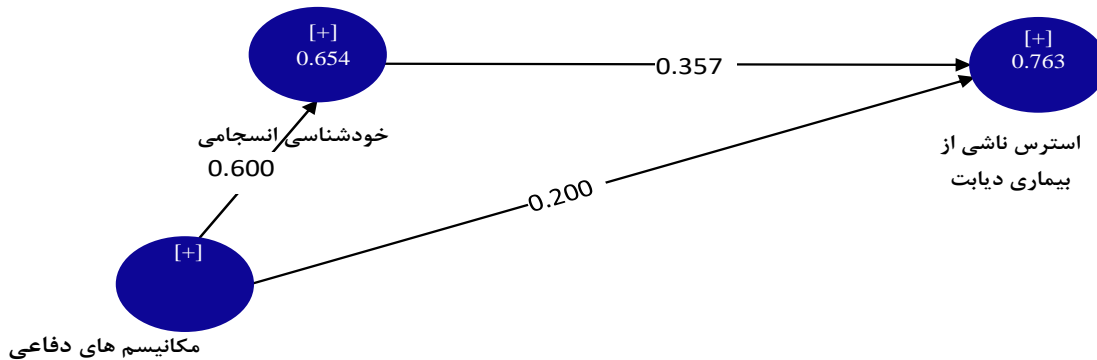
جدول ۱: شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش (n=201)

شاخص	مرکزی	پراکندگی		شکل توزیع	
		انحراف معیار	واریانس	کلموگراف - اسمیرنف	Sig
استرس ناشی از بیماری دیابت	۴.۲۸۴۷	۰.۴۱۲۵۱	۰.۱۷	۰.۲۳۴	۰.۲۰۰ ^c
مکانیسم های دفاعی	۴.۲۶۳۹	۰.۴۷۶۱۹	۰.۲۲۷	۰.۱۴۱	۰.۱۱۸ ^c

با توجه به جدول (۱) میانگین استرس ناشی از بیماری دیابت برابر است با ۴.۲۸ و انحراف معیار ۰.۴۱ و میانگین مکانیسم های دفاعی برابر با ۴.۲۶ و انحراف معیار ۰.۲۲ شده است. جهت بررسی نرمال بودن داده های بدست آمده از آزمون کلموگروف - اسمیرنف تک نمونه ای استفاده گردید. اطلاعات حاصل از اجرای آزمون کالموگروف - اسمیرنف را نشان داده است که سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات استرس ناشی از بیماری دیابت در سطح معناداری ۰/۲۰۰ یا آماره ی کالموگروف - اسمیرنف ۰.۲۳۴ است که سطح معنی داری این گروه بسیار بزرگ تر از ۰/۰۵ است که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است. سطح معنی داری گزارش شده برای نرمال بودن نمرات مکانیسم های دفاعی، در سطح معناداری ۰.۱۱۸ یا آماره ی کالموگروف - اسمیرنف ۰.۱۴۱ است که سطح معنی داری این گروه بزرگ تر از ۰/۰۵ بوده که نشان دهنده ی نرمال بودن توزیع نمرات در این متغیر است. به منظور ارائه مدل ساختاری استرس ناشی از بیماری دیابت بر اساس مکانیسم های دفاعی با میانجی گری خودشناسی انسجمی، در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل همبستگی پیرسون و نیز

^۳ Antony, Bieling, Cox, Enns, Swinson

جهت بررسی برازش مدل مفهومی از روش مدل معادلات ساختاری استفاده شد، که برای تحلیل داده های به دست آمده نیز از نرم افزار *PLS* استفاده گردید.



نمودار ۱: ضرایب مسیر

نمودار بالا، به بررسی ضرایب مسیر متغیرها و میزان تأثیر هریک از متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته می پردازد. مقدار ضریب مسیر در بازه ۱- و ۱ قرار دارد. هر چه این مقدار بصورت مثبت بیشتر باشد، نشان دهنده تأثیرگذاری بیشتر متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. ضریب تعیین میزان تبیین واریانس متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل را نشان می دهد. از مشکلات ضریب تعیین این است که میزان موفقیت مدل را بیش از اندازه برآورد می کند و کمتر تعداد متغیرهای مستقل و حجم نمونه را در نظر می گیرد، از این رو بعضی از محققان ترجیح می دهند از شاخص دیگری تحت عنوان ضریب تعیین تعدیل شده^{۲۵} استفاده کنند (ساروخانی، ۱۳۸۲). ضریب تعیین تعدیل شده استرس ناشی از بیماری دیابت ۰٫۷۶۱ است، و ضریب تعیین تعدیل شده خودشناسی انسجامی ۰٫۶۵۴ است. که این عدد بیان می کند که ۷۶ درصد از تغییرات استرس ناشی از بیماری دیابت و ۶۶ درصد از تغییرات خودشناسی انسجامی تحت تأثیر متغیرهای پژوهش است و مابقی عواملی هستند که در مدل در نظر گرفته نشده است. در ادامه می پردازیم به معناداری ضرایب مسیر (بتا)، که یکی از شاخص های تایید روابط در مدل ساختاری می باشد. معناداری ضرایب مسیر مکمل بزرگی و جهت علامت ضریب بتای مدل می باشد. چنانچه مقدار بدست آمده بالای حداقل آماره در سطح مورد اطمینان در نظر گرفته شده باشد، آن رابطه یا فرضیه تایید می شود. در سطح معناداری ۹۰ درصد، ۹۵ درصد و ۹۹ درصد این مقدار به ترتیب با حداقل آماره t ۱٫۶۴، ۱٫۹۶ و ۲٫۵۸ مقایسه می شود.

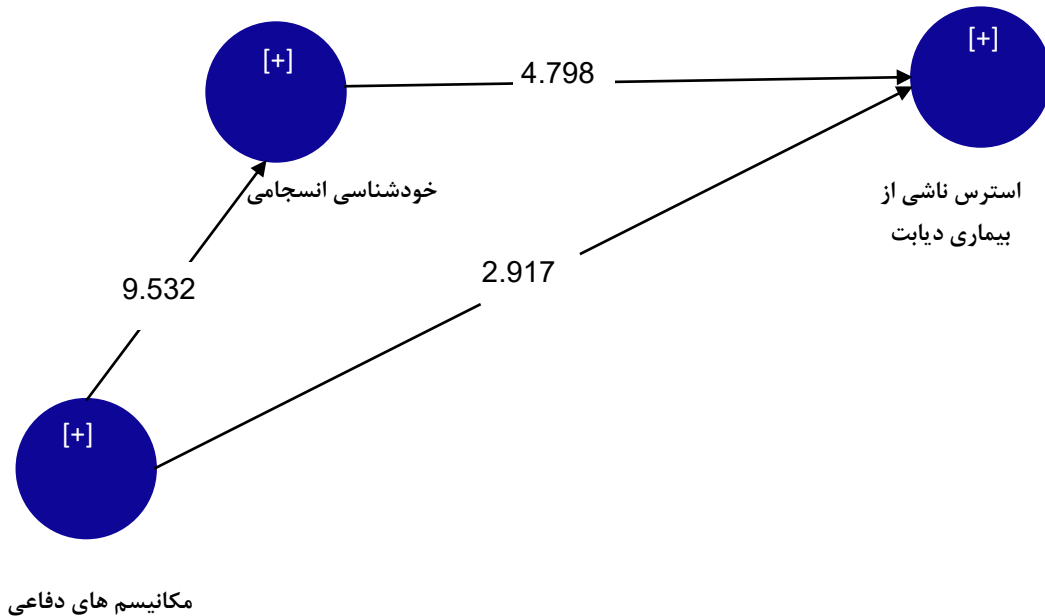
جدول ۲: اندازه اثر

خودشناسی انسجامی	استرس ناشی از بیماری دیابت	
	۰٫۱۸۶	خودشناسی انسجامی
۰٫۵۳۴	۰٫۰۵۷	مکانیسم های دفاعی

^{۲۵} R Square

^{۲۵} R Square Adjusted

معیار دیگر بررسی مدل ساختاری اندازه اثر می‌باشد. کوهن (۱۹۸۸) مقادیر ۰,۰۲، ۰,۱۵ و بیشتر ۰,۳۵ را به ترتیب مقادیر ضعیف، متوسط و قوی ارزیابی کرده‌اند. نتایج بررسی مقادیر اندازه اثر در جدول بالا نشان داد که این مقدار برای همه اثرات ضعیف تا قوی گزارش شد. در ادامه به معناداری ضرایب مسیر می‌پردازیم.



نمودار ۲: معناداری ضرایب مسیر

نمودار ۲ معناداری ضرایب مسیر را نشان می‌دهد. نتایج بدست آمده از این نمودار در نتایج فرضیات تشریح شده است. قدرتی پیش‌بینی مدل یا اشتراک افزونگی معیار دیگری برای بررسی مدل ساختاری است. هدف این شاخص بررسی توانایی مدل ساختاری در پیش‌بینی کردن به روش چشم‌پوشی ۷ می‌باشد. معروفترین و شناخته‌شده‌ترین معیار اندازه‌گیری این توانایی، شاخص Q^2 است که بر اساس این ملاک مدل باید نشانگرهای متغیر مکنون درون‌زای انعکاسی را پیش‌بینی کند. مقادیر بدست آمده از این آزمون مثبت است که نشان دهنده کیفیت مناسب مدل ساختاری است (هنسلر و همکاران، ۲۰۰۹). در مورد قدرت پیش‌بینی مدل در مورد متغیرهای پنهان درون‌زا سه مقدار ۰,۰۲، ۰,۱۵ و ۰,۳۵ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای این شاخص معرفی شده‌اند (هنسلر و همکاران، ۲۰۰۹). همانطور که نتایج جدول ۳ نشان داد توان پیش‌بینی مدل قوی گزارش شد.

جدول ۳: توان پیش‌بینی مدل

$Q^2 (=1 - SSE/SSO)$	SSE	SSO	
----------------------	-----	-----	--

^۲CV Red

^۳Blindfolding

^۴Henseler et al

استرس ناشی از بیماری دیابت	۲,۸۰۰.۰۰۰	۱,۶۰۱.۲۹۹	۰.۴۲۸
خودشناسی انسجانی	۴,۸۰۰.۰۰۰	۳,۴۴۸.۳۸۳	۰.۲۸۲
مکانیسم های دفاعی	۱۶,۰۰۰.۰۰۰	۱۶,۰۰۰.۰۰۰	

برای برازش کلی مدل معادلات ساختاری، مدل‌هایی که با رویکرد واریانس محور از طریق نرم افزارهای واریانس محور مانند *PLS Smart* مورد بررسی قرار می‌گیرند فاقد شاخصی کلی برای نگاه به مدل به صورت یکجا هستند. یعنی شاخصی برای سنجش کل مدل شبیه به رویکرد کواریانس محور وجود ندارد. اما در تحقیقات مختلف در این حوزه پیشنهاد شد که از شاخصی به نام *GOF* توسط تننهاوس^۲ و همکاران (۲۰۰۵) پیشنهاد شد که می‌توان به جای شاخص‌های برازشی که در رویکردهای کواریانس محور وجود دارد، استفاده نمود. این شاخص هر دو مدل ساختاری و اندازه‌گیری را به صورت یکجا در نظر گرفته و کیفیت آنها را مورد آزمون قرار می‌دهد. این شاخص بصورت میانگین R^2 و میانگین مقادیر اشتراکی بصورت دستی محاسبه می‌شود. این شاخص مجذور ضرب دو مقدار متوسط مقادیر اشتراکی و ضریب تعیین است. از آنجا که این مقدار به دو شاخص مذکور وابسته است، حدود این شاخص بین صفر و یک بوده و وتزل و همکاران (۲۰۰۹) سه مقدار ۰.۲۵؛ ۰.۳۶؛ و ۰.۴۵ را به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای *GOF* معرفی نمودند.

جدول ۴: نتایج برازش مدل کلی

GOF	مقادیر اشتراکی $\sqrt{\quad}$	مقادیر اشتراکی	ضریب تعیین $\sqrt{\quad}$	ضریب تعیین	
۰,۴۵۱	۶۳۸۰	۰,۶۰۷	۷۰۶,۰	۰,۷۶۳	استرس ناشی از بیماری دیابت
		۰,۶۷۰		۰,۶۵۴	خودشناسی انسجمی
		۰,۶۳۹			مکانیسم های دفاعی
۰,۰۷۴	ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده (SRMR)				

با توجه به مقدار بدست آمده از جدول بالا برای *GOF* به میزان ۰.۴۵۱ بوده که نزدیک به مقدار پیشنهادی وتزل و همکاران (۲۰۰۹) یعنی ۰.۳۶ که قوی بودن مدل را نشان می‌دهد، می‌باشد و بنابراین برازش مناسب مدل کلی تأیید می‌شود. مقدار مطلوب برای شاخص ریشه دوم میانگین مربعات باقیمانده استاندارد شده حداکثر ۰.۱ است. نتایج بدست آمده از این شاخص نشان داد که مقدار آن برابر با ۰.۰۷۴ گزارش شد که مقداری مطلوب است و بنابراین برازش مناسب مدل کلی تأیید می‌شود. همچنین مقدار ضریب مسیر مکانیسم‌های دفاعی بر استرس ناشی از بیماری دیابت برابر با ۰.۲۰۰ می‌باشد که مقداری مثبت است و بیانگر ارتباط مستقیم این دو متغیر است. آماره t این ارتباط در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار گزارش شد $P < 0.05$ $Value \leq$ به این معنا که مکانیسم‌های دفاعی بر استرس ناشی از بیماری دیابت تأثیر مستقیم و معناداری دارد.

جدول ۵: خلاصه نتایج بررسی اثر مستقیم و غیر مستقیم مکانیسم‌های دفاعی بر خودشناسی انسجانی بر استرس

ناشی از بیماری دیابت

فرضیه	ضریب مسیر	آماره t	P-Value	VAF	نتیجه
مکانیسم های دفاعی -> خودشناسی				۰.۵۳	۴.۵۱۴
					تأیید

^۲ Tenenhaus

انسجامی - استرس ناشی از بیماری دیابت					
اثر مستقیم	۰.۶۰۰	۲.۹۱۷	۰.۰۰۴		
اثر غیر مستقیم	۰.۲۱۴	۴.۴۹۴	۰.۰۰۰		
اثر کل	۰.۴۱۴	۷.۱۳۶	۰.۰۰۰		

برای بررسی اثر مستقیم مکانیسم‌های دفاعی بر خودشناسی انسجامی، مقدار ضریب مسیر مکانیسم‌های دفاعی بر خودشناسی انسجامی برابر با ۰,۶۰۰ می‌باشد که مقداری مثبت است و بیانگر ارتباط مستقیم این دو متغیر است. آماره t این ارتباط در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار گزارش شد $P-Value \leq ۰/۰۵$ به این معنا که مکانیسم‌های دفاعی بر خودشناسی انسجامی تاثیر مستقیم و معناداری دارد.

برای بررسی اثر غیرمستقیم مکانیسم‌های دفاعی از طریق خودشناسی انسجامی بر استرس ناشی از بیماری دیابت و معناداری اثر میانجی به نتایج آزمون سوبل استناد شد، با توجه به اینکه مقادیر $Z-value$ به دست آمده بالاتر از ۱/۹۶ می‌باشد، لذا نقش میانجی خودشناسی انسجامی در تاثیر مکانیسم‌های دفاعی بر استرس ناشی از بیماری دیابت در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار است $P-Value \leq ۰/۰۵$. به این معنا که مکانیسم‌های دفاعی از طریق خودشناسی انسجامی بر استرس ناشی از بیماری دیابت اثر غیر مستقیم دارد. با توجه به مقدار بدست آمده از آماره VAF که برابر با ۰,۵۳ است که می‌توان گفت که میانجی‌گری جزئی صورت گرفته است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحقیق حاضر نشان داد که الگوی مفروض رابطه علی مکانیسم‌های دفاعی با استرس ناشی از بیماری دیابت با میانجی‌گری خودشناسی انسجامی با داده‌ها برازش دارد، گرچه تاکنون پژوهشی دقیقاً با هدفی مشابه مطالعه حاضر انجام نشده است اما پیشینه پژوهش‌ها نشان‌دهنده برازش مناسب مدل است. نتایج برخی از مطالعات انجام شده در این زمینه این یافته را تایید می‌کند. به عنوان مثال می‌توان اشاره کرد به پژوهش بشارت (۱۴۰۱) در پژوهش خود با هدف نقش واسطه‌ای دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی و ناگویی هیجانی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی به بررسی پرداختند و نشان داد مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه منفی معنادار دارند. مکانیسم‌های دفاعی نوروتیک و رشدنیافته با نشانه‌های اضطراب و مکانیسم‌های دفاعی رشدنیافته با نشانه‌های افسردگی رابطه مثبت معنادار دارند. ناگویی هیجانی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معنادار دارد. دشواری تنظیم هیجان با نشانه‌های اضطراب و افسردگی رابطه مثبت معنادار دارد. همچنین تحلیل‌های آماری نشان داد دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته و رشدنیافته با نشانه‌های اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای دارد. و دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین ناگویی هیجانی با نشانه‌های اضطراب و افسردگی نقش واسطه‌ای دارد. در این پژوهش اثر مستقیم مکانیسم‌های دفاعی بر استرس ناشی از بیماری دیابت مورد تایید قرار گرفت که با تحقیقات بشارت (۱۴۰۱)، و پوپسکو و همکاران (۲۰۱۴)، و لنانه، پاکوک، جویس، فروچلیچ و همکاران (۲۰۱۹)، و گرافلو، والتی، زوتینی و کوسون (۲۰۱۷)، و ریموند و همکاران (۱۹۹۰)، و باند و وایالانت (۱۹۸۶) همسو است. در تبیین اثر مستقیم می‌توان ادعان داشت که مکانیسم‌های دفاعی فرایندهای روان شناختی ناخودآگاهی هستند که از افراد در برابر استرس و اضطراب و خطرات درونی و بیرونی محافظت می‌نمایند و آنها را از این خطرات آگاه می‌سازند (برادی و کارسون، ۲۰۱۱). مکانیسم‌های دفاعی در خدمت کنترل و تعدیل تجلیات تکانه‌ها هستند تا از افراد در برابر

فروپاشی ناشی از اضطراب ایجاد شده از بازشناسی خودآگاه تکانه های غیر قابل قبول محافظت نمایند (کوپر، ۱۹۹۸؛ نقل از کرامر، ۲۰۰۶). دفاع ها اغلب به صورت ترکیبی به کار می روند هر فرد گستره ای از دفاع ها را برای مهار اضطراب به کار می برد که حجم عمده ای از آنها در فرایند تحول، مشخصه ی شخصیت وی شده اند، افزون بر این، همپوشی زیادی در شیوه ی عمل دفاع ها در مهار اضطراب وجود دارد و در نهایت اضطراب در مثلث تعارض، رنجش ذهنی افراد هنگام احساس تهدید است. از این روی در بیماران دیابتی این رنجش ذهنی در قالب واژه هایی همچون ترس، کلافگی، ناراحتی، عصبی شدن، تنش، نگرانی، دردناک بودن و غیره نمود می یابد. این رنجش معمولاً به احساس های بنیادینی همچون خشم، گناه، شرم، اندوه، عشق و صمیمیت و تمایلات جنسی گره خورده است (قربانی، ۱۳۹۵). با توجه به انواع سبک های دفاعی که قبلاً مفصلاً شرح دادیم که شامل سه دسته کلی رشد یافته، نوروپیک، رشد نیافته است (ویگناتا گلینت، ۲۰۱۴). که بر طبق مطالعات صورت گرفته استفاده از مکانیسم های دفاعی با نشانه های آسیب شناسی روانی در ارتباطند. برخی از نشانه های آسیب شناسی روانی، گرایشات افسرده وار و فوبی با استفاده از دفاع های ناپخته در ارتباطند. افسردگی و فوبیا با مکانیسم های دفاعی پخته رابطه ی منفی دارند. به علاوه وجود شواهدی حاکی از این است که انواع اختلال های شخصیت با انواع متفاوتی از دفاع ها در ارتباطند و همخوانی ای بین سطح تحول آسیب شناسی و سطح تحول دفاع ها وجود دارد (کرامر، ۲۰۰۶). در این راستا می توان اشاره کرد به پژوهش باند وایلانت و دریک (۱۹۸۶) که در رابطه تشخیص و سبک های دفاعی و در مطالعه ای تحت عنوان دفاع های خود و اختلالات شخصیت دریافتند سلامت روانی با میزان استفاده از مکانیسم های دفاعی پخته نظیر پیش بینی، والایش، شوخی و فرونشانی رابطه دارد. افرادی که مکانیسم دفاعی پخته را به کار می برند با فشار روانی به خوبی کنار آمده و سازگارانه به تعارض پاسخ می دهند. در پژوهش دیگری توسط ریموند و همکاران (۱۹۹۰) تحت عنوان سبک های دفاعی، استرس و وضعیت سلامت به این نتیجه رسیدند که دفاع های رشد نیافته با سطوح بالایی از استرس، بیماری های جسمی و سپتوم های عاطفی همراه بود. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد، مکانیسم های دفاعی بر خودشناسی انسجامی اثر مستقیم دارد با تحقیقات اسدی، خدابخش پیرکلانی، مهری نژاد، (۱۴۰۰)، و ساری، حجت خواه، محسن (۱۳۹۹)، و صالح میر حسنی و همکاران (۱۳۹۷)، و گرافلو، والتی، زوتینی و کوسون (۲۰۱۷)، و اوپاید و داوو (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین این نتیجه، می توان اذعان داشت که ما از مکانیسم های دفاعی برای محافظت از خود در برابر احساس اضطراب یا گناه استفاده می کنیم، مکانیسم های دفاعی در سطح ناخودآگاه عمل می کنند و به دفع احساسات ناخوشایند (مثلاً اضطراب) کمک می کنند یا چیزهای خوب را برای فرد بهتر می کنند، استفاده از مکانیسم های دفاعی برای افراد طبیعی است اما اگر به صورت افراطی از آن استفاده شود حالت بیماری را ایجاد می کند مانند حالت های اضطرابی، فوبیا، وسواس ها یا هیستری (گنجی، ۱۳۹۵). براساس نظریه روان تحلیل گری فروید من هسته اصلی شخصیت و هر نوع تهدید به ارزش و کفایت آن در واقع هسته مرکزی وجود شخص را تهدید می کند. هنگام تهدید، من مکانیسم های دفاعی مختلفی به منظور حفظ من از تحقیر و در هم پاشیدگی به کار گرفته می شوند. ما همواره از این مکانیسم ها استفاده می کنیم، زیرا وجود آنها برای ناچیز جلوه دادن شکست ها و حمایت در مقابل نگرانی ها و احساس ارزش و کفایت فردی ضروری است. البته اگر در استفاده از مکانیسم های دفاعی افراط شود، دفاع هایی که برای حفظ تمامیت شخص به وجود آمده، خود موجب بروز اختلال می شوند. برای مثال دلیل تراشی، زمانی به کار برده می شوند که افراد برای گاهی مکانیسم های دفاعی مستدل جلوه دادن عقاید و رفتار خود در تکاپو هستند. هنگامی که از درک اتفاقات و حوادث ناموافق و مخالف عاجز می مانیم یا در مقابل عمل و رفتار خود یا وقایع خارجی، دچار استرس می شویم، دفاع های ایمنی بخشی برای حمایت ما در مقابل اضطراب وارد عمل می شوند. میزان

استرس قابل تحمل در هر فرد بدون آنکه علائم اختلال و به هم خوردن سازمان رفتاری و تمامیت فردی درونی بروز کند، قدرت تحمل استرس نامیده می شود (روزنمن و سلیگمن، ۱۹۹۵؛ آذر و کرداهی، ۲۰۱۰). از سوی دیگر با توجه به کنترل پذیر بودن به عنوان می توان این گونه تعبیر کرد که کنترل پذیر بودن به عنوان ابزاری است که به این احساس فرد اشاره دارد که منابع قابل دسترس برای وی کافی بوده تا بتواند به طور مناسب به نیازها و تقاضاهای ناشی شده از تحریکات درونی و بیرونی پاسخ دهد. این مولفه نگرش ها و منابع مقابله ای موجود فرد را نشان می دهد و آنچه مهم است باور داشتن به همه منابع مورد نیاز است. احساس کنترل پذیری احساس دارا بودن منابع مورد نیاز شخصی برای حل موقعیت های مشکل زا و مقابله با استرس را منعکس می کند (آنتونوسکی، ۱۹۹۶). در تبیین می توان اشاره کرد به پژوهش همسویی که توسط ساری، حجت خواه، محسن (۱۳۹۹) با هدف رابطه خودشناسی انسجامی، سبک های دفاعی با بیگانگی شغلی کارکنان شرکت پرسیا به بررسی پرداختند و نتایج به دست آمده حاکی از وجود رابطه منفی از خودبیگانگی شغلی با سبک دفاعی بالغ و خودشناسی انسجامی هستند. یافته ها همسویی از خود بیگانگی شغلی با فقدان خودشناسی و سبک دفاع بالغ را تایید کردند و این نشان دهنده قطع ارتباط افراد از خود بیگانه با درون و بیرون از خود است که این پدیده سال های عیددی مورد توجه پروفیسور دوانلو بوده است. نتیجه پژوهش حاضر نشان داد مکانیسم های دفاعی از طریق خودشناسی انسجامی بر استرس ناشی از بیماری دیابت اثر غیر مستقیم دارد. با تحقیقات بشارت (۱۴۰۱)، و اسدی، خدابخش پیرکلانی، مهری نژاد، (۱۴۰۰)، و ساری، حجت خواه، محسن (۱۳۹۹)، و صالح میر حسنی و همکاران (۱۳۹۷)، و پوپسکو و همکاران (۲۰۱۴)، و لنانه، پاکوک، جویس، فروچلیچ و همکاران (۲۰۱۹)، گرافلو، والتی، زوتینی و کوسون (۲۰۱۷)، و ریموند و همکاران (۱۹۹۰)، و باند و وایالانت (۱۹۸۶) همسو است. در تبیین این نتیجه، می توان اذعان داشت که عملکرد مکانیسم های دفاعی چیزی نیست جز ابزاری که فرد برای تحریف حقیقت درون و برون به کار می برد. اما مفید یا مضر بودن دفاع را عمدتا باید با توجه به بافتی که در آن ظاهر می شود معنا کرد. واکنش های دفاعی عمدتا سه هدف دارند: نخست، گریز یا مدیریت احساسات و تکانه های قوی، تهدیدآمیز و طاقت فرسای غم، خشم، حسد، غیظ، گناه، عشق و غیره. دوم حفظ و تعادل احساس ارزش خود. سوم گرایش به زجر دادن خود. بدیهی است که مورد اول و دوم در مواقعی به شکل موقت به حفظ تعادل کمک می کنند و سومی بی تردید از نیروهای مخرب درونی ناشی می شود. اما در مجموع، واکنش های دفاعی در بافت های متعددی عامل اصلی زجر و رنج است. دفاع ها یا فرد را از مواجهه با واقعیت و برخورد سازنده با آن محروم می کنند یا مسبب تخریب و آزار خود یا دیگری می گردند (قربانی، ۱۳۹۵). مکانیسم های دفاعی قدرت سازگاری دارند زیرا سبب کاهش اضطراب و اثرات سوء آن می گردند و به خود فرصت سازگاری و تطابق بهتر با عوامل نامساعد محیطی را می دهند. از طرفی دیگر، استفاده شدید و مکرر از مکانیسم های دفاعی سبب دوری و جدایی از واقعیت ها می گردد و به ویژه در ناهنجاری روانی، به شدت بکار برده می شود.

اما با توجه به محدودیت های پژوهش باید در تعمیم نتایج، محتاط بوده و منتظر انجام مطالعات بیشتری در این زمینه بود. از این محدودیت ها می توان اشاره کرد به اینکه فقط بر روی بیماران دیابتی در شهر تهران صورت گرفته و از تعمیم آن به سایر بیماران و شهرهای دیگر باید احتیاط کرد، زیرا ممکن است تفاوت های فرهنگی، در تعمیم نتایج اثرگذار باشد. و عدم دسترسی به پرسشنامه ایرانی اشاره کرد.

تشکر و قدردانی

با سپاس فراوان از بیماران دیابتی که در انجام این پژوهش نهایت همکاری را به عمل آوردند.

منابع

- اکبر نتایج بیشه، کلثوم؛ حسن زاده، رمضان؛ دوستی، یار علی؛ کاظم فخری، محمد؛ شیرافکن، امیر حسین (۱۴۰۱). اثر همبودی دیابت و برخی مشکلات روانشناختی و دیابت: یک مطالعه مروری. *فصلنامه پرستاری دیابت دانشکده پرستاری و مامایی زابل*. ۲(۳): ۶۹-۸۳.
- صالح میر حسنی، وحیده؛ احمد علی پور، احمد؛ ولی الاله، فرزاد (۱۳۹۷). نقش واسطه ای فرایندهای خودشناسی و خودمهارگری در رابطه استرس ادراک شده و عینی با اضطراب، افسردگی، و علائم جسمانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی. پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۰، ۳(۱).
- غلامی باکر، نیکتا؛ معنوی پور، داوود (۱۳۹۸). ساخت و اعتباریابی آزمون سنجش اضطراب بر اساس رویکرد روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت. *فصلنامه روانشناسی تحلیلی - شناختی*. ۱۰، ۳۹(۲): ۷۹-۸۹.
- نصرالهی، بیتا؛ میوه چی، عزت اله (۱۴۰۱). استفاده از تحلیل ممیزی جهت پیش بینی بیماری دیابت نوع دو بر اساس اضطراب و افسردگی و سبک زندگی در افراد مبتلا و غیر مبتلا یک خانواده. *فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل*. ۱۰(۲): ۱۰۲-۱۲۲.
- نوربالا، فاطمه؛ قربانی، نیما؛ غلامعلی لواسانی، مسعود (۱۳۹۷). نقش میانجی گر خودشناسی در رابطه باسبک های دفاعی و علائم جسمانی سازی. *فصلنامه علوم شناختی*، ۶۶، ۱۷(۴).
- Alipour F, Hasani J, Oshrieh V, Saeedpour S.(۲۰۱۵) Brain -Behavioral Systems and Psychological Distress in Patients with Diabetes Mellitus A Comparative Study. *Caspian J Neurol Sci*.;1 (2):20 -9.
- Anjana RM, Deepa M, Pradeepa R, Mahanta J, Narain K, Das HK, Adhikari P, Rao PV, Saboo B, Kumar A, Bhansali A. (2017) Prevalence of diabetes and prediabetes in 15 states of India: results from the ICMR-INDIAB population-based cross-sectional study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*; 5(8):585-9۶.
- Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP.(1998) Psychometric properties of the 42- item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*; 10(2):176-81.
- Behjati, Z., Saeedi, Z., Noorbala, F., Enjedani, E., & Aghaie Meybodi, F. (2011). Integrative self-knowledge and mental health. *Procedia*, 30, 705-708.
- Beresford TP, Alfors J, Mangum L, Clapp L, Martin B. (۲۰۰۶) Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosoma*.;47(3):247 -53.

- Crawford JR, Henry JD.(2003) The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*; 42(2):111- 131.
- Elfant, E., Burns, J., & Zeichner, A. (2007). Repressive coping style and suppression of pain-related thoughts: effects on responses to acute pain induction. *Cognition and Emotion*, ۲۲(۴), ۶۷۱-۹۶.
- Ghorbani N, Watson P.J, Micheal B.H. (2010) Integrative self-Knowledg scale: correlation and incremental validity of a cross cultural measure developed in Iran and the United states. *The Journal of psychology: interdisciplinary and applied* . 142: 4,359 -4۱۲.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Weathington, B. L. (2010). Mindfulness in Iran and the United States: Cross-cultural structural complexity and parallel relationships with psychological adjustment. *Current Psychology*, 45(2)147-156.
- Hyphantis, T.N., Taunay, T.C., Macedo, D.S., Soeiro-de-Souza, M.G., Bisol, L.W., Fountoulakis, K.N., Lara, D.R., & Carvalho, A.F. (2013). Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *Journal of Affective Disorders*, 150, 481-489.
- Karlsen B, Oftedal B, Bru E.(۲۰۱۲) The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes -related distress among adults with type 2 diabetes. *J Advanc Nurs.*;68(2):391 –401.
- Larsen, A., Bøggild, H., Mortensen, J.T., Foldager, L., Hansen, J.,& Christensen, A. (2010). Psychopathology, defense mechanisms, and the psychosocial work environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 563-577.
- Malone, J.C., Cohen, S., Liu, S.R., Vaillant, G.E., & Waldinger, R.J. (2013). Adaptive midlife defense mechanisms and late-life health. *Personality and Individual Differences*, 55, ۸۵-۸۹.
- McCracken, M.L., & Velleman, S.C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148, 141-147.
- Powers MA, Bardsley J, Cypress M, Duker P, Funnell MM, Fischl AH, Maryniuk MD, Siminerio L, Vivian E .(2018) Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*; 115(8):1323-3۴.

- Rossi G, American Diabetes A.(2010) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Recenti progressi in medicina*; 101(7-8):274-6.
- Vaillant, G.E. (2006). Adaptive mental mechanisms: Their role in a positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vigna-Taglianti, M., & Arfelli, P. (2014). Confusion of tongues: A defense mechanism and a complex communication of unwelcome children with an early broken intimacy. *International Forum of Psychoanalysis*, 23, 30-36
- Yong J, Lee Y, Lee S, Yoo S, Song J, Kim S. (۲۰۱۵) Association between defense mechanisms and psychiatric symptoms in North Korean Refugees. *Compr Psychiatry*.;56:179 –87.