

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Structural Relationship between Psychodynamic Conflicts and Mentalization with Quality of Life and Fasting Blood Sugar Levels in People with Diabetes: The Mediating Role of Diabetes Acceptance

Fatemeh Eisazadeh¹, Isaac Rahimian-Boogar^{2*} 

¹ Postdoctoral Researcher, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran.

² Associate Professor in Health Psychology, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Mahdishahr, Semnan, Iran.

Correspondence

Isaac Rahimian-Boogar

Email: i_rahimian@semnan.ac.ir

How to cite

Eisazadeh, F., Rahimian-Boogar, I. (2025). Structural Relationship between Psychodynamic Conflicts and Mentalization with Quality of Life and Fasting Blood Sugar Levels in People with Diabetes: The Mediating Role of Diabetes Acceptance. *Quarterly Journal Of Health Psychology*, 14(2). 129-144.

ABSTRACT

Objective: Diabetes is the most common chronic metabolic disease in worldwide with high financial and human costs; therefore, it was important to investigate the factors affecting the quality of life related to diabetes and fasting blood sugar levels. Therefore, the main purpose of the present study is to determine the structural relationship between psychodynamic conflicts and mentalization with quality of life and fasting blood sugar levels in people with diabetes, with the mediating role of diabetes acceptance. **Method:** The present study was a retrospective cross-sectional descriptive study with structural equation modeling. The statistical population was all diabetics who referred to the Iranian Diabetes Association in Tehran in the first half of 2024. Using research instruments, 511 participants were enrolled in the study based on a convenience sampling method. Based on the formula $Q_{15} > n > Q_5$, the minimum sample size was calculated to be 240 people, and the maximum was 720 people. Therefore, the researchers deemed a sample size of 500 people to be appropriate. Due to the possibility of attrition, 530 questionnaires were distributed, and 523 questionnaires were completed, of which only 511 were suitable for inclusion in the study. The inclusion criteria for the study were: willingness to participate in the research, diagnosis of type 1 or type 2 diabetes, and referral to the Iranian Diabetes Association in the first half of first half of 2024. The exclusion criteria were: unwillingness to continue participating in the research and incomplete completion of questionnaires. The data were analyzed using two statistical software packages, SPSS - 26 and AMOS - 26. The research tools consisted a Fasting Blood Sugar (FBS) test, and a form for collecting demographic information. To collect data, the second edition of the Psychodynamic Conflicts Questionnaire (2020), the Revised Mentalization Questionnaire by Horvath

et al. (2023), the Diabetes-Related Quality of Life Questionnaire by Burroughs et al. (2004), and the Iranian version of the Diabetes Acceptance Scale (2022) were used. **Results:** In this study, 511 individuals participated, with 232 (45.4%) being male and 279 (54.6%) being female. The age range of all participants was 15 to 80 years. Furthermore, 184 individuals (36%) had type 1 diabetes, and 327 individuals (64%) had type 2 diabetes. Therefore, the majority of the study sample consisted of individuals with type 2 diabetes, which seems entirely logical given its higher prevalence. Also, after collecting data and analyzing them in a descriptive and inferential form and presenting the model using statistical software, the results indicated that the proposed structural model has a good fit and the predictor and mediating variables have a significant direct ($P < 0/05$) and indirect effect (through the mediating variable) on the criterion variables. In other words, the t -values (or critical ratios) for all direct paths were above ± 1.96 , indicating the significance of all direct effects of the study variables. Bootstrap results showed that all indirect paths, mediated by the diabetes acceptance variable for diabetes, were statistically significant. **Conclusion:** According to the results of the present study, it seems that targeting the components of psychodynamic conflicts, mentalization, and diabetes acceptance in relation to quality of life related to diabetes and fasting blood sugar levels can be effective in people with diabetes. Encouraging patients to confront their intrapsychic conflicts and enhance mentalization (as part of their treatment), along with utilizing constructive coping strategies for their mental health, can be effective in improving diabetes-related quality of life and fasting blood glucose levels. Furthermore, this approach enables diabetic patients to achieve greater acceptance of their condition, which can lead to increased engagement in the treatment process and, ultimately, improved diabetes management and control.

KEYWORDS

Psychodynamic Conflicts, Mentalization, Quality of life, Fasting Blood Sugar levels, Diabetes Acceptance.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

رابطه ساختاری تعارضات درون روانی و ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت: نقش میانجی پذیرش دیابت

فاطمه عیسی‌زاده^۱، اسحق رحیمیان بوگر^{۲*}

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت یک بیماری مزمن بوده و دارای هزینه‌های فراوانی است؛ لذا، بررسی عوامل تاثیرگذار بر کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا حائز اهمیت بود.

روش: پژوهش حاضر از نوع توصیفی مقطعی گذشته نگر با مدل یابی معادله ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، تمام مبتلایان به دیابتی بودند که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به انجمن دیابت ایران واقع در تهران مراجعه کردند. با استفاده از ابزار پژوهش (پرسشنامه و آزمایش FBS)، ۵۱۱ نفر براساس روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ویرایش دوم پرسشنامه تعارضات درون‌روانی (۲۰۲۰)، پرسشنامه تجدیدنظرشده ذهنی‌سازی هورواث و همکاران (۲۰۲۳)، پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با دیابت بروگز و همکاران (۲۰۰۴) و نسخه ایرانی پرسشنامه پذیرش دیابت (۱۴۰۱) استفاده شد.

یافته‌ها: پس از جمع‌آوری اطلاعات و تحلیل آن‌ها به شکل توصیفی و استنباطی و ارائه مدل با استفاده از نرم‌افزارهای آماری نتایج به دست آمده حاکی از آن بود که مدل ساختاری پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و متغیرهای پیش‌بین و میانجی اثرمستقیم و غیرمستقیم (از طریق متغیر میانجی) معنی‌داری بر متغیرهای ملاک دارند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد که هدف قرار دادن مؤلفه‌های تعارضات درون‌روانی، ذهنی‌سازی و پذیرش دیابت می‌تواند در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی

تعارضات درون‌روانی، ذهنی‌سازی، کیفیت زندگی، سطح قندخون ناشتا، پذیرش دیابت.

^۱ پژوهشگر پسادکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، مهدی‌شهر، سمنان، ایران.
^۲ دانشیار روان‌شناسی سلامت، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، مهدی‌شهر، سمنان، ایران.

نویسنده مسئول:

اسحق رحیمیان بوگر

رایانامه:

i_rahimian@semnan.ac.ir

استناد به این مقاله:

عیسی‌زاده، فاطمه، رحیمیان بوگر، اسحق، (۱۴۰۴). رابطه ساختاری تعارضات درون روانی و ذهنی‌سازی با کیفیت زندگی و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت: نقش میانجی پذیرش دیابت. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۲)، ۱۳۹-۱۴۴.

مقدمه

دیابت^۱ شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک در سراسر جهان می‌باشد (باقری‌فرد و همکاران، ۱۴۰۳) و باتوجه به عوارض حاد و مزمن متعدد و بسیار جدی این بیماری در صورتی که اقدام مناسب جهت پیشگیری، کنترل و درمان این بیماری صورت نگیرد، محدودیت‌ها و معضلات بی‌شماری برای جمعیت رو به ازدیاد و افراد در معرض خطر به وجود خواهد آمد (کریمی و قربانی، ۱۴۰۳). به گزارش مرکز کنترل و پیشگیری دیابت آمریکا^۲ (۲۰۲۲) بیماری دیابت انواع گوناگونی دارد که شایع‌ترین آن، دیابت نوع ۱ (۵٪/۸) و دیابت نوع ۲ (۹۰٪/۹) می‌باشد (به نقل از میراحمدی و همکاران، ۱۴۰۳). در دیابت نوع ۱، به دلیل فقدان ترشح انسولین، سوخت و ساز کربوهیدرات، چربی و پروتئین دچار مشکل شده و در دیابت نوع ۲، حساسیت بافت‌های هدف نسبت به آثار متابولیک انسولین کاهش می‌یابد (باقری‌فرد و همکاران، ۱۴۰۳). باتوجه به شیوع بیشینه دیابت نوع ۲، پژوهش حاضر، ضمن بررسی هردو نوع شایع دیابت (نوع ۱ و ۲)، تمرکز بیشتری بر دیابت نوع ۲ داشته است.

عوامل خطر رایج بیماری دیابت عبارتند از: چاقی، کم‌ تحرکی، سیگار کشیدن، سبک زندگی کم‌تحرک، مصرف زیاد الکل، سابقه خانوادگی، به ویژه بستگان درجه یک، بالای ۴۵ سال سن و رژیم غذایی ناسالم (ابوالحماس^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). طبق گزارش فدراسیون بین المللی دیابت^۴، دیابت در کشورهای با درآمد کم و متوسط^۵ به سرعت در حال افزایش است؛ به طوری که تا ۸۱ درصد از ۵۳۷ میلیون بزرگسال مبتلا به دیابت در سال ۲۰۲۱ در این کشورها بودند؛ همچنین، با توجه به همه‌گیرشناسی بیماری در این کشورها، همراه با شهرنشینی سریع و تغییرات مضر شیوه زندگی مرتبط، انتظار می‌رود که بیش‌ترین افزایش در شیوع دیابت در این مکان‌ها رخ دهد (لام^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، کمبود منابع و ضعف در سیستم سلامت منجر به مرگ و میر بیش‌ازحد و مدیریت ضعیف‌تر بیماری می‌شود؛ همچنین، باتوجه به این‌که ابتلا به دیابت می‌تواند موجب افزایش احتمال ابتلا به برخی از بیماری‌های عفونی (مانند کووید-۱۹ و سل) شده و پیامدهای آن‌ها را وخیم‌تر سازد (موکوندا^۷ و همکاران، ۲۰۲۵)،

مدیریت موثر دیابت در این کشورها ضروری به نظر می‌رسد.

مدیریت دیابت شامل مولفه‌های مرتبط با پیشگیری، غربالگری و تشخیص موثر، پیگیری منظم و درمان دارویی و غیردارویی مادام‌العمر مانند فعالیت بدنی، رژیم غذایی سالم و آموزش است (ساکس^۸ و همکاران، ۲۰۲۳). هدف استراتژی‌های مدیریت پس از تشخیص، دستیابی و حفظ کنترل قندخون است (میراحمدی و همکاران، ۱۴۰۳)؛ به عبارت دیگر، مدیریت ضعیف دیابت و در نتیجه، عدم کنترل قندخون، با افزایش خطر عوارض میکروواسکولار و ماکروواسکولار^۹ همراه است که منجر به مصرف عمده منابع بهداشتی و همچنین پیامدهای بالینی وخیم‌تر از جمله مرگ‌ومیر می‌شود (انجمن دیابت آمریکا^{۱۰}، ۲۰۲۵)؛ مصون ماندن از عوارض دیابت نیازمند مدیریت و کنترل قندخون می‌باشد. به عبارت دیگر، ابتلا به دیابت می‌تواند موجب ایجاد مشکلات روانشناختی در فرد شده و این مشکلات نیز می‌توانند، موجب کاهش مدیریت دیابت و تجربه عوارض شدید این بیماری شوند؛ لذا، بررسی متغیرهای موثر بر سلامت جسمی- روانی- اجتماعی، اهمیت ویژه‌ای می‌یابد (موکوندا و همکاران، ۲۰۲۵). تعارضات درون‌روانی (کوپس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱) و ذهنی‌سازی (کیسلاک^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲) از مهم‌ترین عوامل روانی می‌باشند که در سلامت جسمی-روانی-اجتماعی تمامی افراد به ویژه بیماران نقش بسیار مهمی دارند؛ لذا، یافتن تأثیراتی که تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی می‌توانند از طریق پذیرش دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا ایجاد کنند، بسیار حائز اهمیت است؛ زیرا، کاربست آن‌ها در آینده موجب کنترل بیماری و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی و طول عمر بیماران مبتلا به دیابت می‌شود.

برای بیش از یک قرن، مفهوم تعارض‌روانی سنگ‌بنای درمان‌های روان‌کاوی و روان‌پویشی بوده است؛ با این حال، تعاریف متعددی از تعارضات‌روانی وجود دارد که یکی از مقبول‌ترین آن‌ها توسط نظریه پرداز معاصر، چارلز برنر^{۱۳}، (۱۹۹۴) پیشنهاد شده که عبارت است از: تعارضات موجود بین "شکل‌های سازش"^{۱۴} در میان آرزوها و محرک‌ها، ناخوشایندی^{۱۵}ها (اضطرب

8 - Sacks

9 - Microvascular & Macrovascular

10 - American Diabetes Association

11 - Koops

12 - Cieślak

13 - Charles Brenner

14 - Compromise formations

15 - Un-pleasure

1 - Diabetes

2 - Centers for Disease Control and Prevention

3 - AbuAlhommos

4 - International Diabetes Federation (IDF)

5 - Low and Middle Income Countries (LMIC)

6 - Lam

7 - Mukonda

دانش‌دیابتی و تاثیرات دیابت بر مسائل شغلی- اجتماعی- زناشویی را می‌سجد (پوررستمی و همکاران، ۱۴۰۲). گالوز گالان^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۱) معتقدند که زنان کیفیت زندگی مرتبط با دیابت پایین‌تری را نسبت به مردان دارند و سن، تنها زندگی کردن، داشتن وضعیت اجتماعی-اقتصادی پایین و نیاز به کمک برای خودمراقبتی مرتبط با دیابت، پیشرفتگی دیابت، وجود عوارض حاد و مزمن و بیماری‌های همراه، درمان‌دارویی و کنترل قندخون بر کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت در بیماران تأثیر می‌گذارد. همچنین پژوهشگران معتقدند که کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت تحت تأثیر عوامل بی‌شمار دیگری، مانند وجود سایر مشکلات سلامت، روابط اجتماعی، وضعیت تاهل، دانش بیمار، ارتباط پزشک و بیمار، رضایت از درمان و قابل درک بودن برای کنترل بیماری می‌باشد (دیربیا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۳). یکی از اصلی‌ترین راه‌ها، جهت ارتقای کیفیت زندگی مرتبط به دیابت، تشخیص زودهنگام آن و نگه داشتن قندخون در حالت بهینه می‌باشد که از طریق آزمایش‌ها و معیارهای گوناگونی می‌توان به آن‌ها پی‌برد (گالوز گالان و همکاران، ۲۰۲۱).

معیارهایی برای تشخیص بیماران دیابتی بر اساس اندازه‌گیری‌های آزمایشگاهی وجود دارد که تعیین سطح قندخون ناشتا^{۱۲} یکی از آن‌ها می‌باشد (خیا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۵). این آزمایش رایج بوده و برای غربالگری بیماران دیابتی کارایی داشته و نشان می‌دهد بیماران به چه میزان در کنترل بیماری دیابت موفق بوده‌اند (ژو و یانگ^{۱۴}، ۲۰۲۵). همچنین، انجام آن نسبت به سایر آزمایش‌ها (از قبیل آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله و قندخون دو ساعته) برای بیماری‌های دیابت مقدم شمرده می‌شود؛ فلذا، از اهمیت شگرفی برخوردار است (خیا و همکاران، ۲۰۲۵) و در آن بیمار باید حداقل هشت ساعت ناشتا باشد (ژو و یانگ، ۲۰۲۵). زمانی که میزان FBS فرد، ۱۲۶ میلی‌گرم در دسی‌لیتر یا ۷ میلی‌مول در لیتر یا بیشتر بوده و این نتایج در دو یا چند جلسه تکرار شود، فرد به عنوان بیمار مبتلا به دیابت شناخته می‌شود (خیا و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهشگران معتقدند که میزان FBS یکی از شاخص‌های پیش‌بینی کننده کنترل بیماری، سازگاری و پذیرش دیابت می‌باشد (انجمن دیابت آمریکا، ۲۰۲۵).

از آنجایی که دیابت نوع ۲ تغییرات فیزیولوژیکی و روانی را در

و افسردگی)، دفاع‌ها و ترس از مجازات یا گرایش‌های خود تنبیهی (به نقل از ویرل^۱ و همکاران، ۲۰۲۳). علاوه بر این، فروید^۲ (۱۹۶۲) معتقد است که هدایت تعارضات درون‌روانی دوران کودکی به عنوان بخش مهمی از رشد من^۳ (خود) تلقی می‌شود؛ علاوه بر این، مطابق با نظر برومبرگ^۴ (۱۹۹۸) تعارض‌های درون‌روانی ناشی از تروماها بوده و طیفی از حالات تجزیه‌ای می‌باشند که بر سازمان شخصیت تأثیر می‌گذارند (به نقل از مارچینی^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، بیماری‌های مزمن، چالش‌هایی را برای فرد ایجاد کرده که هدایت تعارضات درون‌روانی را با مشکل مواجه می‌سازند؛ زیرا این افراد به دلیل بیماری‌شان بیشتر در تعارض میان آرزوها، امیال، دفاع‌ها و ترس‌ها قرار می‌گیرند (کوپس و همکاران، ۲۰۲۱).

یکی از دیگر عواملی که می‌تواند بر کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و کنترل این بیماری تأثیر گذار باشد، ظرفیت ذهنی‌سازی فرد یا عملکرد بازتابی^۶ است (زارع و همکاران، ۱۴۰۳). ذهنی‌سازی از تفکر روان‌پویشی، تربیت طبیعی^۷، رویکرد سیستماتیک و درمان‌های شناختی و رفتاری سرچشمه می‌گیرد (اسمیت^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). ذهنی‌سازی شکلی از فعالیت ذهنی درباره خود و دیگران، یعنی فهم و تفسیر رفتار انسان در وضعیت‌های ذهنی آگاهانه مثل نیازها، آرزوها، احساس‌ها، باورها، اهداف، مقاصد و دلایل است (کیانی مروج و همکاران، ۱۴۰۳). عدم تعادل و یا شکست در ذهنی‌سازی می‌تواند منشا آسیب‌شناسی روانی در بسیاری از اختلالات شخصیتی و روان‌پزشکی باشد (ماتانوا^۹ و همکاران، ۲۰۲۴) و کیفیت‌زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را تحت تأثیر قرار دهد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

موضوع کیفیت‌زندگی به ویژه برای بیماری‌هایی مانند دیابت که مراقبت‌های بهداشتی برای آن‌ها نیاز به رفتارهای خودمراقبتی مداوم داشته و می‌تواند با سبک زندگی مطلوب بیماران تداخل داشته‌باشد، بسیار مهم است (نوری و همکاران، ۱۴۰۲). کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت، مفهوم نوینی است که میزان رضایت فرد مبتلا به دیابت را در حوزه درمان، خودمراقبتی،

1 - Vierl

2 - Freud

3 - Ego

4 - Bromberg

5 - Marchini

6 - Reflective Functioning

7 - Natural pedagogy

8 - Smits

9 - Matanova

10 - Gálvez Galán

11 - Diriba

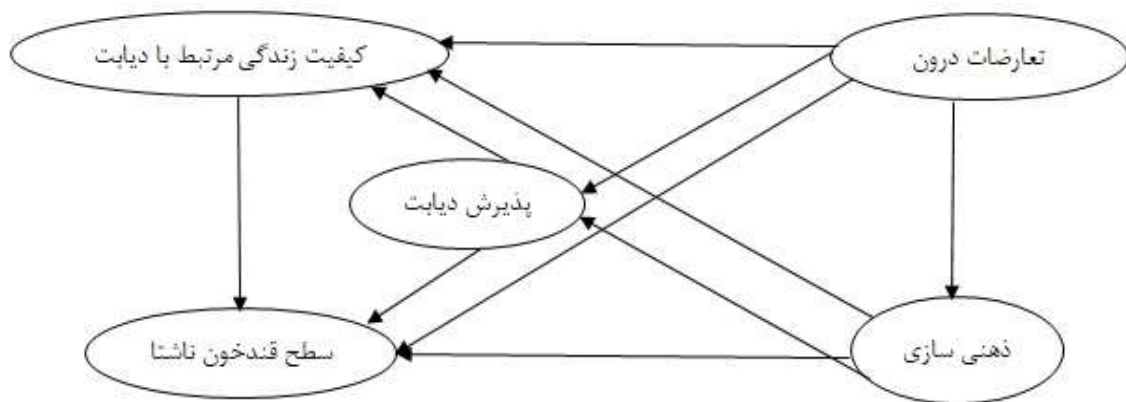
12 - Fasting Blood Sugar (FBS)

13 - Xia

14 - Zhou & Yang

با توجه به مطالعاتی که در این زمینه انجام شده، تاکنون پژوهشی به بررسی این موضوع پژوهشی مبنی بر بررسی رابطه ساختاری تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی با نقش میانجی پذیرش دیابت بر کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت نپرداخته است؛ بنابراین از آنجایی که بیماری دیابت یک بیماری مزمن بوده و دارای هزینه های مالی و جانی فراوانی می‌باشد، بررسی عواملی که بر کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا به طور مستقیم و غیرمستقیم تأثیرگذارند، حائز اهمیت می‌باشد؛ بنابراین پژوهش حاضر در راستای پاسخ به این سؤال پژوهشی است که آیا پذیرش دیابت در پیش‌بینی کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا براساس تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی نقش میانجی بر عهده دارد؟

زندگی بیماران به ارمغان می‌آورد، سازگاری با شرایط متغیر بیماران مستلزم استفاده از راهبردهای مقابله‌ای جدید است (موکوندا و همکاران، ۲۰۲۵). پذیرش، یکی از راهبردهای مقابله با بیماری، به عنوان یکی از ساختارهای اساسی در سازگاری روانی بیماری‌ها و اختلالات مزمن تلقی می‌شود (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۳). پذیرش به عنوان پذیرش ذهنی باز و صادقانه، بدون قضاوت، در برابر تجربیات درونی و بیرونی تعریف می‌شود (نجفی‌قلزجه و همکاران، ۱۴۰۱). پذیرش بیماری به‌عنوان عامل تعیین‌کننده درجه سازگاری فرد با شرایط پزشکی‌اش و این‌که آیا او بیماری را از نظر عاطفی پذیرفته است، دیده می‌شود (گرچک و کاراکورت^۱، ۲۰۲۴).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

مورد استفاده (مجموعاً ۴۸ گویه) و n برابر است با حجم نمونه. بنابراین، پژوهشگران حجم نمونه ۵۰۰ نفر را مناسب ارزیابی نمودند.

به دلیل احتمال ریزش، ۵۳۰ پرسشنامه پخش و ۵۲۳ پرسشنامه تکمیل شد که فقط ۵۱۱ عدد از آن‌ها قابلیت ورود به پژوهش را داشت. روش نمونه‌گیری در دسترس و ابزار پژوهش پرسشنامه و آزمایش خون بود. معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: تمایل جهت شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری دیابت نوع ۱ یا ۲ و مراجعه به انجمن دیابت ایران در نیمه اول سال ۱۴۰۳. معیارهای خروج از پژوهش عبارتند از: عدم تمایل جهت ادامه پژوهش و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها به طور کامل. داده‌ها با دو نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۲۶ و همچنین نرم افزار AMOS ویرایش ۲۶ تحلیل شد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، کاربردی بوده و از لحاظ شیوه گردآوری از نوع توصیفی مقطعی گذشته نگر با مدل یابی معادله ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل تمام مبتلایان به دیابتی بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به انجمن دیابت ایران واقع در تهران مراجعه نمودند؛ همچنین، در پژوهش حاضر، حجم نمونه مطلوب ۵۰۰ نفر برآورد گردید. مطابق با نظر کلاین^۲ (۲۰۱۶) و براساس فرمول $15Q < n < 5Q$ ، در پژوهش حاضر، حداقل حجم نمونه ۲۴۰ نفر و حداکثر آن ۷۲۰ نفر محاسبه شد. در این فرمول Q برابر است با تعداد کل گویه‌های پرسشنامه‌های

1 - Gercek & Karakurt

2 - Kline

اثر درمان (۷، ۱۰ و ۱۲) است. تکمیل این پرسشنامه حدود ۱۰ دقیقه زمان می‌برد. در پژوهش نصیحت کن و همکاران (۱۳۹۱)، پایایی و روایی این پرسشنامه بررسی شد. نصیحت کن و همکاران (۱۳۹۱)، پایایی این پرسشنامه را در حد مطلوب و روایی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ گزارش نمودند، که مقداری مطلوب در نظر گرفته می‌شود. در این پرسشنامه نمرات بیشتر به معنای کیفیت زندگی بیشتر بوده و دامنه نمرات بین ۱۵ تا ۷۵ متغیر می‌باشد.

نسخه ایرانی پرسشنامه پذیرش دیابت (DAS):

نسخه اصلی ۲۰ گویه ای این پرسشنامه در سال ۲۰۱۴ به وسیله اشمیت^۶ و همکاران ساخته شد و در سال ۱۴۰۱ نسخه ایرانی آن توسط نجفی قزلبچه و همکاران تهیه گشته و تعداد گویه های آن به ۱۹ مورد کاهش یافت. این پرسشنامه دارای سه خرده مقیاس برخورد منطقی (سوالات ۱ تا ۹)، رنجش (سوالات ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۷ و ۱۸) و اجتناب (۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۶ و ۱۹) می‌باشد. دامنه نمرات این پرسشنامه از ۰ تا ۵۷ بوده (هرگز = ۰ / همیشه = ۳) و نمره بیشتر بیانگر پذیرش بیشتر دیابت می‌باشد. در مطالعه نجفی قزلبچه و همکاران (۱۴۰۱) سه مولفه این پرسشنامه توانستند از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بر روی ماتریس همبستگی چند کوریک ۶۸/۸ درصد از واریانس کل DAS را توضیح دهند؛ همچنین، تحلیل عاملی تاییدی نشان داد که مدل ۳ عاملی برازش خوبی با مجموعه داده‌های مستقل دوم دارد. در نهایت، ضریب آلفای کرونباخ ترتیبی برای عامل برخورد منطقی، رنجش و اجتناب به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۴ و ۰/۹۳ بود. همچنین با استفاده از ضریب همبستگی درون طبقاتی، پایداری ابزار ۰/۹۷ به دست آمد (نجفی قزلبچه و همکاران، ۱۴۰۱).

سطح قندخون ناشتا: جهت سنجش قند خون ناشتا از روش گلوکز اکسیداز استفاده شد. در این روش از واکنش اکسید شدن گلوکز توسط آنزیم گلوکز اکسیداز استفاده می‌شود. در این روش مولکول Glucose-D-β که فرم طبیعی گلوکز در بدن است، ابتدا تحت تاثیر آنزیم گلوکز اکسیداز، اکسیده شده و تبدیل به گلوکونولاکتون می‌شود. سپس، گلوکونولاکتون با آب واکنش داده و تبدیل به گلوکونیک اسید + هیدروژن پراکسید H₂O₂ می‌گردد. H₂O₂ ماده ای فعال است که می‌تواند به ساختار فنول و ماده دیگری به نام Aminoantipyrine-4 حمله کرده و با تشکیل پیوند بین این دو ماده یک ماده جدید به نام Quinoneimine تشکیل دهد. گلوکز، فنول و

به منظور جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از چهار پرسشنامه روا و پایا شده به زبان فارسی، آزمایش خون FBS و فرمی جهت مشخصات جمعیت شناختی (سن، جنسیت و نوع دیابت) استفاده شد. در ادامه مشخصات این ابزارها ارائه شده است:

ویرایش دوم پرسشنامه تعارضات درون روانی:

پرسشنامه از محور تشخیص تعارضات روان‌پویشی^۱ عملیاتی شده (۲۰۰۸) استخراج شده است. این ابزار شامل ۷ گویه می‌باشد که نمره‌گذاری آن به صورت طیف لیکرت یک تا پنج درجه ای است و دامنه نمرات بین ۷ الی ۳۵ می‌باشد. نمرات بالا در هر گویه نشان دهنده تعارضات درون‌روانی بالاتر و عدم وضعیت مطلوب است و نمرات پایین نشان دهنده تعارض درون روانی کمتر و وضعیت مطلوب‌تر می‌باشد. ضرایب اعتبار باز آزمایی مقیاس های آن براساس آلفای کرونباخ ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ گزارش شده است (ویرایش دوم OPD، ۲۰۲۰). جهت کاربرد این مقیاس در پژوهش حاضر، روایی محتوایی و صوری آن توسط پنج متخصص حوزه روانشناسی بررسی گشته و در حد مطلوب گزارش شد.

پرسشنامه تجدید نظر شده ذهنی سازی:

پرسشنامه که توسط هورواث^۲ و همکاران (۲۰۲۳) تهیه شد، دارای ۷ گویه بوده و دامنه نمرات در این پرسشنامه برابر با ۷ الی ۴۹ می‌باشد و نمره بیشتر بیانگر ظرفیت ذهنی‌سازی بیشتر است. در این پرسشنامه از طیف لیکرت ۷ درجه ای برای هر عبارت استفاده شده است. (کاملاً مخالفم / ۷) و (کاملاً موافقم / ۱). در مورد شاخص برازش مقایسه‌ای^۳ و شاخص تاکرلویس^۴، مقادیر ۰/۹۰ نشان‌دهنده برازش مدل کافی و مقادیر ۰/۹۵ برازش مدل بهینه را نشان می‌دهد. همچنین، جهت کاربرد این مقیاس در پژوهش حاضر، روایی محتوایی و صوری آن توسط پنج متخصص حوزه روانشناسی بررسی گشته و در حد مطلوب گزارش شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با دیابت:

این پرسشنامه دارای ۶۰ گویه بود که توسط بروگز^۵ و همکاران در سال ۲۰۰۴ تالیف شد و سپس به ۱۵ سوال کاهش پیدا کرد. این پرسشنامه جهت مبتلایان به دیابت نوع ۱ و نوع ۲ استفاده می‌شود. گویه‌های این پرسشنامه دربر گیرنده چهار بعد رضایت از درمان (سوالات ۱، ۲، ۵، ۱۴ و ۱۵)، نگرانی در مورد اثرات آینده دیابت (۳)، نگرانی در مورد مسائل اجتماعی-شغلی (۶، ۸، ۹ و ۱۱) و

1 - Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD)

2 - Horva'th

3 - CFI

4 - TLI

5 - Burroughs

6 - Diabetes Acceptance Scale

7 - Schmitt

یافته‌ها

در این پژوهش ۵۱۱ نفر شرکت داشتند که جنسیت ۲۳۲ نفر (۴۵٪/۴) مرد و ۲۷۹ نفر (۵۴٪/۶) زن بود. دامنه سنی کلیه شرکت‌کنندگان ۱۵ تا ۸۰ سال بود. افزون بر آن تعداد ۱۸۴ نفر (۳۶٪) دارای دیابت نوع ۱ و ۳۲۷ نفر (۶۴٪) دارای دیابت نوع ۲ بودند؛ فلذا اکثریت اعضای نمونه پژوهش حاضر را مبتلایان به دیابت نوع ۲ تشکیل دادند که باتوجه به شیوع بیشتر آن، کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. در ادامه جدول مربوط به یافته‌های توصیفی و ماتریس همبستگی ارائه شده است.

Aminoantipyrin-4 و H2O2 همگی موادی تقریباً بی‌رنگ هستند؛ لیکن، ماده Quinoneimine رنگ قرمز صورتی دارد. با توجه به این‌که محصول این واکنش یک ماده رنگی است، می‌توان گفت، هر قدر غلظت گلوکز در یک محلول برای مثال در سرم یا پالسمای بیمار بیشتر باشد، ماده رنگی بیشتری تولید خواهد شد (ریدوانتو^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). جهت سنجش دقیق غلظت از دستگاه اسپکتروفتومتری (در طول موج ۵۰۰ نانومتر) استفاده شد.

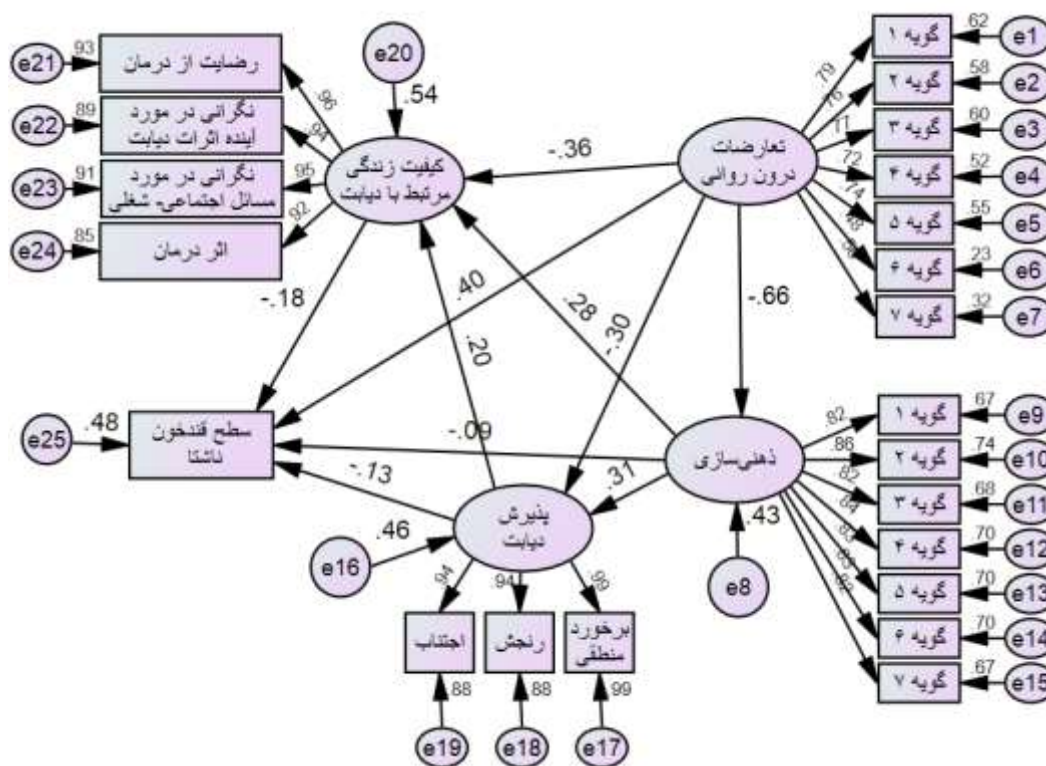
جدول ۱. یافته‌های توصیفی و نتایج آزمون همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سطح قندخون ناشتا	۱				
۲. کیفیت زندگی مرتبط با دیابت	۰/۵۸۱*	۱			
۳. پذیرش دیابت	۰/۵۴۲*	۰/۵۹۶*	۱		
۴. تعارضات درون روانی	۰/۶۵۹*	۰/۶۷۲*	۰/۶۳۹*	۱	
۵. ذهنی‌سازی	۰/۵۴۳*	۰/۶۳۶*	۰/۵۹۶*	۰/۶۵۸*	۱
میانگین	۱۵۵/۷۵	۴۸/۰۴	۳۳/۲۳	۱۵/۷۹	۲۸/۲۸
انحراف استاندارد	۴۳/۰۴	۱۵/۹۵	۱۵/۰۹	۶/۵۴	۱۱/۹۶
کجی	۰/۵۴۶	۰/۳۲۵	۰/۴۶۹	۰/۸۶۷	۰/۲۷۷
کشیدگی	۰/۴۳۴	۰/۹۰۳	۰/۹۴۶	۰/۱۵۹	۰/۱۰۱

* همبستگی‌ها در سطح $p \leq 0/01$ معنی‌دار است.

متغیرهای پژوهش ارائه شده است. در دو ردیف دیگر جدول نتایج کجی و کشیدگی جهت نرمال بودن داده‌ها آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای پژوهش بین ۲- و ۲ قرار دارد که بیانگر عدم انحراف بیش‌ازحد توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال است (مایلز و شولین^۲، ۲۰۰۱).

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین متغیرهای کیفیت زندگی مرتبط با دیابت، پذیرش دیابت و ذهنی‌سازی همبستگی منفی و معنی‌دار و متغیر تعارضات درون روانی همبستگی مثبت و معنی‌داری با سطح قندخون ناشتا وجود دارد ($p < 0/01$). نتایج مربوط به همبستگی سایر متغیرها در جدول ارائه شده است. همچنین در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد مربوط به



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

ردیف	شاخص‌های برازش	مدل نهایی	مقدار قابل قبول	مقدار مطلوب
۱	χ^2	۱۳/۳۸۹	عدم معناداری حداقل در سطح ۰/۰۱	عدم معناداری حداقل در سطح ۰/۰۵
۲	Df	۱۰		
۳	P	۰/۰۰۵	بالاتر از ۰/۰۵	بالاتر از ۰/۰۱
۴	RMSEA	۰/۰۶۶	۰/۰۸ الی ۰/۰۵	< ۰/۰۵
۵	NFI	۰/۹۷	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۶	IFI	۰/۹۷	بالاتر از ۰/۹۰ و ۱	بالاتر از ۰/۹۰
۷	CFI	۰/۹۶	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۹	GFI	۰/۹۵	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱
۱۰	AGFI	۰/۹۱	۰/۹۰ الی ۱	۰/۹۵ الی ۱

در ادامه اثرات مستقیم، غیر مستقیم و کل برای متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۳ می‌توان گفت همه مسیرهای مستقیم متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود و متغیرهای تعارضات درون روانی، ذهنی‌سازی، پذیرش دیابت و کیفیت زندگی مرتبط با دیابت بر سطح قندخون ناشتا اثر مستقیم و معنی‌داری در سطح ($P < 0.05$) داشتند. به این معنی که ضرایب t یا نسبت بحرانی برای همه مسیرهای مستقیم بالاتر از ± 1.96 بود. در ادامه نتایج بوت‌استرپ به منظور اثرات غیرمستقیم ارائه شده است

قبل از انجام تحلیل استنباطی مفروضه نرمال بودن داده‌ها با استفاده از نمرات کجی و کشیدگی در جدول فوق بررسی شد که نتایج حاکی از نرمال بودن داده‌ها بود. افزون بر آن مفروضه استقلال خطاها با استفاده از آزمون دوربین-واتسون^۱ برقرار بود ($DW=2/0.93$). مفروضه همخطی چندگانه نیز با استفاده از آماره‌های تحمل و تورم واریانس بررسی و نتایج نشان داد که هیچکدام از مقادیر تحمل کوچکتر از حد مجاز 0.1 و هیچکدام از مقادیر تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز 10 نبود.

همانطور که در مدل مشاهده می‌شود همه مسیرهای بین متغیرها معنی‌دار بود. از سویی نتایج نشان داد همه شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش مطلوب بودند. در این مدل مقدار $X^2=13/389$ درجه آزادی 10 و در نتیجه نسبت $X^2/df=1/339$ بدست آمد.

جدول ۳. الگوی ساختاری، پارامترهای اندازه‌گیری مسیرها و روابط مستقیم

مسیر	برآورد استاندارد (β)	برآورد غیراستاندارد (B)	خطای استاندارد	نسبت بحرانی (CR)	معنی داری
تعارضات درون روانی ← پذیرش دیابت	-۰/۴۳۴	-۱/۰۰۳	۰/۰۳۷	-۱۰/۰۷۸	۰/۰۰۹
تعارضات درون روانی ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت	-۰/۳۶۰	-۰/۸۷۸	۰/۰۴۴	-۸/۲۳۹	۰/۰۰۷
تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی	-۰/۶۵۸	-۱/۲۰۴	۰/۰۲۵	-۱۹/۷۲۵	۰/۰۱۰
تعارضات درون روانی ← سطح قندخون ناشتا	-۰/۳۹۶	۲/۶۰۹	۰/۰۴۷	۸/۰۵۶	۰/۰۱۸
ذهنی‌سازی ← پذیرش دیابت	۰/۳۱۰	۰/۳۹۲	۰/۰۳۷	۷/۲۰۲	۰/۰۰۵
ذهنی‌سازی ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت	۰/۲۸۱	-۰/۳۷۴	۰/۰۴۳	۶/۷۰۶	۰/۰۱۲
ذهنی‌سازی ← سطح قندخون ناشتا	-۰/۰۹۲	-۰/۳۳۲	۰/۰۴۲	-۲/۰۰	۰/۰۴۶
پذیرش دیابت ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت	۰/۱۹۸	۰/۲۱۰	۰/۰۳۹	۴/۸۳۶	۰/۰۱۷
پذیرش دیابت ← سطح قندخون ناشتا	-۰/۱۲۵	-۰/۳۵۷	۰/۰۴۷	-۲/۸۲۶	۰/۰۱۹
کیفیت زندگی مرتبط با دیابت ← سطح قندخون ناشتا	-۰/۱۸۲	-۰/۴۹۱	۰/۰۴۸	-۳/۸۸۳	۰/۰۰۷

جدول ۴. نتایج بوت استرپ مربوط به اثرهای غیرمستقیم با توجه به متغیرمیانجی پذیرش دیابت

مسیر					شاخص‌های اندازه‌گیری
اندازه اثر استاندارد	خطای استاندارد	حد پایین	حد بالا	معنی داری	
-۰/۱۸۰	۰/۰۲۷	-۰/۲۳۰	-۰/۱۳۹	۰/۰۰۸	تعارضات درون روانی ← پذیرش دیابت ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت
-۰/۱۳۰	۰/۰۲۶	۰/۰۹۰	۰/۱۷۶	۰/۰۱۰	تعارضات درون روانی ← پذیرش دیابت ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۱۷۰	۰/۰۲۸	۰/۱۲۳	۰/۲۱۹	۰/۰۱۱	تعارضات درون روانی ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۲۲۵	۰/۰۲۸	-۰/۲۷۹	-۰/۱۸۴	۰/۰۰۶	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت
-۰/۱۲۷	۰/۰۲۷	۰/۰۸۱	۰/۱۷۴	۰/۰۱۲	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۲۰۴	۰/۰۲۶	-۰/۲۵۳	-۰/۱۷۲	۰/۰۰۴	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی ← پذیرش دیابت
-۰/۲۳۳	۰/۰۳۳	۰/۱۸۰	۰/۲۹۰	۰/۰۰۹	تعارضات درون روانی ← پذیرش دیابت و کیفیت زندگی ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۳۱۲	۰/۰۳۲	-۰/۳۷۰	-۰/۲۶۰	۰/۰۱۱	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی و پذیرش دیابت ← کیفیت زندگی
-۰/۲۲۱	۰/۰۳۴	۰/۱۶۸	۰/۲۸۱	۰/۰۱۰	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی و کیفیت زندگی ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۱۹۷	۰/۰۳۳	۰/۱۴۴	۰/۲۵۵	۰/۰۱۱	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی و پذیرش دیابت ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۲۶۳	۰/۰۳۴	۰/۲۱۳	۰/۳۳۲	۰/۰۰۴	تعارضات درون روانی ← ذهنی‌سازی، پذیرش دیابت و کیفیت زندگی ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۰۶۲	۰/۰۱۴	۰/۰۴۱	۰/۰۹۲	۰/۰۰۶	ذهنی‌سازی ← پذیرش دیابت ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت
-۰/۰۵۰	۰/۰۱۴	-۰/۰۸۲	-۰/۰۳۱	۰/۰۰۴	ذهنی‌سازی ← پذیرش دیابت ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۰۷۲	۰/۰۱۶	-۰/۱۰۵	-۰/۰۴۹	۰/۰۰۶	ذهنی‌سازی ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۱۰۱	۰/۰۲۲	-۰/۱۴۵	-۰/۰۷۱	۰/۰۰۶	ذهنی‌سازی ← پذیرش دیابت و کیفیت زندگی ← سطح قندخون ناشتا
-۰/۰۳۶	۰/۰۱۲	-۰/۰۶۵	۰/۰۲۲	۰/۰۰۳	پذیرش دیابت ← کیفیت زندگی مرتبط با دیابت ← سطح قندخون ناشتا

ندارد و می‌توان استنباط نمود که این روابط معنی‌دار هستند.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف از اجرای این پژوهش، بررسی روابط ساختاری تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی با کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت با نقش میانجی پذیرش دیابت در قالب یک مدل بود. نتایج این پژوهش نشان داد که مدل ساختاری پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و متغیرهای پیش‌بین و میانجی اثرمستقیم و غیرمستقیم معنی‌داری بر متغیرهای

نتایج اثرات غیرمستقیم در جدول فوق نشان می‌دهد تمامی مسیرهای غیرمستقیم با توجه به متغیرمیانجی پذیرش دیابت معنی‌دار بود. به منظور معنی‌داری اثرات غیرمستقیم با توجه به متغیرمیانجی پذیرش دیابت از روش بوت‌استرپ استفاده شده است که نتایج نشان می‌دهد هر دو حد بالا و پایین برای مسیرهای غیرمستقیم هم علامت بوده و صفر در این بازه قرار

کیفیت‌زندگی مبتلایان اثر منفی گذاشته و منابع روانشناختی بسیاری را درگیر می‌کند که ذهنی‌سازی جزو مهم‌ترین این منابع به شمار می‌آید (کوستا-کوردلا و لویتن، ۲۰۲۴). به عبارت دیگر، ذهنی‌سازی از طریق کمک به بهبود راهکارهای مقابله‌ای می‌تواند موجب شود که فرد مبتلا به دیابت، کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت را ارتقا داده و سطح قندخون خود را کنترل کند (مدنی‌فر و همکاران، ۱۴۰۳). پژوهشگران پژوهش حاضر معتقدند که نحوه رویارویی با بیماری دیابت به عنوان منبع غنی استرس و تعارض به مواردی همچون تجربیات کودکی و سبک‌های دلبستگی، ویژگی‌های شخصیتی همچون توانایی برقراری روابط عاطفی با دیگران و همدلی و توانایی مقابله با استرس وابسته است و همه این موارد، تحت‌تأثیر تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی قرار دارند؛ به عبارت دیگر، تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی جزو عوامل اصلی تعیین‌کننده انتخاب راهکارهای مقابله‌ای در مواجهه با دیابت می‌باشند؛ بنابراین، تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی می‌توانند به طور مستقیم و معناداری ارتقای کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و بهبود سطح قندخون ناشتا را پیش‌بینی کنند.

علاوه بر آن‌چه ذکر شد، مطابق با نتایج پژوهش حاضر، تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی می‌توانند به طور غیرمستقیم، از طریق پذیرش دیابت، کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت را پیش‌بینی کنند. دیابت، ماهیتی پویا دارد که تأثیری چندوجهی بر ابعاد گوناگون سلامت فرد مبتلا و اطرافیان وی می‌گذارد (الوچی^۳ و همکاران، ۲۰۲۱)؛ همچنین، دستیابی بیماران به توافق با اطرافیانشان در مورد رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، ورزش، سبک زندگی سالم، خودکنترلی و نیازهای درمانی که کنترل قند خون را تسهیل می‌کند، دشوارتر می‌کند (موکوندا و همکاران، ۲۰۲۵). بنابراین، آگاهی از ویژگی‌های روان‌شناختی بیماران برای تغییر شکل مداخلات حول خواسته‌ها و نیازهای خود بیمار ضروری به نظر می‌رسد، زیرا در نهایت آن‌ها هستند که باید این بیماری را مدیریت کنند (عیسی‌زاده و همکاران، ۱۴۰۳). همچنین، دیابت نه تنها به دلیل مشکلات سلامتی ناشی از این بیماری بلکه می‌تواند باعث ایجاد مشکلات خانوادگی، مالی و اجتماعی نیز شود، به ویژه زمانی که بیمار دارای سایر بیماری‌های همراه باشد، تأثیر عمده‌ای بر کیفیت زندگی بیماران دارد (دیریا و همکاران، ۲۰۲۳). از دست دادن مالی، از دست دادن شغل، کاهش تعامل با خانواده، اثرات روانی، و مسائل دیگر نمونه‌ای از اثرات دیابت ملیتوس بر کیفیت زندگی است (پوررستمی و همکاران، ۱۴۰۲؛ ابوالحساس و همکاران، ۲۰۲۲). تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی از جمله مفاهیم مطرح شده در روان‌پویایی دیابت هستند که می‌توانند با تأثیر بر مدیریت عواطف، انعطاف‌پذیری

ملاک دارند. نتیجه به دست آمده با یافته‌های زارع و همکاران (۱۴۰۳)؛ کوستا-کوردلا و لویتن^۱ (۲۰۲۴)؛ مدنی‌فر و همکاران (۱۴۰۳)؛ نوری و همکاران (۱۴۰۲)؛ پوررستمی و همکاران (۱۴۰۲)؛ مارچینی و همکاران (۲۰۲۱)؛ کوستا-کوردلا و همکاران (۲۰۲۱) همسو بوده و با یافته‌های گرچک و کاراکورت (۲۰۲۴) ناهمسو می‌باشد که می‌توان با توجه به تفاوت ویژگی‌های جمعیت شناختی و فرهنگی^۲ اعضای نمونه آن را توجیه نمود.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، تعارضات درون‌روانی و ذهنی‌سازی می‌توانند به طور مستقیم، کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت را پیش‌بینی کنند. بیماری دیابت، یک بیماری مزمن و طولانی مدت بوده و زمینه‌ساز بسیاری از اختلال‌های جسمی و روانی مزمن می‌باشد و از طرفی منبع استرس و تعارض است (لام و همکاران، ۲۰۲۱). یکی از شایع‌ترین تعارضات مربوط به مواقعی است که فرد مبتلا به دیابت میان خودمراقبتی‌ها و تمایلاتش در تعارض قرار می‌گیرد (ابوالحساس و همکاران، ۲۰۲۲)؛ این تعارضات درون‌روانی، که زمانی به وجود می‌آیند که خواسته‌ها یا انگیزه‌های متضاد در درون فرد با یکدیگر مواجه شوند، می‌توانند رفتار فرد را در زمینه‌های گوناگون زندگی تغییر داده و او را با چالش‌هایی مواجه سازند (مارچینی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، تعارضات درون‌روانی از طریق تأثیراتی که بر سازمان‌یافتگی شخصیت دارد می‌تواند بر ذهنی‌سازی تأثیر گذاشته و فعالیت‌های خودمراقبتی را در میان بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن کاهش داده و موجب وخیم‌تر شدن وضعیت بیماری آنان گردد (کوپس و همکاران، ۲۰۲۱). تعارضات درون‌روانی و توانایی ذهنی‌سازی به طور آشکاری به سبک‌های دلبستگی مربوط بوده و می‌توانند ویژگی‌های شخصیتی فرد را شکل دهند، از جمله مهم‌ترین این ویژگی‌ها شامل توانایی در تماس عاطفی با دیگران، برقراری ارتباط با عواطف و همدلی است که همگی می‌توانند بر کیفیت‌زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت موثر باشد (مارچینی و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین ویرل و همکاران (۲۰۲۳) معتقدند که مواجهه با تعارض‌های درون‌روانی می‌تواند درک بهتری از محرک‌ها و عوامل استرس‌زا که ممکن است در بروز رفتارهای مخرب یا خود ویرانگر دخیل باشند را ارائه دهند. علاوه بر آن‌چه ذکر شد مقابله با بیماری دیابت با سبک‌زندگی، مرتبط بوده و عوارض آن به طور مشخص بر

1 - Costa-Cordella & Luyten

۲- سرمایه فرهنگی مبتنی بر سلامت، شامل سه بعد اصلی است که عبارتند از: مهارت‌های عملی مرتبط با سلامت؛ سرمایه فرهنگی عینی مرتبط با سلامت مانند دسترسی به کتب بهداشتی و دسترسی به اینترنت؛ و سرمایه فرهنگی نهادی مرتبط با سلامت مانند مدارک تحصیلی در حوزه بهداشت و سلامت (فرزاد و زاینده رودی، ۱۴۰۲).

به سایر انواع دیابت و کودکان نیز انجام شود. علاوه بر آن چه بیان شد، پیشنهاد می گردد که مؤلفه های تعارضات درون روانی، ذهنی سازی و پذیرش دیابت در ارتباط با کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در مبتلایان به دیابت هدف قرار داده شوند تا از طریق دستکاری این متغیرها مبتلایان به سلامت جسمی- روانی- اجتماعی هرچه بیشتر دست یابند. نتایج پژوهش حاضر می تواند برای پژوهشگران و روانشناسان سلامت و بالینی که مستقیماً با بیماران مبتلا به دیابت سروکار دارند، ارزشمند باشد. تشویق بیماران به مواجهه با تعارضات درون روانی و ارتقای ذهنی سازی (به عنوان بخشی از درمان آن ها) و استفاده از راهبردهای سازگاری سازنده برای سلامت روان آن ها می تواند جهت بهبود کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا موثر باشد؛ همچنین، این امر بیماران مبتلا به دیابت را قادر می سازد تا به پذیرش بیشتری از بیماری شان دست یابند، که می تواند منجر به مشارکت بیشتر در روند درمان و در نهایت بهبود مدیریت و کنترل دیابت در آن ها شود.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش، کلیه ملاحظات اخلاقی مطابق با اصول پژوهش رعایت شده است. به تمامی شرکت کنندگان فرم رضایت آگاهانه ارائه شد و توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش، گزارش اعتبار ابزارهای سنجش، نحوه جمع آوری داده ها و محرمانه بودن اطلاعات در اختیار آن ها قرار گرفت. همچنین، اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات شرکت کنندگان محفوظ باقی خواهد ماند و صرفاً در راستای اهداف این پژوهش مورد استفاده قرار می گیرد.

سیاسگزاری

ضمن تشکر و قدردانی از انجمن دیابت ایران و بیماران مبتلایان به دیابت که به انجام این پژوهش کمک های شایانی نمودند؛ شایان ذکر است که این مقاله از طرح پسادکتری دانشگاه سمنان، با شماره قرارداد ۲۱۲۶۵ که در تاریخ ۱۴۰۲/۸/۶ تنظیم گردیده، استخراج شده است. این مطالعه مورد تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سمنان با کد اخلاقی IR.SEMUMS.REC.1402.319 در تاریخ ۱۴۰۲/۱۲/۲۱ می باشد. تمام مراحل انجام شده در این مطالعه مطابق با استانداردهای اخلاقی کمیته تحقیقات سازمانی یا ملی بوده و با بیانیه Helsinki (۱۹۶۴) و اصلاحات بعدی آن مطابقت دارد.

روانشناختی، ارتقا و بهبود روابط اجتماعی، شفقت به خود و عملکرد شخصیت منجر به افزایش پذیرش دیابت در مبتلایان به دیابت شوند (مارچینی و همکاران، ۲۰۲۱). پذیرش دیابت، کمک می کند تا افراد بیاموزند که احساسات ناشی از بیماری شان را بدون اجتناب بپذیرند و از محتوای آزاردهنده افکار مرتبط با بیماری و تمرکز بر آن ها رهایی یابند و اهمیت بیشتری برای خود و سلامتی خود قایل شوند و رفتارهای خودمراقبتی را بهتر و بیشتر انجام دهند، یعنی می کوشند تا داروهای تجویز شده و انسولین را به موقع مصرف کنند، از رژیم غذایی توصیه شده، بهتر پیروی کنند، فعالیت بدنی بیشتری انجام دهند و قند خون روزانه خود را اندازه گیری کنند که مجموع این فعالیت ها سبب بهبود کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا در بیماران مبتلا به دیابت می شود (عیسی زاده و همکاران، ۱۴۰۳). علاوه بر این، پژوهشگران پژوهش حاضر معتقدند که درک تعارضات درون روانی و ارتقای ذهنی سازی به فرد مبتلا این امکان را می دهد که پاسخ های خودکار و عادت های تجربه های استرس زای بیماری را کاهش داده و در طول زمان، با پرورش یک بینش درونی و پذیرش بیشتر نسبت به رویدادهای غیرقابل تغییر زندگی، کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و کنترل سطح قندخون ناشتا را ارتقا دهد؛ به عبارت دیگر، تعارضات درون روانی و ذهنی سازی می توانند از طریق پذیرش دیابت، کیفیت زندگی مرتبط با دیابت و سطح قندخون ناشتا را در بیماران مبتلا به دیابت پیش بینی کنند.

این پژوهش مانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی در عمل مواجهه بوده است که در این خصوص می توان به اعضای نمونه مورد مطالعه اشاره کرد که همگی ساکن شهر تهران بوده و در انجمن دیابت ایران عضویت داشتند و به همین دلیل ممکن است از نظر وضع اجتماعی- اقتصادی، آگاهی و پیگیری نسبت به بیماری دیابت (که توسط انجمن دیابت انجام می شود) متفاوت با سایر مبتلایان باشند؛ لذا، بهتر است تعمیم نتایج به مبتلایان دیگر شهرها که در انجمن دیابت عضویت ندارند، با احتیاط صورت گیرد. بر همین اساس پیشنهاد می شود که در پژوهش های مشابه انتخاب اعضای گروه نمونه از میان افرادی صورت گیرد که ساکن شهرها و استان های دیگر بوده و که فاقد هرگونه عضویت در انجمن های مرتبط با دیابت هستند؛ زیرا، مقایسه بین یافته های این پژوهش با سایر یافته ها منجر به درک بهتری از پدیده های مورد مطالعه می شود و به تعمیم پذیری و نتیجه گیری بهتر در حوزه متغیرهای پژوهش کمک می گردد. به علاوه تنها ابزار جمع آوری اطلاعات روانشناختی در این مطالعه پرسشنامه بود که جنبه خودگزارشی افراد پاسخ دهنده را به دنبال دارد به همین علت ممکن است خالی از اشکال و سوگیری نباشد. بر همین اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های آینده از سایر روش ها همچون مصاحبه نیز استفاده گردد. همچنین، پیشنهاد می شود، این پژوهش بر روی افراد مبتلا

References

- AbuAlhommos, A. K., Alturaifi, A. H., Al-Bin Hamdhah, A. M., Al-Ramadhan, H. H., Al Ali, Z.A., & Al Nasser, H. J. (2022). The Health-Related Quality of Life of Patients with Type 2 Diabetes in Saudi Arabia. *Patient Preference and Adherence*, 16, 1233–1245. <https://doi.org/10.2147/PPA.S353525>
- American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 2 Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care* 1 January 48 (Supplement_1): S27–S49. <https://doi.org/10.2337/dc25-S002>
- Baghereifard, F., Kazemiyani Moghadam, K., Safarzadeh, S., & Bahari&lrn, F. (2024). The Effectiveness of Hope Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Self-Care Activities in Patients with Type 2 Diabetes. *Health Psychology*, 13(50), 7-22. (in Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66826.5733>
- Burroughs, T. E., Devraj, R., Waterman, B., Gilin, D., & McGill, J. (2004). Development and Validation of the Diabetes Quality of Life Brief Clinical Inventory. *Diabetes Spectrum*, 17(1), 41-49.
- Cieślak, M., Kozaka, J., Golińska, P. B., & Bidzan, M. (2022). Mentalization and Its Relation to Life Satisfaction and the Level of Mental Adjustment to Illness in Women with Breast Cancer—A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(16), 10323. <https://doi.org/10.3390/ijerph191610323>
- Costa-Cordella, S., & Luyten, P. (2024). Mentalizing-Based Healthcare: Towards a Relational Paradigm for Chronic Illness Management. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 23(2), 168–178. <https://doi.org/10.1080/15289168.2024.2344397>
- Costa-Cordella, S., Luyten, P., Cohen, D., Mena, F., & Fonagy, P. (2021). Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Development and Psychopathology*, 33(1), 216-225. <https://doi.org/10.1017/S0954579419001706>
- Diriba, D. C., Leung, D. Y. P., & Suen, L. K. P. (2023). Factors predicted quality of life of people with type 2 diabetes in western Ethiopia. *PLoS One*, 15, 2-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281716>
- Eisazadeh, E., Saffari Nia, M., Aliakbari Dehkordi, M., & Alipour, A. (2024). Comparison of the Effectiveness of Acceptance – Commitment Therapy and Mindfulness Therapy on Improving Blood Sugar Control and Weight Control in People with Diabetes II. *Iranian Journal of Health Psychology*, 7(2), 21-32. (in Persian) <https://doi.org/10.30473/ijohp.2024.66086.1280>
- Farzad, M., & Zayandeh roody, M. (2024). Investigating the Effect of Health Indicators on Cultural Indicators in Diabetic Patients Across Iranian Provinces. *J Diabetes Nurs*, 12(1), 2374-2385. (in Persian) <http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-621-fa.html>
- Gálvez Galán, I., Cáceres León, M. C., Guerrero-Martín, J., López Jurado, C. F., & Durán-Gómez, N. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus en una zona básica de salud. *Enferm Clín*, 31, 313-322. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.03.001>
- Gercek A., & Karakurt P. (2024). The Examination of Type 2 Diabetes Patients' Acceptance of Disease and Self-Care Situations. *International Journal of Caring Sciences*, 17(1), 438. <https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/42.karakurt.pdf>
- Horváth, Z., Demetrovics, O., Paksi, B., Unoka, Z., & Demetrovics, Z. (2023). The Reflective Functioning Questionnaire-Revised- 7 (RFQ-R-7): A new measurement model assessing hypomentalization. *PLoS ONE*, 18(2), e0282000. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282000>
- International Diabetes Federation. (2021). IDF Diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium. <https://www.diabetesatlas.org>
- karimi, M., & Ghorbani, S. (2025). Prediction of Self-Care based on Problem-Solving Skills, Parent-Child Relationship and Emotional Independence with Regard to the Mediating Role of Social Support in Adolescents with Diabetes. *Health Psychology*, 13(52), 47-64. (in Persian) <https://doi.org/10.30473/hpj.2025.67634.5808>
- Kiani Moravej, M., Seyed Mosavi, P. S., & Valizadeh, P. (2024). The Moderating Role of Mentalization in the Relationship between

- Acceptance - Rejection of Parents with the Tendency of risky behaviors in adolescents. *Journal of Family Research*, 20(1), 106-124. (in Persian)
<https://doi.org/10.48308/jfr.2024.20.1.106>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4th ed.). Guilford Press.
- Koops, T. U., Wiessner, C., Ehrenthal, J. C., & Briken, P. (2021). Assessing Psychodynamic Conflicts and Level of Personality Functioning in Women Diagnosed with Vaginismus and Dyspareunia. *Front. Psychol*, 12, 687369.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.687369>
- Lam, A. A., Lepe, A., Wild, S. H., & Jackson, C. (2021). Diabetes comorbidities in lowand middle-income countries: An umbrella review. *J Glob Health*, 11, 04040.
<https://doi.org/10.7189/jogh.11.04040>
- Madanifar, T., Seyed Mousavi, P., Hashemipour, M., Tabrizi, M., Koochi Esfahani, M. (2024). Design and Validation of a Mentalization Promoting Program for Parents of a Child with Type 1 Diabetes and its Effectiveness on Parents' Reflective Functioning and the Child's Emotional-Behavioral Problems: A Single-Subject Study. *QJCR*, 23 (89), 118-155. (in Persian)
<http://dx.doi.org/10.18502/qjcr.v23i89.15791>
- Marchini, F., Caputo, A., Convertino, A., & Napoli, A. (2021). Psychodynamics in Diabetes: The Relevance of Deepening the Symbolic in Treatment Adherence. *Front. Psychol*, 12, 661211.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.661211>
- Matanova, V. L., Stoyanov, D. S., & Strizhitskaya, O. (2024). Editorial: Mentalization and clinical psychopathology, volume II. *Front Psychol*, 15, 1424088.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.14240>
- Miles, J. N. V., & Shevlin, M. (2001). Issues in regression analysis, Applying regression and correlation: a guide for students and researchers. *London: Sage*, 1, 119-121.
- Mirahmadi, B., Lavasani, M., Alipour, A., & Afrooz, G. A. (2024). The Effectiveness of the Family-Oriented Program on Psychological Distress and Adherence to Treatment in People with Diabetes and Hypertension. *Health Psychology*, 13(49), 129-142. (in Persian)
<https://doi.org/10.30473/hpj.2024.66638.5714>
- Mohammadi, F., Mohammadi, A., Esmaili Souderjani, I., Nosrati, M., & Bazzi, M. (2022). The Role of Emotion Regulation in Explaining Obese Adolescents' Emotional Eating Disorder: The Role of Mediator Mentalization. *Rooyesh*, 11(5), 23-32. (in Persian)
<http://frooyesh.ir/article-1-3689-fa.html>
- Mukonda, E., Van der Westhuizen, D. J., & Dave, J. A. (2025). Understanding the relationship between the frequency of HbA1c monitoring, HbA1c changes over time, and the achievement of targets: a retrospective cohort study. *BMC Endocr Disord* 25, 3.
<https://doi.org/10.1186/s12902-024-01816-w>
- Najafi Ghezeljeh, T., Sharif Nia, H., Bagheri, H., Abbasi, A., Keyvanloo Shahrestanaki, S., Amiri Largani, H., & Marôco, J. (2022). Psychometric evaluation of Persian version of Diabetes Acceptance Scale (DAS). *BMC Endocrine Disorders*, 22, 25-34. (in Persian)
<https://doi.org/10.1186/s12902-022-01123-2>
- Nasihatkon, A., Pishva, A., Habibzadeh, F., Tabataaiee, M., Taher Ghashghaieezadeh, M., & Hojjat, F. (2012). Determine the reliability and validity of the Persian version of the Diabetes Quality of Life (DQOL) Brief Clinical Questionnaire. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 11(5), 483-487. (in Persian)
<http://ijdlld.tums.ac.ir/article-1-33-fa.html>
- Noori, R., Salari, L., Ahmadi, T., & Shahamati, E. (2023). Modeling Health-Related Quality of Life Among Diabetic Patients: The Mediating Role of Diabetes Self-Compassion in the Context of Stressful Life Events. *J Diabetes Nurs*, 11(2), 2160-2173. (in Persian)
<http://jdn.zbmu.ac.ir/article-1-573-fa.html>
- Oluchi, S. E., Manaf, R. A., Ismail, S., Kadir Shahar, H., Mahmud, A., & Udeani, T. K. (2021). Health Related Quality of Life Measurements for Diabetes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9245.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18179245>
- OPD Task Force (2008). Operationalized psychodynamic diagnosis OPD-2. Manual of diagnosis and treatment planning. Boston, MA: Hogrefe and Huber.
- Pourrostami, A., Zarbakhsh Bahri, M. R., &

- Bahram, S. (2023). Presenting the quality of life model related to the health of patients with type 2 diabetes based on disease perception, BMI and demographic characteristics with the mediating role of self-care behaviors. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(5), 353-377. (in Persian) <https://doi.org/10.22034/ajft.2023.381308.1901>
- Ridwanto, M., Indarto, D., & Hanim, D. (2020). Factors Affecting Fasting Blood Glucose in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Int J Nutr Sci*, 5(1), 13-18. <https://doi.org/10.30476/IJNS.2020.84492.1048>.
- Sacks, D. B., Arnold, M., & Bakris, G. L. (2023). Guidelines and recommendations for laboratory analysis in the diagnosis and management of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 46, 151-199. <https://doi.org/10.2337/dci23-0036>.
- Schmitt, A., Reimer, A., Kulzer, B., Haak, T., Gahr, A., & Hermanns, N. (2014). Assessment of diabetes acceptance can help identify patients with ineffective diabetes self-care and poor diabetes control. *Diabet Med*, 31(11), 1446-51. <https://doi.org/10.1111/dme.12553>
- Smits, M. L., de Vos, J., Rüfenacht, E., Nijssens, L., Shaverin, L., Nolte, T., Luyten, P., Fonagy, P., & Bateman, A. (2024). Breaking the cycle with trauma-focused mentalization-based treatment: theory and practice of a trauma-focused group intervention. *Front. Psychol*, 15, 1426092. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.14260>
- Task Force OPD-CA-2, editor. (2020). OPD-CA-2 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter: Grundlagen und Manual [OPD-CA-2 Operationalized Psychodynamic Diagnosis in Childhood and Adolescence: Theoretical Basis and User Manual] Hogrefe; Bern, Switzerland. <https://content.e-bookshelf.de/media/reading/L-12157130-fd47d07a55.pdf>
- Vierl, L., Von Bremen, C., Hagmayer, Y., Benecke, C., & Sell, C. (2023). How are psychodynamic conflicts associated with personality functioning? A network analysis. *Front. Psychol*, 14, 1152150. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1152150>
- Xia, X., Deng, H., Ren, W., Yang, L., Zhu, Y. (2025). Association between fasting blood glucose and psychotic symptoms in Chinese patients with first-episode drug-naïve major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 25, 49. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06502-2>
- Zare, N., Ebrahimi, A., Siavash, M., & Bagheriansararodi, R. (2024). Mentalization as a mediator between psychological well-being, attachment styles, and treatment adherence: a structural equations model among Iranians with type 2 diabetes. *International Archives of Health Sciences*, 11(1), 28-35. (in Persian) <https://doi.org/10.48307/iahsj.2024.413548.1051>
- Zhou, J., & Yang, X. (2025). Association between depression and the prevalence and prognosis of prediabetes: Data from National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) 2013-2018. *PLoS ONE*, 20(1), e0304303. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304303>