

## بررسی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱

سعیده بزازیان<sup>۱\*</sup>، محمد علی بشارت<sup>۲</sup>، اسدالله رجب<sup>۳</sup>

### چکیده

**مقدمه:** تحقیقات مختلف نقش سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری را در رابطه با شاخص‌های سازگاری با بیماری‌های مزمن بررسی کرده‌اند. سبک دل‌بستگی به رابطه عاطفی بین کودک و اولین مراقب اشاره دارد که پایه روابط بعدی را شکل می‌دهد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ انجام شده است.

**روش‌ها:** نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر، سنین ۱۸-۳۰ سال) از بیماران عضو انجمن دیابت ایران بودند. از شرکت کننده‌ها خواسته شد مقیاس دل‌بستگی بزرگسال (AAS)، مقیاس ادراک بیماری (IPQ) و زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی پرسشنامه سلامت روانی (MHI-28) را تکمیل کنند. هموگلوبین گلیکوزیله (HbA<sub>1c</sub>) از نتایج آخرین آزمایش بیماران استخراج شد.

**یافته‌ها:** نتایج همبستگی پیرسون نشانگر رابطه معنادار بین متغیرهای پیش بین و ملاک بود. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد پاسخ عاطفی به بیماری، پی آمدها، و سبک‌های دل‌بستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی تبیین کننده واریانس بهزیستی روانشناختی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ بودند. همچنین شناخت بیماری، ماهیت بیماری و سبک دل‌بستگی ایمن، در حد قابل قبولی واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ تبیین می‌کنند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌ها، زیرمقیاس‌های ادراک بیماری می‌تواند رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی، بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله را تحت تاثیر قرار دهد. نتایج این پژوهش می‌تواند راهگشای سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه و کمک به افراد در معرض خطر و ارائه مداخلات درمانی روانشناختی باشد.

**واژگان کلیدی:** دیابت نوع ۱، سبک‌های دل‌بستگی، ادراک بیماری، بهزیستی روانشناختی، هموگلوبین گلیکوزیله

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ابهر

۲- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

۳- انجمن دیابت ایران

\* **نشانی:** ابهر، خیابان دانشگاه، دانشگاه آزاد اسلامی، تلفن: ۰۲۴۲-۰۲۲۶۹۱۲، پست الکترونیک: bazzazian\_s@yahoo.com

## مقدمه

دیابت نوع ۱، اختلالی متابولیک است که به وسیله عدم ترشح انسولین یا ترشح ناکافی آن به وجود می‌آید. دیابت نوع ۱ ناشی از تخریب خود ایمنی سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس و کاهش مطلق ترشح انسولین است [۱]. افزایش مزمن قند خون با دامنه وسیعی از عوارض جدی مربوط به بیماری عروقی بزرگ (مانند انفارکتوس میوکارد و سکته مغزی) و عوارض عروقی کوچک (رتینوپاتی، نفروپاتی) همراه است [۲]. بر اساس پژوهش انجام شده در ایران، شیوع دیابت در سال ۲۰۰۷ حدود ۸/۷٪ (۹/۲ در زنان و ۷/۵٪ در مردان) بوده است [۳].

دلبستگی<sup>۱</sup>، پیوند پایدار عاطفی است که با تمایل به جستجو و حفظ مجاورت با فرد خاص به هنگام بروز استرس مشخص می‌شود. رفتار دلبستگی به تدریج در خلال تحول بهنجار، برای تضمین روابط عاطفی بین یک بزرگسال با بزرگسال دیگر بروز می‌کند و روابط عاطفی یک فرد در سراسر زندگی، به چگونگی توحید یافتگی رفتار دلبستگی در چارچوب شخصیت وی وابسته است [۴]. تحقیقات اخیر در زمینه دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در بیماری‌های طبی معطوف شده‌اند. نظریه دلبستگی، بر حسب مفروضه‌های بنیادین خود، توان یکپارچه‌سازی متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی تحول، سلامت و بیماری را به منظور تبیین سازگاری با بیماری طبی دارد [۵]. نظریه دلبستگی تبیین می‌کند که چگونه تعامل‌های مکرر بین کودک و مراقب، به الگوهای پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود. طبق نظریه بالبی، افراد تجربه‌های اولیه خود با مراقبین را درون‌سازی کرده، روان‌سازه‌های<sup>۳</sup> شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهند. این روان‌سازه‌ها تصور فرد از خود، به عنوان فرد شایسته مراقبت (مدل خود) و سزاوار دریافت کمک و حمایت از دیگران (مدل دیگری) را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این روان‌سازه‌های شناختی یا مدل‌های

درونکاری<sup>۴</sup> بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر وی از آنها در طول زندگی تاثیر دارد [۶،۷].

لونتال و نرنز<sup>۵</sup> مدل خود تنظیم‌گری<sup>۶</sup> (SRM) را مطرح کردند. این مدل، به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری پرداخته و رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چند وجهی و پیچیده بیماری می‌داند و بر نقش پویای فرد در ادراک بیماری<sup>۷</sup> تاکید دارد [۸]. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت<sup>۸</sup> یعنی برحسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت<sup>۹</sup> یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان<sup>۱۰</sup> یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ پی‌آمدها<sup>۱۱</sup> یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری برحسب اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و موثر بودن<sup>۱۲</sup> کنترل/درمان/بهبود [۹]. شواهد نشان می‌دهند که در دامنه وسیعی از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون و دیابت)، نگرش فرد نسبت به ماهیت بیماری، پی‌آمدها، کنترل، طول مدت و علت بیماری در تعیین رفتارهای سالم و بهزیستی روانشناختی<sup>۱۳</sup> موثر است [۱۰-۱۲]. منظور از بهزیستی روانشناختی، ارزیابی عاطفی و شناختی فرد از زندگی خود است. بهزیستی روانشناختی، تجربه عواطف خوشایند، سطوح پائین خلق منفی و رضایت از زندگی بالا را در برمی‌گیرد [۱۳].

دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت بیماری و لزوم خود مدیریتی، به عنوان پیچیده‌ترین بیماری شناخته شده است [۱۴]. با علم به این که مدیریت دیابت پیچیده بوده و عواملی به جز مراقبت از خود می‌توانند اثر منفی بر کنترل گلیسمیک داشته باشند، بدیهی است تعیین عوامل روانی-اجتماعی موثر در بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله، نقش مهمی در درمان روانشناختی

4- Internal working model  
5- Leventhal & Nerenz  
6- Self-Regulation Model  
7- Illness perception  
8- Identity  
9- Cause  
10- Timeline  
11- Consequence  
12- Effectiveness  
13- Psychological well-being

1- Attachment  
2- Social support  
3- Schema

بیماران، افزایش مراقبت از خود، پیشگیری از عوارض بیماری و ارتقای کیفیت زندگی آنها خواهد داشت. این امر، به خصوص در قشر جوان که تکالیف مختلف تحولی از جمله تحصیل و دستیابی به شغل مناسب، استقلال از والدین و ورود به اجتماع به عنوان فردی مستقل و برقراری ارتباط با دیگران، توأم با بیماری و الزامات روزمره آن شده است، اهمیت فزاینده‌ای می‌یابد. بنابراین شناسایی عوامل شناختی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی درگیر در فرایند مدیریت دیابت، گام اولیه و مهم در کمک به بیماران در زمینه مدیریت بیماری است و این در حالی است که توجه در خور اهمیت موضوع به این امر مبذول نشده است. بنابراین با توجه به خلا موجود، پژوهش حاضر در صدد بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ بوده است. بر اساس این هدف کلی، فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفتند: ۱- بین سبک‌های دلبستگی با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله رابطه وجود دارد. ۲- بین ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله وجود دارد. ۳- ادراک بیماری تعدیل کننده رابطه بین سبک‌های دلبستگی و بهزیستی روانشناختی است. ۴- ادراک بیماری تعدیل کننده رابطه بین سبک‌های دلبستگی و هموگلوبین گلیکوزیله است.

## روش‌ها

با توجه به اینکه پژوهش حاضر در صدد بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ است، طرح تحقیق از نوع همبستگی است. جامعه آماری متشکل از دختران و پسران مجرد مبتلا به دیابت شهر تهران بود که عضو انجمن دیابت ایران بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۸ تا ۳۰ سال، مجرد، تحصیلات دیپلم، کاردانی و کارشناسی، موقعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط، تشخیص بیماری حداقل ۱ سال قبل از پژوهش، مراجعه به یکی از پزشکان همکار انجمن دیابت ایران و داشتن پرونده پزشکی نزد

پزشک معالج. معیارهای خروج از پژوهش شامل وجود سابقه بیماری جسمی دیگر به جز بیماری‌های مربوط به عوارض دیابت و وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روانپزشکی دیگر قبل از تشخیص بیماری دیابت بودند. با توجه به معیارهای مذکور ۳۰۰ نفر (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر) به روش تصادفی انتخاب شدند. میانگین سنی و انحراف استاندارد آن در دختران و پسران به ترتیب ۲۱/۹۳ و ۳/۹۷، ۲۲/۸۸ و ۳/۰۲ بود. ۳۰/۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم، ۷/۳ کاردانی، ۴۴/۷ دانشجوی و ۱۶ درصد دارای مدرک کارشناسی بودند. جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، قبل از تکمیل پرسشنامه‌ها از شرکت کننده‌ها خواسته شد در صورت تمایل به شرکت در پژوهش رضایت‌نامه مربوطه را تکمیل کنند. در مراحل اجرا و جمع‌آوری داده‌ها، سعی شد تمامی اطلاعات آزمودنی‌ها محرمانه بماند و این اطمینان به آزمودنی‌ها داده شد که اطلاعات آنها محرمانه بوده و فقط به صورت گروهی و بدون ذکر نام تحلیل خواهند شد.

مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است [۱۵]، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. اعتبار بازآزمایی<sup>۲</sup> از طریق محاسبه ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته، در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴ به دست آمد. روایی محتوایی<sup>۳</sup> با محاسبه ضرایب توافق کندال نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب

1- Internal consistency  
2- Test-retest reliability  
3- Content validity

خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به دیابت ۰/۶۰ تا ۰/۶۷ و خودکارآمدی بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی<sup>۳</sup> پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. برای استفاده در این پژوهش، ابتدا پرسشنامه مذکور ترجمه شده و تحت نظر یکی از اساتید دانشگاه تهران مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. بعد از تایید ترجمه انگلیسی توسط مولف اصلی، نسخه فارسی مورد استفاده قرار گرفت. لازم به ذکر است که با توجه به این که بررسی علت ابتلا هدف پژوهش حاضر نبود، سوال ۹ از پرسشنامه حذف شد. همچنین با توجه به ماهیت بیماری دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، سوال مربوط به طول مدت بیماری نیز به علت انتخاب گزینه "تا آخر عمر" توسط اکثر آزمودنی‌ها و زیر مقیاس کنترل درمان نیز با توجه به شرکت تمامی آزمودنی‌ها در دوره‌های آموزشی انجمن دیابت و اتفاق نظر آنها در مورد موثر بودن درمان حذف گردیدند. بنابراین پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری با ۶ زیر مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی روایی سازه مقیاس تحلیل عاملی تأییدی انجام شد. نتایج نشانگر برازش مناسب مدل با داده‌ها بوده و حاکی از آن بود که مقیاس می‌تواند متغیر مورد نظر را در نمونه بیماران مبتلا به دیابت اندازه‌گیری کند. آلفای کرونباخ در نمونه پژوهش ۰/۵۳ است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس در نمونه مورد بررسی است.

بهبودی روانشناختی با استفاده از زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی پرسشنامه سلامت روانی<sup>۴</sup> (MHI-28) ارزیابی شد که مربوط به مقیاس سلامت روانی - ۲۸ است و دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را اندازه‌گیری می‌کند. ضرایب آلفای کرونباخ برای این دو زیر مقیاس در گروه بیمار و بهنجار به ترتیب برابر با ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ضرایب بازآزمایی برای آزمودنی‌های بهنجار (n=۹۲) نیز با فاصله دو هفته به ترتیب برابر با ۰/۹۰ و ۰/۸۹ به دست آمد. همبستگی این مقیاس با پرسشنامه سلامت عمومی برابر با ۰/۸۷- و با زیر مقیاس درماندگی

۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ به دست آمد. بررسی روایی همزمان<sup>۱</sup> مقیاس دل‌بستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مشکلات بین شخصی و عزت نفس کوپر اسمیت نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دل‌بستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی منفی معنی‌دار (از  $r = -0.61$  تا  $r = -0.83$ ) و با زیر مقیاس‌های عزت نفس همبستگی مثبت معنی‌دار (از  $r = 0.39$  تا  $r = 0.41$ ) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دل‌بستگی نایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی مثبت معنی‌دار (از  $r = 0.26$  تا  $r = 0.45$ ) و با زیر مقیاس‌های عزت نفس همبستگی منفی و اما غیر معنی‌دار به دست آمد [۱۵]. در پژوهش حاضر برای تعیین روایی سازه مقیاس از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج با تعیین سه عامل سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا، روایی سازه<sup>۲</sup> مقیاس دل‌بستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی نیز محاسبه شد که برای سه زیر مقیاس دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۴، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ که نشان دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت است.

پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (IPQ) یک پرسشنامه ۹ سوالی است که برای ارزیابی ادراک بیماری طراحی شده است [۱۶]. در ۸ سوال اول دامنه نمرات از ۱ تا ۱۰ است. سوال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به دیابت را به ترتیب مورد سوال قرار می‌دهد. توصیه شده است که در تحلیل نهایی، هر یک از زیر مقیاس‌ها به طور جداگانه مورد تحلیل قرار گیرند [۱۶]. آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸۰ و ضریب همبستگی بازآزمایی به فاصله ۶ هفته برای سوالات مختلف، از ۰/۴۲ تا ۰/۷۵ گزارش شده است. روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدید نظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان دهنده همبستگی زیر مقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیر مقیاس‌های مقیاس مذکور با

3- Differential validity

4- Mental Health Inventory

1- Concurrent validity

2- Construct validity

روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله را در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج جدول ۱، سبک دلبستگی ایمن، کنترل شخصی و شناخت بیماری با بهزیستی روانشناختی رابطه مثبت معنادار و با  $HbA_{1C}$  رابطه منفی معنادار وجود دارد و بین سبک‌های دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی، پی‌آمدها، ماهیت بیماری، نگرانی و پاسخ عاطفی با بهزیستی روانشناختی رابطه منفی معنادار و با  $HbA_{1C}$  رابطه مثبت معنادار وجود دارد. تمامی متغیرها دارای همبستگی معنادار با هم هستند و جهت همبستگی‌ها نیز در جهت پیش‌بینی شده است. بنابراین برای تحلیل داده‌ها می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد. برای آزمون فرضیه سوم زیر مقیاس‌های ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی به عنوان متغیرهای پیش بین و بهزیستی روانشناختی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ ارائه شده است.

نتایج تحلیل رگرسیون در پیش بینی بهزیستی روانشناختی از طریق زیر مقیاس دلبستگی ایمن در گام اول نشان می‌دهند که این متغیر واریانس معناداری ( $R^2=0/61$ ) از بهزیستی روانشناختی را تبیین می‌کند. در گام دوم، زیر مقیاس پاسخ عاطفی مقیاس ادراک بیماری وارد معادله رگرسیون شد و با متغیر مرتبه قبلی  $67\%$  واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین کردند. این متغیر رابطه منفی معنادار با بهزیستی روانشناختی داشت ( $\beta = -0/315$ ،  $P < 0/000$ ). در گام سوم دلبستگی دوسوگرا با دو متغیر قبلی  $69\%$  واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین کردند. این متغیر نیز رابطه منفی معنادار با بهزیستی روانشناختی داشت ( $\beta = -0/258$ ،  $P < 0/000$ ). در گام چهارم زیر مقیاس پی‌آمدهای بیماری وارد معادله رگرسیون شد. ورود این متغیر باعث تغییر  $R^2$  در حد  $1\%$  شد. متغیر مذکور نیز رابطه منفی با بهزیستی روانشناختی داشت ( $\beta = -0/157$ ،  $P < 0/000$ ). در نهایت ورود متغیر دلبستگی اجتنابی نیز  $R^2$  را در حد  $1\%$  افزایش داد. این متغیر نیز رابطه منفی با بهزیستی روانشناختی داشت ( $\beta = -0/146$ ،  $P < 0/0001$ ).

لازم به توضیح است در هر گام کاهش  $\beta$  بیانگر آن است متغیر مرتبه جدید رابطه بین متغیر قبلی و متغیر ملاک را

روانشناختی برابر با  $0/89$  بود. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق تفاوت معنادار میانگین‌های دو گروه بیمار و بهنجار تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز وجود دو زیر مقیاس بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را تأیید کرد [۱۷]. در پژوهش حاضر ضرایب اعتبار مقیاس از طریق فرمول کلی آلفای کرونباخ در کل گروه نمونه و ضریب بازآزمایی در یک نمونه  $50$  نفری با فاصله دو هفته به ترتیب برابر با  $0/86$  و  $0/75$  به دست آمد. برای تعیین روایی سازه از تحلیل مولفه‌های اصلی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد.

نظر به این که اصلی‌ترین و قابل استنادترین شاخص متابولیک در بیماری دیابت  $HbA_{1C}$  است، بنابراین در این مطالعه به عنوان متغیر ملاک انتخاب شده است. با توجه به این که آزمایشگاه‌های مختلف دامنه نرمال متفاوتی برای آزمایش  $HbA_{1C}$  دارند، جهت تبدیل نتایج آزمایش‌ها به نرمالی با دامنه نرمال واحد و استاندارد، دامنه نرمال  $3/9$  تا  $6/3$  به عنوان مرجع انتخاب شد و نتایج آزمایش‌هایی که متفاوت از این استاندارد بودند، بر این اساس معادل‌سازی شدند. شیوه کار به این صورت بود که با در نظر گرفتن تفاوت بین نتیجه آزمایش تک‌تک افراد با حد پائین دامنه نرمال آزمایشگاهی که در آنجا آزمایش انجام شده بود (در نتیجه آزمایش گزارش شده بود)، این تفاوت محاسبه شده و بر فاصله بین حد بالا و حد پائین آزمایش اولیه تقسیم شده، در فاصله بین حد بالا و پائین دامنه نرمال مرجع ( $2/4$ ) ضرب و به حد پائین دامنه نرمال استاندارد اضافه شد. به این ترتیب تمامی نتایج  $HbA_{1C}$  تبدیل به نرمالی با دامنه نرمال واحد و قابل مقایسه گردیدند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۶ با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام تحلیل شدند.  $P < 0/05$  از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

برای آزمون فرضیه اول و دوم از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. جدول ۱ نتایج همبستگی و مشخصه‌های آماری نمره‌های سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری، بهزیستی

نتایج تحلیل رگرسیون در پیش‌بینی هموگلوبین گلیکوزیله از طریق شناخت بیماری نشان می‌دهند که در گام اول این متغیر واریانس معناداری ( $R^2=0/58$ ) از هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین می‌کند. در گام دوم، ماهیت بیماری ۵٪ ( $R^2=0/63$ ) از واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین کرد. در گام سوم سبک دلبستگی ایمن وارد معادله شد و تقریباً ۲٪ ( $R^2=0/65$ ) از واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین کرد. بنابراین در بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و بهزیستی روانشناختی، توجه به نقش تعدیل کننده دو زیر مقیاس‌های ادراک بیماری، شناخت بیماری و ماهیت بیماری حائز اهمیت است.

تحت تاثیر قرار داده است. بنابراین در گام دوم پاسخ عاطفی سهم سبک دلبستگی ایمن را در پیش‌بینی بهزیستی روانشناختی کاهش داده است. به عبارت دیگر، در بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی و بهزیستی روانشناختی، توجه به نقش تعدیل کننده زیر مقیاس‌های ادراک بیماری حائز اهمیت است. برای آزمون فرضیه چهارم زیر مقیاس‌های ادراک بیماری و سبک‌های دلبستگی به عنوان متغیرهای پیش بین و هموگلوبین گلیکوزیله به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۱- همبستگی پیوسون بین متغیرها، میانگین و انحراف استاندارد ( $N=300$ )

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
پی‌آمدها										
کنترل شخصی	۱									
ماهیت بیماری	-۰/۵۴۱**	۱								
نگرانی	۰/۵۹۷**	-۰/۵۹۷**	۱							
شناخت بیماری	۰/۳۲۶**	-۰/۱۳۲*	۰/۱۴۹*	۱						
پاسخ عاطفی	-۰/۲۱۱**	۰/۲۸۹**	-۰/۲۰۲**	-۰/۲۶۹**	۱					
سبک ایمن	۰/۶۶۱**	-۰/۵۳۳**	۰/۵۴۹**	۰/۳۳۴**	-۰/۱۶۷**	۱				
سبک دوسوگرا	-۰/۶۶۸**	۰/۶۲۴**	-۰/۷۰۶**	-۰/۱۴۲*	۰/۲۴۴**	-۰/۵۹۷**	۱			
سبک اجتنابی	۰/۶۳۱**	-۰/۶۹۷**	۰/۶۷۷**	۰/۱۸۴**	-۰/۲۱۵**	۰/۶۲۸**	-۰/۸۴۹**	۱		
بهزیستی روانشناختی	۰/۶۰۹**	-۰/۵۴۷**	۰/۶۲۴**	۰/۱۵۹**	-۰/۲۲۵**	۰/۵۴۶**	-۰/۸۶۴**	۰/۶۴۷**	۱	
HbA <sub>1c</sub>	-۰/۶۷۹**	۰/۶۰۱**	-۰/۵۹۹**	-۰/۱۶۹**	۰/۲۴۱**	-۰/۶۷۱**	۰/۷۸۱**	-۰/۷۳۸**	-۰/۷۶۸**	۱
میانگین	۰/۵۹۵**	-۰/۶۳۸**	۰/۷۶۹**	۰/۱۲۹*	-۰/۱۷۷**	۰/۵۴۶**	-۰/۶۹۲**	۰/۶۲۵**	۰/۶۶۷**	-۰/۶۲۲**
انحراف استاندارد	۵/۲۴	۶/۲۹	۴/۸۸	۵/۹۱	۷/۸۴	۵/۰۸	۱۵/۳۴	۱۲/۷۰	۱۳/۳۹	۴۸/۹۴
	۲/۳۲	۲/۴۲	۲/۴۰	۶/۳۱	۲/۰۲	۳/۰۶	۶/۷۷	۶/۰۰	۶/۷۰	۱۱/۳۴

$P < 0/001$ \*\*,  $P < 0/005$ \*

جدول ۲- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری بر بهزیستی روانشناختی

شاخص	R	R <sup>2</sup>	B	خطای استاندارد	$\beta$	t	سطح معناداری
گام اول دل‌بستگی ایمن	۰/۷۸۱	۰/۶۱	۱/۵۵۴	۰/۰۷۲	۰/۷۸۱	۲۱/۵۸۶	۰/۰۰۰
گام دوم پاسخ عاطفی	۰/۸۲۲	۰/۶۷	-۱/۳۹۹	۰/۰۸۲	-۰/۳۱۵	-۷/۷۰۸	۰/۰۰۰
گام سوم دل‌بستگی دوسوگرا	۰/۸۳۲	۰/۶۹	-۰/۵۱۹	۰/۱۲۸	-۰/۲۵۸	-۴/۰۴۳	۰/۰۰۰
گام چهارم پی آمدها	۰/۸۳۸	۰/۷۰	-۰/۷۷۱	۰/۲۳۳	-۰/۱۵۷	-۳/۳۱۲	۰/۰۰۱
گام پنجم دل‌بستگی اجتنابی	۰/۸۴۱	۰/۷۱	-۰/۳۲۹	۰/۱۴۶	-۰/۱۴۶	-۲/۲۴۸	۰/۰۲۵

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام (N=۳۰۰): R = همبستگی چندگانه بین متغیر مورد بررسی در مدل و بهزیستی روانشناختی، R<sup>2</sup> = مجذور همبستگی (نسبتی از واریانس متغیر وابسته که توسط متغیر مورد بررسی تبیین می شود)، B = شیب رگرسیون،  $\beta$  = ضریب رگرسیون استاندارد شده، t = مشخصه استاندارد برای آزمون معنادار بودن سهم هر متغیر در پیش بینی متغیر وابسته

جدول ۳- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام ادراک بیماری و سبک‌های دل‌بستگی بر هموگلوبین گلیکوزیله

شاخص	R	R <sup>2</sup>	B	خطای استاندارد	$\beta$	t	سطح معناداری
گام اول شناخت بیماری	۰/۷۶۰	۰/۵۸	۰/۶۸۹	۰/۰۳۲	۰/۷۶۰	۲۰/۲۰۲	۰/۰۰۰
گام دوم ماهیت بیماری	۰/۷۹۴	۰/۶۳	-۰/۳۱۲	۰/۰۴۸	-۰/۲۸۶	-۶/۵۲۰	۰/۰۰۰
گام سوم دل‌بستگی ایمن	۰/۸۰۸	۰/۶۵	-۰/۰۸۷	۰/۰۲۰	-۰/۲۲۴	-۴/۳۲۴	۰/۰۰۰

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام (N=۳۰۰): R = همبستگی چندگانه بین متغیر مورد بررسی در مدل و هموگلوبین گلیکوزیله، R<sup>2</sup> = مجذور همبستگی (نسبتی از واریانس متغیر وابسته که توسط متغیر مورد بررسی تبیین می شود)، B = شیب رگرسیون،  $\beta$  = ضریب رگرسیون استاندارد شده، t = مشخصه استاندارد برای آزمون معنادار بودن سهم هر متغیر در پیش بینی متغیر وابسته

## بحث

برخی پژوهش‌های پیشین [۲۰-۱۸، ۱۰، ۱۱] مطابقت دارند، به شرح زیر قابل تبیین هستند:

افراد در مواجهه با بیماری مزمن، روان سازه‌ها یا شناخت‌هایی از بیماری شکل می‌دهند که در شکل‌گیری آنها متغیرهای درونی و بیرونی مانند سبک‌های دل‌بستگی و عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل جمعیت شناختی نقش دارند. این عوامل ادراک بیمار از ماهیت، علل، درمان‌پذیری/کنترل‌پذیری و پی‌آمدهای آن را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۸]. بر اساس نظریه دل‌بستگی، دل‌بستگی ایمن احساس امنیت در برابر تهدید، فقدان یا بیماری ایجاد می‌کند. در افراد ایمن انتظارات مثبت از خود و دیگری شامل دسترس‌پذیری دیگران و قابل اعتماد بودن آنها و نظر مثبت نسبت به خود به عنوان فردی ارزشمند و لایق حمایت شکل می‌گیرد. افراد ایمن با حس درونی داشتن ارزش مراقبت و اعتماد به دیگران، در زمان نیاز توانایی جلب مراقبت و حمایت را دارند. بنابراین، دل‌بستگی ایمن با توان بالقوه اعتماد به دیگران و برقراری ارتباط مناسب می‌تواند

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین سه سبک دل‌بستگی و زیر مقیاس‌های ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله رابطه معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد متغیرهای دل‌بستگی ایمن، پاسخ عاطفی، دل‌بستگی دوسوگرا، پی‌آمدهای بیماری و دل‌بستگی اجتنابی به ترتیب ۰/۶۱، ۰/۶، ۰/۲، ۰/۱ و ۰/۱ از واریانس بهزیستی روانشناختی را تبیین کردند. به عبارت دیگر نتایج مبین آن هستند که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و بهزیستی روانشناختی تحت تاثیر پاسخ عاطفی و پی‌آمدهای بیماری قرار می‌گیرد. در مدل دوم، نتایج حاکی از آن بودند که شناخت بیماری، ماهیت بیماری و سبک دل‌بستگی ایمن به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۳ و ۰/۲ از واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین کردند. بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و هموگلوبین گلیکوزیله تحت تاثیر شناخت بیماری و ماهیت بیماری قرار گرفته است. یافته‌های این پژوهش که با نتایج

همچنین با توجه به ناتوانی افراد دلبسته نایمن در تنظیم عواطف، این افراد عواطف منفی ناشی از بیماری را بیش برآورد می‌کنند. عقاید منفی در مورد بیماری و پی‌آمدهای آن با عواطف منفی مرتبط است که به نوبه خود باعث کاهش کیفیت زندگی و بهزیستی روانشناختی می‌شود [۱۱].

محدودیت‌های این پژوهش شامل موارد زیر است: عوامل دیگر از جمله اشتغال، ازدواج و نگرش جامعه نسبت به بیماری در این تحقیق بررسی نشده است. همچنین عوامل دیگری بر بهزیستی روانشناختی و  $HbA_{1C}$  تاثیرگذار هستند که با توجه به لزوم رعایت محدوده تحقیق، به آنها پرداخته نشده است. مقطعی بودن طرح مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی است. از جمله نقاط قوت این پژوهش می‌توان به حجم نمونه مناسب و استفاده از نتایج آزمایش  $HbA_{1C}$  در کنار مقیاس بهزیستی روانشناختی اشاره کرد که تاثیر ذهنی بودن مقیاس‌ها را کاهش می‌دهد. نتایج این پژوهش می‌تواند در توسعه مداخلات از طریق در نظر گرفتن فرایندهایی که بهزیستی روانشناختی و  $HbA_{1C}$  را پیش‌بینی می‌کنند راهگشا باشد. با استفاده از نتایج این پژوهش می‌توان گروه‌های هدف درمان روانشناختی (در کنار درمان پزشکی) را تعیین کرد و مشخص نمود که چه کسانی در معرض خطر کاهش تبعیت از درمان و  $HbA_{1C}$  بالاتر هستند.

### سپاسگزاری

به این وسیله از ریاست محترم و کارکنان انجمن دیابت ایران و اعضا انجمن که با شرکت آنها انجام این پژوهش میسر شد، تشکر و قدردانی می‌گردد. این طرح با هزینه شخصی انجام شده است.

دریافت حمایت لازم در موقعیت‌های استرس‌زا از جمله بیماری را امکان‌پذیر سازد [۲۱، ۲۲]. این امر باعث برقراری ارتباط درمانی مناسب با پزشک، کسب اطلاعات لازم در مورد بیماری، تبعیت از درمان و کاهش  $HbA_{1C}$  می‌شود.

همچنین افراد دلبسته ایمن به دلیل حرمت به خود بالا و تمرکز بر عاطفه مثبت، علائم جسمی کمتری را گزارش می‌کنند. به نظر می‌رسد، اثرات عاطفی بیماری بر زندگی افراد دلبسته ایمن تحت تاثیر هیجان‌های مثبت آنها قرار می‌گیرد [۲۳]. ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علائم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب و کاهش  $HbA_{1C}$  می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت‌تر می‌انجامد. انتظار می‌رود فردی که دارای ادراک مثبت نسبت به بیماری است، بهزیستی روانشناختی بالاتر داشته باشد.

از سوی دیگر، افراد دلبسته نایمن (دوسوگرا و اجتنابی) در تنظیم عواطف خود دچار مشکل هستند. چون دلبستگی نایمن منجر به آسیب در تنظیم درونی عواطف می‌شود، بنابراین این افراد برای کاهش استرس و تنظیم عواطف خود متوسل به تنظیم‌گرهای بیرونی می‌شوند [۲۴]. برخی راهبردهای رفتاری که برای تنظیم عواطف منفی به کار می‌روند (تسکین دادن، منحرف کردن توجه و ...)، عوامل خطر برای بیماری هستند، از جمله مصرف سیگار، الکل، استفاده از داروهای روانگردان، کم خوری، پرخوری و مبادرت به رفتارهای جنسی پرخطر [۲۵]. مبادرت به رفتارهای ذکر شده پی‌آمدهای منفی شدیدتری را به دنبال دارد و بهزیستی روانشناختی این افراد و کنترل مناسب قند خون تحت تاثیر قرار می‌گیرد.

### ماخذ

- آندریولی، توماس ای. گریکز، روبرت سی. کارپتر، چارلز سی جی. لوسکالزو، جوزف. مبانی طب داخلی سسیل. مترجم: گروه مترجمین انتشارات تیمور زاده. نشر طبیب؛ ۱۳۸۴. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴.
- Gagliardino JJ, Lapertosa S, Villagera M, Caporale JE, Oliver P, Gonzalez C, Siri F, Clark Ch. PRODIACOR: A patient- centered treatment program for type II diabetes and associated cardiovascular risk factors in the city of Corrientes, Argentina, study design and baseline data. *Contemporary Clinical Trials* 2007; 28: 548-556.
- Esteghamati A, Meysamie A, Khalilzadeh O, Rashidi A, Haghazali M, Asgari F, et al. Third national surveillance of risk factors of non-communicable diseases (SuRFNCD-2007) in Iran: methods and results on prevalence of diabetes, hypertension, obesity, central obesity, and dyslipidemia. *BMC Public Health* 2009; 9: 167-177.

۴. دادستان، پیرخ؛ حق بین، محسن؛ بزازیان، سعیده و حسن زاده توکلی، محمدرضا. جدایی روانشناختی از والدین و پیشرفت تحصیلی: یک پژوهش درباره تفاوت‌های جنسی و فرهنگی. فصلنامه روانشناسان ایرانی. ۱۳۸۳؛ ۱: ۳-۲۰.
5. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ, Russo JE. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 2002; 64: 660-667.
6. Ciechanowski PS, Hirsch IB, Katon WJ. Interpersonal predictors of HbA<sub>1c</sub> in patients with type I diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (4): 731-36.
7. Pickering L, Simpson J, Bentall RP. Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences* 2008; 44: 1212-24.
8. Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. *Soc Sci Med* 2006; 62: 1153-66.
9. Edger KA, Psychol D, Skinner TC. Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type I diabetes. *J Pediatr Psychol* 2003; 28 (7): 485-493.
10. Itersum MWV, Wilgen CPV, Hilberdink WKHA, Groothier JW. Illness perception in patients with fibromyalgia. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 53-60.
11. Dennison L, Moss-Morris R, Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin Psychol Rev* 2009; 29: 141-153.
12. Sridhar GR, Madhu K. Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Science* 2002; 83 (12): 1556-1566.
13. Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and Individual Differences* 2009; 46: 460-4.
14. Snyder, C R, & Lopez SJ. *Handbook of positive psychology*. Oxford University Press 2002.
۱۵. بشارت، محمدعلی. هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال. گزارش پژوهشی: دانشگاه تهران؛ ۱۳۸۴.
16. Boardbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-637.
۱۷. بشارت، محمدعلی. پایایی و روایی فرم کوتاه مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. (MHI-28). *مجله پزشکی قانونی* ۱۳۸۸؛ ۸۷: ۵۴-۹۱.
18. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes. *J Psychosom Res* 2009; 66: 211-20.
19. Attale C, Guedeny N, Sola A, Slama G, Dantchev N, Conseli SM. Attachment style and glycemic control in type I diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004; 58: 581-92.
20. Ciechanowski PS, Katon WJ, & Russo JE. The association of depression and perceptions of interpersonal relationships in patients with diabetes. *J Psychosom Res* 2005; 58: 139-44.
21. Ditzen B, Schmidt S, Strauss B, Nater UM, Ehlert U, Heinrichs M. Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *J Psychosom Res* 2008; 64: 479-86.
22. Maunder RG, Lancee WJ, Nolan RP, Hunter JJ, Tannenbaum DW. The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *J Psychosom Res* 2006; 60: 283-90.
23. Mikulincer M, Shaver PR, Perg D. Attachment theory and affect regulation: The dynamic, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion* 2003; 27 (2): 77-101.
24. Kobak R, Sceery A. Attachment in late adolescence: working model, affect regulation, and representation of self and others. *Child Development* 1999; 59: 135-46.
25. Schore JR, Schore AN. Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal* 2008; 36: 9-20.