

## سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I

### Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes

Saeideh Bazzazian, Ph.D.

دکتر سعیده بزازیان\*

Mohammad Ali Besharat, Ph.D.

دکتر محمدعلی بشارت\*\*

#### Abstract

The aim of this study was to investigate attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. 300 adults (172 females and 128 males) with type I diabetes completed the Adult Attachment Inventory (AAI; Besharat, 2005), The Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ; Boardbent, Petrie, Main & Weinman, 2006) and (D-39; Boyer & Earp, 1997) There were positive correlations between secure attachment style, personal control, coherence, and quality of life. Also, avoidant and ambivalent attachment styles, consequence, identity, concern, and emotional response have negative correlations with quality of life. Results of stepwise regression analysis revealed that the influences of three attachment styles on quality of life were partly mediated by illness perception. Secure, ambivalence and avoidant attachment styles and illness perception subscales could explain the variance of quality of life in type I diabetics. These results can be helpful in devising preventive policies, determining high risk patients and planning for psychological interventions.

**Keywords:** type I diabetes, attachment, illness perception, quality of life

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل‌کننده ادراک بیماری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر) از بیماران عضو انجمن دیابت ایران بودند. از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI؛ بشارت، ۱۳۸۴)، پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری (Brief IPQ؛ بردبنت، پتریه، مین و وینمن، ۲۰۰۶) و مقیاس کیفیت زندگی (D-39؛ بویر و ارپ، ۱۹۹۷) را تکمیل کنند. بین سبک دلبستگی ایمن، کنترل شخصی و شناخت بیماری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار و بین سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی دوسوگرا، بی‌آمدها، ماهیت بیماری، نگرانی و پاسخ عاطفی با کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار به دست آمد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد رابطه سبک‌های دلبستگی با کیفیت زندگی متأثر از زیرمقیاس‌های ادراک بیماری است. سبک‌های دلبستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی و زیرمقیاس‌های ادراک بیماری در حد قابل قبولی واریانس کیفیت زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع I تبیین کردند. نتایج این پژوهش می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های پیشگیرانه و شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات درمانی روان‌شناختی، مفید باشد.

**واژه‌های کلیدی:** دیابت نوع I، دلبستگی، ادراک بیماری، کیفیت زندگی

bazzazian\_s@yahoo.com

\* عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر

\*\* عضو هیأت علمی دانشگاه تهران

و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود. طبق نظریه بالبی (۱۹۶۹) افراد تجربه‌های اولیه خود با مراقبین را درون‌سازی کرده، روان‌سازه‌های<sup>۴</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 تأثیر قرار می‌دهد. این روان‌سازه‌های شناختی یا مدل‌های درون‌کاری<sup>۵</sup> بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر وی از آن‌ها در طول زندگی تأثیر دارد (پیکرینگ، سیمپسون و بنتال، ۲۰۰۸؛ سیچانوسکی، هیرش و کتون، ۲۰۰۲).

نظریه دلبستگی با نظریه خودتنظیم‌گری<sup>۶</sup> دارای اصول مشترکی است. بر اساس نظریه دلبستگی دسترس‌پذیری چهره دلبستگی، یکی از منابع اصلی تنوع راهبردهای تنظیم هیجان‌ها است. مفهوم‌سازی‌های اخیر در چهارچوب دلبستگی، تفاوت‌های فردی در تنظیم عواطف را تبیین می‌کند. فاندلینگ (۱۹۹۸) با تلخیص بسیاری از یافته‌های مربوط به سبک‌های متفاوت تنظیم عاطفه، نشان داد سبک‌های دلبستگی بر چگونگی مدیریت توجه به رویداد استرس‌زا، پردازش اطلاعات و دسترس‌پذیری منابع مقابله اجتماعی تأثیر دارند. این تفاوت‌ها در سبک‌های دلبستگی می‌توانند پردازش مغرط عواطف توسط افراد دوسوگرا<sup>۷</sup> و یا انزوا و قطع ارتباط افراد اجتنابی<sup>۸</sup> را توجیه کنند. لونتال و نرنز<sup>۹</sup> (۱۹۸۳) به نقل از شارپ و کوران، (۲۰۰۶) مدل خودتنظیم‌گری<sup>۱۰</sup> را که به تبیین بیماری در زمان تشخیص و در طول بیماری می‌پردازد، مطرح کردند. این مدل، رفتارهای سالم را نتیجه ادراک چندوجهی و پیچیده بیماری می‌داند. بر اساس این مدل، فرد نقشی پویا و فعال در ادراک بیماری ایفا می‌کند. ادراک بیماری شامل اطلاعاتی در پنج بعد است: ماهیت<sup>۱۱</sup>، یعنی برچسب و علائم مربوط به بیماری (مانند خستگی و ضعف)؛ علت<sup>۱۲</sup> یا باور در مورد علل مسبب آغاز بیماری؛ مدت زمان<sup>۱۳</sup> یا ادراک فرد در مورد طول مدت بیماری بر حسب این که حاد، دوره‌ای یا مزمن است؛ بی‌آمدها<sup>۱۴</sup> یا نتایج مورد انتظار فرد از بیماری بر حسب

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 (استقامتی، میثمی، خلیل زاده، رشیدی، حق ازلی و همکاران، ۲۰۰۹). در سال ۲۰۰۵ شیوع دیابت در ایران ۷/۷٪ (۸/۳٪ در زنان و ۷/۱٪ در مردان) گزارش شده بود (استقامتی، گویا، عباسی، دلاوری، علی خانی و همکاران، ۲۰۰۸). این امر نشانگر روند رو به رشد میزان شیوع این بیماری است.

دیابت نوع I از تخریب خودایمنی سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس و کاهش مطلق ترشح انسولین به وجود می‌آید (آندریولی، گریکز، کارپنتر و لوسکالزو، ۱۳۸۴). دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت بیماری و لزوم خودمدیریتی، به عنوان پیچیده‌ترین بیماری شناخته شده است (سریدار و مادا، ۲۰۰۲). در افراد بزرگسال ۹۵٪ مراقبت و درمان دیابت توسط بیمار انجام می‌شود (مدیریت شخصی<sup>۱</sup>). دیابت مستلزم رژیم مراقبتی پیچیده شامل تغییر الگوی تغذیه، ورزش، عدم مصرف سیگار، اندازه‌گیری قند خون و رژیم پزشکی متغیر برای اجتناب از عوارض طولانی‌مدت است (فرانکلین، ۲۰۰۸). علی‌رغم دسترسی به روش‌های درمانی پیشرفته، اگر بیمار مایل یا قادر به مدیریت دیابت خود بر اساس یک برنامه متغیر روزمره نباشد، نتایج درمان ضعیف خواهد بود (وندرون، لوباخ، هوگنلست، آپرن، ترومپ-ویور و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین، دیابت در قلب مسایل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روان‌شناختی نقش حیاتی در مدیریت و سازگاری با بیماری دارند (اسنوک، ۲۰۰۲). در این میان سبک‌های دلبستگی به دلیل نقش تعیین‌کننده‌ای که در روابط بین فردی و واکنش فرد در موقعیت‌های استرس‌زا دارند، حایز اهمیت خاص هستند.

نظریه دلبستگی<sup>۲</sup> یکی از مدل‌های مناسب برای شناخت روش‌های سازش یافته و سازش نیافتده‌ای است که افراد از طریق آن‌ها با چالش‌های متعدد زندگی مواجه می‌شوند (بشارت، ۱۳۸۵). تحقیقات اخیر در زمینه دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در بیماری‌های جسمی معطوف شده‌اند (سیچانوسکی، والکر، کتون و راسو، ۲۰۰۲). بر اساس نظریه دلبستگی، تعامل‌های مکرر بین کودک و مراقب به الگوهای پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت اجتماعی<sup>۳</sup>، آسیب‌پذیری در برابر بیماری

4. schema  
5. internal working model  
6. self-regulation  
7. ambivalence  
8. avoidant  
9. Leventhal, H., & Nerenz, D. R.  
10. Self-Regulation Model (SRM)  
11. identity  
12. cause  
13. timeline  
14. consequences

1. self-management  
2. attachment theory  
3. social support

## روش

**جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش:** جامعه آماری شامل دختران و پسران مجرد سنین ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به دیابت شهر تهران و عضو انجمن دیابت ایران بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: سن ۱۸ تا ۳۰ سال، مجرد، 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 عقب‌ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلال‌های روان‌شناختی دیگر قبل از تشخیص بیماری دیابت بودند. با توجه به معیارهای مذکور ۳۰۰ نفر از اعضای انجمن (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر) به روش تصادفی انتخاب شدند. به این صورت که ابتدا فهرست اسامی کلیه افرادی که در دامنه سنی مذکور و مجرد بوده و عضو انجمن دیابت ایران بودند، از انجمن دیابت ایران گرفته شد. سپس از این فهرست، تعداد مورد نظر به صورت تصادفی انتخاب گردید، با آن‌ها تماس گرفته شد و افرادی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. میانگین و انحراف استاندارد سن آن به ترتیب در دختران ۲۱/۹۳ و ۳/۹۷ و برای پسران ۲۲/۸۸ و ۳/۰۲ بود.

## ابزار سنجش

**مقیاس دلبستگی بزرگسال:** مقیاس دلبستگی بزرگسال<sup>۴</sup> با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور<sup>۵</sup> (۱۹۸۷) ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران هنجاریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴). این مقیاس، یک آزمون ۱۵ سؤالی است و سه سبک دلبستگی ایمن<sup>۶</sup>، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (خیلی کم=۱، کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) می‌سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس-های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه دانشجویی (۱۴۸۰=۸۶۰؛ دختر، ۶۲۰ پسر) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۴، ۰/۸۵، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۴، ۰/۸۵، ۰/۸۶ محاسبه شد که نشانه

اثرات اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی؛ و مؤثر بودن<sup>۱</sup> کنترل/ درمان/ بهبود (ادگر، سایکول و اسکینر، ۲۰۰۳). فراتحلیل مطالعات انجام شده در دامنه‌های از بیماری‌ها (بیماری‌های حاد و بیماری‌های مزمن مانند مولتیپل اسکلروزیس، هانتینگتون و دیابت)، مبانی نظری را تأیید می‌کند (آیترسام، ویلگن، هیلبردینک و گروتز، ۲۰۰۹؛ دنیسون، موس-موریس و چالدر، ۲۰۰۹؛ کلارک و گوسن، ۲۰۰۹).

در دو دهه گذشته، پزشکان علاقه زیادی به موضوعات کیفیت زندگی<sup>۲</sup> پیدا کرده‌اند. کیفیت زندگی عموماً به عنوان یک مفهوم چندبعدی شامل ابعاد سلامت جسمی، روانی، کنش‌وری اجتماعی، رضایت از زندگی و نگرش مثبت نسبت به آینده شناخته شده است (آل اکور، قادر و شاتناوی، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت<sup>۳</sup> ارزشی است که فرد علی‌رغم تأثیری که که بیماری، جراحت یا درمان بر کنش‌وری، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی او دارند، برای زندگی قایل است (ال اچهاب، نجاری، چیکری و لیوسی، ۲۰۰۸). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت یک مفهوم چندبعدی با تأکید بر چهار بعد اصلی است: کنش‌وری جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی و بهزیستی مرتبط با محیط. علاوه بر این ابعاد، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل بیماری و درمان و نیز ماهیت ذهنی کیفیت زندگی از دیدگاه بیمار است (هالکوآهو، کاولو، پیتیلا، هوپیر، سینتونن و همکاران، ۲۰۱۰).

بنابراین، کیفیت زندگی متأثر از عوامل روان‌شناختی و اجتماعی است که در این بین سبک‌های دلبستگی به دلیل نقش بنیادی آن‌ها در نحوه هدایت چالش‌ها و موضوعات متعدد درون‌شخصی و بین‌شخصی و تأثیر آن در شکل‌دهی ادراک فرد از بیماری حائز اهمیت است. هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I بود. بر اساس این هدف کلی، فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفتند: فرضیه اول: بین زیرمقیاس‌های ادراک بیماری و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. فرضیه دوم: بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی رابطه معنادار وجود دارد. فرضیه سوم: ادراک بیماری تعدیل‌کننده رابطه بین سبک‌های دلبستگی و کیفیت زندگی است.

4. Adult Attachment Inventory  
5. Hazan, C., & Shaver, P. R.  
6. secure

1. effectiveness  
2. quality of life  
3. health-related quality of life

همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب مقیاس دل‌بستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی<sup>۲</sup> در مورد سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۸۴، برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۸، ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی محتوایی<sup>۳</sup> مقیاس با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. بررسی روایی همزمان<sup>۴</sup> مقیاس دل‌بستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مشکلات بین‌شخصی<sup>۵</sup> و حرمت خود کوپر اسمیت<sup>۶</sup> در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دل‌بستگی ایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین‌شخصی همبستگی منفی معنادار (از  $I = -0/61$  تا  $I = -0/83$ ) و با زیرمقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از  $I = 0/39$  تا  $I = 0/41$ ) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دل‌بستگی ناایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین‌شخصی همبستگی مثبت معنادار (از  $I = 0/26$  تا  $I = 0/45$ ) و با زیرمقیاس‌های عزت نفس همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد (بشارت، ۱۳۸۴).

برای تعیین روایی سازه<sup>۷</sup> مقیاس در این پژوهش از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد که نتایج با تعیین سه عامل سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا، روایی سازه مقیاس دل‌بستگی بزرگسال را مورد تأیید قرار داد. به عبارت دیگر بر اساس نتایج این تحلیل، ساختار عاملی مشاهده شده با ساختار نظری برازش داشته و می‌تواند سبک‌های دل‌بستگی را در نمونه بیماران مبتلا به دیابت اندازه‌گیری کند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی نیز محاسبه شد که برای سه زیرمقیاس دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۴، ۰/۹۳ و ۰/۹۴ که نشان‌دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت است.

1. internal consistency
2. test-retest reliability
3. content validity
4. concurrent validity
5. Inventory of Interpersonal Problems
6. Coopersmith Self-Esteem Inventory
7. construct validity

8. The Brief Illness Perception Questionnaire
9. self-efficacy
10. differential validity

بود که مقیاس می‌تواند متغیر موردنظر را در نمونه بیماران مبتلا به دیابت اندازه‌گیری کند. آلفای کرونباخ در نمونه مطالعه ۰/۵۳ است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس در نمونه مورد بررسی است.

**مقیاس کیفیت زندگی:** مقیاس D-39 (بویر و ارپ، ۱۹۹۷) که برای ارزیابی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت تدوین شده است، دارای ۳۹ سؤال بوده و ۵ بعد سلامت شامل کنترل دیابت، اضطراب و نگرانی، فشار اجتماعی، انرژی و تحرک و کنش‌وری جنسی را در مقیاس لیکرت از ۱ تا ۷ ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات از ۳۹ تا ۲۷۳ است. نمرات بالا نشان‌دهنده کیفیت زندگی پایین است. این مقیاس در ایران در نمونه‌ای به حجم ۴۶۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع I و II (۲۶۳ زن و ۱۹۷ مرد) اعتباریابی شده است (بزازیان و رجب، ۱۳۸۹). ضرایب آلفای کرونباخ ابعاد مختلف از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ بود که نشانگر همسانی درونی بالای این مقیاس است. همبستگی هر سؤال با زیرمقیاس مربوطه از ۰/۴۵ تا ۰/۸۴ محاسبه شد که نشان می‌دهد هر سؤال بیشترین همبستگی را با نمره کل زیرمقیاس خود، در

مقایسه با سؤال‌ها و زیرمقیاس‌های دیگر دارد. به منظور تعیین پایایی بازآزمایی، ۵۰ نفر از آزمودنی‌ها پس از ۴ هفته مجدداً مقیاس کیفیت زندگی را تکمیل کردند. ضریب همبستگی پیرسون بین نمره‌های کل آزمودنی‌ها در دو نوبت برابر با ۰/۷۵ و ضرایب همبستگی بین نمره‌های زیرمقیاس‌های کنترل دیابت، انرژی و تحرک، فشار اجتماعی، اضطراب و نگرانی و کنش‌وری جنسی نیز به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۶۷، ۰/۵۶، ۰/۶۰ و ۰/۷۳ به‌دست آمد. روایی همزمان مقیاس کیفیت زندگی از طریق اجرای همزمان زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی مقیاس سلامت روانی ارزیابی شد. همبستگی نمره آزمودنی‌ها در دو مقیاس کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی برابر با ۰/۳۹- و همبستگی بین زیرمقیاس‌های کنترل دیابت، انرژی و تحرک، فشار اجتماعی، اضطراب و نگرانی و کنش‌وری جنسی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب برابر است با: ۰/۴۰۱-، ۰/۴۹۹-، ۰/۵۴۸-، ۰/۴۳۱-، و ۰/۱۳۰- در پژوهش حاضر از نمره کل مقیاس به عنوان شاخص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد.

## یافته‌ها

برای آزمون فرضیه‌های اول و دوم از روش همبستگی استفاده شد. جدول ۱ همبستگی و مشخصه‌های آماری نمره‌های سبک‌های دل‌بستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I را نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج جدول ۱، بین سبک دل‌بستگی ایمن، کنترل شخصی و شناخت بیماری با کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار و بین سبک دل‌بستگی اجتنابی، سبک دل‌بستگی دوسوگرا، پی‌آمدها، ماهیت بیماری، نگرانی و پاسخ عاطفی با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار وجود دارد. بنابراین، تمامی متغیرها دارای همبستگی معنادار با هم هستند و جهت همبستگی‌ها نیز در جهت پیش‌بینی شده است، لذا برای تحلیل داده‌ها می‌توان از تحلیل رگرسیون استفاده کرد. برای آزمون فرضیه سوم سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری به عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت

زندگی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ ارائه شده است. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش‌بینی کیفیت زندگی از طریق سبک دل‌بستگی ایمن در مدل اول نشان داد که این متغیر ۴۲٪ واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در مدل دوم، زیرمقیاس پی‌آمدهای ادراک بیماری وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر  $R^2$  به ۴۹٪ شد. در مدل سوم سبک دل‌بستگی دوسوگرا وارد معادله رگرسیون شد. مقایسه  $R^2$  در مدل‌های دوم و سوم نشان داد که ورود متغیر جدید  $R^2$  را به ۵۱٪ افزایش داد. با ورود زیرمقیاس شناخت بیماری به معادله رگرسیون در مدل چهارم،  $R^2$  به ۵۳٪ تغییر کرد. زیرمقیاس ماهیت بیماری در مدل پنجم  $R^2$  را به ۵۴٪ افزایش داد. در نهایت در مدل ششم سبک دل‌بستگی اجتنابی وارد معادله رگرسیون شد که این متغیر حدود ۵٪ واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرد که تغییر قابل توجهی را در  $R^2$  ایجاد نکرد.

جدول ۱. ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دل‌بستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱. دل‌بستگی ایمن										
۲. دل‌بستگی اجتنابی	-.۸۲۴**									
۳. دل‌بستگی دوسوگرا	-.۸۱۹**	.۸۰۶**								
۴. پی‌آمدها	-.۶۶۷**	.۶۰۹**	.۶۳۱**							
۵. کنترل شخصی	-.۶۲۴**	-.۵۴۷**	-.۶۰۷**	.۵۴۱**						
۶. ماهیت بیماری	-.۷۰۶**	.۶۲۴**	.۶۷۷**	-.۵۹۷**	-.۵۹۷**					
۷. نگرانی	-.۱۴۲*	.۱۵۹*	.۱۸۴**	-.۳۲۶**	-.۱۳۲*	.۱۴۹**				
۸. شناخت بیماری	.۲۴۴**	-.۲۲۵**	-.۲۱۵**	.۲۱۱**	.۲۸۹**	-.۲۰۲**	-.۲۶۹**			
۹. پاسخ عاطفی	-.۵۹۷**	.۵۴۶**	.۶۲۸**	-.۶۶۱**	-.۵۳۳**	.۵۴۹**	.۳۳۴**	-.۱۶۷**		
۱۰. کیفیت زندگی	-.۶۵۲**	.۶۳۲**	.۶۵۱**	-.۶۳۵**	-.۵۵۲**	.۶۰۲**	.۱۸۰**	-.۲۹۱**	.۵۶۲**	
میانگین	۱۵/۳۴	۱۲/۷۰	۱۳/۲۹	۵/۲۵	۶/۲۹	۸/۳۲	۴/۹۹	۵/۹۱	۵/۰۸	۱۰/۹
انحراف استاندارد	۶/۷۷	۶	۶/۷۰	۲/۷۵	۲/۴۲	۲/۱۳	۲/۹۱	۶/۳۱	۳/۰۶	۴۵/۳۱

\*P < ۰/۰۵    \*\*P < ۰/۰۱

جدول ۲- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبک‌های دل‌بستگی و ادراک بیماری بر کیفیت زندگی

مرحله	متغیر	R	R <sup>2</sup>	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معناداری
گام اول	دل‌بستگی ایمن	.۶۵۳	.۴۲۶	-۴/۳۶۶	.۲۹۴	-.۱۶۵۳	-۱۴/۸۷۶	.۰۰۱
گام دوم	پی‌آمدها	.۷۰۵	.۴۹۸	۵/۹۱۶	.۹۱۰	.۳۵۹	۶/۵۰۴	.۰۰۱
گام سوم	دل‌بستگی دوسوگرا	.۷۱۹	.۵۱۷	۱/۸۱۴	.۵۲۵	.۳۱۸	۳/۴۵۷	.۰۰۱
گام چهارم	شناخت بیماری	.۷۲۹	.۵۳۱	-۲/۷۲۷	.۹۲۲	-.۲۶۸	-۲/۹۵۹	.۰۰۳
گام پنجم	ماهیت بیماری	.۷۳۸	.۵۴۴	۲/۶۰۵	.۹۰۴	.۱۹۰	۲/۸۸۱	.۰۰۴
گام ششم	دل‌بستگی اجتنابی	.۷۴۲	.۵۵۰	۱/۲۷۱	.۵۱۶	.۱۶۸	۲/۴۶۴	.۰۱۴

متغیر مرتبه قبل و متغیر ملاک (کیفیت زندگی) تحت تأثیر قرار گرفته است. به عبارت دیگر زیرمقیاس‌های پی‌آمدها، شناخت بیماری و ماهیت بیماری سهم سبک‌های دل‌بستگی ایمن و دوسوگرا را در پیش‌بینی کیفیت زندگی کاهش داده‌اند.

لازم به توضیح است در هر مدل، کاهش β بیانگر آن است که متغیر مرتبه جدید رابطه بین متغیر قبلی و متغیر ملاک را تحت تأثیر قرار داده است. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، مقدار β در مدل‌های مختلف کاهش یافته است. این امر به این معنا است که با ورود متغیر جدید در هر مدل، رابطه بین

## بحث

کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار وجود دارد. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و کیفیت زندگی تحت تأثیر زیرمقیاس‌های ادراک بیماری قرار می‌گیرد. یافته‌های این پژوهش در راستای نتایج مطالعات پیشین است (آیترسام و همکاران، ۲۰۰۹؛ استافورد، برک و جکسون،

نتایج همبستگی بین متغیرها نشان داد که بین سبک دل‌بستگی ایمن، کنترل شخصی و شناخت بیماری با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار و بین سبک دل‌بستگی اجتنابی، سبک دل‌بستگی دوسوگرا، پی‌آمدها، ماهیت بیماری، نگرانی و پاسخ عاطفی با

۲۰۰۹؛ بارتلی، هد و استانسفلد، ۲۰۰۷؛ بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶؛ سیچانوسکی و کتون، ۲۰۰۶؛ سیچانوسکی، کتون و روسو، ۲۰۰۵؛ شارپ و کوران، ۲۰۰۶؛ کوف، وایت، اسمیت، مک گیلوی، اوداود و گیبینی، ۲۰۰۷؛ مائوندر و هیونتر، ۲۰۰۱). به طور کلی یافته‌های مذکور به شرح زیر قابل تبیین هستند:

افرادی که با بیماری مزمن مواجه می‌شوند، روان‌سازها یا شناخت‌هایی از بیماری در نظام شناختی خود شکل می‌دهند که در شکل‌گیری آن‌ها متغیرهای درونی و بیرونی مانند سبک‌های دلبستگی و عوامل شخصیتی، محیط اجتماعی و عوامل جمعیت‌شناختی نقش دارند. این عوامل به همراه تهدید بیماری، ادراک بیمار از ماهیت، علل، درمان‌پذیری/کنترل‌پذیری و پی‌آمدهای آن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. افراد دلبسته ایمن به دلیل حرمت خود بالا و تمرکز بر عاطفه مثبت، علایم جسمی کمتری را گزارش می‌کنند. با توجه به رابطه بین حالات عاطفی و ادراک بیماری، به نظر می‌رسد، اثرات عاطفی بیماری بر زندگی افراد دلبسته ایمن تحت‌تأثیر هیجان‌های مثبت آن‌ها قرار می‌گیرد. بنابراین، این افراد تأثیر بیماری بر زندگی خود را اغراق‌آمیز تصور نمی‌کنند و کیفیت زندگی آن‌ها کاهش نمی‌یابد. فردی که دارای روان‌سازه مثبت از بیماری خویش است قادر است به طور واقع‌بینانه و صحیح علایم و نشانه‌ها و ابعاد دیگر بیماری را درک و تحلیل نماید. ادراک مثبت بیماری که با ادراک کنترل بر بیماری و علایم و عواطف توأم با آن همراه است، موجب عمل به اقدامات درمانی مناسب می‌شود که بهبودی حاصل از این امر خود به ادراک مثبت‌تر می‌انجامد. بنابراین، انتظار می‌رود فردی که دارای ادراک مثبت نسبت به بیماری است، کیفیت زندگی بالاتر داشته باشد.

دلبستگی ایمن موجب می‌شود آن‌چه بالبی سیستم اکتشافی می‌نامد فعال شود. این سیستم باعث می‌شود فرد به اکتشاف محیط پردازد و توانمندی خود در کنترل موقعیت را تجربه کند. دلبستگی ایمن موجب می‌شود توانایی‌های دیگری به عنوان بخشی از توانایی خود تجربه شود و به تدریج تحول حس تسلط و توانایی کنترل درماندگی را تسهیل می‌کند و در نهایت در چهارچوب رابطه دلبستگی ایمن فرد به درون‌سازی کنش‌های تنظیم‌گری مؤثر به خصوص انعکاس عواطف و نیز عقاید مثبت در مورد ارزش و کارآمدی خود دست می‌یابد (میکولیسنر، شاور و پرگ، ۲۰۰۳). بنابراین، افراد دلبسته ایمن با توسل به این توانایی قادر به کنترل عواطف مرتبط با بیماری بوده و کیفیت زندگی بالایی را حفظ خواهند کرد.

از سوی دیگر، دلبستگی اجتنابی با سردی در تعامل با دیگران و رقابت و عدم موفقیت در مدیریت روند روابط در طی زمان مشخص می‌شود (بارتلی و همکاران، ۲۰۰۷). افراد اجتنابی به مؤثر بودن حمایت اجتماعی اعتماد ندارند، اما با نظر مثبت نسبت به خود، بر استقلال تأکید دارند. با توجه به خصوصیات این افراد، موقعیت‌هایی که مستلزم کنترل و وابستگی به دیگران است مانند بیماری، ممکن است تبدیل به یک بحران شود. این افراد به دلیل ناتوانی در برقراری ارتباط مؤثر، در ایجاد ارتباط درمانی مناسب ناتوانند. بنابراین، نمی‌توانند به اطلاعات کافی در مورد بیماری و تبعات آن به شناخت کافی نسبت به بیماری دست یافته و تبعیت لازم را از توصیه‌های درمانی داشته باشند. این امر موجب کاهش کیفیت زندگی آن‌ها می‌شود.

همچنین افراد دلبسته نایمن (دوسوگرا و اجتنابی) در تنظیم عواطف خود دچار مشکل هستند. چون دلبستگی نایمن باعث آسیب در تنظیم درونی عواطف می‌شود، این افراد عواطف منفی ناشی از بیماری را بیش‌برآورد 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 (استافورد و همکاران، ۲۰۰۹).

افراد اجتنابگر حمایت گرم و قابل اعتمادی را دریافت نکرده‌اند و تصویر بدنی مثبت و خودمهارگری در آن‌ها به وجود نیامده است. بنابراین، این افراد در زمان‌های بحران سلامت، نسبت به نیازهای بدنی خود بیگانه بوده و خودمهارگری لازم را ندارند. در غیاب حس استقلال و انعطاف‌پذیری، بحران سلامت، مقاومت، به خصوص انکار، را ایجاد می‌کند (شور و شور، ۲۰۰۸). سرکوب و انکار عواطف و واکنش‌های سازش‌نا یافته در طول بحران سلامت و فقدان خودمهارگری به ناتوانی در اندازه‌گیری مستقل قند خون و پاسخ سازگاران به انسولین منجر می‌شود. این مسأله به همراه پاسخ عاطفی نامناسب به بیماری و عدم خودمهارگری عواطف، کاهش کیفیت زندگی را به دنبال خواهد داشت.

عوامل دیگر که دغدغه‌های اصلی جوانان هستند از جمله اشتغال، ازدواج و نگرش جامعه نسبت به بیماری در این پژوهش بررسی نشده است. همچنین مقطعی بودن طرح مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی است. به منظور حفظ همگنی گروه نمونه، آزمودنی‌ها از بین اعضا انجمن دیابت ایران که دوره‌های آموزشی خاصی را در زمینه نحوه کنترل علایم و آشنایی با بیماری گذرانده‌اند، انتخاب شدند. لذا تعمیم نتایج به افرادی که چنین دوره‌هایی را دریافت نکرده‌اند باید با احتیاط

- Al-Akour, N., Khader, Y. S., & Shatnawi, N. J. (2010). Quality of life and associated factors among Jordanian adolescents with type I diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 24, 43-47.
- Bartley, M., Head, J., & Stansfeld, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Social Science and Medicine*, 64, 765-775.
- Besharat, M. A. (2005). *Development and validation of the Adult Attachment Inventory*. Unpublished research report. Tehran: University of Tehran.
- Boardent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Boyer, J. G., & Earp, J. A. L. (1997). The Development of an Instrument for Assessing the Quality of Life of People with Diabetes: Diabetes-39. *Medical Care*, 35, 440-453.
- Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B., & Katon, W. J. (2002). Interpersonal predictors of HbA<sub>1c</sub> in patients with type I diabetes. *Diabetes Care*, 25, 731-736.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64, 660-667.
- Ciechanowski, P. S., & Katon, W. J. (2006). The interpersonal experience of health care through the eyes of patients with diabetes. *Social Science and Medicine*, 63, 3067-3079.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2005). The association of depression and perceptions of interpersonal relationships in patients with diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 139-144.
- Clarke, D., & Goosen, T. (2009). 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*, 46, 460-464.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29, 141-153.

صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود جهت بررسی روابط علی بین سبک‌های دلبستگی و شاخص‌های سازگاری با بیماری‌های مزمن تحقیقات آینده‌نگر در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف، با معیارهای ورود به پژوهش متفاوت انجام شود. نتایج این پژوهش در توسعه مداخلات از طریق در نظر گرفتن فرایندهایی که کیفیت زندگی بهتر را پیش‌بینی می‌کنند راه‌گشا خواهد بود. پیشینه تجربی در مورد بیماری‌های مزمن می‌تواند در تعیین گروه‌های هدف درمان روان‌شناختی و تعیین افراد در معرض خطر کاهش کنش‌وری روان‌شناختی و کیفیت زندگی، مؤثر باشد.

## مراجع

- آندریولی، توماس ای؛ گریکز، روبرت سی؛ کارپنتر، چارلز سی جی. و لوسکالزو، جوزف (۲۰۰۴/۱۳۸۴). مبانی طب داخلی سیسیل. ترجمه گروه مترجمین انتشارات تیمورزاده. تهران: نشر طبیب.
- بزازیان، سعیده و رجب، اسدالله (۱۳۸۹). ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس کیفیت زندگی افراد دیابتی (گستره سنی ۲۰ تا ۶۰ سال). *روانشناسان ایرانی*، زیر چاپ.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۴). *هنجاریابی مقیاس دلبستگی بزرگسال*. گزارش پژوهشی، دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی (۱۳۸۵). تبیین اختلال‌های شخصیت بر اساس نظریه دلبستگی. *روانشناسی معاصر*، ۲، ۴۱-۴۸.



- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research, 64*, 479-486.
- Edger, K. A., Psychol, D., & Skinner, T. C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with type I diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 485-493.
- El Achhab, Y., Nejari, C., Chikri, M., & Lyoussi, B. (2008). Disease specific health-related quality of life instruments among adult diabetic: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice, 80*, 171-184.
- Esteghamati A., Meysamie A., Khalilzadeh O., Rashidi A., Haghazali M., Asgari F., et al. (2009). 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, 9*, 167-177.
- Esteghamati A., Gouya M. M., Abbasi M., Delavari A., Alikhani S., Alaedini F., et al. (2008). Prevalence of Diabetes and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran, National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. *Diabetes Care, 31*, 96-98.
- Franklin, M. D. (2008). *The relationship between psychosocial factors, self-care behaviors, and metabolic control in adolescents with type II diabetes*. Ph. D. dissertation, faculty of the graduate school of Vanderbilt university, Nashville, T. N., USA.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Halkoaho, A., Kavilo, M., Pietila, A. M., Huopio, H., Sintonen, H., & Heinonen, S. (2010). Does gestational diabetes affect women's health-related quality of life after delivery? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 148*, 40-43.
- Itersum, M. W. V., Wilgen, C. P. V., Hilberdink, W. K. H. A., & Groother, J. W. (2009). Illness perception in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling, 74*, 53-60.
- Keogh, K. M., White, P., Smith, S. M., McGilloway, S., O'Dowd, T., & Gibney, J. (2007). Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type II diabetes, a randomized controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Family Practice, 1-10*. [www.Biomedcentral.Com/1471-2296/8/36](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/8/36).
- Lange, L. J., & Piette, J. D. (2005). Perceived health status and perceived diabetes control: psychological indicators and accuracy. *Journal of Psychosomatic Research, 58*, 129-137.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*, 556-567.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. & Perg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamic, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion, 27*, 77-101.
- Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences, 44*, 1212-1224.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine, 62*, 1153-1166.
- Schore J. R., & Schore A. N. (2008). Modern attachment theory: the central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal, 36*, 9-20.
- Snoek, F. J. (2002). *Management of diabetes: Psychological aspects of diabetes management*. The Medicine Publishing Company, Ltd.
- Sridhar, G. R., & Madhu, K. (2002). Psychosocial and cultural issues in diabetes mellitus. *Current Science, 83*, 1556-1566.
- Stafford, L., Berk, M., & Jackson, H. J. (2009). Are illness perceptions about coronary artery disease predictive of depression and quality of life outcomes. *Journal of Psychosomatic Research, 66*, 211-220.
- Van der Van, N. C. W., Lubach, C. H. C., Hogenelst, M. H. E., Iperen, A. V., Tromp-Wever, A. M. E., & Vriend, A. (2005). Cognitive behavioral group training for patients with type I diabetes in persistent poor glycemic control: Who do we reach? *Patient Education and Counseling, 56*, 313-322.