

نقش سبکهای دلبستگی در سازگاری با بیماری دیابت نوع I

دکتر سعیده بزازیان^۱

دکتر محمد علی بشارت^۲

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش سبکهای دلبستگی در سازگاری با دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع I انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ نفر (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر، سنین ۱۸-۳۰ سال) از بیماران عضو انجمن دیابت ایران بودند. از شرکت کنندگان خواسته شد مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAS) و مقیاس محقق ساخته تبعیت از درمان را تکمیل کنند. هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}) از نتایج آخرین آزمایش بیماران استخراج شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد دو سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا تبیین کننده واریانس تبعیت از درمان هستند. همچنین سبکهای دلبستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی نیز حدود ۶۵٪ واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین کردند. نتایج این پژوهش می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر عدم تبعیت از درمان، ارائه راهکارهای روانشناختی مناسب جهت برقراری ارتباط درمانی مناسب و افزایش میزان سازگاری بیماران مفید باشد.

واژه‌های کلیدی:

دیابت نوع I، سبکهای دلبستگی، سازگاری، تبعیت از درمان، هموگلوبین گلیکوزیله

مقدمه

در سال ۲۰۰۷ شیوع دیابت (Diabetes) در ایران حدود ۸/۷٪ (۹/۲ در زنان و ۷/۵٪ در مردان) گزارش شده است (استقامتی، میثمی، خلیل زاده، رشیدی، حق ازلی، عسگری و همکاران، ۲۰۰۹). این میزان در سال ۲۰۰۵ حدود ۷/۷٪ (۸/۳٪ در زنان و ۷/۱٪ در مردان) گزارش شده بود (استقامتی، گویا، عباسی، دلاوری، علی خانی و علاالدینی، ۲۰۰۸). این امر نشانگر روند رو به رشد میزان شیوع این بیماری در ایران است.

دیابت یک اختلال متابولیک است که با عدم ترشح یا ترشح ناکافی انسولین (Insulin) مشخص می‌شود. دیابت نوع I ناشی از تخریب خود ایمنی سلولهای بتای جزایر لانگرهانس و کاهش مطلق ترشح انسولین است (آندریولی، گریکز، کارپنتر و لوسکالزو، ۱۳۸۴). دیابت یک بیماری شایع و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی کشورها است، طوری که سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization (WHO)) (۲۰۰۴، نقل از عبدلی، اشک تراب، احمدی، و پرویزی، ۱۳۸۷) از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش یاد می‌کند. در پرتو شیوع بالای بیماری، جای تعجب نیست که این بیماری موضوع تحقیقات قابل توجه در حوزه‌های مختلف بالینی شده است؛ چرا که افزایش شیوع دیابت و نیز سبب شناسی پیچیده و مکانیسم‌های سازش با آن، مستلزم تغییر در مفاهیم مرتبط با مدیریت دیابت و برنامه‌های درمانی است که تا کنون مد نظر بوده‌اند. این تغییر باید از متغیرهای جسمی به عوامل روانی- اجتماعی که ممکن است بر مدیریت بیماری و پی‌آمدهای آن تاثیرگذار باشند، صورت گیرد (میسرا و لاگر، ۲۰۰۸). همچنین، توصیه‌های درمانی جدید نیز به طور خاص اهمیت یکپارچه سازی مفاهیم روانی- اجتماعی با مراقبت معمول بیماران مبتلا به دیابت را تأیید کرده‌اند تا به بیماران در دستیابی به کنترل قند مناسب و افزایش سازگاری فرد کمک شود (وندرون، لوباخ، هوگنلست، آیپرن، ترومپ- ویور و ورايند، ۲۰۰۵).

یکی از نظریه‌هایی که نقش تبیین کننده در تبیین روابط بین فردی و واکنش فرد در برابر بیماری و سازگاری با آن دارد، نظریه دلبستگی (Attachment theory) است. دلبستگی اولین سیستم رفتاری اساساً بیولوژیک است. زمانی که جان بابلی (۱۹۶۹)، نظریه پرداز اصلی دلبستگی، نظریه دلبستگی را ارائه کرد، اساس بیولوژیک را برای درک روابط حمایتی و عاطفی مطرح کرد. نوآوری اصلی نظریه دلبستگی، بازشناسی این امر بود که تمایل کودک به مجاورت با مادر، بیش از آن که یک رفتار آموخته شده برای ارضاء سائق‌های زیستی دیگر مانند گرسنگی باشد، خود یک سائق زیستی است که در سلسله مراتب تکامل انتخاب

شده است. طبق نظریه بالبی (۱۹۶۹) افراد تجربه‌های اولیه خود با مراقبین را درون سازی کرده، روان سازه‌های (Schema) شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهند. این روان سازه‌ها 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. مدل منفی از خود با این حس که فرد ارزش مراقبت را ندارد و با اضطراب در روابط بین شخصی (Interpersonal) مرتبط است، در حالی که مدل منفی از دیگری با عدم اعتماد به دیگران و با اجتناب عمومی در روابط، مشخص می‌شود. این روان سازه‌های شناختی یا مدل‌های درونکاری (Internal working model) بر تعامل فرد با دیگران و تعبیر و تفسیر وی از آنها در طول زندگی تأثیر دارد (سیچانووسکی، والکر، کاتون و راسو، ۲۰۰۲؛ پیکرینگ، سیپسون و بنتال، ۲۰۰۸).

بالبی (۱۹۶۹، ۱۹۷۳؛ نقل از بتمن و جاسپرسون، ۲۰۰۸) معتقد است که در زمان استرس، افراد بر روابط دلبستگی خود با حفظ مجاورت با فردی که به مدیریت درماندگی کمک می‌کند و احساس آرامش به وجود می‌آورد، تکیه می‌کنند. وی خاطر نشان کرد که در زمان تهدید یا فقدان سیستم دلبستگی فعال می‌شود. به عبارت دیگر بیماری به مثابه فقدان، تهدید، انزوا و وابستگی، رفتار دلبستگی را فعال می‌کند. بیماران بزرگسال نیز سبک‌های دلبستگی خود را در روابط درمانی نشان می‌دهند. بارتولومئو معتقد است که تفاوت‌های فردی در سبک‌های دلبستگی، در روابط بین شخصی از جمله رابطه بیمار-مراقب کاربرد دارد. بنابراین نظریه دلبستگی مدل مفیدی برای شناخت ادراک علائم، استفاده از مراقبت پزشکی و تعامل با مراقبان در اختیار قرار می‌دهد (بتمن و جاسپرسون، ۲۰۰۸).

تحقیقات اخیر در زمینه دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در بیماری‌های طبّی معطوف شده‌اند. نظریه دلبستگی، بر حسب مفروضه‌های بنیادین خود، توان یکپارچه سازی متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی تحول، سلامت و بیماری را به منظور تبیین سازگاری با بیماری جسمی دارد (سیچانووسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

سازگاری (Adjustment) با بیماری فرایند حفظ نگرش مثبت نسبت به خود و جهان علی‌رغم مشکلات جسمی است (شارپ و کوران، ۲۰۰۶). در ادبیات پژوهشی سازگاری با بیماری‌های مزمن از جمله دیابت بر حسب شاخص‌های مختلف اندازه گیری شده است. یکی از این شاخصها تبعیت (Adherence) از درمان است که در افراد مبتلا به بیماری مزمن با نیمرخ روانشناختی متمایزی مرتبط است (استانتون، ریونسون و تنن، ۲۰۰۶؛ شربورن؛

۱۹۹۷، نقل از سارافینو، ۲۰۰۶؛ ویاتر- رپالوست، ۲۰۰۴). هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1C}) به عنوان معتبرترین شاخص متابولیک بیماری دیابت مطرح است و تقریباً در اکثر تحقیقات در حوزه این بیماری، برای تعیین میزان تأثیر یک روش درمانی خاص و یا به عنوان مشخص کننده میزان سازگاری با بیماری اندازه گیری شده است (پورشریفی، ۱۳۸۷؛ سیچانوسکی و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۶؛ بردبنت، پتیه، ماین و وینمن، ۲۰۰۶). بنابراین در پژوهش حاضر تبعیت از درمان و هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1C}) به عنوان شاخص‌های سازگاری در نظر گرفته شده‌اند.

بنابراین سازگاری با بیماری دیابت 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 درون شخصی و بین شخصی و تأثیر آن در شکل دهی ادراک فرد از بیماری حائز اهمیت است. در این راستا هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش سبکهای دلبستگی در سازگاری با بیماری دیابت بوده است. بر اساس این هدف کلی، فرضیه‌های زیر مورد آزمون قرار گرفتند: ۱. بین سبکهای دلبستگی، تبعیت از درمان و هموگلوبین گلیکوزیله رابطه معنادار وجود دارد. ۲. سبکهای دلبستگی تبعیت از درمان را تبیین می‌کنند. ۳. سبکهای دلبستگی هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین می‌کنند.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری شامل دختران و پسران مجرد سنین ۱۸ تا ۳۰ سال مبتلا به دیابت و عضو انجمن دیابت ایران بود. آزمودنیها متشکل از افرادی بودند که حائز معیارهای ورود به پژوهش زیر بودند: 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. همچنین افرادی که معیارهای زیر در مورد آنها صادق بودند از پژوهش حذف شدند: وجود سابقه بیماری جسمی دیگر به جز بیماری‌های مربوط به عوارض دیابت و وجود عقب ماندگی ذهنی و یا تشخیص اختلالات روانشناختی دیگر قبل از تشخیص بیماری دیابت. با توجه به معیارهای مذکور ۳۰۰ نفر از اعضای انجمن (۱۷۲ دختر و ۱۲۸ پسر) به روش تصادفی انتخاب شدند. ابتدا فهرست

اسامی کلیه افرادی که در دامنه سنی مذکور و مجرد 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 سنی و انحراف استاندارد آن به ترتیب در دختران و پسران ۲۱/۹۳ و ۳/۹۷، ۲۲/۸۸ و ۳/۰۲ بود.

ابزار سنجش

مقیاس دلبستگی بزرگسال، که با استفاده از مواد آزمون دلبستگی هازن و شیور (Hazan, C., & Shaver, P. R.) (۱۹۸۷) ساخته و در مورد دانشجویان دانشگاه تهران اعتباریابی شده است (بشارت، ۱۳۸۴)، 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 (۱۴۸۰؛ $n = ۸۶۰$ 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 همسانی درونی (Internal consistency) خوب مقیاس دلبستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنیها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی (Test-retest reliability) در مورد سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنیها به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۴، ۰/۸۴ برای دانشجویان دختر ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۸۵ و برای دانشجویان پسر ۰/۸۳ و ۰/۸۳ محاسبه شد. ضرایب توافق کندال بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی برای بررسی روایی محتوایی (Content validity) برای سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. بررسی روایی همزمان (Concurrent validity) مقیاس دلبستگی بزرگسال در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنیها نشان داد که بین نمره آزمودنیها در سبک دلبستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی همبستگی منفی معنی دار (از $r = -0/۶۱$ تا $r = -0/۸۳$) و با زیر مقیاس‌های عزت نفس همبستگی مثبت معنی دار (از $r = 0/۳۹$ تا $r = 0/۴۱$) وجود دارد. بین نمره آزمودنیها در سبک‌های دلبستگی ناایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخصی

همبستگی مثبت معنی دار (از $r=0/26$ تا $r=0/45$) و با زیر مقیاس‌های عزت نفس همبستگی منفی و اما غیر معنی دار به دست آمد (بشارت، ۱۳۸۴).

همچنین ضریب آلفای کرونباخ در نمونه مورد بررسی پژوهش حاضر نیز محاسبه شد که برای سه زیر مقیاس دل بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب عبارتند از: ۰/۹۳، ۰/۹۴ و ۰/۹۴ که نشان دهنده پایایی مناسب مقیاس در نمونه بیماران مبتلا به دیابت است.

مقیاس تبعیت از درمان: جهت بررسی تبعیت از درمان از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۶ سوال استفاده شد که بیانگر گزارش بیمار از میزان تبعیت از درمان و عادات خود در زمینه نحوه اندازه گیری میزان قند خون و دفعات آن در روز، تغذیه، ورزش، هماهنگی بین واحد غذایی مصرفی و انسولین تزریق شده و غیره است.

هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}): هموگلوبین گلیکوزیله میانگین سه ماهه قند خون را نشان می‌دهد و اصلی ترین و قابل استنادترین شاخص متابولیک در بیماری دیابت است. HbA_{1c} از طریق آزمایش خون مشخص می‌شود. طبق یکی از استانداردهای بین المللی هموگلوبین گلیکوزیله (HbA_{1c}) دارای دامنه نرمال ۳/۹-۶/۳ است، ۶/۴-۷/۴ کنترل خوب، ۷/۵-۸/۵ تحت کنترل و ۸/۵ به بالا عدم کنترل را نشان می‌دهد. البته در ایران هنوز استفاده از استاندارد واحدی عمومیت نیافته و آزمایشگاه‌های مختلف دامنه نرمال متفاوتی را گزارش می‌کنند. بنابراین جهت تبدیل نتایج آزمایش‌ها به نمراتی با دامنه نرمال واحد و استاندارد، دامنه نرمال ۳/۹ تا ۶/۳ که یکی از استانداردهای بین المللی است، به عنوان مرجع انتخاب شد و نتایج آزمایش‌هایی که متفاوت از این استاندارد بودند، بر این اساس معادل سازی گردیدند. به این ترتیب تمامی نتایج آزمایشات HbA_{1c} تبدیل به نمراتی با دامنه نرمال واحد و قابل مقایسه گردیدند.

یافته‌ها

برای آزمون فرضیه اول از روش همبستگی استفاده شد. جدول ۱ همبستگی و مشخصه‌های آماری نمره‌های سبکهای دل بستگی، تبعیت از درمان و هموگلوبین گلیکوزیله بیماران مبتلا به دیابت نوع I نشان می‌دهد.

جدول ۱. همبستگی بین متغیرها، میانگین و انحراف استاندارد

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. دل‌بستگی ایمن	۱	۲	۳		
۲. دل‌بستگی اجتنابی	۰/۸۲۴**	۱			
۳. دل‌بستگی دوسوگرا	-۰/۸۱۹**	۰/۸۰۶**	۱		
۴. تبعیت از درمان	۰/۲۵۱**	-۰/۲۴۱**	-۰/۲۷۰**	۱	
۵. هموگلوبین گلیکوزیله	-۰/۶۹۳**	۰/۶۲۵**	۰/۶۶۷**	۰/۱۶۹**	۱
میانگین	۱۵/۳۴	۱۲/۷۰	۱۳/۳۹	۵/۸۸	۷/۵۲
انحراف استاندارد	۶/۷۷	۶/۰۰	۶/۷۰	۱/۸۵	۲/۶۴

P < 0/05* P < 0/01 **

بر اساس نتایج جدول ۱ سبک دل‌بستگی ایمن با تبعیت از درمان رابطه مثبت معنادار و با هموگلوبین گلیکوزیله رابطه منفی معنادار دارد. سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا با تبعیت از درمان رابطه منفی معنادار و با هموگلوبین گلیکوزیله رابطه مثبت معنادار دارند. بنابراین تمامی متغیرها دارای همبستگی معنادار با هم هستند و جهت همبستگی‌ها نیز در جهت پیش بینی شده است، برای آزمون فرضیه دوم سه سبک دل‌بستگی به عنوان متغیرهای پیش بین و تبعیت از درمان به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبک‌های دل‌بستگی بر تبعیت از درمان

مراحل متغیر	R	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معناداری
گام اول دل‌بستگی ایمن	۰/۷۸۱	۰/۶۱۹	-۱/۵۵۴	۰/۰۷۲	-۰/۷۸۱	-۲۱/۵۸۶	۰/۰۰۰
گام دوم دل‌بستگی دوسوگرا	۰/۸۰۶	۰/۶۴۹	۰/۷۵۴	۰/۱۳۱	۰/۳۷۲	۵/۷۵۶	۰/۰۰۰
گام سوم دل‌بستگی اجتنابی	۰/۸۰۹	۰/۶۵۵	۰/۳۴۸	۰/۱۵۸	۰/۱۵۶	۲/۲۰۷	۰/۰۲۸

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش بینی تبعیت از درمان از طریق سبک‌های دل‌بستگی نشان داد که در مدل اول سبک دل‌بستگی ایمن ۴۸٪ واریانس کیفیت زندگی را تبیین می‌کند. در مدل دوم، سبک دل‌بستگی دوسوگرا وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر R² به حدود ۵۰٪ شد.

جدول ۳ خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبکهای دل بستگی بر هموگلوبین گلیکوزیله

مراحل متغیر	R	R ²	B	خطای استاندارد	β	t	سطح معناداری
گام اول دل بستگی ایمن	۰/۷۸۱	۰/۶۱۹	-۱/۵۵۴	۰/۰۷۲	-۰/۷۸۱	-۲۱/۵۸۶	۰/۰۰۰
گام دوم دل بستگی دوسوگرا	۰/۸۰۶	۰/۶۴۹	۰/۷۵۴	۰/۱۳۱	۰/۳۷۲	۵/۷۵۶	۰/۰۰۰
گام سوم دل بستگی اجتنابی	۰/۸۰۹	۰/۶۵۵	۰/۳۴۸	۰/۱۵۸	۰/۱۵۶	۲/۲۰۷	۰/۰۲۸

نتایج تحلیل رگرسیون در پیش بینی هموگلوبین گلیکوزیله از طریق سبکهای دل بستگی نشان می‌دهند که در مدل اول سبک دل بستگی ایمن واریانس معناداری (۰/۶۱) ($R^2=0/61$) از هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین می‌کند. در مدل دوم، سبک دل بستگی دوسوگرا وارد معادله رگرسیون شد و باعث تغییر R^2 به ۰/۶۴ شد. در مدل سوم سبک دل بستگی اجتنابی وارد معادله شد. مقایسه R^2 در مدل‌های دوم و سوم نشان می‌دهد که ورود متغیر جدید R^2 را به ۰/۶۵ افزایش داد. در مجموع سه سبک دل بستگی ۰/۶۵ واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین می‌کنند.

بحث و تفسیر

نتایج همبستگی بین متغیرها نشان داد که بین سبک دل بستگی ایمن با تبعیت از درمان رابطه مثبت معنادار و با هموگلوبین گلیکوزیله رابطه منفی معنادار دارد. سبکهای دل بستگی اجتنابی و دوسوگرا با تبعیت از درمان رابطه منفی معنادار و با هموگلوبین گلیکوزیله رابطه مثبت معنادار دارند. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام نشان داد که سبکهای دل بستگی ایمن و دوسوگرا به ترتیب ۰/۴۸٪ و ۰/۲٪ از واریانس تبعیت از درمان را تبیین کردند. همچنین سه سبک دل بستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی نیز به ترتیب ۰/۶۰٪، ۰/۳٪ و ۰/۲۵٪ از واریانس هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین می‌کنند. یافته‌های این پژوهش در راستای نتایج مطالعات آیترسام، ویلگن، هیلبردینک و گروتر (۲۰۰۹)؛ بارتلی، هد و استانسفلد (۲۰۰۷)، سیچانوسکی و کاتون (۲۰۰۶)، سیچانوسکی، کاتون و روسو (۲۰۰۵)، شارپ و کوران (۲۰۰۶)، مائوندر و هیونتر (۲۰۰۱)، وتره و مایرز (۲۰۰۲)، مائوندر، لانس، نولان، هیونتر و تانبائوم، (۲۰۰۶)، استافورد، برک و جکسون (۲۰۰۹) و کوف، وایت، اسمیت، مک گیلووی، اوداود و گیبنی (۲۰۰۷) هستند. به طور کلی یافته‌های مذکور به شرح زیر قابل تبیین هستند:

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند ایمنی دلبستگی در بین افرادی که با بیماری مزمن و یا بیماری تهدید کننده زندگی مواجهند، نقش مهمی را در پاسخ به درمان و سازگاری عاطفی مثبت بازی می‌کند. در افراد ایمن انتظارات مثبت از خود و دیگری شامل دسترس پذیری 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. دریافت حمایت از طرف خانواده و دوستان در کاهش استرس ناشی از الزامات بیماری موثر است. همچنین این توان بالقوه در چهارچوب رابطه پزشک و بیمار، باعث دریافت حمایت و اطلاعات کافی در زمینه بیماری و نحوه کنترل آن می‌شود (دیتزن، اشمیت، استراس، ناتر، اهلرت و هینریچز، ۲۰۰۸) که تبعیت از درمان و کنترل متابولیک را به دنبال دارد.

حس ایمنی دلبستگی در وسعت دادن به دیدگاهها و ظرفیتها و مهارتها نیز نقش دارد. افراد دلبسته ایمن، با اطمینان از این که حمایت در دسترس است و با دسترسی سریع به ایمنی در مواجهه با استرس ناشی از بیماری، امکان بیشتری برای رشد استقلال، توسعه فردیت و تعمیق مهارتها و اتکا به خود دارند. این تواناییها در قالب سازگاری با بیماری دیابت می‌تواند به صورت خود مدیریتی، تبعیت از درمان و کاهش شاخص‌های متابولیک جلوه گر شود.

افراد دوسوگرا دارای مدل منفی خود و مدل مثبت دیگری هستند. بنابراین دارای اعتماد به نفس و خود ارزشمندی پایین توأم با حس اعتماد به دیگران هستند. این افراد برای روابط نزدیک با دیگران ارزش زیادی قائلند، دارای عواطف منفی بوده و تکانشی و وابسته هستند (بارتولومئو و هرویتز، ۱۹۹۱). احتمال بیشتری دارد که افراد با مدل خود منفی علائم جسمی بیشتری را به عنوان پی آمد تمایل به تمرکز بر عاطفه منفی گزارش کنند. همچنین با توجه به مدل خود منفی میزان برآورد آنها از توانایی خود در کنترل بیماری پایین است. 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 تنظیم گره‌های بیرونی می‌شوند (میکولینسر، شاور و پرگ، ۲۰۰۳). برخی راهبردهای رفتاری که برای تنظیم عواطف منفی به کار می‌روند از جمله مصرف سیگار، الکل، استفاده از داروهای روانگردان، کم خوری و پرخوری عوامل خطر برای بیماری هستند (شور و شور، ۲۰۰۸).

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 موثر بودن حمایت اجتماعی اعتماد نداشته، اما با نظر مثبت نسبت به خود، بر استقلال تاکید 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 ادراک منفی نسبت به دیگران و ناتوانی در برقراری ارتباط موثر از حمایت اجتماعی لازم برخوردار نیستند و کمتر احتمال دارد به دنبال جستجوی مراقبت پزشکی باشند. بنابراین قادر به برقراری ارتباط درمانی موثر و پایدار نبوده و به دلیل سبک ارتباطی اجتنابی خود از دریافت اطلاعات مربوط به نحوه کنترل بیماری و... محروم می‌شوند.

افراد مبتلا به دیابت که دارای سبک دلبستگی اجتنابی هستند، در مقایسه با افراد ایمن، به طور معناداری سطوح HbA_{1c} بالاتری دارند. احتمال دارد که افزایش گلوکوکورتیکوئیدها در افراد اجتناب گر با مقاومت انسولین مرتبط باشد (مائوندر و همکاران، ۲۰۰۶). سرکوب عواطف و واکنشهای ناسازگارانه در طول بحران سلامت، منجر به ناتوانی در اندازه گیری مستقلانه قند خون و پاسخ سازگارانه به انسولین و رژیم غذایی و ناتوانی در استفاده از منابع حمایتی می‌شود. این مساله به همراه پاسخ فیزیولوژیک طولانی مدت به استرس به افزایش شاخص‌های متابولیک و عدم تبعیت از درمان منتهی می‌شود.

در این پژوهش به عوامل دیگر که دغدغه‌های اصلی جوانان هستند از جمله اشتغال، ازدواج و نگرش جامعه نسبت به بیماری پرداخته نشده است. همچنین مقطعی بودن طرح مانع از نتیجه گیری در مورد روابط علی است. نتایج این پژوهش در توسعه مداخلات روانشناختی از طریق در نظر گرفتن فرایندهایی که سازگاری بهتری را پیش بینی می‌کنند راه گشا خواهد بود. پیشینه تجربی در مورد بیماریهای مزمن می‌تواند در تعیین راهکارهای درمانی موثر، برقراری ارتباط درمانی کارآمد و استفاده از حمایت اجتماعی در درمان مفید باشد.

الف - به فارسی

۱. اندریولی، توماس ای؛ گریکز، روبرت سی؛ کارپنتر، چارلز سی جی؛ لوسکالزو، جوزف (۱۳۸۴). مبانی طب داخلی سیسیل. گروه مترجمین انتشارات تیمور زاده، مترجم. نشر طبیب. تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۴.
۲. بشارت، محمد علی (۱۳۸۴). *هنجار یابی مقیاس دلبستگی بزرگسال*. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
۳. پورشرفی، حمید (۱۳۸۷). *تأثیر مصاحبه انگیزشی بر شاخص های سلامت در افراد مبتلا به دیابت نوع II*. رساله دکتری، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
۴. عبدلی، سامره؛ اشک تراب، طاهره؛ احمدی، فضل الله؛ پرویزی، سرور (۱۳۸۷). موانع و تسهیل کننده های توانمندی در افراد مبتلا به دیابت. *مجله غدد درون ریز و متابولیسم ایران*، ۱۰ (۵)، ۴۵۵-۴۶۴.

ب) به انگلیسی

1. Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.
2. 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.
3. Bettman, E. J., & Jasperson, R. A. (2008). Adults in wilderness treatment: A unique application of attachment theory and research. *Clinical Social Work Journal*, 36, 51-61.
4. Boardent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The brief illness perception questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
5. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
6. Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B., & Katon, W. J. (2002). Interpersonal predictors of HbA_{1c} in patients with type I diabetes. *Diabetes Care*, 25 (4), 731-736.
7. 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.
8. 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.
9. 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.

10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
14. 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.
15. Keogh, K. M., White, P., Smith, S. M., Mc Gilloway, S., O'Dowd, T., & Gibney, J. (2007). Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type II diabetes, a randomized controlled trail of a family- based intervention: protocol and pilot study. *BMC Family Practice, 1-10*. www.Biomedcentral.Com/1471-2296/8/36.
16. Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2001). Attachment and psychosomatic medicine: Developmental contributions to stress and disease. *Psychosomatic Medicine, 63*, 556-567.
17. 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* (2), 77-101.
18. Misra, R., & Lager, J. (2008). Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and It's Complications, 22*, 217-223.
19. Pickering, L., Simpson, J., & Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Differences, 44*, 1212-1224.
20. Sarafino, E. P. (2006). *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions, 5th Ed.* John Wiley & Sons, INC.
21. Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment to illness. *Social Science and Medicine, 62*, 1153-1166.
22. 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.
23. 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.

24. Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2006). Health psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 13.1-13.28.
25. 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.
26. Viater-Repalust, N. (2004). Obstacles which patients with type II diabetes meet which adhering to the therapeutic regimen in every day life. *Croatian Medical Journal*, 45 (5), 157-16.