بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی باخودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

نویسندگان: احمد ایزدی طامه[1]، شهناز نعمتی دهکردی[2*]، مریم نعمتی دهکردی[3]

۱-استادیار دانشگاه امام حسین (ع)

۲- دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

۳-استادیار دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد

*نویسنده مسئول: شهناز نعمتی دهکردی- پست الکترونیکی: Nematyde@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی ازعوامل تنش‌زای عمده و واقعی در زندگی است و کنترل آن متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است. لذا نگرش به این بیماری مزمن بر اساس مدل زیستی روان-اجتماعی، تلفیق ابعاد اجتماعی و روانشناختی آنرا ایجاب می‌کند. این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی با خودکارآمدی و خود مراقبتی دربیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی- تحلیلی برروی ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو عضو انجمن دیابت شهرکرد که به روش نمونه‌گیری تصادفی وارد مطالعه شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، مقیاس دلبستگی بزرگسالان، مقیاس خودکارآمدی دیابت CIDS و خودمراقبتی بیماران دیابتی گلاسکو و توبرت بود. داده‌ها با استفاده ازنرم‌افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین سبک‌های مختلف دلبستگی (ایمن، اجتنابی ودوسوگرا) با میزان خودکارآمدی و خودمراقبتی دیابت در سطح معنی‌داری ($p = ۰/۰۱$)همبستگی وجود دارد. همچنین پیش‌بینی متغیرهای خودکارآمدی و خودمراقبتی دیابت از سوی سبک‌های دلبستگی در سطح ($p=۰/۰۵$) و ($p = ۰/۰۰۱$) معنادار بود.

بحث و نتیجه‌گیری: سبک‌های دلبستگی متاثر از الگوهای فعال درونی و ساختار خاطراتی است که در روابط درون-سازی شده است. بیماری به مثابه فقدان، تهدید، انزوا و وابستگی، رفتار دلبستگی را فعال می‌کند لذا بررسی سبک‌های دلبستگی بیماران در روابط درمانی ضروری است زیرا به نظر می‌رسد یکی ازمهمترین عوامل مؤثر در ارتباطات درمانی، نوع سبک دلبستگی است که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و در سنین بعدی ادامه می‌یابد.

واژه های کلیدی: سبک‌های دلبستگی، خودکارآمدی، خودمراقبتی، دیابت

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

مقدمه

دیابت نوع دو یک بیماری، با شیوع روبه افزایش و یکی از شایعترین اختلالات اندوکرینی در سراسر جهان است. تعداد مبتلایان به دیابت جهان در سال ۲۰۱۰ حدود ۶/۴ درصد (۲۸۵ میلیون نفر) بوده و پیش‌بینی می‌شود در سال ۲۰۳۰ به حدود ۷/۷ درصد (۴۳۹میلیون نفر) برسد (۱). اکثر این موارد جدید درکشورهای در حال توسعه خواهند بود. به نظر می‌رسد که تا سال۲۰۲۰ میلادی بیشترین افزایش درشیوع دیابت در خاورمیانه باشد (۲و۳). در حال حاضر نیز شیوع دیابت نوع دو در منطقه خاورمیانه بالاست و این میزان درایران ۷/۷٪ گزارش شده است (۴). الگوی کلی شیوع دیابت درجهان نشانگراین مطلب است که کشورهای درحال توسعه ونیز گروههای پایین فرهنگی اجتماعی در جوامع توسعه یافته نیز گرفتار میزان بالایی از این بیماری شده‌اند (۵). بر این اساس دیابت یکی از بزرگترین مشکلات و نگرانی‌های بهداشتی کشورهاست. به طوری که سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش یاد می‌کند (۶). افزایش شیوع دیابت و نیز سبب‌شناسی پیچیده و مکانیسمهای سازش با آن، مستلزم تغییر در مفاهیم مرتبط با مدیریت دیابت و برنامه‌های درمانی است که تاکنون مدنظر بوده‌اند. این تغییر باید از متغیرهای جسمی به عوامل روانی-اجتماعی که ممکن است بر مدیریت بیماری و پیآمدهای آن تاثیرگذار باشند، صورت گیرد (۷). لذا نگرش به این بیماری مزمن براساس مدل زیستی روان‌اجتماعی، تلفیق ابعاد اجتماعی وروانشناختی آنرا ایجاب می‌کند (۸).

مسئله‌ای که در این زمینه باید مورد توجه قرارگیرد این است که دست‌یابی به سلامتی دربیماری مزمن به وسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار (بعدفیزیولوژی وابعاد روانشناختی درک از خود، ایفای نقش، استقلال و وابستگی)، امکان‌پذیر است (۹). مطابق نظریه بالبی، انسان با یک سیستم روانی-زیستی به نام سیستم رفتار دلبستگی متولد می‌شود. این سیستم، ارزش انطباقی داشته و فرد را به حفظ نزدیکی و همجواری با افراد مهم زندگی یا تصاویر دلبستگی کسانی که کودک می‌تواند در موقعیت‌های تهدیدآمیز نزدیک آنها بماند سوق می‌دهد تا شانس او برای سازش یافتگی و بقا افزایش یابد. هدف این سیستم در کودک، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت شدگی واقعی یا ادراک شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دلبستگی است (۱۰). سبک دلبستگی یکی از مهمترین عوامل مؤثر در تعاملات بین فردی است که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و با توجه به محیطی که در آن تحول یافته است، در سنین بعدی ادامه می‌یابد. عملکرد مطلوب سیستم دلبستگی و به تبع آن کیفیت دلبستگی وابسته به کیفیت تعامل میان کودک و تصاویر دلبستگی است که حاصل درونسازی انتظارات کودک از نحوه تعامل خود با تصویر دلبستگی و اتفاقاتی پیرامونش است که به تدریج در قالب یک سری بازنمایی ذهنی که بالبی به آنها الگوهای فعال درونی می‌گوید درونسازی می‌شوند (۱۱). به نظر بالبی این بازنمایی‌های ذهنی به شکل الگوهای فعال دیگران و بازنمایی‌های ذهنی از خودکارآمدی و خود ارزشمندی در حافظه ذخیره می‌شود (۱۰).

خودکارآمدی به باورهای شخص در ارتباط با توانایی انجام امور دلالت دارد و از منابع مختلف از جمله موفقیت و شکستهای

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

فرد، مشاهده‌ی موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد. اشخاصی که دارای خودکارآمدی بالاتری هستند، موفقیت بیشتر و ترس کمتری را تجربه می‌کنند (۱۲). احساس خودکارآمدی درخودمدیریتی وپایبندی به رفتارهای خودمراقبتی وکنترل بهتر دیابت نوع دو نقش مهمی ایفا می کند (۱۳).

خودکارآمدی به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط با سلامت و دیگر تعیین کننده‌های شناختی اثر می‌گذارد (۱۴) و یکی از غنی‌ترین منابع درون فردی است که فرد را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد. بر این اساس به نظر می‌رسد افراد با خودکارآمدی بالاتر بیشتر به رفتارهای خودمدیریتی و خود مراقبتی اقدام می‌کنند و در زمان استرس بر روابط دلبستگی خود و با حفظ مجاورت با فردی که به مدیریت درماندگی کمک می‌کند و احساس آرامش به وجود می‌آورد، تکیه می کنند (۱۵). بنابراین از آن جا که دیابت یکی از عوامل تنش‌زای عمده و واقعی در زندگی است و کنترل آن متأثر از شبکه پیچیده‌ای از عوامل رفتاری، نگرش و مراقبت‌های سلامتی است و انطباق و مقابله روان‌شناختی، هیجانی، جسمانی قابل ملاحظه‌ای را می‌طلبد، این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سبک‌های دلبستگی با خودکارآمدی و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد وروشها

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی (مقطعی) است که جهت انجام آن، تعداد ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو شامل ۱۰۳زن و۹۷ مرد عضو انجمن دیابت شهرکرد به روش نمونه گیری تصادفی وارد مطالعه شدند. معیار ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل سه ماه از محرز شدن تشخیص دیابت، تحت درمان‌دارویی بودن (قرص یا انسولین) بیمار دیابتی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و رضایت برای شرکت در پژوهش بود. پرسشنامه‌ای با سؤالاتی که سازه‌های خودکارآمدی درک شده و رفتارهای خودمراقبتی را ارزیابی می‌نمود و پرسشنامه سبک‌های دلبستگی به انضمام متغیرهای فردی سن، جنس، سطح تحصیلات، شغل و مدت زمان ابتلا به دیابت بود توسط بیماران تکمیل گردید.

پرسشنامه خودکارآمدی دیابت :

پرسشنامه خودکارآمدی دیابت (CIDS) یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی ۲۱ آیتمی است که خودکارآمدی افراد را برای انجام وظایف خودمراقبتی در بیماران دیابتی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. آیتم‌ها همه مقوله‌های خودمراقبتی را از جمله پیگیری دستورات غذایی، ورزش، مراقبت از پا، انسولین درمانی یا مصرف دارو ، خودپایشی و خودتنظیمی قندخون، تعیین و درمان سطح قندخون پایین و بالا و مهارتهای اجتماعی مثل تقاضای کمک از دوستان، را دربر می‌گیرد. اعتبار محتوی آیتم های این پرسشنامه در ابتدا توسط سه محقق روانشناسی حوزه دیابت تعیین و با اندکی تغییر در جواب‌ها، این مقیاس برای بیماران ایرانی مبتلا به دیابت نوع دو نیز قابل استفاده گردیده است. جوابها به صورت اصلاً (نمره ۱) تا خیلی زیاد (نمره۵) تغییر یافته است. براین اساس نمره قابل کسب در این سازه (۱۰۵-۲۱) بود. واندروان و همکاران، مقیاس خودکارآمدی دیابت (CIDS) را در مطالعه‌ای که برروی جمعیت دیابتی نوع یک درهلند و آمریکا انجام دادند، معرفی کردند (۱۶).

پرسشنامه خودمراقبتی دیابت

سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده ازمقیاس خودمراقبتی دیابت گلاسکو وتوبرت فراهم گردید (۱۷) این سؤالات به افراد

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیتهای خودمراقبتی مربوط به دیابت‌شان را در هفت روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، ورزش، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قندخون، مراقبت از پاها و رفتارهای سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشد. دراین مقیاس به هررفتار نمره از ۱تا۸ داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی ازطریق جمع کردن نمرههای هر سؤال به دست می‌آید. این مقیاس دارای ۱۵ سؤال و نمره قابل کسب بین۱۲۰-۱۵ بود .

روایی و پایایی پرسشنامه‌های خودکارآمدی درک شده ورفتارهای خودمراقبتی در مطالعه‌ی دکترمحمدعلی‌مروتی شریف آباد دریزد، تأیید شده بود (۱۸).

پرسشنامه بازنگری شده مقیاس دلبستگی بزرگسال کولینز و رید (۱۹۹۰):

این پرسشنامه شامل خود ـ ارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود ـ توصیفی شیوه شکل‌دهی به دلبستگی‌های نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده است که توسط علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت برای هر ماده (۱= اصلاً ویژگی من نیست تا ۵= کاملاً ویژگی من است) سنجیده می‌شود. نتایج تحلیل عوامل جهت بررسی روایی این آزمون نشان داد که این آزمون از سه خرده مقیاس (دلبستگی‌ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) برخوردار می‌باشد. کولینز و رید میزان آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس‌های ایمن، اجتنابی واضطرابی به ترتیب۸۱٪، ۷۸٪ و ۸۵٪ گزارش نمودند. پاکدامن (۱۳۸۲) پایایی آزمون-باز آزمون این مقیاس را ۹۵٪ گزارش نموده است (۱۹). داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم‌افزار spss و آزمون‌های آماری توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه وتحلیل قرارگرفت.

یافته ها

از تعداد ۲۰۰ نفر بیمار وارد شده به مطالعه، ۷نفر به پرسشنامه‌ها پاسخ کامل نداده و یا آن‌ها را بازنگرداندند و بنابراین تعداد ۱۹۳ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو وارد مطالعه شدند که ۹۸ نفر (۵۰/۷۷٪) آن‌ها زن و ۹۵ (۴۹/۳٪) نفر مرد بودند. محدوده سنی آن‌ها بین ۶۵-۲۲ سال با میانگین سنی ۱۲/۶±۴۳/۸ بود. از نظر وضعیت اشتغال ۵۷ نفر (۲۹/۵۳٪) کارمند و۵۴ نفر (۲۷/۹۸٪) شغل آزاد و ۲۱ نفر (۱۰/۸۸٪) بیکار و بقیه خانه‌دار بودند. مدت زمان تشخیص دیابت بین ۳۰-۱ سال، با میانگین ۶/۳±۸۲/ ۹ سال بود.

جهت بررسی ارتباط متغیرها از ماتریس همبستگی و تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام استفاده شده است. درجدول شماره۱ ماتریس همبستگی و در جداول شماره ۲و۳ تحلیل رگرسیون به روش گام‌به‌گام ارائه خواهد شد.

جدول شماره ۱: همبستگی بین متغیرهای پژوهش، میانگین و انحراف معیار

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱ خود مراقبتی	۱				
۲ خودکارآمدی	۵/۳	۱			
۳ سبک دلبستگی ایمن	۵/۲۵	۵/۱۸	۱		
۴ سبک دلبستگی اجتنابی	۵-/۲۲	۵-/۳۶	۵-/۳۵	۱	
۵ سبک دلبستگی دوسوگرا	۵-/۱۵	-/۳۱	۵-/۲۶	۵/۲۴	۱
میانگین	۵۹/۷۹	۶۷/۸۸	۲۵/۸۰	۲۰/۲۸	۲۷۰۳
انحراف معیار	۶/۵۶	۶/۲۲	۲/۸۴	۲/۵۰	۵/۸۵

جدول شماره۱ میزان همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود بین سبک‌های مختلف دلبستگی (ایمن، اجتنابی ودوسوگرا) بامیزان خودکارآمدی و خود مراقبتی دیابت در سطح معنی‌داری$p<0/01$ ارتباط

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

وجود دارد. ازمیان سبک‌های دلبستگی، بین دلبستگی ایمن با خودکارآمدی و خودمدیریتی رابطه مثبت و در دو سبک دلبستگی دیگر (اجتنابی و دوسوگرا) رابطه منفی وجود دارد. در پژوهش حاضر برای به دست آوردن میزان و توان پیش‌بینی متغیر سبک دلبستگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در پیش بینی خودکارآمدی و خودمراقبتی دیابت از رگرسیون به روش گام‌به‌گام استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره۲و۳ ارائه می‌شود.

جدول شماره ۲: خلاصه رگرسیون گام‌به‌گام برای پیش‌بینی وضعیت خود مراقبتی دیابت بر اساس سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی، دوسوگرا

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R2	F	B	β	t	P
۱	دلبستگی ایمن	۰/۳۵	۰/۱۳	۲۸/۰۵	۷/۵۷	۰/۳۶	۵/۳۰	۰/۰۰۱
۲	دلبستگی اجتنابی	۰/۳۹	۰/۱۹	۲۳/۶۷	-۷/۹۰	-۰/۲۸	-۴/۰۷	۰/۰۰۱
۳	دلبستگی دوسوگرا	۰/۲۶	۰/۲۱	۱۸/۵۸	-۰/۹۵	-۰/۱۸	-۲/۹۷	۰/۰۰۱

جدول شماره ۳: خلاصه رگرسیون گام به گام برای پیش بینی وضعیت خود کارآمدی دیابت بر اساس سبک های دلبستگی ایمن، اجتنابی، دوسوگرا

مدل	متغیر پیش‌بین	R	R2	F	B	β	t	P
۱	دلبستگی ایمن	۰/۲۶	۰/۰۵	۹/۰۷	۱/۳۸	۰/۱۵	۲/۰۱	۰/۰۴۵
۲	دلبستگی اجتنابی	۰/۲۲	۰/۰۷	۶/۶۴	-۱/۲۶	-۰/۲۲	-۳/۰۱	۰/۰۰۲
۳	دلبستگی دوسوگرا	۰/۱۷	۰/۰۹	۵/۱۳	-۰/۹	-۰/۸۸	-۲/۲۷	۰/۰۲۰

نتایج تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام درپیش‌بینی وضعیت خود کارآمدی و خودمراقبتی در بیماری دیابت نوع ۲ ازطریق سبک‌های دلبستگی در جداول شماره ۲ و۳ نشان داد که سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا تغییرات خودکارآمدی و خودمراقبتی را به طور معناداری پیش‌بینی می کنند به طوری که در ارتباط با خودکارآمدی سهم سبک دلبستگی ایمن ۵درصد، دلبستگی اجتنابی ۲درصد و دلبستگی دوسوگرا نیز ۲درصد است و در ارتباط با خودمراقبتی سهم سبک دلبستگی ایمن ۱۳درصد، دلبستگی اجتنابی ۶درصد و دلبستگی دوسوگرا ۲درصد است و در مجموع این متغیرها ۹درصد از میزان تغییرات خودکارآمدی و ۲۱درصد از میزان تغییرات متغیر خودمراقبتی دیابت را پیش‌بینی می‌کنند. همچنین پیش‌بینی خودکارآمدی و خودمراقبتی دیابت از سوی متغیرهای پیش‌بینی به ترتیب در سطح $p<0/05$ و $0/001$ $p<$ معنادار است. از سویی ضریب تاثیر سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی، دوسوگرا در خودکارآمدی به ترتیب ۱/۳۸و ۱/۲۶- و۰/۹-و در خودمراقبتی به ترتیب ۱/۵۷ و۱/۹۰- و۰/۹۵- است که در این میان سبک دلبستگی ایمن به صورت مثبت و سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا به صورت منفی، خودکارآمدی و خودمراقبتی دیابت را پیش‌بینی می‌کند به طوری که افزایش سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا خودکارآمدی و خودمراقبتی کاهش می‌یابد و با افزایش سبک دلبستگی ایمن افزایش می‌یابند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهند که بین سبک‌های مختلف دلبستگی با خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنادار وجود دارد به طوری که افراد با سبک دلبستگی ایمن از میزان خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد با سبک‌های دلبستگی ناایمن (اجتنابی– دو سو گرا) برخوردارند و رفتارهای

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

خودمراقبتی بهتری در راستای اداره بیماری‌شان، نشان می دهند. دلبستگی پیوند عاطفی نسبتاً پایدار بین کودک و یک یا تعداد بیشتری از افرادی است که در تعامل منظم و واقعی با او هستند. رفتارهای دلبستگی با ترس، تهدید، بیماری، خستگی و یا هر نوع رفتاری که نتیجهٔ آن بازیافتن یا حفظ تماس با نگارهٔ دلبستگی است، تحریک و راه اندازی می‌شوند (۲۰). بر اساس نظر بالبی، نخستین روابط دلبستگی باعث رشد الگوهای فعال درونی می‌شود که شامل اطلاعاتی دربارهٔ خود، دیگران وارتباطات بین آن‌هاست؛ فرض او بر این بود که این الگوها، عملکرد فرد و به خصوص عملکرد بین شخصی، را در طول زندگی و در فرایند انجام کار هدایت می‌کنند و پایه‌های شخصیت را شکل می‌دهند. بنابراین روابط و تجربیات اولیه به شکل دلبستگی، برتجربیات زندگی بعدی تاثیر می گذارد (۲۱). به دنبال پژوهش‌های بالبی سه سبک دلبستگی ایمن، دلبستگی ناایمن اجتنابی و دلبستگی ناایمن دوسوگرا تشخیص داده شد (۲۲). بر این اساس سبک‌های دلبستگی متاثر از الگو های فعال درونی و ساختار خاطراتی است که در روابط درون سازی شده اند (۲۲).

دلبستگی ایمن، اساس ایمنی را برای افراد مهیا می‌سازد که به واسطه آن می‌توانند دنیای خود را کشف کرده و پاسخ‌های سازگارتری به محیط اطرافشان ارائه دهند، وجود چنین اساس ایمنی، افراد را به اکتشاف و شناخت نسبت به اطلاعات جدید تشویق می‌کند. این اساس ایمن، سلامت روان واعتماد به نفس لازم برای برقراری ارتباطات را فراهم می‌سازد (۲۳). در افراد ایمن انتظارات مثبت از خود و دیگری شامل دردسترس و قابل اعتماد بودن دیگران و نظر مثبت نسبت به خود به عنوان فردی ارزشمند و لایق حمایت شکل می‌گیرد. افراد ایمن با حس درونی داشتن ارزش مراقبت واعتماد به دیگران، در زمان نیاز، توانایی جلب مراقبت وحمایت را دارند. دریافت حمایت از طرف خانواده و دوستان در کاهش استرس ناشی از بیماری موثراست. همچنین این توان بالقوه در چهارچوب رابطه پزشک وبیمار، باعث دریافت حمایت واطلاعات کافی در زمینه بیماری با و نحوه کنترل آن می‌شود (۲۴) که تبعیت از درمان و کنترل بیماری را به دنبال دارد. از آنجا که اعتماد به خود به عنوان یکی از مبانی درون روانی فرد دلبسته ایمن محسوب می‌شود، به وی این توانایی را می‌بخشد که درروابط بین فردی؛ بامهارت، اطمینان و آرامش بیشتر به تعامل بپردازد؛ ازسوی دیگر اعتماد فرد ایمن به دیگران که جزء مکمل اعتماد به خود است نیز، وی را در جلب کمک و حمایت دیگران یاری می‌رساند. هنگامی که در روابط، احساس امنیت وجود داشته باشد؛ افراد بهتر می توانند دست نیاز به سوی دیگران دراز کرده، از آنها درخواست کمک و حمایت کنند و با استرس و یا بیماری به گونه‌ای مثبت مواجه شوند. آن‌ها با اطمینان از در دسترس بودن حمایت مورد نیاز در مواجهه با استرس ناشی از بیماری، امکان بیشتری برای رشد استقلال، مهارت‌ها و اتکا به خود دارند. این توانایی‌ها در ارتباط با بیماری دیابت به صورت خودمدیریتی، خودمراقبتی و پاسخ به درمان نمایان می‌گردد. یافته‌های وود و ریگز (۲۰۰۸) نشان می‌دهد که افراد با سبک دلبستگی ایمن ادراک منفی کمتری نسبت به خود، دیگران و آینده در مقایسه با افراد دلبستگی ناایمن دارند. همچنین افراد با دلبستگی ایمن تحریف‌های شناختی کمتری در مقایسه با افراد نا ایمن دارند (۲۵). آن‌ها درصورت نیاز، می‌توانند حمایت دیگران را جلب نموده و با نشان دادن عواطف متناسب، مشکلات ورنج‌های روانشناختی را شرح دهند. اما اشخاص ناایمن، نگرش‌های منفی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

در مورد خودکارآمدی و توانایی‌هایشان دارند که به احساس خود ارزشمندی آنها آسیب می‌رساند (۲۶). این مسئله می‌تواند منجر به عدم جستجوی منابع حمایتی در جهت مدیریت و کنترل بیماری آن‌ها گردد. این در حالی است که افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، تصویری مثبت نسبت به خود داشته و درنتیجه احساس خود ارزشمندی وخودکارآمدی قوی‌تری دارند که به آن‌ها کمک می‌کند تا عواطف منفی خود را به شیوه‌ای سازنده تعدیل نمایند. از آن‌جا که بر اساس تئوری خودکارآمدی منابع اعتماد به نفس از طریق انجام رفتار، تجارب قبلی، ترغیب کلامی وخودارزیابی وضعیت روانی تقویت می‌شود (۲۷) لذا می توان احساس خود ارزشمندی وخودکارآمدی که متاثر از سبک های دلبستگی می‌باشند را به عنوان یکی ازمکانیسم‌های تأثیرگذار بر خودمدیریتی و خودمراقبتی و کنترل بیماری در بیماران مبتلا به دیابت در نظر گرفت. میشلیا و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان داشتند که خودکارآمدی برتبعیت از درمان ایفای نقش می‌نماید (۲۸). نتایج دیگر حاکی از آن است که خودمدیریتی دیابت بیشتر بر حمایت از اتخاذ تصمیم آگاهانه وهمکاری فعال با تیم مراقبت بهداشتی- درمانی استوار است و قادر است وضعیت سلامتی و کیفیت زندگی بیمار دیابتی را ارتقاء دهد (۲۹). احساس خودکارآمدی نیز نقش مهمی در خودمدیریتی و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و کنترل بهتر دیابت نوع دو ایفا می‌کند (۳۰). ازسوی دیگر ارتباط پزشک، بیمار تأثیر مهمی بر رفتارهای بهداشتی بیمار دارد و با یک رابطه پزشک-بیمار خوب، پیامدهای سلامتی مانند، پیروی از دستورات درمانی، درک بیمار از علائم و نشانه‌ها و آشفتگی روانشناختی، بهبود می‌یابد (۳۱). افراد ایمن با توجه به نوع نگرش و دیدگاه‌شان به خود و دیگران به راحتی می‌توانند یک رابطه توام با اعتماد با مراقبین بهداشتی برقرار نموده و توانایی خود را در کنترل بیماری تقویت نمایند. پیته و همکاران ۲۰۰۳ درپژوهشی پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر نشان دادند که برقراری ارتباط کلی و درمانی پزشک-بیمار در بیماران مبتلا به دیابت، بارفتارهای خود مدیریتی دیابت همراه هستند (۳۲). نداشتن ارتباط درمانی سازنده و یا داشتن ارتباط مبهم و بدفهمی میان پزشک یا مراقبین بهداشتی با بیمار مانع بیرونی عمده برای خودمراقبتی و پیروی از دستورهای درمانی است (۳۱). بنابراین مراقبین بهداشتی و به خصوص پزشکان یکی از منابع اصلی قدرت در درمان بیماری‌های مزمن می باشند و هر نوع رفتار آنها در رفتارهای درمانی بیمار تأثیرگذار خواهد بود. لذا از آن‌جا که شرکت منظم در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و برقراری ارتباط موثر با مراقبین بهداشتی، در راستای کسب رفتارهای بهداشتی مطلوب، یکی از روش‌های کاهش مخاطرات بهداشتی ناشی از این بیماری است. در افرادی که سبک دلبستگی ناایمن مانعی برای برقراری ارتباط موثر و دریافت و پیگیری مراقبت‌های بهداشتی است، برقراری یک ارتباط درمانی توام با شفقت، همدلی و پاسخگویی به نیازهای بیماران، ارزش‌ها، وترجیحات آن‌ها، می‌تواند منجر به افزایش همکاری و قدرت تصمیم‌گیری بیماران گردد که به نوبه خود پایبندی و تبعیت از درمان را بهبود می‌بخشد (۳۲). دیابت به عنوان یک بیماری مزمن، از نظر مدیریت به عنوان یکی از پیچیده‌ترین بیماری‌ها شناخته شده است. که عوامل متعددی می‌تواند درکنترل آن دخیل باشد. از این میان عوامل روانی- اجتماعی می‌تواند در افزایش مراقبت از خود، پیشگیری از عوارض بیماری و ارتقاء کیفیت زندگی آن‌ها موثر باشد. از آن‌جا

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

که بیماری به مثابه فقدان، تهدید، انزوا و وابستگی، رفتار دلبستگی را فعال می‌کند بررسی سبک‌های دلبستگی بیماران در روابط درمانی ضروری است زیرا به نظر می‌رسد یکی از مهمترین عوامل مؤثر در تعاملات بین فردی، نوع سبک دلبستگی است که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و در سنین بعدی ادامه می‌یابد. دلبستگی که به عنوان پیوند عاطفی کودک-مادر است، تعیین کننده بهداشت و سلامت روانی افراد است. یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن در بین بیماری‌های مزمن از قبیل دیابت نقش مهمی را در پاسخ به درمان بازی می‌کند. نگرش فرد نسبت به خود، به عنوان فردی ارزشمند و به دیگران به عنوان افراد قابل اعتماد بر ایجاد و رشد روابط فرد با دیگران، به ویژه روابط عاطفی در بزرگسالی تاثیر می‌گذارد. این مسئله به بیماران در برقراری ارتباط موثر با مراقبین بهداشتی و جلب حمایت‌های درمانی و مراقبتی کمک می‌نماید. از سوی دیگر، عدم توانایی در برقراری ارتباط توام با اعتماد با دیگران و یا تعامل با افراد مهمی که به نیازهای دلبستگی فرد پاسخگو نباشند باعث احساس ناامنی و عدم موفقیت در کنترل موثر بیماری از طریق کسب رفتارهای خود مراقبتی می‌گردد. لذا توجه به سبک‌های دلبستگی بیماران و نوع برقراری ارتباط آن‌ها با مراقبین درمانی می‌تواند به مراقبین در اتخاذ روش برقراری ارتباط درمانی موثر و ایجاد و یا تقویت احساس خودکارآمدی در کسب و ارتقاء رفتارهای بهداشتی کمک نماید.

قدردانی

بدین وسیله از ریاست و کارکنان انجمن دیابت شهرکرد و کلیه بیماران عزیزی که با صبر و حوصله ما را در انجام این مطالعه یاری رساندند تشکر و قدردانی می‌نمائیم. امید است که نتایج این مطالعه گامی در راه کمک به بیماران مبتلا به دیابت باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

The Relationship between Attachment Style on Self- Efficacy and Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes

Izadi tameh A[1], Nemati Dehkordi SH[2*], Nemati Dehkordi M[3]

1. Assistant Professor, Imam Hosein University.

2. Corresponding Author, Ph.d, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

3. Assistant Professor, shahrekord University of Medical Sciences.

***Corresponding author:** shahnaz nematydehkordi, **E -mail:** Nematyde@yahoo.com

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the major and real stress in life that is controlled by a Several factors Including the behavioral factors, attitude and healthcare. so integrating social and psychological aspects of the bio-psycho-social model approach to chronic disease is essential. This study investigated the relationship between attachment style and self-efficacy and self-care in type 2 diabetic patients.

Methodology: In this cross - sectional study, 200 members of diabetes association of shahrekord with type 2 diabetes were randomly selected data collection included demographic questionnaire, the adult attachment scale, diabetes self-efficacy scale (CIDS) and Glasgow and Tolbert Diabetes self-care scale.the data were analyzed using SPSS software.

Results: The relationship between attachment styles and diabetes self-efficacy and self-care was significant ($p < 0/01$). The attachment styles with ($p<0/05$)and($p < 0/001$), predicts diabetes self-efficacy and self-care respectively.

Conclusion: Attachment styles Affected by internal active models and the structure of the memories that has been established in relationship disease such as loss, threats, isolation and dependence, enables attachment behavior. So,checkout the attachment style so patients at the rapeutic relationship is essential because attachment style that formed in childhood, continues into adulthood and seems to be one of the most important factors in therapeutic relationship.

Key words: Attachment styles, self-efficacy, self-care, diabetes.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

References

1- Padmal K, Belle SD, Bodhare TN, Valsangkar S. Evaluation of knowledge and self-care practices in diabetic patients and their role in disease management. J community med.3(1). 2012:3-6.
2- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes-Estimates for The year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care.2004;27(5):1047-53.
3- Hossain P, Kawar B, El Nahas M. Obesity and diabetes in the developing world-A growing challenge. N Engle J Med.2007;356(3):213-15.
4- Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, etal. 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.2008;31(1):96-8.
5- Capes S, Anand S. What is type 2 diabetes In: Gerstein H, Haynes RB. Evidence-based diabetes care. Hamilton: BC Decker Inc, 2001. p151-63.
6- Abdoli S, Asktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism.2009;10(5):455-464.
7- Misra R, Lager J. Predictors of quality of life among adults with type II diabetes mellitus. J Diabetes Complications.2008;22(3):217-23.
8- Shoushtari M. Wise, M. Arzaq. Psychological Aspects of Diabetes. Snoek FJ , Skinner TC, first edition, Thran, Vista,2010: III.
9- Rogers C, Keller C. Roy's adaptation model to promote physical activity among sedentary older adults. Geriatr Nurs.2009;30(2):21-6.
10- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment theory and research: Resurrection of the psychodynamic approach to personality .J Res Pers,2005;39:22–45.
11- Collins N.L, Feeney BC Workingmodels of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies .JPers Soc Psychol.2004;87(3):363-83.
12- Howells LA. Self-efficacy and diabetes: why is emotional 'education' important and how can it be achieved Horm Res. 2002;57 (1):69-71.
13- Vivienne Wu SF, Courtney M, Edwards H, McDowell J, Short ridge-Baggett LM, Chang PJ. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-efficacy Scale. Int J Nurs Stud.2008;45:534-42.
14- Dishman RK, Motl RW, Sallis JF, Dunn AL, Birnbaum AS, Welk GJ, Bedimo-Rung AL, Voorhees CC, Jobe JB. Self-management strategies mediate self-efficacy and physical activity. Am J Prev Med.2005;29(1):10-8.
15- Boyer B A, Paharia M I. Comprehensive handbook of clinical health psychology. 2008. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
16- Van Der Ven NC, Weinger K, Yi J, Pouwer F, Adèr H, Van Der Ploeg HM, Snoek FJ. The confidence in diabetes self-care scale: psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and US patients with type 1 diabetes. Diabetes Care.2003;26(3):713-8.
17- Toobert DG, Glasgow RE. Assessing diabetes self management: The summary of diabetes self care activities questionnaire, Hand book of Psychology and Diabetes. USA: McGraw Hill: 1994. pp: 351-75.
18- Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center**.** Journal of Birjand University of Medical Sciences.2009,15(4):91-99.
19- Pakdaman, Sh. Investigating relationship between seeking community in Adolescence. [Thesis]. Tehran: Tehran University; 2001.[Persian]
20- Peivastegar M, Besharat MA, Pajouhinia Sh, Seifi MY, Explanation of Psychological Vulnerability based on the Attachment Styles in Students of mixed-state Universities of Tehran, Knowledge and research in applied Psychology,2012;13(1):29-31.
21- Hinnen C, Sanderman R, Sprangers MA. Adult attachment as mediator between recollections of childhood and satisfaction with life. Clin Psychol Psychother.2009;16(1):10
22- Van den Dries L, Juffer F, van Ijzendoorn M.H. Bakermans-Kranenburg M.J. Fostering security A meta-analysis of attachment in adopted children. Children and Youth Services Review.2009; 31:410–421.
23- Kanemasa Y, Daibo I.Early adult attachment styles and social adjustment.Shinrigaku Kenkyu. 2003;74(5):466-73. [Article in Japanese]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

24- 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(5):479-86.
25- Wong, S. S. (2008). The Relations of cognitive Triad, dysfunctional attitudes, automatic thoughts, and Irrational beliefs with test anxiety. Current psychology- 27(3):177- 191.
26- Kassel JD, Wardle M, Roberts JE. Adult attachment security and college student substance use. Addic behav. 2007;32(6):1164-76
27- Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1986.
28- Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. Fam Pract. 2011;28(1):82-7.
29- Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosey GM, Jensen B, Maryniuk M, Peyrot M, Piette JD, Reader D, Siminerio LM, Weinger K, Weiss MA. National Standards for diabetes self-management education. Diabetes Care. 2011;34 (1):S89-96.
30- VivienneWuSF, CourtneyM, EdwardsH, McDowellJ, Shortridge-BaggettLM, Chang PJ. Development and validation of the Chinese version of the Diabetes Management Self-efficacy Scale. Int J Nurs Stud.2008;45(4):534-4
31- Holmström IM, Rosenqvist U. Misunderstandings about illness and treatment among patients with type 2 diabetes. J Adv Nurs.2005;49(2):146-54.
32- Piette JD, Schillinger D, Potter MB, Heisler M. Dimensions of patient-provider communication and diabetes self-care in an ethnically diverse population. J Gen Intern Med.2003;18(8):624-33.
33- Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, Simon G, Bush T. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. Psychoses Med.2004;66(5):720-8.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1392.1.2.6.4]
[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-09-07]