سبک‌های دلبستگی و کنترل قند خون در مبتلایان به دیابت نوع دو

فرخنده نیستانی[۱]، مهرنوش سهراب[۲]، زهرا کاشی[۳] ، رضا علی محمدپور[۴]،سمانه فرنیا[۵]، مایده باقری[۶]

۱. مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. استادیار مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۳. استاد مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴. ستاد آمار حیاتی، دانشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۵. استادیار روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۶. استادیار مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.

توسعه پرستاری در سلامت/ دوره چهاردهم/ شماره ۱/ بهار و تابستان ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: شیوع دیابت رو به افزایش است و عوارض حاد و مزمن آن، می‌تواند منجر به افزایش ناتوانی و مرگ و میر مبتلایان گردد. پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط سبک‌های دلبستگی با کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی – تحلیلی بود که ۲۴۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک‌های غدد دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال ۱۳۹۸ با روش نمونه‌گیری در دسترس بررسی شدند. افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی بر اساس پرسشنامه ***SCL-90-R***، کنار گذاشته شدند. از پرسشنامه کولینز برای ارزیابی سبک‌های دلبستگی استفاده شد. اطلاعات مربوط به کنترل بیماری شامل قندخون ناشتا، قند دو ساعت بعد از غذا، هموگلوبین گلیکوزیله، وجود عوارض بینایی، عصبی و کلیوی از پرونده پزشکی بیماران استخراج گردید. داده‌ها از طریق ***SPSS*** نسخه ۲۲ و با استفاده از آزمون‌های تحلیلی و توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آمار استنباطی (پیرسون، رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج ماتریس همبستگی نشان داده است که هیچ کدام از سبک‌های دلبستگی با کنترل قندخون رابطه معنادار ندارند ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به این نکته که افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی از این مطالعه کنار گذاشته شدند، پیشنهاد می‌گردد، پژوهش‌های آتی، به بررسی این جمعیت نیز بپردازد.

واژگان کلیدی: سبک‌های دلبستگی، دیابت نوع دو، هموگلوبین گلیکوزیله، قندخون.

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری

Email: sm.farnia@gmail.com

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

دیابت یکی از شایعترین بیماری‌های متابولیک در دنیا بوده و شیوع آن همچنان رو به افزایش است و پیش‌بینی می‌شود تعداد این بیماران تا سال ۲۰۴۵ به ۷۰۰ میلیون نفر برسد (۱). دیابت نوع دو به عنوان یک بیماری مزمن، شایعترین نوع دیابت است که اختلال تنظیم گلوکز (قندخون) و عوارض حاد و مزمن آن می‌تواند منجر به ناتوانی و افزایش مرگ و میر مبتلایان گردد. افراد مبتلا در معرض نابینایی (۲) و بیماری‌های ایسکمیک قلب (۳)، قطع اندام غیرترومایی (۴) و نارسایی مزمن کلیه هستند (۵). بیماران دیابتی علاوه برناتوانی‌ها و عوارض جسمی از مشکلات روانشناختی نیز رنج می‌برند، به عبارت دیگر فشار ناشی از این بیماری علاوه بر اثرات مخرب جسمانی، اثرات منفی روانی چون افسردگی، اضطراب واسترس را به دنبال دارد که این عوامل، جزء عوامل خطرساز یا تشدیدکننده بیماری دیابت هستند و منجر افزایش هزینه‌های درمانی و کاهش سلامت روان و کیفیت زندگی در این بیماران خواهند شد (۶) در نتیجه، شناخت عوامل مؤثر بر کنترل مناسب قندخون در پیشگیری از این عوارض اهمیت بالایی دارد، چرا که با مدیریت مناسب این بیماری مزمن و ارتقای سازگاری فرد بیمار با همه جوانب این بیماری می‌توان کیفیت زندگی این افراد را بهبود بخشید.

از میان عوامل پیش‌بینی کننده کنترل قندخون در افراد مبتلا به دیابت می‌توان به مرد بودن، متأهل بودن، برخوردار بودن از حمایت اجتماعی، وضعیت اجتماعی- اقتصادی مطلوب و طول مدت ابتلا به دیابت (۷, ۸) ، حمایت‌های روانشناختی متناسب با نیازهای هر فرد مبتلا (۹)، سلامت روانشناختی (۱۰)، باورهای مرتبط با مرگ (۱۱)، خودکارآمدی (۱۲) و باورهای مرتبط با مصرف انسولین (۱۳) و باورهای مرتبط با سلامت (۱۴) اشاره کرد.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند که از جمله عوامل تأثیرگذار در نحوه انطباق و سازگاری افراد با شرایط آسیب‌زا از جمله بیماری‌ها، می‌تواند سبک‌های مختلف دلبستگی آن‌ها باشد. مفهوم دلبستگی اولین بار توسط فروید مطرح شد و بعدها توسط دانشمندی به نام جان بالبی به " ارتباط روانی پایدار بین انسان‌ها " گسترش یافت. نوع ارتباط و پیوندهای عاطفی عمیقی که فرد با افراد خاص در زندگی خود برقرار می‌کند نشانگر سبک دلبستگی اوست که می‌تواند در پیش‌بینی رفتارهای بعدی در زندگی کمک کند (۱۵). به عبارت دیگر 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 کودک در آن رشد یافته است، در سنین بعدی ادامه می‌یابد. نظریه دلبستگی بر این اصل مبتنی است که روابط اولیه و خلق و خو، شکل دهنده‌ی ادراکات و رفتارهای فرد در روابط بعدی است و از اواخر نوجوانی یا آغاز بزرگسالی، افراد از سبک‌های نسبتا" ثابتی برخوردارند (۱۵) سبک‌های دلبستگی به دسته‌های ایمن و ناایمن (شامل سبک اضطرابی یا *preoccupied*، سبک اجتنابی یا *dismissive* و سبک آشفته یا *disorganized*) تقسیم‌بندی می‌شوند. افرادی که سبک دلبستگی ایمن دارند، در برقراری روابط عاطفی مناسب با دیگران موفق هستند و به آنها اعتماد می‌کنند. این افراد عزت‌نفس بیشتر و احتمال بقا وسازگاری بیشتری با شرایط تهدیدآمیز از جمله بیماری و فقدان دارند. سبک دلبستگی ایمن، از طریق ایجاد انتظارات مثبت می‌تواند به شکل‌گیری اعتماد و ارتباط درمانی مناسب با تیم‌درمانی کمک کند و در نهایت منجر به تلاش برای جستجوی اطلاعات مورد نیاز در مورد کنترل بیماری و در نهایت، تبعیت بهتر از درمان و سازگاری بهتر با بیماری‌های طبی شود. در مقابل افرادی که دلبستگی غیر ایمن دارند در مواجهه با استرس و فشارهای زندگی، تردید و هراس بیشتر و انعطاف‌پذیری کمتری ابراز می‌کنند (۱۶).

پژوهش‌های اخیر به کاربرد نظریه دلبستگی، بصورت الگوهای پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت اجتماعی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری‌های طبی اشاره دارند، بر همین اساس، تعیین تأثیر سبک‌های مختلف دلبستگی، گام مهمی در زمینه مدیریت بیماری و کاهش عوارض آن به شمار می‌رود (۱۷, ۱۸).

در همین راستا، نتایج مطالعه‌ای که به تأثیر سبک‌های دلبستگی در سازگاری با بیماری در افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ پرداخته است، سبک‌های دلبستگی ایمن و دوسوگرا پیش‌بینی کننده‌ی تبعیت از درمان گزارش شده‌اند و همچنین، مجموع سبک‌های

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

دلبستگی ایمن, دوسوگرا و اجتنابی توانست حدود ۶۵٪ تغییرپذیری هموگلوبین گلیکوزیله را تبیین کند (۱۷) اما در مورد تأثیر سبک‌های دلبستگی بر کنترل قندخون، در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ اطلاعات دقیقی در دسترس نیست، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر سبک‌های مختلف دلبستگی بر میزان کنترل قندخون بر اساس عوارض بیماری شامل نفروپاتی، رتینوپاتی و نوروپاتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت در سال ۱۳۹۸ انجام شد.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی بود. به منظور انجام این طرح، کد اخلاق *(IR.MAZUMS.REC.1399.8072)* از دانشگاه علوم پزشکی مازندران دریافت گردید. نمونه مورد مطالعه شامل ۲۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی غدد دانشگاهی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مازندران (باغبان و مصطفویان) با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. بر اساس فرمول $n = \frac{z^2_{1-\varepsilon/2}\mathrm{p}(1-\mathrm{p})}{d^2}$ و با توجه به مطالعه بزازیان و همکاران که میزان همبستگی بین سبک دلبستگی با عوامل مرتبط به ترتیب برابر ۲۱ الی ۶۰ درصد گزارش شد. با توجه به فرمول حجم نمونه در حالت کمترین همبستگی یعنی ۲۱ درصد به صورت زیر محاسبه شد. با سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۹۰ درصد تعداد ۲۴۰ نفر محاسبه شد (۱۸).

در این مطالعه معیارهای ورود شامل افراد ۱۸ تا ۷۰ ساله دارای حداقل سواد خواندن و نوشتن، ابتلای بیش از یک سال به دیابت نوع ۲ و پرکردن فرم رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. افراد مبتلا به هرگونه بیماری روانپزشکی بر اساس پرسشنامه *SCL 90-R* (۱۹)، مصرف مواد یا داروهای روان گردان، بارداری، شیردهی جزو معیارهای عدم ورود بوده‌اند.

ابتدا هدف از انجام پژوهش برای افراد شرکت‌کننده در این پژوهش توسط روانشناس بالینی توضیح داده شد، سپس سبک‌های دلبستگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲، توسط یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی با روش مصاحبه چهره به چهره بر اساس مقیاس سبک‌های دلبستگی بزرگسال *Collins* مورد ارزیابی قرار گرفت. شرکت‌کنندگان بر اساس نمرات بدست آمده دریکی از زیرگروه‌های سبک‌های دلبستگی (ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن اضطرابی و ناایمن آشفته) جای گرفتند.

پرسشنامه سبک‌های دلبستگی بزرگسالان *Collins* و همکاران (۱۹۹۰) (۲۰)، (*Revised Adult Attachment Scale*) بر اساس نظریه هازان و شاور تدوین شده است که شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه‌ی شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ ماده (سؤال) می‌باشد که از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از نوع لیکرت برای هر ماده (۱- اصلا" ویژگی من نیست تا۵-کاملا" ویژگی من است) سنجیده می‌شود. کمترین نمره قابل کسب ۱۸ و بیشترین نمره ۹۰ است. آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس دلبستگی ایمن ۰,۸۲ و برای زیرمقیاس سبک‌های دلبستگی ناایمن بین ۰,۸۰ تا ۰,۸۳ گزارش شده است. همچنین میزان پایی آن، برای تمام زیر مقیاس‌ها بیش از ۰,۸۰ بیان شده است (۲۰). آلفای کرونباخ در نمونه‌های ایرانی ۰,۷۸ و ضریب پایایی بازآزمایی بین ۰,۶۰ و ۰,۷۰ بدست آمد که شاخص مطلوبی است (۲۱).

برای غربالگری ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی و عدم ورود افراد مبتلا، از پرسشنامه *SCL-90-R* استفاده شد. در سال ۱۹۷۷ توسط *Derogatis* و همکاران تدوین شد و برای ارزیابی سریع و تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی از افراد سالم، مفید است. شامل ۹۰ گویه است که ۹ جنبه‌ی آسیب از قبیل افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، شکایات جسمانی، ترس مرضی، أفکار وسواس و اعمال اجباری، حساسیت در روابط بین فردی، روانپریشی و افکار پارانوئیدی را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هیچ) تا ۵ (خیلی زیاد) بررسی می‌کند (۲۲). پایایی خرده مقیاس‌های آن در نمونه‌های ایرانی بین ۰,۸۵ تا ۰,۹۱ و روایی آن بین ۰/۵۰ تا ۰/۹۶ بدست آمد (۲۳). اطلاعات مربوط به وضعیت وکنترل بیماری دیابت شامل قندخون ناشتا، قند دو ساعت بعد از غذا و هموگلوبین گلیکوزیله (بعنوان شاخص میانگین سه ماهه قندخون) و وضعیت عوارض

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

بیماری دیابت شامل نفروپاتی، رتینوپاتی و نوروپاتی از پرونده بیماران استخراج گردید.

پس از جمع‌آوری اطلاعات مورد مطالعه، داده‌ها وارد نرم‌افزار *SPSS* نسخه ۲۲ گردید و با استفاده از روش‌های آماری آزمون‌های تحلیلی و توصیفی (میانگین، انحراف معیار،فراوانی) و آمار استنباطی (پیرسون، رگرسیون گام به گام) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

نتایج بررسی توصیفی خصوصیات جمعیت شناختی در ۲۴۰ نفر از افراد نمونه نشان دادکه میانگین سن افراد نمونه ۵۸ سال با انحراف معیار ۹,۹۶ بوده است (۹/۹۶±۵۸). همچنین، بیشتر افراد نمونه، از جنس مؤنث (۷۸/۶ ٪)، متأهل (۸۷/۷ ٪)، به لحاظ تحصیلات، زیر دیپلم (۴۷/۲ ٪)، خانه‌دار (۵۸/۳ ٪) و ساکن شهر (۵۴/۸ ٪) بوده‌اند. میانگین مدت ابتلا به دیابت، ۱۲/۴سال بود. میانگین قند ناشتا ۱۶۶، قند دو ساعت بعد از غذا ۲۴۰ و هموگلوبین گلیکوزیله ۸/۲ بود. همچنین، ۳۴/۷ درصد از افراد مبتلا به بیماری دیابت، از مشکلات بینایی یا رتینوپاتی ،۵۶/۶ درصد از آسیب عصبی یا نوروپاتی و ۳۲/۴ درصد از مشکلات مزمن کلیه یا نفروپاتی به عنوان عوارض بیماری رنج می‌برند. جدول شماره ۱، فراوانی سبک‌های متفاوت دلبستگی را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱- بررسی توزیع فراوانی سبک‌های متفاوت دلبستگی شرکت‌کنندگان در پژوهش

شاخص‌های توصیفی سبک‌های دلبستگی	ایمن	آشفته	اجتنابی	اضطرابی	کل
فراوانی	۴۱	۱۰۰	۶	۹۳	**۲۴۰**
درصد	۱۷	۴۱	۲	۳۹	**۱۰۰**

همان‌طوری که جدول شماره ۱ توزیع فراوانی نشان می‌دهد، بیشترین فراوانی در سبک‌های دلبستگی، مربوط به سبک دلبستگی آشفته (۴۱٪) و کمترین فراوانی مربوط به سبک دلبستگی اجتنابی (۲٪) می‌باشد. جدول شماره ۲، همبستگی بین متغیرها و شاخص‌های توصیفی آن را نشان می‌دهد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

جدول شماره ۲- همبستگی بین متغیرها، میانگین و انحراف استاندارد شرکت‌کنندگان در پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱.دلبستگی ایمن	۱									
۲.دلبستگی اجتنابی	-۰/۵۰**	۱								
۳.دلبستگی اضطرابی	-۰/۲۵**	۰/۹۱**	۱							
۴.دلبستگی آشفته	-۰/۵۰**	-۰/۱۷*	۰/۳۳*	۱						
۵.قندخون ناشتا	۰/۰۴۴	۰/۰۳۸	-۰/۰۱۲	۰/۰۵۰	۱					
۶.قندخون دو ساعته	۰/۰۲۳	۰/۰۰۲	۰/۰۳۵	-۰/۰۲۱	۰/۷۷**	۱				
۷.مشکلات بینایی	۰/۰۴۹	۰/۰۱۸	۰/۰۴	۰/۰۵۴	-۰/۰۳۵	-۰/۰۸۵	۱			
۸.آسیب عصبی	۰/۰۳۷	۰/۰۳۱	-۰/۰۸۴	-۰/۰۹۶	-۰/۰۷۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷**	۱		
۹.مشکلات مزمن کلیه	-۰/۰۱۱	۰/۰۱۲	۰/۰۴۱	۰/۰۳	۰/۰۲۲	-۰/۰۲۸	۰/۱۷*	۰/۰۸۷	۱	
۱۰.هموگلوبین گلیکوزیله	۰/۰۵۱	۰/۰۳۵	۰/۰۱۹	-۰/۰۱۴	۰/۵۶**	۰/۵۳**	-۰/۰۲	-۰/۰۷۶	-۰/۰۶۴	۱
میانگین	۰/۱۷	۰/۲۲	۰/۱۷	۰/۴۴	۱۶۶/۷۲	۲۳۹/۲۷	۱/۶۵	۱/۴۳	۱/۶۷	۸/۱۸
انحراف استاندارد	۰/۳۷	۰/۱۵	۰/۳۸	۰/۴۹	۶۲/۹۶	۸۹/۷۷	۰/۴۷	۰/۴۹	۰/۴۶	۱/۸۲

** ($P<۰/۰۵$)

بر اساس نتایج جدول ۲، هیچ کدام از سبک های دلبستگی با شاخص‌های کنترل قندخون رابطه معنادار ($P<۰/۰۵$) ندارند، و در نتیجه مدل رگرسیون برای این متغیرها اجرا نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی ارتباط سبک‌های متفاوت دلبستگی با میزان کنترل قندخون انجام شده است. بر اساس تجزیه و تحلیل داده‌ها، بیشترین فراوانی در سبک‌های دلبستگی، مربوط به سبک دلبستگی آشفته و کمترین فراوانی مربوط به سبک دلبستگی اجتنابی بوده است. همچنین، بین هیچ کدام از سبک‌های دلبستگی با شاخص‌های کنترل قندخون و عوارض ناشی از بیماری دیابت از قبیل نفروپاتی، رتینوپاتی، نوروپاتی رابطه معنادار مشاهده نشد، و در نتیجه مدل رگرسیون برای این متغیرها اجرا نشده است.

سبک‌های دلبستگی، الگوهای شناختی- هیجانی و رفتاری پایداری می‌باشند که بر اساس اولین تجربه‌های زندگی افراد با والدین و مراقبین‌شان درونی‌سازی می‌شود. این ساختارها، تصویر فرد از خود، به عنوان شخصی شایسته مراقبت از خود و نیز نیازمند حمایت از دیگران را تحت تأثیر قرار داده و بخصوص در تعامل با پزشکان و سایر مراقبین بهداشتی درمانی بسیار مهم می‌باشد. به عبارت دیگر، کیفیت دلبستگی، تعیین‌کننده پاسخ‌های عصبی- فیزیولوژیکی، الگوهای شناختی - رفتاری و وضعیت سلامت فرد در موقعیت استرس جسمانی می‌باشد (۲۴). افراد با دلبستگی ایمن در مواجهه با شرایط استرس‌زای بیماری، سازگاری هیجانی- رفتاری مناسب‌تری دارند. افراد دارای سبک دوسوگرا، اعتماد به نفس کمتر و توانایی تنظیم هیجان ضعیف‌تر و رفتارهای تکانشی بیشتری دارند. در افراد با سبک اجتنابی، به دلیل عدم اعتماد به مراقبین سلامت و اجتناب از تعامل با تیم پزشکی مراقبتی، کاهش پیروی از دستورات درمانی و بروز بیشتر عوارض ناشی از بیماری مشاهده شده است (۲۵). به عبارتی دیگر، پژوهشگران، ارتباط مستقیمی

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

بین سبک دلبستگی ایمن با میزان استفاده از خدمات بهداشتی و تبعیت درمانی گزارش کرده اند (۲۶).

در این مطالعه بر خلاف نتایج مطالعات قبلی (۱۸, ۲۵, ۲۹-۲۷) ارتباط معناداری بین سبک‌های دلبستگی و پیروی از دستورات درمانی و کنترل شاخص‌های گلایسمیک (قند خون ناشتا، ۲ ساعت بعد از غذا و هموگلوبین گلیکوزیله) مشاهده نشدکه می‌تواند تبیین‌های متعددی را به همراه داشته باشد. یکی از این تبیین‌ها مربوط به نوع بیماری مزمن و اختصاصا" نوع دیابت است، مطالعات قبلی در مورد افراد مبتلا به دیابت نوع یک بوده است طوری که در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، فقدان کامل انسولین منجر به نوسانات بیشتر سطح گلوکز خون می‌گردد که بویژه به دنبال الگوهای رفتاری ناشی از سبک‌های دلبستگی ناایمن تشدید می‌شود (۲۸). با توجه به این که این مطالعه در مورد افراد مبتلا به دیابت نوع دو است، نتایج ضد و نقیض می‌تواند نشان دهنده‌ی نقش متفاوت و اختصاصی سبک‌های دلبستگی در ارتباط با انواع متفاوت بیماری‌ها باشد که البته نیازمند مطالعات گسترده در این حوزه می‌باشد.

از طرفی دیگر، وابستگی پایین که در بعضی افراد دارای سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی و آشفته دیده می‌شود، در بعضی جوامع به عنوان یک صفت شخصیتی مثبت در نظر گرفته می‌شود، در بعضی شرایط می‌تواند آسیب‌زا باشد. استقلال بیش از اندازه در مقایسه با وابستگی متقابل، تأثیر کمتری در موفقیت سازمان‌ها، ازدواج و خانواده دارد. ویژگی ضد وابستگی با سبک دلبستگی آشفته و دوسوگرا نیز مرتبط می‌باشد و افرادی را توصیف می‌کند که در برابر پیشنهاد کمک و حمایت مقاومت می‌کنند و تمایل دارند تنها و منزوی باشند. در شرایطی که وضعیت سلامتی به تدریج به سمت بیماری مزمن خفیف ودر نهایت شدید پیشرفت می‌کند، وابستگی پایین به عنوان مانعی در برابر مشارکت با خانواده و تیم پزشکی برای کنترل علایم بیماری عمل می‌کند. در این شرایط فرد از مذاکره با خانواده و تیم پزشکی برای تغییر رژیم غذایی، تغییر سبک زندگی شرایط کاری و ورزش اجتناب می‌کند (۳۰).

ورزش و رژیم غذایی رفتارهای خودمراقبتی هستند که مستلزم وابستگی کافی به افراد مهم زندگی فرد محسوب می‌شوند. بیماران با سبک دلبستگی ناایمن به احتمال بیشتری به پرخوری و سیگار کشیدن به عنوان راهی برای کنار آمدن با هیجانات ناخوشایند روی می‌آورند و احتمال تعامل کافی و مناسب آنها با تیم درمانی کمتر است. از طرف دیگر در بعضی از این بیماران بخصوص افراد دارای سبک دلبستگی اضطرابی میزان گزارش علایم فیزیکی و به دنبال آن دریافت مراقبت‌های اضافی از افراد با سبک دلبستگی ایمن بالاتر است. همچنین ممکن است رفتارهای حاکی از تمایل به راضی نگهداشتن دیگران از جمله خانواده و تیم درمانی نیز در سبک دلبستگی اضطرابی بالاتر باشد (۳۱) که خود موجب مخدوش شدن نتایج پژوهش می‌گردد.

تبیین دیگر مربوط به خصوصیات افراد نمونه می‌باشد. در این مطالعه بیماران مبتلا به مشکلات روانپزشکی جدی بر اساس پرسشنامه *SCL 90-R*، شناسایی و از مطالعه خارج شدند. شاید یکی ازدلایل نتایج متفاوت پژوهش حاضر با مطالعات قبلی همین مسأله باشد که بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی که میزان تبعیت آنها از درمان پایین (۳۲) است از مطالعه خارج شدند. پژوهش‌ها فراوانی هم ابتلایی به دیابت نوع دو در میان بیماران مبتلا به اختلالات روانپزشکی را تا ۲۲ درصد گزارش کرده‌اند. این میزان در بیماران مبتلا به اختلالات خواب ۴۰ درصد، اختلال پرخوری ۲۱ درصد، اختلالات مصرف مواد ۱۶ درصد، اختلالات اضطرابی ۱۴ درصد، اختلال افسردگی و دوقطبی ۹تا ۱۱ درصد و انواع سایکوزها ۱۱درصد تخمین زده شده که همه آمارها از شیوع دیابت در جمعیت عمومی بالاتر می‌باشد (۳۳). درواقع می‌توان گفت مطالعه حاضر به بررسی سبک‌های دلبستگی در میان بیماران دیابتی بدون هم‌ابتلایی با اختلال روانپزشکی و بدون مصرف مواد پرداخته است و شاید دلیل تفاوت نتایج آن با مطالعات قبلی همین مسأله باشد. ازآنجایی که سبک‌های دلبستگی زمینه‌ساز بروز اختلالات روانپزشکی از جمله افسردگی، مشکلات خوردن، پرخوری عصبی، بی‌اشتهایی عصبی، مصرف مواد، سیگار و الکل می‌شوند، این اختلالات می‌توانند به عنوان متغیرهای واسطه‌ای در پیش‌بینی تنظیم قندخون عمل می‌کنند. می‌توان اینطور برداشت کرد که بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت با سبک‌های دلبستگی ناایمن شدید به علت سایکوپاتولوژی شدید منجر به اختلال روانپزشکی و مصرف مواد از مطالعه خارج گردیده‌اند

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

(۳۴). بررسی بیشتر این استدلال نیازمند مطالعات نظام‌مند در آینده است.

از طرف دیگر همه تحلیل‌ها بر اساس نتایج حاصل از نگرش‌های ابرازشده‌ی بیماران در یک مقطع زمانی خاص انجام شده که بدون شک، عاری از خطا و اشتباه نمی‌باشد و بررسی عینی کیفیت و کمیت رابطه بیمار و پزشک توسط ناظر بیرونی به برآورد دقیق‌تر شرایط موجودکمک می‌کند (۳۵). از دیگر محدودیت‌های این مطالعه شامل ارزیابی مقطعی، روش نمونه‌گیری در دسترس و... بود. رژیم درمانی بیماران (قرص‌های خوراکی پایین آورنده قندخون، نوع انسولین و دوز آن...) و سایر عوامل مخدوش‌کننده جداگانه ثبت نشد. بررسی عینی و دقیق پیروی بیماران از دستورات درمانی (مانند بررسی تعداد ومیزان داروهای دریافتی بیمار از داروخانه، جمع‌آوری و شمارش بسته‌های خالی دارو) ارزیابی نشد و شاخص‌های گلایسمیک شامل قندخون ناشتا، قند دو ساعت بعد از غذا و هموگلوبین گلیکوزیله به عنوان بازتابی از تبعیت درمانی ارزیابی گردید که خود می‌تواند تحت تأثیر بسیاری از عوامل مخدوش‌کننده باشد. اگرچه سنجش شاخص‌های قندخون به عنوان بازتابی از تبعیت درمانی نقطه‌ی قوت این مطالعه نسبت به مطالعات پیشین بود (۲۷).

مطالعات با حجم نمونه بالاتر بصورت چند مرکزی برای کشف هرگونه ارتباط احتمالی بین سبک‌های دلبستگی و پیروی از برنامه درمانی، همراه با ثبت دقیق نوع و دوز داروهای مصرفی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از خانم فاطمه رمضانی که به نحو مؤثری در انجام مطالعه همکاری نموده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود. همچنین از دانشگاه علوم پزشکی مازندران به عنوان حامی و تأمین‌کننده اعتبار پژوهش در مقاله، سپاسگزاری می‌شود.

تعارض منافع

در این مطالعه، هیچ گونه تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

References

1.Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas. Diabetes research and clinical practice. 2019;157:107843.

2.Bourne RR, Stevens GA, White RA, Smith JL, Flaxman SR, Price H, et al. Causes of vision loss worldwide, 1990-2010: a systematic analysis. The Lancet Global health. 2013;1(6):e339-49.

3.Kashi Z, Bahar A, Akha O, Sharif F, Kosaryan M, Jalalian R, et al. Ischemic heart disease and related factors in patients with diabetes mellitus type II. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences. 2015;25(129):9-16.

4.Hingorani A, LaMuraglia GM, Henke P, Meissner MH, Loretz L, Zinszer KM, et al. The management of diabetic foot: A clinical practice guideline by the Society for Vascular Surgery in collaboration with the American Podiatric Medical Association and the Society for Vascular Medicine. Journal of vascular surgery. 2016;63(2 Suppl):3s-21s.

5.Kramer H. Screening for kidney disease in adults with diabetes and prediabetes. Current opinion in nephrology and hypertension. 2005;14(3):249-52.

6.Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, et al. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. BMJ open. 2016;6(8):e012540.

*7.*حیدری, شیوا, شیرازی, سنجری, سلیمی, صالح, ***et al.*** بررسی عوامل موثر بر کنترل قندخون بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به انستیتو غدد درون‌ریز و متابولیسم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران. مجله دیابت و متابولیسم ایران. ***2010;9(4):75-365.***

8.Duarte FG, da Silva Moreira S, Maria da Conceição CA, de Souza Teles CA, Andrade CS, Reingold AL, et al. Sex differences and correlates of poor glycaemic control in type 2 diabetes: a cross-sectional study in Brazil and Venezuela. BMJ open. 2019;9(3):e023401.

9.Małachowska M, Gosławska Z, Rusak E, Jarosz-Chobot P. The role and need for psychological support in the treatment of adolescents and young people suffering from type 1 diabetes. Frontiers in Psychology. 2023;13:945042.

10.Alkhormi AH, Mahfouz MS, Alshahrani NZ, Hummadi A, Hakami WA, Alattas DH, et al. Psychological Health and Diabetes Self-Management among Patients with Type 2 Diabetes during COVID-19 in the Southwest of Saudi Arabia. Medicina. 2022;58(5):675.

11.Kaplan Serin E, Bülbüloğlu S. The effect of attitude to death on self-management in patients with type 2 diabetes mellitus during the COVID-19 pandemic. OMEGA-Journal of Death and Dying. 2023;87(2):448-68.

12.Hurst CP, Rakkapao N, Hay K. Impact of diabetes self-management, diabetes management self-efficacy and diabetes knowledge on glycemic control in people with Type 2 Diabetes (T2D): A multi-center study in Thailand. PLoS One. 2020;15(12):e0244692.

13.Gouveia BdLA, Sousa MMd, Almeida TdCFd, Sousa VAGd, Oliveira SHdS. Beliefs related to insulin use in people with Type 2 Diabetes Mellitus. Revista Brasileira de Enfermagem. 2020;73.

14.Ağralı H, Akyar İ. The effect of health literacy-based, health belief-constructed education on glycated hemoglobin (HbA1c) in people with type 2 diabetes: a randomized controlled study. Primary Care Diabetes. 2022;16(1):173-8.

15.Nikogoftar M. Attachment style and health control center on self-care behaviors of patients with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2013;12(4):309-16.

16.Bornstein MH, Lamb ME. Developmental science: An advanced textbook: Psychology Press; 2010.

17.BAZZAZIAN S, BESHARAT MA. The role of attachment styles in adjustment to type I diabetes. 2010.

18.Bazzazian S, Besharat MA. Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with type I diabetes. Contemporary Psychology. 2010;5(1):3-11.

19.Modabernia M, SHOJAIE TH, Falahi M, Faghirpour M. Normalizing SCL-90-R inventory in Guilan high-school students. 2010.

20.Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: evidence from experimental and observational studies .Journal of personality and social psychology. 2004;87(3):363.

21. ذرراتی, ایران, یزدی ا, سیدامیر, فلاح دپ. رابطه هوش هیجانی و سبک های دلبستگی. تازه های علوم شناختی. ***2006.***

22.Derogatis LR, Lipman R, Covi L. SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine. 1977.

23.Akhavan Abiri F, Shairi MR. Validity and reliability of symptom checklist-90-revised (SCL-90-R) and brief symptom inventory-53 (BSI-53). Clinical Psychology and Personality. 2020;17(2):169-95.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

24.Ghafarimoghadam F, Arani FD. Evaluation heart rate irritability in children with chronic medical conditions based on attachment style. Journal of psychologicalscience. 2018;17(68):443-52.
25.Simi Z, Makhlough M, Jamali K, Ghasemi N. The Correlation between Attachment Styles and Defense Mechanisms with Mental Health in Diabetic Patients. Qom University of Medical Sciences Journal. 2018;11(12):43-5.1
26.Adams GC, Wrath AJ, Meng X. The relationship between adult attachment and mental health care utilization: A systematic review. The Canadian Journal of Psychiatry. 2018;63(10):651-60.
27.Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. American Journal of Psychiatry. 2001;158(1):29-35.
28.Ciechanowski PS, Hirsch IB, Katon WJ. Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. Diabetes care..6-731:(4)25;2002
29.IZADI TAMEH A, NEMATI DEHKORDI S, NEMATI DEHKORDI M. THE RELATIONSHIP BETWEEN ATTACHMENT STYLE ON SELF- EFFICACY AND SELF-CARE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES. JOURNAL OF DIABETES NURSING. 2014;1(2):-.
30.Turan B, Osar Z, Turan JM ,Ilkova H, Damci T. Dismissing attachment and outcome in diabetes: The mediating role of coping. Journal of Social and Clinical Psychology. 2003;22(6):607.
31.Hunter JJ, Maunder RG. Using attachment theory to understand illness behavior. General hospital psychiatry. 2001;23(4):177-82.
32.Mikaili N, GHASEMI MA, SALARI S, sakeni z. Theoretical and Practical Dimensions of Adherence to Treatment in Patients: A Review Study. MEDICAL JOURNAL OF MASHHAD UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES. 2019;62(2 #g00897):-.
33.Lindekilde N, Scheuer SH, Rutters F, Knudsen L, Lasgaard M, Rubin KH, et al. Prevalence of type 2 diabetes in psychiatric disorders: an umbrella review with meta-analysis of 245 observational studies from 32 systematic reviews. Diabetologia. 2021:1-17.
34.Mikulincer M, Shaver PR. An attachment perspective on psychopathology. World Psychiatry. 2012;11(1):11-5.
35.Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E, et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. Psychosomatic medicine. 2004;66(5):720-8.

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]

Attachment Styles and Glycemic Control in Patients With Type 2 Diabetes

Farkhondeh Neyestani[1], Mehrnoush Sohrab[2] , Zahra Kashi[3] , Reza Ali Mohammadpour[4] , Samane Farnia[5] , Maedeh Bagheri[6] .

1.Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2. Assistant professor, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3. Associate Professor, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
4.Professor, Biostatistics Department, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
5. Assistant professor of child and adolescent psychiatry, department of psychiatry and addiction institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
6.Assistant professor, department of psychiatry and addiction institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.

Abstract

Background and Objectives: *The prevalence of Diabetes Mellitus is increasing, and its acute and chronic complications can increase disability and mortality of patients. The present study was conducted to investigate the relationship between attachment styles and blood sugar control in patients with type 2 diabetes.*

Materials and Methods: *The present study was cross-sectional (descriptive analytical type) study which 240 people with type 2 diabetes referring to the endocrinology clinics of Mazandaran University of Medical Sciences in 2018 were evaluated in the study using convenience sampling. Subjects with psychiatric disorders based on the SCL90-R, were excluded. Collins's Adult Attachment Scale Revised was used to evaluate attachment styles. Information related to disease control, including fasting blood sugar, 2hpp (postprandial), glycosylated hemoglobin, and the presence of retinopathy, neuropathy, and nephropathy, were extracted from the patients' medical records. The data were analyzed through SPSS version 22 and using the analytical and descriptive tests (mean, standard deviation, frequency) and inferential statistics (Pearson, stepwise regression).*

Results: *The results of the correlation matrix have shown that neither of the attachment styles had a significant relationship with glycemic control(P>0.05).*

Conclusion: *Considering that people with psychiatric disorders were excluded from this study, suggested that future researches should investigate this population as well.*

Key words: *Attachment Styles, Type 2 Diabetes, Glycosylated Hemoglobin, Blood Glucose*

[Downloaded from ndhj.lums.ac.ir on 2026-11-26]