



**The Relationship between Adult Attachment Styles and Adherence to Treatment in Patients with Chronic Disease: The Mediating Role of Resilience**

Azra Zebardast <sup>1</sup>, Sajjad Rezaei <sup>2\*</sup>, Fatemeh Rezvandel-Ramzi <sup>3</sup>

1. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Faculty of Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

2. (Corresponding Author): Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

3. MSc Graduated in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

**Citation:** Zebardast A, Rezaei S, Rezvandel-Ramzi F. The Relationship Between Adult Attachment Styles and Adherence to Treatment in Patients with Chronic Disease: The Mediating Role of Resilience. *Journal of Research in Psychological Health*. 2022; 15(4). 12-24 [Persian].

**Key words:**

Adherence to treatment, chronic disease, resilience, attachment styles

- Resilience has a protective role in the relationship between types of attachment and adherence to treatment in chronic patients.
- It is better to include the strategies in the treatment program of patients with chronic diseases to resist the disease stress and increasing the capacity to adaptive coping to life-threatening conditions.

**Abstract**

One of the main challenges in treating chronic disease is patients' adherence to treatment instructions. The aim of this study was to determine the mediating role of resilience in the relationship between attachment styles and treatment adherence in patients with chronic disease. The research design was descriptive-correlational. The statistical population included all patients with diabetes and hypertension in Guilan province in 2020. A sample of 399 people were selected by purposive sampling method. Data were collected through the Collins and Reed's Adult Attachment Scale (RAAS), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), and the Modanloo Adherence to Treatment Questionnaire. Data processing was performed using path analysis technique in AMOS-24 software setting and bootstrap analysis in Macro program of Preacher and Hayes (2008). There was a significant direct relationship between adherence to treatment with resilience and secure and avoidant attachment style ( $p < 0.01$ ). However, there was no relationship between adherence to treatment and ambivalent attachment ( $p > 0.05$ ). The fit of the mediator model was improved after deleting the two non-significant paths and it was obtained a good fit by releasing the covariance error between the ambivalent attachment and the secure and avoidant attachment ( $CFI = 1.00$ ,  $RMSEA = 0.086$ ). Bootstrap analysis revealed that resilience mediates the associations between endogenous and exogenous variables. The coefficient of determination in the final model demonstrated that all exogenous and mediating variables predict 21% of the changes in the adherence to treatment. Resilience and attachment pattern are important in patients' adherence to the treatment procedure and it is suggested that skills and strategies for coping with the disease stress and increasing the capacity to adaptive coping to life-threatening conditions be included in the treatment program of patients with chronic diseases.

## رابطه بین سبک‌های دلبستگی بزرگسال با پیروی از درمان در بیماران مزمن: نقش میانجی تاب‌آوری

عذرا زبردست<sup>۱</sup>، سجاد رضائی<sup>۲\*</sup>، فاطمه رضواندل رمزی<sup>۳</sup>

۱. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. Rezaei\_Psy@hotmail.com

۳. دانشجو آموخته کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

### یافته‌های اصلی

- تاب‌آوری نقشی محافظتی در رابطه بین انواع دلبستگی و تبعیت از درمان در بیماران مزمن دارد.
- بهتر است در برنامه درمانی مبتلایان به بیماری مزمن راهبردهای مقاومت در برابر استرس بیماری و افزایش ظرفیت مقابله سازگارانه با شرایط تهدید کننده زندگی گنجانده شود.

### چکیده

یکی از چالش‌های اصلی درمان بیماری مزمن، تبعیت بیماران از دستورات درمانی است. هدف این پژوهش تعیین نقش میانجی‌گرانه تاب‌آوری در رابطه بین در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و تبعیت از درمان در مبتلایان به بیماری مزمن بود. طرح پژوهش، توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون استان گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد ۳۹۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. جمع‌آوری داده‌ها از طریق مقیاس دلبستگی کالینز و رید (RAAS)، مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون (CD-RISC) و پرسشنامه تبعیت از درمان مدانو انجام شد. پردازش داده‌ها با استفاده از روش تحلیل مسیر در محیط نرم افزار AMOS-24 و تحلیل بوت‌استرپ در برنامه Macro پریچر و هایز (۲۰۰۸) انجام شد. بین تبعیت از درمان با تاب‌آوری و سبک دلبستگی ایمن و اجتنابی رابطه مستقیم معنی‌دار یافت شد ( $p < 0.01$ ). اما بین تبعیت از درمان با دلبستگی دوسوگرا رابطه‌ای مشاهده نشد ( $p > 0.05$ ). برازش مدل میانجی پس از حذف دو مسیر غیرمعنادار بهبود یافت و با آزاد کردن خطای کوواریانس بین دلبستگی دوسوگرا با دلبستگی ایمن و اجتنابی برازش مطلوبی حاصل شد ( $086/ORMSEA, CFI=1/00$ ). تحلیل بوت‌استرپ آشکار ساخت تاب‌آوری در رابطه بین متغیرهای درونزا و برونزا به‌طورمعنی‌داری میانجی‌گری می‌کنند. ضریب تعیین مدل نهایی نشان داد تمامی متغیرهای برونزا و میانجی، ۲۱ درصد از تغییرات تبعیت از درمان را پیش‌بینی می‌کنند. تاب‌آوری و الگوی دلبستگی در تبعیت بیماران از پروسیجر درمان دارای اهمیت هستند و پیشنهاد می‌شود در برنامه درمانی مبتلایان به بیماری مزمن مهارت‌ها و راهبردهای مقاومت در برابر استرس بیماری و افزایش ظرفیت مقابله سازگارانه با شرایط تهدید کننده زندگی گنجانده شود.

### تاریخ دریافت

۱۴۰۰/۰۴/۰۹

### تاریخ پذیرش

۱۴۰۱/۳/۱

### واژگان کلیدی

تبعیت از درمان، بیماری مزمن، تاب‌آوری، سبک‌های دلبستگی.

## مقدمه

مولتیپل بیماری مزمن، شرایطی است که ۳ ماه یا بیشتر طول بکشد و در این مدت، فرد دوره‌های مکرر بهبودی و تشدید را تجربه کند. این گروه از بیماری‌ها مسری نبوده و ویژگی بارزشان، پیشرفت آهسته است. به‌طور کلی، از انواع سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی عروقی، دیابت، بیماری انسداد ریوی و بیماری عروق مغزی تا فشارخون را می‌توان به‌عنوان بیماری مزمن برشمرد (۱). گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که میزان مرگ و میر ناشی از عمده‌ترین بیماری‌های مزمن در سال ۲۰۰۲ تقریباً ۶۰٪ از کل موارد و ۴۳٪ از بار جهانی بیماری‌ها را تشکیل داده، اما تخمین زده شده بود که در سال ۲۰۲۰ این ارقام به ۷۳٪ از کل مرگ‌ها و ۶۰٪ از بار جهانی بیماری‌ها افزایش یابد (۲).

بیماری‌های مزمن زنان را بیشتر از مردان درگیر کرده، در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی رخ داده و میزان شیوع آن با افزایش سن بیشتر می‌شود (۳). نتایج مطالعات، عوارض روانی مانند شیوع افسردگی را در افرادی با بیماری‌های مزمن از ۳۴ تا ۶۵ درصد گزارش کرده (۴، ۵، ۶) و همچنین این گروه از بیماری‌ها را به عنوان یک عامل خطر ساز برای اقدام به خودکشی معرفی کرده‌اند (۷)؛ چرا که این بیماران به دلیل ضرورت در مراقبت مداوم از خود، علاوه بر تشدید علائم جسمی، استرس‌های روانشناختی تکرار شونده، تهدید اجتماعی و کاهش حرمت خود را نیز تجربه می‌کنند، مسأله‌ای که باعث آمادگی بیشتر ایشان برای سازش‌نیافتگی و افسردگی می‌شود (۹، ۸).

نتایج پژوهش‌های موجود، عوامل روان‌شناختی متعددی را در سازش‌یافتگی با بیماری‌های مزمن دخیل می‌دانند. از جمله این‌که نتایج نشان داد احساسات، رفتارها، شناخت-ها و فیزیولوژی زیربنایی مرتبط با الگوهای مختلف دل‌بستگی بزرگسالان، با افزایش خطر ابتلا به بیماری مزمن و نتایج کمتر خوش‌بینانه در مواجهه با بیماری همراه است. دل‌بستگی به طور کلی، به‌عنوان یک عامل تعیین‌کننده مهم در سلامت روان‌شناختی و به‌طور خاص در بهزیستی افراد شناخته می‌شود (۱۰، ۱۱). طبق نظر بالبی (۱۹۸۲)، تجربیات اولیه افراد از مراقبت، درونی‌شده

و مدل‌های رفتاری ما را شکل می‌دهد که زمینه‌ساز سبک دل‌بستگی است (۱۲) و این سبک‌ها نه تنها در روابط نزدیک بزرگسالان بلکه در بهزیستی افراد نیز نقش مهمی داشته و کیفیت زندگی، خلق و خوی مثبت و شادی آن‌ها را منعکس می‌کنند (۱۳). یافته‌ها نشان می‌دهند درحالی که دل‌بستگی ایمن با سطح بهزیستی بالاتری همراه است، دل‌بستگی دوسوگرا و اجتنابی هر دو با سطح بهزیستی پایین‌تر مرتبط هستند (۱۴، ۱۵). همچنین افراد با دل‌بستگی اضطرابی ممکن است به دلیل تجربه میزان بالاتری از عواطف منفی، علائم جسمی بیشتری را گزارش کنند (۱۶). دل‌بستگی نایمن در ایجاد شرایط مزمن سلامتی و مدیریت این شرایط نقش مهمی دارد (۱۷-۱۹). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد سبک‌های دل‌بستگی افراد می‌تواند با میزان پایبندی به فرایند درمانی در بیماران مختلف، اعم از بیماران با بیماری‌های مزمن-مانند دیابت- و یا بیماران در شرایط خاص- مانند عرضه فشار خون در بارداری- رابطه معنادار داشته باشد. نتایج در خصوص پایبندی بالاتر، همواره به نفع سبک دل‌بستگی ایمن بوده است. به این ترتیب که، در سبک دل‌بستگی ایمن پایبندی بالاتر و در سبک دل‌بستگی اضطرابی و یا دوسوگرا، پایبندی کمتری نسبت به دستورات دارویی و عملکردی پزشک در بیماران مشاهده می‌شود (۲۰-۲۳).

مکانیسم‌های مرتبط با دل‌بستگی نایمن در شروع بیماری و مشکلات بعدی کنار آمدن با آن، در یک مدل توسط موندرو و هانتز مفهوم سازی شده‌اند (۲۴). موندرو و هانتز (۲۰۰۱) یک مدل دل‌بستگی در بزرگسالان را مطرح کردند که در آن، رفتار ناشی از بیماری، بیماری پزشکی (به عنوان مثال، دیابت) یا جراحی، به عنوان یک عامل استرس‌زا تلقی می‌گردد که مجموعه‌ای منحصر به فرد از رفتارهای دل‌بستگی را در بیماران فعال می‌کند. این مجموعه رفتار در افراد با سبک‌های دل‌بستگی مختلف، تفاوت دارد. هانتز و موندرو، افرادی با دل‌بستگی ایمن را به گونه‌ای توصیف کردند که به طور مناسب قادر به تعدیل و ابراز هیجان‌های خود هستند و همچنین از تاب‌آوری کافی برای کنترل پریشانی مربوط به بیماری برخوردارند. اما در افرادی با دل‌بستگی اضطرابی تنظیم هیجان به شیوه ضعیف‌تر و ابراز عواطف منفی، به میزان بیشتری رخ می‌دهد که این ابراز ناراحتی شدید به عنوان تلاشی برای

همکاری در جهت پیروی از درمان تعریف کرد (۳۱). در مطالعه حاضر پیروی از درمان به عنوان یک رفتار محافظت‌کننده مهم در تاب‌آوری مرتبط با بیماری و عدم پیروی به عنوان یک عامل خطر ساز شناخته شده، زیرا عدم پیروی از درمان می‌تواند باعث بدتر شدن شرایط بیماری شود (۳۲، ۳۳).

شواهد محکمی وجود دارد مبنی بر این‌که در بیماران مزمنی که از نظر عاطفی بهنجار هستند، تلاش بیشتری در پیروی از درمان و حفظ تغییر ایجاد شده در سبک زندگی صورت می‌گیرد (۳۴، ۳۵، ۳۶). براساس نتایج، در بیماران مزمن رضایت از کیفیت روابط بین فردی با تبعیت از درمان ارتباط مستقیمی دارد (۳۷). مروری بر ادبیات تجربی و نظری نشان می‌دهد که سبک‌های دل‌بستگی ممکن است روابط و سبک‌های ارتباطی بیماران با پزشکان و همچنین تبعیت بیماران از توصیه‌های درمانی پزشکان را پیش‌بینی کند، از این رو درک چگونگی ارتباط میان سبک‌های دل‌بستگی بیماران و تبعیت از توصیه‌های دارویی و غیردارویی پزشکان، کمک می‌کند تا رفتارهای بیماران با سبک‌های دل‌بستگی خاص بهتر درک شود و در نتیجه تمهیدات لازم برای بیماران با توجه به گروه‌های خاص دل‌بستگی ایشان فراهم آید.

باید اذعان داشت اگرچه بیماری مزمن تهدیدکننده زندگی بیماران نیست، اما یک بار بزرگ روانی، مالی و اجتماعی بر دوش فرد، خانواده و جامعه است و در مقایسه با اغلب بیماری‌های حاد که درمان‌پذیر هستند، به صورت لاعلاج تا مدت‌های طولانی بیمار، مراقبین و سیستم سلامت را درگیر کرده و هزینه‌های روانی، مالی و انسانی زیادی را متحمل می‌سازد. طولانی شدن مدت بیماری و در عین حال، درمان ناپذیر بودن این نوع بیماری و در مقابل، در اغلب موارد، الزام به پایبندی به تغییرات عمده در سبک زندگی و مصرف دارو، از مهم‌ترین منابع ایجاد کننده بار روانی بر بیماران است که شناسایی مسائل روان‌شناختی بنیادین ایشان می‌تواند تبیین کننده میزان پایبندی در این افراد باشد. از همین رو، لازم است مطالعات در مورد بیماری‌های مزمن، بر بهبود و سلامت روانی این بیماران تمرکز بیشتری داشته باشد. در نتیجه و با بررسی شواهد موجود، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین ابعاد دل‌بستگی با پیروی از درمان

درگیر کردن متخصصان معالجه‌گر تلقی می‌شود. همچنین این مدل پیش‌بینی می‌کند که این افراد، اشخاصی نیازمند و وابسته تلقی می‌شوند. همین‌طور در افراد با دل‌بستگی اجتنابی که به تعدیل بیش از اندازه هیجان می‌پردازند، پیش‌بینی می‌شود که بدون هرگونه خواسته‌ای و با میزان حداقلی از هیجان و به صورت کلی به عنوان فردی بدون مشکل برای متخصصین به نظر برسند. با این حال این رفتار آن‌ها، که ممکن است شامل گزارش نکردن علائم و مقاومت در برابر مداخلات پزشکی و توصیه‌ها باشد، منجر به تداخل در درمان شود.

به منظور درک بهتر و جامع‌تر از سایر عوامل روانی که در سلامت روان بیماران مبتلا به بیماری مزمن نقش کلیدی داشته و با سبک دل‌بستگی نیز رابطه دارد، می‌توان به نقش تاب‌آوری اشاره کرد (۲۵). تاب‌آوری یا همان توانایی غلبه بر شرایط نامطلوب و حفظ عملکرد طبیعی در مواجهه با خطر، ارتباط نزدیکی با سبک‌های دل‌بستگی دارد؛ به عنوان مثال شیبو و کسی (۲۰۱۴) در مطالعه‌ای نشان داده‌اند که در مقایسه با افراد دل‌بسته ایمن که سطح تاب‌آوری در آن‌ها بالاتر است، در افراد دل‌بسته اضطرابی و اجتنابی، تاب‌آوری در سطح پایین‌تری قرار دارد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که دل‌بستگی ایمن برای توسعه و یا بروز تاب‌آوری مهم است، و حتی اگر افراد سبک دل‌بستگی دوسوگرا داشته باشند، حضور و پشتیبانی یک دیگری مهم، می‌تواند تاب‌آوری آن‌ها را افزایش دهد (۲۶). تاب‌آوری دارای ساختاری پویا و چندوجهی است که در سطوح مختلف اما متقابل (جامعه، شبکه‌های اجتماعی، فرآیندهای روانشناختی) و درحوزه‌های کارکردی متنوع (جسمی، روانشناختی، مالی و غیره) تاثیرگذار است (۲۵، ۲۷، ۲۸) و ضمن افزایش سازگاری در هنگام بحران، به عنوان یک توانایی روانی - اجتماعی برای کاهش عواطف منفی تلقی می‌شود (۲۹). همچنین نقش مهمی در ایجاد انگیزه در بیماران برای حفظ سلامت روان و برای انجام رفتارهایی دارد که به آن‌ها کمک می‌کند تا با اضطراب و افسردگی ناشی از بیماری مزمن تهدیدکننده زندگی کنار بیایند. به عبارت دیگر، تاب‌آوری، کیفیت زندگی افراد را بهبود می‌بخشد (۳۰). تاب‌آوری مربوط به بیماری را می‌توان به عنوان توانایی فرد در مقابله با بیماری، پذیرفتن محدودیت‌های ناشی از بیماری و

داشته‌اند؟ چه تشخیصی دریافت کرده‌اند؟ آیا داروی اعصاب و روان تجویز شده و مصرف می‌کنند؟ در صورت ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، اطلاعات آنان از تحلیل‌های آماری کنار گذاشته می‌شد. فرایند جمع‌آوری داده از آذر ۱۳۹۹ شروع شده و تا دی ۱۳۹۹ به مدت ۴۰ روز ادامه داشت.

ابزارها:

مقیاس دل‌بستگی کالینز و رید (RAAS): این مقیاس به وسیله کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ مورد بازنگری قرار گرفت و شامل ۱۸ ماده است که به در طیف لیکرت ۵ درجه ای برای هر ماده (که از ۱= به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد تا ۵= کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد) سنجیده می‌شود و شامل خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خود - توصیفی شیوه شکل دهی دل‌بستگی‌های نزدیک است (۳۸). با تحلیل عوامل، ۳ زیر مقیاس وابستگی، نزدیک بودن و اضطراب که هر یک شامل ۶ ماده است مشخص می‌شود. نزدیک بودن در تطابق با دل‌بستگی ایمن می‌باشد. وابستگی و اضطراب به ترتیب با دل‌بستگی نایمن اجتنابی و دوسوگرا مطابقت دارد (۳۹). کولینز و رید (۳۸) ضریب آلفای کرونباخ را برای هر خرده مقیاس در نمونه ۱۷۳ نفری از دانشجویان به ترتیب برای خرده مقیاس‌های وابستگی، نزدیک بودن و اضطراب و کل ابزار به ترتیب ۰/۷۸، ۰/۸۱، ۰/۸۵ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. پایایی بازآزمایی برای این سه خرده مقیاس ۰/۷۱، ۰/۶۸ و ۰/۵۲ برآورد شده است. (۳۸). در ایران ضریب پایایی بازآزمایی RAAS در ایران بر روی ۱۰۵ در یک فاصله زمانی ۲ ماهه مابین ۰/۸۱ الی ۰/۸۵ برآورده شده و روایی آن نیز مناسب گزارش شده است (۳۹).

مقیاس تاب‌آوری کونر و دیویدسون (CD-RISC): هدف از ساخت CD-RISC تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیربالینی بوده است (۴۰). این پرسشنامه دارای ۲۵ ماده است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر در افراد است. ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۹ گزارش شده و همچنین ضریب پایایی بازآزمایی آن در

بوده که اولاً رابطه سبک‌های دل‌بستگی افراد مبتلا به بیماری مزمن با میزان تاب‌آوری آن‌ها و ثانیاً نقش واسطه‌ای سطوح تاب‌آوری در رابطه با پیروی از درمان را مورد بررسی قرار دهد. اگرچه این سه سازه روان‌شناختی در مورد بیماران مزمن، در پژوهش‌های گذشته به‌صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته بودند، اما تاکنون به رابطه میان آن‌ها در قالب یک مدل میانجی، پرداخته نشده است.

## روش

طرح این مطالعه مقطعی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به دیابت و فشار خون استان گیلان در سال ۱۳۹۹ بود. تعداد ۳۹۹ بیمار (۲۳۳ زن و ۱۶۶ مرد) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به دلیل شرایط همه‌گیری بیماری کووید-۱۹، پرسشنامه‌ها در پلتفرم وب‌سایت پرس‌لاین الکترونیکی شده و لینک آن از طریق سامانه‌های پیام-رسان نظیر واتساپ و تلگرام برای بیماران ارسال شد. جمع‌آوری اطلاعات از بیماران توسط پژوهشگران در دانشگاه گیلان صورت گرفت که طی آن با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، لینک پرسشنامه را برای بیماران مبتلا به دیابت و فشارخونی، ارسال می‌کردند و بیماران به پرسشنامه به صورت آنلاین پاسخ می‌دادند.

ملاک ورود به پژوهش داشتن رضایت آگاهانه و تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی بین ۳۰ تا ۶۰ سال، متاهل بودن و ابتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ یا ابتلا به فشار خون بود. بدین صورت که بیمار گزارش می‌کرد که دست‌کم ۱۲ ماه از دریافت تشخیص قطعی دیابت یا فشارخون او توسط پزشک متخصص سپری شده است و بیمار به دستور پزشک در طی ۱۲ ماه گذشته برای کنترل دیابت یا فشارخون دارو مصرف کرده باشد. ملاک خروج نیز سابقه ابتلا به بیماری‌های روان‌پزشکی سایکوتیک و یا سابقه بستری در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، ابتلا به دیابت بارداری، اختلال حرکتی یا اختلال بینایی شدید که در روند ارزیابی‌های روانی خلل ایجاد کند، بود. برای غربالگری بیماران از نظر اختلالات روان‌پزشکی، قبل از شروع ارزیابی از آن‌ها پرسیده می‌شد که آیا تاکنون سابقه مراجعه به روان‌پزشک یا بستری در بیمارستان روانی را

بیماری‌های مزمن به‌عنوان متغیر درون‌زا در نظر گرفته‌شده است. هم‌چنین برای آزمون معنی‌داری مسیرهای غیرمستقیم از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه ماکرو پریچر و هایز (۴۵) استفاده شد.

#### یافته‌ها

۳۹۹ بیمار واجد شرایط در این مطالعه شرکت داشتند که ۲۳۳ نفر (۵۸٫۴٪) زن بودند. براساس نظر پزشک ۱۹۱ مبتلا به پرفشاری خون و ۲۰۸ نفر مبتلا به دیابت بودند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در این پژوهش  $10/03 \pm$  ۴۵/۶۹ بود که در دامنه ۱۰ تا ۷۳ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات ۶۵ نفر (۱۶٫۳٪) زیر دیپلم، ۹۴ نفر (۲۳٫۶٪) دیپلم و مابقی تحصیلات دانشگاهی داشتند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری مزمن در آنها ۵٫۹۲  $\pm$  ۶٫۳۴ سال بود که در دامنه ۱ تا ۴۵ سال قرار داشت. جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرها را نشان می‌دهد.

قوی‌ترین رابطه تبعیت از درمان با تاب‌آوری به دست آمد ( $r=0.44, p<0.01, p<0/01$ ) (44/0r =) درحالی‌که بین تبعیت از درمان با دلبستگی دوسوگرا رابطه‌ای مشاهده نشد ( $p>0/05$ ). جهت آزمون الگوی پیشنهادی مندرج در شکل ۱- از روش الگویابی معادلات ساختاری در قالب تحلیل مسیر استفاده شد. برای تعیین برازش مدل پیشنهادی پژوهش از شاخص‌هایی استفاده شد که مقادیر آن در جدول ۲ گزارش شده‌اند (۴۵). شاخص فاصله‌ی ماه‌الانوبیس برای شناسایی داده‌های پرت چندمتغیری استفاده شد و از میان ۴۰۲ نفر داده‌های ۳ نفر از تحلیل کنار گذاشته شد ( $n=399$ ). بر اساس نظر کلاین (۴۶)، قدر مطلق مقدار کجی کوچک‌تر از ۳ و قدر مطلق مقدار کشیدگی کوچک‌تر از ۱۰، نشان از عدم وجود مشکل داده‌ها از نظر نرمال بودن تک‌متغیری می‌باشد. بنابراین تحلیل داده‌های این مطالعه از نظر نرمال بودن تک متغیری اشکالی ندارد. پیش از تعیین ضرایب ساختاری، ابتدا برازش الگوی پیشنهادی براساس شاخص‌های برازندگی معرفی‌شده ارزیابی شدند. مقادیر شاخص‌های برازندگی، برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده‌ها را نشان نمی‌دهند (جدول ۲).

جهت بهبود برازش مدل در گام نخست دو مسیر غیرمعنادار حذف شد (الگوی اصلاح‌شده‌ی) و در گام دوم

یک فاصله یک ماهه ۰/۸۷ برآورد شده است. روایی همگرای CD-RISC از طریق همبستگی با مقیاس سرسختی کوباسا ارزیابی شد و یافته‌ها نشان داد که ضریب همبستگی این دو در بیماران سرپایی روان‌پزشکی مثبت و معنادار است ( $r=83/0, p<0/01$ ). هم‌چنین نمرات CD-RISC با مقیاس استرس ادراک شده همبستگی منفی و معناداری نشان داد ( $r=76/0, p<0/01$ ) داشتند که این نتایج حاکی از اعتبار همزمان این مقیاس است (۴۰). در ایران ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۱). در پژوهشی که سامانی و همکاران (۴۲) در بین دانشجویان انجام دادند، پایایی این مقیاس را ۰/۹۳ گزارش کردند.

پرسشنامه تبعیت از درمان مدانلو: این پرسشنامه توسط مدانلو (۴۳) برای بیماران مزمن طراحی شده و دارای ۴۰ ماده که شامل ۷ خرده مقیاس اهتمام در درمان (۹ سوال)، تمایل به مشارکت در درمان (۷ سوال)، توانایی تطابق (۷ سوال)، تلفیق درمان با زندگی (۵ سوال)، چسبیدن به درمان (۴ سوال)، تعهد به درمان (۵ سوال) و تدبیر در اجرای درمان (۳ سوال) می‌باشد. این پرسشنامه با استفاده از یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای (۱=کاملاً مخالف تا ۵=کاملاً موافق) نمره گذاری می‌شود. هرچه نمره کل یا نمره هر خرده مقیاس بیشتر باشد، فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است. آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ بوده و پایایی بازآزمون آن با فاصله زمانی دو هفته ۰/۸۷ گزارش شده است. برای تعیین روایی سازه تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد شاخص KMO برابر با ۰/۹۰ است که بیانگر کفایت نمونه انتخابی برای انجام تحلیل عاملی بود و آزمون بارتلت در سطح  $p\leq 0/001$  معنی دار بود، متوسط شاخص روایی محتوی پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش شد (۴۴).

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون و تکنیک تحلیل مسیر بر پایه مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. در تمامی تحلیل‌های آماری از نسخه ۲۲ نرم افزار SPSS و AMOS استفاده شد. بر مبنای این مدل مسیر (نگاه کنید به شکل ۱-)، سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و برون‌زا، تاب‌آوری به‌عنوان متغیر میانجی و تبعیت از درمان در افراد مبتلا به

دوسوگرا با تبعیت از درمان افراد دارای بیماری مزمن از طریق تاب آوری میانجیگری می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر به دنبال بررسی رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و میزان تبعیت از درمان و با توجه به نقش میانجیگرانه تاب‌آوری در افرادی دارای بیماران مزمن بود. نتایج نشان داد بین تاب‌آوری و دل‌بستگی دوسوگرا رابطه منفی و معنادار وجود دارد؛ یعنی هرچه قدر سطح دل‌بستگی دوسوگرا بالاتر است، تاب‌آوری پایین‌تر است و در مورد اجتنابی‌ها این رابطه مثبت و معنادار است. رابطه بین دل‌بستگی ایمن با تاب‌آوری مثبت و معنادار مشاهده شد. این نتایج همسو با مطالعات موجود است (۲۴، ۴۷، ۴۸، ۴۹، ۵۰، ۵۱، ۵۲)، و در تبیین آن می‌توان گفت سبک‌های دل‌بستگی با اثرگذاری در اتخاذ الگوهای ارزیابی استرس با تاب‌آوری پیوند دارند؛ به این صورت که باورهای افراد و تجارب ایشان در مقابله با استرس و مقاومت در مقابل استرس‌زها را می‌سازند (۵۳). به بیان دیگر، براساس نظریه دل‌بستگی، حمایت‌جویی یک راهبرد اساسی در سبک دل‌بستگی در مواجهه با استرس است (۱۰). در افراد دل‌بسته ناایمن، حمایت‌جویی با نگرانی درباره طرد و جدایی همراه است. در شرایط استرس‌زا، افراد دل‌بسته دوسوگرا فرض می‌کنند که باید به راهبردهای بیش‌فعالی از قبیل شدت‌بخشی به واکنش‌های حمایت‌جویی احساسی و کمک طلبی روی آورند. درمقابل، افراد با دل‌بستگی اجتنابی به طور ویژه به غیرفعال کردن این راهبردها یعنی تنظیم سطح پایین هیجان‌ها و احساسات و دوری کردن از افراد و حفظ فاصله از دیگران روی می‌آورند. افراد اجتنابی در ارزیابی وقایع استرس‌زا مشکل ندارند و تهدیدها را درک و ارزیابی می‌کنند، اما در پاسخدهی به این استرس‌ها از شیوه انکار استرس استفاده می‌کنند (۵۳).

بنابراین، به نظر می‌آید علت تفاوت این رابطه در دو نوع دل‌بستگی ناایمن، اجتنابی و دوسوگرا، به این دلیل است که افراد دارای دل‌بستگی اجتنابی تمایلی ندارند که به کسی تکیه کنند و تلاش می‌کنند تا به خودشان تکیه کنند، در نتیجه تاب‌آوری‌شان نسبت به افراد دارای دل‌بستگی دو سوگرا بیشتر است. برای همین علامت رابطه در دل‌بستگی دوسوگرا منفی اما در دل‌بستگی اجتنابی

با آزاد کردن خطای کوواریانس بین دل‌بستگی دوسوگرا با دل‌بستگی ایمن و اجتنابی (الگوی اصلاح‌شده‌ی نهایی) برازش مطلوبی حاصل شد. شاخص  $R^2$  میزان واریانس تبیین شده متغیرهای مشاهده‌شده درون‌زا را نشان می‌دهد. ضریب تعیین متغیر تبعیت از درمان ۰/۲۱ است که نشان می‌دهد تمامی متغیرهای مستقل و میانجی می‌توانند ۲۱ درصد از تغییرات تبعیت از درمان را پیش‌بینی کنند که این میزان درحد متوسط است. بنابراین با توجه به شاخص‌های مندرج در جدول ۲ برای مدل نهایی، می‌توان گفت مدل مسیر از سبک‌های دل‌بستگی به تبعیت از درمان با میانجیگری تاب‌آوری برازش دارد. جدول ۳ ضرایب استاندارد مسیرها و شکل ۲ الگوی پیشنهادی، الگوی اصلاح‌شده و الگوی نهایی را نشان می‌دهند.

با توجه به الگوی نهایی (ج)، بالاترین ضریب (۰/۴۱) به مسیر تاب‌آوری به تبعیت از درمان اختصاص دارد و ضعیف‌ترین ضریب (۰/۱۰-) به مسیر دل‌بستگی دوسوگرا به تاب‌آوری مربوط می‌شود. نتایج حاصل از روابط مستقیم بین متغیرها در مدل نهایی نشان می‌دهد که در کل نمونه تمامی ضرایب مسیر از لحاظ آماری معنی‌دار هستند ( $p < 0.05$ ) به جز دو مسیر که عبارت بودند از مسیر دل‌بستگی ایمن به تبعیت از درمان و مسیر دل‌بستگی دو سوگرا به تبعیت از درمان.

در ادامه برای تعیین معنی‌داری رابطه میانجیگرانه و اثر غیرمستقیم متغیر برون‌زا بر متغیر درون‌زا از طریق متغیر میانجی از تحلیل بوت‌استرپ در برنامه MACRO پریچر و هایز (۴۴) روی نرم افزار SPSS-22 استفاده شد. سطوح اطمینان ۹۵ درصد و تعداد نمونه‌گیری مجدد بوت‌استرپ ۲۰۰۰ در نظر گرفته شد.

جدول ۴- حدود پایین و بالای فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای تاب‌آوری به‌عنوان متغیر میانجی بین سبک‌های دل‌بستگی و تبعیت از درمان را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه صفر بیرون از این فواصل اطمینان قرار دارد، تحلیل بوت‌استرپ از لحاظ آماری معنی‌دار است و می‌توان نتیجه گرفته که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و

با توجه به معناداری نقش میانجی تاب‌آوری در هر سه رابطه از انواع دلبستگی، می‌توان گفت تاب‌آوری نقش محافظتی در رابطه بین انواع دلبستگی و تبعیت از درمان در بیماران مزمن دارد و به طور جزئی بخشی از اثر دلبستگی بر تبعیت بیماران از درمان مربوط به حضور تاب‌آوری آنان است. بنابراین به متخصصان حوزه سلامت در زمینه بیماری‌های مزمن توصیه می‌شود به منظور افزایش و ارتقاء تبعیت از درمان در بیماران مزمن، راهبردهای روان‌شناختی ارتقاء دهنده تاب‌آوری را برای افراد با انواع سبک‌های دلبستگی به کار گیرند. نباید از نظر دور داشت که در تعمیم نتایج پژوهش حاضر رعایت جانب احتیاط لازم است؛ چراکه پژوهش حاضر حاصل بررسی داده‌های برآمده از یک طرح برش عرضی بود که نمی‌تواند بیان‌کننده نقش علیتی سازه‌ها باشد و همچنین روابط بین متغیرها نیز نسبتاً ضعیف مشاهده شد. از این رو لازم است پژوهشگران آتی با بررسی‌های طولی و طرح‌های آزمایشی، نقش علیتی سازه‌های روان‌شناختی دخیل در تبعیت از درمان را تعیین کنند. همچنین پژوهش حاضر برای انتخاب بیماران مزمن به دو نوع بیماری مزمن شایع که به تبعیت از درمان نیاز مبرم دارد، یعنی افراد دیابتی و دارای فشارخون بالا بسنده کرد؛ افرادی از این دو نوع بیماری که دارای سواد اینترنتی بوده و قادر به پاسخگویی به سوالات به صورت برخط بودند. بنابراین پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در پژوهش‌های آتی به بررسی انواع متنوع و متعدد بیماری‌های مزمن پرداخته و همه بیماران را با هرمیزان از تحصیلات و توانمندی مورد بررسی قرار دهند.

#### تشکر و قدردانی

از تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که در فرایند گردآوری داده‌ها پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مثبت به دست آمده است. اثر مثبت تبیینی سبک دلبستگی ایمن بر اتخاذ راهبردهای مقابله با استرس و حمایت‌جویی از طریق افزایش به کارگیری راهبرد بازاریابی و کاهش سرکوب‌گری است که با تاب‌آوری رابطه معنادار دارد و به بهزیستی منجر می‌شود (۱۴).

در مورد نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین دلبستگی ایمن و تبعیت از درمان، نتایج حاصل شده حاکی از معناداری نقش میانجی‌گرانه تاب‌آوری است. یعنی، ورود تاب‌آوری به تحلیل مسیر، رابطه بین دلبستگی ایمن و تبعیت از درمان را شدت می‌بخشد. جالب توجه آن است که در مورد دلبستگی اجتنابی هم همین طور است. یعنی، در افراد با دلبستگی اجتنابی، وقتی تاب‌آوری وارد رابطه می‌شود، اثر دلبستگی اجتنابی بر تبعیت از درمان افزایش پیدا می‌کند. نتایج حاصله از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های موجود همسو است (۱۷، ۱۸، ۲۵، ۵۴). لازم به توضیح است که اگرچه دلبستگی اجتنابی نوعی دلبستگی نامطلوب است، اما چون این افراد در ارتباطات بین فردی، اجتناب می‌کنند و از حمایت دیگران استفاده نمی‌کنند؛ اگر منابع تاب‌آوری درونی و فردی داشته باشند، تبعیت از درمان بیشتری از خود نشان خواهند داد. به عبارت دیگر، تاب‌آوری به افرادی که دلبستگی اجتنابی دارند، کمک می‌کند تا در سازش-یافتگی با تغییرات سبک زندگی جهت تبعیت از درمان موفق‌تر عمل کنند. در مورد سبک دلبستگی دوسوگرا، وقتی تاب‌آوری وارد مدل میانجی می‌شود، اثر نامطلوب و منفی این نوع دلبستگی بر تبعیت از درمان کاسته می‌شود. به بیان دیگر تاب‌آوری از بیماران مزمن در برابر اثرات منفی دلبستگی دو سوگرا محافظت می‌کند (۵۴). درواقع، تاب‌آوری به دلیل دارا بودن نقش موثری که بر رفتارهای خودمدیریتی دارد، تبعیت از درمان را افزایش می‌دهد (۵۴، ۵۵).

#### منابع

World Health Organization. World report on ageing and health. World Health Organization; 2015 Oct 22.

World Health Organization. Integrated chronic disease prevention and control. World Health

Organization. Available online: [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/en/](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/) (accessed on 2 February 2013). 2016 Dec 5.

Wang LM, Chen ZH, Zhang M, Zhao ZP, Huang ZJ, Zhang X, Li C, Guan YQ, Wang X, Wang ZH, Zhou MG. Study of the prevalence and disease burden of chronic disease in the elderly in China.



- Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi. 2019; 40(3): 277-83.
- Demirtürk E, Aşlar RH. The effect of depression on adherence to antihypertensive medications in elderly individuals with hypertension. *Journal of Vascular Nursing*. 2018; 36(3): 129-39.
- Mut-Vitcu G, Timar B, Timar R, Oancea C, Citu IC. Depression influences the quality of diabetes-related self-management activities in elderly patients with type 2 diabetes a cross-sectional study. *Clin Interv Aging*. 2016; 11: 471-479.
- Yang CY, Chiou AF. Comparison of the prevalence and predictors of depression in Taiwanese and American older patients with arthritis. *Perspect Psychiatr Care*. 2016; 52(4): 283-291.
- Xu H, Qin L, Wang J, Zhou L, Luo D, Hu M, Li Z, Xiao S. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ open*. 2016; 6(4).
- Gong, M. S. Hope and resilience of patients on dialysis (Unpublished master's thesis). Seoul, South Korea: Ehwa Women's University. 2009.
- Dekker J, de Groot V. Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and rehabilitation*. 2018; 40(1): 116-20.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change. Guilford Press; 2007.
- Moreira P, Pedras S, Silva M, Moreira M, Oliveira J. Personality, attachment, and well-being in adolescents: The independent effect of attachment after controlling for personality. *Journal of Happiness Studies*. 2021; 22(4): 1855-88.
- Bowlby J. Attachment and loss: attachment 1982; vol. 1. NY: Basic Books. 1982.
- World Health Organization. (1999). WHO Welzijnsindex. <[http://www.cure4you.dk/354/WHO-5\\_%20Dutch.pdf](http://www.cure4you.dk/354/WHO-5_%20Dutch.pdf)> (retrieved 16-9-2011)
- Wei M, Liao KY, Ku TY, Shaffer PA. Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of personality*. 2011 Feb;79(1):191-221.
- Lucktong A, Salisbury TT, Chamratrithirong A. The impact of parental, peer and school attachment on the psychological well-being of early adolescents in Thailand. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2018; 23(2): 235-49.
- Riem MM, Doedée EN, Broekhuizen-Dijksman SC, Beijer E. Attachment and medically unexplained somatic symptoms: The role of mentalization. *Psychiatry research*. 2018 Oct 1;268:108-13.
- McWilliams LA. Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *European Journal of Pain*. 2017; 21(8): 1378-83.
- Holwerda N, Sanderman R, Pool G, Hinnen C, Langendijk JA, Bemelman WA, Hagedoorn M, Sprangers MAG: Do patients trust their physician? The role of attachment style in the patient Physician relationship within one year after a cancer diagnosis. *Acta Oncol*. 2013; 52(1):110-117.
- Schmidt S, Nachtigall C, Wuethrich-Martone O, Strauss B: Attachment and coping with chronic disease. *J Psychosom Res* 2002; 53: 763-773.
- Vandenberk T, Lanssen D, Storms V, Bamelis L, Grieten L, Gayselaers W, Tang E, Luyten P. Relationship Between Adherence to Remote Monitoring and Patient Characteristics: Observational Study in Women With Pregnancy-Induced Hypertension. *JMIR Mhealth Uhealth* 2019; 7 (8): e12574
- Leung S, Wnuk S, Jackson T, Cassin S, Hawa R, Sockalingam S. Prospective Study of Attachment as a Predictor of Binge Eating, Emotional Eating and Weight Loss Two Years after Bariatric Surgery. *Nutrients* 2019; 11: 1625
- Nanjappa S, Chambers S, Marcenes W, Richards D., Freeman R. A theory led narrative review of one-to-one health interventions: the influence of attachment style and client-provider relationship on client adherence. *Health Education Research* 2014; 29 (5): 740- 754.
- 23.Ciechanowski P, Katon W, Russo J, Walker E. The Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. *American Journal Psychiatry* 2001;158: 29-35.
- Maunder RG, Hunter JJ, Atkinson L, Steiner M, Wazana A, Fleming AS, Moss E, Gaudreau H, Meaney MJ, Levitan RD: An attachment-based model of the relationship between childhood adversity and somatization in children and adults. *Psychosom Med* 2017; 79:506-513.
- Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(5): 441-8.

- Shibue Y, Kasai M. Relations between attachment, resilience, and Earned Security in Japanese University students. *Psychological reports*. 2014; 115(1):279-95.
- Wiles JL, Wild K, Kerse N, Allen RE. Resilience from the point of view of older people: 'There's still life beyond a funny knee'. *Social Science & Medicine*. 2012; 74(3): 416-24.
- Wild K, Wiles JL, Allen RE, Warburton J, Ng SH, Shardlow SM. Resilience: thoughts on the value of the concept for critical gerontology. *Ageing and Society*. 2013; 33(1): 137.
- Chen S, Bonanno GA. Psychological adjustment during the global outbreak of COVID-19: A resilience perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12(S1): S51.
- Ran L, Wang W, Ai M, Kong Y, Chen J, Kuang L. Psychological resilience, depression, anxiety, and somatization symptoms in response to COVID-19: A study of the general population in China at the peak of its epidemic. *Social Science & Medicine*. 2020; 262: 113261.
- Bianchini DC, Dell'Aglio DD. Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2006; 16(35): 427-36.
- Freire de Medeiros CM, Arantes EP, Tajra RD, Santiago HR, Carvalho AF, Libório AB. Resilience, religiosity and treatment adherence in hemodialysis patients: a prospective study. *Psychology, health & medicine*. 2017; 22(5): 570-7.
- Sutanto B, Singh-Grewal D, McNeil HP. et al. Experiences and perspectives of adults living with systemic lupus erythematosus: thematic synthesis of qualitative studies. *Arthritis Care Res* 2013; 65(11): 1752-65
- Halepian L, Saleh MB, Hallit S, Khabbaz LR. Adherence to insulin, emotional distress, and trust in physician among patients with diabetes: a cross-sectional study. *Diabetes Therapy*. 2018; 9(2): 713-26.
- DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*. 2000; 160(14): 2101-7.
- Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL: Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *J Behav Med* 1992; 15:447-468 Crossref, Medline, Google Scholar
- Hammash MH, Crawford T, Shawler C, Schrader M, Lin CY, Shewekah D, Moser DK. Beyond social support: Self-care confidence is key for adherence in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2017; 16(7): 632-7.
- Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol*. 1990; 54: 644-663.
- Pakdaman SH. The Relationship between Attachment and seeking community in Adolescence [Thesis for Doctoral of Psychology]. [Tehran. Iran]. 2001, [Persian]
- Connor K M, Davidson J R T. Development of a New Resilience Scale: The Connor- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *J Depres Anxiety* 2003; 18: 76-82.
- Mohammadi M. Investigating the Factors Affecting Resilience in Subjects at Risk of Substance Abuse [Doctoral dissertation]. [Tehran. Iran]. University of Rehabilitation Sciences and Social Welfare. 2005, [Persian]
- Samani S, Jokar B, Sahragard N. Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2007; 13(3): 290-5.
- Modanloo M. Development and psychometric tools adherence to treatment in patients with chronic (dissertation). Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2013. [Persian]
- Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*. 2008 Aug;40(3):879-91.
- Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: design and interpretation. Thousand Oaks: Sage publications; 2016.
- Kline RB. Data preparation and psychometrics review. Principles and practice of structural equation modeling. 4th ed. New York, NY: Guilford. 2016. pp. 64-96
- Kafetsios, K., Sideridis, G. Attachment, social support and well-being in young and older adults. *Journal of Health Psychology*, 2006; 11:863-876.
- Meredith P., Ownsworth T., & Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 2008; 28: 407-429.

Lavy, S., Littman-Ovadia, H. All you need is love? Strengths mediate the negative associations between attachment orientations and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 2011; 50: 1050–1055.

Bender A., Ingram R. Connecting attachment style to resilience: Contributions of self-care and self-efficacy. *Personality and Individual Differences*, 2018; 130: 18-20.

Pourkord M., Mirderikvand F., Karami A. Predicting Resilience in Students based on Happiness, Attachment Style, and Religious Attitude. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 2020; 7(2): 27-34.

Basal F., Onur S., Yamac D., Karacin C., Zengin G., Bilgetekin J., Demirci U., Oksuzoglu B. Does a Secure Attachment Style Predict High Psychological Resilience in Patients With Cancer Receiving Chemotherapy? *Cureus*, 2020; 12(10): e10954.

Karremen A. Vingerhoets A. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 2012; 53: 821-826.

Jia J., Jenkins A.J., Quintiliani L.M., Truong V., Lasser K.E. Resilience and diabetes self-management among African-American men receiving primary care at an urban safety-net hospital: across-sectional survey. *Ethnicity & Health*, 2020; <https://doi.org/10.1080/13557858.2020.1849566>

Wilson AL., D. McNaughton SB. Meyer PR. Ward. Understanding the Links Between Resilience and Type-2 Diabetes Self-Management: A Qualitative Study in South Australia. *Archives of Public Health*, 2017; 75 (1): 56.

جدول ۱- میانگین (M) و انحراف معیار (SD) بهزیستی اجتماعی، بهزیستی معنوی و تنظیم هیجان در بیماران MS و افراد غیربیمار  
جدول ۱- شاخص‌های توصیفی و ضرایب همبستگی متغیرها در بیماران مزمن (n=۱۳۹۹)

متغیرها	M±SD	کجی	کشیدگی	دامنه	۱	۲	۳	۴	۵
۱- تبعیت از درمان	۱۸/۳۵ ± ۱۴۶/۹۴	-۰/۸۸	۱/۱۱	۱۸۹-۷۸	۱				
۲- تاب‌آوری	۱۶/۹۰ ± ۶۰/۸۴	-۰/۰۶	-۰/۵۵	۱۰۰-۱۵	۰/۴۴**	۱			
۳- دل‌بستگی ایمن	۴/۰۲ ± ۱۴/۲۹	۰/۳۲	-۰/۴۹	۲۴-۴	۰/۲۱**	۰/۳۹**	۱		
۴- دل‌بستگی دوسوگرا	۴/۹۵ ± ۱۰/۳۱	۰/۱۱	-۰/۴۴	۲۴-۰	-۰/۰۲	-۰/۱۵**	-۰/۳۲**	۱	
۵- دل‌بستگی اجتنابی	۳/۴۲ ± ۱۳/۰۴	-۰/۰۸	-۰/۷۳	۲۰-۴	۰/۲۲**	۰/۲۷**	-۰/۰۲	۰/۲۲**	۱

جدول ۲- شاخص‌های پرازندگی الگوهای پیشنهادی، اصلاحی و نهایی\*

شاخص‌ها		df	P-value	CMIN/df	RMSEA	NNFI	CFI	NFI	IFI	AIC	مدل‌ها
χ <sup>2</sup>											مدل پیشنهادی
۶۳/۰۶		۳	۰/۰۰۰۱	۲۱/۰۲	۰/۲۲۴	۰/۲۱۳	۰/۷۶۴	۰/۷۶۱	۰/۷۷۰	۹۷/۰۵۸	مدل پیشنهادی
۶۵/۵۳		۵	۰/۰۰۰۱	۱۳/۱۱	۱۳/۱۰۶	۰/۵۲۴	۰/۷۶۲	۰/۷۵۲	۰/۷۶۶	۹۵/۵۳۲	مدل اصلاح شده
۲/۶۶		۳	۰/۴۴۷	۰/۸۷	۰/۰۸۶	۱	۱	۱	۱	۳۶/۶۵۸	مدل نهایی

\* یادداشت: CMIN/df: Chi-square/degree-of-freedom ratio; RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation; NNFI: Non-Normed Fit Index; CFI: Comparative Fit Index; NFI: Normed Fit Index; IFI: Incremental Fit Index; AIC: Akaike information criterion; PNFI, PCFI (>.5), CFI, IFI, GFI (>.9), RMSEA (<0.05 good, 0.05-0.08 accept, 0.08-0.1 marginal); CMIN/DF (<3 good, <5 acceptable); AIC: a lower value indicating a higher quality.

جدول ۳- ضرایب استاندارد مسیرهای الگوی نهایی

مسیرها	ضرایب استاندارد	خطای معیار	نسبت بحرانی	P-value
دل‌بستگی ایمن ← تاب‌آوری	۱/۵۴	۰/۱۹	۷/۹۱	۰/۰۰۱
دل‌بستگی اجتنابی ← تاب‌آوری	۱/۴۸	۰/۲۲	۶/۶۴	۰/۰۰۰۱
دل‌بستگی دوسوگرا ← تاب‌آوری	-۰/۳۳	۰/۱۶	-۰/۲۰۵	۰/۰۴۰
تاب‌آوری ← تبعیت از درمان	۰/۴۵	۰/۰۵	۸/۸۶	۰/۰۰۱
دل‌بستگی اجتنابی ← تبعیت از درمان	۰/۵۷	۰/۲۵	۲/۳۰	۰/۰۰۲

جدول ۴- نتایج تحلیل بوت استرپ برای مسیرهای غیرمستقیم با سطح اطمینان ۹۵ درصد

مسیرها	شاخص‌ها					
	داده	بوت	سوگیری	خطا	حد پایین	حد بالا
دل‌بستگی ایمن ← تبعیت از درمان از طریق تاب‌آوری	۰/۷۵۱	۰/۷۴۸	-۰/۰۰۳۶	۰/۱۲۳	۰/۵۳۸	۱/۰۲۹
دل‌بستگی اجتنابی ← تبعیت از درمان از طریق تاب‌آوری	۰/۵۹۵	۰/۵۹۲	-۰/۰۰۲۳	۰/۱۲۸	۰/۳۷۹	۰/۹۰۸
دل‌بستگی دوسوگرا ← تبعیت از درمان از طریق تاب‌آوری	-۰/۲۴۱	-۰/۲۴۳	-۰/۰۰۱۴	۰/۰۸۶	-۰/۴۰۳	-۰/۰۷۶

