

اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر سبک دلبستگی، دشواری تنظیم هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به زخم معده مزمن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۴/۲۰

خلاصه

مقدمه

زخم معده از جمله بیماری‌های رایج روان‌تنی است که پیشنهاد شده اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی بر بهبود و مدیریت این بیماری مورد بررسی قرار گیرد. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر سبک دلبستگی، دشواری تنظیم هیجانی و تبعیت از درمان دارویی در بیماران مبتلا به زخم معده مزمن صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم معده مزمن می‌شد که در بازه زمانی پژوهش به پلی‌کلینیک‌های تخصصی و متخصصین داخلی شهر مشهد مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. ۳۴ نفر از کسانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جای گرفتند. گروه مداخله درمان مبتنی بر دلبستگی دریافت کردند. شرکت کنندگان در هر سه مرحله پژوهش با نسخه تجدید نظر شده مقیاس دلبستگی بزرگسال کالینز و رید (۱۹۹۰)، مقیاس تبعیت درمانی موریسکی (۲۰۰۸) و مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی گرتز و رومر (۲۰۰۴) ارزیابی شدند. برای تحلیل داده‌ها، از روش آماری تحلیل واریانس مکرر در نرم‌افزار آماری SPSS22 استفاده شد.

نتایج

یافته‌ها نشان داد شرکت کنندگان در گروه مداخله سبک دلبستگی ایمن‌تر، تبعیت درمانی بالاتر و تنظیم هیجانی بهتری بعد از مداخله گزارش کردند. نمرات شرکت کنندگان در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری در سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی نشان داد ($P < 0.001$).

نتیجه‌گیری

درمان مبتنی بر دلبستگی را می‌توان برای سازگاری بهتر با بیماری زخم معده مزمن به کار برد.

کلمات کلیدی

درمان مبتنی بر دلبستگی، سبک دلبستگی، تنظیم هیجانی، تبعیت درمانی، زخم معده مزمن
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

عباس کیوانلو^۱

علی اکبر صارمی^{۲*}

رضا نوری^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

Email: saremi@iautj.ac.ir

مقدمه

بیماری زخم معده به عنوان یک بیماری روان تنی شناخته شده است و علی رغم اینکه دلیل ابتلا به این بیماری کاملاً مشخص نیست در مطالعات مختلف استرس و مشکلات روان شناختی به عنوان عوامل تشدید و ادامه بیماری شناخته شده اند (۱). این بیماری در بین جمعیت عمومی شیوعی بین ۸۰-۱۵۰ نفر در ۱۰۰/۰۰۰ دارد که رقم بالایی محسوب می شود (۲). این بیماری موجب مرگ و میر مبتلایان نمی شود اما پیامدهای فردی و اجتماعی قابل توجهی به همراه دارد (۳). بیماری زخم معده می تواند زمینه بیماری های گوارشی سطوح بالاتر و حتی سرطان را ایجاد کند (۴). بیماری های سلامت روان مانند اضطراب و افسردگی در بین مبتلایان به زخم معده شایع است. این بیماران دچار اختلالات خواب می شوند و از این طریق عملکرد روزانه فرد تحت تأثیر قرار می گیرد (۵).

عوامل مختلفی در ارتباط با علل ایجاد و تشدید این بیماری تاکنون شناخته شده اند از جمله ضعف سیستم جسمانی، الگوهای غلط تغذیه، عدم تحرک و استرس (۶). از میان عوامل روان شناختی اضطراب و استرس همبستگی بالایی با تشدید این بیماری نشان داده اند (۵). به همین جهت این بیماری به عنوان یک بیماری روان تنی شناخته شده است. اختلالات روان تنی دربرگیرنده تعاملات بین ذهن و بدن هستند که در آن بیماری جسمی یا ناشی از عوامل روانی است و یا به واسطه آن تشدید می شود و بنابراین برای درمان بیماری های روان تنی در کنار مداخلات پزشکی توجه به عوامل روانی هم ضروری است. از جمله عوامل روانی دخیل در بیماری های روان تنی مشکلات در تنظیم هیجان و تنش های ناشی از عوامل بین فردی است (۷؛ ۸). بر اساس نظریه معروف دلبستگی بالبی که به عنوان پرنفوذترین نظریه در خصوص روابط بین فردی شناخته شده است، سبک های دلبستگی ناایمن (اضطرابی و اجتنابی) موجب ایجاد ویژگی های اضطرابی در کسانی می شود که در کودکی دلبستگی ایمن در آن ها شکل نگرفته است (۹). دلبستگی ناایمن می تواند از طریق ایجاد اضطراب یا ویژگی های شخصیتی آسیب پذیر موجب ابتلای فرد به بیماری های روان تنی شود (۱۰). از جمله مشکلات شایع در افراد با دلبستگی ناایمن دشواری هایی است که این افراد در تنظیم هیجان و عواطف خود دارند (۹). این انواع ناایمن دلبستگی می تواند به صورت خطی در طیفی با بیان عاطفی بالا (و بنابراین تنظیم عاطفه ضعیف) در یک انتها و بیان احساسی کم و تنظیم بیش از حد عاطفه متناظر در طرف دیگر به تصویر کشیده شوند که سبک ایمن در نقطه میانی طیف قرار می گیرد (۱۱). از آنجایی که تنظیم عواطف و هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند منجر به آسیب های روانی و فیزیولوژیک شود (۱۲). پژوهش در تحول هیجانی نشان داده است که مهارت های تنظیم عواطف و کنترل تکانه ابتدا در روابط کودک- والد شکل می گیرد. در واقع دلبستگی اولیه نقش تعیین کننده در کنترل هیجان فرد در دوران نوجوانی و بزرگسالی دارد (۱۳).

بالبی^۱ (۱۴) معتقد است که در زمان استرس، افراد بر روابط دلبستگی خود با حفظ مجاورت با فردی که به مدیریت درماندگی کمک می کند و احساس آرامش به وجود می آورد، تکیه می کنند. وی خاطر نشان کرد که در زمان تهدید یا فقدان سیستم دلبستگی فعال می شود. به عبارت دیگر بیماری به مثابه فقدان، تهدید یا انزوا، رفتار دلبستگی را فعال می کند. بیماران بزرگسال نیز سبک های دلبستگی خود را در روابط درمانی نشان می دهند. بر اساس نظر بارتولومئو و هورویتز^۲ (۱۵) تفاوت های فردی در سبک های دلبستگی، در روابط بین شخصی از جمله رابطه بیمار- مراقب کاربرد دارد. بنابراین نظریه دلبستگی مدل مفیدی برای شناخت و ادراک علائم، استفاده از مراقبت پزشکی و تعامل با مراقبان در اختیار قرار می دهد (۱۶). توصیفات بالبی به ما یادآوری می کند که بیماری اغلب با افزایش نیاز یا میل به یک فرد نزدیک و مراقبت کننده همراه است. گاهی اوقات این نیاز و رفتارهای

1- Bowlby

2- Bartholomew & Horowitz

ناشی از آن، خود می‌تواند تنش ایجاد کرده و در روابط بیمار با تیم درمان اختلال ایجاد کند. درک این فرآیند کمکی مفید برای مدیریت ناراحتی ناشی از بیماری جسمی است (۱۱).

سبک دل‌بستگی از طریق تأثیر بر روابط پزشک بیمار و تنظیم هیجانات می‌تواند در تبعیت درمانی نیز نقش ایفا کند (۱۷). منظور از تبعیت درمانی، پیروی از دستورات پزشک در زمینه دستورالعمل‌های درمانی و دارویی است (۱۸). برآوردهای پایبندی به رژیم‌های دارویی طولانی مدت از ۱۷ تا ۸۰ درصد است و عدم پایبندی (یا عدم تداوم) می‌تواند منجر به افزایش عوارض، مرگ و میر و هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی شود (۱۹). اخیراً، محققان در حال بررسی سودمندی سبک‌های دل‌بستگی در زمینه دستورالعمل‌های پزشکی هستند (۲۰؛ ۲۱؛ ۲۲). به نظر می‌رسد که می‌توان بین سبک دل‌بستگی و مراقبت از سلامت، رابطه کلامی و ارتباط با ارائه‌دهندگان مراقبت و رفتار بیماری پیوندی برقرار کرد (۲۳؛ ۲۴). علاوه بر این، این پیوند احتمالی ممکن است بهترین شیوه‌های مرتبط به نتایج سلامت، رضایت بیمار، تبعیت از درمان و رابطه پزشک-بیمار در محیط‌های پزشکی را نشان دهد (۲۵؛ ۲۶؛ ۲۷؛ ۲۸). باید در نظر داشت شناسایی دیر هنگام، مزمن بودن، نوسان علائم و طولانی بودن دوره درمانی در این بیماری موجب می‌شود تبعیت درمانی در این بیماران پایین باشد (۲۸). همین امر موجب سرایت بیماری به سایر بخش‌های سیستم گوارش شده و مشکلات درازمدتی برای بیماری به وجود می‌آورد (۲۹).

تحقیقات اخیر در زمینه دل‌بستگی به کاربرد نظریه دل‌بستگی در بیماری‌های طبی معطوف شده‌اند و نشان داده‌اند که نظریه دل‌بستگی، برحسب مفروضه‌های بنیادین خود، توان یکپارچه‌سازی متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی تحول، سلامت و بیماری را به‌منظور تبیین سازگاری با بیماری جسمی دارد (۳۰). لويس (۳۱) در یک مطالعه اخیر درمان‌های مبتنی بر دل‌بستگی را برای گستره‌ای از مشکلات جسمانی و روانی اثربخش معرفی کرده است. نتایج مطالعه ریوا کرو گنولا، ایراردی، کالیزاتی و داویننگ^۲ (۳۲) نیز نشان داد درمان مبتنی بر دل‌بستگی در بهبود سبک‌های دل‌بستگی و تنظیم هیجانی نوجوانان اثربخش بوده است. در مطالعه ییتس و سالاس^۳ (۳۳) مشخص شد درمان مبتنی بر دل‌بستگی از طریق تنظیم هیجانات در حفظ عملکرد سیستم ایمنی مؤثر است و از طریق مدیریت استرس می‌تواند در بهبود بیماری‌های جسمی نیز مؤثر باشد. این یافته‌ها در زمینه پیشگیری اولیه، در حیطه‌های سلامت و بیماری‌های پزشکی، همچنین در حوزه‌های روان‌شناختی و اختلالات دل‌بستگی اهمیت بسزایی دارند. با این وجود در ایران مطالعه‌ای که این روش درمانی را بر روی بیماری زخم معده مزمن بررسی کرده باشد یافت نشد. علاوه بر آن مطالعاتی که در خصوص اثربخشی متغیرهای مورد مطالعه صورت گرفته است نیز بسیار محدود هستند. بنابراین این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سؤال صورت گرفت که آیا درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سبک دل‌بستگی، دشواری تنظیم هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به زخم معده اثربخش است؟

روش کار

روش مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل است. جامعه آماری مطالعه حاضر شامل تمامی بیماران مبتلا به زخم معده می‌شد که در بازه زمانی پژوهش به پلی کلینیک‌های تخصصی و متخصصین داخلی شهر مشهد مراجعه می‌کردند. نمونه‌گیری به روش در دسترس صورت گرفت. کسانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. حجم نمونه مشابه با مطالعات نیمه آزمایشی تعداد ۳۰ نفر در نظر گرفته شد که با در نظر گرفتن طولانی بودن مدت

¹- Lewis

²- Riva Crugnola, Ierardi, Albizzati & Downing

³- Yeates & Salas

مداخله و احتمال ریزش آزمودنی‌ها، ۳۴ نفر از دواطلبین که مایل به شرکت در پژوهش بودند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل جایگزین شدند. در پس‌آزمون در نهایت ۱۴ نفر در هر گروه باقی ماندند که به پرسشنامه‌ها به طور کامل پاسخ داده بودند. افراد گروه مداخله در جلسات مبتنی بر دلبستگی شرکت کردند و در این بازه زمانی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل از مداخله، دو هفته بعد از مداخله (پس‌آزمون) و یک ماه بعد از پس‌آزمون (پیگیری) با پرسشنامه‌های تبعیت از درمان موریسکی، نسخه تجدیدنظر شده دلبستگی بزرگسال و مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی ارزیابی شدند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص زخم معده مزمن با درجه متوسط توسط پزشک متخصص؛ حداقل تحصیلات دیپلم؛ سن بین ۱۸ سال تا ۵۰ سال؛ عدم ابتلا به بیماری روان‌تنی و مزمن دیگری به جز زخم معده. معیارهای خروج شامل اعتیاد به الکل و مواد مخدر؛ سابقه تشخیص اختلالات روان‌پریشی و زخم معده خفیف یا شدید بر اساس طبقه‌بندی جانسون (۳۴)، عدم تمایل به همکاری و غیبت بیش از سه جلسه از مداخله می‌شد. از ابزارهای زیر جهت ارزیابی شرکت‌کنندگان استفاده شد:

الف- پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی: شامل سن، جنسیت، میزان تحصیلات، مدت بیماری، بیماری هم‌زمان و ... این پرسشنامه توسط پژوهشگران و به منظور تعیین مشخصات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها و بررسی ملاک‌های خروج و متغیرهای کنترل و غیره تهیه گردید.

ب- مقیاس تبعیت از درمان موریسکی^۱ (MMAS): مقیاس تبعیت از درمان موریسکی در سال ۲۰۰۸ توسط موریسکی طراحی شده است. مقیاس دارای ۷ سؤال دو نمره‌ای (بلی صفر و خیر یک) و یک سؤال ۵ نمره‌ای (هرگز = صفر، بندرت = یک، گاهی اوقات = دو، اغلب اوقات = سه و همیشه = چهار) است و نمره بالاتر از ۶ به منزله تبعیت درمانی مطلوب محسوب می‌شود. تان، پاتل و چانگ (۳۵)، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کردند که نشان‌دهنده اعتبار مناسب مقیاس است. روایی هم‌زمان مقیاس با مقیاس فرم بلند نیز تأیید شده است. روایی صوری مقیاس توسط متخصصین تأیید گردید و ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش داخلی معادل ۰/۷۲ محاسبه شد (۳۶). اعتبار مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمد.

ج- مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی^۲ (DERS): یک ابزار ۳۶ ماده‌ای است که سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در شش زمینه به شرح زیر می‌سنجد: عدم پذیرش هیجان‌های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتار تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. نمره کل از مجموع شش زیر مقیاس به دست می‌آید. نمره بیشتر نشان‌دهنده دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. بشارت (۳۷) و بشارت و بزازیان (۳۸) در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی اعتبار و روایی پرسش‌نامه را بررسی کرده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ به دست آمد و برای نمره کل بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ بود. ضریب باز آزمایی در دو نوبت با فاصله ۴ تا ۶ هفته برای نمره کل مقیاس ۰/۷۱ و ۰/۸۷ بود و برای زیر مقیاس‌ها نیز ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ به دست آمد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند و روایی همگرا و افتراقی از طریق اجرا هم‌زمان مقیاس سلامت روانی، پرسش‌نامه تنظیم شناختی گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت (به نقل از ۳۷). ضریب کرونباخ مقیاس در پژوهش حاضر ۰/۶۹ به دست آمد.

¹ - Morisky Medication Adherence Scale (MMAS)

² - Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

د- نسخه تجدیدنظر شده مقیاس دلبستگی بزرگسال (RAAS): این مقیاس که در سال ۱۹۹۰ توسط کالینز و رید مورد بازنگری قرار گرفت مهارت‌های ایجاد روابط و شیوه‌های شکل‌گیری روابط دلبستگی نسبت به شاخصه‌های دلبستگی را می‌سنجد. این مقیاس شامل ۱۸ گویه است که سه سبک دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی را از طریق علامت‌گذاری روی یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای ارزیابی می‌کند. کالینز و رید (۱۹۹۰) اعتبار زیرمقیاس‌های این مقیاس را هم از طریق آلفای کرونباخ و هم باز آزمایی، بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. در ایران توسط رحیمیان بوگر، نوری، عریضی، مولوی و فروغی مبارکه (۳۹) بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان هنجاریابی شده است. برای کل آزمون‌های سبک دوسوگرا (۰/۷۵)، سبک اجتنابی (۰/۸۱)، سبک ایمن (۰/۸۳) به دست آمد که اعتبار مطلوب را نشان می‌دهد. علاوه بر این روایی محتوایی و صوری آن توسط چند تن از متخصصان روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت. در این مطالعه آلفای کرون باخ بین ۰/۶۰-۰/۷۰ به دست آمد.

شرکت‌کنندگان در هر دو گروه در خصوص شرایط ورود به مطالعه اطلاعات لازم را کسب کردند و با در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی وارد مطالعه شدند. بعد از پیش‌آزمون، گروه مداخله درمان مبتنی بر دلبستگی را در ۳۰ جلسه دریافت کردند. در این بازه زمانی گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جلسات سه بار در هفته اجرا شد و هر جلسه حدود ۹۰ دقیقه طول کشید. محتوای مداخله در طی جلسات به شرح زیر بود. طرح مداخله درمان گروهی مبتنی بر دلبستگی به تأیید ۷ نفر متخصص روان‌شناسی که سابقه و تجربه در زمینه روان‌درمانی‌های پویایی به خصوص درمان‌های با محوریت دلبستگی داشتند رسید و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شد.

جدول ۱. محتوای جلسات

جلسه	اهداف	محتوی
اول	آشنایی درمانگر با افراد. آشنایی افراد گروه با همدیگر. توضیح افراد گروه درباره بیماری‌شان. توضیحات مقدماتی درباره روش درمان، قواعد و قوانین درمان گروهی. تقویت پویایی گروه.	گردآوری اطلاعات در مورد بیماری، سابقه و درمان‌های اخذ شده. ارائه منطبق درمان مداخله مبتنی بر دلبستگی.
دوم تا پنجم	دلبستگی مرتبط با همه مراحل زندگی است. دلبستگی در طول مراحل رشد یک فرد به صورت یک موضوع مهم باقی می‌ماند.	تعیین مصادیق رفتاری دلبستگی و نحوه برخورد با آن. تعیین مصادیق احساسی دلبستگی و نحوه برخورد با آن. بررسی تجارب دلبستگی با مراقبین اولیه. آشنایی با سبک‌های دلبستگی ایمن و نایمن. توجه به واکنش‌ها و رفتار گروه در مواجهه با بیان تجارب سایر اعضا: افزایش همدلی.
پنجم تا دهم	دلبستگی زیربنای درک احساسات، همدلی و پاسخ سازگارانه است. افزایش اعتماد به احساسات و بیان آن‌ها.	بررسی شیوه‌های مدیریت هیجانات. آشنایی با مصادیق و پیامدهای سبک‌های دلبستگی در مدیریت هیجانات.

¹ - Revised version of the Adult Attachment Scale (RAAS)

بررسی پاسخ‌های مبتنی بر سبک‌های دلبستگی در واکنش به ابراز احساس سایر اعضا: مؤلفه همدلی.

بررسی انتظار پاسخ‌دهی مطلوب یا نامطلوب از طرف اعضا توسط شرکت‌کننده‌ها.

جلسه یازدهم تا پانزدهم
تضاد و اختلاف بخشی از رفتارهای دلبستگی است. اگرچه اغلب تضادها و اختلافات تهدیدکننده به نظرمی‌رسند، اما آن‌ها می‌توانند فرصتی برای تغییرات سالم باشند.

تیین و بررسی اهمیت ارتباط با دیگران و اینکه در یک رابطه اختلاف و تضاد امری طبیعی است. تقویت همدلی. هدایت رابطه بین اعضا توسط درمانگر.

بررسی نقش درمانگر به‌عنوان یک ابژه جدید در روابط بین اعضا.

شانزدهم تا بیستم
کاهش رفتارهای تکانشی و بدون تأمل. به‌صورت تکانشی منجر به پاسخ شود.

بررسی نشانه‌های راه‌انداز رفتارها و الگوهای تکراری ناموثر رفتاری.

بیست و یکم تا بیست و پنجم
ترمیم آسیب‌های دلبستگی. تغییر زمانی حاصل می‌شود که شما ضمن ادراک گذشته به‌سوی آینده حرکت کنید.

بررسی نشانه‌ها و راه‌اندازها بین اعضا و بین اعضا و درمانگر. گفتگو درباره جراحات‌های ناشی از دلبستگی در کودکی. سوگواری برای ابژه‌های سرد، طردکننده و آسیب‌زننده کودکی.

تغییر قدم به قدم صورت می‌گیرد. بررسی اینکه آسیب‌های دلبستگی چطور باعث سرکوبی و بازداری هیجانات می‌شده و این هیجانات سرکوب‌شده سر از جسم درمی‌آوردند.

جلسه بیست و ششم تا پانزدهم
حفظ ارتباطات یک مفهوم کلیدی است. تمرین روابط جدید خارج از تکرار الگوهای

فهم و توضیح اینکه اعضا نیازی به تکرار الگوهای گذشته ندارند.

مرضی گذشته. بررسی پیامد شیوه‌های جدید ارتباط، چگونگی حفظ رابطه و مدیریت تعارضات احتمالی.

جمع‌بندی کلی و نتیجه‌گیری از جلسات مداخله.

آزمون مفروضه همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون لوین بررسی شد. یکی از آزمون‌هایی که باید در تحلیل واریانس با مقادیر تکراری به کار رود، آزمون «کرویت موجلی» است که برای بررسی یکسان بودن واریانس‌ها در بین گروه‌ها یا مداخله‌ها به کار می‌رود. در این بین شرط کروی بودن، یک فرض مهم از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر است. این شرط بیان می‌کند که واریانس اختلاف بین همه زوج‌های

برای تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، درصد و فراوانی استفاده شد. جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای مقایسه گروه‌ها و بازه‌های زمانی قبل از هر چیز پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در تمام متغیرهای پژوهش با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرونوف محاسبه گردید. از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. پیش از اجرای این

بودند (۵۵ درصد). اکثریت شرکت کنندگان تحصیلات دانشگاهی داشتند (۶۰ درصد). نتایج حاصل از مقایسه وضعیت جمعیت شناختی نمونه‌های مورد پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله و کنترل نشان داد دو گروه از نظر سن، مدت بیماری، تحصیلات و تاهل تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند و همگن هستند ($P > 0/05$). در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه کنترل و مداخله به همراه مؤلفه‌های متناظر با هر یک از آن‌ها ارائه شده است.

حاصل از سطوح «متغیر عامل» یا «شرایط بین آزمودنی‌ها» باید برابر باشد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم‌افزار SPSS ۲۲ استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

بررسی توزیع سنی شرکت کنندگان نشان داد اکثریت شرکت کنندگان در بازه سنی ۳۵-۵۰ سال قرار داشتند. ۷۱ درصد از شرکت کنندگان متاهل بودند. اکثریت شرکت کنندگان بیش از ده سال بود که به بیماری زخم معده مبتلا

جدول شماره (۲). میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M	SD	M	SD	M
سبک دل‌بستگی ایمن	مداخله	۲/۱۸	۱۴/۰۰	۱/۸۲	۱۷/۵۷	۱/۵۱	۲۰/۰۰
	کنترل	۲/۱۵	۱۴/۲۱	۱/۵۶	۱۴/۰۰	۱/۸۱	۱۴/۰۷
سبک دل‌بستگی اضطرابی	مداخله	۲/۳۰	۲۲/۲۸	۲/۵۰	۱۹/۵۷	۲/۳۲	۱۷/۲۱
	کنترل	۲/۶۸	۲۱/۵۷	۲/۷۸	۲۱/۷۱	۲/۷۰	۲۱/۹۲
سبک دل‌بستگی اجتنابی	مداخله	۲/۷۲	۱۹/۲۱	۲/۵۳	۱۵/۸۵	۲/۴۱	۱۳/۰۰
	کنترل	۲/۶۰	۱۸/۷۸	۲/۴۶	۱۹/۰۷	۲/۱۰	۱۸/۸۵
تبعیت درمانی	مداخله	۱/۵۰	۴/۴۲	۱/۷۲	۶/۷۱	۱/۶۴	۸/۶۲
	کنترل	۱/۳۶	۴/۷۸	۱/۳۶	۴/۷۸	۱/۲۵	۴/۰۸
تنظیم هیجانی	مداخله	۴/۹۹	۷۶/۸۵	۴/۷۸	۶۳/۱۴	۳/۷۵	۴۵/۸۵
	کنترل	۵/۵۷	۷۷/۲۱	۶/۳۲	۷۵/۵۰	۶/۰۸	۷۴/۰۰

نبودند بنابراین این فرض تأیید شده است. همچنین با آزمون لوین شرط برابری واریانس‌ها تأیید شد.

ابتدا پیش‌فرض‌های آماری بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد. بررسی آزمون ام باکس و موجلی نشان داد هیچ کدام معنادار

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
سیک دلستگی این	مرحله	۱۲۰/۰۷	۱	۱۲۰/۰۷	۳۱۶/۷۱	*۰/۰۰۱	۰/۹۲
	مرحله	۱۳۲/۰۷	۱	۱۳۲/۰۷	۳۴۸/۳۶	*۰/۰۰۱	۰/۹۳
	x گروه	۹/۸۵	۲۶	۰/۳۷			
	خطا	۲۰۱/۱۹	۱	۲۰۱/۱۹	۲۰/۸۰	*۰/۰۰۱	۰/۴۴
	گروه	۲۵۱/۲۶	۲۶	۹/۶۷			
	خطا	۷۷/۷۸	۱	۷۷/۷۸	۳۳۳/۱۰	*۰/۰۰۱	۰/۹۲
دلستگی اجتنابی	مرحله	۱۰۳/۱۴	۱	۱۰۳/۱۴	۴۴۱/۶۹	*۰/۰۰۱	۰/۹۴
	مرحله	۶/۰۷	۲۶	۰/۳۸			
	x گروه	۸۸/۰۴	۱	۸۸/۰۴	۴/۶۳	*۰/۰۰۴	۰/۱۵
	خطا	۴۹۳/۷۶	۲۶	۱۸/۹۹			
	گروه	۱۳۲/۰۷	۱	۱۳۲/۰۷	۱۰۵/۱۹	*۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۱۳۸/۲۸	۱	۱۳۸/۲۸	۱۱۰/۱۴	*۰/۰۰۱	۰/۸۰
دلستگی اضطرابی	مرحله	۳۲/۶۴	۲۶	۱/۲۵			
	x گروه	۱۷۴/۲۹	۱	۱۷۴/۲۹	۱۰/۳۳	*۰/۰۰۳	۰/۲۸
	خطا	۴۳۸/۵۹	۲۶	۱۶/۸۶			
	مرحله	۳۶۳۲/۱۶	۱	۳۶۳۲/۱۶	۶۱/۵۱	*۰/۰۰۱	۰/۹۶
	خطا	۱۵۳/۱۷	۲۶	۵,۸۹	۶		
	x گروه	۳۱۰۵/۱۶	۱	۳۱۰/۱۶	۵۲/۰۵	*۰/۰۰۱	۰/۹۵
تنظیم هیجانی	خطا	۳۳۴۴/۰۴	۱	۳۳۴/۰۴	۴۳/۴۱	*۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۲۰۰۲/۸۵	۲۶	۷۷/۰۳			
	مرحله	۶۴/۲۸	۱	۶۴/۲۸	۱۱/۱۴	*۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۶۰/۰۷	۱	۶۰/۰۷	۱۰/۶۶	*۰/۰۰۱	۰/۸۰
	x گروه	۱۴/۶۴	۲۶	۰/۵۶			
	گروه	۷۰/۵۸	۱	۷۰/۵۸	۱۱/۰۲	*۰/۰۰۳	۰/۲۹
تبعیت درمانی	خطا	۱۶۶/۴۰	۲۶	۶/۴۰			
	مرحله	۶۴/۲۸	۱	۶۴/۲۸	۱۱/۱۴	*۰/۰۰۱	۰/۸۱
	خطا	۶۰/۰۷	۱	۶۰/۰۷	۱۰/۶۶	*۰/۰۰۱	۰/۸۰
	گروه	۷۰/۵۸	۱	۷۰/۵۸	۱۱/۰۲	*۰/۰۰۳	۰/۲۹

می‌دهد ۰/۱۵ تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل رخ داده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر دشواری در تنظیم هیجانی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $\{F(1,26)=616/51; p<0/001\}$. در تعامل گروه و مراحل زمانی نیز تفاوت معناداری به دست آمد $\{F(1,26)=527/05; p<0/001\}$. همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نیز نشان دهنده معنادار بودن تفاوت گروهها در این متغیر بود $\{F(1,26)=43/41; p<0/001\}$. بررسی مجذور اتا نشان می‌دهد ۰/۶۲ تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل رخ داده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر تبعیت درمانی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $\{F(1,26)=114/14; p<0/001\}$. در تعامل گروه و مراحل زمانی نیز تفاوت معناداری به دست آمد $\{p<0/001\}$ ؛ همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نیز نشان دهنده معنادار بودن تفاوت گروهها در این متغیر بود $\{F(1,26)=11/02; p<0/05\}$. بررسی مجذور اتا نشان می‌دهد ۰/۲۹ تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه گواه رخ داده است. برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز از آزمون مقایسه میانگین (جدول ۴) استفاده شد.

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر نشان می‌دهد بین نمره‌های مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در متغیر سبک دل‌بستگی/ایمن تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $\{F(1,26)=316/17; p<0/001\}$. در تعامل گروه و مراحل زمانی نیز تفاوت معناداری به دست آمد $\{p<0/001\}$ ؛ همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نیز نشان دهنده معنادار بودن تفاوت گروهها در این متغیر بود $\{F(1,26)=20/80; p<0/001\}$. بررسی مجذور اتا نشان می‌دهد ۰/۴۴ تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل رخ داده است. در متغیر سبک دل‌بستگی/اضطرابی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $\{F(1,26)=105/19; p<0/001\}$. در تعامل گروه و مراحل زمانی نیز تفاوت معناداری به دست آمد $\{F(1,26)=110/14; p<0/001\}$. همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نیز نشان دهنده معنادار بودن تفاوت گروهها در این متغیر بود $\{F(1,26)=10/33; p<0/001\}$. بررسی مجذور اتا نشان می‌دهد ۰/۲۸ تغییرات در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل رخ داده است. در متغیر سبک دل‌بستگی/اجتنابی نیز تفاوت معناداری مشاهده می‌شود $\{p<0/001\}$ ؛ همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه و مراحل زمانی تفاوت معناداری به دست آمد $\{F(1,26)=333/10; p<0/001\}$ ؛ همچنین بررسی کلی تفاوت دو گروه نیز نشان دهنده معنادار بودن تفاوت گروهها در این متغیر بود $\{F(1,26)=441/69; p<0/001\}$. بررسی مجذور اتا نشان

جدول ۴. نتایج مقایسه تفاوت میانگین‌ها در بازه‌های زمانی

متغیر	مراحل	پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	میانگین	
دل‌بستگی ایمن	پیش‌آزمون	۱/۲۸	*۰/۰۰۱	۲/۳۵
	پس‌آزمون	--	-	۱/۰۷
دل‌بستگی اضطرابی	پیش‌آزمون	-۱/۵۳	*۰/۰۰۱	-۳/۰۷

متغیر	مراحل	پس آزمون		پیگیری
		میانگین	معناداری	
پس آزمون	پس آزمون	--	-	معناداری *۰/۰۰۱
		۱/۵۳-	میانگین	
دلبستگی اجتنابی	پیش آزمون	-۱/۶۷	*۰/۰۰۱	معناداری *۰/۰۰۱
	پس آزمون	--	-	معناداری *۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	پیش آزمون	۷/۲۱	*۰/۰۰۱	معناداری *۰/۰۰۱
	پس آزمون	--	-	معناداری *۰/۰۰۱
تبعیت درمانی	پیش آزمون	۱/۱۷	*۰/۰۰۱	معناداری *۰/۰۰۱
	پس آزمون	--	-	معناداری *۰/۰۰۱

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که بین نمرات پس آزمون و پیگیری در گروه تحت درمان اختلاف معناداری وجود داشته است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر سبک دلبستگی، دشواری در تنظیم هیجانی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به زخم معده مزمن صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی بر تغییر سبک‌های دلبستگی اثربخش بوده است. بدین معنا که افرادی که در گروه مداخله شرکت کرده بودند از نظر میزان سبک دلبستگی ایمن نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل بعد از مداخله نشان می‌دادند در حالیکه نمرات سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی شرکت کنندگان در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله کاهش یافته بود. بنابراین میزان سبک دلبستگی ایمن در مرحله پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش معناداری داشت و مقایسه دو گروه کنترل و مداخله نیز نشان دهنده کاهش معنادار میزان دلبستگی ناایمن (اجتنابی و اضطرابی) بود. بنابراین می‌توان گفت درمان مبتنی بر دلبستگی بر تغییر سبک‌های دلبستگی بیماران اثربخش بوده است. تولاچ و همکاران (۴۰) در پژوهش خود

به نتایج مشابهی دست یافتند. در مطالعه دیگری ناواروگیل و همکارانش (۴۱) با هدف ارزیابی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر خودشفقتی و سبک دلبستگی به این نتیجه رسیدند که سبک دلبستگی ایمن به طور قابل توجهی در گروه مداخله افزایش یافت و با تغییرات در شفقت به خود واسطه شد. همچنین نتایج مطالعه بروباچر (۴۲) با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی نشان داد ایجاد تجارب عاطفی اصلاحی می‌تواند این الگوها را به پیوندهای ایمن بین فردی و درون روانی یعنی همان سبک دلبستگی ایمن تبدیل کند. ریواکروگنولا و همکاران (۳۲) با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی در بهبود سبک دلبستگی و تنظیم هیجان مادران نوجوان مطالعه‌ای انجام دادند و نتایج پژوهش آنان نشان دهنده اثربخشی مثبت این درمان بر هر دو مورد بود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت اگرچه سبک‌های دلبستگی عمدتاً در دوران کودکی و از خلال رابطه مادر و کودک شکل می‌گیرند ولی چنانچه در آینده فرصت بازپروری و درمان این سبک‌ها به وجود آید، افراد به سمت سبک دلبستگی ایمن برای تفسیر و برقراری رابطه گرایش می‌یابند. درمان مبتنی بر دلبستگی نوعی درمان فرآیند گرا است که هدف آن دادن فرصت دوباره به بیماران برای یک تجربه

دست آمده در مطالعه بییتیس و سالاس (۳۳) و موندر و هانتر (۲۰) همسو بود. طبق یافته های بروباچر (۴۲) درمان مبتنی بر دلبستگی در شناسایی الگوهای تنظیم هیجان و تعمیق احساسات زیربنایی و ایجاد تجارب عاطفی اصلاحی موثر است. در مطالعه ریواکروگنولا و همکارانش (۳۲) نیز نتایج مشابهی به دست آمد.

در تبیین این یافته باید بگوییم که اکثر محققان بر این باورند که بازنمایی ذهنی خود در رابطه با دیگران، یا مدل های کاری درونی^۱ (۱۴)، باعث تجربه و تنظیم احساسات می شود (برای مثال ۴۴ را ببینید). کودکان از تعاملات خود با چهره های دلبستگی یاد می گیرند و این دانش به بازنمایی های ذهنی یا مدل های کاری درونی تبدیل می شود که شامل اطلاعاتی در مورد اینکه آیا چهره های دلبستگی در دسترس و پاسخگو خواهند بود (دیدگاه درباره دیگران) و اینکه آیا آنها از دید مراقبت کنندگان شایسته محبت هستند یا نه (دیدگاه درباره خود) می باشد (۴۴). این بازنمایی های ذهنی برای هدایت افکار، احساسات و رفتار و شکل دادن به ماهیت تلاش های بعدی برای تنظیم هیجان استفاده می شوند. بنابراین کودکان یاد می گیرند که از چهره های دلبستگی چه انتظاری داشته باشند و با توجه به ویژگی های خاص شراکتشان، می آموزند که کدام راهبردها به احتمال زیاد آنها را قادر می سازد تا با پریشانی عاطفی شان کنار بیایند (۴۵). بنابراین کیفیت دلبستگی به عنوان پایه و اساس ظرفیتی برای تنظیم هیجان و متعاقب آن، تنظیم رفتار است. فردی که به شیوه ارادی و کنترل شده از تنظیم هیجان سازگارانه بهره می برد، در صورت برخورد با تجربه های هیجانی دشوار، درحالی که به هیجانها اجازه می دهد تا سیر عادی خود را طی کنند،

عاطفی اصلاحی است (۴۳). در طی جلساتی که برای افراد گروه مداخله اجرا شد شرکت کنندگان با انواع سبکهای دلبستگی آشنا شدند. آنها تشویق شدند تا در مورد روابط بین فردی خود بررسی و کاوش کنند و بودن در گروه فرصت تجربه نزدیک و دم دستی برای آنان فراهم می کرد تا آن را ملموس تر تجربه کنند. صحبت اعضا با یکدیگر علاوه بر ایجاد همدلی، باعث بروز احساسات آنان و بازخورد گرفتن از سایر اعضا می شد. این تبادل احساسات، آگاهی شرکت کنندگان را در این خصوص بالا برد و موجب شد متوجه شوند که آسیب های دلبستگی در میان سایر افراد نیز وجود دارد. در ادامه جلسات شرکت کنندگان نحوه برخورد با تعارضات بین فردی و تمرین رفتارهای متفاوت و نزدیک تری را تمرین کردند. این آگاهی ها و تمرینات موجب شد شرکت کنندگان بعد از اتمام جلسات سبک دلبستگی ایمن تری گزارش کنند و از شدت اجتناب و اضطراب آنها کاسته شود.

همچنین یافته های به دست آمده نشان می دهد بیمارانی که در گروه مداخله بودند بعد از مداخله از نظر تنظیم هیجانی، بهبودی معناداری نشان دادند. این یافته بدین معناست که عدم پذیرش هیجان های منفی، دشواری در انجام رفتارهای هدفمند در مواقع درماندگی، دشواری در مهار رفتار تکانشی در مواقع درماندگی، دستیابی محدود به راهبردهای اثربخش تنظیم هیجان، فقدان آگاهی هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی شرکت کنندگان بعد از شرکت در جلسات مبتنی بر درمان دلبستگی بهبود داشته است. بنابراین نتایج تایید می کنند که درمان مبتنی بر دلبستگی بر تنظیم هیجانی در بیماران مبتلا به زخم معده مزمن اثربخش بوده است. این یافته با نتایج به

¹ - internal working models

توانمندی این را نیز دارد تا به اندازه کافی این هیجانها را مدیریت نماید و به رفتارهای معطوف به هدف ادامه دهد. افراد دلبسته ایمن در تنظیم هیجانهای خود از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و افراد دلبسته نایمن از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان (کم تنظیمی و بیش تنظیمی هیجان) استفاده می کنند. به همین جهت می توان گفت که سبک دلبستگی ایمن و سبک تنظیم هیجان سازگارانه به طور معناداری لازم و ملزوم یکدیگر هستند یعنی با بهبود سبک دلبستگی به سمت ایمن تر، راهبردهای تنظیم هیجان کارآمدتری توسط فرد استفاده می شود. بنابراین بهبود سبک های دلبستگی از طریق مداخلاتی مانند درمان مبتنی بر سبک دلبستگی موجب افزایش توانایی در تنظیم هیجانها می شود.

همچنین طبق یافته های مطالعه حاضر درمان مبتنی بر دلبستگی موجب افزایش نمرات تبعیت درمانی در بیماران مبتلا به زخم معده مزمن در گروه مداخله شده است. در حالیکه شرکت کنندگان در گروه کنترل تغییر معناداری از نظر تبعیت درمانی نشان ندادند. همسو با این یافته یزدانی و همکارانش (۴۶) با هدف مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و درمان مبتنی بر دلبستگی بر سطح گلوکز خون و تبعیت درمانی در بیماران دیابتی مطالعه ای انجام دادند. بر اساس نتایج پژوهش آنها، مداخلات توانستند باعث افزایش تبعیت درمانی شود. دهقانی آرانی و همکاران (۴۷) نیز نشان دادند که کاربرد مداخلات روان درمان گرانه، به ویژه مداخلات دلبستگی محور، در کنار درمان های پزشکی می تواند به افزایش میزان بهبودی و سلامت کودکان مبتلا به شرایط خاص پزشکی کمک کند.

در تبیین این یافته می توان گفت از برخی جهات، بدون یک رابطه گرم و قابل اعتماد بین پزشک و بیمار، درمان پزشکی

مؤثر نمی تواند انجام شود (۴۸). بنابراین، متخصصانی که از تاثیر رابطه پزشک-بیمار در بیشتر برخوردهای درمانی و پزشکی آگاه نیستند، ممکن است مراقبت های کمتر از حد مطلوب را ارائه دهند (۴۹؛ ۲۷). در مقابل، درک ترجیحات ارتباطی و تعاملی بیمار (به عنوان مثال سبک های دلبستگی) می تواند برخوردهای پزشکی مثبت و در نتیجه نتایج درمان را در محیط های درمانی افزایش دهد (۵۰؛ ۵۱؛ ۲۷). سبک های دلبستگی یکی از شیوه هایی است که ارائه دهندگان خدمات پزشکی و محققان می توانند روابط بین متخصصین و بیماران را مفهوم سازی کنند (۲۳). این سبک ها یا شیوه های بودن و ارتباط، در درک بهتر بیمارانی که پزشکان با آنها کار می کنند، مفید هستند. بنابراین، روشن کردن و درک سبک دلبستگی بیمار می تواند به ارائه دهندگان کمک کند تا بهترین نحوه ارتباط و درمان با بیمار را پیش بینی کنند. به گفته گریفین و بارتولومی (۵۲)، افراد دلبسته ایمن دیدگاه مثبتی نسبت به خود و دیدگاه مثبتی نسبت به دیگران دارند. بزرگسالان ایمن با حمایت کردن و دریافت حمایت از دیگران احساس راحتی می کنند (مانند دریافت حمایت از ارائه دهندگان مراقبت های پزشکی و روانی). علاوه بر این، آنها توصیه های درمانی ارائه شده توسط ارائه دهندگان مراقبت های را راحت تر می پذیرند و همکاری بهتری دارند. برعکس، افرادی که دارای سبک دلبستگی نایمن هستند در معرض خطر ناتوانی برای تنظیم عواطف هستند، راهبردهای تنظیم هیجان محدودی دارند و ممکن است در برابر توصیه های درمانی ارائه شده توسط مراقبت های بهداشتی و پزشکان مقاومت کنند (۵۳؛ ۵۴). علاوه بر این، بیماران با سبک دلبستگی نایمن می توانند مداوماً بیش از حد مداجله ای و استقلال طلب (سبک اجتنابی) و یا بیش از حد وابسته (سبک مضطرب) باشند. به همین دلیل توجه به سبک دلبستگی

دل‌بستگی پزشکان که در رابطه متقابل بین بیمار و پزشک برای تبعیت درمانی تاثیر گذار است.

بیماران و انجام مداخلاتی برای گرایش به سمت سبک ایمن دل‌بستگی می تواند در تبعیت درمانی و نتایج درمانی تاثیر مهمی داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی روان شناسی سلامت نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می باشد و دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.TJ.REC.1401.038 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام می باشد. از متخصصین و کادر درمانی مراکز همکاری کننده و بیماران که با پژوهشگران در جمع آوری داده‌ها همکاری کردند کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی دربارۀ این مقاله وجود ندارد و مقاله حمایت مالی نداشته است.

در کل یافته های مطالعه حاضر نشان می دهد درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر سبک های دل‌بستگی ، تنظیم هیجانی و تبعیت درمانی اثربخش است. به طوری که شرکت کنندگان در مداخله سبک دل‌بستگی ایمن تر ، تبعیت درمانی بالاتر و تنظیم هیجانی بهتری بعد از مداخله گزارش کردند. این مطالعه با محدودیتهایی همراه بود از جمله لحاظ نکردن سایر عوامل شخصیتی و سلامت روان، استفاده از افراد داوطلب که می تواند تعداد نمونه های با سبک اجتنابی که مقاومت بیشتری برای مشارکت درمانی دارند در حجم نمونه کمتر باشد، انجام تمام مراحل توسط محقق و استفاده از آزمون های خود گزارش دهی که سبک های دل‌بستگی در پاسخگویی به آن تاثیر گذار هستند و همچنین ارزیابی نکردن سبک

References

1. Flaskerud, J. H. (2020). Gastric Ulcers, from Psychosomatic Disease to Infection. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(11), 1047-1050.
2. Azhari, H. Underwood, F. King, J. Coward, S. Shah, S. Chan, C. ... & Kaplan, G. (2018). The Global Incidence of Peptic Ulcer Disease and Its Complications at the Turn of the 21st Century: A Systematic Review: 1199. *Official journal of the American College of Gastroenterology*, 113, 684-685.
3. Malfertheiner, P. Chan, F. K. & McColl, K. E. (2009). Peptic ulcer disease. *The lancet*, 374(9699), 1449-1461.
4. Kim, H. J. Kim, N. Yun, C. Y. & Lee, H. S. (2019). The clinical meaning of the "indefinite for atrophy" lesions within gastric mucosa biopsy specimens in a region with a high prevalence of gastric cancer. *Helicobacter*, 24(5).
5. Lee, Y. B. Yu, J. Choi, H. H. Jeon, B. S. Kim, H. K. Kim, S. W. ... & Chae, H. S. (2017). The association between peptic ulcer diseases and mental health problems: A population-based study: a STROBE compliant article. *Medicine*, 96-35.
6. Yegen, B. C. (2018). Lifestyle and peptic ulcer disease. *Current pharmaceutical design*, 24(18), 2034-2040.
7. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
8. Rupperecht, R. (2003). Current aspects of attachment theory and development psychology as well as neurobiological aspects in psychiatric and psychosomatic disorders. *Der Nervenarzt*, 74(11), 965-971.
9. Nielsen, S. K. K. Lønfeldt, N. Wolitzky-Taylor, K. B. Hageman, I. Vangkilde, S. & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety-The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, 218, 253-259.

10. Wulf, M. A. & Tress, W. (2012). The influence of the attachment dimensions "anxiety" and "avoidance" on psychosomatic complaints. *Zeitschrift für psychosomatische medizin und psychotherapie*, 58(4), 374-384.
11. Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General hospital psychiatry*, 23(4), 177-182.
12. Inwood, E. & Ferrari, M. (2018). Mechanisms of change in the relationship between self-compassion, emotion regulation, and mental health: A systematic review. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 10(2), 215-235.
13. Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6-10.
14. Bowlby, J. (1973). Attachment and loss: Separation.
15. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social psychology*. 61(2), 226.
16. Jimenez, X. F. (2017). Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic illness*, 13(1), 14-27.
17. Hooper, L. M., Tomek, S., & Newman, C. R. (2012). Using attachment theory in medical settings: implications for primary care physicians. *Journal of Mental Health*, 21(1), 23-37.
18. Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ. Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *The journal of clinical hypertension*. 2008, 10(5):348-54.
19. Krueger, K. P., Berger, B. A., & Felkey, B. (2005). Medication adherence and persistence: a comprehensive review. *Advances in therapy*, 22, 313-356.
20. Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General hospital psychiatry*, 31(2), 123-130.
21. Bifulco, A., Jacobs, C., Bunn, A., Thomas, G., & Irving, K. (2008). The Attachment Style Interview (ASI) as an assessment of support capacity: exploring its use for adoption-fostering assessment. *Adoption and Fostering*, 32(3), 33-45.
22. Lin, E. H., & Ciechanowski, P. (2008). Working with patients to enhance medication adherence. *Clinical Diabetes*, 26(1), 17-19.
23. Ciechanowski, P. S. (2010). As fundamental as nouns and verbs? Towards an integration of attachment theory in medical training. *Medical education*, 44(2), 122-124.
24. Feeney, J. A. (2000). Implications of attachment style for patterns of health and illness. *Child: care, health and development*, 26(4), 277-288.
25. McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: evidence from the National Comorbidity Survey Replication. *Health Psychology*, 29(4), 446.
26. Arbuthnott, A., & Sharpe, D. (2009). The effect of physician-patient collaboration on patient adherence in non-psychiatric medicine. *Patient education and counseling*, 77(1), 60-67.
27. Miller, R. C. (2008). The somatically preoccupied patient in primary care: use of attachment theory to strengthen physician-patient relationships. *Osteopathic Medicine and Primary Care*, 2(1), 1-10.
28. Fahimi, S. Allahbakhshian, M. Sadeghi, A. Allahbakhshian, A. & Nasiri, M. (2021). A standardised patient education programme for peptic ulcer patients: impact on quality of life and medication adherence. *Gastrointestinal Nursing*, 19(Sup2), 24-31.
29. Hwang, J. J. Lee, D. H. Lee, A. R. Yoon, H. Shin, C. M. Park, Y. S. & Kim, N. (2015). Characteristics of gastric cancer in peptic ulcer patients with Helicobacter pylori infection. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 21(16), 4954
30. McWilliams, L. A. (2018). Relationships between adult attachment dimensions and patient-physician relationship quality. *Journal of Relationships Research*, 1-9.
31. Lewis, A. J. (2020). Attachment-based family therapy for adolescent substance use: A move to the level of systems. *Frontiers in psychiatry*, 10, 948.
32. Riva Crugnola, C. Ierardi, E. Albizzati, A. & Downing, G. (2016). Effectiveness of an attachment-based intervention program in promoting emotion regulation and attachment in adolescent mothers and their infants: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 7, 195.

33. Yeates, G. N. & Salas, C. E. (2020). Attachment-based psychotherapies for people with acquired brain injury. In G. N. Yeates & F. Ashworth (Eds.), *Psychological therapies in acquired brain injury* (pp. 109–131). Routledge/Taylor & Francis Group.
34. Johnson, H. D. (1965). Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis. *Annals of surgery*, 162(6), 996.
35. Tan, X. I., Patel, I., & Chang, J. (2014). Review of the four item Morisky medication adherence scale (MMAS-4) and eight item Morisky medication adherence scale (MMAS-8). *INNOVATIONS in pharmacy*, 5(3), 5.
36. Qanei Qeshlaq, R., Ebadi, A., Visi Raigani, A., Nowrozi Tabrizi, K., Dalvandi, A., & Mahmoudi, H. (2015). Determining the validity of the Morisky medication adherence scale in type 2 diabetic patients. *Journal of rehabilitation research in nursing*. 1, 24-32. [In Persian].
37. Basharat, M. (2018). Difficulty in emotional regulation scale. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. (12)47. [In Persian].
38. Besharat, M. & Bazazian, S. (2014). Examining the psychometric properties of the emotion regulation difficulty scale in Iranian population. *School of Nursing and Midwifery*. (24)84, 61-70. [In Persian].
39. Rahimian Boogar, E., Nouri, A., Oreizy, H., Molavi, H., Foroughi Mobarake, A. (2007). Relationship between adult attachment styles with job satisfaction and job stress in nurses. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 13(2), 148-57. [In Persian].
40. Tulloch, H. Johnson, S. Demidenko, N. Clyde, M. Bouchard, K. & Greenman, P. S. (2021). An attachment-based intervention for patients with cardiovascular disease and their partners: A proof-of-concept study. *Health Psychology*, 40(12), 909–919.
41. Navarro-Gil, M. Lopez-del-Hoyo, Y. Modrego-Alarcón, M. Montero-Marin, J. Van Gordon, W. Shonin, E. & Garcia-Campayo, J. (2020). Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. *Mindfulness*, 11(1), 51-62.
42. Bharucha, A. J. Pandav, R. Shen, C. Dodge, H. H. & Ganguli, M. (2004). Predictors of nursing facility admission: A 12- year epidemiological study in the United States. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(3), 434-439.
43. Atkinson, L., & Goldberg, S. (Eds.). (2003). *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Routledge.
44. Pietromonaco, P. R., Powers, S., Snyder, D. K., Simpson, J. A., & Hughes, J. N. (2006). *Emotion Regulation in Families: Pathways to Dysfunction and Health*.
45. Cassidy, H. F., Enander, R. A., Robinson, R. C., Evans Jr, H. M., Frank, B., Tucker, C., ... & Stringer, C. A. (2015). Attachment theory as a model of doctor–patient interaction. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 20(4), 151-178.
46. Yazdani, M., Khalatbari, J., Ghorban Shiroudi, S., & Rahmani, M. A. (2021). Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused Therapy and Attachment-Based Compassion Therapy on Blood Glucose Level and Medication Adherence in Diabetics. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 8(1), 39-44.
47. Dehghani Arani, Basharat, Pourhossein, Bahrami Ehsan & Agha Mohammadi (2015). The effectiveness of an attachment-based intervention model on the health indicators and attachment of children with chronic diseases. *Contemporary psychology, biannual journal of the Iranian Psychological Association*, 9(2), 16-3.
48. Adler, H. M. (2002). The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. *Journal of general internal medicine*, 17(11), 883-890.
49. Cox, E. D., Smith, M. A., Brown, R. L., & Fitzpatrick, M. A. (2008). Assessment of the physician–caregiver relationship scales (PCRS). *Patient education and counseling*, 70(1), 69-78.
50. Levy, K.N., Ellison, W.D., Scott, L.N., & Bernecker, S.L. (2011). Attachment style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 193–201.
51. Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person? *Journal of clinical psychology*, 67(2), 127-132.
52. Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of personality and social psychology*, 67(3), 430.

53. Salmon, P., & Young, B. (2009). Dependence and caring in clinical communication: the relevance of attachment and other theories. *Patient education and counseling*, 74(3), 331-338.
54. Thompson, D., & Ciechanowski, P. S. (2003). Attaching a new understanding to the patient-physician relationship in family practice. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 16(3), 219-226.

Original Article

The Effectiveness of Attachment-based Therapy on Attachment Style, Difficulty in Emotional Regulation and Medical Adherence in Patients with Chronic Peptic Ulcer

Received: 19/05/2023 - Accepted: 11/07/2023

Abbas Keyvanloo¹

AliAkbar Saremi^{2*}

Reza Noori³

¹ Ph.D. student, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran.

² Assistant professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran. (Corresponding author)

³ Assistant professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.

Email: saremi@iautj.ac.ir

Abstract

Introduction

Peptic ulcer is one of the common psychosomatic diseases which is suggested to investigate the effectiveness of psychological treatments on the recovery and management of this disease. This study aimed to investigate the effectiveness of attachment-based therapy on attachment style, difficulty in emotional regulation and medical adherence in patients with chronic peptic ulcer.

Material and Method

This semi-experimental study was conducted with a pre-test, post-test, follow-up design and a control group. The statistical population of the current study included all patients with chronic peptic ulcer who referred to specialized polyclinics and internal specialists in Mashhad during the research period. Sampling was done by available method. 34 patients who met the conditions for entering the study were randomly placed in two intervention and control groups. The intervention group received attachment-based therapy. The participants were evaluated with revised version of adult attachment scale(1990), Morisky(2008) medical adherence questionnaire and Gratz and Roemer(2004) emotional difficulty scale. To analyze the data, the statistical method of repeated analysis of variance was used in SPSS22 statistical software.

Results

The results showed that the participants in the intervention group reported a more secure attachment style, higher medical adherence and better emotional regulation after the intervention. The scores of the participants in the intervention group compared to the control group showed a significant decrease in avoidant and anxious attachment styles ($P < 0.001$).

Conclusion

Therefore, it can be said that attachment-based therapy can be used to better adapt to chronic peptic ulcer disease.

Key words

attachment-based therapy, attachment style, emotional regulation, medical adherence, chronic peptic ulcer.

Acknowledgement: There is no conflict of interest