

Original article

Structural Equation Modeling of Adherence to Treatment Based on Personality Traits Mediated by Locus of Control in Hemodialysis Patients

Mehrnoosh Fahimi¹Mohammad Reza Sirafi^{2*}Sheida Soodagar^{3*}

- 1- Department of Psychology, Kish International Branch, Islamic Azad University, Kish Island, Iran
- 2- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran
- 3- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

* **Corresponding author:** Mohammad Reza Sirafi, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

Email: msf_3@yahoo.com

Received: 13 June 2021

Accepted: 31 July 2021

ABSTRACT

Introduction and purpose: Hemodialysis, as the most common renal replacement therapy in renal patients, leads to a variety of physical and psychological problems. Therefore, the aim of this study was to determine structural equation modeling of adherence to treatment based on personality traits mediated by locus of control in hemodialysis patients.

Methods: The research method was descriptive and correlation research design was structural equation model. The statistical population of this study was all chronic kidney patients undergoing hemodialysis in Tehran in 2018, among whom 200 patients were selected by available sampling method. Data were collected using adherence to treatment scale, neo-personality questionnaire, and health locus of control questionnaire. To analyze the research data, correlation coefficient-Pearson and path analysis and SPSS.22 and AMOS.22 softwares were used.

Results: The results showed that neuroticism ($p=0.029$), openness ($p=0.031$), conscientiousness ($p=0.003$), significant other locus of control ($p=0.003$) and internal locus of control ($P=0.039$) had a direct effect on adherence to treatment. The results also showed that the source of health control plays a mediating role in the relationship between personality traits and adherence to treatment.

Conclusion: It can be concluded that the locus of control among patients undergoing hemodialysis mediates the relationship between neuroticism, conscientiousness and extraversion and adherence to treatment.

Keywords: Adherence to treatment, Hemodialysis, Locus of control, Personality traits

► Citation:

Fahimi M, Sirafi MR, Soodagar Sh. Structural Equation Modeling of Adherence to Treatment Based on Personality Traits Mediated by Locus of Control in Hemodialysis Patients. Journal of Health Research in Community. Autumn 2021;7(3): 14-25.

مقاله پژوهشی

مدل یابی معادلات ساختاری پیروی از درمان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت در بیماران تحت همودایلیز

چکیده

مهرنوش فهیمی^۱
محمدرضا صیرفی^{۲*}
شیدا سوداگر^۳

مقدمه و هدف: همودایلیز به عنوان شایع‌ترین روش درمان جایگزین کلیه در بیماران کلیوی، منجر به انواع مشکلات فیزیکی و روانشناختی می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر، مدل‌یابی معادلات ساختاری پیروی از درمان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت در بیماران تحت همودایلیز بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی بیماران کلیوی مزمن تحت همودایلیز شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آن‌ها، ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از مقیاس پیروی از درمان، پرسشنامه شخصیت نئو، و پرسشنامه منبع کنترل سلامت جمع‌آوری شد. جهت تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر و به کمک نرم-افزارهای SPSS.22 و AMOS.22 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد روان‌رنجورخویی ($p=0/029$)، گشودگی ($p=0/031$)، وظیفه‌شناسی ($p=0/003$)، **منبع کنترل** افراد موثر ($p=0/003$) و منبع کنترل درونی ($p=0/039$) دارای اثر مستقیم بر پیروی از درمان بود. همچنین نتایج نشان داد منبع کنترل سلامت در رابطه بین ویژگی‌های شخصیتی و پیروی از درمان نقش میانجی ایفا می‌کند.

نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که منبع کنترل سلامت در بین بیماران تحت همودایلیز رابطه بین روان رنجورخویی، وظیفه‌شناسی و برون‌گرایی و پیروی از درمان را میانجی‌گری می‌کند.

کلمات کلیدی: پیروی از درمان، منبع کنترل سلامت، ویژگی‌های شخصیتی، همودایلیز

۱. گروه روانشناسی، واحد بین‌الملل کیش، دانشگاه آزاد اسلامی، جزیره کیش، ایران
۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

* نویسنده مسئول: محمدرضا صیرفی، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Email: msf_3@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۳/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۰۹

◀ **استناد:** فهیمی، مهرنوش؛ صیرفی، محمدرضا؛ سوداگر، شیدا. مدل یابی معادلات ساختاری پیروی از درمان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری

منبع کنترل سلامت در بیماران تحت همودایلیز. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، پاییز ۱۴۰۰، ۷(۳): ۱۴-۲۵.

مقدمه

پیروی از درمان (Adherence to treatment) موضوعی مهم در حوزه سلامت است که جان افراد زیادی را حفظ می‌کند [۱].

مجله تحقیقات سلامت در جامعه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، پاییز ۱۴۰۰، دوره ۷، شماره ۳، ۱۴-۲۵

این اصطلاح مهم در تاریخ روانشناسی سلامت به درجه موفقیت بیمار در اجرای توصیه‌های درمانی و پیش‌گیرانه که از سوی متخصصین سلامت ارائه شده است، اشاره دارد [۲]. سازمان جهانی بهداشت پیروی از درمان را پایبندی به رفتارهای توصیه شده توسط متخصصین سلامت تعریف می‌کند که این پایبندی ترکیبی از درمان مناسب (مصرف دارو مطابق با میزان مورد نیاز و برنامه تجویز شده) و مداومت (مصرف دارو از شروع درمان تا انتهای درمان) را شامل می‌شود [۳].

پیروی درمانی ضعیف موجب کمبود اثربخشی در درمان بیماری‌های مزمن می‌شود [۴]. همکاری با درمان دارویی به خصوص در بیماری‌های مزمن بسیار حائز اهمیت است و بیمار برای کنترل بیماری و جلوگیری از پیشرفت آن باید همکاری مناسبی در مصرف دارو داشته باشد، بیماری‌های مزمن سیر پیش‌رونده دارند و همکاری ضعیف باعث پیش‌روی بیماری، کاهش کیفیت زندگی و در نهایت شکست درمان می‌شود [۵]. از آن جا که افراد مبتلا به بیماری مزمن مانند سرطان و بیماری کلیوی پیشرفته به علت سختی‌های مربوط به بیماری و ازدست دادن امید به ادامه زندگی به انواع مشکلات روان شناختی هم مبتلا می‌شوند، بروز این اختلالات نیز موجب عدم پیروی از درمان می‌شود [۶]. بنابراین پیروی از درمان که موجبات ارتقای کیفیت زندگی، کاهش علائم، افزایش عملکرد فیزیکی و دانش در مورد داروها را فراهم می‌کند؛ در بیماران مزمن اهمیت زیادی دارد [۷].

بیماری مزمن کلیوی (Chronic Kidney Disease) طیفی از فرآیندهای پاتوفیزیولوژیک مختلف را در بر می‌گیرد که با عملکرد کلیوی غیرطبیعی و افت پیش‌رونده همراه است [۸]. حدود ۲۵٪ برون‌ده قلبی به کلیه‌ها می‌رود و در آن‌جا خون به طور دائم در حال تصفیه و پالایش است. علاوه بر دفع، کلیه یک عضو متابولیک مهم و منبع مولکول‌های درون‌ریز است. نارسایی کلیوی منجر به برهم خوردن تمامی این سه عملکرد می‌شود [۹]. این بیماری مزمن، بیماری پیش‌رونده است که پیش‌آگهی ضعیفی دارد و باعث از دست رفتن

پایدار، پیش‌رونده و غیرقابل برگشت عملکرد کلیه می‌شود [۱۰]. بیماری نارسایی مزمن کلیه (CKD) به کاهش غیرقابل برگشت عملکرد کلیه که بیشتر از سه ماه طول کشیده باشد، گفته می‌شود [۱۱]. این بیماری که موجب اختلال عملکرد اعضای مختلف بدن می‌شود، عملکرد کلیه که حفظ ترکیب و مقدار مایعات بدن است را مختل می‌کند [۱۲].

از روش‌های رایج درمان می‌توان به همودیالیز (Hemodialysis)، دیالیز صفاقی (Peritoneal Dialysis) و پیوند کلیه (Kidney trans-plant) اشاره کرد؛ که همودیالیز رایج‌ترین روش است [۱۳]. با کاهش عملکرد کلیه، بیمار کلیوی به درمان دیالیز نیاز پیدا می‌کند؛ بیماران مبتلا به نارسایی حاد کلیه نمی‌توانند بدون درمان دیالیز زندگی کنند [۱۴]. مدیریت فشار خون بالا و دیابت، رژیم غذایی، اجتناب از اثرات سمی داروها نیز باید مدنظر باشد [۱۵]. دیالیز روشی است که طی آن مواد زائد و آب موجود در خون توسط یک دستگاه مصنوعی که مانند کلیه کار می‌کند، خارج می‌شود [۱۶]. هدف عمده این شیوه درمانی این است که تا حد امکان زندگی بیمار کلیوی به زندگی عادی نزدیک شود [۱۷].

همان‌طور که گفته شد همکاری بیمار تحت تاثیر عوامل مختلفی مانند ویژگی‌های شخصیت (Character traits) است؛ برون‌گرایی (Extraversion)، وظیفه‌شناسی (Conscientiousness) و گشودگی (Openness) [۱۸]. استرس (Stress)، اضطراب (Anxiety)، افسردگی (Depression)، ادراک درد (Perception of pain)، متغیرهای تهدید آمیز ادراک شده، بد تنظیمی هیجانی (Emotional dysregulation) با پیروی از درمان رابطه دارد [۱۹]. از آن جا که کلیه موارد ذکر شده ناشی از صفات شخصیتی است؛ می‌توان گفت صفات شخصیت بر پیروی از درمان اثر دارد [۲۰]. افزایش روان رنجوری، هیجان و عاطفه منفی و خطرپذیری با پیروی از درمان رابطه منفی دارد. با ثبات بودن، صفات شخصیت مثبت مانند گشودگی موجب افزایش پیروی از درمان است [۲۱].

منبع کنترل سلامت (Locus of Health Control) نیز بر درمان

تعیین تعداد نمونه به دلیل اینکه در پژوهش مدل یابی به ازای هر متغیر آشکار ۱۰ تا ۱۵ نفر نیاز است و بر اساس متغیرهای موجود، ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند [۱۱]. بنابراین در این پژوهش تعداد ۲۰۰ نفر از بیماران تحت درمان همودیالیز شهر تهران به روش نمونه‌گیری در دسترس از میان دو مرکز درمانی شهر تهران انتخاب شد. پس از انتخاب گروه نمونه از بین بیماران کلیوی مزمن تحت درمان همودیالیز شهر تهران معیارهای ورود و خروج در مطالعه چک شد. معیارهای ورود به مطالعه: به بیماری کلیوی مزمن مبتلا باشند؛ تحت درمان همودیالیز باشند؛ جهت فهم پرسشنامه‌ها تحصیلات حداقلی سیکل داشته باشند. معیار خروج از مطالعه شامل عدم تکمیل پرسشنامه‌ها بود. سپس برای افراد نمونه اهمیت پژوهش و کاربرد آن توضیح داده شد؛ پس از آن مقیاس پیروی از درمان، پرسشنامه شخصیت نئو و پرسشنامه منبع کنترل سلامت اجرا شد و داده‌های مورد نیاز پژوهش به دست آمد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: تمامی افراد به صورت کتبی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت می‌نمودند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق به شماره 1399,241.IR.IAU.TMU.REC از دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می‌باشد.

مقیاس پیروی از درمان (هیز، ۱۹۹۴)

این مقیاس پیروی کلی GAS، توسط هیز جهت اندازه‌گیری میزان پیروی بیماران از توصیه‌های مبنی بر مصرف دارو و تغییر سبک زندگی طراحی شده است [۲۴]. این مقیاس دارای ۵ ماده است و در طیف لیکرته‌ای شش درجه‌ای (همیشه=۶ تا هیچ وقت=۱)، تمایل بیمار به پیروی از توصیه‌های پزشک را به طور کلی اندازه می‌گیرد. نمرات ۲ ماده از آزمون (سوالات ۱ و ۳) به شکل وارونه

و کنترل بیماری‌های مزمن موثر است؛ منبع کنترل سلامت مدلی را پیشنهاد می‌دهد که طبق آن باورهای هر فرد (انگیزه درونی و بیرونی) تعیین‌کننده اقدامات او است. افرادی که باور دارند نتایج، حداقل قسمتی از نتایج، به اقدامات خودشان وابسته است، جهت‌گیری درونی دارند. افرادی که جهت‌گیری بیرونی دارند، به ارتباط بین نتیجه و اقدام شخصی خود باور ندارند [۲۲]. سازه "منبع کنترل سلامت" با متغیرهای چند بعدی تعریف شده است. باورهای بیرونی که فرد را توسط دو واژه شانس و تقدیر تقویت می‌کند؛ یا فرد را وابسته به اقدام سایرین مانند خانواده، معلم‌ها یا متخصصین سلامت می‌کند. افرادی که به تاثیر کنترل دیگران بر زندگی خود باور دارند از افرادی که باور دارند کنترل زندگی‌شان را به عهده دارند متفاوت رفتار می‌کنند [۲۳].

ضرورت پژوهش حاضر از آن جهت بود که پیروی از درمان در بیماران مزمن کلیوی به دلیل شیوع بالای این بیماری و پیامدهای ذکر شده اهمیت دارد؛ جهت افزایش پیروی از درمان به بررسی مدل‌های پیروی از سلامت نیاز است. از آن جا که از مهم‌ترین علل عدم پیروی از درمان عوامل روحی، روانی، کمبود آگاهی و نگرش بیماران دیالیزی و کمبود منابع کنترل سلامت است و با توجه به مولفه‌های زیادی که در پیروی از درمان نقش دارند، مدل‌یابی ساختاری پیروی از درمان براساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت در بیماران تحت همودیالیز ضرورت دارد. هدف پژوهش حاضر، مدل‌یابی معادلات ساختاری پیروی از درمان بر اساس ویژگی‌های شخصیتی با میانجی‌گری منبع کنترل سلامت در بیماران تحت همودیالیز بود.

روش کار

مطالعه حاضر از نظر روش انجام همبستگی از نوع مدل معادلات ساختاری بود. جامعه آماری از کلیه بیماران کلیوی مزمن شهر تهران که در سال ۱۳۹۷ تحت همودیالیز قرار گرفته‌اند، تشکیل شد. برای

نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بالا در این مقیاس نشان دهنده پیروی بیشتر از درمان و کسب نمره پایین‌تر نشان دهنده پیروی کمتر بیماران از درمان می‌باشد. در مطالعه هیز روایی آزمونی را از طریق روایی سازه با روش همسانی درونی در حد قابل قبول (۰/۸۱) گزارش شده است و پایایی این مقیاس نیز براساس آزمون مجدد با فاصله ۲ سال قابل قبول به دست آمده است (۰/۷۷) (۲۴). در پژوهش عزیزی و همکاران نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۸ به دست آمده است [۲۵]. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۸ به دست آمد.

پرسشنامه شخصیت نئو NEO-FFI (کاستا و مک کری، ۱۹۹۲)

این پرسشنامه فرم کوتاه NEO PI-R به نام پرسشنامه پنج عاملی نئو می‌باشد که توسط Costa & Mc Care ساخته شده است [۲۶]. NEO-FFI شامل ۶۰ آیتم است که هر ۱۲ آیتم یکی از ۵ عامل برون‌گرایی، مردم‌آمیزی، وجدان، روان رنجوری و گشودگی به تجربه را می‌سنجد و هر آیتم روی یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ اندازه‌گیری می‌شود. فرم کوتاه با فرم بلند همبستگی ۰/۶۸ دارد و پایایی درونی خوبی نشان داده است. در تحقیقی آلفای کرونباخ برای هر کدام از عوامل روان رنجوری، برون‌گرایی، گشودگی به تجربه، وجدان و مردم‌آمیزی به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۲، ۰/۸۱، ۰/۷۶، ۰/۷۱ و ۰/۸۱ که مقادیر خوبی برای پایایی است [۲۶]. در پژوهش دیگر، اعتبار خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ به دست آمده است [۲۷]. در پژوهش حاضر، ضریب همسانی درونی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

شانس و منبع کنترل دیگران است. هریک از زیر مقیاس‌ها شامل ۶ گویه است که با مقیاس شش گانه لیکرت از بسیار مخالفم (امتیاز ۱) تا بسیار موافقم (امتیاز ۶) اندازه‌گیری می‌شود. در نتیجه امتیاز هر فرد از ۶ تا ۳۶ برای هر زیر مقیاس متفاوت می‌باشد. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در مولفه‌های درونی برابر ۰/۶۸، شانس برابر ۰/۷۴، دیگران ۰/۵۰ و پزشکان، ۰/۵۵ به دست آمد [۲۸]. پایایی این پرسشنامه در پژوهش مشکي و همکاران [۲۹] به کمک روش دو نیمه کردن ۰/۸۴ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز میزان همسانی درونی منبع کنترل سلامت-درونی، منبع کنترل سلامت-افراد موثر و منبع کنترل سلامت-شانس بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۶۹ و ۰/۶۴ بدست آمد.

این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. از آزمون کولموگرووف-اسمیرنوف برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها، و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر استفاده شد. در راستای برازش الگوی پیشنهادی، از شاخص مجذور خی دو بر درجه آزادی، شاخص نکویی تطبیقی CFI، شاخص نکویی برازش GFI، شاخص نکویی برازش تطبیقی AGFI و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب RMSEA بررسی شد. جهت بررسی اثر غیرمستقیم از روش بوت استرپ استفاده شد. جهت تحلیل داده‌های پژوهش از نرم-افزارهای SPSS.22 و AMOS.22 استفاده شد. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌ها جمعیت شناختی مطالعه حاضر نشان داد از نظر جنسیت، تعداد ۸۴ نفر (۵/۴۳ درصد) زن و تعداد ۱۰۹ نفر (۵/۵۶ درصد) مرد بودند. تعداد ۷۳ نفر (۸/۳۷ درصد) مجرد و ۱۲۰ نفر (۲/۶۲ درصد) متأهل بودند. از نظر سنی، تعداد ۳۵ نفر (۱/۱۸

مقیاس چند وجهی کنترل سلامت

مقیاس چند وجهی کنترل سلامت که در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شده است، ۱۸ گویه دارد که شامل منبع کنترل درونی، منبع کنترل

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار پیروی از درمان، ویژگی‌های شخصیتی و منبع کنترل سلامت

متغیر	میانگین	انحراف معیار
روان رنجورخویی	۲۴/۶۸	۷/۵۵
برونگرایی	۲۶/۰۱	۵/۹۵
گشودگی	۲۷/۰۶	۵/۲۵
توافق پذیری	۳۰/۲۶	۶/۴۲
وظیفه شناسی	۳۰/۵۳	۵/۳۳
منبع کنترل سلامت-درونی	۲۲/۵۱	۴/۱۰
منبع کنترل سلامت-افراد موثر	۲۳/۶۲	۵/۲۹
منبع کنترل سلامت-شانس	۱۹/۷۹	۵/۱۰
پیروی از درمان	۲۱/۲۹	۴/۷۸

و وظیفه شناسی شخصیت با پیروی از درمان مستقیم و معنادار بود. همچنین منبع کنترل سلامت درونی و منبع کنترل افراد موثر به صورت مستقیم و منبع کنترل شانس به صورت معکوس و معناداری با پیروی از درمان همبسته بودند.

جدول ۴ نشان می‌دهد که به استثنای دو شاخص برازندگی

درصد) در دامنه سنی کمتر از ۳۰ سال، ۶۸ نفر (۲/۳۵ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۲۴ نفر (۴/۱۲ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال، ۲۹ نفر (۱/۱۵ درصد) بین ۵۱ تا ۶۰ سال و ۳۷ نفر (۲/۱۹ درصد) بالاتر از ۶۱ سال سن داشتند.

به منظور بررسی نرمال بودن داده‌های پژوهش از آزمون کولموگروف-اسمیرنف استفاده شد. با توجه به آزمون کولموگروف اسمیرنف برای تمام متغیرها غیر معنادار شده است. فرض نرمال بودن با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف مورد تأیید قرار گرفت ($P=0/71$ و $Z=0/699$). بنابراین در ادامه از ضریب همبستگی پیرسون و مدل تحلیل مسیر استفاده شد. برای شناسایی رابطه بین متغیرهای حاضر در مدل از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. یافته‌های بدست آمده از ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۳ درج گردیده است. جدول ۲ همبستگی‌های بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. براساس نتایج جدول فوق ضریب همبستگی بین عامل روان رنجورخویی شخصیت با پیروی از درمان معکوس و معنادار بود. ضریب همبستگی بین عامل های برونگرایی، توافق پذیری

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
روان رنجورخویی	-								
برونگرایی	۰/۴۶**	-							
گشودگی	۰/۰۶	۰/۰۴	-						
توافق پذیری	۰/۲۹**	۰/۳۲**	۰/۲۲**	-					
وظیفه شناسی	۰/۴۸**	۰/۴۴**	۰/۰۳	۰/۲۵**	-				
منبع کنترل سلامت-درونی	۰/۴۵**	۰/۳۳**	۰/۰۲	۰/۲۳**	۰/۳۹**	-			
منبع کنترل سلامت-افراد موثر	۰/۳۱**	۰/۳۹**	۰/۰۴	۰/۲۴**	۰/۲۴**	۰/۳۸**	-		
منبع کنترل سلامت-شانس	۰/۳۰**	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۱۶*	۰/۲۴**	۰/۱۸*	۰/۰۷	-	
پیروی از درمان	۰/۳۹**	۰/۳۵**	۰/۱۳	۰/۳۱**	۰/۴۴**	۰/۴۳**	۰/۴۲**	۰/۲۳**	-

* $P < 0/05$ و ** $P < 0/01$

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل

شاخص‌های برازندگی	مدل اولیه	اصلاح شده
مجذور کای	۱۲/۵۴	۰/۹۶
درجه آزادی مدل	۳	۲
df^2/x	۴/۱۸	۰/۴۸
GFI	۰/۹۸۶	۰/۹۹۹
AGFI	۰/۷۹۴	۰/۹۷۵
CFI	۰/۹۷۲	۱/۰۰
RMSEA	۰/۱۲۹	۰/۰۰۲

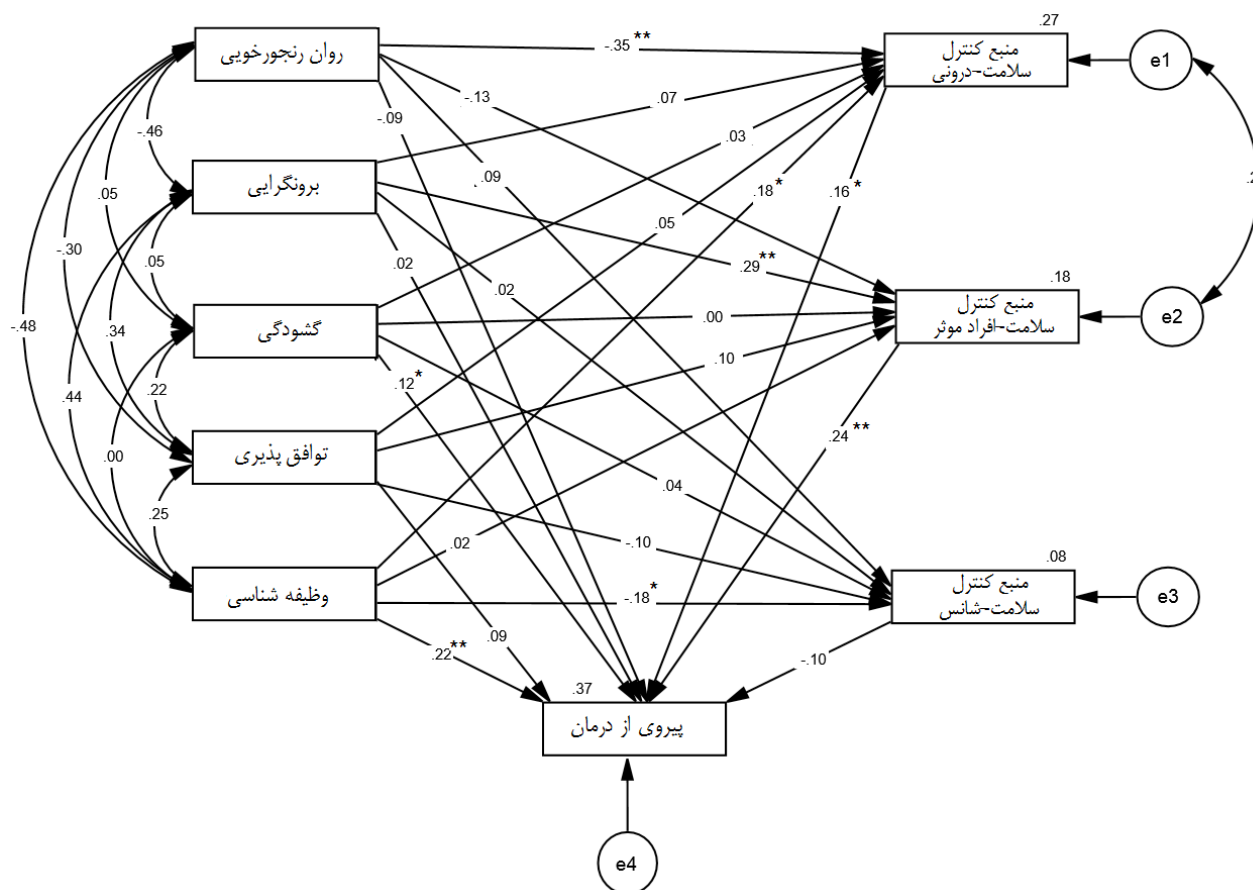
AESMR و IFGA دیگر شاخص‌های برازندگی از برازش قابل قبول مدل پژوهش با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کند ($\chi^2/df=4/18$, $IFC = 0/972$, $IFG = 0/986$, $IFGA = 0/794$ و $AESMR = 0/129$). با توجه به اهمیت دو شاخص برازندگی

AESMR و IFGA، شاخص‌های اصلاح ارزیابی و براساس آن با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر مکان کنترل سلامت درونی و افراد مهم مدل پژوهش اصلاح و در نهایت شاخص‌های برازندگی به دست آمد که نشان می‌دهد مدل پژوهش با داده‌های گردآوری شده برازش مطلوب دارد ($\chi^2/df=0/48$, $IFC = 1/00$, $IFG = 0/999$, $IFGA = 0/975$ و $AESMR = 0/002$).

ضرایب مسیر غیرمستقیم با استفاده از روش بوت استرپ مورد بررسی قرار گرفت. براساس نتایج جدول ۵، ضریب مسیر غیر مستقیم بین عامل روان رنجورخویی با پیروی از درمان ($p < 0/01$ ، $\beta = -0/098$) منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. از سوی دیگر ضریب مسیر غیر مستقیم بین عامل‌های وظیفه شناسی ($p < 0/05$ ، $\beta = 0/052$) و برونگرایی شخصیت ($p < 0/05$ ، $\beta = 0/079$) با پیروی از درمان مثبت و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بدین ترتیب چنین نتیجه گیری شد که منبع کنترل سلامت در بین بیماران تحت همودیالیز

جدول ۵: ضرایب مسیر کل، مستقیم و غیر مستقیم بین متغیرها در مدل پژوهش

مسیرها	بتا غیراستاندارد	انحراف استاندارد	بتا استاندارد	معنی‌داری
وظیفه شناسی- پیروی از درمان	۰/۱۹۹	۰/۰۶۸	۰/۲۲۲	۰/۰۰۶
توافق پذیری- پیروی از درمان	۰/۰۶۴	۰/۰۵۹	۰/۰۸۶	۰/۲۸۷
گشودگی- پیروی از درمان	۰/۱۰۸	۰/۰۴۷	۰/۱۱۹	۰/۰۲۰
برونگرایی- پیروی از درمان	۰/۰۱۵	۰/۰۶۳	۰/۰۱۸	۰/۸۰۲
روان رنجورخویی- پیروی از درمان	-۰/۰۵۶	۰/۰۴۸	-۰/۰۸۹	۰/۲۷۸
منبع کنترل افراد موثر - پیروی از درمان	۰/۲۱۶	۰/۰۶۷	۰/۲۳۹	۰/۰۰۳
منبع کنترل شانس- پیروی از درمان	-۰/۰۹۱	۰/۰۶۲	-۰/۰۹۷	۰/۱۵۲
منبع کنترل درونی- پیروی از درمان	۰/۱۹۱	۰/۰۹۱	۰/۱۶۴	۰/۰۳۹
وظیفه شناسی- پیروی از درمان	۰/۰۴۷	۰/۰۲۴	۰/۰۵۲	۰/۰۳۸
توافق پذیری- پیروی از درمان	۰/۰۳۱	۰/۰۲۲	۰/۰۴۲	۰/۱۲۰
گشودگی- پیروی از درمان	۰/۰۰۱	۰/۰۲۲	۰/۰۰۱	۰/۹۷۶
برونگرایی- پیروی از درمان	۰/۰۶۳	۰/۰۳۰	۰/۰۷۹	۰/۰۲۵
روان رنجورخویی- پیروی از درمان	-۰/۰۶۲	۰/۰۲۳	-۰/۰۹۸	۰/۰۰۱



شکل ۱: مدل پژوهش در تبیین رابطه بین ویژگی‌های شخصیت، منبع کنترل سلامت و پیروی از درمان در بیماران تحت همودایلیز

همبستگی دو متغیری بین متغیرهای پژوهش نیز نشانگر آن است که دل‌بستگی ایمن با مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته همبستگی مثبت و با اختلال‌های هیجانی رابطه منفی دارد، درحالی‌که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و مکانیزم‌های آسیب‌زا با اختلال‌های هیجانی مثبت است. بررسی نخستین یافته پژوهش نشان می‌دهد سبک‌های دل‌بستگی بر اختلال‌های هیجانی اثرات مستقیم و غیرمستقیم دارد. مروری بر پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد این یافته همسو با نتایج پژوهش‌های پیشین است [۹، ۱۱، ۱۳، ۱۴، ۳۱]. Simon و همکاران همبستگی بین سبک‌های دل‌بستگی ناایمن (مضطرب و اجتنابی) را با نشانه‌های افسردگی مثبت و معنادار گزارش می‌کنند [۹]. Marques و همکاران نیز بر این باورند که سبک دل‌بستگی ناایمن

رابطه بین عامل روان رنجورخویی شخصیت و پیروی از درمان را به صورت منفی و رابطه بین وظیفه شناسی و برونگرایی با پیروی از درمان را به صورت مثبت و معنادار میانجی‌گری می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین روابط ساختاری بین سبک‌های دل‌بستگی کودکی، هویت و اختلال‌های هیجانی نوجوانی با میانجی‌گری مکانیزم‌های دفاعی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل نشان داد سبک‌های دل‌بستگی (مستقیم و غیرمستقیم) و مکانیزم‌های دفاعی (مستقیم)، اختلال‌های هیجانی را در نوجوانان تبیین می‌کند. بررسی

به‌طور مستقیم و همچنین با واسطه‌گری دشواری در تنظیم هیجان، افسردگی و اضطراب را در بیماران تحت تأثیر قرار می‌دهد [۱۴]. در مطالعه مشابهی Laczkovics و همکاران دل‌بستگی ناایمن را عاملی مرتبط و مؤثر در مشکلات هیجانی و رفتاری (درون‌نمود و برون‌نمود) نوجوانان گزارش کردند. همچنین آن‌ها نقش ضربه‌گیر مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته را در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و معضلات هیجانی تأیید کردند [۳۱]. در مطالعه رنجبری و همکاران نیز اثر مستقیم و غیرمستقیم دل‌بستگی اجتنابی بر نشانه‌های اضطراب تأیید شده است. آن‌ها در مطالعه خود نشان دادند مکانیسم‌های سازگارانۀ اثرات مخرب سبک‌های دل‌بستگی ناایمن را بر اضطراب تعدیل می‌سازد [۹]. همچنین بشارت و خواجوی نیز بر این باورند که مکانیسم‌های دفاعی بین سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی خلقی نقش میانجی دارد [۳۶].

نخستین یافته پژوهش را می‌توان بر مبنای الگوهای کاری درونی Bowlby استنباط کرد. به‌طور کلی با مروری در مفاهیم نظریه دل‌بستگی می‌توان گفت که کیفیت مراقبت‌های اولیه نوزاد با مراقبان نخستین خویش (به‌عنوان منبع دل‌بستگی) موجب شکل‌گیری الگوهایی از روابط کاری درونی در نوزاد می‌شود که بر تعاملات بزرگ‌سالی فرد اثرگذار است [۴۵]. به عقیده Bowlby دو بعد اساسی از این مدل، «خود» به‌صورت باارزش یا بی‌ارزش برای دوست داشتن و مراقبت کردن و الگوی دوم «دیگران مهم» به‌صورت منبع پایدار یا ناپداری از عشق‌ورزی و حمایت درونی است؛ بنابراین، در صورت درون‌سازی الگوهای درونی مثبت (ایمن)، می‌توان انتظار داشت که مکانیسم‌های سازگارانۀ او را در قالب درون‌سازی برای مقابله با تنش‌های روزمره به کار بگیرند، درحالی‌که مدل‌های کاری درونی منفی (دل‌بستگی ناایمن) ممکن است مقدمه‌ای برای برون‌سازی باشد؛ یعنی اطلاعات جهان بیرونی را بر اساس مدل‌های منفی نخستین قالب‌ریزی کرده که ممکن است رشد‌دهنده راهبردها و پیامدهای هیجانی منفی مثل افسردگی و اضطراب باشد [۳۱]. همان‌گونه که Grif-Bartholomew و fin نیز بیان می‌کنند، افراد با دل‌بستگی ایمن در کنار

برخورداری تصویری مثبت از خود و دیگران، خویش را به‌صورت ارزشمند و دیگران را پاسخگو ادراک می‌کنند [۴۶]. در نتیجه می‌توان گفت که دل‌بستگی‌های ناکارآمد زمینه‌ساز مواجهه ناسازگارانه و بدبینانه در روابط بین فردی و جهان پیرامونی است.

یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثر مستقیم سبک‌های دل‌بستگی بر مکانیسم‌های دفاعی نشان می‌دهد این یافته در راستای پژوهش‌های بشارت و خواجوی، Tanzilli و همکاران، Laczkovics و همکاران و رنجبری و همکاران است [۹، ۳۰، ۳۱، ۳۶]. بشارت و خواجوی با بررسی سبک‌های دل‌بستگی و ناگویی خلقی با میانجیگری مکانیسم‌های دفاعی، رابطه سبک دل‌بستگی ایمن با مکانیسم‌های پخته و همچنین سبک‌های ناایمن با مکانیسم‌های دفاعی ناکارآمد و ناگویی خلقی را معنادار گزارش کرده‌اند که همسو یافته Ci-occa و همکاران است [۳۶، ۴۷]. در راستای یافته نخست، نتیجه حاضر را می‌توان به این مسئله نسبت داد که سبک‌های دل‌بستگی که تصویر مثبتی را از خود به نمایش می‌گذارند، سطوح بالایی از مکانیسم‌های دفاعی پخته و سطوح پایینی از مکانیسم‌های دفاعی ناپخته را پیش‌بینی می‌کنند [۳۱]. همچنین می‌توان گفت افرادی که دل‌بستگی ایمن دارند، با درون‌سازی اطلاعات در ساختارهای روانی خویش، هیجان‌های مثبت بیشتری را در مقایسه با دل‌بستگی ناایمن تجربه می‌کنند [۴۸]. تجربه هیجان‌های مثبت برخلاف هیجان‌های منفی، به‌کارگیری سازوکارهای دفاعی رشد یافته را سهولت می‌بخشد [۳۶]. یافته‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهد عواطف مثبت برخلاف هیجان‌های منفی خزانه فکری و رفتاری گسترده‌تری را برای فرد فراهم می‌سازد که مقدمه‌ای برای سازگاری و شکوفایی بهتر است [۴۹].

همچنین نتایج حاصل از اثر مستقیم و غیرمستقیم سبک‌های دل‌بستگی بر اختلال‌های هیجانی نوجوانان با میانجیگری هویت نشان داد رابطه مذکور معنی‌دار نیست. بررسی پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد در اغلب یافته‌های پژوهشی همبستگی بین دل‌بستگی و هویت، غیرمعنی‌دار یا خیلی ضعیف گزارش شده است [۱۵، ۲۲].

بنیادین روانی و بررسی نوجوانان به عنوان گروه در معرض خطر از نقاط قوت پژوهش حاضر محسوب می شود. با این حال استفاده صرف از پرسش نامه و تعداد زیاد آن ها و بررسی دانش آموزان به نمایندگی از نوجوانان، محدودیت های این پژوهش است که احتیاط لازم را در تعمیم و تفسیر یافته ها می طلبد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از روش هایی مانند مصاحبه برای جمع آوری داده ها استفاده شود. همچنین با توجه به اینکه میان سبک های دل بستگی و مکانیسم های دفاعی ارتباط مستقیمی با اختلال های هیجانی وجود دارند، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اختلال های هیجانی به نقش و اهمیت سبک های دل بستگی و مکانیسم های دفاعی توجه خاص شود و درمان های شناختی برای اصلاح این متغیرها در انواع اختلالات به کار گرفته شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری رساندند، نهایت تشکر و قدردانی می شود. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق به شماره IR.IAU.TMU.REC.1399.241 از دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران می باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اعلام می کنند که در این پژوهش تضاد منافع وجود ندارد.

References

1. atcher AM, Weiser SD, Johnson MO, Rice WS, Turan JM. Framing mechanisms linking HIV-related stigma, adherence to treatment, and health outcomes. American Journal of Public Health. 2017;107(6):863-9.
2. Kamaradova D, Latalova K, Prasko J, Kubinek R, Vrbova K, Mainerova B, et al. Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. Patient preference and adherence. 2016 10:1289.

Ratner نیز رابطه بین سبک های اطلاعاتی و سردرگم-اجتنابی را با دل بستگی به پدر غیر معنی دار گزارش کرده است [۲۳]. با این حال بررسی اطلاعات جمعیت شناختی مطالعات انجام شده نشانگر آن است که هرچه میانگین سنی افراد مطالعه شده افزایش یابد، همبستگی نسبتاً قوی تری را بین متغیرها مشاهده می کنیم [۳۴]. تبیین این یافته را می توان به این مسئله نسبت داد که هرچند دل بستگی عاملی مرتبط و زمینه ساز با هویت شناخته می شود، با این حال آنچه شکل گیری هویت را به سرانجام می رساند، اجتماع است؛ چرا که کاوش و تعهد در بستر محیط اجتماعی صورت می گیرد. همچنین بر مبنای ویژگی های جمعیت شناختی می توان گفت که فرایند هویت در افراد نمونه امری در حال شدن و شکل گیری است که با متمایز شدن سبک های هویت در بستر تحول ممکن است تأثیر پذیری بیشتری از دل بستگی داشته باشد؛ همچنان که یافته های پژوهشی نیز بر این امر صحه گذاشته اند. علاوه بر این، وضعیت اقتصادی-اجتماعی مناسب (اشاره به داده های جمعیت شناختی) افراد نمونه میزان گرایش به معضلات روانی را در افراد کاهش می دهد که ممکن است توزیع اختلال های هیجانی و ارتباط آن را با هویت تحت تأثیر قرار دهد.

در مجموع با توجه به نتایج حاصل از تحلیل مدل و همبستگی بین متغیرهای پژوهش می توان گفت که مکانیسم های دفاعی رشد یافته، اثر سبک های دل بستگی آسیب زا را بر اختلال های هیجانی تعدیل می کند. در نتیجه بر مبنای یافته ها می توان بسته های مداخله ای را با تکیه بر سازه های بنیادینی مانند دل بستگی و مکانیسم های دفاعی، با هدف کاهش معضلات هیجانی در نوجوانان تهیه و کفایت بالینی آن را مورد آزمون قرار داد.

در پایان می توان گفت که تأکید بر مطالعه چند متغیری و سازه های

3. Younossi ZM, Stepanova M, Henry L, Nader F, Younossi Y, Hunt S. Adherence to treatment of chronic hepatitis C: from interferon containing regimens to interferon and ribavirin free regimens. *Medicine*. 2016;95(28):22-31.
4. Ivanovska V, Hek K, Mantel Teeuwisse AK, Leufkens HG, Nielen MM, van Dijk L. Antibiotic prescribing for children in primary care and adherence to treatment guidelines. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2016;71(6):1707-14.
5. Nguyen TA, Pham MT, Nguyen TL, Nguyen VN, Pham DC, Nguyen BH, et al. Video directly observed therapy to support adherence with treatment for tuberculosis in Vietnam: a prospective cohort study. *International Journal of Infectious Diseases*. 2017;65: 85-9.
6. Costedoat-Chalumeau N, Houssiau F, Izmirly P, Guern VL, Navarra S, Jolly M, et al. A prospective international study on adherence to treatment in 305 patients with flaring SLE: assessment by drug levels and self-administered questionnaires. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*. 2019;106(2):374-82.
7. Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? *Behaviour research and therapy*. 2016; 85:6-12.
8. Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, Hirst JA, O'Callaghan CA, Lasserson DS, Hobbs FR. Global prevalence of chronic kidney disease—a systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2016 Jul 6;11(7): e0158765.
9. Ketteler M, Block GA, Evenepoel P, Fukagawa M, Herzog CA, McCann L, et al. Executive summary of the 2017 KDIGO chronic kidney disease—mineral and bone disorder (CKD-MBD) guideline update: what's changed and why it matters. *Kidney international*. 2017;92(1):26-36.
10. Johnson RJ, Wesseling C, Newman LS. Chronic kidney disease of unknown cause in agricultural communities. *New England Journal of Medicine*. 2019;380(19):1843-52.
11. Galvan DL, Green NH, Danesh FR. The hallmarks of mitochondrial dysfunction in chronic kidney disease. *Kidney international*. 2017;92(5):1051-7.
12. Chironda G, Bhengu B. Contributing factors to non-adherence among chronic kidney disease (CKD) patients: a systematic review of literature. *Medical & Clinical Reviews*. 2016;2(4):29.
13. Evangelidis N, Tong A, Manns B, Hemmelgarn B, Wheeler DC, Tugwell P, et al. Developing a set of core outcomes for trials in hemodialysis: an international Delphi survey. *American Journal of Kidney Diseases*. 2017;70(4):464-75.
14. Bridoux F, Carron PL, Pegourie B, Alamartine E, Augeul-Meunier K, Karras A, et al. Effect of high-cutoff hemodialysis vs conventional hemodialysis on hemodialysis independence among patients with myeloma cast nephropathy: a randomized clinical trial. *Jama*. 2017;318(21):2099-110.
15. Garg AX, Suri RS, Eggers P, Finkelstein FO, Greene T, Kimmel PL, et al. Patients receiving frequent hemodialysis have better health-related quality of life compared to patients receiving conventional hemodialysis. *Kidney international*. 2017;91(3):746-54.
16. Liakopoulos V, Roumeliotis S, Gorny X, Dounousi E, Mertens PR. Oxidative stress in hemodialysis patients: a review of the literature. *Oxidative medicine and cellular longevity*. 2017;20(1):7-15.
17. Obi Y, Streja E, Rhee CM, Ravel V, Amin AN, Cupisti A, et al. Incremental hemodialysis, residual kidney function, and mortality risk in incident dialysis patients: a cohort study. *American Journal of Kidney Diseases*. 2016;68(2):256-65.
18. Demirci K, Demirci S, Taşkıran E, Kutluhan S. The effects of temperament and character traits on perceived social support and quality of life in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*. 2017;74:22-6.
19. Akçay BD, Gül VO, Özer S. Temperament and character traits in patients with anorectal disorder. *J Surg Med*. 2018;2(1):17-22.
20. Aker DA, Kose S, Solmaz M, Bal ZE, Akin E. Temperament and character dimensions of personality in patients with chronic pain disorders. *Psychiatry and Behavioral Sciences*. 2017;7(1):1-20.
21. Ucar D, Yıldırım Y, Gultekin G, Ozyazgan Y, Emul M. Temperament and Character Traits in Patients with Behçet's Disease with/without Eye Involvement. *In Seminars in Ophthalmology*. New York. Taylor & Francis. 2017.
22. Eadie T, Kapsner-Smith M, Bolt S, Sauder C, Yorkston K, Baylor C. Relationship between perceived social support and patient-reported communication outcomes across communication disorders: a systematic review. *International journal of language & communication disorders*. 2018;53(6):1059-77.
23. Kelly EL, Fenwick KM, Brekke JS, Novaco RW. Sources of social support after patient assault as related to staff well-being. *Journal of interpersonal violence*. 2017; 2(1):54-60.8779.
24. Hayes RL, Halford WK, Varghese FT. Social skills

- training with chronic schizophrenic patients: Effects on negative symptoms and community functioning. *Behavior Therapy*. 1995;26(3):433-49.
25. Azizi N, Karimy M, Salahshour VN. Determinants of adherence to tuberculosis treatment in Iranian patients: Application of health belief model. *The Journal of Infection in Developing Countries*. 2018;12(09):706-11.
26. Costa Jr PT, McCrae RR. The five-factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of personality disorders*. 1992;6(4):343-59.
27. Blackburn R, Renwick SJ, Donnelly JP, Logan C. Big five or big two? Superordinate factors in the NEO five factor inventory and the antisocial personality questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2004;37(5):957-70.
28. Wallston KA, Strudler Wallston B, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health education monographs*. 1978 Mar;6(1):160-70.
29. Moshki M, Ghofranipour F, Hajizadeh E, Azadfallah P. Validity and reliability of the multidimensional health locus of control scale for college students. *BMC Public health*. 2007 Dec;7(1):1-6.
30. Ma'amor H, Yunus NS, Hashim N, Haque A. The Influence of Personality Traits Towards Quality Pledge. *Procedia Economics and Finance*. 2016 Jan 1;37:73-9.
31. Backe IF, Patil GG, Nes RB, Clench-Aas J. The relationship between physical functional limitations, and psychological distress: considering a possible mediating role of pain, social support and sense of mastery. *SSM-population health*. 2018 Apr 1;4:153-63.
32. Naalweh KS, Barakat MA, Sweileh MW, Al-Jabi SW, Sweileh WM, Sa'ed HZ. Treatment adherence and perception in patients on maintenance hemodialysis: a cross-sectional study from Palestine. *BMC nephrology*. 2017 Dec 1;18(1):178.
33. Lightfoot CJ, Wilkinson TJ, Song Y, Burton JO, Smith AC. Perceptions of exercise benefits and barriers: the influence on physical activity behaviour in individuals undergoing haemodialysis and peritoneal dialysis. *Journal of Nephrology*. 2021;1(2):1-10.
34. Samoudi AF, Marzouq MK, Samara AM, Sa'ed HZ, Al-Jabi SW. The impact of pain on the quality of life of patients with end-stage renal disease undergoing hemodialysis: a multicenter cross-sectional study from Palestine. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2021;19(1):1-12.
35. Grigaitytė I, Söderberg P. Why does perceived social support protect against somatic symptoms: Investigating the roles of emotional self-efficacy and depressive symptoms?. *Nordic Psychology*. 2021;1(3):1-6.
36. Hamrahian SM. Medication non-adherence: a major cause of resistant hypertension. *Current Cardiology Reports*. 2020;22(11):1-7.