

# پیش‌بینی رفتارهای خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت بر اساس سبک‌های دل‌بستگی و کانون کنترل سلامت: نقش تعدیل‌کننده جنس

منصوره نیکوگفتار (نویسنده مسئول)\*، فائزه اسحاقی\*\*

دریافت مقاله:

آبان ۱۳۹۱

پذیرش:

بهمن ۱۳۹۱

## چکیده

**هدف:** اگرچه دیابت یک بیماری روان-تنی نیست ولی عوامل روانشناختی نقش برجسته‌ای در علت‌شناسی، شدت و پیش‌آگهی آن دارند. افزون بر این، درمان دیابت مستلزم انضباط شخصی و پایبندی به رفتارهای خود-مراقبتی است. هدف از انجام این پژوهش، بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی و کانون کنترل سلامت بر رفتارهای خود-مراقبتی در افراد با بیماری دیابت است.

**روش:** ۱۱۱ بیمار مبتلا به دیابت (۴۵ مرد و ۶۶ زن) با میانگین سنی ۴۸/۳۸ و انحراف استاندارد ۱۴/۶۲ که عضو انجمن دیابت ایران بودند به مقیاس دل‌بستگی بزرگسالان کولینز و رید (RASS، ۱۹۹۰)، مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC، ۱۹۹۲) و مقیاس چکیده فعالیت‌های خود-مراقبتی بیماران دیابتی (SDSCA، ۱۹۹۴) پاسخ دادند. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی شامل آزمون معناداری همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام به گام استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده بیانگر وجود رابطه مثبت معنادار بین رفتارهای خود-مراقبتی با زیر-مقیاس نزدیک بودن (سبک دل‌بستگی ایمن) و کانون کنترل بیرونی-پزشکان و رابطه منفی معنادار با زیر-مقیاس اضطراب (سبک دل‌بستگی اضطرابی-دوسوگرا) و نیز رابطه منفی معنادار بین سبک دل‌بستگی ایمن با کانون کنترل بیرونی-دیگران است. همچنین کانون کنترل درونی در مردان بالاتر از زنان به دست آمد. در سایر زیر-مقیاس‌ها و نیز در رفتارهای خود-مراقبتی و سبک‌های دل‌بستگی تفاوتی بین دو جنس مشاهده نشد.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر نقش الگوهای رفتاری را در سیر و پیش‌آگهی بیماری دیابت آشکار ساخته و اهمیت مداخلات روانشناختی در درمان دیابت را مورد توجه و تأکید قرار می‌دهد.

**کلیدواژه:** دیابت، سبک‌های دل‌بستگی، کانون کنترل سلامت، رفتارهای خود-مراقبتی، جنس

mnikoogoftar@gmail.com

\*استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

\*\*دانشجوی کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی تهران

## مقدمه

بیماری دیابت در ایران به عنوان شانزدهمین علت مرگ و میر در مردان و نهمین علت مرگ در زنان شناسایی شده است (لاریجانی ۱۳۸۴) و علت عمده نارسایی پیشرفته کلیه<sup>۱</sup> (ESRD)، موارد جدید نابینایی و قطع اندام تحتانی غیر ترومایی است و امید به زندگی در بیماران میانسال دیابتی بین ۵ تا ۱۰ سال کاهش می‌یابد (سیسیل، ۱۳۸۶). با توجه به شیوع فزاینده دیابت در دنیا آشکار است که پایش و درمان دیابت و عوارض حاد و مزمن آن نیازمند صرف هزینه‌های قابل توجهی از طرف بیماران و نظام بهداشتی-درمانی جامعه است (ابوالحسنی، مهاجری تهرانی و طباطبایی ملاذی، ۱۳۸۵). از سوی دیگر، به هنگام بروز دیابت، اختلالات خلقی ممکن است به صورت افسردگی، بی‌خوابی و بی‌اشتهایی بروز کنند (همان منبع) که می‌تواند موجب کاهش توانایی بیمار در کنترل بیماری مزمنی نظیر دیابت شود. ابتلا به دیابت به معنای آن است که شخص پذیرد به یک بیماری مزمن مبتلا شده و باید برنامه زندگی خود را مورد تجدید نظر قرار دهد. علاوه بر این، حملات افسردگی عمده‌ای که با بیماری‌های طبی همراهند اغلب ممکن است مهم‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین جنبه از تابلوی بالینی بیمار بوده و نیاز به درمان فوری و اختصاصی داشته باشد (کاسپر<sup>۲</sup> و هاریسون<sup>۳</sup> ۱۳۸۵). مبتلایان به دیابت همیشه باید بر رژیم غذایی

خود کنترل داشته باشند. وقتی هم دچار غمگینی و افسردگی هستند، میل به پرخوری و پر نوشی پیدا می‌کند که سبب می‌شود دیابت از کنترل خارج شود (سادوک و سادوک<sup>۴</sup> ۱۳۸۸). این بیماران با کنترل مناسب می‌توانند یک زندگی عادی داشته باشند، اما حضور علایم روانی اغلب زندگی بیمار را نا آرام ساخته و عملکرد فرد را کاهش می‌دهد و زندگی خانوادگی وی را نیز تحت تاثیر قرار می‌دهد (موساکو<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). و به این ترتیب، افسردگی بار اقتصادی، هیجانی و اجتماعی بسیاری برای مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه دارد (کنی و ویلیامز<sup>۶</sup>، ۲۰۰۷) و بروز این بیماری در یکی از اعضای خانواده، کل سیستم خانواده را تحت فشار قرار می‌دهد و مستلزم سازش یافتگی بیمار و سایر اعضا خانواده با شرایط جدید است (سادوک و سادوک ۱۳۸۸). از این رو، بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خود-مراقبتی<sup>۷</sup> ویژه در سراسر زندگی است (گیلیبرانند و استیونسون<sup>۸</sup>، ۲۰۰۶). خود-مراقبتی نه تنها موجب ارتقای کیفی زندگی شده بلکه با کاهش موارد بستری در بیمارستان از میزان هزینه‌ها نیز کاسته می‌شود. همچنین با استمرار در مراقبت‌ها می‌توان از عوارض حاد و مزمن این بیماری پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت

4 . Sadock &amp; Sadock

5. Mosaku &amp; et al

6. Kenny &amp; Williams

7. self-care

8 . Gillibrand &amp; Stevenson

1. End-stage renal disease

2 . Kasper

3 . Harison

(دلآوری، مهدوی هزاوه، نوروزی نژاد و یار احمدی، ۱۳۸۲). کنترل قند خون، پایه مراقبت در دیابت است و بیماران دیابتی را قادر می‌سازد تا با اصلاح برنامه درمانی به بهترین شکل ممکن غلظت گلوکز خون را کنترل کنند. این روش امکان شناسایی و پیشگیری از هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی و تنظیم سطح گلوکز خون را فراهم می‌کند و در رساندن قندخون به حد طبیعی که باعث کاهش عوارض درازمدت دیابت می‌شود نقش مهمی دارد (کاسپر و هاریسون، ۱۳۸۵). بخش قابل توجهی از بیماران دیابتی مهار اندکی بر قند خون دارند که آنها را در معرض خطر عوارض طولانی مدت قرار می‌دهد. به منظور کاهش خطرات بهداشتی، بیماران دیابتی باید به طور منظم به رژیم غذایی، مراقبت از پا، ورزش، نظارت بر قند خون، تنظیم مناسب دارو و ترک سیگار توجه داشته باشند. بر این اساس، همکاری و گفتگو با ارایه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی، افراد خانواده و دیگران امری ضروری است به طوری که تغییرات رفتاری در بهترین شکل ممکن مورد حمایت و تشویق قرار گیرد (دی، بودمر و دان<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶؛ اندرسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵).

مطابق بررسی‌های انجام شده، مهمترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران مبتلا به دیابت، فقدان خود-مراقبتی است. خود-مراقبتی در در بیماران مبتلا به دیابت شامل دامنه‌ای از فعالیت‌ها مانند نظارت بر گلوکز خون، داشتن یک رژیم غذایی

کم‌چرب و چک کردن پاها است (گلاسکو و ایاکین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگر، فرد مبتلا به دیابت با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (صالحی و همکاران ۱۳۸۶). از این رو، زندگی با دیابت می‌تواند شرایط بسیار دشواری را ایجاد کند. دستورات خود-مراقبتی پیچیده، پرزحمت و اغلب گیج‌کننده‌اند که ممکن است بیماران را دچار سرخوردگی، خشم، انزوا و نومیدی سازد. فرد مبتلا به دیابت ممکن است پیامد چنین هیجاناتی در ارتباط با کسانی که دوستشان دارد درگیری پیدا کرده و روابطش با افرادی که مراقب سلامتی او هستند آسیب ببیند، خطر ابتلا به افسردگی افزایش یافته و در نتیجه انگیزه برای مراقبت از خود کاهش یابد (ایچ و ژنگ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳؛ نیکولاس و بروئن<sup>۵</sup>، ۲۰۰۳).

سبک دلبستگی<sup>۶</sup> یکی از مهمترین عوامل مؤثر در تعاملات بین فردی است که در دوران کودکی فرد شکل گرفته و با توجه به محیطی که در آن تحول یافته است، در سنین بعدی ادامه می‌یابد (بالبی<sup>۷</sup>، ۱۹۸۸). برای اجرای مؤثر مراقبت بیمار محور، درک انواع سبک‌های تعاملی بیماران و ظرفیت آنان در برقراری ارتباط با مراقبت‌کنندگان ضروری است. نظریه دلبستگی با فراهم آوردن چهارچوبی مفهومی

- 3 . Glasgow & Eakin
- 4 . Egde & Zheng
- 5 . Nicholas & Brown
- 6 . attachment style
- 7 . Bowlby

- 1 . Day, Bodmer, & Dunn
- 2 . Anderson

منفی بر خود-مراقبتی بیماران دیابتی خواهد داشت (سیچانوسکی، هیرشی و کاتون<sup>۷</sup>، ۲۰۰۲)، موضوعی که می‌تواند از طریق مفهوم کانون کنترل سلامت<sup>۸</sup> (HLC) مورد بررسی قرار گیرد. چرا که اساساً، ادراک اثربخشی شخصی و مسئولیت‌پذیری فردی در زمینه سلامت یک متغیر تعدیل‌کننده<sup>۹</sup> برای افزایش تأثیر مقابله و اتخاذ سبک‌های رفتاری سالم است (شیو و موگای<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۳) که این موضوع همراه با مفهوم دلبستگی تبیین متفاوتی را در زمینه رفتارهای خود-مراقبتی ایجاد می‌کند. چه، نظریه دلبستگی، بر اساس پیش‌فرض‌های بنیادین خود، قادر به ایجاد وحدت میان متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی رشد، سلامت و بیماری با هدف تبیین سازش‌یافتگی با بیماری است (سیچانوسکی، واکر، کاتون و روسو، ۲۰۰۲). کانون کنترل سلامت میزانی است که افراد باور دارند که خودشان، افراد قدرتمند یا شانس بر سلامت یا بیماری آنها تأثیر می‌گذارد (والسون، والسون و دیولیس<sup>۱۱</sup>، ۱۹۷۸؛ تیلور<sup>۱۲</sup>، ۱۹۹۹). سازه مکان کنترل سلامت، برگرفته از نظریه یادگیری اجتماعی<sup>۱۳</sup> است که در سال ۱۹۶۶ توسط راتر<sup>۱۴</sup> مطرح شد. نظریه یادگیری اجتماعی بیانگر آن است که افراد بر اساس پیشینه تقویت‌های خود می‌آموزند

بر این اصل مبتنی است که روابط اولیه و خلق و خو، شکل دهنده و تقویت‌کننده ادراکات و رفتارهای فرد در روابط بعدی است و از اواخر نوجوانی یا آغاز بزرگسالی، افراد از سبک دلبستگی نسبتاً ثابتی برخوردارند (بالبی، ۱۹۷۳). بالبی معتقد است که همه مردم با مراقبان‌شان پیوستگی روانشناختی قبلی را تجربه می‌کنند که الگوی پایدار شناختی از مراقبت را شکل می‌دهد و در سراسر دوران بزرگسالی باقی می‌ماند. این الگوها، راه‌های آموخته شده‌ای از تعامل در سراسر زندگی به ویژه در زمان آسیب‌پذیری هستند.

روان‌شناسان اجتماعی در رفتارهای دلبستگی بین فردی، چهار الگوی اختصاصی را در بزرگسالان شناسایی کردند: یک سبک ایمن<sup>۱</sup> و سه سبک نایمن<sup>۲</sup> که به عنوان اجتنابی<sup>۳</sup>، آشفته<sup>۴</sup> و بیمناک<sup>۵</sup> شناخته شده‌اند. اگرچه در عمل افراد ممکن است با درجات مختلفی از هر سبک مشخص شوند اما متمایز کردن افراد بر حسب سبک دلبستگی غالب برای فهم بهتر ویژگی‌های تحولی و رفتاری مفید است (بارتولومئو و هورویتز<sup>۶</sup>، ۱۹۹۱).

تحقیقات بر این فرض مبتنی است که بیمارانی که بیشتر به خودشان متکی و کمتر به دیگران وابسته هستند احتمالاً همکاری ضعیف‌تری با مراقبت‌کنندگان سلامت دارند که به نوبه خود تأثیر

7 . Ciechanowski, Hirsch &amp; Katon

8 . health locus of control

9 . modifying variable

10 . Shehu &amp; Mokgwathi

11 . Wallston, Wallston &amp; Devellis

12 . Taylor

13 . social learning theory

14 . Rotter

1 . secure styles

2 . insecure styles

3 . dismissing

4 . preoccupied

5 . fearful

6 . Bartholomew &amp; Horowitz

که انتظارات کلی و خاصی را رشد دهند و از طریق فرایند یادگیری این باور را در خود می‌پرورانند که پیامدهای معینی نتیجه اعمالشان است (درونی) یا نتیجه عوامل دیگری مستقل از خودشان است (بیرونی). کسانی که بر این باورند که خود شخصاً سلامت یا حوادث زندگی‌شان را کنترل می‌کنند درونی‌نمیده می‌شوند به عکس، کسانی که احساس می‌کنند دیگران یا شانس مسئول اتفاقاتی هستند که برای سلامتی آنها رخ می‌دهد بیرونی هستند. پیشینه تحقیق بیانگر این موضوع است که درونی‌ها در مقایسه با افرادی که معتقدند شانس یا عوامل اجتماعی مسئولیت سلامت آنها را بر عهده دارند بیشتر احتمال دارد که رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را به کار بندند (پیتز و فیلیپز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۸؛ بلاکستر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰). آنان همچنین کمتر مستعد درماندگی آموخته شده هستند (پترسون، مایر و سلینگمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵).

بر این اساس، توجه به عوامل روانشناختی و اجتماعی موثر بر رفتارهای خود-مراقبتی گام مهمی در زمینه مدیریت بیماری و کاهش عوارض آن به شمار می‌رود موضوعی که در پژوهش‌های گذشته کمتر به آن پرداخته شده است. از این رو، هدف از انجام این مطالعه، بررسی نقش سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت بر رفتارهای خود-مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت بوده است. لذا پژوهش

حاضر با سه هدف الف) تعیین رابطه سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت با خود-مراقبتی بیماران؛ ب) تعیین نقش سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت در پیش بینی رفتارهای خود-مراقبتی بیماران و ج) تعیین سبک‌های دلبستگی، کانون کنترل سلامت و خود-مراقبتی بر حسب جنس انجام شده است. بنابراین، پژوهش حاضر در پی پاسخ دادن به این سوالات پژوهشی است: ۱- آیا بین سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت با خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت رابطه‌ای وجود دارد؟ ۲- کدام یک از متغیرهای سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت می‌توانند خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت را پیش بینی کنند؟ ۳- آیا سبک‌های دلبستگی، کانون کنترل سلامت و خود-مراقبتی بر حسب جنس متفاوت است؟

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری با میانگین سنی ۴۸/۳۸ با انحراف استاندارد ۱۴/۶۲ بود این افراد دارای حداقل سواد ابتدایی بودند و از بروز بیماری آنها مدت ۶ ماه یا بیشتر می‌گذشت و به واسطه این بیماری تحت درمان قرار داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها علاوه بر پرسشنامه جمعیت شناختی (شامل اطلاعات مربوط به سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تاهل) سه ابزار به کار برده شد که عبارتند از:

- 1 . Pitts & Phillips
- 2 . Blaxter
- 3 . Petersen, Maier & Seligman

(C) یک بعد دو قطبی است که اساساً توصیف‌های ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد. از این‌رو، می‌توان گفت که نزدیک بودن (C) در تطابق با دلبستگی ایمنی بخش و زیر مقیاس وابستگی (D) را می‌توان عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد (فینی و نولر<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹).

کولینز و رید (۱۹۹۰) ضریب آلفای کرونباخ را بیش از ۰/۸۰ و پاکدامن (۱۳۸۴) ضریب آلفای زیر مقیاس‌های وابستگی، نزدیک و اضطراب را به ترتیب ۰/۲۹، ۰/۵۲ و ۰/۷۵ گزارش کرد و در پژوهش حاضر ضرایب اعتبار زیر مقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۶۰ و ۰/۷۴ به دست آمد. روایی این ابزار مطلوب گزارش شده است.

۲- پرسشنامه کانون کنترل سلامت (MHLC)<sup>۷</sup> توسط والستون، والستون و دولیس (۱۹۷۸) طراحی شده و متشکل از سه مقیاس است (C, B, A). فرم‌های A و B مقیاس‌های کانون کنترل سلامت عمومی هستند. هر یک از این دو فرم معادل، در بر گیرنده سه زیر مقیاس و هر یک شامل ۶ پرسش‌اند: درونی<sup>۸</sup>، بیرونی: افراد قدرتمند<sup>۹</sup>، و بیرونی: شانس<sup>۱۰</sup>. در خلال ۲۵ سال گذشته فرم‌های A و B در مطالعات فراوانی به کار گرفته شده‌اند. فرم C برای استفاده در شرایط بیماری طراحی شده و

۱- مقیاس بازنگری شده دلبستگی بزرگسال<sup>۱</sup> (RAAS) (کولینز و رید<sup>۲</sup>، ۱۹۹۰): این پرسشنامه شامل خود - ارزیابی از مهارت‌های ایجاد ارتباط و خود-توصیفی شیوه شکل‌دهی دلبستگی‌های نزدیک و مشتمل بر ۱۸ ماده است که بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از ۱= اصلاً ویژگی من نیست تا ۵= کاملاً ویژگی من است) نمره‌گذاری می‌شود. تحلیل عوامل، ۳ زیر مقیاس ۶ ماده‌ای را مشخص می‌سازد. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از:

- وابستگی<sup>۳</sup> (D): میزانی که مشارکت کنندگان به دیگران اعتماد می‌کنند و با این باور که در مواقع لزوم قابل دسترسی‌اند به آنها متکی می‌شوند را اندازه‌گیری می‌کند.

- نزدیک بودن<sup>۴</sup> (C): میزان آسایش فرد در رابطه همراه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند.

- اضطراب<sup>۵</sup> (A): ترس از داشتن رابطه را در ارتباطات می‌سنجد.

کولینز و رید (۱۹۹۰) بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسال هازان و شیور در مورد سه سبک اصلی دلبستگی وجود داشت، مواد پرسشنامه خود را تدارک دیده‌اند. زیر مقیاس اضطراب (A) با دلبستگی نایمن اضطرابی - دوسوگرا مطابقت دارد و زیر مقیاس نزدیک‌بودن

6 . Feeney & Noller

7. multidimensional health locus of control

8. Internal

9. Powerful Others

10. Chance

1.Revised Adult Attachment Scale(RAAS)

2 . Colins & Read

3 . dependency

4 . close

5 . anxiety

می‌تواند به جای فرم A یا B وقتی که افراد با یک بیماری مورد مطالعه قرار می‌گیرند به کار رود. مانند فرم B / A نیز دارای ۱۸ پرسش است اما به جای زیرمقیاس افراد قدرتمند، فرم C دارای دو زیرمقیاس پزشکان و افراد قدرتمند و هر یک شامل ۳ پرسش است. فرم C توسط والس‌تون، استین و اسمیت در سال ۱۹۹۳ توصیف شده است. در این مطالعه از فرم C استفاده شده است.

کوهارا<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۴ آلفای کرونباخ مقیاس کانون کنترل سلامت را در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند. آزمودنی‌های مسن، زنان و آزمودنی‌هایی که تحصیلات کمتری داشتند بیشتر دارای باور بیرونی بودند که عموماً با سایر مطالعات انجام شده در کشورهای دیگر نیز همخوانی داشت. آزمودنی‌هایی که رفتار مغایر با سلامتی نظیر مصرف سیگار و افراط در مصرف مشروب داشتند همچنین بیشتر دارای باور بیرونی بودند. ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۰۳ به دست آمد.

۳- مقیاس چکیده فعالیت‌های خود-مراقبتی بیماران دیابتی<sup>۲</sup> (SDSCA) (۱۹۹۴): این پرسشنامه یک ابزار خود-گزارش‌دهی کوتاه برای اندازه‌گیری سطوح خود-مدیریتی در ارتباط با عناصر تشکیل دهنده رژیم بیماران دیابتی است. مقیاس SDSCA شامل یازده پرسش است که پنج جنبه از رژیم دیابتی‌ها را می‌سنجد که عبارت‌اند از: رژیم غذایی،

فعالیت بدنی، مصرف دارو، تست قند خون، مراقبت از پاها و مصرف سیگار. پاسخ دهندگان فراوانی فعالیت‌های انجام شده ظرف هفت روز گذشته را بر روی یک پیوستار از صفر تا ۷ گزارش می‌دهند و در مجموع، میانگین نمرات ۱۱ ماده سطح خود-مراقبتی فرد را در انجام تکالیف مرتبط با بیماری دیابت نشان می‌دهد (توبرت و گلاسکو<sup>۳</sup>، ۱۹۹۲). این پرسشنامه پس از ترجمه به فارسی بر روی ۱۰ پاسخگو اجرا شد و قابل درک بودن سوالات بررسی شد و ویرایش‌های لازم جهت درک بهتر سوالات اعمال گردید. ضریب همسانی درونی از سوی سازنده مقیاس در ویرایش انگلیسی ۰/۸۲ و در ویرایش اسپانیایی ۰/۸۵ گزارش شده است که در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۵۳ به دست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

برای بررسی اولین سوال پژوهش از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۱ نتایج همبستگی و نمرات میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش آمده است.

1. Kuwahara & et al

2. Summary of Diabetes Self – Care Activities

3. Toobert & Glasgow

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار و همبستگی بین متغیرها (N=۱۱۱)

| انحراف معیار | میانگین | ۸ | ۷        | ۶        | ۵     | ۴      | ۳     | ۲    | ۱       |                                  |
|--------------|---------|---|----------|----------|-------|--------|-------|------|---------|----------------------------------|
| ۱۲/۶۵        | ۳۲/۸۴   |   |          |          |       |        |       |      | ۱       | ۱ خود مراقبتی                    |
| ۴/۲۶         | ۲۹/۰۷   |   |          |          |       |        |       | ۱    | -۰/۰۰۹  | ۲ کانون کنترل سلامت- درونی       |
| ۶/۶۳         | ۱۴/۱۳   |   |          |          |       |        | ۱     | /۰۷۷ | -۰/۰۱۶  | ۳ کانون کنترل سلامت بیرونی- شانس |
| ۲/۹۹         | ۱۵/۱۹   |   |          |          |       | ۱      | /۰۱۵۹ | /۱۶۳ | ۰/۲۶۵*  | ۴ کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشک |
| ۴/۰۶         | ۹/۹۹    |   |          |          | ۱     | ۰/۲۹۷* | ۰/۴۱۹ | /۰۱۷ | -۰/۰۳۸  | ۵ کانون کنترل بیرونی- دیگران     |
| ۳/۵۹         | ۱۷/۷۴   |   |          | ۱        | ۰/۲۰۵ | -۰/۰۰۴ | ۰/۱۰۰ | /۰۱۵ | ۰/۲۴۶*  | ۶ زیر-مقیاس نزدیک بودن           |
| ۴/۱۵         | ۱۰/۱۱   |   | ۱        | ۰/۱۲۹    | ۰/۱۲۱ | ۰/۱۵۴  | ۰/۰۰۵ | /۰۴۵ | ۰/۱۵۸   | ۷ زیر-مقیاس وابستگی              |
| ۵/۲۵         | ۱۱/۳۹   | ۱ | -۰/۴۴۰** | -۰/۲۴۷** | ۰/۱۲۰ | -۰/۰۲۰ | ۰/۱۵۶ | /۰۷۷ | -۰/۲۰۴* | ۸ زیر-مقیاس اضطراب               |

\*\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

به منظور بررسی دومین سوال پژوهش، زیر-مقیاس‌های کانون کنترل سلامت و سبک‌های دلبستگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و خود-مراقبتی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۲ انعکاس یافته است.

بر اساس نتایج جدول ۱، خود-مراقبتی با کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشک و زیر-مقیاس نزدیک بودن دارای رابطه مثبت معنادار و با زیر-مقیاس اضطراب واجد رابطه منفی معنادار است. همچنین بین زیر-مقیاس نزدیک بودن با کانون کنترل بیرونی-دیگران رابطه منفی معنادار وجود دارد.

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت بر خود-مراقبتی

| مرحله   | متغیرها                         | R     | R2    | B     | خطای استاندارد | β     | t     | سطح معناداری |
|---------|---------------------------------|-------|-------|-------|----------------|-------|-------|--------------|
| گام اول | کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان | ۰/۲۶۵ | ۰/۰۷۰ | ۱/۱۲۱ | ۰/۳۹۰          | ۰/۲۶۵ | ۲/۸۷۳ | ۰/۰۰۵        |
| گام دوم | سبک دلبستگی ایمن                | ۰/۳۶۳ | ۰/۱۳۲ | ۰/۸۷۱ | ۰/۳۱۶          | ۰/۲۴۷ | ۲/۷۵۷ | ۰/۰۰۷        |

این متغیر ۷٪ واریانس خود-مراقبتی را تبیین می‌کند. همچنین در مدل دوم، زیر-مقیاس سبک دلبستگی ایمن وارد معادله رگرسیون شد و R2 را از

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خود-مراقبتی از طریق زیر-مقیاس کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان در مدل اول نشان داد که



۷٪ به ۱۳٪ افزایش داد. به این ترتیب می توان گفت که رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خود-مراقبتی تحت تاثیر کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشکان

جدول ۳. نتایج آزمون تفاوت میانگین کانون کنترل سلامت بر حسب جنس

| متغیرها       | گروه | تعداد | میانگین | انحراف معیار | خطای معیار میانگین | آزمون آماری |
|---------------|------|-------|---------|--------------|--------------------|-------------|
| درونی         | مرد  | ۴۵    | ۳۰/۴۸۸  | ۴/۴۵۴        | ۰/۶۶۴              | T = ۲/۸۹۵   |
|               | زن   | ۶۵    | ۲۸/۱۸۴  | ۳/۸۴۴        | ۰/۴۷۶              | P = ۰/۰۰۵   |
| شانس          | مرد  | ۴۴    | ۱۳/۵۰۰  | ۷/۲۱۹        | ۱/۰۸۸              | T = -۰/۶۶۳  |
|               | زن   | ۶۵    | ۱۴/۳۵۳  | ۶/۱۴۰        | ۰/۷۶۱              | P = ۰/۵۰۹   |
| پزشکان        | مرد  | ۴۴    | ۱۵/۶۱۳  | ۲/۲۸۶        | ۰/۴۰۵              | P = ۱/۲۵۸   |
|               | زن   | ۶۵    | ۱۴/۸۷۶  | ۳/۱۹۴        | ۰/۳۹۶              | T = ۰/۲۱۱   |
| افراد دیگر    | مرد  | ۴۵    | ۹/۳۵۵   | ۴/۰۴۶        | ۰/۶۰۳              | P = -۱/۳۴۳  |
|               | زن   | ۶۵    | ۱۰/۴۱۵  | ۴/۰۸۴        | ۰/۵۰۶              | T = ۰/۱۸۲   |
| خود - مراقبتی | مرد  | ۴۵    | ۳۴/۰۸۸  | ۱۲/۵۵۸       | ۱/۸۷۲              | P = ۰/۹۶۰   |
|               | زن   | ۶۵    | ۳۱/۷۳۸  | ۱۲/۶۶۰       | ۱/۵۷۰              | T = ۰/۳۳۹   |

(سبک اجتنابی) بود. نتایج مطالعات انجام شده (دی، بودمر و دان، ۱۹۹۶؛ آندرسون، ۱۹۹۵) نشان داد که کنترل پایین اغلب بیماران دیابتی بر قند خون، آنان را در معرض عوارض درازمدت ناشی از آن قرار می دهد، از این رو توانایی برقراری ارتباط موثر با مراقبان بهداشتی (اعم از تیم درمانی و خانواده) به نظارت بیشتر بر قند خون، رعایت رژیم غذایی مناسب، ورزش، مصرف به موقع دارو و ترک سیگار منجر می شود. تاثیر مثبت ارتباط بیمار-ارایه دهنده<sup>۱</sup> خدمات به طور خاص مهم بوده و به عنوان یکی از مهمترین عوامل در پایداری نسبت به طرح درمانی مطلوب به شمار می رود. در میان بیماران دیابتی به طور خاص، رضایت مندی در ارتباط بیمار-ارایه دهنده به طور معنادار با بهبود یافتن و کنترل متابولیسی بهتر ارتباط دارد (مک لین، ژانسی و

نتایج نشان می دهد که بین دو جنس در رفتارهای خود-مراقبتی و سبک‌های دلبستگی تفاوتی وجود ندارد اما در زیر-مقیاس درونی کانون سلامت بین زنان و مردان تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت به نفع مردان است.

### بحث و نتیجه گیری

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بیانگر آن بود که بین خود-مراقبتی با سبک دلبستگی ایمن (زیرمقیاس نزدیک بودن) و کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشکان رابطه مثبت معنادار و بین خود-مراقبتی با سبک دلبستگی اضطراب (اضطرابی- دوسوگرا) رابطه منفی معنادار وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی از مطالعاتی پیشین مطابقت دارند، در خصوص نخستین یافته این پژوهش که کشف رابطه مثبت معنادار بین خود-مراقبتی با سبک دلبستگی ایمن و رابطه منفی با سبک دلبستگی مضطرب

1. patient-provider

ورزش، مراقبت از پاهای، رژیم غذایی و پیروی از تجویزهای هیپوگلیسمیک دهانی و با سطوح بالاتری از مصرف سیگار مرتبط است. و در مجموع، سبک دلبستگی به طور معناداری با خود-مدیریتی و پیامدهای دیابت مرتبط است (سیچانوسکی، هیریشی و کاتون، ۲۰۰۲). علاوه بر این نتایج پژوهش گرگ و همکاران (۱۹۹۶) نشان داد که سبک دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تر ورزش، مراقبت از پاهای، رژیم غذایی و تنظیم گلوکز خون و مصرف بالای سیگار رابطه معنادار مثبت دارد و این ارتباط با میانجیگری رابطه بیمار-مراقب برقرار می‌شود.

یافته دیگر این پژوهش بیانگر رابطه مثبت معنادار بین خود-مراقبتی با کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان بود. برخلاف انتظار، خود-مراقبتی در این پژوهش با کانون کنترل سلامت درونی رابطه‌ای نداشت بلکه پزشک حائز بیشترین مرجعیت قدرت برای بیماران مبتلا به دیابت بود. به طوری که رفتارهای خود-مراقبتی آنان در پرتو توصیه‌ها و تجویزات پزشکان شکل می‌گرفت. در مطالعه گرگ<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۶) که به بررسی رابطه بین کانون کنترل درونی و بیرونی و فعالیت فیزیکی و تأثیر آن بر دیابت پرداخته شد. در میان زنان و مردان بدون دیابت افراد با کانون کنترل درونی به طور معناداری فعالتر از افراد با کانون کنترل بیرونی بودند. کانون کنترل درونی به طور معناداری با سطح بالاتر فعالیت فیزیکی در مردان و زنان بدون دیابت مرتبط بود اما در دیابتی‌ها رابطه معناداری وجود نداشت. این موضوع می‌تواند بیانگر تأثیر گسترده بیماری باشد، همانند هر بیماری مزمن و ناتوان‌کننده دیگر، فرد

فلاسک<sup>۱</sup> (۱۹۹۵). نتایج بررسی سیچانوسکی و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد بیماران با سبک دلبستگی اجتنابی، پایبندی کمتری به رژیم غذایی، ورزش، مراقبت از پا و داروهای هیپوگلیسمی داشته و در مقایسه با افراد دارای سبک دلبستگی ایمن، سیگار می‌کشیدند و علاقه کمتری به رابطه مراقب-بیمار داشتند. بر این اساس، نکته جالب توجه اینجاست که در میان بیماران دیابتی به طور خاص، رضایت مندی در ارتباط بیمار-ارابه دهنده به طور معنادار با به بهبود یافتن و کنترل متابولیسی بهتر ارتباط دارد. در راستای این نتایج، پژوهش زاهدنژاد، پور شریفی و باباپور (۱۳۹۰) که در مطالعه خود از فرم A مقیاس کانون کنترل سلامت در گروه مبتلا به دیابت استفاده کرده بودند نشان داد بیماران دیابتی که کانون کنترل سلامتشان از نوع بیرونی قدرت-دیگران است رابطه مطلوبی با پزشکشان برقرار می‌کنند و رضایت بیشتری از درمان دارند همچنین پژوهش سیچانوسکی، هیریشی و کاتون (۲۰۰۲) نشان داد بیمارانی که بیشتر به خودشان متکی و کمتر به دیگران وابسته هستند احتمالاً همکاری ضعیف‌تری با مراقبت‌کنندگان سلامت دارند که به نوبه خود تأثیر منفی بر خود مراقبتی بیماران دیابتی خواهد داشت. این مطالعه همچنین نشان داد که سبک دلبستگی اجتنابی<sup>۲</sup> با سطح بالای هموگلوبین، پایبندی ضعیف به تست قند و تزریقات انسولین و تنظیم ارتباط ضعیف مراقب-بیمار ارتباط دارد. علاوه بر این، سبک دلبستگی اجتنابی در مقایسه با سبک دلبستگی ایمن به طور معناداری با سطوح کمتری از

1 . McLane, Zyzanski & Flocke

2 . dismissing

3 . Gregg & et al

مبتلا به دیابت با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (سیچانوسکی و همکاران، ۲۰۰۴). کیفیت انجام فعالیت‌های شغلی روزمره افراد با ابتلا به دیابت کاهش می‌یابد و حتی تعدادی از آنها توانایی کار کردن را از دست می‌دهند. بیماری، غیبت، ناتوانی و زمین‌گیری، بازنشستگی پیش از موعد و یا مرگ زود هنگام موجب افت بازدهی و از بین رفتن بهره‌وری می‌شود. درد، اضطراب، ناراحتی و عوامل دیگر که کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند، هزینه‌های نامحسوس نامیده می‌شوند که بسیار سنگین‌تر از همه هستند. ارتباطات شخصی، تحرک و آسایش افراد به طور منفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (گرگ و همکاران، ۱۹۹۶). علاوه بر این، بیماران مبتلا به دیابت به این امر مهم آگاهی دارند که مستعد عوارض غیرقابل اجتناب دیابت‌اند (صالحی، رضوان‌فر و شیریان، ۱۳۸۶) از این روست که مطابق یافته‌های پژوهش حاضر، آنان بیش از آنکه به منبع کنترل درونی خود استناد کنند وابسته به کنترل بیرونی و توصیه‌ها و نظرات پزشک معالج خود هستند. از سوی دیگر مطابق نتایج پژوهش حاضر، کانون کنترل سلامت مردان درونی‌تر از زنان است این یافته همسو با مطالعه هالند، گریگتی و شاه<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) و میلر<sup>۲</sup> (۱۹۸۷) و ناهماهنگ با نتایج والهاگان، استرابریج، کاپلان و کوهن<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) است.

یافته‌های این مطالعه باید با توجه به محدودیت‌های آن از جمله استفاده از اندازه‌های خود گزارش دهی

و روش نمونه‌گیری در دسترس تفسیر شود. همچنین محدودیت جامعه آماری پژوهش، محدودیت‌هایی را در زمینه تعمیم‌پذیری یافته‌ها پدید آورده است. با توجه به اهمیت سبک‌های دلبستگی در ارتباط بیمار-مراقب و همچنین باورهای فرد در خصوص عوامل تاثیرگذار بر سلامت، انجام مطالعات بیشتر بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی پیشنهاد می‌شود.

### سیاسگزاری

نویسندگان وظیفه خود می‌دانند از جناب آقای دکتر اسداله رجب ریاست انجمن دیابت ایران و اعضای محترم انجمن دیابت که در اجرای این پژوهش، همکاری صمیمانه‌ای داشتند تشکر و قدردانی کنند.

### منابع

- ابوالحسنی، ف. مهاجری تهرانی، م. طباطبایی ملاذی، ع. (۱۳۸۴). بار دیابت و عوارض آن بر اساس مطالعات دهه اخیر در ایران، مجله دیابت و لیپید ایران، دوره ۵، شماره ۱، صفحه ۴۸-۳۵.
- پاکدامن، ش. (۱۳۸۴). برجاماندگی اختلال واکنشی دلبستگی در نوجوانی. روانشناسان ایرانی، سال اول، شماره سوم، ۱۸۵-۱۹۲.
- دلآوری، ع. مهدوی هزاوه، ع. نوروزی نژاد، ع. یاراحمدی، ش. (۱۳۸۲). برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت (با نظارت دکتر محمد اسماعیل اکبری و کمیته کشوری دیابت. به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره غدد و متابولیک. تهران: مرکز نشر صدا.
- زاهد نژاد، ه. پور شریفی، ح. باباپور، ج. (۱۳۹۰).

1. Holland, Geraghty & Shah
2. Miller, B.
3. Wallhagaen, Strawbridge, Kaplan & Cohen

افسردگی اساسی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) اراک، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک، شماره ۳، صفحه ۷-۱.

کاسپر، د. هاریسون، ت. ر. (۱۳۸۵)، اصول طب داخلی هاریسون بیماری‌های غدد و متابولیسم، ترجمه رامین قدیمی. تهران: انتشارات تیمورزاده.

لاریجانی، ب. (۱۳۸۴). کتاب راهنمای عملی دیابت نوع دو، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی تهران.

Anderson, R.M. (1995). Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care*, 18:412-5.

Blaxter, M. (1990). *Health and lifestyle*. London: Routledge.

Bowlby, J. (1988) . *A Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory* . London .Routledge.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol. II: separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.

Ciechanowski, P.S., Hirsch, I.B., & Katon, W.J. (2002). Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25:731-6.

Ciechanowski, P.S., Walker, E.A., Katon, W.J., & Russo, J.E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64: 660-667.

Colins , N.L., & Read, S.J.( 1990) . *Adult Attachment Working Models and Relationship Quality in Dating Couplels* .*Journal of Personality and Sotial Psychology*, 58, 644-663

Day, J.L., Bodmer, C.W., & Dunn, O.M. (1996). Development of a questionnaire identifying Factors

ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک- بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع ۲. دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، (۹) ۲: ۶۷-۷۵.

سادوک، ب. سادوک، و. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی کاپلان، ترجمه نصرت اله پورافکاری. تهران: انتشارات شهرآب.

سیسیل، ر. (۱۳۸۶)، بیماری‌های غدد و متابولیسم، ترجمه خرم نیا س، تهران، انتشارات تیمورزاده.

صالحی، ب. رضوان فر، م. شیریان، ف. (۱۳۸۶)، تعیین ارتباط بین سطح هموگلوبین A1C و responsible for successful self-management of insulintreated diabetes. *Diabetes Med*, 13:564-73.

Egde, L.E.; & Zheng, D. (2003). Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 26: 104-111.

Feeny, T.A., & Noller, P. (1999). Adolescents' interactions with the opposite sex: Influence of attachment style and gender. *Journal of adolescence*, 16, 2, 169-186.

Gillibrand, R, & Stevenson, J. (2006). The extended health beliefmodel applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol*. 11[pt1]:155-69.

Glasgow, R.E., & Eakin, E.G. (1998). Issues in diabetes self-management. In *The Handbook of Behaviour Change*. 2nd ed. Shumaker S.A. Schron, ; E.B. Ockene, J.K.; McBee, W.L.; Eds. New York, Springer, 435-461.

Kenny, M.A., & Williams, J.M. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy, *Behavior Research*, 45, 617- 625.

Mosaku, K.S., Kolawole, B., Mume, C., Ikem, R. (2008). Depression, anxiety and quality of life among

- diabetic patients: a comparative study. *Journal of the National Medical Association*;100:73.
- Nicholas, G.A.; & Brown, J.B. (2003). Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 26 744-749.
- Petersen, C.; Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. (1995). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control*. New York, NY: Oxford University Press.
- Pitts, M. & Phillips, K. (1998). *The psychology of health*. London: Routledge.
- Shehu, J., & Mokgwathi, M.M. (2008). Health locus of control and internal resilience factors among adolescents in Botswana: a case-control study with implications for physical education. *South African Journal for Research in Sport, Physical Education and Recreation*, 30(2): 95-105.
- Taylor, S.E. (1999). *Health Psychology*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Wallston, K.A.; Wallston, B.S. & Devellis, R. (1978). Development of the Multidimensional health locus of control (MHLC) Scales. *Health Education Monograph*, 6(2):160-170.