

نقش کانون کنترل سلامت در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II

منیژه حاتملوی سعدآبادی: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران، نویسنده رابط:

E-mail: m.hatamloo@yahoo.com

حمید پورشریفی: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران
جلیل باباپورخیرالدین: گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

دریافت: ۸۹/۱/۲۱، پذیرش: ۸۹/۱۰/۱۵

چکیده

زمینه و اهداف: دیابت یکی از شایعترین بیماریهای مزمن عصر حاضر است که بروز و شیوع آن در دنیا و ایران بطور فزاینده ای در حال افزایش است. عوامل روانی و نگرشی نقش عمده‌ای را در خودمراقبتی و کنترل دیابت به عهده دارند. از اینرو پژوهش حاضر به بررسی نقش کانون کنترل سلامت بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع II پرداخته است.

مواد و روش‌ها: در پژوهش حاضر تعداد ۶۰ نفر به طور تصادفی از بین کسانی که به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند برگزیده شدند. اطلاعات از طریق دویرسشنامه شامل رفتارهای خودمراقبتی و کانون کنترل سلامت چند وجهی جمع آوری شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و آزمون t مستقل استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین رفتار خودمراقبتی با کانون کنترل درونی سلامت رابطه مثبت معنادار و با کانون کنترل شانس و اقبال رابطه منفی معنادار وجود دارد. بر اساس یافته‌های این پژوهش، مؤلفه کانون کنترل درونی بیشترین سهم را در پیش‌بینی رفتار خود مراقبتی فرد مبتلا به عهده دارد. همچنین در این پژوهش از نظر کانون کنترل سلامت و رفتار خودمراقبتی بین زنان و مردان تفاوتی دیده نشد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشانگر وجود ارتباط و همبستگی معنادار بین کانون کنترل سلامت و رفتار خودمراقبتی می‌باشد. بدین معنی که گرایش به کانون کنترل درونی سلامت، باعث افزایش رفتار خودمراقبتی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: کانون کنترل سلامت، رفتار خودمراقبتی، بیماران دیابتی نوع II

مقدمه

دیابت داده است (۱). بیماری دیابت یکی از مهم‌ترین اختلالات غدد و متابولیسم است که بشر با آن روبروست. طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۵ تقریباً ۳۰۰-۲۰۰ میلیون نفر در سر تا سر جهان به دیابت مبتلا خواهند شد. به عبارت دیگر سالانه در حدود ۶ میلیون نفر به تعداد این بیماران افزوده می‌شود

هر چه بیشتر از قرن بیست و یکم می‌گذرد بیشتر شاهد جهانی شدن، تغییر در سبک زندگی مردم و صنعتی شدن هستیم که یکی از نتایج این پیشرفت‌ها، تغییر در الگوی بیماری‌هاست. امروزه به سبب پیشرفت‌های علمی و پزشکی بیماری‌های عفونی جای خود را به بیماری‌های مزمنی چون سرطان، بیماری‌های قلبی - عروقی و

کانون کنترل سلامتی به عنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. کانون درونی کنترل سلامت به طور مثبت با آگاهی و نگرش، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه می‌شود. در مقابل، بیشتر منابع بیرونی کنترل سلامت (به خصوص افراد قدرتمند و با نفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند (۱۰).

Shwartz (۱۱) در پژوهشی نشان داد که کانون کنترل درونی سلامت در پیشگیری از بیماری و امیدواری نسبت به زندگی مؤثر است. همچنین حجم عمده‌ای از تحقیقات دلالت بر این دارند که هنگام مواجهه با مشکلات بهداشتی، ظاهراً افراد دارای کانون کنترل درونی نسبت به بیرونی به طور کلی پاسخ‌های سازگارانه‌تری می‌دهند. این پاسخ‌های سازگارانه در دامنه‌ای از به کارگیری مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و توأم با احتیاط تا راهبردهای درمانی به هنگام بروز بیماری یا اختلال قرار می‌گیرند (۱۲).

پژوهشهای زیادی، ارتباط بین کانون کنترل درونی و سازگاری روانشناختی را در بیماری‌های مزمن مورد تایید قرار داده‌اند (۱۳)، با این حال مطالعات دیگر ارتباط آشکاری بین این دو متغیر نیافته‌اند (۱۳).

همچنین در رابطه با روابط متغیرهای کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی هیچ‌گونه مطالعه‌ای انجام نگرفته، بر این اساس پژوهش حاضر بر آن است تا با شناسایی و بررسی همبسته‌های روانشناختی رفتارهای خودمراقبتی و پرکردن خلاء اطلاعاتی در این حیطه، زمینه را برای انجام اقدامات لازم در جهت آموزش و کاهش احتمال بیماری دیابت فراهم کند. از این رو پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا بین کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II رابطه‌ای وجود دارد و این که متغیرهای کانون کنترل سلامت چگونه رفتار خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت را تبیین می‌کنند؟ و چه تفاوتی بین زنان و مردان از نظر کانون کنترل سلامت و رفتار خودمراقبتی وجود دارد؟

مواد و روشها

پژوهش حاضر از نظر هدف بنیادی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها توصیفی-همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران دیابتی نوع II مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در بیمارستان سینا در شهر تبریز (در سال ۱۳۸۸) تشکیل می‌داد که به مدت یک سال از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته بود، و نیز به غیر از دیابت بیماری دیگری نداشته و سن آن‌ها بالای ۳۰ سال بود. با در نظر گرفتن ملاکهای ورود، از میان جامعه آماری فهرستی بالغ بر ۱۰۰ نفر دایبانی تهیه گردید و از میان این فهرست تعداد ۶۰ نفر (۳۰ مرد، ۳۰ زن) به طور تصادفی ساده انتخاب گردید. حجم نمونه با استفاده از فرمول $n = \frac{L}{f^2} + K + 1$ بدست آمد (۱۴). در این

(۲). با افزایش تعداد بیماران دیابتی هزینه‌های اقتصادی این بیماری از اهمیت ویژه برخوردار می‌شود. دیابت و عوارض آن در حال حاضر بعد از اختلالات روانی پر هزینه‌ترین بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود (۳). این بیماری مستلزم رفتارهای خودمراقبتی در تمام عمر می‌باشد. با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت (۴). دیابت نوع I و نوع II دو شکل اصلی این بیماری هستند. تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع II مبتلا هستند. عوامل زیادی در بروز دیابت نقش دارد و به نظر می‌رسد در بروز دیابت نوع II نقش عوامل محیطی نظیر عدم تحرک بدنی، تغذیه نامناسب و چاقی برجسته‌تر است (۵). در واقع می‌توان گفت دیابت نوع II یک بیماری است که به شدت با سبک زندگی مرتبط است و مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد تا جایی که برخی صاحب‌نظران همچون Glasgow (۱۹۹۷) آن را یک مسئله رفتاری قلمداد می‌کنند (۶). بنابراین انتظار می‌رود که تغییر در شناخت‌ها، باورها و نگرش‌های افراد به ایجاد یک سری تغییرات رفتاری در جهت افزایش رفتارهای خودمراقبتی منجر شود. رفتار خودمراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است و به تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به کار می‌برد، اشاره دارد (۷). رفتار خودمراقبتی تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار می‌گیرد. به طور تجربی ثابت شده است بین دو فردی که به لحاظ پزشکی و آسیب وارده در شرایط یکسانی به سر می‌برند از نظر واکنش‌ها و ناتوانایی‌هایی که بروز می‌دهند و همچنین عملکرد اجتماعی و فیزیکی تفاوت بارزی وجود دارد. یکی از عواملی که در تبیین این تفاوت حیاتی است مؤلفه‌های روانشناختی نظیر افکار و باورهای زیربنایی افراد است. تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آن را جدی، غیرقابل کنترل و مزمن می‌دانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی داشته و ناتوانایی‌های زیادی از خود نشان می‌دهند (۸).

در بیماری دیابت که نیازمند مشارکت بیمار در فرایند درمان می‌باشد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. یکی از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی، کانون کنترل سلامت است که در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی.

افرادی که کانون کنترل سلامتی از نوع بیرونی دارند بر این اعتقادند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آن‌ها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردند در عوض افرادی که دارای کانون کنترل سلامتی از نوع درونی هستند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال خود آن‌ها می‌باشد و تعیین کننده سلامتی آن‌ها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد (۹).

روش روایی محتوا، همزمان وسازه احراز شد. همچنین برای مؤلفه‌های C، P، I به ترتیب ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۷۰، ۰/۷۵ و ۰/۶۹ محاسبه شدند (همان منبع). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ثبات درونی برای مؤلفه‌های C، P، I به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۵، ۰/۹۰ به دست آمد.

پس از دستیابی به داده‌ها به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-15 استفاده گردید. برای تحلیل آماری از آزمون های t برای گروههای مستقل، آزمون معنی داری همبستگی پیرسون و رگرسیون همزمان استفاده شد. در این مطالعه مقدار p کمتر از ۰/۰۵ از لحاظ آماری معنادار تلقی گردید.

یافته‌ها

به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین رفتار خودمراقبتی و کانون کنترل سلامت رابطه وجود دارد؟ از ضریب همبستگی پیرسون که در جدول شماره ۱ آورده شده است، استفاده گردید. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های کانون کنترل سلامت و رفتار خودمراقبتی رابطه معنی دار وجود دارد. بدین معنی که کانون کنترل درونی سلامت با رفتار خودمراقبتی رابطه مثبت و معنی دار ($r = 0/70$ و $P < 0/01$) و کانون کنترل شانس با رفتار خودمراقبتی رابطه منفی و معنی دار ($r = -0/62$ و $P < 0/01$) نشان می‌دهد. در صورتی که بین کانون کنترل قدرت دیگران و رفتار خودمراقبتی رابطه‌ی معنی دار مشاهده نمی‌شود. در ادامه برای مشخص کردن میزان تبیین رفتار خود مراقبتی بر اساس کانون کنترل سلامت و مؤلفه‌های آن از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد.

نتایج مدل رگرسیون در جدول ۲ نشان‌دهنده ضریب تعیین ۰/۵۰ ($R^2 = 0/50$) می‌باشد. یعنی ۵۰ درصد از تغییرات رفتار خودمراقبتی توسط کانون کنترل سلامت (شامل مؤلفه‌های درونی، شانس و دیگران) تبیین می‌شود. همچنین با توجه به جدول و معناداری F به دست آمده لازم است سهم هر یک از مؤلفه‌ها را در پیش‌بینی متغیر ملاک مشخص نمود. با توجه به ضرایب β مندرج در جدول ۳ معلوم می‌شود که از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بینی، کانون کنترل درونی ($P < 0/001$ و $\beta = 0/60$) به شکل معنی داری رفتار خود مراقبتی را تبیین می‌کند.

در ادامه برای نشان دادن این که بین زنان و مردان از نظر کانون کنترل سلامت و رفتار خودمراقبتی چه تفاوتی وجود دارد، از آزمون t مستقل استفاده شد.

با توجه به جدول ۴ مشخص می‌شود که زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر کانون کنترل سلامت و رفتارهای خود-مراقبتی تفاوت معناداری ندارند.

فرمول $f^2 = \frac{R^2}{1-R^2}$ بود. برای بدست آوردن مقدار R^2 از نتایج تحقیقات گذشته استفاده گردید (۱۵) و $R^2 = 0/30$ در نظر گرفته شد. باتوجه به جدول کوهن و کوهن (۱۴)، L برابر با $12/83$ بدست آمد. با جایگزینی مقادیر در فرمول مذکور $n=36$ محاسبه شد. از آنجایی که حداقل تعداد ۳۶ نفر بدست آمد، جهت افزایش اعتبار تحقیق تعداد ۶۰ نفر در نظر گرفته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات:

۱- پرسشنامه خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی (SDSC)^۱. این پرسشنامه ابزار خودگزارشی ۱۲ سؤالی است که به منظور سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود طراحی شده است. در نسخه اصلی چهار جنبه از مدیریت شخصی بر دیابت (رژیم غذایی، ورزش، بازبینی قند خون و تزریق) و در نسخه جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. اسکینر و هامسون (۲۰۰۱)، ثبات درونی قابل قبولی را برای رژیم غذایی (۰/۶۴)، ورزش (۰/۸۳) و آزمایش قند خون (۰/۸۰) نشان دادند و آن را شاخص معتبری برای خود مدیریت دیابت دانستند. همچنین پایایی و روایی پرسشنامه‌ی مذکور در ایران توسط پورشریفی (۱۳۸۶) مورد تایید قرار گرفته است (۱۵). در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ثبات درونی برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت (MHLC)^۲. پرسشنامه کانون کنترل سلامت والستون و والستون (۱۹۸۲) شامل سه مؤلفه است:

- ۱- کانون کنترل درونی (I): شامل درجه اعتقاد شخص به تاثیر عوامل داخلی و رفتارهای شخصی‌اش بر بیماری و سلامت.
 - ۲- کانون کنترل قدرت دیگران (P): شامل درجه اعتقاد شخص به اینکه سلامت او توسط اشخاص دیگر تایید شود.
 - ۳- کانون کنترل شانس (C): شامل درجه اعتقاد شخص به اینکه سلامت شخص وابسته به شانس و بخت و اقبال است.
- پرسشنامه کانون کنترل سلامت والستون دارای ۱۸ ماده است که هر یک به صورت یک جمله بیان شده است. هر ماده دارای شش گزینه کاملاً موافق، موافق، کمی موافق، کمی مخالف، مخالف و کاملاً مخالف است. ۶ ماده از ۱۸ ماده این پرسشنامه، باورهای افراد را در زمینه کنترل درونی سلامت اندازه‌گیری می‌کنند و ۱۲ ماده دیگر برای سنجش افراد در رابطه با تأثیر عواملی مانند شانس، قدرت دیگران، پزشکان و مردم دیگر در سلامت فردی که بیانگر منبع کنترل بیرونی سلامت هستند در نظر گرفته شده‌اند. برای گزینه‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌های یک تا شش تعلق می‌گیرد. این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است (۱۶). در ایران بررسی روایی و پایایی مقیاس در بین دانشجویان علوم پزشکی توسط مشکی، غفرانی پور، آزاد فلاح و حاجی‌زاده (۱۳۸۵) انجام گرفت (۱۶). در این بررسی، روایی ابزار از سه

1. Summary of Diabetes Self-care Activities Questionnaire

2. Multidimensional Health Locus of Control

جدول ۱: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش (n=۶۰)

۴	۳	۲	۱
			۰/۱۱
		۰/۰۲	-۰/۶۲**
	-۰/۸۶**	۰/۰۰	۰/۷۰**

** P < ۰/۰۱

جدول ۲: تحلیل رگرسیون نمرات متغیر رفتار خودمراقبتی بر اساس نمرات متغیر کانون کنترل سلامت

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	R	R ^۲	ΔR ^۲
رگرسیون	۳۷۷۴/۴۷	۳	۱۲۵۸/۱۶	۱۸/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۵۰	۰/۴۷
باقیمانده	۳۷۷۷/۱۳	۵۶	۶۷/۴۵					
کل	۷۵۵۱/۶۰	۵۹						

جدول ۳: پیش‌بینی متغیر رفتار خودمراقبتی از روی مؤلفه‌های متغیر کانون کنترل سلامت

متغیرها	B	انحراف استاندارد	Beta	t	سطح معنی داری
ضریب ثابت	۰/۰۲	۱۳/۱۹		-۰/۰۰	۰/۹۹
کانون کنترل درونی	۰/۸۹	۰/۲۷	۰/۶۰	۳/۲۶	۰/۰۰۱
کانون کنترل شانس	-۰/۱۶	۰/۲۷	-۰/۱۱	-۰/۶۱	۰/۵۴
کانون کنترل قدرت دیگران	۰/۲۹	۰/۲۴	۰/۱۲	۱/۲۴	۰/۲۲

جدول ۴: مقایسه‌ی متغیرهای تحقیق بین زنان و مردان

متغیرها	جنسیت	Mean ± SD	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی داری
رفتار خود مراقبتی کلی	زن	۲۶/۴۳ ± ۱۰/۴۷	۱/۲۷	۰/۶۷
	مرد	۲۵/۱۷ ± ۱۲/۲۴		
کانون کنترل درونی	زن	۲۵/۶۳ ± ۶/۳۴	۱/۶۳	۰/۴۱
	مرد	۲۴/۰۰ ± ۸/۷۷		
کانون کنترل شانس	زن	۲۰/۴۷ ± ۷/۶۱	-۱/۴۶	۰/۴۷
	مرد	۲۱/۹۳ ± ۸/۰۰		
کانون کنترل قدرت دیگران	زن	۲۵/۲۳ ± ۴/۳۵	۰/۴۰	۰/۷۴
	مرد	۲۴/۸۳ ± ۴/۸۰		

بحث

یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر در خصوص ارتباط کانون کنترل سلامت با رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II نشان دهنده رابطه معنی دار بین آنها می‌باشد؛ بدین صورت که هر چه کانون کنترل سلامت فرد درونی باشد، رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافته و گرایش به کانون کنترل بیرونی، رفتارهای خود مراقبتی را کاهش می‌دهد.

نتیجه به دست آمده از این پژوهش با نتایج تحقیق‌های Shwartz (۱۱)، Malcarne & Hamilton (۱۰)، Sirgo & Jih، Thomure (۱۷)، Brannon, Feist (۱۸)، Pender, Wallker، Sechrist، Stromberg (۱۹)، Morris، Matist (۲۰)، Banyard, Grayson، Andrejs, Ozolins، Stenstrom (۲۲) در زمینه‌ی بیماری‌های مزمن، ایدز و سازگاری روانشناختی همسو می‌باشد. یافته‌ها حاکی از آن است که کانون کنترل سلامت در

امیدواری و پیشگیری از بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش دارد (۱۱). در تبیین این امر باید گفت چون افراد دارای کنترل درونی سلامت باور دارند که سلامتی، بهداشت و کیفیت زندگی در دست خود آنهاست، به آن گونه رفتارهای بهداشتی دست می‌زنند که آنها را در تشخیص و کنترل فشار روانی کمک می‌کند. Brannon & Feist (۱۸) نیز نشان دادند که آزمودنی‌های دارای کنترل درونی در مقایسه با گروه شاهد از سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. این گروه شادتر، اجتماعی‌تر، فعال‌تر و نسبت به آینده امیدوارتر بودند. Kopera, Frye, Saltz، Jones & Dixon (۱۹۹۱) در ارتباط بین کانون کنترل سلامت نوجوانان و سلامت روانی آنان دریافتند که افراد دارای کانون کنترل سلامتی درونی بالا، استرس و افسردگی کمتری دارند در حالی که افراد دارای کانون کنترل سلامتی بیرونی اضطراب و افسردگی

مسئولیت بیشتری نسبت به کسانی که گرایش کنترل بیرونی دارند نشان می‌دهند. یعنی نسبت به کسانی که اعتقاد دارند سلامت تابع شناس یا بخت بوده و به وسیله قدرت دیگران مانند پزشکان، اعضای خانواده و سایر متخصصان سلامت و غیره تعیین می‌شود.

Wooldrige, Wallston, Graber, Brown, Davidson (۳۰) طی مطالعه‌ای که بر روی ۱۸۹ بیمار دیابتی بزرگسال انجام دادند به این نتیجه رسیدند که انگیزه‌ی کنترل بیماری قند توسط عوامل متعددی مانند ارزش‌ها و برتری‌های فردی، تجارب زندگی، تجارب پزشکی قبلی، متغیرهای روانشناختی و آگاهی از دیابت مشخص می‌شود. این انگیزه همچنین تحت تأثیر اعتقاد به سلامتی می‌باشد. عواملی که مشخص می‌کنند آیا رفتارهای خودمدریتی خاص انجام خواهند گرفت یا نه شامل موارد زیر می‌باشند: انگیزه برای کنترل دیابت، منابع مالی، حمایت عاطفی، تغییر سبک زندگی، آموزش در زمینه‌ی مهارت‌های خودمدریتی، ذکاوت در عمل، شناخت موانع و مراکز کنترل دیابت. کنترل متابولیک دیابت توسط رفتارهای خودمدریتی فردی، ابداعات پزشکی، شدت بیماری قند و دیگر متغیرهای ناشناخته مشخص می‌شود. یافته‌های آنان نشان می‌دهد اعتقاد به سلامتی و پذیرش آن با کنترل متابولیک دیابت ارتباط دارد و بیمارانی که از کانون کنترل درونی برخوردارند، اطمینان زیادی به توانایی‌شان در مراقبت از خود دارند و معتقدند که تلاش‌های آن‌ها مفید واقع خواهد شد. به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر همسو با سایر مطالعات ارتباط کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی را بیش از پیش مورد تأکید قرار می‌دهد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ابزار خود گزارشی و نمونه‌گیری که شامل شهر تبریز و بیمارستان سینا بوده است، اشاره کرد. بنابراین چنین به نظر می‌رسد که، لازم است تعمیم نتایج با احتیاط صورت گیرد. از سوی دیگر در این پژوهش برخی از متغیرهای مداخله‌گر مانند تحصیلات، طبقه اجتماعی، شغل و... کنترل نشدند. لذا برای کاستن از محدودیت‌های یادشده پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده کنترل متغیرهای مداخله‌گر لحاظ شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، این پژوهش در سایر مناطق کشور تکرار گردد.

نتیجه گیری

داده‌ها نشان می‌دهند که رابطه معنی‌داری بین کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی وجود دارد، بنابراین چنانچه در صدد دستیابی به نتایج بهتر و ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و سلامت بیماران باشیم جا دارد دوره‌های آموزشی در جهت توانمندسازی این افراد در مراکز آموزش دیابت گنجانده شود.

بیشتری داشته و سطوح بالاتری از پریشانی روانی را نشان می‌دهند. در ضمن افراد دارای کنترل درونی، عزت نفس بالاتری دارند و کمتر رفتارهای ناسالم، از آن‌ها سر می‌زند (۲۳).

در واقع کانون کنترل درونی سلامت باعث احساس کنترل می‌شود و استرس افراد را کاهش می‌دهد. Langer & Rodin (۲۴) نیز دریافتند که احساس کنترل می‌تواند در بهبود زندگی، سلامت روانی و ارتقای رفتارهای بهداشتی افراد سالمند در مراکز نگهداری سالمندان مؤثر باشد. سیمن و سیمن (۱۹۸۳) نشان دادند آنان که به لحاظ کانون کنترل درونی امتیاز زیادی کسب کرده‌اند، تمایل بیشتری به در پیش گرفتن رفتارهایی دارند که موجب پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقای سلامت می‌شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیشگیرانه‌ای مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام دادن معاینات پزشکی می‌پردازند. همچنین این افراد در ترک سیگار موفق‌تر هستند و به میزان بیشتری به دنبال اطلاعات بهداشتی در مورد موضوعاتی مانند فشار خون می‌باشند (۲۵ و ۲۶). به عبارتی آن‌ها دریافتند که ادراکات، افکار و چشم‌داشت‌های افراد می‌تواند در پیش‌بینی رفتارهای بهداشتی، از جمله خوردن و خوابیدن و کیفیت زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

در راستای ارتباط جنس با خودمراقبتی نتایج مطالعات مروتی و روحانی (۲۷) نشان داد که با افزایش شدت و حساسیت درک شده، خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد. اصولاً مردان به دلیل فعالیت در سطح جامعه و این که عوارض، مانعی است برای فعالیت روزانه و اجتماعی آن‌ها، شدت عوارض بیماری را بیشتر درک می‌کنند، در نتیجه رفتار خودمراقبتی بیشتری نشان می‌دهند. این در حالی است که بقایی و همکاران (۲۸) بین این دو متغیر ارتباطی نیافتند. در مطالعه حاضر نیز بین رفتار خودمراقبتی و جنسیت، ارتباطی یافت نشد، امری که ممکن است براساس گروه سنی واحدهای مورد پژوهش که سن آنها بالای ۳۰ سال بوده است، قابل تبیین باشد. در واقع بعضی تحقیقات نشان می‌دهند که با افزایش سن، رفتارهای خودمراقبتی در هر دو جنس افزایش می‌یابند (۲۹).

همچنین، پژوهش‌ها نشان داده است که احساس کارایی (اعتقاد افراد به موفق شدن) بر رفتارهای بهداشتی، بیماری و نقش بیمار تأثیر می‌گذارد. سیگارهایی که معتقدند نمی‌توانند سیگار را ترک کنند معمولاً در صدد ترک سیگار بر نمی‌آیند اما کسانی که معتقدند می‌توانند موفق به کاهش وزن شوند بیشتر امکان دارد که به این کار اقدام کنند و موفق شوند.

تعدادی از محققان معتقدند که عزت نفس و کانون کنترل سلامت دو متغیری هستند که با رفتارهای سلامت در ارتباط هستند. برای مثال افرادی که باور دارند سلامت تابع رفتار شخصی است (کانون درونی کنترل) برای سلامت و تندرستی خود احساس

References:

1. Narayan KM, Gregg EW, Campagna AF, Michael M, Engelgau MM, Vinicor F. Diabetes – a common, growing, serious, costly, and Potentially

Preventable Public health problem. *Journal of Diabetes Research and Clinical Practice* 2000; **50**: 577-584.

2. Davidson MB. *Diabetes Mellitus: Diagnosis and Treatment*, 4th ed. W.B. Saunders Company, 2000; PP: 53-56.
3. Bloomgarden ZT. American Diabetes association annual meeting. *Diabetes Care* 1997; **21**: 457-480.
4. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2007; **30**: 42-47.
5. Brunner LSH, Suddarth DS. *Nursing Diabetes* (translated by Morovvat Givi), 2nd ed, Tehran, Bashari, 2008; PP: 56-60.
6. Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. *Medicine* 2006; **34**: 61-62.
7. Dimatteo MR. *The Psychology of Health* (translated by M. Kaviani and et al). Tehran, Samt, 2000; **1**: 126-128.
8. White CA. *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems*. New York, Willy & Sons, 2001; PP: 3-13.
9. Wallston KA, Wallston BS, Devellis R. Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr* 1978; **6**: 160-170.
10. Malcarne VL, Hamilton NA. Children`s health – related locus of control beliefs: ethnicity gender, and family income. *Child Health - Care* 2005; **34**: 47-59.
11. Shwartz S. *Abnormal Psychology*. Mountain View, CA, Mayfield Pub, 2000; PP: 65-68.
12. Lau RR. Beliefs about control and health behavior. In D.S. Gochman(Ed). *Health behavior:Emerging Research Perspective* 1998; PP: 43-63.
13. Cvengros JA, Christensen AJ, Lawton WJ. Health Locus of Control and depression in chronic kidney disease: A dynamic perspective. *Journal of Health Psychology* 2005; **10**: 677-686.
14. Tinsley HEA, Brown SD. *Multivariate statistics and mathematical modeling*. USA, Academic press, 2000; PP: 456-490.
15. Poursharifi H. *The effectiveness of Motivational Interviewing in Improving Health Outcomes in Adults with Type 2 Diabetes*. Unpublished Ph.D.'s thesis. University of Tehran, Iran. 2007.
16. Moshki M, Ghofranipour F, Azadfallah P, Hajizadeh E. Validity and Reliability of the Multidimensional Health Locus of Control (Form B) Scale in Iranian Medical Students. *Journal Ofoghe Danesh* 2007; **12**: 33-42.
17. Jih CS, Sirgo VL, Thomure JC. Alcohol Consumption, Locus of Control, and Self –Esteem of high School and College Students. *Psychological Reports* 1995; **76**: 851-859.
18. Brannon L, Field J. *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. Belmont, CA, Wadsworth, 2000; PP: 84-89.
19. Pender NJ, Wallker SN, Sechrist KR, Stromberg M. Predicting Health –Promoting Lifestyles in the Workplace. *Nursing Research* 1990; **39**: 326-332.
20. Morris CG, Matisto AA. *Psychology: An Introduction*. Upper Saddle River, NS, Prentice Hall, 1999; PP: 462-463.
21. Andrejs R, Ozolins ULF, Stenstrom B. Validation of Health Locus of Control Patterns in Swedish Adolescents. *Journal Article Excerpt* 2003; **38**: 651-657.
22. Banyard P, Grayson A. *Introducing Psychological Research*. Basingstoke, Palgrave, 2000; PP: 32-38.
23. Reeh HE, Hiebert B. Adolescence Health: The relationship between Health Locus of Control, beliefs and behaviors. *Journal of Guidance & Counselin* 1998; **13**: 7-23.
24. Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced Personal responsibility for the aged: A field experiment in a institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology* 1976; **34**: 191-198.
25. Strickland BR. Internal – external expectancies and health – related behaviors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978; **6**: 1192-1211.
26. Wallston KA, Wallston BS. Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. In G. S. sanders, J. SWS (Eds). *Social Psychology of Health and Illness*, NJ: frlbaum, 1982; PP: 86-92.
27. Morowaty MA, Rouhani N. Perceived Severity and Susceptibility of Diabetes Complications and its Relation to Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. *Journal Armaghane Danesh* 2008; **12**: 60-68.
28. Baghaei P, Zandi M, Masud N, Vares Z, Adib M. Diabetic patients' self-care situation in kashan's Diabetes center in year 1384. *Journal Feiz* 2009; **12**: 3-8.
29. Rafique G, Azam SI, White F. Diabetes knowledge, beliefs and practices among people with diabetes attending a university hospital in Karachi, Pakistan. *East Mediterr Health J* 2006; **12**(5): 590-598.
30. Wooldridge KL, Wallston KA, Graber AL, Brown AW, Davidson P. The relationship between health beliefs, adherence, and metabolic Control of diabetes. *The Diabetes Educator* 1992; **18**: 450-495.