

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٢١٧ - ١٢١٨



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه:

جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی عمومی

عنوان:

**نقش کانون کنترل سلامت و گرایش های علیتی در رفتارهای  
خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II**

استاد راهنما:

دکتر جلیل باباپور فیرالدین

استاد مشاور:

دکتر حمید پورشریفی

پژوهشگر:

منیژه ماتملوی سعیدآبادی

زمستان ۸۸

۱۳۵۳۶۶

امروز احداثات دراز منی پور  
تبریز

۱۳۸۹/۲/۱۱

نام خانوادگی: حاتملوی سعد آبادی	نام: منیژه
عنوان: نقش کانون کنترل سلامت و گرایش های علیتی در رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II	
استاد راهنما: دکتر جلیل باباپور	استاد مشاور: دکتر حمید پورشریفی
درجه تحصیلی: کارشناسی ارشد	رشته: روانشناسی گرایش: عمومی
محل تحصیل: دانشگاه تبریز	دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی
تاریخ فارغ التحصیلی: ۱۳۸۸	تعداد صفحات: ۱۲۰
واژه های کلیدی: گرایشهای علیتی، کانون کنترل سلامت، رفتار خود مراقبتی، بیماران دیابتی	
<p>چکیده</p> <p>پژوهش حاضر به بررسی نقش گرایشهای علیتی و کانون کنترل سلامت درپیش بینی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع II پرداخته است. در این تحقیق که از نوع همبستگی است، تعداد ۶۰ نفر از بین کسانی که به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، برگزیده شدند. از آزمودنی ها خواسته شد مقیاس چند وجهی کانون کنترل سلامت، مقیاس گرایشهای علیتی عمومی و مقیاس رفتار خود مراقبتی را تکمیل کنند. برای تحلیل داده های پژوهش از روش های آماری توصیفی، ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون و آزمون t مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین رفتار خودمراقبتی با کانون کنترل درونی سلامت رابطه مثبت معنادار و با کانون کنترل شانس رابطه منفی معنادار وجود دارد. در صورتیکه بین کانون کنترل قدرت دیگران و رفتار خود مراقبتی رابطه ای مشاهده نشد. هم چنین نتایج حاکی از آن بود که بین رفتار خود مراقبتی با گرایش علیتی خود مختار رابطه مثبت معنادار و با گرایش غیر شخصی رابطه منفی معنادار وجود دارد. براساس یافته های این پژوهش، از میان متغیرهای فوق، کانون کنترل درونی سلامت بیشترین سهم را در پیش بینی رفتار خود مراقبتی فرد مبتلا به عهده دارد. هم چنین در این پژوهش از نظر گرایشهای علیتی، کانون کنترل سلامت و رفتارهای خود مراقبتی بین زنان و مردان تفاوتی دیده نشد.</p>	

تقدیم ہے:

فداکاری بی بدیل، ہم سب

این ہمیشہ روزگار

## **سپاس:**

به پاس ادای دین به هدایتگران اینجانب در طریق پرتلاطم تحصیل، از جناب آقای دکتر جلیل باباپور در مقام استاد راهنما و از جناب آقای دکتر حمیدپور شریفی در مقام استاد مشاور، که بی تردید بدون هدایت صادقانه این بزرگان، تحقیق حاضر به انجام نمی‌رسید، سپاسگزارم.

نیز از جناب آقای دکتر اسماعیل پور که زحمت داوری این پایان‌نامه را به عهده گرفته و با رهنمودهای ارزنده خود باعث غنای آن شدند تشکر می‌نمایم.

هم چنین از جناب آقای دکتر مجید محمود علیلو مدیر محترم گروه روانشناسی و سایر اساتید محترم گروه روانشناسی سپاسگزاری می‌کنم.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات تحقیق

۲	مقدمه
۳	بیان مسأله
۶	اهمیت و ضرورت پژوهش
۸	اهداف تحقیق
۸	فرضیه‌های
۹	سئوالات
۹	متغیرهای پژوهش
۹	تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
۹	۱- دیابت نوع II
۹	۲- رفتارهای خود مراقبتی
۱۰	۳- گرایش علیتی
۱۰	۴- کانون کنترل سلامت

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیق

۱۲	مقدمه
۱۳	انواع دیابت
۱۴	فیزیولوژی و پاتوفیزیولوژی دیابت
۱۵	تظاهرات بالینی
۱۵	سبب شناسی دیابت

عوارض دیابت.....	۱۶
درمان دیابت.....	۱۸
مداخلات روانشناختی برای بیماران دیابتی.....	۲۰
رفتارهای خود مراقبتی.....	۲۱
الگوی باورهای بهداشتی.....	۲۳
عوامل مرتبط با رفتار خود مراقبتی.....	۲۶
کنترل و اداره دیابت.....	۳۱
کانون کنترل سلامتی.....	۳۲
نظریه اسناد.....	۳۳
حساسیت فرهنگی MHLC.....	۴۱
نظریه خود تعیینی (SDT).....	۴۲
پایه نظری SDT.....	۴۵
۱) نظریه ارزیابی شناختی (CET).....	۴۵
۲) نظریه یکپارچگی ارگانیزمی (OIT).....	۴۶
۳) نظریه نیازهای اساسی.....	۴۷
۴) نظریه گرایش علیتی.....	۴۷
عوامل مرتبط با گرایش های علیتی (خود تعیینی).....	۵۰
گرایش های علیتی و رشد خود.....	۵۰
عزت نفس.....	۵۱

خودآگاهی.....	۵۲
الگوی رفتاری تیپ A (TABP).....	۵۳
تحقیق خود.....	۵۳
افسردگی.....	۵۳
احساسات و نگرشها.....	۵۴
همخوانی و ناهمخوانی نگرش- رفتار.....	۵۵
نظریه گرایش های علیتی و اهداف درونی و بیرونی.....	۵۶
SDT و شکل گیری هویت.....	۵۷
حمایت از خودمختاری.....	۵۸
خودمختاری و رفتارهای خودمراقبتی.....	۶۱

### فصل سوم: روش تحقیق

نوع پژوهش.....	۶۵
ابزارهای اندازه گیری.....	۶۵
روش تجزیه و تحلیل داده ها.....	۶۸

### فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

مقدمه.....	۷۰
داده های توصیفی.....	۷۰
فرضیه آزمایی.....	۷۲



## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

مقدمه.....	۸۰
بحث و تفسیر با توجه به فرضیه‌ها و سوالات پژوهش.....	۸۰
محدودیت‌های پژوهش.....	۹۰
پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده.....	۹۰
پیشنهادهای کاربردی.....	۹۰
منابع.....	۹۱
ضمائم.....	۱۰۴
چکیده انگلیسی.....	

## فهرست جداول

صفحه

عنوان

- جدول ۴-۱: آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها..... ۷۰
- جدول ۴-۲: آزمون کالموگراف، اسمیرنف برای آزمون طبیعی بودن داده‌ها (تعداد: ۶۰ نفر) ..... ۷۱
- جدول ۴-۳: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش ( $n=60$ )..... ۷۱
- جدول ۴-۴: تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیر پیش‌بین کانون کنترل سلامت..... ۷۳
- جدول ۴-۵: تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر نمرات متغیر پیش‌بینی ..... ۷۳
- جدول ۴-۶: پیش‌بینی متغیر رفتار خود مراقبتی از روی مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین کانون کنترل سلامت..... ۷۴
- جدول ۴-۷: تحلیل رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر اساس نمرات متغیر پیش‌بین گرایش‌های علیتی ۷۴
- جدول ۴-۸: تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر نمرات متغیر پیش‌بین ..... ۷۵
- جدول ۴-۹: پیش‌بینی متغیر رفتار خود مراقبتی از روی گرایش‌های علیتی..... ۷۵
- جدول ۴-۱۰: تحلیل رگرسیون رفتار خود مراقبتی بر اساس کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی..... ۷۵
- جدول ۴-۱۱: تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر ملاک بر نمرات متغیرهای پیش‌بین ..... ۷۶
- جدول ۴-۱۲: پیش‌بینی رفتار خود مراقبتی از روی کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی ..... ۷۶
- جدول ۴-۱۳: مقایسه متغیرهای تحقیق بین زنان و مردان..... ۷۷

## فصل اول:

### کلیات تحقیق

هرچه 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 دیابت داده است (نارین<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۰).

اکثر مشکلات بهداشتی موجود با بیماریهای مزمن ارتباط دارند و این بیماریها غالباً با سبک زندگی یا رفتار انسانها (مثلاً سیگار کشیدن یا پرخوری) مرتبطند (فیرس<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ ترجمه فیروز بخت ۱۳۸۳).

بیماری دیابت یکی از مهمترین اختلالات داخلی است که بشر با آن روبروست. طبق برآوردهای سازمان بهداشت جهانی تا سال ۲۰۲۵ تقریباً ۳۰۰-۲۰۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان به دیابت مبتلا خواهند شد. به عبارت دیگر سالانه در حدود ۶ میلیون نفر به تعداد این بیماران افزوده می‌شود. دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماریها محسوب می‌شود به خصوص اینکه بیماریهای قلبی عروقی به عنوان یکی از عارضه‌های بلند مدت این بیماری در میان آنها شایع است. تحرک بدنی کم، رژیم غذایی پرچربی و استرس که نتیجه شهرنشینی و صنعتی شدن جوامع امروزی است موجب افزایش شیوع این بیماری در سالهای اخیر شده است (دیویدسون<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

با افزایش تعداد بیماران دیابتی هزینه‌های اقتصادی این بیماری از اهمیت ویژه برخوردار می‌شود. دیابت و عوارض آن در حال حاضر بعد از اختلالات ذهنی پرهزینه‌ترین بیماریهای مزمن محسوب می‌شود (بلوم‌گاردن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷). این بیماری مستلزم رفتارهای خود مراقبتی در تمام عمر می‌باشد. با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت.

---

1 - Narayan  
2 - Phares  
3 - Davidson  
4 - Bloomgardan

## بیان مسأله:

در حال حاضر مردم با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده حیات به شمار می‌رفت. ارتقاء روشهای درمانی موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار شوند ولی این امر به نوبه خود شیوع بیماریهای مزمن را در بین آنها افزایش داده است (وایت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). بیماری مزمن به مشکلات سلامتی یا وضعیتهای طبی اطلاق می‌شود که با علائم یا ناتوانیهای همراه است که بیش از سه ماه درمان نیاز داشته باشد. هر بیماری مزمنی خصوصیات فیزیولوژیک مخصوص خود را دارد. اما یکسری وضعیتهای مشترک مثل درد و خستگی بطور کلی بهمراه سایر علائم وجود دارند. به دنبال درد مزمن پاسخهای رفتاری مثل افسردگی، کاهش توجه و اشتها و یکسری پاسخهای روانشناختی مثل ترس، اضطراب، عصبانیت و ... در فرد دیده می‌شود. بنابراین زندگی با بیماریهای مزمن و صعب‌العلاج چون سرطان، بیماری قلبی، دیابت و آرتروز می‌تواند کیفیت زندگی را پایین آورده و نگرش آنها را به زندگی منفی کند (همان منبع). دیابت که یکی از بیماریهای مزمن است به گروهی از بیماریهای متابولیکی اطلاق می‌شود که مشخصه آنها بالا بودن سطح گلوکز خون (هیپرگلیسمی) ناشی از اختلال در ترشح و یا اثرات انسولین و یا هر دوی آنها می‌باشد (انجمن دیابت امریکا، ۲۰۰۷).

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. این بیماری در اثر کاهش حساسیت به انسولین یا به علت کاهش مقدار تولید انسولین رخ می‌دهد. بیماری مذکور که شایعترین و قدیمیترین بیماری متابولیکی در انسان است سومین عامل مرگ و میر ناشی از بیماری محسوب می‌شود. به نظر می‌رسد در بروز دیابت نوع II نقش عوامل محیطی نظیر عدم تحرک بدنی، تغذیه نامناسب و چاقی برجسته تر باشد (قنبری، ۱۳۸۱). 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 گلاسکوف<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) آن را در حقیقت یک مسئله رفتاری قلمداد می‌کنند (نقل از اسنوک<sup>۲</sup> و اسکینر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶). بنابراین انتظار می‌رود که تغییر در شناختها، باورها و نگرشهای افراد به ایجاد یکسری تغییرات رفتاری در جهت افزایش رفتارهای خود مراقبتی منجر شود.

رفتار خود مراقبتی که یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است به تصمیم‌ها و فعالیتهایی اشاره دارد که یک شخص می‌تواند برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش بکار برد. رفتارهای خود مراقبتی موجب پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری گردیده، زندگی طولانی مدت را برای بیمار تضمین می‌کند (دیماتئو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۱، ترجمه موسوی اصل و همکاران، ۱۳۷۸). اما رفتار خود مراقبتی تحت تأثیر عوامل گوناگون قرار می‌گیرد. بطور تجربی ثابت شده است بین دو فردی که به لحاظ پزشکی و آسیب وارده در شرایط یکسانی بسر می‌برند از نظر واکنشها و ناتوانی‌هایی که بروز می‌دهند و همچنین عملکرد اجتماعی و فیزیکی تفاوت بارزی وجود دارد. یکی از عواملی که در تبیین این تفاوت می‌تواند حیاتی باشد مؤلفه‌های روانشناختی نظیر افکار و باورهای زیربنایی افراد است. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افرادی که نگرش منفی نسبت به بیماری خود دارند و آنرا جدی، غیر قابل کنترل و مزمن میدانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی داشته و ناتوانیهای زیادی از خود نشان می‌دهند (وایت، ۲۰۰۱). در حقیقت واکنش اشخاص از موقعیت‌ها متأثر از برداشتها و ارزیابی شناختی آنها از آن موقعیت هاست. نظریه اسناد فرایندهای تبیین رویدادها و پیامدهای عاطفی و رفتاری ناشی از این تبیین‌ها را بیان می‌کند (راتمن<sup>۵</sup>، سالوورگ<sup>۶</sup>، تورووی<sup>۷</sup> و فیشکین<sup>۸</sup>، ۱۹۹۳). در بیماری دیابت نیز که نیازمند مشارکت بیمار در فرایند درمان می‌باشد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از

- 
- 1 - Glasgow
  - 2 - Snoke
  - 3 - Skinner
  - 4 - Dimatteo
  - 5 - Rothman
  - 6 - Salvoverg
  - 7 - Turvey
  - 8 - Fishkin

بیماری وابسته است. در حالت کلی درک افراد از علت‌های رفتارشان متفاوت است. گرایش‌های علیتی به تفاوت‌های موجود در آگاهی افراد از علت‌های رفتارشان مربوط می‌شود. کسی که گرایش علیتی خود مختار دارد با حق انتخاب کامل به نیازها و تمایلاتش پاسخ می‌دهد، اما کسی که گرایش علیتی کنترل دارد به راهنماهای درونی‌اش توجهی ندارد. چنین فردی به احساس فشار پاسخ می‌دهد و از انتظارات دیگران پیروی می‌کند و کسی که گرایش علیتی غیرشخصی دارد خود را مقابل سرنوشت و بخت و اقبال تسلیم می‌کند و هیچگونه حق انتخابی برای خود، در پاسخ به نیازها و تمایلاتش قایل نیست (دسی و ریان<sup>۱</sup>، b ۱۹۸۵). این گرایش‌ها منابع اصلی تنظیم و هدایت رفتار فرد بشمار می‌روند. طبق تحقیقات انجام شده گرایش خود مختاری با خود شکوفایی، گرایش کنترل با شخصیت تیپ A و گرایش غیرشخصی با اضطراب اجتماعی مرتبط است (کوستر<sup>۲</sup>، برنیری<sup>۳</sup>، زاگرن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲).

متغیر مهم دیگر، کانون کنترل سلامت، مفهومی است که بر منبع حاکم بر رفتار فرد اشاره دارد و بین طیفی از درونی تا بیرونی در نوسان است. این سازه انعکاس دهنده درجه‌ای است که افراد معتقدند سلامت آنها تحت کنترل خود آنها یا تحت کنترل عوامل بیرونی چون قدرت دیگران و یا شانس است. حجم عمده‌ای از تحقیقات دلالت بر این دارند که هنگام مواجهه با مشکلات بهداشتی، ظاهراً افراد دارای کانون کنترل درونی نسبت به بیرونی‌ها بطور کلی پاسخ‌های سازگارانه‌تری می‌دهند. این پاسخ‌های سازگارانه در دامنه‌ای از بکارگیری مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و توأم با احتیاط تا راهبردهای درمانی به هنگام بروز بیماری یا اختلال، قرار می‌گیرند (استریکلند، ۱۹۷۸؛ به نقل از بروین ۱۹۸۶، ترجمه محمود علیلو و همکاران، ۱۳۷۶). از اینرو پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا بین کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی با رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت رابطه وجود دارد؟ و اینکه متغیرهای کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی چگونه رفتار خودمراقبتی افراد مبتلا

---

1 - Deci & Ryan

2 - Koestner

3 - Bernieri

4 - Zukerman

به دیابت را تبیین می‌کنند؟ و چه تفاوتی بین زنان و مردان از نظر کانون کنترل سلامت، گرایش‌های علیتی و رفتار خود مراقبتی وجود دارد؟

### اهمیت و ضرورت پژوهش

دیابت به عنوان بیماری تاریخچه‌ای به قدمت تمدن بشر دارد. در سال ۲۰۰۰ حدود ۱۷۱ میلیون بیمار دیابتی وجود داشته و پیش بینی شده است، این رقم در سال ۲۰۳۰ به حدود ۳۶۶ میلیون نفر برسد و به بیان دیگر نزدیک به دو برابر افزایش خواهد داشت (واید<sup>۱</sup>، روگلیک<sup>۲</sup>، گرین<sup>۳</sup>، سیکری<sup>۴</sup>، کینگ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴). در ایران مطابق آمار سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۴ میلیون نفر بیمار دیابتی وجود دارد که بیشتر آنها بالاتر از ۵۰ سال سن دارند (رجب، ۱۳۸۵). این بیماری مزمن حتی اگر کشنده نباشد قادر به ایجاد ناتوانی های احتمالی دایمی است (قنبری، ۱۳۸۱) و یا می تواند منجر به بروز عوارض وخیمی مانند کوری، قطع اندام تحتانی و بیماریهای کلیوی و قلبی شود (داول<sup>۶</sup>، کارتنی<sup>۷</sup>، ادواردز<sup>۸</sup>، باگت<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵). بر اساس آمارهای موجود در هر ۳۰ ثانیه یک پا به علت بیماری دیابت قطع می شود (نارین و همکاران، ۲۰۰۰).

با وجود پیشرفتهایی که در سالهای اخیر در زمینه درمان این بیماری بوجود آمده است هنوز هم بسیاری از بیماران دیابتی دچار عوارض مهلك و مخرب این بیماری می شوند و همین امر می تواند منجر به پایین آمدن کیفیت زندگی و کاهش طول عمر این افراد شود (فانل<sup>۱۰</sup> و اندرسون<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴).

ضمناً این عوارض می تواند هزینه های قابل توجهی ایجاد کند. هزینه‌های درمانی بیماران دیابتی را در امریکا در سال (۱۹۹۲) ۱۰۰ بلیون دلار تخمین زده‌اند. این رقم شامل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم

- 
- 1 - Wihd
  - 2 - Roglic
  - 3 - Green
  - 4 - Sicree
  - 5 - King
  - 6 - Dowell
  - 7 - Courtney
  - 8 - Edwards
  - 9 - Baggett
  - 10 - Funnell
  - 11 - Anderson



است که صرف ناتوانی و مرگ زودرس می‌شود. در ایران نیز سالانه ۹۰۰ میلیون تومان برای بیماران دیابتی هزینه می‌شود که بیشتر این هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های عوارض این بیماری از جمله عوارض چشمی، کلیوی، عروقی و عصبی می‌باشد و این در حالی است که بسیاری از این عوارض در صورت انجام توجهات دقیق در ارتباط با کنترل بیماری قابل پیشگیری هستند (رجب، ۱۳۸۵).

بیماری دیابت در حقیقت یک بیماری خود مدیریتی است چنانچه بیمار نخواهد و یا قادر نباشد بیماری خود را کنترل کند به هیچ عنوان نمی‌توان به او کمک کرد (اسنوک و اسکینر، ۲۰۰۶). ولی مسئله ای که در این زمینه وجود دارد این است که از میان کسانی که سعی در کنترل دیابت خود دارند تنها تعداد معدودی می‌توانند قند خون خود را به سطح دلخواه برسانند و تنها ۵٪ آنها می‌توانند قند خون خود را در این سطح حفظ کنند. البته این بدان معنی نیست که آنها به آموزشهایی در خصوص دیابت دسترسی نداشته و یا از فواید آن آگاه نیستند و یا اینکه دارای ویژگیهای شخصیتی مجزا و متمایز از بقیه بیمارانی هستند که قادرند دیابت خود را کنترل کنند، بلکه آنچه این امر را برای آنها مشکل می‌سازد نگرش منفی نسبت به دیابت همراه با احساس ناامیدی و خود اثر بخشی پایین است. در واقع به نظر می‌رسد آنها باور ندارند که می‌توانند یکسری تغییرات رفتار را که برای کنترل قند خون ضرورت دارد در خود ایجاد کنند. یکی از دلایل این امر این است که وقتی افراد در کنترل قند خون خود شکست می‌خورند یکسری افکار منفی نظیر «من هرگز نخواهم توانست دیابتم را کنترل کنم» به آنها هجوم می‌آورد. چنین افکاری موجب احساس‌های منفی چون ناکامی، خشم، ناامیدی و افسردگی می‌شود که نتیجه آن چیزی جز کاهش رفتارهای خود مراقبتی نیست و این چرخه و دور باطل همین طور ادامه می‌یابد. بنابراین اولین قدم برای افزایش رفتارهای خود مراقبتی که مهمترین بخش در درمان دیابت محسوب می‌شود شکستن این دور باطل است. برای اینکار ضروری به نظر می‌رسد که عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی همچون کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی بررسی و شناسایی شود و نیز با توجه به اینکه پژوهشی در

مورد بعضی از ابعاد متغیرهای فوق که جدیداً به آنها افزوده شده، صورت نگرفته است. لذا پژوهش حاضر بر آنست تا با پرکردن خلاء اطلاعاتی و افزایش دانش در این حیطه، زمینه را برای انجام اقدامات لازم در جهت آموزش و کاهش احتمال بیماری دیابت فراهم کند که از این طریق می‌توان گامی مؤثر در جهت افزایش بهداشت روانی برداشت.

## اهداف تحقیق

هدف کلی:

پیش بینی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت نوع II بر اساس کانون کنترل سلامت و گرایشهای

علیتی

اهداف جزئی:

۱- تعیین نقش کانون کنترل سلامت چند وجهی در رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت نوع II.

۲- تعیین نقش گرایشهای علیتی عمومی در رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت نوع II.

۳- مقایسه زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر رفتارهای خود مراقبتی

۴- مقایسه زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر کانون کنترل سلامت

۵- مقایسه زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر گرایشهای علیتی عمومی

فرضیه ها:

۱- کانون کنترل سلامت چند وجهی با رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت نوع II رابطه دارد.

۲- گرایشهای علیتی عمومی با رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت نوع II رابطه دارد.

۳- کانون کنترل سلامت و گرایش های علیتی، به طور معنی داری رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابت

نوع II را پیش بینی می کنند.

## سوالات:

- ۱- آیا رفتارهای خود مراقبتی زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II با همدیگر متفاوت است؟
- ۲- آیا بین زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر کانون کنترل سلامت تفاوت وجود دارد؟
- ۳- آیا بین زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر گرایش های علیتی تفاوت وجود دارد؟

متغیرهای پژوهش:

متغیر پیش بین: کانون کنترل سلامت چند وجهی، گرایشهای علیتی عمومی

متغیر ملاک: رفتارهای خود مراقبتی

متغیر تعدیل کننده: جنسیت

متغیر کنترل: سن

تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها:

### ۱- دیابت نوع II

۱-۱: تعریف مفهومی: بیماری دیابت یکی از اختلالات داخلی است که به علت ناتوانی بدن در تولید و یا مصرف انسولین ایجاد می شود (دیماثو، ۱۹۹۱).

۱-۲: تعریف عملیاتی: تشخیصی که متخصص مربوطه در مورد افراد تحت درمان داشته اند و در پرونده آنها نیز ثبت شده است.

### ۲- رفتارهای خود مراقبتی

۲-۱: تعریف مفهومی: منظور از رفتارهای خود مراقبتی در افراد دیابتی انجام یکسری فعالیتها نظیر ورزش کردن، کاهش وزن، تست کردن قند خون و وضعیت پاها بطور مرتب و اجتناب از مصرف سیگار و مواد غذایی با چربی و قند بالا و ... می باشد (چانگ، ۲۰۰۵).

۲-۲: تعریف عملیاتی: نمراتی است که آزمودنیها در پرسشنامه خلاصه‌ای از رفتارهای خود مراقبتی برای افراد دیابتی توبرت و گلاسکوف (۱۹۹۴) بدست می‌آورند.

### ۳- گرایش علیتی

۳-۱: تعریف مفهومی: جهت گیری کلی و انگیزشی که بر حسب ادراک افراد از ماهیت علت رفتارشان مشخص می‌شود (دسی و ریان، ۱۹۸۵).

۳-۲: تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در مقیاس گرایشهای علیتی عمومی (GCOS<sup>1</sup>) دسی و ریان (۱۹۸۵) کسب می‌کند.

### ۴- کانون کنترل سلامت

۴-۱: تعریف مفهومی: کانون کنترل سلامت درجه اعتقاد به این امر است که سلامت وی تا چه حد تحت کنترل عوامل درونی یا برونی می‌باشد (والستون، ۱۹۷۸).

۴-۲: تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در پرسشنامه منبع کنترل سلامت چند وجهی (MHLC<sup>2</sup>) والستون (والستون، ۱۹۹۲) بدست می‌آورد.

---

1 - The General Causality orientation Scale  
2 - Multidimensional Health Locus of Control