

## نقش گرایش‌های علیتی در رفتارهای خودمراقبتی افراد

### مبتلا به دیابت نوع دو

## The role of general causality orientations on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۱۱/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۱۲/۲۵

Hatamloo-Sadabadi M. MSc\*, Babapour-Kharedin J. PhD  
Poursharifi H. PhD

منیژه حاتم‌لوی سعدآبادی\*، جلیل باباپور خیرالدین<sup>۱</sup>  
حمید پورشریفی<sup>۱</sup>

### Abstract

**Introduction:** Diabetes is one of the most common chronic diseases with an increasing incidence and prevalence in Iran and worldwide. Attitudinal and psychological factors play a major role in self-care and in the control of diabetes. The aim of this study was to assess the role of a health locus of control on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes.

**Method:** In this descriptive correlation research, sixty patients from the Tabriz Center of Sina Hospital were selected by sampling at hand. Data were collected through two questionnaires including General Causality Orientations and Self-Care Behavior. Analysis of the data involved Pearson's correlation coefficients, regression analysis, and t-tests.

**Results:** Self-care behaviors were significantly positively associated with autonomy orientation but were significantly negatively associated with impersonal orientation. But no significant association was found with controlled orientation. The results also revealed that autonomy orientation had additional roles predicting self-care behavior. In addition, the results showed that males and females did not differ significantly in self-care behaviors or causality orientations.

**Conclusion:** Based on our findings, it is necessary to provide instructions to the diabetes centers with more emphasis on making changes in behavior, healing patient's attitudes, and supporting autonomy.

**Keywords:** Causality Orientations, Self Care Behaviors, Diabetic Patients

### چکیده

**مقدمه:** دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن عصر حاضر است که بروز و شیوع آن در دنیا و ایران به‌طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. عوامل روانی و نگرشی نقش عمده‌ای را در خود مراقبتی و کنترل دیابت به‌عهده دارند. از این رو پژوهش حاضر به بررسی نقش گرایش‌های علیتی بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع II پرداخته است.

**روش:** تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی است. تعداد ۶۰ نفر با شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین کسانی که به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند برگزیده شدند. اطلاعات از طریق دو پرسشنامه شامل رفتارهای خودمراقبتی و گرایش‌های علیتی جمع‌آوری شد. برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و آزمون t مستقل استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان داد که بین رفتار خودمراقبتی با گرایش علیتی خودمختار رابطه مثبت معنادار و با گرایش غیرشخصی رابطه منفی معنادار وجود دارد. در صورتی که بین گرایش کنترل با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معناداری مشاهده نشد. براساس یافته‌های این پژوهش، مؤلفه گرایش علیتی خودمختار بیشترین سهم را در پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی فرد مبتلا به‌عهده دارد ( $\beta=0/61, p<0/01$ ). همچنین در این پژوهش از نظر گرایش‌های علیتی و رفتار خودمراقبتی بین زنان و مردان تفاوتی دیده نشد.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج بدست آمده لازم است آموزش‌ها در مراکز دیابت با تأکید بیشتر بر ایجاد تغییرات در رفتار و بهبود نگرش افراد و حمایت خودمختاری صورت گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** گرایش‌های علیتی، رفتار خودمراقبتی، بیماران دیابتی

\* Corresponding Author: Department of Psychology,  
Tabriz University, Tabriz, Iran  
Email: m.hatamloo@yahoo.com

\* دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران  
۱- دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

افزایش است. امری که لزوم پیشگیری و درمان آن را دو چندان می‌کند [۴].

بتاریخ [۵] معتقد است که بیماران دیابتی بایستی نقش اساسی در درمان خود داشته باشند، چرا که 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 [۶]. ولی مسئله‌ای 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 را به سطح دلخواه برسانند و تنها ۵ درصد 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 آنکه 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 اثربخشی پایین است. در واقع آنها باور ندارند که می‌توانند یکسری تغییرات رفتاری را که برای کنترل قندخون ضرورت دارد و منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌شود، در خود ایجاد کنند [۷].

رفتارهای خودمراقبتی یا ارتقا دهنده سلامت عبارتند از هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد و یا گروه صورت می‌گیرد [۸]. پالنسکی و همکاران [۹] معتقدند که عوامل روانی و نگرشی نقش عمده‌ای را در کنترل دیابت به عهده دارند و عامل تعیین کننده‌ای در رفتارهای خودمراقبتی افراد می‌باشند. یکی از این عوامل تأثیرگذار گرایش‌های علیتی است که بر مبنای نظریه خودتعیینی (Self-determination theory) که توسط دسی/اسکوارتزور بیان ارائه شده است، تعریف می‌شود. نظریه گرایش علیت به نقش تفاوت‌های فردی در جهت‌یابی‌های انگیزشی توجه دارد [۱۰]. در نظام طبقه‌بندی دسی و همکاران افراد، در سه نوع جهت‌گیری قرار می‌گیرند. این گرایش‌ها عبارتند از: خودمختاری، کنترل شده و غیرشخصی، که جنبه‌های نسبتاً پایداری از شخصیت برآورد شده‌اند و به نظر می‌رسد هر گرایشی به درجه‌ای در هر شخصی وجود دارد.

خودمختاری، نیاز به تجربه کردن تصمیم‌گیری در شروع کردن و تنظیم رفتار است و این نیاز میل به تصمیم‌گیری‌های شخصی را منعکس می‌کند، به طوری که فرد دوست ندارد رویدادهای محیطی اعمال او را تعیین کنند. وقتی که رفتار خودمختار باشد، از منبع علیت درونی ناشی می‌شود و به صورت خودانگیخته از راهنماهای درونی پیروی می‌کند [۱۱]. گرایش کنترل عدم حساسیت نسبت به راهنماهای درونی را شامل می‌شود. عامل اصلی در تعیین نحوه تفکر، احساس و رفتار کردن افراد کنترل‌گرا،

در حال حاضر مردم با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده حیات به‌شمار 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 [۱]. بیماری مزمن به مشکلات سلامتی یا وضعیت‌های طبی اطلاق می‌شود که با علائم یا ناتوانی‌هایی 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 به‌طور کلی به‌همراه سایر علائم وجود دارند. به‌دنبال درد مزمن پاسخ‌های رفتاری مثل افسردگی، کاهش توجه و اشتها و یکسری پاسخ‌های روانشناختی مثل ترس، اضطراب، عصبانیت و ... در فرد دیده می‌شود. از این‌رو زندگی با بیماری‌های مزمن و صعب‌العلاج چون سرطان، بیماری قلبی، دیابت و آرتروز می‌تواند کیفیت زندگی را پایین آورد، و نگرش آنها را به زندگی منفی کند [۱].

دیابت که یکی از این بیماری‌های مزمن است به گروهی از بیماری‌های متابولیک اطلاق می‌شود که مشخصه آن ناتوانی بدن در تولید کافی انسولین برای استفاده موثر و کار آمد از قندها، چربی‌ها و پروتئین‌ها می‌باشد. به‌عبارت دیگر سندرمی است که به‌دنبال عدم تعادل بین نیاز به انسولین و تأمین آن به‌وجود می‌آید. دیابت نوع I و نوع II دو شکل اصلی این بیماری هستند که به‌دلایل مختلفی بروز می‌کنند. در سبب‌شناسی دیابت نوع I بیشتر عفونت‌ها، ژنتیک و اختلال سیستم ایمنی مطرح است، در حالی که دیابت نوع II بیشتر به‌دلایل مرتبط با سبک زندگی نظیر چاقی، تحرک بدنی کم، مصرف غذاهای با چربی و کالری بالا، فشارخون و کلسترول بالا، حاملگی و استرس به‌وجود می‌آید [۲].

این بیماری که شایع‌ترین و قدیمی‌ترین بیماری متابولیکی در انسان می‌باشد، سومین عامل مرگ و میر ناشی از بیماری محسوب می‌شود. به‌خصوص اینکه بیماری‌های قلبی-عروقی (انفارکتوس میوکارد، سکته مغزی و بیماری‌های عروقی محیطی) به‌عنوان یکی از عارضه‌های بلند مدت این بیماری در میان آنها شایع است. افزون بر مرگ و میر بالا، این بیماری گرفتارهای فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیار به همراه دارد [۳]. امروزه، دیابت و عوارض آن به‌ویژه دیابت نوع II که بخش کثیری از بیماران دیابتی را دربرمی‌گیرد یکی از معضلات بهداشت عمومی محسوب می‌شود. طبق برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت در سرتاسر دنیا بیش از ۱۴۰ میلیون نفر دیابتی وجود دارد و انتظار می‌رود که این عده تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون نفر افزایش یابد. مسئله نگران‌کننده دیگری که در مورد دیابت نوع II وجود دارد این است که بروز این بیماری در میان کودکان در حال

به‌علاوه مداخله بالینی برای کودکان چاق نشان‌دهنده است که تمرکز بر روی هدف درونی سلامت به‌جای هدف بیرونی جذاب بودن به‌عنوان دلایل تغییر، نه تنها منجر به کاهش وزن اولیه‌شده بلکه به ادامه و تداوم بهتر در دوره ۲ ساله انجامیده است [۲۱]. اخیراً کارور و بیرد اظهار کردند اثرات منفی اهداف بیرونی ممکن است به این خاطر باشد که آنها بیشتر به‌صورت کنترلی تنظیم شده‌اند نه به‌صورت خودمختار [۱۹].

لذا با توجه به جایگاه ویژه‌ای که خودکنترلی در بیماری دیابت دارد و اهمیت رفتارهای خودمراقبتی در کاهش عوارض ناشی از این بیماری، پژوهش حاضر برآن است تا به بررسی این موضوع بپردازد که آیا بین گرایش‌های علیتی و رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II رابطه وجود دارد؟ و اینکه متغیرهای گرایش علیت چگونه رفتار خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت را تبیین می‌کنند؟ وجه تفاوتی بین زنان و مردان از نظر گرایش‌های علیتی و رفتار خودمراقبتی وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که در طی آن علاوه بر بررسی رابطه متغیرها، تغییرات متغیر ملاک (رفتارهای خودمراقبتی) براساس تغییرات متغیر پیش‌بین (گرایش‌های علیتی) مورد پیش‌بینی قرار گرفته است.

**جامعه آماری و روش نمونه‌گیری:** جامعه این تحقیق را کلیه بیماران دیابتی نوع II مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در بیمارستان سینا در شهر تبریز (سال ۱۳۸۸) تشکیل می‌داد که به‌مدت یک سال از تشخیص بیماری آنها گذشته، به‌غیر از دیابت بیماری دیگری نداشته و سن آنها بالای ۳۰ سال بود. از بین این افراد ۶۰ نفر (۳۰ مرد، ۳۰ زن) به‌طور تصادفی انتخاب گردیدند و افرادی که حایز شرایط فوق نبودند، حذف شدند.

**ابزارها:** پرسشنامه خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود [۲۲]. این پرسشنامه ابزار خودگزارشی معتبر ۱۲ سؤال است که در نسخه اصلی چهار جنبه از مدیریت شخصی بر دیابت (رژیم غذایی، ورزش، بازبینی قندخون و تزریق) و در نسخه جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قندخون، مراقبت از پا و سیگارکشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در مقیاس هفت گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. نمره‌گذاری بعضی سؤال‌ها به‌صورت وارونه صورت می‌گیرد. توپریت، هامیسون و گلاسگو طی پژوهشی، اعتبار، روایی و داده‌های هنجاری هفت پژوهش مرتبط را جمع‌آوری و مشخص کردند که این پرسشنامه شاخص معتبری برای خودمدیریتی دیابت بوده و هم جهت پژوهش و هم کار بالینی مفید است [۲۲]. همچنین اعتبار و روایی پرسشنامه مذکور در ایران توسط پورشریفی [۲۳] مورد تایید قرار گرفته است. در پژوهش حاضر نیز با

احساس فشار است. رفتار در پاسخ به احساس تنش و به پیروی از آنچه ضرورت دارد روی می‌دهد. شخصی که در این جهت‌گیری نمره بالایی کسب می‌کند برای شهرت، رفاه، مقام و سایر عوامل بیرونی اهمیت زیادی قائل است [۱۲] جهت‌گیری غیرشخصی با انگیزش و فقدان عمل ارادی مرتبط است و به رفتار غیرارادی دلالت دارد که فاقد هرگونه انگیزه‌ای می‌باشد. افرادی که گرایش غیرشخصی دارند، مانند افراد کنترل‌گرا، خود را شایسته و خود تعیین نمی‌دانند. این اشخاص باور دارند که رسیدن به نتایج مطلوب فراتر از کنترل خود آنها است. آنان موفقیت‌ها و شکست‌های خود را نتیجه عوامل بیرونی و کنترل‌ناپذیر و به‌طور گسترده مربوط به بخت و اقبال می‌دانند. افرادی که در این مقیاس نمره بالایی می‌گیرند مضطرب بوده و احساس می‌کنند که خیلی بی‌اثر و خنثی هستند [۱۰].

تحقیقات نشان داده است که جهت‌گیری خودمختار در مقایسه با جهت‌گیری کنترل، باعث تقویت بیشتر سطح انگیزش درونی و تحکیم باورهای مربوط به شایستگی ذهنی و افزایش میزان عزت‌نفس می‌شود [۱۳]. کینگ دریافت بیماران جراحی قلب که دارای گرایش خودمختاری بالایی بودند، بیماری خود را به‌عنوان چالش تلقی کرده و در دوره بعد از عمل نگرش‌های مثبت داشتند، در حالی که بیماران با گرایش خودمختاری پایین، جراحی خود را به‌عنوان تهدید قلمداد کرده و نگرش آنها منفی بود [۱۴]. در مقابل گرایش کنترل با شخصیت تیپ A مرتبط بوده، مستعد الگوهای رفتاری بیماری کرونر قلب و همچنین با خودآگاهی کلی در ارتباط می‌باشد [۱۵]. گرایش غیرشخصی نیز پیش‌بینی‌کننده سطوح بالایی از اضطراب اجتماعی، افسردگی و افکار خودویرانگری بوده و همچنین بین بیماران بی‌اشتها از بیمارانی با دیگر اختلالات خوردن و همچنین گروه کنترل تمایز قایل می‌شود [۱۶]. همچنین گرایش غیرشخصی همبستگی منفی با رشد خود و عزت‌نفس دارد [۱۷].

کوستنر، برنیری و زاکرمن در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که سطح بالای گرایش خودمختاری با سطوح بالای عزت‌نفس، رشدخود، خودشکوفایی و یکپارچگی شخصیت مرتبط بوده است [۱۸]. همچنین تحقیقات حاکی از آن است که اتخاذ اهداف بیرونی زندگی (از قبیل کسب دارایی، شهرت و از لحاظ فیزیکی جذاب‌بودن و ...) نسبت به اهداف درونی (از قبیل رشدشخصی، باروری، سلامت فیزیکی و ...) به سلامت و تندرستی ضعیف‌تری وابسته است. تمرکز بر روی اهداف بیرونی با رفتارهای بسیار پرخطر و اندکی سالم همراه است [۱۹] به‌عنوان مثال، کاسر و ریان دریافتند که بالاتر گرفتن اهداف بیرونی نسبت به اهداف درونی یقیناً با افسردگی، خودشیفتگی، تاثیر منفی و علایم مرض فیزیکی در ارتباط است و به‌طور منفی با خودشکوفایی، سرزندگی و تاثیر مثبت مرتبط می‌باشد [۱۲ و ۲۰].

است. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب اعتبار برای مولفه‌های خودمختاری، کنترل‌شده، غیرشخصی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۶۶، ۰/۸۷ بدست آمد. برای تحلیل داده‌ها از آمارهای توصیفی، ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون و آزمون t استفاده شد.

### یافته‌ها

به‌منظور پاسخ به این سوال که آیا بین رفتار خودمراقبتی و گرایش‌های علیتی رابطه وجود دارد؟ از ضرایب همبستگی پیرسون که در جدول شماره ۱ آورده شده است، استفاده گردید. نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که بین مؤلفه‌های گرایش علیتی و رفتار خودمراقبتی رابطه معنادار وجود دارد. بدین معنا که گرایش علیتی خودمختار با رفتار خودمراقبتی رابطه مثبت و معنادار ( $r = 0.62$  و  $P < 0.01$ ) و گرایش علیتی غیرشخصی با رفتار خودمراقبتی رابطه منفی و معنادار ( $r = -0.43$  و  $P < 0.01$ ) نشان می‌دهد. در صورتی که بین گرایش علیتی کنترل و رفتار خودمراقبتی رابطه معنادار مشاهده نمی‌شود.

استفاده از آلفای کرونباخ ضریب اعتبار برابر با ۰/۸۲ بدست آمد. **مقیاس گرایش‌های علیتی عمومی (The - GCOS - General Causality Orientation Scale)** جهت سنجش شاخص جهت‌گیری‌های علیتی عمومی [۱۵]. این مقیاس شامل ۱۲ قطعه توصیفی و ۳۶ آیت است. هر قطعه وصفی یک جامعه نوعی یا وضعیت متمایل به موفقیت (مثلاً درخواست یک شغل یا تأثیر متقابل یک دوست) ارائه می‌دهد که متعاقب آن سه نوع پاسخ (خودمختاری، کنترل‌شده و غیرشخصی) ارائه می‌شود. پاسخگرها براساس مقیاس هفت‌گانه لیکرت حوزه‌ای را که هر پاسخی مختص آنها است نشان می‌دهند. امتیاز بالا نشانگر مقدار بالاتری از جهت‌گیری خاص است که به‌وسیله پاسخ نمایش داده می‌شود. بنابراین مقیاس مورد نظر دارای سه زیر مقیاس است: خودمختاری، کنترل‌شده و غیرشخصی. امتیازات هر زیرمقیاس به‌وسیله جمع کردن ۱۲ پاسخ هر فرد درباره آیت‌های متناظر با هر مقیاس به‌دست می‌آیند. **دسی و ریان [۱۵]** اعتبار و روایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند. برای مثال ضریب آلفای کرونباخ در حدود ۰/۷۵ محاسبه شده

جدول ۱- ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳
۱- رفتار خودمراقبتی کلی	-		
۲- گرایش غیرشخصی	-۰/۴۳**	-	
۳- گرایش خودمختاری	۰/۶۲**	-۰/۶۸**	-
۴- گرایش کنترل	۰/۱۳	-۰/۱۶	۰/۲۶*

\*\* $P < 0.01$  \* $P < 0.05$

نشان‌دهنده ضریب تعیین  $0.38$  ( $R^2 = 0.38$ ) می‌باشد. یعنی ۳۸ درصد از متغیر رفتار خودمراقبتی توسط گرایش‌های علیتی (خودمختار، کنترل و غیرشخصی) تبیین می‌شود. این میزان ضریب تعیین به‌ویژه در علوم انسانی مقدار بسیار مطلوبی است.

در ادامه برای مشخص کردن چگونگی تبیین رفتار خودمراقبتی براساس گرایش‌های علیتی از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. در این تحلیل رفتار خودمراقبتی به‌عنوان متغیر ملاک و گرایش‌های علیتی به‌عنوان متغیر پیش‌بین در نظر گرفته شد. نتایج رگرسیون در جدول ۲

جدول ۲- تحلیل رگرسیون نمرات متغیر رفتار خودمراقبتی بر اساس نمرات متغیر گرایش‌های علیتی

مدل	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> تعدیل‌شده	انحراف استاندارد برآورد	دوربین واتسون
۱	۰/۶۲	۰/۳۸	۰/۳۵	۹/۱۲	۲/۳۵

جدول ۳- تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر رفتار خود مراقبتی بر نمرات متغیر گرایش‌های علیتی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
رگرسیون	۲۸۹۲/۱۴	۳	۹۶۴/۰۵	۱۱/۵۹	۰/۰۰۰۱
باقیمانده	۴۶۵۹/۴۶	۵۶	۸۳/۲۱		
کل	۷۵۵۱/۶۰	۵۹			

است. همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد F بدست آمده معنادار است. این مطلب گویای آن است که حداقل یکی از مؤلفه‌های

در ادامه برای نشان دادن تأثیر متغیر گرایش‌های علیتی بر متغیر ملاک رفتار خودمراقبتی، تحلیل رگرسیون به‌شرح زیر آورده شده

معلوم می‌شود که از بین مؤلفه‌های متغیر پیش‌بین، گرایش خودمختار ( $P < 0/01$  و  $\beta = 0/61$ ) به شکل معناداری رفتار خودمراقبتی را تبیین می‌کند.

متغیر پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک معنادار است. بنابراین لازم است تک تک مؤلفه‌ها را آزمود و سهم آنها را در پیش‌بینی متغیر مشخص نمود. با توجه به ضرایب  $\beta$  مندرج در جدول ۴

جدول ۴- پیش‌بینی متغیر رفتار خودمراقبتی از روی گرایش مؤلفه‌های متغیر گرایش‌های علیتی

متغیرها	B	انحراف استاندارد	Beta	t	سطح معناداری
ضریب ثابت	۳/۸۷	۱۱/۰۳		-۰/۳۵	۰/۷۳
گرایش غیرشخصی	-۰/۲۱	۰/۱۲	-۰/۰۳	-۰/۱۸	۰/۸۶
گرایش خودمختار	۰/۴۶	۰/۱۱	۰/۶۱	۴/۱۷	۰/۰۰۱
گرایش کنترل	-۰/۰۴	۰/۱۳	-۰/۰۴	-۰/۳۳	۰/۷۴

می‌شود که زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر گرایش‌های علیتی و رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معناداری ندارند.

در ادامه برای نشان‌دادن اینکه بین زنان و مردان از نظر گرایش‌های علیتی و رفتار خودمراقبتی چه تفاوتی وجود دارد، از آزمون t مستقل استفاده شد. با توجه به جدول ۵ مشخص

جدول ۵- مقایسه متغیرهای تحقیق بین زنان و مردان

متغیرها	جنس	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
رفتار خودمراقبتی کلی	زن	۲۶/۴۳	۱۰/۴۷	۰/۴۳	۵۸	۲/۹۴	۱/۲۷	۰/۶۷
	مرد	۲۵/۱۷	۱۲/۲۴					
گرایش کنترل	زن	۴۷/۳۷	۱۰/۹۷	-۱/۱۳	۵۸	۲/۴۶	-۲/۷۶	۰/۲۷
	مرد	۵۰/۱۳	۷/۸۰					
گرایش غیرشخصی	زن	۴۲/۷۰	۱۵/۳۸	۰/۳۰	۵۸	۳/۶۲	۱/۰۷	۰/۷۷
	مرد	۴۱/۶۳	۱۲/۴۹					
گرایش خودمختار	زن	۵۶/۵۷	۱۵/۵۱	۱/۶۰	۵۸	۳/۷۸	۶/۰۷	۰/۱۱
	مرد	۵۰/۵۰	۱۳/۶۹					

سلامت فیزیکی و روانی و تداوم دستورات تجویز شده دارند [۲۴]. تحقیقات نشان‌دهنده است که سطح بالای گرایش خودمختاری با سطوح بالای عزت‌نفس، رشد خود و یکپارچگی شخصیت مرتبط می‌باشد. در واقع زمانی که افراد خود را عامل اصلی اعمالشان می‌دانند و در راستای سیستمی درونی از نیازها و ارزش‌ها عمل می‌کنند، فعالیت‌های آنها در خدمت بازبانی تحکیم هویت و احساس خودارزشمندی خواهد بود. با این حال زمانی که فعالیت‌ها، با خودمختاری کمتری انجام می‌شوند اثرات آنها می‌تواند برای فرایند یکپارچگی هویت مخرب باشد [۲۸].

هادگینز و همکاران [۲۹] نیز همبستگی منفی بین گرایش کنترل و عزت‌نفس و همبستگی مثبت بین گرایش خودمختاری و عزت‌نفس پیش‌بینی کرده‌اند. آنان معتقدند که مردان نسبت به زنان به علایم انگیزشی و تهدید، عکس‌العمل بیشتری نشان می‌دهند. در راستای ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با جنس نیز تراویست [۳۰] نشان داد که ارتباط معناداری بین جنس و انگیزه بیمار برای رفتار خودمراقبتی وجود دارد. این در حالی است که بقایی و همکاران [۳۱] بین این دو متغیر ارتباطی نیافتند. در مطالعه حاضر نیز بین رفتار خودمراقبتی و جنس، ارتباطی یافت

## بحث

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر در خصوص ارتباط گرایش‌های علیتی با رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II نشان‌دهنده رابطه معنادار بین آنها می‌باشد. بدین صورت که سطوح بالای گرایش خودمختاری با افزایش رفتار خودمراقبتی همراه است در حالی که با کاهش آن، رفتار خودمراقبتی نیز کاهش می‌یابد. نتیجه بدست‌آمده از این تحقیق با نتایج تحقیق‌های سنکال، نوون، وایت [۲۴]، ویلیامز، مینی کوسی و همکاران [۲۵]، ویلیامز، مک گرگور و دیگران [۲۶]، ویلیامز، کوکس و دیگران [۱۹]، کارلوس و گانگنه [۲۷] همخوانی دارد. مطالعات مختلف نشان‌دهنده است که افرادی که گرایش خودمختاری بالایی دارند، دلایل درون‌سازی شده بیشتر، درک شایستگی بیشتر برای تغییر رفتار سلامت و همچنین موفقیت بیشتر در حفظ و ادامه تغییر رفتار دارند. بنابراین آنها خودمختاری بیشتری برای سعی در ترک سیگار و یا کاهش چاقی داشته و به نوبه خود احساس شایستگی بیشتری برای تغییر خواهند داشت [۲۵]. افراد خودتنظیم خودمختار تمایل بیشتری به نشان‌دادن رضایت، اطمینان، شادی و اعتماد [۲۴]، آغازگری و پایداری [۱۵، ۱۳]

خودمختار بر رفتار خودمراقبتی و رضایت از زندگی که باعث افزایش نیروی اقدامی با هدف دستیابی به پیامدهای مهم سلامت می‌شود، دارای اهمیت است. تحقیقات نشان می‌دهند که رفتار خودمختار از منبع علیت درونی ناشی می‌شود و افرادی که باور دارند سلامت تابع رفتار شخصی است (منبع درونی علیت) برای سلامت و تندرستی خود احساس مسئولیت بیشتری نشان می‌دهند (مانند انجام رفتارهای پیشگیرانه از قبیل رعایت عادات غذایی خوب و انجام دادن معاینات پزشکی). همچنین افسردگی، بدبینی، سبک کنار آمدن ناسازگارانه، اضطراب، عادات سلامت ضعیف و سوء مصرف مواد با سطح پایین خودمختاری و عزت نفس پایین مرتبط بوده است [۳۵].

### نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه گرفت که سطوح بالای گرایش خودمختاری بهترین هدایت‌کننده برای انجام رفتار خودمراقبتی می‌باشد به طوری که خودتعیینی تقویت شده و انگیزش درونی ایجاد شود. لذا تلاش برای درک فرایندهای انگیزشی نهفته در پس قبول و انجام رفتار خودمراقبتی و همچنین تلاش برای پرورش تغییر رفتار در فرد باید مهم تلقی شود و این امکان با ارائه آموزش‌های مناسب در خصوص ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری بیماری و مواردی که مانع کنترل عوامل خطرزا (چه در سطح جسم و چه در سطح روان) می‌شود، به وجود می‌آید.

### تشکر و قدردانی

در اینجا لازم می‌دانیم از همکاری صمیمانه کارکنان مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا (تبریز) که در انجام این تحقیق ما را یاری فرمودند تشکر و قدردانی نماییم.

### منابع

- 1- White CA. Cognitive behavior therapy for chronic medical problems. New York: Willy & Sons, Ltd; 2001.
- 2- Brunner LSH, Suddarth DS. Nursing diabetes Translated by Morovvati-Givi. 2nd ed, Tehran: Bashari; 2008. [Persian]
- 3- Harris MD. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. Curr Diabetes Rep. 2003;3(1):49-55.
- 4- Hussian A, Claussen B, Ramachandran A, Williams R. Prevention of type 2 diabetes: A review. J Diab Res clin pract. 2007;(76):317-26.
- 5- Betteridge D. Diabetes. United kingdom: Martin Dunitz; 2000.
- 6- Snoek FJ, Skinner TC. Psychological aspects of diabetes management. Med. 2006;(34):61-2.
- 7- Snoko FJ, Van Derven NCW. Cognitive behavioral group training for poorly controlled type 1 diabetes patients: A psycho-educational approach. Diabets Spectrum. 1999;(12):147-57.
- 8- Richter JM, Malkiewicz JA, Shaw D. Health promoting behaviors in nursing students. J Nurs

نشد. امری که ممکن است بر اساس گروه سنی واحدهای مورد پژوهش که سن آنها بالای ۳۰ سال بوده است، قابل تبیین باشد. در واقع برخی از تحقیقات نشان می‌دهند که با افزایش سن، رفتارهای خودمراقبتی در هر دو جنس افزایش می‌یابند [۳۲].

تحقیق در زمینه خودتعیینی نشان می‌دهد که نتایج و پیامدهای مثبت بیشتر با سبک انگیزش حامی خودمختاری مرتبط است تا سبک کنترلی، از قبیل پیامدهای بهزیستی فرد و عملکرد و یادگیری بهتر [۲۷].

در حوزه سوء مصرف مواد نیز مطالعات رابطه بین حمایت خودمختار، انگیزش درونی و بازده درمان را نشان داده اند [۳۳]. ریان و دسی [۳۴] معتقدند اگر چه انگیزش درونی به عنوان یک تمایل طبیعی تلقی می‌شود اما این تمایل تحت شرایط خاصی شکوفا خواهد شد. آن ساختارها و رویدادهای بیرونی که در طول انجام یک عمل احساس شایستگی و استقلال را در فرد ایجاد می‌نمایند، افزایش‌دهنده انگیزش درونی برای انجام آن عمل می‌باشند. ویلیامز، زاکرمن و دسی [۲۴] نشان دادند که افزایش انگیزش خودمختاری بیماران دیابتی با افزایش شایستگی درک شده ارتباط دارد که آن نیز به نوبه خود ارتباط مهمی با تنظیم سطح گلوکز و بهبودی در ارزیابی کنترل متابولیک (HbA1c) نشان می‌دهد.

پس بیماران خود را شایسته درک خواهند کرد وقتی که احساس کنند توانایی رسیدن به نتایج مهم (نتایج تندرستی) را دارند. مطالعات مختلف نشان داده وقتی که افراد انتخاب‌های موثر بیشتری دارند، آنها احساس شایستگی بیشتری برای رسیدن به اهداف تندرستی مانند کنترل بهتر گلوکز در دیابتی‌ها، یا ترک سیگار دارند [۲۶]. در واقع انگیزش درونی ریشه در نیاز برای احساس کفایت و شایستگی دارد.

دسی و ریان [۱۵] با بیان این مطلب که رفتارهای هدفمندی که با سیستم ارزشی فرد آمیخته هستند حتی زمانی که خود، راضی‌کننده نباشند، موجب افزایش خودخرسندی می‌شوند، در واقع پیوند قوی‌تری را بین خودتنظیمی خودمختار و رضایت از زندگی قایل شد. در واقع توانایی فرد در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، احساسی از رضایت ایجاد کرده و متناوباً، تبعیت دایمی به خاطر افزایش خودکارآمدی باعث کنترل بهتر دیابت شده و در نتیجه نشانه‌های وابسته به دیابت کاهش می‌یابند و این در عوض، منجر به کاهش سطح تداخل درک شده از دیابت با زندگی روزانه و رضایت بیشتر از زندگی می‌شود و این با نظریه گری، بولند و دیگران به نقل از رسنکال و همکاران [۲۴] که اعلام می‌دارند نوجوانانی که سطح خودکارآمدی دیابتی بالایی دارند، رضایت بیشتری از کیفیت زندگی‌شان داشته و با موفقیت بیشتری از عهده دیابت خود برآمدند و سطح افسردگی کمتری داشتند، همخوانی دارد. بررسی اثر مشترک خودکارآمدی و خودتنظیمی

- with type 2 Diabetes [Dissertation]. University of Tehran: 2007. [Persian]
- 24- Senecal C, Nouwen A, White D. Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychol.* 2000;19(5):452-7.
- 25- Williams C, Minicucci D, Kouides R, Levesque CH, Chrikov V, Ryan RM, Deci E. Self-determination, smoking, diet and health. *Health Educ Res.* 2002;(17):512-21.
- 26- Willias CG, McGregor H, Sharp D, Levesque C, Kouides R, Ryan RM, Deci E. Testing a self-determination theory process model for promoting glycemic control through diabetes self-management. *Health psychol.* 2004;23(1):58-66.
- 27- Carlos Roca J, Gagne M. Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *Comput hum behav.* 2007;(24):1585-604.
- 28- Luyckx k, Soenens B, Berzonsky M, Smits I, Goossens L, Vansteenkiste M. Information-oriented identity processing, identity consolidation, and well-being: The moderating role of autonomy, self-reflection, and self-rumination. *Pers Indiv Diff.* 2006;(43):1099-111.
- 29- Hodgin SH, Brown AB, Carver B. *Autonomy and control motivation and self-esteem.* Psychology Press: Self and Identity. 2007;(6):189-208.
- 30- Travist T. Patient perception of factors that affect adherence to dietary regimen for diabetes mellitus. *Diabetes Educ.* 1997;23(2):152-56.
- 31- Baghaei P, Zandi M, Masud N, Vaers Z, Adib M. Diabetic patients' self-care situation in kashan's diabetes center in year 1384. *J Feiz.* 2009;(12):3-8. [Persian]
- 32- 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):590-8.
- 33- Zeldman A, Ryan RM, Fiscella K. Client motivation, autonomy support and entity beliefs: Their role in methadone maintenance treatment. *J Soc Clin Psychol.* 2004;(23):675-96.
- 34- Ryan RM, Deci EL. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol.* 2000;(25):54-67.
- 35- Andrejs R, Ozolins ULF, Stenstrom B. Validation of health locus of control patterns in Swedish adolescents. *J Art excerpt.* 2003;(38):651-7.
- Educ.1987;26:367-71.
- 9- Polonsky WH, Davis CL, Jacobson A. Hyperglycemia, hypoglycemia and blood glucose control in diabetes. *Diabetic Med.* 1992;(9):120-25.
- 10- Deci E, Ryan R. *Handbook of self-determination research.* Rochester, NY: University of Rochester Press; 2002.
- 11- Ryan RM, koestner R, Deci EL. Ego involved persistence: When free-choice behavior is not intrinsically motivated. *Motive Emotion.* 1991;(15):185-205.
- 12- kasser RM. A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *J Pers Soc Psychol.* 1993;(65):410-22.
- 13- Deci E, Schwartz A, Sheinman L, Ryan RM. An Instrument to assess adults' orientations toward control versus autonomy with children: Reflections on intrinsic motivation and perceived competence. *J Educ psychol.* 1981;(73):642-50.
- 14- king KB. *Coping with cardiac surgery* [Dissertation]. University of Rochester; 1984.
- 15- Deci EL, Ryan RM. The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *J Res Pers.* 1985;(19):109-34.
- 16- Strauss J, Ryan RM. Autonomy disturbances in subtypes of anorexia nervosa. *J Abnormal Psychol.* 1987;(96):254-8.
- 17- Marmot M. Self-esteem and health: Autonomy, self-esteem, and health are linked. *Brit Med J.* 2003;327:574-5.
- 18- Koestner R, Bernieri F, Zukerman M. Self-regulation and consistency between attitudes, traits, and behaviors. *Pers Soc Psychol Bull.* 1992;(18):52-59.
- 19- Williams C, Cox M, Hedberg A, Deci E. Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *J appl Soc Psychol.* 2000;30(8):1756-71.
- 20- Kasser T, Ryan RM. Further examining the American dream: Differential correlates of intrinsic and extrinsic goals. *Pers Soc Psychol Bull.* 1996;(22):280-7.
- 21- Vansteenkiste M, Simmons A, Braet C, Bachman C, Deci EL. Promoting maintained weight loss through healthy lifestyle changes among severely obese children: An experimental test of self-determination theory.. University of Ghent: Belgium; 2007.
- 22- Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: Results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care.* 2000;(23):943-50.
- 23- Poursharifi H. The effectiveness of motivational interviewing in improving health outcomes in adults