

نقش سبک دلبستگی و کانون کنترل سلامت بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت

منصوره نیکوگفتار^۱

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های متعددی، نقش پیوندهای عاطفی و ادراک فرد از امکان کنترل سلامت را در رفتارهای سلامت محور مورد تاکید قرار داده‌اند. براین اساس، هدف از انجام این پژوهش، بررسی نقش سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت بر رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به بیماری دیابت است.

روش‌ها: در یک مطالعه توصیفی- مقطعی، 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 چکیده فعالیت‌های خود- مراقبتی بیماران دیابتی (SDSCA، ۱۹۹۴) و پرسشنامه جمعیت شناختی 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.

نتایج: نتایج به دست آمده بیانگر وجود رابطه مثبت بین رفتارهای خود- مراقبتی با سبک دلبستگی ایمن و کانون کنترل بیرونی- پزشکیان و رابطه منفی با سبک دلبستگی نایمن (اضطرابی- دوسوگرا) است همچنین بین سبک دلبستگی ایمن با کانون کنترل بیرونی- دیگران رابطه منفی معنادار وجود دارد.

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.

واژگان کلیدی: دیابت، سبک‌های دلبستگی، کانون کنترل سلامت، رفتارهای خودمراقبتی

۱- دانشگاه پیام نور، واحد گرمسار

***نشانی:** تهران، کریمخان، خیابان سنایی، پلاک ۱۰۴ واحد ۳، پست الکترونیک: mnikoogofar@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۰۲/۰۷

تاریخ درخواست اصلاح: ۱۳۹۱/۱۲/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۴

مقدمه

بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خودمراقبتی^۱ ویژه در سراسر زندگی است [۱]. خودمراقبتی نه تنها موجب ارتقای کیفی زندگی شده بلکه با کاهش موارد بستری در بیمارستان از میزان هزینه‌ها نیز می‌کاهد. همچنین با استمرار در مراقبت‌ها می‌توان از عوارض حاد و مزمن این بیماری پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت [۲]. 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 می‌سازد و در رساندن قند خون به حد طبیعی که باعث کاهش عوارض درازمدت دیابت می‌شود نقش مهمی دارد [۳]. بخش قابل توجهی از بیماران دیابتی مهار اندکی بر قند خون دارند که آنها را در معرض خطر عوارض طولانی‌مدت 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. براین 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 [۴،۵]. مطابق بررسی‌های انجام شده، مهمترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران مبتلا به دیابت، فقدان خودمراقبتی است. خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت شامل دامنه‌ای از فعالیت‌ها مانند نظارت بر گلوکز خون، داشتن یک رژیم غذایی کم چرب و چک کردن پاها است که اینک مشخص شده عناصر مختلف خودمراقبتی همبستگی بالایی با هم ندارند [۶]. زندگی با دیابت می‌تواند شرایط بسیار دشواری را ایجاد کند. دستورات خودمراقبتی پیچیده، پرزحمت و اغلب گیج کننده‌اند که ممکن است بیماران را دچار سرخوردگی، خشم، انزوا و ناامیدی 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 [۷،۸].

سبک دلبستگی^۲ 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 [۹]. برای اجرای مؤثر مراقبت بیمار-محور^۳، درک انواع سبک‌های تعاملی بیماران و ظرفیت آنان در برقراری ارتباط با مراقبت کنندگان ضروری است. نظریه دلبستگی با فراهم آوردن چهارچوبی مفهومی بر این اصل مبتنی است که روابط اولیه و خلق و خو، شکل دهنده و تقویت کننده ادراکات و رفتارهای فرد در روابط بعدی است و از اواخر نوجوانی یا آغاز بزرگسالی، افراد از سبک دلبستگی نسبتاً ثابتی برخوردارند [۱۰]. 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^۴ و سه سبک نایمن^۵ که به عنوان اجتنابی^۶، آشفته^۷ و بیمناک^۸ شناخته شده‌اند. اگرچه در عمل افراد ممکن است با درجات مختلفی از هر سبک مشخص شوند اما متمایز کردن افراد برحسب سبک دلبستگی غالب برای فهم بهتر ویژگی‌های تحولی و رفتاری مفید است [۱۱].

تحقیقات بر این فرض مبتنی است که بیمارانی که بیشتر به خودشان متکی و کمتر به دیگران وابسته هستند احتمالاً همکاری ضعیف‌تری با مراقبت کنندگان سلامت دارند که به نوبه خود تاثیر منفی بر خودمراقبتی بیماران دیابتی خواهد داشت [۱۲]، موضوعی که می‌تواند از طریق مفهوم کانون کنترل سلامت^۹ (HLC) مورد بررسی قرار گیرد. چرا که

- 2- attachment style
- 3- patient-centered
- 4- secure styles
- 5- insecure styles
- 6- dismissing
- 7- preoccupied
- 8- fearful
- 9- health locus of control

- 1- self-care

بیماران مبتلا به دیابت بوده است. به این منظور، سوالات زیر مورد بررسی قرار گرفتند: آیا بین سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت با خودمراقبتی رابطه وجود دارد؟ آیا کانون کنترل سلامت، میانجی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و خودمراقبتی است؟

روش‌ها

از آنجا که مطالعه حاضر در پی بررسی رابطه بین رفتارهای خودمراقبتی با سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ است، طرح کلی پژوهش حاضر از نوع طرح‌های همبستگی است. جمعیت مورد مطالعه در این پژوهش، افراد مبتلا به دیابت عضو انجمن دیابت در شهر تهران بودند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سواد خواندن و نوشتن برای درک سوالات و پاسخگویی به آنها (حداقل سیکل)، دریافت تشخیص بیماری حداقل شش ماه، تحت درمان بودن توسط یکی از پزشکان همکار انجمن دیابت و معیارهای خروج از پژوهش نیز وجود سابقه بیماری‌های جسمی دیگر به استثنای عوارض مربوط به دیابت و تشخیص هرگونه اختلالات روان‌پزشکی قبل از ابتلا به بیماری دیابت بودند. براساس معیارهای ذکر شده، نمونه مورد بررسی به روش در دسترس به تعداد ۱۲۰ بیمار با مراجعه به جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) [۲۰] معین و انتخاب شد که تعداد نهایی نمونه مورد پژوهش به دلیل نقص در پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها یا عدم تحویل به ۱۱۱ نفر (۴۵ مرد و ۶۶ زن) تقلیل یافت. میانگین سن گروه نمونه ۴۸/۳۸ با انحراف استاندارد ۱۴/۶۲ بود که پس از جلب مشارکت آنان پرسشنامه‌های زیر را تکمیل کردند.

مقیاس بازننگری شده دلبستگی بزرگسال^۴ (RAAS) (کولینز و رید، 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

اساساً، ادراک اثربخشی شخصی و مسئولیت‌پذیری فردی در زمینه سلامت یک متغیر تعدیل کننده^۱ برای افزایش تأثیر مقابله و اتخاذ سبک‌های رفتاری سالم است [۱۳] که این موضوع همراه با مفهوم دلبستگی تبیین متفاوتی را در زمینه رفتارهای خودمراقبتی ایجاد می‌کند چه، نظریه دلبستگی، براساس پیشفرض‌های بنیادین خود، قادر به ایجاد وحدت میان متغیرهای زیستی، روانی و اجتماعی رشد، سلامت و بیماری با هدف تبیین سازش یافتگی با بیماری است [۱۴]. کانون کنترل سلامت میزانی است که افراد باور دارند که خودشان، افراد قدرتمند یا شانس بر سلامت یا بیماری آنها تأثیر می‌گذارد [۱۵، ۱۶]. سازه مکان کنترل سلامت، مشتق از نظریه یادگیری اجتماعی^۲ است که در سال ۱۹۶۶ توسط راتر^۳ طراحی شد. نظریه یادگیری اجتماعی بیانگر آن است که افراد براساس تاریخچه تقویت‌های خود می‌آموزند 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 درونی نامیده می‌شوند بالعکس، 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 [۱۷، ۱۸]. آنان همچنین کمتر مستعد درماندگی آموخته شده هستند [۱۹].

براین اساس، توجه به عوامل روانشناختی و اجتماعی موثر بر رفتارهای خودمراقبتی از جمله سبک‌های دلبستگی و کانون کنترل سلامت، 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 خودمراقبتی در

1- modifying variable
2- social learning theory
3- Rotter, J

1-Revised Adult Attachment Scale (RAAS)

توسط والستون^۵، والستون^۶ و دولیس^۷ طراحی شده و متشکل از سه مقیاس است (C,B,A). فرم‌های A و B مقیاس‌های کانون کنترل سلامت عمومی هستند. هریک از این دو فرم معادل، در برگرفته سه زیرمقیاس و هر یک شامل ۶ پرسش‌اند: درونی^۸، بیرونی: افراد قدرتمند^۹، و بیرونی: شانس^{۱۰}. 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 می‌تواند به جای فرم A یا B وقتی که افراد با یک بیماری مورد مطالعه قرار می‌گیرند به کار رود. مانند فرم B/A فرم C 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 [۱۵]. در این مطالعه از فرم C استفاده شده است. برای بررسی روایی سازه مقیاس، تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. نتایج نشانگر برازش مناسب مدل با داده‌ها بود و حاکی از آن بود که مقیاس می‌تواند متغیر مورد نظر را در گروه نمونه بیماران مبتلا به دیابت بسنجد. ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۷۰۳ به دست آمد.

مقیاس چکیده فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی^{۱۱} (SDSCA) (۱۹۹۴)

این پرسشنامه یک ابزار خود گزارش‌دهی^{۱۲} کوتاه برای اندازه‌گیری سطوح خود مدیریت^{۱۳} در ارتباط با عناصر تشکیل دهنده رژیم بیماران دیابتی است. مقیاس SDSCA شامل ۱۱ 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

من است) نمره‌گذاری می‌شود. تحلیل عوامل، ۳ زیرمقیاس ۶ ماده‌ای را مشخص می‌سازد. این زیرمقیاس‌ها عبارتند از: ۱- وابستگی^۱ (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، ۲- نزدیک بودن^۲ (C): میزان آسایش فرد در رابطه همراه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند و ۳- اضطراب^۳ (A): ترس از داشتن رابطه را در ارتباطات می‌سنجد.

کولینز و رید 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. زیرمقیاس اضطراب (A) با دلبستگی ناایمن اضطرابی- دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن (C) یک بعد دو قطبی است که اساساً توصیفه‌ای ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد. از این رو، می‌توان گفت که نزدیک بودن (C) در تطابق با دلبستگی ایمنی بخش و زیرمقیاس وابستگی (D) را می‌توان عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد [۲۱].

کولینز و رید ضریب آلفای کرونباخ را بیش از ۰/۸۰ [۲۲] و پاکدامن ضریب آلفای زیرمقیاس‌های وابستگی، نزدیک و اضطراب را به ترتیب ۰/۲۹، ۰/۵۲ و ۰/۷۵ گزارش کرد [۲۳] و در پژوهش حاضر ضرایب اعتبار زیرمقیاس‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۶۰ و ۰/۷۴ به دست آمد. در این پژوهش برای تعیین روایی سازه مقیاس از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که نتایج به دست آمده ضمن تعیین سه عامل سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دو سوگرا، روایی سازه مقیاس دلبستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد.

پرسشنامه کانون کنترل سلامت^۴ (MHLC)

5- Wallston, K.A.

6- Wallston, B.S.

7- Devellis, R.

8- Internal

9- Powerful Others

10- Chance

11- Summary of Diabetes Self – Care Activities

12- self-report

13- self-managemetn

1- dependency

2- close

3- anxiety

4- multidimensional health locus of control

داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۷ با استفاده از روش‌های آماری همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام به گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و $P < 0/05$ از نظر آماری معنادار منظور شد.

یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی که در جدول ۱ ارائه شده است، می‌توان گفت ۵۹/۵ درصد گروه نمونه زن و ۴۰/۵ درصد مرد و از این تعداد ۱۴/۴ درصد مجرد، ۷۰/۳ درصد متأهل و ۱۳/۵ درصد بیوه بودند. همچنین تحصیلات ۲۷/۹ درصد گروه نمونه سیکل، ۳۸/۷ درصد دیپلم و ۲۲/۵ درصد دانشگاهی بود.

هفت روز گذشته را بر روی یک پیوستار از صفر تا ۷ گزارش می‌دهند و در مجموع، میانگین نمرات ۱۱ ماده سطح خودمراقبتی فرد را در انجام تکالیف مرتبط با بیماری دیابت نشان می‌دهد [۲۴]. 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. ضمناً برای تعیین روایی سازه این مقیاس از روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد که نتایج روایی سازه را مورد تایید قرار داد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه مورد مطالعه (n=۱۱۴)

| شرح | جنس | | وضع تاهل | | | تحصیلات | | بدون پاسخ | شرح فراوانی درصد |
|-----|------|------|----------|------|-----------|---------|-------|-----------|------------------|
| | مرد | زن | متاهل | بیوه | بدون پاسخ | سیکل | دیپلم | | |
| | ۴۵ | ۶۶ | ۷۸ | ۱۵ | ۲ | ۳۱ | ۴۳ | ۲۵ | ۱۲ |
| | ۴۰/۵ | ۵۹/۵ | ۷۰/۳ | ۱۳/۵ | ۱/۸ | ۲۷/۹ | ۳۸/۷ | ۲۲/۵ | ۱۰/۸ |

جدول ۲ به گزارش نمرات میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش اختصاص یافته است.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد متغیرها (n=۱۱۱)

| متغیرها | میانگین | انحراف استاندارد |
|--------------------------------|---------|------------------|
| خود مراقبتی | ۳۲/۸۴ | ۱۲/۶۵ |
| کانون کنترل سلامت- درونی | ۲۹/۰۷ | ۴/۲۶ |
| کانون کنترل سلامت بیرونی- شانس | ۱۴/۱۳ | ۶/۶۳ |
| کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشک | ۱۵/۱۹ | ۲/۹۹ |
| کانون کنترل بیرونی- دیگران | ۹/۹۹ | ۴/۰۶ |
| زیرمقیاس نزدیک بودن | ۱۷/۷۴ | ۳/۵۹ |
| زیرمقیاس وابستگی | ۱۰/۱۱ | ۴/۱۵ |
| زیرمقیاس اضطراب | ۱۱/۳۹ | ۵/۲۵ |

به منظور بررسی سوال اول از روش همبستگی پیرسون استفاده شد. در جدول ۳ نتایج همبستگی متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۳- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش (n=۱۱۱)

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ | ۷ | ۸ |
|--------------------------------|---------|-------|---------|---------|--------|---------|---------|---|
| خود مراقبتی | ۱ | | | | | | | |
| کانون کنترل سلامت- درونی | ۰/۰۰۹ | ۱ | | | | | | |
| کانون کنترل سلامت بیرونی- شانس | ۰/۰۱۶ | ۰/۰۷۷ | ۱ | | | | | |
| کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشک | ۰/۲۶۵** | ۰/۱۶۳ | ۰/۱۵۹ | ۱ | | | | |
| کانون کنترل بیرونی- دیگران | ۰/۰۳۸ | ۰/۰۱۷ | ۰/۴۱۹** | ۰/۲۹۷** | ۱ | | | |
| زیر-مقیاس نزدیک بودن | ۰/۲۴۶** | ۰/۰۱۵ | ۰/۱۰۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۲۰۵* | ۱ | | |
| زیر-مقیاس وابستگی | ۰/۱۵۸ | ۰/۰۴۵ | ۰/۰۰۵ | ۰/۱۵۴ | ۰/۱۲۱ | ۰/۱۲۹ | ۱ | |
| زیر-مقیاس اضطراب | ۰/۲۰۴* | ۰/۰۷۷ | ۰/۱۵۶ | ۰/۰۲۰ | ۰/۱۲۰ | ۰/۲۴۷** | ۰/۴۴۰** | ۱ |

* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

سوال دوم، زیرمقیاس‌های کانون کنترل سلامت و سبک‌های دل‌بستگی به عنوان متغیرهای پیش‌بین و خودمراقبتی به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج مدل رگرسیون گام به گام در جدول ۴ انعکاس یافته است.

براساس نتایج جدول ۳ خودمراقبتی با کانون کنترل سلامت بیرونی- پزشکی و زیرمقیاس نزدیک بودن دارای رابطه مثبت معنادار و با زیرمقیاس اضطراب واجد رابطه منفی معنادار است. همچنین بین زیرمقیاس نزدیک بودن با کانون کنترل بیرونی-دیگران رابطه منفی معنادار وجود دارد. برای بررسی

جدول ۴- خلاصه مدل رگرسیون گام به گام سبک‌های دل‌بستگی و کانون کنترل سلامت بر خودمراقبتی

| متغیرها | R | R ² | B | خطای استاندارد | B | t | سطح معناداری |
|---------------------------------|-------|----------------|-------|----------------|-------|-------|--------------|
| کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان | ۰/۲۶۵ | ۰/۰۷۰ | ۱/۱۲۱ | ۰/۳۹۰ | ۰/۲۶۵ | ۲/۸۷۳ | ۰/۰۰۵ |
| زیرمقیاس نزدیک بودن | ۰/۳۶۳ | ۰/۱۳۲ | ۰/۸۷۱ | ۰/۳۱۶ | ۰/۲۴۷ | ۲/۷۵۷ | ۰/۰۰۷ |

بیمار-ارایه دهنده^۱ خدمات به طور خاص مهم بوده و به عنوان یکی از مهمترین عوامل در پایداری نسبت به طرح درمانی مطلوب به شمار می‌رود. در میان بیماران دیابتی به طور خاص، رضایت‌مندی در ارتباط بیمار-ارایه دهنده به طور معنادار با به بهبود یافتن و کنترل متابولیسی بهتر ارتباط دارد [۲۵]. در راستای این نتایج، پژوهش زاهدنژاد، پورشریفی و باباپور 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 [۲۶]. از سوی دیگر، پژوهش Hirsch, Ciechanowski و Katon 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 تاثیر منفی بر خودمراقبتی بیماران دیابتی خواهد داشت. این مطالعه همچنین نشان داد که سبک دل‌بستگی اجتنابی^۲ با سطح بالای هموگلوبین، پایداری ضعیف به تست قند و تزریقات انسولین و تنظیم ارتباط ضعیف مراقب-بیمار ارتباط دارد. علاوه براین، سبک دل‌بستگی اجتنابی در مقایسه با سبک دل‌بستگی ایمن به طور معناداری با سطوح کمتری از 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 خودمدیریتی و پیامدهای دیابت مرتبط است [۱۲]. علاوه

نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خودمراقبتی از طریق زیرمقیاس کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان در مدل اول نشان داد که این متغیر ۷٪ واریانس خودمراقبتی را تبیین می‌کند. همچنین در مدل دوم، زیرمقیاس نزدیک بودن وارد معادله رگرسیون شد و R² را از ۷٪ به ۱۳٪ افزایش داد. به این ترتیب می‌توان گفت که رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و خودمراقبتی تحت تاثیر کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان قرار گرفته است.

بحث

نتایج آزمون همبستگی پیرسون بیانگر آن بود که بین خودمراقبتی با سبک دل‌بستگی ایمن (زیرمقیاس نزدیک بودن) و کانون کنترل سلامت بیرونی-پزشکان رابطه مثبت معنادار و بین خودمراقبتی با زیرمقیاس اضطراب (سبک دل‌بستگی اضطرابی-دوسوگرا) رابطه منفی معنادار وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج برخی از مطالعاتی پیشین [۴،۵] مطابقت دارند، در خصوص نخستین یافته این پژوهش که کشف رابطه مثبت معنادار بین خودمراقبتی با سبک دل‌بستگی ایمن و رابطه منفی با سبک دل‌بستگی اضطرابی-دوسوگرا بود. نتایج مطالعات انجام شده [۴،۵] نشان داد که کنترل پایین اغلب بیماران دیابتی بر قند خون، آنان را در معرض عوارض درازمدت ناشی از آن قرار می‌دهد، 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 می‌شود. تاثیر مثبت ارتباط

1- Patient-provider

2- Dismissing

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 نامحسوسی هستند که بسیار سنگین‌تر از همه ظاهر می‌شوند. ارتباطات شخصی، تحرک و آسایش افراد به طور منفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد [۳۰]. علاوه بر این، بیماران مبتلا به دیابت به این امر مهم آگاهی دارند که مستعد عوارض غیرقابل اجتناب دیابت‌اند [۲] 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.

یافته‌های این مطالعه باید با توجه به محدودیت‌های آن از جمله استفاده از اندازه‌های خود گزارش‌دهی 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 براساس ویژگی‌های جمعیت شناختی پیشنهاد می‌شود.

سپاسگزاری

مؤلف لازم می‌داند از مساعدت جناب آقای دکتر اسداله رجب ریاست انجمن دیابت ایران و همکاری اعضای محترم انجمن دیابت ایران قدردانی کنند. این طرح با هزینه شخصی انجام شده است.

بر این نتایج پژوهش دیگری [۲۷] نشان داد که سبک دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تر ورزش، مراقبت از پاها، 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 خودمراقبتی با کانون کنترل بیرونی سلامت- پزشکان و رابطه منفی معنادار بین دلبستگی ایمن با کانون کنترل بیرونی- دیگران بود. برخلاف انتظار، خودمراقبتی در این پژوهش با کانون کنترل درونی سلامت رابطه‌ای نداشت بلکه پزشک حائز بیشترین مرجعیت قدرت برای بیماران مبتلا به دیابت بود. به طوری که رفتارهای خودمراقبتی آنان در پرتو توصیه‌ها و تجویزات پزشکان شکل می‌گرفت. در مطالعه Gregg و همکاران که به بررسی رابطه بین کانون کنترل درونی و بیرونی و فعالیت فیزیکی و تاثیر 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 تاثیر گسترده بیماری باشد [۲۸]، همانند هر بیماری مزمن و ناتوان کننده دیگر، فرد مبتلا به دیابت با مشکلاتی مواجه است که تمام جنبه‌های زندگی روزمره وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد [۲۹]. 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

مأخذ

- Gillibrand R, Stevenson J. The extended health beliefmodel applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol* 2006; 11(1):155-69.
- دلوری، علیرضا؛ مهدوی هزاوه، علیرضا؛ نوروزی‌نژاد، عباس و یاراحمدی شهین. 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، ۱۳۸۲.
- برونر، لیلیان شولنس؛ سوارث، دوریس اسمیت. پرستاری داخلی و جراحی بیماری‌های کبد، مجاری صفراوی، غدد و دیابت، چاپ چهارم، ترجمه اسدی نوقابی، ا. و دهقان ن، تهران، نشر سالمی، ۱۳۸۸.
- Day, J.L, Bodmer, C.W, &Dunn, O.M. Development of a questionnaire identifying Factors responsible for successful self-

- management of insulin-treated diabetes. *Diabetes Med* 1996; 13:564-73.
5. Anderson, R.M. Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 1995; 18:412-5.
 6. Glasgow R.E, Eakin E.G. 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, 1998; 435-461.
 7. Egde L.E, & Zheng D. Independent factors associated with major depressive disorder in a national sample of individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 104-111.
 8. Nicholas, G.A.; & Brown, J.B. Unadjusted and adjusted prevalence of diagnosed depression in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26: 744-749.
 9. Bowlby, J.A. *Secure Base: Clinical Applications of Attachment Theory*. London. Routledge, 1988.
 10. Bowlby, J. Attachment and loss, vol. II: separation: anxiety and anger. New York: Basic Books, 1973.
 11. Bartholomew, K., Horowitz, L.M. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61:226-44.
 12. Ciechanowski, P.S, Hirsch, I.B, & Katon, W.J. Interpersonal predictors of HbA1c in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25:731-6.
 13. Shehu, J, Mokgwathi, M.M. 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* 2008; 30(2): 95-105.
 14. Ciechanowski, P.S, Walker, E.A, Katon, W.J, & Russo, J.E. Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine* 2002; 64: 660-667.
 15. Wallston, K.A.; Wallston, B.S. & Devellis, R. Development of the Multidimensional health locus of control (MHLC) Scales. *Health Education Monograph* 1978; 6(2):160-170.
 16. Taylor, S.E. *Health Psychology*. Boston, MA: McGraw-Hill, 1999.
 17. Pitts, M. & Phillips, K. *The psychology of health*. London: Routledge, (1998).
 18. Blaxter, M. *Health and lifestyle*. London: Routledge, 1990.
 19. Petersen, C.; Maier, S.F. & Seligman, M.E.P. Learned helplessness: A theory for the age of personal control. New York, NY: Oxford University Press, 1995.
 20. Kerjcie, R .V & Morgan, D.W. Determining sample size for research, Activities. Educational and Psychological Measurements, 1970.
 21. Feeney, T.A, & Noller, P. Adolescents' interactions with the opposite sex: Influence of attachment style and gender. *Journal of adolescence* 1999; 16(2): 169-186.
 22. Collins, N.L., & Read, S.J. Adult Attachment Working Models and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990; 58: 644-663.
۲۳. پاکدامن، شهلا. برجاماندگی اختلال واکنشی دلبستگی در نوجوانی. *روانشناسان ایرانی*، ۱۳۸۴؛ ۱(۳): ۱۸۵-۱۹۲.
24. Toobert D.J, & Glasgow R.E. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In *Handbook of Psychology and Diabetes*. Bradley C, Ed. Chur, Switzerland, Harwood Academic, 1992; 351-375.
 25. McLane C.G, Zyzanski S.J, & Flocke S.A. Factors associated with medication noncompliance in rural elderly hypertensive patients. *Am J Hypertens* 1995; 8:206-9.
۲۶. زاهدنژاد، هادی؛ پورشریفی، حمید و باباپور، جلیل. ارتباط کانون کنترل سلامت، حافظه و رابطه پزشک-بیمار با رضایت از درمان در مبتلایان به دیابت نوع ۲. *دوماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۳۹۰؛ ۹(۲): ۷۵-۶۷.
27. Ciechanowski P.S, Walker E.A, Katon W.J, Russo J.E, Von korff M, Ludman E, LIN E, Simon, G., & Bush, T. Influence of Patient Attachment Style on Self-care and Outcomes in Diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2004; 66:720-728 .
 28. Gregg E.W, Kriska A.M, Narayan K.M, & Knowler W.C. Relationship of locus of control to physical activity among people with and without diabetes. *Diabetes Care* 1996; 19(10): 1118-1121.
۲۹. صالحی، بهمن؛ رضوان فر، محمدرضا؛ شیریان، فائزه. تعیین ارتباط بین سطح هموگلوبین A1C و افسردگی اساسی در افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به بیمارستان ولیعصر (عج) اراک، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۳۸۶؛ شماره ۳: ۷-۱.
۳۰. درخشانی، حمیده. هدف زندگی کردن با دیابت است، نه برای دیابت، *ماهنامه پزشکی و جامعه*، ۱۳۸۳؛ ۲۹: ۲۴-۲۰.