پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی بر مبنای ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو

مریم حسینی خواه [۱]، غلامرضا منشئی [۲]، امراله ابراهیمی [۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: شیوع بالای بیماری دیابت از یک سو و اهمیت رفتار خودمراقبتی در کنترل عوارض حاد و مزمن بیماری و نقش متغیرهای روان‌شناختی بر فعالیت خودمراقبتی از سوی دیگر مورد تأکید پژوهشگران است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی بر مبنای ویژگی‌های سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارامد در افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این تحقیق کلیه بیماران دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز دیابت شهر اصفهان می‌باشند. برای انتخاب نمونه با استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای تعداد ۱۲۰ نفر از بیماران انتخاب شدند. پرسش‌نامه‌های خودمراقبتی، سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها نتایج تحلیل نشان داد تنها اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد قادر به پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی بود ($P < ۰/۰۵$). ولی به طور جداگانه بین سرسختی، امید به زندگی ونگرش‌های ناکارآمد با رفتارخودمراقبتی رابطه دیده نشد.

نتیجه‌گیری با توجه به یافته‌های پژوهش به نظر می‌رسد اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد قادر به پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی می‌باشند. در واقع با کاهش نگرش‌های ناکارآمد و افزایش امید می‌توان رفتار خود مراقبتی را تقویت کرد.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، سرسختی، امید به زندگی، نگرش‌های ناکارآمد، دیابت نوع ۲

ارجاع: حسینی خواه مریم، منشئی غلامرضا، ابراهیمی امراله . **پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی بر مبنای ویژگی‌های روان‌شناختی مثبت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۲): ۲۲۵-۲۱۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۲/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۴/۱۷

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاداسلامی،واحد علوم و تحقیقات اصفهان،اصفهان،ایران

۲- استادیار، دانشگاه آزاداسلامی،واحد علوم وتحقیقات اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، گروه روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

مقدمه

بدن برای فرایندهای سوخت و ساز خود به قند نیاز دارد. اما زیاد بودن مقدار آن در خون به مدتی طولانی علامت بیماری قند یا (دیابت) است. بدن به طور طبیعی میزان قند خون را با Insulin که لوزالمعده عامل تولید آن است کنترل می‌کند. اما در افراد مبتلا به دیابت به علت این‌که لوزالمعده به مقدار کافی انسولین تولید نمی‌کند قند به میزانی غیر طبیعی در خون تجمع می‌یابد. این بیماری به دو شکل عمده پیش می‌آید که به درمان‌های متفاوتی نیاز دارند و ممکن است علل آن‌ها نیز قدری متفاوت باشد. دو شکل بیماری دیابت، نوع ۱ و نوع ۲

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

است (۱). نوع ۱ در کودکی و نوجوانی ظاهر می‌شود و فرد مبتلا به آن نیاز به تزریق منظم انسولین دارد و نوع ۲ در دوران پس از جوانی یا میان‌سالی یا کهن‌سالی ظاهر می‌شود و فرد مبتلا نیاز به تزریق انسولین ندارد. دیابت نوع ۲ را می‌توان با قرص یا رژیم غذایی کنترل کرد (۲). شایع‌ترین نوع دیابت، دیابت نوع دو می‌باشد که بیش از ۹۰ درصد از کل موارد ابتلا به دیابت را شامل می‌شود (۳). عوارض متعدد آن نظیر عوارض قلبی – عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت متأثر می‌کند بلکه به ناتوانی‌ها و معلولیت‌های زودرس و افزایش مرگ و میر بسیاری از مبتلایان منجر می‌شود (۴). طبق بررسی‌های موجود، مهم‌ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر در بیماران دیابتی عدم انجام خود مراقبتی(Selfe_care) است. بیماران دیابتی جهت کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نیازمند دانش و خودمراقبتی پیگیر و هدف‌مند در طول زندگی خود هستند (۵). خودمراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقا سلامت است و به هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می‌گیرد اشاره دارد (۶).خودمراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و از تعداد موارد بستری در بیمارستان کاسته می‌شود. با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت (۷). تدابیر خودمراقبتی شامل: ۱- پیروی از رژیم غذایی سالم ۲- مصرف منظم دارو ۳- فعالیت ورزشی منظم ۴- کنترل منظم قند خون. افزایش شیوع دیابت، زنگ خطری از کنترل نامطلوب دیابت در ایرانیان است و یک راه حل عمده یافتن عواملی است که بر مراقبت از خود تأثیر می‌گذارند (۹-۸). در درمان بیماری‌های مختلف جسمانی در کنار درمان‌های متداول پزشکی، تغییر ویژگی‌های شخصیتی منفی که در بروز بیماری‌ها نقش دارند و هم‌چنین توجه بر جنبه‌های مثبت شخصیتی که باعث مقاومت افراد می‌شود کاملا ضروری است. امروزه به جنبه‌های روانی و شخصیتی مؤثر در بروز بیماری‌ها و درمان بیشتر توجه می‌شود (۱۰). اعتقاد بر این است که در درمان و کنترل بیماری دیابت نیز یک رویکرد زیستی- روانی- اجتماعی مورد نیاز است. به طوری که تغییر در سبک زندگی این بیماران و پایبندی به رژیم‌های درمانی می‌تواند شیوع و کنترل دیابت را تا ۸۵ درصد کاهش دهد (۱۱). مطالعات کیفی متعددی علت عدم اجرای خودمراقبتی مطلوب در بیماران دیابتی نوع دو را سنجیده‌اند و موانع محیطی و فردی را مانع از مراقبت مطلوب از دیابت معرفی کرده‌اند. از جمله این موانع، موانع روانی می‌باشد که امروزه نقش آن در بروز رفتارهای بهداشتی به خوبی روشن شده است (۱۲).یکی از متغیرهای روان‌شناختی که در پی پژوهش‌های متعددی تأثیر آن بر بیماری‌های جسمی و روانی به وضوح مشخص شده است ویژگی سرسختی (Hardiness) می‌باشد. در واقع سرسختی ترکیبی از باورها در مورد خویشتن و جهان است که فرد رادر برابر فشارهای درونی و بیرونی مصون می‌سازد و ۳ ویژگی را شامل می‌شود: ۱- کنترل: اعتقاد به این‌که فرد می‌تواند بر رخدادهای زندگیش اثر بگذارد. ۲- تعهد: داشتن هدف و مشارکت در رخدادها و فعالیت‌ها و ارتباط برقرار کردن با مردم. ۳- مبارزه طلبی (Challenge): تمایل به تلقی کردن تغییرات به عنوان محرک‌ها یا موقعیت‌هایی برای رشد به جای تصور کردن آن‌ها به صورت تهدیدی برای امنیت (۱۳). از دیگر متغیرهای روان‌شناختی تأثیرگذار بر بیماری‌های جسمانی روانی، امید به زندگی است. امید فرایندی است که به‌وسیله آن افراد اهدافشان را معین می‌کنند و انگیزه لازم را برای اجرای آن اهداف به‌وجود می‌آورند و حفظ می‌کنند و از تعامل ۳ مؤلفه اصلی هدف، عامل (Agency) وگذرگاه (Pathway) تشکیل شده است. موفقیت در دستیابی به اهداف، هیجان‌های مثبت و شکست در آن هیجان‌های منفی ایجاد می‌کند. افراد امیدوار در زندگی، عامل و گذرگاه‌های بیشتری برای دنبال کردن اهداف خود دارند و وقتی با مانع برخورد می‌کنند می‌توانند انگیزه خود را حفظ کرده و از گذرگاه‌های جانشین استفاده کنند (۱۴). یکی دیگر از متغیرهای روان‌شناختی،نگرش های ناکارامد (attitude Dysfunction) می‌باشد. مطابق با نظریه بک (Beck) ، نگرش های ناکارامد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت درباره خود و دیگران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

استفاده می‌کند. این فرصت‌ها یا طرح‌واره ها در سازماندهی، ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می‌گیرند و از آن‌جایی که این نگرش‌ها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند بنابراین ناکارامد یا نابارور هستند (۱۵). پژوهشگران معتقد هستند یکی از دلایل تبعیت بیمار از اموری که برای درمان و جلوگیری از گسترش بیماری لازم است باورها و نگرش های آنان است.باور فرد باعث ارزیابی نتایج احتمال رفتارهای خودمراقبتی و ارزیابی افراد از نتایج بیماری در آینده می‌شود (۱). شکیبازاده و همکاران در تحقیقی نشان دادند که عوامل چندگانه‌ای از متغیرهای دموگرافیک تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در دیابت تأثیرگذار است (۱۶). نتایج تحقیق Paddison و همکاران نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی، سهم منحصر به فرد و از نظر آماری معنی‌داری در دیابت دارند و تغییر دیدگاه‌های شخصی در مورد دیابت می تواند به ارتقای سلامت مثبت در افراد مبتلا به دیابت نوع دو کمک کند (۱۷). Fisher و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که عوامل روان‌شناختی، عاطفی، رفتاری و کیفیت زندگی در مدیریت دیابت مهم هستند (۱۲). با توجه به شیوع بالای دیابت و لزوم رفتار مراقبت از خود در بیماران دیابتی، بررسی متغیرهای روان‌شناختی که بر فعالیت‌های خودمراقبتی تأثیرگذار هستند می‌تواند بسیار مهم و کارگشا باشد. مطالعاتی پیرامون رفتار خودمراقبتی و علل عدم پیروی از آن و یک سری از فاکتورهای روان‌شناختی مؤثر بر رفتار خودمراقبتی در سطح ایران و جهان انجام شده است. سؤال اساسی این پژوهش این است که آیا متغیرهای روان‌شناختی سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد با رفتار خودمراقبتی در افراد دیابتی نوع ۲ رابطه دارد؟ و آیا این متغیرها قادر به پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی هستند؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. متغیر ملاک عبارت از رفتار خودمراقبتی و متغیرهای پیش‌بین عبارت هستند از سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد جامعه پژوهش حاضر را کلیه بیماران دیابت نوع دو تشکیل می‌دهند که مراجعه‌کننده به مراکز دیابت تحت پوشش معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشند. نمونه شامل ۱۲۰ نفر از بیماران (۸۶ نفر زن) و (۳۴ نفر مرد) مبتلا به دیابت نوع دو بودند که در این مراکز پرونده داشتند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای بود. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: تشخیص دیابت نوع ۲، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، زبان فارسی، سن بین ۲۵ تا ۶۵ سال ملاک‌های خروج شامل : ابتلا به بیماری شدید روان‌پزشکی بر اساس معاینه روان‌پزشک مندرج در پرونده پزشکی بیمار ، داشتن دیابت نوع ۱ یا دیابت حاملگی، عدم همکاری بیمار و ایجاد مشکلات جدی که قادر به پاسخ به سؤالات نباشد.

ابزارها:

۱-**پرسش‌نامه خودمراقبتی:** این پرسش‌نامه توسط (Toobert and Glasgow) تهیه شده (۱۸) و دارای ۱۲ سؤال است. این پرسش‌نامه به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت رفتارهای خودمراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص ، تست قند خون، ورزش، مراقبت از پا و رفتارهای مربوط به سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشند . در این مقیاس به هر رفتار یک نمره از ۰ تا ۷ داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به‌دست می‌آید . ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ در ایران گزارش شده است (۱۹).

۲-پرسش‌نامه سرسختی: این پرسش‌نامه ویژگی شخصیتی سرسختی را اندازه‌گیری می‌کند و از ۵۰ ماده تشکیل شده است. نمرات ۳۹ ماده از آن به‌صورت وارونه نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس از سه خرده مقیاس مبارزه‌جویی، تعهد و کنترل تشکیل شده است . خرده مقیاس مبارزه‌جویی و کنترل هر کدام ۱۷ ماده و مقیاس تعهد نیز ۱۶ ماده دارد . برای هر کدام از این مقیاس‌ها نمره جداگانه‌ای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

محاسبه می‌شود پس از نمره‌گذاری برای هر مؤلفه یک نمره و برای سرسختی کل نیز یک نمره به‌دست می‌آید (۲۰). این پرسش‌نامه توسط قربانی به فارسی برگردانده شد و میزان روایی صوری و محتوایی آن محاسبه شده است (۲۱).

۳-پرسش‌نامه نگرش‌های ناکارآمد: اصل این ابزار (DAS-40) توسط (Weissman and Beck)تهیه شده (۲۲). نسخه ۲۶ گویه‌ای (DAS-26) توسط ابراهیمی و همکاران از نسخه ۴۰ گویه‌ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و کیفیت روان‌سنجی آن تعیین شده است.آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۲، همبستگی با فرم اصلی ۰/۹۷ و روایی پیش‌بینی آن از طریق همبستگی با نمرات GHQ-28 در گروه بیماران و غیر بیماران ۰/۵۶ به دست آمد. مقیاس DAS-26 دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس دارای چهار عامل زیربنایی شامل کامل طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب‌پذیری- ارزشیابی عملکرد است در این آزمون نمرات ۴ ماده از آن وارونه نمره‌گذاری می‌شود شامل شماره‌های ۱۳،۱۹،۲۰،۲۶ (۲۳).

۴-پرسش‌نامه امید به زندگی: این پرسش‌نامه توسط اسنایدر(Snyder) ساخته شده است. دارای ۱۲ ماده است و برای هرماده از مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت استفاده می‌کند. پرسش‌نامه شامل دو بعد نیروی عامل و گذرگاه است. پایایی محاسبه شده از طریق آلفای کرونباخ برای هریک از بعدها عبارت هستند از: نیروی عامل ۰/۸۲ وگذرگاه‌ها ۰/۸۴. آلفای کل مقیاس نیز ۰/۸۶ است (۱۴). در ایران اعتبار و روایی این پرسش‌نامه بر روی یک نمونه ۱۰۰ نفری محاسبه شد ضریب همسانی درونی کل پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود. هم‌چنین ضریب همسانی درونی برای ابعاد گذرگاه‌ها ۰/۷۱ و نیروی عامل ۰/۶۸ به‌دست آمد. برای بررسی روایی پرسش‌نامه از روش روایی همزمان استفاده شد. روایی همزمان پرسش‌نامه امیدواری با مقیاس ناامیدی بک ۰/۸۱- بود (۲۴).

شیوه اجرا

حجم نمونه این پژوهش با توجه به روش کوکران و ۳ متغیر پیش‌بین، برای هر متغیر پیش‌بین ۴۰ نفر در نظر گرفته شد لذا ۱۲۰ نفر وارد مطالعه شدند (۲۵). از مجموع مناطق جغرافیایی شهر اصفهان به طور تصادفی ۴ منطقه انتخاب و از این مناطق نیز به طور تصادفی ۶ مرکز انتخاب شدند. در هر مرکز نیز با توجه به معیارهای ورود و خروج، به طور تصادفی ۲۰ نفر انتخاب شدند و پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند. در مدت زمانی دو ماه تمام پرسش‌نامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد. داده ها تحت نرم افزار SPSS-18 با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام تحلیل شدند.

یافته‌ها

در نمونه‌های مورد بررسی بیشترین فراوانی مربوط به افراد با گروه سنی ۶۰-۴۱ سال و میانگین سن ۸/۸ ± ۵۱/۳ سال به دست آمد و کمترین فراوانی مربوط به افراد با گروه سنی ۴۰-۳۱ سال می‌باشد. بیشترین فراوانی مربوط به افراد با مدت ابتلا به بیماری دیابت نوع دو کمتر از پنج سال (۴۷/۵درصد) و کمترین فراوانی مربوط به افراد با مدت ابتلا بیشتر از ۱۵ سال (۷/۵ درصد) می‌باشد. بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات زیر دیپلم (۶۶/۷ درصد) و کمترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات دانشگاهی (۷/۵ درصد) می‌باشد. هم‌چنین بیشترین فراوانی مربوط به افراد متأهل (۹۵/۸ درصد) می‌باشد.

همان‌طور که در جدول ۱ ملاحظه می‌شود بیشتر افراد مورد بررسی خودمراقبتی، سرسختی و امید به زندگی و نگرش ناکارآمد نیز در حد متوسط بودند. ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین خودمراقبتی بیماران با سرسختی، امید به زندگی و نگرش های ناکارآمد آن‌ها همبستگی معنی‌داری دیده نشد ($P > ۰/۰۵$).

جهت تعیین تأثیر همزمان نمره سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد بر نمره خودمراقبتی از تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. نتایج این روش نشان داد که تنها اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد در گام اول بر متغیر خودمراقبتی تاثیر معنی‌دار داشته است ($P=۰/۰۳۶$) و سایر متغیرهای پیش‌بین اثر معنی‌دار بر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

متغیر وابسته خودمراقبتی ندارند. آزمون F در جدول فوق، تأثیر معنی‌دار اثر متقابل امید به زندگی و نگرش های ناکارآمد بر رفتار خودمراقبتی را نشان می‌دهد (P=۰/۰۳۶<۰/۰۵). همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود همبستگی چندگانه برابر ۰/۱۹۱ و مجذور R که نشان‌دهنده همپوشانی واریانس‌ها است نشان می‌دهد که ۳/۷ درصد واریانس رفتار خودمراقبتی توسط اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد تبیین می‌شود. بنابر جدول ۴ می‌توان میزان خودمراقبتی را بر اساس اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد بر اساس مدل زیر پیش‌بینی کرد :

در این مدل Y نمره خودمراقبتی و x2 و x3 به‌ترتیب نمره امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌باشد. بنابر مدل فوق با افزایش ۱ واحد در اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد، ۰/۰۰۳ واحد به خودمراقبتی افزوده می‌شود.

جدول ۱. تعیین میزان رفتار خودمراقبتی، سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد در بیماران مورد بررسی

متغیر	میانگین	انحراف معیار
خودمراقبتی	۴۷/۳	۱۷/۹
سرسختی	۵۳/۵	۱۴/۸
امید به زندگی	۵۶/۰۱	۱۶/۵
نگرش‌های ناکارآمد	۴۷/۴	۱۹/۱۱

جدول ۲. ضریب همبستگی پیرسون بین خودمراقبتی با سرسختی، امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد

متغیرها	ضریب همبستگی r	p-value
سرسختی	۰/۰۲۸	۰/۷۶
امید	۰/۱۳	۰/۱۴
نگرش‌های ناکارآمد	-۰/۱۰	۰/۲۶

جدول ۳. ضریب همبستگی چندگانه به روش گام به گام بین خودمراقبتی و اثر متقابل امید به زندگی و نگرش های ناکارآمد

گام‌ها	R	مجذور R	خطای استاندارد	F	
گام اول	۰/۱۹۱	۰/۰۳۷	۱۷/۷۲	۴/۴۷	۰/۰۳۶

جدول ۴. ضرایب رگرسیون گام به گام برای پیش‌بینی خودمراقبتی از طریق اثر متقابل امید به زندگی و نگرش های ناکارآمد

گام‌ها	ضرایب غیر استانداردضرایب استاندارد		T	سطح معنی‌داری	
		B	خطای استاندارد		Beta
گام اول	مقدار ثابت	۴۰/۲۴۷	۳/۶۹۸	ــــــ	۱۰/۸۸۵	۰/۰۰۰
اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارامد		۰/۰۰۳	۰/۰۰۲	۰/۱۹۱	۲/۱۱۶	۰/۰۳۶

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد اثر متقابل امید به زندگی و نگرش‌های ناکارآمد در گام اول بر متغیر خودمراقبتی تاثیر معنی‌دار داشته است (p<۰/۰۵) که با یافته‌های Vinter و

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

همکاران (۲۶) همسو است. نتایج وی نشان داد که نگرش منفی افراد به زندگی آینده خود و ناامیدی از کنترل دیابت از مهم‌ترین عوامل عدم پای‌بندی به خودمراقبتی است. هم‌چنین با یافته‌های عبدلی و همکاران (۹) همسو است. عبدلی در پژوهش خود نگرش افراد به دیابت و نگاه منفی به این بیماری را مانع توانمندی در افراد مبتلا و امید به آینده‌ای بهتر و ترس از بیماری و عوارض آن را از عوامل تسهیل‌کننده توانمندی افراد مبتلا به دیابت می‌داند. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سرسختی و خودمراقبتی رابطه معنی‌داری وجود ندارد. این یافته به نوعی با یافته‌های Navuluri (۲۷) و Nicholas (۲۸) ناهمسو است. یافته‌های پژوهش هر دو نشان می‌دهد که سرسختی با رفتار خودمراقبتی رابطه دارد. مطابق با یافته‌های مدی سرسختی روان‌شناختی با افسردگی همبستگی منفی دارد و شواهد نشان دهنده‌ی آن است که سرسختی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی باشد (۲۹). Mathis و Lecciنیز به این نتیجه رسیدند که سرسختی، متغیر پیش‌بینی‌کننده‌ی بهتری برای سلامت روانی است تا سلامت جسمی. شاید این یافته که سرسختی به‌طور مستقیم با سلامت جسمی مربوط نیست توجیه‌کننده عدم همبستگی سرسختی با رفتار خودمراقبتی در این پژوهش باشد. از طرفی همبستگی منفی معنی‌داری بین سرسختی و تعداد مراجعات به مرکز بهداشت وجود دارد (۳۰) که این یافته‌ها به نوعی با یافته‌های پژوهش حاضر همخوان است. از یافته دیگر این مطالعه نتایج ضریب همبستگی پیرسون بود که نشان داد نمره نگرش‌های ناکارآمد وقتی به‌صورت مجزا محاسبه می‌شود با نمره خودمراقبتی بیماران رابطه معنی‌دار ندارد .این یافته با یافته‌های دگروت و همکارانش همسو است (۳۱). دیدارلو نشان داد که هیچ نشانه ارتباطی بین نگرش افراد با رفتارهای خودمراقبتی دیابت وجود ندارد. ولی یافته‌های دیدارلو و همکاران (۳۲) ، Lerman و همکاران (۳۳) نیز به نوعی نشان داده‌اند که نگرش افراد در زمینه کنترل دیابت وهم‌چنین نگاه منفی به دیابت بر انجام خودمراقبتی تأثیر گذارند که با پژوهش حاضر همسو نیست. البته عوامل متعددی ممکن است در همسو نبودن یک سری از پژوهش‌ها با پژوهش حاضر نقش داشته باشد. همان‌طور که نتایج تحقیق شکیبازاده و همکاران نشان داده تعامل عوامل چندگانه از متغیرهای دموگرافیک، اجتماعی و روان‌شناختی بر رفتارهای خودمراقبتی در دیابت تأثیرگذار است (۱۶). در تحقیق حاضر چند عامل محدود در جامعه‌ای بررسی شد که همه تحت مراقبت هستند و ممکن است در جمعیت عمومی نتایج غیر از این باشد. به نظر می‌رسد یکی از عوامل مهم در توجیه این نتایج و بعضا ناهمخوانی آن با نتایج برخی پژوهش‌ها ماهیت نمونه‌های مورد مطالعه است. نمونه شامل افراد دارای پرونده در مراکز مراقبتی بود که ملزم به رعایت برنامه‌های خودمراقبتی که از طرف مرکز در اختیار افراد قرار می‌گیرد بوده‌اند. از طرف دیگر حضور در کلاس‌های آموزشی و لزوم گزارش رفتار خود مراقبتی که این مراکز از افراد می‌خواهند، باعث شود که این افراد جدای از این‌که از نظر متغیرهای روان‌شناختی مثل امید به زندگی، سرسختی یا نگرش ناکارآمد در چه سطحی باشند خود را ملزم به رعایت رفتارهای خودمراقبتی کنند. همین امر باعث شده که ظاهرا متغیرهای روان‌شناختی با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی‌دار نشان ندهد.

محدودیت ها و پیشنهادات

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این که جامعه آماری این پژوهش شامل بیمارانی است که در مراکز سلامت پرونده داشتند وتحت مراقبت و آموزش بودند و معرف کل جمعیت دیابتی نبودند. سطح سواد اکثر شرکت‌کنندگان پایین بود و اکثر شرکت‌کنندگان زن بودند لذا در این مورد هم باید در تفسیر و تعمیم نتایج احتیاط کرد. با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابهی در سایر جوامع انجام و نتایج آن با پژوهش حاضر مقایسه شود. مطالعات و پژوهش‌های بیشتری در زمینه تأثیر متغیرهای روان‌شناختی به خصوص روان‌شناسی مثبت بر رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام گردد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از ریاست و کارکنان محترم معاونت بهداشتی استان اصفهان، از زحمات و همکاری کارکنان مراکز دیابت وابسته به معاونت بهداشتی و نیز بیمارانی که با صبر و حوصله در این تحقیق مشارکت داشتند کمال تشکر را داریم.

References

1. Sarafino E P. Health psychology: Biosychosocial interactions. Trans. Shafiei F. Tehran: Forouzesh Publication; 2013. [In Persian].
2. Bilos R D. Diabetes. Trans. Taher M T. Tehran: Peydayesh Publication; 2005. [In Persian].
3. Kampine B, Lampman R. Exercise for diabetes control. Trans. Ansaripour M. Tehran: Azad University Publication; 1997. [In Persian].
4. Lankarani M, Zahedi F. Primary Prevention of type 2 diabetes mellitus. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2002; 1(2):87-106. [In Persian].
5. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi A, Lavi N, Adib-Hajbaghery M. Self-Care situation in diabetic patients referring to kashan Diabetes Center, in 2005. Feyz Journal of Research 2008; 12(1). . [In Persian].
6. Hatmalvy M, Babapoor K, Poorsharify H. Role of health locus of control orientation, causality and forecasting type 2 diabetes self-care behaviors. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2011; 33(4):17-22. [In Persian].
7. Morowati Sharifabad MA, Roohani Tonekaboni N, Baghiani Moghaddam MH. Predictors of self-care in diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center. Developed by HBM. Yazd university of medical sciences and health services 2007;15(3):85-96. [In Persian] .
8. Simmons D, Lillis S, Swan J, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. Diabetes Care 2007; 30(3):490-5.
9. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and facilitators of empowerment in people with diabetes. Iranian Journal of Endocrinolojy & Metabolism 2009; 10(5):455- 65. [In Persian].
10. Grossarth- Maticek R, Eysenck H J. Personality, stress and disease. Description and Validation of a New Inventory Psychological 1990; 66: 355-73 .
11. Denis K L. Harrisons principles of internal medicine. Trans. Larijani B. Tehran: Teimoorzadehn Publication; 2006.
12. Fisher KL. Assesing psychisocial variables. A tool for diabetes Educ 2006; 32(1): 51-8 .
13. Kobasa S C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 1979; 37: 1-11.
14. Snyder C R. Hand Book of Hope. New York: Academic Press; 2000.
15. Tehranizadeh M, Rasoolzadeh Tabatabaei K, Azadfallah P. A comparative study of normal and dysfunctional attitudes in runaways. Journal of sociology and social sciences "social welfare" 2005; 5(19): 205-24. [In Persian].
16. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahajarini A. The relationship between self-efficacy and perceived barriers to self-care performance in patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing and Midwifery. Tehran University of Medical Sciences 2010; 15(4):69-78. [In Persian].
17. Paddison C A, Alpass FM, Stephens CV. Psychological factors account for variation in metabolic control and perceived quality of life among people with type 2 diabetes in new zealand.Int J Behav Med 2008;15(3):180-6.
18. Toobert D G, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire, Handbook of Psychology and Diabetes. USA: MC Graw Hill; 1994:351-75.
19. Ghasemi N A, Namdari K, Qryshyan M, Amini M. The relationship between the expected convergence and adherence to self-care behaviors in type 2 diabetic patients. Journal Daneshvar behavior/clinical psychology and personality 2010; 17(43): 1-10. [In Persian].
20. Maddi S R, Kobasa S C. Hardiness and mental health. Journal of personality assessment. 1994; 63(2): 262-74 .
21. Ghorbani N. The role of hardiness and personal independence of the managers job performance. Research of the ministry of culture and Islamic guidance 1994; 3(3,4):90. [In Persian].
22. Weissman A N, Beck A T. Development and validation of the dysfunctional attitude scale. Paper presented at the annual meeting of the association for the advancement of behavior therapy. Chicago: IL; 1978.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

23. Ebrahimi A, Neshatdoost H, Kalantari M, Molavi H, Asadollahi GH. Contributions of dysfunctional attitude scale and general health subscale to prediction and odds ratio of depression. Journal of shahrekord university of medical sciences 2008; 9(4):52-8. [In Persian].
24. Shireen Zadeh S, Mirjafary A. Relationship between optimism and coping strategies among students of Shiraz University. Proceedings of the 3rd Seminar student mental health. University of Science and Technology,Tehran, Iran; 2006. [In Persian].
25. Hovit D, Kramer D. Statistical methods in psychology and other behavioral sciences. Trans. Pasha Sharifi H, Najafi Zand J, Mirhashemi M, Manavipour D, Sharifi N translation. Tehran: foruzesh Publication; 2009.[In Persian].
26. Vinter N R, Petricek G, Katic M. Obstales which patient with type 2 diabetes meet while adhering to the rapeutic regimen in every day life. Qualitative Study, Creation Medical Journal 2004; 45: 630-6.
27. Navuluri R B. Do hardiness and attitude promote self-care Adherence to physical activity among adults with diabetes. The Internet Journal of Internal Medicine 2001;3(1); 23-37.
28. Nicholas P K. Hardiness, self-care practices and perceived health status in older adults. Journal of Advanced Nursing 1993; 18:1085-94.
29. Maddi S R. Issues and interventions in stress mastery. In: Friedman H S, editor. personality and discase.New York,NY,USA:Wiley; 1990; 121-54.
30. Mathis M., Lecci L. Hardiness and college adjustment: Identifying students in need of services. Journal of College Student Development 1999; 40(3):305-9.
31. Degroot M, Welch G, Buckland GT, Fergus M, Ruggiero L, Chipkin SR. Cultural orientation and diabetes self-care in low-income African Americans with type 2 diabetes mellitus. Ethn Dis 2003;13(1):6-14.
32. Didarloo A, Shojae Zadeh D, Eftekhar Ardebili H, Niknami S, Hajizadeh E, Alizadeh M. Assessment of factors affecting self-care behavior among women with type 2 diabetes in khoycity. Journal of school of public health and institute of public health research 2012; 9(2):79-92. [In Persian].
33. Lerman I, Lozano L, Villa AR, Hernández-Jiménez S, Weinger K, Caballero AE, et al. Psychosocial factors associated with poor diabetes self-care management in a Specialized center in Mexico city. Biomed Pharma Cother 2004; 58(10):566-70.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]

Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes

Maryam Hoseinikhah [1], Gholam Reza Manshaei [2], Amrollah Ebrahimi [3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: This study aims to predict self-care behavior based on the characteristics of Hardiness, hope and dysfunctional attitudes in patients with type 2 diabetes.

Methods and Materials: Study design was a descriptive correlation method. The target population was all patients with diabetes type 2 who referred to Isfahan Endocrine and Metabolism Centers. The sample consisted of 120 patients. The multi-stage cluster sampling was used for the sample selection. The instrument employed in this research was Self – care Scale, hardiness Questinnaire, Hope Scale and Dysfunctional Attitudes Scale. The Pearson correlation and multiple regression analysis with stepwise method were used to analyze the data.

Findings: Analysis of the data showed that the only interaction between hope and dysfunctional attitudes have been able to predict self-care ($r=0.191$, $p<0.05$). But separately there is no relationship between hardiness, hope, dysfunctional attitudes and self-care.

Conclusions: Interaction of dysfunctional attitudes and hope are able to predict self-care behavior. Therefore, the program which modify dysfunctional attitude and enhance Life Expectancy seems to increase self-care behavior.

Keywords: Self- Care, Hardiness, Hope, Dysfunctional Attitude, Type 2 Diabetes

Citation: Hoseinikhah M, Manshaei Gh R, Ebrahimi A. **Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes.** J Res Behave Sci 2014; 12(2): 217-225

Received: 08.05.2013 Accepted: 08.07.2014

1- Psychologist(MSc),Science and Research Branch Esfahan, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Assistant Professor, Science and Research Branch Esfahan, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
3- Assistant professor, Behavioral Sciences Research Center, Department of psychiatry, Medical Faculty, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.(corresponding Author) Email: a_ebrahimi@med.mui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-02-05]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.2.7.7]