

بررسی رابطه بین انتظار‌گرایی (ارزشمندی زمان) و میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دوم

نویسندگان: نظام‌الدین قاسمی*^۱، دکتر کوروش نامداری^۲، مرضیه قریشیان^۳ و دکتر مسعود امینی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

۲. استادیار دانشگاه اصفهان

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

۴. استاد دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

Email: *Nezamghasemi@yahoo.com

چکیده

نگرش بیماران مزمن از عوامل مهم میزان پایبندی آنان به رژیم‌های درمانی می‌باشد. به همین خاطر پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه بین انتظار‌گرایی (ارزش مندی زمان حال، آینده و طرح‌ریزی برای آینده) و میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیابتی نوع دوم انجام شده است. پژوهش از نوع توصیفی - تحلیلی است که با نمونه‌گیری در دسترس، ابعاد انتظار‌گرایی و میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی، در بین ۲۱۴ بیمار دیابتی نوع دوم (۳۰-۵۵) ساله مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان از میان جامعه آماری به کمک پرسشنامه افق زمانی ویلد و پرسشنامه رفتارهای خود مراقبتی مربوط به بیماران دیابتی نوع دوم بررسی شد. داده‌های گردآوری شده به کمک ضریب همبستگی، تحلیل واریانس و رگرسیون چند متغیری تحلیل گردیدند. نتایج نشان داد که ارزشمندی بالاتر ادراک شده از آینده و طرح‌ریزی برای آینده نزد این بیماران، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع دوم است ($r=0/67$ و $r=0/60$ و $p \leq 0/001$) و همچنین همبستگی منفی و معناداری بین ارزش ادراک شده از حال و میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی وجود دارد ($r=-0/43$ و $p \leq 0/001$). نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها در نمرات خود مراقبتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی تعیین کرد هیچ رابطه‌ی معناداری بین سطوح تحصیلات، مدت زمان ابتلا به دیابت در هر سطحی با رفتارهای خود مراقبتی وجود ندارد. و تنها ضریب همبستگی بین سن و رفتارهای خودمراقبتی معنادار است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که میزان ارزشمندی ادراک شده از آینده و حال، می‌تواند بر میزان پایبندی بیماران دیابتی نوع دوم به رفتارهای خود مراقبتی تأثیر بگذارد.

کلید واژه‌ها: انتظار‌گرایی، رفتارهای خودمراقبتی، دیابت نوع دوم

• دریافت مقاله: ۸۷/۸/۲

• ارسال برای داوران:

(۱) ۸۷/۹/۱۳

(۲) ۸۷/۹/۱۳

(۳) ۸۷/۹/۱۳

• دریافت نظر داوران:

(۱) ۸۷/۱۱/۲۹

(۲) ۸۷/۱۲/۱۱

(۳) ۸۷/۱۰/۲۰

• ارسال برای اصلاحات:

(۱) ۸۸/۴/۲۲

(۲) ۸۹/۲/۱۸

• دریافت اصلاحات:

(۱) ۸۸/۵/۳۱

(۲) ۸۹/۳/۱۰

• ارسال برای داور نهایی:

(۱) ۸۸/۶/۲۵

• دریافت نظر داور نهایی:

(۱) ۸۹/۲/۱۱

• پذیرش مقاله: ۸۹/۲/۱۱

Scientific-Research Journal
Of Shahed University
Seventeenth Year, No.43
Oct.-Nov. 2010
Clinical Psy & Personality

دوماهنامه علمی - پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال هفدهم - شماره ۴۳

آبان ۱۳۸۹

* پژوهش حاضر، حاصل طرح تحقیقاتی به شماره ۲۸۷۲۲۰ مرکز تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی دانشگاه اصفهان می‌باشد.

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که میلیون‌ها نفر در سرتاسر جهان به آن مبتلا هستند. تعداد مبتلایان به این بیماری در جهان در سال ۱۹۹۴، ۱۱۰ میلیون نفر بوده که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۱۰ به ۲۲۱ میلیون نفر خواهد رسید [۱]. این بیماری شامل گروهی از اختلال‌های متابولیک است که وجه مشخصه همه آنها هیپرگلیسمی (Hyperglycemia) است [۲]. نقایص مجرای ژنتیکی و متابولیک در عملکرد یا ترشح انسولین، عامل اصلی ایجاد خصوصیات ظاهری هیپرگلیسمی، در دیابت نوع دوم می‌باشد [۳]. امروزه اعتقاد بر این است که در درمان و کنترل این بیماری، 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؛ در حالی که مصرف متفورمین به تنهایی، در حدود ۳۱ درصد شیوع بیماری را کاهش می‌دهد [۱]. به همین دلیل، در درمان این بیماری از واژه مراقبت جامع استفاده می‌شود تا به این عامل توجه شود که درمان دیابت، چیزی بیش از کنترل گلوکز پلاسما می‌باشد و باید به عوامل شخصیتی - روانی - اجتماعی مؤثر نیز توجه کرد [۴، ۵].

در دیابت نوع دوم بیش از ۹۵ درصد فرایند درمان به وسیله بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در فاصله بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیماری دارد [۶]. در بررسی‌های انجام شده میزان پیروی نکردن از دستورات درمانی در دیابتی‌ها بین ۲۳ تا ۹۳ درصد گزارش شده است [۷]. پژوهشگران در این باره پدیده‌ای به نام «تبعیت بیمار» یعنی میزان تبعیت بیمار، از اموری که برای درمان و جلوگیری از گسترش بیماری وی تشخیص داده شده است، را مطرح می‌کنند و معتقدند که یکی از دلایل تبعیت افراد، باورها و نگرش‌های آنان است؛ نگرش‌ها تابعی هستند از جهان بینی کلی فرد در مورد خود و آینده، که این باورها باعث ارزیابی نتایج احتمالی رفتارهای خود مراقبتی و ارزیابی افراد از نتایج بیماری

در آینده می‌شود [۸]. مطالعات متعدد مشخص کردند رابطه هدایتی دوطرفه‌ای بین بهداشت هیجانی و دیابت وجود دارد که باعث می‌شود دیابت با ریسک بالا در انحطاط و زوال شناختی، فیزیکی، شکست و افسردگی همراه باشد [۹، ۱۰، ۱۱]. و از میان عواملی که باعث عدم پایبندی در این بیماران می‌شود، احساس ناکارآمدی [۱۲، ۱۳، ۱۴] ناامیدی به آینده [۱۵، ۱۶] عدم پذیرش بیماری [۱۷] ذکر شده است. در این بین یکی از مؤلفه‌های اساسی در نگرش هر فرد به زندگی خود و آینده، مفهوم انتظارگرایی (Expectationism) یا ارزشمندی زمان نزد وی می‌باشد.

انتظارگرایی یعنی ارزش ادراک شده هر فرد درباره آینده خود نسبت به زمان حال. یعنی انجام دادن به موقع انتظارات، عملکردها و رفتارهای خاص برای زمان آینده تا شخص استحقاق دریافت مشوق خاصی را پیدا کند [۱۸]. انتظارگرایی راهبردی پیش‌گیرانه برای کاهش بیماری‌های وابسته به سبک زندگی (مانند دیابت، بیماری‌های قلبی)، تصادف‌ها، خشونت در جمعیت است که به وسیله افزایش ارزش ادراک شده افراد از آینده استوار می‌باشد. به این معنی که هر چه ارزش و اهمیت ادراک شده از آینده، نسبت به ارزش و اهمیت ادراک شده از حال نزد شخص بیشتر باشد، انتظار می‌رود که شخص محتاط‌تر باشد و به برنامه‌های مرتبط با سلامت خود بیشتر پایبند باشد. شواهد گویای این است که عادات سودمند سلامتی در بین افرادی که برای آینده ارزش زیادی قایلند شایع‌تر است. و افراد دارای واکنش روان‌شناختی ضعیف نسبت به بیماری مزمن خود، کیفیت زندگی و بهداشت ضعیف‌تری دارند [۱۸]. در این راستا پژوهش حاضر با هدف کلی تعیین ارتباط انتظارگرایی و میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع دوم مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم صدیقه طاهره اصفهان، انجام شد. پرسش اصلی آن بود که آیا بین ارزشمندی زمان حال، آینده، طرح‌ریزی برای آینده و متغیرهای جمعیت‌شناختی (سن، میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا

به دیابت) با پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بیماران یاد شده رابطه‌ای وجود دارد.

روش

جامعه آماری، حجم نمونه

این پژوهش از نوع مقطعی و بررسی همبستگی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران دیابتی نوع دوم شهر اصفهان که به مرکز غدد و متابولیسم این شهر در سال ۸۶-۸۷ مراجعه کرده بودند، تشکیل می‌دهد که جهت تعیین حجم نمونه با مراجعه به پژوهش‌های مشابه انجام شده در خارج کشور [۱۷] و با استفاده از فرمول آماری

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2} - Z_{1-\beta})^2 (1 - r^2)}{r^2} + 2$$

۲۱۴ بیمار دیابتی نوع دوم، به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند.

معیارهای ورود و خروج آزمودنی به مطالعه عبارت بودند از: داشتن دیابت نوع دو حداقل به مدت یکسال، سن بین ۳۰ تا ۵۵ سال، داشتن سواد در حد فهمیدن و پاسخ دادن به سؤالات، درمان با قرص‌های کاهنده قند خون به تنهایی یا همراه با انسولین، داشتن پرونده درمانی در مرکز تحقیقات غدد و دریافت برنامه‌های خود مراقبتی، مبتلا نبودن به دیابت نوع یک و دیابت حاملگی و اختلالات روانی شدید مانند سایکوز، دمانس، آلزایمر... و بیماری‌های مزمن جسمی مانند روماتیسم و ناراحتی قلبی.

ابزار تحقیق

الف) مقیاس سنجش میزان رفتارهای خودمراقبتی (Diabetes Self-Care Activities)

این پرسشنامه برای سنجش میزان اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی مرتبط با بیماری دیابت نوع دوم، در این بیماران در سال ۱۹۹۴ توسط «گلاسگو و تابر» (Toobert & Glasgow)، طراحی شده است [۱۹]. پرسشنامه مداد کاغذی بوده و دارای ۱۲ سؤال و بر اساس مقیاس

لیکرت طراحی شده است که میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی این بیماران را در چهار حوزه اصلی: ورزش، رژیم غذایی، مصرف دارو و چک کردن روزانه قند خون می‌سنجد. پرسشنامه پس از ترجمه به زبان فارسی توسط مترجم زبان انگلیسی، جهت حفظ اعتبار صوری و محتوایی با مشورت با متخصصین دیابت، جهت قابل فهم بودن سؤالات، تغییراتی در آن داده شد. تابر و گلاسگو در مطالعات متعددی روایی و پایایی پرسشنامه حاضر را به اثبات رسانیده‌اند. برای سنجش ثبات درونی پرسشنامه، مولفان آلفای کرونباخ ۰/۸۵ که نشان دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است را به دست آوردند. در مطالعات اعتباریابی، همبستگی درونی برای هر یک از سؤالات بالاتر از ۰/۵ و همبستگی ۰/۷۴ تا ۰/۷۸ برای آیتم‌های مربوط به سؤالات ورزش و همبستگی ۰/۲۰ برای سؤالات مرتبط با رژیم غذایی به دست آمده است. پایایی آزمون - بازآزمون یک همبستگی متوسط در حدود ۰/۴۳ تا ۰/۵۸ را برای سؤالات این پرسشنامه نشان داد. این پرسشنامه برای ارزیابی اهداف درمان مورد استفاده قرار گرفته و میزان تغییرات در پیش آزمون و پس آزمون توسط T-Test ارزیابی شده است. که مشخص شد اهداف درمان برای آیتم‌های رژیم غذایی $p < 0/05$ و تست گلوکز $p < 0/05$ معنادار است [۱۶]. در پژوهش حاضر با اجرا بر روی ۶۰ بیمار دیابتی نوع دوم، آلفای کرونباخ، ۰/۷۷. برای کل سؤالات به دست آمد. همچنین اعتبار محتوا پرسشنامه با مشورت با متخصصین دیابت مورد تأیید قرار گرفت. جهت تعیین روایی تشخیصی، پرسشنامه بر روی ۴۰ بیمار دیابتی و ۴۰ نفر سالم اجرا شد که آزمون t مستقل نشان داد تفاوت بین دو گروه معنادار می‌باشد و آزمون روایی تشخیصی مناسب را دارد. جهت به دست آوردن پایایی باز آزمایی، پرسشنامه در دو مرحله و با فاصله زمانی یک هفته انجام شد که یافته‌ها مشخص کردند پرسشنامه از باز آزمایی نسبتاً بالا و مناسبی برخوردار است. همچنین مطالعات اعتباریابی نشان‌دهنده همبستگی بالاتر از ۰/۵۹ در بین سؤالات و چهار حیطه بود.

ب) پرسشنامه افق زمانی

(Time Horizon Questionnaire)

این پرسشنامه بر پایه نظریه انتظارگرایی و تعادل حیاتی خطرپذیری (Risk homeostasis theory)، جerald ج. اس. ویلد (Wilde) در دانشگاه کوئینز کانادا، طراحی شده است که به وسیله پاشا شریفی و نجفی زند و باقرثنایی در کتاب روان‌شناسی مثبت در سال ۱۳۸۵ به فارسی ترجمه شده است. پرسشنامه دارای ۴۰ سؤال می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم درجه‌بندی می‌شود و دارای ۴ زیر مقیاس ارزش زمانی آینده، ارزش زمانی حال، طرح‌ریزی برای آینده و فشار زمانی می‌باشد [۱۸]. که در ارزش زمانی آینده سؤالاتی نظیر اینکه آیا اندیشیدن درباره آینده برایم خوشایند است؟ آیا فکر می‌کنم طرح‌ریزی برای آینده اتلاف وقت است و در ارزش زمانی حال سؤالاتی نظیر زندگی کردن برای امروز مهم‌تر از نگران فردا بودن است، لذت بردن از حال مهم‌تر از نگران فردا بودن است و در زیر مقیاس طرح‌ریزی برای آینده سؤالاتی نظیر من به ندرت وقتم را تنظیم می‌کنم و در زیر مقیاس فشار زمانی سؤالاتی نظیر به نظر می‌رسد روزها مثل باد می‌گذرند، من اغلب این احساس را دارم که باید به کارهایم شتاب بدهم، سنجیده می‌شود. هر زیر مقیاس ده سؤال را شامل می‌شود که نمره‌های آزمودنی در هر زیر مقیاس از ۱۰ تا ۵۰ در تغییر می‌باشد. مدت زمان لازم برای پاسخ به آن حداکثر ۳۰ دقیقه است. این آزمون یک آزمون مداخله کاغذی است که می‌توان به صورت دستی اجرا و نمره‌گذاری کرد. اعتبار محتوا پرسشنامه با نظر خواهی از اساتید گروه روان‌شناسی مورد تأیید قرار گرفت. ویژگی‌های هنجاری این پرسشنامه در یک نمونه ۶۰ نفری (دانشجویان ۲۳ تا ۳۴ ساله) زن و مرد در مطالعات پایلوت ارزیابی شده که پایایی این آزمون به روش محاسبه ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۷۱ به دست آمد که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است. همچنین آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای زیر مقیاس ارزش زمانی آینده، ۰/۸۳ برای زیر مقیاس ارزش زمانی حال، ۰/۷۸ برای زیر مقیاس طرح‌ریزی برای آینده به دست

آمد. در مطالعات اعتباریابی، همبستگی درونی مناسب بین ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ در بین سؤالات با هم و با کل مقیاس به دست آمد.

ج) پرسشنامه جمعیت شناختی

شامل شش سؤال برای سنجش متغیرهایی مانند سن، جنس، میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به دیابت، شرایط جسمانی بیمار (LDL, HDL, BP).

روش تحلیل داده‌های تحقیق

داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از برنامه آماری SPSS-15 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به همین منظور ابتدا به توصیف شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) پرداخته شد و سپس با روش آمار استنباطی (ضریب همبستگی پیرسون، تحلیل رگرسیون چند متغیری به روش گام به گام، تحلیل واریانس) داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

توزیع فراوانی آزمودنی‌های پژوهش بر حسب میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به دیابت داشتن LDL و BP بالا به درصد و به تفکیک جنسیت در جدول ۱ ارائه شده است.

همچنین ۱/۴ درصد مردان و ۴/۲ درصد زنان در سن ۳۰-۳۵ سالگی، ۲/۸ درصد مردان و ۸/۹ درصد زنان در سن ۳۶-۴۰ سالگی، و ۶/۵ درصد مردان و ۹/۳ درصد زنان در سن ۴۱-۴۵ سالگی، ۶/۱ درصد مردان و ۱۵/۴ درصد زنان در سن ۴۶-۵۰ سالگی و ۲۱ درصد مردان و ۲۴/۲۹ درصد زنان در سن ۵۱-۵۵ سالگی قرار داشتند.

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، واریانس) نمرات بیماران در رفتارهای خودمراقبتی و زیر مقیاس‌های ارزش زمانی آینده، حال و طرح‌ریزی برای آینده به تفکیک جنسیت آمده است.

در آزمون همبستگی بین زیر مقیاس‌های انتظارگرایی و متغیرهای جمعیت شناختی با رفتارهای خودمراقبتی

جدول ۱. درصد برخی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بیماران به تفکیک جنسیت

| متغیر / جنسیت | مدت زمان ابتلاء به دیابت | | | | LDL بالا | BP بالا | میزان تحصیلات | | | | |
|---------------|--------------------------|------------|------------|----------------|----------|---------|---------------|----------|----------|----------------|------|
| | ۱ تا ۳ سال | ۴ تا ۶ سال | ۷ تا ۹ سال | ۱۰ سال به بالا | | | ابتدایی | راهنمایی | دبیرستان | دیپلم و بالاتر | |
| مرد | ۸/۴٪ | ۹/۸٪ | ۶/۵٪ | ۱۳/۱٪ | ۲۷/۱٪ | ۲۲٪ | ۴/۷٪ | ۹/۳٪ | ۲/۸٪ | ۱۰/۳٪ | ۷٪ |
| زن | ۱۶/۸٪ | ۱۶/۸٪ | ۱۳/۶٪ | ۱۵٪ | ۳۹/۳٪ | ۲۲/۹٪ | ۲۱٪ | ۱۵٪ | ۳/۳٪ | ۱۶/۳٪ | ۲/۸٪ |

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات رفتارهای خودمراقبتی، و زیر مقیاس‌های انتظارگرایی

| متغیر / آماره آزمون | جنسیت | تعداد | میانگین | واریانس | انحراف معیار |
|----------------------|-------|-------|---------|---------|--------------|
| رفتارهای خود مراقبتی | مرد | ۸۱ | ۲۹ | ۹۱/۷۷ | ۹/۵۸ |
| | زن | ۴۱ | ۴۱/۴۶ | ۹۴/۴۰ | ۹/۷۲ |
| ارزش‌مندی زمان حال | مرد | ۸۱ | ۴۴/۷۲ | ۱۲۴/۱۵ | ۱۱/۰۹ |
| | زن | ۴۱ | ۴۴/۶۴ | ۱۲۵/۴۱ | ۱۱/۲۵ |
| ارزش‌مندی برای آینده | مرد | ۸۱ | ۴۴/۷۵ | ۹۸/۴۲ | ۹/۹۲ |
| | زن | ۴۱ | ۴۶/۴۴ | ۹۲/۷۱ | ۹/۶۲ |
| طرح‌ریزی برای آینده | مرد | ۸۱ | ۴۱/۹۵ | ۵۷/۹۷ | ۷/۶۱ |
| | زن | ۴۱ | ۴۲/۸۵ | ۵۵/۵۹ | ۷/۴۵ |

جدول ۳. میزان همبستگی و سطح معناداری رفتارهای خودمراقبتی با زیر مقیاس‌های انتظارگرایی و متغیر جمعیت‌شناختی سن

| متغیر | ارزش زمانی آینده | ارزش زمانی حال | طرح‌ریزی برای آینده | سن |
|----------------|------------------|----------------|---------------------|------|
| همبستگی پیرسون | ۰/۶۷ | -۰/۴۳ | ۰/۶۰ | ۰/۱۱ |
| سطح معناداری | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۰ | ۰/۰۴ |

مشخص شد که بین ارزش زمانی حال و میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی یک ارتباط معکوس اما معناداری وجود دارد ($r = -0.43$, $p < 0.01$). و بین ارزش زمانی آینده و طرح‌ریزی برای آینده با میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب یک همبستگی مثبت و معناداری در سطح $p < 0.01$ به دست آمد ($r = 0.67$ و $r = 0.60$). و همچنین یک همبستگی معنادار و ضعیفی بین سن آزمودنی‌ها ($r = 0.11$)، میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی مشاهده شد (جدول ۳). به این صورت که با بالا رفتن سن آزمودنی‌ها میزان پایبندی آنها به این رفتارها افزایش می‌یابد.

نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها در نمرات خود مراقبتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی (مدت زمان ابتلاء به دیابت در سه سطح، و میزان تحصیلات در پنج سطح) تعیین کرد هیچ رابطه‌ی معناداری بین سطوح تحصیلات و مدت زمان ابتلا به دیابت در هر سطحی با رفتارهای خودمراقبتی وجود ندارد (جدول ۴).
برای یافتن عوامل پیش‌بینی‌کننده رفتارهای خودمراقبتی بر حسب متغیرهایی پژوهش از آزمون رگرسیون چند متغیره به روش گام‌به‌گام استفاده شد. چنانچه در جدول ۵ مشاهده می‌شود. در اولین گام ارزش زمانی آینده و در مرحله بعدی طرح‌ریزی برای آینده وارده معادله شده است و ارزش زمانی حال از معادله خارج شده است. یافته‌ها نشان می‌دهد ارزش زمانی آینده با رفتار خودمراقبتی دارای همبستگی ۰/۶۷

مشخص شد که بین ارزش زمانی حال و میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی یک ارتباط معکوس اما معناداری وجود دارد ($r = -0.43$, $p < 0.01$). و بین ارزش زمانی آینده و طرح‌ریزی برای آینده با میزان پیروی از رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب یک همبستگی مثبت و معناداری در سطح $p < 0.01$ به دست آمد ($r = 0.67$ و $r = 0.60$). و همچنین یک همبستگی معنادار و ضعیفی بین سن آزمودنی‌ها ($r = 0.11$)، میزان پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی مشاهده شد (جدول ۳). به این صورت که با بالا رفتن سن آزمودنی‌ها میزان پایبندی آنها به این رفتارها افزایش می‌یابد.
نتایج تحلیل واریانس برای مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها در نمرات خود مراقبتی و متغیرهای جمعیت‌شناختی

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس بین مدت زمان ابتلا به دیابت و میزان تحصيلات با رفتارهای خود مراقبتی

| منبع | مجموع | df | F | Sig | R Square | توان آماری |
|--------------------------|-------|----|------|------|----------|------------|
| مدت زمان ابتلاء به دیابت | ۲۱۱ | ۳ | ۰/۷۵ | ۰/۵۲ | ۰/۰۱۱ | ۰/۲۰ |
| میزان تحصيلات | ۴۲۴ | ۵ | ۹۰ | ۰/۴۷ | ۰/۰۲۱ | ۰/۳۲ |

جدول ۵. نتایج تحلیل رگرسیون گام به گام در پیش بینی رفتارهای خود مراقبتی

| سطح معناداری | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | | F | درجه آزادی | مجذور R | R | منبع تغییرات متغیرها |
|--------------|---------------------|-------|-----------------|-------|--------|------------|---------|-------|----------------------|
| | T | BETA | خطای استاندارد | B | | | | | |
| ۰/۰۰ | ۳/۹۴ | | ۱/۸۳۰ | ۷/۲۱۸ | | | | | ۱- عدد ثابت |
| ۰/۰۰ | ۱۳/۳۷۵ | ۰/۶۷۶ | ۰/۰۵۰ | ۰/۶۶۸ | ۱۷۸/۸۸ | ۱ | ۰/۴۵۸ | ۰/۶۷۶ | آینده |
| ۰/۱۹۴ | ۱/۳۰ | | ۲/۱۴۲ | ۲/۷۹۲ | | | | | ۲- عدد ثابت |
| ۰/۰۰ | ۷/۱۱ | ۰/۴۹۵ | ۰/۰۶۹ | ۰/۴۸۸ | | | | | آینده |
| ۰/۰۰ | ۳/۷۰۲ | ۰/۲۵۷ | ۰/۰۸۹ | ۰/۳۳۱ | ۱۰۱/۶۵ | ۱ | ۰/۴۹۱ | ۰/۲۵۷ | طرح ریزی |

وجود دارد که نشان می دهد این فرضیه نیز تأیید می شود و معادله رگرسیون به صورت زیر محاسبه می شود:

$$\text{آینده} = (0.67 \times X1) + (0.33 \times X2) + (\text{ارزش زمانی طرح ریزی برای آینده})$$

بوده ولی در مرحله بعدی با افزودن طرح ریزی برای آینده ضریب همبستگی چندگانه به ۰/۲۵ رسید یعنی اضافه شدن طرح ریزی به معادله، قدرت پیش بینی را به طور معناداری تا ۰/۴۲ پایین آورده است. در مجموع متغیرهای فوق قادر به پیش بینی ۴۹ درصد از واریانس رفتارهای خودمراقبتی هستند. آزمون فرضیه های پژوهش نشان داد که ارزش زمانی آینده ($\beta = 0.67, p < 0.01$) در مقایسه با سایر متغیرها به نحو بهتری پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی را پیش بینی کرده است و ارزش زمانی حال به دلیل داشتن همپوشی با سایر متغیرها از معادله رگرسیون خارج شده است. در ضمن جدول ۶ نشان می دهد که سطح معناداری برای ارزش زمانی آینده و طرح ریزی برای آینده کوچک تر از ۰/۰۱ بوده و فرضیات پژوهش با اطمینان ۹۹ درصد تأیید می شوند. یعنی می توان پیش بینی کرد همراه با افزایش ارزش زمانی آینده و طرح ریزی برای آینده میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی نیز افزایش می یابد.

بین ارزش زمانی حال و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی نیز رابطه منفی و معناداری در سطح $p < 0.01$

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه انتظارگرایی با پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیابتی نوع دوم بود. یافته های پژوهش نشان داد همراه با افزایش ارزش ادراک شده از آینده و طرح ریزی برای آینده نزد این بیماران، پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی مرتبط با بیماری نیز افزایش می یابد و همچنین ارزش بالا زمان حال، نزد این بیماران یک رابطه معکوس و منفی با پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی دارد. با توجه به اینکه در روش آماری رگرسیون چندمتغیری، تحلیل ها بر پایه همبستگی تفکیکی و نیمه تفکیکی انجام می شود، همبستگی بین ماده ها باعث می شود تنها موادی وارد تحلیل شوند که پس از حذف اثر سایر متغیرهای پیش

بین قبلی، با متغیر وابسته هنوز همبستگی نشان می‌دهند. بنابراین حذف ارزش زمانی حال از نتایج همبستگی چندمتغیری بدین معنا نیست که این عامل با متغیر وابسته همبستگی ندارد بلکه بدین معنی است این متغیر قدرت پیش‌بینی افزون‌تری نسبت به متغیرهای ارزش زمانی آینده و طرح‌ریزی برای آینده ندارد.

لیونل و ارین (Linvel & Erin) در پژوهشی همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مشخص کردند که انکار، عصبانیت، عدم پذیرش بیماری با کاهش جهت‌گیری نسبت به آینده و در نتیجه کنترل کمتر دیابت در بین این بیماران همراه است [۲۰] و همچنین افرادی بهتر می‌توانند با مشکلات بهداشتی مزمن و طولانی مدت سازگاری پیدا کنند که بتوانند بیماری را بپذیرد و قادر باشند میان امید و یاس خود در آینده توازن برقرار کنند [۲۱، ۲۲، ۲۳]. در این بین امیدواری برای بهبودی و نگرش مثبت به زندگی و آینده از عوامل مهم شخصیتی هستند که باعث افزایش پایبندی در این بیماران می‌شود [۲۴].

وینتر و همکاران در ۲۰۰۴ در بررسی موانعی که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در پایبندی به رژیم درمانی با آن روبرو هستند با هدف بررسی نگرش‌ها و افکار مرتبط با بیماری، نشان دادند میزان پذیرش بیماری، نگرش این افراد به زندگی آینده خود و زمینه اجتماعی، ناامیدی از کنترل دیابت و اعتقاد به ادامه پیشرفت بیماری با وجود پایبندی به رژیم‌ها از مهم‌ترین عوامل عدم پایبندی این بیماران به رژیم‌های درمانی توصیه شده است [۲۵].

ویدل در این زمینه معتقد است که داشتن مدیریت سلامت بهتر و پیشگیری و کنترل مناسب‌تر بیماری‌های وابسته به سبک زیستی (مانند ناراحتی‌های قلبی-عروقی، دیابت) به این بستگی دارد که روش‌های مقابله با این مسائل تا چه حد می‌تواند ارزش ادراک شده از آینده را افزایش دهد [۱۸]. بنابراین مؤثرترین راه برای کاستن سبک زیستی ناسالم بالا بردن ارزش زمان آینده نسبت به حال نزد این بیماران است. در این زمینه مکورد

(McCord) در پژوهشی همسو با یافته‌های این پژوهش نشان داد بیمارانی که بیشتر معتقد بودند دیابت تأثیری بر نتایج نهایی زندگی آنها نخواهد گذاشت و بهتر است به آینده کمتر فکر کنند و حال‌گرا باشند، کمتر به رژیم‌ها پایبند بودند و نسبت به گروه مقایسه کمتر به دنبال کسب آموزش می‌رفتند [۲۶] به همین دلیل روان‌شناسان معتقدند که ارزیابی متوازن و بی‌طرفانه از آینده نشانه‌ای از سلامت روان، پختگی و نیرومندی به حساب می‌آیند [۲۷].

بیماری‌های مزمن نظیر دیابت می‌تواند نوع نگاه و نگرش بیمار به زندگی و آینده خود را به سرعت دستخوش تغییر قرار دهد. واکنش به تشخیص دیابت، وابسته به تفکر و نگرش افراد همراه با خشم، احساس گناه، افسردگی، ناامیدی و درماندگی است [۱۹، ۲۸، ۲۹]. این عوامل باعث می‌شود علی‌رغم وجود پتانسیل برای کنترل بهتر متابولیک و کیفیت زندگی، این بیماران با موانعی در پایبندی به رژیم‌های درمانی و اجرا آن روبرو باشند. بنابراین درمان‌های شناختی-رفتاری [۳۰]، همراه با آموزش باورهای معنوی [۳۱]، در کنترل افسردگی، افزایش نگرش مثبت و افزایش پایبندی این بیماران بسیار تأثیرگذار است [۳۲].

طرح‌ریزی برای آینده و فعالیت در جهت رفتار مقابله‌ای در این بیماران از اهمیت بالایی برخوردار است. مطابق با سؤال پژوهشی تأیید شده، روز (Rose)، فیلیگ و همکاران (Fliege et al) در ۲۰۰۲ در پژوهشی همسو مشخص کردند که متغیرهای ذهنی مانند اعتقاد قوی به خودکارآمدی برنامه‌ها در آینده و خوش‌بینی در چشم‌انداز زندگی با راضی بودن از رابطه پزشک و بیمار و کنترل بهتر HAb_{1c} در هر دو نوع دیابت همراه می‌باشد [۳۳]. افراد خودکارآمد و دارای برنامه، بهتر از مدیریت بیماری خود برمی‌آیند و در هنگام انجام دستورات بهداشتی به خود باور دارند که می‌توانند از دستورات پیروی کنند و سلامتی خود را حفظ کنند [۸].

یافته‌های جانبی نشان داد که تنها بین سن و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مثبت و معناداری

تکمیل آنها به کمک همکاران طرح این محدودیت به طور نسبی کنترل شود.

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی، مرکز تحقیقات علوم انسانی سلامت دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد که بدین وسیله از آن مرکز، قدردانی می‌شود. نویسندگان مقاله همچنین از کارکنان مرکز غدد و متابولیسم صدیقه طاهره اصفهان خصوصاً جناب دکتر امینی و خانم میرزایی کمال تشکر را دارند.

منابع

- کاسپر، ال. دنیس (۱۳۸۴). اصول طب داخلی هاریسون (۲۰۰۵). ترجمه باقر لاریجانی و دیگران. تهران: انتشارات تیمورزاده.
- Vivienne, NU. F., Courtney, M., Edwards, H., McDowell, J., Shorting Baggett, LM., & Chang, PJ.(2008).Development and validation of the Chinese version of the diabetes management self – efficacy scale. International Journal of Nurse Student. 45(4):534-542
- Ismail, K., Winkley, K., & Rabe-Hesheth, S.(2004). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trial of psychological interventions to improve glycogenic control in patients with type 2 diabetes. The Lancet,363(15),1589-1597.
- Redman, K.B.(2004).Patient self management of chronic disease (the health care challenges), 1 edition. Canada, Jones and Bartlett publisher.
- Taylor, C., Keim, S. K., Parker, A. (2004). Social and cultural barriers to diabetes prevention in Oklahoma American Indian woman. Preventive chronis Disease, 1(2).
- Vinter, N. R., Petricek, G., Katic, M. (2004). Obstacles which patient with type2 diabetes meet while adhering to the rapeutic regimen in every day life; qualitative study. Creation Medical Journal, 45: 630-636.
- Hernadez, A. (1997). The development and pilot testing of the diabetes activities questionnaire. Applied nursing research. 10. 202-211.

وجود دارد و بین سایر متغیرها نظیر: میزان تحصیلات، مدت زمان ابتلا به بیماری با این متغیر رابطه‌ای وجود ندارد. گرچه هر یک از این عوامل به تنهایی نمی‌تواند تأثیر و تفاوت بر میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران داشته باشند. اما جانسون در ۲۰۰۲ میزان پایبندی را در نوجوانان کمتر از کودکان گزارش کرد [۲۳]. همچنین تحقیقات قبلی نشان داده‌اند که بین زنان و مردان از لحاظ میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی تفاوت وجود دارد [۳۴] و کنترل بهتر گلسیمیک با سن، درآمد و میزان تحصیلات همبسته می‌باشد [۳۵].

هر انسانی با قطع نظر از وضع مزاجی خود، به برنامه‌ریزی برای آینده و تطبیق دادن خود با اهداف ارزش هایش نیاز دارد اما بیماری مزمنی مانند دیابت می‌تواند جهت‌گیری به سوی حال و اکنون را بر فرد تحمیل کند و توانایی برنامه‌ریزی و تلاش و کوشش وی در جهت آینده را تغییر دهد. بنابراین در کنار درمان دارویی، بهترین شیوه درمان درازمدت این بیماری اصلاح نگرش و باور این بیماران و ترغیب و تشویق آنان به سرسختی، خوش‌بینی و نگرش مثبت به آینده و حال می‌باشد. انگیزه بیمار برای بهبودی و نگرشی که نسبت به زندگی خود و آینده دارد شالوده‌ای را تشکیل می‌دهد که بر اساس آن می‌توان برنامه‌ی درمانی را طرح‌ریزی کرد و در این میان متخصصان بین رشته‌ای نظیر روان‌شناسان سلامت می‌توانند نقش مهم و کلیدی در کمک به این بیماران داشته باشند.

به دلیل پیچیدگی درمان و ضرورت بالای پایبندی به رژیم‌های درمانی در این بیماران پیشنهاد می‌شود در بررسی‌های آینده به سایر متغیرهای روان‌شناختی و شخصیتی مؤثر در پایبندی این بیماران و اصلاح آن از طریق درمان‌های روان‌شناختی توجه شود. تفاوت‌های شخصیتی و روانی افراد، میزان دقت و صداقت آزمودنی‌ها در گزارش میزان پایبندی خود، سطح سواد پایین اغلب بیماران از محدودیت‌های این پژوهش بود که سعی شد با ارایه پرسشنامه‌ها به صورت انفرادی و

20. Livnel, H.C. A & Erin, M. B. (2007). Reactions to diabetes and their relationship to time orientation. *International journal of rehabilitation Research*. 30 (2):127-136.
21. Lori, K. (2000). *The relationship between Psychological factors and diabetes control*. University of Miami Press.
22. Snyder, C. R. (2000). *Handbook of hope Orlando: Theory Measures and Applications*. Academic press. 1 edition. USA. Academic Press.
23. Johnson, J. (2002). Contribution of Dispositional optimism to self care behaviors Among Adults with type 2 diabetes. *West Virginia University*, 42(1): 104-105.
24. Stronberg, A. (1999). Factors influencing patient compliance with therapeutic regimens in chronic heart failure: A Critical Incident Technique analysis. *The journal of acute and critical care* 28(5) 334-341.
25. Vinter, N. R., Petricek, G., Katic, M. (2004). Obstacles which patient with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in every day life; qualitative study. *Creation Medical Journal*, 45: 630-636.
26. McCord, E.C. Randenburg, C. (1995). Beliefs and attitudes of person with diabetes. *FAM Medicine*, 27(4): 267-71.
27. Jane, E. (2000). *The Science of Optimism and Hope*. USA. Philadelphia, Templeton foundation Press. Chapter of 8: Peterson, C. (2000). Optimistic explanatory style and health.
28. Larson, P.D., Lubkin, I.M. (2008). *Chronic illness, impact and intervention*. 6 edition. Pages 280-350. Jones and Bartlett Publishers
29. Christopher, B. (2006). Optimism/ pessimism as a mediator of social structural disparities, Effects on physical health and psychological well-being; a longitudinal study of hospitalized elders. *Case Western Reserve university press*. 307 p.
30. Boyle, S., Allan, C., Miller, K. (2003). Cognitive-behavioral interventions in a patient with a anxiety disorder related to diabetes. *Behavioral Research and therapy Journal*, 402(3): 357-366.
۸. سارافینو، ادوارد. پ. (۱۳۸۴). روان‌شناسی سلامت. ترجمه الهه میرزایی و دیگران. تهران: انتشارات رشد
9. Hisana & Aetsuko. (2001). Life style and attitude toward diabetic care: Analysis of questionnaire in diabetic patient. *Fukushima medical journal*, 51(4):309-320.
10. Lin, E. H., Korf, M., Simon, G. F., Ciechanowski, P., & Bush. (2004). relationship of Depression and Diabetes self care, Medication Adherence, and prevention care. *Diabetes care*, 27: 2154-2160.
11. Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 30(2): 418-424.
12. Wenzel, J., Utz, S. W., Steeves, R., Hinton, L. & Jones, R. (2005). plenty of sickness: description by African American Living in rural areas with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*, 31(1): 98-106.
13. Anderson, J.B., & Robin, R.L (2002). *Practical psychology for diabetes*. 2^d edition published by American Association of Diabetes.
14. Sarkar, U., Fisher, L & Shcillinger, D. (2006). S. self. Efficacy Associated with diabetes self management Across Race/ Ethnicity and Health literacy. *Diabetes care*, 26 (4): 823- 827.
15. Fournier, M., Ridder, D. D & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care option of Type I diabetes mellitus, *Journal of Health Psychology*, 7: 409.
16. Johnson, J. (2002). Contribution of Dispositional optimism to self care behaviors Among Adults with type 2 diabetes. *West Virginia University*, 42(1): 104-105.
17. Skinner, T. C., Hampson, S. F. (2001). The personal models of diabetes in relation to self care, well-being and Glycemic control. *Diabetes care*, 24:828-833.
۱۸. کار. (۱۳۸۵). روان‌شناسی مثبت. ترجمه حسن پاشاشریفی و دیگران، تهران: انتشارات سخن.
19. Skarbek, E.A. (2006). Psychological predictors of self-care Behaviors in type 2 diabetes Mellitus patients: Analysis of social support, self-efficacy, and depression. A Dissertation in clinical Psychology. Submitted to the Graduate faculty of Texas university.

34. McCollum, M., Hansen, P. B., Lu, M & Sullivan, P. (2005). Gender difference in diabetes mellitus and affection self care activity, *Gender Medicine*, 2 (4): 246-254.
35. Loyd, C.E., Wing, R.R., Becker, D.J., & Orchard, T.J. (1993). Psychosocial Correlates of Glycemic Control. The Pittsburg Epidemiology of Diabetes Complication (EDC) Study. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 1 (2). 82-94
31. Polzer, R. L. (2007). African Americans and diabetes: Spiritual role of the health care provider in self- management, *research in nursing & Health*, 30 (2):164.
32. Anastasia, G., Nancy, Z., Kelli, E. F & Mosunic, C. (2007). Change in expressive symptoms and Glycemic control in diabetes mellitus. *Baltimore psychosomatic Medicine*, 69(3):235.
33. Rose, M., Flig, H., Hildebrandt, M & et al. (2002). The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. *Diabetes Care*, 25: 35-42.

