

نقش کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی در پیش‌بینی رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II

منیژه حاتملوی سعدآبادی - کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز
دکتر جلیل باباپورخیرالدین - دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز
دکتر حمید پورشریفی - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی نقش گرایش‌های علیتی و کانون کنترل سلامت در پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع II پرداخته است. در این تحقیق که از نوع همبستگی است، تعداد ۶۰ بیمار به طور تصادفی از بین کسانی که به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز مراجعه کرده بودند، برگزیده شدند. از آزمودنی‌ها خواسته شد مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت، مقیاس گرایش‌های علیتی عمومی و مقیاس رفتار خودمراقبتی را تکمیل کنند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آماری معنی‌داری، ضریب همبستگی، تحلیل رگرسیون چندگانه و آزمون t گروه‌های مستقل استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که بین رفتار خودمراقبتی با کانون کنترل درونی سلامت رابطه‌ی مثبت معنادار و با کانون کنترل شانس رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد. در صورتی که بین کانون کنترل قدرت دیگران و رفتار خود-مراقبتی

رابطه‌ای مشاهده نشد. همچنین نتایج حاکی از آن بود که بین رفتار خودمراقبتی با گرایش علیتی خودمختار رابطه‌ی مثبت معنادار و با گرایش غیرشخصی رابطه‌ی منفی معنادار وجود دارد. براساس یافته‌های این پژوهش، از میان متغیرهای فوق، کانون کنترل درونی سلامت بیشترین سهم را در پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی فرد مبتلا به عهده دارد. هم‌چنین در این پژوهش از نظر گرایش‌های علیتی، کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی بین زنان و مردان تفاوتی دیده نشد.

واژگان کلیدی: گرایش‌های علیتی، کانون کنترل سلامت، رفتار خودمراقبتی، بیماران دیابتی.

با سپری شدن زمان در قرن بیست و یکم، بیشتر شاهد جهانی شدن، تغییر در سبک زندگی مردم و صنعتی شدن هستیم که یکی از نتایج این پیشرفت‌ها تغییر در الگوی بیماری‌هاست. امروزه به سبب پیشرفت‌های علمی و پزشکی بیماری‌های عفونی جای خود را به بیماری‌های مزمنی چون سرطان، بیماری‌های قلبی-عروقی و دیابت داده است (نارین^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). در حال حاضر مردم، با مشکلات پزشکی مزمنی زندگی می‌کنند که در گذشته از عوامل تهدیدکننده‌ی حیات به شمار می‌رفت. ارتقاء روش‌های درمانی موجب شده تا مردم از طول عمر بالایی برخوردار شوند. ولی این امر به نوبه‌ی خود شیوع بیماری‌های مزمن را در بین آنها افزایش داده است (وایت^۲، ۲۰۰۱).

دیابت، به عنوان یک بیماری مزمن، یکی از مهم‌ترین اختلالات داخلی است که بشر با آن روبه‌رو است. این اختلال ناشی از عدم تحمل گلوکز است که در اثر عدم تعادل بین ذخیره و تقاضای انسولین ایجاد می‌شود. در دیابت یا به قدر کافی انسولین وجود ندارد و یا انسولین تولید شده به دلیل سطح بالای گلوکز خون بی‌تأثیر است

1- Narayan

2- White

(پولاسکی^۱، ۲۰۰۰). دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری‌ها است که بیشتر به علت میزان بالای ابتلا به بیماری‌های شریان کرونر در میان افراد مبتلا به دیابت می‌باشد (دیویدسون^۲، ۲۰۰۰). مطالعات نشان داده‌اند که بیماری دیابت می‌تواند بر روی عملکرد فیزیکی، توسعه‌ی عوارض، وضعیت روحی و روانی، ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیرات منفی داشته باشد (لاستمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۰). دیابت نوع I و نوع II دو شکل اصلی این بیماری هستند تقریباً ۸۵ تا ۹۰ درصد افراد دیابتی به دیابت نوع II مبتلا می‌باشند. در سبب‌شناسی دیابت نوع I بیشتر عفونت‌ها، ژنتیک و اختلال سیستم ایمنی مطرح است، در حالی که در بروز دیابت نوع II نقش عوامل محیطی نظیر چاقی، تحرک بدنی کم، مصرف غذاهای با چربی و کالری بالا، فشارخون و کلسترول بالا، حاملگی و استرس برجسته می‌باشد (برونر و سودارت^۴، ۲۰۰۸، ترجمه‌ی نوقابی و نیری، ۱۳۸۶). در واقع می‌توان گفت دیابت نوع II یک بیماری است که به شدت با سبک زندگی مرتبط است و مؤلفه‌های رفتاری و هیجانی بسیار قوی دارد تا جایی که برخی صاحب‌نظران همچون گلاسگوف^۵ (۱۹۹۷) آنرا در حقیقت یک مسأله‌ی رفتاری قلمداد می‌کنند (به نقل از اسنوک^۶ و اسکینر^۷، ۲۰۰۶). بنابراین انتظار می‌رود که تغییر در شناخت‌ها، باورها و نگرش‌های افراد به ایجاد یکسری تغییرات رفتاری در جهت افزایش رفتارهای خود مراقبتی منجر شود. رفتار خود مراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقاء سلامت است و به هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد و یا گروه صورت می‌گیرد، اشاره دارد (ریچتر^۸ و همکاران، ۱۹۸۷).

پالانسکی^۹ و همکاران (۱۹۹۲) معتقدند که عوامل روانی و نگرش نقش عمده‌ای را در کنترل دیابت به عهده دارند. تحقیقات نشان می‌دهند افرادی که نگرشی منفی نسبت

1- Polaski
3- Lustman
5- Glasgow
7- Skinner
9- Polonsky

2- Davidson
4- Brunner & Suddarth
6- Snok
8- Richter

به بیماری خود دارند و آن را جدی، غیرقابل کنترل و مزمن می‌دانند، بسیار منفعلانه عمل می‌کنند، عملکرد اجتماعی بسیار ضعیفی داشته و ناتوانایی‌های زیادی از خود بروز می‌دهند (وایت، ۲۰۰۱). در حقیقت واکنش اشخاص از موقعیت‌ها متأثر از برداشت‌ها و ارزیابی شناختی آنها از آن موقعیت‌هاست. در بیماری دیابت نیز که نیازمند مشارکت بیمار در فرایند درمان می‌باشد، پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. در حالت کلی درک افراد از علت‌های رفتارشان متفاوت است. گرایش‌های علیت که برمبنای نظریه‌ی «خودتعیینی»^۱ دسی^۲ و همکاران (۱۹۸۵) تعریف شده به تفاوت‌های موجود در آگاهی افراد از علت‌های رفتارشان مربوط می‌شود.

در نظام طبقه‌بندی دسی و همکاران (۱۹۸۵)، افراد در سه نوع جهت‌گیری انگیزشی 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. کسی که گرایش علیتی خودمختار دارد با حق انتخاب کامل به نیازها و تمایلاتش پاسخ می‌دهد. این افراد گرایش دارند که علت رفتارشان را راهنماهای درونی و نیروهای خود خواسته بدانند. رفتار آنها با احساس اراده و منبع علیت درونی انجام می‌شود و به صورت خود انگیخته از راهنماهای درونی پیروی می‌کند (دسی و ریان،^۳ ۱۹۸۵). گرایش کنترل، عدم حساسیت به راهنماهای درونی را شامل می‌شود. این افراد گرایش دارند علت رفتارشان را راهنماهای اجتماعی و مشوق‌های محیطی بدانند. عامل اصلی در تعیین نحوه‌ی تفکر، احساس و رفتار کردن افراد کنترل‌گرا، احساس فشار است. رفتار در پاسخ به احساس تنش و به پیروی از آنچه ضرورت دارد روی می‌دهد. هدف‌های این افراد بیشتر پیرامون موفقیت مالی و مادی دور می‌زند (کاسر^۴ و ریان، ۱۹۹۳).

افرادی که گرایش غیر شخصی دارند، مانند افرادی که دارای انگیزش بیرونی هستند

1- self-determination theory
3- Ryan

2- Deci
4- Kasser

خود را شایسته و خود تعیین نمی‌دانند. این اشخاص باور دارند که رسیدن به نتایج مطلوب فراتر از کنترل خود آنهاست. این افراد خود را در مقابل سرنوشت و بخت و اقبال تسلیم کرده و هیچگونه حق انتخابی برای خود، در پاسخ به نیازها و تمایلاتشان قایل نیستند (دسی و ریان، ۱۹۸۵). در حالت کلی این گرایش‌ها و جهت‌گیری‌ها، منابع اصلی تنظیم و هدایت رفتار فرد به شما می‌روند.

تحقیقات نشان داده است که سطح بالای گرایش خودمختاری با سطوح بالای عزت‌نفس، رشد خود، خودشکوفایی و یکپارچگی شخصیت مرتبط بوده است (کوستر^۱، برنیری^۲ و زاكرمن^۳، ۱۹۹۲). هم‌چنین کینگ^۴ (۱۹۸۴) دریافت بیماران جراحی قلب که دارای گرایش خودمختاری بالایی بودند، بیماری خود را به عنوان چالش تلقی کرده در دوره‌ی بعد از عمل نگرش‌های مثبت داشتند، در حالی که بیماران با گرایش خودمختاری پایین، جراحی خود را به عنوان تهدید قلمداد کرده و نگرش آنها منفی بود. در مقابل گرایش کنترل با شخصیت تیپ A مرتبط بوده، مستعد الگوهای رفتاری بیماری کرونر قلب و هم‌چنین با خودآگاهی کلی در ارتباط می‌باشد (دسی و ریان، ۱۹۸۵). گرایش غیرشخصی نیز پیش‌بینی‌کننده سطوح بالایی از اضطراب اجتماعی، افسردگی و افکار خودویرانگری است (استراس^۵ و ریان، ۱۹۸۷) و همبستگی منفی با رشد خود و عزت نفس نشان می‌دهد (مارموت^۶، ۲۰۰۳).

یکی دیگر از عوامل تأثیرگذار بر رفتارهای خود مراقبتی کانون کنترل سلامت است که بر منبع حاکم بر رفتار فرد اشاره دارد و بین طیفی از درونی تا بیرونی در نوسان است. کانون کنترل سلامت در واقع درجه اعتقاد فرد به این امر است که سلامت او تحت کنترل عوامل درونی است یا عوامل بیرونی. کسانی که کانون کنترل سلامت از نوع درونی دارند به این امر معتقدند که پیامدها و حوادث معین در نتیجه رفتار و اعمال

1- Koestner
3- Zakerman
5- Strauss

2- Bernieri
4- King
6- Marmot

خود آنها می‌باشد و تعیین‌کننده‌ی سلامتی آنها به طور مستقیم اعمال و رفتارهای آنان می‌باشد. در عوض کسانی که کانون کنترل سلامت از نوع بیرونی دارند به این امر معتقدند که پیامدهای معین و حوادث رخ داده در زندگی آنها به واسطه نیروهایی مانند پزشکان، شانس، سرنوشت و بخت و اقبال تعیین می‌گردند (والستون^۱، و الستون، دولیس^۲، ۱۹۷۸).

سیمن و سیمن (۱۹۸۳) نشان دادند آنان که به لحاظ کانون کنترل درونی امتیاز زیادی کسب کرده‌اند تمایل بیشتری به در پیش گرفتن رفتارهایی دارند که موجب پیشگیری از بیماری‌ها و ارتقاء سلامت می‌شود و در مقایسه با افراد دارای کانون کنترل بیرونی به میزان بیشتری به رفتارهای پیشگیرانه‌ای مانند رعایت عادات غذایی خوب و انجام دادن معاینات پزشکی می‌پردازند. این افراد همچنین در ترک سیگار موفق‌ترند و به میزان بیشتری به دنبال اطلاعات بهداشتی درمورد موضوعاتی مانند فشارخون هستند (والستون و والستون، ۱۹۸۲).

کانون کنترل سلامت به عنوان یک متغیر مؤثر بر توسعه و پیشرفت رفتارهای بهداشتی و ظرفیت درمانی و تبیین مشکلات بهداشتی شناخته می‌شود. کانون درونی کنترل سلامت به طور مثبتی با آگاهی و نگرش، وضعیت روانشناختی، رفتارهای بهداشتی و سلامت و بهداشت بهتر همراه و همگام می‌شود. در مقابل بیشتر منابع بیرونی کنترل سلامت (به خصوص افراد قدرتمند و با نفوذ و بخت و اقبال) با رفتارهای بهداشتی منفی و وضعیت روانشناختی ضعیف همراه می‌شوند (مالکرن^۳، همیلتون^۴، ۲۰۰۵).

حجم عمده‌ای از تحقیقات دلالت بر این دارند که هنگام مواجهه با مشکلات بهداشتی، ظاهراً افراد دارای کانون کنترل درونی نسبت به بیرونی به طور کلی پاسخ‌های

1- Wallston
3- Malcame

2- Devellis
4- Hamilton

سازگارانۀ تری می‌دهند. این پاسخ‌های سازگارانۀ در دامنه‌ای از به کارگیری مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه و توأم با احتیاط تا راهبردهای درمانی به هنگام بروز بیماری یا اختلال قرار می‌گیرند (استریکلند؛ ۱۹۷۸، به نقل از بروین، ۱۹۸۶، ترجمه محمود علیلو و همکاران، ۱۳۷۶). با توجه به اینکه در رابطه با متغیرهای فوق تحقیقی در داخل کشور انجام نگرفته، از این رو پژوهش حاضر قصد دارد به بررسی این موضوع بپردازد که آیا بین متغیرهای کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی با رفتارهای خود مراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II رابطه وجود دارد؟ و این که متغیرهای کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی چگونه رفتار خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت را تبیین می‌کنند؟ و چه تفاوتی بین زنان و مردان از نظر کانون کنترل سلامت، گرایش‌های علیتی و رفتارهای خود مراقبتی وجود دارد؟

روش

طرح تحقیق

پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که در طی آن علاوه بر بررسی رابطه‌ی متغیرها، تغییرات متغیر ملاک (رفتارهای خود مراقبتی) براساس تغییرات متغیرهای پیش‌بین (کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی) مورد پیش‌بینی قرار گرفته است.

جامعه‌ی آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه این تحقیق را کلیه‌ی بیماران دیابتی نوع II مراجعه کننده به مرکز آموزش دیابت در بیمارستان سینا در شهر تبریز تشکیل می‌دهد که به مدت یکسال از تشخیص بیماری آن‌ها گذشته باشد، به غیر از دیابت بیماری دیگری نداشته و سن آنها بالای ۳۰ سال باشد. از بین این افراد تعداد ۶۰ نفر (۳۰ مرد، ۳۰ زن) به طور تصادفی انتخاب گردیدند و افرادی که حائز شرایط فوق نبودند، حذف شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات

۱- پرسشنامه خلاصه‌ای از رفتارهای مراقبت از خود برای افراد دیابتی جهت سنجش شاخص رفتار مراقبت از خود (توبرت و گلاسکوف، ۱۹۹۴). این پرسشنامه ابزار خود گزارشی معتبر ۱۲ سؤالی است که در نسخه‌ی اصلی چهار جنبه از مدیریت شخصی بر دیابت (رژیم غذایی، ورزش، بازبینی قند خون و تزریق) و در نسخه‌ی جدید پنج جنبه (رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قندخون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن) را طی هفت روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. این ابزار در مقیاس هفت‌گزینه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. نمره‌گذاری بعضی سؤال‌ها به صورت وارونه صورت می‌گیرد. اسکینر و هامسون (۲۰۰۱)، ثبات درونی قابل قبولی را برای رژیم غذایی (۰/۶۴)، ورزش (۰/۸۳) و آزمایش قند خون (۰/۸۰) نشان دادند و آن را شاخص معتبری برای خود مدیریتی دیابت دانستند. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی برابر با ۰/۸۲ به دست آمد.

۲- مقیاس چندوجهی کانون کنترل سلامت (MHLC) جهت سنجش شاخص کانون کنترل سلامت (والستون، ۱۹۹۲). مقیاس‌های تک بعدی در زمینه سنجش نوع کنترل ابتدا توسط والستون و همکاران طراحی شد. مقیاس MHLC شامل سه مؤلفه با معیار شش‌گانه لیکرت است: ۱- کانون کنترل درونی (I): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که عوامل داخلی و رفتارهایش مسئول بیماری و سلامت او می‌باشند. ۲- کانون کنترل قدرت دیگران (P): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او به وسیله‌ی افراد دیگر تعیین می‌شود. ۳- کانون کنترل شانس (C): شامل درجه اعتقاد فرد به این امر که سلامت او وابسته به شانس، بخت و سرنوشت او می‌باشد. این ابزار به پیشگویی رفتار بهداشتی مبتنی بر اعتقادات فردی کمک می‌کند.

پرسشنامه‌ی کانون کنترل سلامت والستون دارای ۱۸ ماده است که هر یک به صورت

1- multidimensional health locus of control 2- internal
3- power others 4- chance

یک جمله بیان شده است. هر ماده دارای شش گزینه‌ی کاملاً موافق، موافق، کمی موافق، کمی مخالف، مخالف و کاملاً مخالف است. ۶ ماده از ۱۸ ماده این پرسشنامه، باورهای افراد را در زمینه‌ی کنترل درونی سلامت اندازه‌گیری می‌کند و ۱۲ ماده‌ی دیگر برای سنجش افراد در رابطه با تأثیر عواملی مانند شانس، قدرت دیگران، پزشکان و مردم دیگر در سلامت فردی که بیانگر منبع کنترل بیرونی سلامت هستند در نظر گرفته شده‌اند. برای گزینه‌های کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره‌های یک تا شش تعلق می‌گیرد. در نتیجه نمره فرد از ۶-۳۶ برای هر خرده‌آزمون متغیر خواهد بود که با یکدیگر جمع نمی‌شوند و به طور مستقل برآورد می‌گردند. این آزمون از اعتبار و روایی قابل قبولی برخوردار است. برای مثال مهدی مشکی و همکاران (۱۳۸۵) ضرایب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های C, P, I را به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۵، ۰/۶۹ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای مؤلفه‌های C, P, I به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۵، ۰/۹۰ به دست آمد.

۳- **مقیاس گرایش‌های علیتی عمومی (GCOS)**^۱ جهت سنجش شاخص جهت‌گیری‌های علیتی عمومی (دسی و ریان، ۱۹۸۵). این مقیاس شامل ۱۲ قطعه توصیفی و ۳۶ آیتم است. هر قطعه، وصفی از 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، کنترل شده و غیرشخصی) ارائه می‌شود. پاسخگرها براساس مقیاس هفت‌گانه لیکرت حوزه‌ای را که هر پاسخی مختص آنهاست، نشان می‌دهند. امتیاز بالا نشانگر مقدار بالاتری از جهت‌گیری خاص است که به وسیله‌ی پاسخ نمایش داده می‌شود. بنابراین مقیاس مورد نظر دارای سه زیرمقیاس است - خودمختاری، کنترل شده و غیر- امتیازات هر زیر مقیاس به وسیله‌ی جمع کردن ۱۲ پاسخ هر فرد درباره‌ی آیتم‌های متناظر با هر مقیاس به دست می‌آیند. دسی و ریان (۱۹۸۵) اعتبار و روایی این مقیاس را تأیید کرده‌اند. برای مثال ضریب آلفای کرونباخ در حدود ۰/۷۵

1- general causality orientations scale

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز
 سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

محاسبه کردند.

در پژوهش حاضر نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب پایایی برای مؤلفه‌های خودمختاری، کنترل شده و غیرشخصی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۶۶ و ۰/۸۷ به دست آمد.

نتایج

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری معناداری ضریب همبستگی، رگرسیون چندگانه و آزمون t استفاده شده است. قبل از پرداختن به روش استنباطی، آماره‌های توصیفی به شرح زیر ارائه می‌گردد:

جدول (۱) آماره‌های توصیفی آزمودنی‌ها

متغیر	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۳۰
	زن	۳۰
تحصیلات	زیردیپلم	۲۷
	دیپلم	۳۶/۷
	بالای دیپلم	۱۸/۳
شغل	آزاد	۱۲
	فرهنگی	۶
	کارمند	۱۶/۷
	سایر	۳۲

سپس به منظور پاسخ به این سؤال که آیا بین رفتار خودمراقبتی، کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی رابطه وجود دارد؟ از ضریب همبستگی پیرسون که در جدول شماره ۲ آورده شده است، استفاده گردید.

جدول (۲) ماتریس همبستگی بین رفتار خودمراقبتی، کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی (n=۶۰)

	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱
۱- رفتار خود مراقبتی کلی							
۲- گرایش غیر شخصی						-۰/۴۳**	
۳- گرایش خودمختار						۰/۶۲**	-۰/۶۸**
۴- گرایش کنترل					۰/۲۶*	-۰/۱۶	۰/۱۳
۵- کانون کنترل قدرت دیگران				-۰/۲۲	-۰/۰۰	-۰/۰۳	۰/۱۱
۶- کانون کنترل شانس			۰/۰۲	-۰/۲۷*	-۰/۸۰**	۰/۷۲**	-۰/۶۲**
۷- کانون کنترل درونی	-۰/۸۶**	۰/۰۰	۰/۲۶*	۰/۷۹**	-۰/۵۹**	۰/۷۰**	

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد رابطه‌ی مثبت و معناداری بین گرایش خودمختاری با رفتار خود مراقبتی (P<۰/۰۱، r=۰/۶۲) و کانون درونی سلامت با رفتار خود مراقبتی (P<۰/۰۱، r=۰/۷۰) وجود دارد. هم چنین رابطه‌ی منفی و معنی‌دار بین گرایش غیرشخصی با رفتار خودمراقبتی (P<۰/۰۱، r=-۰/۴۳) و کانون کنترل شانس با رفتار خودمراقبتی (P<۰/۰۱، r=-۰/۶۲) دیده می‌شود. در صورتی که بین گرایش کنترل با رفتار خودمراقبتی (P>۰/۰۵، r=۰/۱۳) و کانون کنترل قدرت دیگران با رفتار خودمراقبتی (P>۰/۰۵، r=۰/۱۱) رابطه‌ی معناداری مشاهده نمی‌شود. در ادامه برای مشخص کردن چگونگی تبیین رفتار خودمراقبتی براساس گرایش‌های علیتی و کانون کنترل سلامت از روش آماری تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد (جدول ۳). در این تحلیل رفتار خودمراقبتی به عنوان متغیر ملاک و گرایش‌های علیتی و کانون کنترل سلامت به عنوان متغیرهای پیش‌بین در نظر گرفته شد.

جدول (۳) تحلیل رگرسیون نمرات متغیر رفتار خودمراقبتی براساس نمرات متغیرهای پیش‌بین کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی

مدل	R	R ²	R ² تعدیل شده	انحراف استاندارد برآورد	دوربین واتسون
۱	۰/۷۲	۰/۵۱	۰/۴۶	۸/۳۴	۲/۳۸

- فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز ▶
 سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹ ▶

نتایج رگرسیون نشان‌دهنده‌ی ضریب تعیین $0/51$ ($R^2=0/51$) می‌باشد. یعنی 51 درصد از متغیر رفتار خودمراقبتی توسط کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی تبیین می‌شود. این میزان ضریب تعیین به ویژه در علوم انسانی مقدار مطلوبی است (جدول ۳). در ادامه برای نشان دادن تأثیر متغیرهای پیش‌بین بر متغیر ملاک، تحلیل واریانس رگرسیون به شرح زیر آورده شده است (جدول ۴).

جدول (۴) تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر رفتار خودمراقبتی بر نمرات متغیرهای پیش‌بین کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
رگرسیون	۳۸۶۶/۵۹	۶	۶۴۴/۴۳	۹/۲۷	۰/۰۰
باقیمانده	۳۶۸۵/۰۱	۵۳	۶۹/۵۳		
کل	۷۵۵۱/۶۰	۵۹			

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد F به دست آمده معنی‌دار است. این مطلب گویای آن است که حداقل نقش یکی از مؤلفه‌های متغیرهای پیش‌بین در پیش‌بینی متغیر ملاک معنی‌دار است. بنابراین لازم است تک‌تک متغیرها و مؤلفه‌هایشان را آزمود و سهم آنها را در پیش‌بینی مشخص نمود (جدول ۵).

جدول (۵) پیش‌بینی متغیر رفتار خودمراقبتی از روی متغیرهای پیش‌بین کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی

B	انحراف استاندارد	Beta	t	سطح معنی‌داری
-۴/۷۸	۱۶/۸۷		-۰/۲۸	۰/۷۸
۰/۰۴	۰/۱۲	۰/۰۵	۰/۳۷	۰/۷۱
-۰/۰۶	۰/۱۲	-۰/۰۵	-۰/۴۸	۰/۶۴
۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۹	۱/۰۸	۰/۲۹
-۰/۱۱	۰/۳۳	۰/۰۸	۰/۳۴	۰/۷۴
۰/۷۷	۰/۳۰	۰/۵۲	۲/۵۸	۰/۰۱
۰/۲۷	۰/۲۵	۰/۱۱	۱/۰۹	۰/۲۸

با توجه به ضرایب β مندرج در جدول ۵ معلوم می‌شود که از بین مؤلفه‌های هر دو متغیر پیش‌بین، کانون کنترل درونی ($P < 0/01$, $\beta = 0/52$) به طور معنی‌داری رفتار خود مراقبتی را تبیین می‌کند.

در ادامه برای نشان دادن این که بین زنان و مردان از نظر گرایش‌های علیتی، کانون کنترل سلامت و رفتارهای خودمراقبتی چه تفاوتی وجود دارد، از آزمون t مستقل استفاده شد (جدول ۶).

جدول (۶) مقایسه‌ی رفتار خودمراقبتی، کانون کنترل سلامت و گرایش‌های علیتی بین زنان و مردان

جنسیت	میانگین	انحراف استاندارد	t	درجه آزادی	تفاوت خطای استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	سطح معنی‌داری
زن	۲۶/۴۳	۱۰/۴۷	-۰/۴۳	۵۸	۲/۹۴	۱/۲۷	۰/۶۷
مرد	۲۵/۱۷	۱۲/۲۴					
زن	۴۲/۷۰	۱۵/۳۸	-۰/۳۰	۵۸	۳/۶۲	۱/۰۷	۰/۷۷
مرد	۴۱/۶۳	۱۲/۴۹					
زن	۵۶/۵۷	۱۵/۵۱	۱/۶۰	۵۸	۳/۷۸	۶/۰۷	۰/۱۱
مرد	۵۰/۵۰	۱۳/۶۹					
زن	۴۷/۳۷	۱۰/۹۷	-۱/۱۳	۵۸	۲/۴۶	-۲/۷۶	۰/۲۷
مرد	۵۰/۱۳	۷/۸۰					
زن	۲۵/۶۳	۶/۳۴	۰/۸۳	۵۸	۱/۹۸	۱/۶۳	۰/۴۱
مرد	۲۴	۸/۷۷					
زن	۲۰/۴۷	۷/۶۱	-۰/۷۳	۵۸	۲/۰۲	-۱/۴۶	۰/۴۷
مرد	۲۱/۹۳	۸					
زن	۲۵/۲۳	۴/۳۵	۰/۳۴	۵۸	۱/۱۸	۰/۴۰	۰/۷۴
مرد	۲۴/۸۳	۴/۸۰					

با توجه به جدول ۶ مشخص می‌شود که زنان و مردان مبتلا به دیابت نوع II از نظر گرایش‌های علیتی، کانون کنترل سلامت و رفتار خود مراقبتی تفاوت معناداری ندارند.

بحث و تفسیر

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش حاضر در خصوص ارتباط گرایش‌های علیتی و کانون کنترل سلامت با رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع II نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ی معنی‌دار بین آنها می‌باشد. بدین‌صورت که هرچه سطح گرایش خودمختاری فرد بالا بوده و کانون کنترل سلامت وی درونی باشد، رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافته و گرایش به کانون کنترل بیرونی و سطوح پایین خودمختاری، رفتارهای خودمراقبتی را کاهش می‌دهد.

تحقیقات نشان داده است که جهت‌گیری خودمختار در مقایسه با گرایش کنترل، باعث تقویت بیشتر سطح انگیزش درونی و تحکیم باورهای مربوط به شایستگی ذهنی و افزایش میزان عزت‌نفس می‌شود (دسی، اسکوارتز^۱، شین من^۲ و ریان، ۱۹۸۱). افرادی که گرایش خودمختاری بالایی دارند، دلایل درون‌سازی شده بیشتر، درک شایستگی بیشتر برای تغییر رفتار سلامت و همچنین موفقیت بیشتر در حفظ و ادامه‌ی تغییر رفتار دارند. بنابراین آنها خودمختاری بیشتری برای سعی در ترک سیگار و یا کاهش چاقی داشته و به نوبه‌ی خود احساس شایستگی بیشتری برای تغییر خواهند داشت (ویلیامز^۳، مینی کوسی^۴ و همکاران، ۲۰۰۲).

مطالعات مختلف نشان داده که افراد خودمختار تمایل بیشتری به نشان دادن رضایت، اطمینان، شادی و اعتماد (دسی، کونل و ریان، ۱۹۸۹)، آغازگری و پایداری (دسی و ریان، ۱۹۸۹، ۱۹۸۷)، سلامت فیزیکی و روانی (لانگر و رادین، ۱۹۷۹) و تداوم دستورات تجویز شده (ویلیامز، رادین و بقیه، ۱۹۹۸) دارند (سنکال^۵، نوون^۶، وایت، ۲۰۰۰).

1- Schwartz
3- Williams
5- Senecal

2- Sheinman
4- Minicucci
6- Nouwen

تحقیقات حاکی از آن است که سطح بالای گرایش خودمختاری با سطوح بالای عزت‌نفس 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 بازیابی تحکیم هویت و احساس خود ارزشمندی خواهد بود. با این حال زمانی که فعالیت‌ها، با خودمختاری کمتری انجام می‌شوند اثرات آنها می‌تواند برای فرایند یکپارچگی هویت ضدتولیدی باشد (لوئیکس^۱، سوئنز^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). ویلیامز، زاگرمین و دسی (۱۹۹۸) نشان دادند که افزایش انگیزش خودمختاری بیماران دیابتی با افزایش شایستگی درک شده ارتباط دارد که آن نیز به نوبه‌ی خود ارتباط مهمی با تنظیم سطح گلوکز و بهبودی در ارزیابی HbA_{1c} (کنترل متابولیک) نشان می‌دهد (سنکال، نوون، وایت، ۲۰۰۰). پس بیماران خود را شایسته درک خواهند کرد وقتی که احساس کنند توانایی رسیدن به نتایج مهم (نتایج تندرستی) را دارند.

مطالعات نشان می‌دهد وقتی که افراد انتخاب‌های مؤثر بیشتری دارند، آنها احساس شایستگی بیشتری برای رسیدن به اهداف تندرستی مانند کنترل بهتر گلوکز در دیابتی‌ها، یا ترک سیگار دارند (ویلیامز، مک گرگور^۳ و بقیه، ۲۰۰۴). در واقع انگیزش درونی ریشه در نیاز برای احساس کفایت و شایستگی دارد. دسی (۱۹۹۲) با بیان این مطلب که رفتارهای هدفمندی که با سیستم ارزشی فرد آمیخته هستند حتی زمانی که خود، راضی‌کننده نباشند، موجب افزایش خود خرسندی 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

1- Luyckx
3- McGregor

2- Soenens

درک شده از دیابت با زندگی روزانه و رضایت بیشتر از زندگی می‌شود و این با نظریه‌ی گری، بولند و دیگران (۱۹۹۸) 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 (سنکال، نوون، وایت، ۲۰۰۰).

خودکارآمدی، سازه‌ای نیرومند است که نقش عمده‌ای در هر نوع فرایند پیشرفت هدف دارد (والستون، ۱۹۹۲). هم چنین تعدادی از محققان چنین فرض کردند که عزت نفس و کانون کنترل سلامت دو متغیری هستند که با رفتارهای بهداشتی در ارتباطند. برای مثال افرادی که باور دارند سلامت تابع رفتار شخصی است (کانون درونی کنترل) برای سلامت و تندرستی خود احساس مسؤلیت بیشتری نسبت به کسانی که گرایش کنترل بیرونی دارند یعنی اعتقاد به اینکه سلامت تابع شانس و یا بخت بوده و به وسیله‌ی قدرت دیگران مانند پزشکان، اعضا خانواده و سایر متخصصان سلامت و غیره تعیین می‌شود، نشان می‌دهند. (مانند انجام رفتارهای پیشگیرانه). به علاوه افسردگی، بدبینی، سبک کنار آمدن ناسازگارانه، اضطراب، عادات سلامت ضعیف، سوءمصرف مواد، سطح پایین در تکالیف مدرسه، بزهکاری اجتماعی و نشانه‌های سایکوتیک، بیشتر با سطح پایین کانون کنترل درونی، اعتقاد قوی به شانس و عزت نفس پایین مرتبط بوده است (آندرچس^۱، ازلین^۲، استنستروم^۳، ری^۴ و همکاران، ۱۹۹۸). یافته‌ها حاکی از آن است که کانون کنترل درونی سلامت در امیدواری و پیشگیری از بیماری افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن نقش دارد (شوارتز^۵، ۲۰۰۰). در تبیین این امر باید گفت چون افراد دارای کنترل درونی سلامت باور دارند که سلامتی، بهداشت و کیفیت زندگی در دست خود آنهاست، به آن گونه رفتارهای بهداشتی دست می‌زنند که آنها

1- Andehs
3- stenstrom
5- Shwartz

2- ozolins
4- Reeh

را در تشخیص و کنترل فشار روانی کمک می‌کند. بررسی‌های چندجانبه نشان داده است که چنین ارتباط‌هایی به ویژه برای افراد از طبقات اجتماعی متوسط و بالا نسبتاً قوی هستند (سارافینو، ۲۰۰۵، ترجمه الهه میرزایی و همکاران، ۱۳۸۴). گالسکو^۱ و همکاران (۱۹۹۷) نیز در مطالعه‌ی خود تفاوت معنی‌داری از نظر عملکرد جسمی بین بیماران مبتلا به دیابت با سطوح مختلف تحصیلات به دست آوردند. بدین معنی که افزایش دانش و آگاهی می‌تواند به افزایش قابلیت انعطاف در زندگی و انگیزه‌ی بیشتر در مراقبت از خود منجر شود و از این طریق سبب کاهش مشکلات جسمی گردد. در راستای ارتباط جنس با خود مراقبتی نیز، نتایج مطالعات مروتی و روحانی (۱۳۸۶) نشان داد که با افزایش شدت و حساسیت درک شده، خود مراقبتی نیز افزایش می‌یابد. اصولاً مردان به دلیل فعالیت در سطح جامعه و این که عوارض، مانعی است برای فعالیت روزانه و اجتماعی آن‌ها، شدت عوارض بیماری را بیشتر درک می‌کنند، در نتیجه رفتار خودمراقبتی بیشتری نشان می‌دهند. این در حالی است که بقای و همکاران (۱۳۸۷) بین این دو متغیر ارتباطی نیافتند و در مطالعه‌ی حاضر نیز بین رفتار خود مراقبتی و جنسیت، ارتباطی یافت نشد.

انبوه مطالعات ارتباط بین کانون کنترل درونی سلامت و سازگاری روانشناختی را در بیماری‌های مزمن مورد تأیید قرار داده‌اند (به نقل از جیمی^۲ و همکاران، ۲۰۰۵). برانون و فیست^۳ (۲۰۰۰) نیز نشان دادند که آزمودنی‌های دارای کنترل درونی در مقایسه با گروه گواه از سلامت، بهزیستی و کیفیت زندگی بهتری برخوردارند. این گروه شادتر، اجتماعی‌تر، فعال‌تر و نسبت به آینده امیدوارتر بودند.

یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر نیز حاکی از آن است که کانون کنترل درونی سلامت بیشترین سهم را در پیش‌بینی رفتار خودمراقبتی به عهده دارد ($\beta = 0/52$).

1- Galsgow
3- Brannon & Feist

2- Jamie

هم‌چنین همبستگی مثبت و معنی‌دار بین گرایش خودمختاری با رفتار خودمراقبتی نشان‌دهنده‌ی رابطه‌ای مثبت و قوی بین دو متغیر کانون کنترل درونی و گرایش خودمختاری است. بدین معنی که سطوح بالای گرایش خودمختاری موجب تقویت خودتعیینی و ایجاد انگیزش درونی شده و متعاضلاً منجر به افزایش رفتارهای خودمراقبتی می‌شوند. لذا چنانچه درصد دستیابی به نتایج بهتر و ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و سلامت بیماران باشیم جا دارد دوره‌های آموزشی در جهت توانمندسازی این افراد برای مقابله با افکار و باورهای ناکارآمد، در مراکز آموزش دیابت گنجانده شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به استفاده از ابزار خودگزارشی و نمونه‌گیری که شامل شهر تبریز و محدود به بیمارستان سینا بوده است، مشکل تعمیم‌پذیری نتایج و هم‌چنین محدودیت سوابق پژوهشی به ویژه در رابطه با منابع داخلی اشاره کرد. نتایج به دست آمده می‌تواند زمینه‌ساز سایر پژوهش‌های مرتبط با عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی گردد تا در نهایت با بهره‌گیری از نتایج حاصل از این پژوهش و تحقیقات بعدی بتوان به بیماران دیابتی کمک کرد تا بیماری خود را به نحو مطلوب‌تری اداره کنند.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۸/۹/۱۷

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۱۲/۲۹

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۹/۳/۱۴

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

References

منابع

- برونر، لییان شولتیس؛ سودارث، دوریس اسمیت (۱۳۸۰). پرستاری بیماری دیابت، ترجمه مروت گیوی، نشر و تبلیغ بشری، چاپ دوم.
- بروین، کریس (۱۳۷۶). *بنیادهای شناختی روانشناسی بالینی*، ترجمه مجید محمودعلیلو، عباس بخشی‌پور رودسری و حسن صیوری مقدم، تهران: انتشارات پویا، (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۸۶).
- بقایی، پروین؛ زندی، میترا؛ وراث، زهره؛ مسعودی علوی، نگین؛ ادیب حاج‌باقری، محسن (۱۳۸۷). وضعیت خود مراقبتی بیماران دیابتی مرکز دیابت کاشان در سال ۱۳۸۴، *فصلنامه علمی - پژوهشی فیض*، دوره دوازدهم، شماره ۱، صفحه ۳ تا ۸.
- سارافینو، ادوارد پ. (۱۳۸۴). *روانشناسی سلامت*، ترجمه‌ی الهه میرزایی و همکاران، تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۵).
- مروتی، محمدعلی و روحانی، نوشین (۱۳۸۶). حساسیت و شدت درک شده عوارض بیماری دیابت و ارتباط آن با وضعیت خود مراقبتی در بیماران دیابتی، *مجله ارمنان دانش*، دوره ۱۲، شماره ۳.
- Andrejs, R. ozolin, S., ulf \Stenstrom, (2003). Validation of Health Locus of Control Patterns in Swedish Addescents, *Journal Article Excerpt*, Vol. 38.
- Brannon, L., Feist, J., (2000). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health* (PP, 82-104), Belmont, CA: Wadsworth.
- Davidson, M.B., (2000). *Diabetemellitus: Diagnosis and Treatment*, 4th Edition, W.B. Saunders Company.
- Deci, E., Schwartz, A., Sheinman, L., Ryan, R.M., (1981). An Instrument to Assess Adulth Orientations toward Control versus Autonomy with Children: Reflections on Intrinsic Motivation and Perceived Competence, *Journal of Educational Psychology*, 73, 642-50.

- Deci, E.L., Ryan, R.M., (1985). The General Causality Orientations Scale: Self-determination in Personality, *Journal of Research in personality*, 19, 109-134.
- Galsgow, R.E., Ruygiero, L., Eakin, E.G., Dryfoos, J., Chobanian, L., (1997). Quality of Life and Associated Characteristic in Large National Sample of Adults with Diabetes, *Diabetes Care*, 20, 562-567.
- Jamie, A., Cvengros, Alan, J., Christensen & William J. Lawton., (2005). Health Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A Dynamic Perspective, *Journal of Health Psychology*, 10(5), 677-686.
- Kasser, T., Ryan, R.M., (1993). A Dark Side of the American Dream: Correlates of Financial Success as a Central Life Aspiration, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 410-422.
- King, K.B., (1984). *Coping with Cardiac Surgery*, Unpublished Doctoral Dissertation, University of Rochester.
- Koestner, R., Bernieri, F., Zukerman, M., (1992). Self-Regulation and Consistency between Attitudes, Traits, and Behaviors, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 52-59.
- Lustman, P.J., Anderson, R.J., Freedland, K.E., et al., (2000). Depression and Poor Glycemic Control: A Meta-analytic Review of the Literature, *Diabetes Care*, 23,934-42.
- Luyckx, k., Soenens, B., Berzonsky, M., Smits, I., Goossens, L., Vansteenkiste, M., (2006). Information-oriented Identity Processing, Identity Consolidation, and Well-being: the Moderating Role of Autonomy, Self-reflection, and Self-Rumination, *Personality and Individual Differences*, 43, 1099-1111.
- Malcarne, V.L., Hamilton, N.A., Drahota, A., (2005). Children's Health-related Locus of Control Beliefs: Ethnicity, Gender, and Family Income, *Child Health Care*, 34(1), 47-59.
- Marmot, M., (2003). Self-esteem and Health: Autonomy, Self-esteem, and Health are Linked, *British Medical Journal*, 327, 574-5.
- Narayan, K.M., Gregg, E.W., Campagna, A. F., Michael, M., Engelgau, M., Vinicor, F., (2000). Diabetes a Common, Growing, Serious, Costly, and

- Potentially Preventable Public Health Problem, *Journal of Diabetes Research and Clinical Practice*, 50, 577-584.
- Polaski, AL., Tatro, S.E., (2000). *Luckmann's core Principles and Practice of Medical-surgical Nursing*, W.B. Saunders Company.
- Polonsky, W.H., Davis, C.L., Jacobson. A., et al., (1992). Hyperglycemia, Hypoglycemia & Blood Glucose Control in Diabetes, *Diabetic Medicine*, 9,120-125.
- Reeh, H.E., Heibert, B., et al., (1998). Adolescence Health: the Relationship between Health Locus of Control, Beliefs and Behaviors, *Journal of Guidance & Counseling*, 13(53), 7-23.
- Richter, JM., Malkiewicz, J.A., Shaw, D., (1987). Health Promoting Behaviors in Nursing Students, *J Nursing Education*, 26, 367-371.
- Senecal, C., Nouwen, A., White, D., (2000). Motivation and Dietary Self-care in Adults with Diabetes: Are Self-efficacy and Autonomos Self-Regulation Complementary or Competing Constructs? *Health Psychology*, 19(5), 452-457.
- Shwartz, S., (2000). *Abnormal Psychology*, Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Snoek, F.J., Skinner, T.C., (2006). Psychological Aspects of Diabetes Management, *Medicine*, 34, 61-62.
- Strauss, J., Ryan, R.M., (1987). Autonomy Disturbances in Subtypes of Anorexia Nervosa, *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 254-258.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., (1982). Who Is Responsible for Your Health? The Construct of Health locus of Control. In G. S.sanders, J. SWS (Eds). *Social Psychology of Health and Illness*, NJ: frlbaum.
- Wallston, K.A., Wallston, BS., Devellis, R., (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales, *Health Educ Monogr*, 6(2), 160-70.
- White, C.A., (2001). *Cognitive Behavior Therapy for Chronic Medical Problems*, P.P.3-13., New Yourk: Willy & Sons, Ltd.

▶ فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

▶ سال پنجم شماره ۱۹، پاییز ۱۳۸۹

Williams, C., Minicucci, D., Kouides, R., Levesque, Ch., Chrikov, V., Ryan, R., Deci, E., (2002). Self-determination, Smoking, Diet and Health, *Health Education Research*, 17, 512-521.

Williams, C.G., McGregor, H., Sharp, D., Levesque, C., kouides, R., Ryan, R., Deci, E., (2004). Testing a Self-determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control through Diabetes Self-management, *Health Psychology*, 23, 58-66.

