مجله علمی پژوهان

دوره ۱۵، شماره ۱، پاییز ۱۳۹۵

مقاله پژوهشی

صفحات ۹ تا ۱۸

نقش منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی

حمیدرضا صمدی فرد[1*]، نیلوفر میکائیلی[2]

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مشخصات مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۹/۲۴

واژگان کلیدی

منبع کنترل
همجوشی شناختی
کیفیت زندگی
بیماران دیابتی

نویسنده مسئول

حمیدرضا صمدی فرد، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
تلفن: ۰۹۱۴۲۸۶۹۲۲۱
ایمیل: hrsamadifard@ymail.com

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن محسوب می شود و امروزه یکی از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از بیماران، بررسی کیفیت زندگی آن ها است. پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی صورت پذیرفت.

روش کار: روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه بیماران دیابتی نوع دو شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ تشکیل دادند که به روش نمونه گیری در دسترس ۱۱۶ نفر از بیماران دیابتی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها، از مقیاس منبع کنترل راتر (۱۹۶۶)، مقیاس همجوشی شناختی گیلاندرز (۲۰۱۴) و مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) استفاده شد. داده های پژوهش با روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد بین منبع کنترل و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه معناداری وجود دارد (P =۰/۰۰۱ و r=۰/۴۶۷). هم چنین بین همجوشی شناختی و کیفت زندگی بیماران دیابتی همبستگی معناداری وجود دارد (P =۰/۰۰۱ و r = -۰/۳۴۶). ضرایب بتا نیز نشان داد که منبع کنترل درونی ۰/۴۶ (P= ۰/۰۰۱) و همجوشی شناختی -۰/۳۱ (P =۰/۰۰۱) به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین می کنند.

نتیجه گیری: در مجموع می توان بیان نمود که منبع کنترل و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بودند و توانایی پیش بینی آن را دارند.

مقدمه

دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری ها محسوب می شود [۱، ۲]. بیماری دیابت یکی از شایع ترین اختلالات غدد درون ریز می باشد که سالانه بیش از ۱۰۰ میلیون نفر را مبتلا می کند و هفتمین علت شناخته شده مرگ است [۳]. این بیماری در کشورهای در حال توسعه به سرعت رو به افزایش است[۴]. در حال حاضر، بیش از سه میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند که طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، چنان چه اقدامات مؤثری در این زمینه صورت نپذیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت [۵]. مرکز تحقیقات غدد اصفهان شیوع دیابت را در کل جمعیت ۲ تا ۳ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورد کرده است [۶،۷]. میزان شیوع دیابت را معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی کشور ۳/۲ درصد گزارش کرده است [۸]. حدود ۱۱ درصد ایرانی ها به این بیماری مبتلا هستند و برآورد می شود این آمار در سال های آتی دو برابر شود [۹]. تخمین زده شده که این میزان از ۱۷۱ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید [۱۰]. دیابت نوع دو نیز به صورت سه ناهنجاری پاتولوژیک اختلال در ترشح انسولین، مقاومت محیطی به انسولین و تولید بیش از حد گلوکز کبدی مشخص می شود [۱۱]. عوارض دیابت سبب کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می شود [۱۲]. با توجه به عوارض متعدد، این بیماری درمان مناسبی را می طلبد.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

در حقیقت درمان دیابت نوع دو یک چالش است [۱۳]. درمان های قابل دسترس برای دیابت نوع دو شامل تغییر سبک زندگی با ورزش، تغذیه و داروهای خوراکی انسولین می باشد [۱۵،۱۴].

زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت می کند و از بیمار بودن خود احساس نارضایتی ندارد، انرژی بیشتری برای مراقبت از خود خواهد داشت که این امر باعث بهبود کیفیت زندگیش می شود[۱۶]. کیفیت زندگی دارای ابعاد مختلف فیزیکی، روانی و اجتماعی است که پهنه وسیعی از زندگی فرد را در بر می گیرد[۱۷]. مفهوم کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی، بهزیستی اجتماعی، ذهنی و فیزیکی عنوان شده است و به این معنی کیفیت زندگی، ادراک فرد از سلامت خودش به طور کلی، مطابق با مقتضیات فرهنگی، سیستم ارزشی، اهداف، انتظارات و علایقش است و توضیح می دهد که چرا افراد با شاخص های عینی مشابه از کیفیت زندگی می توانند شاخص های ذهنی کاملا متفاوتی داشته باشند [۱۸]. کیفیت زندگی در حوزه پزشکی عبارت است از عواملی که بر سبک زندگی سالم تاثیر می گذارد [۱۹]. کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که تمامی ابعاد آن وابسته به یکدیگر می باشند [۲۰]. کیفیت زندگی به معنای ادراک از وضعیتی که افراد در آن زندگی می کنند تعریف شده است [۲۱]. مطالعات نشان داده اند که نوع دیابت و درمان آن، با کیفیت زندگی بیماران مبتلا ارتباط ندارد، بلکه بیماران با کنترل و مدیریت مناسب قند خون، می توانند کیفیت زندگی بهتری را تجربه نمایند [۲۲]. بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علایم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد. طبق نظر انجمن دیابت آمریکا یکی از بیماری های مزمن که سبب بروز مشکلات جسمی–روانی در افراد می شود، دیابت شیرین است [۲۳]. افراد دیابتی در مقایسه با افراد غیر دیابتی، دارای پایین ترین کیفیت زندگی هستند، اما این پیامد به نسبت افرادی که دچار سایر بیماری های مزمن با عوارض شدید و جدی هستند، وضعیت بهتری دارد [۲۴]. عوارض و مشکلات مزمن ناشی از دیابت، تأثیر به سزایی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت دارد و این امر می تواند بر شرایط اقتصادی بیماران مبتلا، خانواده و جامعه مؤثر باشد [۲۵]. غفّارزادگان و همکاران (۲۰۱۳) به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی کلی با متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و عوارض دیابت رابطه معناداری دارد [۲۶]. نتایج تحقیقی نشان داد که شدت افسردگی در بیماران دیابتی بیشتر از سایر افراد است [۲۷]. هم چنین نتایج مطالعه دیگری نشان داد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به عوارض مزمن دیابت در سطح متوسط می باشد [۲۸].

یکی از سازه های روانشناختی که می تواند در کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیر گذار باشد منبع کنترل است. این سازه در بسیاری از حوزه های روانشناسی، از سلامت جسمی گرفته تا پیشرفت و هیجان به کار بسته شده است [۲۹.] منبع کنترل نخستین بار توسط راتر (۱۹۶۶) در راستای نظریه بادگیری اجتماعی مطرح شد [۳۰.] منبع کنترل عبارت است از باور کلی و پایدار فرد به مهارپذیری نتایج و پیامد زندگی. منبع کنترل، به اعتقاد افراد در مورد چگونگی کنترل محیط اشاره دارد] ۳۱.] افراد با منبع کنترل درونی بر این باورند که خودشان می توانند رویدادهای زندگی را شکل دهند، در حالی که افراد با منبع کنترل بیرونی براین باورند که حوادث و رویدادها توسط سرنوشت، شانس و بخت و اقبال یا توسط منبع بیرونی قدرت کنترل می شوند. از دیدگاه راتر (۱۹۶۶) منبع کنترل یک انتظار تعمیم یافته است. او معتقد است که افراد با منبع کنترل درونی به طور کلی از افراد با منبع کنترل بیرونی سازگارتر هستند [۲۹]. پژوهش ها نشان داده اند که افراد با منبع کنترل درونی ارزش بیشتری برای مهارت ها و پیشرفت های خود قایل اند و نسبت به نشانه های محیطی که برای هدایت رفتار خود به کار می برند هوشیارتر هستند. هم چنین افرادی که موضع کنترل بیرونی دارند این طور تصور می کنند که تقویت ها توسط عوامل بیرونی کنترل می شوند و دریافت تقویت آن ها وابسته به مردم دیگر و تقدیر است [۳۲و۳۳]. (۱۹۸۲) Lefcourt مشخص کرد افرادی که منبع کنترل درونی دارند مهارت های سازش یافته تری در رابطه با اجتماع دارند [۳۴]. یافته های (۲۰۰۲) Ashbyنشان داد افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، خود را دارای کنترل بیشتری در زندگی می دانند و مسئولیت بیشتری در جهت دادن به زندگی خود احساس می کنند [۳۵]. منبع کنترل درونی با سلامت عمومی و سلامت روانشناختی، ارتباط مستقیم دارد. هم چنین افراد با منبع کنترل درونی، رضایت مندی بیشتری از زندگی را گزارش می دهند [۳۶]. نتایج تحقیق دیگری نشان داد که افراد با منبع کنترل درونی سازگاری روانشناختی بهتری را نشان می دهند [۳۷]. هم چنین منبع کنترل می تواند در بهبود زندگی، سلامت روانی و ارتقای رفتارهای بهداشتی افراد مؤثر باشد [۳۸]. یکی دیگر از عواملی که می تواند در کیفیت زندگی بیماران دیابتی تاثیر گذار باشد همجوشی شناختی است. همجوشی شناختی یک فرایند کلیدی است که انعطاف پذیری روانی را تهدید می کند [۳۹]. منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می کند[۴۰]. همجوشی شناختی مفهومی شناختی و اجتماعی است و چنان شخص را گیج می کند که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیستند [۱۹ و ۴۱]. نتایج تحقیق Gillanders و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که همجوشی شناختی با اختلالات روانی مرتبط است. افرادی که همجوشی شناختی در آن ها بالا باشد بیشتر مستعد اختلالات روانی خواهند بود [۴۰].(۲۰۱۴) Ines and Trindade در بررسی تاثیر همجوشی شناختی مربوط به تصویر بدن با آسیب شناسی روانی خوردن، در یک نمونه ۳۴۲ نفری از بیماران، به این نتیجه رسیدند که همجوشی شناختی در درمان آسیب شناسی روانی غذا خوردن و نارضایتی از بدن اهمیت دارد [۴۲]. در پژوهشی که زارع (۲۰۱۴) در ایران با عنوان هنجاریابی مقیاس همجوشی شناختی انجام داد به این نتیجه رسید که مقیاس همجوشی شناختی از روایی و پایایی برخوردار است و می توان از آن برای بررسی همجوشی شناختی استفاده کرد [۴۱]. نتایج تحقیقات دیگری در ایران نشان داده است که هرچه قدر همجوشی شناختی در افراد بالا باشد، احتمال مبتلا شدن به افسردگی و اضطراب در آن ها بیشتر خواهد شد [۴۴،۴۳]. با توجه به مطالب گفته شده و از آنجایی که در جامعه امروزی قشر وسیعی از افراد دچار بیماری دیابت می شوند، پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی، هم چنین پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی انجام پذیرفت.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

روش کار

روش اجرای پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان امام خمینی اردبیل بین ماه های دی و بهمن در سال ۱۳۹۴ بودند که بر اساس جدول کرجسی و مورگان و متناسب با حجم جامعه (N =۱۶۵) [۴۵]، ۱۱۶ نفر به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. به این صورت که پرونده ی پزشکی بیماران فوق استخراج و سپس از طریق تماس تلفنی نشانی بیماران گرفته شد و با مراجعه به محل زندگی و کار بیماران، مقیاس در اختیارشان قرار داده شد. به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، بیماران با رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص بیماری دیابت نوع دو توسط پزشکان متخصص، داشتن سابقه ی دیابت نوع دو به مدت حداقل یک سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به طوری که قادر به پاسخ گویی به سوالات مقیاس ها باشند، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال. معیارهای خروج نیز عبارت بودند از: ابتلا به بیماری های مزمن و پر خطر دیگر نظیر سرطان و بیماری های قلبی و ریوی، ابتلا به بیماری های روانپزشکی و روانی شدید دیگر. لازم به ذکر است به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، بیماران با رضایت آگاهانه به مقیاس ها پاسخ دادند.

مقیاس منبع کنترل، این مقیاس توسط راتر (۱۹۶۶) ساخته شده است. وی این مقیاس را به منظور ارزیابی منبع کنترل تهیه کرد که به سنجش برداشت و ادراک فرد از منبع کنترل می پردازد[۳۱]. این مقیاس یک مقیاس خود سنجی است که شامل ۲۹ سوال است. برای نمره گذاری مقیاس به گزینه الف: نمره ۱ و گزینه ب: نمره ۰ تعلق می گیرد. سوال های ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۲ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. به این صورت که اگر آزمودنی قسمت الف سوال های ۲، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۸، ۲۹ را پاسخ داده باشد و قسمت ب سوال های ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۲، ۲۶ را مشخص کرده باشد برای هر مورد یک نمره تعلق می گیرد. ۶ سوال (۱، ۸، ۱۴، ۱۹، ۲۴، ۲۷) به صورت خنثی است که هدف ارزیابی را برای پاسخ دهنده پوشیده نگه می دارند. دامنه نمرات این مقیاس بین ۰ تا ۲۳ خواهد بود. نمره پایین نشان دهنده منبع کنترل درونی است. آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۷۸گزارش شده است [۴۶]. در مطالعه ولی نوری (۱۹۹۵) ضریب پایایی این مقیاس۰/۷۰ و در مطالعه عزیزی مقدم و عباس زاده (۲۰۱۰) ۰/۷۲ گزارش شد. هم چنین روایی این مقیاس با استفاده از روایی ملاک هم زمان با منبع کنترل نویکی استریکلندر ۰/۳۹ به دست آمد [۴۸،۴۷]. در این پژوهش ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۴ به دست آمد.

مقیاس همجوشی شناختی؛ این مقیاس توسط گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) تهیه شده و دارای ۷ سوال در طیف لیکرت ۷ درجه ای (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) می باشد [۴۹]. در نمره گزاری نسخه فارسی مقیاس، نمره ۱ برای همیشه درست، نمره ۲ برای تقریبا همیشه درست، نمره ۳ برای اغلب درست، نمره ۴ برای گاهی اوقات درست، نمره ۵ برای به ندرت درست، نمره ۶ برای خیلی به ندرت درست و نمره ۷ برای هرگز درست نیست، تعلق می گیرد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۴۹ خواهد بود. روایی و پایایی مقیاس توسط سازندگان آن تایید شده است [۴۹]. در ایران نیز در پژوهش زارع (۲۰۱۴) روایی مقیاس تایید شده و ضریب پایایی برای مقیاس همجوشی شناختی ۰/۷۶ به دست آمد [۴۱]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی؛ این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه های فرم ۱۰۰ سوالی این مقیاس ساخته شد [۵۰]. مقیاس دارای ۲۶ سوال و در طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره گذاری می شود. ۲۴ سوال برای سنجش زیر مقیاس های سلامت جسمی (۷ سوال)، سلامت روان (۶ سوال)، سلامت رابطه اجتماعی (۳ سوال)، سلامت محیط (۸ سوال) و ۲ سوال برای سنجش کیفیت و سلامت عمومی به کار می رود. برای به دست آوردن نمره کلی، نمرات زیر مقیاس ها را با هم جمع می کنیم. دامنه نمرات برای زیر مقیاس های سلامت محیط بین ۸ تا ۴۰، برای سلامت روان ۶ تا ۳۰، سلامت رابطه ۳ تا ۱۵، سلامت جسمی ۷ تا ۳۵ و برای کل کیفیت زندگی بدون احتساب دو سوال مربوط به سلامت عمومی چند روز اخیر بین ۲۴ تا ۱۲۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر است. روایی و پایایی مقیاس توسط سازندگان آن مطلوب گزارش شده است [۵۰]. پایایی این مقیاس در ایران برای زیر مقیاس ها بین ۰/۷۷تا ۰/۸۴ به دست آمد. هم چنین روایی مقیاس نیز تایید شده است[۱۹]. در پژوهش حاضر ضریب پایایی مقیاس بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۱ به دست آمد.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

داده های پژوهش با روشهای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و سطح معنی داری a=۰/۵۰ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

جدول۱. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		میانگین (انحراف استاندارد)	کمینه	بیشینه	تعداد
منبع کنترل		۱۱/۱۸ (۲/۹۲)	۲	۲۳	۱۱۶
همجوشی شناختی		۲۴/۶۸ (۶/۰۵)	۹	۴۸	۱۱۶
مؤلفه های کیفیت زندگی	سلامت محیط	۲۲/۳۸ (۴/۱۴)	۸	۳۸	۱۱۶
	سلامت روان	۱۷/۰۱ (۳/۰۲)	۶	۲۸	۱۱۶
	رابطه اجتماعی	۹/۳۱ (۲/۱۳)	۴	۱۴	۱۱۶
	سلامت جسمی	۱۹/۶۹ (۳/۸۵)	۹	۳۴	۱۱۶
کیفیت زندگی کل		۶۸/۳۹ (۱۳/۱۴)	۲۳	۱۰۹	۱۱۶

جدول یک اطلاعات مربوط به آمار توصیفی متغیرهای منبع کنترل، همجوشی شناختی و کیفیت زندگی را نشان می دهد.

جدول ۲. ضریب همبستگی منبع کنترل و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی

متغیر	آماره	سلامت روان	سلامت اجتماعی	سلامت جسمی	کیفیت زندگی	سلامت محیط
منبع کنترل	ضریب پیرسون	۰/۳۹۵	۰/۳۸۸	۰/۵۴۸	۰/۴۶۷	۰/۵۳۳
همجوشی شناختی	ضریب پیرسون	-۰/۲۹۳	-۰/۴۵۰	-۰/۳۱۲	-۰/۳۴۶	-۰/۳۳۷

طبق نتایج جدول فوق بین منبع کنترل و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی و مولفه های آن رابطه معناداری وجود دارد.
در گام آخر برای پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بر اساس منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی از نمره کل کیفیت زندگی (جمع زیر مقیاس ها) استفاده شد.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد منبع کنترل و همجوشی شناختی در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی

مدل	SS	df	MS	F	p
رگرسیون	۵۹۴۸/۵۲۱	۲	۴۷۷۴/۲۶۱	۳۹/۴۱۸	۰/۰۰۱
باقیمانده	۱۳۶۸۶/۳۷۳	۱۱۳	۱۲۱/۱۱۸		
کل	۲۳۲۳۴/۸۹۴	۱۱۵			
متغیرهای پیش بین	ضرایب غیراستاندارد	ضرایب استاندارد	R	R^2	ARS
	B	BETA	P		
	SE		T		
Constant	۴۸/۶۳۳	–	۰/۰۰۱	۰/۴۱۱	۰/۴۰۱
	۴/۷۱۳		۱۰/۳۱۸		
منبع کنترل	۱/۲۲۱	۰/۴۶۶	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱	
	۰/۲۰۰		۶/۰۹۶		
همجوشی شناختی	-۰/۱۴۱	-۰/۳۱۴	۰/۰۰۱		
	۰/۰۳۴		-۴/۱۰۶		

نتایج جدول فوق نشان می دهد که با استفاده از رگرسیون چندگانه ۰/۴۱کیفیت زندگی بیماران دیابتی توسط متغیرهای پیش بین تبیین می شود. هم چنین f به دست آمده معنی دار است. این مطلب نشان می دهد که حداقل یکی از متغیرهای پیش بین (منبع کنترل و همجوشی شناختی) در پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی معنی دار است. هم چنین با توجه به ضرایب بتای جدول فوق معلوم می شود که منبع کنترل ۴۶/۰ و همجوشی شناختی ۰/۳۱ – به شکل معناداری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را تبیین می کنند.

بحث

نتایج کلی پژوهش حاضر نشان دهنده وجود روابط بین متغیرهای منبع کنترل و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. به این صورت که بین منبع کنترل با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار و بین همجوشی شناختی با کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود داشت. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس متغیرهای پیش بین جهت پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد منبع کنترل و همجوشی شناختی قابلیت پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را دارند.

همان طور که ذکر شد، نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین منبع کنترل با کیفیت زندگی همبستگی معناداری وجود دارد. در تبیین نتیجه به دست آمده، افراد با منبع کنترل بیرونی براین باورند که حوادث و رویدادها توسط سرنوشت، شانس و بخت و اقبال یا توسط منبع بیرونی قدرت کنترل می شوند، در حالی که افراد با منبع کنترل درونی بر این باورند که خودشان می توانند رویدادهای زندگی را شکل دهند. بر همین اساس بیمارانی که منبع کنترل در آن ها درونی بود دارای کیفیت زندگی بهتری بودند. لفکورت (۱۹۸۲) مشخص کرد افرادی که منبع کنترل درونی دارند مهارت های سازش یافته تری در رابطه با اجتماع دارند [۳۴]. بیمارانی که منبع کنترل در آن ها درونی باشد، دارای کیفیت زندگی مطلوب تری خواهند بود و بیمارانی که منبع کنترل در آن ها بیرونی باشد، دارای کیفیت زندگی نامطلوبی خواهند بود. به عبارت دیگر، هرچه بیماران بیشتر بر این باور باشند که مسئول اعمال و رفتار خودشان هستند و موفقیت و شکست آنان نتیجه عملکرد خودشان است نه نتیجه شانس و اقبال و قدرت مردم دیگر، مشارکت و عملکرد بهتری در درمان بیماری خود خواهند داشت. راتر (۱۹۶۶) منبع کنترل را عبارت از انتظار کلی فرد از نتایج یک رویداد می داند که یا در درون و یا در فراسوی (بیرون) کنترل و فهم شخصی وی (درون) وجود دارد [۵۱]. منبع کنترل فرد بسیار مهم است و بر عملکردهای زندگیش اثر می گذارد[۵۲]. افرادی که منبع کنترل در آن ها درونی باشد، کنترل بیشتری به زندگی خود دارند [۳۵]. این به معنی آن است که منبع کنترل درونی بر خلاف منبع کنترل بیرونی، باعث بهبود کارایی شخصی می شود. اما در یافته های دیگر در رابطه با منبع کنترل، نتایج تحقیق نسیمی (۲۰۱۰) نشان داد که بین کیفیت زندگی و منبع کنترل رابطه معناداری وجود دارد. افرادی که منبع کنترل درونی داشتند از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار بودند [۵۳]. می توان نوعی همسویی

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

در پژوهش حاضر و پژوهش نسیمی (۲۰۱۰) به دست آورد. البته ذکر این نکته ضروری است که نمونه مورد بررسی دو تحقیق از جامعه متفاوت بوده است. شعبانی بهار و همکاران (۲۰۱۰) به این نتیجه رسیدند که بین منبع کنترل و سلامت عمومی افراد ورزشکار و غیر ورزشکار تفاوت معناداری وجود دارد. افراد ورزشکاری که از منبع کنترل درونی برخوردار بودند نسبت به غیر ورزشکاران از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار بودند [۵۴]. نتایج تحقیق اصغری و همکاران (۲۰۱۳) نیز نشان داد بین نگرش مذهبی و منبع کنترل رابطه معناداری وجود دارد. افراد دارای منبع کنترل درونی دارای نگرش مذهبی قوی تری نسبت به افراد دیگر بودند در مقابل افرادی که منبع کنترل بیرونی در آن ها غالب بود دارای نگرش های مذهبی ضعیف تری بودند [۵۵] .نتایج پژوهش حاضر همسو با تحقیقات دیگر اهمیت منبع کنترل را در بهبود کیفیت زندگی اثبات می کند. بیمارانی که منبع کنترل در آن ها درونی باشد بهتر می توانند با بیماری خود کنار بیایند و همین امر باعث بهبود کیفیت زندگی آنان خواهد شد. نتایج این پژوهش نشان می دهد که در نظر گرفتن منبع کنترل در برنامه های آموزشی و مداخلات روان شناختی، می تواند در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد. بنابراین یافته های پژوهش حاضر را می توان در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی به کار بست.

متغیر دیگر پژوهش، همجوشی شناختی بود. نتایج نشان داد بین همجوشی شناختی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی رابطه منفی معناداری وجود دارد. بر اساس یافته های این پژوهش بیمارانی که همجوشی شناختی در آن ها بالا بود، دارای کیفیت زندگی نامطلوبی بودند و بیمارانی که همجوشی شناختی در آن ها ضعیف بود، دارای کیفیت زندگی بهتری بودند. در همجوشی شناختی فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار می گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا کند. همجوشی شناختی یک فرایند کلیدی است که انعطاف پذیری روانی را تهدید می کند. در پژوهشی، گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) به این نتیجه رسیدند که همجوشی شناختی با اختلالات روانی مرتبط است. افرادی که همجوشی شناختی در آن ها بالا باشد، مستعد اختلالات روانی خواهند بود. نتایج تحقیق دیگری نشان داد که بین همجوشی شناختی و کیفیت زندگی رابطه منفی معناداری وجود دارد [۱۹]. هر چه قدر همجوشی شناختی در افراد بالا باشد، کیفیت زندگی تضعیف می شود. علاوه بر این بین همجوشی شناختی با افسردگی رابطه مثبت معناداری وجود دارد. این به معنای این است که هر چه قدر همجوشی شناختی در افراد بالا باشد، بیشتر مستعد افسردگی خواهند بود و هرچه قدر پایین باشد، افراد کمتر احتمال دارد دچار افسردگی شوند [۴۳]. استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و محدود بودن به بیماران دیابتی شهر اردبیل از محدودیت های پژوهش حاضر میباشد. در مجموع با توجه به اهداف پژوهش حاضر، نتایج نشان داد بین منبع کنترل و همجوشی شناختی با کیفیت زندگی بیماران دیابتی همبستگی معناداری وجود دارد.

نتیجه گیری

در نهایت قسمت آخر نتایج نشان داد منبع کنترل و همجوشی شناختی قابلیت پیش بینی کیفیت زندگی بیماران دیابتی را دارند. هر چه قدر منبع کنترل در بیماران درونی و هم چنین همجوشی شناختی نیز پایین باشد، کیفیت زندگی بیماران بهبود خواهد یافت. در حالت کلی می توان اینگونه نتیجه گرفت که منبع کنترل بیماری و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی بودند و توانایی پیش بینی آن را دارند. بنابراین نتایج پژوهش حاضر را می توان در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی به کار بست. با توجه به محدودیت های ذکر شده، پیشنهاد می شود در تحقیقات دیگر از روش نمونه گیری تصادفی بهره گرفته شود و چنین پژوهشی در دیگر شهرها صورت گیرد تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد.

تشکر و قدردانی

از تمامی بیماران و پرسنل بیمارستان امام خمینی اردبیل که در پژوهش حاضر همکاری های لازم را انجام دادن کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچ گونه تضاد منافعی برای نویسندگان نداشته است.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

REFERENCES

1. Hatmlouy Saadabadi M. Role of health locus of control and causal trends in self-care for people with diabetes type II. Master Thesis. University of Tabriz. 2009. (Persian)
2. Mahmoud Alilou M, Asbaghi M, Narimani M, Agamohammadzadeh N. Relationship between personality characteristics with self- care behavior and consequences of treatment in patients with diabetes. Iranian Journal of Psychiatric Nursing. 2014; 2(3): 77-85. (Persian)
3. Day C, Baily CJA. Diabetologist's herbal, current medicine literature in diabetes. Roy Soc Med. 1998; 31: 5-10.
4. Hashemi N, Souri A, Ashoori J. The relationship between social capital and psychological hardiness with general health of patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(1): 43-53. (Persian)
5. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavary A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired fasting glucose in the adult population of Iran: The national Survey of risk factors for Non-Communicable Disease of Iran. Diabetes Care. 2008; 31(1): 96-98. PMID:17921357.
6.Tol A, Sharifirad GH, Eslami A. Hojaeizadeh D, Alhani F, Mohajeritehrani M. Analysis of Some Predicting Factors of Quality of Life among Patients with type II Diabetes. Journal of education and health promotion. 2015; 4 (9): PMC4355823.
7. Mahdi Hazaveh A, Delavari A. Diabetes of prevention and control. Tehran: Deputy of Health. 2004. (Persian)
8. Deputy of Health, Deputy for Research and Technology. National health situation states. Tehran. Tabalwor Publication. 2003.
9. Darvishi S, Farhadi M, Roozbahani M. Comparison of personality traits in patients with type II diabetes and healthy individuals. Journal of Diabetes Nursing. 2016; 4(1): 31-42. (Persian)
10.Vanschoonbeek K, Thomassen BJW, Senden JM, Wodzig WK, Van Loon LJ. Cinnamon supplementation does not improve glycemic control in postmenopausal type II diabetes patients. The Journal of nutrition. 2006; 136(4): 977-980. PMID:16549460.
11. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes: estimate for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes care. 2004; 27(5): 1047-1053. PMID:15111519
12. Shirali M, Madmoli Y, Roohafza J, Karimi K, Baboli bahmaei A, Ertebati SH. Improvement diagnosis of diabetes using a combination of sugeno fuzzy inference systems and firefly algorithms. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2017; 15(3): 172-176. (Persian)
13. Xie W, Zhao Y, Zhang Y. Traditional Chinese medicine in treatment of patients with type II diabetes mellitus. Evid Based Complement Alternat Med. 2011; 726723. PMCID:PMC3092648
14. Chao M, Zou D, Zhang Y, Chen Y, Wang M, Wu H, et al. Improving insulin resistance with traditional Chinese medicine in type II diabetic patients. Endocrine. 2009; 36(2): 268-274. PMID: 19728183
15. Mirfeizi M, Mehdizadeh Tourzani Z, Mirfeizi Z, Asghari Jafarabadi M, Rezvani HR, Shoghi M. Effects of cinnamon on controlling blood glucose and lipids in patients with type II diabetes mellitus: A double blind, randomized clinical trial. Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2014; 57(3): 533-541. (Persian)
16. Ragonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. Diabetes Care. 1998; 11(3): 417-422.
17. Kamali M, Ostadhashemi L, Khalvati M, Norozi S, Nafei A. Quality of life of the physically disabled: A systematic review. Pajouhan Scientific Journal. 2013; 12(1): 27-35. (Persian)
18. Castro EK, Ponciano C, Meneghetti B, Kreling M, Chem C. Quality of life, self-efficacy and psychological well-being in Brazilian adults with cancer: A longitudinal study. Social Sciences and Humanities. 2012; 3(4): 304-309.
19. Samadifard HR. The relationship between self-compassion and cognitive fusion with quality of life among students. The international congress of psychology. Iran, Tehran. 2016. (Persian)
20. Maghsoudi M, Mohammadi Bavariani F, Salim S, Nejad Haghighi E, Arabi H, et al. The association between health promoting behaviors and quality of life in the elderly people of Ewaz, 2014-2015. Journal of Navidno. 2016; 18(60): 16-23. (Persian)
21. Mojtahedi M, Ashoori A. The role of personality traits and family communication patterns in prediction of quality of life among nurses of Shahid Mofatteh and 15 Khordad hospitals in Varamin city, 2015. Pajouhan Scientific Journal. 2016; 14(3): 20-29. (Persian).
22. Cezaretto A, Siqueira-Catania A, Risso De Barros C, Pericles Salvador E, Cavalierf D, Ferreira SR. Benefits

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]
[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

on quality of life concomitant to metabolic improvement in intervention program for prevention of diabetes mellitus. Quality of life research. 2012; 21(1): 105-113. PMID:21538199

23-Ebrahimi H, Sadeghi M, Bazghaleh m.Relationship between quality of life dimensions and self-efficacy and some related factors in patients with type 2 diabetes. Journal of Research Development in Nursing and Midwifery. 2014; 11(2): 45-52. (Persian).

24. Minet L, Mohler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J. Mediating the effect of self-care management intervention in type II diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. Patient education and counseling. 2010; 80(1): 29-41. PMID:19906503

25. Massi-Benedetti M. The cost of Diabetes Type II in Europe. The CODE-2 Study. Diabetologia. 2002; 45(7): 1-4. PMID:12136404

26. Ghafarzadegan R, Masror D, Parvizy S, Khamse ME, Haghani H. Quality of life in patients with type II diabetes. Journal of Payesh. 2013; 12(5): 489-495. (Persian)

27. Hosseini J. Survey of depression rate among diabetic patients with type II of diabetes in the educational therapeutic center of Amol City. M.Sc. Dissertation. Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute. 1994; 99-101. (Persian)

28. Monjamed Z, Ali Asgharpour M, Mehran A, Peymani T. Quality of life in patients with chronic complications of diabetes. Journal of Hayat. 2006; 12(1): 55-66. (Persian)

29. Scaglia O. Homelessness and helplessness, correlating learned helplessness, locus of control, and perceived social support with chronic homelessness. A dissertation present in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy in the Capella University. 2008.

30. Barzegarbafrooei K, Arbabi Y. The relationship between locus of control internal- external and job stress with job satisfaction of teachers and staff in special schools, city of Iranshahr. Journal of Exceptional Education. 2015; 1(129): 15-24. (Persian)

31. Rotter JB. Generalized expectancies of internal versus external control of Reinforcement. Psychological Monogrphs. 1966.

32. Firs E, Trawl J, Timothy J. Clinical psychology: Concepts, methods and practice. Fyrozbakht M, Bahari S. 4th ed. Tehran, Roshd. 2002: 150-220. (Persian)

33. Esmaelzade A. Investigating control center of male and female in the condition stress. MA. Dissertation. Rodehen: Islamic Azad University. 2008: 39-45. (Persian).

34. Lefcourt HM. Locus of control: Current trends in theory and research (2nd). Hllsdale, NJ: Erlbum. 1982.

35. Ashby S, Kottman T, Darper K. Social interest and locus of control, relationships and implication. The Journal of individual psychology. 2002; 58(1).

36. Kirkcaldy D, Shepard J, Furnham F. The influence of type a behavior and locus of control upon job satisfaction and occupational health. Personality and individual differences. 2002; 33: 1361-1371. http://doi.org/10.1016/S0191-8869(02)00018-1

37. Harris C, Linda O, Pamela M. Situation and Personality correlates of psychological Well-Being: Social Activity and personal Control. Journal of research in personality. 1995; 29(4): 395-417. https://doi.org/10.1006/jrpe.1995.1023

38. Langer EJ, Rodin J. The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. Journal of personality and social psychology. 1976; 34(2): 191-198. PMID:1011073

39. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. Behaviour research and therapy. 2006; 44(1): 1-25. PMID:16300724

40. Gillanders DT, Sinclair AK, MacLean M, Jardine K. Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. Journal of contextual behavioral science. 2015; 4: 300-311. http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.003

41. Zare H. Standardizing of the social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model. Social Psychology Research 2014; 15(4): 16- 28. (Persian).

42. Ines A, Trindade CF. The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. Eating behaviors 2014; 15 (1): 72-75. PMID:24411754

43. Samadifard HR. The Relationship between Cognitive Fusion and Depression in Spouses. Journal of management and social studies. 2016; 3(7): 147- 153.

44. Samadifard HR. The relationship between cognitive fusion with social anxiety among spouses. 3rd conference on psychology, educational sciences and lifestyle with international approach. Iran, Mashhad. 2016. (Persian)

45. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است .

research activities. Educational and Psychological Measurement. 1970; 30: 607-610. http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001316447003000308

46. Chalvin VG, Kalichman SC. Work related stress and occupational burnout in aids caregivers' test of a coping model aids care. Aids Care. 2000; 12(2): 149-161. DOI: 10.1080/09540120050001823

47. Vali Noori A, Saif AA. The relationship between source of internal-external control and behavior patterns of type A and type B with suicidal thoughts. Psychological Research. 1995; 6: 24-37. (Persian)

48. Azizimoghadam A, Abbaszade M. Investigation of the relationship between Mahabad city schools' organizational health and focus of control. Daneshvar (Raftar) /Education and Society. 2010; 7(42). (Persian)

49. Gillanders D, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, et al. The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. Behavior therapy. 2014; 45(1): 83-101. PMID: 24411117

50. WHOQOL Group. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. 1996.

51. Masoudnia A. Investigation of the relationship between focus of control and opposing strategies in Yazd University students. Psychological Studies. 2007; 3 (4): 123-142. (Persian)

52. Mohseni Taklu M, Rezai M, Kalantari M, Tabatabaei M. The role of locus of control and personality dimensions in the prediction of job satisfaction of occupational therapists employed in Tehran governmental organizations. Research in Rehabilitation Sciences. 2012; 8(4): 1-11. (Persian)

53. Nasimi P. Comparison of emotional intelligence, focus of control and quality of life in the general population and addicts referring to addiction recovery center city Boyer Ahmad. Master's thesis, Islamic Azad University of Shiraz, Faculty of Education and Psychology. 2010. (Persian)

54. Shabani GR, Yalfani A, Qarlaqy S. The relationship between locus of control (LOC) and general health (GH) in athletes and non – athlete Male students in Tehran university. Journal of sport managment. 2010; 2(7): 43-60. (Persian)

55. Asghari F, Kurd Mirza E, Ahmadi L. The relationship between religious attitudes, locus of control and tendency to substance abuse in university students. Journal of Research on Addiction. 2013; 7(25). (Persian)

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

Pajouhan scientific journal

Vol 15, No 1, Autumn 2016

Research Article

pages 9 to 18

The Role of Locus of Control and Cognitive Fusion in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients

Hamid Reza Samadifard[1]*, Niloufar Mikaeili[2]

1. MA Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Art. details

Received: 14 Aug. 2016

Accepted: 14 Dec. 2016

keywords

Diabetes
Selfesteem
Resilience
Quality of life

Corresponding author

Hamid Reza Samadifard, MA Student of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran

Tel: +989142869221

E-mail: hrsamadifard@ymail.com

Citation

Samadifard HR, Mikaeili N. [The Role of Locus of Control and Cognitive Fusion in the Prediction of Quality of Life in Diabetic Patients]. Pajouhan Scientific Journal. 2016;15(1): 9-18

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the chronic illnesses and nowadays one of the most important methods for evaluation of treatment and care is to assess the quality of life. This study aimed to investigate the role locus of control and cognitive fusion in the prediction of quality of life in diabetic patients.

Methods: The study was based on a descriptive correlation method. Statistical population consisted of all patients with type 2 diabetes in Ardabil city in 2015. 116 diabetic patients were selected as the statistical sample using the convenience sampling. Data were collected through Rotter's locus of control scale (1966), Gillanders cognitive fusion scale (2014) and the world health organization quality of life Scale (1996). Research data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression methods.

Results: The results showed that there is a significant relationship between locus of control and quality of life in diabetic patients (r= 0.467, P=0.001). Also there is a significant relationship between cognitive fusion and quality of life in diabetic patients (r= -0.346, P=0.001). Beta coefficients for predictor variables indicated that, locus of control 0.46 (P=0.001) and cognitive fusion -0.31 (P=0.001) have significantly predictive capability of quality of life in diabetic patients.

Conclusion: Hence, it can be concluded that, locus of control and cognitive fusion are considered as the variables related to quality of life in diabetic patients and have predictive capability of it.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-21]

[DOI: 10.21859/psj-15012]

© 2017 Pajouhan Scientific Journal. All right reserved