ارتباط کارآمدی فردی و باورهای بهداشتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲

فریبا برهانی: [*] استادیار، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری ـ مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
عباس عباس زاده: دانشیار، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری ـ مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
مژگان تائبی: کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری ـ مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
سیمین کهن: مربی، گروه داخلی ـ جراحی، دانشکده پرستاری ـ مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان

فصلنامه پایش
سال نهم شماره چهارم پاییز ۱۳۸۹ صص ۳۸۳-۳۷۱
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۸/۱۵
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۱۶ آبان ۱۳۸۹]

چکیده

کارآمدی فردی بیماران دیابتی، یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در ادامه درمان و غلبه بر بیماری است. به نظر می‌رسد کارآمدی فردی، ارتباط زیادی با اعتقادات بهداشتی این بیماران داشته باشد.

در این پژوهش، کارآمدی فردی بیماران مبتلا به دیابت و اعتقادات بهداشتی آنان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی تعیین و ارتباط آنان با یکدیگر مورد بررسی قرار گرفته، علاوه بر این هر یک از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی با یکدیگر و با متغیرهای فردی تحلیل شده است. برای تعیین عوامل فردی، کارآمدی فردی و اعتقاد بیماران مورد بررسی از پرسشنامه‌ای که بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی طراحی شد، استفاده گردید.

۴۰۰ بیمار بزرگسال مراجعه کننده به مراکز دیابت شهر کرمان مورد بررسی قرار گرفتند. کارآمدی فردی و اعتقادات بهداشتی بیماران در حد متوسط بود. ارتباط معنی‌دار آماری بین این دو متغیر وجود داشت و عامل تحصیلات بیشترین تأثیر را با اکثر اجزای مدل و با کارآمدی فردی بیماران نشان داد. اکثر اجزای مدل با یکدیگر رابطه معنی‌داری داشتند. ارتباط راهنمای عمل با ابعاد فواید درک شده و موانع درک شده معنی‌دار نبود. برای افزایش کارآمدی فردی بیماران که نتیجه آن افزایش خودمراقبتی آنان است، باید در ایجاد و توسعه اعتقادات مثبت بهداشتی در آنان تلاش کرد. مراقبان سلامت به دلیل ارتباط مداوم با بیماران می‌توانند در ایجاد اعتقادات بهداشتی و کارآمدی فردی بیماران، تأثیر زیادی داشته باشند.

نتایج نشان می‌دهد که بعد راهنمای عمل که به طور غیرمستقیم به نقش کادر بهداشتی ـ درمانی و رسانه‌ها اشاره می‌کند، تأثیر کافی در تقویت اعتقادات بهداشتی ندارد. بررسی بیشتر و انجام اقدامات مرتبط در این زمینه پیشنهاد می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: کارآمدی فردی، اعتقادات بهداشتی، دیابت نوع ۲

[*] نویسنده پاسخگو: کرمان، ابتدای بزرگراه هفت باغ علوی، دانشکده پرستاری ـ مامایی رازی، گروه داخلی ـ جراحی
تلفن: ۰۳۴۱-۳۲۰۵۲۲۰
E-mail: faribaborhani@msn.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

مقدمه

به علت تغییرات ایجاد شده در الگوی بیماری، افزایش امید به زندگی و کاهش میزان موالید، تعداد بیماران مزمن در آینده به طور چشمگیری افزایش خواهد یافت [۱]. طبق تخمین سازمان بهداشت جهانی، بیش از ۱۸۰ میلیون در سراسر دنیا مبتلا به دیابت هستند، که این رقم تا سال ۲۰۳۰ دو برابر می‌شود [۳]. جمعیت دیابتی ایران حدود ۱/۵ میلیون نفر تخمین زده می‌شود و علاوه بر این در مجموع، آمار گردآوری شده نشان می‌دهد که ۲۰ درصد از جمعیت بالای ۳۰ ساله در کشور ایران در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار دارند [۴].

کاهش عوارض در بیماران دیابتی، شامل بیماری کلیوی، عوارض چشمی و قطع اندام تحتانی و کاهش مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی ـ عروقی در افراد دیابتی، به ۳۰۹ مرگ به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر، از برنامه‌های «سلامت برای همه» تا سال ۲۰۱۰ است [۲]. سازمان‌های متولی امر سلامت، بودجه‌های زیادی برای کنترل این بیماری هزینه می‌کنند [۵]. آمار و ارقام تکان دهنده مبتلایان به دیابت و عوارض پیشرفته آن در جهان و ایران گویای نیاز روزافزون به آموزش است[۶].

مدل اعتقاد بهداشتی در دهه ۱۹۶۰ مطرح شد تا به عنوان یک چارچوب برای کشف این نکته که چرا بعضی از افراد با وجود این که بیمار نیستند، رفتارهای پیشگیری از بیماری را انجام می‌دهند و در حالی که بعضی افراد، در انجام رفتارهای پیشگیری کننده با شکست مواجه می‌شوند، استفاده گردد [۷]. این مدل، یکی از وسیع‌ترین دیدگاه‌های روانی ـ اجتماعی برای توضیح رفتارهای مربوط به سلامتی است. در این مدل، فرض بر این است که تمایل فرد با رفتارهای بهداشتی تحت تأثیر این عوامل باشد: الف- درک ذهنی از موانع دریافتی، مثل نگرش منفی بالقوه به یک رفتار بهداشتی ویژه. ب- دریافت فواید انجام عمل بهداشتی. ج- درک شدت، یعنی درک ذهنی از جدیت مواجهه با بیماری. د- استعداد درک شده فرد، یعنی درک ذهنی از خطر مواجهه با اختلال سلامتی. ه- کلیدهایی برای عمل (توصیه‌های بهداشتی) و آخرین جزء تأثیر گذار بر رفتار بهداشتی «کارآمدی فردی»، یعنی اعتماد شخص به توانایی خود برای انجام اعمال توصیه شده است. مطالعات زیادی بر پایه ارتباط بین اعتقادات بهداشتی و رفتارهای بهداشتی بر اساس این مدل که توسط روزن استاک و استرچر (Rosenstock and Strecher) ارائه شده، صورت پذیرفته است [۸]. این مدل چارچوبی برای برانگیختن افراد به سوی رفتارهای مثبت و اجتناب از رفتارهای منفی بهداشتی است [۹]. بر اساس این مدل، رفتار بهداشتی، تحت تأثیر درک شخص از تهدید سلامت وی قرار می‌گیرد [۱۰]. با استفاده از این مدل می‌توان بیمار را با واقعیت مواجه کرد و فواید عمل را به او تأکید نمود و شدت و استعداد درک شده وی را در جهت منطقی هدایت کرد [۱۱].

بسیاری از محققان این مدل را جهت توسعه مداخلات بهداشتی با هدف تغییر رفتار به کار می‌گیرند [۱۲]. در زمینه اعتقادات بهداشتی بیماران مبتلا به دیابت بررسی‌های نسبتاً کمی انجام شده است. در تحقیقی که در سال ۲۰۰۳ توسط ساوکا (Savoca) و همکارانش انجام شد، دلایل عدم کنترل گلوکز توسط دیابتی‌ها بررسی شد. اطلاعات از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته جمع آوری شدند. در این تحقیق، بررسی خصوصیات شرکت کنندگان نگرش‌ها و تجارب آنها در کنترل بیماری دیابت، مؤثر تشخیص داده شد[۱۴]. از مزایای مهم این مدل توجه به مفهوم کارآمدی فردی به عنوان یکی از عوامل تأثیر گذار بر انجام عمل بهداشتی است. مطابق پیش فرض‌های این مدل اشخاص آنگاه در رفتارهای ارتقای سطح سلامت شرکت خواهند جست که سلامت برای آنها ارزش داشته باشد، بیماری برای آنها یک تهدید جدی با عواقب اجتناب ناپذیر باشد و انتظار نتایج مثبت از رفتارهای ارتقای سطح سلامت خود داشته باشند [۱۴].

کارآمدی فردی یکی از اجزای مرتبط با مدل اعتقاد بهداشتی است. این مفهوم توسط باندورا (Bandura) معرفی شد. وی معتقد است کارآمدی فردی و اعتماد شخص در انجام رفتارهای خاص تحت شرایط ویژه با تمایل به خود کنترل کردن ارتباط قوی دارد [۱۵].

مطالعه ارتباط بین باورهای بهداشتی و انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عوارض دیابت در چینی‌های مبتلا به دیابت ملیتوس نشان داد که بین شدت وخامت، موانع و فواید درک شده از بیماری و انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عوارض دیابت ارتباط معنی‌داری وجود دارد [۱۵]. یکی از دلایل عدم موفقیت و حصول نتایج درمانی مطلوب دیابتی، کمبود مشارکت آنان در درمان دیابت است. مطالعات نشان داده است که خودکارآمدی و تهدید درک شده، نقش مؤثری در پیش بینی تغییر رفتار در بیماران دیابتی دارد و استفاده از مدل اعتقادات بهداشتی به منظور پیش بینی و تغییر رفتار بیماران دیابتی مفید است [۱۶]. از این رو، در این مطالعه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

باورهای بهداشتی افراد مبتلا به دیابت نوع دوم در رابطه با کارآمدی رفتارهای خودمراقبتی پیشگیری کننده از عوارض دیابت بررسی شده است. مراقبان سلامت (پزشکان، پرستاران، متخصصان و غیره) با درک صحیح باورهای بهداشتی افراد دیابتی می‌توانند به آنها در جهت بهبود رفتارهای خودمراقبتی در کنترل بیماری کمک کنند.

مواد و روش کار

در این مطالعه جمعیت مورد بررسی بیمارانی بودند که مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند و به دو مرکز تحقیقات دیابت شهر کرمان مراجعه می‌کردند. متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه، علاوه بر متغیرهای جمعیتی، سن، جنس و غیره) پنج متغیر مستقل (فواید، حساسیت، شدت، موانع درک شده و راهنما برای عمل) و یک متغیر وابسته کار آمدی فردی بود که همگی با استفاده از پرسشنامه‌ای ضمن مصاحبه با نمونه‌ها اندازه گیری می‌شد. نمونه گیری با روش در دسترس انجام شد. با مراجعه به مراکز دیابت، به تمام مراجعان پیشنهاد همکاری در طرح داده شد و بیماران در صورت رضایت وارد مطالعه شدند. با توجه به این که مطالعه مشابهی در شهر کرمان صورت نگرفته بود، برای محاسبه حجم نمونه نسبت حداکثر آن یعنی ۵۰ درصد مورد استفاده قرار گرفته و بر این اساس با میزان خطای ۰/۰۵، میزان حجم نمونه مورد نیاز با تقریب مثبت، ۴۰۰ نفر برآورد شد.

اطلاعات مورد نیاز با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته‌ای جمع‌آوری شد که مشتمل بر ۳ بخش: مشخصات فردی، سنجش کارآمدی فردی در کنترل و پیشگیری از عوارض دیابت و سنجش باورهای بهداشتی (در ۵ گروه سؤالات مربوط به فواید درک شده، حساسیت درک شده، موانع درک شده، شدت درک شده و راهنما برای عمل) طبقه بندی شدند. این پرسشنامه مطابق با مدل اعتقاد بهداشتی و با استفاده از پرسشنامه‌های معتبر بین‌المللی و ایرانی، تهیه شد [۱، ۱۵، ۲۸].

برای تعیین میزان‌های مربوط به اعتقادات بهداشتی و کارآمدی فردی از نمره ۱ تا ۵ و برای تعیین ارتباط آنها با متغیرهای فردی و نیز ارتباط بین اعتقادات بهداشتی و کارآمدی فردی از مقایسه میانگین‌ها با استفاده از آزمون t و آنالیز واریانس استفاده گردید. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

برای اطمینان از رعایت موازین اخلاقی در این پژوهش، اقدامات زیر انجام شد: برای جمع‌آوری اطلاعات از مراجع ذی‌ربط، مجوز و معرفی‌نامه اخذ گردید. اهداف پژوهش برای واحدها بیان شد و آنها در رد یا قبول همکاری در پژوهش آزاد بودند. از درج مشخصات واحدهای پژوهش که باعث شناسایی آنها شود، خودداری گردید. برای جلوگیری از تأثیر وضعیت روحی و جسمی واحدهای پژوهش بر نحوه پاسخگویی آنها سعی شد در صورت آمادگی مددجو و مساعد بودن شرایط، مصاحبه انجام شود.

یافته‌ها

چهارصد بیمار مورد بررسی در این پژوهش، همگی مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند که برای ادامه درمان خود به مراکز دیابت مراجعه کرده بودند.

همانطور که جدول شماره ۱ نشان می‌دهد، بیشترین واحدهای مورد پژوهش، زن، متأهل، دیپلم، به ترتیب (۶۷/۵، ۸۱/۳ و ۲۴/۸ درصد) و میانگین سن آزمودنی‌ها ۵۳/۱۱ (انحراف معیار ۱۲/۳۵) بود. متوسط سابقه ابتلا به دیابت در بیماران مورد بررسی، ۸/۵۲ سال با انحراف معیار۶/۹۷، متوسط تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان به علت دیابت، ۲/۰۱ بار با انحراف معیار۱/۴۱ و متوسط تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان به سایر علل، ۳/۲۱ بار با انحراف معیار ۱/۶۱ بود.

بیشتر بیماران (۶۶/۱ درصد) گزارش کردند که شخصاً مراقبت از خود را بر عهده دارند و پس از آن همسر (۱۸ درصد) عهده‌دار مراقبت از بیمار بوده است. در توصیف وضعیت فرد مراقبت کننده بر اساس جنس، موارد زیر قابل توجه بود:

نسبت بیشتری از مردان (۶۲/۵ درصد) توسط همسر خود مراقبت می‌شدند، بیمارانی که خود مسئولیت مراقبت خود را بر عهده داشتند، عموماً زن (۷۳/۲ درصد) بودند و بیمارانی که توسط فرزند خود مراقبت می‌شدند بیشتر زن (۷۶ درصد) بودند.

کار آمدی فردی بیماران مورد بررسی در حد متوسطی بود؛ به طوری که میانگین کارآمدی فردی بیماران مورد بررسی، ۳/۶۷ در دامنه ۱ تا ۵ به دست آمد. ارتباط کارآمدی فردی با تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱)، فرد مراقبت کننده (P=۰/۰۱۳)، وضعیت تأهل (P=۰/۰۳۲) معنی‌دار بوده و بیشترین کارآمدی فردی در بیماران با تحصیلات فوق دیپلم، مجرد و افرادی که توسط همسرشان مراقبت می‌شدند، مشاهده شد. در ضمن ارتباط معنی‌داری بین کارآمدی فردی و جنسیت، تعداد دفعات بستری به دلیل دیابت، تعداد دفعات بستری به دلایل دیگر و سابقه ابتلا به دیابت یافت نشد.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

اعتقاد بهداشتی بیماران مورد بررسی نیز در حد متوسط بود، به طوری که میانگین آن ۳/۰۳ در دامنه ۱ تا ۵ بود. همانطور که در جدول شماره ۲ دیده می‌شود، میانگین نمره کسب شده بیماران در هر یک از اجزای مدل عبارت بود از: فواید درک شده ۳/۱۷، موانع درک شده ۲/۸۰، شدت درک شده ۳/۶۵ و راهنما برای عمل ۱/۷. در بررسی ارتباط این مدل با متغیرهای فردی مشخص گردید که بین این متغیرها با سن (P=۰/۰۲۶) و میزان تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱)، ارتباط معنی‌دار وجود دارد ولی با سایر متغیرهای مورد بررسی، ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد.

بین کارآمدی فردی (میانگین ۳۶/۷۴ و انحراف معیار ۴/۹۶) و اعتقادات بهداشتی (میانگین ۶۹/۶۸ و انحراف معیار ۵/۴۳) در بیماران دیابتی، اختلاف معنی‌دار آماری دو وجود داشت (P<۰/۰۰۰۱، t=۰/۷۳). ارتباط اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، با مشخصات جمعیتی، بدین شرح بود: فواید درک شده با متغیرهایی مثل وضعیت تأهل (P=۰/۰۱۹) و میزان تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱) ارتباط معنی‌دار داشت و با متغیرهای سن، جنسیت، فرد مراقبت کننده، تعداد دفعات بستری به دلیل دیابت، تعداد دفعات بستری به سایر دلایل و سابقه ابتلا به دیابت، ارتباط معنی‌داری نداشت. موانع درک شده با متغیرهای سن، تعداد دفعات بستری به دلیل دیابت، تعداد موارد بستری به سایر دلایل و سابقه ابتلا به دیابت، جنسیت، وضعیت تأهل و فرد مراقبت کننده نیز ارتباط معنی‌داری نداشت و فقط با میزان تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱) ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید. شدت درک شده با متغیرهای جنسیت (P=۰/۰۰۳)، وضعیت تأهل (P=۰/۰۴۹)، تحصیلات(P=۰/۰۳۹)، فرد مراقبت کننده (P=۰/۰۰۵)، سن (P=۰/۰۰۳) و تعداد دفعات بستری به سایر دلایل (P=۰/۰۴۹)، ارتباط معنی‌داری را نشان داد، اما با تعداد دفعات بستری به دلیل دیابت و سابقه ابتلا به این بیماری، ارتباط معنی‌داری مشاهده نگردید. راهنمای عمل با متغیرهای سن (P=۰/۰۰۳)، میزان تحصیلات (P<۰/۰۰۰۱)، ارتباط معنی‌داری داشت، ولی با فرد مراقبت کننده، وضعیت تأهل، جنسیت، سابقه ابتلا به دیابت، تعداد دفعات بستری به دلیل دیابت و تعداد دفعات بستری به سایر علل، ارتباط معنی‌داری را نشان نداد (جدول شماره ۳ الف و ب).

بر اساس نتایج ارایه شده در جدول شماره ۴، بیشترین میانگین در بعد کارآمدی فردی (۴/۸) مربوط به سوال ۱۹ بود که به موضوع آگاهی و عمل به توصیه‌های مربوط به بیماری دیابت اختصاص داشت و کمترین میانگین مربوط به سوال ۱۶ (۳/۲۹) بود که به بی نیازی از کمک دیگران اشاره می‌کرد. در بعد فواید درک شده بیشترین میانگین (۲/۸۲) مربوط به مصرف به موقع داروهای تجویز شده و کمترین میانگین (۲/۳۷) مربوط به ورزش و فعالیت منظم بود. در زمینه حساسیت درک شده، سؤال ۲۵، بیشترین میانگین (۴/۳۸) را به خود اختصاص داده که مربوط به رعایت رژیم غذایی بود و کمترین میانگین (۲/۷۴) مربوط به بی تفاوتی نسبت به شکستن پرهیز غذایی بود. در زمینه موانع درک شده، بیشترین میانگین (۳/۴۸) مربوط به کمبود پزشکان حاذق بوده و موانع مالی و زمانی کمترین میانگین (۲/۸۹) را به خود اختصاص داد. در بعد شدت درک شده بیشترین میانگین (۳/۹۷) مربوط به پیشگیری از عوارض بیماری با کنترل قند خون و کمترین آن (۲/۲۸) مربوط به بی نیازی به درمان قبل از شروع عوارض بود. در زمینه راهنمای عمل نیز بیماران بیشترین راهنمایی را از کادر بهداشتی و درمانی با میانگین (۲/۵۱) در یافت کرده و کمترین راهنمایی را از افراد فامیل و دوستان با میانگین (۱/۷۷) دریافت کرده بودند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی بیماران دیابتی مورد بررسی بر حسب متغیرهای مورد بررسی

	تعداد	درصد
جنسیت		
مرد	۲۷۰	۶۷/۵
زن	۱۳۰	۳۲/۵
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۵	۳/۸
متأهل	۳۲۵	۸۱/۳
همسر مرده	۴۶	۱۱/۵
جداشده	۴	۱
بدون جواب	۱۰	۲/۴
تحصیلات		
بی‌سواد	۶۳	۱۵/۸
خواندن و نوشتن	۷۴	۱۸/۵
زیر دیپلم	۸۱	۲۰/۳
دیپلم	۹۹	۲۴/۸
کاردان	۲۵	۶/۳
کارشناس	۳۷	۹/۳
کارشناس ارشد و بالاتر	۳	۰/۸
ذکر نشده	۱۸	۴/۲
فرد مراقبت کننده		
همسر	۷۲	۱۸
فرزند	۲۵	۶/۳
خود فرد	۲۶۵	۶۶/۱
سایر	۱۳	۳/۳
ذکر نشده	۲۵	۶/۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

جدول شماره ۲- مقایسه میانگین نمره ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی بر اساس سن، دفعات بستری به علت دیابت، دفعات بستری به سایر دلایل و سابقه دیابت

	سن	تعداد دفعات بستری به علت دیابت	تعداد دفعات بستری به سایر دلایل	سابقه ابتلا به دیابت
میانگین	۵۳/۱۱	۲/۰۱	۳/۲۱	۸/۵۲
انحراف معیار	۱۲/۳۵	۱/۴۱	۱/۶۱	۶/۹۷
فواید درک شده				
F	۱/۵۵۵	۰/۵۹۳	۱/۳۶۳	۰/۸۱۶
P	۰/۰۶۱	۰/۸۶۳	۱/۱۶۰	۰/۶۹۴
موانع درک شده				
F	۱/۰۹۲	۱/۱۴۸	۰/۸۶۶	۰/۹۴۱
P	۰/۳۶۰	۰/۳۳۳	۰/۶۰۴	۰/۵۲۲
حساسیت درک شده				
F	۳/۱۲	۰/۷۴۰	۱/۵۴۵	۰/۷۲۰
P	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۵	۰/۱۱۵	۰/۷۴۳
شدت درک شده				
F	۲/۵۵۷	۰/۶۴۷	۱/۷۹۵	۰/۸۰۸
P	۰/۰۰۳	۰/۷۹۴	۰/۰۴۹	۰/۶۴۲
راهنما برای عمل				
F	۲/۴۴	۱/۲۴	۰/۷۴	۰/۹۴
P	۰/۰۰۳	۰/۲۷	۰/۶۶	۰/۵۰
اعتقادات بهداشتی				
F	۱/۵۷	۰/۸۱	۱/۲۲	۰/۶۵
P	۰/۰۲۶	۰/۷۰	۰/۲۱	۰/۹۳
کارآمدی فردی				
F	۱/۸۵۱	۱/۰۷۹	۱/۲۸۵	۰/۵۱۴
P	۰/۰۰۶	۰/۳۸۹	۰/۱۶۳	۰/۹۸۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

جدول شماره ۳-الف- میانگین و انحراف معیار نمره اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (فواید درک شده، موانع درک شده و حساسیت درک شده) بیماران مورد بررسی بر اساس جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات و فرد مراقبت کننده

	فواید درک شده			موانع درک شده			حساسیت درک شده		
	میانگین	انحراف معیار	P	میانگین	انحراف معیار	P	میانگین	انحراف معیار	P
جنسیت			۰/۷۲۱			۰/۷۸			۰/۲۸۵
مرد	۳۱/۸	۲/۸۰		۱۱/۱۳	۲/۹۸		۳/۷۳	۰/۵۲	
زن	۳۱/۶	۳/۱۱		۱۱/۲۲	۳/۲۶		۳/۸۰	۰/۵۱	
تأهل			۰/۰۱۹			<۰/۰۰۰۱			۰/۰۷۵
مجرد	۳۲/۶۶	۲/۹۱		۱۰/۴۶	۳/۳۳		۴/۰۷	۰/۵۲	
متأهل	۳۱/۷۹	۲/۹۲		۱۱/۲۶	۳/۲۱		۳/۷۶	۰/۵۱	
همسر مرده	۳۱/۳۶	۲/۷۸		۱۱/۴۵	۳/۱۲		۳/۸۲	۰/۴۸	
جدا شده	۲۷/۵۰	۹/۶۷		۱۰/۲۵	۰/۹۵		۳/۴۵	۱/۱۲	
تحصیلات			<۰/۰۰۰۱			<۰/۰۰۰۱			۰/۰۵۰
بی سواد	۳۰/۶۱	۳/۳۹		۱۰/۵۰	۳/۰۶		۳/۷۰	۰/۵۴	
خواندن و نوشتن	۱۳/۱۴	۳/۰۲		۱۰/۱۸	۳/۳۸		۳/۶۷	۰/۵۰	
زیر دیپلم	۱۳/۱۹	۲/۶۴		۱۰/۷۲	۳/۰۰		۳/۷۷	۰/۴۹	
دیپلم	۳۲/۶۸	۲/۸۹		۱۲/۱۴	۳/۰۰		۳/۹۰	۰/۵۳	
کاردانی	۳۲/۳۶	۲/۷۲		۱۱/۲۸	۲/۸۲		۳/۹۳	۰/۴۸	
کارشناسی	۶۲/۹۱	۲/۹۷		۱۲/۱۸	۳/۲۰		۳/۷۴	۰/۵۹	
کارشناسی ارشد	۳۳/۰۰	۱/۰۰		۳۳/۰۰	۱/۰۰		۳/۶۰	۰/۲۰	
مراقبت کننده			۰/۵۶۵			۰/۲۲			<۰/۰۰۰۱
همسر	۳۱/۹۳	۰/۷۹		۰/۰۴	۳/۰۶		۴/۰۳	۰/۵۵	
فرزند	۳۰/۹۲	۴/۴۴		۱۲/۵۲	۲/۸۴		۳/۵۵	۰/۵۷	
خود فرد	۳۱/۷۶	۲/۶۵		۱۱/۰۶	۳/۲۵		۳/۷۳	۰/۴۸	
سایرین	۳۱/۴۶	۱/۸۵		۱۱/۹۲	۲/۸۷		۳/۶۹	۰/۳۷	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

جدول شماره ۳-ب- میانگین و انحراف معیار نمره اجزای مدل اعتقاد بهداشتی (شدت درک شده، راهنما برای عمل و کارآمدی فردی) بیماران مورد بررسی بر اساس جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات و فرد مراقبت کننده

	شدت درک شده			راهنما برای عمل			کارآمدی فردی		
	میانگین	انحراف معیار	P	میانگین	انحراف معیار	P	میانگین	انحراف معیار	P
جنسیت			۰/۰۰۳			۰/۱۰			۰/۴۶۷
مرد	۱۷/۷۷	۲/۹۴		۸/۷۳	۱/۸۵		۳۶/۴۸	۴/۲۷	
زن	۱۸/۴۷	۳/۲۷		۸/۴۰	۱/۸۹		۳۶/۸۷	۵/۲۶	
تأهل			۰/۰۴۹			۰/۷۵۴			۰/۰۲۲
مجرد	۲/۰	۳/۷۹		۸/۰۶	۲/۵۲		۳۸/۹۳	۶/۱۳	
متأهل	۱۸/۱۰	۳/۱۰		۸/۵۱	۱/۸۵		۳۶/۸۵	۴/۷۹	
همسر مرده	۱۹/۰۲	۳/۳۲		۸/۳۰	۱/۸۴		۳۶/۰۲	۵/۱۰	
جدا شده	۱۸/۷۵	۱/۸۹		۸/۵۰	۲/۳۸		۳۱/۲۵	۱/۱۱	
تحصیلات			۰/۰۳۹			<۰/۰۰۰۱			<۰/۰۰۰۱
بی سواد	۱/۸	۳/۱۵		۷/۶۵	۱/۷۹		۳۴/۶۱	۵/۰۸	
خواندن و نوشتن	۱۸/۲۲	۳/۰۷		۷/۰۸	۱/۸۴		۳۵/۹۵	۵/۱۸	
زیر دیپلم	۱۸/۹۷	۳/۲۹		۸/۳۵	۲/۰۴		۳۶/۹۲	۵/۲۸	
دیپلم	۱۸/۱۰	۳/۲۹		۸/۸۸	۱/۶۷		۳۸/۲۱	۴/۳۱	
کاردانی	۱۸/۴۴	۳/۱۲		۸/۸۰	۱/۳۸		۳۷/۳۶	۵/۴۹	
کارشناسی	۱۸/۲۴	۲/۸۳		۹/۶۲	۱/۹۷		۳۸/۲۷	۴/۲۲	
کارشناسی ارشد	۱۵/۰۰	۲/۶۴		۹/۶۶	۰/۵۷		۳۵/۶۶	۴/۱۶	
مراقبت کننده			۰/۰۰۵			۰/۱۲۸			۰/۰۱۳
همسر	۱۹/۴۵	۳/۰۹		۸/۱۶	۲/۱۸		۳۶/۹۷	۵/۵۶	
فرزند	۱۷/۶	۲/۵		۸/۹۶	۱/۸۵		۳۳/۴۸	۵/۲۱	
خود فرد	۱۸/۰۹	۳/۲۳		۸/۴۸	۱/۷۷		۳۷/۰۲	۴/۷۱	
سایرین	۱۷/۹۲	۳/۳۰		۹/۳۰	۲/۰۱		۳۵/۶۱	۵/۹۳	

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی بیماران دیابتی مورد بررسی بر حسب نحوه پاسخ به سؤالات پرسشنامه اعتقاد بهداشتی و میانگین نمره

	کاملاً موافقم		موافقم		بی نظرم		مخالفم		کاملاً مخالفم		میانگین
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
کارآمدی فردی											
من قدرت رعایت رژیم غذایی خودم را در هر شرایطی دارم	۱۷	۴	۳۸	۹/۵	۹۵	۲۳/۸	۱۸۸	۴۷	۶۳	۱۵/۸	۳/۶۱
من می‌توانم هر روز به اندازه مناسب ورزش کنم	۱۷	۴/۳	۶۱	۱۵/۳	۱۰۵	۲۶/۳	۱۷۲	۴۳	۴۵	۱۵/۳	۳/۴۲
به خوبی می‌توانم علایم افزایش قند خونم را تشخیص دهم	۷	۱/۸	۱۸	۴/۵	۸۴	۲۱	۲۰۲	۵۰/۵	۸۹	۲۲/۰۳	۳/۸۷
من داروهای تجویز شده برای خودم را می‌شناسم و آنها را به راحتی مصرف می‌کنم	۱	۰/۳	۱۴	۳/۵	۸۰	۲۰	۲۰۰	۵۰	۱۰۳	۲۵/۸	۳/۹۸
با مصرف درست داروها می‌توانم قند خونم را در حد متعادلی حفظ کنم	۳	۰/۳	۱۴	۳/۵	۱۰۴	۲۶	۲۳۳	۵۸/۳	۴۳	۱۰/۸	۳/۷۵
توانایی کنار آمدن با بیماری خود را دارم	۳	۰/۸	۲۰	۵	۱۳۸	۳۴/۵	۱۷۶	۴۴	۶۱	۱۵/۳	۳/۶۸
در مراقبت از خود به کمک دیگران نیاز ندارم	۵	۱/۳	۱۴۶	۳۶/۵	۸۳	۲۰/۸	۶۰	۱۵	۱۰۵	۲۶/۳	۳/۲۹
در مورد دیابت تجربه زیادی دارم و با این بیماری کنار می‌آیم	۵	۱/۳	۴۸	۱۲	۱۴۹	۷۳/۳	۱۷۴	۴۳/۵	۲۱	۵/۳	۳/۴۰
اگر کسی در باره دیابت از من سؤال کند، می‌توانم او را راهنمایی کنم	۴	۱	۳۴	۸/۵	۸۱	۲۰/۳	۲۵۲	۶۳	۲۹	۷/۳	۳/۶۷
انسان می‌تواند با علم و آگاهی و عمل به بعضی توصیه‌ها بیماری دیابت را مغلوب خود کند	۳	۰/۸	۱۰	۲/۵	۵۱	۱۲/۸	۱۸۵	۴۶/۳	۱۵۱	۳۷/۸	۴/۸
حساسیت درک شده											
کسانی که رژیم غذایی را بیشتر رعایت می‌کنند، با این بیماری کمتر مشکل پیدا می‌کنند	۰	۰	۱	۰/۳	۱۵	۳/۸	۲۱۴	۵۳/۵	۱۷۰	۴۲/۵	۴/۳۸
بسیاری از عوارض دیابت (مثل مشکلات قلبی، عروقی و کلیوی) را می‌توان با رعایت رژیم غذایی و دارویی و ورزش به حداقل رساند	۰	۰	۱	۳/۰	۱۶	۴	۲۳۰	۵۷/۵	۱۵۳	۳۸/۸	۴/۳۷
دیابت بیماری است پیشرونده و بیمار نمی‌تواند بر پیشرفت آن تأثیری بگذارد	۱۵	۳/۸	۷۲	۱۸	۱۴۰	۳۵	۱۳۸	۳۴/۵	۳۵	۸/۸	۳/۲۷
بعضی وقتها پرهیز غذایی اثرعکس دارد و وضع را بدتر می‌کند	۷۷	۱۹/۳	۶۷	۱۶/۸	۱۴۸	۳۷	۹۸	۲۴/۵	۹	۲/۳	۲/۷۴
افرادی را می‌شناسم که با وجود این که سال‌ها مبتلا به دیابت هستند، اما با رعایت دستورات پزشکی و توصیه‌های پرستاری مشکل زیادی ندارند	۰	۰	۴	۱	۶۰	۱۵	۲۱۸	۵۴/۵	۱۱۸	۲۹/۵	۴/۱۳
موانع درک شده											
چون دیابت درمان قطعی ندارد، مراجعه به پزشک و اقدامات درمانی فقط باعث از دست رفتن پول و وقت است	۴۰	۱۰	۱۰۶	۲۶/۵	۱۴۱	۳۵/۳	۸۶	۲۱/۵	۲۷	۶/۸	۲/۸۹
هرچند ممکن است درمان دیابت مؤثر باشد، اما من از عهده هزینه‌های سنگین آن برنمی‌آیم	۲۰	۵	۱۱۹	۲۹/۸	۱۲۷	۳۱/۸	۱۰۱	۲۵/۳	۳۳	۸/۳	۳/۰۲
مراکز تخصصی و پزشکان حاذق در درمان دیابت کم هستند	۲	۵/۰	۷۵	۱۸/۸	۱۱۶	۲۹	۱۴۲	۳۵/۵	۶۵	۱۶/۳	۳/۴۸
باید وقت زیادی صرف کنم و من این وقت را ندارم	۸	۲	۹۲	۲۳	۱۱۰	۲۷/۵	۱۰۷	۲۶/۸	۸۰	۲۰	۳/۴۰
شدت درک شده											
بیماری دیابت از همه بیماری‌های دیگر بدتر است	۱۰	۲/۵	۷۰	۱۷/۵	۱۲۱	۳۰/۳	۱۳۶	۳۴	۶۳	۱۵/۸	۳/۴۳
تا بیماری دیابت عارضه‌ای ایجاد نکند چیز مهمی نیست و نیازی هم به درمان ندارد	۱۰۲	۲۵/۵	۱۰۷	۲۶/۸	۱۶۸	۴۲	۱۶	۴	۵	۱/۳	۲/۲۸
هر چقدر هم که نگذارم قندم بالا رود، باز هم این بیماری راه خود را ادامه می‌دهد و مرا از پا در می‌آورد	۱۱	۲/۸	۱۰۹	۲۷/۳	۱۴۰	۳۵	۶۶	۱۶/۵	۷۳	۱۸/۳	۳/۲۰
من باید هرطور شده با کنترل قند خون از عوارض این بیماری پیشگیری کنم	۱	۳/۰	۴۳	۱۰/۸	۶۴	۱۶	۱۵۲	۳۸	۱۴۰	۳۵	۳/۹۷
احتمال از دست دادن اعضای بدن در اثر درمان نشدن بیماری وجود دارد	۰	۰	۵۸	۱۴/۵	۴۸	۳۷	۵۹	۱۴/۸	۱۳۵	۳۳/۸	۳/۶۸

فواید درک شده	کم		متوسط		زیاد		میانگین
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
ورزش و فعالیت منظم	۷۱	۱۷/۸	۱۰۱	۲۵/۳	۲۱۶	۵۴	۲/۳۷
رعایت رژیم غذایی	۲۹	۸/۳	۱۰۱	۲۵/۳	۲۶۹	۶۷/۳	۲/۶۰
مصرف مرتب و به موقع داروهای تجویز شده	۸	۲	۵۷	۱۴/۳	۳۳۱	۸۲/۸	۲/۸۲
اندازه گیری مرتب قند خون	۲۱	۵/۳	۱۲۴	۳۱	۲۵۵	۶۳/۸	۲/۵۹
مراجعه مرتب به پزشک	۳۳	۸/۳	۸۱	۲۰/۳	۲۸۵	۷۱/۳	۲/۶۳

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

بحث و نتیجه گیری

مدل اعتقاد بهداشتی، چارچوب مناسبی برای بررسی بیماران دیابتی به دست می‌دهد. پیش فرض نهفته در مدل اعتقاد بهداشتی این است که عقاید بهداشتی بر رفتارهای بهداشتی افراد تأثیر می‌گذارد [۱۷]. زیاد بودن تعداد بیماران زن در مقایسه با بیماران مرد در این مطالعه نمی‌تواند تا حدودی نشانگر تصویر وضعیت این بیماری در جامعه باشد. البته باید در نظر داشت که ممکن است مراجعه بیشتر زنان به مراکز درمان دیابت، عامل این اختلاف باشد. با توجه به میانگین سن بیماران مورد بررسی (۵۳/۱۱ سال) طبعاً بیشتر آنها متأهل هستند (۸۱/۳ درصد). با این که بر اساس تقسیم بندی جدول شماره ۱ بیشترین درصد مربوط به تحصیلات دیپلم است، اما نسبت زیادی (۴۳/۳ درصد) از بیماران را گروه بی سواد و دارای سواد خواندن و نوشتن تشکیل می‌دهند. اگر گروه زیر دیپلم را هم به این نسبت اضافه کنیم، ملاحظه می‌گردد که ۵۴/۶ درصد از بیماران، دارای تحصیلات کمتر از دیپلم هستند. طبیعی است که افراد با میزان تحصیلات پایین ممکن است توصیه‌های بهداشتی را درک ننموده و یا از آن برداشت اشتباه نمایند و نگرش‌های منفی آنها نسبت به مسائل بهداشتی از افراد با تحصیلات بالا بیشتر مشاهده گردد [۱۸]. به نحوی که بعداً شرح داده خواهد شد، این متغیر یعنی سواد، با کارآمدی فردی بیماران و با بسیاری از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی، رابطه معنی‌داری برقرار کرده است. بنابراین بررسی بیشتر این ارتباط می‌تواند در توصیف بهتر رابطه بیماری دیابت با سطح تحصیلات مؤثر باشد. متوسط سن بیماران مورد بررسی، ۵۳/۱۱ سال است و با توجه به این که بیماری دیابت نوع ۲ در زمره بیماری‌های مزمن و خاص سنین میانسالی و سالمندی است، چنین نتیجه‌ای به نظر طبیعی می‌رسد. در پژوهشی که در چین انجام شده میانگین سن بیماران ۶۱/۴ با انحراف معیار ۹/۲ سالبه دست آمده است [۱۵]. بیماران مورد بررسی در این بررسی به طور متوسط ۸/۵۲ سال به دیابت مبتلا بوده‌اند و نزدیک به دو بار به علت دیابت و نزدیک به ۳ بار به خاطر سایر دلایل در بیمارستان بستری شده‌اند. این امر نشان می‌دهد که نمونه‌های مورد بررسی، درگیری زیادی با موضوع داشته و حداقل به خاطر بستری شدن در بیمارستان، هر کدام به طور متوسط ۵ بار با کارکنان مراقبت سلامتی در تماس بوده‌اند. اما به نحوی که ملاحظه می‌گردد، راهنمایی کارکنان بهداشتی برای عمل که یکی از اجزای مدل اعتقاد بهداشتی است، زیاد تحت تأثیر این عامل نیست. بنابراین باید به نقش آگاهی بخشی و ایجاد اعتقادات مناسب سلامتی توسط مراقبان سلامت، توجه بیشتری معطوف کرد. برخی مؤلفان معتقدند که تشخیص سیستم‌های باورهای بهداشتی به مراقبان سلامت کمک می‌کند که برنامه مراقبتی مناسب که باورهای مختلف را در بر می‌گیرد، طرح ریزی کنند [۱]. بسیاری از بیماران مورد بررسی، مسئولیت مراقبت از خودشان را شخصاً بر عهده داشته‌اند. این مسئله می‌تواند از زوایای مختلفی مورد بحث قرار گیرد. به عنوان یک عامل مثبت، فراوان بودن این افراد نشان از خود اتکایی و دلیل بر عدم وابستگی آنان است، اما از طرف دیگر شاید نبود سیستم حمایتی موجب آن شده باشد که فرد در مقابله با بیماری تنها به توانایی‌های خودش متکی باشد. در درجه بعد همسر عهده‌دار مراقبت از بیمار بوده است. در تحلیل ارتباط خودمراقبتی و جنس ملاحظه می‌گردد که مردان در مجموع در مراقبت از خود بیشتر به دیگران متکی بوده‌اند و نسبت بیشتری از بیماران خود مراقبت کننده را زنان تشکیل می‌دهند. بررسی بیشتر این موضوع از دیدگاه جامعه شناسی سلامت توصیه می‌گردد. در تحلیل وضعیت کارآمدی فردی بیماران مبتلا به دیابت نیز نکات شایان توجهی وجود دارد. متوسط بودن میزان کارآمدی فردی بیماران نیاز به توجه بیشتر برای افزایش کار آمدی فردی آنان را گوشزد می‌کند. از طرفی تأثیر قطعی (معنی‌دار) تحصیلات در اینجا نیز مثل بسیاری از مسائل مرتبط با سلامت سرمایه گذاری در افزایش سطح سواد به عنوان یک اقدام که می‌تواند توسعه سلامت را تضمین کند، توصیه شود. احساس کارآمدی فردی با شرایط زندگی بیمار رابطه برقرار می‌کند، به نحوی که افراد مجرد که ناگزیر به اتکای بیشتر به خود هستند، کارآمدی فردی بیشتری را تجربه کردند. نکته جالب توجه در نتایج مربوط به این بخش آن است که بیمارانی که توسط همسرشان مراقبت می‌شدند، کارآمدی فردی بیشتری را احساس می‌کردند که طبعاً تحلیل بیشتر این امر هم نیاز به مطالعات بیشتر را نشان می‌دهد. در مطالعات اخیر در زمینه رفتارهای سلامتی و خودمراقبتی به نقش کارآمدی فردی توجه زیادی شده است. این امر از این جهت اهمیت پیدا می‌کند که احساس کارآمدی فردی در مقایسه با سایر عوامل تأثیر گذار از قبیل دانش، نگرش و عملکرد که در سال‌های گذشته مورد توجه اکثر مؤلفان بوده رابطه قوی‌تری با عملکرد واقعی فرد برقرار می‌کند. بنابراین می‌توان به طور غیرمستقیم، کارآمدی فردی بیماران را برآوردی از عملکرد مراقبتی آنان دانست. در مطالعه‌ای که توسط بوندز و همکاران در سال

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

۲۰۰۴ در بیماران دیابتی آمریکا انجام شده است، رابطه معنی‌داری بین کارآمدی فردی و خود مراقبتی آنان به دست آمده است [۱۹]. چائو معتقد است که کارآمدی فردی با پیروی از دستورات دارویی در بیماران دیابتی، ارتباط معنی‌داری دارد. وی بیان می‌کند که کاهش کارآمدی با تمایل فرد به پیروی از رژیم دارویی، رابطه منفی دارد [۲۰]. تئوری یادگیری اجتماعی بیان می‌کند که اعتماد به نفس شخص در انجام یک رفتار پیشگویی کننده واقعی تطابق با آن رفتار است [۲۱]. در این مطالعه از چارچوب اعتقادات بهداشتی برای توصیف وضعیت بیماران مبتلا به دیابت استفاده شده است. بر اساس پیش فرض اعتقادات بهداشتی بیماران، تعیین کننده نحوه اداره بیماری توسط آنان است. متوسط بودن میانگین نمره به دست آمده در بیماران مورد بررسی، به این حقیقت اشاره می‌کند که اعتقادات این بیماران در خصوص بیماری دیابت می‌تواند مورد مداخله قرار گرفته و به سمت اعتقادات بهداشتی سازنده تقویت گردد. در ارزش اعتقادات بهداشتی، مؤلفان معتقدند که به منظور تقویت رفتارهای پیشگیری کننده، بیمار علاوه بر داشتن آگاهی در مورد رفتارها باید باور داشته باشد که رفتار پیشگیری کننده باعث حفظ سلامتی او شده و از او در برابر عواقب بیماری محافظت خواهد کرد که در این صورت احتمال انجام رفتارهای مناسب افزایش می‌یابد [۲۲]. در تحلیل ارتباط مدل باورهای بهداشتی با متغیرهای جمعیتی ملاحظه گردید که دو متغیر سن و تحصیلات، ارتباط معنی‌داری با اعتقادات بیماران برقرار کرده‌اند. بنابراین در برنامه‌ریزی، تأثیر بر اعتقادات بهداشتی بیماران دیابتی باید به این دو عامل توجه ویژه کرد. تائبی (۱۳۸۵) در بررسی بیماران مبتلا به سرطان پستان نیز مشاهده کرد که نقش تحصیلات در مدل اعتقاد بهداشتی معنی‌دار بوده است [۲۳] و به نظر می‌رسد افزایش تحصیلات موجب افزایش دانش و آگاهی شده و این دانش و آگاهی باعث افزایش مشارکت بیماران در پیشگیری و درمان می‌شود [۱۶]. این مدل شامل اجزایی است که تحلیل آنان به روشن‌تر شدن دیدگاه‌ها و زاویه دید بیماران و بالطبع تعیین نوع مداخلات کمک می‌کند. اولین جزء مورد بررسی در این مدل فواید درک شده است که به تأثیر رفتارهای کنترل کننده بیماری اشاره می‌کند در بیماری دیابت، رفتارهایی از قبیل ورزش و فعالیت، رعایت رژیم غذایی و اندازه گیری مرتب قند خون به فواید درک شده اشاره می‌کند. در این جزء از مدل، متغیرهای وضع تأهل و میزان تحصیلات، ارتباط معنی‌داری داشته است و سایر متغیرها تأثیر معنی‌داری بر آن نداشته‌اند. طبیعی است هنگامی که فواید رفتارهای کنترل کننده برای فرد بیشتر درک شده باشد، احتمال اقدام او برای کنترل بیماری خود بیشتر خواهد شد. عدم درک منافع باعث عدم شرکت بیماران در برنامه‌های آموزشی شده و به صورت چرخه‌ای، عدم آگاهی باعث عدم درک منافع می‌گردد [۲۴]، بنابراین برای شکستن این چرخه معیوب باید برنامه ریزی خاصی وجود داشته باشد. طبق نظر شوارزر در فرایند عملکرد بهداشتی، فواید درک شده در مرحله انگیزش عمل می‌کنند، ولی در مرحله عملکرد، تأثیر کمتری دارند [۲۱]. در مطالعه جائو ارتباطی بین فواید درک شده و پیروی از دستورات دارویی در افراد دیابتی یافت نشده است. اکثر شرکت کنندگان در مطالعه وی سابقه چندین ساله بیماری دیابت داشتند، بنابراین آنها بیشتر درگیر موانع درک شده بودند، تا این که به بررسی فواید دارو درمانی بپردازند [۲۰]. اگر بیماران این نکته را دریابند که یک برنامه برای آنها مفید است، تقریباً همه آنها به طور مرتب در آن برنامه شرکت می‌کنند [۲۵]. دومین جزء مورد بررسی، موانع درک شده است. در این بعد، مهم‌ترین مانع از نظر بیماران، کمبود مراکز تخصصی و پزشکان حاذق در درمان دیابت است. در مطالعه پینتو اکثر بیماران از خدمات حمایتی و مشورتی راضی بوده و خدمات ارائه شده توسط این مراکز خدماتی، فایده زیادی برای آنها داشته است، در حالی که در مطالعه حاضر عدم وجود چنین مراکزی از موانع درک شده بیماران است [۲۵]. متغیری که بر این جزء تأثیر معنی‌داری گذاشته تحصیلات است. به نحوی که کمبود تحصیلات باعث می‌شود فرد موانع بیشتری در مسیر کنترل بیماری خود احساس کند. البته کم کردن موانع، عموماً نیاز به برنامه ریزی برای گسترش تسهیلات مورد نیاز بیماران دارد. در این مطالعه، بیشترین مانع، عدم وجود مراکز تخصصی و پزشکان حاذق به اندازه کافی است که توجه به ایجاد تسهیلات و حمایت‌های بیمه‌ای از بیماران می‌تواند به رفع این مانع کمک کند. طبعاً بررسی مستقل این جزء در مطالعات بیشتر می‌تواند به روشن‌تر شدن وضعیت موانع درک شده توسط بیماران دیابتی کمک کند. در اکثر مطالعات کشورهای دیگر دیده شده که بیماران موانع زیادی را درمسیر کنترل بیماری خود درک کرده‌اند [۲۶]. چائو (۲۰۰۵) بیان می‌کند که افزایش موانع درک شده با تمایل فرد به پیروی از رژیم دارویی، رابطه منفی دارد [۲۰]. تان (Tan) (۲۰۰۴) نیز بیان می‌کند که موانع درک شده، باعث پیروی کمتر از دستورات توصیه شده می‌شود. وی معتقد است اگر موانع درک شده در مقایسه با

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

حساسیت درک شده و شدت درک شده کمتر باشد، امکان بیشتری وجود دارد که فرد در فعالیت‌های بهداشتی توصیه شده شرکت کند [۱۵]. سومین جزء مورد بررسی، حساسیت درک شده است. در این بخش مواردی از قبیل میزان حساسیت بیماری نسبت به مداخلاتی که بیمار می‌تواند انجام دهد، مورد بررسی قرار می‌گیرد. در واقع در این بخش، اعتقاد بیمار به امکان تأثیرگذاری بر بیماری مورد بررسی قرار می‌گیرد. به نحوی که از نتایج این مطالعه به دست می‌آید، بیماران حساسیت متوسطی را در خصوص این بیماری درک کرده‌اند و این حساسیت به نحو معنی‌داری تحت تأثیر تحصیلات بیمار و فرد مراقبت کننده قرار گرفته است. چهارمین جزء مدل، شدت درک شده است. شدت درک شده به وخامت بیماری اشاره می‌کند. چنانچه بیمار شدت مناسبی از بیماری خود را درک کند، طبعاً انگیزه بیشتری برای کنترل بیماری خود خواهد داشت. البته باید این نکته را هم در نظر داشت که چنانچه درک بیمار از شدت بیماری خود به صورت غیرواقعی زیادتر و یا کمتر از حد طبیعی باشد، خود می‌تواند اعتقادی نامناسب باشد. بیماران مورد بررسی در این مطالعه شدت بیماری خود را بالاتر از حد متوسط درک کرده‌اند. این امر نشان‌دهنده آن است که بیماران خود را در معرض بیماری نسبتاً وخیمی می‌دانند. مطالعات متعددی رابطه بین شدت درک شده و انجام اقدامات کنترل کننده بیماری دیابت را نشان داده‌اند؛ به نحوی که تا بیمار شدت نسبتاً زیادی را درک نکند، نمی‌توان از او انتظار داشت که در رفتار خود تغییر ایجاد کند [۲۲]. ترس از عوارض دیابت یا به عبارتی همان بعد حساسیت درک شده، باعث اندازه گیری و کنترل بیشتر قند خون در بیماران دیابتی و نهایتاً پیروی بیشتر از توصیه‌های بهداشتی می‌شود. ارزش بیشتر برای خدمات بهداشتی توسط بیمار و درک بیشتر از عوارض بیماری دیابت، منجر به هدایت افراد به سمت برنامه‌های کنترل دیابت می‌شود [۲۵]. به رغم این که نائو ذکر می‌کند شدت درک شده اغلب ضعیف‌ترین عامل پیشگویی کننده در مدل اعتقاد بهداشتی است [۲۷]، پینتو پیشنهاد می‌کند که تبلیغاتی که برای افراد دیابتی صورت می‌گیرد، باید بر جزء حساسیت درک شده به عنوان یک ابزار مهم در جذب بیماران متمرکز شود [۲۵]. مراقبان سلامت که در ارتباط کافی با بیمار هستند، با اطلاع رسانی واقعی در مورد عوارض و خطرات بیماری، می‌توانند در درک مناسب بیماران از شدت درک شده از بیماری دیابت تأثیر بسزایی داشته باشند. آخرین جزء مورد بررسی در مدل اعتقاد بهداشتی، راهنمای عمل است. در بررسی این مدل مشاهده می‌گردد که بیماران دیابتی مورد بررسی، راهنمای مناسب و کافی برای رسیدن به اعتقاد مناسب را در دسترس نداشته‌اند. با این وجود، بیشترین تأثیر در این زمینه مربوط به کادر درمانی بوده است. نقش رادیو و تلویزیون تقریباً مساوی با نقش کادر درمانی بوده است. اما کتاب و مجلات و جزوات آموزشی که می‌توانستند تأثیر بسیار زیادی داشته باشند، تاثیر نسبتاً کمی در راهنمایی بیماران دیابتی برای به دست آوردن اعتقادات بهداشتی داشته‌اند. با توجه به این که یکی از برنامه‌های بهداشت تا سال ۲۰۱۰، افزایش آگاهی افراد به وسیله آموزش‌های رسمی دیابت تا سقف ۶۵ درصد است [۲۸]، این نتیجه می‌تواند برای مراقبان سلامت در انجام وظیفه آموزشی و اطلاع رسانی به بیماران، به ویژه با تهیه جزوات و محتوای آموزش مناسب مورد توجه قرار گیرد. به نظر می‌رسد تحقیقات بیشتری در این زمینه یعنی نحوه ایفای نقش راهنمایی عمل در بیماران دیابتی مفید باشد.

سهم نویسندگان

فریبا برهانی: طراحی طرحنامه و تنظیم مقاله
عباس عباس زاده: تجزیه و تحلیل داده‌ها
مژگان تائبی: همکاری در طراحی طرحنامه، ورود داده‌ها به رایانه
سیمین کهن: جمع‌آوری داده‌ها

تشکر و قدردانی

به این وسیله از همکاری جناب آقای تیمور آقاملائی و همکاران مراکز دیابت در شهرستان کرمان قدردانی و تشکر می‌گردد.

منابع

1. Christensen B. Foundations and adult health nursing. 5th Edition, Mosbey Co: Philadelphia, 2006

2. Smeltzer C, Bare BC. Brunner and Suddarth's Text Book of Medical-Surgical Nursing. 11th Edition, Lippincott Co :Philadelphia, 2008

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]

3- World Health Organization Laboratory Diagnosis and Monitoring of Diabetes Mellitus2002. Available at: whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241590483.pdf

۴- عزیزی فریدون، جانقربانی محسن، حاتمی حسین. اپیدمیولوژی و کنترل بیماری‌های شایع در ایران. چاپ دوم، خسروی، تهران، ۱۳۸۳

5- Potter P, Perry A. Fundamental of nursing. 2nd Edition, Vaughn Curtis: Philadelphia, 2005

۶- محمدی مریم. آموزش، سلام، امید به زندگی. پیام دیابت ۱۳۸۴؛ ۸: ۲۵-۲۰

7- Pender N, Murdaugh CL, Parson MA. Health promotion in nursing practices. 5th Edition, NJ: Pearson Education, Inc: Upper Saddle River, 2006

8- Glanz K, Lewis FM, Rimer BK. Health behavior and health education. 2nd Edition, Jossey-Bass inc: San Francisco, 1997

9- Lai WA, Lew – Ting CY, Chiet WC. How diabetic patients think about and manage their illness. Taiwan Diabetic Medicine 2004; 7: 286-92

10- Dündar PE, Özmen D, Öztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Çoban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in Western Turkey. BMC Cancer 2006; 6: 43-45

11- Butler T. Priciples health education health promotion 2nd Edition, Morton Publishing Co: Philladelphia, 1997

12- Austin L T, Ahmad F, McNally MJ. Breast and cervical cancer screening in Hispanic women: a literature review using the health belief model. Women's Health Issues 2002; 12: 122-28

13- Savoca RM. Profiles of people with type 2 diabetes mellitus. The extremes of glycemic control. Journal of Social Science & Medicine 2004; 58: 2655-66

14- Yarbrough S. Utility of health belief model as a guide for explaining or predicting barest cancer screening behaviors. Journal of Advanced Nursing 2001; 33: 677-88

15- Tan MY. The relationship of heath beliefs and complication prevention behaviors of Chines individuals with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Research and Clinical Practice 2004; 66: 71-77

۱۶- آقاملائی تیمور. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران دیابتی. پایش ۱۳۸۴؛ ۴: ۶۹-۲۶۳

17- Sykes J, Harper P, Brailsford S. Incorporating behavior in health care discrete event stimulation models, 2004. available at: www.maths.soton.ac.uk P 2

18- Holm CJ, Deborach F. Health beliefs, health locus of control and women's mammography behavior. Cancer Nursing 1999; 22: 146-56

19- Bonds DE, Camacho F, Bell RA, Duren-Winfield VT, Anderson RT, Goff DC. The association of patient trust and self-care among patients with diabetes mellitus. BMC Family Practice 2004; 5: 2291-98

20- Chao J, Nau DP, Aikens JE, Taylor SD. The meditation role of health beliefs in the relationship between depressive symptoms and medication adherence in persons with diabetes. Journal of Research in Social and Administrative Pharmacy 2005; 1: 508-25

21- Schwarzer R. Self-efficacy in the adaptation and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model. Though control of action. 1st Edition, Taylor and Francis: New Yok, 1992

22- Dietrich UC. Factors influencing the attitudes held by women with type 2 diabetes: a qualitative study. Patient Education and Counseling 1996; 29: 13-23

۲۳- تائبی مژگان، کهن سیمین، حقدوست علی اکبر. ارتباط باور بهداشتی زنان شهر کرمان با شرکت آنان در ماموگرافی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۸۵-۸۴. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۱۳۸۵

24- Corina G, Michael PR, James JD. Diabetes education program use and patient-perceived barriers to attendance. Journal of Clinical Research and Methods 2004; 31: 358-63

25- Pinto SL, Lively BT, Siganga W, Goodman MH, Kamm G. Using the health belief model to test factors affecting patient retention in diabetes-related pharmaceutical care services. Journal of Research in Social and Administrative Pharmacy 2006; 2: 38-55

26- Harris R, Linn MW, Skyler JS, Sandifer R. Development of the diabetes health belief scale. The Diabetes Educator 1987; 13: 292-97

27- Nau DP, Ried LD, Lipowski EE. A perceived value model for explaining patient's intentions to continues use of pharmaceutical care services. Journal of Pharmaceutical Marketing and Management 2001; 14: 63-80

28- Kartel A, Altugozsoy S. Validity and reliability study of the Turkish version of health belief model scale in diabetic patients. International Journal of Nursing Studies 2007; 44: 1448-58

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-10-30]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.4.5.9]