نقش باورهای غیر منطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت

جلیل فتح آبادی[1]، مونا ایزد دوست[2]، داوود تقوایی[2]، بیتا شلانی[3]، سعید صادقی*[1]

۱. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران
۳. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

نشریه پایش
سال هفدهم، شماره دوم، فروردین ـ اردیبهشت ۱۳۹۷ صص ۱۷۸-۱۶۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۳۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۹ اسفند ۹۶]

چکیده

مقدمه: در پژوهش پیش رو به بررسی نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش‌بینی احتمال خطر ابتلای به دیابت پرداخته شد.

مواد و روش کار: این پژوهش از نوع همبستگی بوده و جامعه آماری آن شامل اعضای خانه سلامت سرای محله ایرانشهر بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۱۰۰ نفر از مبتلایان به دیابت و ۱۰۰ نفر از افراد سالم به عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و نیمرخ سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت جمع آوری شد و به وسیله روش تحلیل رگرسیون لجستیک و با استفاده از نرم افزار $SPSS_{24}$ تحلیل شدند.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای موردنظر قادر به پیش‌بینی ابتلا به دیابت در ۹۲ درصد زنان (P>۰/۰۰۱ و df=۱۰ و $x2$=۴۵/۴۵) و ۹۰ درصد مردان مبتلا به این بیماری (P>۰/۰۰۱ و df=۱۰ و $x2$=۸۸/۷۰) می‌باشند. به‌طورکلی و با توجه به پیش‌بینی صحیح ۸۹ درصدی افراد سالم و دیابتی شرکت‌کننده در این مطالعه، الگو برازش مناسبی داشت.

بحث و نتیجه گیری: باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور می‌توانند خطر ابتلا به دیابت را پیش‌بینی کنند و می‌توان گفت که با ایجاد تغییر در باورهای غیرمنطقی، منبع کنترل سلامت و تغییر در سبک زندگی افراد می‌توان خطر ابتلای آنان به دیابت را کاهش داد.

کلیدواژه: باورهای غیرمنطقی سلامت، سبک زندگی سلامت‌محور، منبع کنترل سلامت، دیابت

* نویسنده پاسخگو: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، گروه روان شناسی بالینی و سلامت
E-mail: Sae_sadeghi@sbu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که در نتیجه کمبود یا مهار شدن اثر انسولین ایجاد می‌شود و با اختلال در متابولیسم کربوهیدارات‌ها، چربی‌ها و پروتئین‌ها همراه است [۱]. دیابت پنجمین علت مرگ و میر در دنیا است و که حدود ۱ تا ۲ درصد جمعیت دنیا به این بیماری مبتلا هستند [۲]. کوری، نارسایی کلیه، قطع پا به صورت غیرتروماتیک، افزایش بیماری های قلبی- عروقی و مغزی از عوارض این بیماری هستند که در صورت عدم کنترل این بیماری، خطر این عوارض افزایش می‌یابد [۳]. انجمن دیابت ایران، آمار بیماران مبتلا به دیابت در سال ۱۳۸۸ را بالغ بر ۲ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر برآورد کرده است که در گروه سنی ۱۵ تا ۶۵ سال قرار دارند و کشور ما با شیوع بیش از ۸ درصد، جزء مناطقی به شمار می‌رود که بیشترین درصد دیابت را در جهان به خود اختصاص داده است [۴]. این در حالی است که هر پانزده سال یک بار این آمار سه برابر می‌شود. براساس تخمین سازمان سلامت جهان، چنانچه اقدامات ویژه‌ای در زمینه پیشگیری از دیابت صورت نگیرد، آمار مبتلایان به این بیماری در سال ۲۰۳۰ در ایران به ۷ میلیون نفر افزایش خواهد یافت [۴]. عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی در پیشگیری، سیر ابتلا به دیابت، تنظیم و کنترل آن نقش دارند [۵]. گسترش سریع شهرنشینی، افزایش سن، تغییر چشمگیر عادات غذایی در سال‌های اخیر و کاهش فعالیت فیزیکی و چاقی‌های حاصل به‌ویژه در زنان از عوامل مهم افزایش نرخ رشد دیابت در ایران بوده است [۶]. طبق الگوی باور سلامت که شناخته‌شده‌ترین الگو رفتار سلامتی است و به طور گسترده‌ای در پژوهش‌های مرتبط با سلامتی به کار برده شده است، باور فرد در مورد وجود خطر و باور وی مبنی بر اثربخشی یا اجتناب از یک رفتار، احتمال انجام آن رفتار را پیش‌بینی می‌کند [۷]. بر اساس مفروضه اصلی الگو باور سلامت، باورهای فرد در مورد وضعیت سلامت وی، بیشترین تأثیر را بر حالات و پیامدهای سلامتی او خواهد داشت [۸] و باورهای بیمار در مورد وضعیت سلامتی و احتمال بروز بیماری، اثر مهمی در انجام فعالیت‌های مرتبط با پیشگیری از بیماری دارد و وجود باورهای غیرمنطقی سلامت عامل خطر مهمی برای پیدایش بیماری‌ها است [۹]. باورهای غیرمنطقی افکاری هستند که بر روان فرد سلطه دارند و عامل تعیین کننده نحوه تعبیر و تفسیر و معنی دادن به رویدادها و تنظیم کننده کیفیت و کمیت رفتارها و عواطف‌اند [۱۰].

این باورها حقیقت ندارند و با واقعیت منطبق نیستند، باید و حکم برای فرد می‌آورند، تعادل فرد را از بین می‌برند و از ایجاد نظم جلوگیری می‌کنند [۱۰]. محققان در تعریف باورهای غیرمنطقی سلامت به نوعی سوگیری خوشبینانه در قضاوت مردم درباره احتمال به خطر افتادن سلامتی‌شان اشاره کرده‌اند، به این معنی‌که افراد گرایش به این باور دارند که کمتر از اطرافیان خود در معرض خطر قرار دارند. لذا رفتارهای سلامت محور کمتری انجام می‌دهند و به دلیل باور به این که هرگز و تحت هیچ شرایطی بیمار نمی‌شوند، بیشتر در معرض خطر قرار گرفته و بیشتر دچار بیماری‌های جسمی می‌شوند [۱۲، ۱۱]. بر اساس مطالعات انجام شده، باورهای غیرمنطقی سلامت، یکی از موانع اصلی عدم درمان، عدم پیروی از دستورات پزشک، عدم مصرف بهینه داروهای تجویز شده، ناباوری به کارآمد بودن تجویزات پزشک و عدم اعتماد به تیم درمانی به شمار می‌رود [۱۳]. یکی دیگر از عوامل تعیین کننده رفتارهای بهداشتی در افراد، خودمراقبتی و خود مدیریتی در زمینه‌های کنترل سلامت یا همان خود کنترلی در خصوص سلامت است که به اندازه عوامل ژنتیکی و تعیین‌کننده‌های رفتاری در سبب شناسی به آن توجه نشده است [۱۴]. منبع کنترل سلامت، باورهای فرد بر اساس تجارب گذشته نسبت به مسائل بهداشتی و داشتن کنترل درونی یا بیرونی بر آن‌ها است که به نحوی می‌تواند بر سلامتی تاثیرگذار باشد [۱۵]. افرادی که دارای منبع کنترل درونی هستند، دارای باورهای قوی در تصمیم‌گیری رفتارهای بهداشتی بوده و خود را مسئول سلامتی خود می‌دانند. در نقطه مقابل، افرادی که دارای منبع کنترل بیرونی هستند، معمولا به طور انفعالی عمل نموده و خود را مستقیما مسئول سلامتی خود ندانسته و همواره به تاثیر قضا و قدر، شانس، پزشک و نیروی قدرتمند دیگران در ارتباط با بیماری یا سلامتی خود معتقدند [۱۶]. منبع کنترل به این خاطر یک ویژگی مهم مرتبط با سلامت دانسته می‌شود که بر اساس آن فرد باور دارد محیط تحت کنترل وی است یا وی تحت کنترل محیط قرار دارد [۱۴]. فرضیه‌ای که بر مبنای الگوی کنترل سلامت مطرح است بر این امر استوار است که ارتباط تنگاتنگی بین منبع کنترل سلامت، رفتارهای بهداشتی و حس کنترل و مسولیت‌پذیری بیماران در روند مراقبت و درمان بیماری وجود دارد. برای مثال، افرادی که در مورد سلامت جسمانی خود دارای ادراک کنترل (منبع کنترل درونی سلامت) هستند، برای معاینه و آگاه شدن از وضعیت بدنی خود به پزشک مراجعه می‌کنند

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

و نه تنها می‌دانند که مراجعه به پزشک لازم است بلکه آگاه‌اند که به چه پزشکی، کی، کجا و در چه شرایطی مراجعه کند [۱۵].
همچنین نشان داده شده است که دیابت با سبک زندگی افراد ارتباط مستقیمی دارد [۶]. سبک زندگی تحت عنوان تمام رفتارهایی که تحت کنترل شخص هستند یا بر خطرات بهداشتی فرد تاثیر می گذارند، تعریف شده است و رفتارهای حفاظت از سلامتی (کاهش خطر و پیشگیری) و رفتارهای ارتقای سلامت دو جزء مکمل سبک زندگی سالم هستند [۱۷]. سبک زندگی سلامت محور به‌عنوان یک پدیده چندعلتی، چندبعدی و چند دلالتی به الگوهای جمعی رفتار مربوط می‌شود که می‌تواند مانعی در مشکلات مربوط به سلامت و تضمین‌کننده سلامت برای فرد باشد. این سبک از ابعاد متنوعی چون ورزش، تغذیه مناسب و نامناسب، خودکنترلی، رفتارهای پیشگیرانه و ... تشکیل شده است. جوهره تعریف سبک زندگی سلامت‌محور انسجام در انجام دادن مجموعه‌ای از رفتارهای مرتبط با بهداشت و سلامتی است [۱۸]. در اواخر قرن نوزدهم، با تغییراتی که در سبک زندگی افراد (تغذیه و بهداشت فردی) اتفاق افتاد، بیماری‌های عفونی کاهش یافته و جای خود را به بیماری‌های مزمن مانند دیابت و چاقی داده است که نمی‌توان آن‌ها را از طریق دارو درمان کرد و اغلب در نتیجه شرایط زندگی ناسالم ایجاد شده‌اند؛ بنابراین، توجه به منشأ این بیماری‌ها، یعنی سبک زندگی و رفتار انسان‌ها، معطوف شده است [۱۹]. تغییرات در سبک زندگی حتی به انتقال در الگوی سلامت و بیماری از دهه ۱۹۷۰ به بعد منجر شده است. در پی این تغییر، الگوی ترکیب عوامل اجتماعی ـ روانی- زیستی جایگزین الگو صرف پزشکی شده است [۲۰]. بدین ترتیب، توجه به سبک زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت و خودآورده‌های افراد مانند منبع کنترل سلامت آنان، ضرورت چشمگیری یافته است و مطالعات بیشتری در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد؛ چرا که درک دقیق اینکه دیابت چگونه تحت تاثیر عوامل روان‌شناختی، محیطی و فیزیولوزیکی قرار دارد اولین گام برای هدف قرار دادن درمان و کنترل آن است. لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور در پیش بینی ابتلای به دیابت انجام شد.

مواد و روش کار

روش پژوهش حاضر از نوع مقطعی (توصیفی- مقطعی) بود که برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. در این مطالعه سه متغیر باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و خطر ابتلای به دیابت به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شدند. جامعه آماری شامل کلیه مراجعان خانه سلامت سرای محله ایرانشهر بود که با استفاده از جدول کرجیسی و مورگان [۲۱] ۲۰۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب (۱۰۰ نفر مبتلا به دیابت و ۱۰۰ نفر سالم) انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش برای گروه دیابتی شامل داشتن حداقل یک سال سابقه ابتلا به بیماری دیابت، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمی دیگر و عدم ابتلا به بیماری روانی بودند. معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل عدم تمایل بیمار به شرکت در پژوهش، نداشتن سواد و مخدوش بودن پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده بودند. پس از اعلام رضایت، شرکت-کنندگان پرسشنامه‌های باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور را تکمیل کردند. مقیاس باور های منطقی سلامت توسط Christensen و همکاران ساخته شد. در این مقیاس ۲۰ گویه‌ای، بعد از توصیف باورها، ارزیابی از موقعیت صورت می‌گیرد و شرکت‌کنندگان باید در یک طیف لیکرتی ۵ نقطه‌ای از ۱ (اصلاً تمایلی ندارم به آن فکر کنم) تا ۵ (دقیقاً همیشه در حال فکر کردن در آن مورد هستم) مشخص نمایند تا چه اندازه ارزیابی آنان از موقعیت، مشابه با اقتضائات و شرایط آن موقعیت است. پاسخ‌های ۲۰ گویه با هم جمع می‌شوند و میانگین نمرات آن مبین باورهای غیرمنطقی فرد راجع به وضعیت سلامت است، به طوری که نمره بالاتر مبین تفکرات غیرمنطقی بالاتر است. همسانی درونی به دست آمده برای این برابر با ۰/۸۴ بور که نشان‌دهنده میزان مطلوب همسانی درونی است. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون قابل قبولی دارد. همبستگی آزمون بازآزمون طی یک دوره ۱۸ ماهه در همان نمونه ۰/۵۷ به دست آمده که در سطح $p < ۰۰۱$ معنادار بود [۲۲]. مقیاس چندوجهی کنترل سلامت که در سال ۱۹۷۸ توسط والستون و همکاران [۲۳] به منظور تعیین منبع کنترل سلامت افراد ساخته شده است، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. منبع کنترل سلامت در مجموع ۱۸ گویه دارد که شامل منبع کنترل درونی (گویه‌های ۱، ۶، ۷، ۱۲، ۱۳ و ۱۷)، منبع کنترل شانس (شامل گویه‌های ۲، ۴، ۹، ۱۱، ۱۵ و ۱۶) و منبع کنترل دیگران (شامل گویه‌های ۳، ۵، ۷، ۱۰، ۱۴ و ۱۸) است. پایایی این پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ در مؤلفه‌های درونی برابر ۶۸/. شانس برابر ۷۴/.، دیگران ۵۰/. و پزشکان ۵۵/. به دست

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

آمد [۲۴]. پروفایل سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت توسط والکر و هیل پولرسکی ساخته شده است و یک ابزار ۵۲ گویه‌ای است که سبک زندگی سلامت محور را با تمرکز بر کارهای ابتکاری و ادراک فرد که در راستای حفظ یا افزایش سطح تندرستی، خودشکوفایی و رضایت‌مندی فردی عمل می‌کنند، مورد توجه قرار می دهد. این ابزار رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را در ۶ بعد اندازه‌گیری می‌کند: رشد معنوی و خودشکوفایی (داشتن حس هدفمندی، به دنبال پیشرفت فردی بودن و تجربه خودآگاهی و رضایتمندی) یا ۱۰ گویه، مسئولیت‌پذیری در مورد سلامت شامل ۱۴ گویه روابط بین فردی شامل ۸ گویه، مدیریت استرس (شناسایی منابع استرس و اقدامات مدیریت استرس) شامل ۵ گویه، ورزش و فعالیت بدنی (تعقیب الگوی ورزشی منظم) شامل ۷گویه و تغذیه (داشتن الگوی غذایی و انتخاب غذا)ا شامل ۸ گویه. پایایی این پرسشنامه در تمام زیرمقیاس‌ها بین ۷۰/ تا ۷۷/ و شاخص محتوایی روایی برای این ابزار ۸۴/ را گزارش شده است [۲۵].

یافته‌ها

از آن‌جایی‌که در این پژوهش متغیر ملاک دو مقوله‌ای است (افراد دیابتی در برابر افراد سالم)، از روش رگرسیون لجستیک همزمان برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. متغیرهای پیش بین در این پژوهش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور بود. در ابتدا شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش مورد محاسبه قرار گرفت که نتایج آن در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، توزیع متغیرهای مورد نظر در دو گروه (به استثناء جنسیت) تقریبا مشابه است. در ادامه و در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور گزارش شده است. جدول(۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پیش بین پژوهش در دو گروه افراد مبتلا به دیابت و افراد سالم را نشان داده است. در ادامه برای بررسی توان پیش‌بینی-کنندگی متغیرهای پژوهش برای ابتلای افراد به دیابت به تفکیک جنسیت شرکت کنندگان در پژوهش با توجه به مقوله‌ای بودن متغیر ملاک از آزمون تحلیل رگرسیون لجستیک استفاده شد. همان‌طور که در جدول (۳) دیده می‌شود مجذور کا برای هر دو گروه زن و مرد معنادار است. یعنی می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای وارد شده به مدل یعنی باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور پیش‌بینی برونداد (خطر ابتلای به دیابت) را بهبود می‌بخشند. همچنین بر اساس یافته‌های این پژوهش حدود ۰/۵۰ درصد از واریانس خطر ابتلای به دیابت در زنان (Nagelkerke's R squared=۰/۴۹۹) و حدود ۰/۸۰ درصد واریانس خطر ابتلای به دیابت در مردان شرکت کننده در این پژوهش (Nagelkerke's R squared=۰/۷۹۹) بر اساس متغیرهای موجود در الگو تبیین شده است. بنابراین نتیجه می‌گیریم که متغیرهای موجود در الگو، افرادی که مبتلا به دیابت هستند را از افراد طبیعی تفکیک می‌کند. نتایج همچنین نشان داد که امکان ابتلای افراد به دیابت براساس باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور آنان قابل پیش بینی است (جدول ۴). با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که الگوی حاصل برای طبقه بندی ۰/۹۲ از زنان مبتلا به دیابت و ۰/۹۰ مردان مبتلا به دیابت شرکت کننده در این پژوهش نتیجه را به درستی پیش بینی کرده است. در ادامه نیز آماره والد و درجات آزادی مربوطه و مقادیر احتمال برای هرکدام از متغیرهای پیش‌بین برای زنان شرکت کننده در پژوهش محاسبه شد که در جدول (۵) ارائه شده است. نتایج جدول (۵) نشان می‌دهد که در زنان منبع کنترل شانس، مسولیت‌پذیری، روابط بین فردی و مدیریت استرس به طور معنی داری می‌توانند احتمال ابتلای به دیابت پیش‌بینی کنند. همچنین برای مردان شرکت کننده در پژوهش نیز آماره والد و درجات آزادی مربوطه و مقادیر احتمال برای هرکدام از متغیرهای پیش‌بین مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول (۶) گزارش شده است. نتایج جدول ۶ نیز نشان می‌دهد که باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل شانس و دیگران، مسولیت‌پذیری، مدیریت استرس و تغذیه به طور معنی داری می‌توانند احتمال ابتلای به دیابت را در مردان پیش‌بینی کنند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

جدول ۱: فراوانی و درصد (جنسیت، گروه‌های سنی و میزان تحصیلات) به تفکیک گروه‌ها

		افراد مبتلا به دیابت		افراد سالم	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۴۰	۴۰	۶۰	۶۰
	زن	۶۰	۶۰	۴۰	۴۰
سن	۱۰ تا ۲۰ سال	۱	۱	۷	۷
	۲۱ تا ۳۰ سال	۱۵	۱۵	۲۱	۲۱
	۳۱ تا ۴۰ سال	۲۳	۲۳	۲۲	۲۲
	۴۱ تا ۵۰ سال	۲۸	۲۸	۲۳	۲۳
	۵۰ سال به بالا	۳۳	۳۳	۲۷	۲۷
تحصیلات	زیر دیپلم	۵	۵	۳	۳
	دیپلم	۵۵	۵۵	۴۷	۴۷
	کارشناسی	۳۰	۳۰	۴۳	۴۳
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۱۰	۱۰	۷	۷

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت محور به تفکیک گروه‌ها

		افراد مبتلا به دیابت		افراد سالم	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
	باورهای غیرمنطقی سلامت	۴۷/۵۶	۱۷/۸۱	۴۲/۱۳	۱۶/۴۳
منبع کنترل سلامت	درونی	۲۷/۲۱	۴/۶۶	۲۷/۳۸	۴/۵۸
	شانس	۱۹	۵/۳۴	۱۸/۸۶	۴/۲۳
	کنترل دیگران	۲۷/۲۰	۳/۹۷	۲۳/۲۲	۵/۲۷
سبک زندگی سلامت محور	رشد معنوی	۲۷/۶۷	۳/۹۵	۲۷/۷۸	۴/۳۵
	مسولیت‌پذیری	۳۶/۵۵	۳/۲۶	۳۹/۱۷	۷/۷۵
	روابط بین‌فردی	۲۲/۲۵	۲/۹۲	۲۲/۰۳	۴/۷۰
	مدیریت استرس	۱۲/۵۷	۲/۰۶	۱۳/۵۹	۳/۲۶
	ورزش و فعالیت بدنی	۱۸/۱۳	۲/۲۴	۱۷/۸۷	۳/۶۹
	تغذیه	۲۱/۶۰	۳/۶۳	۲۱/۹۱	۴/۶۸

جدول ۳: معنی‌داری الگو پیش بینی متغیر ملاک براساس متغیرهای پژوهش

الگو	جنسیت	χ^2	درجه آزادی	سطح معناداری
	زن	۴۵/۴۵	۱۰	۰/۰۰۱
	مرد	۸۸/۷۰	۱۰	۰/۰۰۱

جدول۴: طبقه بندی شرکت‌کنندگان در پژوهش براساس فراوانی‌های پیش‌بینی

مشاهده شده		پیش بینی شده: وضعیت سلامت افراد — دارای دیابت	پیش بینی شده: وضعیت سلامت افراد — سالم	درصد صحیح
وضعیت سلامت افراد	زن	مبتلا به دیابت	۵۵	۵	۹۲
		سالم	۱۵	۲۵	۶۲
	مرد	مبتلا به دیابت	۳۶	۴	۹۰
		سالم	۷	۵۳	۹۳
درصد کل پیش بینی صحیح خطر ابتلای به دیابت					۸۹

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

جدول ۵: الگو لجستیک خطر ابتلای به دیابت در زنان

متغیرهای مرتبط با سلامت	زیر مقیاس‌ها	جنسیت	انحراف معیار	آزمون والد (سطح معناداری)	نسبت شانس (فاصله اظمینان)	سطح معنی‌داری
باورهای غیرمنطقی		زن	۰/۰۲	۲/۸۲	۰/۹۷	۰/۰۹
منبع کنترل	درونی	زن	۰/۰۹	۱/۹۹	۱/۱۳	۰/۱۶
	شانس	زن	۰/۰۸	۴/۷۰	۰/۸۵	۰/۰۳
	کنترل دیگران	زن	۰/۸۹	۰	۱	۰/۹۹
سبک زندگی	رشد معنوی و خودشکوفایی	زن	۰/۱۱	۱/۷۱	۰/۸۶	۰/۱۹
	مسولیت‌پذیری	زن	۰/۱۱	۱۴/۵۶	۰/۶۵	۰/۰۰۱
	روابط بین فردی	زن	۰/۱۴	۴/۷۱	۱/۳۴	۰/۰۳
	مدیریت استرس	زن	۰/۲۵	۷/۴۲	۱/۹۵	۰/۰۱
	ورزش و فعالیت‌های جسمانی	زن	۰/۱۸	۰/۲۹	۱/۱۰	۰/۵۹
	تغذیه	زن	۰/۱۳	۰/۱۷	۰/۹۵	۰/۶۸

جدول ۶: مدل لجستیک خطر ابتلای به دیابت در مردان

متغیرهای مرتبط با سلامت	زیر مقیاس‌ها	جنسیت	انحراف معیار	آزمون والد (سطح معناداری)	نسبت شانس (فاصله اظمینان)	سطح معنی‌داری
باورهای غیرمنطقی		مرد	۰/۰۵	۱۳/۳۷	۱/۲۰	۰/۰۰۱
منبع کنترل	درونی	مرد	۰/۱۳	۰/۸۷	۰/۸۸	۰/۳۵
	شانس	مرد	۰/۱۶	۶/۲۷	۰/۶۶	۰/۰۱
	کنترل دیگران	مرد	۰/۲۳	۱۰/۸۸	۲/۱۷	۰/۰۰۱
سبک زندگی	رشد معنوی و خودشکوفایی	مرد	۱۳	۰/۵۲	۱/۱۰	۰/۴۷
	مسولیت‌پذیری	مرد	۰/۱۴	۵/۱۷	۰/۷۳	۰/۰۲
	روابط بین فردی	مرد	۰/۲۰	۰/۲۲	۰/۹۱	۰/۶۴
	مدیریت استرس	مرد	۰/۲۴	۵/۶۱	۱/۷۸	۰/۰۲
	ورزش و فعالیت‌های جسمانی	مرد	۰/۲۳	۱/۳۲	۱/۳۰	۰/۲۵
	تغذیه	مرد	۰/۱۹	۶/۸۲	۰/۶۰	۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی نقش باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور در پیش‌بینی ابتلا به دیابت بود. نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که این متغیرها می‌توانند حدود نیمی از واریانس احتمال ابتلا به دیابت را در زنان و حدود ۰/۸۰ احتمال ابتلا به دیابت را در مردان پیش‌بینی کنند. این نتایج با پژوهش‌های پیشین که ارتباط سبک زندگی [۱۹، ۱۸]، باورهای غیرمنطقی [۹-۷] و منبع کنترل سلامت [۱۶-۱۱] را با بیماری دیابت نشان داده‌اند، همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که افراد مبتلا به دیابت به دلیل باورهای غیرمنطقی مرتبط با سلامتی‌شان بیشتر گرایش به این باور دارند که نسبت به اطرافیان خود به مراتب کمتر در معرض خطر قرار دارند. لذا رفتارهای سلامت محور کمتری انجام می‌دهند و به دلیل باور به این که هرگز و تحت هیچ شرایطی بیمار نمی‌شوند، بیشتر در معرض خطر قرار می‌گیرند و بیشتر احتمال دارد به دیابت مبتلا شوند. علاوه براین، افرادی که باورهای غیرمنطقی سلامت دارند عموما به پیشگیری اعتقادی ندارند که این امر نیز خود زمینه را برای ابتلای افراد به دیابت فراهم می‌کند. از طرف دیگر، منبع کنترل سلامت بخش ضروری از رفتارهای مرتبط با سلامتی است و کسانی که دارای کانون کنترل سلامتی درونی هستند چون گمان می‌کنند که سلامتی‌شان در گرو فعالیت‌ها و انتخاب‌هایی است که خودشان انجام می‌دهند معمولاً در تمام جنبه‌های زندگی برنامه‌ریزی منظمی انجام می‌دهند تا بتوانند سرنوشت خود را تعیین کنند. این افراد با اعتقاد به تأثیر اساسی خود در وضعیت سلامتی‌شان، رفتارهای مرتبط با سلامت را رعایت می‌کنند و برای پیشگیری از ابتلا به بیماری به فعالیت و ورزش بدنی می‌پردازند و سعی می‌کنند که رژیم غذایی خویش را طوری تنظیم کنند تا منجر به بروز بیماری نشود. این افراد همچنین استرس‌هایی را که در طول زندگی بر آن‌ها وارد می‌شود نتیجه اعمال و سبک زندگی خویش می‌دانند، در نتیجه برای کاهش استرس‌های زندگی از برنامه

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

مدیریت استرس استفاده می‌کنند. همچنین به‌نظر می‌رسد افرادی که دارای سبک زندگی سلامت‌محور هستند، نه‌تنها در جنبه‌های جسمانی مانند فعالیت و ورزش بدنی بلکه در جنبه‌های معنوی نیز فعال هستند و به رشد همه جنبه‌های وجودی خویش اهمیت می‌دهند. همچنین می‌توان گفت که فرد با انتخاب سبک زندگی‌اش برای حفظ و ارتقای سلامتی خود و پیشگیری از بیماری‌ها اقدامات و فعالیت‌هایی را انجام می‌دهد. رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل و ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌ها از جمله این فعالیت ها هستند که سبک زندگی را تشکیل می‌دهند که براساس نتایج به دست آمده می‌توان این چنین استنباط کرد که تعدیل سبک زندگی افراد می‌تواند عاملی برای کاهش ابتلا به دیابت باشد. در واقع، سبک زندگی، نحوه زیستن را شامل می‌شود. رژیم غذایی سالم، افزایش قدرت جسمانی- روانی و اجتماعی، بهره‌وری اقتصادی، اجتناب از سیگار و سایر مواد مضر، مترادف با ممانعت از بروز و شیوع بسیاری از بیماری‌های ریوی، سرطان‌ها، افزایش سلامت روانی و اجتماعی و اثرات مفید اقتصادی فردی و اجتماعی است. دیابت یک مشکل سلامت همگانی جدی است که کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند و یک علت مهم ناتوانی و مرگ در بسیاری از کشورها است. کنترل بیماری دیابت باعث می‌شود تا از پرداخت هزینه‌های گزاف به منظور درمان عوارض بیماری جلوگیری شود. در حقیقت اگر هزینه‌های درمان دیابت پرداخت نشود، ناچار به پرداخت هزینه‌های هنگفت درمان عوارض بیماری خواهیم بود. درمان دیابت نیز به میزان زیاد بستگی به مدیریت رفتار و خود مراقبتی بیمار دارد، شکست در حفظ رفتارهای مطلوب، خطر ایجاد عوارض این بیماری را افزایش می‌دهد. تغییر باورهای اشتباه فرد در مورد بیماری و سلامت، تغییر سبک زندگی و آموزش خود مراقبتی می‌تواند به عنوان سنگ بنای مراقبت برای تمام افراد دیابتی باشد که می‌خواهند نتایج موفقی را در کنترل بیماری خود کسب کنند. بنابراین توصیه می‌شود که برای دست‌یابی به این اهداف (تغییر باورهای اشتباه فرد در مورد بیماری و سلامت، تغییر سبک زندگی و آموزش خود مراقبتی) توجه ویژه‌ای شود و با کم‌ترین هزینه این آموزش‌ها در مکان‌های مختلفی از قبیل اردوهای تفریحی، مدارس، محل کار، منزل و مکان‌های گردهمایی عمومی فراهم شود. مقایسه توان پیش‌بینی‌کنندگی متغیرهای مورد نظر با توجه جنسیت شرکت‌کنندگان نیز نشان داد که در زنان منبع کنترل شانس، مسولیت‌پذیری، روابط بین فردی و مدیریت استرس و در مردان باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل شانس و دیگران، مسولیت‌پذیری، مدیریت استرس و تغذیه به طور معنی دار می‌توانند احتمال ابتلای به دیابت را پیش‌بینی کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که احتمالا روابط بین فردی برای زنان مقایسه با مردان با اهمیت‌تر است و این روابط بین فردی می‌تواند زمینه‌ساز ناتوانی فرد در حل مشکلات بین‌فردی، نگرش‌های منفی نسبت به بیان هیجانات، ترس از ارزیابی منفی و ترس از مقایسه اجتماعی منفی شود که همگی این موارد پیوند آشکاری با چاقی دارند. از طرف دیگر، به‌نظر می‌رسد که مردان نسبت به زنان بیشتر اعتقاد دارند که مریض شدنشان دست خودشان نیست و ناشی از شانس و تقدیر است. همچنین باورهای غیرمنطقی سلامت در مردان برخلاف زنان می‌توانست امکان ابتلای به دیابت را پیش‌بینی کند که این تفاوت می‌تواند ناشی از آگاهی کمتر مردان نسبت به دیابت و علل، پیشگیری و درمان آن باشد که معمولاً بخاطر درگیری بیشتر مردان با شغل و پرمشغله بودن آن‌ها که فرصت مطالعه و کسب اطلاعات صحیح در مورد سلامتشان را نمی‌دهد، اتفاق می‌افتد. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن نمونه پژوهش به مراجعه‌کنندگان به سرای محله ایرانشهر، فقدان انگیزه برخی از شرکت کنندگان برای تکمیل کامل ابزار پژوهش اشاره کرد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که باورهای غیرمنطقی سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی سلامت‌محور می‌توانند خطر ابتلای به دیابت را پیش‌بینی کنند. بررسی و شناخت علل و پیش بین‌های دیابت می‌تواند باعث انتخاب موثرترین روش‌های پیشگیری شود و از اتلاف وقت و هزینه جلوگیری کرده و متخصصان را در دستیابی به اهداف‌شان نزدیک‌تر سازد. از طرفی دیگر، با شناخت این پیش بین‌های دیابت می‌توان گامی بلند جهت پیشگیری و یا جلوگیری از پیشرفت این بیماری برداشت. به این ترتیب این امکان حاصل می‌شود که متخصصان بالینی و مجریان برنامه‌های پیشگیری از دیابت بتوانند با بهره‌گیری از یافته‌های حاصل از پژوهش، بر میزان موفقیت برنامه‌های پیشگیری از دیابت بیفزایند، امری که می‌تواند صرفه‌جویی در منابع انسانی و مالی را به دنبال داشته باشد. پیشنهاد می‌شود که در برنامه درمانی افراد مبتلا به دیابت و پیشگیری سطح اول (آموزش‌های همگانی که برای عموم در نظر گرفته می‌شود) به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

تصحیح باورهای مرتبط با سلامت و القاء و تقویت حس کنترل افراد بر وضعیت سلامتی‌شان و همچنین تصحیح سبک زندگی افراد توجه ویژه‌ای شود.

سهم نویسندگان

جلیل فتح‌آبادی: طراحی و ایده پردازی مطالعه، ارزیابی تخصصی

مونا ایزد دوست: فراهم کردن تجهیزات و نمونه های مطالعه و جمع آوری داده‌ها

داوود تقوایی: طراحی و ایده پردازی مطالعه و فراهم کردن تجهیزات

بیتا شلانی: خدمات تخصصی آمار، تحلیل و تفسیر نتایج، نگارش

سعید صادقی: خدمات تخصصی آمار، تحلیل و تفسیر نتایج، نگارش

منابع

1. Ikezaki H, Ai M, Schaefer EJ, Otokozawa S, Asztalos BF, Nakajima K, Zhou Y, Liu CT, Jacques PF, Cupples LA, Furusyo N. Cardiovascular disease prevalence and insulin resistance in the Kyushu–Okinawa Population Study and the Framingham Offspring Study. Journal of clinical lipidology 2017; 11:348-56

2. Rakhshanderou S, Heydarnia AR, Rajab A. The effect of health education on quality of life in diabetic patients referring to Iran diabetes association. Daneshvar Med 2006; 13: 15-20 [Persian]

3. Bazrafshan H, Mohammadian S, Raiszadeh F, Shirafkan A, Salehi A, Ramezani M. Correlation function diabetes mellitus: Report on inclusive cross-design, diabetes, thyroid, cardiovascular Gorgan. InProceedings of the 11th Annual Congress of Internal Medicine Society 2000 (pp. 1-3)

4. Khaledi S, Moridi G, Gharibi F. Survey of eight dimensions quality of life for patients with diabetes type II, referred to Sanandaj diabetes center in 2009. J Journal of Fasa University of Medical Sciences 2011; 1: 29-37 [Persian]

5. Nematpour S, Shahbazian HB, Holampour A. Evaluation of psychological problems in diabetic patients. Jundishapur Jundishapur Scientific Medical Journal 2010; 9: 345-52 [Persian]

6. Mohammad Behnam Rad, Fereshte Taghavi AAMM. The role of lifestyle in modifying diabetes. J Science Cultivation Journal 2014;5:12–21 [Persian]

7. Li ZT, Yang SS, Zhang XX, Fisher EB, Tian BC, Sun XY. Complex relation among Health Belief Model components in TB prevention and care. Public Health 2015;129:907–15

8. Christensen AJ, Martin R, Smyth JM. Encyclopedia of health psychology. 1th Edition, Springer US Publication: New York, 2004

9. Fathabadi J, Izaddoust M, Taghvaee D, Shallani B, Sadeghi S. Prediction the risk of obesity based on irrational beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle . Journal of Research in Psychological Health 2017; 11 :1-12 [Persian]

10. Khani Jeihooni A, Hidarnia A, Kaveh MH, Hajizadeh E, Askari A. The effect of an educational program based on health belief model and social cognitive theory in prevention of osteoporosis in women. Iranian South Medical Journal 2017; 22: 529–536 [Persian]

11. Anderson DR, Emery CF. Irrational health beliefs predict adherence to cardiac rehabilitation: A pilot study. Heal Psychol 2014;33:1614

12. Bridges KR, Harnish RJ. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. Health (Irvine Calif) 2010; 2:862

13. Napp C. "Irrational" Health Beliefs and Behaviors. SSRN Electronic Journal [Internet]. 2013 [cited 2016 Dec 18]; Available from: http:/ www.ssrn.com abstract=2336865

14. Neymotin F, Nemzer LR. Locus of control and obesity. Front Endocrinol (Lausanne) 2014;5:159

15. Fathabadi J, Sadeghi S, Jomhari F, Talaneshan A. The Role of Health-Oriented Lifestyle and Health Locus of Control in Predicting the Risk of Overweight. Iran J Health Educ Health Promot. 2017; 5:280-287 [Persian]

16. Jennie N, Jane W. Health promotion: foundations for practice. 2th Edition, Bailliere Tindall Publication: UK, 2000

17. Baker D. Health Promotion in Nursing Practice. Fam Community Health 2007;30:85–96

18. Chaney D. Cosmopolitan art and cultural citizenship. Theory, Culture & Society 2002;19:157-74

19. Dutta-Bergman MJ. An alternative approach to social capital: Exploring the linkage between health consciousness and community participation. Health Commun 2004;16:393–409

20. Pol LG, Thomas RK. The demography of health and health care. Springer Science & Business Media. 3th Edition, Springer Publication: Netherlands 2000

21. Krejcie R V, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30:607–10

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

22. Christensen AJ, Moran PJ, Wiebe JS. Assessment of irrational health beliefs: relation to health practices and medical regimen adherence. Heal Psychol. 1999;18:169

23. Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Education & Behavior**.** 1978;6:160–70

24. Ubbiali A, Donati D, Chiorri C, Bregani V, Cattaneo E, Maffei C, et al. The usefulness of the Multidimensional Health Locus of Control Form C (MHLC-C) for HIV+ subjects: an Italian study. AIDS Care 2008; 20:495–502

25. Hajizade Mimandi M, Dehghan Chenari M. Health-oriented lifestyle and marital satisfaction among married women in Yazd. Women Arts Culther. 2015;7161–76

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]

ABSTRACT

The Role of Irrational Health Beliefs, Health Locus of Control and Health-Oriented Lifestyle in Predicting the Risk of Diabetes

Jalil Fathabadi [1], Mona Izaddost [1], Davood Taghavi [2], Bita Shalani [3], Saeid Sadeghi [1*]

1. Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
2. Islamic Azad University, Arak, Iran
3. Faculty of Humanistic Science, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Payesh 2018; 17(2): 169-178
Accepted for publication: 19 February 2018
[EPub a head of print-10 March 2018]

Objective (s): In the present study, the role of irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle was studied in predicting the risk of diabetes.
Methods: This was a cross sectional study of 100 diabetics and healthy participants in Iranshahr, Iran. Data were collected using a number of questionnaires including the irrational health beliefs questionnaire, multidimensional health locus of control questionnaire and health-oriented lifestyle profile and were analyzed by logistic regression analysis using SPSS24 software.
Results: The results demonstrated that the variables were able to predict diabetes in 0/92 of female (x^2=45/45, df=10, p>0/001) and 0/90 of male (x^2=88/70, df=10, p>0/001) with the disease. Overall, the model had a good fit according to the 0/89 correct prediction between healthy and diabetics participants.
Conclusion: Irrational health beliefs, health locus of control and health-oriented lifestyle have the predictive power of diabetes and it seems that by changing the irrational beliefs, the health locus of control and changes in lifestyle of individuals the probability occurrence of diabetes will reduce.

Key Words: Irrational beliefs of health, Health-focused lifestyle, Health locus of control, Diabetes

* Corresponding author: Faculty of Psychology and Education, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran
E-mail: Sae_sadeghi@sbu.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-21]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1397.17.2.6.2]