

# الگوی تعیین کننده‌های خود مراقبتی دیابت در بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد

نویسندگان: دکتر محمدعلی مروتی شریف آباد<sup>۱\*</sup> و نوشین روحانی تنکابنی<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه مبارزه با بیماری‌ها دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲. کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

\*E-mail: morowaty@yahoo.com

نویسنده مسئول:

### چکیده

مقدمه و هدف: خود مراقبتی در دیابت، موجب ارتقای کیفی زندگی شده و از تعداد موارد بستری در بیمارستان می‌کاهد و باپیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد. با توجه به شیوع بالای بیماری در شهر یزد بررسی این مقوله در بیماران دیابتی شهر ضروری است. آنالیز مسیر تکنیک آماری دقیقی است که جهت تعیین الگوی علی بهینه بین متغیرها مورد استفاده قرار می‌گیرد. لذا این مقاله با هدف به‌کارگیری آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون جهت تعیین الگوی بهینه عوامل مرتبط با خودمراقبتی دیابت با استفاده از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته ارائه می‌گردد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی مقطعی بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، که به صورت آسان در تحقیق وارد شدند، انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای مشتمل بر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته شامل منافع، موانع، شدت، حساسیت، خود کار آمدی، حمایت اجتماعی و کنترل متابولیک درک شده و منبع کنترل بانضمام متغیرهای دموگرافیک بود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. پایایی و روایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت و تأیید گردید.

نتایج: بر اساس نتایج، خودکارآمدی، شدت × حساسیت و منافع خالص به طور مستقیم بر رفتارهای خودمراقبتی مؤثر بودند که در این میان تأثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی‌تر بود. منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر منافع خالص به‌طور غیرمستقیم بر رفتار تأثیرگذار بودند. همچنین منافع خالص و منبع کنترل درونی با تأثیر بر خودکارآمدی به‌طور غیر مستقیم بر رفتار مؤثر بودند. نتیجه‌گیری: الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته می‌تواند به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات آموزشی جهت ارتقای خود مراقبتی در بیماران دیابتی به‌کار برده شود ولی از بین سازه‌های این الگو، خودکارآمدی، منافع خالص و شدت × حساسیت بیش‌ترین تأثیر مستقیم را دارند و بعد از آن منبع کنترل شانس و درونی و حمایت اجتماعی از اهمیت بیش‌تری برخوردارند و باید بیش‌تر مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: خود مراقبتی، دیابت، الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته، آنالیز مسیر

دوماهنامه علمی -

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۸۱

تیر ۱۳۸۸

وصول: ۸۷/۱/۲۸

اصلاحات: ۸۷/۱۰/۲۹

پذیرش: ۸۷/۱۲/۲۱

## مقدمه

مبتنی بر رگرسیون جهت تعیین الگوی عوامل مرتبط با خودمراقبتی در بیماران دیابتی با استفاده از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته و نیز با استفاده از داده‌های مطالعه فوق‌الذکر ارائه می‌گردد.

## مواد و روش‌ها

در این مطالعه تحلیلی مقطعی، ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد به صورت نمونه‌گیری آسان در شش‌ماهه اول سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. بدین نحو که هر هفته در زمان مشخص سه روز به تصادف انتخاب گردید و پژوهشگر در روزهای منتخب به مرکز مراجعه کرد و در آن روز تمام بیماران مراجعه‌کننده را مورد بررسی قرار داد، بیمارانی که یکبار مورد بررسی قرار گرفته بودند در روزهای بعد حذف گردیدند.

پرسشنامه ۱۰۵ آیتمی با مقیاس‌های منافع، موانع، شدت، حساسیت، تهدید، خود کارآمدی، حمایت اجتماعی و کنترل متابولیک درک شده و منبع کنترل و رفتارهای خود مراقبتی بانضمام متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح سواد، نوع شغل، محل سکونت، دین، نوع دیابت و مدت زمان ابتلا به دیابت جهت این مطالعه تهیه شد و از طریق مصاحبه پژوهشگر با افراد مذکور تکمیل گردید. جزئیات مربوط به ابزارهای مورد استفاده و نیز مراحل تعیین روایی و اعتبار آن‌ها در مقاله دیگری آمده است [۱۱].

در این مقاله نتایج آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون که برای تعیین الگوی علی پیش‌بینی‌کننده‌های خودمراقبتی دیابت از آن استفاده شد، گزارش می‌شود. مراحل این تحلیل در برنامه SPSS به شرح ذیل است:

۱- داده‌ها را که عبارت از داده‌های مربوط به متغیرهای مستقل و یک متغیر وابسته است وارد کامپیوتر می‌شود.

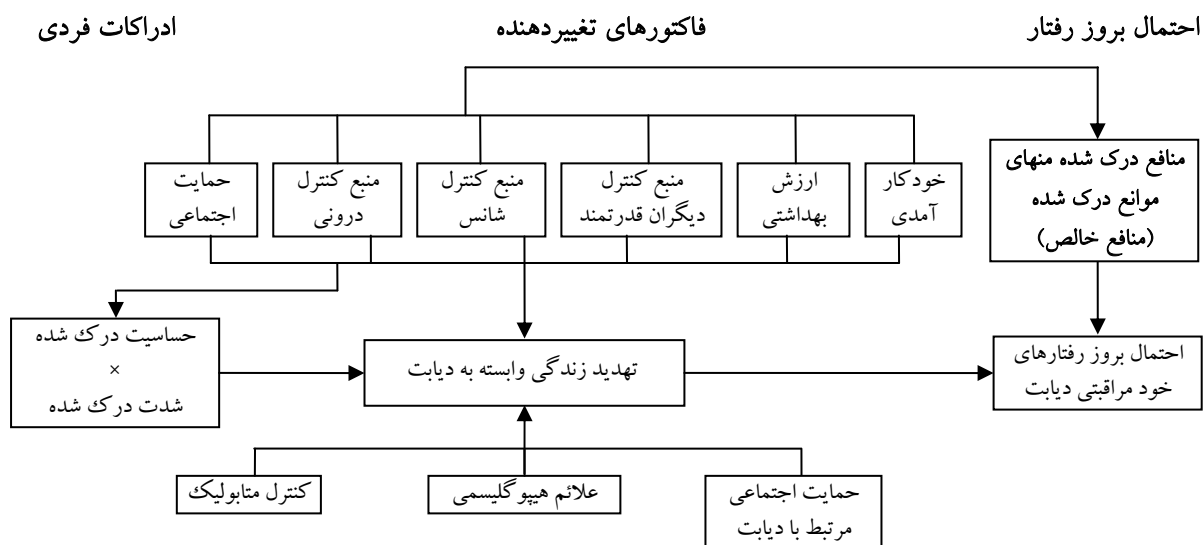
۲- برای این داده‌ها عملیات رگرسیون انجام می‌شود.

۳- پس از بررسی جداول خروجی، متغیرهای مستقل را که با متغیر وابسته همبستگی معناداری ندارند حذف شده و عملیات رگرسیون مجدداً انجام می‌شود.

سازمان بهداشت جهانی تعداد بیماران دیابتی در ایران را در سال ۲۰۰۰ میلادی ۲,۱۰۳,۰۰۰ اعلام کرد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی این میزان به ۶,۴۲۱,۰۰۰ نفر افزایش خواهد یافت [۱]. طبق آخرین بررسی‌ای که در ایران انجام شد، شیوع دیابت در کل جمعیت ایران ۳-۲ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال ۷/۳ درصد برآورد شده است [۲]. دکتر افخمی و همکاران در سال ۱۳۷۸ شیوع دیابت را در جمعیت شهری بالای ۳۰ سال استان یزد مورد بررسی قرار داد که این میزان ۱۴/۵۲ درصد برآورد گردید و بیش‌ترین شیوع مربوط به شهرستان یزد با ۱۵/۷ درصد بوده است [۳]. بیماری همراه با عوارض متابولیک و عوارض درازمدت قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی است [۴] و ۹ درصد کل مرگ‌های جهان به دیابت مربوط می‌شود [۲].

این بیماری مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر است [۵]. خود مراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و در کاهش هزینه‌ها مؤثر است، به خصوص از تعداد موارد بستری در بیمارستان کاسته می‌شود. با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت [۲].

از آن‌جا که هدف نهایی ما در افراد دیابتی، افزایش توانمندی آنان در انجام خودمراقبتی است، استفاده از یک الگو به عنوان یک چارچوب جهت شناسایی عواملی که در ضعف خودمراقبتی بیماران دخیل هستند و طراحی برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی امری ضروری به نظر می‌رسد. بازبینی منابع [۶-۵] کارآیی بهتر الگوی اعتقاد بهداشتی [۷] توسعه‌یافته (شکل ۱) را نشان می‌دهد. نتایج مطالعه‌ای که پیش‌تر گزارش شده است [۸]، کارآیی این الگو را در خودمراقبتی بیماری دیابت مورد تأیید قرار داده است. لکن در مطالعه فوق از تکنیک‌های معمول آماری جهت تعیین ارتباط و همبستگی سازه‌ها استفاده شده است. این در حالی است که امروزه استفاده از آنالیز مسیر که یک تکنیک آماری دقیق‌تر است جهت تعیین یک الگوی علی بین متغیرها استفاده می‌شود، خصوصاً زمانی که پیشنهاد الگوی بهینه جهت طراحی مداخلات مورد نظر باشد [۹ و ۱۰]. لذا این مقاله با هدف به کارگیری آنالیز مسیر



شکل ۱: الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته ارائه شده توسط آلتو و یوتلا [۶]

۱- در مرحله اول متغیرهای ی که براساس آزمون همبستگی پیروان با رفتارهای خود مراقبتی همبستگی معنادار داشتند (همه متغیرهای مستقل به غیر از منبع کنترل دیگران قدرتمند) طی آنالیز رگرسیون جهت پیشگویی خود مراقبتی مورد بررسی قرار گرفتند. ضرایب همبستگی در جدول ۱ آمده است.

۲- در مرحله بعد مواردی که در مرحله اول معنادار به دست آمدند (منافع خالص، خودکارآمدی و شدت × حساسیت) جهت مشخص کردن متغیر قوی تر در پیشگویی و ادامه مسیر، مجدداً با رفتارهای خود مراقبتی تحت آنالیز رگرسیون قرار گرفتند.

۳- در این مرحله متغیر قوی تر (خودکارآمدی) مشخص شده در مرحله دوم، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده و بقیه متغیرهای باقیمانده الگو به عنوان متغیر مستقل جهت پیشگویی خودکارآمدی تحت آنالیز رگرسیون قرار گرفتند.

۴- متغیرهای معنادار به دست آمده در مرحله سوم (منافع خالص و منبع کنترل درونی) جهت شناسایی متغیر قوی تر در پیشگویی و تداوم مسیر مجدداً با خودکارآمدی (متغیر وابسته) تحت آنالیز رگرسیون قرار گرفتند، که در این میان منافع خالص پیشگویی کننده قوی تر خودکارآمدی به دست آمد.

۴- پس از بررسی جداول، هر کدام از متغیرهای مستقل را که دارای بزرگترین بتا است را به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته و در صورت وجود متغیری که دارای همبستگی معناداری با متغیر وابسته اصلی نباشد، آن را حذف کرده و مجدداً عملیات رگرسیون انجام می شود (متغیر وابسته اصلی نیز در این مرحله از عملیات کنار گذاشته می شود).

۵- مرحله قبلی مجدداً تکرار می شود (حذف متغیرها بدون سطح معناداری قابل قبول و مشخص کردن متغیری که بیشترین بتا را دارد و...).

۶- به ترتیب از اولین تحلیل رگرسیونی که انجام شده است شروع به ساختن الگو می شود و متغیرهای مستقل معنادار به متغیرهای وابسته (اصلی و بعدی) به وسیله پیکان ربط داده می شود. این کار تا ساخته شدن دیاگرام مسیر ادامه می یابد.

۷- بر روی هر پیکان مقدار بتای مربوط به آن نوشته می شود. [۱۱]

## نتایج

مراحل تحلیل مسیر مبتنی بر آنالیز رگرسیون در این مطالعه به شرح ذیل بود:

جدول ۱: ضریب همبستگی متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته با رفتارهای خودمراقبتی

متغیر	منافع خالص	شدت × حساسیت	تهدید	خود کار آمدمی	حمایت اجتماعی	کنترل متابولیک	منبع کنترل درونی	منبع کنترل دیگران قدرتمند	منبع کنترل شانس
رفتارهای خودمراقبتی	۰/۵۰۶**	۰/۳۴۷**	۰/۲۸۲**	۰/۶۱۶**	۰/۲۵۳**	۰/۱۹۶*	۰/۲۸۷**	۰/۱۵۶**	-۰/۱۹۱**

\* معنادار در سطح ۰/۰۵ \*\* معنادار در سطح ۰/۰۱

جدول ۲: آنالیز رگرسیون متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته (مراحل ۱، ۳، ۵، و ۷ جهت تعیین رابطه معناداری متغیرهای مستقل با متغیر وابسته)

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	p.value	R <sup>2</sup>	متغیر وابسته
منافع خالص	۰/۲۲۴	۰/۰۲۸	۰/۴۴۸	رفتارهای خود مراقبتی
منبع کنترل درونی	۰/۰۲۶	۰/۷۳۴		
منبع کنترل شانس	۰/۰۳۹	۰/۶۳۲		
خودکارآمدمی درک شده	۰/۴۲۹	۰/۰۰۰		
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۰۳۱	۰/۷۰۳		
شدت × حساسیت	۰/۳۸۹	۰/۰۴۲		
تهدید درک شده	-۰/۲۷۴	۰/۱۴۶		
کنترل متابولیک درک شده	۰/۰۱۷	۰/۸۲۰		
منافع خالص	۰/۴۴۷	۰/۰۰۰	۰/۴۴۶	خودکار آمدمی
شدت × حساسیت	۰/۲۰۷	۰/۲۷۱		
منبع کنترل درونی	۰/۲۶۷	۰/۰۰۰		
منبع کنترل شانس	۰/۰۶۷	۰/۴۱۰		
حمایت اجتماعی درک شده	۰/۱۱۹	۰/۱۳۷		
تهدید درک شده	-۰/۰۴۷	۰/۸۰۲		
کنترل متابولیک درک شده	۰/۰۲۷	۰/۷۲۱		
منبع کنترل درونی	۰/۱۲۹	۰/۰۹۸	۰/۳۸۱	منافع خالص
منبع کنترل شانس	-۰/۳۰۰	۰/۰۰۰		
حمایت اجتماعی	۰/۳۵۱	۰/۰۰۰		
شدت × حساسیت	۰/۰۵۷	۰/۷۷۲		
تهدید درک شده	۰/۰۹۷	۰/۶۲۳		
کنترل متابولیک درک شده	۰/۱۰۹	۰/۱۶۷		
منبع کنترل درونی	-۰/۰۹۶	۰/۲۹۳	۰/۱۲۳	منبع کنترل شانس
حمایت اجتماعی	-۰/۱۳۸	۰/۱۲۷		
شدت × حساسیت	۰/۱۵۶	۰/۵۰۴		
تهدید درک شده	-۰/۳۵۶	۰/۱۲۴		
کنترل متابولیک درک شده	-۰/۱۵۱	۰/۱۰۳		

۶- متغیرهای معنادار پیشگویی‌کننده منافع خالص مجدداً با این متغیر وابسته جهت ادامه مسیر تحت آنالیز رگرسیون قرار گرفتند. که منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی به‌دست آمد.

۵- در این مرحله منافع خالص به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرهای باقیمانده به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند و طی آنالیز رگرسیون میزان پیشگویی منافع خالص توسط آن‌ها مشخص شد.

۷- منبع کنترل شانس که در بین دو متغیر پیشگویی کننده معنادار منافع خالص، قوی تر بود، جهت ادامه مسیر به عنوان متغیر وابسته و سایر متغیرها به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شد ولی هیچکدام از متغیرهای مستقل در پیشگویی منبع کنترل شانس معنادار به دست نیامدند و بنابراین آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون در این مرحله تکمیل گردید.

نتایج آنالیز رگرسیون مراحل ۱، ۳، ۵، و ۷ در جدول ۲ و نتایج آنالیز رگرسیون مراحل ۲، ۴، و ۶ در جدول ۳ آمده است.

میزان بتای استاندارد به دست آمده در آنالیز رگرسیون مراحل ۲، ۴ و ۶ به عنوان ضریب مسیر در نظر گرفته شد که برآوردی از میزان اثر مستقیم متغیر مستقل بر متغیر وابسته است. جهت تعیین اثر غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته بتاهای مسیرهای غیرمستقیم در هم ضرب می شود. اثر کلی متغیر مستقل بر متغیر وابسته از طریق حاصل جمع مضروب مسیرهای غیرمستقیم و مسیر مستقیم محاسبه می شود. جدول ۴ اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی

همان گونه که ملاحظه می گردد شدت  $\times$  حساسیت، خودکارآمدی و منافع خالص به طور مستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر هستند که در این میان تأثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی تر است. همچنین منافع خالص از طریق تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیرمستقیم هم بر رفتار مؤثر است. منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر منافع خالص به طور غیر مستقیم بر رفتار تأثیرگذار می باشند. منبع کنترل درونی هم با تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیرمستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر است.

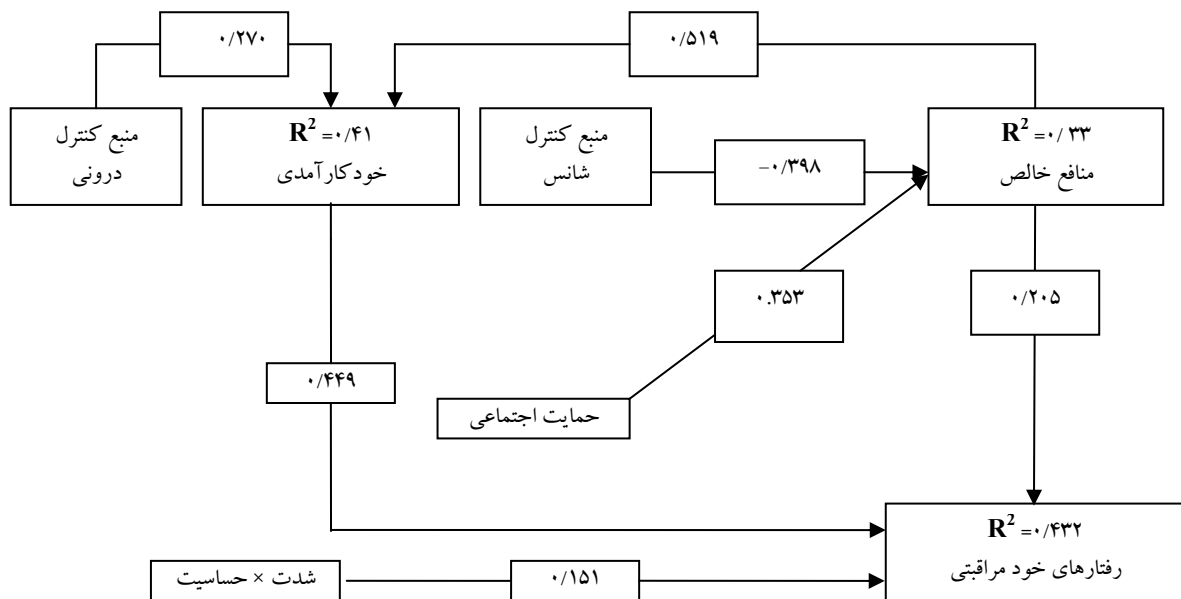
همان گونه که ملاحظه می گردد شدت  $\times$  حساسیت، خودکارآمدی و منافع خالص به طور مستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر هستند که در این میان تأثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی تر است. همچنین منافع خالص از طریق تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیرمستقیم هم بر رفتار مؤثر است. منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر منافع خالص به طور غیر مستقیم بر رفتار تأثیرگذار می باشند. منبع کنترل درونی هم با تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیرمستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر است.

جدول ۳: آنالیز رگرسیون متغیرهای الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته (مراحل ۲، ۴ و ۶ جهت تعیین میزان بتای متغیرهای مستقل معنادار)

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	p.value	R <sup>2</sup>	متغیر وابسته
منافع خالص	۰/۲۰۵	۰/۰۲۰	۰/۴۳۲	رفتارهای خود مراقبتی
خودکارآمدی	۰/۴۴۹	۰/۰۰۰		
شدت $\times$ حساسیت	۰/۱۵۱	۰/۰۴۴		
منافع خالص	۰/۵۱۹	۰/۰۰۰	۰/۴۱۰	خودکارآمدی
منبع کنترل درونی	۰/۲۷۰	۰/۰۰۰		
منبع کنترل شانس	-۰/۳۹۸	۰/۰۰۰	۰/۳۳	منافع خالص
حمایت اجتماعی	۰/۳۵۳	۰/۰۰۰		

جدول ۴: اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی متغیرهای پیشگویی کننده رفتارهای خود مراقبتی حاصله از آنالیز مسیر مبتنی بر رگرسیون

متغیرهای مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کلی	متغیر وابسته
خودکارآمدی	۰/۴۴۹	-	۰/۴۴۹	رفتارهای خودمراقبتی
منافع خالص	۰/۲۰۵	۰/۵۱۹ $\times$ ۰/۴۴۹	۰/۴۳۸	
شدت $\times$ حساسیت	۰/۱۵۱	-	۰/۱۵۱	
منبع کنترل شانس	-	(-۰/۳۹۸ $\times$ ۰/۲۰۵) + (-۰/۳۹۸ $\times$ ۰/۵۱۹ $\times$ ۰/۴۴۹)	-۰/۱۷۴	
حمایت اجتماعی	-	(۰/۳۵۳ $\times$ ۰/۲۰۵) + (۰/۳۵۳ $\times$ ۰/۵۱۹ $\times$ ۰/۴۴۹)	۰/۱۵۴	
منبع کنترل درونی	-	(۰/۳۵۳ $\times$ ۰/۲۰۵) + (۰/۳۵۳ $\times$ ۰/۵۱۹ $\times$ ۰/۴۴۹)	۰/۱۲۱	



شکل ۲: الگوی پیش‌بینی‌کننده‌های خود مراقبتی دیابت در بیماران مورد مطالعه بر اساس نتایج آنالیز مسیر سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته

در انجام دستورات خودمراقبتی در بیماران دیابتیک عنوان شده است و در مطالعات مشابه [۲۱-۱۶ و ۱۲ و ۵-۶] نیز این همبستگی مشاهده شده است. ضمن اینکه در مورد منبع کنترل شانس نیز نتایج مطالعه با نتایج مطالعه شلنک (schlenk) [۲۱] همخوانی دارد. همچنین منبع کنترل درونی از طریق تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیر مستقیم بر رفتارهای خودمراقبتی اثر می‌گذارد. در این رابطه نیز نتایج مطالعه با نتایج مطالعه شلنک [۲۱] همخوانی دارد.

این یافته‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزشی می‌تواند کاربرد مؤثری داشته باشد. به این ترتیب که اگر هدف بهبود فعالیت‌های خودمراقبتی باشد می‌توان با افزایش خودکارآمدی افراد و منافع خالص، یعنی تقویت ترجیح منافع انجام رفتار در مقابل موانع آن و همچنین تقویت همزمان شدت و حساسیت درک شده به آن دست یافت.

برای ارتقای اعتقاد افراد به کفایت و کارآمدی خود در جهت انجام رفتارهای مراقبت دیابت، می‌توان منبع کنترل درونی آن‌ها را بهبود بخشید و برای دستیابی به این مورد باید به افراد آموزش داد که خودشان باید با برنامه‌ریزی در زمینه انجام مراقبت‌های دیابت در جهت کنترل بیماریشان تلاش کنند و عامل اصلی جلوگیری از عوارض دیابت، خودشان می‌باشند. برای این که افراد مورد

بجواب  
نتایج تحلیل مسیر مبتنی بر رگرسیون نشان داد که شدت × حساسیت، خودکارآمدی و منافع خالص به طور مستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی مؤثر هستند که در این میان تأثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی‌تر است. در بررسی آلتو و همکاران [۶] خودکارآمدی در بین متغیرهای دیگر دارای ارتباط قوی‌تری با خود پایشی قند خون داشت. در مطالعه الجاسم (Aljasem) و همکاران [۱۲] نیز که رویکرد موانع و خودکارآمدی رفتارهای خود مراقبتی را در دیابت نوع دوم مورد بررسی قرار دادند، خودکارآمدی ۴ تا ۱۰ درصد از واریانس خود مراقبتی را توضیح داد قوی‌ترین پیشگویی‌کننده این رفتارها بود. در مورد منافع خالص نیز چند مطالعه مشابه [۱۳، ۱۴، ۱۵] ارتباط مستقیم آن را با رفتارهای خودمراقبتی گزارش کرده‌اند، ولی شدت × حساسیت کم‌تر در مطالعات مورد توجه قرار گرفته است و مطالعه‌ای که ارتباط مستقیم آن را با رفتارهای خودمراقبتی نشان دهد دیده نشد.

بر اساس نتایج تحلیل مسیر، منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی مرتبط با دیابت از طریق تأثیر بر منافع خالص به طور غیر مستقیم بر رفتارهای خودمراقبتی مؤثر می‌باشند. همواره حمایت اجتماعی به عنوان عامل مهمی

بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد [مرکز بهداشت استان]، گروه پیشگیری و مبارزه بایبماری‌ها، اسفند ۱۳۸۴، ص ۲۲.

۴. اسملتزر س، بیر ب. ترجمه احمد علی اسدی نوقابی، ناهید دهقان‌نیری. پرستاری داخلی - جراحی برونوسودارت ۲۰۰۴ غدد، کبد، مجاری صفراوی و دیابت، چاپ دوم، تهران: انتشارات سالمی، جامعه‌نگر، ۱۳۸۲: ص ۱۳۶.

5. Gillibrand R, stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol.* 2006 Feb;11[pt1]:155-69.
6. Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self care behaviors, and Psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *Int J Behav Med.* 1997; 4[3]:191
7. Campbell C, Health Curriculum Research, Mississippi Cooperative Extension Service. Health & Nutrition: Human Health, Health Education Behavior Models And Theory- a Review of the literature-part1, Individual [ Intrapersonal] Health Behavior Models/ Theories, Health belief Model [Rosenstock, becker, Kirscht, et al]. available from: <http://msucares.com/health/health/appa1.htm>. at: 20/05/ 2006.

۸. مروتی شریف‌آباد محمدعلی روحانی تنکابنی نوشین و باقیانی مقدم محمدحسین. بررسی پیشگیری‌کننده‌های خود مراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد. براساس الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد. سال پانزدهم. شماره سوم. پاییز ۱۳۸۶. صص ۹۶-۸۵

9. Norris AE. Path Analysis. In: Munro Bh, Stastical Methods for Health Care Research. Lippincott Williams & Wilkins. 2001
10. Robinson JH. Grief responses, coping processes, and social support of widows: Research with Roy's model. *Nursing Sciences Quarterly.* 1995; 8[4], 158-164

۱۱. جهانبخش اسماعیل. راهنمای ساده کاربرد آزمونهای آماری در پژوهش‌های علمی با استفاده از SPSS. انتشارات مؤسسه دانش پژوهان برین - انتشارات ارکان. اصفهان ۱۳۸۲. صص ۷۶-۷۵

12. Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self efficacy on self care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2001 May-Jun;27[3]:393-404.
13. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2004 Nov-Dec;30[6]:980-93.
14. Coates VE, Boore JR. The influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *J Adv Nurs.* 1998 Mar;27[3]:528-37
15. Bond GG, Aiken LS, Somerville SC. The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol.* 1992;11[3]:190-8.
16. Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. *J Am Acad Nurse Pract.* 2002 Mar;14[3]:126-9.

مطالعه منافع و فواید مراقبت‌های دیابت را بر موانع و هزینه‌های انجام آن ترجیح دهند، باید به افراد آموزش داد که سرنوشت و شانس تأثیری در کنترل دیابت ندارد و نمی‌تواند از ایجاد عوارض دیابت جلوگیری کند و همچنین برای دستیابی به منافع خالص، باید ادراک افراد را از میزان حمایتی که خانواده، مراقبین بهداشتی و افراد دیگر از او در ارتباط با دیابت از او به عمل می‌آورند را ارتقاء داد. چرا که با افزایش حمایت درک شده بالطبع موانع و هزینه‌های انجام رفتار کاهش می‌یابد. بدین منظور باید ابتدا مشاوره با خانواده بیمار و مراقبین و... صورت گیرد تا مشخص شود این افراد از بیمار به چه میزان حمایت می‌کنند تا بتوان در صورت لزوم آن را بهبود بخشید. در مرحله بعدی باید ادراک بیمار از حمایت مذکور ارتقاء یابد.

### نتیجه‌گیری

الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه‌یافته می‌تواند به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات آموزشی جهت ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی به کار گرفته شود ولی از میان سازه‌های این الگو، خودکارآمدی و منافع خالص و شدت  $\times$  حساسیت بیش‌ترین تأثیر مستقیم را دارند و بعد از آن منبع کنترل شانس و درونی و حمایت اجتماعی از اهمیت بیش‌تری برخوردارند و باید بیش‌تر مورد توجه قرار گیرند.

### منابع

1. World Health Organization. Diabetes programme. Who Eastern Mediterranean Region: prevalence of diabetes in the Who Eastern Mediterranean Region. available from: <http://www.who.int/diabetes/facts/world-figure/en/index2.html>. at: 19/10/2006.
۲. دلاوری ع، مهدوی هزاوه ع، نوروزی نژاد ع، یار احمدی ش، با نظارت دکتر محمد اسماعیل اکبری و کمیته کشوری دیابت. به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره غدد و متابولیک. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت. چاپ دوم، تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۰: صفحات ۱۹، ۱۷، ۱۵.
۳. جعفری‌زاده م، میرزایی م، دهقان دهنوی ع، صادقیان فتعی م، رجایی شجاعی فرح، برقیان م ک، زیر نظر دکتر مهران کریمی گزارش نهایی اولین برنامه نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر استان یزد سال ۱۳۸۴. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات

17. Pham DT,fortin F,Thibaudeau MF.The role of the Health Belief Model in amputees' self-evaluation of adherence to diabetes self-care behaviors.Diabetes educ.1996 Mar-Apr;22[2]:126-32.
18. Lioyd CE,Wing RR,Orchard TJ,Becker DJ.Psychosocial correlates of glycemic control:Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications [EDC] Study.Diabetes res clin Pract.1993 Aug-Sep;21[2-3]:187-95.
19. Albright TL, Parchman M, Burge SK; RRNeST Investigators. Predictors of self-care behavior in adults with type2 diabetes:an rrnest study.Fam Med. 2001 May; 33[5]:354-60.
20. Gray-sevilla ME,Nava LE,Malacara JM,Huertar,Diaz de Leon J,Mena A,Fajardo ME.Adherence to treatment and social support in Patients with non-insulin dependent diabetes mellitus.J Diabetes Complications. 1995Apr-Jun;9[2]:81-6.
21. Schlenk EA,Hart LK.Relationship between health locus of control,health value,and social support and compliance of person with diabetes mellitus.Diabetes care. 1984 Nov-Dec;7[6]:566-74.