

بررسی نقش منافع و موانع درک شده در انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتیک

غلامرضا شریفی‌راد^۱، لیلا آزادبخت^۲، آوات فیضی^۳، سیامک محبی^۴، مهدی کارگر^۵

چکیده

مقدمه: در بیماری‌ها و اختلالاتی نظیر دیابت، درمان و مدیریت بیماری به طور عمده به اقدامات بیمار وابسته است. از این رو، خودمراقبتی در این بیماران از اهمیت به سزایی برخوردار است و بیماران با کسب مهارت‌های مراقبت از خود می‌توانند بر آسایش، توانایی‌های عملکردی و فرایندهای بیماری تأثیرگذار باشند. امروزه می‌دانیم خودمراقبتی تابعی از عوامل فردی، روانی و اجتماعی است که شناخت و درک آن می‌تواند سیستم‌های ارایه دهنده خدمات درمانی را جهت اجرای برنامه‌های آموزشی یاری دهد. این مطالعه با هدف بررسی نقش منافع و موانع درک شده در انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت صورت گرفت.

روش‌ها: این مطالعه، یک مطالعه مروری (Narrative Review) بود و با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی و موتورهای جست‌وجوی علمی نظیر Elsevier، SCOPUS، ProQuest، PubMed و واژه‌های کلیدی «خودمراقبتی»، «دیابت»، «منافع (فواید) درک شده» و «موانع درک شده» مقالات با طراحی‌های مقطعی، کوهورت، مداخله‌ای، کارآزمایی بالینی، و نیز کیفی و مروری انتخاب شدند. همچنین مقالات فارسی با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی MEDLIB، IRANMEDEX و نیز جست‌وجوی مقالات از سایت‌های مجلات علمی - پژوهشی داخلی انتخاب شدند.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعات بررسی شده حاکی از وضعیت متوسط منافع و موانع درک شده در بیماران دیابتی در خصوص خودمراقبتی بود. از مهم‌ترین منافع درک شده می‌توان به کنترل بهتر قند خون، کنترل وزن بدن، احساس شادابی و کاهش هزینه‌ها اشاره کرد. همچنین مهم‌ترین موانع درک شده در مراقبت از خود عدم حمایت خانواده، احساس خجالت، فراموشی و عدم چشم‌پوشی از طعم غذاها بود.

نتیجه‌گیری: منافع و موانع درک شده به عنوان سازه‌های مرکزی در برخی الگوها و نظریات تغییر رفتار با خودمراقبتی مرتبط بود، به طوری که خودمراقبتی با منافع درک شده ارتباط مستقیم و با موانع درک شده ارتباط معکوس داشت. به همین دلیل این دو سازه می‌توانند به عنوان استراتژی‌هایی جهت ارتقای رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتیک مورد توجه قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: منافع درک شده، موانع درک شده، خودمراقبتی، دیابت.

نوع مقاله: مروری

پندیرش مقاله: ۹۰/۰۸/۱۵

دریافت مقاله: ۹۰/۰۵/۰۶

-
- ۱- استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 - ۲- دانشیار، مرکز تحقیقات امنیت غذایی، گروه تغذیه جامعه، دانشکده تغذیه و علوم غذایی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 - ۳- استادیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
 - ۴- مربی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قم و دانشجوی دکتری تخصصی، کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: smohebi@muq.ac.ir

۵- کارشناس ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فارس، شیراز، ایران.

مقدمه

دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک است (۱) که عوارض ناشی از آن یکی از دلایل اصلی مرگ و میر و ناخوشی است (۲-۳). به طوری که دیابت مسؤول ۹ درصد کل موارد مرگ در جهان است (۴). این بیماری موجب ایجاد هزینه‌های مستقیم به میزان ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی و هزینه‌های غیر مستقیم تا چند برابر این مقدار می‌شود. سازمان جهانی بهداشت (WHO یا World health organization) تخمین زده است که ۴ تا ۵ درصد بودجه بهداشتی صرف بیماری‌های مرتبط با دیابت می‌شود. از طرفی هزینه پزشکی یک فرد مبتلا به دیابت ۲ تا ۵ برابر بیشتر از هزینه پزشکی افراد سالم می‌باشد (۵).

با این وجود، دیابت شیوع نگران‌کننده‌ای دارد و به سرعت در حال افزایش می‌باشد، به طوری که شیوع دیابت در طول ده سال گذشته، ۵۰ درصد افزایش یافته است (۶). برآوردها در سال ۲۰۱۰ میلادی نشان داد که به طور تقریبی ۲۸۵ میلیون نفر بزرگسال مبتلا به دیابت در سراسر جهان وجود دارند. پیش‌بینی می‌شود این تعداد در سطح جهان به علت پیری جمعیت، رشد اندازه جمعیت، شهرنشینی و شیوع بالای چاقی و شیوه زندگی کم‌تحرک، به افزایش خود ادامه خواهد داد (۷). کشورمان نیز از این مشکل متأثر است و پیش‌بینی می‌شود این بیماری در ایران نیز به سرعت در حال افزایش باشد. در یک بررسی ملی در ایران، میزان شیوع دیابت ۷/۷ درصد در بین افراد ۶۵-۲۵ ساله گزارش شده است (۴).

از طرفی، درمان دیابت پیچیده و نیازمند اصلاح شیوه زندگی است، به طوری که بهبود وضعیت تغذیه، افزایش فعالیت جسمانی و استفاده از داروهای کاهنده قندخون توصیه می‌شود (۸). به عبارتی، دیابت درمان قطعی ندارد؛ اما می‌توان آن را کنترل کرد (۹). باید اشاره کرد که در بیماری‌ها و اختلالاتی مانند دیابت، درمان و مدیریت بیماری به طور عمده به اقدامات بیمار وابسته است. به گونه‌ای که خودمراقبتی و پایبندی به آن، اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مراقبت و مدیریت بهتر بیمارشان می‌باشد.

خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار

هدایت می‌شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه مدت و عوارض بلند مدت ضروری است (۱۰). خودمراقبتی دیابت مجموعه‌ای از رفتارها تعریف شده است که بیماران مبتلا به دیابت آن رفتارها را به طور روزانه برای دستیابی به کنترل دیابت انجام می‌دهند. این رفتارها شامل تنظیم برنامه غذایی، انجام ورزش، مصرف داروها، خودپایشی سطح قند خون و مراقبت از پاها است (۱۱). اکثر مطالعات نشان می‌دهند که خودمراقبتی دیابت باعث کنترل قند خون در بیماران می‌شود که به نوبه خود به نتایج بهتر سلامت منجر می‌شود (۱۲). مطالعات حاکی از آنند که کنترل خوب قند خون از ایجاد عوارض ممانعت می‌کند. بنابراین جهت تغییر شیوه زندگی و به دنبال آن کنترل بهتر دیابت، لازم است درک بیماران از اهمیت بیماری دیابت، عوارض و درمان آن افزایش یابد (۱۳).

با وجود حمایت علمی از کنترل جدی قند خون به عنوان یک راهبرد درمانی در بیماری دیابت، بسیاری از افراد مبتلا به دیابت به اندازه کافی از بیماری خود مراقبت نمی‌کنند و این امر باعث عدم کنترل و یا کنترل ناقص قند خون می‌شود (۱۴). به هر حال، تعدادی از مطالعات، میزان اتخاذ رفتارهای مراقبت از خود را در بیماران دیابتی پایین گزارش کرده‌اند و اشاره داشته‌اند که عدم پذیرش برنامه‌های درمانی یک مشکل عمده در درمان آنان بوده است. میزان عدم خودمراقبتی در این گروه، بین ۳۰ تا ۶۰ درصد متغیر گزارش شده است (۱۵-۱۶). در واقع مطالعات متعددی که در کشورهای مختلف به ارزیابی و اداره دیابت پرداخته‌اند، همگی دال بر این است که مدیریت دیابت در جوامع مختلف حتی کشورهای پیشرفته مطلوب نمی‌باشد (۱۷).

با توجه به مشکلاتی که در ایجاد و حفظ رفتار خودمراقبتی وجود دارد و نیز پیچیدگی و مرکب بودن این رفتار، ضروری است از نظریه‌ها و الگوهای تغییر رفتار در این زمینه استفاده شود (۱۸). این مطالعه با هدف بررسی نقش منافع (فواید) و موانع درک شده به عنوان سازه‌های مرکزی در برخی الگوهای تغییر رفتار صورت گرفت.

روش‌ها

این مطالعه، یک مطالعه مروری (Narrative Review) بود.

همچنین مقالات فارسی با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی MEDLIB, IRANMEDEX و نیز جستجوی مقالات از سایت‌های مجلات علمی- پژوهشی داخلی انتخاب شدند. بازه زمانی مقالات مورد استفاده از سال ۱۹۹۰ تا پایان سال ۲۰۱۱ بود. برخی از مطالعات بررسی شده در جدول ۱ آورده شده است.

با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی و موتورهای جستجوی علمی نظیر Elsevier, SCOPUS, ProQuest, PubMed و واژه‌های کلیدی «خودمراقبتی»، «دیابت»، «منافع (فواید) درک شده»، «موانع درک شده» مقالات با طراحی‌های مقطعی، کوهورت، مداخله‌ای، کارآزمایی بالینی و نیز کیفی و مروری انتخاب شدند.

جدول ۱: مقالات بررسی شده در این مطالعه

نویسنده (ها)	نوع مطالعه	نمونه های مطالعه
Simmons و همکاران (۱۹)	مطالعه کیفی	۵۷ بیمار دیابتی
Simmons و همکاران (۲۰)	مروری (کتابخانه‌ای)	-
Fisher (۲۱)	مروری (کتابخانه‌ای)	-
Vijan و همکاران (۲۲)	مقطعی	۴۴۶ بیمار دیابتی
Odea (۲۳)	کیفی	۲۱۳ نفر در ۳۴ گروه متمرکز
Brekke و همکاران (۲۴)	مداخله‌ای	۷۳ بیمار دیابتی نوع ۲
Marzilli و Cossege (۲۵)	مقطعی	۱۵۱ بیمار دیابتی
Shaikh و Rafique (۲۶)	مطالعه کیفی	مصاحبه نیمه ساختار یافته با ۲۷ بیمار دیابتی
Charron-Prochownik و همکاران (۲۷)	مورد- شاهدهی	۸۰ دختر نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱
Galsgow و همکاران (۲۸)	مروری کتابخانه‌ای	-
Aljasem و همکاران (۲۹)	مقطعی	۳۰۹ بیمار دیابتی نوع ۲
Polly (۳۰)	توصیفی	۱۰۲ سالمند دیابتی نوع ۲
Daniel و Messer (۳۱)	مداخله‌ای	۱۸ مرد و ۱۶ زن دیابتی نوع ۲
Mollem و همکاران (۳۲)	مقطعی	۲۴۰ بیمار دیابتی نوع ۱ و ۲
Tan (۳۳)	مقطعی	۱۲۸ بیمار دیابتی نوع ۲
Wen و همکاران (۳۴)	مقطعی	۱۳۸ بیمار دیابتی نوع ۲ بالای ۵۵ سال
Koch (۳۵)	کارآزمایی بالینی	۳۱ زن آمریکایی افریقایی تبار مبتلا به دیابت نوع ۲
Pham و همکاران (۳۶)	مقطعی	۷۶ بیمار دیابتی نوع ۲
Lioyd و همکاران (۳۷)	کوهورت	۵۹۲ بیمار دیابتی نوع ۱ بالای ۱۸ سال
Nagelkerk و همکاران (۳۸)	مطالعه کیفی	۲۴ بیمار دیابتی بزرگسال نوع ۲
Rothman و همکاران (۳۹)	مقطعی	۱۳۹ نوجوان دیابتی نوع ۲
Krichbaum و همکاران (۴۰)	مرور سیستماتیک	۳۷ مقاله مورد بررسی قرار گرفته است.
Chapman و همکاران (۴۱)	مقطعی	۴۸ بیمار دیابتی سالمند
Whittemore و همکاران (۴۲)	مرور سیستماتیک	متاآنالیز ۷۲ مقاله بین سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۹
Kamel و همکاران (۴۳)	مقطعی	۲۱۸ بیمار دیابتی
Graziani و همکاران (۴۴)	مداخله‌ای	۱۵۰ بیمار دیابتی
Adams و همکاران (۴۵)	مقطعی	۴۵۶۵ بیمار دیابتی
Karter و همکاران (۴۶)	مقطعی	۴۴۱۸۱ بیمار دیابتی
Etchegoyen و Gagliardino (۴۷)	مداخله‌ای	۴۴۶ بیمار دیابتی در ۱۰ کشور آمریکای لاتین
Richheim و همکاران (۴۸)	مداخله‌ای	۱۷۰ بیمار دیابتی
Gillibrand و Stevenson (۴۹)	مقطعی	۱۱۸ بیمار دیابتی ۱۶ تا ۲۵ سال

جدول ۱: مقالات بررسی شده در این مطالعه (ادامه)

نویسنده (ها)	نوع مطالعه	نمونه های مطالعه
Aalto و همکاران (۵۰)	مقطعی	۴۲۳ بیمار دیابتی نوع ۱
Pinto و همکاران (۵۱)	مقطعی	بیماران دیابتی نوع ۱ و ۲
Patino و همکاران (۵۲)	مقطعی	۷۴ بیمار دیابتی نوع ۱
Toobert و همکاران (۵۳)	مروری	۷ مطالعه پژوهشی جهت بررسی ابزار، مورد بررسی قرار گرفته است.
Abood و همکاران (۵۴)	مداخله ای	۵۳ نفر (۲۸ نفر گروه آزمون و ۲۵ نفر گروه کنترل)
Coates و همکاران (۵۵)	مقطعی	۲۶۳ بیمار دیابتی وابسته به انسولین
Bond و همکاران (۵۶)	مقطعی	۵۶ نوجوان دیابتی نوع ۱
مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۵۷)	مقطعی	۱۲۰ بیمار دیابتی
شریفی راد و همکاران (۵۸)	مداخله ای	۸۸ بیمار دیابتی (۴۴ گروه آزمون و ۴۴ گروه کنترل)
مروتی شریف آباد و روحانی تنکابنی (۵۹)	مقطعی	۱۲۰ بیمار دیابتی
شکیبازاده و همکاران (۶۰)	مقطعی	۱۲۸ بیمار دیابتی نوع ۲
جهانلو و همکاران (۶۱)	مقطعی	۷۶ بیمار دیابتی نوع ۱ و ۲
شمسی و همکاران (۶۲)	مداخله ای	۸۸ بیمار دیابتی (۴۴ گروه آزمون و ۴۴ گروه کنترل)

یافته ها

ضمن اینکه یافته های مطالعات مورد بررسی حاکی از وضعیت نامطلوب خودمراقبتی در بیماران دیابتیک بود (۶۴-۶۳)، این مطالعات نشان دادند که در انجام خودمراقبتی منافع و موانع متعددی وجود دارد و در اکثر نتایج، بین منافع و موانع درک شده با این رفتار رابطه وجود داشت. Simmons و همکاران (۲۰-۱۹) و Fisher (۲۱) در مطالعات خود به نقش موانع در بیماران دیابتی توجه ویژه داشته اند و موانع روانی را در بروز یا عدم بروز رفتارهای بهداشتی مؤثر دانسته اند. مطالعه Vijan و همکاران مبین موانع متعدد در بیماران دیابتی در راه انجام مراقبت از خود بود، به طوری که برخی موانع نظیر هزینه ها و برقراری ارتباط با ارایه کنندگان خدمات بهداشتی- درمانی، قابل توجه و قابل علاج بودند (۲۲). O'Dea در پژوهش خود نشان داد که یکی از موانع پذیرش غذای سالم در کنار سایر موانع، به مزه غذا بر می گردد (۲۳). از سویی Brekke و همکاران فراموشی، عدم دسترسی به غذاهای مناسب و کمبود ایده برای آشپزی را از موانع دستیابی به اهداف تغذیه ای برشمردند (۲۴).

همچنین Marzilli و Cossege در تحقیقی نشان دادند که در صورتی که اعضای خانواده، دوستان و اطرافیان رژیم

غذایی سالمی را رعایت کنند، پیروی از رژیم غذایی سالم برای بیماران دیابتیک بسیار آسان خواهد بود و این موضوع به مقوله موانع درک شده بر می گردد (۲۵). مطالعه Rafique و Shaikh در پاکستان نشان داد که استرس های عاطفی و فقدان حمایت خانوادگی از جمله مهم ترین موانع خودمراقبتی در بیماران دیابتی است (۲۶). با وجود اینکه در اکثر مطالعات صورت گرفته در این زمینه به موانع متعددی اشاره شده است، با این حال موانع درک شده در مطالعه Charron-Prochownik و همکاران در شرایط مطلوبی قرار داشت، بدین معنی که موانع چندانی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی وجود نداشت (۲۷).

Galsgow و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که بین موانع درک شده با رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتی ارتباط معکوس معنی دار وجود دارد. ایشان موانع روانی را یکی از ارکان اساسی عدم تحقق رفتارهای خود مدیریتی در بیماران دیابتی معرفی کرده اند (۲۸). در مطالعه Aljasem و همکاران بررسی رویکرد موانع و خودکارآمدی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتی، مشخص گردید که بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوس معنی داری وجود دارد (۲۹).

Polly با بررسی موانع درک شده در سالمندان دیابتیک دریافت که بین شدت و موانع درک شده و کنترل گلیسمیک خون ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۳۰). مطالعات Daniel و Messer (۳۱) و نیز Mollem و همکاران (۳۲) نشان داد که با کاهش موانع درک شده، میزان رفتارهای خودمراقبتی افزایش می‌یابد. مطالعه Tan که با هدف تعیین ارتباط بین باورهای بهداشتی و انجام رفتارهای پیشگیری کننده از عوارض دیابت در مبتلایان چینی صورت گرفت، 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. وی اذعان داشت که موانع درک شده موجب پیروی کمتر از دستورات توصیه شده از سوی کادر بهداشتی-درمانی می‌شود (۳۳).

Wen و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش موانع درک شده در بین گروه تحت مطالعه‌اش، میزان فعالیت جسمانی کاهش می‌یابد (۳۴). همچنین Koch نیز بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی منفی معنی‌داری نشان داد (۳۵). در مطالعه Pham و همکاران با افزایش موانع درک شده، میزان فعالیت جسمانی کاهش می‌یافت (۳۶). در پژوهش Liyod و همکاران عوامل روانی اجتماعی مرتبط با کنترل گلیسمیک بررسی شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که با افزایش مشکلات، تبعیت بیماران از دستورات خودمراقبتی کاهش یافته است (۳۷). Rafique و Shaikh در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش موانع درک شده، میزان رفتارهای خودمراقبتی کاهش می‌یابد (۳۸).

Nagelkerk و همکاران نیز بیان نمودند که جهت اتخاذ استراتژی‌های مؤثر خودمدیریتی باید موانع درک شده را مد نظر قرار داد. ایشان بین موانع درک شده و رفتارهای خودمدیریتی دیابت ارتباط معکوس نشان دادند. همچنین موانع درک شده را مهم‌ترین جزء مدل اعتقاد بهداشتی در انجام رفتارهای توصیه شده در مراقبت از دیابت برشمردند. مهم‌ترین موانع به زعم ایشان، عدم آگاهی از برنامه غذایی سالم، نداشتن حامی و عدم درک صحیح از خودمراقبتی بود. (۳۸).

Rothman و همکاران در تحقیقی در آمریکا با بررسی بیماران دیابتی نشان دادند که رژیم غذایی نامناسب و عادات غلط ورزشی در این بیماران با موانع درک شده در این زمینه رابطه دارد (۳۹). این موضوع در مطالعه Krichbaum و همکاران نیز مشاهده شد. آن‌ها در مطالعه مرور سیستماتیک خود به این موضوع اشاره نمودند که با بالا رفتن موانع درک شده، میزان خودمراقبتی کاهش می‌یابد (۴۰).

مطالعه Chapman و همکاران نیز با هدف بررسی تأثیر متغیرهای روانی اجتماعی مؤثر بر رفتارهای مرتبط با خودکنترلی دیابت بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی و رفتار برنامه‌ریزی شده انجام گردید؛ یافته‌ها حاکی از آن بود که با بیشتر شدن موانع، پای‌بندی بیماران به رژیم غذایی سالم و توصیه شده کمتر می‌شود (۴۱). در ادامه Robin (۴۲) و Kamel و همکاران (۴۳) موانع درک شده را مهم‌ترین عامل در تغییر رفتار بیماران دیابتی در خصوص تغییر رژیم غذایی معرفی کردند و بر ضرورت توجه برنامه‌ریزان به این عامل در مداخلات آموزشی تأکید نمودند.

Graziani و همکاران نیز نشان دادند که با افزایش موانع درک شده، کاهش معنی‌داری در عمل خودمراقبتی بیماران دیابتیک دیده می‌شود (۴۴). در مطالعات Adams و همکاران (۴۵) و Karter و همکاران (۴۶) نتایج مشابهی حاصل شده است. این موضوع تا جایی ادامه دارد که مطالعات Gagliardino (۴۷) و Rickheim (۴۸) بیانگر این موضوع هستند که موانع درک شده، قوی‌ترین ارتباط را با رفتارهای مراقبت از خود دارد. با وجود مطالعات متعددی که مبین ارتباط معکوس معنی‌دار بین خودمراقبتی و موانع درک شده بودند، در مطالعه Gillibrand و همکاران همبستگی معنی‌داری بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده نشد (۴۹).

در کفه دیگر تراز و در مقابل موانع درک شده، منافع درک شده قرار دارد که بنا بر شواهد، این سازه نیز در خودمراقبتی بیماران دیابتیک نقش دارد. البته در اکثر مطالعات مانند مطالعه Daniel و Messer منافع درک شده در حد قابل قبول بود (۳۱). در مطالعه Aalto و Uutela در آنالیز رگرسیون چند

ایشان، کنترل بهتر قند خون، کنترل وزن بدن، لذت از غذا خوردن، احساس شادابی، کاهش هزینه‌های بیماری و پیشگیری از عوارض بیماری بود. از سویی موانع ذکر شده در این پژوهش عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی، نیاز به محاسبه و زمان، احساس خجالت در رعایت رژیم غذایی و منع شدن از غذاهای مورد علاقه بود (۵۸).

در مطالعه دیگر مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، میان منافع درک شده با رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و بین موانع درک شده با این رفتارها همبستگی معکوس وجود داشت. در مطالعه ایشان متغیرهای منافع و موانع درک شده ۲۸/۲ درصد از تغییرات رفتارهای خودمراقبتی را پیش‌گویی نمودند. همچنین در این مطالعه موانع درک شده قدرت پیش‌گویی کنندگی قوی‌تری داشت (۵۹). شکیبازاده و همکاران نیز در مطالعه خود به همبستگی منفی معنی‌دار بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت اشاره کردند. در مطالعه ایشان ۵۱ درصد از تغییرات مربوط به خودمراقبتی به واسطه موانع ذکر شده و خودکارآمدی تبیین شد (۶۰). جهانلو و همکاران در پژوهشی اذعان داشتند که میزان موانع درک شده و منافع درک شده در بیماران با کنترل نامطلوب دیابت نامناسب‌تر از بیمارانی است که دارای کنترل مطلوب می‌باشند. به طور کلی، در مطالعه آنان، منافع و موانع درک شده از حد متوسط کمتر بود (۶۱). همچنین شمسی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که با بالا رفتن منافع درک شده و کاهش موانع درک شده، میزان قند خون به دلیل اتخاذ فعالیت جسمانی مناسب کاهش خواهد یافت (۶۲).

بحث

امروزه می‌دانیم اصل مهم در خودمراقبتی مشارکت و قبول مسؤلیت از طرف خود بیمار است تا با انجام صحیح رفتارهای مربوط به آن بسیاری از عوارض بیماری قابل کنترل شود (۶۵). اگر چه رفتارهای مراقبت از خود همیشه منجر به کنترل مناسب وضعیت متابولیک فرد نمی‌شود، ولی غفلت از آن به احتمال زیاد منجر به ضعف وضعیت متابولیکی

متغیره، خودکارآمدی و منافع درک شده همبستگی قوی با خودپایش قند خون داشتند. در مطالعه آن‌ها سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته ۱۴ درصد از واریانس تبعیت از رژیم غذایی و ۲۱ درصد از واریانس تبعیت از خودپایشی قند خون را پیش‌بینی نمود (۵۰). Pinto و همکاران بیان نمودند که منافع درک شده موجب افزایش عمل مراقبت از خود در بیماران دیابتی می‌شود (۵۱).

پژوهش‌های Koch (۳۵) و نیز Patino و همکاران (۵۲) نشان دادند بین درک بیماران از منافع و فواید خودمراقبتی و تبعیت آنان از این رفتار، همبستگی مستقیم معنی‌داری وجود دارد. مطالعات Toobert و همکاران (۵۳) و نیز Charron-Prochownik و همکاران (۲۷) نتایجی مشابه نشان داد. پژوهش Abood و همکاران بیانگر این واقعیت بود که با افزایش درک بیماران دیابتی از منافع رفتارهای خودمراقبتی، این عمل بیشتر صورت می‌گیرد (۵۴). Alato و Uutela (۵۰)، Wen و همکاران (۳۴)، Coates و Boore (۵۵) و نیز Bond و همکاران (۵۶) نشان دادند که منافع خالص (منافع درک شده منهای موانع درک شده) با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط مستقیم دارد. با این حال، در مطالعه Gillibrand و همکاران (۴۹) و نیز Patino و همکاران (۵۲) بین منافع درک شده و خودمراقبتی همبستگی مشاهده نشد.

در مطالعات صورت گرفته در کشورمان نیز نتایجی مشابه اکثر مطالعات ذکر شده به دست آمده است. مروتی شریف‌آباد و روحانی تنکابنی منافع خالص را به طور مستقیم بر رفتارهای خودمراقبتی مؤثر دانستند. همچنین در مطالعه ایشان، منبع کنترل شانس و حمایت اجتماعی از طریق تأثیر بر منافع خالص به طور غیر مستقیم بر رفتار مراقبت از خود تأثیرگذار بودند. از سویی، در این مطالعه منافع خالص با تأثیر بر خودکارآمدی به طور غیر مستقیم بر رفتار مؤثر بود (۵۷). شریفی‌راد و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش منافع درک شده و کاهش موانع درک شده میزان قند خون، وزن و BMI در بیماران دیابتیک تحت مطالعه کاهش می‌یابد. مهم‌ترین منافع درک شده در رعایت رژیم غذایی از نظر بیماران در مطالعه

فرد می‌گردد (۶۶). عوامل مختلفی به طور مستقیم و غیر مستقیم بر روی رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتی مؤثر هستند که شامل عوامل بیولوژیکی، روانی، اقتصادی و اجتماعی فرهنگی و سیستم‌های مراقبت بهداشتی- درمانی جامعه می‌باشند (۶۷).

با توجه به جایگاه ایجاد و حفظ رفتار خودمراقبتی و نیز پیچیدگی‌های این رفتار ضروری است از مفاهیم، تئوری‌ها و الگوهای تغییر رفتار در این حوزه استفاده شود. سازه‌های منافع و موانع درک شده در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی که در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفته‌اند، در بسیاری از نظریه‌های تغییر رفتار از جمله الگوی اعتقاد بهداشتی و الگوی ارتقای سلامت پندر معرفی شده‌اند و عناصر مرکزی در این الگوها هستند.

این الگوها، سازه‌های منافع و منافع (فواید) درک شده را در چهارچوب انتظار ارزش قرار می‌دهند. یعنی چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش‌بینی شده غالب آید، احتمال بروز رفتار کمتر می‌شود. در واقع، عمل اشخاص به وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده بر رفتار بهداشتی او تعیین می‌شود. این مفهوم در الگو، ارزیابی شخص از منافع منهای موانع را ارایه می‌نماید (منافع خالص) (۶۸).

از این‌رو فرد بر اساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می‌دهد یا از آن خودداری می‌نماید. باید اشاره کرد که اتخاذ عمل برای پیشگیری از بیماری یا برای اقدام در مورد یک بیماری به درک منافع و موانع آن وابسته است.

منافع درک شده به درک مفید بودن اقدام در جهت کاهش خطر بیماری، یا درک فواید حاصل از اقدام سالم بر می‌گردد. فرد در این باره رفتاری را انتخاب می‌کند که ۱. بیشترین سود را در بر داشته باشد (سود فردی، خانوادگی، اجتماعی و ...) و ۲. در جامعه قابل دسترس باشد. به عبارتی اثربخشی نسبی گزینه‌های شناخته شده در دسترس، نقش عمده‌ای در شکل‌گیری کنش‌های فرد دارد (۶۹). در ۶۱ درصد مطالعاتی که به منظور بازنگری مدل ارتقای سلامت

صورت گرفته‌اند، مشخص شد که حمایت تجربی از اهمیت فواید درک شده، برای تحت تأثیر قرار دادن رفتار بهداشتی بود؛ این عامل، حمایت متوسطی را برای این سازه مهیا می‌کند. فرض بر این است که برنامه‌ریزی فرد برای انجام یک رفتار، منوط به نتایج و منافع پیش‌بینی شده است. در مدل ارتقای سلامت، فواید درک شده به عنوان عامل انگیزشی مستقیم رفتار و عامل انگیزشی غیر مستقیم رفتار (که از طریق تعهد به اجرای رفتاری که فواید پیش‌بینی شده آن حاصل خواهد شد) عمل می‌نماید (۶۸).

فواید (منافع) پیش‌بینی شده رفتار، تظاهرات ذهنی از نتایج مثبت و تقویت کننده رفتار می‌باشد. بر طبق نظریه انتظار ارزش، اهمیت انگیزشی فواید پیش‌بینی شده بر اساس نتایج شخصی تجربیات مستقیم قبلی رفتار یا تجربیات جانشینی از طریق یادگیری مشاهده‌ای از رفتارهای انجام شده توسط دیگران است. افراد تمایل دارند تا زمان و منابعشان را در فعالیت‌هایی که نتایج مثبت تجربیاتشان را با احتمال زیاد افزایش می‌دهد به کار ببرند. فواید اجرای یک رفتار ممکن است درونی یا بیرونی باشد. افزایش هوشیاری و کاهش احساس خستگی از نمونه‌های بارز فواید درونی است و فواید خارجی، شامل جوایز مادی (مالی) یا تعاملات اجتماعی منتج از انجام یک رفتار می‌باشد. در آغاز، فواید بیرونی رفتار بهداشتی ممکن است دارای اهمیت انگیزشی بالایی باشد، در حالی که فواید درونی ممکن است عامل قدرتمندی در تداوم انگیزشی رفتار بهداشتی باشد. اهمیت فواید مورد انتظار و ارتباط مادی بین فواید و عملکرد، اثرات زیادی بر فواید پیش‌بینی شده به عنوان یک تعیین کننده رفتار بهداشتی دارد. به طور معمول اعتقادات مثبت درباره فواید یا نتایج مورد انتظار، عاملی ضروری برای اقدام کردن به یک رفتار بهداشتی خاص است؛ اما کافی نیست (۶۹).

از سوی دیگر، موانع درک شده اشاره به باورهایی در مورد هزینه‌های واقعی و متصور پیگیری رفتار جدید دارد. به عبارتی جنبه‌های منفی درک شده را که بالقوه هستند و به صورت مانع برای انجام یک رفتار عمل می‌کنند، در بر

می‌گیرد. این جنبه‌ها شامل موارد زیر می‌باشند:

الف- هزینه سود: در اینجا فرد ابتدا تجزیه و تحلیل می‌کند که انجام رفتار سالم تا چه میزان به سود وی می‌باشد. آیا ارزش هزینه پرداخت شده و یا وقتی را که به آن اختصاص داده است، دارد؟

ب- اثرات جانبی: ممکن است جنبه منفی رفتار به طور بالقوه برای فرد ناخوشایند، دردناک، ناراحت کننده، نامناسب و وقت‌گیر باشد. همه این موارد به عنوان جنبه منفی بالقوه رفتار به صورت مانع هستند و در انجام رفتار فرد اثر دارند (۷۰).

در مطالعات تجربی مشخص شده است که موانع پیش‌بینی شده، به دفعات قصد انجام یک رفتار خاص و اجرای واقعی یک رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ۷۹ درصد مطالعاتی که مدل ارتقای سلامت را تست کرده‌اند، حمایت تجربی را برای اهمیت موانع به عنوان تعیین کننده‌ای از رفتار ارتقا دهنده سلامت بیان کرده‌اند. در ارتباط با رفتارهای ارتقا دهنده سلامت، موانع ممکن است خیالی یا واقعی باشد. آن‌ها شامل تصوراتی مربوط به غیر قابل دسترس بودن، عدم مناسبت، گران، مشکل یا وقت‌گیر بودن یک عمل خاص می‌باشند. موانع اغلب به عنوان سدها یا هزینه‌های شخصی حاصل از یک رفتار در نظر گرفته می‌شود. از دست دادن خوشی یا رضایت حاصل از رفتارهای غیر بهداشتی مثل سیگار کشیدن و خوردن غذاهای چرب، جهت تطابق با سبک

زندگی سالم‌تر می‌تواند موانعی را ایجاد کند. موانع اغلب انگیزه‌ای را برای جلوگیری از کسب یک رفتار تحریک می‌کند، وقتی آمادگی برای عمل پایین و موانع بالا باشد، غیر ممکن است که عمل اتفاق افتد. وقتی آمادگی برای عمل بالا و موانع پایین است، احتمال وقوع عمل بسیار بالاتر است. موانع درک شده، رفتار ارتقای سلامت را به صورت مستقیم به وسیله ایجاد مانعی برای عمل و همچنین به صورت غیر مستقیم از طریق کاهش تعهد و سرسپردگی برای برنامه‌ریزی عمل تحت تأثیر قرار می‌دهد (۶۸).

به هر حال، خودمراقبتی از دیابت تابعی از عوامل فردی، روانی و اجتماعی می‌باشد که شناخت و درک آن‌ها به تأمین کنندگان خدمات بهداشتی کمک می‌کند تا مداخلات مناسب و قوی جهت ارتقای رفتار خودمدیریتی دیابت طراحی و اجرا کنند. مطالعاتی که به بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی در دیابت پرداخته‌اند، نقش مهمی برای دو عامل منافع و موانع درک شده قایل شده‌اند. به طوری که این مطالعات نشان دادند که رفتارهای خودمراقبتی با منافع درک شده ارتباط مستقیم معنی‌دار و با موانع درک شده ارتباط معکوس معنی‌داری دارد. بنابراین کاربرد این سازه‌ها به تنهایی و یا در ترکیب با سازه‌های دیگر، از جمله خودکارآمدی درک شده و حمایت اجتماعی، در برنامه‌های مداخلات آموزشی جهت اثربخشی مطلوب‌تر توصیه می‌گردد.

References

1. Tazakori Z, Zare M, Mirzarahimi M. The effect of nutrition education on blood sugar level and macronutrients intake in IDDM patients in Ardabil. Journal of Ardabil University of Medical Sciences 2002; 2(6): 17-21.
2. Bate KL, Jerums G. Preventing complications of diabetes. Med J Aust 2003; 179(9): 498-503.
3. Chan YM, Molassiotis A. The relationship between diabetes knowledge and compliance among Chinese with non-insulin dependent diabetes mellitus in Hong Kong. J Adv Nurs 1999; 30(2): 431-8.
4. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. International Diabetes Federation: a consensus on Type 2 diabetes prevention. Diabet Med 2007; 24(5): 451-63.
5. Larijani B, Tabatabai A. The economics of diabetes mellitus. Iranian South Medical Journal 2001; 4(2): 157-63.
6. American Medical Association, Metzger BE. American Medical Association Guide to Living with Diabetes: Preventing and Treating Type 2 Diabetes - Essential Information You and Your Family Need to Know. New Jersey: John Wiley and Sons; 2007. p. 17.
7. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010; 87(1): 4-14.
8. Odegard PS, Capoccia K. Medication taking and diabetes: a systematic review of the literature. Diabetes Educ 2007; 33(6): 1014-29.

9. Monahan FD, Phipps WJ. Phipps' Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. Philadelphia: Mosby; 2006.
10. American Diabetes Association (ADA). National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2005; 28(11): 72-9.
11. Great Britain. Dept. of Health. National service framework for diabetes: standards. London: Dept. of Health; 2006.
12. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6): 393-403.
13. Snoek FJ, Skinner TC. Psychology in diabetes care-2005. Trans. Hakim Shoushtari M, Arzaghi M. 1st ed. Tehran: Vista Publication p. 105-21; 2008.
14. Maizlish NA, Shaw B, Hendry K. Glycemic control in diabetic patients served by community health centers. *Am J Med Qual* 2004; 19(4): 172-9.
15. Hertz RP, Unger AN, Lustik MB. Adherence with pharmacotherapy for type 2 diabetes: a retrospective cohort study of adults with employer-sponsored health insurance. *Clin Ther* 2005; 27(7): 1064-73.
16. Janice Clarke RN. Evaluation of a comprehensive diabetes disease management program: progress in the struggle for sustained behavior change. *Disease Management* 2002; 5(2): 77-86.
17. Amini M, Gooya MM, Delavari AR, Mahdavi AL, Tabatabaei A, Haghighi S. The quality of diabetes in Iran during 85-1383. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of IRAN* 2008; 26(1): 20-9.
18. Yamaguchi Y, Miura S, Urata H, Himeshima Y, Yamatsu K, Otsuka N, et al. The effectiveness of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in clinical setting: Short-term effects of PACE+ Japan. *International Journal of Sport and Health Science* 2003; 1(2): 229-37.
19. Simmons D, Weblemoe T, Voyle J, Prichard A, Leakehe L, Gatland B. Personal barriers to diabetes care: lessons from a multi-ethnic community in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15(11): 958-64.
20. Simmons D, Lillis S, Swan J, Haar J. Discordance in perceptions of barriers to diabetes care between patients and primary care and secondary care. *Diabetes Care* 2007; 30(3): 490-5.
21. Fisher KL. Assessing psychosocial variables: a tool for diabetes educators. *Diabetes Educ* 2006; 32(1): 51-8.
22. Vijan S, Stuart NS, Fitzgerald JT, Ronis DL, Hayward RA, Slater S, et al. Barriers to following dietary recommendations in Type 2 diabetes. *Diabet Med* 2005; 22(1): 32-8.
23. O'dea JA. Why do kids eat healthful food? Perceived benefits of and barriers to healthful eating and physical activity among children and adolescents. *J Am Diet Assoc* 2003; 103(4): 497-501.
24. Brekke HK, Sunesson A, Axelsen M, Lenner RA. Attitudes and barriers to dietary advice aimed at reducing risk of type 2 diabetes in first-degree relatives of patients with type 2 diabetes. *J Hum Nutr Diet* 2004; 17(6): 513-21.
25. Marzilli G, Cossege W. The effects of social support on eating behavior in patients with diabetes [Online]. 2010 [cited 2010 May 5]; Available from: URL: <http://insulin-pumpers.org/textlib/psyc353.pdf>
26. Rafique G, Shaikh F. Identifying needs and barriers to diabetes education in patients with diabetes. *J Pak Med Assoc* 2006; 56(8): 347-52.
27. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH, et al. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the Expanded Health Belief Model. *Pediatr Diabetes* 2001; 2(1): 30-9.
28. Glasgow RE, Toobert DJ, Gillette CD. Psychosocial barriers to diabetes self-management and quality of life. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1): 33-41.
29. 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; 27(3): 393-404.
30. Polly RK. Diabetes health beliefs, self-care behaviors, and glycemic control among older adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Diabetes Educ* 1992; 18(4): 321-7.
31. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Dis Can* 2002; 23(4): 130-8.
32. Mollem ED, Snoek FJ, Heine RJ. Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Educ Couns* 1996; 29(3): 277-81.
33. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2004; 66(1): 71-7.
34. Wen LK, Shepherd MD, Parchman ML. Family support, diet, and exercise among older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2004; 30(6): 980-93.

35. 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; 14(3): 126-9.
36. 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; 22(2): 126-32.
37. Liloyd CE, Wing RR, Orchard TJ, Becker DJ. Psychosocial correlates of glycemic control: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) Study. *Diabetes Res Clin Pract* 1993; 21(2-3): 187-95.
38. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006; 54(2): 151-8.
39. Rothman RL, Mulvaney S, Elasy TA, VanderWoude A, Gebretsadik T, Shintani A, et al. Self-management behaviors, racial disparities, and glycemic control among adolescents with type 2 diabetes. *Pediatrics* 2008; 121(4): e912-e919.
40. Krichbaum K, Aarestad V, Buethe M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *Diabetes Educ* 2003; 29(4): 653-62.
41. Chapman KM, Ham JO, Liesen P, Winter L. Applying behavioral models to dietary education of elderly diabetic patients. *J Nutr Educ* 1995; 27: 75-9.
42. Whittemore R. Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32(3): 225-32.
43. Kamel NM, Badawy YA, el-Zeiny NA, Merdan IA. Sociodemographic determinants of management behaviour of diabetic patients. Part II. Diabetics' knowledge of the disease and their management behaviour. *East Mediterr Health J* 1999; 5(5): 974-83.
44. Graziani C, Rosenthal MP, Diamond JJ. Diabetes education program use and patient-perceived barriers to attendance. *Fam Med* 1999; 31(5): 358-63.
45. Adams AS, Mah C, Soumerai SB, Zhang F, Barton MB, Ross-Degnan D. Barriers to self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes in an HMO: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res* 2003; 3(1): 6.
46. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23(4): 477-83.
47. Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes: a cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1001-7.
48. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. *Diabetes Care* 2002; 25(2): 269-74.
49. Gillibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol* 2006; 11(Pt 1): 155-69.
50. 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): 191-214.
51. Pinto SL, Lively BT, Siganga W, Holiday-Goodman M, Kamm G. Using the Health Belief Model to test factors affecting patient retention in diabetes-related pharmaceutical care services. *Res Social Adm Pharm* 2006; 2(1): 38-58.
52. Patino AM, Sanchez J, Eidson M, Delamater AM. Health beliefs and regimen adherence in minority adolescents with type 1 diabetes. *J Pediatr Psychol* 2005; 30(6): 503-12.
53. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 943-50.
54. Abood DA, Black DR, Feral D. Nutrition education worksite intervention for university staff: application of the health belief model. *J Nutr Educ Behav* 2003; 35(5): 260-7.
55. Coates VE, Boore JR. The influence of psychological factors on the self-management of insulin-dependent diabetes mellitus. *J Adv Nurs* 1998; 27(3): 528-37.
56. Bond GG, Aiken LS, Somerville SC. The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* 1992; 11(3): 190-8.
57. Morowatisharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. Diabetes Self-Care Determinants Model of Diabetic Patients Referred to Yazd Diabetes Research Center. *Daneshvar* 2009; 16(81): 29-36.
58. Sharifirad GR, Entezari MS, Kamran A, Azadbakhat L. Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes: the health belief model. *Iranian Journal of Diabetes And Lipid Disorders* 2008; 7(4): 379-86.

59. Morowatisharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/ Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2007; 13(1): 17-27.
60. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived Barriers and Self-efficacy: Impact on Self-care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. *The Journal of Faculty of Nursing & Midwifery* 2010; 15(4): 69-78.
61. Jahanloo AS, Ghofrani Pour F, Vafaei M, Kimiagar M, Heydarnia AR, Sobhani A. Health Belief Model constructs measured with HbA1c in diabetic patients with good control and poor. *Journal of Hormozgan University of Medical Sciences* 2008; 12(1): 37-42.
62. Shamsi M, Sharifirad G, Kachoyei A, Hassan Zadeh A. The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Sugar in Woman by Type 2 Diabetics. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2010; 11(5): 490-9.
63. Bernal H, Woolley S, Schensul JJ, Dickinson JK. Correlates of self-efficacy in diabetes self-care among Hispanic adults with diabetes. *Diabetes Educ* 2000; 26(4): 673-80.
64. Keshavarz Z, Simbar M, Ramezan Khani A. Effective Factors on Nutritional Behavior of Female Workers Based On "Integrated Model of Planned Behavior and Self-efficacy: A Qualitative Approach. *Hakim Research Journal* 2010; 13(3): 199-209.
65. Schreurs KM, Colland VT, Kuijter RG, De Ridder DT, van ET. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns* 2003; 51(2): 133-41.
66. Park H, Hong Y, Lee H, Ha E, Sung Y. Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(9): 978-84.
67. Bell RA, Arcury TA, Snively BM, Smith SL, Stafford JM, Dohanish R, et al. Diabetes foot self-care practices in a rural triethnic population. *Diabetes Educ* 2005; 31(1): 75-83.
68. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. New York: Prentice Hall; 2002. p. 60.
69. Nutbeam D, Harris E. *Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2004.
70. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

71. Study on the Role of Perceived Benefits and Barriers in Self-Care Behaviors among Diabetic Patients

Gholamreza Sharfird¹, Leila Azadbakht², Awat Feizi³, Siamak Mohebi⁴, Mehdi Kargar⁵

Abstract

Background: Treatment and illness management depends mostly on patient's performance in diseases and disorders such as diabetes. Therefore, self-care has an important role in the health of these patients; they can affect their own welfare, functional capabilities, and illness processes by achieving self-care skills. Today, self-care depends on individual, psychological and social factors, recognition of which can assist medical service providers in carrying out educational programs. This study was conducted to find the role of perceived benefits and barriers in self-care behaviors among diabetic patients.

Methods: This is a narrative review in which information banks and search engines such as PubMed, SCOPUS, ProQuest, and Elsevier and key words like diabetes self-care, perceived benefits and barriers were used. Moreover, the articles including sectional, cohort, interventional, and qualifying and narrative review were chosen in this study. Persian studies were selected through informational banks, like IRANMEDEX, MEDLIB and also studies from domestic magazines.

Findings: The findings of the reviewed articles show the intermediate influence of perceived benefits and barriers in diabetic patients' self-care. The most considerable perceived benefits were qualified fasting blood control, the feeling of happiness and decreasing of expenses. The most significant perceived barriers of self-care consist of lacking family support, feeling of shame, forgetfulness and not being able to control their eating.

Conclusion: Perceived benefits and barriers, as the central constructs of some model and behavior change theories, were related to self-care. There is a positive correlation between self-care and perceived benefits and a negative correlation between self-care and perceived barriers. Therefore, these two strategic constructs can be taken into consideration for promoting self-care behaviors among diabetic patients.

Key words: Perceived Benefits and Barriers, Diabetes, Self-care

1- Professor, Department of Health Education and Health Promotion, Department of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Food Security Research Center, Department of Community Nutrition, Department of Nutrition and Food Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Isfahan University of Medical sciences, Isfahan, Iran.

4- Lecture, Department of Public Health, School of Health, Qom University of Medical Sciences and Health Education PhD Candidate, Student Research Committee, Department of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author)

Email: smohebi@muq.ac.ir

5- MSc, Department of Health Education, School of Medical Sciences, Fars University of Medical Sciences, Shiraz, Iran.