

ارتباط خودکارآمدی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲

مراجعة کننده به انجمن دیابت ایران

شیدا وحیدی^۱، داود شجاعی زاده^۲، سیما اسماعیلی شه میرزادی^۳، صغری نیک‌پور^۴

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: امروزه افزایش تعداد مبتلایان به دیابت در دنیا این بیماری را به بزرگ‌ترین اپیدمی جهانی تبدیل نموده که خودکارآمدی بیمار یکی از عناصر کلیدی در پیشگیری و درمان دیابت محسوب می‌شود. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گردید.

روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه مقطعی است که ۸۰ نفر بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران بودند که در طول ۲ ماه در سال ۱۳۹۲، به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسش‌نامه دو بخشی اطلاعات دموگرافیک (شامل ۹ سؤال) و ابزار پرسش‌نامه محقق ساخته در خصوص بیماری دیابت مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی (۵۱ سؤال) بود. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $55/16 \pm 8/89$ سال بود. بین سازه‌های تهدید درک‌شده، منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنما برای عمل با خودکارآمدی همبستگی آماری معنی‌داری و مثبتی مشاهده شد ($P < 0/05$). در بین سازه‌های مختلف، موانع درک‌شده بیشترین همبستگی را بر میزان خودکارآمدی بیماران داشت ($r = 0/98, p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج به‌دست آمده مداخلات آموزش و ارتقاء سلامت می‌تواند با ارتقاء توانایی‌های بیماران دیابتی جهت غلبه بر موانع اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی آنان را بهبود بخشد و این رویکرد به عنوان گامی ضروری جهت ارتقاء خودکارآمدی بیماران پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، دیابت نوع ۲، خودکارآمدی

ارجاع: وحیدی شیدا، شجاعی زاده داود، اسماعیلی شه میرزادی سیما، نیک‌پور صغری. ارتباط خودکارآمدی با سازه‌های مدل اعتقاد

بهداشتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۳؛ ۱۰(۳): ۵۴۷-۵۳۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۰۸/۱۷

۱. کارشناس ارشد آموزش بهداشت جامعه، معاونت درمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۲. استاد، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۳. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۴. استادیار، مرکز تحقیقات مراقبت های پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: snikpour@iums.ac.ir

بیماری را به بزرگ‌ترین اپیدمی جهانی تبدیل نموده که نقش آموزش به بیمار را در مراقبت از خود بسیار جدی می‌کند؛ اگرچه تیم ارایه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی مسؤولیت هدایت برنامه درمانی را برعهده دارند ولی خود بیماران روزانه

مقدمه

دیابت یک چالش پر اهمیت بهداشتی است که به طور گسترده‌ای زندگی روزمره بیماران مبتلا به آن را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱). افزایش تعداد مبتلایان به دیابت در دنیا این

با مشکلات مربوط به رژیم‌های پیچیده درمانی مواجه هستند و نیازمند کسب توانایی‌های لازم به منظور مدیریت این گونه چالش‌ها می‌باشند (۲).

سازمان بهداشت جهانی میزان شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۱۱ برابر با ۱۰/۳ درصد گزارش کرده است (در زنان ۱۰/۴٪ و در مردان ۱۰٪) و همچنین گزارش داد تعداد بیماران مبتلا به دیابت در جهان ۳۴۶ میلیون نفر بوده و در صورت عدم اجرای مداخله این تعداد تا سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد شد (۳-۴). در ایران آمارها در خصوص شیوع دیابت کاملاً متفاوت است. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه‌های علوم پزشکی، تهران شیوع دیابت را به ترتیب ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند و این در حالی است که درمان بیماری و عوارض حاد و مزمن آن سالیانه هزینه هنگفتی را به جوامع توسعه‌یافته و در حال توسعه تحمیل می‌نماید (۵-۶)، از سوی دیگر یکی از دلایل مهم عدم موفقیت در حصول نتایج درمانی مطلوب، کمبود مشارکت بیماران دیابتی در امر درمان این بیماری است (۶). تغییر رفتار یک مفهوم اساسی در ارتباط با ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها است و در این بین خودکارآمدی به عنوان یک عامل مؤثر در تسهیل، تغییر رفتار بهداشتی شناخته شده است (۷). بنابراین خودکارآمدی پیش‌نیاز مهم رفتار محسوب شده و به اعتقاد و ایمانی که افراد در زمینه توانایی‌هایشان به منظور تداوم در اجرای موفقیت‌آمیز رفتار دارند؛ اطلاق می‌گردد. خودکارآمدی تحت‌تأثیر منابع مختلفی نظیر عملکردهای قبلی فرد، مشاهده رفتار دیگران، الگوبرداری، ترغیب کلامی، اقناع اجتماعی و حالت‌های فیزیولوژیکی در فرد شکل می‌گیرد (۸).

تقویت خودکارآمدی در بین بیماران دیابتی میزان تبعیت از رژیم‌های ورزشی و درمانی شامل درمان خوراکی، تزریق انسولین و پایش گلوکز خون توسط خود بیمار را بهبود می‌بخشد (۹).

Rozenstock و همکاران خودکارآمدی را جزء مهم مدل اعتقاد بهداشتی برای تغییر در سبک زندگی در بیماری‌های مزمن لحاظ نمودند، به عقیده وی خودکارآمدی باید در

طراحی برنامه‌های آموزشی برای بیماران دیابتی همواره مد نظر قرار گیرد (۱۰).

Bandura و همکارانش معتقد هستند در فرایند تغییر رفتار؛ خودکارآمدی را پیش‌نیاز اصلی تلقی گردیده که میزان تلاش و سطح عملکرد فرد را تحت‌الشعاع قرار می‌دهد، وی معتقد است اداره وقایع اثرگذار بر جریان زندگی به اعتقاد افراد در مورد کارآمدیشان بستگی دارد و از آن به عنوان عنصری کلیدی در روان‌شناسی فرد و اجتماع یاد نموده است (۱۱-۱۲).

مدل اعتقاد بهداشتی یکی از قدیمی‌ترین و پر کاربردترین الگوهای تغییر رفتار است، که بر انگیزش و تجربیات گذشته فرد تمرکز دارد مدل اعتقاد بهداشتی از ساختارهای تهدید درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنماهای برای عمل و خودکارآمدی تشکیل شده است، این ساختارها اشاره به باورهای انتزاعی یک شخص در رابطه با ابتلا به یک بیماری یا دچار شدن به حالت زیان بار می‌نماید که نهایتاً منجر به رفتاری خاص می‌گردد. خودکارآمدی درک شده که به عنوان آخرین ساختار مدل اعتقاد بهداشتی در سال ۱۹۷۷ توسط Bandura مطرح گردید حاصل اطمینان از این مسأله است که فرد دارای توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار می‌باشد. خودکارآمدی درک شده نسبت به سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی مهم‌ترین عامل پیش‌گویی‌کننده رفتار بهداشتی می‌باشد (۱۳-۱۴). چگونگی همبستگی بین خودکارآمدی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی چندان مورد مطالعه و بررسی قرار نگرفته است.

اما مطالعات بسیاری اعتقاد افراد را در خصوص رفتارهای پیشگیری‌کننده مورد بررسی قرار داده‌اند و دریافته‌اند که خودکارآمدی عامل حیاتی در خودمدیریتی رفتار بیماران دیابتی است به گونه‌ای که میزان تلاش یک فرد برای غلبه بر موانع و مشکلات بهداشتی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۱۵). سنجش تأثیر خودکارآمدی بر تمام اجزای مدل اعتقاد بهداشتی ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین مطالعه حاضر به بررسی ارتباط خودکارآمدی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین

بیماران دیابتی نوع مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران ۲ می‌پردازد.

روش‌ها

این مطالعه توصیفی تحلیلی از نوع مقطعی است. حجم نمونه با فرض ضریب همبستگی $0/3$ ، حد برآورد اشتباه $0/05$ در سطح اطمینان ۹۵ درصد برابر با ۸۰ نفر محاسبه گردید. شرکت‌کنندگان در مطالعه حاضر، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران بودند که در طول ۲ ماه در سال ۱۳۹۲، به شیوه نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری بدین نحو بود که به منظور دسترسی به نمونه‌های مورد نظر پرسشگران آموزش دیده با دست داشتن معرفی‌نامه از دانشگاه علوم پزشکی ایران به انجمن دیابت ایران مراجعه و با بیماران واجد شرایط، پس از توجیه نسبت به اهداف پژوهش با حفظ رازداری مصاحبه چهره به چهره انجام دادند. تشخیص قطعی دیابت نوع دو، عضویت در انجمن دیابت تهران، سن ۳۰ سال و بالاتر، سپری شدن حداقل یک سال از تشخیص قطعی دیابت فرد، عدم وجود مشکل روانی و اختلالات یادگیری محرز توسط پزشک، عدم وجود اختلالات شدید بینایی و شنوایی، تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه به عنوان معیارهای ورود به مطالعه در نظر گرفته شد. بنابراین ۲۰ درصد از بیمارانی که شرایط فوق را دارا نبودند، از مطالعه خارج شدند. پرسش‌نامه مورد استفاده در این مطالعه شامل سه قسمت بود. بخش اول، مشخصات دموگرافیکی و مرتبط با سلامت و بیماری نظیر سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی، بیمه درمانی، نوع درمان و سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری دیابت شامل ۹ سؤال، بخش دوم، پرسش‌نامه محقق ساخته در خصوص بیماری دیابت مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بود این ابزار مشتمل بر ۵۱ سؤال و در حیطه‌های تهدید درک شده (۸ سؤال)، منافع درک شده (۷ سؤال)، موانع درک شده (۱۱ سؤال)، راهنما برای عمل (۵ سؤال)، خودکارآمدی درک شده (۲۰ سؤال) طراحی گردید. نحوه امتیازدهی این ابزار به این صورت است که هر

سؤال از کاملاً "موافق (۵) تا کاملاً" مخالف (۱) نمره‌دهی شده و در نهایت امتیاز کل این ابزار از ۱۰۰-۰ می‌باشد. به منظور سنجش اعتبار ابزار گردآوری اطلاعات از روش اعتبار محتوا استفاده شد. بدین صورت که پرسش‌نامه زیر نظر اساتید متخصص آموزش بهداشت طراحی شده بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی از طریق ایمیل در اختیار تعدادی از متخصصین آموزش بهداشت قرارگرفت و اصلاحات مورد نظر اعمال و اشکالات پرسش‌نامه برطرف گردید. قابلیت اعتماد (Reliability) ابزار گردآوری اطلاعات به روش بازآزمایی (test-retest) محاسبه گردید به گونه‌ای که به منظور محاسبه ضریب پایایی، پرسش‌نامه توسط ۲۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو عضو انجمن دیابت تکمیل و دو هفته بعد مجدداً در همان شرایط، پرسش‌نامه‌ها توسط همان گروه تکمیل گردید و سپس ضریب آلفای کرونباخ برای هر یک از ۵ حیطه به ترتیب برابر با $0/89$ ، $0/92$ ، $0/92$ ، $0/87$ ، $0/91$ در مطالعه پایلوت محاسبه گردید. لازم به یادآوری است که افراد شرکت‌کننده در مطالعه پایلوت از مطالعه اصلی خارج شدند. پرسش‌نامه‌های مورد نظر به صورت خود گزارش‌دهی برای هر فرد در مدت زمان حدود ۳۰ دقیقه به صورت مصاحبه حضوری و چهره به چهره توسط پژوهشگران آموزش دیده تکمیل گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات و ورود داده‌ها به کامپیوتر، تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و به کارگیری آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی از قبیل آزمون‌های مقایسه میانگین پارامتریک به علت توزیع نرمال داده‌ها مانند تی‌تست مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون همبستگی پیرسون صورت گرفت. سطح معنی‌داری در این مطالعه $0/05$ در نظر گرفته شد. به منظور رعایت نکات اخلاقی پژوهش، اهداف این مطالعه به افراد شرکت‌کننده توضیح داده شد و به آنان این اطمینان خاطر داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و پرسش‌نامه بدون نام تکمیل گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران مورد بررسی قرار گرفتند که ۶۷/۵٪ از شرکت‌کنندگان، زن (۵۴ نفر) و ۳۲/۵٪ مرد (۲۶ نفر) بودند، میانگین سنی شرکت‌کنندگان $55/16 \pm 8/89$ بوده است، جدول ۱، یافته‌های مربوط به مشخصات فردی و مرتبط با سلامت جامعه مورد مطالعه را نشان می‌دهد (جدول ۱). بررسی میانگین امتیازات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی نشان داد که کمترین میانگین امتیاز راهنما برای عمل $(49/64 \pm 18/76)$ و بیشترین میانگین مربوط به سازه تهدید درک‌شده $(60/42 \pm 31/08)$ می‌باشد (جدول ۲ ارتباط آماری بین سازه‌های تئوری اعتقاد سلامتی با جنسیت و وضعیت تأهل با استفاده از آزمون تی‌تست مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که بین ادراک بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه از تمام سازه اعتقاد بهداشتی با متغیر جنسیت ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد $(p < 0/05)$ (جدول ۳). ارتباط بین امتیازات سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با سن با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج حاصل مقدار احتمال به‌دست آمده همبستگی آماری معنی‌داری و ضعیفی بین متغیر سن با سازه‌های تهدید درک‌شده $(p = 0/05)$ ، $r = -0/22$ ، منافع درک‌شده $(p = 0/03)$ ، $r = -0/23$ ، موانع درک‌شده $(p = 0/04)$ ، $r = -0/22$ ، راهنما برای عمل $(p = 0/2)$ ، $r = -0/25$ وجود دارد، یعنی با افزایش سن میزان ادراک افراد از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی کاهش می‌یافت، اما

بین خود کارآمدی و متغیر سن اختلاف آماری معنی‌دار مشاهده نشد $(p = 0/06)$. ارتباط آماری بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با سطح تحصیلات، شغل، وضعیت اقتصادی و نوع درمان با استفاده از آزمون واریانس یک طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل نشان داد که بین سازه تهدید درک‌شده با متغیرهای سطح تحصیلات $(p < 0/001)$ ، وضعیت اقتصادی $(p < 0/001)$ ارتباط آماری معنی‌داری موجود دارد. به‌علاوه ارتباط آماری معنی‌داری نیز بین هر یک از سازه‌های منافع درک‌شده، موانع درک‌شده، راهنما برای عمل و خود کارآمدی با سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی مشاهده گردید $(p < 0/05)$. ارتباط آماری معنی‌داری بین نوع درمان بیماران دیابتی مورد مطالعه با سازه‌های تهدید درک‌شده $(P = 0/12)$ ، منافع درک‌شده $(P = 0/16)$ ، موانع درک‌شده $(P = 0/1)$ ، راهنما برای عمل $(P = 0/29)$ و خود کارآمدی $(P = 0/1)$ وجود نداشت.

بر اساس نتایج حاصل از بررسی تأثیر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر خود کارآمدی درک‌شده بیماران، بین سازه‌های تهدید درک‌شده $(p < 0/001)$ ، $r = 0/97$ ، منافع درک‌شده $(p < 0/001)$ ، $r = 0/96$ ، موانع درک‌شده $(p < 0/001)$ ، $r = 0/98$ ، راهنما برای عمل $(p < 0/001)$ ، $r = 0/91$ ، با خود کارآمدی همبستگی آماری معنی‌داری و مثبتی مشاهده شد. در بین سازه‌های مختلف، موانع درک‌شده بیشترین تأثیر را بر میزان خودکارآمدی بیماران داشت $(r = 0/98, p < 0/001)$.

جدول ۱. توزیع فراوانی جامعه مورد مطالعه بر حسب ویژگی‌های دموگرافیکی و مرتبط با سلامت

متغیر	گروه‌بندی	فراوانی مطلق	درصد فراوانی نسبی
وضعیت تأهل	مجرد	۵۹	۷۳/۸
	متأهل	۲۱	۲۶/۲
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۳۲	۴۰
	دیپلم	۲۲	۲۷/۵
	دانشگاهی	۲۶	۳۲/۵
شغل	دارد	۱۶	۲۰
	ندارد	۶۴	۸۰
وضعیت اقتصادی	خوب	۱۶	۲۰
	متوسط	۳۵	۴۳/۸
	بد	۲۹	۳۶/۳
برخورداری از بیمه‌های درمانی	بلی	۷۴	۹۲/۵
	خیر	۶	۷/۵
سابقه خانوادگی بیماری	مثبت	۵۱	۶۳/۸
	منفی	۲۹	۳۶/۳
نوع درمان	رژیم غذایی	۵	۶/۳
	داروهای خوراکی	۳۷	۴۶/۳
	انسولین	۲۳	۲۸/۸
	داروهای خوراکی و انسولین	۱۵	۱۸/۸

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌ی ادراکات بیماران دیابتی نوع ۲ از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی	میانگین	انحراف معیار
تهدید درک شده	۶۰/۴۲	۳۱/۰۸
منافع درک شده	۵۱/۸۳	۱۹/۸۹
موانع درک شده	۵۱/۷۳	۱۹/۵۴
راهنما برای عمل	۴۹/۶۴	۱۸/۷۶
خود کارآمدی	۵۰/۷۹	۲۰/۲۴

جدول ۳. بررسی تأثیر جنسیت و وضعیت تأهل بر سازه‌های تئوری اعتقاد بهداشتی

سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی	جنسیت	P-Value*		تأهل	P-Value*	
		زن (۵۴ نفر) Mean±SD	مرد (۲۶ نفر) Mean±SD		متاهل (۲۱ نفر) Mean±SD	مجرد (۵۹ نفر) Mean±SD
تهدید درک شده		۵۴/۷۸±۲۸/۲۱	۷۲/۱۱±۲۳/۹۸	۰/۰۰۸	۲۷/۶۶±۲۱/۱۹	۳۲/۵±۲۱/۰۷
منافع درک شده		۴۹/۲۷±۱۸/۲۰	۵۷/۱۴±۲۲/۴۷	۰/۰۰۱	۵۲/۶۲±۱۶/۳۳	۵۳/۲۱±۱۵/۹۵
موانع درک شده		۴۸/۷۷±۱۷/۹۱	۵۷/۸۶±۲۱/۶۴	۰/۰۰۲	۳۹/۲۰±۱۷/۶۵	۴۲/۸۳±۱۸/۶۱
راهنما برای عمل		۲۱/۵۶±۵/۴۹	۲۳/۹۹±۶/۴۵	۰/۰۰۴	۳۶/۳۶±۲۰/۶۳	۳۴/۶۶±۱۹/۰۵
خودکارآمدی		۵۷/۹۳±۲۱/۴۷	۶۶/۶۶±۲۵/۶۶	۰/۰۰۳	۵۷/۴۴±۲۳/۳۲	۶۴/۷۲±۲۳/۴۵

*آزمون آماری Independent Sample T- test

بحث

این مطالعه با هدف تعیین ارتباط خودکارآمدی با سایر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گردید. نتایج نشان داد که در بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی راهنما برای عمل ($49/64 \pm 18/20$) کم‌ترین و تهدید درک شده ($54/78 \pm 28/21$) بیشترین میانگین امتیاز را داشتند. مطالعه مظلومی و همکاران با هدف تعیین وضعیت رفتارهای پیشگیری‌کننده دیابت نوع ۲ در افراد در معرض خطر شهر اردکان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی انجام گردید. خودکارآمدی و راهنما برای عمل بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بیشترین و کمترین میانگین امتیاز را داشتند که با یافته‌های حاضر هم‌خوانی ندارد (۱۶). تفاوت در مکان انجام پژوهش را می‌تواند به عنوان دلیل اختلاف یافته‌های دو مطالعه عنوان نمود. با توجه به پایین بودن میانگین نمره راهنما برای عمل به عنوان محرک‌های داخلی و خارجی که بر فرد اثر گذاشته و سبب انجام عملی از طرف وی می‌شوند، به نظر می‌رسد ارتقاء سطح آگاهی عمومی به واسطه وسایل ارتباط جمعی نظیر رادیو، تلویزیون و همچنین تلاش در راستای تقویت روابط بین پزشک، بیمار و اعضای خانواده به

عنوان محرک‌های خارجی بتواند در راستای ارتقاء رفتار خود کارآمدی بیماران دیابتی نوع ۲ مؤثر واقع گردد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که ارتباط آماری معنی‌دار و معکوسی بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با سن وجود دارد، به طور کلی با افزایش سن میزان ادراک افراد از سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی کاهش می‌یافت. همسو با پژوهش حاضر، مطالعه پورغزنین و همکاران نیز که با هدف بررسی ارتباط بین سن با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی انجام گردید، نشان داد که بین سن با سازه‌های شدت درک شده و موانع درک شده همبستگی آماری معنی‌داری وجود دارد (۱۷). همچنین مطابق یافته‌های پژوهش کرکزلو و همکاران که با هدف تعیین توان خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل انجام شد، سن عامل تأثیرگذاری بر سطح توان خودمراقبتی بوده و واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی مناسب‌تری داشتند (۱۸). به علاوه در مطالعه Charron و همکاران نیز خودکارآمدی در بین دختران نوجوان برای انجام رفتارهای بهداشتی بالا و مثبت بود (۱۹). در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان عنوان نمود که با افزایش سن توانایی‌های شناختی و ادراکی بیماران کاهش می‌یابد.

نتایج حاصل نشان داد که بین جنسیت با ادراک بیماران از سازه اعتقاد بهداشتی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد، بیشترین خود کارآمدی و تهدید درک شده در مردان دیده شد که با مطالعه مروتی شریف آباد و همکاران هم‌خوانی دارد (۲۰). بنابراین به نظر می‌رسد، مردان به دلیل عوامل ساختاری و نقش مردانه در اجتماع فرصت و قدرت بیشتری در اختیار آنان قرار دارد و به تبع آن خود کارآمدی بالاتری دارند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با متغیرهای سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد همسو با یافته‌های Ayele و همکاران که با هدف تعیین ارتباط سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی با فعالیت‌های خودمراقبتی در بین بیماران مبتلا به دیابت در هراری (غرب اتیوپی) انجام گردید؛ حاکی از این بود که بیمارانی که سطح تحصیلات بالاتر و وضعیت اقتصادی متوسطی دارند تهدید درک شده بالاتر و موانع درک شده پایین‌تری در فعالیت‌های خودمراقبتی دارند (۲۱). همچنین نتایج مطالعه Tan نشان داد شدت درک و حساسیت درک شده با افزایش سطح تحصیلات افزایش می‌یابد (۲۲). بررسی تأثیر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی بر خود کارآمدی درک شده بیماران نشان داد که بین سازه‌های تهدید درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنما برای عمل با خود کارآمدی همبستگی آماری معنی‌داری و مثبتی وجود دارد. همسو با نتایج پژوهش حاضر در مطالعه مظلومی و همکاران نیز همبستگی آماری معنی‌داری بین رفتارهای پیشگیری‌کننده با سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و خود کارآمدی درک شده مشاهده گردید (۱۶).

در مطالعه حاضر موانع درک شده در بین سازه‌های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی بیشترین همبستگی را بر رفتار خود کارآمدی بیماران دیابتی تحت مطالعه داشت، به گونه‌ای که با ارتقاء سطح آگاهی افراد از هزینه‌های ملموس و روانی اتخاذ رفتار، اعتقاد مثبت آنان به توانایی‌های خود به منظور پیروی از رفتارهای پیشگیری‌کننده از دیابت نوع افزایش می‌یابد. در

مطالعه انجام شده توسط شریفی‌راد و همکاران همبستگی اجزای مدل اعتقاد بهداشتی در خصوص مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ نشان داد که همبستگی مستقیم و معنی‌داری بین سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی وجود دارد (۲۳). در همین راستا مطالعه شکیب‌زاده و همکاران نیز که به منظور تعیین رابطه بین موانع درک شده و میزان خود کارآمدی بیماران با اجزای خود مراقبتی در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گردید، نشان داد که خود کارآمدی به واسطه موانع درک شده با فعالیت‌های خودمراقبتی در ارتباط است (۲۴). همسو با یافته‌های حاضر مطالعه برهانی و همکاران حاکی از این بود که بین سازه‌های مختلف مدل اعتقاد بهداشتی و خود کارآمدی ارتباط آماری معنی‌داری وجود دارد (۲۵) در همین راستا یافته‌های Aljaseem و همکاران با عنوان تأثیر موانع و خود کارآمدی بر فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که خود کارآمدی به میزان ۱۰-۴ درصد فعالیت‌های وابسته به خودمراقبتی را تغییر می‌دهد (۲۶).

در تبیین همبستگی مثبت بین موانع درک شده و خود کارآمدی می‌توان به رویکرد حل مسأله اشاره نمود. در رویکرد حل مسأله پس از درک موانع، اعتقاد بیمار به توانایی‌هایشان به منظور تدوam در اجرای موفقیت‌آمیز رفتار ارتقا می‌یابد و در طی یک فرایند شناختی- رفتاری- عاطفی تلاش می‌کند راه حل یا شیوه مقابله مؤثری برای یک مسأله خاص شناسایی یا کشف نماید.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت تحقیقات در ایران و جهان در ارتباط خود کارآمدی با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در بین بیماران دیابتی نوع ۲، حجم کم نمونه‌ها عدم انجام نمونه‌گیری به صورت تصادفی که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود به محیط نمونه‌گیری می‌نماید و حجم کم نمونه اشاره نمود. به علاوه در این مطالعه سنجش ادراکات بیماران دیابتی نوع ۲ در ارتباط با سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی تنها در سطح بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران انجام گردید، که ممکن است از نظر

سودمندی موجب انگیزه برای انجام یک رفتار بهداشتی می‌گردد و از سوی دیگر به طور غیرمستقیم از طریق موانع درک شده و تعیین سطح تعهد و شکیبایی در عملکرد بر انگیزه برای پیگیری یک رفتار تأثیر می‌گذارد. لذا به منظور دستیابی به خود کارآمدی توجه به جنبه‌های منفی و بالقوه که به صورت مانع برای انجام یک رفتار بهداشتی ضروری است. کارشناسان آموزش بهداشت و ارتقا سلامت می‌توانند با شناسایی موانع و اریه راهبردهای لازم جهت غلبه بر آن‌ها، در راستای خودکارآمدی درک شده بیماران دیابتی تأثیرگذار باشند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۴۰۴/م ت مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران می‌باشد که بدین وسیله نویسندگان این مقاله مراتب تشکر و قدردانی خود را از آن معاونت محترم به دلیل حمایت مالی و از مراکز بهداشتی درمانی تابعه دانشگاه به دلیل دادن مجوز و همکاری های لازم به منظور انجام مطالعه و از افراد شرکت کننده اعلام می‌دارند.

شرایط اجتماعی اقتصادی متفاوت از سایر بیماران باشد. لذا پیشنهاد می‌گردد به منظور ایجاد امکان تعمیم و مقایسه نتایج، مطالعات مشابه در بین بیماران مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی انجام گیرد.

نتیجه گیری

در تبیین یافته‌های حاصل می‌توان بیان نمود که خود کارآمدی، حاصل اطمینان از این موضوع می‌باشد که شخص دارای توانایی لازم برای پیگیری یک رفتار است. در مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن خود کارا مدی بسیار حیاتی است و انتظار می‌رود که بیماران دیابتی کنترل ۹۵ درصدی بیماری را خودشان شخصا" بر عهده بگیرند چراکه بخش قابل توجهی از مراقبت این بیماران در منزل انجام می‌گیرد و خود کارآمدی در این زمینه نقش مهمی ایفا می‌نماید (۲۷۶). مدل اعتقاد بهداشتی چارچوبی برای ایجاد انگیزه در افراد به منظور اتخاذ رفتارهای مثبت بهداشتی است که تمایل به جلوگیری از پیامدهای منفی به عنوان انگیزه اولیه برای اتخاذ رفتار می‌باشد. خود کارآمدی به طور مستقیم از طریق انتظار

References

1. Shahab Jahanlou AR, Ghofranipour FA, Kimiagar SM, Vafaei M, Heydarnia A, Sobhani SA R, Jahani ZH. The Relationship between Knowledge, Self-Efficacy and Quality of life with Glycemic Control and Lipid Profile in Smoking Diabetic Patient. Medical Journal of Hormozgan University 2008; 11(4):261-6. [In Persian].
2. Wild S, Roglic G, Gren A, Scree R, King H. Global prevalence of diabetes. Diabetes care 2004; 27(5):1047-53.
3. Satman I, Yilmaz T, Sengiil A, Salman S, Salman F, Uygur S, et al. Population –based study of diabetes and risk characteristics in Turkey: Results of the Turkish diabetes epidemiology study (TURDEP). Diabetes care 2002; 25:1551-6
4. Khoshniat Niko M, Madarshahian F, Hassanabadi M, Heshmat R, Khaleghian N. Comparative study of cognitive status in elderly with and without type 2 diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2007; 7(1) : 71-6. [In Persian].
5. Esteghamati A, Gouya MM, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et. al. Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Fasting Glucose in the Adult Population of Iran: The National Survey of Risk Factors for Non-Communicable Diseases of Iran. Diabetes Care 2008; 31(1):96-8. [In Persian].
6. Agha Moulaei T, Eftekhari H, Mohammad K. Application of health belief model to behavior change of diabetic patients. Payesh 2005; 4(4):263-9. [In Persian].
7. Holloway A, Watson HE. Role of self-efficacy and behaviour change. International Journal of Nursing Practice 2002; 8(2):106-15.

8. Strecher VJ, McEvoy DeVellis B, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Behav* 1986;13:73-92.
9. Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self-efficacy in patients with diabetes. *Family Practice* 2011;28(1):82-7.
10. Rozenstock LM, Stretcher VJ, Becker MH. Social Learning theory and the health belief model. *Health educ Quarterly* 1988; 15(2):175-83.
11. Carson VB. *Mental Health Nursing*. 2nd ed. USA: McGraw Hill:1999.pp:43-50
12. Mohammadi N, Rafieifar Sh, Aghamollaei T, Akbari M, Aminshokravi F, Ayar S et al. A Comprehensive textbook in Health Education. 1st ed. Tehran: Mehr Ravash Press; 2005. pp: 353-57. [In Persian].
13. Shojaeizadeh D, Saffari M, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. Health education and promotion, Theories, Models, Methods. 1st ed. Tehran: Sobhan Publications; 2009.[In Persian].
14. Shojaeizadeh D, Saffari M, Ghofranipour F, Heydarnia A, PakpourA. Health education and promotion, Theories, Models, Methods. 1st Ed. Tehran: Sobhan Publications; 2009. [In Persian].
15. Krichbaum K, Aarestad V, Bueth M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management. *The Diabetes Educator* 2003; 29(4):653-62.
16. Mazloomi S S, Mirzaei A, Afkhami Ardakani M, Baghiani Moghadam M, Fallahzadeh H. The role of health beliefs in preventive behaviors of individuals at high- risk of type2 diabetes mellitus. *JSSU*. 2010; 18 (1) :24-31. [In Persian].
17. Pourghaznein T, Ghafari F, Hasanazadeh F, Chamanzari H. The relationship between health beliefs and medication adherence in patients with type 2 diabetes: A correlation-cross sectional study. *Life Sci J* 2013;10(4s):38-46. [In Persian].
18. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil) 2012; 8 (4):197-204. [In Persian].
19. Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: Application of the Expanded Health Belief Model. *Pediatric Diabetes* 2001; 2:30-9.
20. Morowatisharifabad M , Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand School Med Sci* 2009; 15(4): 69-78.[In Persian].
21. Ayele K, Tesfa B, Abebe L, Tilahun T, Girma E. Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLOS* 2012;7(4); e35515.
22. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese
23. Individuals with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes Nresearch and clinical practice*. 2004;66(1):71-7.
24. Sharifirad GH, Mohebbi S, Matlabi M . Survey of the feet care based on Health Belief Model in diabetes type II patients referring to the Diabetes research center of Kermanshah in 2006. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2009; 15 (4) :84-90. [In Persian].
25. 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. *Hayat* 2010; 15(4): 69-78. [In Persian].
26. Borhani F, Abbaszadeh A, Taebi M, Kohan S. The relationship between self-efficacy and health beliefs among type2 diabetic patients. *Payesh* 2010; 9(4): 371-83. [In Persian].
27. Aljasem LI, Peyrot M, Wissow L, Rubin RR. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2001;27(3):393-404.
28. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F, Karimy M, Shamsi M. The Effect of Education Program Based on Health Belief Model on Decreasing Blood Sugar Levels in Diabetic Type 2 Patients in Zahedan. *Health Scope* 2013;2(2):73-78. [In Persian].

Assessing Self Efficacy with Health Belief Model component among type 2 diabetic patients referee to Iranian Diabetes Association in 2012-2013

Sheida Vahidi ¹, Davoud Shojaeizadeh ², Sima Esmaili Shahmirzadi ³,
Soghra Nikpour ⁴

Original Article

Abstract

Background: Today, increasing of the number of patients with diabetes in the world has become the disease the world's largest epidemic. The patient's self-efficacy is a key element in the prevention and treatment of diabetes. This study aimed to Assessing Self Efficacy with Health Belief Model component type 2 diabetic patients referee to Iranian Diabetes Association in 2012-2013.

Methods: This study was a cross sectional on which 80 persons referee to Iranian Diabetes Association in 2012-2013 were selected by convenience non-randomly method. Instrument of data gathering was a two part one included demographic variables (9 items) and self-administered diabetes assessment based on HBM (51 items). Data was analyzed with SPSS software version 18 using independent t-test, ANOVA and person correlation coefficient. Significant level was set at 0.05.

Findings: Mean and SD of participant age was 55.16 ± 8.89 years. Mean and SD of perceived threat and cues to action were the most and the least on (60.42 ± 31.08) and (49.64 ± 18.76) respectively. Self Efficacy had significant relation with perceived threat, cues to action and perceived benefits and barriers. Perceived barriers among various structures had the greatest impact on patients' self-efficacy.

Conclusion: Based on the results in this study perceived barriers who had their effectiveness overshadows that. So Health Education and promotion interventions to Improving patient's perceive about barriers and Enhance their ability to solve problems leads to improving self-esteem and self-worth is suggested as a necessary step toward Self Efficacy promotion.

Key Words: Health Belief Model, Diabetes Type 2, Self-Efficacy

Citation: Vahidi Sh, Shojaeizadeh D, Esmaili Shahmirzadi S, Nikpour S. **Assessing Self Efficacy with Health Belief Model component among type 2 diabetic patients referee to Iranian Diabetes Association in 2012-2013.** J Health Syst Res 2014; 10(3):538-547

Received date: 08.11.2013

Accept date: 26.02.2014

1. M.Sc in community health nursing education, Treatment Affairs, Shahid Beheshti university of Medical Sciences ,Tehran,Iran Sciences ,Tehran,Iran
2. Professor, Department of Health Education & Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
3. PhD student in Health Education & Promotion, Department of Health Education & Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant professor Center for Nursing Care Research, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: snikpour@iums.ac.ir