

وضعیت رفتار پیاده‌روی در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲ شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی

محمدحسین باقیانی مقدم^۱، مریم هداوند خانی^۲، سید محمد محمدی^۳،
حسین فلاح زاده^۴، فرحناز خبیری^۵

چکیده

مقدمه: امروزه نقش مثبت فعالیت‌های جسمانی و ورزشی به خصوص پیاده‌روی در سلامت جامعه بشری و در پیش‌گیری و کنترل بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری دیابت ثابت شده است. هدف از این بررسی به منظور تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیاده‌روی در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲ شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی صورت گرفت.

روش‌ها: در این مطالعه‌ای توصیفی - مقطعی، تعداد ۱۱۱ نفر از بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد بصورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه‌ای مشتمل بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی به انضمام متغیرهای دموگرافیک و سؤالات انجام رفتار پیاده‌روی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به کارگیری آمار توصیفی، آزمون‌های ضریب همبستگی و رگرسیون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۷۸ زن و ۳۳ مرد) با میانگین سنی $49/18 \pm 7/44$ در این مطالعه شرکت کردند. ۱۰۲ نفر متأهل و ۵۵ نفر از آنها تحصیلات زیر دیپلم داشتند. میانگین نمره آگاهی و رفتار پیاده‌روی به ترتیب $6/93 \pm 3/22$ و $4/46 \pm 3/73$ به دست آمد. افراد مورد مطالعه تنها ۴۳/۱۲ درصد از ماکزیمم نمره قابل اکتساب آگاهی و ۳۱/۸۵ درصد از ماکزیمم نمره رفتار پیاده‌روی را کسب کردند. بر اساس نتایج این مطالعه بین رفتار پیاده‌روی و آگاهی ($r=0/221$ و $P < 0/02$)، رفتار و شدت درک‌شده ($r=0/201$ و $P < 0/03$)، رفتار و منافع درک‌شده ($r=0/234$ و $P < 0/01$) همبستگی معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند علل ضعف انجام پیاده‌روی را پیش‌گویی کند و به عنوان چارچوبی جهت اجرای مداخلات آموزشی به منظور کنترل بیماری دیابت مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مدل اعتقاد بهداشتی، پیاده‌روی، دیابت نوع ۲.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۱۹/۵/۲۹

دریافت مقاله: ۱۹/۴/۲۷

- ۱- دانشیار، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
- ۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران (نویسنده مسؤول)
Email: maryamhadavand912@gmail.com
- ۳- استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
- ۴- دانشیار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی، یزد، ایران.
- ۵- کارشناس تربیت بدنی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران.

مقدمه

دیابت یک بیماری شایعی است که می‌تواند منجر به ایجاد اختلالات متابولیکی، مشکلات بهداشتی و عوارض مزمن از جمله بیماری کلیه، قلب و عروق، مشکلات بینایی و غیره شود که هم بر اثر عوامل ژنتیکی و هم بر اثر عوامل رفتاری محیطی ایجاد می‌شود (۱).

اگرچه هنوز نقش ژنتیک در ایجاد دیابت پررنگ می‌باشد، شواهد بسیار قوی وجود دارد که نشان دهنده اثرات چاقی و کم تحرکی بر ایجاد این بیماری هستند (۲، ۳). ازجمله عوامل ایجادکننده این بیماری می‌توان به مواردی چون چاقی، کمی تحرک بدنی، سن بالا، سابقه قبلی دیابت حاملگی، سابقه تولد نوزاد با وزن بالای ۴۰۰۰ گرم و سابقه خانوادگی اشاره نمود (۴).

بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ تعداد ۲۱۰۳۰۰۰ نفر بیمار دیابتی در ایران وجود داشت و برآورد شده این تعداد به ۶۴۲۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۳۰ افزایش یابد (۵). در این میان استان یزد از جمله مناطقی است که شیوع دیابت در آن بسیار بالا است به طوری که تعداد کل بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقاتی درمانی دیابت شهر یزد از سال ۱۳۸۶ تاکنون ۶۵۵۴ نفر گزارش شده است که به طور کلی شیوع دیابت در این استان ۱۴/۵۲ درصد گزارش شده است (۶).

امروزه نقش مثبت فعالیت‌های جسمانی و ورزشی در سلامت جامعه بشری و در پیشگیری و کنترل بسیاری از بیماری‌ها از جمله بیماری دیابت تأیید شده است. به طوری که متخصصان عقیده دارند که رژیم غذایی و داروها به تنهایی در درمان و کنترل قند خون بیماران کافی نبوده بلکه انجام فعالیت‌های جسمانی و ورزشی نیز باید به برنامه روزانه افراد دیابتی اضافه شود (۷). فعالیت‌های جسمانی به دلیل این که علاوه بر اثرات درمانی دارای اثرات روحی و فیزیولوژیکی مثبت نیز می‌باشد از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار هستند (۸). از جمله فعالیت‌های جسمانی مناسب برای افراد دیابتی می‌توان به پیاده‌روی، دوچرخه سواری، شنا

و ... اشاره کرد (۹). که در این میان پیاده‌روی ساده ورزشی ارزنده است که هیچ‌گونه وسیله خاصی نیاز نداشته و می‌تواند با زندگی روزانه افراد دیابتی آمیخته شود (۷). زیرا انجام آن برای هرکسی بدون توجه به سن و جنس در همه جا و همه وقت میسر است (۱۰).

مطالعات مختلفی نشان داده است که پیاده‌روی تأثیرات بهداشتی قابل توجهی بر تمام گروه‌های سنی دارد از جمله در افراد دیابتی می‌توان به افزایش حساسیت سلول‌ها نسبت به انسولین، کاهش وزن، کم‌ترشدن بافت چربی، پایین آمدن فشار خون، افزایش آمادگی جسمانی و در موارد خفیف بیماری احتمال کاهش یا حذف داروهای مصرفی برای افراد دیابتی نوع ۲ را برشمرد (۱۱، ۱۰).

تحقیقات متفاوتی نشان داد که بی‌تحرکی می‌تواند خطر بیماری‌های قلبی عروقی را در افراد دیابتی دو برابر کند (۱۲). با این وجود کم تحرکی به خصوص در زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ به دلیل شیوع چاقی زیاد بوده، درصد بسیاری از زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ در جامعه ما در اوقات بیکاری خود بی‌تحرک هستند و حتی بیشتر فعالیت‌های خانه‌داری آنان نیز از نوع فعالیت‌های سبک یا خیلی سبک می‌باشد (۱۳). این نتایج حاکی از آن هستند که بیماران دیابتی از فعالیت فیزیکی کمی در اوقات فراغت برخوردار می‌باشند. صاحب‌نظران عقیده دارند که بیشتر افراد دیابتی آگاهی لازم در زمینه نقش فعالیت‌های جسمانی و انجام پیاده‌روی در کنترل مطلوب بیماری خویش را ندارند و از این اصل درمانی مهم بهره کافی را نمی‌برند (۹).

مطالعات زیرات و همکاران نیز عدم وجود فعالیت‌های جسمانی از جمله پیاده‌روی را در افراد دیابتی به عنوان یک عامل خطر برای ایجاد عوارض بیماری دیابت می‌دانند (۱۴). این در حالی است که در جامعه ما وضعیت چندان مطلوبی از نظر انجام فعالیت‌های جسمانی و ورزش وجود ندارد.

در ایران تحقیقات نشان می‌دهند که در شهر تهران ۸۰ درصد مردان و ۸۵ درصد زنان هیچ‌گونه فعالیت بدنی در خارج از محیط کار یا منزل حتی به صورت قدم‌زدن را ندارند.

سبک زندگی‌شان شوند لازم است که آن‌ها نسبت به خطراتی که سلامتی خود را تهدید می‌کند حساس شوند و وخامت بیماری را درک کنند. (۲۳). همچنین شناخت موانع انجام رفتار بهداشتی از جمله انجام پیاده‌روی از اهمیت بالایی برخوردار است. (۲۴). بنابراین شناخت اعتقادات و نگرش‌های افراد دیابتی به منظور توسعه استراتژی‌های کنترل از دیابت در این افراد ضروری است. (۲۵). با توجه به ساختار مدل اعتقاد بهداشتی و اجزاء آن این مدل برای پیش‌گویی و مداخله آموزشی جهت انجام پیاده‌روی مناسب می‌باشد. از این رو طراحی مطالعه ما بر اساس این مدل می‌باشد. هدف از این مطالعه تعیین پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار پیاده روی در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲ شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی می‌باشد.

روش‌ها

در این مطالعه توصیفی - تحلیلی ۳۳۶ معلم به روش پژوهش حاضر توصیفی، تحلیلی است. که به منظور تعیین پیش‌بینی کننده‌های رفتار پیاده‌روی در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲ شهر یزد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی صورت گرفت.

با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و $s=1/5$ و برای رسیدن به تفاوت معنی‌دار $d=1$ و با نظر مشاور آماری، حجم نمونه با توجه به فرمول
$$n = \frac{z^2 \times s^2}{d^2}$$
 تعداد ۸۰ نفر در نظر گرفته شد که جهت اطمینان بیشتر ۱۱۱ نفر به طور تصادفی وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری به این صورت بود که در طول هفته هر روز در زمان مشخص محقق به مرکز تحقیقات دیابت مراجعه نمود و در طول مدت ۲ ماه تمام بیماران دیابت نوع ۲ که شرایط ورود به نمونه را داشتند توسط پزشک مرکز به محقق معرفی شده و پس از پر کردن پرسش‌نامه وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود این گروه به مطالعه، سنین ۳۰ تا ۶۰

(۱۸). بررسی وضعیت فعالیت جسمانی افراد بالای ۲۵ سال در جمعیت شهری قزوین در سال ۱۳۸۰ نشان داد که ۴۵ درصد از آقایان و ۵۷ درصد از خانم‌ها در طول هفته فعالیت‌های جسمانی از جمله پیاده‌روی مناسب نداشته‌اند (۱۵). در شهرستان ابهر نیز در سال ۱۳۸۰ در گروه‌های سنی بالای ۲۵ سال در جوامع شهری تنها ۲۲ درصد آقایان و ۷ درصد خانم‌ها داشتن فعالیت جسمانی منظم را گزارش کرده‌اند. (۱۶). متأسفانه این کم تحرکی در جامعه مبتلایان به دیابت نوع ۲ به دلیل شیوع بیشتر چاقی بوده، به طوری که مطالعات نشان می‌دهند از بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین تحت پوشش مرکز دیابت اصفهان تنها ۳۶ درصد از مردان و ۲۸ درصد از زنان پیاده‌روی داشته‌اند و تنها ۱۹ درصد از مردان و ۱۱ درصد از زنان فعالیت جسمانی به غیر از پیاده‌روی داشته‌اند این نتایج حاکی از آن هستند که بیماران دیابتی از فعالیت فیزیکی کمی در اوقات فراغت برخوردار می‌باشند (۱۷).

پژوهشگران از مدل‌ها برای تغییر رفتار کمک گرفته‌اند که یکی از این مدل‌های مؤثر در آموزش بهداشت، مدل اعتقاد بهداشتی است که رفتار را تابعی از دانش و نگرش فرد می‌داند و با توجه به اجزایی که دارد بر اساس این اندیشه تدوین شده و موجب ادراک افراد از یک تهدید سلامتی می‌شود و رفتارهای آن‌ها را به سمت سلامتی سوق می‌دهد. (۱۹). به این صورت که می‌تواند حساسیت و شدت درک شده‌ی افراد دیابتی را در خصوص کم‌تحرکی بالا برده و با توجه به منافع و موانع درک شده و راهنمای عمل، فرد را به سمت انجام پیاده‌روی هدایت کند. جولی کوچ نیز در کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در این زمینه بیان می‌دارد زنانی که از حساسیت و شدت درک شده بیشتری در زمینه‌ی کم‌تحرکی برخوردار هستند بیشتر اقدام به ورزش می‌نمایند (۲۰). در پژوهش‌های شریفی راد و کامرانی نیز با کاربرد این مدل افزایش معنی‌داری را به ترتیب در زمینه‌ی مراقبت از پاها و رعایت رژیم غذایی دیابتی در بیماران دیابتی نوع ۲ گزارش نمودند. (۲۱، ۲۲). برای اینکه افراد دیابتی تشویق به تغییر

اعتقادبهداشتی و رفتار پیاده‌روی و از آزمون من ویتنی نیز برای مقایسه تفاوت بین اطلاعات دموگرافیک و از آنالیز رگرسیون برای تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های سازه‌های مدل در مورد انجام رفتار پیاده‌روی استفاده شد.

یافته‌ها

۱۱۱ نفر از افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ از هر دو جنس (۷۸ زن و ۳۳ مرد) با میانگین سنی $49/18 \pm 7/44$ در این مطالعه شرکت کردند. ۱۰۲ نفر (۹۱/۹ درصد) متأهل بودند. ۵۵ نفر (۴۹/۵ درصد) از آن‌ها تحصیلات زیر دیپلم داشتند.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه		
انحراف معیار	میانگین	
سن	۴۹/۱۸	۷/۴۴
وزن	۷۳/۱۳	۹/۸۹
جنس	تعداد	درصد
مرد	۳۳	۲۹/۷
زن	۷۸	۷۰/۳
وضعیت تاهل		
متاهل	۱۰۰	۹۱
مجرد	۲	۰/۹
مطلقه/همسرمرده	۹	۸/۱
سطح تحصیلات		
بیسواد	۵	۴/۵
زیردیپلم	۵۰	۴۵
دیپلم	۲۵	۳۱/۵
دانشگاهی	۲۱	۱۸/۹
شغل		
خانه دار	۶۴	۵۷/۷
حرفه ای	۱۱	۹/۹
قانون گذار	۵	۴/۵
کارمند	۲۳	۲۰/۷
بیکار	۸	۷/۲

جدول ۱ ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه در این آزمون را نشان می‌دهد. میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی

سال، تحت درمان بودن با داروی خوراکی دیابت، عدم وجود علائم پیشرفته دیابت مثل عوارض قلبی عروقی، پای‌دیابتی، بیماری‌های مفاصل استخوان و عدم افزایش وزن ($BMI < 30$) و رضایت برای شرکت در مطالعه بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسش‌نامه محقق ساخته بود که شامل ۱۰ سؤال دموگرافیک، ۱۳ سؤال عملکرد در خصوص انجام پیاده‌روی صحیح و اثر بخش در کنترل قند خون بیماران، ۱۸ سؤال آگاهی، ۶ سؤال حساسیت درک شده، ۶ سؤال شدت درک شده، ۶ سؤال موانع و ۶ سؤال منافع درک شده و ۶ سؤال خودکارآمدی درک شده و ۳ سؤال راهنمای عمل بود. پایایی پرسش‌نامه از طریق انجام آزمون مجدد بر روی ۱۵ نفر از بیماران در فاصله زمانی ۲ هفته سنجیده شد که محدوده آلفای سازه‌ها بر اساس کل حجم نمونه بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۳ تعیین گردید. روایی پرسش‌نامه نیز با استفاده از روایی محتوایی و با بهره‌گیری از نظرات افراد صاحب صلاحیت و با استفاده از کتب و منابع معتبر سنجیده شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نمره‌ی مقیاس در نظر گرفته شده در رابطه با سؤال‌های آگاهی هر سؤال دارای ۵ گزینه و درکل ۳۱ نمره بود به طوری که به افرادی که پاسخ صحیح می‌دادند نمره ۱ و برای کسانی که جواب غلط می‌دادند نمره صفر در نظر گرفته شد برای سؤالاتی که بیش از یک گزینه صحیح داشتند نمره‌دهی به این صورت بود که به کسانی که گزینه همه موارد را انتخاب کردند نمره ۳ و به افرادی که یکی از گزینه‌ها را انتخاب کردند نمره یک و به کسانی که گزینه نمی‌دانم را انتخاب کردند نمره صفر داده می‌شد. برای سؤالات ابعاد مدل اعتقادبهداشتی از مقیاس نگرش سنج ۵ گزینه‌ای لیکرت استفاده شد که محدوده نمره از ۱ تا ۳۰ بود و سؤالات عملکرد نیز از ۱۳ نمره محاسبه شد.

به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار SPSS از آمار توصیفی، آزمون ضریب همبستگی پیرسون و اسپرمن برای تعیین وجود و قدرت رابطه بین سازه‌های مدل

۳/۲۲ ± ۶/۹۳ بدست آمد که نشان می‌دهد افراد مورد مطالعه تنها ۳۷/۵ درصد از ماکزیمم نمره قابل اکتساب آگاهی را کسب کرده‌اند. بین آگاهی و شدت درک شده ($P < ۰/۰۰۲$)، $r = ۰/۲۹۶$ ، حساسیت درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، $r = ۰/۳۱۶$ ، منافع درک شده ($P < ۰/۰۰۳$)، $r = ۰/۲۰۰$ ، راهنمای عمل ($P < ۰/۰۰۴$)، $r = ۰/۲۶۹$ و رفتار ($P < ۰/۰۰۲$)، $r = ۰/۲۲۱$ ارتباط معنی‌دار وجود دارد.

نتایج نشان داد که افراد مورد مطالعه ۸۱/۴۶ درصد ماکزیمم نمره قابل اکتساب حساسیت درک شده، ۷۴/۶۰ درصد ماکزیمم نمره قابل اکتساب شدت درک شده، ۷۳/۹۶ ماکزیمم نمره قابل اکتساب موانع درک شده، ۷۴/۳۳ درصد ماکزیمم نمره قابل اکتساب منافع درک شده، ۸۵ درصد ماکزیمم نمره قابل اکتساب خودکارآمدی درک شده را کسب نمودند (جدول ۲). میانگین و انحراف معیار رفتار پیاده‌روی $۴/۴۶ \pm ۳/۷۳$ بدست آمد که نشان می‌دهد افراد مورد مطالعه تنها ۳۱/۸۵ درصد از ماکزیمم نمره رفتار پیاده‌روی را کسب کرده‌اند (جدول ۳).

در بررسی وضعیت همبستگی بین سازه‌های الگو و رفتار پیاده‌روی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید که نتایج در (جدول شماره ۳). آمده است. نتایج بدست آمده از آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که بین رفتار پیاده‌روی و آگاهی ($P < ۰/۰۰۲$)، $r = ۰/۲۲۱$ ، رفتار و شدت درک شده ($P < ۰/۰۰۳$)، $r = ۰/۲۳۴$ ، رفتار و منافع درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، $r = ۰/۲۳۴$

همبستگی معنادار وجود دارد. همچنین بین سطح تحصیلات با آگاهی ($P < ۰/۰۰۰۱$)، $r = ۰/۳۸۶$ و شدت درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، $r = ۰/۲۳۷$ نیز همبستگی معنی‌دار وجود دارد. بین سن و حساسیت درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، $r = -۰/۲۲۱$ ، خودکارآمدی درک شده ($P < ۰/۰۰۱$)، $r = -۰/۲۲۹$ و منافع درک شده ($P < ۰/۰۰۹$)، $r = -۰/۲۴۸$ همبستگی معنی‌دار دیده شد. با این حال بین سن و رفتار پیاده‌روی ارتباط معنی‌دار دیده نشد.

همچنین میانگین منافع درک شده در زنان $۲۲/۶۴ \pm ۲/۱۷$ و در مردان $۲۱/۱۸ \pm ۴/۴۶$ می‌باشد که در زنان بیشتر از مردان و دگروه دارای تفاوت معناداری می‌باشند ($P < ۰/۰۰۲$).

در مورد رابطه سن با اجزاء مدل نتایج نشان داد که بین سن با منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد بطوری‌که با افزایش سن منافع و خودکارآمدی درک شده کاهش می‌یابد. همچنین در بررسی رابطه بین اجزاء مدل با میزان تحصیلات مشاهده شد که بین تحصیلات و سطح آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده ارتباط معنی‌داری وجود دارد به طوری‌که با افزایش میزان تحصیلات، سطح آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده افزایش می‌یابد. با توجه به نتایج مطالعه حاضر بین شغل با سطح آگاهی، حساسیت درک شده، شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۲: میانگین، انحراف معیار، دامنه نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از ماکزیمم نمره

سازه‌ها	میانگین	انحراف معیار	دامنه نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از ماکزیمم نمره
آگاهی	۶/۹۳	۳/۲۲	۰-۱۱	۴۳-۱۲
حساسیت درک شده	۲۴/۴۴	۳/۷۲	۰-۳۰	۸۱/۴۶
شدت درک شده	۲۲/۳۸	۳/۷۶	۰-۳۰	۷۴/۶
منافع درک شده	۲۲/۲۰	۳/۰۸	۰-۳۰	۷۴/۳۳
موانع درک شده	۲۱/۱۹	۴/۶۶	۰-۳۰	۷۳/۹۶
خودکارآمدی درک شده	۲۵/۵۰	۳/۷۸	۰-۳۰	۸۵
راهنمای عمل	۳/۷۹	۱/۷۷	۰-۱۲	۳۱/۵۸
رفتار پیاده روی	۴/۴۶	۳/۷۳	۰-۱۴	۳۱/۸۵

جدول ۳: ماتریکس ضریب همبستگی متغیرهای مدل اعتقاد بهداشتی

متغیر	رفتار پیاده روی	حساسیت	شدت	منافع	موانع	خودکارآمدی	راهنمای عمل	آگاهی
حساسیت	۰/۱۲۵							
شدت	۰/۲۰۱*	۰/۳۴۴**						
منافع	۰/۲۳۴*	۰/۵۰۳**	۰/۳۳۲**					
موانع	۰/۸۹	۰/۱۳۶	۰/۶۹	۰/۲۶۹**				
خودکارآمدی	۰/۱۴۱	۰/۴۳**	۰/۲۹**	۰/۴۹۳**	۰/۲۸۳**			
راهنمای عمل	۰/۱۷۲	۰/۱۱۳	۰/۰۵۵	۰/۱۷۰	۰/۲۱۲*	۰/۰۲۲		
آگاهی	۰/۲۲۱*	۰/۲۹۶**	۰/۳۱۶**	۰/۲۲	۰/۸۶	۰/۱۸۱	۰/۲۶۹**	

**معنی‌دار در سطح ۰/۰۱

*معنی‌دار در سطح ۰/۰۵

جدول ۴: آنالیز رگرسیون سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در ارتباط با رفتار پیاده روی

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	p-value	R2	متغیر وابسته
آگاهی	۰/۲۱۶	۰/۰۳۹		رفتار پیاده‌روی
حساسیت	-۰/۱۲۹	۰/۳۶		
شدت	۰/۰۲۴	۰/۸۴	۰/۳۱۷	
منافع	۱/۸۷	۰/۰۵۹		
موانع	۰/۲۷۹	۰/۲۷		
خودکارآمدی	-۰/۵۵۹	۰/۵۷		
راهنمای عمل	-۰/۰۳۴	۰/۷۳		

در بررسی میزان پیش‌گویی رفتار پیاده‌روی توسط سازه‌های الگو از آنالیز رگرسیون خطی استفاده گردید. به طور کلی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی مشتمل بر متغیرهای آگاهی، شدت، حساسیت، منافع، موانع، خودکارآمدی درک شده و راهنمای عمل، ۷/۳۱ درصد از واریانس رفتار پیاده‌روی را پیش‌گویی نمودند که در آنالیز رگرسیون قدرت پیش‌گویی آگاهی معنی‌دار و منافع درک شده نزدیک به معنی‌داری است. (جدول شماره ۴).

بحث

بین آگاهی، شدت درک شده و منافع درک شده با رفتار پیاده روی همبستگی معنادار وجود دارد. در مطالعه امین میرزایی و

همکاران (۲۶). بین حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده افراد با انجام رفتار پیشگیری‌کننده از دیابت همبستگی معنادار وجود داشت. در مطالعه دکتر مروتی و همکاران بین متغیرهای منافع، شدت، حساسیت، تهدید، خودکارآمدی با رفتار خود مراقبتی همبستگی مثبت و معنادار وجود داشت (۲۷). در مطالعه brownlee و همکاران (۲۸). نیز بین حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده با کنترل متابولیک و پیروی از رژیم غذایی همبستگی معنی‌دار وجود داشت. در مطالعه tan (۲۴). گزارش شد که دلیل ضعیف بودن انجام رفتارهای پیشگیری‌کننده در بیماران دیابتی با پایین بودن حساسیت و شدت درک شده در ارتباط است. در مطالعه حاضر با افزایش شدت درک شده انجام

رفتار پیاده‌روی نیز افزایش می‌یابد. Daniel (۲۹). و همکاران نیز که رابطه شدت درک شده و موانع برای خود مراقبتی و کنترل متابولیک را در افراد بومی دیابتی نوع دوم را مطالعه نمودند، مشاهده کردند که همبستگی معنادار بین شدت درک شده ناشی از عوارض بیماری و رفتار وجود دارد. در مطالعات برونلی (۲۸). نیز در بیماران جوان تر شدت درک شده با رفتار همبستگی داشت، همچنان که در مطالعه هریس (۳۰). نیز شدت درک شده با تبعیت از رژیم خود مراقبتی رابطه داشت. به این ترتیب ملاحظه می‌شود که نتیجه این مطالعه در این مقوله با بیشتر مطالعات همخوانی دارد. بر طبق فرض مدل اعتقادبهداشتی احتمال انجام رفتار بهداشتی توسط فرد به وسیله درک حساسیت آن وضعیت و شدت درک شده از بیماری و به همان مقدار منافع درک شده در مقابل موانع انجام رفتار بهداشتی تعیین می‌شود. با افزایش منافع درک شده انجام رفتار پیاده‌روی نیز افزایش می‌یابد. در بیشتر بررسی‌های مشابه (۳۴، ۳۱) نیز این رابطه مشاهده شد.

نتایج این مطالعه نشان داد که بین آگاهی و رفتار پیاده‌روی همبستگی وجود دارد که با افزایش آگاهی افراد دیابتی منجر به ارتقای رفتار بهداشتی آنان خواهد شد. بین آگاهی و شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده و راهنمای عمل نیز ارتباط معنی‌دار وجود دارد. نتایج گذشته نیز نشان می‌دهد با افزایش آگاهی همراه با تغییر نگرش افراد می‌توان رفتار بهداشتی را در افراد مبتلا به دیابت افزایش داد به طوری که برای دستیابی به خود مدیریتی بلند مدت نیاز به افزایش آگاهی همراه با تغییر نگرش می‌باشد زیرا که بدون آگاهی تغییر نگرش میسر نخواهد بود و این دو لازم و ملزوم یکدیگر می‌باشند (۳۶، ۳۵).

در مطالعه امین میرزایی و همکاران بین آگاهی و رفتارهای پیشگیری‌کننده همبستگی معنادار وجود نداشت. ولی بین آگاهی و سازه‌های شدت درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی درک شده همبستگی معنادار وجود داشت که با نتایج ما همخوانی دارد (۲۶).

مطالعه ما نشان می‌دهد بین سطح تحصیلات با آگاهی، شدت درک شده و خودکارآمدی درک شده نیز همبستگی معنی‌دار وجود دارد. مطالعه امین میرزایی و همکاران نیز حساسیت شدت، منافع و خودکارآمدی درک شده افراد با افزایش سطح تحصیلات افزایش معنی‌دار نشان داد (۲۶). در مطالعات گذشته (۳۸، ۳۷، ۲۹). یک همبستگی مثبت معنی‌دار بین سطح تحصیلات و تبعیت از رژیم‌درمانی وجود داشت.

در این تحقیق تنها بین جنس با منافع درک شده رابطه معنی‌داری وجود دارد به طوری که منافع درک شده در زنان بیشتر از مردان می‌باشد که علت آن را می‌توان به حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک شده بالاتر زنان در خصوص انجام رفتار پیاده‌روی نسبت به مردان دانست. می‌توان گفت که چون زنان در جامعه در ارتباط بیشتری با منابع اطلاعاتی از جمله پزشکان، رادیو و تلویزیون، مجلات و روزنامه و دیگر بیماران هستند، دارای درک بالاتری از عوارض بیماری و فواید انجام یک رفتار بهداشتی می‌باشند. در مطالعه دکتر شهاب جهانلو و همکاران تفاوت معنی‌داری بین سازه خودکارآمدی درک شده با متغیر جنس دیده شد ولی با منافع درک شده ارتباط معناداری مشاهده نشد که با نتیجه مطالعه ما همسو نمی‌باشد (۳۹).

همچنین نتایج نشان داد بین سن با حساسیت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی درک شده رابطه معکوس معنی‌داری وجود دارد همچنین بین شغل با سطح آگاهی، حساسیت، شدت و خودکارآمدی درک شده رابطه معنی‌داری وجود داشت ولی در مطالعه دکتر مروتی هیچ تفاوت معنی‌داری بین سازه‌های حساسیت و شدت درک شده با سن و شغل مشاهده نگردید (۲۷).

در مطالعه حاضر سازه‌های الگو به طور کلی ۳۱/۷ درصد از واریانس رفتارهای خود مراقبتی را پیش‌گویی نمودند. در مطالعه گیلیبراند (۴۰). این میزان ۱۲ درصد و در مطالعه آلتو (۳۱). سازه‌های الگو ۱۴ درصد از واریانس تبعیت از رژیم غذایی و ۲۱ درصد از واریانس تبعیت از خود پایشی قندخون را پیش‌گویی نمودند. در مطالعه دکتر مروتی و همکاران (۴۱). سازه‌های الگو ۴۵/۳ درصد از واریانس رفتارهای خود مراقبتی را پیش‌گویی

نمودند. در بررسی برونلی (۲۸)، سازه‌ها ۵۲ درصد از واریانس تبعیت از رژیم را بیان نمود. می‌توان گفت سازه‌های این الگو تناسب خوبی با داده‌های این تحقیق دارد و می‌تواند به عنوان یک چارچوب مرجع جهت بیماران دیابتی به کار برده شود.

در این مطالعه منافع درک‌شده و آگاهی از قدرت پیش‌گویی‌کنندگی بیشتری برخوردار بودند. بنابر این مشخص می‌شود که منافع و فواید درک شده پیاده‌روی و آگاهی در جهت انجام رفتار بهداشتی در رفتارهای موردنظر بسیار تأثیرگذار می‌باشند و در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بهره‌گرفت. در این راستا باید به آموزش فواید و منافع پیگیری و رفتارهای خودمراقبتی پرداخت و هم‌زمان باید موانعی را که در راه انجام فعالیت‌های خودمراقبتی وجود دارد بر طرف نمود یا آن‌ها را به حداقل رساند. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات دکتر مروتی (۴۲)، با عنوان تأثیر منافع و موانع درک‌شده رفتارهای خودمراقبتی بر عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی همسو می‌باشد.

با توجه به این که منافع درک‌شده و آگاهی در مورد رفتار پیاده‌روی در افراد مورد مطالعه در پیش‌گویی رفتار قوی‌تر بود، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران امر دیابت تا حد امکان در برگزاری کلاس‌های آموزشی و شناساندن فواید و سودمندی انجام این‌گونه رفتارهای بهداشتی به بیماران اقدام کنند، تا اینکه در نهایت با کنترل مطلوب بیماری شاهد کاهش بروز عوارض ناشی از دیابت و ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی باشیم.

این بررسی نشان داد که انجام رفتار پیاده‌روی در حد ضعیفی بود. عدم پیاده‌روی به دلیل حساسیت، شدت درک‌شده و منافع درک‌شده و خودکارآمدی درک‌شده پایین در ارتباط بود.

بیماران دیابتی موانع درک‌شده متعددی برای رفتار پیاده‌روی خود درک کرده بودند. همچنین بیماران هرچه آگاهی بیشتری در مورد بیماری دیابت و رفتار پیاده‌روی داشته باشند، آن رفتار را بیشتر انجام می‌دهند. با افزایش میزان شدت درک‌شده در این بیماران نیز، انجام رفتار افزایش می‌یابد. بیماران دیابتی اگر تشخیص دهند که با انجام رفتار پیاده‌روی زندگی بهتری خواهند داشت که منجر به افزایش طول عمر آنها خواهد شد، رفتار پیاده‌روی را با جدیت بیشتری انجام می‌دهند.

سازه‌های مدل اعتقادبهداشتی پیش‌گویی‌کننده‌های خوبی جهت انجام رفتارهای بهداشتی هستند. همچنین این مدل چارچوب مفیدی جهت ایجاد انگیزه و ترغیب انجام این‌گونه رفتارها ایجاد می‌کنند. نتیجه می‌گیریم بهبود برنامه‌های آموزشی در جهت تغییر نگرش‌ها و ارتقای رفتارهای بهداشتی در بیماران دیابت نوع ۲ مؤثر واقع می‌شود. در این مطالعه دو محدودیت وجود داشت. اول اینکه چون مشاهده عینی رفتار پیاده‌روی در بیماران عملی نبود جهت بررسی آنان از روش خود گزارش‌دهی استفاده شد و دوم اینکه چون ممکن بود همزمان به چند بیمار پرسش‌نامه داده شود امکان دسترسی و استفاده از اطلاعات بیماران به یکدیگر وجود داشت.

تشکر و قدردانی

بر خود لازم می‌داریم از زحمات بی دریغ مسئولین و پرسنل محترم مرکز تحقیقات دیابت شهریزد و همچنین بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند تشکر و قدردانی نمائیم.

References

1. Tuomilehto J, Lindstrom J, Eriksson JG, Valle TT, Hamalainen H, Ilanne-Parikka P, et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. N Engl J Med 2001; 344(18): 1343-50.
2. Tuomilehto J, Wolf E. Primary prevention of diabetes mellitus. Diabetes Care 1987; 10(2): 238-48.
3. Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Krolewski AS, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. Lancet 1991; 338(8770): 774-8.
4. Sherwin RS, Anderson RM, Buse JB, Chin MH, Eddy D, Fradkin J, et al. Prevention or delay of type 2 diabetes. Diabetes Care 2004; 27 Suppl 1: S47-S54.

5. WHO. Media center [Online]. 2009 [cited 24 Jun 2009]; Available from: URL: <http://.who.int/media center/factsheets/Fs312/en/hndex.html/>
- 6.
7. Ministry of Health and Medical Education. Comprehensive guide of Non Communicable Disease Care in Islamic Republic of Iran. 14th ed. Tehran: Disease Management Center; 2004.
8. Agnasiver P. Exercise and cure disease. Trans. Torkaman A, Hazaveyee MM. Hamedan: Chehr Publication; 2002.
9. Shakeri M, Ahmadi R. The effect of exercise program on control sugar and blood fat in diabetics. *J Zanjan Uni Med Sci* 2001; 3: 16-22.
10. Khazayee MA. Familiar with diabetes. 1st ed. Mashhad: Mashhad Ferdosy University Publication; 1998.
11. Larijaneji BA. Exercise and diabetes. 1st ed. Tehran: University Medical Science Publication; 2003. p. 44.
12. Anderson JA, Patti BL. Nutritional management of diabetes mellitus. Mexico City: Mexico Waverly Company; 1994. p. 50-75.
13. Sheykholeslam R. Prevention of noncommunicable disease in the global. *J Shahid Beheshti Uni Med Sci* 2004; 4: 16-21.
14. Forghanei B, Kasaeian N, Faghih Imanei B, Hossein Pour M, Aminey M. Assessment of leisure time physical activity situation in NIDDM patient referring to diabetic center Esfahan. *Monthly Journal of Medical Sciences Ahwaz* 2001; 4(31): 41-5.
15. Zierath JR, Wallberg-Henriksson H. Exercise training in obese diabetic patients. Special considerations. *Sports Med* 1992; 14(3): 171-89.
16. Mahdavei Hazaveh AR, Delavari AR. Prevention plan and Diabetic disease control. Tehran: Seda Publication Center; 2004.
17. Mohajer T. Principal of teaching to patient. Tehran: Salemi Press; 2003. p. 9-11.
18. Hazavehei MM, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care. *Int J Diab Dev Ctries* 2007; 27: 18-23.
19. Azizi F, Hatemi H, Janghorbani M. Epidemiology and Communicable disease control in Iran. Tehran: Eshtiagh Publication; 2000.
20. Heydarnia A. Argument in health education. Tehran: Zamani Publication, 2003. p. 112.
21. 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.
22. Kamrani A. The effect of educational diet on nutrition type2 diabetes based on Health Belief Model, [MSc Thesis] Isfahan: Isfahan School of Public Health . Isfahan, University of Medical Sciences; 2006.
23. Slovic P. The perception of risk. London: Earthscan Publications; 2000.
24. 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.
25. Kartal A, Ozsoy SA. Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(8): 1447-58.
26. Mazloomi S, Mirzaei A, Afkhami Ardakani M. The Role of Health beliefs for preventive behaviors in type2 diabetes at risk individuals. *Journal of Medical Sciences Shahid Sadoughi Yazd* 2010; 18(1): 24-31.
27. Morovatei Sharifabad MA, Rouhani Tonkaboni N. Perceived Severity & Susceptibility of Diabetes Complications & its Relation to Self-care Behaviors among Diabetes patients. *Journal of Armaghane danesh* 2007; 12(3): 59-68.
28. Brownlee-Duffeck M, Peterson L, Simonds JF, Goldstein D, Kilo C, Hoette S. The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55(2): 139-44.
29. 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.
30. Harris R, Linn MW. Health beliefs, compliance, and control of diabetes mellitus. *South Med J* 1985; 78(2): 162-6.
31. 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.
32. 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.

33. 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.
34. Bond GG, Aiken LS, Somerville SC. The health belief model and adolescents with insulin-dependent diabetes mellitus. *Health Psychol* 1992; 11(3): 190-8.
35. Oldroyd JC, Unwin NC, White M, Mathers JC, Alberti KG. Randomised controlled trial evaluating lifestyle interventions in people with impaired glucose tolerance. *Diabetes Res Clin Pract* 2006; 72(2): 117-27.
36. Imai S, Kozai H, Naruse Y, Watanabe K, Fukui M, Hasegawa G, et al. Randomized controlled trial of two forms of self-management group education in Japanese people with impaired glucose tolerance. *J Clin Biochem Nutr* 2008; 43(2): 82-7.
37. Overland JE, Hoskins PL, McGill MJ, Yue DK. Low literacy: a problem in diabetes education. *Diabet Med* 1993; 10(9): 847-50.
38. Rockwell JM, Riegel B. Predictors of self-care in persons with heart failure. *Heart Lung* 2001; 30(1): 18-25.
39. Shahab Jahanloo A, Ghofranipour F, Vafaei M, Kimiyagar M, Heydarnia AR, Sobhanei AR. Testing Health Belief Model With HbA1c In Diabetic Patients. *Hormozgan Medical Journal* 2008; 12(1): 37-42.
40. 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.
41. Morovati Sharifabad M, Rouhani Tonkaboni N, Baghiyan Moghadam MH. Predictors of self care of diabetic patients referred to Diabetes Research Center on Health Belief Model. *Journal of Medical Sciences Shahid Sadoughi Yazd* 2007; 15(3): 85-96.
42. Morovati Sharifabad MA, Rouhani Tonkaboni N. Effect of interest and self-care behaviors perceived.. *Journal of Nursing and barriers on diabetes care practice Midwifery, Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2008; 13(1): 17-27.

Status of walking behavior in patients with type 2 diabetes in Yazd based on health belief model

**Mohammad Hossein Baghianimoghadam¹, Maryam Hadavand Khani²,
Sayyed Mohammad Mohammadi³, Hossein Fallahzade⁴, Farahnaz khabiri⁵**

Abstract

Background: Today, the positive role of physical activities and exercise, especially walking in the health of human society and in the prevention and control of many diseases including diabetes has been approved. The purpose of this study to determine predictors of walking behavior in patients with type 2 diabetes in Yazd based on Health Belief Model.

Methods: In this cross-sectional study 111 type 2 diabetes patients referring to Yazd Diabetes Center were selected randomly. Data collecting was done by a questionnaire with health belief model structures (knowledge, perceived susceptibility, severity, benefits, barriers, self efficacy & cues to action) and demographic variables and questions regarding walking behaviors. Reliability and validity were assessed and approved. Data analyzed using the SPSS software and descriptive statistics, the correlation coefficient and regression testes.

Findings: 111 individuals with type 2 diabetes of both sexes (78 females and 33 males) with mean age of 44.7 ± 18.49 were participated in this study. Mean score of knowledge and walking behavior were, 6.93 ± 3.22 and 4.46 ± 3.73 , respectively that showed subjects had acquired only 43.12% of knowledge maximum score and 31.85% of walking behavior maximum score. The Findings showed that there was a significant relationship between walking behavior with knowledge, perceived severity and perceived benefits.

Conclusion: According to this study behavior of walking was weak. It seems that the use of theoretical based models such as Health Belief Model can be used to predict weakness of walking and as a framework can be used for the implementation of educational interventions to control diabetes.

Key words: Health Belief Model, Walking, Type 2 Diabetes.

1- Associate Professor, Department of Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

2- MSc in Health Education, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran. (Corresponding Author)

Email: maryamhadavand912@gmail.com

3- Assistant Professor, Department of Internal Medicine, School of Medicine, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

4- Associate Professor, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.

5- Physical Education Expert, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran.