

بررسی تاثیر آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار بیماران دیابتی

مینو اسد زندی^۱، زهرا فارسی*^۲، سهیل نجفی مهری^۱، علی اکبر کریمی زارچی^۱

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن است که نیازمند مشارکت بیمار در فرایند درمان می باشد. پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. هدف از این مطالعه تعیین تاثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود بیماران مبتلا به دیابت بود.

روش ها: جمعیت مورد مطالعه بیماران دیابتی بستری در ۴ بیمارستان آموزشی تهران بودند که در یک مطالعه تجربی (کارآزمایی بالینی) در سال ۸۵-۱۳۸۴ مورد بررسی قرار گرفتند. ۶۴ بیمار به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. بعد از تعیین نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، مداخله آموزشی در گروه مورد صورت گرفت. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه محقق ساخته طی مصاحبه چهره به چهره و سازمان یافته با نمونه های منتخب در دو نوبت قبل از مداخله آموزشی و دو ماه بعد از آن جمع آوری گردید. در نهایت داده ها با استفاده از آمار توصیفی و شاخص های مرکزی، آزمون های آماری پارامتریک و غیرپارامتریک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: قبل از مداخله، آزمون تی تست مستقل تفاوت معنی داری را در متغیرهای دموگرافیک و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه نشان نداد ($P > 0/05$). ولی بعد از مداخله همان آزمون بجز در بعد موانع و منافع درک شده در سایر ابعاد، بین دو گروه تفاوت معنی داری را نشان داد ($P < 0/05$). آزمون های تی زوج شده و ویلکاکسون پس از مداخله افزایش معنی داری در میانگین و میانه نمرات آگاهی (از ۱۱/۷۸ به ۱۵/۵۳)، حساسیت درک شده (از ۲۷/۶۶ به ۳۰/۵۹)، شدت درک شده (از ۲۰/۶۲ به ۲۵/۸۷)، خود کارآمدی (از ۱۹/۱۶ به ۲۲/۲۵) و رفتارهای مراقبت از خود (از ۹۵/۳۷ به ۱۱۷/۵۶) در بیماران گروه مداخله نشان دادند ($P < 0/05$). ولی در گروه کنترل بجز در بعد آگاهی ($P < 0/05$) در سایر ابعاد تغییر معنی داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، ممکن است منجر به تغییر باورهای بهداشتی، افزایش آگاهی و به دنبال آن ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران دیابتیک گردد.

واژگان کلیدی: آموزش، آگاهی، دیابت، رفتارهای مراقبت از خود، مدل اعتقاد سلامت، نگرش

۱- دانشگاه علوم پزشکی بقیه... (عج)

۲- دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران

*نشانی: تهران، خیابان شهید باباخانو، کوچه هجرتی، پلاک ۷۴، واحد ۶، تلفن: ۰۲۱-۷۷۵۴۳۹۰۲؛ پست الکترونیک:

zahrafarsi@gmail.com

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن است و کنترل آن نیاز به تغییرات اساسی در سبک زندگی بیماران دارد. انتظار می‌رود بیماران ۹۵ درصد از کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند [۱]. طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت^۱، طی ۲۵ سال آینده تعداد افراد مبتلا به دیابت دو برابر خواهد شد. به طوری که از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید [۲]. در ایران بار بیماری دیابت^۲ در سال ۱۳۸۰ برابر با ۳۰۶۴۴۰ سال به دست آمده است [۳]. با افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سراسر جهان، میزان بودجه ای که این بیماری به خود اختصاص می‌دهد، هر سال رو به افزایش است. بدون پیشگیری اولیه اپیدمی دیابت به رشد خود ادامه خواهد داد و حتی بدتر از آن، پیش‌بینی می‌شود که طی ۲۵ سال آینده دیابت به علت اصلی ناتوانی و مرگ در جهان تبدیل شود [۲]. مشکلات ناشی از این بیماری دارای اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت زندگی است، یعنی با افزایش مشکلات ناشی از بیماری کیفیت زندگی نیز کاهش می‌یابد. هدف از درمان دیابت دستیابی به سطوح طبیعی گلوکز در خون بدون بروز هیپو گلیسمی و اختلال جدی در شیوه زندگی و فعالیت بیمار می‌باشد. اگرچه گروه مراقبت بهداشتی مسئول جهت دادن به برنامه درمانی است، ولی این خود بیمار است که روزانه با مشکلات مربوط به رژیم پیچیده درمانی مواجه است. به همین دلیل آموزش بیمار و خانواده اش یکی از اجزای اصلی درمان دیابت محسوب می‌شود [۴]. بیماران، انجام توصیه‌های مربوط به شیوه زندگی، مراجعه جهت غربالگری و مصرف داروها را دشوار می‌یابند و کسانی که مشکل بیشتری دارند، پیامد های بدتری هم دارند [۵]. با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و طولانی بودن فرایند آن، یکی از راهکارهای مهم در این بیماران جهت ارتقای کیفیت زندگی استفاده از مدل‌های آموزشی

پرستاری است [۶]. یکی از این مدل‌های بهداشتی، مدل اعتقاد سلامت (HBM)^۳ است که عملیاتی شده و در تحقیق و بالین مورد استفاده قرار گرفته است. این مدل یک مدل روانشناختی است که مبادرت به توضیح و پیشگویی رفتارهای بهداشتی با تمرکز بر نظرات و اعتقادات اشخاص نموده است [۷]. این الگو دارای ۶ جزء اصلی است که عبارتند از: تهدید درک شده (حساسیت درک شده و شدت درک شده)، منافع درک شده، موانع درک شده، راهنمای عمل، خود کفایی و سایر متغیرها (متغیرهای جمعیتی، روانی - اجتماعی و ساختاری) [۸]. بر اساس این مدل، احتمال اتخاذ رفتارهای بهداشتی هنگامی بیشتر است که افراد تمایل به سالم ماندن داشته باشند و معتقد باشند که چنین رفتارهایی سبب بهبود و ارتقای سطح سلامت آنها خواهد شد [۱]. آموزش بهداشتی از طریق دادن آگاهی به مردم و ایجاد نگرش‌ها و گرایش‌های بهداشتی در آنها، انگیزه‌های لازم را جهت تغییرات رفتاری به وجود می‌آورد. داشتن انگیزه برای شروع یک رفتار بهداشتی مهم است و به عنوان زیر بنای آن محسوب می‌شود [۹]. با توجه به مشکلات مذکور و لزوم اصلاح رفتارهای غلط در بیماران دیابتی هدف این مطالعه، تعیین تأثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی بیماران، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود آنان بود.

روش‌ها

در این پژوهش که به صورت کارآزمایی بالینی در سال ۸۵-۱۳۸۴ انجام شد، ۶۴ بیمار مبتلا به دیابت بستری در چهار بیمارستان آموزشی در تهران (بیمارستان‌های شریعتی، لقمان حکیم، خانواده و ۵۰۱ ارتش) به روش مبتنی بر هدف انتخاب شده و مورد بررسی قرار گرفتند. حجم نمونه با حدود اطمینان ۹۹ درصد، توان مطالعه ۹۰ درصد و با استفاده از فرمول $S^2 = (1/q_1 + 1/q_2) n$ $(z_{\alpha} + z_{\beta})^2 / E^2$ برای هر گروه ۳۲ نفر برآورد گردید. در

¹ World Health Organization

² Burden Diabetes Mellitus

³ Health Belief Model

جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روایی محتوا^۱ استفاده شد. بدین ترتیب که با استفاده از مقالات، متون و سایر منابع موجود و پرسشنامه های معتبر تدوین شده بر اساس این الگو در سایر تحقیقات ابتدا پرسشنامه ای تنظیم و سپس جهت تعیین روایی آن از ۱۵ نفر از اساتید صاحب نظر در این خصوص نظر خواهی شد. همچنین با افراد با تجربه در زمینه ابزار سازی و آشنا به الگوی باور بهداشتی مشاوره صورت گرفت. بعد از اعمال تغییرات پیشنهادی، جهت تأیید نهایی پرسشنامه به ۳ نفر از اساتید ارائه شده و آخرین ویرایش آن جهت جمع آوری اطلاعات مورد استفاده قرار گرفت. جهت تعیین پایایی^۲ از روش آزمون - آزمون مجدد^۳ استفاده شد. تغییر پاسخ های دو مرحله از طریق تی تست^۴ و آزمون ویلکاکسون^۵ تعیین گردید. نتایج نشان داد تفاوت مشاهده شده در پاسخ دهی به پرسشنامه ها در دو مرحله با فاصله دو هفته در هیچ یک از خرده آزمون ها در سطح $\alpha=0/05$ معنی دار نبوده و ضریب همبستگی بین نمرات دو مرحله آزمون در خرده آزمون ها بین $0/63$ تا $0/95$ متغیر بود. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه طی مصاحبه ساختار یافته چهره به چهره با نمونه های منتخب در دو مرحله قبل از مداخله آموزشی و ۲ ماه بعد از آن جمع آوری گردید. پرسشگران کارشناسان پرستاری آموزش دیده بودند که از قرار گرفتن بیماران در دو گروه مورد و شاهد اطلاع نداشتند. محتوای برنامه آموزشی بر اساس اطلاعات جمع آوری شده در پیش آزمون^۶ طرح و با توجه به نیازها در چارچوب مدل اعتقاد سلامت تهیه و اجرا گردید. در گروه شاهد هیچ نوع مداخله ای توسط پژوهشگر صورت نگرفت. لازم به ذکر است که هر دو گروه آزمون و شاهد از نمونه های بستری در بیمارستان بودند و کلیه بیماران تحت پوشش برنامه های آموزشی بیمارستان های مذکور قرار داشتند و مداخله توسط پژوهشگر فقط روی گروه آزمون صورت گرفت. نمونه هایی که نمره پیش آزمون

نهایت با در نظر گرفتن احتمال ۱۵٪ ریزش قابل قبول در هر گروه، تعداد ۷۱ نفر در کل مورد مطالعه قرار گرفتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: گروه سنی ۷۵-۳۰ سال، عدم دریافت آموزش به شکل رسمی در مورد دیابت، عدم وجود اختلالات شدید روانی، اختلالات یادگیری، حافظه، عقب ماندگی ذهنی و هر نوع اختلالی که مانع همکاری بیمار گردد و در روند آموزش تداخل ایجاد کند. پس از انتخاب نمونه هایی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، بیماران به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. با توضیح هدف پژوهش و کسب رضایت از آن ها جهت شرکت در تحقیق، اطلاعات گردآوری شده و در مورد گمنام بودن، حفظ اسرار و رعایت حریم بیماران اطمینان کافی به آنان داده شد. همچنین حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ بود. واحدهای مربوطه، مسئولین واحدها و بیماران در صورت تمایل می توانستند از نتایج پژوهش مطلع شوند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته مشتمل بر اطلاعات دموگرافیک، ابعاد مدل اعتقاد سلامت و رفتارهای مراقبت از خود بیماران در زمینه کنترل دیابت بود که بجز خرده آزمون مربوط به آگاهی بیماران که به صورت چهارگزینه ای طراحی شد، سایر قسمت ها بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم گردید. هر سوال دارای ۵ گزینه و نمره آن بین ۱ تا ۵ متغیر بود. اجزای پرسشنامه عبارت بودند از:

- ۱- سوالات مربوط به آگاهی در مورد دیابت، رژیم غذایی و ورزش (۱۶ سوال، مجموع نمرات ۱۶-۰)
 - ۲- شدت درک شده نسبت به بیماری و عوارض آن (۶ سوال، مجموع نمرات ۳۰-۶)
 - ۳- حساسیت درک شده (۸ سوال، مجموع نمرات ۴۰-۸)
 - ۴- منافع درک شده (۷ سوال، مجموع نمرات ۳۵-۷)
 - ۵- موانع درک شده (۱۲ سوال، مجموع نمرات ۶۰-۱۲)
 - ۶- خودکارآمدی بیمار (۵ سوال، مجموع نمرات ۲۵-۵)
- به منظور ارزیابی رفتارهای مراقبت از خود بیماران در زمینه کنترل دیابت، پرسشنامه ای مشتمل بر ۲۹ سؤال با مجموع نمرات ۱۴۵-۲۹ تنظیم شد.

¹ Content validity

² Reliability

³ Test- retest

⁴ T-test

⁵ Wilcoxon

⁶ Pre test

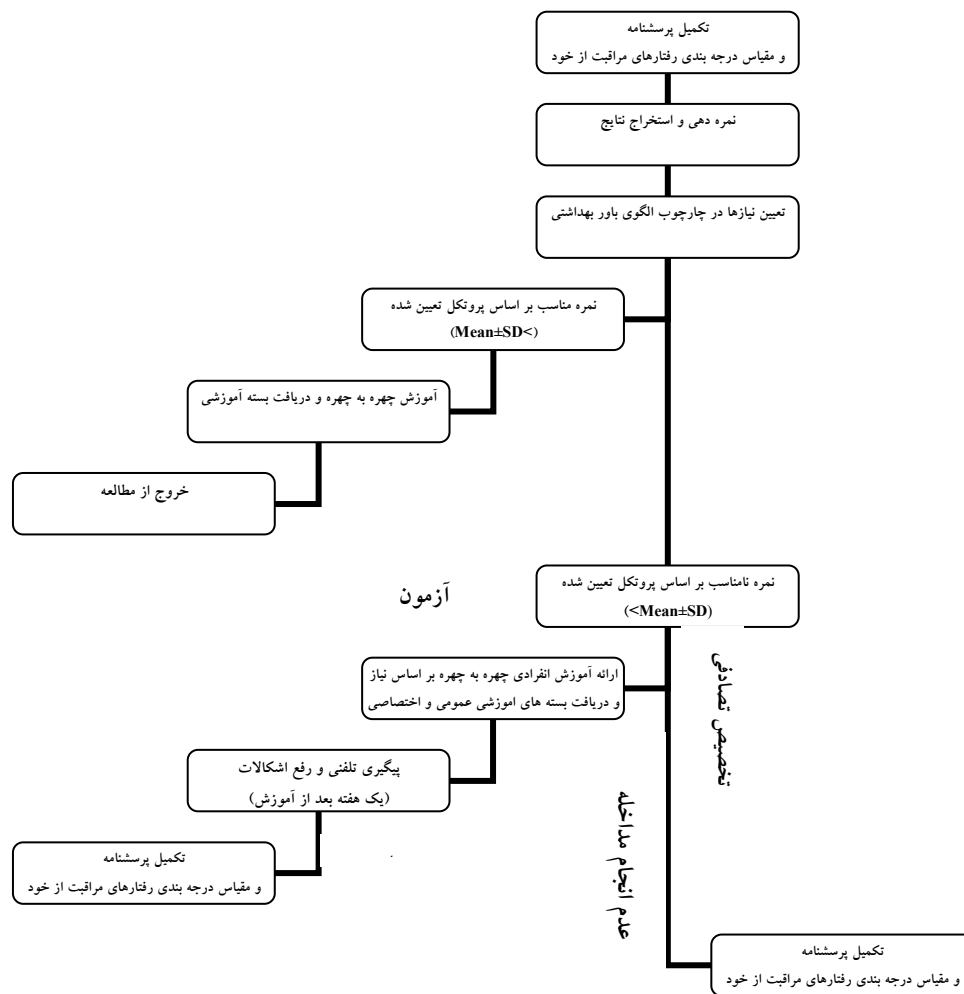
آن، علایم دیابت، عوامل خطر ساز، عوارض زودرس و دیررس، علایم و نحوه پیشگیری و کنترل آن، کنترل دیابت و پایش قند خون، مراقبت از پاها، کنترل فشار خون و وزن، راهنمای تغذیه و ورزش، درمان دارویی و ترک سیگار.

یک هفته بعد از آموزش پیگیری تلفنی در گروه مداخله صورت گرفته و سوالات و مشکلات احتمالی برطرف می شد. دو ماه پس از مداخله آموزشی مجددا پرسشنامه پس آزمون (post test) در دو گروه مورد و شاهد با مراجعه به منازل آنها تکمیل شد (نمودار ۱).

در نهایت اطلاعات توسط نرم افزار SPSS ویرایش ۱۲ با استفاده از آمار توصیفی و شاخص های مرکزی، آزمون های آماری پارامتریک و نان پارامتریک مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

آنها (کلیه خرده آزمون ها) از $Mean \pm SD$ بیشتر بود، از مطالعه خارج شدند. جهت رعایت اصول اخلاق در پژوهش قبل از خروج از مطالعه این نمونه ها مورد آموزش قرار گرفته و کتابچه آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت. سایر نمونه ها در گروه مداخله علاوه بر دریافت آموزش کلی و بسته آموزشی مربوط به دیابت، بر اساس نیاز آموزش می دیدند، بدین ترتیب که برنامه آموزشی بر خرده آزمونی که نمره آن کمتر از $Mean \pm SD$ بود متمرکز می شد و بیماران بسته آموزشی مربوط به آن خرده آزمون را نیز دریافت می کردند.

برنامه آموزشی توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه انفرادی چهره به چهره با میانگین ۲ ساعت برای هر فرد در گروه مداخله اجرا گردید. مهمترین عناوین این برنامه و بسته آموزشی عبارت بودند از: تعریف دیابت و انواع



نمودار ۱- فرایند آموزش بر اساس مدل اعتقاد سلامت

جدول ۱- مقایسه گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

گروه مداخله	گروه کنترل	
تعداد(%)	تعداد(%)	
۵۱/۹۱±۱۰/۸۵	۵۲/۰۳±۱۰/۱۵	سن †*
		جنس †
۱۸(۵۶/۳)	۲۳(۷۱/۹)	زن
۱۴(۴۳/۸)	۹(۲۸/۱)	مرد
		وضعیت تاهل †
۱(۳/۱)	۲(۶/۳)	مجرد
۲۵(۷۸/۱)	۲۸(۸۷/۵)	متاهل
۱(۳/۱)	۱(۳/۱)	مطلقه
۵(۱۵/۶)	۱(۳/۱)	بیوه
		سطح تحصیلات †
۸(۲۵/۰)	۴(۱۲/۵)	بی سواد
۸(۲۵/۰)	۱۴(۴۳/۸)	خواندن و نوشتن
۱۰(۳۱/۳)	۱۰(۳۱/۳)	زیر دیپلم
۴(۱۲/۵)	۲(۶/۳)	دیپلم
۲(۶/۳)	۲(۶/۳)	تحصیلات دانشگاهی
		وضعیت اشتغال †
۲(۶/۳)	۱(۳/۱)	کارمند
۵(۱۵/۶)	۳(۹/۴)	ازاد
۲(۶/۳)	۳(۹/۴)	بیکار
۵(۱۵/۶)	۴(۱۲/۵)	بازنشسته
۲(۶/۳)	۰(۰/۰)	نظامی
۱۶(۵۰/۰)	۲۱(۶۵/۶)	خانه دار
		درآمد ماهیانه †**
۵(۱۵/۶)	۸(۲۵/۰)	کمتر از ۱۰۰ هزار
۱۵(۴۶/۹)	۱۷(۵۳/۱)	۱۰۰-۲۰۰ هزار
۱۰(۳۱/۳)	۴(۱۲/۵)	۲۰۰-۳۰۰ هزار
۲(۶/۳)	۳(۹/۴)	بیشتر از ۳۰۰ هزار
۸/۳۱±۷/۶۸	۱۲/۵۶±۱۰/۳۵	مدت ابتلا به بیماری †*
		سابقه دیابت در بستگان درجه یک †
۲۴(۷۵/۰)	۲۷(۸۴/۴)	دارد
۸(۲۵/۰)	۵(۱۵/۶)	ندارد
		وجود عوارض بیماری †
۲۲(۶۸/۸)	۲۳(۷۱/۹)	دارد
۱۰(۳۱/۳)	۹(۲۸/۱)	ندارد
		روش کنترل دیابت †
۱(۳/۱)	۴(۱۲/۵)	فقط رژیم غذایی
۳۱(۹۶/۹)	۲۸(۸۷/۵)	دارو

† اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$). * میانگین \pm انحراف معیار (بر حسب سال). ** درآمد ماهیانه بر حسب

تومان

جدول ۲- مقایسه ابعاد مدل و رفتار های مراقبت از خود در گروه مداخله و کنترل قبل از آموزش

گروه کنترل		گروه مداخله		ابعاد مدل اعتقاد سلامت
میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۲۰/۵۹±۳/۵۳	۲۱/۵	۲۰/۶۳±۳/۳۳	۲۲	شدت درک شده †
۲۶/۷۵±۹/۷۸	۲۷/۵	۲۷/۶۶±۷/۱۰	۲۸	حساسیت درک شده †
۳۲/۹۴±۳/۱۰	۳۵	۳۳/۴۹±۲/۳۳	۳۵	منافع درک شده †
۲۴/۹۴±۱۲/۶۶	۲۱	۲۱/۰۶±۹/۴۳	۱۶/۵	موانع درک شده †
۱۹/۵۶±۴/۶۲	۲۰/۵	۱۹/۱۶±۴/۲۶	۲۰	خود کارآمدی †
۱۱/۵۹±۲/۶۴	۱۲	۱۱/۷۸±۲/۳۰	۱۲	آگاهی †
۱۰۰/۹۳±۱۸/۳۷	۱۰۴	۹۵/۳۷±۱۷/۵۹	۹۶/۵	رفتارهای مراقبت از خود †

† بر اساس آزمون Independent T test اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$).

جدول ۳- مقایسه ابعاد مدل و رفتار های مراقبت از خود در گروه مداخله و کنترل بعد از آموزش

گروه کنترل		گروه مداخله		ابعاد مدل اعتقاد سلامت
میانگین	میانه	میانگین	میانه	
۲۰/۰۳±۲/۶۴	۲۰/۵	۳۵/۸۸±۳/۰۰	۲۶	شدت درک شده *
۲۴/۸۱±۸/۵۰	۲۶	۳۰/۵۹±۷/۸۳	۳۱/۵	حساسیت درک شده *
۳۳/۸۴±۲/۰۶	۳۵	۳۳/۸۷±۱/۶۴	۳۵	منافع درک شده †
۲۲/۲۲±۱۰/۴۰	۲۱	۲۰/۰۹±۸/۲۴	۱۸/۵	موانع درک شده †
۲۰/۵۰±۴/۱۶	۲۱	۲۲/۲۵±۲/۶۳	۲۳	خود کارآمدی *
۱۲/۹۴±۲/۱۷	۱۳/۵	۱۵/۵۳±۰/۹۸	۱۶	آگاهی *
۱۰۴/۶۲±۱۵/۶۵	۱۰۶	۱۱۷/۵۶±۱۳/۰۷	۱۱۹/۵	رفتارهای مراقبت از خود *

* بر اساس آزمون Independent T test اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.05$). † بر اساس

آزمون Independent T test اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$).

یافته ها

دو گروه در مرحله پیش آزمون با استفاده از آزمون‌های آماری تی تست، کای دو و تست دقیق فیشر مورد مقایسه قرار گرفت که در این مرحله هیچ یک از متغیرها در دو گروه با هم اختلاف معنی داری نداشتند ($P > 0.05$). پس از آموزش آزمون تی زوج شده و ویلکاکسون در گروه مداخله افزایش معنی داری به ترتیب در میانگین و میانه نمره حساسیت درک شده ($P < 0.05$)، شدت درک شده ($P < 0.001$) و خود کفایی ($P < 0.001$) بیماران نشان داد. همچنین نمره کل سطح آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود بیماران به طور معنی داری افزایش یافت

بر اساس نتایج حاصله، فاصله سنی واحدهای پژوهش ۳۰-۷۶ سال با میانگین ۵۱،۹۷±۱۰،۴۲ بود. اکثریت واحدهای پژوهش (۸۲ درصد) متأهل، خانه دار (۵۷،۸ درصد) و زن (۶۴ درصد) بودند. سطح تحصیلات ۳۴/۴ درصد بیماران در حد خواندن و نوشتن بود. ۷۹/۷ درصد آنان سابقه دیابت در خانواده را ذکر کرده و ۷۰/۳ درصد مبتلا به عوارض دیابت بودند. در جداول ۱ و ۲ برخی از فاکتورهای جمعیتی بیماران و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در

بود. علاوه بر آن فاصله تکمیل پیش آزمون و پس آزمون در این مطالعه دو ماه و در مطالعه آقاملائی چهار ماه بوده است. به نظر می رسد جهت ایجاد تغییر معنی دار در بعد منافع و موانع درک شده نیاز به زمان بیشتری است و برای رسیدن به حالت مطلوب یعنی انجام کامل رفتارهای توصیه شده در برنامه آموزشی، هنوز فاصله زیادی وجود دارد [۱]. مهمترین موانع تغییر رفتار در این بیماران مربوط به رعایت رژیم غذایی و انجام فعالیت های ورزشی بود که قابل مقایسه با نتایج سایر مطالعات مشابه است [۱۱ و ۱۲]. از جمله محدودیت های این پژوهش با توجه به تعدد مراکز نمونه گیری، عدم مراجعه برخی بیماران جهت تکمیل پرسشنامه پس آزمون بود که می توانست با افزایش درصد ریزش منجر به تهدید روایی داخلی مطالعه گردد، در نتیجه جهت کنترل این تهدید از روش ویزیت در منزل جهت تکمیل پرسشنامه دوم استفاده گردید و مرحله پیگیری که در طرح پیشنهادی در نظر گرفته شده بود، با نظر اساتید صاحب نظر در خصوص این مدل حذف گردید تا از افزایش درصد ریزش جلوگیری گردد. در نهایت به جای تکمیل پرسشنامه در سه مرحله پیش آزمون، آزمون پیگیری^۱ و پس آزمون، این پژوهش در دو مرحله انجام شد. به عقیده برخی پژوهشگران داشتن اطلاعات و آگاهی به تنهایی برای انجام مرتب رفتارهای مراقبت از خود کافی نیست، بلکه طرز تفکر و نگرش درباره یک بیماری عامل مهمی در انجام دادن یا ندادن یک اقدام پیشگیرانه محسوب می شود، همچنین نگرش و تفکرات است که رفتار و عمل را می سازد [۹]. از این رو با توجه به نتایج این مطالعه پیشنهاد می شود عواملی که سبب تغییر نگرش می شود باید تقویت گردد؛ از جمله این که مراقبین بهداشتی و کادر درمانی باید راهبرد هایی را در جهت بهبود و تقویت نگرش نسبت به انجام رفتارهای مراقبت از خود در بیماران تدوین نمایند. به نظر می رسد استفاده از مدل اعتقاد سلامت به منظور پیش بینی و تغییر رفتارهای مراقبت از خود در بیماران دیابتی مفید باشد [۱۳]. لذا پیشنهاد می شود جهت افزایش رفتارهای مراقبت از خود

($P < 0.001$). ولی در سایر ابعاد مدل (موانع و منافع درک شده) تفاوت ناچیزی ایجاد شد که بر اساس آزمون های فوق از نظر آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$). همچنین این آزمون ها در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله بجز در بعد آگاهی بیماران ($P < 0.01$) در سایر ابعاد تفاوت معنی داری را نشان ندادند ($P > 0.05$). دو گروه بعد از مداخله در ابعاد آگاهی، شدت و حساسیت درک شده، خودکفایی و نمره کل رفتارهای مراقبت از خود بر اساس آزمون تی تست مستقل تفاوت معنی داری داشتند ولی در بعد منافع و موانع درک شده اختلاف معنی داری بین دو گروه دیده نشد که در جدول ۳ مورد مقایسه قرار گرفته اند.

بحث

نتایج نشان داد که آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت منجر به افزایش رفتارهای مراقبت از خود در بیماران می گردد که با نتایج مطالعه آقاملائی که به بررسی کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران دیابتیک پرداخته بود هماهنگ است [۱]. همچنین نتایج حاکی از افزایش معنی داری در میانگین نمرات آگاهی، شدت و حساسیت درک شده و خودکفایی بیماران بود که در این ابعاد نیز این پژوهش با مطالعه آقاملائی مطابقت دارد [۱]. ولی در بعد موانع و منافع درک شده نمرات بیماران تغییر مختصری را نشان داد که از نظر آماری این تغییرات معنی دار نبود و با نتایج سایر مطالعات متفاوت است. به طوری که آقاملائی در مطالعه خود در بعد منافع درک شده، افزایش معنی دار و در بعد موانع درک شده کاهش معنی داری را گزارش نمود [۱]. Koch نیز در مطالعه ای که به بررسی نقش ورزش در بین زنان آمریکایی آفریقایی تبار با مشکل دیابت ملیتوس نوع ۲ با کاربرد مدل اعتقاد سلامت پرداخت تفاوت چشمگیری بین افرادی که ورزشکار بودند با آنهایی که نبودند در منافع و منابع درک شده مشاهده نمود [۱۰]. علت تفاوت در نتایج این است که در این پژوهش قبل از آموزش، نگرش افراد در مورد منافع درک شده بسیار بالا و در مورد موانع درک شده بسیار پایین بود و تغییر ایجاد شده در اثر آموزش ناچیز

¹ follow test

سپاسگزاری

این پژوهش با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا... انجام شده است که نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را اعلام می دارند.

در بیماران دیابتی از این مدل استفاده شود و مداخلات چند مرحله ای و طولانی مدت جهت تغییر سبک زندگی بیماران طرح ریزی گردد.

مآخذ

۱. آقاملایی، تیمور؛ افتخار، حسن؛ محمد، کاظم. کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران دیابتی. فصلنامه پایش ۱۳۸۴؛ سال چهارم (شماره چهارم): ۲۶۳-۲۶۹.
2. A rising global burden, www.who.int/diabetes/BOOKLET-HTML/en/, Diabetes Action Now Booklet, Access in 2006-08-14.
۳. ابوالحسنی، فرید؛ مهاجری تهرانی، محمدرضا؛ طباطبایی ملاذی، عذرا؛ لاریجانی، باقر. بار دیابت و عوارض آن بر اساس مطالعات اخیر در ایران. مجله دیابت و لیپید ایران پاییز ۱۳۸۴؛ ۵ (۱): ۳۵-۴۸.
۴. برونر و سودارت. کبد و مجاری صفراوی، دیابت شیرین و غدد درون ریز. ترجمه امین مرادی و صدیقه سالمی. چاپ اول، تهران: نشر سالمی؛ ۱۳۸۱.
5. Marshall SM, Flybjerg A. Prevention and early detection of vascular complications of diabetes. *BMJ* 2006; 333: 475-80.
۶. قنبری، عاطفه؛ پارسا یکتا، زهره؛ فقیه زاده، سقراط؛ هاشمی، سید مهدی سادات. کاربرد مدل مراقبت از خود در تعیین عوامل موثر بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین با استفاده از تحلیل مسیری. دو ماهنامه علمی- پژوهشی دانشور پزشکی تیر ۱۳۸۳؛ سال یازدهم (شماره ۵۱): ۶۵-۷۴.
7. "Change Theories Health Belief Model (Detailed)", the communication initiative. Last updated July 29 2003. www.pubmed.com.
۸. رخشانی، فاطمه. کاربرد الگوی اعتقاد بهداشتی در پیشگیری و کنترل بیماری مالاریا در شهرستان سراوان. پایان نامه دکتری. تهران. دانشگاه تربیت مدرس؛ سال ۱۳۷۵.
۹. هادیزاده طلاساز، فاطمه؛ لطیف نژاد، رباب. تاثیر یک طرح آموزشی بر میزان نگرش دانشجویان دختر در انجام خوددزمایی پستان با استفاده از الگوی باور بهداشتی. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند ۱۳۸۴؛ دوره ۱۲ (شماره ۱ و ۲): ۲۵-۳۰.
10. Koch J. The role of exercise in the African - American women with type II diabetes mellitus: application of health belief model. *J Am Acad Nurse Pract* 2002; 14: 126-9.
11. Robin W. Strategies to facilitate lifestyle change associated with diabetes mellitus. *J of Nursing Scholarship* 2000; 32: 225-28.
12. Kamel MN, Badawy YA, Merdan LA. Diabetic's knowledge of the disease and their management behavior. *Eastern Mediterranean Health J* 1999; 5: 974-83.
13. Becker MH, Jans NK. The health belief model applied to understanding diabetes regimen compliance. *Diabetes Educator* 1975; 8: 41-47.