

وضعیت رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع ۲ در افراد در معرض خطر: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

سیدسعید مظلومی محمودآباد^۱، اقدس حاجی زاده^۱، محمدرضا اعلائی^۲، مهدی میرزایی علویجه^{۳*}، علی محمد افخمی^۴، مجتبی فتاحی^۱

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیکی و شایع‌ترین بیماری آندوکراین است. توسعه رفتارهای مثبت بهداشتی جهت پیشگیری در افراد در معرض خطر اهمیت فوق العاده‌ای دارد. هدف از مطالعه حاضر تعیین وضعیت رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع ۲ در افراد در معرض خطر شهر اردکان بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی بود.

روش‌ها: این مطالعه مقطعی در میان ۱۱۱ نفر مرد و زن بالای ۳۰ سال و در معرض خطر دیابت نوع ۲ شهر اردکان که از طریق برنامه غربالگری، توسط چهار مرکز بهداشتی و درمانی شناسایی و به روش تصادفی انتخاب شدند، انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه استاندارد ۶۸ سوالی مبتنی بر سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: ۶ سوال دموگرافیک، ۱۱ سوال آگاهی (محدوده نمره ۰-۱۱)، ۸ سوال حساسیت درک شده (محدوده نمره ۰-۳۲)، ۴ سوال شدت درک شده (محدوده نمره ۰-۱۶)، ۷ سوال منافع درک شده (محدوده نمره ۰-۲۸)، ۱۱ سوال موانع درک شده (محدوده نمره ۰-۴۴)، ۱۲ سوال خودکارآمدی (محدوده نمره ۰-۴۸)، ۳ سوال راهنما برای عمل (محدوده نمره ۰-۳) و ۶ سوال رفتارهای پیشگیری کننده (محدوده نمره ۰-۱۸) بود که به روش خودگزارش‌دهی تکمیل گردیدند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و پیرایش ۱۸ و آزمون‌های آماری تی تست مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و آنالیز رگرسیون خطی در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان در این مطالعه $38/77 \pm 4/54$ سال، ۴۴/۱ درصد مرد و ۵۵/۹ درصد زن، ۹۳/۷ درصد متأهل، ۶/۳ درصد مجرد و تنها ۱۸/۹ درصد دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. میانگین نمره آگاهی $6/25 \pm 2/21$ ، حساسیت $25/27 \pm 2/59$ ، شدت $12/31 \pm 1/95$ ، منافع $23/57 \pm 2/82$ ، موانع $23/38 \pm 4/78$ ، خودکارآمدی $38/03 \pm 6/11$ ، راهنما برای عمل $2/16 \pm 4/08$ و رفتارهای پیشگیری کننده $8/86 \pm 0/85$ بود. افراد متأهل نسبت به مجردها از منافع درک شده ($P=0/008$) و خودکارآمدی ($P=0/038$) بالاتری برخوردار بودند. در قسمت رفتارهای پیشگیری کننده بیشترین و کم‌ترین نمره کسب شده به ترتیب مربوط به رفتار پیروی از رژیم غذایی سالم ($2/26 \pm 1/41$) و اندازه گیری ماهانه فشار خون ($0/48 \pm 0/05$) بود. همبستگی معکوس و معناداری میان درک موانع و میزان خودکارآمدی ($r=-0/349^{**}$, $P<0/001$)، راهنما برای عمل ($r=-0/412^{**}$, $p<0/001$) و رفتارهای پیشگیری کننده ($r=-0/372^{**}$, $p<0/001$) وجود داشت. همچنین آزمون رگرسیون نشان داد منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی هرکدام به ترتیب ۲۲، ۲۵ و ۲۱ درصد از واریانس رفتار را پیشگویی کردند.

نتیجه‌گیری: میانگین نمره کسب شده از سازه‌های مختلف مدل نشان داد که شرکت کنندگان از نظر آگاهی و اعتقادات در خصوص رفتارهای پیشگیری کننده در سطح متوسطی قرار داشتند که در نتیجه آن انجام رفتارهای پیشگیری کننده نیز در حد متوسطی قرار داشت. به نظر می‌رسد با تاکید بر آموزش مبتنی بر سازه‌های مدل بتوان میزان انجام رفتارهای پیشگیری کننده را ارتقاء داد.

واژگان کلیدی: پیشگیری، دیابت نوع ۲، مدل اعتقاد بهداشتی.

۱- گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۲- مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

۳- گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۴- معاونت فرهنگی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

* **نشانی:** تهران، تقاطع بزرگراه جلال آل احمد و چمران، دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده پزشکی، صندوق پستی: ۳۳۱-۱۴۱۱۵، تلفن: ۸۲۸۸۲۵۹۰-۸۲۸۸۲۵۸۵-۰۲۱، نمابر: ۸۲۸۸۴۵۵۵-۰۲۱، پست الکترونیک: mehdimirzaiea@yahoo.com

مقدمه

معرض خطر، از طریق افزایش آگاهی و درک نسبت به عوامل مساعد کننده، عوارض و سیر بیماری در این افراد می‌داند [۱]. مطالعات اخیر نیز نشان دادند که افراد در معرض خطر می‌توانند با تغییر در سبک زندگی از ابتلاء به دیابت پیشگیری و یا حداقل آن را به تاخیر اندازند [۱۲]. بنابراین داشتن اطلاعاتی در مورد اعتقادات و آگاهی‌های افراد در معرض خطر به منظور توسعه راهبردهای پیشگیری کننده ضروری است. با توجه به مطالب ذکر شده، برای تبیین و توضیح وضعیت رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع دو در افراد در معرض خطر از مدل اعتقاد بهداشتی استفاده شد. در این خصوص باید گفت این مدل یکی از نظریه‌های تحلیل رفتار می‌باشد که در مطالعات متعدد و در زمینه‌های مختلف رفتارهای پیشگیری کننده از جمله دیابت نوع دو به کار رفته است [۱۴، ۱۳، ۴]. این مدل بر این نکته تأکید دارد که چگونه ادراک و باورهای فردی در زمینه ترس از مشکل بهداشتی و ارزیابی منافع و موانع رفتار پیشگیری کننده سبب اتخاذ رفتار می‌شود [۱۵]. بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی، برای اتخاذ عملکردهای پیشگیری کننده، افراد باید نخست در برابر مسأله احساس خطر نمایند (حساسیت درک شده)، سپس عمق این خطر و جدی بودن آن را درک کند (شدت درک شده) و در صورت ارزیابی مثبت منافع رفتار پیشگیری کننده، و نبود موانع جدی نسبت به اتخاذ رفتار پیشگیری کننده، اقدام خواهند کرد [۱۶]. این مطالعه نیز با هدف تعیین وضعیت رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت نوع دو در افراد در معرض خطر شهر اردکان با استفاده از چهارچوب مدل اعتقاد بهداشتی انجام گردید.

روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی و به روش مقطعی بود، که در میان ۱۱۱ نفر مرد و زن بالای سی سال و در معرض خطر دیابت نوع دو شهر اردکان که از طریق برنامه غربالگری، توسط چهار مرکز بهداشتی و درمانی به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند، انجام گرفت. برای دسترسی به افراد نمونه، با مراجعه به فرم‌های مخصوص طرح غربالگری دیابت موجود در مراکز

دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسمی و به گفته برخی، شایع‌ترین بیماری اندوکرین است [۱]. اهمیت این عارضه چه از نظر درمانی و چه از نظر از کارافتادگی بسیار بالا و یکی از عمده‌ترین مسائل بهداشتی درمانی انسان‌ها است [۱، ۲]. بر طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ تعداد ۳۴۶ میلیون نفر بیمار دیابتی در جهان وجود داشته که در صورت عدم مداخله این تعداد در سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد شد. تخمین زده شده که در سال ۲۰۰۴ تعداد ۳/۴ میلیون نفر به علت دیابت جان خود را از دست داده‌اند که ۸۰ درصد آن در کشورهایی با وضعیت اقتصادی متوسط و ضعیف بوده است. ۵۰ درصد علت کل این مرگ‌ها بیماری‌های قلبی و سکتة قلبی و ۱۰ تا ۲۰ درصد به علت مشکلات کلیوی بوده است. ۲ درصد از مبتلایان به دیابت پس از ۱۵ سال نایبنا و در حدود ۱۰ درصد به نقص بینایی و ۵۰ درصد به نوروپاتی مبتلا می‌شوند و در کل خطر مرگ برای افراد دیابتی دو برابر افراد غیر دیابتی است [۳]. از این بین ۱۰ تا ۱۵ درصد دارای دیابت نوع یک و ۸۵ تا ۹۰ درصد دارای دیابت نوع دو هستند [۴-۶]. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۱ میزان شیوع دیابت در جمعیت بالغین ایران برابر با ۱۰/۳ درصد بوده که در مردان ۱۰ درصد و در زنان ۱۰/۴ درصد اعلام شده است [۳]. شیوع دیابت در افراد بالای ۳۰ سال ایران بیش از ۱۴ درصد گزارش شده است [۷]، و در جمعیت بالای ۳۰ سال استان یزد، ۱۴/۵۲ درصد اعلام شده که بیشترین شیوع مربوط به شهرستان یزد با ۱۵/۷ درصد بوده است [۸]. عوامل عمده ایجاد دیابت نوع دو استعداد ژنتیکی و عوامل خطر رفتاری و محیطی است [۹]. با وجودی که علت عمده بیماری را ژنتیک می‌دانند، اما شواهد بسیار قوی وجود دارد که نشان می‌دهد عوامل خطر قابل تغییر مانند چاقی و عدم فعالیت بدنی از تعیین کننده‌های عمده غیرژنتیکی این بیماری هستند [۱۰، ۱۱]. با توجه به روند روبه رشد این بیماری در دنیا سازمان بهداشت جهانی آن را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده و یکی از راه‌های مهم و اصلی مبارزه با آن را پیشگیری از بروز در افراد در

قسمت پرسشنامه شامل حساسیت، شدت، منافع، موانع درک شده و خودکارآمدی، پاسخ‌ها به سبک طیف لیکرت با مقیاس پاسخ دهی چهار امتیازی از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم تنظیم شده بود که هر گویه دارای امتیازی بین ۱ تا ۴ بود. لازم به ذکر است شرکت کنندگان در مطالعه در زمینه چگونگی انجام، محرمانه بودن و هدف از انجام مطالعه توجیه و تمامی آنان با رضایت وارد مطالعه شدند. اطلاعات به روش خودگزارش دهی توسط شرکت کنندگان جمع آوری گردید سپس با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۸ با به کارگیری آزمون‌هایی نظیر ضریب همبستگی پیرسون، آنالیز رگرسیون خطی، آنالیز واریانس یک طرفه، تی تست مستقل و آمار توصیفی در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت کنندگان در این مطالعه $38/77 \pm 4/54$ سال بود. ۴۴/۱ درصد مرد و ۵۵/۹ درصد زن بودند. جدول ۱ خصوصیات دموگرافیک افراد مورد مطالعه را نشان می‌دهد. میانگین نمره آگاهی شرکت کنندگان در مطالعه $6/25 \pm 2/21$ بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی را نشان می‌دهد. افراد متأهل از منافع درک شده بالاتری برخوردار بودند ($P=0/008$)، به علاوه این افراد از درک خودکارآمدی بالاتری نسبت به افراد مجرد برخوردار بودند ($P=0/038$). در قسمت رفتارهای پیشگیری کننده بیشترین نمره کسب شده مربوط به رفتار پیروی از رژیم غذایی سالم ($2/26 \pm 1/41$) و کم‌ترین نمره کسب شده مربوط به رفتار اندازه گیری ماهانه فشار خون ($0/48 \pm 0/5$) بود. جدول ۳ میانگین نمره رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت نوع دو را نمایش می‌دهد. همبستگی معکوس و معناداری میان درک موانع و میزان خودکارآمدی ($r=-0/349^{**}$ ، $P<0/001$)، راهنما برای عمل ($r=0/412^{**}$ ، $P<0/001$)، و رفتارهای پیشگیری کننده ($r=0/372^{**}$ ، $P<0/001$) وجود داشت. جدول ۴ همبستگی میان سازه‌های مختلف مدل را نمایش می‌دهد. همچنین آزمون رگرسیون نشان داد خودکارآمدی ۲۱ درصد از واریانس رفتار را پیشگویی کند (جدول ۵).

بهداشتی، لیستی از اسامی افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند، تهیه و با استفاده از جدول اعداد تصادفی تعداد نمونه مورد نظر انتخاب و با استفاده از شماره تلفن و آدرس محل سکونت این افراد، تعدادی از طریق تماس تلفنی و تعدادی نیز از طریق ارسال دعوت نامه با همکاری رابطین بهداشتی به مطالعه دعوت شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ۱- سن مساوی یا بالاتر از ۳۰ سال، ۲- فامیل درجه یک افراد دارای دیابت نوع دو (پدر، مادر، برادر یا خواهر)، ۳- نمایه توده بدنی مساوی یا بالاتر از سی، ۴- ساکن دائم شهر اردکان بودن و ۵- تمایل به ورود در مطالعه بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل مواردی که پرسشنامه‌ها را ناقص تکمیل کرده بودند و کسانی که تمایل به شرکت در مطالعه را نداشتند بود. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه ۶۸ سوالی استاندارد تهیه شده توسط مظلومی و همکاران بود [۴] که در دو بخش: اطلاعات دموگرافیک با شش سوال که اطلاعات شرکت کنندگان در خصوص، سن، میزان تحصیلات (بیسوادزیر دیپلم- دیپلم- دانشگاهی)، وضعیت تاهل (مجرد، متأهل)، وزن و قد را مورد ارزیابی قرار می‌داد و سوالات و گویه‌های مربوط به سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی شامل: آگاهی با یازده سوال (محدوده نمره ۰-۱۱)، حساسیت درک شده با هشت گویه (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و محدوده نمره ۸-۳۲)، شدت درک شده با چهار سوال (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۲ و محدوده نمره ۴-۱۶)، منافع درک شده با هفت سوال (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ و محدوده نمره ۷-۲۸)، موانع درک شده با یازده سوال (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و محدوده نمره ۴-۴۴)، خودکارآمدی با دوازده سوال (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و محدوده نمره ۱۲-۴۸)، راهنما برای عمل با سه سوال (محدوده نمره ۰-۳) و شش سوال مربوط به رفتارهای پیشگیری کننده با محدوده نمره ۰-۱۸، که این رفتارها شامل، انجام فعالیت بدنی منظم (حداقل سی دقیقه با شدت متوسط مانند پیاده روی یا دوچرخه سواری و حداقل سه بار در هفته)، مصرف مواد غذایی کم چرب، مصرف میوه و سبزیجات، پیروی از رژیم غذایی مناسب، اندازه گیری وزن و فشار خون (هر ماه) بود. در پنج

جدول ۱- ویژگی‌های دموگرافیک افراد مورد مطالعه

| متغیرهای دموگرافیک | تعداد | درصد |
|--------------------|-------|------|
| سن* | ۳۸/۷۷ | ۴/۵۴ |
| نمایه توده بدنی* | ۲۷/۷۰ | ۴/۸۲ |
| جنس | | |
| مرد | ۴۹ | ۴۴/۱ |
| زن | ۶۲ | ۵۵/۹ |
| متاهل | ۱۰۴ | ۹۳/۷ |
| مجرد | ۷ | ۶/۳ |
| تحصیلات | | |
| زیر دیپلم | ۴۷ | ۴۲/۳ |
| دیپلم | ۴۳ | ۳۸/۷ |
| دانشگاهی | ۲۱ | ۱۸/۹ |

مطالعه مشاهده‌ای، آمار توصیفی، حجم نمونه ۱۱۱ نفر

* سن و نمایه توده بدنی به صورت میانگین و انحراف معیار بیان شده‌اند

جدول ۲- میانگین نمره سازه‌های مدل

| سازه‌ها | میانگین | انحراف معیار | دامنه نمره قابل اکتساب |
|------------------------|---------|--------------|------------------------|
| آگاهی | ۶/۲۵ | ۲/۲۱ | ۰-۱۱ |
| حساسیت درک شده | ۲۵/۲۷ | ۲/۵۹ | ۸-۳۲ |
| شدت درک شده | ۱۲/۳۱ | ۱/۹۵ | ۴-۱۶ |
| منافع درک شده | ۲۳/۵۷ | ۲/۸۲ | ۷-۲۸ |
| موانع درک شده | ۲۳/۳۸ | ۴/۷۸ | ۱۱-۴۴ |
| خودکار آمدی | ۳۸/۰۳ | ۶/۱۱ | ۱۲-۴۸ |
| راهنما برای عمل | ۲/۱۶ | ۴/۰۸ | ۰-۴ |
| رفتارهای پیشگیری کننده | ۸/۸۶ | ۰/۸۵ | ۰-۱۸ |

مطالعه مشاهده‌ای، آمار توصیفی، حجم نمونه ۱۱۱ نفر

جدول ۳- میانگین رفتارهای پیشگیری کننده

| رفتارهای پیشگیری کننده | میانگین | انحراف معیار | دامنه نمره |
|-----------------------------|---------|--------------|------------|
| فعالیت بدنی منظم | ۱/۸۵ | ۱/۴۶ | ۰-۴ |
| مصرف میوه و سبزیجات | ۱/۹۲ | ۱/۵۴ | ۰-۴ |
| مصرف مواد غذایی کم چرب | ۱/۶۴ | ۱/۲۰ | ۰-۴ |
| پیروی از رژیم غذایی سالم | ۲/۲۶ | ۱/۴۱ | ۰-۴ |
| اندازه گیری ماهانه وزن | ۰/۶۹ | ۰/۴۶ | ۰-۱ |
| اندازه گیری ماهانه فشار خون | ۰/۴۸ | ۰/۵۰ | ۰-۱ |

مطالعه مشاهده‌ای، آمار توصیفی، حجم نمونه ۱۱۱ نفر

جدول ۴- ماتریکس همبستگی بین سازه‌های مدل

| J | h | g | f | e | d | c | b | a | سازه‌های مدل |
|---|-------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|---------------------------|
| | | | | | | | | ۱ | a- آگاهی |
| | | | | | | | ۱ | ۰/۳۵۴** | b- حساسیت درک شده |
| | | | | | | ۱ | ۰/۲۰۱* | ۰/۰۵۳ | c- شدت درک شده |
| | | | | | ۱ | ۰/۳۱۹** | ۰/۳۹۶** | ۰/۲۴۲* | d- منافع درک شده |
| | | | | ۱ | -۰/۱۶۳ | ۰/۱۸۱ | -۰/۴۶۴** | -۰/۲* | e- موانع درک شده |
| | | | ۱ | -۰/۳۴۹** | ۰/۳۴۸** | ۰/۰۱۶ | ۰/۲۶۲** | ۰/۰۴۶ | f- خودکارآمدی درک شده |
| | | ۱ | ۰/۳۱۲** | -۰/۴۱۲** | ۰/۲۸۹** | ۰/۰۰۸ | ۰/۳۷۴** | ۰/۲۴۹** | g- راهنما برای عمل |
| | ۱ | ۰/۲۶۳** | ۰/۲۷۴** | -۰/۳۷۲** | ۰/۰۲۹ | ۰/۰۶۷ | ۰/۲۰۱* | ۰/۱۶۰ | h- رفتارهای پیشگیری کننده |
| ۱ | ۰/۰۴۷ | -۰/۰۶۹ | -۰/۱۳۷ | ۰/۱۶۶ | -۰/۰۱۷ | ۰/۰۴۹ | -۰/۱۱۰ | ۰/۰۲۷ | J- نمایه توده بدنی |

* معناداری در سطح ۰/۰۱

** معناداری در سطح ۰/۰۵

مطالعه مشاهده‌ای، تست آماری همبستگی پیرسون، حجم نمونه ۱۱۱ نفر

جدول ۵- پیشگویی کننده‌های رفتارهای پیشگیری کننده دیابت نوع ۲ در افراد در معرض خطر

| متغیرهای مستقل | B | SE | Beta | t | R ² | P-value | متغیر وابسته |
|----------------|--------|-------|--------|--------|----------------|---------|------------------------|
| منافع درک شده | -۰/۳۵۵ | ۰/۱۵۵ | -۰/۲۴۳ | -۲/۲۹۸ | | ۰/۰۲۴ | |
| موانع درک شده | -۰/۲۵۶ | ۰/۱ | -۰/۲۸۵ | -۲/۵۵ | ۰/۲۳۱ | ۰/۰۱۲ | رفتارهای پیشگیری کننده |
| خودکارآمدی | ۰/۱۴۳ | ۰/۰۶۸ | ۰/۲۱۳ | ۲/۱۰۳ | | ۰/۰۳۸ | |

مطالعه مشاهده‌ای، تست آماری رگرسیون خطی، حجم نمونه ۱۱۱ نفر

بحث

گردیده که این نتایج با نتایج حاصل از مطالعه مظلومی و همکاران [۴] که در شهر تفت صورت گرفته است مشابهت دارد، که این خود حاکی از کمبود اطلاعات و منابع اطلاعاتی افراد در معرض خطر این بیماری می‌باشد. در مطالعه حاضر میزان نمره کسب شده در هریک از سازه‌های مدل و رفتارهای پیشگیری کننده تا حدی بالاتر از مطالعه انجام شده توسط Mazloomi و همکاران [۴] بوده که به نظر می‌رسد به علت بالاتر بودن میزان سطح تحصیلات افراد این مطالعه باشد. در این مطالعه با افزایش میزان موانع درک شده به طور معناداری انجام رفتارهای پیشگیری کننده کاهش پیدا کرد، به این معنا که هر چه افراد موانع بیشتری را در مقابل خود برای انجام رفتارهای پیشگیری کننده درک می‌کردند به میزان کمتری از خود رفتارهای پیشگیری کننده را نشان می‌دادند، که این نتیجه در مطالعات دیگر هم مورد تایید قرار گرفته است [۴، ۱۷، ۱۸]. همچنین نتایج حاصل از مطالعه حاضر در بخش آگاهی با

نتایج این مطالعه که در میان ۱۱۱ نفر مرد و زن بالای سی سال و در معرض خطر دیابت نوع دو شهر اردکان انجام شد نشان داد که آگاهی و عوامل راهنما کننده در افراد در معرض خطر دیابت نوع دو در سطح قابل قبولی قرار نداشته که این ضعف آگاهی باعث کاهش اعتقادات آن‌ها در زمینه درک حساسیت مسئله و در پی آن درک شدت حاصل از عوارض بیماری شده و از طرفی ضعیف بودن درک منافع حاصل از انجام رفتارهای پیشگیری کننده از بیماری و بعلاوه بالا بودن میزان موانع درک شده موجود برای انجام رفتارها مدنظر پیشگیری کننده، خود باعث کاهش درک افراد از خودکارآمدی خود نسبت به انجام رفتارهای پیشگیرانه شده که در نهایت این ضعف در مبانی شناختی فرد باعث کاهش انجام رفتارهای پیشگیری کننده در خصوص جلوگیری یا به تاخیر انداختن بروز بیماری

همچنین می‌توان به حجم نمونه کم نیز اشاره نمود، که در این خصوص نیز پیشنهاد می‌گردد در جوامع دیگر با حجم نمونه بیشتر مطالعاتی مشابه صورت پذیرد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد میانگین امتیاز کسب شده از سازه‌های مورد بررسی مدل اعتقاد بهداشتی شامل آگاهی، حساسیت، شدت، منافع و موانع درک شده و راهنماها برای عمل در حد متوسطی بود که در نهایت منجر به انجام متوسط رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت نوع دو در افراد در معرض خطر این بیماری شده است. در این زمینه پیشنهاد می‌شود از اطلاعات به دست آمده از این مطالعه برای تهیه برنامه‌های آموزشی مطالعات آینده که اعتقادات، نگرش‌ها و رفتارها این گروه از افراد را مورد توجه قرار می‌دهند، استفاده شود تا در نهایت باعث ارتقای پیشگیری از دیابت نوع ۲ گردد.

سپاسگزاری

بدین‌وسیله از کارکنان محترم مراکز بهداشتی درمانی شماره‌های (۱، ۲، ۳، ۴) شهر اردکان و جناب آقای دکتر برزگر پزشک محترم مرکز دیابت شهر اردکان، همچنین شرکت کنندگان در این مطالعه که ما را در انجام این تحقیق یاری کردند و از حمایت علمی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد نهایت قدردانی و تشکر را به عمل می‌آوریم. لازم به ذکر است منبع مالی تامین این تحقیق، محققان مقاله حاضر بوده‌اند.

نتایج حاصل از دیگر مطالعات [۲۱-۱۹] که به نوعی به کمی اطلاعات میان بیماران و افراد در معرض خطر بیماری اشاره دارند مشابهت دارد، که به نظر می‌رسد لزوم توجه به بحث آموزش این گروه از افراد با توجه به شیوع و بار حاصل از بیماری که Abolhasani و همکاران [۲۲] بار بیماری دیابت را در سال ۱۳۸۰ برابر با ۳۰۶۴۴۰ سال به دست آوردند و در همان سال بار پای دیابتی و قطع عضو را به ترتیب هر کدام ۵۸۴۸ و ۱۵۷۳ سال به دست آوردند، ضرورت بیشتری پیدا می‌کند. به علاوه در مطالعه‌ای که توسط Abedini و همکاران [۲۳] در بیماران دیابتی در خصوص مراقبت از خود انجام شده بود نیز مانند مطالعه حاضر آگاهی و عملکرد متوسطی گزارش شده بود. در مطالعه حاضر حساسیت درک شده و خودکارآمدی به طور معناداری باعث افزایش انجام رفتارهای پیشگیری کننده از دیابت نوع دو شده که با نتایج حاصل از مطالعه Morowatisharifabad و همکاران [۲] که در آن به ارتباط معنادار انجام رفتارهای خود مراقبتی و حساسیت و خودکارآمدی درک شده اشاره شده بود همخوانی دارد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به جمع‌آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه، اشاره کرد. در این خصوص باید گفت در مطالعاتی که برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه استفاده می‌شود فرض بر این می‌باشد که فرد پاسخ دهنده اطلاعات درست و واقعی را بیان می‌کند، با این حال ممکن است که برخی از پاسخ دهندگان به طور صادقانه پرسشنامه‌ها را تکمیل نکنند، و یا ممکن است برخی از شرکت کنندگان اطلاعات واقعی را بیان نکرده باشند. و

مأخذ

- 1- Azizi F, Hatemi H, Janghorbani M. Epidemiology and Communicable disease control in Iran. Tehran: Eshtiagh publication; 2000.p.32. [Persian].
- 2- Morowatisharifabad M, Rouhanitonekaboni N. Perceived Severity and Susceptibility of Diabetes Complications and its Relation to Self-care Behaviors among Diabetic Patients. *Journal of Armaghane danesh* 2007; 12 (3): 59-68. [Persian].
- 3- Diabetes. World Health Organization Media center [document on the Internet]. Geneva; 2011 [cited 27 May 2012]. Available From: <http://www.who.int/media center/ fact sheets/ Fs312/en/index.html>.
- 4- Mazloomi S, Mirzaei A, Afkhami M, Baghiani Moghadam M, Falahzadeh H. The Role of Health Belief Model in Preventive Behaviors Of Individuals High- Risk Of Type 2 Diabetes Mellitus. *Journal of Shheed Sadughi University of Medical Sciences & Health Services* 2010; 18 (1): 24-31. [Persian]
- 5- Kara M, Van der Bijl JJ, Shortridge-baggett LM, Asti T, Erguney S. Cross-cultural adaption of the diabetes management self efficacy for patent white type 2 diabetes mellitus. *Int J Nurse Stud* 2006; 43(5):611-21.

- 6- Tover JH, Skelly AH, Holdich-davis D, Dunn PF. Perceptions of health and their relationship to symptoms in African American women with type 2 diabetes. *Applied Nursing Research* 2001; 14(2): 78-80.
- 7- Delavari AR, Mahdavi AR, Norozinejad A, Yarahmadi SH. Country Programme of prevention and control of diabetes., Second Edition. Tehran: *Center publishing Seda* 2004; 2. [Persian].
- 8- Mohammadi m, Rashidei m, Afkhami M. risk factors of type 2 diabetes. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences* 2011; 19 (2): 266-280. [Persian]
- 9- Tuolimehto J, Lindstrom J, Eriksson J, Valle TT, Hamalainen H, Llanne-Parika P, et al. Prevention of Type2 Diabetes Mellitus by Changes in life style among subjects with Impaired Glucose Tolerance. *N Engl J Med* 2001; 18:1343-50.
- 10- Tuomilehto J, Wolf E. Primary prevention of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1987; 10: 238-48.
- 11- Manson JE, Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Krolewski, et al. Physical activity and incidence of non-insulin-dependent diabetes mellitus in women. *Lancet* 1991; 338(8770): 774-8.
- 12- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachim 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- Hatefnia E, Niknami S, Mahmoudi M, Ghofranipour F, Lamyian M. The Effects of health belief model education on knowledge attitude and behavior of Tehran pharmaceutical industry employees regarding breast cancer and mammography. *Behbood, the Scientific Quarterly* 2010; 14(1):42-51. [Persian]
- 14- Allahverdipour H, Emami A. Perceptions of Cervical Cancer Threat, Benefits and Barriers of Papanicolaou Smear Screening Programs for women in Iran. *Women & Health* 2008; 47(3): 23-37. [Persian].
- 15- Rosenstock LM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Educ Quarterly* 1988; 15:175-183.
- 16- Shojaeizadeh D. Health Education Models. 1ed. Tehran, Communication and health education center publisher, 2000, P: 20-35. [Persian]
- 17- Brownlee 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; 5(2): 139-44.
- 18- 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.
- 19- Uddin I, Iftikhar R, Ahmed TJ. Knowledge, Attitude and practice of diabetic patients before and after education intervention. *Diabetes International* 2001; 11: 80-2.
- 20- Bruni B, Barbero PO, Carlini M, et al. Principles means and evaluation of a program for diabetes education. *Press Med* 2001; 24:43-7
- 21- Heydari GH, Moslemi S, Montazerifar F, Heydari M. Efficacy of education on knowledge, attitude & practice of Type II diabetic patients in relation to correct nutrition. *Tabibe Shargh* 2002; 4(4):207-13. [Persian].
- 22- Abolhasani F, Mohajery M, Tabatabai A, Larijani B. Burden diabetes and its complications in Iran in recent decades. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders* 2005; 5 (1): 35-48. [Persian].
- 23- Abedini Z, Shouri Bidgoli A, Ahmari Tehran H. Study off Knowledge and Practice off Patient Self directed Care among Diabetics Patients. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2008; 2 (2) 37-41. [Persian].