

The effect of education based on health belief model on health-promoting the lifestyle of patients with type 2 diabetes

Zohreh Bahramian, Maryam Moghimian*, Mehrdad Azarbarzin

Nursing and Midwifery Sciences Development Research Center, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

* Corresponding author e-mail: mmoghimian243@gmail.com

Citation: Bahramian Z, Moghimian M, Azarbarzin M. The effect of education based on health belief model on health-promoting the lifestyle of patients with Type 2 diabetes. *Daneshvar Medicine* 2022; 30(3):42-51.
doi: 10.22070/DANESHMED.2022.15986.1186

Abstract

Background and Objective: The goal of diabetes management is to prevent the complications of the disease by promoting health behaviors that require lifestyle changes. This study was conducted to determine the effect of education based on the Health Belief Model on the health-promoting lifestyle of patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study conducted in 2021. The samples were 60 patients with type 2 diabetes who were selected by available sampling and divided into intervention and control groups with randomization software. Data collection tools were demographic and Walker lifestyle questionnaires. The samples answered the questionnaires before the intervention. The intervention group trained in 8 sessions of 1.5 hours based on the health belief model. The control group received routine training. One month later, the Walker questionnaire was completed again. Data analysis was performed using descriptive (mean, standard deviation) and inferential statistical methods (paired, independent t-test, chi-square, Mann-Whitney) in SPSS-20 software.

Results: The mean score of health-promoting lifestyle before the intervention was not significantly different between the two groups ($p=0.05$) but after the intervention was significantly higher than the control group ($p=0$). The mean score before and after training was significantly different in the intervention group ($p=0$), but was not significant in the control group ($p=0.563$).

Conclusion: Education based on the Health Belief Model can improve the lifestyle of patients with type 2 diabetes, which needs to be considered in educating patients based on cultural issues governing society.

Keywords: Education, Health-Belief Model, Type 2 diabetes, Health promoting lifestyle

Received: 23 May 2022

Last revised: 15 Aug 2022

Accepted: 21 Aug 2022

آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو

مقاله پژوهشی

نویسندگان: زهره بهرامیان، مریم مقیمیان*، مهرداد آذربرزین

مرکز تحقیقات توسعه علوم پرستاری و مامایی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران

Email: mmoghimian243@gmail.com

*نویسنده مسئول: مریم مقیمیان

چکیده

مقدمه و هدف: هدف مدیریت دیابت، پیشگیری از بروز عوارض بیماری با ارتقاء رفتارهای سلامتی است که مستلزم تغییر در سبک زندگی است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی بر سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها: این یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۴۰۰ انجام شد. نمونه ها ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو بودند که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و با نرم افزار تصادفی سازی آنلاین به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. ابزارهای گردآوری داده پرسشنامه های جمعیت شناختی و سبک زندگی والکر بود. نمونه ها قبل از مداخله به پرسشنامه های مذکور پاسخ گفتند. گروه مداخله، رفتارهای سلامتی در دیابت را در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی آموزش دیدند. گروه کنترل آموزشهای روتین را دریافت کردند. یکماه بعد مجدداً پرسشنامه والکر تکمیل شد. تحلیل داده ها با روشهای آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (تی زوجی، مستقل، کای دو، من ویتنی) در نرم افزار SPSS-20 انجام شد.

نتایج: میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت قبل از مداخله در دو گروه اختلاف معنادار نداشت ($p=0/05$) اما بعد از مداخله بطور معنادار بیشتر از گروه کنترل بود ($p=0$). میانگین نمره مذکور قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله تفاوت معنادار داشت ($p=0$). اما در گروه کنترل معنادار نبود ($p=0/062$).

نتیجه گیری: آموزش براساس مدل اعتقاد سلامتی می تواند سبک زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ارتقا دهد که لازم است در آموزش بیماران براساس مسائل فرهنگی حاکم بر جامعه مورد توجه قرارگیرد.

واژه های کلیدی: آموزش، مدل اعتقاد سلامتی، دیابت نوع دو، سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت

دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۰۲

آخرین اصلاحها: ۱۴۰۱/۰۵/۲۴

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۳۰

مقدمه

فعالیت فیزیکی، کنترل استرس، مسئولیت پذیری سلامتی، روابط بین فردی و رشد معنوی دسته بندی کرده اند (۸). جهت دستیابی به رفتارهای ارتقا دهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت، آموزش، اساس و شالوده تغییر رفتار و سبک زندگی است (۹). در آموزش بیماران، تاکنون از مدل‌های رفتاری متعددی همچون مدل بزنف، حمایت اجتماعی، انتشار نوآوری و اعتقاد سلامتی استفاده شده است تا خود مدیریتی بیماران را ارتقا داده و از بروز عوارض بیماری جلوگیری کنند (۱۰). در میان مدل‌های رایج، مدل اعتقاد سلامتی (Health Belife Model) که در سال ۱۹۷۴ توسط بیکر و مایمن ارائه گردید رابطه بین اعتقاد بیمار در خصوص سلامت، بهداشت و رفتارهای سلامتی را توضیح می‌دهد و به ارائه دهندگان خدمات سلامت در برنامه‌ریزی جهت آموزش موثر در ارتقاء و حفظ سلامتی کمک می‌کند (۱۱). در مدل اعتقاد سلامتی رفتارهای پیشگیرانه مرتبط با سلامتی تعیین می‌شود و انجام این رفتارها تحت تاثیر شش مولفه منفع درک شده، آسیب پذیری درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، راهنماهای عمل و خودکارآمدی قرار می‌گیرد. نتایج مطالعات انجام شده با استفاده از مدل اعتقاد سلامتی نشان داده‌اند که مداخلات آموزشی و ارتقای سلامت بر پایه این مدل می‌تواند بیماران دیابتی را برای غلبه بر موانع اعتماد به نفس و احساس ارزشمندی توانمند سازد و به ارتقاء خودکارآمدی کمک می‌کند. اما مولفه‌هایی نظیر فرهنگ، افکار و باورهای زیر بنایی افراد نقش مهمی در اتخاذ سبک زندگی ارتقا دهنده سلامتی دارند (۱۲). از آنجا که علیرغم مزایای ارائه شده برای آموزش بر اساس مدل اعتقاد سلامتی، در مورد تاثیر سازه‌های آن بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت در جوامع سنتی و محلی مطالعه ای یافت نشد؛ این پژوهش با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

دیابت نوع دو طبق تعریف انجمن دیابت آمریکا، به گروهی از بیماری‌های متابولیکی گفته می‌شود که ویژگی مشترک آنها افزایش سطح قند خون به علت نقص در عملکرد انسولین یا اختلال در ترشح آن و یا هر دو مورد است. چنانچه گلوکز پلاسما در حالت ناشتا مساوی یا بیشتر از ۱۲۶ میلی گرم باشد یا گلوکز پلاسما در نمونه تصادفی مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در صد باشد یا گلوکز ۲ ساعته پلاسما پس از خوردن ۷۵ گرم گلوکز حل شده در آب مساوی یا بیشتر از ۲۰۰ میلی گرم در صد باشد تشخیص دیابت نوع ۲ برای بیمار مسجل می‌گردد (۱). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، مبتلایان به دیابت نوع دو بیش از ۹۰٪ جمعیت مبتلایان را تشکیل می‌دهند. این در حالی است که تعداد مبتلایان در سال ۲۰۱۷، ۴۲۵ میلیون نفر تخمین زده شده است و در صورت عدم به کارگیری راهبردهای مناسب پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۵ به بیش از ۶۶۰ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در ایران حدود ۴ میلیون مبتلا به دیابت وجود دارد که بر اساس آمارها هر ۱۵ سال، تعداد آنها ۳ برابر خواهد شد (۳). این بیماری در اصفهان دارای شیوع بالایی است به طوری که شیوع آن در این استان ۷/۶ درصد اعلام شده است (۴). عوارض مربوط به دیابت بر بسیاری از سیستم‌های بدن تاثیر گذار است و تاکنون عامل ایجاد بیشترین میزان بروز بیماری و مرگ و میر در ایالت متحده بوده است (۵). محدودیتهای تغذیه‌ای و ورزش، تزریقات مکرر انسولین، عوارض عضلانی اسکلتی، ناتوانی‌های فیزیکی، اختلالات جنسی و مشکلات عروقی از مواردی است که زندگی بیمار را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ بطوریکه بیماران را روزمره با دیابت درگیر می‌سازد و آنها احساس می‌کنند که باید تلاش بیهوده‌ای برای عادی سازی وضعیت خود انجام دهند (۶). سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت، الگویی چند بعدی از ادراکات و اعمالی است که فرد با انگیزه شخصی خود انجام می‌دهد که سبب تقویت سطح سلامتی و خود شکوفایی فرد می‌گردد (۷). پندر و همکاران، رفتارهای ارتقا دهنده سلامت را به شش بعد: تغذیه،

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه تجربی می‌باشد. جامعه پژوهش، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان سیدالشهداء سمیرم اصفهان بودند. نمونه‌های مطالعه ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بودند که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند و به صورت دردسترس انتخاب شدند. نمونه‌ها با استفاده از روش تصادفی سازی آنلاین در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۳۰ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص دیابت بیش از یکسال، ساکن شهرستان سمیرم، عدم عضویت در سایر انجمن‌ها، سن ۲۵ تا ۶۰ سال، دارای سواد خواندن و نوشتن و عدم ابتلا به عوارض ناتوان کننده دیابت بود. برای گردآوری داده از پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی و سبک زندگی ارتقاء دهنده والکر استفاده شد. پرسشنامه والکر مشتمل بر ۵۲ سوال است با مقیاس اندازه‌گیری لیکرت چهار درجه‌ای (همیشه ۴، اغلب ۳، گاهی ۲، هرگز ۱ درجه بندی شده است. کسب نمره ۹۰-۵۲ نشان دهنده سبک زندگی ضعیف، نمره ۱۲۹-۹۱ سبک زندگی متوسط، نمره ۱۶۹-۱۳۰ سبک زندگی خوب و کسب نمره ۲۰۸-۱۷۰ نشان دهنده سبک زندگی عالی می‌باشد. پژوهشگر پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق در پژوهشهای زیست پزشکی به محیط پژوهش مراجعه نمود و ضمن ارائه اهداف پژوهش، پس از کسب اجازه از مسئولین، اقدام به نمونه گیری کرد. نمونه‌ها پس از امضای رضایت نامه کتبی بر اساس معیارهای ورود واد مطالعه شدند و پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند. سپس گروه مداخله در گروههای کوچک ده نفره در دو روز هفته، دوشنبه و

چهارشنبه‌ها عصر، به مدت هشت جلسه یک و نیم ساعته آموزشهای خود مدیریتی دیابت نوع دو را مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی دریافت کردند (جدول ۱). این جلسات در سالن کنفرانس بیمارستان، توسط پژوهشگر و پزشک دیابت با رعایت پروتکل‌های بهداشتی برگزار شد. آموزش به صورت سخنرانی، بحث گروهی و پرسش و پاسخ بود و از وسایل کمک آموزشی مانند وایت برد و نمایش عکس و فیلم و اسلاید استفاده شد. هدف از ارائه آموزش به گروه مداخله بر اساس سازه‌های مدل اعتقاد سلامتی این بود که:

- ۱- بیمار در برابر بیماری حساس شود. ۲- دریابد که این بیماری به شدت بر زندگی وی تاثیر گزار است. ۳- باور کند که رفتارهای سلامتی شانس وی را برای ابتلا به بیماری کاهش می‌دهد و شدت بیماری را می‌کاهد. ۴- دریابد که خطر عدم انجام رفتارهای سلامت بیشتر از خطر تهدید بیماری نیست. در پایان هر جلسه آموزشی کارت‌های یادآور به بیماران داده شده و از آنها خواسته شد تا مراقبت‌ها را با راهنمایی‌های ارائه شده در کارتها به کار گرفته و گزارش اقدامات خود را در جلسه بعد ارائه نمایند. گروه کنترل آموزش‌های روتین کلینیک دیابت شامل رژیم غذایی، فعالیت، نحوه مصرف داروها و تجویز انسولین و نحوه مراجعات و پیگیری‌ها را توسط کارشناس مربوطه به صورت شفاهی و با ارائه پمفلت دریافت کرد. کلیه نمونه‌ها یکماه بعد از مطالعه مجدداً به پرسشنامه اعتقاد سلامتی والکر پاسخ دادند. در پایان برای رعایت اخلاق در پژوهش طی یک جلسه دو ساعته نمونه‌های گروه کنترل آموزشهای تکمیلی را دریافت کرده و به سوالات آنها پاسخ داده شد.

آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت مبتلایان به دیابت نوع دو

جدول ۱. برنامه آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی

جلسه	هدف از آموزش	شیوه آموزش	محتوای آموزش
جلسه اول	بیان اهداف و مقررات آموزشی و شرکت در گروه برای بهبود سازه حساسیت درک شده	سخنرانی و بحث گروهی با استفاده از تصاویر آموزشی	هدف از ارائه آموزش ها مقررات آموزشی و شرکت در گروه کلیات بیماری دیابت و انواع آموزش فعالیت و تحرک ارائه پمفلت ارائه تکلیف در خصوص نحوه فعالیت و تحرک برای جلسه آینده
جلسه دوم	بهبود سازه حساسیت درک شده	سخنرانی و بحث گروهی با استفاده از تصاویر آموزشی	کلیات علائم دیابت آموزش شناسایی علائم آموزش مصرف دارو و تزریق انسولین ارائه پمفلت در خصوص علائم دیابت و نحوه استفاده از داروها بررسی تکالیف جلسه قبل ارائه تکلیف در خصوص چگونگی استفاده از داروها برای جلسه آینده
جلسه سوم	بهبود سازه شدت درک شده	سخنرانی و بحث گروهی با استفاده از نمودارها و ارائه شواهد علمی	کلیات عوارض زودرس و دیررس دیابت و خطرات ناشی از عدم انجام رفتارهای سلامتی آموزش مراقبت از پا ارائه پمفلت نحوه مراقبت از پاها بررسی تکلیف جلسه قبل ارائه تکلیف در خصوص نحوه مراقبت از پا برای جلسه آینده
جلسه چهارم	بهبود سازه شدت درک شده	سخنرانی و بحث گروهی با استفاده از نمودارها و ارائه شواهد علمی	کلیات علل به وجود آورنده عوارض و پیامدهای آن آموزش عدم مصرف دخانیات ارائه پمفلت در خصوص ترک و یا عدم مصرف دخانیات بررسی تکلیف جلسه قبل ارائه تکلیف در خصوص اقدامات انجام شده در مورد ترک دخانیات
جلسه پنجم	افزایش منافع درک شده	بحث و گفتگوی گروهی	کلیات تجزیه و تحلیل فواید حاصل از تبعیت از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت آموزش تغذیه ارائه پمفلت در خصوص تغذیه مناسب بررسی تکلیف جلسه قبل ارائه تکلیف در خصوص اقدامات انجام شده جهت رعایت رژیم غذایی مناسب
جلسه ششم	کاهش موانع درک شده	بحث و گفتگوی گروهی	کلیات تاثیر درمان‌های سستی تایید نشده بر افزایش عوارض بیماری و سایر مواردی که مانع از تبعیت از رفتار ارتقا دهنده سلامت میشود و ارائه پیشنهاد جهت رفع این موانع ارائه پمفلت بررسی تکلیف جلسه قبل ارائه تکلیف در مورد اقدامات انجام شده جهت رفع موانع
جلسه هفتم	افزایش خودکارآمدی	تعیین اهداف کوتاه مدت و بحث گروهی	کلیات اهداف تبعیت از رفتارهای ارتقا دهنده سلامت بررسی تکلیف جلسه قبل مرور آموزش های خود مدیریتی
جلسه هشتم	مرور مطالب و راهنمای عمل	پرسش و پاسخ و ارائه پمفلت	خلاصه مطالب آموزش داده شده پرسش و پاسخ و رفع اشکال

تجزیه و تحلیل آماری

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روشهای آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، تعداد و درصد) و استنباطی (تی زوجی و مستقل، کای دو، من-ویتنی) در

نرم افزار spss-20 انجام شد.

نتایج

خوراکی و انسولین، ۶۸/۳۳٪ دارای تحصیلات بالای دیپلم، ۵۰٪ خانه‌دار و ۸۱/۶۶٪ متاهل بودند و اختلاف معناداری بین دو گروه مداخله و کنترل از لحاظ مشخصات دموگرافیک وجود نداشت (جدول ۲).

دامنه سنی گروه مداخله ۳۲-۵۸ و در گروه کنترل ۳۰-۶۰ بود. ۶۶/۶۶٪ نمونه‌ها خانم، ۵۸/۳۳٪ دارای سابقه بیش از ۵ سال ابتلا به دیابت، ۷۳/۳۳٪ تحت درمان با داروهای

جدول ۲. توزیع فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه بر حسب مشخصات دموگرافیک

مشخصات دموگرافیک	متغیر	گروه مداخله		گروه کنترل		کای اسکوتر	P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنس	زن	۹	۰/۳	۱۱	۰/۳۶۶	۰/۳	۰/۵۸۴
	مرد	۲۱	۰/۷	۱۹	۰/۶۳۳		
تاهل	متاهل	۲۴	۰/۸	۲۵	۰/۸۳۳	۰/۸۵۴	۰/۶۵۳
	مجرد	۱	۰/۰۳۳	۲	۰/۰۶۶		
	بیوه	۵	۰/۱۶۶	۳	۰/۱		
مدت زمان ابتلا	زیر ۵ سال	۱۱	۰/۳۶۶	۱۴	۰/۴۶۶	۰/۶۱۷	۰/۴۳۲
	بالای ۵ سال	۱۹	۰/۶۳۳	۱۶	۰/۵۳۳		
نوع درمان مورد استفاده	درمان خوراکی	۲۵	۰/۸۳۳	۲۹	۰/۹۶۶	۲/۹۶۳	۰/۰۸۵
	بلی	۵	۰/۱۶۶	۱	۰/۰۳۳		
انسولین	بلی	۱۹	۰/۶۳۳	۱۷	۰/۵۶۶	۰/۲۷۸	۰/۵۹۸
	خیر	۱۱	۰/۴۳۳	۱۳	۰/۴۳۳		
عوارض بیماری	قلبی	۹	۰/۳	۱۱	۰/۳۶۶	۰/۳	۰/۵۸۴
	خیر	۲۱	۰/۷	۱۹	۰/۶۳۳		
کلیوی	بلی	۱۴	۰/۴۶۶	۱۸	۰/۶	۱/۰۷۱	۰/۳۰۱
	خیر	۱۶	۰/۵۳۳	۱۲	۰/۴		
زخم پا	بلی	۶	۰/۲	۶	۰/۲	۰	۱
	خیر	۲۴	۰/۸	۲۴	۰/۸		
حسی-عصبی	بلی	۱۹	۰/۶۳۳	۲۱	۰/۷	۰/۳	۰/۵۸۴
	خیر	۱۱	۰/۳۶۶	۹	۰/۳		
عضلانی-اسکلتی	بلی	۹	۰/۳	۱۳	۰/۴۳۳	۱/۱۴۸	۰/۲۸۴
	خیر	۲۱	۰/۷	۱۷	۰/۵۶۶		
بینایی	بلی	۱۴	۰/۴۶۶	۱۸	۰/۶	۱/۰۷۱	۰/۳۰۱
	خیر	۱۶	۰/۵۳۳	۱۲	۰/۴		
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۲۰	۰/۶۶۶	۹	۰/۳	۸/۰۷۶	۰/۰۰۴
	بالای دیپلم	۱۰	۰/۳۳۳	۲۱	۰/۷		
شغل	خانه‌دار	۱۹	۰/۶۳۳	۱۱	۰/۳۶۶	۶/۱۳۳	۰/۱۰۵
	بیکار	۰	۰	۳	۰/۱		
	کارمند	۷	۰/۲۳۳	۱۱	۰/۳۶۶		
	آزاد	۴	۰/۱۳۳	۵	۰/۱۶۶		
سن	سال	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	آزمون من-ویتنی	P
		۴۶/۳۷	۶/۶۵۷	۴۹/۱۷	۸/۰۲۶	۳۴/۶۰۵	۰/۱۲۶

قبل، افزایش معنادار داشت ($p=0$) (جدول ۳). میانگین سبک زندگی بیماران در هر دو گروه کنترل و مداخله متوسط بود که پس از آموزش، در گروه مداخله به سطح خوب ارتقا پیدا کرد (جدول ۴).

نتایج مطالعه نشان داد که قبل از آموزش، میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بین گروه مداخله و کنترل اختلاف معناداری وجود نداشت؛ ولی بعد از آموزش بین دو گروه اختلاف معنادار وجود داشت. میانگین نمره سبک زندگی در گروه مداخله بعد از آموزش نسبت به

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت در دو گروه قبل و بعد از مداخله

آزمون t مستقل		گروه کنترل		گروه مداخله		زمان
p	t	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۵	-۲/۰۳۳	۱۲/۳۴۵	۶۰/۰۷	۱۸/۱۶۵	۶۸/۱	قبل از مداخله
۰	۱۴/۹۶	۱۲/۰۹۷	۶۲/۱۳	۱۲/۹۸۲	۱۱۰/۶	بعد از مداخله
		p	t	p	t	
		۰/۵۶۳	-۰/۵۸۵	۰	-۱۱/۱۳۶	آزمون t زوجی

جدول ۴. مقایسه سبک زندگی بیماران در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

آزمون من-ویتنی		گروه کنترل		گروه مداخله		سبک زندگی	زمان
p	Z	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۲۰۶	-۱/۲۶۴	۰/۳	۹	۰/۲۶۶	۸	ضعیف	قبل از مداخله
		۰/۷	۲۱	۰/۷۳۳	۲۲	متوسط	
		۰	۰	۰	۰	خوب	
		۰	۰	۰	۰	عالی	
۰/۰۰۰۱	-۵/۹۶۵	۰/۲۳۳	۷	۰	۰	ضعیف	بعد از مداخله
		۰/۷۶۶	۲۳	۰/۳۶۶	۱۱	متوسط	
		۰	۰	۰/۶۳۳	۱۹	خوب	
		۰	۰	۰	۰	عالی	
		p	Z	p	Z		آزمون من-ویتنی
		-۰/۷۷۶	-۰/۲۸۴	۰/۰۰۰۱	-۵/۳۹۸		

بحث

مطالعه ملاحظه‌گر و همکاران (۱۳) و ماهری و همکاران (۱۴) مطابقت دارد. همچنین نتایج مطالعه محدثی و همکاران نشان داد بیماران مبتلا به دیابت از سبک زندگی خوبی برخوردار می‌باشند (۱۵). مطالعه یادگار و همکاران نشان داد که سبک زندگی گروه مداخله قبل و بعد از آموزش، عالی و سبک زندگی گروه کنترل قبل از مداخله خوب و بعد از مداخله عالی بود (۱۶). همانطور که مشاهده شد نتایج مطالعات در جوامع مختلف سطوح متفاوتی از سبک زندگی را در بیماران مبتلا به دیابت نشان داده‌اند که می‌تواند نشان‌دهنده تاثیر فرهنگ و عادات مردم بر سبک زندگی آنها باشد. تغییر معنادار در میانگین نمره سبک زندگی نمونه‌ها در گروه مداخله نشان دهنده تاثیر مداخله آموزشی در ارتقا سبک زندگی این گروه بود. ارتقا

پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش بر اساس مدل اعتقاد سلامتی بر سبک زندگی ارتقا دهنده سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. نتایج مطالعه حاضر حاکی از اثربخشی مدل آموزشی اعتقاد بهداشتی بر ارتقا سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو بود. از آنجایی که در ابتدای مداخله دو گروه مورد بررسی از نظر متغیرهای دموگرافیک و نمره سبک زندگی اختلاف معناداری نداشتند می‌توان بیان نمود که دو گروه مداخله و کنترل از وضعیت مشابهی برخوردار بودند و به جز انجام مداخله آموزشی در گروه مداخله در هیچیک از متغیرهای مورد بررسی تفاوت نداشتند. در این مطالعه بیماران قبل از مداخله از سبک زندگی متوسط برخوردار بودند که می‌تواند به علت دریافت آموزش‌های کلینیک دیابت باشد که این نتایج با نتایج

مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند بر رفتارهای پیشگیرانه نیز موثر باشد (۲۷). مطالعات دیگر مدل اعتقاد بهداشتی را بر آگاهی و نگرش بیماران نیز موثر دانستند (۲۸-۳۰). نتایج مطالعه حاضر نشان می‌دهد، آموزش سبک زندگی سالم بر اساس مدل اعتقاد سلامتی سبب ارتقا سبک زندگی در بیماران دیابتی می‌شود. با توجه به اینکه سبک زندگی جزء ضروری مراقبت‌های مربوط به بیماران دیابتی می‌باشد، ارائه برنامه آموزشی با استفاده از افراد صاحب نظر در این زمینه گامی ارزنده در ارتقا سلامت بیماران خواهد بود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به این مورد اشاره کرد که در جامعه مورد بررسی در این پژوهش، شهرستان سمیرم اصفهان، تبعیت از خرده فرهنگ‌های گوناگون و پیروی از فرهنگ و سنت‌های بومی و محلی می‌تواند مانعی در برابر تغییر در نگرش و باورهای افراد باشد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در جوامع مختلف با فرهنگ‌های متفاوت بررسی و نتایج مقایسه شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه و اثبات فرضیه‌های آن نشان داد که در حوزه آموزش بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند موثر واقع شده و با بهبود سبک زندگی از بار عوارض این بیماری بر افراد و جوامع بکاهد. این امر مستلزم پژوهش‌های بیشتر در این زمینه، بازنگری در آموزش افراد دخیل در حوزه آموزش، پرستاران و سایر کارکنان عرصه‌های بهداشتی و درمانی که به نوعی با بیماران مبتلا به دیابت در ارتباط هستند می‌باشد تا بتوان گام‌های مثبتی در ارتقا سلامت افراد و به تبع آن جامعه برداشت.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش مربوط به پایان نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی IR. IAU.NAJAFABAD.REC.1400.031 است.

میانگین نمره سبک زندگی بدنبال مداخله آموزشی مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی در بسیاری از مطالعات از جمله مطالعه بابایی و همکاران (۱۷)، خاوشی و همکاران (۱۸) و خزر و همکاران (۱۹) گزارش شده است. همچنین یافته‌ها نشان داد که قبل از مداخله میانگین نمره سبک زندگی بیماران در دو گروه یکسان و در سطح متوسط بود اما وجود اختلاف معنادار در میانگین نمره سبک زندگی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله آموزشی و ارتقا آن در گروه مداخله به سبک زندگی خوب، نشان دهنده تاثیر برنامه آموزشی بر اساس مدل اعتقاد سلامتی است که سبب افزایش میانگین نمره سبک زندگی شد. یافته‌های مطالعات نوشیروانی و همکاران (۲۰)، بیات و همکاران (۲۱) همسو با مطالعه حاضر است. همچنین مطالعه مطلق و همکاران سودمندی اجرای این برنامه آموزشی در خصوص ارتقا آگاهی تغذیه‌ای در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو را نشان داد (۲۲) که با مطالعه حاضر همراستا می‌باشد.

با مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی در دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از آموزش، یافته‌های پژوهش نشان داد که میانگین نمرات سبک زندگی در گروه مداخله بعد از آموزش به طور معناداری بیشتر از قبل بود؛ در حالیکه در گروه کنترل میانگین نمره سبک زندگی تفاوت معناداری با قبل از مداخله نداشت. مطالعه خزر و همکاران نشان داد که میانگین نمره استرس نیز در گروه مداخله بعد از آموزش کاهش یافت (۲۳). به عبارت دیگر استفاده از آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد سلامتی به طور موثری موجب ارتقای سبک زندگی افراد مورد بررسی شده است. همچنین به منظور تعیین و مقایسه میانگین نمرات سبک زندگی دو گروه، قبل و بعد از مداخله یافته‌های پژوهش نشان داد میانگین نمرات قبل از مداخله اختلاف معناداری نداشت و در گروه مداخله این میانگین بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود که مطالعه حاضر با مطالعه صادقی و همکاران (۲۴)، مهدی زاده و همکاران (۲۵) همراستا بود. همچنین نتایج مطالعه عابدی و همکاران نشان داد که تغییر در سبک زندگی با استفاده از مدل اعتقاد بهداشتی می‌تواند در کاهش عوامل خطر ساز بیماری موثر باشد (۲۶). در همین راستا نتایج مطالعه رجیبی زاده و همکاران نشان داد که طراحی برنامه‌های آموزشی مبتنی بر

تشکر و قدردانی

پژوهشگران بر خود لازم میدانند از پرسنل کلینیک دیابت بیمارستان سیدالشهدا سمیرم و بیمارانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

- تعارض منافع**
- نویسندگان مقاله اعلام می دارند که هیچ گونه تضادی در منافع وجود ندارد .
1. Jameson J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Diabetes mellitus, classification and pathology. McGraw-Hill 2018;2869-2878.2.
 2. World Health Organization. Quality of life questionnaire. Available at: <http://who.int>:2016.
 3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimate of the Prevalance of diabetes for 2010 and 2020. Diabetes Research and Clinical Practice 2018;87(1)4-14.
 4. Meraci M, Feizi A, Bagher NM. Investigating the prevalence of high blood pressure, type 2 diabetes mellitus and related risk factors according to a large general study in Isfahan-using multivariate logistic regression model. Journal of Health System Research 2013;8(2):193-203.
 5. American Diabetes Association. Classification and Diagnosis of Diabetes Care 2017;40(2):511-524.
 6. Badpar S, Bakhtiarpour S, Heidari A, Moradimanesh F. Causal Model of Self-care Based on Social Support and Health Literacy Through Self-efficacy in Managing Diabetes in Diabetic Patients. Journal of Diabetes Nursing 2019;7(2):752-63.
 7. Ghodrati Mirkouhi M, Rahimian Boogar I. Predicting diabetes management self-efficacy base on hardiness and coping strategies in patients with type 2 diabetes mellitus. The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2016;20(4):51-43.
 8. Hoseyni M, Abdkhodai MS, Aghamohammadian Sherbaf HR. Role of Mediating Sense of Coherence in Relationship between Duration and Number of Physical Complications of Diabetes with Mental Health in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. Quarterly of Horizon of Medical Sciences 2017;23(4):311-7.
 9. Samadi N, Allahyari I, Mazaheri E, Mohammadi R, Ja'fari I. Self- Concept in Patients with Type 2 Diabetes Admitted to Diabetes Center. Journal of Health and Care 2011;13(4):93-278.
 10. Ataei J, Kamran A, Shekarchi A, Etebar I, Haghiri E, Gorbani M. Study of Health Promotion Life Style (HPLP) of Rural Primary Health-Care Workers (Behvarzes) in Khalkhal and Kosar Counties, 1395. Journal of Health 2018;9(5):530-40.
 11. Rouhani S, Rezaei K, Ali-MohammadPour R, Parvar R, Rajabi S. Management of patients with Diabetes Mellitus in the rural areas. Journal of Health and Care 2011;13(2):11-19.
 12. Alae Karahroudy F, Mahammadi Shahbalaghi F, Hoseiny MA, Rassouli M. Experiences of Self-management of Type I Diabetes in Adolescents: A Phenomenological Study. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2016;17(6):425-34.
 13. Mallahigar F, Sadeghi T, Heidari S. Comparison the effect of education using pictographs and lectures on the lifestyle of the elderly with type 2 diabetes. Journal of Gerontology 2021; 6(2):30-39.
 14. Maheri M, Darabi F, Elahi M, Yaseri M. Assessment of Health Promoting Behaviors and Relevant Factors Among Type 2 Diabetic Patients Covered by Asadabad School of Medical Sciences. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2021; 22(6):478-489.
 15. Mohaddesi, H., Razavi, S. R., Khalkhali, H., Bahadori, F., & Saeigharenaz, M. The effect of counseling on health promotion lifestyle in mothers with gestational diabetes referred to the Motahhari, s hospital in orumiyeh city. Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty 2015; 14(9):757-766.
 16. Ranaei Y, Alhani F, Kazemnejad A, Mehrdad N. The effect of lifestyle modification through E-learning on self-management of patients with diabetes.

- Journal of Nursing Education 2018; 7(2):8-16.
17. Babaei S, Shakibazadeh E, Shojaeizadeh D, Yaseri M, Mohamadzadeh A. Effectiveness the Theory-Based Intervention Based on Health Belief Model on Health Promotion Lifestyle in Individuals Susceptible to Cardiovascular Diseases. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion* 2020;8(3):39-224.
 18. Khavoshi N, Tol A, Shojaeizade D, Shamshiri A. Effect of educational intervention on the lifestyle of elderly people referred to clinical centers of Eslamshahr, Iran: application of health belief model. *Journal of Nursing Education* 2015;3(4):19-28.
 19. Khazar N, Jalili Z, Nazary manesh L. The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nurses' Stress Management in Intensive Care Units. *Iran Journal of Health Education and Health Promotion* 2019;7(4):300-311.
 20. Noushirvani S, Mansouri A. Comparison of the Effect of Two Educational Interventions Based on Pender's Health Promotion Model and Health Belief Model on the Quality of Life in Type II Diabetic Patients. *Journal of Diabetes Nursing* 2018; 6(1):398-407.
 21. Bayat F, Shojaeezadeh D, Baikpour M, Heshmat R, Baikpour M, Hosseini M. The effects of education based on extended health belief model in type 2 diabetic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2013;12(1):1-6 .
 22. Zinat Motlagh F, Sharifi Rad Gh, Mirzaee M, Jalilian A, Ahmadi T. Effectiveness of Educational Programs to Promote Nutritional Knowledge in Type II Diabetes Patients based on Health Belief Model. *Journal of health System Research* 2013; 9(4):412-420.
 23. Khazar N, Jalili Z, Nazary manesh L. The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on Nurses' Stress Management in Intensive Care Units. *Iran Journal of Health Education and Health Promotion* 2019; 7(4):300-311.
 24. Sadeghi R, Rezaeian M, Khanjani N, Iranpour A. The Applied of Health Belief Model in Knowledge, Attitude and Practice in People Referred for Diabetes Screening Program: An Educational Trial. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015;13(11):1061-1072
 25. Mehdizade M, Peymsn N. Educational evaluation in promoting healthy lifestyle behaviors of adolescent girls based on health belief model. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences* 2014;21(1):164-174.
 26. Abedi P, SOULI m, Kandali M, Yasin Z, Shojaee D, Hoseini M. Lifestyle Change Using the Health Belief Model to Improve Cardiovascular Risk Factors among Postmenopausal Women. *Journal of health System Research* 2011; 7(1):127-137 .
 27. Seyed-Rajabizadeh S, Shojaizadeh D. The Effect of Educational Intervention Based on Health Belief Model on the Promotion of Preventive Behaviors of Urinary Tract Infections in Pregnant Women Referred to Comprehensive Health Centers in Dezful, Iran, 2019-2020. *Journal of health System Research* 2021; 17(2):104-110.
 28. Abbaszadeh A, Borhani F, Asadi N. Effects of Face-to-face Health-belief Oriented Education about Risk Factors on Knowledge and Attitude of Myocardial Infarction Patients after Discharge. *Iranian Journal of Medical Education* 2012; 12(9):638-646.
 29. Niksadat N, Solhi M, Shojaezadeh D, Gohari M R. Investigating the effect of education based on health belief model on improving the preventive behaviors of self-medication in the women under the supervision of health institutions of zone 3 of Tehran. *Razi Journal of Medical Sciences* 2013; 20(113):48-59.
 30. Salehi T, Maroufi Z, Haghani S. Impact of education based on the health belief model on the nutritional knowledge and performance of female health ambassadors. *Iran Journal of Nursing* 2021; 33(128):15-26.