مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی هجدهم، شماره‌ی ۲، صفحه‌های ۸۹ ـ ۸۳ (خرداد ـ تیر ۱۳۹۵)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی اعتقاد بهداشتی بر تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به دیابت

فهیمه فراهانی دستجانی[۱]، دکتر محسن شمسی[۱]، دکتر محبوبه خورسندی[۱]، مهدی رنجبران[۲]، دکتر محمدرضا رضوانفر[۳]

۱) گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، ۲) گروه اپیدمیولوژی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، ۳) گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول**: اراک، دانشگاه علوم پزشکی اراک، گروه آموزش بهداشت، دکتر محسن شمسی، e-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

چکیده

مقدمه: بیماری دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های ناشی از اختلالات متابولیسمی است. مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر تبعیت از رژیم دارویی در بیماران مبتلا به دیابت شهر اراک در سال ۱۳۹۳ انجام شد. مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی از نوع پیش و پس آزمون بود که در آن ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت شهر اراک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه (۶۵ نفر گروه مداخله و ۶۵ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای بود که روایی و پایایی آن مورد تایید قرار گرفت. قبل از آموزش، پرسش‌نامه برای اعضای هر دو گروه تکمیل شد. سپس به گروه مداخله در طی یک ماه، ۴ جلسه آموزش داده شد. ۳ ماه پس از مداخله‌ی آموزشی، هر دو گروه مداخله و شاهد پرسش‌نامه را تکمیل و با استفاده از آزمون‌های t زوجی و t مستقل و نرم‌افزار SPSS 20 تحلیل شدند. یافته‌ها: سه ماه پس از مداخله‌ی آموزشی، سازه‌های حساسیت درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی، راهنمای عمل داخلی و خارجی و عملکرد در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی افزایش معنی‌داری با پیش از مداخله داشتند (p<۰/۰۵)، در حالی که سازه‌های موانع درک شده و شدت درک شده اختلاف معنی‌داری با پیش از مداخله نداشتند (p>۰/۰۵). نتیجه‌گیری: با آموزش بیماران مبتلا به دیابت می‌توان مهارت‌های آنان را در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی را افزایش داد که این امر در سلامت بیماران موثر خواهد بود.

واژگان کلیدی: دیابت، الگوی اعتقاد بهداشتی، تبعیت دارویی
دریافت مقاله: ۹۴/۷/۲۵ـ دریافت اصلاحیه: ۹۵/۲/۴ ـ پذیرش مقاله: ۹۵/۲/۷

مقدمه

بیماری دیابت از شناخته شده‌ترین بیماری‌های مزمن در سراسر دنیا است.[۱] این بیماری با توجه به تعداد بالای افراد مبتلا و عوارض مرتبط با آن، نیازمند توجه فوری است.[۲] براساس بررسی‌های به عمل آمده، یکی از اصلی‌ترین مشکلات، عدم کنترل دقیق قند خون است.[۳-۵] در مطالعه‌ای که توسط ال-کزاز[i] و همکارانش با عنوان "دانش دیابتی، تبعیت دارویی و کنترل قندخون در بیماران مبتلا به دیابت تیپ ۲" صورت گرفت، تبعیت دارویی بیماران و سوابق پزشکی و سطح خونی HbA1c در آن‌ها تحت بررسی قرار گرفت و در نهایت مشخص شد که اطلاعات بیشتر درباره دیابت منجر به مصرف صحیح داروها و در نهایت کنترل بهتر قندخون می‌شود. بنابراین در کنار دیگر عوامل موثر، توجه به سطح دانش و اطلاعات نیز از ارزش بالایی برخوردار است.[۶] توجه به عوامل موثر در مصرف داروها، در کنترل نهایی بیماری تاثیر به سزایی خواهد داشت. رعایت دستورات پزشکی برای دیابت می‌تواند بار بیماری را کاهش دهد و مرگ و میر و صدمات ناشی از مشکلات دیابت را کم کند.[۷] عدم رعایت برنامه‌های درمانی، مشکل عمده‌ای در درمان این بیماران است و میزان شیوع عدم تبعیت آن بین ۳۰ تا ۶۰ درصد متغیر است.[۸] عدم مشارکت دقیق در برنامه‌های درمانی، یکی از از دلایل نتایج نامطلوب درمانی در بیماران دیابتی است.

i -Al-Qazaz

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

این مشارکت، عامل مهم و کلیدی در درمان بیمارانی است که نیازمند پیروی از یک برنامه درمانی پیچیده و مشکل در طول زندگی هستند. بیماران مبتلا به دیابت و خانواده آن‌ها، نیاز به یادگیری و تمرین مهارت‌های شیوه زندگی جدید، شامل پایش قند خون، پیروی از دستورات دارویی، داشتن رژیم غذائی مناسب، فعالیت فیزیکی و فعالیت بیشتر را دارند. این مهارت‌ها هم در کنترل دیابت و هم در پیشگیری و یا به تأخیر انداختن عوارض آن بسیار مهم هستند. بیماران دیابتی باید شرکت‌کننده‌گان فعال در فرآیند آموزشی و تعیین اهداف آموزشی و رفتاری باشند[۹] طبق مطالعات، بیماران در نهایت بر اساس باورهای شخصی و اطلاعات در دسترس، تصمیم می‌گیرند و نحوه‌ی مصرف داروی خود را تنظیم می کنند. در این زمینه، مطالعـــه‌ای توسط من[i] و همکـــــارانش تحت عنوان "پیشگویی‌کننده‌های پایبندی به داروهای دیابتی: نقش بیماری و اعتقادات دارویی" صورت گرفت که در رابطه با موارد اعتقادات بیماری، باورهای دارویی، پیچیدگی رژیم، دانش دیابت، افسردگی، اعتماد به نفس و پایبندی به دارو بیماران را مورد مصاحبه قرار دادند؛ یافته‌ها به این شرح بودند که ۲۸ درصد پای‌بندی ضعیفی به داروهای دیابت داشتند. در تحلیل چند متغیره، پیش‌گویی‌کننده‌های پای‌بندی دارویی ضعیف شامل موارد زیر بودند: وجود این باور که بیماری دیابت تنها در زمانی است که سطح قند خون بالاست و در صورتی که قند خون به میزان طبیعی برسد، ادامه درمان ضرورت ندارد؛ نگرانی در مورد اثرات جانبی داروهای دیابت؛ عدم اعتماد به نفس در کنترل دیابت؛ و احساس این که تهیه‌ی دارو مشکل است.[۱۰]

بنابراین آموزش و اطلاع‌رسانی در زمینه‌ی ارتقاء سطح پای‌بندی به رژیم دارویی، نقش مهمی را در ارتقاء کیفی سلامت بیماران ایفاء می‌کند.[۱۱]

آموزش اطلاعات به تنهایی برای تغییر رفتار بیماران کافی نیست و افزایش آگاهی به طور لزوم، نگرش را تغییر نمی‌دهد و در نهایت تغییر نگرش همیشه باعث تغییر رفتار نمی‌شود. آموزش‌دهندگان بهداشت باید مداخلات را به گونه‌ای طراحی کنند که منجر به توسعه‌ی مهارت‌ها، ارزش‌ها، اکتساب مفاهیم و تصمیم‌گیری شود.[۱۲] آموزش بیمار بدون شک برای بیماری‌های مزمن مفید است. این آموزش فرآیندی طولانی‌مدت و پویا است[۱۳] و باید اطلاعات صحیح از طریق برنامه‌های آموزشی مدون به این بیماران ارایه شود.[۱]

در روند آموزش به بیماران مبتلا به دیابت، نظریه‌ها و الگوهای یادگیری و رفتاری مختلفی به کار گرفته می‌شود، که می‌توان به الگوی اعتقاد بهداشتی، الگوی رفتار اجتماعی، خودکارآمدی و توانمندی اشاره کرد. این تئوری‌ها، دانش اولیه‌ی بیماران را در مورد سازوکارهای تأثیرگذار محیطی و روان‌شناختی بر روی پذیرش، تبعیت و پیروی از رژیم‌های غذایی که ممکن است نتایج کوتاه مدت و بلند مدت دیابت را بهبود بخشند، افزایش داده‌اند. هم‌چنین دستورالعمل‌هایی را برای محققان به منظور توسعه و گسترش رویکردهای آموزش سیستماتیک و نظام‌مند جهت بهبود کنترل بیماری دیابت فراهم کرده‌اند. این دستورالعمل‌ها سبب بهبود پذیرش و پیروی از رژیم غذایی و در نتیجه کنترل دراز مدت دیابت شده‌اند.[۱۳]

در این راستا، آموزش بهداشت با استفاده از نظریه‌ها یا الگوی‌های آموزشی، جهت افزایش آگاهی، و اتخاذ رفتارهای بهداشتی در این گروه از بیماران، ضروری است.[۱،۱۴] بنابراین، در این پژوهش سعی شد با استفاده از سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی، حساسیت درک شده، شدت درک شده، موانع درک شده، منافع درک شده، اقدام برای عمل و خودکارآمدی، مداخلاتی متناسب برای ارتقای تبعیت دارویی بیماران دیابتی طراحی و اثربخشی آن آزمایش شود. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر تبعیت از رژیم دارویی بیماران مبتلا به دیابت طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی با انجام پیش و پس آزمون بود که در میان ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مرکز کنترل و پیشگیری دیابت شهر اراک در سال ۱۳۹۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. سپس نمونه ها به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند.

حجم نمونه در مطالعه‌ی حاضر، با استفاده از نرم‌افزار power ssc، در هر گروه حداقل ۵۱ نفر تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: سکونت در شهر اراک، مصرف قرص‌های خوراکی پایین آورنده‌ی قند یا انسولین یا هر دو. معیارهای خروج از مطالعه نیز، عدم تمایل بیمار برای

i-Mann DM

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

ادامه‌ی شرکت در مطالعه و هم‌چنین مهاجرت از شهر اراک در نظر گرفته شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه‌ی محقق ساخته‌ای مشتمل بر سه بخش بود و شامل سوالاتی در زمینه‌ی مشخصات دموگرافیکی از قبیل سن، جنس، تحصیلات، درآمد و...، سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی و عملکرد در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی دیابت بود که پایایی و روایی آن به تایید رسید. برای تایید پایایی، پرسش‌نامه برای تکمیل در اختیار ۳۰ نفر از بیماران دیابتی قرار گرفت، در این مورد از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ می‌تواند بین ۰ تا ۱ باشد، که صفر بیان‌گر این است که هیچ‌کدام از موارد با هم ارتباطی ندارند و ۱ بیان‌گر آن است که تمام موارد یکسان هستند. پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه، با آزمون آلفای کرونباخ تحلیل انجام شد که نمره‌ی به دست آمده ۰/۸۶۶ بود. آلفای کرونباخ محاسبه شده برای سؤالات آگاهی، سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی و عملکرد به ترتیب ۰/۶۸۳، ۰/۷۹۳، ۰/۸۱۸ و برای سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در مورد حساسیت درک شده ۰/۷۸۳، شدت درک شده ۰/۸۲۴، موانع درک شده ۰/۸۷۶، منافع درک شده ۰/۸۹۹، و خود کارآمدی ۰/۷۳۱، راهنمای عمل داخلی ۰/۸۹۶، و راهنمای عمل خارجی ۰/۶۵۴ بود بدین ترتیب روایی و پایایی ابزار، مورد تایید قرار گرفت.

پرسش‌نامه‌ی سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی، شامل ۴۷ سئوال به ترتیب: حساسیت ۵ سؤال، شدت درک شده ۶ سؤال، موانع درک شده ۱۱ سؤال، منافع درک شده ۷ سؤال، خودکارآمدی ۷ سؤال، راهنمای عمل داخلی ۵ سؤال، و راهنمای عمل خارجی ۶ سؤال بود. این پرسش‌نامه پیش و ۳ ماه پس از مداخله‌ی آموزشی مورد استفاده قرار گرفت. جواب سئوالات در یک طیف پنج گزینه‌ایی، شامل کاملا موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملا مخالفم بود که نحوه نمره‌دهی از ۱ تا ۵ در نظر گرفته شد. حداقل و حداکثر نمره در قسمت سؤالات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی برای سازه‌های مختلف متفاوت بود که در نهایت از ۱۰۰ نمره محاسبه شد.

پرسش‌نامه‌ی عملکرد در زمینه‌ی تبعیت دارویی: این قسمت از پرسش‌نامه به منظور تعیین میزان عملکرد بیماران دیابتی در زمینه تبعیت از رژیم دارویی طراحی شد و شامل ۱۵ سؤال بود. این پرسش‌نامه پیش و ۳ ماه پس از مداخله آموزشی مورد استفاده قرار گرفت. جواب سئوالات در یک طیف پنج گزینه‌ایی شامل: کاملا موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملا مخالفم قرار داشت که نحوه‌ی نمره‌دهی از ۰ تا ۴ در نظر گرفته شد و نمرات در نهایت از ۱۰۰ نمره گزارش شدند. روایی این بخش از پرسش‌نامه نیز توسط متخصصین غدد و چهار متخصص آموزش بهداشت و سه پزشک عمومی و یک متخصص تغذیه و یک اپیدمیولوژیست، با حذف و اصلاحاتی در عبارات پرسش‌نامه به تایید رسید. پایایی این بخش ابزار نیز از طریق آلفای کرونباخ سنجیده شد که مقدار آن در این بخش از پرسش‌نامه‌ی عملکرد، ۰/۸۱۸ به دست آمد.

این مطالعه شامل دو مرحله‌ی پیش و سه ماه پس از مداخله‌ی آموزشی بود. در مرحله‌ی اول پیش از مداخله، تمامی شرکت‌کنندگان پرسش‌نامه را تکمیل کردند و سپس دو هفته پس از جمع‌آوری پرسش‌نامه‌های مرحله‌ی اول، چهار جلسه مداخله‌ی آموزشی در گروه مداخله برگزار شد و در طی سه ماه پرسش‌نامه دوباره بین دو گروه توزیع شد و ۵۲ نفر از گروه شاهد و ۵۱ نفر از گروه مداخله آن را تکمیل کردند.

اجرای مداخلات آموزشی توسط محقق، پزشک متخصص در زمینه‌ی دیابت و یک بیمار موفق در مدیریت دیابت صورت گرفت که دلیل حضور پزشک و بیماری موفق در کنترل دیابت با توجه به نتایج حاصل از پیش آزمون بوده است. در طول این جلسات، اهمیت هر کدام از موضوعات توسط آموزش‌دهندگان به بیماران انتقال داده شد و هم‌چنین فیلم آموزشی نیز برای بیماران پخش شد و راهنمایی‌های لازم به آن‌ها ارایه شد.

جلسه‌ی اول آموزش

جلسه‌ی اول مداخله‌ی آموزشی با موضوع آگاهی بیماران مبتلا به دیابت در سالن کنفرانس بیمارستان ولیعصر عج با حضور پزشک متخصص در زمینه‌ی دیابت و پژوهش گر به مدت ۱۲۰ دقیقه با حضور ۶۵ نفر از افراد گروه مداخله تشکیل شد. اهداف کلی که در این جلسه مدنظر قرار گرفت، شامل آشنایی بیماران مبتلا به دیابت با تعریف دیابت، چگونگی کنترل دیابت، رژیم دارویی دیابت قرص ـ انسولین، و تعریف تبعیت از رژیم دارویی بود. در پایان این جلسه آموزشی انتظار می‌رفت که اهداف آموزشی این جلسه در بیماران تاثیرگذار باشد. در این جلسه، ارائه برنامه‌ی آموزشی به صورت سخنرانی و پرسش و پاسخ همراه با مطالب و وسایل کمک آموزشی، شامل نمایش اسلاید، فیلم، کتابچه آموزشی و برگه‌های راهنما بود. لازم به ذکر است که

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

کتابچه‌ی آموزشی و تجهیزاتی مانند دستگاه سنجش قند خون (گلیکومتر) و برگه‌های راهنما به عنوان یادآور، به علت حجم بالای مطالب به بیماران داده شد. در نهایت، در پایان جلسه‌ی اول، بیماران از طریق پرسش و پاسخ در راستای رسیدن به هدف مورد نظر ارزیابی شدند.

جلسه‌ی دوم آموزش

هدف از جلسه‌ی دوم آموزشی، حساس‌سازی بیماران در مورد مصرف صحیح داروهای خود و هم‌چنین آگاهی و اطلاع از شرایط بیماری دیابت و شیوع و عوارض آن بود. از جمله اهداف دیگر در این جلسه، آشنایی با عوارض ناشی از کنترل نامناسب قندخون در نتیجه‌ی عدم تبعیت از رژیم دارویی بود. هم‌چنین تاثیر تبعیت از رژیم دارویی در نحوه‌ی کنترل قندخون و هم‌چنین موانع موجود برای بیماران توضیح داده شد.

جلسه‌ی سوم آموزش

اهداف کلی مورد نظر در این جلسه شامل آشنایی بیمار با منافع و موانع ناشی از تبعیت از رژیم دارویی و هم‌چنین آشنایی با عوامل تاثیرگذار در پیروی از رژیم دارویی، شامل خانواده، رادیو، تلویزیون، مراکز بهداشتی، سایر بیماران مبتلا به دیابت و عوامل درونی بود.

جلسه‌ی چهارم آموزش

اهداف کلی مورد نظر در این جلسه شامل آشنایی بیماران با پیامدهای ناشی از تغییر خودسرانه در رژیم دارویی، روش کنترل قند با دستگاه گلوکومتر و محل و نحوه‌ی تزریق انسولین بود.

در تمامی جلسات، ارائه برنامه آموزشی به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، استفاده از الگوی رفتار نقش مطلوب همراه با مواد و وسایل کمک آموزشی، شامل وسایل مربوط به نمایش اسلاید، فیلم، تخته وایت برد و ماژیک، کتابچه آموزشی و برگه‌های راهنما بود. لازم به ذکر است که کتابچه‌ی آموزشی و برگه‌های راهنما به عنوان یادآور و به علت حجم بالای مطالب به بیماران داده شد.

اطلاعات پس از جمع‌آوری، در نرم‌افزار آماری spss 20 وارد شدند و تحلیل داده‌ها با آزمون‌های t مستقل و t زوجی انجام پذیرفت و $P<۰/۰۵$ به عنوان سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مطالعه نشان می‌دهد که دو گروه مداخله و شاهد از نظر مشخصات فردی همگن بودند و اختلاف معنی‌داری نداشتند (جدول ۱). در این پژوهش میانگین سنی در گروه مداخله ۶/۹۵±۴۷/۵۵ سال و در گروه شاهد ۵/۸۵±۴۹/۱۷ سال بود که براساس نتایج آزمون t مستقل اختلاف معنی‌داری نداشت (P= ۰/۲۰۲).

جدول ۱- مشخصات دموگرافی کیفی در گروه مداخله و شاهد*

متغیر	کیفیت	گروه شاهد		گروه مداخله		Pvalue
		فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
جنسیت	زن	۳۷	۷۱/۲	۳۶	۷۰/۶	۱/۰۰
	مرد	۱۵	۲۸/۸	۱۵	۲۹/۴	
بیمه	دارد	۵۱	۹۸/۱	۴۷	۹۲/۲	۰/۲۰۵
	ندارد	۱	۱/۹	۴	۷/۸	
تحصیلات	بی‌سواد	۱۱	۲۱/۲	۵	۹/۸	۰/۱۶۷
	ابتدایی	۱۲	۲۳/۱	۱۳	۲۵/۵	
	راهنمایی	۱۰	۱۹/۲	۱۰	۱۹/۶	
	زیر دیپلم	۳	۵/۸	۳	۵/۹	
	دیپلم	۶	۱۱/۵	۱۵	۲۹/۴	
	دانشگاهی	۱۰	۱۹/۲	۵	۹/۸	
سطح درآمد	کم	۱۵	۲۸/۸	۱۷	۳۳/۳	۰/۴۲۸
	مناسب	۳۴	۶۵/۴	۲۸	۵۴/۹	
	خوب	۳	۵/۸	۶	۱۱/۸	

* از آزمون مجذور کای برای مقایسه دو گروه استفاده شد.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

یافته‌ها نشان دادند که پیش از مداخله هیچ‌گونه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه مداخله و شاهد از لحاظ سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی وجود نداشت. پس از مداخله‌ی آموزشی، آزمون t مستقل نشان داد که بین گروه مداخله و شاهد از نظر متغیرهای راهنمای عمل داخلی، خودکارآمدی، منافع درک شده، و شدت درک شده، اختلاف معنی‌داری وجود دارد، ولی از نظر متغیرهای عملکرد، راهنمای عمل خارجی، موانع درک شده و حساسیت درک شده، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت.

بین میانگین نمرات متغیرهای حساسیت درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی، راهنمای عمل داخلی، راهنمای عمل خارجی و عملکرد در گروه مداخله پیش و پس از مداخله‌ی آموزشی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ($p<۰/۰۵$)، در حالی که در گروه شاهد هیچ گونه اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p>۰/۰۵$)(جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص تبعیت از رژیم دارویی بیماران مبتلا به دیابت

متغیر مورد نظر	گروه	قبل از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	آزمون تی زوجی
		میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	
حساسیت درک شده	مورد	۶۵/۱۹±۲۱/۶۳	۷۵/۵۸±۲۱/۸۷	P=۰/۰۰۲
	شاهد	۶۸/۷۵±۱۷/۷۶	۷۰/۱۹±۱۹/۷۰	P=۰/۶۳۶
شدت درک	مورد	۸۸/۷۵±۱۰/۸۵	۹۲/۸۱±۱۱/۳۶	P=۰/۰۶۹
شده	شاهد	۸۴/۶۷±۱۰/۱۲	۸۴/۸۷±۱۲/۳۰	P=۰/۹۱۳
موانع درک	مورد	۵۰/۳۷±۱۳/۷۴	۴۸/۸۰±۱۷/۷۴	P=۰/۴۸۱
شده	شاهد	۴۹/۶۱±۱۳/۹۲	۵۱/۱۹±۱۵/۱۲	P=۰/۴۷۶
منافع درک	مورد	۸۹/۵۷±۱۰/۴۵	۹۳/۲۲±۹/۵۶	P=۰/۰۴۶
شده	شاهد	۸۶/۳۱±۱۰/۴۶	۸۵/۵۴±۱۱/۰۲	P=۰/۶۴۹
خودکارآمدی	مورد	۸۴/۰۷±۱۲/۹۶	۸۹/۸۸±۱۲/۶۳	P=۰/۰۲۱
	شاهد	۸۰/۷۶±۱۱/۳۷	۷۹/۳۰±۱۱/۸۲	P=۰/۳۹۵
راهنمای عمل	مورد	۷۷/۳۳±۲۰/۰۲	۸۵/۸۸±۱۲/۵۵	P=۰/۰۰۷
داخلی	شاهد	۷۹/۴۶±۱۶/۲۹	۷۶/۷۶±۱۸/۴۷	P=۰/۳۲۰
راهنمای عمل	مورد	۶۹/۶۷±۱۴/۷۹	۷۴/۲۴±۱۳/۲۶	P=۰/۰۳۱
خارجی	شاهد	۶۹/۲۹±۱۵/۵۹	۶۹/۲۹±۱۴/۵۱	P=۱/۰۰
عملکرد	مورد	۸۷/۳۸±۱۱/۲۲	۹۰/۷۱±۱۲/۰۱	P=۰/۰۲۶
	شاهد	۸۷/۱۱±۱۳/۱۹	۸۵/۳۲±۱۷/۹۱	P=۰/۲۲۴

بحث

دیابت بیماری مزمنی است که تمام ابعاد زندگی فرد را متاثر می‌سازد و درمان آن نیازمند تغییرات اساسی در شیوه‌ی زندگی بیمار است. با توجه به نقش اساسی آموزش در درمان این نوع بیماری، هدف از انجام مطالعه‌ی حاضر تعیین تأثیر آموزش براساس الگوی اعتقاد بهداشتی بر آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به دیابت شهر اراک بود.

در این مطالعه نگرش بیماران در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی نیز سنجیده شده است که بدین شرح می‌باشد: در مطالعه‌ی حاضر، حساسیت درک شده بیماران دیابتی پس از مداخله‌ی آموزشی افزایش یافت که نتایج به دست آمده با یافته‌های مطالعات مشابه[۱۵-۱۸] و هم‌چنین مطالعات شمسی،[۱۹] آقا ملایی و همکارانش،[۸] اسد زندی و همکارانش،[۲۰] شریفی‌راد،[۲۱] جهانلو و همکارانش،[۲۲] فارسی و همکارانش،[۲۳] مردانی حموله[۱] و مسر [۲۴] همخوانی دارد.

نتایج به دست آمده در مورد افزایش شدت درک شده بیماران دیابتی با یافته‌های مطالعات مشابه از جمله مطالعات،

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

شمسی،[۱۹] آقا ملایی و همکارانش،[۸] مینو اسد زند و همکارانش،[۲۰] شریفی راد،[۲۱] جهانلو و همکارانش،[۲۲] فارسی و همکارانش،[۲۳] مردانی حموله[۱] و مسر [۲۴] همخوانی دارد.

در مطالعه‌ی حاضر، موانع درک شده بیماران دیابتی کاهش یافت، ولی این کاهش معنی‌دار نبود که با یافته‌های مطالعات، شمسی،[۱۹] آقا ملایی و همکارانش،[۸] اسد زندی و همکارانش،[۲۰] شریفی راد،[۲۱] جهانلو و همکارانش،[۲۲] فارسی و همکارانش،[۲۳] و مردانی حموله[۲۴] همخوانی دارد. اما نتایج دو تحقیقی که توسط اسد زندی و همکارانش[۲۰]و هم‌چنین مطالعه‌ای که توسط فارسی و همکارانش انجام شد،[۲۳] با مطالعه حاضر همخوانی ندارد که شاید تفاوت در نحوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها که به دو صورت خود گزارش‌دهی و مصاحبه‌ی چهره به چهره بوده است، به عنوان عاملی موثر در تفاوت باشد. در مطالعه‌ی حاضر، موانع درک شده کاهش داشت، ولی این کاهش معنی‌دار نبود. در مطالعه‌ی ما موانع درک شده به عنوان یکی از موارد پیش‌گویی‌کننده رفتار بود و در آموزش به این سازه توجه شد و هم‌چنین استفاده از بیماران موفق هم مزید بر علت می‌تواند باشد.

نتایج به دست آمده در مورد افزایش منافع درک شده بیماران دیابتی با یافته‌های مطالعات شمسی[۱۹] آقا ملایی و همکارانش،[۸] شریفی راد،[۲۱] و جهانلو و همکارانش[۲۲]همخوانی دارد. اما نتایج دو تحقیقی که توسط اسد زندی و همکارانش[۲۰] و همچنین مطالعه‌ای که توسط فارسی و همکارانش انجام شد،[۲۳] با مطالعه حاضر همخوانی ندارد و پس از مداخله آموزشی منافع درک شده بیماران افزایش نیافت که شاید دلیل این ناهمخوانی نیز تفاوت در ارایه‌ی مطالب در حین مداخلات آموزشی و یا نحوه‌ی تکمیل پرسش‌نامه توسط پرسش‌گر باشد.

نتایج به دست آمده در مورد افزایش خودکارآمدی بیماران دیابتی با یافته‌های مطالعات شمسی،[۱۹] آقا ملایی و همکارانش،[۸] دیدارلو،[۲۵] یان گزیو[i] و همکارانش[۲۶] همخوانی دارد. در مطالعه‌ی حاضر، عملکرد بیماران در زمینه‌ی تبعیت از رژیم دارویی‌شان افزایش یافت. کنترل موفقیت آمیز دیابت به طور عمده بستگی به رفتار بیمار، استفاده از داروهای تجویز شده، عمل به توصیه‌های پزشکی و تغییر در سبک زندگی او دارد.[۲۷] یکی از اقدامات در کنترل دیابت، استفاده از داروهای تجویز شده است. افرادی که پیروی از برنامه دارویی توصیه شده را ادامه نداده بودند، علت آن را نبود انگیزه و خسته شدن از وضع موجود بیان کردند. لذا باید انگیزه لازم در بیماران ایجاد شود تا داروهای تجویز شده را به طور صحیح و مستمر استفاده کرد. کراویتز[ii] و همکارانش گزارش کرده‌اند که ۹۱ درصد از بیمارانشان از داروها به همان نحوی که تجویز شده، استفاده کرده‌اند.[۲۸] اندرسون[iii] و فیتزجرالد[iv] حتی میزان بالاتری از پذیرش برنامه درمانی برای قرص‌های خوراکی پایین آورنده‌ی قند خون و انسولین را گزارش کردند.[۲۹] مطالعات جیانگ[v] و همکـــــارانش،[۳۰] و پاتی[vi] و همکارانش،[۳۱] با مطالعه حاضـــر همسو بود.

نتایج مطالعه حاضر، حاکی از تبعیت نسبتا پایین بیماران مبتلا به دیابت از رژیم دارویی بود که ناشی از اطلاعات کم ایشان بود. با بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی در خصوص تبعیت از رژیم دارویی و اجرای مداخلات آموزشی مبتنی بر رفتارهای موثر بر تبعیت دارویی در سطوح فردی و اجتماعی در بیماری‌های مزمن، در ارتقاء سلامت فردی و اجتماعی گام‌های مثبتی در راستای اعتلای سلامت جامعه برداشته می‌شود.

از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر، گرداوری اطلاعات از طریق خودگزارش‌دهی بود که باید در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

سپاسگزاری: مقاله‌ی حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد ۱۰۷۰ است. بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک که هزینه‌های مطالعه‌ی مذکور را بر عهده داشتند و کلیه بیماران شرکت‌کننده در این مطالعه تقدیر و تشکر می‌شود.

i-Yan Xiao
ii -Kravitz
iii-Anderson
iv -Fitzgerald
v -Yi-der Jiang
vi-Patti

References

1. Mardani Hamuleh M, Piri AR. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorder 2010; 9: 1- 6.
2. Zareban I, Niknami Sh, Hidarnia A, Rakhshani F, Shamsi M, Karimy M. Effective Intervention of Self-Care on

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

Glycaemia Control in Patients With Type 2 Diabetes. Iran Red Crescent Med J 2014; 16: 8311.
3. Guillausseau P. Influence of oral antidiabetic drugs compliance on metabolic control in type 2 diabetes. A survey in general practice. Diabetes Metab 2003; 29: 79–81.
4. Cox DJ, Gonder-Frederick L. Major developments in behavioral diabetes research. J Consult Clin Psychol 1992; 60: 628–38.
5. Chao J, Nau DP, Aikens J, Taylor SD. The mediating role of health beliefs in the relationship between depresssive symptoms and medication adherence in persons with diabetes. Research in Social and Administrative Pharmacy 2005; 1: 508–25.
6. Al-Qazaz HKh, Sulaiman SA, Hassali MA, Shafie AA, Sundram S, Al-Nuri R, et al. Diabetes knowledge, medication adherence and glycemic control among patients with type 2 diabetes. Int J Clin Pharm 2011; 33: 1028–35.
7. Shamsi M, sharifirad G, kachoyee A, hassanzadeh A. The Effect of Educational Program Walking Based on Health Belief Model on Control Suger in Woman by Type 2 Diabetics. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2010; 11: 490-9. [Farsi]
8. Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly's health in Arak. Indian Journal of Medical Sciences 2013; 67: 70-7.
9. Yamaguchi Y, Miura S, Urata H, Himeshima Y, Yamatsu K, Otsuka N, et al. The effectiveness of a multicomponent program for nutrition and physical activity change in clinical setting: Short-term effects of PACE+ Japan. International Journal of Sport and Health Science 2003: 1229-37.
10. Mann DM, Ponieman D, Levental H, Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. J Behav Med 2009; 32: 278–84.
11. Jalali M, Shamsi M, Roozbehani N, Kabir K. Prevalence of urinary tract infection and some factors affected in pregnant women in Iran Karaj city 2013. Middle - East Journal of Scientific Research 2014; 20:781-5.
12. Coppola A, Sasso L, Bagnasco A, Giustina A, Gazzaruso C. The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes: an overview. Endocrine 2015; 22: 65-8.
13. Ghanbari MK, Farazi AA, Shamsi M, Khorsandi M, Esharti B. Measurement of the health belief model (HBM) in nurses hand hygiene among the hospitals . World Applied Sciences Journal 2014; 31: 811-8.
14. Edelman CL, Mandel CL. Health promotion, through out the lifespan. New York: Mosby 2002.
15. Aghamohammadi M. The Effect of Education on Foot Care in Diabetic Patients. Journal of Ardabil University of Medical Sciences and Health Services 2005; 5: 209-12.
16. Baghiani Moghadam MH, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic research centre of Yazd. Ofogh-e-danesh, Journal of Gonabad University of Medical Sciences And Health Services 2007; 13: 21-8.
17. Borzou SR, Biabangardi Z. The effect of dietary edcation upon the level of blood sugar of patient with NIDDM. Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2000; 13: 49-56.
18. Khoshniat M, Komeylian Z, Moadi M, Peimani M, Heshmat R, Baradar jalili R, et al. The effect of three educational method on the level of knowledge of school health care worker of diabetes in elementary school of Tehran, 2003. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2007; 6: 343-9. [Farsi]
19. Shamsi M, sharifirad G, kachoyee A, hassanzadeh A. The effect of walking educational program on knowledge, attitude, performance, and blood sugar in women with type II diabetes. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2010; 17: 175. [Farsi]
20. Asadzandi M, Farsi Z, Najafi Mehri S, Karimi Zarchi AA. Effect of health belief model based education on health beliefs, knowledge, and behavior of diabetic patients. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2006; 6: 169-76. [Farsi]
21. Sharifirad G, Hazavehie S, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism 2006; 8: 231-9. [Farsi]
22. Jahanlou AS, Ghofranipour F, Kimmiagar M, Vafaei M, Heydarnia A, Karami NA. Stopping insulin and achieving a good metabolic control in a heavy drinker five months after stopping alcohol. Acta Med Iran 2005; 49: 122-32.
23. Farsi Z, Jabari M, Ebadi A, Asadi M. Application of Health Belief Model in changing their behaviors, patients with type 2 diabetes. Journal of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences (College of Nursing) Iran 2008; 61: 72-61. [Farsi]
24. 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: 130-8.
25. Didarloo AS. The effect of educational intervention based on the theory of reasoned action developed on promoting self-care behavior among women with type 2 diabetes diabetic clinic temper. [dissertation]. PhD thesis health education, Tehran University of Medical Sciences, 2000: 36-126.
26. Yan Xiao-yun, Du Guang-zhi, Xue Ya-zhuo. Effect of step-by-step self-management education on the self-efficacy of diabetic patients treated with CGMS and CSII. Journal of Qilu Nursing 2009; 2: 20-6.
27. Kamel NM, Badawy YA, El-Zeiny NA, Merdan LA. Sociodemographic determinants of management Behaviour of patients in relation to management of their disease. Eastern Mediterranean Health Journal. 1999; 5: 974-83.
28. Kravitz RL, Hays RD, Sherbourne CD, Dimatteo MR. Recall of recommendations and adherence to advice among patients with chronic medical conditions. Arch Intern Med 1993; 153: 1869-78.
29. Anderson RM, Fitzgerald JT, Oh MS. The relationship between diabetes-related attitudes and patient's self-reported adherence. Diabetes Educ 1993; 19: 287-92.
30. Jiang YD, Chuang LM, Wu HP, Shiau SJ, Wang CH, Lee YJ, et al. Assessment of the function and effect of diabetes education in Taiwan. Diabetes Res Clin Pract 1999; 46: 177-82.
31. Rickheim PL, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education. Diabetes Care 2002; 25: 269-74.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]

Original Article

Evaluation of the Effects of Education Based on Health Belief Model on Medication Adherence in Diabetic Patients

Farahani Dastjani F[1], Shamsi M[1], Khorsandi M[1], Ranjbaran M[2], Rezvanfar M[3]

[1]Department of Health Education, & [2]Department of Epidemiology, & [3]Endocorinologist, Faculty of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, I.R. Iran

e-mail: dr.shamsi@arakmu.ac.ir

Received: 17/10/2015 **Accepted**: 26/04/2016

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is the most common metabolic disorder. This study, conducted in Arak in 2014, aimed to determine the effects of education, based on a health belief model on the adherence to medication among patients with diabetes. Materials and Methods: For this research, a quasi-experimental study, with a before and after design was used for which 130 patients with diabetes of Arak were selected by sampling method and randomly assigned to two groups (65 cases and 65 controls). The data collection tool used was a questionnaire, the validity and reliability of which had been confirmed. Before the training, the questionnaire was completed for both groups. The intervention group received 4 sessions for one month. Three months after the intervention, both case and control groups completed questionnaires and data were analyzed using the appropriate tests. Results: Three months after the educational intervention, perceived susceptibility, perceived benefits, self-efficacy, internal and external guidelines and performance in the field of medication adherence were all significantly increased with pre-intervention ($p<0.05$) while the structures, perceived barriers and perceived severity, did not differ significantly to before intervention status ($p>0.05$). Conclusion: Teaching diabetic patients skills in the context of medication adherence can raise their compliance with medication beneficially affect their health.

Keywords: Diabetes, Health Belief Model, Medication adherence

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2026-11-26]