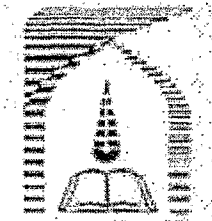




۱۴۲۵

۱۷/۱/۱۵۳۹۱  
۱۷/۱/۵



دانشگاه تربیت مدرس  
دانشکده علوم پزشکی

رساله دوره دکترا در رشته آموزش بهداشت

عنوان

توسعه مدل اعتقاد بهداشتی با مدل محرک ترس و مدل  
ترس Ruiter و ارزیابی تاثیر آن بر میزان HbA1c در  
بیماران دیابتیک نوع دو

نگارش

علیرضا شهاب جهانلو

استاد راهنما

دکتر فضل اله غفرانی پور

اساتید مشاور

دکتر مریم وفائی

دکتر مسعود کیمیگر

پائیز ۱۳۸۷

۱۷/۱/۱۵۳۹۱

توسعه مدل اعتقاد بهداشتی با مدل محرک ترس و مدل  
ترس Ruiter و ارزیابی تاثیر آن بر میزان HbA1c در  
بیماران دیابتیک نوع دو

۱۰۳۶۳۰



بسمه تعالی

تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از رساله دکتری

خانم / آقای علیرضا شهاب جهانلو رشته آموزش بهداشت رساله دکتری واحدی خود را با عنوان: " توسعه مدل اعتقاد بهداشتی با مدل محرک ترس و مدل ترس **Ruiter** و ارزیابی تاثیر آن بر میزان **HbA1C** در بیماران دیابتیک نوع دو " در تاریخ ۸۷/۹/۲۶ ارائه کردند. اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده است و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر فضل الله غفرانی پور	۱- استاد راهنما
	دکتر مسعود کیمیافر	۲- استاد مشاور
	دکتر مریم وفايي	۳- استاد مشاور
	دکتر علیرضا حیدرنیا	۴- استاد ناظر
	دکتر شمس الدین نیکنامی	۵- استاد ناظر
	دکتر داوود شجاعی زاده	۶- استاد ناظر
	دکتر رضا توکلی	۷- استاد ناظر
	دکتر فرخنده امین شکروی	۸- نماینده تحصیلات تکمیلی

آئین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس مبین بخشی از فعالیتهای علمی - پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ای خود، مراتب را قبلا به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را چاپ کند:  
"کتاب حاضر، حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد / رساله دکتری نگارنده در رشته .....  
است که در سال ..... در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی  
.....، مشاوره ..... از آن دفاع شده است."

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداختهای بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تامین نماید.

ماده ۶: اینجانب ..... دانشجوی رشته ..... مقطع .....  
تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضا

چاپ

دستورالعمل حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهشهای علمی  
دانشگاه تربیت مدرس

**مقدمه:** با عنایت به سیاست های پژوهشی دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسانها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیات علمی، دانشجویان، دانش آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهشهای علمی تحت عناوین پایان نامه، رساله و طرحهای تحقیقاتی که با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد ذیل را رعایت نمایند:

**ماده ۱-** حقوق مادی و معنوی پایان نامه ها/ رساله های مصوب دانشگاه متعلق به دانشگاه است و هر گونه بهره برداری از آن باید با ذکر نام دانشگاه و رعایت آیین نامه ها و دستورالعمل های مصوب دانشگاه باشد.

**ماده ۲-** انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و استاد راهنما مسئول مکاتبات مقاله باشند.  
تبصره: در مقالاتی که پس از دانش آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان نامه/ رساله نیز منتشر می شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

**ماده ۳-** انتشار کتاب حاصل از نتایج پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با مجوز کتبی صادره از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه و بر اساس آیین نامه های مصوب انجام می شود.

**ماده ۴-** ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه در جشنواره های ملی، منطقه ای و بین المللی حاصل از نتایج مستخرج از پایان نامه/ رساله و تمامی طرحهای تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق حوزه پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

**ماده ۵-** این دستورالعمل در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۲۵ در شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب لازم الاجرا است و هر گونه تخلف از مفاد این دستورالعمل، از طریق مراجع قانونی قابل پیگیری خواهد بود.

نام و نام خانوادگی  
تاریخ و امضاء

چپ

تقدیم به :

## **روح پدر بزرگوارم و مادر فداکارم**

اولین معلمان زندگی ام که با صبر و گذشت خود برای ترقی و تعالی ام در تمام طول زندگی کوشش نمودند و تمام موفقیت های خود را مدیون آنان هستم.

## **همسر عزیزم**

۱۹ سال، گذشت، فداکاری، صبر و تحمل تجربیات گرانقدری هستند که در زندگی مشترک خود تجربه کرده ایم، از بابت تمام اوقاتی که مانند یک یاور در کنار من بودی و مرا تنها نگذاشتی، و با تشویقها و حمایتهای خود در راه رسیدن به این هدف کمک کردی سپاسگزارم.

## **فرزندان عزیزم صبا و پارسا**

دخترم با ورود تو به دانشگاه من آخرین پله تحصیلات دانشگاهی را پیمودم، دخترم تا این مرحله را، با هوش، دقت، و آینده نگری رسیده ای، ولی از این به بعد باید پشتکار را هم اضافه کنی. پسرم در تو پشتکار، هوش و آینده نگری وجود دارد، ابزار موفقیت تو در آینده اضافه کردن دقت است.

به امید اینکه هر دوی شما مرزهای بالای علم و دانش را در نور دیده و بندگان مومن و صالح پروردگار باشید.

## **خواهران بزرگوارم و برادر گرامی ام**

که همواره پشتیبان من در پیمودن این راه بوده اند.

## تقدیر و تشکر

سپاس و ستایش ویژه پروردگار عالم است که بر هر آشکار و نهانی آگاه است ، اوست بخشنده بی عوض که با جود و کرم خود انسان را با علم و عمل صحیح آشنا نمود و مرزهای دانش را بر او آشکار کرد.

\*\*\*\*\*

بدین وسیله مراتب تشکر و سپاسگذاری خود را از اساتید محترم و همه عزیزانی که این پژوهش را یاری نمودند ، اعلام می دارم .

تقدیم می دارم :

**جناب آقای دکتر فضل اله غفرانی پور استاد محترم راهنما، در تمام مدت چهار سال تحصیل در این رشته یاور من بودند و در تمام موارد با دقت و حوصله تمام ضعفها و نقص های علمی مرا برطرف نمودند ، همواره یاریم دادند. تحصیل علم را در کنار چنین مردی که دارای صفات برجسته انسانی می باشد و عالمی پرتواضع و بی ادعا است، را برای خودم افتخار بزرگی می دانم.**

جناب آقای دکتر مسعود کیمیگر، استاد محترم مشاور که با صبر و حوصله تمام مرا در انجام این پژوهش یاری نمودند

سرکار خانم دکتر مریم وفائی ، استاد محترم مشاور، که با حوصله و پشتکار فراوان مشوق من در انجام این تحقیق بودند.

جناب آقای دکتر حیدرنیا ، استاد محترم مشاور افتخاری، که در تمام این چهار سال و در دوران پژوهش همواره با روی باز مرا از هر نظر حمایت نمودند.

آقایان دکتر فضل ا، احمدی ، دکتر نیکنامی ، سرکار خانم دکتر امین شکروی که کمکهای فراوانی را به این پژوهش نمودند. جناب آقای دکتر سبحانی که با انجام آزمایشات و نظارت دقیق بر آنها امکان یک بررسی دقیق آزمایشگاهی را برای پژوهش فراهم کردند . جناب آقای دکتر بهزاد، جناب آقای دکتر پورکیانی و جناب آقای نادر عالیشان شاه کرمی که مرا در این پژوهش بسیار یاری دادند.

**سپاس بیکران از تمام بیمارانی که در این طرح صمیمانه شرکت نمودند**

## چکیده

مقدمه: امروزه از الگوهای مختلفی برای آموزش بیماران دیابتیک و تغییر رفتار در آنان استفاده می شود تا افراد بتوانند با بدست آوردن مهارتهای جدید و رسیدن به کنترل قند، به هدف پیشگیری و یا به تاخیر انداختن، عوارض این بیماری دست یابند. این پژوهش به منظور بررسی الگوی طراحی شده و تأثیر برنامه آموزشی حاصل از آن، در بیماران دیابتیک انجام گرفت. این الگو با بهره گیری از الگوی اعتقاد بهداشتی و مدل محرک ترس و مدل ترس به عنوان چارچوب تئوریک، طراحی شد. هدف این مطالعه، بررسی این الگو با تأکید بر تمایز تهدید و ترس، و تعیین میزان تأثیر آن، بر تغییرات HbA1c در بیماران دیابتیک می باشد.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی یا مداخله ای از نوع مطالعات کارآزمایی بالینی می باشد، که بر روی ۹۱ نفر از بیماران دیابتیک درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان انجام گرفت. کلیه بیماران از بین کسانی انتخاب شدند که حداقل یک سال از تشخیص دیابت آنان گذشته بود. روند انتخاب بیماران بر این اساس قرار گرفت که بیمارانی که در هفته های فرد مراجعه می نمودند، در یک گروه و بیمارانی که در هفته های زوج مراجعه می کردند، در گروه دیگر قرار می گرفتند. بیماران پس از تکمیل پرسشنامه ها جهت سنجش HbA1c به آزمایشگاه معرفی شدند کلیه بیماران شرکت کننده در طرح به چشم پزشکی معرفی شده و سنجش HbA1c در سه مرحله (بدو ورود به طرح، سه ماه بعد از مداخله آموزشی و شش ماه بعد از مداخله آموزشی) انجام گرفت. تغییر رفتار بر اساس تغییرات HbA1c شش ماه بعد از مداخله تعیین گردید. روش گردآوری اطلاعات علاوه بر سنجش HbA1c، استفاده از ۱۱ پرسشنامه استاندارد که طی مصاحبه مستقیم و سازمان یافته با نمونه های مورد پژوهش توسط کارشناس ارشد آموزش دیده جمع آوری گردید.

نتایج: شش ماه بعد از مداخله آموزشی میانگین HbA1c در گروه مورد مداخله از گروه شاهد کمتر و دو گروه دارای اختلاف معنی دار بودند. میانگین HbA1c شش ماه بعد از مداخله در گروه مداخله کاهش یافته و معنی دار است ولی در گروه شاهد تفاوت معنی داری را نشان نداد. میانگین کل قرص مصرفی در بیماران گروه مداخله و بیماران گروه شاهد در ابتدای بررسی تفاوت معنی داری را نشان نداد، ولی شش ماه بعد از مداخله میانگین کل قرص مصرفی در بیماران گروه مداخله کمتر از بیماران گروه شاهد محاسبه شد، و دو گروه دارای اختلاف معنی دار می باشند. در طی دوران پس از مداخله ۳۰ درصد از بیماران گروه مورد مداخله که انسولین تزریقی می نمودند به علت نرمال شدن قند خون آنان، انسولین به تدریج کاهش و در نهایت قطع گردید. ۸٪ از بیماران گروه مورد مداخله و ۲۴٪ از بیماران گروه شاهد در ابتدای بررسی تنها از رژیم درمانی استفاده می کردند در حالیکه این میزان در شش ماه بعد از مداخله به ۲۶٪ برای گروه مورد مداخله و ۲۴٪ برای بیماران گروه شاهد رسید. در مجموع شش ماه بعد از مداخله گروه مورد مداخله به میزان ۱۰۹۳ قرص در روز کاهش مصرف را نشان داد، در حالیکه گروه شاهد تغییری را نشان نداد.

بحث و نتیجه گیری: این پژوهش نشان داد که تأثیر مدل توسعه یافته اعتقاد بهداشتی در تغییر رفتار بیماران بعد از مداخله آموزشی بالا می باشد و نتایج بدست آمده بر اساس آنالیز مسیر تأکید بر طراحی درست این مدل دارد. این مدل نشان داد که طراحی مداخله آموزشی بر اساس ترس و ارائه واقعیت های بیماری دیابت و عوارض ناشی از آن به بیماران گروه مداخله باعث نتایج سودمندی در درمان بیماران و تداوم رفتار آنان در نگهداری و کنترل قند خون در حد نرمال می گردد. بر اساس نتایج بدست آمده پیشنهاد می گردد مطالعات دیگری بر اساس این مدل انجام گیرد.

کلمات کلیدی: دیابت - مدل اعتقاد بهداشتی - مدل ترس - HbA1c



## فهرست مطالب

عنوان	صفحه
فصل اول- مقدمه و معرفی پژوهش .....	
۱- مقدمه و بیان مسئله پژوهش .....	۱
فصل دوم- کلیات و مروری بر مطالعات انجام شده .....	
۱-۲- مروری بر الگوی اعتقاد بهداشتی .....	۹
۲-۲- مروری بر مدل محرک ترس و مدل ترس .....	۱۴
۱-۲-۲- مدل محرک ترس .....	۱۴
۲-۲-۲- الگوی ترس .....	۱۶
۳-۲- سایر مطالعات در مورد ترس .....	۱۸
۴-۲- مروری بر مطالعات مربوط به هموگلوبین گلیکوزیله .....	۲۵
۵-۲- داروهای مورد استفاده در بیماران دیابتیک .....	۲۶
۶-۲- محدودیتهای الگوی اعتقاد بهداشتی .....	۲۷
۷-۲- تئوری محقق در ایجاد توسعه الگوی اعتقاد بهداشتی با دو الگوی ترس .....	۲۸
فصل سوم - مواد و روش پژوهش .....	
۱-۳- روش انجام پژوهش .....	۲۹
۱-۱-۳- نوع پژوهش .....	۲۹
۲-۱-۳- جامعه پژوهش .....	۲۹
۳-۱-۳- محیط پژوهش .....	۲۹
۲-۳- اهداف مطالعه .....	۳۰
۱-۲-۳- اهداف ویژه .....	۳۰
۳-۳- فرضیه های پژوهش .....	۳۰
۴-۳- تعریف واژه ها .....	۳۳
۱-۴-۳- مداخله .....	۳۱
۲-۴-۳- مداخله آموزشی .....	۳۱
۳-۴-۳- هموگلوبین گلیکوزیله .....	۳۱
۴-۴-۳- کیفیت زندگی .....	۳۲
۵-۴-۳- حساسیت درک شده .....	۳۲
۶-۴-۳- شدت درک شده .....	۳۲
۷-۴-۳- منافع درک شده .....	۳۳
۸-۴-۳- موانع درک شده: .....	۳۳
۹-۴-۳- علائم برای عمل .....	۳۳
۱۰-۴-۳- تهدید درک شده: .....	۳۴
۱۱-۴-۳- خودکارآمدی .....	۳۴
۱۲-۴-۳- ترس .....	۳۴
۱۳-۴-۳- تمایز بین تهدید و ترس .....	۳۴
۱۴-۴-۳- محاسبه شاخص توده بدنی .....	۳۵

۳۵	۱۵-۴-۳ داروهای مورد مصرف
۳۶	۵-۳ متغیرهای پژوهش
۳۶	۶-۳ برآورد حجم نمونه
۳۷	۱-۶-۳ روش نمونه گیری
۳۷	۷-۳ مشخصات نمونه های پژوهش
۳۷	۸-۳ روش و ابزار گردآوری اطلاعات
۳۸	۱-۸-۳ سنجش هموگلوبین گلیکوزیله به روش کالریمتری
۳۸	۲-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده الگوی اعتقاد بهداشتی
۳۹	۳-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده خود کارآمدی
۳۹	۴-۸-۳ پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک بیماران
۳۹	۵-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده میزان دانش و آگاهی بیماران
۴۰	۶-۸-۳ شاخص استاندارد شده ترس
۴۰	۷-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده اثر بخشی درک شده و برآیندمورد انتظار
۴۰	۸-۸-۳ پرسشنامه ایرانی کیفیت زندگی در بیماران دیابتیک
۴۰	۹-۸-۳ پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی
۴۱	۱۰-۸-۳ پرسشنامه رضایت از درمان
۴۱	۱۱-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده رفتار مرتبط با بیماری دیابت
۴۱	۱۲-۸-۳ پرسشنامه استاندارد شده توانمندی درک شده در بیماران دیابتیک
۴۱	۹-۳ اعتبار علمی مقیاس های اندازه گیری و پرسشنامه های مورد بررسی
۴۲	۱۰-۳ مراحل انجام پژوهش
۴۲	۱-۱۰-۳ ارزشیابی تشخیصی
۴۳	۲-۱۰-۳ تجزیه و تحلیل اطلاعات بدست آمده در پیش آزمون
۴۳	۳-۱۰-۳ طراحی محتوای آموزشی
۴۴	۴-۱۰-۳ اجرای مداخله آموزشی
۴۵	۱-۴-۱۰-۳ مراحل برانگیختگی ترس در بیماران
۵۰	۵-۱۰-۳ ارزشیابی نتایج
۵۰	۱۱-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۵۰	۱۲-۳ محدودیت های پژوهش
۵۱	۱۳-۳ امکانات پژوهش
۵۱	۱۴-۳ ملاحظات اخلاقی
	فصل چهارم- نتایج
۵۳	۱-۴ نتایج آنالیز اولیه در ۱۲۸ بیمار برای طراحی مداخله آموزشی :
۵۳	۱-۱-۴ مقایسه آماری فاکتورهای مورد بررسی بر اساس جنس
۵۴	۲-۱-۴ مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه IRDQOL
۵۵	۳-۱-۴ مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه WHOQOL
۵۵	۴-۱-۴ مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی
۵۶	۵-۱-۴ مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه توانمندی درک شده
۵۷	۶-۱-۴ نتایج آماری بیماران بر اساس وضعیت کنترل قند خون

- ۱-۶-۱-۴- مقایسه بیماران بر اساس سن، سال دیابت، شاخص توده بدنی، و لیپید پروفایل بر اساس وضعیت کنترل قند خون ..... ۵۷
- ۷-۱-۴- مقایسه متغیرهای مورد بررسی بر اساس میزان سواد ..... ۵۸
- ۱-۷-۱-۴- مقایسه متغیرهای مورد بررسی در بیماران بی سواد و زیر دیپلم ..... ۶۱
- ۲-۴- نتایج بدست آمده در کل بیماران مورد مداخله و گروه شاهد : ..... ۶۶
- ۱-۲-۴- مقایسه متغیرهای مورد بررسی بر اساس جنسیت ..... ۶۶
- ۲-۲-۴- مقایسه متغیرهای پرسشنامه IRDQOL بر اساس جنسیت ..... ۶۸
- ۳-۲-۴- مقایسه متغیرهای پرسشنامه WHOQOL بر اساس جنسیت ..... ۶۹
- ۴-۲-۴- مقایسه متغیرهای پرسشنامه الگوی اعتقاد بهداشتی بر اساس جنسیت ..... ۷۰
- ۵-۲-۴- مقایسه متغیرهای پرسشنامه توانمندی خود مراقبتی بر اساس جنسیت ..... ۷۰
- ۶-۲-۴- مقایسات آماری بر اساس وضعیت کنترل قند خون در کل بیماران - ..... ۷۱
- ۱-۶-۲-۴- مقایسه سن، میزان شاخص توده بدنی، میزان فاکتورهای لیپید پروفایل، مدت سال دیابت، میزان دانش و آگاهی، رفتار مرتبط با بیماری دیابت و رضایت از درمان بر اساس وضعیت کنترل قند خون ..... ۷۱
- ۳-۴- نتایج مربوط به گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله : ..... ۷۵
- ۱-۳-۴- نتایج بدست آمده از پرسشنامه IRDQOL کیفیت زندگی در گروه مورد مداخله و گروه شاهد : ..... ۸۱
- ۲-۳-۴- نتایج بدست آمده از پرسشنامه توانمندی خود مراقبتی در بیماری دیابت : ..... ۸۳
- ۳-۳-۴- نتایج حاصل از پرسشنامه تعیین رفتار مرتبط با بیماری دیابت در گروه مورد مداخله و گروه شاهد در ابتدای بررسی ..... ۸۹
- ۴-۳-۴- مقایسه بیماران بر اساس سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی و خودکارآمدی ..... ۹۰
- ۵-۳-۴- نتایج بدست آمده از پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL ..... ۹۱
- ۴-۴- مقایسات آماری فاکتورهای مورد بررسی در ابتدای مداخله و پس از مداخله : ..... ۹۱
- ۵-۴- مقایسه HbA1c در دو گروه مورد بررسی ۳ ماه و ۶ ماه پس از مداخله : ..... ۹۳
- ۶-۴- مقایسه گروه شاهد و گروه مورد مداخله بر اساس میزان قرص کاهش دهنده قند خون در ابتدای ورود به طرح و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۵
- ۷-۴- استفاده از آنالیز رگرسیون قدم به قدم ( تدریجی ) برای پیش بینی تاثیر متغیرهای مختلف در تغییر رفتار ..... ۹۹
- ۸-۴- بررسی ارتباط مابین سازه های مورد بررسی بر اساس آنالیز مسیر ..... ۹۹
- فصل پنجم- بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات ..... ۱۰۵
- ۱-۵- بررسی تاثیر متغیرهای مختلف بر یک دیگر در کنترل قند خون بیماران ..... ۱۰۵
- ۱-۱-۵- متغیر HbA1c - ..... ۱۰۵
- ۲-۱-۵- متغیر دانش و آگاهی - ..... ۱۰۶
- ۳-۱-۵- متغیر سواد- ..... ۱۰۷
- ۴-۱-۵- متغیر رضایت از درمان - ..... ۱۰۷
- ۵-۱-۵- متغیر مدت زمان بیماری - ..... ۱۰۸
- ۶-۱-۵- متغیر رژیم غذایی ..... ۱۰۹
- ۷-۱-۵- متغیر مراجعه منظم به پزشک - ..... ۱۰۹
- ۸-۱-۵- متغیر تحرک بدنی و ورزش- ..... ۱۰۹
- ۹-۱-۵- متغیر پایش منظم قند خون- ..... ۱۱۰
- ۱۰-۱-۵- متغیر آگاهی بیمار نسبت به عوارض بیماری- ..... ۱۱۲
- ۱۱-۱-۵- پایش مرتب وزن- ..... ۱۱۲
- ۱۲-۱-۵- کیفیت زندگی- ..... ۱۱۳

- ۱۱۴..... ۵-۱-۱۳-متغیرهای سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی -
- ۱۱۵..... ۵-۱-۱۴-متغیر ترس-.....
- ۱۱۶..... ۵-۱-۱۵-متغیر توجه به اطلاعات احتیاطی-.....
- ۱۱۷..... ۵-۱-۱۶- حفظ رفتار و چگونگی پایش -.....
- ۱۲۱..... ۵-۲- متغیرهای بدست آمده در در الگوی نهائی و نحوه ارزش دهی به آنان-.....
- ۱۲۴..... پیشنهادات
- ۱۲۴..... الف) پیشنهادات کاربردی
- ۱۲۴..... ب) پیشنهادات جهت پژوهش های بعدی

منابع

ضمائم

چکیده به زبان انگلیسی

## فهرست جداول و نمودارها

عنوان

صفحه

جدول شماره ۴-۱ -	مقایسه بیماران از نظر سن، تعداد فرزند، مدت سال دیابت، LDL، HbA1c و تری گلیسیرید در دو جنس زن و مرد	۵۳
جدول شماره ۴-۲ -	مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه IRDQOL	۵۴
جدول شماره ۴-۳ -	مقایسه دو گروه بر اساس جنس و ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL	۵۵
جدول شماره ۴-۴ -	مقایسه از نظر شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی بر اساس جنس	۵۶
جدول شماره ۴-۵ -	مقایسه بیماران در چهار بعد پرسشنامه توانمندی خودمراقبتی در بیماری دیابت (بعد دانش، نگرش، عملکرد و حمایت خانواده) بر اساس جنس	۵۷
جدول شماره ۴-۶ -	مقایسه فاکتورهای مورد بررسی در بیماران بر اساس وضعیت کنترل قند خون	۵۸
جدول شماره ۴-۷ -	مقایسه متغیرهای دانش و آگاهی، رضایت از درمان و ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی IRDQOL و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی بر اساس کنترل قند خون	۵۹
جدول شماره ۴-۸ -	مقایسه از نظر شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده و خودکارآمدی بر اساس کنترل قند	۶۰
جدول شماره ۴-۹ -	مقایسه بیماران در چهار بعد پرسشنامه توانمندی خودمراقبتی در بیماری دیابت (بعد دانش، نگرش، عملکرد و حمایت خانواده) بر اساس کنترل قند	۶۱
جدول شماره ۴-۱۰ -	مقایسه بیماران بر اساس فاکتورهای مورد بررسی بر اساس سطح سواد	۶۲
جدول شماره ۴-۱۱ -	مقایسه نظر دانش و آگاهی، رضایت از درمان، نوع کیفیت زندگی و نگرش بیمار در مورد دیابت بر اساس سطح سواد	۶۳
جدول شماره ۴-۱۲ -	مقایسه ابعاد مختلف دو پرسشنامه کیفیت زندگی IRDQOL و WHOQOL در بیماران دیابتیک بر اساس سطح سواد	۶۴
جدول شماره ۴-۱۳ -	مقایسه دو گروه از نظر شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی بر اساس سطح سواد	۶۵
جدول شماره ۴-۱۴ -	مقایسه بیماران در چهار بعد پرسشنامه توانمندی خودمراقبتی در بیماری دیابت (بعد دانش، نگرش، عملکرد و حمایت خانواده) بر اساس سطح سواد	۶۶
جدول شماره ۴-۱۵ -	مقایسه بیماران از نظر سن، مدت سال دیابت، میزان دانش و آگاهی، رفتار مرتبط با بیماری، رضایت از درمان، BMI، HbA1c، LDL، Chol، HDL، و تری گلیسیرید در دو جنس زن و مرد	۶۷
جدول شماره ۴-۱۶ -	مقایسه بر اساس جنس و یافته های مربوط به پرسشنامه IRDQOL	۶۸
جدول شماره ۴-۱۷ -	مقایسه دو گروه بر اساس جنس و ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL	۶۹
جدول شماره ۴-۱۸ -	مقایسه دو گروه از نظر شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی بر اساس جنس	۷۰
جدول شماره ۴-۱۹ -	مقایسه بیماران در چهار بعد پرسشنامه توانمندی خودمراقبتی در بیماری دیابت بر اساس جنس	۷۱

- جدول شماره ۴-۲۰ - مقایسه فاکتورهای سن، BMI، Chol، HDL، LDL، TG، مدت سال دیابت، میزان دانش و آگاهی، رفتار مرتبط با بیماری و رضایت از درمان بر اساس کنترل قند ..... ۷۲
- جدول شماره ۴-۲۱ - مقایسه بیماران در چهار بعد پرسشنامه توانمندی خودمراقبتی در بیماری دیابت (بعد دانش، نگرش، عملکرد و حمایت خانواده) بر اساس کنترل قند خون ..... ۷۳
- جدول شماره ۴-۲۲ - مقایسه بیماران در ابعاد مختلف پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی WHOQOL بر اساس وضعیت کنترل قند خون ..... ۷۳
- جدول شماره ۴-۲۳ - مقایسه بیماران در یافته‌های مربوط به IRDQOL بر اساس وضعیت کنترل قند خون ..... ۷۴
- جدول شماره ۴-۲۴ - مقایسه دو گروه از نظر شدت درک شده، حساسیت درک شده، منافع درک شده، موانع درک شده و خودکارآمدی بر اساس کنترل قند خون ..... ۷۴
- جدول شماره ۴-۲۵ - مقایسه بیماران دو گروه (مداخله و شاهد) بر اساس جنس ..... ۷۵
- جدول شماره ۴-۲۶ - مقایسه بیماران بر اساس وضعیت تاهل در بین دو گروه شاهد و مورد مداخله ..... ۷۹
- جدول شماره ۴-۲۷ - تعداد و درصد فرزندان در بیماران گروه مداخله و بیماران گروه شاهد ..... ۷۶
- جدول شماره ۴-۲۸ - مقایسه بیماران بر اساس وضعیت سواد در بین گروه مورد مداخله و گروه شاهد ..... ۷۷
- جدول شماره ۴-۲۹ - تعداد و درصد بیماران در هر رده شغلی در بیماران گروه مداخله و بیماران گروه شاهد ..... ۷۷
- جدول شماره ۴-۳۰ - تعداد و درصد بیماران بر اساس نوع دیابت در بیماران گروه مداخله و بیماران گروه شاهد ..... ۷۸
- جدول شماره ۴-۳۱ - تعداد و درصد بیماران بر اساس نوع درمان (رژیم و درمان دارویی) در بیماران گروه مداخله و بیماران گروه شاهد ..... ۷۸
- جدول شماره ۴-۳۲ - تعداد و درصد بیماران دو گروه بر حسب نوع عارضه که بر اثر دیابت در آنان دیده شده است ..... ۷۹
- جدول شماره ۴-۳۳ - میانگین و انحراف معیار HbA1c, LDL, HDL, Chol, TG در بیماران دو گروه در ابتدای بررسی ..... ۷۹
- جدول شماره ۴-۳۴ - تعداد و درصد افراد سیگاری و غیر سیگاری در بیماران مورد مداخله و بیماران گروه شاهد ..... ۸۰
- جدول شماره ۴-۳۵ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس نمره کل دانش و آگاهی، رضایتمندی از درمان و رفتار مرتبط با بیماری در ابتدای بررسی ..... ۸۰
- جدول شماره ۴-۳۶ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس نوع کیفیت زندگی بیمار در ابتدای بررسی ..... ۸۱
- جدول شماره ۴-۳۷ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس وضعیت زندگی اگر دیابت نداشتیم در ابتدای بررسی ..... ۸۲
- جدول شماره ۴-۳۸ - مقایسه بیماران دو گروه در ابتدای بررسی بر اساس نمره کل کیفیت عمومی، کیفیت اختصاصی و کیفیت کل زندگی پرسشنامه IRDQOL ..... ۸۲
- جدول شماره ۴-۳۹ - مقایسه بیماران دو گروه در ابتدای بررسی از نظر بعد روانی، بعد اجتماعی، بعد جسمانی و بعد روحانی پرسشنامه IRDQOL ..... ۸۳
- جدول شماره ۴-۴۰ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس توجه به گفته‌های پزشک ..... ۸۳
- جدول شماره ۴-۴۱ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس رعایت برنامه غذایی در ابتدای بررسی ..... ۸۴
- جدول شماره ۴-۴۲ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس مراجعه مرتب به پزشک در ابتدای بررسی ..... ۸۵
- جدول شماره ۴-۴۳ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس توجه به رعایت بهداشت دهان و دندان و مسواک زدن در ابتدای بررسی ..... ۸۵
- جدول شماره ۴-۴۴ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس کاهش و یا افت قند خون در طی یکسال گذشته در ابتدای بررسی ..... ۸۶
- جدول شماره ۴-۴۵ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر اساس افزایش قند خون در طی یکسال گذشته ..... ۸۶
- جدول شماره ۴-۴۶ - مقایسه بیماران بر اساس ورزش به صورت روزانه در بین دو گروه در ابتدای بررسی ..... ۸۷

- جدول شماره ۴-۴۷ - تعداد و درصد بیماران مورد بررسی در هر دو گروه قبل از مداخله از نظر مراجعه بیمار به پزشک و دندانپزشک در طول یک سال گذشته ..... ۸۷
- جدول شماره ۴-۴۸ - مقایسه بیماران بر اساس بعد دانش، نگرش، عملکرد و حمایت پرسشنامه توانمندی خود مراقبتی در بیماری دیابت در ابتدای بررسی ..... ۸۸
- جدول شماره ۴-۴۹ - مقایسه بیماران بر اساس مصرف دخانیات، اندازه گیری شخصی قند خون، معاینه پاها برای تاول و بریدگی و کنترل وزن در هر دو گروه قبل از مداخله بر حسب درصد ..... ۸۹
- جدول شماره ۴-۵۰ - مقایسه بیماران در گروه مورد مداخله و گروه شاهد بر علتهای انجام ندادن اندازه گیری شخصی قند خون در ابتدای بررسی ..... ۸۹
- جدول شماره ۴-۵۱ - مقایسه بیماران بر اساس رعایت مصرف دارو در زمان مشخص شده در هر دو گروه قبل از مداخله ..... ۹۰
- جدول شماره ۴-۵۲ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس الگوی اعتقاد بهداشتی و خود کار آمدی در ابتدای بررسی ..... ۹۰
- جدول شماره ۴-۵۳ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس ابعاد پرسشنامه WHOQOL در ابتدای بررسی ..... ۹۱
- جدول شماره ۴-۵۴ - مقایسه یک سری از فاکتورهای مورد بررسی قبل و بعد از مداخله در گروه مورد مداخله ..... ۹۲
- جدول شماره ۴-۵۵ - مقایسه قبل و بعد یک سری از فاکتورهای مورد بررسی در زمان مداخله در گروه شاهد ..... ۹۲
- جدول شماره ۴-۵۶ - مقایسه بیماران بر اساس میزان HbA1c در ابتدای بررسی و سه ماه بعد از مداخله ..... ۹۳
- جدول شماره ۴-۵۷ - مقایسه بیماران بر اساس میزان HbA1c در ابتدای بررسی و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۴
- جدول شماره ۴-۵۸ - مقایسه بیماران بر اساس میزان HbA1c در ابتدای بررسی و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۴
- جدول شماره ۴-۵۹ - مقایسه گروه شاهد و گروه مورد مداخله بر اساس میزان کل قرص مصرفی در ابتدای ورود به طرح و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۶
- جدول شماره ۴-۶۰ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس میزان گلی بن کلامید مصرفی در ابتدای ورود به طرح و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۷
- جدول شماره ۴-۶۱ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس میزان کل متفورمین مصرفی در ابتدای ورود به طرح و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۸
- جدول شماره ۴-۶۲ - مقایسه بیماران دو گروه بر اساس میزان کل انسولین تزریقی در ابتدای ورود به طرح و شش ماه بعد از مداخله با احتساب منظور نمودن صفر برای کسانی که انسولین آنها قطع شده است ..... ۹۸
- نمودار شماره ۴-۱ - میانگین HbA1c در سه دوره زمانی (ابتدای بررسی، سه ماه بعد از مداخله و شش ماه بعد از مداخله) ..... ۹۵
- نمودار شماره ۴-۲ - میانگین قرص مصرفی کاهش دهنده قند خون در بیماران مورد بررسی در فاصله زمانی ابتدای بررسی و شش ماه بعد از مداخله ..... ۹۷

## فهرست تصاویر

صفحه	عنوان
۸	تصویر ۱-۱- الگوی توسعه یافته اعتقاد بهداشتی با مدل محرک ترس و مدل ترس
۱۰	تصویر ۱-۲- الگوی اعتقاد بهداشتی و سازه های مربوط به آن
۱۵	تصویر ۲-۲- مدل محرک ترس و اجزاء مختلف آن
۱۷	تصویر ۳-۲- مدل ترس که توسط رویتر با استفاده از مطالعات قبلی ارائه گردید
۱۰۰	تصویر شماره ۱-۴ آنالیز مسیر - Path analysis برای قصد احتیاطی به صورت تئوریک
۱۰۱	تصویر شماره ۲-۴ آنالیز مسیر - Path analysis برای نگهداری رفتار به صورت تئوریک
	تصویر شماره ۳-۴ آنالیز مسیر - Path analysis برای نگهداری رفتار به صورت عملی بر اساس میزان HbA1c سه ماه
۱۰۲	پس از برانگیختگی ترس
	تصویر شماره ۴-۴ آنالیز مسیر - Path analysis نگهداری رفتار به صورت عملی بر اساس میزان HbA1c شش ماه بعد از
۱۰۳	مداخله (۱۰ متغیر)
	تصویر شماره ۴-۵ آنالیز مسیر - Path analysis نگهداری رفتار به صورت عملی بر اساس میزان HbA1c شش ماه بعد از
۱۰۴	مداخله (۱۳ متغیر)



فصل اول

مقدمه و معرفی

پژوهش

## ۱- مقدمه و بیان مسئله پژوهش

در قرن حاضر با روند رو به رشد صنعتی شدن و بالا رفتن میزان امید زندگی، شاهد تغییرات وسیع در سبک زندگی مردم سراسر جهان هستیم، از نتایج این تغییرات، دگرگونی در الگوی بیماریها و شایع شدن بیماریهای مزمن از جمله دیابت است<sup>[۱]</sup>. این بیماری یکی از شایعترین بیماریهای غیر واگیر در سطح جهان می باشد که حدود ۶ درصد مردم جهان را در بر می گیرد<sup>[۲]</sup>، شیوع این بیماری در برخی از مناطق که چاقی و زندگی بدون فعالیت وجود دارد به حد اپیدمی می رسد<sup>[۳]</sup>، نزدیک به ۳ میلیون نفر در ایران به دیابت مبتلا می باشند<sup>[۴]</sup>. این بیماری با عوارض متعددی مانند رتینوپاتی، عوارض کلیوی، نوروپاتی، عوارض حاد متابولیک همراه می باشد<sup>[۵]</sup> و بعنوان یک مشکل بهداشتی مهم و پرهزینه هم برای بیماران و هم برای سیستم مراقبت های بهداشتی شناخته می شود<sup>[۶]</sup>. مطالعات مختلف نشان می دهد که با کنترل قند خون بیمار، می توان یک زندگی معتدل را برای آنان امکان پذیر نمود و دست اندرکاران بهداشتی می توانند به کمک آموزش در این راه کمک نمایند<sup>[۷]</sup>. سازمان بهداشت جهانی بهترین روش جهت کنترل قند در بیماران دیابتیک را آموزش می داند و طی گزارشی اعلام نمود، آگاهی از بیماریهای غیر واگیر و عوامل خطر مرتبط با آنها، در میان مردم، کارکنان بهداشتی و تصمیم گیران پائین می باشد، و برنامه ریزی در سطوح ملی و منطقه ای جهت آگاهی دادن و اطلاع رسانی در مورد عوامل خطر و چگونگی اجتناب از آنها، لازم و ضروری است که این امر می تواند از طریق رسانه های ارتباط جمعی، عملیات و طرح های ویژه بهداشتی و سیستم اطلاع رسانی عمومی در تمام سطوح جامعه انجام گیرد<sup>[۸]</sup>.

امروزه جهت کاهش عوامل خطر نیازمند به تغییرات در رفتار فرد، ارائه اطلاعات مفید و مؤثر و طرح برنامه های آموزشی و ارتباطی مناسب می باشیم<sup>[۹]</sup>. تعدیل و کاهش عوامل خطر در سطح جامعه تأثیر بسیار مهم و مؤثری دارد و پیشگیری در این سطح بهترین گزینه برای بسیاری از کشورهای در حال توسعه با منابع محدود است، در صورتیکه تجارب بین المللی نشان داده، مداخلات در حین مراحل بالینی بیماری، خصوصاً مداخلات با تکنولوژی پیشرفته، تأثیر محدود داشته و حتی برای ثروتمندترین کشورها گران و پرهزینه است. برآورد این هزینه در کشورهای مختلف انجام گرفته است، بطوریکه در آمریکا هزینه مراقبت از ۱۰/۳ میلیون بیمار دیابتیک در سال ۱۹۹۷ معادل با ۲۰/۴ بیلیون دلار برآورد شده است<sup>[۱۰]</sup>، با وجود تحمیل چنین هزینه سنگینی بر دوش سیستم های درمانی این کشور و بیماران،

این بیماری به عنوان ششمین علت مرگ و میر در این کشور شناخته می شود<sup>[۳]</sup>. برآورد دقیق هزینه درمانی دیابت در کشور ما تا کنون انجام نشده است ولی مطالعات محدودی در طی سالهای ۱۳۷۶ - ۱۳۷۷ نشان داد که هزینه درمانی این بیماران در سال بیش از ۶۰۰ میلیارد تومان می باشد<sup>[۱۱]</sup>، که شامل هزینه های مستقیم و غیر مستقیم این بیماری است. این بیماری از لحاظ اجتماعی نیز خسارت های جبران ناپذیری را بوجود می آورد مواردی مانند میزان عمر از دست رفته، قطع عضو، کوری، از دست دادن کلیه ها، تعداد روز کاری از دست رفته از این قبیل می باشند که می توان با کنترل قند خون بیمار نه تنها از بروز این موارد جلوگیری نمود بلکه هزینه های مربوط به این بیماری را نیز کاهش داد<sup>[۷]</sup>، بهترین روش جهت رسیدن به این هدف آموزش بیماران می باشد<sup>[۸]</sup>، این افراد نیازمند راهنمایی برای کسب مهارتهای جدید و تغییر در سبک زندگی هستند تا بدینوسیله بتوانند نگرش و عملکرد لازمه را برای کنترل قند خون بدست آورند<sup>[۱۲]</sup>.

شواهد موجود نشانگر این است که با عملکرد مناسب و موثر توسط ارائه دهندگان خدمات بهداشتی درمانی، ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی و کنترل صحیح این بیماری می توان از خطر عوارض تا حد قابل ملاحظه ای جلوگیری کرد. چالش اصلی در درمان مبتلایان به دیابت، اطمینان از این است که تمامی بیماران به مراقبت های مناسب دسترسی کافی داشته باشند و این امر با شناخت زودرس موارد، و آموزش کافی به میزان قابل توجهی میسر خواهد شد<sup>[۱]</sup>.

درمان دیابت به میزان زیاد بستگی به رفتار و خود مراقبتی بیمار دارد<sup>[۱۳]</sup>، در مطالعات مختلف نشان داده اند که بین آنچه بیماران باید انجام دهند و آنچه بطور واقعی جهت کنترل دیابت لازم است، فاصله وجود دارد<sup>[۱۴]</sup> و آموزش نقش موثر و چشمگیری در افزایش آگاهی و اصلاح نگرش و افزایش عملکرد ایفا می کند<sup>[۱۲]</sup>، توانائی و آمادگی بیماران به آموختن، بستگی به نیازهای آنها و اعتقادات شخصی اشان، دارد و پیام های آموزشی تنها زمانی معنی دار هستند که شخصی که آنها را می شنود، آمادگی داشته باشد که بخواهد بیاموزد<sup>[۱۵]</sup>.

امروزه از الگوهای مختلفی برای آموزش بیماران و تغییر رفتار در آنان استفاده می شود تا افراد دیابتیک بتوانند با بدست آوردن مهارتهای جدید و رسیدن به کنترل قند به هدف پیشگیری و یا به تاخیر انداختن عوارض این بیماری

دست یابند<sup>[۱۶]</sup>. الگوها و تئوری‌هایی مانند، الگوی اعتقاد بهداشتی، الگوی رفتار اجتماعی<sup>۱</sup>، تئوری خود کارآمدی از این قبیل می‌باشند. این تئوری‌ها دانش پایه را در مورد مکانیسم‌های تأثیر گذار محیطی و روانشناختی بیماران، برای پذیرش، تبعیت و پیروی از رفتارهای مناسب، که ممکن است نتایج کوتاه مدت و بلند مدت دیابت را بهبود بخشند، حمایت می‌کنند و همچنین دستورالعمل‌هایی را برای محققان به منظور توسعه و گسترش رویکردهای آموزش، فراهم کرده است. این دستورالعمل‌ها سبب بهبود پذیرش، و پیروی از رفتارهای مناسب مانند رعایت رژیم غذایی می‌گردد که نتیجه آن کنترل قند در دراز مدت است<sup>[۱۵]</sup>.

الگوی اعتقاد بهداشتی ارتباط بین منافع بهداشتی درک شده و موفقیت فرد را در خود مراقبتی و اتخاذ رفتار مناسب تشخیص و توضیح می‌دهد، این الگو به عنوان یک شیوه ساختاری برای بیان و پیش بینی رفتارهای بهداشتی و پیشگیری کننده مطرح می‌باشد<sup>[۱۷]</sup>. سازه‌های مختلف این الگو شامل منافع درک شده، موانع درک شده، حساسیت درک شده و شدت درک شده است که بعداً خودکارآمدی و راهنما برای عمل، به آن اضافه گردید.

دیابت قندی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های آندوکرینی است و به علت متغیر بودن استانداردهای تشخیص، تخمین میزان واقعی، کار دشواری است. تقسیم بندی دیابت به دو صورت انجام می‌گیرد در دسته بندی اول که بر اساس وابستگی به انسولین می‌باشد بیماران به گروه دیابت قندی وابسته به انسولین و دیابت قندی غیر وابسته به انسولین تقسیم می‌گردند و در دسته بندی دوم که بر اساس علل این بیماری است، گروه بندی بیماران بر اساس بیماری‌های پانکراس، هموکروماتوز، اختلالات هورمونی، سندرمهای ژنتیکی، علل دارویی، اختلال گیرنده‌های انسولین و دیابت حاملگی می‌باشد<sup>[۱۸]</sup>. این بیماری علاوه بر عوارض حاد متابولیک (کتواکسیدوز دیابتی و کمای هیپراسمولار) با عوارض طولانی مدت و خیمی از قبیل: عوارض چشمی، عوارض کلیوی، عوارض عصبی، عوارض قلب و عروق، و پای دیابتی همراه است<sup>[۱۹]</sup>. تقریباً ۱۵٪ از کسانی که مبتلا به دیابت هستند دچار عوارضی همچون عفونت، زخم و گانگرن<sup>۲</sup> پا که در مواردی منجر به قطع عضو می‌گردد، می‌شوند<sup>[۳]</sup>.

1 - Socio\_Behavioral Model

2- Gangrene