

Health Beliefs Model and Self Efficacy among Type II Diabetic Patients

Dr. Alaa Taweel *
Dr. Walaa sberah*
Sammar Ahmad ***

(Received 30 / 1 / 2022. Accepted 18 / 4 / 2022)

□ ABSTRACT □

Diabetes is not a purely medical problem, because the expected outcomes of the disease depends on the patient's participation, behavior and beliefs about the disease, based on the idea that good health is the product of a cumulative personal achievement. Therefore, the current study aimed to evaluate the model of health beliefs and self-efficacy among patients with type II diabetes in the city of Lattakia, using the descriptive exploratory approach. Data were collected from 50 patients of both sexes in the eighth health center, they were selected by appropriate non-random sampling method, and data were collected using diabetes health belief model and diabetes self-efficacy scale. The results showed that the largest proportion of patients (46%) over the age of 60 years, about half (48%) of them had the disease more than 10 years ago. The study also showed that patients had a negative perception of susceptibility to disease complications (7.17 ± 2.7) and barriers to initiating healthy behaviors (24.39 ± 7.1), with a positive perception of disease severity and complications (10.53 ± 5.9) and positive cues of starting work (34.1 ± 3.5) on changing Their unhealthy behaviors. Also (48%) of the patients had a moderate self- efficiency in their ability to perform healthy behaviors, with statistically significant differences in their health beliefs related to age and educational level ($P \leq 0.05$), and self-efficacy increased with the presence of a family history of the disease. Therefore, the current study recommends that education and awareness programs for diabetes patients be designed according to their needs, with a focus on raising the level of self-efficacy and removing barriers to implementing the health behaviors required to prevent the aggravation and complications of the disease.

Key words: health belief model, self-efficacy, type II diabetes mellitus

* Assistant Professor - Faculty Of Nursing Administration Department- Tishreen University- lattakia- syria .

**Postgraduate Student, Faculty of Nursing, Tishreen University- lattakia- syria.
sammarahmad@tishreen.edu.sy

نموذج الاعتقادات الصحية والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط II

د. علاء طويل*

د. ولاء اصبيره*

سمر أحمد**

(تاريخ الإيداع 30 / 1 / 2022. قُبِلَ للنشر في 18 / 4 / 2022)

□ ملخص □

الداء السكري ليس مشكلة طبية صرفة، لأن النتائج المتوقعة للمرض تعتمد على مشاركة المريض وسلوكه واعتقاداته عن المرض انطلاقاً من فكرة أن الصحة الجيدة هي نتاج إنجاز شخصي تراكمي. لذا هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم نموذج الاعتقادات الصحية والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط II في مدينة اللاذقية، باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي جمعت البيانات في المركز الصحي الثامن من 50 مريضاً من كلا الجنسين، تم اختيارهم بطريقة الاعتيان الملائم غير العشوائي، باستخدام نموذج الاعتقاد الصحي ومقياس الكفاءة الذاتية لمرضى السكري. أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من المرضى (46%) أعمارهم فوق سن 60 سنة، تم تشخيص المرض لدى حوالي نصفهم (48%) منذ أكثر من 10 سنوات. كما بينت الدراسة أن لدى المرضى إدراك سلبي لقابلية التعرض لمضاعفات المرض (2.7±7.17) وللحاجز الخاصة بالبدء بالسلوكيات الصحية (7.1±24.39)، مع ادراك إيجابي لشدة المرض ومضاعفاته (10.53±5.9) وإشارات إيجابية للبدء بالعمل (34.1±3.5) على تغيير سلوكياتهم غير الصحية. كذلك لدى (48%) من المرضى كفاءة ذاتية متوسطة في قدرتهم على القيام بالسلوكيات الصحية مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاعتقادات الصحية لديهم مرتبطة بالعمر والمستوى التعليمي ($P \leq 0.05$)، وازدادت الكفاءة الذاتية مع وجود تاريخ عائلي للإصابة بالمرض. لذلك توصي الدراسة الحالية بتصميم برامج تثقيف وتوعية مرضى السكري وفق احتياجاتهم مع التركيز على رفع مستوى الكفاءة الذاتية وإزالة العوائق أمام تنفيذهم للسلوكيات الصحية المطلوبة لمنع مضاعفات المرض.

الكلمات المفتاحية: نموذج الاعتقاد الصحي، الكفاءة الذاتية، السكري من النمط II.

*أستاذ مساعد - كلية التمريض - جامعة تشرين - سورية.

** طالبة دراسات عليا - كلية التمريض - جامعة تشرين - سورية. sammarahmad@tishreen.edu.sy

مقدمة

يعتبر الداء السكري المرض الاستقلابي الأكثر شيوعاً بين الأمراض المزمنة، وهو مشكلة صحية عالمية، يؤثر على أكثر من (200) مليون شخص في جميع أنحاء العالم، ومن المتوقع أن يتضاعف هذا الرقم بحلول عام (2030). [1] وفقاً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية من المتوقع أن يصبح الداء السكري سابع عامل مسبب للوفاة في عام 2030، بالإضافة لزيادة عدد الأشخاص المصابين به من 108 ملايين شخص في عام 1980 إلى 422 مليون شخص في عام 2014، كما ارتفع معدل انتشاره على الصعيد العالمي لدى البالغين الذين تزيد أعمارهم عن 18 سنة من 4.7% في عام 1980 إلى 8.5% في عام 2014، وكذلك سجل معدل انتشاره ارتفاعاً أسرع في البلدان ذات الدخل المتوسط والمنخفض بسبب النمو السكاني والتقدم وزيادة معدل العمر، وزيادة انتشار البدانة ونمط الحياة المستقرة. [2]

يشكل داء السكري من النمط II حوالي 90 إلى 95% من حالات مرضى السكري ويحدث في معظم الأحيان في سن أكبر من 40 سنة. [1,2] وهو سبب رئيسي للعمى والفشل الكلوي والنوبات القلبية والسكتات الدماغية وبتن الأطراف السفلية، كما يحدث حوالي نصف مجموع حالات الوفاة الناجمة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم قبل بلوغ 70 سنة من العمر، كما يفرض السكري تكاليف كبيرة مباشرة وغير مباشرة على أنظمة الرعاية الصحية ويفرض عبئاً اقتصادياً كبيراً على المريض والمجتمع، [3] ويرتبط جزء كبير من هذه التكاليف بمضاعفات المرض على المدى الطويل، مثل أمراض القلب التاجية والسكتة الدماغية. [4]

تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية عام 2017 إلى إن نسبة انتشار مرض السكري بين السكان في سورية وصلت إلى 11.9% من السكان، وترتفع هذه النسبة في أعمار الكهولة لتصل إلى (20%) ، لتحل سورية بذلك المرتبة الثالثة عشرة على مستوى العالم. [5] كما كشفت إحصائيات صادرة عن "رابطة أمراض الغدد الصم والسكري عام 2017 أن نسبة المصابين بداء السكري من النمط II بسوريا، تراوحت بين 14% إلى 24% أي أن عدد المصابين يتراوح بين 4 إلى 5 ملايين مصاب، كما لوحظ أيضاً انتشاراً واسعاً لداء السكري بين السكان خلال فترة الحرب وصل إلى حد الوباء، ولاسيما أولئك الذين تراوحت أعمارهم ما بين 30 إلى 60 عاماً، فكانت نسبة المصابين من النساء (12.6%) مقارنة بالرجال (11.2%). كذلك بلغ عدد الوفيات جراء المرض للفئة العمرية بين 30-60 سنة، نحو 210 رجال، بينما بلغ عدد وفيات النساء 170 امرأة، أما عدد الوفيات للذين تجاوزت أعمارهم 70 سنة فقد بلغ 300 رجل و320 امرأة، ويكلف مريض السكري الواحد الدولة السورية بين 350 و400 ألف ليرة سورية سنوياً. [6] يطلب أخصائيو الرعاية الصحية من مرضى السكري القيام بالعديد من سلوكيات الرعاية الذاتية، والتي تشمل تغيير النظام الغذائي، وممارسة التمارين، وتناول الدواء بشكل ذاتي منتظم، وحقن الأنسولين، والمراقبة الذاتية لسكر الدم، وتعديل جرعة الأنسولين، والمراجعة المنتظمة وبرامج التقصي والفحص. في الغالب لا يتم التقيد بهذه السلوكيات، على الرغم من فهم أهميتها من قبل المريض. فقد أظهرت نتائج الدراسات أن عدم الاهتمام بسلوك الرعاية الذاتية لدى مرضى السكري هو سبب رئيسي لفشل برامج الصحة السكرية، حيث أن دعم الرعاية الذاتية سيوفر نتائج مفيدة مثل تحسين الصحة ونوعية الحياة، وزيادة رضا المرضى، وخفض تكاليف الرعاية الصحية، وتحسين تدبير الأعراض وزيادة متوسط العمر المتوقع. [7-9]

ورد في دراسة (Peterson,2014) أن من أكثر الاتجاهات النظرية تأثيراً في تفسير السبب الذي يدفع الناس إلى ممارسة السلوك الصحي هو نموذج المعتقد الصحي لـ (Rosenstock,1966)، ووفق هذا النموذج فإن المعرفة فيما إذا كان الفرد سيقوم بممارسة السلوك الصحي يمكن أن تتحقق من خلال معرفة عاملين هما: الدرجة التي يدرك فيها الفرد بأنه معرض على المستوى الشخصي لتهديد صحي، وإدراك الفرد بأن ممارسات صحية معينة ستكون فعالة في التخفيف من هذا التهديد وقد في أمريكا لتؤكد أن ادراك المريض لمرضه (داء السكري) ومعتقداته حول الصحة والمرض هي عوامل مهمة في تحديد سلوك الملاءمة أو عدم الملاءمة أي القدرة على تبني سلوكيات صحية من عدمه. [10]

يحتل الارتباط بين المعتقدات الصحية والسلوك الصحي أهمية متزايدة على صعيد الصحة الجسدية والنفسية لأنها تساعد في رفع مستوى الوعي الصحي الاجتماعي والمساهمة في رفع الغموض عن أخطر عدو يواجه الإنسان ألا وهو المرض، فضلاً عن التركيز على دور الفرد في المسؤولية عن صحته الشخصية لأن هذا سيؤدي بالنتيجة إلى إدراك عوامل الخطر التي تحدد اختياراتنا من النشاطات أو الفعاليات التي نواجه بها مرضنا. [11]

أيضاً تشكل الكفاءة الذاتية محدداً قوياً للاختيارات التي يقوم بها الأفراد في حياتهم اليومية، فالأشخاص الذين لديهم ادراك عالٍ بمستوى الكفاءة الذاتية يبذلون جهداً أكبر، ويحتفظون بمعدلات أعلى من النشاط والمثابرة، بينما الأشخاص الذين لديهم إدراك منخفض بمستوى الكفاءة الذاتية يشعرون بضعف الثقة بالنفس، والتردد في القيام بالمهام وإنجازها، لذلك تعد الكفاءة الذاتية من المحددات الرئيسية لممارسة السلوك الصحي، وهي اعتقاد الفرد بقدرته على ممارسة سلوك صحي، وقد بينت بعض الدراسات أن الكفاءة الذاتية تؤثر في السلوك الصحي، وأن هناك علاقة ارتباطية موجبة بينهما. [12]

أهمية البحث وأهدافه

أهمية البحث:

نظراً للدور البارز الذي يلعبه الامتثال العلاجي في تدبير السكري والسيطرة على قيم السكر، لا بد من دراسة نموذج الاعتقادات الصحية والكفاءة الذاتية لدى المرضى، لما له من تأثير في فهم قدرتهم على القيام بالسلوكيات الصحية التي تعكس امتثالهم للمعالجة. وفق هذا النموذج، يجب أن يعتقد المرضى أنهم عرضة للمرض أو عواقب المرض الموجود لديهم بالفعل، وأن هذه العواقب يمكن أن تكون خطيرة على صحتهم، كما يجب أن يعتقدوا أن التزامهم بمجموعة معينة من التوصيات الصحية سيساعدهم في منع أو إنقاص شدة وخطورة التهديد الناجم عن المرض. [13] بالتالي الوصول إلى التزام المريض بتطبيق سلوكيات صحية خلال الممارسات اليومية، و يحسن ذلك من النتائج العلاجية لدى المريض.

عندما تتحسن النتائج العلاجية للمريض يساعد ذلك في تحسين نوعية حياته وتقليل المضاعفات التي تنجم عن المرض بالتالي تقليل العبء عن نظام الرعاية الصحية. من جهة أخرى، دراسة الاعتقادات الصحية للمرضى يساعد في توجيه التثقيف الصحي الذي يقدم لهم بما يتناسب مع معتقداتهم وكفاءتهم الذاتية.

هدف البحث:

يهدف البحث الحالي إلى تقييم نموذج الاعتقادات الصحية والكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري من النمط II.

طرائق البحث ومواده**تصميم البحث:**

استخدم البحث المنهج الوصفي الاستكشافي ذو المقطع المستعرض.

مكان البحث:

أجري هذا البحث في المركز الصحي الثامن في مدينة اللاذقية في الفترة الواقعة بين الشهر السادس والشهر العاشر من العام 2020

عينة البحث:

اشتملت العينة على 50 مريضاً ومريضة من مرضى السكري المراجعين للمركز، تم اختيارهم بطريقة العينة الملائمة غير العشوائية.

أدوات البحث:

بعد مراجعة الأدبيات ذات الصلة، تم استخدام استبيانات منظمة كأدوات لجمع البيانات تكونت من:

الأداة I: استمارة البيانات الديموغرافية والصحية: تضمنت الجنس، العمر، مكان الإقامة، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، العمل الحالي، الحالة الاقتصادية، مدة تشخيص المرض، المعالجة المستخدمة، مؤشر كتلة الجسم، وما إذا كان المريض مدخناً، ووجود تاريخ عائلي للمرض.

الأداة II: نموذج الاعتقاد الصحي لمرضى السكري Health Belief Model in diabetic patients [13]-

15]. يتكون من خمسة محاور أساسية وضمن كل محور مجموعة من الأسئلة موزعة على الشكل التالي: إدراك القابلية 4 أسئلة؛ إدراك الخطورة 3 أسئلة؛ إدراك الفوائد 7 أسئلة؛ إدراك الحواجز 9 أسئلة؛ الإشارات للتحرك للعمل 10 أسئلة. الإجابات وفق مقياس ليكرت من 5 خيارات تتراوح من 1 (غير موافق بشدة) إلى 5 (أوافق بشدة). يتم حساب متوسط كل محور من خلال تقسيم مجموع إجابات الأسئلة لكل محور على عدد الأسئلة ضمن نفس المحور. يدل المتوسط المتدني على اعتقاد سلبي والمتوسط الأعلى على اعتقاد إيجابي.

الأداة III: مقياس الكفاءة الذاتية للسكري Diabetes Self-Efficacy Scale الذي طوره (Lorig et al,2009)

تكملة لنموذج المعتقد الصحي [16]، والمكون من 8 أسئلة، الإجابة عليها وفق مقياس من 1-10 حيث يدل 1 على " ليس واثقاً على الإطلاق" إلى 10 " واثق بالمثل".

طريقة البحث

1. تم الحصول على الموافقات الرسمية اللازمة لإجراء البحث من كلية التمريض ورئاسة جامعة تشرين و مديرية الصحة في اللاذقية وإدارة المركز الصحي الثامن.
2. ترجمت أدوات البحث إلى اللغة العربية
3. عرضت الأدوات على لجنة من الخبراء لتحري المصادقية وتم إجراء التعديلات المناسبة لها وفق ملاحظاتهم.

4. تم إجراء دراسة دليليه استرشاديه (pilot study) على 5% من أفراد العينة الذين تم استبعادهم لاحقاً لتقييم الوضوح وإمكانية تطبيق أدوات الدراسة لجمع البيانات.
5. بلغ ثبات الأداة وفق اختبار الفا كرونباخ 0.86.
6. أخذت موافقة المرضى الخطية على المشاركة في الدراسة بعد إيضاح الهدف منها، وضمان سرية المعلومات المأخوذة منهم. جمعت البيانات من قبل الباحثة من خلال مقابلة كل مريض أو مريضة لوحده في غرفة التنقيف الصحي قبل أو بعد مراجعتهم للطبيب المعالج، استغرقت مقابلة كل مريض 20 دقيقة، قامت الباحثة خلالها بقراءة الأسئلة والطلب من المريض الإجابة عليها.
7. بعد جمع البيانات تم تفرغها وتحليلها باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) 20.0، وقد استخدمت الأساليب الإحصائية المناسبة لتحليل البيانات.

النتائج والمناقشة

بينت نتائج الدراسة

الجدول (1) توزع مرضى السكري في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية

n=50		فئات المتغير	المتغير
%	N		
10.0	5	40 ≤ 50 سنة	العمر
30.0	15	51 ≤ 60 سنة	
46.0	23	61 ≤ 70 سنة	
14.0	7	< 70 سنة	
32.0	16	ذكر	الجنس
68.0	34	أنثى	
42.0	21	المدينة	مكان الإقامة
26.0	13	ضواحي المدينة	
32.0	16	الريف	
82.0	41	متزوج/ة	الحالة الاجتماعية
2.0	1	مطلق/ة	
16.0	8	أرمل/ة	
0	0	عازب/ة	
46.0	23	ابتدائي وأمي	المستوى التعليمي
24.0	12	إعدادي	
8.0	4	ثانوي	
22.0	11	معهد وجامعة	
32.0	16	متقاعد/ة	العمل الحالي
8.0	4	غير موظف/ذكور	

20.0	10	موظف/ة	الحالة الاقتصادية
40.0	20	ربة منزل	
54.0	27	ضعيفة	
40.0	20	متوسطة	
6.0	3	جيدة وممتازة	

يبين الجدول رقم (1) توزيع مرضى السكري في الدراسة تبعاً لبياناتهم الديموغرافية، حيث أظهر أن النسبة الأعلى (46%) منهم ضمن الفئة العمرية (61-70 سنة)، ومن الإناث بنسبة (68%). يقيم أكثر من ثلثهم في المدينة وضواحيها (68%)، ومعظمهم من المتزوجين (82%) لدى أكثر من نصفهم (54%) (3-5 أولاد) وحوالي نصفهم (46%) بمستوى تعليمي ابتدائي وحالتهم الاقتصادية ضعيفة (54%).

الجدول (2) توزيع مرضى السكري في الدراسة تبعاً لبياناتهم الصحية

المتغير	فئات المتغير	N	%
مدة تشخيص المرض	> سنة	1	2.0
	سنة > 5 سنوات	14	28.0
	5 > 10 سنوات	11	22.0
	< 10 سنوات	24	48.0
المعالجة المستخدمة *	خافضات فموية	42	84.0
	حقن أنسولين	11	22.0
	الحمية الغذائية	32	64.0
	جميع ما سبق	1	2.0
مؤشر كتلة الجسم	نقص وزن: أقل من 18,5	1	2.0
	وزن طبيعي: 18.5 - 24.9	15	30.0
	زيادة وزن: 25 - 29.9	18	36.0
	سمنة 30 أو أكثر	16	32.0
هل أنت مدخن	نعم	17	34.0
	لا	33	66.0
هل لديك قصة عائلية للإصابة بالسكري	نعم	35	70.0
	لا	15	30.0

*تعني أكثر من إجابة للمريض الواحد

يبين الجدول رقم (2) توزيع مرضى السكري في الدراسة تبعاً لبياناتهم الصحية، حيث يظهر أن المرض مشخص لدى حوالي النصف (48%) منذ أكثر من 10 سنوات، ويعالج معظمهم (84%) بخافضات سكر فموية وحمية غذائية (64%)، و لدى (36%) منهم زيادة وزن، والنسبة الأعلى منهم (66%) غير مدخنين.

الجدول (3) الإحصاء الوصفي والعلاقة بين متغيرات نموذج الاعتقاد الصحي لدى أفراد العينة

المتغير	Mean	1	2	3	4	5
إدراك قابلية التعرض	2.7±7.17	سلبى	*0.278	0.065	* 0.140 -	**0.231
إدراك الشدة	5.9 ±10.53	إيجابى	1	**0.123	* 0.329 -	**0.360
إدراك الفوائد	6.2±20.16	إيجابى		1	**0.344	**0.203
إدراك الحواجز (العوائق)	7.1 ±24.39	سلبى			1	**0.112-
الإشارات للتحرك للعمل	3.5±34.1	إيجابى				1

* $p \leq 0.05$ ، ** $p \leq 0.01$

يظهر الجدول (3) أن متوسط إدراك قابلية التعرض للمضاعفات الناجمة عن السكري وإدراك الحواجز التي تعيق الالتزام بالسلوكيات الصحية لدى المرضى سلبى بمتوسطات (2.7±7.17) و (7.1 ±24.39)، بينما متوسطات إدراك شدة المرض (5.9±10.53) وإدراك الفوائد المرتبطة باتباع السلوكيات الصحية مثل الحمية والتمارين الرياضية وضبط السكر (6.2±20.16)، والإشارات للتحرك للعمل (3.5±34.1) إيجابية. كما يوضح الجدول ارتباط إدراك الشدة والإشارات للتحرك للعمل إيجاباً مع إدراك القابلية للتعرض وسلباً مع إدراك العوائق ($P < 0.01$) بالإضافة إلى ذلك، يرتبط إدراك الشدة بشكل إيجابى مع إدراك الفوائد وسلباً بإدراك العوائق ($P < 0.01$)، ويرتبط إدراك الفوائد إيجابياً بالإشارات للتحرك للعمل. وفقاً لهذه النتائج، فإن إدراك التهديد (القابلية للتعرض والشدة) تتنبأ بسلوكيات الرعاية الذاتية. هذا يعني أنه من خلال زيادة إدراك التهديد، ستزداد سلوكيات الرعاية الذاتية التي تزيد من مطاوعة المريض للعلاج.

الجدول (4) إدراك الكفاءة الذاتية لدى أفراد العينة

مستوى الاعتقاد				SD	M	ادراك الكفاءة الذاتية
سلبى				1.947	4.86	
مرتفع أكبر من 7		متوسط 4 - 7		منخفض أقل من 4		
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
28.0	14	48.0	24	38.0	19	

يبين الجدول (4) توزع مرضى السكري في الدراسة حسب مستوى إدراك الكفاءة الذاتية لديهم، حيث يظهر أن حوالي نصف المرضى (48%) لديهم ادراك للكفاءة الذاتية بمستوى معتدل، بينما 28% لديهم ادراك مرتفع، و38% ادراك منخفض.

المناقشة:

أظهرت نتائج الدراسة الحالية أن حوالي نصف أفراد بمستوى تعليمي ابتدائي وحالتهم الاقتصادية ضعيفة، وتبرر الباحثة تراجع المستوى التعليمي للمرضى كونهم من الفئة العمرية التي تصنف من المسنين ممن ليس لديهم الدخل الشهري الكافي بسبب التقاعد، وهذا ما ينسجم مع المراجع التي تؤكد أن الإصابة بالداء السكري من النمط الثاني تحدث فوق سن الأربعين، وتتوافق مع دراسة (Vazini & Barati, 2014) التي وجدت أن المستوى التعليمي كان أمي لدى (47.9%)، ومتوسط عمر المرضى [14].

أظهرت دراستنا أن إدراك قابلية التعرض للمضاعفات الناجمة عن السكري وإدراك الحواجز التي تعيق الالتزام بالسلوكيات الصحية لدى المرضى سلبي، بينما متوسطات إدراك شدة المرض، وإدراك الفوائد المرتبطة باتباع السلوكيات الصحية مثل الحماية والتمارين الرياضية وضبط السكر، والإشارات للتحرك للعمل إيجابية. كذلك بينت أن إدراك التهديد (القابلية للتعرض والشدة) تتنبأ بسلوكيات الرعاية الذاتية. هذا يعني أنه من خلال زيادة إدراك التهديد، ستزداد سلوكيات الرعاية الذاتية التي تزيد من مطاوعة المريض للعلاج.

تتوافق هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى مثل دراسة (Sharifabad & Tonekaboni, 2007) و (Messer & Daniel, 2002) و (Charron-Prochownik et al, 2001) و نتائج دراسة (Vazini & Barati, 2014) التي قيمت نموذج الاعتقادات الصحية لدى 390 مريض من مرضى السكري من النمط الثاني في همدان- إيران ووجدت أن لدى المرضى مستوى متوسط من ممارسات السلوك الصحي و أن ادراك الكفاءة وإدراك الشدة وإدراك العوائق مع إدراك قابلية التعرض للمضاعفات من أهم المؤشرات التي توجه المرضى لممارسة السلوك الصحي، ودراسة (Ayele et al, 2012) التي قيّمت في أثيوبيا مؤشرات سلوكيات الرعاية الذاتية لدى 222 مريض سكري من ثلاثة مشافي في منطقة حاران وأظهرت أن لدى (78.4%) من المرضى إدراك متوسط لقابلية التعرض، و إدراك متوسط للشدة (50.5%)، ولدى أكثر من نصفهم (67.1%) إدراك منخفض للعوائق. [14-20]

كذلك أظهرت الدراسة التي أجراها (Masoudi & Arifa, 2015) أن المصابين بأمراض شرايين القلب التاجية لديهم معتقدات صحية سلبية و اتجاه سلبي نحو السلوك الصحي، و المعتقدات الصحية اتجه المرض و الخطورة المدركة والفوائد و التكاليف المدركة عن المرض المدرجة ضمن نموذج المعتقد الصحي (HBM)، بالإضافة إلى تصورات المرض، التي من شأنها أن تحدد نوعية السلوك الذي يتبناه الفرد، سواء تعلق الأمر بالحماية أو ممارسة نشاط بدني أو التدخين، مما ساهم في ظهور مرض الشريان التاجي و/أو تحديد كيفية مواجهة المرض و مواجهة مضاعفاته. [21]

أظهرت الدراسة أن حوالي نصف المرضى لديهم ادراك للكفاءة الذاتية بمستوى معتدل. تتوافق هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Ayele et al, 2012) التي وجدت أن لدى (64.9%) كفاءة ذاتية معتدلة و (21.6%) لديهم كفاءة ذاتية منخفضة و فقط (13.5%) لديهم كفاءة ذاتية عالية لممارسات الرعاية الذاتية المتعلقة بداء السكري. [20] طبقاً لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لباندورا (Bandora, 1977, 1986) لا تتولد نية قيام الفرد بالسلوك الصحي إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة، توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه. إي أن على الشخص ألا يعتقد فقط أن مضاعفات الداء السكري خطيرة من أجل أن يتبنى السلوك الصحي وإنما عليه أن يكون مقتنعاً على أنه قادر على تحمل الالتزام بالعلاج والرعاية الذاتية. [11]

في الدراسة الحالية، سجل المرضى الأصغر سناً وجود المزيد من التهديدات وإدراكاً أكبر للفوائد (2.66 ± 7.50)، وكانت الحواجز أقل إدراكاً لديهم (7.32 ± 23.05)، مع كفاءة ذاتية أعلى (1.63 ± 4.90) يبدو أن المرضى الأصغر سناً الحاصلين على تعليم عالٍ، بسبب زيادة الوعي بمضاعفات مرض السكري، وشدة إدراكهم للمشكلة، لديهم قدرة أكبر، وموقف أفضل، ويمارسون المزيد من سلوكيات الرعاية الذاتية. أي كلما ارتفع المستوى التعليمي تلقائياً سيزداد إيمان المريض بالكفاءة الذاتية بشكل طبيعي. تتوافق هذه النتائج مع نتائج دراسات أخرى وجدت أن المرضى الذين يتمتعون بمستويات أعلى من التعليم والعمل واتخاذ القرار يتمتعون بسلوكيات رعاية ذاتية أفضل. [17, 21] وفي دراسة (عسكر، 2018) التي استهدفت التعرف على مستوى المعتقدات الصحية و فاعلية الذات لدى (200) من طلبة الجامعة، تم اختيارهم بالطريقة الطبقيّة العشوائية توصلت الباحثة إلى أن لدى عينة البحث معتقدات صحية إيجابية، و

يمتلكون فاعلية ذاتية مع وجود فرقاً ذو دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية وفق متغير الجنس لصالح الإناث ، وعدم وجود فرق ذو دلالة إحصائية في المعتقدات الصحية وفق متغير التخصص مع وجود علاقة إيجابية بين المعتقدات الصحية وفاعلية الذات لدى طلبة الجامعة.[11]

كما حقق من لديهم تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري مستويات متزايدة من الكفاءة الذاتية (1.87 ± 5.021) نتيجة خوف المريض من مخاطر المرض ومراقبته حدوث مضاعفات مرض السكري لدى أفراد الأسرة. مما جعله ذلك يلتزم بالسلوكيات الصحية تشبهاً بأفراد الأسرة الآخرين بالتالي يعتبر وجود شخص آخر مريض في الأسرة، أحد مصادر الكفاءة الذاتية التي تعزز القدرة لدى المرضى. تتسجم هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Rockwell & Riegel، 2002) التي استقصت مشاعر الرعاية الذاتية لدى مرضى قصور القلب وأظهرت أن وجود التاريخ العائلي مرتبط إيجابياً مع الكفاءة الذاتية لدى المرضى. [22]

الاستنتاجات والتوصيات

الاستنتاجات:

توصلت الدراسة الحالية إلى النتائج التالية:

- لدى مرضى السكري من النمط II إدراك سلبي حول قابلية التعرض لمضاعفات المرض وإدراك سلبي للحواجز التي تمنعهم من ممارسة السلوك الصحي، مع إدراك إيجابي لشدة المرض وفوائد الالتزام بالسلوك الصحي، رافقه وجود وإشارات إيجابية للتحرك للعمل في اتجاه ممارسة التمارين الرياضية والالتزام بالحمية ومراقبة السكر.
- وجود ارتباط هام إيجابي بين إدراك شدة المرض والإشارات للتحرك للعمل مع إدراك القابلية للتعرض وسلبي مع إدراك العوائق.
- لدى حوالي نصف المرضى مستوى إدراك متوسط للكفاءة الذاتية، بينما أكثر من الربع بقليل لديهم ادراك مرتفع، وأكثر من الثلث ادراك منخفض.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة توصي الباحثة بما يلي:

- تصميم برامج تثقيف وتوعية مرضى السكري من النمط II وفق احتياجاتهم بطريقة تساهم في تغيير معتقداتهم السلبية.
- التركيز في تثقيف مرضى السكري على رفع مستوى إدراك الكفاءة الذاتية لما له من دور في تغيير الاعتقادات والسلوكيات.
- التركيز في التوعية والتثقيف على إزالة الحواجز التي تعيق قدرة المرضى على البدء بتطبيق السلوكيات الصحية التي تمنع أو تؤخر ظهور مضاعفات المرض.

Reference

- 1- SHAW, J; SICREE R; ZIMMENT P. *Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030*. Diabetes Research Clinical Practice Vol.2, N^o. 87, 2010, 4-14.
- 2- NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION . *National Diabetes Statistics Report 2014*. CDC Web Site. Available from: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/national-diabetes-report-web.pdf>
- 3- FATTAHI, A; BARATI, M; BASHIRIAN, S; HEYDARI, R. *Physical Activity and Its Related Factors Among Type 2 Diabetic Patients in Hamadan*. Iranian Journal of Diabetes and Obesity Vol.6 N^o. 2, 2014, 85-92.
- 4- HEALTH QUALITY ONTARIO. *Behavioral interventions for type 2 diabetes: an evidence-based analysis*. Ont Health Technology Assess Vol.9 N^o. 21, 2009, 1-45
- 5- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Diabetes mellitus*. <http://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- 6- Rojava News 2017 The spread of diabetes in Syria reaches the point of an epidemic <https://www.rojavanews.com/arabic/index.php/t/item/7990-rojavanews>
- 7- HARVEY, N; LAWSON, L. *The importance of health belief models in determining self-care behavior in diabetes*. Diabetic Medicine Vol.26, 5-13 .DOI: 10.1111/j.1464-5491.2008.02628.x
- 8- RICCI-Cabello, I; RUIZ-PEREZ, I; ROJAS-GARCIA, A; PASTOR, G; RODRIGUEZ-BARRANCO, M. *Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ ethnic minority groups: a systematic review, meta-analysis and meta-regression*. BMC Endocrine Disorders Vol.14, N^o. 1, 2014, 60.
- 9- JANA, J; JOHN, B. LOWE, N. ANDERSON, P; KATHLEEN, F.(2020) *The relationship between active living and health-related quality of life*, Westlawn, Iowa City, IA 52242, USA, hand book of personality, guilford press p 42 - 3
- 10- FRANSEN, P; BEUNE, EJ; BAIM-LANCE, M; BRUERING, R; ESSINK-ML(2014). *Diabetes Self-Management Support for Patients with Low Health Literacy: Perceptions of Patients and Providers*. J Diabetes 2014.
- 11- ASKER; ABEDEL REDA, S. *Health beliefs and their relationship to self-efficacy among university students*. Journal of Psychological Educational Research. N 39.
- 12- Elwia Somaya (2018) The effect of an individual's beliefs and perceptions on self-efficacy and the practice of healthy behaviors of the individual. Journal of Studies in the Psychology of Deviance. Volume 03 - Issue 02.
- 13- AGHA, T; EFTEKHAR, H; MOHAMMAD, K. *Application of health belief model to behavior change of diabetic patients*. Payesh Vol.4, N^o.4, 2005, 263-269.
- 14- VAZINIM, H; BARATI, M. *The Health Belief Model and Self-Care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients*. Iranian journal of diabetes and obesity. Vol. 6, N^o. 3, 2014, 107-113.
- 15- ASIYE, K; SU- Heyla, A; O-zsoyb. *Validity and reliability study of the Turkish version of Health Belief Model Scale in diabetic patients*. International Journal of Nursing Studies. Vol. 44, N^o. 3, 2007, 1447-145.
- 16- LORIG, K; RITTER, PL; VILLA, FJ; ARMAS, J. *Community-based peer-led diabetes self management: a randomized trial*. Diabetes Education. Vol.35, N^o. 4, 2009, 641-51.

- 17- SHARIFABAD, MA; TONEKABONI, N. *Perceived severity and susceptibility of diabetes complications and its relation to self-care behaviors among diabetic patients.* Armaghan-e-Danesh. Vol.12, N^o. 3, 2007, 59-68.
- 18- DANIEL, M; MESSER, LC. *Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type2 diabetes mellitus.* Chronic Dis Can. Vol.23, N^o. 4, 2002, 130-8.
- 19- CHARRON, D; SEREIKA, SM; BECKER, D; JACOBSON, S; MANSFIELD, J; WHITE, H. *Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the expanded health belief model.* Pediatric Diabetes . Vol.2, N^o. 2, 2001, 39-40.
- 20- AYELE, K; BISLAT, T; ABEBE, L; TILAHU, T; GIRMA, E. *Self-Care Behavior among Patients with Diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The Health Belief Model Perspective.* PLoS . ONE . Vol.7 , N^o. 4, 2012 , 35515.
- 21- MASOUDI Masoudi SI,; ARIFA Z. *Health beliefs and their relationship to health behavior in coronary heart disease patients.* Journal of Psychological Studies. Vol.7, N^o 13, 2015, 143-158.
- 22- ROCKWELL, JM; RIEGEL, B. *Predictor of self-care in persons with heart failure.* Heart & Lung. The Journal of Critical Care. Vol.30 , N^o. 3, 2002, 18-25.