pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

# آزمون مدل علی خومراقبتی بر اساس حمایت اجتماعی و سواد سلامت از طریق خودکارآمدی مدیریت دیابت در بیماران مبتلا به دیابت

سیما بادپر [۱]، **سعید بختیارپور** [۲*]، علیرضا حیدرئی [۳]، فردین مرادی منش [۴]

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین المللی خرمشهر – خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران.
۲. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۳. دانشیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
۴. استادیار روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد دزفول، دانشگاه آزاد اسلامی، دزفول، ایران.

**نویسنده مسئول:** سعید بختیارپور، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز saeedb81@yahoo.com

## چکیده

**مقدمه و هدف:** با در نظر گرفتن اهمیت و شیوع بالای بیماری دیابت به منظور ارتقا سلامت جامعه، ضرورت دارد عوامل مرتبط با خود مراقبتی این بیماران بررسی شود. لذا این پژوهش با هدف آزمون مدل علی خود مراقبتی بر اساس حمایت اجتماعی و سواد سلامت از طریق خود کارآمدی در مدیریت دیابت در بیماران مبتلا به دیابت انجام شد.

**مواد و روشها:** جامعهٔ آماری کلیه بیماران دیابتی مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران در سال۱۳۹۷ بود. ۱۹۵ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. و به پرسشنامه های حمایت اجتماعی، سواد سلامت، خود کارآمدی در مدیریت دیابت و خودمراقبتی دیابت پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش مدل یابی معادلات ساختاری تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد سواد سلامت با خود مراقبتی (β=۰/۱۸ و p≤ ۰/۰۱)، حمایت اجتماعی با خود مراقبتی (β =۰/۱۵ وp≤۰/۰۵)، خودکارآمدی در مدیریت دیابت با خود مراقبتی (β =۰/۳۹ و p≤ ۰/ ۰۱)، سواد سلامت و خودکارآمدی در مدیریت دیابت (β =۰/۲۵ و p≤ ۰/ ۰۱)، و نیز حمایت اجتماعی با خودکارآمدی در مدیریت دیابت (β =۰/۲۵ و p≤ ۰/ ۰۱)، رابطه مستقیم مثبت و معنی دار داشت. همچنین سواد سلامت با خود مراقبتی β =۰/۰۹ و p≤ ۰/ ۰۱)، و حمایت اجتماعی با خود مراقبتی (β =۰/۰۹ و p≤ ۰/ ۰۱ )، از طریق خودکارآمدی در مدیریت دیابت رابطه غیر مستقیم معنی دار داشت.

**نتیجه‌گیری:** طبق یافته ها سواد سلامت و حمایت اجتماعی علاوه بر تاثیر مستقیم از طریق خود کارآمدی در مدیریت دیابت نیز بر رفتارهای خودمراقبتی اثر گذار بود.

**کلید واژه‌ها:** خود مراقبتی، حمایت اجتماعی، سواد سلامت، خود کارآمدی در مدیریت دیابت.

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: http://jdn.zbmu.ac.ir |
| | **How to site this article:** 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. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (2) :752-763 |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

## مقدمه و هدف

سازمان بهداشت جهانی دیابت را شایع ترین بیماری غدد در جهان می داند که عامل سالانه ۴ میلیون مرگ در جهان است. براساس آمار این سازمان، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۰۰ حدود ۱۷۱ میلیون نفر بوده که در صورت عدم به کارگیری راهبردهای مناسب، پیشگیری و درمان، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۳۶۶ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. شیوع این بیماری در منطقه خاورمیانه از جمله ایران حدود ۹/۷ درصد بوده و این روند روز به روز در حال افزایش است. (۱).

بیماری دیابت به دلیل پیامدهای طولانی مدتی که دارد نه تنها بر فرد و کشور اثر گذار است بلکه در سطح جهانی مطرح و حائز اهمیت می باشد (۲). راه های مختلفی برای کنترل دیابت وجود دارد اما از بین تمام عوامل تغییر سبک زندگی[1] و خود مدیریتی[2] و ورزش نقش مهمی در مراقبت دراز مدت بیماران مبتلا به دیابت دارند (۳).

خود مراقبتی[3] بیماران مبتلا به دیابت در کنترل علائم بیماری در آنها نقش بسیار مهمی دارد. از جمله موانع خودمراقبتی در بیماران دیابتیک، موانع روانی میباشد که نقش آن در بروز رفتارهای بهداشتی روشن است (۴). کیفیت زندگی بیماران دیابتی از تعامل سلامت جسمی، روانی و اجتماعی اثر می پذیرد. یکی از مهمترین ویژگیهایی که در ارتباط با خنثی سازی تاثیرات نامطلوب و فشارهای روانی ناشی از بیماری مورد مطالعه قرار گرفته است حمایت اجتماعی[4] است. طبق نظریه شناختی اجتماعی بندورا، اعضای خانواده جزء مهمی از محیط اجتماعی فرد به شمار می آیند و بنابراین تاثیر بالقوه بر رفتار فرد دارند (۵). رابطه بین یک فرد و محیط اجتماعی، به خصوص خانواده و جامعه، یک حمایت اساسی و مهم اجتماعی است که مکانیسم مقابله با بیماری مزمن را تقویت می کند. در واقع حمایت اجتماعی جنبه مهمی از مدیریت دیابت و رفتارهای خود مراقبتی است و پژوهش های زیادی این رابطه را تایید می کنند (۶،۷).

رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا شامل پایش قند خون، تبعیت از رژیم غذایی مناسب، انجام فعالیت های فیزیکی، رعایت رژیم دارویی و مراقبت از پاها و مراقبت از چشم می باشد. خود مراقبتی فرایندی است که باعث می شود بیمار از آگاهی و مهارتهای خود برای انجام رفتارهای توصیه شده به وی بهره گیری می نماید. بنابراین نه تنها بایستی قادر باشند اطلاعات کافی در زمینه بیماری خود و چگونگی انجام مراقبت های لازم را کسب کنند بلکه بایستی بتوانند از دانسته های خود در موقعیت ها و شرایط مختلف استفاده کند (۸). برخورداری از سواد و دانش سلامت یکی از عوامل تعیین کننده طول عمر در افراد می باشد و این مساله زمانی که فرد مبتلا یک بیماری مزمن مانند دیابت می باشد اهمیت ویژه ای خواهد داشت. سواد سلامت ، به عنوان توانایی دسترسی، و درک و استفاده از اطلاعات و مفاهیم بهداشتی در راه رسیدن به نتایج مطلوب سلامتی تعریف شده است که برای هدایت مراقبت از خود و تغییر سبک زندگی مرتبط با بیماری های مزمن، بسیار مهم می باشد (۹). پژوهش ها نیز از ارتباط بین سطح سواد سلامت و خود مراقبتی بیماران حمایت می کنند به عنوان مثال رئیسی و همکاران در پژوهش خود نشان دادند ارتباط آماری معنی داری بین سواد سلامت کل، سواد سلامت ارتباطی و انتقادی با خود مراقبتی وجود دارد (۱۰). همچنین لامار و همکاران (۹)، نشان دادند داشتن سواد بهداشتی بالا در سالمندان مبتلا به دیابت ارتباط نزدیکی با رفتارهای خود مراقبتی در آنها دارد. درمان دیابت تا حد زیادی بستگی به رفتار و خود مراقبتی فرد بیمار دارد. نتایج بررسی های سیستماتیک و فراتحلیل ها نشان داده که مداخلات خود مدیریتی توانسته تا حد بسیار زیادی علایم بیماری دیابت را کاهش دهد و سبب ارتقاء سواد سلامت و رفتارهای مراقبت از خود شود(۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴). افزایش اعتماد و اطمینان بیماران به توانایی خود در مراقبت از بیماری ، یک عامل ، اساسی در خودمدیریتی فعال این بیماری است خودکارآیی، چهارچوب مفیدی را برای فهم و پیش بینی میزان پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی و اثربخشی خودمدیریتی در درمان دیابت فراهم می کند (۱۵). خودکارآمدی بیماری به عنوان اعتماد یا اعتقاد بیمار در درک و مدیریت یک بیماری تعریف شده و می تواند تا حد زیادی بر دانش بیمار در مورد بیماری و اهمیت پیوستگی به درمان، بویژه برای بیماری های مزمن مانند دیابت وابسته باشد. بنابراین بخش مهمی از مدیریت دیابت، بهبود خودکارآمدی بیماران و در نتیجه افزایش وابستگی آنها به درمان است (۱۶). طاهری، قجری و شهبازی در پژوهش خود در یک رگرسیون گام به گام نشان دادند بین سواد سامت با خود مراقبتی و خود کارآمدی رابطه مثبت وجود دارد (۱۷) .

بنابراین با در نظر گرفتن اهمیت و شیوع بالای این بیماری به منظور ارتقا سلامت جامعه، ضرورت دارد عوامل مرتبط با خود مراقبتی این بیماران، از جمله، حمایت اجتماعی، سواد سلامت و خود کارآمدی در مدیریت دیابت موردبررسی قرار گیرد. هرچند که در پژوهش های قبلی رابطه برخی از متغیرها با خود مراقبتی

1 lifestyle
2 self-management
3 self-care
4 Social support



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]
[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

بررسی شده است، ولی با این ترکیب از متغیرها و در قالب مدل از روش مدل یابی معادلات ساختاری[5] به منظور تحلیل ضرایب مسیرهای مستقیم و غیر مستقیم روابط با خودمراقبتی در بیماران دیابتی تا کنون پژوهشی انجام نشده است؛ بر این اساس پژوهش حاضر بر آن است تا با آزمودن مدل پیشنهادی، رابطه مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی و سواد سلامت را بر خود مراقبتی در بیماران دیابتی مورد بررسی قرار دهد. بر مبنای این مدل، سواد سلامت و حمایت اجتماعی به عنوان متغیر پیش بین، متغیر خود کار آمدی در مدیریت دیابت به عنوان متغیر میانجی و متغیر خود مراقبتی به عنوان متغیر ملاک، در نظر گرفته شده است.

**مواد و روشها**

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران میانسال مبتلا به دیابت مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بود. در خصوص حجم نمونه جهت آزمون مدل پیشنهادی و فرضیه‌های پژوهش، با توجه به تعداد متغییرهای پژوهش، از بین بیماران دیابتی مراجعه کننده به متخصصین غدد شهر تهران ۱۹۵ نفر (با در نظر گرفتن احتمال ریزش آزمودنی ها و حذف پرسشنامه های مخدوش و داده های پرت یک متغیری و چند متغیری)، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. پس از ارائه توضیح توسط پژوهشگر در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه ها و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی ها جهت شرکت در پژوهش و همچنین جلب اعتماد آنها نسبت به محرمانه بودن اطلاعاتشان، و نیز پس از پر کردن فرم رضایت نامه که بر طبق آن آزمودنی ها در هر مرحله از پژوهش که تمایل داشتند می توانستند نسبت به پایان همکاری خود با پژوهشگر اقدام کنند، پرسشنامه ها توسط آزمودنی ها تکمیل و تعداد ۱۹۱ پرسشنامه عودت شد. بعد از حذف پرسشنامه های ناقص و مخدوش، تعداد ۱۸۸ پرسشنامه باقیمانده (تعداد ۱۰۰ زن و تعداد ۸۸ مرد)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص های توان آزمون و برازش مدل نشان دهنده کفایت حجم نمونه بود. در این پژوهش برای جایگزین کردن داده های گمشده از روش جایگزین کردن داده های گمشده با میانگین متغییر استفاده شد. به این صورت که در مورد هر متغیر داده های گمشده آن با مقدار میانگین متغیر جایگزین شد. در پژوهش حاضر جهت بررسی داده های پرت تک متغییری از برنامه نرم افزار spss و از نمرات استاندارد متغییرها استفاده شد. و نتایج نشان داد هیچ یک از متغییرها ۲ انحراف استاندارد بالاتر یا پایین تر از میانگین نبود. همچنین برای تشخیص داده های پرت چند متغییری از روشهای مبتنی بر فاصله ماهالانوبیس برای متغییرها استفاده شده است. کمترین و بیشترین مقدار فاصله ماهالانوبیس در پژوهش حاضر برای گروه مردان ۰/۲۴و ۱۵/۲۶ و برای گروه زنان ۰/۲۸ و ۱۷/۳۵ به دست آمدند. مقدار $x^2$ جدول با درجه آزادی ۵ ( با توجه به تعداد متغییرهای مستقل) در سطح ۰/۰۰۱برابر با ۲۰/۵۲ است و از طرفی چون بیشترین مقدار فاصله ماهالانوبیس در هر دو جنس کوچکتر از مقدار مجذور کای ارائه شده در جدول بود، لذا وجود داده های پرت چند متغییری در داده های جمع آوری شده پژوهش حاضر مشهود نیست

میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان در پژوهش به ترتیب برابر با ۵۰/۰۶ و ۸/۴ بود. پژوهش حاضر از نوع همبستگی و با استفاده از روش آماری مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شده است. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارت بود از:

**پرسشنامه حمایت اجتماعی:** برای سنجش حمایت اجتماعی از مقیاس حمایت اجتماعی (MOS) که در سال ۱۹۹۱ توسط شربون و استوارت ساخته شد، استفاده می شود. این آزمون که میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می سنجد، دارای ۱۹ عبارت و ۵زیر مقیاس است. این زیر مقیاس ها عبارتند از: حمایت ملموس، که کمک های مادی و رفتاری را می سنجد، حمایت هیجانی، که عاطفه مثبت، همدردی و تشویق به بیان احساسات را مورد ارزیابی قرار می دهد، اطلاع رسانی که راهنمایی، اطلاع رسانی یا دادن بازخورد را می سنجد، مهربانی، که ابزار عشق و علاقه را می سنجد و تعامل اجتماعی مثبت، که وجود افرادی برای پرداختن به فعالیت های تفریحی را مورد ارزیابی قرار می دهد. پایایی این آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از۰/۷۴ تا۰/۹۳ گزارش شده است (۱۸). همچنین در پژوهش دیگری، ضمن به تایید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دید متخصصان روان شناسی، پایایی

[5] Structural equation modeling (SEM)



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

آن را از روش آلفـای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند (۱۹). در پژوهش حاضر نیز پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

**مقیاس سـنجش سـواد سـلامت جمعیت شـهری ایران(۱۸-۶۵ سـال):** این مقیاس توسـط منتظری و همکاران(۱۳۹۳)، متناسـب با خصـوصـیات فرهنگی و اجتمـاعی ایران، طراحی و هنجاریابی شـد، نتایج تحلیل عامل اکتشافی نشان داد که این پرسشنامه با ۳۳ گویه در ۵ حیطه از روایی سـازه مطلوب برخوردار اسـت میزان آلفـای کرونبـاخ گویـه ها درحیطه های ذی ربط نیز قابل قبول بوده (۰,۷۲ تا ۰,۸۹) و از این حیث پایایی پرسشنامه نیز تایید شـد. در پژوهش حاضـر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰,۸۳ محاسبه شد.

**پرسـشـنامه خود کارآمدی در مدیریت دیابت:** این مقیاس توسط واندربیل و همکاری چند تیم پژوهشی بین المللی، جهت بررسـی رفتارهای خودکارآمدی در بیماران دیابتی با پایایی ۰/۹۳ به روش آلفا کرونباخ سـاخته شـده اسـت. در پژوهشـی یـافته های تحلیل عاملی به روش چرخش واریمـاکس، سـوالات را بـه چهـار عامل تغذیه، فعـالیـت بـدنی، مصـرف داروها و اندازه گیری قند خون تقسـیم بندی کرده اسـت. هر چهار عامل، از ضـریب همسـانی درونی و بازآزمایی قابل قبول و معنی داری در طول زمان برخوردار هستند. همچنین پایایی پرسشنامه با روش آلفا کرونباخ، ۰/۸۴ برآورد شـد. بنابراین مولفه های روان سـنجی این پرسـشنامه همواره در مطالعات مختلف داخل و خارج کشـور مورد تایید قرار گرفته شده است. در پژوهش حـاضـر پـایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱محاسبه شد (۲۰). در خصوص تفاوت این پرسشنامه با پرسـشنامه خودمدیریتی با توجه به سوالات پرسشنامه، می توان گفت این پرسشنامه در واقع باور فرد به اثر بخش بودن رفتـارهـا را میسـنجد در حالی که پرسـشـنامه خودمراقبتی اندازه و کمیت این رفتارها را اندازه می گیرد.

**پرسشنامه خودمراقبتی دیابت (خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیـابـت) ۱۵ سـوالی:** این مقیـاس یک پرسـشـنامه خود گزارشـی ۱۵ سوالی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کنـد و دربرگیرنـده جنبـه‌هـای مختلف رژیم درمـانی دیابت شـامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت (۵ سـوال)، ورزش (۲ سوال)، آزمایش قند خون (۲ سـوال)، تزریق انسـولین و یا قرص ضـد دیابت (۱ سوال)، مراقبت از پا (۴ سـوال) و سـیگار کشـیدن (۱ سـوال) اسـت.در این مقیاس به اسـتثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صـفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صـفر تا هفت داده می‌شـود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌هـای هر سـئوال بـدسـت می‌آید امتیاز کل مـقیـاس بین ۰ تـا ۹۹ می‌بـاشـد. در ایران نیز در پژوهشـی(۲۱)، روایی محتواییپرسـشـنامه توسـط۸ نفر از اسـاتید مورد تایید قرار گرفت که میانگین آن ۸۴/۹ بود و پـایـایی آن بـا روش آلفـای کرانبـاخ ۰/۷۸ بود.همچنین اسـمیت[6] در تحقیق خود روایی سـازه این پرسشنامه را به وسـیلـه تحلیـل عامل تاییدی انجام داد و هر ۴ عامل را تایید کرد(۲۲). در پژوهش حاضر پایایی این ابزار از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

## یافته ها

جدول شـماره ۱ شـاخص های توصیفی (میانگین،انحراف معیـارو حداقل و حداکثر نمره ) افراد شـرکت کننده در پژوهش حاضـر و نتایج آزمون همبسـتگی پیرسـون برای بررسـی رابطه بین متغییرهای پیش بین، میانجی و ملاک را در این پژوهش نشان می‌دهد.مندرجات آن حاکی از آن اسـت کـه تمام متغیرهای پژوهش به غیر از متغییرهای پیش بین بـا یکـدیگر، دارای همبسـتگی معنی داری هستند. این امر حکایت از انتخاب مناسب متغیرها در این پژوهش، بر اسـاس پیشـینه پژوهشـی و مطالعات انجام گرفته در گذشـته دارد. این تحلیل‌های همبستگی بینشی در خصـوص روابط دو متغیری بین متغیرهای پژوهش را فراهم می‌کننـد. جهـت آزمودن همزمـان مـدل روابط مفروض در پژوهش حاضر، از مدل یابی معادلات ساختاری استفاده شد.

[6] schmitt



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

**جدول شماره ۱: شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرها**

| شاخص / مقیاس | میانگین | انحراف معیار | کمترین نمره | بیشترین نمره | حمایت اجتماعی | سواد سلامت | خودکار آمدی در مدیریت دیابت | خود مراقبتی |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حمایت اجتماعی | ۵۷/۹۶ | ۱۳,۹۴ | ۲۹ | ۸۳ | ۱ | | | |
| | | | | | | | | |
| سواد سلامت | ۹۸/۰۱ | ۲۷/۲۵ | ۵۳ | ۱۵۱ | ۰/۰۵ | ۱ | | |
| | | | | | ۰/۴۶ | | | |
| خودکار آمدی در مدیریت دیابت | ۵۲/۴۳ | ۱۰/۸۶ | ۳۷ | ۷۱ | ۰/۲۵** | ۰/۲۴** | ۱ | |
| | | | | | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | | |
| خود مراقبتی | ۴۶/۸۰ | ۱۸/۷۳ | ۲۰ | ۸۰ | ۰/۲۹** | ۰/۲۹** | ۰/۴۳** | ۱ |
| | | | | | ۰/۰۰۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۰۱ | |

** $P \leq ۰/۰۱$ و * $P \leq ۰/۰۵$

همسو با پیشنهاد کلاین[1](۲۰۱۱)، قبل از تحلیل داده ها با استفاده از روش آماری مدل یابی معادلات ساختاری ابتدا پیش فرض های بهنجاری چند متغییری، خطی بودن، هم خطی چندگانه و استقلال خطاها آزمون و تایید شدند. جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون های کجی و کشیدگی استفاده شد. با توجه به اینکه آماره های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین (۲-)و (۲) بودند فرض نرمال بودن داده ها تایید می شود. جهت بررسی هم‌خطی چندگانه، از آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) استفاده شد و برای همه متغییر ها آماره VIF، کمتر از ۱۰ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۱ بود لذا مفروضه عدم هم خطی چندگانه رعایت شده بود. همچنین برای آزمون مفروضه استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون[1] استفاده شد. مقدار بدست آمده در این پژوهش برابر با ۲/۰۵ بود و چون در طیف ۱/۵تا۲/۵ قرار دارد بیانگر رعایت مفروضه استقلال خطاها است.

با توجه به رعایت مفروضه ها می توان برازندگی الگوی پیشنهادی بر اساس معیارهای برازندگی ارزیابی کرد. جدول۲. برازش الگوی آزمون شده پیشنهادی و نهایی را براساس شاخص های برازندگی نشان می دهد. مطابق با مقادیر بدست آمده ، الگوی پیشنهادی در بیشتر شاخص‌های برازندگی دارای برازش مطلوبی است اما با توجه به مقدار به دست آمده برای ریشه میانگین مربعات خطاهای تخمین یا همان RMSEA با علم به این موضوع که براساس دیدگاه مک‌کالوم، براون و شوگاوارا (۱۹۹۶) اگر مقدار این شاخص کوچکتر از ۰/۰۵ باشد برازندگی مدل خوب است و اگر بین ۰/۰۵ و ۰/۰۸ باشد برازندگی مدل متوسط است؛ مدل پیشنهادی از طریق همبسته کردن خطاهای نشانگر های متغییر مکنون سواد سلامت اصلاح شد و شاخصهای برازندگی مدل نهایی مجددا آزمون شد.



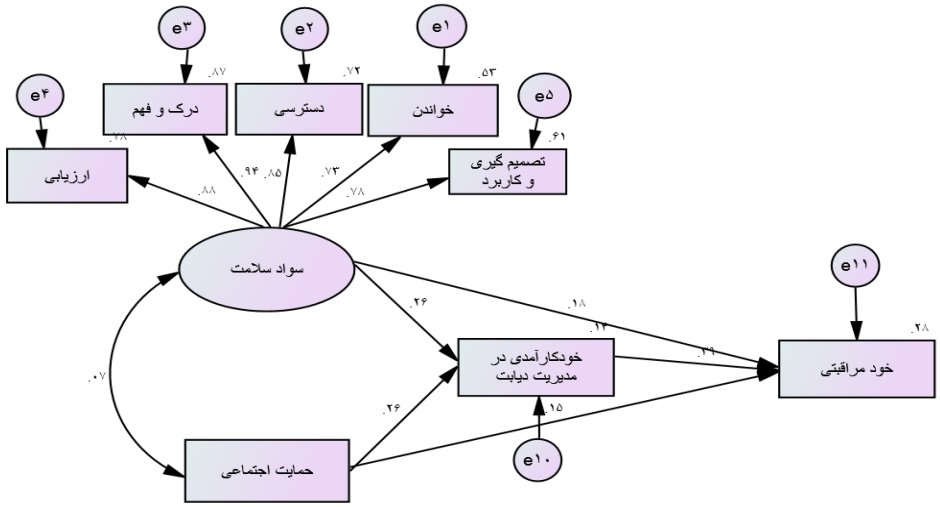
[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

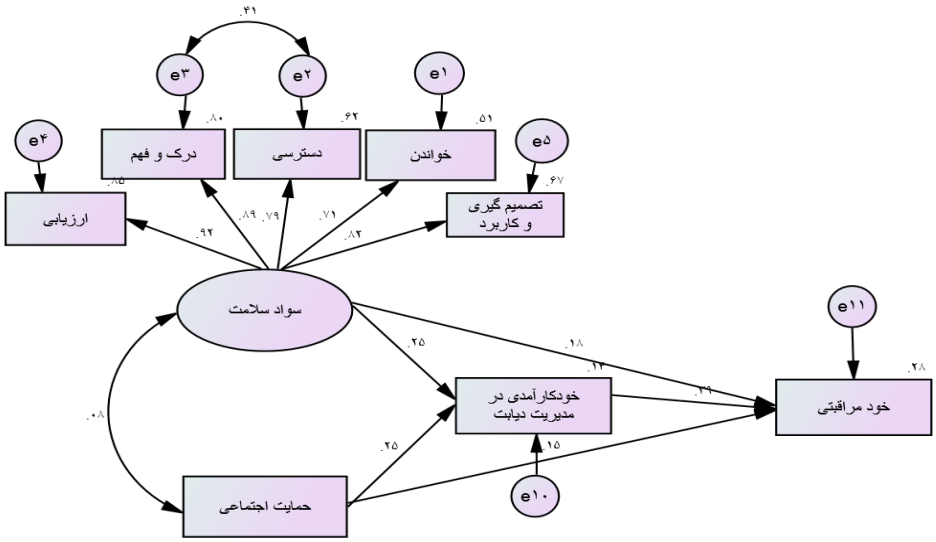
**جدول شماره ۲: برازش الگوی آزمون شده براساس شاخص‌های برازندگی**

| شاخص برازندگی | $\chi^2$ | df | $\frac{\chi^2}{df}$ | IFI | TLI | CFI | NFI | RMSEA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| حد مطلوب | - | - | ۵-۱ | ≥۰/۹ | ≥۰/۹ | ≥۰/۹ | ≥۰/۹ | ≤۰/۰۸ |
| الگوی پیشنهادی | ۴۰/۰۹ | ۱۷ | ۲/۳۵ | ۰/۹۷ | ۰/۹۵ | ۰/۹۷ | ۰/۹۵ | ۰/۰۹ |
| الگوی نهایی | ۲۶/۲۹ | ۱۶ | ۱/۶۴ | ۰/۹۸ | ۰/۹۷ | ۰/۹۸ | ۰/۹۶ | ۰/۰۵ |

با مقایسه پارامتر های مدل پیشنهادی با مدل اصلاح شده به این نتیجه می رسیم که مدل اصلاح شده برازش بهتری نسبت به داده ها دارد. نمودارهای ۱ و ۲ به ترتیب ضرایب استاندارد مسیرها را در الگو پیپیشنهادی و نهایی آزمون شده نشان می دهند.




**نمودار شماره ۱.ضرایب استاندارد مسیر الگوی پیشنهادی آزمون شده**




**نمودار شماره ۲.ضرایب استاندارد مسیر الگوی نهایی آزمون شده**



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

بر اساس ضرایب پارامتر استاندارد و سطح معناداری متناظر ارائه شده در جدول ۳ تمام مسیرهای مستقیم مدل معنی دار می باشند و رابطه بین سواد سلامت با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β =۰/۱۸ ) ، رابطه بین حمایت اجتماعی با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می باشد (p ≤۰/۰۵ و β = ۰/۱۴ )، رابطه بین سواد سلامت با خود کارآمدی در مدیریت دیابت مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۲۶ )، رابطه بین حمایت اجتماعی با خود کارآمدی در مدیریت دیابت مثبت و معنی دار می‌باشد ( P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۲۵ ) و رابطه بین خود کارآمدی در مدیریت دیابت با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۳۹ ).

**جدول شماره ۳. ضرایب مسیر استاندارد مربوط به اثرهای مستقیم متغییرها در مدل پیشنهادی و نهایی**

| مدل پیشنهادی | | | مدل اصلاح شده نهایی | | |
|---|---|---|---|---|---|
| مسیر | β | P | مسیر | β | P |
| سواد سلامت ← خودمراقبتی | ۰/۱۷ | ۰/۰۰۸** | سواد سلامت ← خودمراقبتی | ۰/۱۸ | ۰/۰۰۸** |
| حمایت اجتماعی← خودمراقبتی | ۰/۱۴ | ۰/۰۲* | حمایت اجتماعی← خودمراقبتی | ۰/۱۵ | ۰/۰۲* |
| سواد سلامت ← خودکارآمدی | ۰/۲۶ | ۰/۰۰۱** | سواد سلامت ← خودکارآمدی | ۰/۲۵ | ۰/۰۰۱** |
| حمایت اجتماعی← خودکارآمدی | ۰/۲۵ | ۰/۰۰۱** | حمایت اجتماعی← خودکارآمدی | ۰/۲۵ | ۰/۰۰۱** |
| خودکارآمدی ← خودمراقبتی | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۱** | خودکارآمدی ← خودمراقبتی | ۰/۳۹ | ۰/۰۰۱** |

** $p\leq 0.01$ و * $p\leq 0.05$

بر اساس ضرایب پارامتر استاندارد و سطح معناداری متناظر ارائه شده در جدول ۳ تمام مسیرهای مستقیم مدل معنی دار می باشند و رابطه بین سواد سلامت با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β =۰/۱۸ ) ، رابطه بین حمایت اجتماعی با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می‌باشد (p ≤۰/۰۵ و β = ۰/۱۴ )، رابطه بین سواد سلامت با خود کارآمدی در مدیریت دیابت مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۲۶ )، رابطه بین حمایت اجتماعی با خود کارآمدی در مدیریت دیابت مثبت و معنی دار می‌باشد ( P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۲۵ ) و رابطه بین خود کارآمدی در مدیریت دیابت با خودمراقبتی مثبت و معنی دار می‌باشد (P ≤ ۰/۰۱ و β = ۰/۳۹ ). در این پژوهش برای تعیین معنی‌داری روابط غیر مستقیم متغییرها، از آزمون بوت استراپ استفاده شده است. جدول ۴ ضرایب استاندارد را در مسیرهای غیر مستقیم در مدل آزمون شده نشان می-دهد.

**جدول شماره ۴: آزمون میانجی‌گری چندگانه اثرهای غیر مستقیم مدل با استفاده از روش بوت استرپ**

| مدل پیشنهادی | | | مدل اصلاح شده نهایی | | |
|---|---|---|---|---|---|
| مسیر غیر مستقیم | β | P | مسیر غیر مستقیم | β | P |
| سواد سلامت به خود مراقبتی از طریق خودکارآمدی | ۰/۱۰ | ۰/۰۰۲** | سواد سلامت به خود مراقبتی از طریق خودکارآمدی | ۰/۰۹ | ۰/۰۰۲** |
| حمایت اجتماعی به خود مراقبتی از طریق خودکارآمدی | ۰/۱۰ | ۰/۰۰۲** | حمایت اجتماعی به خود مراقبتی از طریق خودکارآمدی | ۰/۰۹ | ۰/۰۰۲** |

** $p\leq 0.01$ و * $p\leq 0.05$



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

در خصوص اثر غیر مستقیم سواد سلامت بر خود مراقبتی از طریق خود کارآمدی در مدیریت دیابت، مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهند که این مسیر غیر مستقیم معنی دار است. ($P \leq ۰/۰۱$ و $\beta = ۰/۰۹$) همچنین برای اثر غیر مستقیم حمایت اجتماعی بر خود مراقبتی از طریق خود کارآمدی در مدیریت دیابت، مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهند که این مسیر نیز معنی دار است ( $p \leq ۰/۰۱$ و $\beta = ۰/۰۹$ ).

**بحث و نتیجه گیری**

همانگونه که تحلیل داده ها نشان داد سواد سلامت با خود مراقبتی رابطه مثبت معناداری دارد که با یافته های پژوهشهای قبلی که در آنها نشان داه شده که بالابودن سواد سلامت سبب ارتقای رفتارهای خودمراقبتی می شود (۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴)، همخوان است در تبیین این یافته می توان گفت که در دنیای امروز لزوم آموزش در زمینه سلامت و بهداشت امری بدیهی بوده و نیازی به توضیح ندارد. زیرا دربین افراد با سواد سلامت پایین در مقایسه با افراد دارای سواد سلامت و آموزش بالاتر احتمال ابتلا به انواع بیماریها بیشتر است و در واقع سواد سلامت عامل مهمی در زمینه ی تعیین شاخص های خود مدیریتی شامل: تبعیت از رژیم دارویی و غذایی و ورزش می باشد و در مقابل سواد سلامت ناکافی، مانع مهمی در برابر تبعیت بیماران از دستورات درمانی می باشد (۲۳). به عبارتی افراد با سواد سلامت بالا، از رفتارهای پیشگیرانه و لزوم انجام آنها و حساسیت و نگرانی بالاتر در زمینه سلامتی و مراقبت از خود برخوردارند. سواد سلامت پایین در افراد مبتلا به دیابت ممکن است سبب شود در مورد سطح قند خون و تشخیص زمان مناسب برای مصرف دارو اشتباه کنند که این خود دلیلی بر کمتر شدن رفتارهای خود مراقبتی در افرادی است که سواد سلامت پایین دارند.

دیگر یافته این پژوهش حاکی از رابطه حمایت اجتماعی با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران دیابتی می باشد که همسو با یافته های پیشین می باشد (۶، ۷، ۲۴) . در تبیین این یافته می توان گفت بر طبق نظریه اکولوژی- اجتماعی، علاوه بر سازگاری شخصی، مراقبین بهداشتی و خانواده/دوستان، سیاست گزاریها، رسانه و سازمانها و سیستمهای ارائه دهنده خدمات، عوامل حمایتی مؤثری برای رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در بیماران دیابتی می باشند (۲۵). در واقع حمایت اجتماعی بیمار دیابتی مفهومی است می تواند در شکل های مختلف، از جمله حمایت عاطفی، (مثلا بیان احساسات، پذیرش، تایید) حمایت ساختاری (به عنوان مثال، کمک به خود مدیریت،حمایت مالی برای داروها یا نیازهای مرتبط با دیابت)،حمایت اطلاعاتی (به عنوان مثال، ارائه آموزش، مشاوره، اطلاعات) و حمایت تاییدی (مثلا اعتبار سنجی رفتارهای مربوط به خود مراقبتی و تلاش برای آن )، می تواند به ارتقا رفتارهای خود مدیریتی و در نتیجه آن بهبود علایم بیماری بیانجامد (۲۶).

بر طبق دیگر یافته این پژوهش خودکارآمدی در مدیریت دیابت با رفتارهای خود مراقبتی در بیماران رابطه مثبت و معنی دار داشت که با نتایج پژوهش های قبلی (۲۷، ۱۶، ۱۵) همسو می باشد. این نتیجه را می توان چنین توضیح داد : به باور بندورا اینکه افراد چطور رفتار می کنند اغلب توسط باورهایی که آنها در مورد توانایی هایشان دارند پیش بینی می شود (۲۷). با در نظر گرفتن این نکته که درمان و پیشگیری از دیابت تا حد زیادی وابسته به اراده فرد در انجام رفتارهای خود مراقبتی می باشد، می توان گفت با بیشتر شدن سطح خودکارآمدی بیمار در این زمینه، کنترل بهتر بیماری و پایبندی به رفتارهای خود مراقبتی بیشتر خواهد شد. به عبارتی این یافته نشان می دهد بیماران مبتلا به دیابت برای انجام رفتارهای مراقبت از خود باید به این اعتقاد دست یابند که می توانند رفتارهای مراقبت از خود را انجام دهند و این رفتارها بر سلامت آنها اثر می گذارد.

نتایج تحلیل داده ها نشان داد مسیر مستقیم رابطه سواد سلامت با خودکارآمدی در مدیریت دیابت نیز دارای ضریب مسیر مثبت و معنی دار می باشد که همسو با یافته های قبلی (۲۷، ۱۷، ۲۸)، می باشد.طبق آمار سازمان جهانی بهداشت میزان پایبندی بیماران را به انجام رفتارهای خود مدیریتی در کشورهای توسعه یافته ۵۰ درصد و در کشورهای در حال توسعه کمتر از ۵۰ درصد اعلام شده است (۲۹) و افزایش اعتماد و اطمینان بیماران به توانایی خود در مراقبت از بیماری، یک عامل اساسی در خودمدیریتی فعال این بیماری است. در تبیین این یافته می توان گفت بیمارانی که از سواد سلامت بالاتری برخوردار هستند خودکارآمدی بیشتری در مدیریت بیماری شان دارند. زیرا داشتن سطح بالایی از دانش و سواد بهداشتی به



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

فرد اعتماد به نفس بیشتری در خصوص توانایی خودشان جهت استفاده از برنامه های کنترل بیماری خواهد داد. افراد با سواد سلامت بالا توانایی درک مثبت ترِ وضعیت سلامتی خود را دارند و لذا به صورت کارآمدتر بیماری را مدیریت می کنند.

از دیگر یافته های این پژوهش رابطه مثبت و معنی دار حمایت اجتماعی با خودکارآمدی در مدیریت دیابت در بیماران بود که همسو با نتایج پژوهش های پیشین ( ۲۶، ۳۰)، می باشد. این یافته را می توان چنین تبیین کرد که حمایت اجتماعی بیمار مبتلا به دیابت به ویژه حمایت خانواده و مراکز مراقبتی و درمانی می تواند باعث شود فرد بیمار به توانایی خود برای مدیریت و کنترل بیماری اعتماد کرده و بهتر بتواند رفتارهای مراقبت را انجام دهد. کسانی که از حمایت عاطفی و عملی اطرافیان خود برخوردارند با خود کارآمدی بیشتری به برنامه های درمانی پایبند خواهند بود. در واقع حمایت اجتماعی به پذیرش بیماری کمک می کند، نگرانی در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش می دهد و خودکارآمدی مدیریت بیماری را ارتقا می بخشد. و به نوعی این حمایت مطلوب به بهبود باور به اثربخشی درمان و مدیریت بهتر دیابت می انجامد.

در مدل ساختاری ارایه شده در این پژوهش حمایت اجتماعی و سواد سلامت بر خودمراقبتی علاوه بر تاثیر مستقیم از طریق خود کارآمدی در مدیریت دیابت اثر غیر مستقیم نیز دارند همسو با یافته های قبلی (۳۱، ۲۷)، می توان گفت با توجه به اینکه هر دو متغییر حمایت اجتماعی و سواد سلامت سبب بالا رفتن خودکارآمدی بیمار در مدیریت بیماری می شوند. در واقع عوامل بسیاری بر خودکارآمدی بیماران مبتلا به دیابت اثر گذار است. با بیشتر شدن سطح دانش و سواد بهداشتی افراد به این باور می رسند که می توانند علایم بیماری را تاحد زیادی کنترل کنند و با اعتماد به نفس بیشتری بیماری خود را مدیریت می کنند و در واقع دانش و سواد سلامت علاوه بر اینکه به صورت مستقیم سبب بهبود رفتارهای خود مراقبتی می شود به صورت غیر مستقیم نیز با ایجاد این باور که فرد خود را در مدیریت بیماری توانمند بداند بر آن اثر می گذارد.

به علاوه حمایت اجتماعی ادراک شده توسط بیمار نیز علاوه بر تاثیر مستقیمی که بر رفتارهای خودمراقبتی خواهد داشت، می تواند بر باور فرد به توانمندی هایش و درواقع بر خودکارآمدی در کنترل بیماری اثر گذاشته و از این طریق به ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی که نقش بسیار مهمی در کنترل این بیماری مزمن دارند کمک کند.

انجام پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهشها با محدودیت هایی مواجه بود؛ ازآنجایی که نمونه تحقیق تنها شامل افراد میانسال مبتلا به دیابت در شهر تهران بود، لذا در تعمیم نتایج آن به گروههای سنی دیگر و سایر بیماران لازم است احتیاط بیشتری به عمل آید. با توجه به نتایج این پژوهش، به سایر درمانگران و مشاوران پیشنهاد می شود، به نقش متغیرهای پژوهش در رفتارهای خود مراقبتی که اهمیت زیادی در کنترل بیماری دیابت و کاهش هزینه های درمان دارد توجه و از ارتقا آنها برای بهبود این رفتارها استفاده شود. به علاوه پیشنهاد می شود از نتایج این تحقیق در جهت آگاهی افزایی بیماران مبتلا به دیابت استفاده شود. با توجه به اینکه ارتباط سواد سلامت، خودکارآمدی و خودمراقبتی علاوه بر دیابت در سایر بیماری های مزمن نیز لهمیت دارد پیشنهاد می شود پژوهشگران به بررسی این سازه ها در سایر بیماریهای مزمن نیز بپردازند. همچنین تحقیقی مشابه با در نظر گرفتن نقش تعدیل کنندگی جنسیت انجام گیرد تا بتوان نتایج حاصل از داده های مربوط به دو جنس را مقایسه کرد. با توجه به محدودیت روشهای همبستگی در تبیین روابط علت و معلولی توصیه می شود پژوهش های تجربی جهت ارتقا رفتارهای خود مراقبتی در بیماران از طریق آموزش و ارتقا سواد سلامت و بهبود حمایتهای اجتماعی انجام شود.

**تشکر و قدردانی**

این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان شناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین الملل خرمشهر- خلیج فارس می باشد



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

## References


1. Dehghan H, Mirzaei M, Mirzaei E, Moradei Asl E, Ataiy A, Mirzaei M. Comparison of therapeutic effects of linagliptin and metformin in patients with type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Journal of Ardabil University of Medical Sciences. 2018; 18(1): 21-33.
2. Mallick N, Maharana SP, Garg S, Sembiah S, Banerjee R. Self-care practices among diabetes patients attending a health center in a slum of Kolkata: a qualitative study. Medical Journal of Dr. DY Patil Vidyapeeth. 2018; 11(6): 506.
3. American Diabetes Association. 5. Lifestyle management: standards of medical care in diabetes-2019. Diabetes Care. 2019; 42: S46-60.
4. Fisher L, Skaff MM, Mullan JT, Arean P, Glasgow R, Masharani U. A longitudinal study of affective and anxiety disorders, depressive affect and diabetes distress in adults with type 2 diabetes. Diabetic Medicine. 2008; 25(9): 1096-101.
5. Bandura A. Social cognitive theory: an agentic perspective. Annual Review of Psychology. 2001; 52(1): 1-26.
6. Wang L, Gao P, Zhang M, Huang Z, Zhang D, Deng Q, et al. Prevalence and ethnic pattern of diabetes and prediabetes in China in 2013. JAMA. 2017; 317(24): 2515-23.
7. Zarini GG, McLean M, Vaccaro J, Exebio J, Ajabshir S, Huffman FG. Effect of Vitamin D3 supplementation on telomerase activity in hispanics with type 2 diabetes. The FASEB Journal. 2016; 30(1 Suppl): 1156.
8. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization; 2013.
9. Lamar M, Wilson RS, Yu L, James BD, Stewart CC, Bennett DA, et al. Associations of literacy with diabetes indicators in older adults. Journal of Epidemiology and Community Health. 2019; 73(3): 250-5.
10. Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2016; 14(3): 199-208.
11. Cochran J, Conn VS. Meta-analysis of quality of life outcomes following diabetes self-management training. The Diabetes Educator. 2008; 34(5): 815-23.
12. Heinrich E, Schaper NC, de Vries NK. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. European Diabetes Nursing. 2010; 7(2): 71-6.
13. Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaut R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. CMAJ. 2011; 183(2): E115-27.
14. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, Warren R, Ali MU. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. Diabetic Medicine. 2015; 32(11): 1404-14.
15. Rahimi MA, Izadi N, Khashij M, Abdolrezaie M, Aivazi F. Self Efficacy and some of related factors in diabetic patients. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2015; 22(6): 1665-72.
16. Shen Y, Zhu W, Lu L, Lu F, Kan K, Bao Y, et al. Contribution of structured self-monitoring of blood glucose to self-efficacy in poorly controlled diabetes patients in China. Diabetes/Metabolism Research and Reviews. 2019; 35(1): e3067.
17. Taheri N, Ghajari H, Shahbazi H. The association of health literacy with self-efficacy and self-care, in type 2 diabetes patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2018; 20(3): 135-41.




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

**18.** Zare M. The relationship of personality traits, social support and family-work conflict with emotional exhaustion in teachers. Culture Counseling. 2014; 5(17): 1-22.

**19.** Tamannaeifar MR, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. Journal of Research and Planning in Higher Education. 2014; 20(1): 149-66.

**20.** Haghayegh AS, Ghasemi N, Neshatdoost HT, Kajbaf M, Khanbani M. Psychometric properties of Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2010; 12(2): 111-95.

**21.** Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. Iran Journal of Nursing. 2013; 25(80): 24-33.

**22.** Aflakseir A. Predicting self-care behaviors based on patient-doctor relationship and emotional distress in adolescents with diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2018; 17(3): 147-56.

**23.** Mehrtak M, Hemmati A, Bakhshzadeh A. Health Literacy and its relationship with the medical, dietary adherence and exercise in patients with type II diabetes mellitus. Journal of Health Literacy. 2018; 3(2): 137-44.

**24.** Morowatisharifabad M, Rouhani TN. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2008; 15(4): 91-9.

**25.** Noroozi A, Tahmasebi R, Rekabpour SJ. Effective social support resources in self-management of diabetic patients in Bushehr (2011-12). Iranian South Medical Journal. 2013; 16(3): 250-9.

**26.** Tang TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. The Diabetes Educator. 2008; 34(2): 266-76.

**27.** Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of the American Association of Nurse Practitioners. 2013; 25(9): 495-502.

**28.** Rafiezadeh Gharrehtapeh S, Tabarsy B, Hassanjani S, Razavi M, Amjadi M, Hojjati H. The relationship between health literacy and self-efficacy in patients with type II diabetes admitted to gorgan diabetes clinic in 2014. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 3(2): 30-42.

**29.** Larsen PD, Lubkin IM. Chronic illness: impact and intervention. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning; 2009.

**30.** Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Psychometric testing of the family-carer diabetes management self-efficacy scale. Health & Social Care in the Community. 2018; 26(2): 214-23.

**31.** Rahimian BI, Mohajeri TM, Besharat M, Talepasand S. Psychological, social and structural determinants of diabetes self-management. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2012; 13(5): 467-78.




[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]

**Journal of Diabetes Nursing**
**pISSN**: 2345-5020
**eISSN**: 2423-5571

**Received:** 16/03/2019
**Accepted:** 11/05/2019
Volume **7** Number **2 p:752-763**

# Causal Model of Self-care Based on Social Support and Health Literacy Through Self-efficacy in Managing Diabetes in Diabetic Patients

Badpar Sima [1], **Bakhtiarpour Saeed*[2]**, Heidari Alireza [3], Moradimanesh Fardin [4]

1. PhD Student of Health Psychology, Department of Psychology, International Khorramshahr, Persian Gulf Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran
2. Faculty Member, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Faculty Member, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
4. Faculty Member, Department of Psychology, Dezful Branch, Islamic Azad University, Dezful, Iran

***Corresponding author**: Saeed Bakhtiarpour, Ahvaz Branch, Islamic Azad University. **Email**: saeedb81@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** Considering the importance and high prevalence of diabetes, it is necessary to consider the factors related to self-care in these patients in order to improve the health of the community. Regarding this, the present research was conducted to examine the causal model of self-care based on social support and health literacy through self-efficacy in the management of diabetes among diabetic patients.

**Materials and Methods**: This study was conducted on 190 patients with diabetes mellitus referring to the endocrinologists in Tehran, Iran, in 2018. The study population was selected through convenience sampling method. The data were collected using the Social Support, Health Literacy, Self-Efficacy in Diabetes Management, and Diabetes Self-care Questionnaires. The data were analyzed using the structural equation modeling method.

**Results:** The results showed significantly direct relationships between health literacy and self-care ($\beta$=0.18, P≤0.01), between social support and self-care ($\beta$=0.15, P≤0.05), between self-efficacy in the management of diabetes and self-care ($\beta$=0.39, P≤0.01) between health literacy and self-efficacy in managing diabetes ($\beta$=0.25, P≤0.01), and between social support and self-efficacy in diabetes management ($\beta$=0.25, P≤0.01). In addition, self-care showed indirect relationships with health literacy (0.09=$\beta$, P≤0.01) and social support ($\beta$=0.09, P≤0.01) through self-efficacy in the management of diabetes.

**Conclusion:** As the findings indicated, health literacy and social support were effective not only in the management of diabetes through self-efficacy but also in self-care behaviors in diabetic patients.

**Keywords:** Self-care, Social support, Health literacy, Self-efficacy in the management of diabetes.

| Access This Article Online | |
|---|---|
| Quick Response Code: | Website: http://jdn.zbmu.ac.ir |
| | **How to site this article:** 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. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (2) :752-763 |

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-12 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1398.7.2.2.2 ]