Psychology of Motivation, Behavior, and Health, Volume 4, Issue 2, PP 1-18

The Effect of Sociocultural Factors and Cognitive Beliefs on Health-Promoting Behaviors: The Mediating Role of Health Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes

1. Rahil Naseri: Department of Health Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran
2. Maryam Rostamnezhad*: Department of Psychology, To.C., Islamic Azad University, Tonekabon, Iran

*Corresponding Author's Email: m.rostamnezhad55@iau.ac.ir

Received: 2026-06-27 Revised: 2026-10-15 Accepted: 2026-10-22 Initial Publish: 2026-10-22 Final Publish: 2027-10-23



How to Cite: Naseri, R. & Rostamnezhad, M. (2026). The Effect of Sociocultural Factors and Cognitive Beliefs on Health-Promoting Behaviors: The Mediating Role of Health Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(2), 1-18.

Abstract

Introduction and Aim: Health-promoting behaviors among patients with type 2 diabetes are shaped by the interaction of social, cognitive, and psychological factors, with health self-efficacy potentially serving as an important mechanism linking environmental conditions and individual perceptions to self-care behaviors. This study aimed to determine the effects of sociocultural factors and cognitive beliefs on health-promoting behaviors, considering the mediating role of health self-efficacy in patients with type 2 diabetes.

Methodology: This descriptive-correlational study employed structural equation modeling. The study population consisted of patients with type 2 diabetes attending selected treatment centers and clinics in Tonekabon, Chalus, and Ramsar in western Mazandaran Province in 2026, from whom 200 participants were selected through purposive sampling. Data were collected using the Cultural and Social Factors Questionnaire, the Brief Illness Perception Questionnaire, the Self-Care Self-Efficacy Scale, and the Health-Promoting Lifestyle Profile. Pearson correlation analysis and structural equation modeling were performed using SPSS version 27 and AMOS version 24.

Findings: The structural model demonstrated satisfactory fit (χ^2/df=1.035, RMSEA=0.013, GFI=0.921, NFI=0.954, IFI=0.998, CFI=0.998). Sociocultural factors had significant positive effects on health-promoting behaviors (β=0.178, p=0.004) and health self-efficacy (β=0.314, p<0.001). Health self-efficacy significantly and positively predicted health-promoting behaviors (β=0.465, p<0.001). Conversely, cognitive beliefs had significant negative effects on health-promoting behaviors (β=-0.204, p=0.002) and health self-efficacy (β=-0.368, p<0.001). The indirect effect of sociocultural factors on health-promoting behaviors through health self-efficacy was 0.146, while the corresponding indirect effect of cognitive beliefs was -0.171, confirming partial mediation in both relationships.

Conclusion: Health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes appear to result from the interplay of sociocultural conditions, illness-related cognitive beliefs, and perceived health self-efficacy. Interventions aimed at strengthening health self-efficacy, modifying maladaptive illness perceptions, and enhancing family and social support may therefore provide an effective framework for promoting sustainable health-related behaviors in this population.

Keywords: Sociocultural factors, Cognitive beliefs, Health self-efficacy, Health-promoting behaviors, Type 2 diabetes.

Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Type 2 diabetes mellitus is a chronic metabolic disorder whose successful management depends not only on pharmacological treatment and clinical monitoring but also on patients' sustained engagement in health-promoting and self-management behaviors. Dietary regulation, regular physical activity, medication adherence, health monitoring, stress management, and appropriate use of healthcare services are among the behaviors that patients must integrate into everyday life. However, knowledge of recommended health practices does not necessarily translate into their consistent implementation. Diabetes self-management is shaped by a complex interaction of personal, cognitive, social, and environmental factors, and patients may differ substantially in their ability to maintain recommended behaviors despite receiving similar medical advice. Evidence from adults with type 2 diabetes indicates that self-management behaviors are associated with multiple individual and contextual factors rather than a single determinant (He et al., 2023). Consequently, understanding the mechanisms through which social circumstances and patients' cognitive interpretations of illness influence health-promoting behaviors is important for developing more comprehensive approaches to diabetes management.

Sociocultural factors constitute an important contextual dimension of diabetes care because patients manage their illness within families, communities, workplaces, and broader social environments. Social determinants such as socioeconomic conditions, access to resources, social relationships, and characteristics of the living environment may facilitate or restrict opportunities for effective diabetes management (Hill-Briggs et al., 2021). Family members may influence food choices, physical activity, treatment adherence, emotional adjustment, and the organization of daily care. Consistent with this perspective, family support has been associated with diabetes self-management behaviors among patients with type 2 diabetes (Hiefner et al., 2024). Social support and self-management have also been linked to better glycemic management, emphasizing that diabetes-related behaviors are embedded within interpersonal relationships rather than being exclusively individual choices (Adu et al., 2024). More recent evidence further suggests that a culture supportive of health within the workplace can be associated with more favorable self-management behaviors among employees with type 2 diabetes (Li et al., 2025). These findings indicate that sociocultural conditions may influence health behavior both by creating practical opportunities for healthy action and by shaping patients' perceptions of support, control, and personal capability.

Cognitive beliefs concerning illness represent another major component of diabetes adjustment. Patients differ in how they interpret the causes, consequences, duration, controllability, and threat associated with diabetes. Such representations may influence emotional responses, motivation, treatment engagement, and perceptions of control. More threatening or maladaptive illness representations have been associated with adverse psychological outcomes among adults with diabetes (Purewal & Fisher, 2018). Furthermore, illness representations and metacognitive beliefs have been linked to mood disturbances among people with type 2 diabetes (Acar & Sertel Berk, 2025), while prospective evidence indicates that metacognitive beliefs may contribute to rumination and psychological distress independently of illness representations (Cherry et al., 2023). These findings suggest that patients' interpretations of diabetes are not merely passive beliefs; rather, they may influence how individuals respond to the illness and whether they perceive diabetes as a manageable condition or as an overwhelming and uncontrollable threat.

Health self-efficacy may provide a central psychological mechanism linking sociocultural and cognitive factors with actual health behavior. Self-efficacy refers to an individual's confidence in the ability to organize and perform actions necessary for achieving desired outcomes. In chronic illness, it reflects patients' perceived capability to continue self-care despite barriers and difficulties. Previous structural studies have emphasized the importance of self-efficacy for self-care and diabetes management (Arshi et al., 2021; Motavalli-Al-Mouti et al., 2022). Self-efficacy has also been incorporated into broader health models involving health beliefs, psychological resources, social support, and self-management behaviors (Mashough et al., 2021). Importantly, social support may strengthen patients' sense of competence and confidence in managing illness, as relationships among social support, self-efficacy, and psychological well-being have been demonstrated in adults with type 2 diabetes (Al-Dwaikat et al., 2021). Similarly, structural evidence suggests that self-efficacy can mediate relationships among illness perception, social support, shared decision-making, and self-care (Mohammadimanesh et al., 2024). Therefore, self-

efficacy may explain why favorable social environments promote healthier behavior and why threatening illness perceptions may undermine it. Despite the growing evidence regarding these constructs, fewer studies have simultaneously examined sociocultural factors, cognitive beliefs, health self-efficacy, and health-promoting behaviors within one structural model, particularly among Iranian patients. Accordingly, the present study aimed to determine the effects of sociocultural factors and cognitive beliefs on health-promoting behaviors, with health self-efficacy considered as a mediating variable, among patients with type 2 diabetes.

Methodology

This study employed a descriptive-correlational design based on structural equation modeling. The statistical population consisted of patients diagnosed with type 2 diabetes who attended selected treatment centers, clinics, and physicians' offices in Tonekabon, Chalus, and Ramsar in western Mazandaran Province in 2026. A total of 200 eligible patients were recruited through purposive sampling. Inclusion criteria consisted of a confirmed diagnosis of type 2 diabetes by a physician, age of at least 18 years, ability to respond to the questionnaires, and provision of informed consent. Questionnaires with more than 10% missing data were excluded from analysis. Data collection was conducted from May to July 2026 after the required administrative arrangements and ethical procedures had been completed.

Sociocultural factors were assessed using the Cultural and Social Factors Questionnaire developed by Sadat Ahmadi Bejestani, which evaluates dimensions such as traditional health beliefs, family and community influences, attitudes toward illness, and lifestyle-related sociocultural characteristics. Cognitive beliefs were assessed using the Brief Illness Perception Questionnaire, with higher total scores representing a more negative and threatening perception of illness. Health self-efficacy was measured using the Self-Care Self-Efficacy Scale developed by Lev and Owen, which evaluates confidence in health-related behaviors across stress reduction, decision-making, and positive-attitude dimensions. Health-promoting behaviors were assessed using the Health-Promoting Lifestyle Profile. Following completion and screening of the questionnaires, the data were coded and analyzed using SPSS version 27 and AMOS version 24. Pearson correlation coefficients were calculated to examine bivariate relationships, and structural equation modeling was performed to estimate direct and indirect relationships and evaluate the mediating role of health self-efficacy. Model fit was assessed using χ^2/df, RMSEA, GFI, NFI, IFI, and CFI indices.

Findings

The structural model demonstrated satisfactory fit with the empirical data. The ratio of chi-square to degrees of freedom was 1.035, and RMSEA was 0.013. The remaining fit indices were also within desirable ranges, including GFI=0.921, NFI=0.954, IFI=0.998, and CFI=0.998, supporting the adequacy of the proposed structural model.

Analysis of the direct pathways showed that sociocultural factors had a statistically significant positive effect on health-promoting behaviors (β=0.178, p=0.004). Health self-efficacy also had a significant positive effect on health-promoting behaviors and represented the strongest direct predictor in the model (β=0.465, p<0.001). In contrast, cognitive beliefs had a statistically significant negative effect on health-promoting behaviors (β=-0.204, p=0.002). Because higher cognitive-belief scores reflected more negative and threatening illness perceptions, this result indicated that increasingly threatening perceptions of diabetes were associated with lower levels of health-promoting behavior. Sociocultural factors also positively predicted health self-efficacy (β=0.314, p<0.001), whereas cognitive beliefs negatively predicted health self-efficacy (β=-0.368, p<0.001). Thus, all hypothesized direct pathways were statistically significant.

The indirect-effects analysis further supported the mediating role of health self-efficacy. The standardized indirect effect of sociocultural factors on health-promoting behaviors through health self-efficacy was 0.146, with a variance accounted for value of 45.1%, indicating partial mediation. Therefore, sociocultural factors were associated with health-promoting behaviors both directly and indirectly through increased health self-efficacy. The standardized indirect effect of cognitive beliefs on health-promoting behaviors through health self-efficacy was -0.171. The corresponding VAF value was 45.6%, and the Sobel statistic was -4.066, supporting the statistical significance of the indirect pathway and indicating partial mediation. Consequently, more negative illness-related cognitive beliefs were associated with lower health-promoting behavior both directly and through reduced health self-efficacy.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that health-promoting behaviors in patients with type 2 diabetes are best understood as the product of interconnected social, cognitive, and psychological processes. Sociocultural factors showed a positive direct association with health-promoting behaviors, indicating that patients embedded in more supportive and health-oriented social environments are more likely to engage in behaviors conducive to disease management. Such environments may facilitate healthy choices by providing emotional encouragement, practical assistance, favorable norms, and greater opportunities for following treatment recommendations. Because diabetes management occurs primarily in everyday life rather than exclusively in healthcare settings, the social context surrounding the patient can either facilitate or obstruct the implementation of recommended behaviors.

Health self-efficacy emerged as the strongest direct predictor of health-promoting behaviors. This result suggests that confidence in one's ability to manage health-related demands is particularly important for translating knowledge and recommendations into consistent action. Patients may understand the importance of diet, physical activity, treatment adherence, and routine monitoring, yet successful implementation requires confidence in their capacity to persist when confronted with stress, competing demands, fatigue, or temporary setbacks. Higher health self-efficacy may therefore increase persistence, strengthen problem-solving, and help patients maintain self-care behaviors despite difficulties.

The significant positive pathway from sociocultural factors to health self-efficacy further suggests that perceived competence is not solely an internal personal characteristic. Supportive family and social environments may strengthen patients' confidence by providing encouragement, assistance, reassurance, and opportunities for successful management experiences. The partial mediating effect found in this study indicates that sociocultural conditions influence health-promoting behaviors through two complementary mechanisms. They may directly facilitate healthier behavior while simultaneously increasing patients' confidence in their ability to manage diabetes. Thus, interventions that improve external support without strengthening personal capability may fail to use the full potential of sociocultural resources.

Cognitive beliefs displayed the opposite pattern. More threatening and negative perceptions of diabetes were associated with both lower health self-efficacy and fewer health-promoting behaviors. Although an appropriate understanding of disease seriousness can encourage responsible health behavior, excessive perceptions of threat or uncontrollability may reduce motivation by creating helplessness and diminishing perceived personal control. Patients who view diabetes as overwhelmingly severe or difficult to control may be less likely to believe that their actions can meaningfully influence their health. This cognitive interpretation may consequently discourage persistence in self-management activities.

The partial mediation of the cognitive-belief pathway by health self-efficacy provides further insight into this mechanism. Negative illness perceptions appear to influence health behavior partly by weakening the patient's perceived ability to manage the condition. At the same time, the persistence of a significant direct pathway indicates that cognitive beliefs may also affect health-promoting behaviors through additional mechanisms not examined in the present model, such as emotional distress, motivation, treatment expectations, or coping responses. Consequently, interventions designed to modify maladaptive illness perceptions may be more effective when they simultaneously enhance patients' confidence in their ability to undertake specific self-management tasks.

Overall, the present findings support a multidimensional understanding of health-promoting behavior in type 2 diabetes. Patients' behaviors appear to develop through the interaction of the sociocultural environment, cognitive interpretation of illness, and perceived personal capability. Health self-efficacy occupies a particularly important position because it directly predicts health-promoting behaviors and partially transmits the effects of both sociocultural factors and cognitive beliefs. These findings suggest that diabetes education and psychological interventions should extend beyond the provision of medical information. Programs may be more effective when they incorporate family and social resources, identify excessively threatening or maladaptive illness perceptions, strengthen realistic perceptions of control, and systematically build patients' confidence in carrying out self-care behaviors.

تأثیر عوامل فرهنگی و باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور با نقش میانجی خودکارآمدی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

۱. راحیل ناصری: گروه روانشناسی سلامت، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران
۲. مریم رستم نژاد*: گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: m.rostamnezhad55@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۷/۲۳ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۳۰ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۷/۳۰ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۸/۰۱



نحوه استناددهی: ناصری، راحیل.، و رستم نژاد، مریم. (۱۴۰۵). تأثیر عوامل فرهنگی و باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور با نقش میانجی خودکارآمدی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۲)، ۱۸-۱.

چکیده

مقدمه و هدف: رفتارهای سلامت‌محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تحت تأثیر تعامل عوامل اجتماعی، شناختی و روان‌شناختی قرار دارند و خودکارآمدی سلامت می‌تواند سازوکاری مهم در تبدیل شرایط محیطی و ادراکات فردی به رفتارهای مراقبتی باشد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور با توجه به نقش میانجی خودکارآمدی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش‌شناسی: پژوهش حاضر توصیفی ـ همبستگی و مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های منتخب شهرستان‌های تنکابن، چالوس و رامسر در غرب استان مازندران در سال ۱۴۰۵ بود که از میان آنان ۲۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه عوامل فرهنگی و اجتماعی سادات احمدی بجستانی، پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری بردبنت و همکاران، پرسشنامه خودکارآمدی مراقبت از خود لو و اوون و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت والکر و همکاران گردآوری شدند. تحلیل داده‌ها با ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ انجام شد.

یافته‌ها: مدل ساختاری از برازش مطلوبی برخوردار بود (χ^2/df=۱.۰۳۵، RMSEA=۰.۰۱۳، GFI=۰.۹۲۱، NFI=۰.۹۵۴، IFI=۰.۹۹۸ و CFI=۰.۹۹۸). عوامل فرهنگی ـ اجتماعی اثر مثبت و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور (β=۰.۱۷۸، p=۰.۰۰۴) و خودکارآمدی سلامت (β=۰.۳۱۴، p<۰.۰۰۱) داشتند. خودکارآمدی سلامت نیز اثر مثبت و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور نشان داد (β=۰.۴۶۵، p<۰.۰۰۱). در مقابل، باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور (β=-۰.۲۰۴، p=۰.۰۰۲) و خودکارآمدی سلامت (β=-۰.۳۶۸، p<۰.۰۰۱) اثر منفی و معنادار داشتند. همچنین، اثر غیرمستقیم عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور از طریق خودکارآمدی سلامت برابر با ۰.۱۴۶ و اثر غیرمستقیم باورهای شناختی برابر با -۰.۱۷۱ بود و میانجی‌گری جزئی در هر دو مسیر تأیید شد.

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان می‌دهد رفتارهای سلامت‌محور بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در تعامل میان شرایط فرهنگی ـ اجتماعی، نحوه ادراک بیماری و احساس توانمندی فرد شکل می‌گیرند. بنابراین، برنامه‌های آموزشی و روان‌شناختی می‌توانند با تقویت خودکارآمدی سلامت، اصلاح ادراک‌های منفی از بیماری و افزایش حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، زمینه بهبود پایدار رفتارهای سلامت‌محور را فراهم سازند.

کلیدواژگان: عوامل فرهنگی ـ اجتماعی، باورهای شناختی، خودکارآمدی سلامت، رفتارهای سلامت‌محور، دیابت نوع دو.

مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

مقدمه

دیابت نوع دو یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن متابولیک است که مدیریت موفق آن تنها به درمان دارویی و مراقبت‌های پزشکی محدود نمی‌شود، بلکه تا حد زیادی به رفتارهای روزمره بیمار، توانایی او در خودمدیریتی و استمرار رفتارهای مرتبط با حفظ و ارتقای سلامت وابسته است. بیماران مبتلا به دیابت نوع دو ناگزیرند در زندگی روزمره تصمیم‌های متعددی درباره الگوی تغذیه، فعالیت بدنی، پایبندی به درمان، کنترل وزن، مصرف دارو، پایش قند خون، مدیریت استرس و مراجعه منظم به مراکز درمانی اتخاذ کنند. ازاین‌رو، کیفیت مدیریت بیماری را نمی‌توان صرفاً با شاخص‌های زیستی یا میزان دریافت خدمات درمانی توضیح داد؛ بلکه رفتارهای سلامت‌محور بخش اساسی فرایند کنترل بیماری را تشکیل می‌دهند. این رفتارها مجموعه‌ای از اقدامات آگاهانه و نسبتاً پایدارند که فرد برای حفظ، بهبود یا بازیابی سلامت خود انجام می‌دهد و در بیماران مبتلا به دیابت، استمرار آن‌ها می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض داشته باشد. مطالعات مربوط به خودمدیریتی دیابت نیز نشان داده‌اند که میزان مشارکت بیماران در رفتارهای مرتبط با رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف دارو و مراقبت‌های روزمره یکسان نیست و تحت تأثیر مجموعه‌ای از عوامل فردی و محیطی قرار دارد (He et al., 2023). بنابراین، شناسایی عواملی که می‌توانند رفتارهای سلامت‌محور را در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تقویت یا تضعیف کنند، از مسائل مهم روان‌شناسی سلامت و مراقبت از بیماری‌های مزمن به شمار می‌رود.

در سال‌های اخیر، دیدگاه‌های زیستی ـ پزشکی صرف در تبیین رفتار بیماران مزمن جای خود را تا حد زیادی به رویکردهای چندبعدی داده‌اند که نقش هم‌زمان عوامل فردی، روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی را مورد تأکید قرار می‌دهند. در چنین چارچوبی، رفتار بیمار نه فقط حاصل آگاهی او از بیماری، بلکه محصول تعامل میان شرایط زندگی، منابع اجتماعی، باورهای فردی و ارزیابی او از توانایی‌های خود است. شواهد موجود درباره عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت نشان می‌دهد که وضعیت اجتماعی و اقتصادی، منابع در دسترس، شرایط محیط زندگی، ساختار روابط اجتماعی و فرصت‌های دسترسی به مراقبت می‌توانند تجربه بیماری و قابلیت افراد برای مدیریت دیابت را شکل دهند (Hill-Briggs et al., 2021). این موضوع از آن جهت اهمیت دارد که توصیه‌های درمانی زمانی به رفتار واقعی تبدیل می‌شوند که بیمار در محیط خانوادگی و اجتماعی خود امکان اجرای آن‌ها را داشته باشد. حتی زمانی که فرد درباره لزوم رعایت رژیم غذایی یا فعالیت بدنی آگاهی کافی دارد، نبود حمایت اجتماعی، محدودیت منابع، نگرش‌های فرهنگی یا شرایط نامناسب محیطی ممکن است استمرار رفتارهای مطلوب را دشوار سازد. ازاین‌رو، مطالعه رفتارهای سلامت‌محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مستلزم توجه هم‌زمان به زمینه‌های فرهنگی و اجتماعی زندگی آنان است.

عوامل فرهنگی ـ اجتماعی می‌توانند از مسیرهای گوناگون بر رفتار بیماران اثر بگذارند. خانواده، شبکه‌های اجتماعی، هنجارهای فرهنگی، باورهای رایج درباره بیماری، نگرش به درمان، الگوی ارتباط بیمار با اطرافیان و میزان حمایت دریافتی از جمله مؤلفه‌هایی هستند که می‌توانند انگیزه و توان عملی فرد را برای پیگیری رفتارهای سلامت‌محور تغییر دهند. در بسیاری از بیماران، مدیریت دیابت درون بافت خانواده انجام می‌شود؛ انتخاب غذا، برنامه فعالیت بدنی، نحوه مصرف دارو و حتی مراجعه به مراکز درمانی اغلب تحت تأثیر روابط و تصمیم‌های خانوادگی قرار دارد. یافته‌های مربوط به حمایت خانوادگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داده‌اند که محیط خانواده می‌تواند با رفتارهای خودمدیریتی ارتباط داشته باشد و حمایت مناسب خانواده زمینه مساعدتری را برای حفظ رفتارهای مراقبتی ایجاد کند (Hiefner et al., 2024). همچنین در یک مطالعه مقطعی، حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمدیریتی از عوامل مرتبط با کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو گزارش شدند و این یافته بر نقش منابع بین‌فردی در مدیریت روزمره بیماری تأکید می‌کند (Adu et al., 2024). بنابراین، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی را می‌توان نه صرفاً متغیرهایی بیرونی، بلکه بخشی از محیط عملکردی بیمار دانست که می‌توانند رفتار سلامت‌محور را تسهیل یا محدود کنند.

فرهنگ سلامت نیز یکی از ابعاد مهم این زمینه اجتماعی است. فرهنگ حاکم بر محیط زندگی یا کار می‌تواند از طریق شکل‌دهی به نگرش‌ها، هنجارها و انتظارات مرتبط با سلامت، رفتارهای

خودمدیریتی افراد مبتلا به دیابت را تحت تأثیر قرار دهد. شواهد جدید نشان داده‌اند که فرهنگ سلامت در محیط کار با رفتارهای خودمدیریتی کارکنان مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط دارد و سازوکارهای روان‌شناختی می‌توانند بخشی از این ارتباط را توضیح دهند (Li et al., 2025). این موضوع نشان می‌دهد که بیمار جدا از بافت اجتماعی خود تصمیم نمی‌گیرد؛ بلکه محیط‌های مختلفی که در آن‌ها زندگی و فعالیت می‌کند می‌توانند ادراک او از سلامت، میزان حمایت تجربه‌شده و احساس امکان‌پذیری رفتارهای مطلوب را شکل دهند. در نتیجه، بررسی اثر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور می‌تواند درک جامع‌تری از تفاوت میان بیمارانی فراهم کند که با وجود دریافت توصیه‌های پزشکی مشابه، الگوهای متفاوتی از خودمراقبتی و سبک زندگی را نشان می‌دهند.

در کنار عوامل محیطی، برداشت شناختی بیمار از دیابت نیز نقشی اساسی در نحوه مواجهه او با بیماری دارد. افراد مبتلا به یک بیماری مشابه ممکن است درک کاملاً متفاوتی از ماهیت، پیامدها، مدت، کنترل‌پذیری و تهدیدآمیز بودن بیماری داشته باشند. این برداشت‌ها که در قالب ادراک یا بازنمایی شناختی بیماری بررسی می‌شوند، می‌توانند تعیین کنند که فرد بیماری را تا چه اندازه قابل‌کنترل، خطرناک یا مداوم تلقی کند و چه میزان کنترل شخصی برای خود قائل باشد. اگر بیمار دیابت را وضعیتی به‌شدت تهدیدآمیز و خارج از کنترل بداند، ممکن است به جای درگیرشدن فعال در مراقبت، احساس درماندگی، نگرانی یا کاهش انگیزه را تجربه کند. در مقابل، ادراکی واقع‌بینانه که در آن فرد ضمن آگاهی از جدیت بیماری، امکان کنترل آن را نیز درک کند، می‌تواند زمینه مشارکت فعال‌تر در فرایند مراقبت را فراهم سازد. پژوهش‌های انجام‌شده در بزرگسالان مبتلا به دیابت نشان داده‌اند که ادراک بیماری و باورهای فراشناختی با مشکلات هیجانی مانند اضطراب و افسردگی ارتباط دارند و شیوه‌ای که بیمار بیماری خود را بازنمایی می‌کند، بخشی از تجربه روان‌شناختی او را توضیح می‌دهد (Purewal & Fisher, 2018).

اهمیت باورهای شناختی زمانی بیشتر روشن می‌شود که اثر آن‌ها بر فرایندهای روان‌شناختی مرتبط با مدیریت بیماری در نظر گرفته شود. باورهای منفی درباره بیماری ممکن است زمینه نشخوار فکری، نگرانی، درماندگی و ارزیابی‌های منفی‌تر از توانایی فرد برای کنترل شرایط را فراهم کنند. شواهد طولی نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی می‌توانند مستقل از بازنمایی بیماری با نشخوار فکری و آشفتگی روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به دیابت ارتباط داشته باشند (Cherry et al., 2023). همچنین بررسی افراد مبتلا به دیابت نوع دو نشان داده است که بازنمایی‌های بیماری و باورهای فراشناختی با وضعیت خلقی بیماران مرتبط هستند (Acar & Sertel Berk, 2025). چنین یافته‌هایی نشان می‌دهند که باورهای شناختی درباره بیماری تنها برداشت‌هایی ذهنی و بدون پیامد رفتاری نیستند؛ بلکه می‌توانند از طریق تغییر احساس کنترل، انگیزه، تنظیم هیجان و نحوه ارزیابی توانایی‌های شخصی، بر کیفیت سازگاری فرد با بیماری اثر بگذارند. بنابراین، انتظار می‌رود ادراک منفی‌تر و تهدیدآمیزتر از دیابت با کاهش رفتارهای سلامت‌محور و مشارکت کمتر در فرایند مراقبت همراه باشد.

یکی از سازه‌های مهمی که می‌تواند رابطه عوامل محیطی و شناختی با رفتار واقعی بیمار را توضیح دهد، خودکارآمدی سلامت است. خودکارآمدی به باور فرد درباره توانایی خود برای سازمان‌دهی و اجرای رفتارهای لازم در موقعیت‌های مختلف اشاره دارد و در زمینه بیماری‌های مزمن بیانگر میزان اطمینان بیمار به توانایی خود برای انجام فعالیت‌های مرتبط با مراقبت و حفظ سلامت است. بیمار ممکن است بداند چه رفتاری برای کنترل دیابت مناسب است، اما اگر باور نداشته باشد که می‌تواند آن رفتار را در شرایط واقعی زندگی انجام دهد، احتمال تبدیل دانش به عمل کاهش می‌یابد. خودکارآمدی می‌تواند بر انتخاب رفتار، میزان تلاش، پایداری در برابر موانع و واکنش فرد به شکست یا دشواری اثر بگذارد. مطالعات انجام‌شده در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داده‌اند که خودکارآمدی با رفتارهای خودمراقبتی و مدیریت بیماری پیوند دارد و می‌تواند یکی از عوامل مهم در تبیین تفاوت بیماران در اجرای رفتارهای توصیه‌شده باشد (Arshi et al., 2021). همچنین در پژوهشی درباره مدل سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، خودکارآمدی در کنار سواد سلامت، باورهای سلامت، سرسختی روان‌شناختی، رفتارهای خودمدیریتی و حمایت اجتماعی به‌عنوان یکی از اجزای مهم ساختار تبیین‌کننده سلامت مورد توجه قرار گرفته است (Mashough et al., 2021).

خودکارآمدی سلامت علاوه بر اثر مستقیم احتمالی بر رفتارهای سلامت‌محور، می‌تواند واسطه‌ای میان شرایط اجتماعی و رفتار بیمار باشد. حمایت خانوادگی یا اجتماعی زمانی ممکن است بیشترین اثر رفتاری را ایجاد کند که به افزایش احساس توانمندی فرد برای مدیریت بیماری بینجامد. به عبارت دیگر، دریافت حمایت به‌تنهایی لزوماً تضمین نمی‌کند که رفتار سلامت‌محور شکل گیرد؛ بخشی از اثر حمایت ممکن است از طریق این سازوکار عمل کند که بیمار احساس می‌کند توانایی بیشتری برای تصمیم‌گیری، حل مسئله و ادامه رفتارهای مراقبتی دارد. یافته‌های Al-Dwaikat و همکاران نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی و خودکارآمدی در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو با وضعیت روان‌شناختی آنان ارتباط دارند و این امر بر ارتباط نزدیک منابع اجتماعی و احساس توانمندی فردی تأکید می‌کند (Al-Dwaikat et al., 2021). همچنین یافته‌های مربوط به فرهنگ سلامت در محیط کار نشان می‌دهد که خودکارآمدی می‌تواند در سازوکار ارتباط میان زمینه سلامت‌محور محیط و رفتارهای خودمدیریتی نقش داشته باشد (Li et al., 2025). بر همین اساس، می‌توان انتظار داشت که شرایط فرهنگی و اجتماعی مطلوب نه فقط مستقیماً به رفتارهای بهتر منجر شوند، بلکه با تقویت احساس کنترل و توانمندی بیمار، به‌طور غیرمستقیم نیز رفتارهای سلامت‌محور را ارتقا دهند.

از سوی دیگر، خودکارآمدی می‌تواند در رابطه میان باورهای شناختی و رفتارهای سلامت‌محور نیز نقش واسطه‌ای داشته باشد. ادراک تهدیدآمیزتر از بیماری ممکن است باعث شود بیمار کنترل کمتری بر وضعیت خود احساس کند و توانایی خویش برای مقابله مؤثر با نیازهای مدیریت دیابت را پایین‌تر ارزیابی کند. در چنین وضعیتی، کاهش خودکارآمدی می‌تواند به کاهش تلاش، اجتناب از رفتارهای دشوار و ناپایداری در اجرای توصیه‌های درمانی منجر شود. شواهد داخلی نیز از چنین الگویی حمایت می‌کنند. در یک مدل ساختاری در بیماران مبتلا به دیابت، ادراک بیماری، سبک زندگی و خودکارآمدی مدیریت دیابت در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی بررسی شدند و نتایج بر اهمیت تعامل متغیرهای شناختی، روان‌شناختی و رفتاری تأکید داشتند (Motavalli-Al-Mouti et al., 2022). همچنین در مطالعه‌ای دیگر، مدل خودمراقبتی بر اساس ادراک بیماری، حمایت اجتماعی و تصمیم‌گیری مشارکتی با در نظر گرفتن نقش میانجی خودکارآمدی مورد آزمون قرار گرفت و خودکارآمدی به‌عنوان سازوکاری مهم در تبیین خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مطرح شد (Mohammadimanesh et al., 2024). این یافته‌ها نشان می‌دهند که بررسی خودکارآمدی به‌عنوان یک متغیر واسطه می‌تواند درک دقیق‌تری از چگونگی انتقال اثر باورهای شناختی و منابع اجتماعی به رفتارهای مرتبط با سلامت فراهم کند.

اهمیت این رویکرد زمانی بیشتر می‌شود که توجه شود رفتارهای خودمراقبتی و سلامت‌محور در دیابت محصول یک عامل واحد نیستند. برای مثال، ممکن است فرد از حمایت اجتماعی مناسبی برخوردار باشد، اما به دلیل برداشت‌های بسیار منفی از بیماری، احساس کنترل اندکی داشته باشد؛ یا برعکس، بیمار از نظر شناختی دیدگاه نسبتاً سازگارانه‌ای نسبت به دیابت داشته باشد، اما در محیطی زندگی کند که اجرای رفتارهای سلامت‌محور در آن دشوار است. مطالعات مربوط به جوانان مبتلا به دیابت نوع دو نیز نشان می‌دهند که رفتارهای خودمدیریتی با مجموعه‌ای از عوامل مرتبط هستند و نمی‌توان آن‌ها را صرفاً با یک عامل فردی توضیح داد (He et al., 2023). همچنین شواهد مرتبط با حمایت خانوادگی (Hiefner et al., 2024)، حمایت اجتماعی و خودمدیریتی (Adu et al., 2024) و عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت (Hill-Briggs et al., 2021) همگی بر این نکته تأکید دارند که رفتارهای مرتبط با دیابت درون یک نظام متعامل فرد ـ محیط شکل می‌گیرند. از این منظر، مطالعه هم‌زمان عوامل فرهنگی ـ اجتماعی، باورهای شناختی و خودکارآمدی سلامت می‌تواند چارچوب تبیینی منسجم‌تری برای فهم رفتارهای سلامت‌محور ایجاد کند.

در مطالعات پیشین، هریک از این متغیرها در قالب‌های متفاوتی بررسی شده‌اند. برخی پژوهش‌ها بر روابط حمایت اجتماعی و خودمدیریتی تمرکز داشته‌اند (Adu et al., 2024; Hiefner et al., 2024)، برخی نقش ادراک بیماری و باورهای فراشناختی را در سازگاری روان‌شناختی بیماران برجسته کرده‌اند (Acar & Sertel Berk, 2025; Cherry et al., 2023; Purewal & Fisher, 2018) و گروهی دیگر نقش خودکارآمدی را در خودمراقبتی و مدیریت بیماری مورد تأکید قرار داده‌اند (Arshi et al., 2021; Mohammadimanesh et al., 2024; Motavalli-Al-Mouti et al.,

2022). در عین حال، پژوهش‌های مدل‌محور نشان می‌دهند که خودکارآمدی می‌تواند در کنار متغیرهای اجتماعی، شناختی و رفتاری جایگاهی مرکزی داشته باشد (Mashough et al., 2021). با این حال، بررسی هم‌زمان اثر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور با تمرکز مشخص بر نقش میانجی خودکارآمدی سلامت، به‌ویژه در بافت اجتماعی و فرهنگی بیماران ایرانی، همچنان نیازمند توجه بیشتری است. تفاوت در ساختار خانواده، الگوهای حمایت اجتماعی، باورهای فرهنگی درباره بیماری، دسترسی به منابع و نحوه تفسیر دیابت می‌تواند سبب شود سازوکار روابط میان این متغیرها در بافت‌های گوناگون یکسان نباشد.

بررسی این روابط در یک مدل ساختاری از نظر نظری و کاربردی حائز اهمیت است. از نظر نظری، چنین مدلی امکان تفکیک اثرات مستقیم و غیرمستقیم را فراهم می‌کند و می‌تواند نشان دهد که آیا عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی مستقل از خودکارآمدی با رفتارهای سلامت‌محور ارتباط دارند یا بخشی از این ارتباط از مسیر احساس توانمندی بیمار شکل می‌گیرد. از نظر کاربردی نیز شناخت این مسیرها می‌تواند به طراحی مداخلاتی منجر شود که تنها بر انتقال اطلاعات پزشکی تمرکز نداشته باشند، بلکه هم‌زمان به زمینه اجتماعی، شیوه ادراک بیماری و احساس توانمندی بیمار توجه کنند. اگر خودکارآمدی نقش میانجی معناداری داشته باشد، می‌توان انتظار داشت مداخلاتی که حمایت اجتماعی را با افزایش مهارت‌های مدیریت بیماری و تقویت احساس کنترل ترکیب می‌کنند، اثربخشی بیشتری داشته باشند. همچنین اصلاح برداشت‌های بیش از حد تهدیدآمیز و ناکارآمد درباره دیابت، در کنار تقویت احساس توانمندی، می‌تواند از مسیرهای مهم ارتقای رفتارهای سلامت‌محور باشد؛ زیرا یافته‌های پیشین نشان داده‌اند که رفتارهای خودمدیریتی دیابت در پیوند با زمینه اجتماعی، ادراک بیماری و منابع روان‌شناختی فرد قرار دارند (Al-Dwaikat et al., 2021; Li et al., 2025; Mohammadimanesh et al., 2024).

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور با نقش میانجی خودکارآمدی سلامت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، بنیادی و از نظر روش، توصیفی از نوع همبستگی بود که با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی و کلینیک‌های مرتبط منتخب در شهرستان های تنکابن، چالوس و رامسر در غرب استان مازندران در سال ۱۴۰۵ بود. حجم نمونه پژوهش شامل ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. با توجه به استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری و پیچیدگی مدل پژوهش، حجم نمونه ۲۰۰ نفر برای دستیابی به برآوردهای پایدار در نظر گرفته شد (وستلند، ۲۰۱۰؛ ولف و همکاران، ۲۰۱۳). ملاک‌های ورود شامل تشخیص قطعی دیابت نوع دو توسط پزشک، سن حداقل ۱۸ سال، توانایی پاسخ‌گویی به پرسشنامه‌ها و رضایت آگاهانه بود. پرسشنامه‌های دارای بیش از ۱۰ درصد داده ناقص از تحلیل کنار گذاشته شدند.

۱- پرسشنامه عوامل فرهنگی و اجتماعی سادات احمدی بجستانی (۱۳۹۳): ابزار سنجش عوامل فرهنگی و اجتماعی، پرسشنامه‌ای است که توسط سادات احمدی بجستانی (۱۳۹۳) طراحی و روان‌سنجی شده است. دامنه نمره کل این پرسشنامه با توجه به ۴۳ گویه و نمره‌گذاری پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵، بین ۴۳ تا ۲۱۵ است. ابعاد مختلف عوامل فرهنگی و اجتماعی مانند باورهای سنتی سلامت، تأثیر خانواده و اجتماع، نگرش نسبت به بیماری و سبک زندگی را می‌سنجد. ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۸۱.۰ گزارش شده و تحلیل‌های روان‌سنجی نشان‌دهنده روایی و پایایی مناسب آن است (سادات احمدی بجستانی، ۱۳۹۳). نمره بالاتر بیانگر سطح بالاتر باورها و نگرش‌های فرهنگی—اجتماعی سلامت‌محور است.

۲- پرسشنامه ادراک بیماری بردبنت و همکاران (۲۰۰۶): برای باورهای شناختی از پرسشنامه ادراک بیماری که توسط بردبنت، پتریه، مین و وینمن (۲۰۰۶) طراحی و اعتباریابی شده است استفاده شد، دامنه نمره کل پرسشنامه پس از معکوس‌کردن نمرات گویه‌های ۳، ۴ و ۷، بین ۰ تا ۸۰ قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده ادراک تهدیدآمیزتر و منفی‌تر فرد از بیماری و نمره پایین‌تر نشان‌دهنده ادراک کمتر تهدیدآمیز از بیماری است. گویه نهم به‌صورت بازپاسخ

بوده و در محاسبه نمره کل وارد نمی‌شود پیآمدها، طول مدت، کنترل شخصی، کنترل درمان، ماهیت، نگرانی، شناخت بیماری، پاسخ عاطفی و علت بیماری را می‌سنجند. دامنه نمرات ۸ سؤال اول از ۰ تا ۱۰ است. سؤال ۹ پاسخ باز بوده و سه علت عمده ابتلا به بیماری را به ترتیب مورد سؤال قرار می‌دهد، روایی همزمان مقیاس با پرسشنامه ادراک بیماری تجدیدنظر شده در نمونه‌ای از بیماران مبتلا به آسم، دیابت و بیماران کلیوی، نشان‌دهنده همبستگی زیرمقیاس‌ها از ۰/۳۲ تا ۰/۶۳ است. همچنین همبستگی نمرات زیرمقیاس‌های مقیاس مذکور با خودکارآمدی خاص بیماران مبتلا به آسم ۰/۴۷ تا ۰/۵۳ به دست آمد. روایی تفکیکی پرسشنامه کوتاه ادراک بیماری از طریق مقایسه نمره‌های بیماران مبتلا به دیابت، آسم، درد قفسه سینه و سرماخوردگی محاسبه شد و مورد تأیید قرار گرفت(بردبنت و همکاران، ۲۰۰۶). این پرسشنامه توسط برقی ایرانی(۱۳۹۲) اعتباریابی شده است.

۳- پرسشنامه خودکارآمدی مراقبت از خود لو و اوون (۱۹۹۶): برای سنجش خودکارآمدی مراقبت از خود از پرسشنامه «راهبردهای مورد استفاده افراد برای ارتقای سلامت» استفاده شد. این ابزار توسط لو و اوون (۱۹۹۶) به‌منظور سنجش باور فرد نسبت به توانایی خود در انجام رفتارهای مرتبط با مراقبت از سلامت طراحی شد. نسخه نهایی این پرسشنامه دارای ۲۹ گویه است و در ساختار سه‌عاملی، خودکارآمدی مراقبت از خود را در سه مؤلفه کاهش استرس، تصمیم‌گیری و نگرش مثبت ارزیابی می‌کند. مؤلفه کاهش استرس شامل گویه‌های ۱ تا ۱۰، مؤلفه تصمیم‌گیری شامل گویه‌های ۱۱ تا ۱۳ و مؤلفه نگرش مثبت شامل گویه‌های ۱۴ تا ۲۹ است. هر گویه بر اساس میزان اطمینان فرد به توانایی انجام رفتار موردنظر، در یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (اطمینان بسیار کم) تا ۵ (اطمینان بسیار زیاد) نمره‌گذاری می‌شود؛ ازاین‌رو، دامنه نمره کل پرسشنامه بین ۲۹ تا ۱۴۵ قرار دارد و نمره بالاتر نشان‌دهنده خودکارآمدی بیشتر فرد در مراقبت از خود است. در مطالعه اولیه لو و اوون، ابزار بر روی ۲۷۵ نفر بررسی شد و از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب برخوردار بود. گزارش‌های مبتنی بر این ابزار، ضریب آلفای کرونباخ کل را حدود ۰/۹۳ و دامنه ضرایب همسانی درونی را در مطالعات بعدی حدود ۰/۹۴ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه است. در ایران، عزیزی فینی و همکاران (۱۳۹۰) این پرسشنامه را به فارسی ترجمه و روایی محتوایی آن را با نظر متخصصان بررسی کردند و پایایی بازآزمایی ابزار را با فاصله یک هفته ۰/۹۴ گزارش کردند. همچنین، در پژوهش مسموعی و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۹۶ به‌دست آمد که بیانگر همسانی درونی بسیار مطلوب نسخه فارسی است.

پس از تصویب پروپوزال و انجام هماهنگی‌های لازم، گردآوری داده‌ها از اردیبهشت تا تیرماه ۱۴۰۵ در چهار مرکز درمانی و مطب پزشکان در تنکابن، چالوس و رامسر انجام شد. بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که واجد ملاک‌های ورود بودند، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و این فرایند تا دستیابی به حجم نمونه ۲۰۰ نفر ادامه یافت. پس از توضیح اهداف پژوهش، تأکید بر محرمانگی اطلاعات و کسب رضایت آگاهانه، پرسشنامه‌های عوامل فرهنگی ـ اجتماعی، شناخت ۹ گویه‌ای، خودکارآمدی سلامت و نیمرخ سبک زندگی ارتقادهنده سلامت در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. پرسشنامه‌ها پس از تکمیل از نظر کامل‌بودن بررسی و موارد دارای نقص قابل‌توجه حذف شدند. در پایان، داده‌ها کدگذاری و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ و AMOS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ شرکت داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۵۹/۵۲ سال با انحراف معیار ۰۷۸/۱۱ سال بود. از مجموع شرکت‌کنندگان، ۱۱۳ نفر زن و ۸۷ نفر مرد بودند.

به‌منظور بررسی وضعیت متغیرهای اصلی پژوهش، شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، کمترین و بیشترین نمره محاسبه شد. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای اصلی پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
عوامل فرهنگی ـ اجتماعی	۱۲۸/۷۹	۳۴/۷۶۶	۵۵	۲۱۴
باورهای شناختی	۴۰/۹۲	۱۰/۵۷۵	۱۵	۶۹

خودکارآمدی سلامت	۸۷/۳۰	۲۳/۳۹۷	۳۸	۱۴۴
رفتارهای سلامت‌محور	۱۲۹/۴۲	۳۵/۴۰۷	۵۶	۲۰۳

براساس نتایج جدول ۱، میانگین نمره عوامل فرهنگی ـ اجتماعی ۱۲۸/۷۹، باورهای شناختی ۴۰/۹۲، خودکارآمدی سلامت ۸۷/۳۰ و رفتارهای سلامت‌محور ۱۲۹/۴۲ بود. همچنین، مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در دامنه قابل قبول قرار داشتند و توزیع نمرات انحراف شدیدی از توزیع نرمال نشان نداد.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴
۱ .عوامل فرهنگی ـ اجتماعی	۱			
۲ .باورهای شناختی	-۰/۲۱۴**	۱		
۳ .خودکارآمدی سلامت	۰/۳۶۶**	-۰/۴۷۰**	۱	
۴ .رفتارهای سلامت‌محور	۰/۳۸۲**	-۰/۴۰۶**	۰/۵۹۳**	۱

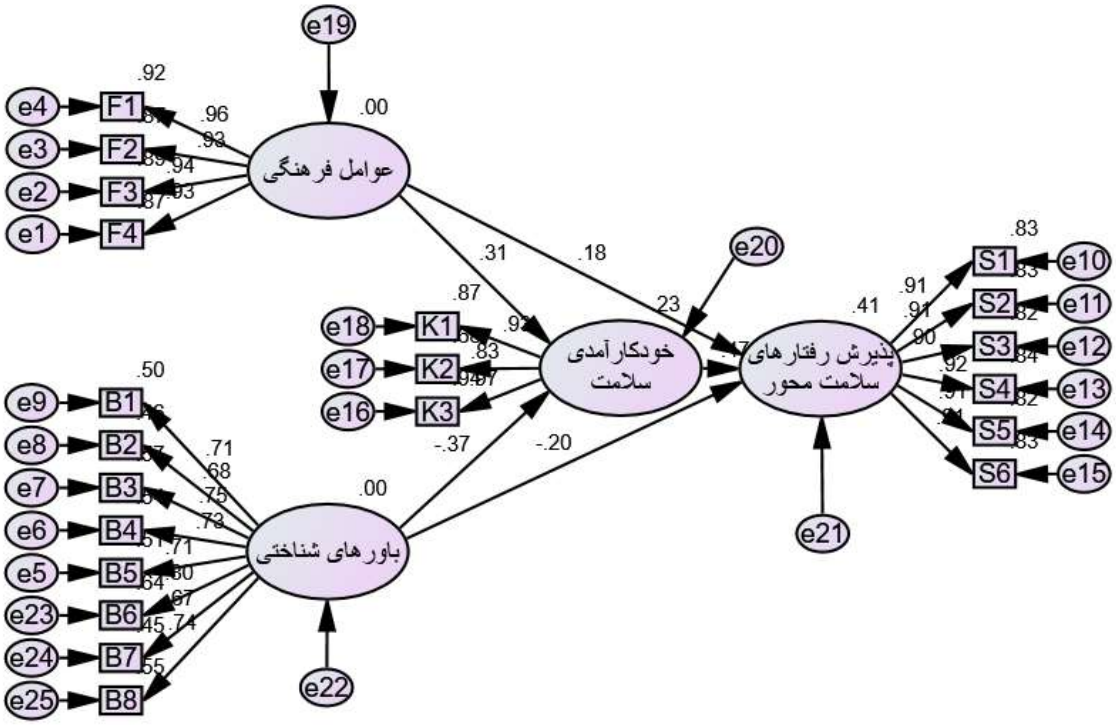
نتایج جدول ۲ نشان داد بین عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی رابطه منفی و معناداری وجود داشت (r=-۰/۲۱۴). عوامل فرهنگی ـ اجتماعی با خودکارآمدی سلامت (r=۰/۳۶۶) و رفتارهای سلامت‌محور (r=۰/۳۸۲) رابطه مثبت و معناداری داشت. همچنین باورهای شناختی با خودکارآمدی سلامت (r=-۰/۴۷۰) و رفتارهای سلامت‌محور (r=-۰/۴۰۶) رابطه منفی و معناداری نشان داد. بیشترین ضریب همبستگی مربوط به رابطه خودکارآمدی سلامت و رفتارهای سلامت‌محور بود (r=۰/۵۹۳).

پس از بررسی روابط همبستگی، مدل پیشنهادی پژوهش با استفاده از مدل‌یابی معادلات ساختاری مورد آزمون قرار گرفت. ابتدا شاخص‌های برازش مدل بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل ساختاری

شاخص برازش	مقدار به‌دست‌آمده	ملاک قابل قبول	نتیجه
χ^2/df	۱/۰۳۵	کمتر از ۳	مطلوب
RMSEA	۰/۰۱۳	کمتر از ۰/۰۸	مطلوب
GFI	۰/۹۲۱	بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
NFI	۰/۹۵۴	بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
IFI	۰/۹۹۸	بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب
CFI	۰/۹۹۸	بیشتر از ۰/۹۰	مطلوب

براساس نتایج جدول ۳، نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۱/۰۳۵ بود که کمتر از مقدار معیار ۳ است. همچنین مقدار RMSEA برابر با ۰/۰۱۳ به‌دست آمد که کمتر از ۰/۰۸ بود. مقادیر GFI، NFI، IFI و CFI نیز به‌ترتیب برابر با ۰/۹۲۱، ۰/۹۵۴، ۰/۹۹۸ و ۰/۹۹۸ بودند و همگی در دامنه مطلوب قرار داشتند. بنابراین، مدل ساختاری پژوهش از برازش مناسبی با داده‌های تجربی برخوردار بود.



شکل ۱. مدل ساختاری پژوهش براساس ضرایب مسیر استانداردشده

مطابق شکل ۱، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی هم به‌طور مستقیم و هم از طریق خودکارآمدی سلامت با رفتارهای سلامت‌محور ارتباط داشتند. همچنین باورهای شناختی دارای مسیر مستقیم منفی به رفتارهای سلامت‌محور و مسیر منفی به خودکارآمدی سلامت بودند.

بیشترین ضریب مسیر مستقیم مدل مربوط به مسیر خودکارآمدی سلامت و رفتارهای سلامت‌محور با ضریب ۰/۴۶۵ بود.

پس از تأیید برازش مدل، ضرایب مسیر مستقیم و معناداری آن‌ها بررسی شد که نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون مسیرهای مستقیم مدل ساختاری

مسیر	β	C.R	سطح معناداری	نتیجه
عوامل فرهنگی ـ اجتماعی ← رفتارهای سلامت‌محور	۰/۱۷۸	۲/۸۸۵	۰/۰۰۴	تأیید
خودکارآمدی سلامت ← رفتارهای سلامت‌محور	۰/۴۶۵	۶/۷۲۹	>۰/۰۰۱	تأیید
باورهای شناختی ← رفتارهای سلامت‌محور	-۰/۲۰۴	-۳/۰۲۹	۰/۰۰۲	تأیید
باورهای شناختی ← خودکارآمدی سلامت	-۰/۳۶۸	-۵/۰۶۵	>۰/۰۰۱	تأیید
عوامل فرهنگی ـ اجتماعی ← خودکارآمدی سلامت	۰/۳۱۴	۴/۷۷۰	>۰/۰۰۱	تأیید

نتایج جدول ۴ نشان داد اثر مستقیم عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور مثبت و معنادار بود (β=۰/۱۷۸، p=۰/۰۰۴). همچنین خودکارآمدی سلامت اثر مثبت و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور داشت (β=۰/۴۶۵، p<۰/۰۰۱).

اثر مستقیم باورهای شناختی بر رفتارهای سلامت‌محور منفی و معنادار بود (β=-۰/۲۰۴، p=۰/۰۰۲). همچنین باورهای شناختی اثر منفی و معناداری بر خودکارآمدی سلامت داشتند (β=-۰/۳۶۸، p<۰/۰۰۱). در مقابل، اثر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر خودکارآمدی سلامت مثبت و معنادار بود (β=۰/۳۱۴، p<۰/۰۰۱). بنابراین، تمامی مسیرهای مستقیم مدل از نظر آماری معنادار بودند.

در ادامه، برای بررسی نقش میانجی خودکارآمدی سلامت، اثرات غیرمستقیم مدل مورد آزمون قرار گرفت.

جدول ۵. نتایج اثرات غیرمستقیم و نقش میانجی خودکارآمدی سلامت

مسیر غیرمستقیم	اثر غیرمستقیم	VAF	نوع میانجی‌گری	نتیجه
عوامل فرهنگی ـ اجتماعی ← خودکارآمدی سلامت ← رفتارهای سلامت‌محور	۰/۱۴۶	۴۵٪/۱	جزئی	تأیید
باورهای شناختی ← خودکارآمدی سلامت ← رفتارهای سلامت‌محور	-۰/۱۷۱	۴۵٪/۶	جزئی	تأیید

برای مسیر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی ← خودکارآمدی سلامت ← رفتارهای سلامت‌محور، اثر غیرمستقیم استاندارد برابر با ۰/۱۴۶ به‌دست آمد. مقدار VAF نیز ۴۵/۱ درصد بود. با توجه به قرار گرفتن این مقدار بین ۲۰ تا ۸۰ درصد، خودکارآمدی سلامت در این رابطه دارای نقش میانجی جزئی بود؛ بنابراین، فرضیه مربوط به اثر غیرمستقیم عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور تأیید شد.

همچنین، در مسیر باورهای شناختی ← خودکارآمدی سلامت ← رفتارهای سلامت‌محور، اثر غیرمستقیم استاندارد برابر با ۰/۱۷۱- بود. مقدار آزمون سوبل برابر با ۴/۰۶۶- به‌دست آمد که قدر مطلق آن بیشتر از ۱/۹۶ بود و معناداری اثر غیرمستقیم را نشان داد. مقدار VAF نیز ۴۵/۶ درصد محاسبه شد؛ بنابراین، خودکارآمدی سلامت در رابطه بین باورهای شناختی و رفتارهای سلامت‌محور نیز نقش میانجی جزئی داشت.

در مجموع، نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد مدل پیشنهادی پژوهش از برازش مطلوبی برخوردار بود. عوامل فرهنگی ـ اجتماعی اثر مثبت، باورهای شناختی اثر منفی و خودکارآمدی سلامت اثر مثبت و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور داشتند. همچنین، خودکارآمدی سلامت در رابطه عوامل فرهنگی ـ اجتماعی و باورهای شناختی با رفتارهای سلامت‌محور نقش میانجی جزئی ایفا کرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد مدل ساختاری پیشنهادی برای تبیین رفتارهای سلامت‌محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو از برازش مطلوبی برخوردار است؛ به‌گونه‌ای که نسبت مجذور کای به درجه آزادی برابر با ۱.۰۳۵، مقدار RMSEA برابر با ۰.۰۱۳ و شاخص‌های GFI، NFI، IFI و CFI به‌ترتیب برابر با ۰.۹۲۱، ۰.۹۵۴، ۰.۹۹۸ و ۰.۹۹۸ بود. همچنین، تمامی مسیرهای مستقیم مدل از نظر آماری معنادار بودند. عوامل فرهنگی ـ اجتماعی اثر مثبت و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور داشتند (β=0.178، p=0.004)، خودکارآمدی سلامت قوی‌ترین اثر مستقیم مثبت را بر رفتارهای سلامت‌محور نشان داد (β=0.465، p<0.001) و باورهای شناختی، با توجه به اینکه نمره بالاتر در ابزار مورد استفاده بیانگر ادراک منفی‌تر و تهدیدآمیزتر از بیماری بود، اثر منفی و معناداری بر رفتارهای سلامت‌محور داشتند (β=-0.204، p=0.002). علاوه بر این، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی خودکارآمدی سلامت را به‌طور مثبت پیش‌بینی کردند (β=0.314، p<0.001)، در حالی که باورهای شناختی اثر منفی و معناداری بر خودکارآمدی سلامت داشتند (β=-0.368، p<0.001). در بخش اثرات غیرمستقیم نیز خودکارآمدی سلامت در رابطه عوامل فرهنگی ـ اجتماعی با رفتارهای سلامت‌محور، با اثر غیرمستقیم ۰.۱۴۶ و VAF برابر با ۴۵.۱ درصد، نقش میانجی جزئی داشت؛ همچنین در رابطه باورهای شناختی با رفتارهای سلامت‌محور، اثر غیرمستقیم برابر با -۰.۱۷۱ و VAF برابر با ۴۵.۶ درصد بود و نقش میانجی جزئی خودکارآمدی سلامت تأیید شد. این الگو نشان می‌دهد رفتار سلامت‌محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو حاصل یک مسیر واحد نیست، بلکه از تعامل زمینه اجتماعی و فرهنگی، برداشت شناختی فرد از بیماری و احساس توانمندی او برای مدیریت سلامت شکل می‌گیرد.

نخستین یافته نشان داد عوامل فرهنگی ـ اجتماعی با رفتارهای سلامت‌محور رابطه مثبت و معناداری دارند. این نتیجه بیانگر آن است که هرچه بیمار در محیط خانوادگی و اجتماعی خود از حمایت، همراهی، نگرش‌های سلامت‌محور و شرایط مساعدتری برخوردار باشد، احتمال بیشتری دارد که رفتارهایی مانند پیگیری درمان، رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مراقبت از خود و سایر رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در زندگی روزمره انجام دهد. این یافته با

دیدگاهی همسو است که مدیریت دیابت را صرفاً حاصل انتخاب فردی نمی‌داند، بلکه آن را در بستری از عوامل اجتماعی تعیین‌کننده سلامت تفسیر می‌کند. Hill-Briggs و همکاران نشان داده‌اند که شرایط اجتماعی و اقتصادی، محیط زندگی، دسترسی به منابع و ساختارهای اجتماعی می‌توانند فرصت یا مانع مهمی برای مدیریت دیابت ایجاد کنند (Hill-Briggs et al., 2021). همچنین، Hiefner و همکاران نقش حمایت خانواده را در خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو برجسته کرده‌اند و نشان داده‌اند که کیفیت روابط خانوادگی می‌تواند با رفتارهای خودمدیریتی مرتبط باشد (Hiefner et al., 2024). یافته Adu و همکاران نیز نشان داد حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمدیریتی با کنترل دیابت ارتباط دارند (Adu et al., 2024). بنابراین، می‌توان استنباط کرد که محیط اجتماعی حمایتی از چند مسیر، از جمله تشویق بیمار، فراهم‌کردن کمک عملی، کاهش فشار روانی و تسهیل دسترسی به منابع، احتمال انجام و تداوم رفتارهای سلامت‌محور را افزایش می‌دهد.

این یافته همچنین با نتایج Li و همکاران همسو است که نشان دادند فرهنگ سلامت در محیط کار با رفتارهای خودمدیریتی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مرتبط است (Li et al., 2025). اهمیت این همسویی در آن است که عوامل فرهنگی ـ اجتماعی را نباید تنها به حمایت مستقیم خانواده محدود کرد. هنجارهای حاکم بر محیط، نحوه نگاه اطرافیان به سلامت، ارزش‌گذاری بر فعالیت بدنی، تغذیه مناسب و مراقبت منظم، و حتی میزان امکان‌پذیری رفتارهای سالم در محیط روزمره می‌توانند به‌تدریج الگوی رفتاری بیمار را شکل دهند. بیماری مزمنی مانند دیابت نوع دو مستلزم تصمیم‌گیری‌های مکرر در طول روز است و بسیاری از این تصمیم‌ها خارج از محیط درمانی اتخاذ می‌شوند. ازاین‌رو، هرچه محیط زندگی بیمار رفتارهای سالم را تأیید و تسهیل کند، فشار لازم برای حفظ این رفتارها کاهش می‌یابد. این تبیین با نتایج Mashough و همکاران نیز سازگار است؛ آنان در مدل سلامت بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر تعامل خودکارآمدی، باورهای سلامت، رفتارهای خودمدیریتی و حمایت اجتماعی تأکید کرده‌اند (Mashough et al., 2021). در نتیجه، اثر عوامل فرهنگی ـ اجتماعی بر رفتارهای سلامت‌محور را می‌توان حاصل ترکیبی از حمایت بین‌فردی، هنجارهای سلامت‌محور و فرصت‌های عملی موجود در محیط زندگی بیمار دانست.

دومین یافته مهم پژوهش نشان داد خودکارآمدی سلامت قوی‌ترین اثر مستقیم را بر رفتارهای سلامت‌محور داشت. ضریب مسیر استاندارد ۰.۴۶۵ نشان می‌دهد که احساس توانمندی بیمار برای تصمیم‌گیری، مقابله با موانع و ادامه مراقبت از خود، جایگاه مهمی در تبیین رفتارهای سلامت‌محور دارد. این یافته با نتایج Arshi و همکاران همخوان است که در مدل‌یابی راهبردهای مقابله‌ای و خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، نقش میانجی خودکارآمدی را مورد تأکید قرار دادند (Arshi et al., 2021). همچنین Motavalli-Al-Mouti و همکاران نشان دادند خودکارآمدی مدیریت دیابت در کنار ادراک بیماری و سبک زندگی با بهبود رفتارهای خودمراقبتی ارتباط دارد (Motavalli-Al-Mouti et al., 2022). یافته He و همکاران نیز نشان داد رفتارهای خودمدیریتی در جوانان مبتلا به دیابت نوع دو با مجموعه‌ای از عوامل مرتبط است که منابع فردی و توانایی مدیریت بیماری در میان آن‌ها اهمیت دارند (He et al., 2023). بر این اساس، صرف دانستن اینکه چه رفتاری برای کنترل دیابت مفید است، الزاماً به اجرای آن رفتار منجر نمی‌شود. فرد باید باور داشته باشد که در شرایط واقعی زندگی، حتی در مواجهه با محدودیت زمانی، خستگی، فشار اجتماعی یا شکست‌های موقت، قادر به اجرای رفتار موردنظر است. خودکارآمدی بالا می‌تواند سبب افزایش تلاش، استمرار بیشتر و بازگشت سریع‌تر به رفتار مطلوب پس از وقفه شود.

از سوی دیگر، عوامل فرهنگی ـ اجتماعی اثر مثبت و معناداری بر خودکارآمدی سلامت داشتند. این یافته نشان می‌دهد احساس توانمندی بیمار صرفاً یک ویژگی درون‌فردی ثابت نیست و می‌تواند تحت تأثیر محیط اجتماعی و کیفیت حمایت‌های دریافت‌شده قرار گیرد. بیمارانی که در محیطی حمایت‌کننده زندگی می‌کنند، احتمالاً در انجام رفتارهای مراقبتی بازخورد مثبت بیشتری دریافت می‌کنند، در تصمیم‌گیری برای مدیریت بیماری احساس تنهایی کمتری دارند و در مواجهه با دشواری‌ها منابع بیشتری برای حل مسئله در اختیار آنان قرار می‌گیرد؛ در نتیجه، اعتماد بیشتری به توانایی خود برای مدیریت بیماری پیدا می‌کنند. این تبیین با یافته Al-Dwaikat و همکاران هماهنگ است که میان حمایت اجتماعی، خودکارآمدی و بهزیستی روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو ارتباط گزارش کردند (Al-Dwaikat et al., 2021). همچنین، مطالعه

Mohammadimanesh و همکاران نشان داد در مدل خودمراقبتی مبتنی بر ادراک بیماری، حمایت اجتماعی و تصمیم‌گیری مشارکتی، خودکارآمدی نقش میانجی مهمی دارد (Mohammadimanesh et al., 2024). یافته Li و همکاران نیز از این دیدگاه حمایت می‌کند که فرهنگ سلامت محیط می‌تواند از طریق سازوکارهای روان‌شناختی مرتبط با توانمندی فرد، رفتارهای خودمدیریتی را تحت تأثیر قرار دهد (Li et al., 2025). بنابراین، حمایت اجتماعی زمانی بیشترین اثر را خواهد داشت که علاوه بر فراهم‌کردن کمک بیرونی، احساس «من می‌توانم بیماری خود را مدیریت کنم» را در بیمار تقویت کند.

یافته دیگر نشان داد باورهای شناختی منفی‌تر و ادراک تهدیدآمیزتر از بیماری با کاهش رفتارهای سلامت‌محور ارتباط دارد. با توجه به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه ادراک بیماری در پژوهش حاضر، نمره بالاتر معرف برداشت منفی‌تر از بیماری بود؛ بنابراین، ضریب منفی مسیر نشان می‌دهد هرچه بیمار دیابت را شدیدتر، تهدیدکننده‌تر یا دشوارتر برای کنترل تلقی کند، رفتارهای سلامت‌محور کمتری از خود نشان می‌دهد. این نتیجه با پژوهش Purewal و Fisher همخوان است که نشان دادند ادراک بیماری و باورهای فراشناختی در تبیین اضطراب و افسردگی بزرگسالان مبتلا به دیابت سهم دارند (Purewal & Fisher, 2018). همچنین Acar و Sertel Berk گزارش کردند که بازنمایی‌های بیماری و باورهای فراشناختی با وضعیت خلقی افراد مبتلا به دیابت نوع دو مرتبط‌اند (Acar & Sertel Berk, 2025). هرچند مقدار مشخصی از درک جدیت بیماری می‌تواند بیمار را برای مراقبت بیشتر برانگیزد، ادراک بیش از حد تهدیدآمیز ممکن است نتیجه معکوس داشته باشد. هنگامی که بیمار بیماری را کنترل‌ناپذیر یا بسیار نگران‌کننده تصور می‌کند، ممکن است احساس درماندگی و ناتوانی افزایش یابد و انگیزه او برای ادامه رفتارهای نیازمند تلاش مستمر کاهش پیدا کند.

نتیجه مربوط به اثر منفی باورهای شناختی بر خودکارآمدی سلامت نیز این تبیین را تقویت می‌کند. ضریب مسیر -۰.۳۶۸ نشان داد هرچه ادراک بیمار از بیماری منفی‌تر باشد، احساس توانمندی او برای مدیریت سلامت کمتر خواهد بود. این یافته با مدل ارائه‌شده توسط Mohammadimanesh و همکاران همسو است که در آن ادراک بیماری و خودکارآمدی در تبیین خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به‌طور هم‌زمان مورد توجه قرار گرفته‌اند (Mohammadimanesh et al., 2024). همچنین نتایج Motavalli-Al-Mouti و همکاران بر ارتباط میان ادراک بیماری، خودکارآمدی مدیریت دیابت و رفتارهای خودمراقبتی تأکید داشته است (Motavalli-Al-Mouti et al., 2022). از منظر روان‌شناختی، اگر بیمار باور داشته باشد که بیماری او تقریباً خارج از کنترل است یا اقدامات شخصی تأثیر اندکی بر روند آن دارند، احتمال دارد ارزیابی او از توانایی خود برای اجرای رفتارهای ضروری نیز کاهش یابد. در مقابل، ادراکی واقع‌بینانه که هم جدیت دیابت و هم امکان مدیریت آن را در نظر می‌گیرد، می‌تواند احساس کنترل شخصی و خودکارآمدی را تقویت کند. در نتیجه، نحوه بازنمایی شناختی بیماری می‌تواند یکی از مبادی مهم شکل‌گیری باور بیمار درباره توانایی‌های خود باشد.

یافته‌های Cherry و همکاران نیز می‌تواند توضیح بیشتری برای این رابطه فراهم کند؛ آنان نشان دادند باورهای فراشناختی با نشخوار فکری و آشفتگی روان‌شناختی در بزرگسالان مبتلا به دیابت ارتباط دارند و این ارتباط مستقل از بازنمایی‌های بیماری نیز قابل مشاهده است (Cherry et al., 2023). وقتی ادراک بیماری با الگوهای شناختی ناسازگارانه، نگرانی مکرر یا نشخوار همراه شود، منابع شناختی و هیجانی بیشتری صرف تهدید بیماری می‌شود و ممکن است بیمار انرژی و تمرکز کمتری برای حل مسئله و رفتار فعالانه داشته باشد. از این منظر، ارتباط منفی باورهای شناختی با خودکارآمدی سلامت در پژوهش حاضر را می‌توان به این صورت توضیح داد که برداشت‌های بیش از حد تهدیدآمیز از بیماری، به جای اینکه فرد را به کنش مؤثر سوق دهند، ممکن است احساس کنترل و کفایت شخصی را کاهش دهند. نتایج Purewal و Fisher (Purewal & Fisher, 2018) و Acar و Sertel Berk (Acar & Sertel Berk, 2025) نیز بر پیوند ادراک بیماری با پیامدهای روان‌شناختی تأکید دارند و در مجموع از این تفسیر حمایت می‌کنند که شناخت بیمار از بیماری، بخشی اساسی از فرایند سازگاری و مدیریت دیابت است.

یکی از مهم‌ترین یافته‌های پژوهش حاضر تأیید نقش میانجی جزئی خودکارآمدی سلامت در رابطه عوامل فرهنگی ـ اجتماعی با

رفتارهای سلامت‌محور بود. اثر غیرمستقیم این مسیر برابر با ۰.۱۴۶ و VAF برابر با ۴۵.۱ درصد بود. میانجی‌گری جزئی نشان می‌دهد عوامل فرهنگی ـ اجتماعی از دو مسیر با رفتارهای سلامت‌محور ارتباط دارند: بخشی از اثر آن‌ها مستقیماً بر رفتار اعمال می‌شود و بخش دیگری از طریق افزایش خودکارآمدی سلامت منتقل می‌شود. به بیان دیگر، حمایت خانوادگی، محیط اجتماعی مناسب یا فرهنگ سلامت‌محور می‌توانند مستقیماً اجرای رفتارهای سالم را آسان‌تر کنند، اما در همان حال می‌توانند با افزایش اعتماد بیمار به توانایی مدیریت بیماری، اثر دیگری نیز بر رفتار ایجاد کنند. این یافته با نتایج Al-Dwaikat و همکاران درباره پیوند حمایت اجتماعی و خودکارآمدی (Al-Dwaikat et al., 2021) و یافته‌های Hiefner و همکاران درباره اهمیت خانواده در خودمدیریتی دیابت (Hiefner et al., 2024) هماهنگ است. همچنین با مدل Mohammadimanesh و همکاران، که نقش واسطه‌ای خودکارآمدی را میان متغیرهای اجتماعی و خودمراقبتی مورد توجه قرار داده‌اند، همسویی دارد (Mohammadimanesh et al., 2024). در نتیجه، تقویت محیط حمایتی بدون تقویت باور بیمار به توانایی خود ممکن است تمام ظرفیت موجود برای تغییر رفتار را فعال نکند.

خودکارآمدی سلامت در رابطه باورهای شناختی با رفتارهای سلامت‌محور نیز نقش میانجی جزئی داشت. اثر غیرمستقیم ۰.۱۷۱- و VAF برابر با ۴۵.۶ درصد نشان داد که نزدیک به نیمی از سازوکار اثر کلی در این رابطه می‌تواند از مسیر خودکارآمدی توضیح داده شود، هرچند مسیر مستقیم نیز همچنان باقی می‌ماند. بنابراین، ادراک منفی و تهدیدآمیز از دیابت نه‌تنها مستقیماً با کاهش رفتارهای سلامت‌محور همراه است، بلکه می‌تواند با تضعیف احساس توانمندی بیمار، به‌طور غیرمستقیم نیز این رفتارها را کاهش دهد. این نتیجه با یافته‌های Motavalli-Al-Mouti و همکاران درباره ارتباط ادراک بیماری، خودکارآمدی و خودمراقبتی (Motavalli-Al-Mouti et al., 2022) و مدل ساختاری Mohammadimanesh و همکاران (Mohammadimanesh et al., 2024) هماهنگ است. همچنین مطالعات Purewal و Fisher (Purewal & Fisher, 2018) و Cherry و همکاران (Cherry et al., 2023) نشان داده‌اند که ادراک‌ها و باورهای شناختی مرتبط با بیماری می‌توانند با پیامدهای روان‌شناختی ناسازگارانه همراه باشند. بر این اساس، اصلاح شناخت بیمار از بیماری زمانی احتمالاً اثربخش‌تر خواهد بود که هم‌زمان احساس کنترل شخصی و توانایی او برای اجرای رفتارهای مراقبتی نیز افزایش یابد.

در مجموع، الگوی یافته‌ها نشان می‌دهد رفتارهای سلامت‌محور بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در نقطه تلاقی سه سطح قرار دارند: زمینه فرهنگی ـ اجتماعی، تفسیر شناختی بیماری و منابع روان‌شناختی فرد. شواهد مربوط به تعیین‌کننده‌های اجتماعی دیابت (Hill-Briggs et al., 2021)، حمایت خانواده (Hiefner et al., 2024)، حمایت اجتماعی و خودمدیریتی (Adu et al., 2024)، عوامل مرتبط با خودمدیریتی (He et al., 2023)، خودکارآمدی و خودمراقبتی (Arshi et al., 2021) و مدل‌های چندمتغیری سلامت در بیماران دیابتی (Mashough et al., 2021) همگی با این برداشت چندبعدی سازگارند. بنابراین، نتایج حاضر از رویکردی حمایت می‌کنند که بیمار دیابتی را صرفاً دریافت‌کننده توصیه‌های پزشکی تلقی نمی‌کند، بلکه رفتار او را حاصل تعامل باورهای شخصی با توانمندی ادراک‌شده و محیط اجتماعی می‌داند. نقش برجسته خودکارآمدی سلامت نیز نشان می‌دهد که این سازه می‌تواند حلقه اتصال مهمی میان شرایط بیرونی و شناخت‌های مرتبط با بیماری از یک سو و رفتار واقعی بیمار از سوی دیگر باشد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی است که در تفسیر نتایج باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، طرح پژوهش از نوع توصیفی ـ همبستگی و مقطعی بود؛ بنابراین، اگرچه مدل‌یابی معادلات ساختاری امکان بررسی الگوی روابط مستقیم و غیرمستقیم را فراهم کرد، نتایج را نمی‌توان به‌عنوان شواهد قطعی روابط علّی تفسیر کرد. دوم، نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری هدفمند و از بیماران مراجعه‌کننده به مراکز درمانی منتخب در تنکابن، چالوس و رامسر انتخاب شد که می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌ها به بیماران سایر مناطق جغرافیایی، گروه‌های اجتماعی ـ اقتصادی یا افرادی که دسترسی منظمی به مراکز درمانی ندارند را محدود کند. سوم، متغیرهای پژوهش با ابزارهای خودگزارشی اندازه‌گیری شدند و در نتیجه احتمال سوگیری ناشی از مطلوبیت اجتماعی، خطای یادآوری یا ارزیابی ذهنی شرکت‌کنندگان وجود دارد. همچنین، پژوهش حاضر همه عوامل زیستی و بالینی مرتبط با مدیریت دیابت، مانند مدت ابتلا، سطح HbA1c، نوع

درمان، وجود عوارض بیماری و بیماری‌های همراه را وارد مدل نکرد؛ ازاین‌رو، بخشی از تفاوت‌های رفتارهای سلامت‌محور ممکن است تحت تأثیر عوامل خارج از مدل قرار داشته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های طولی انجام شوند تا توالی زمانی و جهت روابط میان عوامل فرهنگی ـ اجتماعی، باورهای شناختی، خودکارآمدی سلامت و رفتارهای سلامت‌محور با دقت بیشتری بررسی شود. استفاده از طرح‌های آزمایشی و مداخله‌ای نیز می‌تواند مشخص کند که آیا تغییر هدفمند در ادراک بیماری یا افزایش خودکارآمدی واقعاً به بهبود رفتارهای سلامت‌محور منجر می‌شود یا خیر. همچنین مناسب است نمونه‌های بزرگ‌تر و ناهمگون‌تر از مناطق مختلف شهری و روستایی و از سطوح اجتماعی ـ اقتصادی گوناگون بررسی شوند و از روش‌های نمونه‌گیری احتمالی استفاده شود. ترکیب ابزارهای خودگزارشی با شاخص‌های عینی مانند HbA1c، پایش فعالیت بدنی، داده‌های مصرف دارو و شاخص‌های مراجعه و پیگیری درمان نیز می‌تواند اعتبار نتایج را افزایش دهد. بررسی متغیرهای تعدیل‌گر و میانجی دیگر مانند سواد سلامت، حمایت خانوادگی، سرمایه روان‌شناختی، استرس ادراک‌شده، پایبندی درمانی و وضعیت اقتصادی نیز می‌تواند به توسعه مدل جامع‌تری از رفتارهای سلامت‌محور در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو کمک کند.

بر اساس یافته‌های پژوهش، برنامه‌های آموزشی و روان‌شناختی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بهتر است صرفاً بر انتقال اطلاعات پزشکی تمرکز نکنند و هم‌زمان تقویت خودکارآمدی سلامت، اصلاح برداشت‌های بیش از حد منفی یا تهدیدآمیز از بیماری و فعال‌سازی منابع حمایتی خانواده و محیط اجتماعی را هدف قرار دهند. متخصصان سلامت می‌توانند از آموزش مهارت‌های حل مسئله، هدف‌گذاری تدریجی، پایش پیشرفت، بازخورد مثبت و تجربه موفقیت‌های کوچک برای افزایش احساس توانمندی بیماران استفاده کنند. همچنین توصیه می‌شود اعضای خانواده در بخشی از برنامه‌های آموزشی و مراقبتی مشارکت داده شوند تا محیط زندگی بیمار با اهداف درمانی هماهنگ‌تر شود. ارزیابی ادراک بیمار از دیابت و میزان خودکارآمدی او نیز می‌تواند به‌عنوان بخشی از ارزیابی‌های معمول بالینی مورد توجه قرار گیرد تا بیماران در معرض خطر کاهش خودمراقبتی زودتر شناسایی شوند و مداخلات متناسب با نیازهای آنان طراحی شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافعی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

Acar, D., & Sertel Berk, Ö. (2025). The role of illness representations and metacognitive beliefs in mood in people with type 2 diabetes: A study from the COVID-19 period. *Turkish Journal of Psychiatry*, *36*, 511-521. https://doi.org/10.5080/u27707

Adu, F. A., Poku, C. A., Adu, A. P., & Owusu, L. B. (2024). The role of social support and self-management on glycemic control of type 2 diabetes mellitus with complications in Ghana: A cross-sectional study. *Health Science Reports*, *7*(4), e2054. https://doi.org/10.1002/hsr2.2054

Al-Dwaikat, T. N., Rababah, J. A., Al-Hammouri, M. M., & Chlebowy, D. O. (2021). Social support, self-efficacy, and psychological wellbeing of adults with type 2 diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, *43*(4), 288-297. https://doi.org/10.1177/0193945920921101

Arshi, S., Kalaharnia Golkar, M., Ahadi, H., & Sedaghat, M. (2021). Structural Modeling of Coping Strategies and Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes: Examining the Mediating Roles of Self-Efficacy and Hardiness. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, *64*(6), 4349-4360.

Cherry, M. G., Brown, S. L., Purewal, R., & Fisher, P. L. (2023). Do metacognitive beliefs predict rumination and psychological distress independently of illness representations in adults with diabetes mellitus? A prospective mediation study. *British Journal of Health Psychology*, *28*(3), 814-828. https://doi.org/10.1111/bjhp.12655

He, Q., Liu, Y., Lin, K., Zhao, F., Guo, H., & Shen, Y. (2023). Diabetes self-management and its related factors among Chinese young adults with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Open*, *10*(9), 6125-6135. https://doi.org/10.1002/nop2.1834

Hiefner, A. R., Raman, S., & Woods, S. B. (2024). Family support and type 2 diabetes self-management behaviors in underserved Latino/a/x patients. *Annals of Behavioral Medicine*, *58*(7), 477-487. https://doi.org/10.1093/abm/kaae023

Hill-Briggs, F., Adler, N. E., Berkowitz, S. A., Chin, M. H., Gary-Webb, T. L., Navas-Acien, A., Thornton, P. L., & Haire-Joshu, D. (2021). Social determinants of health and diabetes: A scientific review. *Diabetes Care*, *44*(1), 258-279. https://doi.org/10.2337/dci20-0053

Li, J., Luo, D., Zhang, N., Guo, H., Shi, Y., & Duan, Z. (2025). Workplace culture of health and self-management behaviours among employees with type 2 diabetes: A cross-sectional moderated mediation study in urban China. *BMJ open*, *15*, e100263. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-100263

Mashough, S., Goodarzi, N., Emamipour, S., & Sepahmansour, M. (2021). Developing a Health Model in Patients with Type 2 Diabetes Based on Psychological Hardiness, Health Literacy, Self-Efficacy, and Health Beliefs with the Mediating Roles of Self-Management Behaviors and Social Support. *Behavioral Sciences Research*, *19*(1), 24-34.

Mohammadimanesh, L., Liaqat, R., & Salehi, M. (2024). A Structural Model of Self-Care Based on Illness Perception, Social Support, and Shared Decision-Making: The Mediating Role of Self-Efficacy in Patients with Type 2 Diabetes. *Behavioral Sciences Research*, *22*(4), 586-606.

Motavalli-Al-Mouti, F., Zarbakhsh-Bahri, M. R., & Abolghasemi, S. (2022). A Structural Model of the Relationship between Diabetes Management Self-Efficacy, Lifestyle, and Illness Perception with Improvement of Self-Care Behavior in Patients with Diabetes: The Mediating Role of Psychological Capital. *Social Health*, *9*(3), 80-94.

Purewal, R., & Fisher, P. L. (2018). The contribution of illness perceptions and metacognitive beliefs to anxiety and depression in adults with diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, *136*, 16-22. https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.11.029