SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.4/2026;13(4):508-519
DOI: 10.22034/13.4.508
https://shenakht.muk.ac.ir

Original Article

Design and Validation of a Self-Care Educational-Psychological Package for Diabetic Patients based on George Engel's Bio-Psycho-Social Model

Akram Fazeli[1], Mahdi Tabrizi[2*], Fahimeh Namdarpour[3]

1. Ph.D. Student, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
2. Assistant Professor, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran
3. Associate Professor, Department of Counseling, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

Article History:

Received: November 19, 2025
Revised: September 6, 2026
Accepted: September 9, 2026

***Corresponding Author:** Mahdi Tabrizi, Assistant Professor, Counseling Department, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran

E-mail: mehditabr@iau.ac.ir

Abstract

Background and Aims: The prevalence of diabetes is steadily increasing, and living with type 2diabetes can be overwhelming for patients. Consequently, individuals with this condition require comprehensive self-care interventions that not only address the biological aspects of the disease but also consider the psychological and social factors that influence self-care behaviors. The aim of this study was to design and validate an educational–psychological self-care package specifically tailored for diabetic patients, based on their lived experiences.

Materials and Methods: The present study was an applied research project employing a qualitative phenomenological approach, conducted in the city of Isfahan in 2025. In the initial phase, the lived experiences of 17 patients with diabetes were gathered through semi-structured interviews—using purposive sampling until data saturation was reached—and analyzed via Colaizzi's seven-step method; subsequently, an educational-psychological self-care package was designed based on the extracted themes. In the second stage, the face and content validity of the package were evaluated by seven health psychology specialists using CVR and CVI indices.

Result: Based on the findings from the data analysis, seven main themes were identified: nutritional behaviors and daily self-care lifestyle; fatigue and physical limitations; treatment management and adherence; self-awareness and decision-making; motivation and psychological resilience; psychological stress and coping with negative emotions; and barriers and challenges regarding knowledge and treatment. Drawing on these themes, a psycho-educational self-care package for patients with diabetes was designed, consisting of twelve 60-minute sessions, with each session comprising educational objectives, instructional content, and homework assignments. To assess the content validity of the package, the initial version was submitted to seven health psychology experts; following the incorporation of their suggested revisions, the Content Validity Ratio (CVR) and Content Validity Index (CVI) were calculated. The results showed a CVR of 0.99 for all components of the package and a mean CVI of 0.91, indicating that the package possesses satisfactory content validity.

Conclusion: The results indicate that the package—developed based on the patients' own lived experiences and encompassing various aspects (biological and psychosocial)—possesses acceptable validity; its components are appropriately formulated for self-care counseling tailored to diabetic patients and are suitable for use.

Keywords: Educational-psychological self-care package, diabetic patients, biopsychosocial model.

Please cite this article as follows: Fazeli A, Tabrizi M, Namdarpour F. Design and Validation of a Self-Care Educational-Psychological Package for Diabetic Patients based on George Engel's Bio-Psycho-Social Model. SJPP. 2026;13(4):508-519.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۵، صفحات: ۵۰۸-۵۱۹
DOI: 10.22034/13.4.508
https://shenakht.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی اصیل

طراحی و اعتباریابی بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی جورج انگل

اکرم فاضلی[۱]، مهدی تبریزی[۲*]، فهیمه نامدارپور[۳]

۱. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی ، خمینی‌شهر، ایران
۲. استادیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران
۳. دانشیار، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران

چکیده

زمینه و هدف: شیوع دیابت در جامعه در حال افزایش است و زندگی با دیابت نوع ۲ می‌تواند برای بیماران طاقت‌فرسا باشد. ازاین‌رو، این بیماران به مداخلات خودمراقبتی جامع نیاز دارند که نه‌تنها به ابعاد زیستی بیماری توجه کند، بلکه عوامل روانی و اجتماعی مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی را نیز در نظر گیرد. هدف پژوهش حاضر طراحی و اعتبارسنجی بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی براساس تجربهٔ زیسته آنان بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع کاربردی با رویکرد کیفی پدیدارشناسی بود که در سال ۱۴۰۴ در شهر اصفهان انجام شد. در مرحلهٔ نخست، تجربه‌های زیستهٔ هفده بیمار مبتلابه دیابت با نمونه‌گیری هدفمند و تا اشباع داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری و با روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی تحلیل شد و براساس مضامین استخراج‌شده، بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی طراحی شد. در مرحلهٔ دوم، هفت نفر از متخصصان روان‌شناسی سلامت با استفاده از شاخص‌های CVR و CVI، روایی صوری و محتوایی بسته را ارزیابی کردند.

یافته‌ها: براساس یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها، هفت مضمون اصلی، شامل رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره، خستگی و محدودیت جسمی، مدیریت و پیروی از درمان، خودآگاهی و تصمیم‌گیری، انگیزه و سرسختی روانی، فشار روانی و مقابله با هیجانات منفی و موانع و چالش‌های دانش و درمان، استخراج شد. بر پایهٔ این مضامین، بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران مبتلابه دیابت در قالب دوازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای طراحی شد که هر جلسه شامل اهداف آموزشی، محتوای آموزشی و تکالیف خانگی بود. به‌منظور بررسی روایی محتوای بسته، نسخهٔ اولیه در اختیار هفت نفر از متخصصان حوزهٔ روان‌شناسی سلامت قرار گرفت و پس از اعمال اصلاحات پیشنهادی، شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) محاسبه شد. نتایج نشان داد مقدار CVR برای تمامی مؤلفه‌های بسته ۰/۹۹ و میانگین شاخص CVI برابر با ۰/۹۱ بود که نشان می‌دهد بسته روایی محتوایی مطلوبی دارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که بستهٔ تدوین‌شده طبق تجربهٔ زیسته خود بیماران، که جنبه‌های مختلف (زیستی، روانی، اجتماعی) را شامل می‌شود، روایی قابل‌قبولی دارد و مؤلفه‌های این بسته در جهت مشاورهٔ خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی به‌درستی تدوین‌شده است و می‌تواند استفاده شود.

واژگان کلیدی: بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی، بیماران دیابتی، مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۰۸/۲۸
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۱۸

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** مهدی تبریزی، گروه مشاوره، واحد خمینی‌شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی‌شهر، ایران

ایمیل: mehditabr@iau.ac.ir

استناد: فاضلی، اکرم؛ تبریزی، مهدی؛ نامدارپور، فهیمه. طراحی و اعتباریابی بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی جورج انگل. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، مهر و آبان ۱۴۰۵؛۱۳(۴):۵۰۸-۵۱۹.

مقدمه

در دهه‌های اخیر، بیماری‌های مزمن، به‌ویژه دیابت، به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان مطرح شده‌اند و در بروز مرگ‌ومیر زودرس و ناتوانی‌های طولانی‌مدت نقش قابل‌توجهی ایفا می‌کنند (لین[1] و همکاران،

[1] Lin

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

۲۰۲۰). ابتلا به دیابت با افزایش خطر بروز عوارض جدی و تهدیدکنندهٔ حیات، تحمیل هزینه‌های سنگین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و کاهش کیفیت زندگی بیماران همراه است (هرمان[۱]، ۲۰۱۷). روند روبه‌رشد شیوع دیابت، تشخیص بیماری در سنین کمتر و افزایش امید به زندگی در میان مبتلایان، موجب افزایش بار ناشی از عوارض این بیماری در سطح فردی و اجتماعی شده است. در چنین شرایطی، مدیریت مؤثر بیماری از طریق پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی، به‌عنوان یکی از ارکان اساسی کنترل دیابت، اهمیت ویژه‌ای یافته است (احمد و جوشی[۲]، ۲۰۲۳).

خودمراقبتی در بیماران دیابتی شامل مجموعه‌ای از رفتارها و فعالیت‌های آگاهانه است که با هدف کنترل بیماری، پیشگیری از عوارض و ارتقای وضعیت سلامت انجام می‌شوند. شواهد نشان می‌دهد که اولویت‌بندی و اجرای صحیح راهبردهای خودمراقبتی می‌تواند در کاهش عوارض بیماری، بهبود پیامدهای درمانی و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران نقش مؤثری داشته باشد (سرابی و همکاران، ۲۰۲۱). ازاین‌رو، افراد مبتلابه دیابت باید مهارت‌های خودمراقبتی را به‌صورت مستمر و مادام‌العمر کسب و تقویت کنند و به ایجاد و حفظ تغییرات پایدار در سبک زندگی خود متعهد باشند تا بتوانند از بروز یا پیشرفت عوارض بیماری پیشگیری کنند (آبات[۳] و همکاران، ۲۰۲۱).

خودمراقبتی فرایندی پویا و هدفمند است که طی آن، فرد مسئولیت حفظ، ارتقا و مدیریت سلامت خود را برعهده می‌گیرد. ازاین‌رو، خودمراقبتی صرفاً مجموعه‌ای از توصیه‌های درمانی نیست، بلکه رویکردی جامع و سبک زندگی سلامت‌محور محسوب می‌شود که در مدیریت بیماری‌های مزمن، به‌ویژه دیابت، نقش اساسی دارد (آبات و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه بخش عمدهٔ مدیریت روزمرهٔ دیابت و تقریباً تمامی مراقبت‌های مرتبط با آن بر عهدهٔ بیمار است (قدرتی میرکوهی و حدادی، ۲۰۱۸)، موفقیت درمان تا حد زیادی به تداوم رفتارهای خودمراقبتی وابسته است (وگا-مارتینز[۴] و همکاران، ۲۰۲۵). بااین‌حال، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بسیاری از بیماران مبتلابه دیابت سطح مطلوبی از خودمراقبتی ندارند؛ مسئله‌ای که علاوه‌بر افزایش هزینه‌های درمانی، خطر بروز عوارضی نظیر نارسایی کلیوی، نابینایی، قطع عضو، سکتهٔ مغزی و بیماری‌های عروقی را افزایش می‌دهد و سلامت جسمانی، روان‌شناختی و کیفیت زندگی آنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (فریدونی و همکاران، ۲۰۲۴).

در سال‌های اخیر، خودمراقبتی فراتر از مجموعه‌ای از رفتارهای پزشکی، به‌عنوان فرایندی چندبعدی در نظر گرفته شده است که تحت‌تأثیر عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد (یوسیر و سینار[۵]، ۲۰۲۵). از دیدگاه روان‌شناسی سلامت، متغیرهایی نظیر باورهای سلامت، خودکارآمدی، انگیزش، ادراک بیماری، تنظیم هیجان، راهبردهای مقابله‌ای، تاب‌آوری و حمایت اجتماعی، در شکل‌گیری و تداوم رفتارهای خودمراقبتی نقش مهمی ایفا می‌کنند (جوشی و همکاران، ۲۰۲۲؛ چیندانکوتی و دوینی[۶]، ۲۰۲۳؛ کارلسون[۷] و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین، بیماران دیابتی علاوه‌بر چالش‌های جسمانی، با فشارهای روان‌شناختی متعددی ازجمله اضطراب، نگرانی از عوارض بیماری، خستگی ناشی از مدیریت مستمر بیماری و کاهش انگیزهٔ درمانی مواجه‌اند که می‌تواند پایبندی آنان را به رفتارهای خودمراقبتی را تضعیف کند (آسمات[۸] و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین، ارتقای خودمراقبتی مستلزم توجه هم‌زمان به ابعاد شناختی، هیجانی و اجتماعی تجربهٔ بیماری است (سباستین[۹] و همکاران، ۲۰۲۲).

مطالعات متعدد نیز اثربخشی آموزش خودمراقبتی را در بهبود پیامدهای سلامت بیماران دیابتی تأیید کرده‌اند. یافته‌ها نشان داده‌اند که این آموزش‌ها می‌توانند موجب بهبود رفتارهای خودمراقبتی (بهره‌مند و همکاران، ۲۰۲۳؛ لین[۱۰] و همکاران، ۲۰۲۶)، تبعیت از درمان (کارلسون[۱۱] و همکاران، ۲۰۲۶)، افزایش امیدواری، بهبود تنظیم هیجان، کنترل بهتر قند خون و عملکرد اجتماعی (صدرهاشمی و همکاران، ۲۰۲۱)، خودکارآمدی در مدیریت دیابت (کاپلان[۱۲] و همکاران، ۲۰۲۶) و ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شوند (نکویی و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین، اسماعیلی‌شاد (۲۰۲۰) بهبود کیفیت زندگی، رفتارهای خودمراقبتی و شاخص‌های کنترل بیماری را در سالمندان مبتلابه دیابت گزارش کرده است. باوجوداین، بیشتر مداخلات موجود عمدتاً بر جنبه‌های زیستی و رفتاری مدیریت بیماری، ازجمله رژیم غذایی، فعالیت بدنی، مصرف دارو و کنترل قند خون تمرکز داشته‌اند (اولیویرا[۱۳] و همکاران، ۲۰۲۶) و به نقش عوامل روان‌شناختی مؤثر در پایداری رفتارهای سلامت‌محور توجه کمتری شده است.

در همین زمینه، مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی[۱۴] انگل[۱۵] (۱۹۷۷) سلامت و بیماری را حاصل تعامل پویای عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌داند و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چهارچوب‌های نظری در تبیین سازگاری با بیماری‌های مزمن شناخته می‌شود. پژوهش‌های اخیر نیز نقش این مدل را در تبیین

[1] Herman
[2] Ahmad & Joshi
[3] Abate
[4] Vega-Martínez
[5] Yuceer & Cinar
[6] Chindankutty & Devineni
[7] Karlsson
[8] Asmat
[9] Sebastian
[10] Lin
[11] Karlsson
[12] Kaplan
[13] Oliveira
[14] bio-psycho-social model
[15] Engel

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

تفاوت‌های فردی در پایبندی به درمان، کیفیت زندگی و پیامدهای سلامت تأیید کرده‌اند (میسکوتو[1] و همکاران، ۲۰۲۲). بااین‌حال، باوجود پذیرش گستردهٔ آن در سطح نظری، کاربرد عملی این رویکرد در مداخلات سلامت همچنان محدود است و بسیاری از برنامه‌های درمانی فقط بر مؤلفه‌های زیستی تمرکز دارند (ون‌دِولده[2] و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی از راهبردهای مؤثر برای کاهش این شکاف، بهره‌گیری از تجربهٔ زیسته بیماران در طراحی مداخلات سلامت‌محور است. تجربهٔ زیسته بیماران می‌تواند ابعاد کمترشناخته‌شدهٔ زندگی با دیابت، ازجمله چالش‌های شناختی، هیجانی، خانوادگی و اجتماعی مدیریت بیماری را آشکار کند و به طراحی مداخلاتی منجر شود که با نیازها و واقعیت‌های زندگی بیماران هم‌خوانی بیشتری دارند. چنین رویکردی از طریق افزایش همدلی، خودکارآمدی، انگیزش درونی و تعهد رفتاری، زمینهٔ ارتقای پایدار رفتارهای خودمراقبتی را فراهم می‌کند. باوجوداین، تاکنون پژوهشی به طراحی مداخلات خودمراقبتی مبتنی‌بر تجربهٔ زیسته بیماران دیابتی در چهارچوب مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی نپرداخته است. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف طراحی و ارزیابی اثربخشی بستهٔ روان‌شناختی خودمراقبتی مبتنی‌بر تجربهٔ زیسته بیماران دیابتی و مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی انجام شد. انتظار می‌رود این مداخله از طریق تقویت سازه‌هایی نظیر سرسختی روان‌شناختی، خودکارآمدی و پایبندی به درمان، به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و بهبود پیامدهای سلامت منجر شود.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، مطالعهٔ کیفی از نوع پدیدارشناسی توصیفی بود که در سال ۱۴۰۴ در شهر اصفهان و در دو مرحله، شامل طراحی بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی جورج انگل و بررسی روایی صوری و محتوایی آن انجام شد. در مرحلهٔ نخست، تجربه‌های زیسته بیماران مبتلابه دیابت در زمینه خودمراقبتی با استفاده از رویکرد پدیدارشناسی بررسی و براساس یافته‌های حاصل، بستهٔ آموزشی تدوین شد. در مرحلهٔ دوم، متخصصان روایی صوری و محتوایی بسته را ارزیابی کردند.

جامعهٔ پژوهش در مرحلهٔ نخست شامل تمامی بیماران مبتلابه دیابت مراجعه‌کننده به مراکز درمانی، درمانگاه‌های تخصصی دیابت، کلینیک‌های تخصصی و انجمن‌های حمایت از بیماران دیابتی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۴ بود. نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با رویکرد حداکثر تنوع انجام شد و تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت، به‌گونه‌ای که پس از انجام هفده مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته، دادهٔ جدیدی به دست نیامد و اشباع نظری حاصل شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی دیابت توسط پزشک، سپری‌شدن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری، داشتن هجده‌سال سن یا بیشتر، توانایی برقراری ارتباط کلامی و بیان تجربه‌های خود، آگاهی و رضایت برای مشارکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامهٔ آگاهانه بود. معیارهای خروج نیز شامل انصراف از ادامهٔ همکاری در هر مرحله از پژوهش، ناقص‌ماندن مصاحبه، ابتلابه اختلالات شدید شناختی یا روان‌پزشکی مؤثر در کیفیت مصاحبه و تمایل‌نداشتن به ادامهٔ مشارکت بود.

برای گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته عمیق استفاده شد. تمامی مصاحبه‌ها با رضایت مشارکت‌کنندگان ضبط، به‌صورت کلمه‌به‌کلمه پیاده‌سازی و سپس تحلیل شدند. تحلیل داده‌های کیفی براساس روش هفت‌مرحله‌ای کلایزی[3] انجام گرفت. بدین‌ترتیب، ابتدا متن مصاحبه‌ها چندین بار مطالعه شد تا درک جامعی از تجربه‌های مشارکت‌کنندگان حاصل شود. سپس عبارت‌های معنادار استخراج و برای هر عبارت، معنای فرمول‌بندی‌شده تدوین شد. در ادامه، معانی مشابه در قالب خوشه‌های مضمونی طبقه‌بندی و مضامین اصلی استخراج شد. پس از ارائهٔ توصیف جامع از پدیدهٔ مورد مطالعه، ساختار اساسی تجربهٔ زیستهٔ بیماران تدوین و در نهایت، به‌منظور افزایش اعتبار یافته‌ها، نتایج با تعدادی از مشارکت‌کنندگان[4] و اعضای تیم پژوهش مرور و تأیید شد. همچنین، برای افزایش قابلیت اعتماد و اعتبار داده‌های کیفی از راهبردهای سه‌سوسازی پژوهشگران، بازبینی مستمر داده‌ها و ثبت دقیق مراحل تحلیل استفاده شد. براساس مضامین و طبقات استخراج‌شده، چهارچوب اولیهٔ بستهٔ آموزشی تدوین و محتوای آن در قالب دوازده جلسهٔ شصت‌دقیقه‌ای طراحی شد. برای هر جلسه، اهداف، محتوای آموزشی، فنون مداخله و تکالیف خانگی متناسب با اهداف آموزشی تدوین شد.

در مرحلهٔ دوم، جامعهٔ پژوهش شامل متخصصان حوزهٔ روان‌شناسی سلامت و سالمندی شهر اصفهان بود. هفت نفر از اعضای هیئت‌علمی و متخصصان دارای مدرک دکتری و سابقهٔ آموزشی، پژوهشی یا درمانی در حوزهٔ روان‌شناسی سلامت به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. نسخهٔ اولیهٔ بستهٔ آموزشی در اختیار متخصصان قرار گرفت و از آنان خواسته شد محتوای جلسات را از نظر تناسب با اهداف پژوهش، جامعیت، مرتبط‌بودن، وضوح، سادگی، سازمان‌دهی مطالب و تناسب زمان هر جلسه ارزیابی کنند. پس از دریافت دیدگاه‌های متخصصان، اصلاحات پیشنهادی در محتوای بسته اعمال شد و نسخهٔ اصلاح‌شده مجدداً در اختیار خبرگان قرار گرفت.

به‌منظور بررسی روایی محتوای بسته، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR)[5] و شاخص روایی محتوا (CVI)[6] استفاده شد. برای

[1] Mescouto
[2] Van de Velde
[3] Colaizzi
[4] Member Checking
[5] Content Validity Ratio
[6] Content Validity Index

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

محاسبهٔ CVR، هریک از مؤلفه‌های بسته براساس مقیاس سه‌درجه‌ای «ضروری است»، «مفید است، ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» ارزیابی شد. همچنین، برای محاسبهٔ CVI، خبرگان میزان مرتبط‌بودن، وضوح و سادگی هریک از مؤلفه‌ها را براساس مقیاس چهاردرجه‌ای والتز و باسل[1] ارزیابی کردند. نتایج حاصل از این ارزیابی‌ها در بخش یافته‌های پژوهش گزارش شده است.

نتایج

از مصاحبه‌های انجام‌شده، ۱۷۹ عبارت و از آن‌ها، ۲۶۲ مفهوم فرموله‌شده استخراج شد و بعد از حذف موارد مشابه، این مفاهیم به ۸۴ مفهوم کاهش یافت. دسته‌بندی مفاهیم فرموله‌شده در زیرطبقات و طبقات اصلی در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱. دسته‌بندی مفاهیم در زیرطبقات و طبقات اصلی

مفاهیم فرموله‌شده	زیرطبقات	طبقات اصلی
تمایل به مصرف شیرینی عادات غذایی مقاومت در برابر وسوسه‌ها استفاده از مواد مضر برای دیابت برای بهبود بیماری دیگر	۱. گرایش و عادات غذایی	۱. رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره
تأثیر رفتار خانواده و عادات دوران کودکی در گرایش به شیرینی مغایرت با سبک زندگی خانواده حمایت خانواده پیشگیری و مدیریت رفتار خود و خانواده	۲. تأثیر خانواده و سبک زندگی خانوادگی	
دسترسی به خوراکی‌ها عامل محیطی مؤثر در رفتار خودمراقبتی سبک زندگی در بیماری فشار اجتماعی محدودیت اجتماعی مقایسه اجتماعی و انگ محدودیت زمانی تمایل‌نداشتن به بیان بیماری دیابت به‌خاطر توصیه‌های دیگران	۳. عوامل محیطی و اجتماعی	
خستگی از رعایت رژیم یکنواختی زندگی و اثر آن در انگیزهٔ رعایت رژیم تأثیر مشغله و خستگی در رفتار غذایی و کنترل قند خون خستگی خستگی ذهنی ناشی از مدیریت رژیم غذایی	۴. خستگی و یکنواختی در رژیم	۲. خستگی و محدودیت جسمی
نقش خواب در رفتار خودمراقبتی	۵. خواب و استراحت	
محدودیت فیزیکی ناشی از بیماری مسائل مربوط به سن محدودیت در کنترل بیماری	۶. محدودیت‌ها و شرایط جسمی	
مدیریت روزانهٔ قند خون استفاده از بازخورد برای افزایش پایبندی مشاهدهٔ تغییرات فیزیکی برای انگیزهٔ خودمراقبتی	۷. مدیریت و پایش قند خون	۳. مدیریت و پیروی از درمان
اهمیت نظم و روتین در مدیریت بیماری نوسان در رفتار خودمراقبتی نیاز به مراقبت مستمر	۸. نظم، استمرار و ساختار رفتاری	
تلاش برای ادامهٔ درمان و پایبندی به توصیه‌های درمانی جست‌وجوی اطلاعات	۹. تلاش برای بهبودی	
تمرکز ذهنی خودآگاهی انعطاف در محدودیت خوداتکایی مسائل مرتبط با خودکنترلی	۱۰. خودآگاهی، خوداتکایی و تصمیم‌گیری	۴. خودآگاهی و تصمیم‌گیری

[1] Waltz & Bausell

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

تصمیم‌گیری آگاهانه اولویت‌بندی مسائل دیگران را الگو قراردادن		
انگیزه برای مدیریت بیماری پذیرش بیماری حفظ روحیه و انگیزه تطبیق با بیماری تلاش برای جبران و استمرار رفتار خودمراقبتی پذیرش توان و محدودیت شخصی	۱۱. انگیزش، پذیرش و سازگاری با بیماری	۵. انگیزه و سرسختی روانی
دیدگاه منفی یا بی‌تفاوت به طول عمر و بیماری نگرانی روان‌شناختی از اثر رفتار فرد در دیگران تأثیر نگرانی از قضاوت دیگران دریافت پاداش کوتاه‌مدت	۱۲. نگرش و برداشت از بیماری و خود (شناخت)	
فشار برنامه‌ریزی و کنترل خود سردرگمی ذهنی و فشار روانی در رعایت درمان تأثیر استرس در کنترل بیماری اثر در فعالیت روزمره	۱۳. فشار ذهنی، استرس و بار روانی	
هیجانات منفی حساسیت روانی احساس ناامیدی احساس بی‌معنایی زندگی به‌دلیل رعایت خودمراقبتی کاهش رضایت روانی افزایش وزن باعث افسردگی و تأثیر روانی منفی احساس پیری زودرس احساس ناتوانی و کاهش اعتمادبه‌نفس	۱۴. هیجانات و وضعیت روانی منفی	۶. فشار روانی و مقابله با هیجانات منفی
وسواس فکری در کنترل تأثیر بیماری/رژیم در حالت روانی و برعکس	۱۵. وسواس و اضطراب کنترلی	
انکار و چشم‌پوشی کم‌اهمیت‌گرفتن بیماری غفلت یا بی‌توجهی به کنترل قند خون مقاومت روانی جدی‌گرفتن بیماری در شرایط بحرانی لجبازی یا مقاومت فردی خودسرانه عمل‌کردن تضاد بین محدودیت خودمراقبتی و حق انتخاب فردی اجتناب از پیگیری درمان به‌دلیل ترس از نتایج	۱۶. انکار، مقاومت و رفتارهای مقابله‌ای منفی	
دسترسی به درمان و دارو مانع محیطی بر پایبندی به درمان بی‌علاقگی به پایبندی به درمان و سیستم مراقبت پزشکی اعتماد به اثر دارو بدون مدیریت دیگر عوامل وابستگی به دارو	۱۷. موانع درمانی و دارویی	
ناآگاهی یا درک ناقص از مکانیسم بیماری مشاهده‌نکردن عوارض کوتاه‌مدت بیماری عوارض و پیامد دیابت	۱۸. ناآگاهی و درک ناقص از بیماری	۷. موانع و چالش‌های دانش و درمان
شباهت به رفتار اعتیادی	۱۹. رفتارهای اعتیادی و الگوهای ناسالم	
کمبود مسئولیت‌پذیری و انضباط شخصی	۲۰. مسئولیت‌پذیری و انضباط شخصی	

برطبق جدول ۱، که دسته‌بندی مفاهیم در زیرطبقات و طبقات اصلی را نشان می‌دهد، ۸۴ مفهوم فرموله‌شده در هفت طبقهٔ اصلی و بیست زیرطبقه سازمان‌دهی شده‌اند که این طبقات و زیرطبقات شامل رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

(گرایش‌ها و عادات غذایی، مدیریت وسوسه‌های غذایی و تأثیر سبک زندگی در بیماری)، تأثیر خانواده و سبک زندگی خانوادگی (نقش خانواده و عادات دوران کودکی، حمایت یا تعارض خانوادگی)، عوامل محیطی و اجتماعی مؤثر در خودمراقبتی (دسترسی به خوراکی‌ها، فشار اجتماعی، انگ و محدودیت‌های اجتماعی)، مدیریت بیماری، درمان و پایبندی رفتاری (پایش قند خون، نظم و استمرار در مراقبت، تلاش برای بهبودی)، خودآگاهی، تصمیم‌گیری و سازگاری با بیماری (خودکنترلی، تصمیم‌گیری آگاهانه، پذیرش و انگیزش)، فشار روانی، هیجانات منفی و مقابله با بیماری (استرس، هیجانات منفی، اضطراب، انکار و مقاومت) و موانع دانش، درمان و نظام مراقبت سلامت (موانع درمانی، دارویی و دسترسی به خدمات) سازمان‌دهی می‌شوند.

این طبقات بیانگر تعامل عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی، روانی و درمانی در شکل‌گیری رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت هستند. در جهت تصمیم‌گیری دربارهٔ نحوهٔ تدوین و میزان تمرکز متناسب با محتوای بستهٔ آموزشی خودمراقبتی، ابتدا تعداد واحدهای معنایی اختصاص‌یافته به هریک از هفت طبقهٔ اصلی بررسی و سهم هریک از آن‌ها از کل واحدهای معنایی تعیین شد. همچنین، زیرطبقات و درون‌مایه‌های مرتبط نیز در فرایند تحلیل بررسی شدند. در جدول ۲، سهم کدهای اصلی از مجموع واحدهای معنایی ارائه شده است.

جدول ۲. فراوانی و درصد فراوانی واحدهای معنایی طبقات اصلی هفت‌گانهٔ حاصل از مصاحبه با بیماران دیابتی

واحدهای معنایی طبقات اصلی هفت‌گانه	فراوانی	درصد فراوانی
واحدهای معنایی رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره	۱۶	۱۹/۰۵
واحدهای معنایی خستگی و محدودیت جسمی	۹	۱۰/۷۱
واحدهای معنایی مدیریت و پیروی از درمان	۸	۹/۵۲
واحدهای معنایی خودآگاهی و تصمیم‌گیری	۸	۹/۵۲
واحدهای معنایی انگیزه و سرسختی روانی	۱۰	۱۱/۹۰
واحدهای معنایی فشار روانی و مقابله با هیجانات منفی	۲۳	۲۷/۳۸
واحدهای معنایی موانع و چالش‌های دانش و درمان	۱۰	۱۱/۹۰
مجموع کل واحدهای معنایی	۸۴	۱۰۰

نتایج جدول ۲ توزیع فراوانی و درصد واحدهای معنایی طبقات اصلی هفت‌گانهٔ مرتبط با خودمراقبتی دیابت را نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی واحدهای معنایی مربوط به فشار روانی و مقابله با هیجانات منفی با ۲۳ واحد معنایی (۲۷/۳۸ درصد) بوده است. پس‌ازآن، رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره با ۱۶ واحد معنایی (۱۹/۰۵ درصد) بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. همچنین، انگیزه و سرسختی روانی و موانع و چالش‌های دانش و درمان هر کدام با ۱۰ واحد معنایی (۱۱/۹۰ درصد)، خستگی و محدودیت جسمی با ۹ واحد معنایی (۷۱/۱۰ درصد) و مدیریت و پیروی از درمان و خودآگاهی و تصمیم‌گیری هر کدام با ۸ واحد معنایی (۹/۹۵۲ درصد) در رتبه‌های بعدی قرار گرفتند.

براساس این یافته‌ها، میزان تأکید و تمرکز محتوای آموزشی بر مبنای سهم هریک از طبقات اصلی تعیین شد؛ به‌گونه‌ای که بخش‌هایی با فراوانی بیشتر، جلسات و زمان آموزشی بیشتری را به خود اختصاص دادند. در نهایت، ده جلسه به محتوای اصلی آموزش خودمراقبتی، یک جلسه به معارفه و یک جلسه به جمع‌بندی و خاتمه اختصاص یافت و بستهٔ آموزشی درمجموع، در قالب دوازده جلسه تدوین شد که شرح آن در جدول ۳ ساختار و محتوای جلسات بستهٔ آموزشی خودمراقبتی دیابت ارائه شده است.

جدول ۳. جلسات آموزشی منطبق بر حوزه‌های هفت‌گانه خودمراقبتی بیماران دیابتی

جلسات	هدف	محتوا	تکلیف
جلسهٔ ۱. معارفه و آشنایی با اهداف برنامه	آشنایی با ساختار برنامه، اهداف و اهمیت خودمراقبتی در دیابت	معارفه و آشنایی؛ تعیین قوانین جلسات؛ معرفی ساختار بستهٔ آموزشی و ترتیب جلسات؛ توضیح اهمیت پایش قند خون، تغذیه، فعالیت بدنی و مدیریت استرس؛ تمرین تعیین اهداف شخصی و ایجاد انگیزه	یادداشت اهداف شخصی و انتظارات از دوره
جلسهٔ ۲. رفتارهای تغذیه‌ای و مدیریت وعده‌های غذایی	آموزش اصول تغذیهٔ سالم و برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی روزانه	معرفی گروه‌های غذایی و اهمیت هر گروه در کنترل قند خون؛ آموزش برنامه‌ریزی وعده‌های روزانه و هفتگی تمرین جایگزینی خوراکی‌های ناسالم با سالم	ثبت غذاهای روزانه، شناسایی وسوسه‌ها و برنامهٔ جایگزین

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

جلسهٔ ۳. تکنیک‌های تغذیهٔ عملی و کالری‌شماری	افزایش مهارت عملی در انتخاب و آماده‌سازی وعده‌های غذایی سالم	آموزش خواندن برچسب غذایی و محاسبهٔ کالری؛ تمرین آماده‌سازی وعده‌های سالم و متعادل؛ تکنیک جایگزینی میان‌وعده‌های پرکالری با گزینهٔ سالم	طراحی برنامهٔ غذایی سه‌روزه با جایگزینی‌های سالم
جلسهٔ ۴. مدیریت انرژی و خستگی	مدیریت انرژی روزانه و کاهش خستگی ناشی از بیماری	برنامه‌ریزی فعالیت‌های روزانه با توجه به سطح انرژی؛ تکنیک‌های مدیریت خستگی و ایجاد روتین برای کاهش فشار جسمی؛ تمرینات سبک بدنی و کششی مناسب برای محدودیت‌ها	ثبت فعالیت‌های روزانه و سطح انرژی، پیاده‌روی یا تمرین سبک بیست تا سی دقیقه
جلسهٔ ۵. خواب و استراحت بهینه	بهبود کیفیت خواب و نقش آن در خودمراقبتی	آموزش بهبود کیفیت خواب و استراحت کافی؛ تکنیک‌های کاهش بی‌خوابی و ایجاد روتین شبانه؛ تمرینات آرام‌سازی قبل از خواب	پیاده‌سازی روتین خواب و ثبت کیفیت خواب روزانه
جلسهٔ ۶. پایش قند خون و پیروی از درمان	آموزش پایش دقیق قند خون و پایبندی به داروها	اندازه‌گیری صحیح قند خون و ثبت نتایج؛ برنامه‌ریزی برای مصرف داروها و یادآوری مصرف به‌موقع؛ استفاده از بازخورد برای بهبود رفتار خودمراقبتی	ثبت قند خون صبح و شب، تهیهٔ نمودار تغییرات
جلسهٔ ۷. خودآگاهی و تصمیم‌گیری آگاهانه	افزایش خودآگاهی و مهارت تصمیم‌گیری	شناسایی عادات و رفتارهای روزانهٔ مرتبط با کنترل بیماری؛ تمرین تصمیم‌گیری آگاهانه و اولویت‌بندی مسائل؛ تمرین انعطاف و تاب‌آوری در محدودیت‌ها	ثبت سه تصمیم مهم هفته برای کنترل بیماری و تحلیل پیامدها
جلسهٔ ۸. انگیزه و پذیرش بیماری	افزایش انگیزه و پذیرش بیماری برای استمرار خودمراقبتی	تمرین پذیرش بیماری و نگرش مثبت به خودمراقبتی؛ تأثیر عوامل شناختی در روند خودمراقبتی؛ هدف‌گذاری کوتاه‌مدت و ثبت موفقیت‌ها؛ تمرین خودتحریک مثبت و تقویت انگیزهٔ شخصی	تعیین هدف عملی کوچک برای هفتهٔ آینده و ثبت پیشرفت آن
جلسهٔ ۹. مدیریت استرس و هیجانات منفی	کنترل استرس و هیجانات منفی مرتبط با دیابت	تکنیک‌های آرام‌سازی مانند تنفس عمیق و مدیتیشن؛ شناسایی و مقابله با هیجانات منفی و وسواس کنترلی؛ تمرین تاب‌آوری روانی و خودتنظیمی	تمرین روزانهٔ پنج تا ده دقیقه تنفس عمیق یا مدیتیشن، ثبت وضعیت هیجانی
جلسهٔ ۱۰. تقویت تاب‌آوری و خودکنترلی	ثبیت مهارت‌های روانی و تاب‌آوری در زندگی روزمره	تمرین مهارت‌های خودتنظیمی و مقابله با فشار روانی؛ تمرین مدیریت هیجانات منفی و افزایش انگیزه؛ تمرین‌های گروهی و فردی برای استمرار رفتار خودمراقبتی	تهیهٔ جدول هفته‌ای برای ثبت موفقیت‌ها، هیجانات و رفتارهای خودمراقبتی
جلسهٔ ۱۱. شناسایی موانع و حل مسئله	افزایش دانش و مهارت غلبه بر موانع درمان و خودمراقبتی	شناسایی موانع محیطی، اجتماعی و فردی؛ تمرین مهارت حل مسئله و برنامه‌ریزی برای مقابله با موانع؛ آموزش استفادهٔ صحیح از دارو و منابع معتبر اطلاعاتی	شناسایی دو مانع شخصی و تدوین برنامهٔ مقابله با آن‌ها
جلسهٔ ۱۲. جمع‌بندی و تثبیت یادگیری	مرور کل مهارت‌ها و برنامهٔ عملی آینده	مرور تکنیک‌ها و مهارت‌های زیستی، روانی و اجتماعی، تقدیر و قدردانی، اجرای پس‌آزمون	---

جدول ۳ ساختار جلسات آموزشی منطبق بر حوزه‌های هفت‌گانهٔ خودمراقبتی بیماران دیابتی را در دوازده جلسه نشان می‌دهد. جلسات آموزشی براساس طبقات اصلی و میزان اهمیت آن‌ها در تحلیل واحدهای معنایی طراحی شده‌اند و شامل اهداف، محتوای آموزشی و تکالیف عملی مرتبط هستند. محتوای جلسات بر حوزه‌های تغذیه و سبک زندگی، مدیریت خستگی و خواب، پایش قند خون و پیروی از درمان، خودآگاهی و تصمیم‌گیری، انگیزش و پذیرش بیماری، مدیریت استرس و هیجانات منفی و شناسایی موانع خودمراقبتی تمرکز دارد. در پایان، جلسهٔ جمع‌بندی با هدف مرور آموخته‌ها، تثبیت مهارت‌ها و برنامه‌ریزی برای تداوم رفتارهای خودمراقبتی اجرا شد.

بررسی روایی محتوایی و صوری بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی

پس از تدوین بستهٔ مداخله‌ای، روایی صوری و محتوایی آن با بهره‌گیری از نظر متخصصان ارزیابی شد. روایی محتوایی از اساسی‌ترین شاخص‌های اعتبار ابزارها و مداخلات آموزشی و روان‌شناختی است و میزان تناسب، جامعیت و پوشش محتوایی مؤلفه‌های مورد سنجش را بررسی می‌کند (سیف، ۲۰۱۶). در این زمینه، نسخهٔ اولیه بسته در اختیار هفت نفر از متخصصان روان‌شناسی سلامت قرار گرفت و از آنان خواسته شد دربارهٔ تناسب

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

محتوای جلسات با اهداف پژوهش، انطباق ساختار جلسات با چهارچوب نظری، کفایت زمان اختصاص‌یافته به هر بخش، جامعیت محتوای آموزشی و کارآمدی کلی بستهٔ مداخله‌ای اظهار نظر کنند.

به‌منظور بررسی کمی روایی محتوا، از دو شاخص نسبت روایی محتوا (CVR)[1] و شاخص روایی محتوا (CVI)[2] استفاده شد. برای محاسبهٔ CVR، متخصصان محتوای هر جلسه و مؤلفه‌های آن را براساس مقیاس سه‌درجه‌ای «ضروری است»، «مفید است، ولی ضروری نیست» و «ضرورتی ندارد» ارزیابی کردند. نتایج نشان داد مقدار CVR تمامی مؤلفه‌ها بیشتر از مقدار ملاک (۰/۹۹) بوده است که بیانگر ضرورت و تناسب محتوای بسته از دیدگاه خبرگان است. همچنین، برای محاسبهٔ CVI از روش والتز و باسل استفاده شد. در این روش، متخصصان میزان مرتبط‌بودن، وضوح و سادگی هریک از مؤلفه‌های بسته را در مقیاس چهاردرجه‌ای ارزیابی کردند. میانگین شاخص CVI برای دوازده جلسهٔ بسته ۰/۹۱ به دست آمد که نشان‌دهندهٔ روایی محتوایی مطلوب تمامی جلسات است.

علاوه‌بر این، به‌منظور افزایش اعتبار و قابلیت اعتماد یافته‌های کیفی حاصل از تحلیل تجربه‌های زیستهٔ بیماران، از راهبرد سه‌سویه‌سازی پژوهشگران[3] استفاده شد. بدین صورت که پس از انجام کدگذاری اولیه توسط پژوهشگر، متن مصاحبه‌ها، کدهای استخراج‌شده و طبقات مفهومی در اختیار استاد راهنما، استاد مشاور و متخصص مستقل آشنا با روش پژوهش کیفی قرار گرفت. هریک از ارزیابان به‌صورت مستقل کدها و نحوهٔ طبقه‌بندی آن‌ها را بررسی کردند و موارد اختلاف از طریق بحث و دستیابی به توافق جمعی اصلاح شد. استفاده از این فرایند موجب افزایش اعتبار و تأییدپذیری یافته‌های کیفی و کاهش سوگیری‌های احتمالی پژوهشگر شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف طراحی و اعتباریابی بستهٔ آموزشی- روان‌شناختی خودمراقبتی ویژه بیماران دیابتی مبتنی‌بر مدل زیستی- روانی- اجتماعی جورج انگل انجام شد. پس از مصاحبه و استخراج طبقات اصلی، پیش‌نویس بستهٔ آموزشی- روان‌شناختی خودمراقبتی تهیه شد و سپس در قالب ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای که هر جلسه شامل هدف، محتوا و تکلیف است، تنظیم شد. مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی (انگل، ۱۹۷۷) سلامت را حاصل تعامل سه بعد زیستی، روانی و اجتماعی می‌داند. بر این اساس، آموزش‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نه‌تنها باید بر کنترل فیزیولوژیک بیماری تمرکز داشته باشد، بلکه ابعاد روان‌شناختی مانند انگیزش، خودآگاهی و تاب‌آوری و نیز عوامل اجتماعی مانند حمایت و ارتباط مؤثر را در بر گیرد (میسکوتو و همکاران، ۲۰۲۲).

بر همین مبنا، بستهٔ آموزشی حاضر در قالب دوازده جلسه طراحی شده است که در هفت واحد معنایی اصلی جای می‌گیرند.

در جلسات اول تا سوم، دربارهٔ رفتارهای تغذیه‌ای و سبک زندگی خودمراقبتی روزمره صحبت شد. در این سه جلسه، شرکت‌کنندگان با اصول تغذیهٔ سالم، برنامه‌ریزی وعده‌های غذایی و مدیریت سبک زندگی آشنا می‌شوند. آموزش‌ها شامل معرفی گروه‌های غذایی، نحوهٔ خواندن برچسب‌های تغذیه‌ای، محاسبهٔ کالری و تنظیم وعده‌های روزانه است. این بخش بر ارتقای آگاهی تغذیه‌ای و خودنظم‌جویی رفتاری برای کنترل قند خون و حفظ انرژی روزانه تمرکز دارد (آبات و همکاران، ۲۰۱۸؛ بهره‌مند و همکاران، ۲۰۲۳). به‌صورت روانی، تمرین هدف‌گذاری و خودنظارتی به بیماران کمک می‌کند احساس کنترل و کارآمدی شخصی را افزایش دهند (صدرهاشمی و همکاران، ۱۴۰۰).

جلسهٔ چهارم در زمینهٔ واحد معنایی خستگی و محدودیت جسمی بود. این جلسه بر مدیریت انرژی، خستگی و محدودیت‌های بدنی تمرکز دارد. بیماران یاد می‌گیرند چگونه فعالیت‌های روزمرهٔ خود را با توجه به سطح انرژی تنظیم کنند و از تمرینات کششی سبک برای کاهش خستگی بهره ببرند. از دید روان‌شناختی، تمرکز بر پذیرش محدودیت‌ها و برنامه‌ریزی واقع‌بینانه، احساس خودکارآمدی را افزایش و اضطراب ناشی از ناتوانی جسمی را کاهش می‌دهد (احمد و جوشی، ۲۰۲۳؛ فریدونی و همکاران، ۲۰۲۴). جلسهٔ پنجم در زمینهٔ خواب و استراحت بهینه است. این جلسه مکمل جلسهٔ چهارم است و بر کیفیت خواب و نقش آن در تنظیم قند خون و سلامت روان تمرکز دارد. بیماران با روتین‌های خواب سالم، بهداشت خواب، تکنیک‌های آرام‌سازی و کاهش بی‌خوابی آشنا می‌شوند. از نظر روانی، خواب مناسب به بهبود تنظیم هیجان، کاهش اضطراب و افزایش انرژی روانی ـ جسمی کمک می‌کند (صدرهاشمی و همکاران، ۲۰۲۱؛ نکویی و همکاران، ۲۰۲۳). در مدل BPS، این جلسه پیوندی بین ابعاد زیستی (استراحت بدن) و روانی (کاهش فشار ذهنی) برقرار می‌کند (لیندگرین[4] و همکاران، ۲۰۲۴).

جلسهٔ ششم، که شامل مدیریت و پیروی از درمان است، بیشتر جنبهٔ زیستی دارد. در این جلسه، بیماران روش صحیح پایش قند خون، مصرف منظم داروها و استفاده از بازخوردهای ثبت‌شده برای بهبود رفتارهای خودمراقبتی را می‌آموزند. این بخش با بعد زیستی مدل BPS مرتبط است، اما با تأکید بر انگیزه و خودکارآمدی روانی، بُعد روانی را نیز تقویت می‌کند (قدرتی میرکوهی و حدادی، ۲۰۱۸). واحد معنایی خودآگاهی و تصمیم‌گیری در جلسهٔ هفتم توضیح داده شد. در این جلسه، بیماران مهارت‌های شناختی لازم را برای شناسایی رفتارهای ناسالم، تحلیل پیامدها و اتخاذ تصمیم‌های

[1] Content validity ratio
[2] Content Validity Index
[3] Investigator Triangulation
[4] Lindgreen

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

آگاهانه تمرین می‌کنند. از بعد اجتماعی، گفت‌وگو و مشارکت گروهی به افزایش همدلی و احساس تعلق کمک می‌کند (سرابی و همکاران، ۲۰۲۱).

در جلسات هشتم تا دهم بر روی انگیزه و سرسختی روان‌شناختی تأکید شد. این جلسات بر تقویت انگیزه، پذیرش بیماری و تاب‌آوری تمرکز دارند. شرکت‌کنندگان راهبردهای خودتحریکی، هدف‌گذاری واقع‌بینانه و بازسازی شناختی نگرش به بیماری را یاد می‌گیرند (آبات و همکاران، ۲۰۲۱؛ صدرهاشمی و همکاران، ۲۰۲۱). این مهارت‌ها موجب افزایش سرسختی روانی و پایداری در رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. در سه جلسهٔ آخر نیز بر فشار روانی، مقابله با هیجانات منفی و موانع درمان تأکید شد. در جلسهٔ نهم، بیماران مهارت‌های مدیریت استرس، مدیتیشن و تنظیم هیجان را می‌آموزند. در جلسات یازدهم و دوازدهم نیز بر شناسایی موانع خودمراقبتی، حل مسئله و برنامه‌ریزی برای غلبه بر چالش‌های درمانی تمرکز می‌شود. در بعد اجتماعی مدل BPS، تعامل و حمایت گروهی در تداوم رفتارهای سالم نقش کلیدی ایفا می‌کنند (فریدونی و همکاران، ۲۰۲۴؛ اسماعیلی شاد، ۲۰۲۰).

به‌منظور بررسی روایی محتوایی بسته آموزشی ـ روان‌شناختی خودمراقبتی ویژهٔ بیماران دیابتی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی، محتوای تدوین‌شده در اختیار هفت متخصص در حوزه‌های روان‌شناسی سلامت، آموزش بهداشت و پرستاری دیابت قرار گرفت. براساس نظر این صاحب‌نظران، نتایج نشان داد که مؤلفه‌های درنظرگرفته‌شده برای این بسته، روایی محتوایی کافی دارند و همگی در جهت اهداف بسته و با مبانی نظری مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی تنظیم شده‌اند. به عبارت دیگر، بستهٔ حاضر برای منظوری که طراحی شده، کارآمد و هدف‌محور است و به‌خوبی با هدف اصلی آن، که ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی است، همسو است.

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده، می‌توان استدلال کرد ازآنجاکه مؤلفه‌های تدوین‌شده در زمینهٔ مشاوره و آموزش خودمراقبتی، براساس رویکرد بیوسایکوسوشال (زیستی ـ روانی ـ اجتماعی) تنظیم شده‌اند، روایی محتوایی تأییدشده در این پژوهش، با نظریهٔ جورج انگل (۱۹۷۷) همسو است. همچنین، یافته‌های این مطالعه با نتایج پژوهش‌های اخیر در حوزهٔ آموزش و خودمراقبتی نیز هم‌جهت است. برای نمونه، پژوهش استون[1] و همکاران (۲۰۲۵) نشان داد که ادغام برنامه‌های سلامت دیجیتال در آموزش بیماران، موجب افزایش معنادار مشارکت آنان در رفتارهای خودمراقبتی می‌شود. همچنین، مطالعهٔ دسی[2] و همکاران (۲۰۲۴) بیان کرد که عوامل فرهنگی، روانی، اقتصادی و اجتماعی از مهم‌ترین موانع در اجرای مؤثر رفتارهای خودمراقبتی هستند. در مطالعه‌ای دیگر، یو[3] و همکاران (۲۰۲۲) دریافتند که آموزش مبتنی‌بر خودمراقبتی سبب بهبود درک علائم و ارتقای مدیریت بیماری در بیماران مبتلابه نارسایی قلبی می‌شود.

افزون‌بر این، یافته‌های اولچینا[4] (۲۰۲۲) نشان داد که مداخلات آموزشی مبتنی‌بر مدل خودمراقبتی به بهبود رفتارهای خودمراقبتی و کنترل سطح قند خون در بیماران دیابتی منجر می‌شود. به‌طور مشابه، پوتری[5] و همکاران (۲۰۲۱) نیز گزارش کردند که آموزش خودمراقبتی موجب افزایش پایبندی به درمان و بهبود وضعیت سلامت در سالمندان مبتلابه فشارخون بالا شده است. باوجوداین، بیشتر پژوهش‌های پیشین عمدتاً بر ابعاد زیستی و سبک زندگی جسمانی در خودمراقبتی متمرکز بوده‌اند و کمتر به ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی مرتبط با انگیزه، هیجان، تصمیم‌گیری و حمایت اجتماعی بیماران توجه کرده‌اند. بر همین اساس، تدوین بستهٔ حاضر بر مبنای مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی جورج انگل صورت گرفته است که از دیدگاه روان‌شناسی سلامت معاصر، مدلی جامع و نوین در فهم و مداخله در بیماری‌های مزمن، ازجمله دیابت، محسوب می‌شود (میسکوتو و همکاران، ۲۰۲۲).

مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی انگل، به‌عنوان جایگزینی برای رویکرد صرفاً زیست‌پزشکی، بر این نکته تأکید می‌کند که بیماری نتیجهٔ تعامل متقابل عوامل زیستی (مانند متابولیسم و قند خون)، روانی (مانند انگیزش، استرس و نگرش‌ها) و اجتماعی (مانند حمایت خانوادگی و فرهنگ سلامت) است. از این دیدگاه، رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی زمانی پایدار و اثربخش می‌شوند که هر سه بُعد مذکور به‌طور هم‌زمان در نظر گرفته شوند (تان[6] و همکاران، ۲۰۲۴؛ امساه[7] و همکاران، ۲۰۲۲). در سال‌های اخیر، پژوهش‌های متعددی اهمیت این مدل را در خودمراقبتی بیماران دیابتی تأیید کرده‌اند. برای مثال، ازتورک[8] و همکاران (۲۰۲۳) نشان دادند که مداخلات آموزشی مبتنی‌بر مدل BPS در بیماران دیابت نوع دو می‌تواند علاوه‌بر بهبود قند خون و شاخص‌های زیستی، موجب کاهش اضطراب، افزایش انگیزهٔ درونی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران شود. همچنین، لیندگرین و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کردند که استفاده از مدل BPS در برنامه‌های مراقبتی دیابت، به‌صورت معناداری در پایبندی درمانی و مدیریت هیجانات بیماران اثر مثبت دارد.

درمجموع، رویکرد زیستی ـ روانی ـ اجتماعی انگل (۱۹۷۷) چهارچوب جامعی برای درک چندبعدی بیماری دیابت و آموزش

[1] Stone
[2] Desse
[3] Yu
[4] Oluchina
[5] Putri
[6] Tan
[7] Amsah
[8] Ozturk

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

مؤثر خودمراقبتی فراهم می‌کند. بستهٔ آموزشی حاضر نیز با تلفیق ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی، به‌گونه‌ای طراحی شده است که بتواند به شکل عملی، در ارتقای تاب‌آوری، انگیزه، پیروی از درمان و کیفیت زندگی بیماران دیابتی مؤثر واقع شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت تحت‌تأثیر مجموعه‌ای از عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی قرار دارد و تبیین این رفتارها صرفاً براساس عوامل پزشکی امکان‌پذیر نیست. بر همین اساس، بستهٔ آموزشی ـ روان‌شناختی مبتنی‌بر مدل زیستی ـ روانی ـ اجتماعی جورج انگل با بهره‌گیری از تجربه‌های زیسته بیماران و نظر متخصصان طراحی شد و روایی محتوایی مطلوبی دارد. این بسته با پوشش ابعاد مختلف خودمراقبتی، ازجمله رفتارهای تغذیه‌ای، مدیریت بیماری، تنظیم هیجان، نقش خانواده، حمایت اجتماعی، خودآگاهی و پایبندی درمانی، می‌تواند چهارچوب جامعی برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلابه دیابت فراهم کند. بااین‌حال، یافته‌های پژوهش حاضر باید با درنظرگرفتن برخی محدودیت‌ها تفسیر شوند. مشارکت‌کنندگان از یک محدودهٔ جغرافیایی (شهر اصفهان) انتخاب شدند. بنابراین، تعمیم نتایج به مناطق و گروه‌های فرهنگی دیگر با احتیاط صورت می‌گیرد. همچنین، در این مطالعه صرفاً طراحی و اعتباریابی محتوایی بسته انجام شد و اثربخشی آن در بهبود پیامدهای روان‌شناختی، رفتاری و شاخص‌های بالینی بیماران ارزیابی نشد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این بستهٔ آموزشی در قالب مطالعات نیمه‌آزمایشی و کارآزمایی‌های بالینی بر متغیرهایی مانند رفتارهای خودمراقبتی، کیفیت زندگی، خودکارآمدی، پایبندی به درمان، تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی و نیز شاخص‌های بالینی ازجمله HbA1c، قند خون ناشتا و نمایهٔ تودهٔ بدنی بررسی شود. همچنین، اجرای این بسته در گروه‌های سنی، فرهنگی و جغرافیایی متفاوت و مقایسهٔ آن با مداخلات آموزشی و روان‌شناختی دیگر می‌تواند شواهد قوی‌تری دربارهٔ کارایی آن فراهم کند.

از نظر کاربردی، روان‌شناسان سلامت، مشاوران، پرستاران، مربیان دیابت و اعضای دیگر تیم درمان می‌توانند از بستهٔ آموزشی طراحی‌شده، به‌عنوان برنامهٔ ساختاریافته، برای آموزش بیماران در مراکز دیابت، بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز خدمات جامع سلامت استفاده کنند. همچنین، بهره‌گیری از این بسته در برنامه‌های آموزش بیمار و توانمندسازی افراد مبتلابه دیابت، می‌تواند زمینهٔ ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، افزایش پایبندی به درمان و در نهایت بهبود کنترل بیماری و کیفیت زندگی بیماران را فراهم کند.

تشکر و قدردانی

مقالهٔ حاضر مستخرج از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول و در دانشگاه آزاد اسلامی خمینی‌شهر انجام شده است. بدین وسیله نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مساعدت و همکاری بیماران دیابتی و مسئولان مراکز بهداشت، که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند. این پژوهش بدون دریافت هرگونه حمایت مالی از سازمان یا نهاد خاصی انجام شده است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در انجام این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع، که در طراحی، اجرا، تحلیل داده‌ها، تفسیر نتایج یا انتشار یافته‌های پژوهش تأثیرگذار باشد، وجود نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش پس از اخذ مجوز از کمیتهٔ اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر با شناسهٔ IR.IAU.KHSH.REC.1404.216 انجام شد. پیش از آغاز پژوهش، اهداف مطالعه برای تمامی مشارکت‌کنندگان تشریح شد، رضایت‌نامهٔ آگاهانه کتبی از آنان اخذ و به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند، داده‌ها به‌صورت ناشناس گزارش می‌شود و در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامدی از ادامهٔ همکاری انصراف دهند.

REFERENCE

1. Abate TW, Tareke M, Tirfie M. Self-care practices and associated factors among diabetes patients attending the outpatient department in Bahir Dar, Northwest Ethiopia. BMC Res Notes. 2018;11(1):800. DOI: 10.1186/s13104-018-3874-8
2. Abate TW, Dessie G, Workineh Y, Gedamu H, Birhanu M, Ayalew E, et al. Non-adherence to self-care and associated factors among diabetes adult population in Ethiopian: a systemic review with meta-analysis. PLoS One. 2021;16(2):e0245862. DOI: 10.1371/journal.pone.0245862
3. Ahmad F, Joshi SH. Self-care practices and their role in the control of diabetes: a narrative review. Cureus. 2023;15(7):e41409. DOI: 10.7759/cureus.41409
4. Amsah N, Md Isa Z, Ahmad N. Biopsychosocial and nutritional factors of depression among type 2 diabetes mellitus patients: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(8):4888. DOI: 10.3390/ijerph19084888
5. Asmat K, Dhamani K, Gul R, Froelicher ES. The effectiveness of patient-centered care vs. usual care in type 2 diabetes self-management: a systematic review and meta-analysis. Front Public Health. 2022;10:994766. DOI: 10.3389/fpubh.2022.994766
6. Bahrehmand L, Rafati F, Dastyar N, Moslemi Nia T, Sabzevari S. The effect of diabetes self-care education through WhatsApp virtual messenger on the self-care behavior of patients with type 2 diabetes: a semi-experimental study. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2023;31(2):95-104. DOI:

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]

10.32592/ajnmc.31.2.95
7. Chindankutty NV, Devineni D. Self-efficacy and adherence to self-care among patients with type 2 diabetes: a systematic review. J Popul Soc Stud. 2023;31:249-270. DOI: 10.25133/JPSSv312023.015
8. Desse TA, Mc Namara K, Manias E. Patient-perceived challenges to type 2 diabetes self-management in Sub-Saharan Africa: a qualitative exploratory study. Sci Diabetes Self Manag Care. 2024;50(6):456-468. DOI: 10.1177/26350106241279809
9. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196(4286):129-136. DOI: 10.1126/science.847460
10. Esmaeilishad B. The effectiveness of self-care training on quality of life, self-care behaviors, and blood sugar in the elderly without self-care behaviors. Aging Psychol. 2020;6(1):1-11. DOI: 10.22126/jap.2020.5158.1411
11. Jennat Fereidooni G, Ghofranipour F, Zarei F. Interplay of self-care, self-efficacy, and health deviation self-care requisites: a study on type 2 diabetes patients through the lens of Orem's self-care theory. BMC Prim Care. 2024;25(1):48. DOI: 10.1186/s12875-024-02276-w
12. Ghodrati Mirkouhi M, Hadadi S, Akbari Kamrani M. Correlation between self-efficacy, sleep quality and sexual function index in patients with type 2 diabetes. Qom Univ Med Sci J. 2018;12(4):31-41. DOI: 10.29252/qums.12.4.31
13. Herman WH. The global burden of diabetes: an overview. In: Dagogo-Jack S, editor. Diabetes mellitus in developing countries and underserved communities. Cham: Springer International Publishing; 2017. p. 1-5. DOI: 10.1007/978-3-319-41559-8_1
14. Joshi J, Patel P, Gandhi S, Patel N, Chaudhari A. Factors influencing adherence to self-care practices among patients with type 2 diabetes mellitus from the Saurashtra region of Gujarat: conclusive research. J Family Med Prim Care. 2022;11(10):6395-6401. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_473_22
15. Kaplan B, Koçak HS, Kaplan Serin E. The relationship between health literacy and diabetes self-efficacy and foot self-care in type II diabetics. Int J Low Extrem Wounds. 2026;25(2):481-489. DOI: 10.1177/15347346241233366
16. Karlsson AV, Petersson T, Lovén Wickman U. Factors influencing adherence to self-care in patients with type 2 diabetes: a systematic literature review. Healthcare (Basel). 2026;14(7):941. DOI: 10.3390/healthcare14070941
17. Lin X, Chen X, Li Y, He S, Xie H, Zhuo Y, et al. Development of a patient-centered daily foot self-care protocol for high-risk diabetic foot patients based on checklist management model: a Delphi study. Diabetes Metab Syndr Obes. 2026;19:545241. DOI: 10.2147/DMSO.S545241
18. Lin X, Xu Y, Pan X, Xu J, Ding Y, Sun X, et al. Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: an analysis from 1990 to 2025. Sci Rep. 2020;10(1):14790. DOI: 10.1038/s41598-020-71908-9
19. Lindgreen P, Willaing I, Clausen L, Ismail K, Grønbæk HN, Andersen CH, et al. "I haven't told anyone but you": experiences and biopsychosocial support needs of people with type 2 diabetes and binge eating. Qual Health Res. 2024;34(7):621-634. DOI: 10.1177/10497323231223367
20. Mescouto K, Olson RE, Hodges PW, Setchell J. A critical review of the biopsychosocial model of low back pain care: time for a new approach? Disabil Rehabil. 2022;44(13):3270-3284. DOI: 10.1080/09638288.2020.1851783
21. Nekoui F, Sadeghipour Roudsari M, Kavousi A, Ramezankhani A. Designing and implementing a self-care training program and investigating its effect on health-related quality of life of elderly women with type 2 diabetes mellitus: a clinical trial study. Iran J Endocrinol Metab. 2024;25(4):309-318. Link
22. Oliveira D, Henriques A, Nogueira P, Costa A. Acceptability of a social prescribing program (REDE D+) for self-care and health literacy among people with type 2 diabetes mellitus: a qualitative study. Front Public Health. 2026;14:1762723. DOI: 10.3389/fpubh.2026.1762723
23. Oluchina S. The effectiveness of an education intervention based on self-care model on diabetes self-management behaviors and glycemic control. Int J Afr Nurs Sci. 2022;17:100505. DOI: 10.1016/j.ijans.2022.100505
24. Ozturk EO, Yakar B, Kaya MO, Onalan E. Effect of biopsychosocial factors on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. J Coll Physicians Surg Pak. 2023;33(2):158-164. DOI: 10.29271/jcpsp.2023.02.158
25. Putri SE, Rekawati E, Wati DNK. Effectiveness of self-management on adherence to self-care and on health status among elderly people with hypertension. J Public Health Res. 2021;10(Suppl 1):2406. DOI: 10.4081/jphr.2021.2406
26. Sadr Hashemi F, Asgari P, Makvandi B, Seraj Khorami N. The effectiveness of self-care education on hope, emotion regulation, blood sugar control and social performance in patients with diabetes. Middle East J Disabil Stud. 2021;11(1):207. Link
27. Ershad Sarabi R, Mokhtari Z, Naghibzadeh Tahami A, Borhaninejad VR, Valinejadi A. Assessment of type 2 diabetes patients' self-care status learned based on the national diabetes control and prevention program in health centers of a selected city, Iran. Koomesh. 2021;23(4):465-473. Link
28. Sebastian AT, Rajkumar E, John R, Daniel M, George AJ, Greeshma R, et al. Emotional self-care: exploring the influencing factors among individuals with cancer. Front Psychol. 2022;13:898345. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.898345
29. Seif AA. Measurement, assessment and educational evaluation. Tehran: Doran Publishing; 2016. Link
30. Stone H, Dudley D, Owen A. A longitudinal study on the sustainability of self-care behaviors in type 2 diabetes patients using mobile health applications. 2025. Link
31. Tan KD, Tan SY, Koh HL, Liang EFC, Wong SKW. Association between social support and health-related outcomes among older adults with type 2 diabetes mellitus in a primary care setting. Singapore Med J. 2024 Jun 19. DOI: 10.4103/singaporemedj.SMJ-2023-121
32. Van de Velde D, Eijkelkamp A, Peersman W, De Vriendt P. How competent are healthcare professionals in working according to a bio-psycho-social model in healthcare? The current status and validation of a scale. PLOS ONE. 2016;11(10):e0164018. DOI: 10.1371/journal.pone.0164018
33. Vega-Martínez MDC, López-Martínez C, Del-Pino-Casado R. Sense of coherence and adherence to self-care in people with diabetes: systematic review and meta-analysis. Nurs Rep. 2025;15(7):230. DOI: 10.3390/nursrep15070230
34. Yu DSF, Li PWC, Li SX, Smith RD, Yue SCS, Yan BPY. Effectiveness and cost-effectiveness of an empowerment-based self-care education program on health outcomes among patients with heart failure: a randomized clinical trial. JAMA Netw Open. 2022;5(4):e225982. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.5982
35. Yuceer B, Cinar FI. Multidimensional factors associated with treatment adherence in type II diabetes: the roles of spiritual well-being and mindfulness. Complement Ther Med. 2025;94:103251. DOI: 10.1016/j.ctim.2025.103251

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-12]