



Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women With Diabetes Referring to Mashhad Health Centers

Ali Taghipour¹, Mahdi Moshki², Nasim Mirzaei³

1. Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, MUMS, Mashhad, Iran

2. Social Development & Health Promotion Research Center, Dept. of Public Health, School of Health, GUMS, Gonabad, Iran

3. Dept. of Health and management, School of Health, MUMS, Mashhad, Iran

Article Information

Article History:

Received: 2016/11/09

Accepted: 2017/09/24

Available online: 2017/12/05

IJHEHP 2018; 5(4):328-335

DOI:

Corresponding Author:

Nasim Mirzaei

Dept. of Health and management,
School of Health, MUMS, Mashhad,
Iran

Tel: 09029612835

Email:

mirzaeinasim78@gmail.com



Abstract

Background and Objective: Considering the most important factor in the control of diabetes is self-care behaviors and since improving self-care behaviors is the first step to help patients for better control and management of their disease. Therefore this research was conducted with the title of “determination of effective factors on self-care behaviors in diabetic women referring to Mashhad health centers”.

Methods: In this cross-sectional study, 300 women with type 2 diabetes who referred to public health centers were selected in the city of Mashhad by multistage cluster method. Data gathering tools were a summary of self-care behaviors by Toobert and his colleagues. The data analysis was done by SPSS software version 21 and data were analyzed using descriptive statistics, Pearson, independent T-test, ANOVA and Spearman tests. Level of significance was considered 0.05 in all tests. In all tests, a significant level of 0.05 was considered.

Results: The mean score of patient's self-care was 42.72 ± 9.90 and their self-care status was moderate. The self-care score behavior showed a significant statistical relationship with level of education, high income and training of patients ($p < 0.05$).

Conclusion: According to the results of this research, the important factors, such as educational level, economic status and previous knowledge of the patient play a significant role in the realization of self-care behaviors. Therefore, in order to promote self-care behaviors of patients, first of all, health educators should identify the mentioned factors, then make a plan and educational interventions.

KeyWords: self-care behavior, type 2 diabetes, health care centers

Copyright © 2017 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to cite this article:

Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women With Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 5 (4) :328-335

Taghipour, A., Moshki, M., Mirzaei, N. (2018). Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women With Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5 (4) :328-335



تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت مراجعه کننده

به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد

علی تقی پور^۱، مهدی مشکی^۲، نسیم میرزایی^۳

۱. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی علوم پزشکی گناباد، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، گناباد، ایران
۳. گروه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اطلاعات مقاله

تاریخچه مقاله

دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۹

پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۲

انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۹/۱۴

IJHEHP 2018; 5(4):328-335

نویسنده مسئول:

نسیم میرزایی

روه بهداشت و مدیریت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تلفن: ۰۹۰۲۹۶۱۲۸۳۵

پست الکترونیک:

mirzaeinasim78@gmail.com



زمینه و هدف: با توجه به این که مهم‌ترین عامل کنترل بیماری دیابت، رفتارهای خودمراقبتی است و از آنجا که بهبود رفتارهای خودمراقبتی، اولین گام کمک به بیماران برای مراقبت و مدیریت بهتر بیماری‌شان است؛ لذا پژوهشی با عنوان بررسی خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه مقطعی و توصیفی - تحلیلی، ۳۰۰ زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مراکز بهداشتی دولتی شهر مشهد به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، خلاصه مقیاس رفتار خودمراقبتی توبرت و همکاران بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار Spss نسخه ۲۱ انجام شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های پی‌رسون، t مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و اسپیرمن تحلیل شد. در همه آزمون‌ها سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمره خودمراقبتی بیماران $42/72 \pm 9/90$ و وضعیت خودمراقبتی آن‌ها در حد متوسط بود. نمره رفتار خودمراقبتی با سطح تحصیلات، درآمد بیشتر و آموزش بیماران ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، عوامل مهمی نظیر میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و دانسته‌های قبلی بیمار در تحقق رفتارهای خودمراقبتی نقش بسزایی دارند؛ لذا برای ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بیماران، آموزشگران سلامت نخست باید این عوامل را شناسایی کنند؛ سپس با در نظر گرفتن این عوامل، برنامه ریزی و مداخلات آموزشی را بنیان نهند.

کلمات کلیدی: خودمراقبتی، دیابت نوع دو، مرکز بهداشتی درمانی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفاده علمی از این مقاله برای مجله آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.

مقدمه

خانواده گذاشته و فرد، اقتصاد و جامعه متحمل هزینه‌های زیادی می‌شود (۴).

در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون افزایش یابد. در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است (۵). کشور ما هم به عنوان یکی از کشورهای خاورمیانه، از این مشکل متأثر است (۶). مطالعه ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی ۷/۷ درصد برآورد کرده است و

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت منشاء پیچیده، شروع آهسته، وخامت و بهبودی پیش بینی نشدنی دارند که به دلیل روند طولانی، نیاز به خودمراقبتی دارد (۱). دیابت به ویژه دیابت نوع دو از تهدیدهای اصلی برای سلامت انسان در قرن ۲۱ میلادی است. این بیماری یکی از معضلات جهانی و علت اصلی و عمده مرگ و میر و ناتوانی است (۲). دیابت کنترل نشده اغلب منجر به عوارضی مثل بیماری قلبی، سکته، فشارخون بالا، کوری، بیماری کلیوی و آمپوتاسیون می‌شود (۳). عوارض و مشکلات ناشی از دیابت تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و

روش بررسی

پژوهش حاضر مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی - تحلیلی است که برای بررسی و درک عوامل تاثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی در زنان دیابتی نوع دو، به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای در ۳۰۰ زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد انجام شد که برای دریافت خدمات و کنترل دیابت به واحد غربالگری دیابت مراجعه کرده بودند؛ بدین صورت که در مرحله اول از بین ۵ مرکز بهداشت شهرستان مشهد، ۳ مرکز به طور تصادفی با انجام قرعه کشی انتخاب شدند و در مرحله بعد از واحدهای دیابت مستقر در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش این مراکز به روش تصادفی ۶ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند و از بین پرونده‌های در دسترس بیماران این مراکز با توجه به تراکم جمعیت در هر خوشه و شرایط ورود و خروج از مطالعه، واحدهای نمونه تعیین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل تمایل شرکت در مطالعه، تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲ براساس مدارک آزمایشگاهی درج شده در پرونده سلامت بیمار در مراکز بهداشتی درمانی، مبتلا نبودن به هر یک از بیماریهای مزمن و عوارض دیابت، سن ۳۰ سال و بیشتر، ملیت ایرانی و گذشتن حداقل ۶ ماه از ابتلا به بیماری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف افراد از ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به عوارض دیابت و بیماران با دیابت حاملگی و وجود هرگونه مشکل پزشکی بود که مانع از انجام رفتارهای خودمراقبتی شود (مثل ورزش و فعالیت بدنی منظم).

ابزار استفاده شده این مطالعه، مشتمل بر دو بخش شامل مشخصات دموگرافیک (۱۱ سؤال) و پرسشنامه خلاصه مقیاس رفتارهای خودمراقبتی فعالیت Toobert و همکاران بود (۱۲) که روایی و پایایی آن در بسیاری مطالعات در ایران از جمله، مطالعه Hatamloo و همکاران در سال ۱۳۸۸ (۱۳) اثبات شده است. این پرسشنامه مشتمل بر دوازده سؤال است و میزان رفتار خودمراقبتی را در چهار حیطه (تغذیه، فعالیت بدنی، پایش قندخون و مصرف داروهای قندخون)، طی هفت روز گذشته می‌سنجد. در این پرسشنامه، نمرات بین نمره صفر تا ۷ متغیر بود به این صورت که اگر بیمار در جواب به سوالی مثل " شما در هفته گذشته چند روز ورزش یا فعالیت فیزیکی داشتید؟" همه روزهای هفته را انتخاب می‌کرد، کامل‌ترین نمره (یعنی ۷) و اگر این رفتار را در هفته گذشته اصلاً انجام نداده بود، نمره صفره به او تعلق می‌گرفت. این عمل برای هر چهار رفتار خود مراقبتی اعم از رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی یا ورزش، مصرف داروهای ضد

پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از شش میلیون نفر برسد (۷).

در کشور ایران براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، سالانه بیش از ۴۰ میلیارد ریال از بودجه مصوب وزارت بهداشت برای برنامه کنترل دیابت هزینه می‌شود (۴). باوجود هزینه‌هایی که برای پیشگیری و کنترل دیابت صرف شده، هر روزه بر تعداد مبتلایان به آن افزوده می‌شود که به نظر می‌رسد، نقطه ضعف در خودمراقبتی این بیماران باشد (۸).

رفتار خودمراقبتی مفهومی کلیدی در ارتقاء سلامت است و شامل تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی است که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به کار می‌برد (۹). منظور از خود مراقبتی در بیماری دیابت، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۷). بر مبنای تحقیقات اخیر، بیماران دیابتی به این مساله پی‌بردند که باید به طور میانگین در هر روز ۵۸ دقیقه را برای انجام خودمراقبتی اختصاص دهند و انجمن سلامت گزارش داد که بیش از سه چهارم افراد بزرگسال مبتلا به بیماری مزمن باید در تمام یا بیشتر اوقات، نقش خودمراقبتی فعالانه‌ای را ایفا کنند (۱۰).

مطالعات متعددی میزان انجام رفتارهای خود مراقبتی از جمله استفاده از دارو، تزریق انسولین، آزمایش ادرار و خون در بین افراد دیابتی را بررسی کرده و نشان داده‌اند که پای‌بندی به بیشتر این رفتارها در میان بیماران دیابتی در سطح پایینی است. شیوع بیماری، مرگ و عوارض دیابت، هزینه‌های اقتصادی و در نتیجه بار فردی و اجتماعی ناشی از آن، بر ضرورت اقدام فوری برای کمک به بیماران دیابتی به منظور کنترل بهتر بیماری، تاکید می‌کند (۶).

بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در راستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماریشان است و این مسئله اهمیت فهم فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خوددرمانی بیماران دیابتی را آشکارتر ساخته و همچنین طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی را طلب می‌کند. همچنین به مراقبت دهندگان یاری می‌رساند تا بیماری را بهتر درمان کنند و عوارض مرتبط با آن را کاهش دهند (۱۱). با توجه به موارد فوق و اهمیت انجام رفتارهای خودمراقبتی در بهبود و کنترل بیماری دیابت و با توجه به افزایش شیوع دیابت در کشور، مطالعه‌ای با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو در شهر مشهد انجام شد.

بودند. ۸۵/۶۲ (۲۵۰ نفر) آن‌ها متأهل و مابقی مجرد (ازدواج نکرده، بیوه یا مطلقه) بودند. ۴۰/۶۵ درصد (۱۱۳ نفر) از بیماران در زمینه دیابت آموزش دیده و ۵۹/۳۵ (۱۶۵ نفر) آموزش ندیده بودند. ۹۱/۱۸ درصد آنان منبع اطلاعاتشان از طریق پزشک بود. ۷۴/۶۶ درصد آنان از داروهای خوراکی، ۴/۷۹ آنان از انسولین و ۱۶/۱۰ درصد آنان از هر دو استفاده می‌کردند. مدت ابتلا به بیماری در ۳۷/۱۵ درصد (۱۰۷ نفر) از بیماران ۵-۱ سال، ۲۶/۰۴ درصد (۷۵ نفر) ۱-۶ سال، ۱۸/۴۰ درصد (۵۳ نفر) ۶-۱۲ ماه، ۱۱/۴۶ درصد (۳۳ نفر) ۱۵-۱۱ سال و ۲/۷۸ درصد (۸ نفر) ۲۰-۱۶ سال و ۴/۱۷ درصد آنان (۱۲ نفر) بیشتر از ۲۰ سال بود.

برای بررسی توزیع متغیرهای شده مطالعه از آزمون کلموگروف - اسمیرنف استفاده شد. ملاحظه شد در سطح اطمینان ۱٪ متغیرهای سن، قد، وزن، BMI و رفتار خودمراقبتی از توزیع نرمالی دارند. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کمی با رفتار خودمراقبتی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد ارتباط متغیرهای کمی با رفتار خودمراقبتی معنی دار نبود.

جدول ۱. میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران $9/90 \pm 42/72$ بود

مشخصات توصیفی رفتار خودمراقبتی بررسی شده متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه
خودمراقبتی	۲۸۶	۴۲/۷۲	۹/۹۰	۱۲/۰۰	۷۴/۱۸

جدول ۲. ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای کمی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	ضریب همبستگی	P value
سن	۰/۰۴۵	۰/۴۷۲
قد	۰/۰۵۲	۰/۳۹۵
وزن	۰/۰۶۹	۰/۲۵۶
BMI	۰/۰۳۸	۰/۵۴۲

داد افراد با تحصیلات بالاتر، رفتار خودمراقبتی بیشتری داشته‌اند. همچنین آزمون T-Student نشان داد افرادی که آموزش دیده بودند به طور معنی‌داری از افرادی که آموزش ندیده بودند، رفتار خودمراقبتی بیشتری داشته‌اند. به عبارت دیگر به طور معنی‌داری افراد آموزش دیده به اندازه ۳/۶۶ واحد، نمره خودمراقبتی بیشتری از افراد آموزش ندیده کسب نمودند.

آزمون T-Student نشان دارد افراد شاغل و خانه‌دار از نظر رفتار خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند. آزمون آنالیز واریانس نشان داد، میانگین نمره رفتار خودمراقبتی در افراد با وضعیت‌های مختلف تأهل، تفاوت معنی‌دار نداشته است؛ بنابراین تفاوت معنی‌داری بین وضعیت تأهل و رفتار خودمراقبتی دیده نشد.

دیابت و رفتار خودکنترلی قند خون انجام گرفت. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده انجام رفتارهای خودمراقبتی مطلوب‌تر فرد طی هفته گذشته است. لازم به ذکر است که محقق پرسشنامه‌ها را به صورت مصاحبه ساختارمند با شرکت‌کنندگان در زمان ۱۵-۲۰ دقیقه تکمیل کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری Spss نسخه ۲۱ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی) و آزمون‌های پارامتریک پیرسون، t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ناپارامتریک اسپیرمن تحلیل شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۳۰۰ نفر از زنان دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بررسی شدند. میانگین سنی آنان $50/78 \pm 8/62$ و میانگین قد، وزن و BMI آن‌ها به ترتیب $156/27 \pm 7/44$ ، $70/07 \pm 10/98$ و $28/65 \pm 3/89$ بود. ۲۳/۳۸ درصد (۶۵ نفر) بی سواد، ۲۹/۱۴ درصد (۸۱ نفر) تحصیلات ابتدایی، ۲۷/۳۴ درصد (۷۶ نفر) سیکل، ۱۲/۲۳ درصد (۳۴ نفر) دیپلم و ۷/۹۱ درصد (۲۲ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۰/۳۸ درصد (۲۶۳ نفر) خانه‌دار و ۹/۶۲ درصد (۲۸ نفر) شاغل

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کیفی با رفتار خودمراقبتی از آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و همبستگی اسپیرمن استفاده شد. بدین منظور میانگین نمره رفتار خودمراقبتی بین سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک کیفی مقایسه و آزمون شد. درباره متغیرهای کیفی با دو سطح، از آزمون t مستقل استفاده شد و درباره متغیرهای کیفی با بیش از دو سطح، آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. برای متغیرهای رتبه‌ای نیز علاوه بر آنالیز واریانس از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد (جدول شماره ۳).

براساس نتایج به دست آمده از آزمون آنالیز واریانس مشخص شد، میانگین نمره رفتار خودمراقبتی در افراد با سطح تحصیلات مختلف متفاوت بوده است. همچنین ضریب همبستگی بین تحصیلات با رفتار خودمراقبتی مثبت و معنی‌دار شد و نشان

آزمون T-Student نشان داد افراد با سطح درآمد بالاتر از ۵۰۰ هزار تومان، به اندازه ۳/۹۱ واحد، نمره رفتار خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند و این تفاوتی معنی دار بود.

براساس آزمون آنالیز واریانس مشخص شد میانگین نمره رفتار خودمراقبتی بین افراد با طول مدت ابتلای مختلف، تفاوت معنی داری ندارد. همچنین نمره رفتار خودمراقبتی بین افراد با وضعیت مصرف داروهای مختلف، تفاوت معنی داری نداشت.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمره رفتار خود مراقبتی بین سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک کیفی

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	نوع آزمون	آماره آزمون	PV
تحصیلات	بی سواد	۴۱/۹۴	۱۰/۴۴	آنالیز واریانس	۴/۰۵
	ابتدایی	۴۰/۸۸	۹/۰۴		
	سیکل	۴۴/۹۵	۸/۳۹		
	دیپلم	۴۵/۶۳	۹/۴۷		
وضعیت تاهل	دانشگاه	۴۸/۰۵	۹/۱۹	آنالیز واریانس	۱/۸۷
	مجرد	۳۵/۸۱	۸/۹۷		
	متاهل	۴۳/۰۹	۹/۸۹		
	بیوه	۴۳/۸۱	۸/۵۶		
سابقه شرکت در کلاسهای آموزشی	مطلقه	۴۰/۱۳	۶/۰۳	تی مستقل	۳/۰۸
	دارای سابقه آموزش	۴۵/۳۶	۹/۶۳		
	بدون سابقه آموزش	۴۱/۷۰	۹/۴۲		
	۱۲-۶ ماه	۴۱/۹۵	۹/۷۹		
مدت زمان ابتلا به دیابت	۱-۵ سال	۴۲/۳۲	۹/۵۸	آنالیز واریانس	۰/۵۸۹
	۶-۱۰ سال	۴۴/۴۰	۹/۸۷		
	۱۱-۱۵ سال	۴۱/۶۸	۱۰/۴۵		
	۱۶-۲۰ سال	۴۱/۹۳	۶/۰۸		
مصرف دارو	بیشتر از ۲۰ سال	۴۲/۷۹	۱۲/۵۰	آنالیز واریانس	۲/۲۰
	انسولین	۴۴/۳۶	۴/۷۴		
	خوراکی (قرص)	۴۲/۹۶	۹/۹۱		
	هر دو	۴۲/۹۰	۱۰/۰۱		
درآمد	هیچ کدام	۳۶/۰۴	۱۰/۰۴	تی مستقل	-۲/۹۳
	کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴۰/۹۵	۹/۸۴		
	بیشتر از ۵۰۰ هزار تومان	۴۴/۸۶	۹/۲۴		

بحث

علاوه بر این در پژوهش‌های Baghaei (۱۵، ۱۷)، Bagherian (۱۸)، Carmen و همکاران در آمریکا (۱۵)، Samuel-Hodge در آمریکا (۱۸، ۱۷) اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب قرار داشتند؛ اما در مطالعه Vosooghi (۵، ۱۷)، Khosravan (۲۰)، Firooz (۲۱) و Parham (۲۲) توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در حد ضعیف و نامطلوب گزارش شده است.

به نظر می‌رسد تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش‌های مختلف ناشی از متفاوت بودن عوامل مختلفی از جمله تفاوت در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، تفاوت در میزان دانش و نگرش نسبت به خودمراقبتی و همچنین تفاوت در نحوه اندازه‌گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می‌شود بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر

پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتار خودمراقبتی در زنان دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام گرفت. همان طور که یافته‌های پژوهش نشان داد، میانگین نمره خودمراقبتی در مطالعه حاضر، $9/90 \pm 42/72$ است که سطح متوسطی دارد. در پژوهش‌های Anbari (۱۴)، Khazarloo (۷)، Javadi و همکاران (۱۵)، Kordi و همکاران (۱۶)، Baji و همکاران (۱۷)، Moeini و همکاران (۱۸)، نمونه‌های پژوهش رفتارهای خود مراقبتی را در حد متوسط انجام دادند که با نتایج حاضر همخوانی دارند. همچنین مطالعه Jordan و همکاران درباره رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در آمریکا نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت در حد متوسطی بوده است (۱۴، ۱۷، ۱۹).

تشکیل می‌دهند، به علت درگیر بودن در کار و زندگی روزانه از انجام رفتارهای خودمراقبتی سر باز می‌زنند. علاوه بر این، Moeini در پژوهش خود عنوان می‌کند که وضعیت خودمراقبتی بیماران به عوامل متعددی به جز وضعیت تأهل آنها ارتباط دارد (۱۸).

همچنین در مطالعه ما، بین دو متغیر سن و رفتار خودمراقبتی هیچ ارتباطی یافت نشد. هرچند ارتباط سن و توان مراقبت از خود در چند مطالعه از جمله Akyol و Artinian (۲۱) به طور کامل بررسی شده است؛ اما در مطالعه Anbari (۱۴)، Vazini (۲۴)، Firooz (۲۱)، Bigdeli (۱۹)، Baji (۱۷)، Kordi (۱۶)، Moeini (۱۸) و در مطالعه Unsar (۵، ۲۱)، بین سن و توان خودمراقبتی بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. شاید علت این مغایرت، تفاوت در توزیع سنی گروه‌های مطالعه شده با مطالعات عنوان شده یا انجام پژوهش در جمعیت‌های مختلف باشد. برای مثال جامعه پژوهش ما را زنان دیابتی تشکیل می‌داد در حالی که پژوهش Akyol و Artinian به ترتیب در افراد مبتلا به پرفشاری خون و سکتة قلبی انجام گرفته بود که متفاوت بودن جوامع بررسی شده می‌تواند دلیل این مغایرت باشد.

در این پژوهش نمونه رفتار خودمراقبتی در افراد با وضعیت مصرف داروهای مختلف (تزریق انسولین یا مصرف داروهای کاهش دهنده قند خون یا هردو)، تفاوت معنی‌داری نداشت که با مطالعه Firooz (۲۱)، Baji (۱۷) همخوانی دارد؛ اما در پژوهش Anbari (۱۴)، Huisman (۱۹) میانگین نمرات بیمارانی که انسولین دریافت می‌کردند به صورت معناداری بالاتر از بیماران دریافت کننده درمان خوراکی بود.

علت این امر در پژوهش حاضر را می‌توان این گونه تفسیر کرد که افراد مصرف کننده قرص یا انسولین، به اهمیت ضرورت مصرف قرص یا انسولین در درمان بیماری و کاهش قندخون آگاه بوده، لذا از ترس ابتلا به عوارض مزمن دیابت خود را به مصرف قرص یا تزریق انسولین ملزم می‌کردند.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد بین رفتار خودمراقبتی و آموزش ارتباط مثبت وجود دارد. پژوهش Hamdzade (۱۵)، Vosoghi (۵)؛ ارتباط معنی‌داری بین سابقه آموزش و توان خودمراقبتی واحدها را نشان داد همچنین در مطالعات متعددی از جمله مطالعه Shahbaz (۲۵)، Azizi، Parizad، Baghiyani و Sacco (۲۶) تأثیر مثبت آموزش بر ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است. علاوه بر این در پژوهش Baghaei و همکاران در کاشان بیماران بی سواد ۳/۲۷ برابر بیماران با سواد از خودمراقبتی خوب برخوردار بودند.

متفاوت باشند (۱۵، ۱۸). برای مثال در مطالعات Ghaedi و Firooz نمونه‌های پژوهش را زنان و مردان تشکیل می‌دادند اما در پژوهش ما فقط زنان بررسی شدند یا در مطالعه Khosravan فقط زنان دیابتی که عارضه نوروپاتی محیطی داشتند، وارد پژوهش شدند. حال آن‌که در مطالعه ما واحدهای پژوهش به هیچ‌کدام از عوارض مزمن دیابت مبتلا نبودند. همچنین در مطالعه Firooz، ابزار مطالعه، پرسشنامه خودمراقبتی محقق ساخته بود؛ حال آن‌که در مطالعه ما از پرسشنامه استاندارد خلاصه مقیاس رفتار خودمراقبتی Toobert و همکاران استفاده شد. علاوه بر موارد فوق در هیچ‌کدام از مطالعات مذکور، به تفاوت سواد سلامتی بیماران اشاره‌ای نشده است. نتایج مطالعه حاضر نشان داد خودمراقبتی، با میزان تحصیلات همبستگی مستقیم دارد. در مطالعات متعددی از جمله مطالعه Shakibzade (۲۳)، Khazarloo (۷)، Barati، Baghiyani، Shojaei (۲۴)، Vosoghi (۵)، Hamdzade (۱۵)، Anbari (۱۴)، Moeini (۱۸)، Baji (۱۷)، Baghaei (۲۵)، Parham (۲۱، ۲۲) در ایران و مطالعات Karter (۱۴)، Shaw، Chang، Osborn (۲۲)، Sloan، Dewalt و همکاران (۲۲، ۲۱) در خارج، ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شده است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که بیماران با تحصیلات بالاتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خود مراقبتی دارند (۲۴). همچنین می‌توان این گونه نتیجه گرفت که افزایش سطح تحصیلات با افزایش آگاهی و دانش واحدهای پژوهش نسبت به بیماری خود و خودمراقبتی، سبب تسهیل روند خودمراقبتی می‌شود (۱۷). به عبارتی با افزایش تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک شدت مسئله، نگرش او تغییر کرده و افراد بیشتر به فکر مراقبت از خود می‌افتند که این خود منجر به بروز رفتار مد نظر خواهد شد (۲۴). بنابراین میزان تحصیلات زیاد، خودمراقبتی بیماری را تسهیل می‌کند در حالی که میزان تحصیلات پایین این فرایند را با مشکل همراه می‌سازد.

در مطالعه ما ارتباط آماری معناداری بین وضعیت تأهل بیماران با خودمراقبتی آن‌ها دیده نشد که نتایج ما با یافته‌های حاصل از پژوهش Anbari و همکاران (۱۴)، Hamdzade و همکاران (۱۵)، Nikoogoftar، Parham، Delavari، Moeini (۱۸)، Bigdeli (۱۹)، Firooz (۲۱) و Vazini (۲۴) مطابقت دارد. شاید بتوان علت این امر را این گونه تفسیر کرد که افراد متأهل و شاغل به علت درگیر بودن در کار و زندگی روزمره فرصت و وقت کمتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی صرف می‌کنند و از آنجا که اکثر جمعیت پژوهش ما را افراد متأهل

شهر سانفرانسیسکو آمریکا، ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد و سطح توان خودمراقبتی گزارش کردند. در مطالعه Garcia هم ارتباط معنی‌داری بین توان خودمراقبتی و سطح درآمد گزارش شده است (۵، ۲۱) که با یافته‌های ما همخوانی دارد. شاید علت این امر آن باشد که افراد با درآمد بیشتر تحصیلات بالاتری دارند. همان‌طور که در این مطالعه تأیید شد، افراد تحصیل کرده به انجام رفتارهای خودمراقبتی بیشتر مبادرت می‌ورزند؛ چراکه آگاهی بیشتر و عملکرد بالاتری نسبت به عوارض بیماری و چگونگی مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی دارند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد. اول؛ این که داده‌های مطالعه به صورت خودگزارش‌دهی جمع شده‌اند و ممکن است منعکس کننده عملکرد واقعی افراد نباشند. دوم؛ این که به علت در نظر نگرفتن عواملی چون ویژگی‌های اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و مسایلی از این قبیل امکان تعمیم به سایر جوامع وجود ندارد. سوم؛ با توجه به هدف این مطالعه، گروه جنسی مردان وارد این پژوهش نشده است؛ لذا مقایسه رفتارهای خودمراقبتی بین زنان و مردان امکان‌پذیر نیست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتار خودمراقبتی بیماران در حد متوسط است. با توجه به این که رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری و بهبود علائم بیماری نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند و از آن جا که عوامل بسیار مهمی نظیر تحصیلات، آموزش، درآمد و غیره در تحقق رفتارهای خودمراقبتی نقش دارند؛ لذا آموزشگران سلامت برای ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بیماران، نخست باید این عوامل را شناسایی کنند؛ سپس، با در نظر گرفتن این عوامل، برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی را بنا نهند. امید است نتایج این پژوهش بتواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در زمینه خودمراقبتی بیماران باشد تا به بهبود و درمان هرچه بیشتر بیماران دیابتی کمک کند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از بیماران و تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری و قدردانی کنند.

References

- Noohi E, KhandanM, Mirzazadeh A. Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care in patient's diabetic type 2 refer to diabetic center of Kerman University of medical science. Iran J Nurs Res 2011;6(22):73-80.
- Bidi F, Hasanpour K, Ranjbarzadeh A. Kheradmand A. Effectiveness of Educational Program on Knowledge, Attitude, Self Care and Life Style in patients with type II Diabetes. J Sabzevar Univ Med Sci 2012;19(4).

Baghaei و همکاران علت این یافته را تاثیر مثبت آموزش مرکز دیابت کاشان روی بیماران و برخورداری بیماران از سطح دانش مناسب عنوان کردند (۱۷). به نظر می‌رسد فرایند آموزش با توجه به تأثیراتی که بر سطوح آگاهی و نگرش بیماران می‌گذارد، نقش تعیین کننده‌ای در سطوح توان خودمراقبتی ایشان دارد (۵). خودمراقبتی در دیابت یکی از مسائل بسیار مهم برای تحت کنترل درآوردن بیماری است و برنامه‌های آموزش خودمراقبتی می‌توانند آثار مثبتی بر توانایی بیمار در کنترل دیابت داشته باشند (۲۵). آموزش به افراد دیابتی به اندازه دارو، ورزش و رژیم غذایی ارزش و اهمیت دارد؛ چراکه درمان زمانی مؤثر خواهد بود که بیمار ماهیت بیماری خود را به خوبی بشناسد و برای مقابله با آن گام‌های مثبتی بردارد. اگر سه رکن اصلی درمان بیماری قند را رژیم غذایی، ورزش و دارو بدانیم؛ بی شک رکن چهارم، آموزش خواهد بود (۴).

در این مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین رفتار خودمراقبتی با طول مدت ابتلا یافت نشد. در مطالعه Ghasemi (۲۷)، Anbari (۱۴، ۱۷)، Moeini (۱۸)، Parham و Jafariyan (۱۹) نیز بین رفتار خودمراقبتی با طول مدت ابتلا، رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. علاوه بر این در مطالعه Baquedano در مکزیک با افزایش مدت زمان ابتلا به دیابت توان خودمراقبتی کاهش پیدا کرده بود (۱۹). همچنین نتایج پژوهشی در آمریکا نشان داد که بیماران جوان‌تر و افرادی که به تازگی دیابت آنها تشخیص داده شده است، عملکرد بهتری دارند. این احتمال وجود دارد در افراد دیابتی که مدت زمان زیادی از بیماری آن‌ها می‌گذرد، بیماری عادی شده باشد و این بیماران دقت و توجه کافی نسبت به خودمراقبتی از بیماری‌شان نداشته باشند (۱۸). همچنین با توجه به این که اکثریت نمونه‌های پژوهش ما مدت زمان بسیار زیادی است که به دیابت مبتلا هستند، این توجیه منطقی به نظر می‌رسد.

آزمون مستقل نشان داد افراد با سطح درآمد بالاتر از ۵۰۰ هزار تومان، به اندازه ۳/۹۱ واحد، نمره رفتار خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند و این تفاوت معنی‌دار بود. Connell و همکاران در تحقیق خود با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی افراد فقیر مبتلا به نارسایی قلبی در

3. Abazari P, VANAKI Z, Mohammadi E, Amini M. Inadequate investment on management of diabetes education. *J Res Med Sci* 2012;17(8):792-8.
4. Parizad N, Hemati M, Khalkhali HR. Promoting Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes: Tele-Education. *Hakim Res J* 2013;16(3):220-7.
5. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Gh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care* 2012;8(4):197-204.
6. Didarloo A, Shojaeizade D, Ardebli HE, Niknami S, Hajizadeh E, et al. Factors influencing women's behavior in diabetes self care diabetes clinic in khoy based on rational action theory developed. *J Sch Public Health Inst Public Health Res* 2011;9(2):79-92.
7. Khazarloo S, Feizi A. Relation between self efficacy perceived and self care action in Diabetic patients refer to Uromiey diabetes clinic. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2011;10(3):369-75.
8. Rezasefat A, Mirhagijou SN, Kohmanae Sh, Kazemnejad E, Monfared A. Correlation between self-care and self-efficacy in adolescents with type 1 diabetes. *Holist Nurs Midwifery* 2013;24(72):18-24.
9. Hatamloo m, Poorsharifi H, Babapoor kheirodin J. Role of health focus in self-care behaviour control in diabetic type 2 people. *J Tabriz Univ Medl Sci* 2012;33(4):17-22.
10. MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in people with long term health problems: a community based survey. *BMC Family Practice J* 2011;12(53).
11. Mahmoodi A, Alavi M, N. Mousavi N. Investigate the relationship between self-care and with hemoglobin A1C in Diabetics. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2012;20(3):20-5.
12. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, et al. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care J* 2004;27(21):54-60.
13. Hatamloo m, Babapour J, Poorsharifi H. Health locus of control and causal trends in predicting self-care roles of people with diabetes. *J Tabriz Uni Psychiatry* 2010;5(19):32-53.
14. Anbari K, Ghanadi K, Kaviyani M, Montazeri R. Care and related factors in diabetic patients Khorramabad. *Yafteh* 2012;14(4):49-57.
15. Hamdzadeh S, Ezatti Z, Abedini ZH, Nasiri N. Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. *Iran J Nurs* 2013;25(80):24-33.
16. Kordi M, Banaei MS, Asgharipour N, Mazloom SR, Akhlaghi F. Prediction of self care behaviours of women pregnant giabetic based on self efficassy. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2016;19(13):6-17.
17. Baji Z, Zamani F, Noughjah S, Haghighizadeh MH. Self-care Behaviors and Related Factors in Women with Type 2 Diabetes. *Iran J Endocrinal Metab* 2015;16(6).
18. Moeini B, Teimouri P, Haji masoudi S, Afshari M, Moghadam M, et al. Analyse of self care behaviours and its related factors among diabetic patients. *Qom Unive Med Sci Journal* 2016;10(4):48-57.
19. Bigdeli MA, Nazari S, Khodakarim S, Brodati H, Mafli H, et al. Factors Associated with Self-care Behavior in Patients with Type II Diabetes. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2015;25(125):61-72.
20. Khosravan S, Njafi M, Alami A. Self care ability of women with diabetes who suffered from peripheral neuropathy and its related needs based on Orem's self-care model. *Medicai-Surgical Nursing Journal* 2015;4(3): 44-51.
21. Firooz M, hoseini SJ, Hasanzade F, Kimiaie SA. Self-care of patient with diabetes type II. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2016;22(6).
22. Parham M, Rasooli A, Safaeipour R, Mohebi S. Assessment of effects of self-caring on diabetic patients in Qom diabetes association 2013. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2014;21(3).
23. SHakibazadeh E, Larigani B, SHOjaeizadeh D, Frouzandar M, KarimiShahanjerini A. The relationship between efficacy and perceived barriers to self-care functioning in patients with type 2 diabetes. *J Hayat* 2009;15(4):69-78.
24. Vazini H, Barati M. Predicting Factors Related to Self-care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients based on Health Belief Model. *J Torbate-heidariyeh Univ Med Sci* 2013;1(4):16-25.
25. Shahbaz A, Maslarpak M, rahim Nejad R, Hamid Reza Khalkhali. THE EFFECT OF IMPLEMENTING OREM'S SELF-CARE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCER. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2016;14(2).
26. Azizi M, Arsalani N, Mohammadi F, Hosseinzadeh S, Rajab A. The effect of self-care education on the control of diabetes complications, medications and HbA1C in adolescents with type 1 diabetes. *Hayat* 2016;22(4):350-61.
27. Ghasemi N, Namdari K, Ghoreyshiyan M, Amini M. The relationship between the expected (Valuable time) rates of adherence to self-care behaviors in type II diabetic patients. *Daneshvar Med* 2010;17(43).