

Analysis of Self-care Behaviors and Its Related Factors among Diabetic Patients

Babak Moeini¹, Parvaneh Taymoori², Saeedeh Haji Maghsoudi³, Maryam Afshari^{3}, Seyede Melika Kharghani Moghaddam³, Fahimeh Bagheri³, Kheirolah Moradi³, Javad Zavar Chahar Tagh⁴*

¹*Social Determinants of Health Research Center, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*

²*Social Determinants of Health Research Center, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.*

³*Faculty of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*

⁴*Health Center of Tuyserkan, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.*

***Corresponding Author:**
Maryam Afshari, Faculty of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran.

Email:
afshari_m20@yahoo.com

Received: 9 Aug, 2015

Accepted: 10 Oct, 2015

Abstract

Background and Objectives: Diabetes is one of the most common health problems with remarkable outcomes. Treatment and management of diabetes is mainly related to self-care status. This study aimed to analyzing self-care behaviors and its related factors in diabetic patients.

Methods: In this descriptive study, 131 diabetic patients referred to the Tuyserkan Diabetes Clinic in 2014, were studied by census method. Self-care behaviors data were collected by self-care scale of Toobert and Glasgow. Background information of diabetic patients, were investigated using pre-designed checklists based on forms in patients' records. Data were analyzed using Mann-Whitney, Kruskal-Wallis, and Spearman's correlation coefficient tests. The significance level was considered to be 5%.

Results: Out of total 131 diabetic patients, 66 persons (50.4%) were male and 65 persons (49.6%) were female. Their mean age was 51.8 years. Eight patients had heart disease complications. The mean self-care scores of the patients was 25.6 and was indicative of average level of self-care. Self-care behaviors were significantly associated with education level, employment status, type of treatment, and body mass index. There was a significant relationship between self-care components (including diet, physical activity, blood glucose testing and foot care).

Conclusion: Considering the self-care status of patients and the importance of self-care training for diabetics, more attention should be paid to self-care in diabetic patients in health education and health promotion programs.

Keywords: Self-care; Diabetes mellitus; Health education; Health promotion.

تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی

بابک معینی^۱، پروانه تیموری^۲، سعیده حاجی مقصودی^۳، مریم افشاری^{۳*}، سیده ملیکا خارقانی مقدم^۳، فهیمه باقری^۲، خیرالله مرادی^۳،
جواد زوار چهارطاق^۴

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از شایع ترین مشکلات سلامتی با پیامدهای قابل توجه است. درمان و مدیریت دیابت نیز به طور عمده به وضعیت خودمراقبتی مربوط می باشد. این مطالعه با هدف تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی، ۱۳۱ فرد دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر تویسرکان در سال ۱۳۹۳ به روش سرشماری بررسی شدند. جمع آوری اطلاعات رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی Toobert و Glasgow صورت گرفت. جهت بررسی اطلاعات زمینه ای بیماران دیابتی، از چک لیست های طراحی شده براساس فرم های موجود در پرونده های مراقبتی بیماران استفاده گردید. داده ها با استفاده از آزمون من ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی داری، ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته ها: از مجموع ۱۳۱ بیمار دیابتی مورد بررسی، ۶۶ نفر مرد (۵۰/۴٪) و ۶۵ نفر (۴۹/۶٪) زن بودند. میانگین سنی آنها ۵۱/۸ سال بود و ۸ نفر دچار عوارض ناشی از این بیماری بودند. میانگین نمرات خودمراقبتی در بیماران ۲۵/۶ و نشان دهنده خودمراقبتی متوسط بود. رفتارهای خودمراقبتی با سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، نوع درمان و نمایه توده بدنی، ارتباط معنی داری داشت. بین اجزای خودمراقبتی (شامل: رژیم غذایی، فعالیت جسمانی، تست قندخون و مراقبت از پا)، ارتباط معنی داری وجود داشت.

نتیجه گیری: با توجه به وضعیت خودمراقبتی بیماران و اهمیت آموزش خودمراقبتی جهت افراد دیابتی می توان در برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، توجه بیشتری به خودمراقبتی افراد دیابتی داشت.

کلید واژه ها: خودمراقبتی؛ دیابت ملیتوس؛ آموزش بهداشت؛ ارتقای سلامت.

^۱مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

^۲مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

^۳دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

^۴مرکز بهداشت تویسرکان، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

مریم افشاری، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:
afshari_m20@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۵/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱۸

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Moeini B, Taymoori P, Haji Maghsoudi S, Afshari M, Kharghani Moghaddam SM, Bagheri F, Moradi Kh, Zavar Chahar Tagh J. Analysis of Self-care behaviors and its related factors among diabetic patients. Qom Univ Med Sci J 2016;10(4):48-57. [Full Text in Persian]

مقدمه

در حال حاضر، دیابت یکی از شایع‌ترین مشکلات سلامتی افراد جهان است. مشخصه این بیماری؛ افزایش قند خون، اختلال در متابولیسم کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و پروتئین‌ها به همراه نقص نسبی و کامل تولید انسولین است. در دهه‌های اخیر، شیوع دیابت افزایش بیشتری یافته که بخشی از دلایل آن ناشی از پیشرفت و رشد مراقبت‌های بهداشتی، پزشکی و در نتیجه افزایش طول عمر افراد دیابتی است، اما علت شیوع بالای این بیماری ناشی از تغییرات در سبک زندگی بوده که در آن، میزان فعالیت جسمانی افراد کمتر و وضعیت تغذیه نیز نامطلوب است (۱). طبق برآورد جهانی در سال ۲۰۲۵، میزان شیوع بیماری دیابت به ۳۰۰ میلیون نفر می‌رسد (۲). براساس آمارهای سازمان بهداشت جهانی، شیوع دیابت در ایران (سال ۲۰۰۰ میلادی)، ۱/۹ میلیون نفر بوده که در سال ۲۰۲۵ به ۵/۱ میلیون نفر خواهد رسید. دیابت، امید به زندگی را به یک‌سوم کاهش می‌دهد و شیوع ناتوانی در این بیماران، ۲-۳ برابر جامعه است (۳). بیماری دیابت، شروعی پیچیده و تدریجی داشته و دارای وخامت‌ها و بهبودی غیرقابل پیش‌بینی است که به دلیل مدت زمان طولانی؛ مشارکت و تعهد بیمار در مورد خودمراقبتی از این بیماری مزمن را نیاز دارد (۴). عوارض ناشی از این بیماری، هزینه‌ای بیش از ۱۰۰ میلیارد دلار را در کشور آمریکا دربرمی‌گیرد و مسئول مرگ بیش از ۲۰۰ هزار نفر در طول یک‌سال است که مشخص می‌کند مراقبت‌های سنتی که تا به حال انجام شده، کافی نبوده است (۵، ۶).

آموزش ناکافی، نامنظم و سن بالای بیماران از عوامل مؤثر ضعف در خودمراقبتی بیماران دیابتی است، بیماران دیابتی بایستی نقش اساسی در درمان خود داشته باشند (۷). خودمراقبتی؛ اقدامات و فعالیت‌های آگاهانه آموخته‌شده و هدف‌داری است که توسط فرد به منظور حفظ حیات، همچنین تأمین حفظ و ارتقای سلامت خود و خانواده انجام می‌شود (۸). مراقبت از خود به‌طور مؤثری عوارض ناشی از بیماری دیابت مانند رتینوپاتی، نوروپاتی و نوروپاتی را کاهش می‌دهد، بیماران دیابتی معمولاً در پیگیری رژیم درمانی و نگهداری قند خون در حد طبیعی مشکل دارند (۹). بنابراین، باید به بیماران در یادگیری مهارت‌های مدیریت برنامه مراقبت از خود کمک کرد (۱۰).

به‌طورکلی، یک‌سوم بیماران توصیه‌های درمانی را رعایت می‌کنند، یک‌سوم، برخی توصیه‌ها را مراعات کرده و یک‌سوم مابقی، هرگز آن را رعایت نمی‌کنند (۱۱).

با توجه به شیوع بالای دیابت در کشور و اهمیت ارتقای سطح خودمراقبتی بیماران دیابتی جهت پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس دیابت، همچنین برنامه ترویج و توسعه خودمراقبتی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در ایران (۸)، این مطالعه با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر تویسرکان انجام گرفت.

روش بررسی

مطالعه حاضر به روش توصیفی - مقطعی انجام شد. جامعه آماری (شامل تمامی افراد دیابتی تحت پوشش کلینیک دیابت تحت پوشش شهرستان تویسرکان) در سال ۱۳۹۳ به روش سرشماری بررسی شدند. بیماران دارای پرونده فعال مراقبتی در این کلینیک بودند. تمامی افراد دیابتی تحت پوشش (۱۵۰ بیمار) وارد مطالعه شدند. ۱۹ نفر از بیماران بنا به دلایلی چون عدم تکمیل فرم رضایت و عدم حضور در شهر تویسرکان در مقطع جمع‌آوری اطلاعات از مطالعه خارج شدند و در نهایت، اطلاعات مورد نظر از ۱۳۱ نفر بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهر تویسرکان جمع‌آوری شد.

برخی از اطلاعات حاصله از این مطالعه از فرم‌ها و چک‌لیست‌های مورد کاربرد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه بیماری دیابت، مندرج در پرونده‌های مراجعین دیابتی استخراج گردید. جهت انجام مطالعه، برخی اطلاعات لازم مانند نام و شماره تلفن از پرونده مراقبتی بیماران دیابتی در کلینیک استخراج شد. در این پژوهش پس از کسب مجوز جهت اجرای مطالعه، توضیحات لازم برای توجیه صحیح و کامل افراد دیابتی از طریق ذکر اهمیت موضوع جهت همکاری آگاهانه در تکمیل پرسشنامه‌ها به افراد داده شد. در ابتدا با استفاده از فرم‌های مراقبتی پرونده بیماران دیابتی برخی از اطلاعات مهم مانند ارجاع افراد از مراکز بهداشتی درمانی به کلینیک دیابت، استعمال دخانیات و مواد مخدر افراد دیابتی، نوع دیابت، نوع فعالیت، تغییر وزن اخیر، مشکل در غذا خوردن،

معیارهای خروج از مطالعه شامل افرادی بود که مبتلا به دیابت بوده و جهت شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه نداشتند، همچنین پرسشنامه‌های آنان ناقص بود.

جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، بعد از اخذ رضایت آگاهانه از شرکت‌کنندگان، به آنها اطمینان داده شد در تمامی مراحل جمع‌آوری، ورود داده‌ها، تهیه گزارش نهایی و اطلاعات شخصی آنها محرمانه بوده و انتشار داده‌ها به صورت گروهی خواهد بود. از محدودیت‌های اجرایی این مطالعه، خودگزارش‌دهی، همچنین عدم تجمع همه بیماران دیابتی در یک زمان مشابه در کلینیک دیابت بود.

پس از جمع‌آوری داده‌ها، تجزیه و تحلیل با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام گرفت. برای توصیف داده‌ها از آزمون من‌ویتنی، کروسکال والیس و ضریب همبستگی اسپیرمن (برای تعیین رابطه بین متغیرها) استفاده گردید. سطح معنی‌داری، ۵٪ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

از مجموع ۱۳۱ بیمار دیابتی مورد بررسی، ۶۶ نفر مرد (۵۰/۴٪) و ۶۵ نفر (۴۹/۶٪) زن بودند. میانگین سن بیماران $51/8 \pm 9/1$ سال بود. ۷۳/۳٪ افراد دارای تحصیلات زیردیپلم بودند و فقط ۳/۸٪ آنها تحصیلات دانشگاهی داشتند. شغل اکثر مردان، آزاد (۳۵/۱٪) و شغل زنان، خانه‌دار (۴۷/۳٪) بود. اکثر بیماران دیابتی، متأهل (۹۱/۶٪) و درصد ناچیزی بیوه و مجرد بودند. اغلب بیماران دیابتی مورد مطالعه دارای نمایه توده بدنی اضافه وزن (۵۸/۸٪)، همچنین اکثر آنها، فعالیت بدنی در حد متوسط داشتند (۸۴٪). خصوصیات جمعیت‌شناختی جمعیت مورد مطالعه در جدول شماره ۱ نشان داده شده است.

عوارض ناشی از دیابت و قطع عضو؛ استخراج و در یک چک‌لیست از قبل طراحی شده، ثبت گردید.

جمع‌آوری اطلاعات رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی Toobert و Glasgow (۱۲) از طریق مصاحبه حضوری در کلینیک مورد نظر صورت گرفت. لازم به ذکر است این پرسشنامه در چندین مطالعه در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۳، ۱۴). سؤالات پرسشنامه خودمراقبتی Toobert و Glasgow به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد تا کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابت خود را در طی ۷ روز گذشته گزارش کنند (۱۸-۱۵). این پرسشنامه شامل: ۱۱ سؤال است که سؤالات مربوط به خودمراقبتی درباره رژیم غذایی سالم (۴ سؤال)، خودمراقبتی درباره تست قندخون (۲ سؤال)، خودمراقبتی درباره ورزش (۲ سؤال)، خودمراقبتی درباره مراقبت از پا (۲ سؤال) و خودمراقبتی درباره سیگار کشیدن (۱ سؤال) می‌باشد (۱۲). در این پرسشنامه به هر رفتار یک نمره از صفر تا ۷ داده می‌شود. با توجه به بودن ۱۱ رفتار جهت خودمراقبتی در این پرسشنامه، نمره نهایی بین صفر تا ۷۷ محاسبه می‌شود (۱۹).

نقاط برش برای تعیین وضعیت‌های خودمراقبتی براساس چارک‌ها می‌باشد. به طوری که نمرات زیر چارک اول (صفر تا ۲۲) به عنوان خودمراقبتی ضعیف؛ چارک دوم و سوم (۲۳ تا ۳۹)، خودمراقبتی متوسط و بالای چارک چهارم (۴۰ تا ۷۷)، خودمراقبتی خوب در نظر گرفته می‌شود.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲، سن بالای ۱۸ سال، مراجعه‌کنندگان از تمامی مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی، خانه بهداشت، بیمارستان، مطب خصوصی و پایگاه بهداشتی که در سطح شهرستان تویسرکان زندگی می‌کردند و در کلینیک دیابت دارای پرونده فعال بودند.

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای بیماران دیابتی تحت بررسی

متغیر	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۶۶
	زن	۶۵
وضعیت شغل	شغل دولتی	۱۸
	شغل آزاد	۴۶
	بیکار	۵
	خانه‌دار	۶۲
وضعیت تحصیلات	بیسواد	۲۰
	زیر دیپلم	۹۶
	دیپلم	۱۰
وضعیت تأهل	تحصیلات دانشگاهی	۵
	متاهل	۱۱۸
	همسر مرده	۷
	طبیعی	۳۲
نمایه توده بدنی	مجرد	۶
	اضافه وزن	۷۷
	چاق	۲۲
فعالیت	سبک	۱۸
	متوسط	۱۱۰
	سنگین	۳

مردان، سیگاری بودند. بیماران مراجعه کننده به کلینیک دیابت به ترتیب از مراکز بهداشتی درمانی شهری (۳/۴۴٪)، سپس مراکز بهداشتی درمانی روستایی (۹/۳۵٪) ارجاع شده بودند (جدول شماره ۲).

اکثریت افراد (۹۱/۶٪)، به کلینیک دیابت مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کرده بودند، همچنین اکثریت برای نوع درمان، از قرص‌های خوراکی استفاده می‌کردند. هیچ کدام از افراد دیابتی مراجعه کننده، سابقه مصرف مہاد مخدر نداشتند، اما ۹/۱٪ از

جدول شماره ۲: مشخصات مربوط به ویژگی‌های دیابت بیماران و مشکلات آنها

متغیر	تعداد	درصد
نوع دیابت بیماران	دیابت نوع ۱	۱۱
	دیابت نوع ۲	۱۲۰
نوع درمان	تزریق انسولین	۱۱
	مصرف قرص	۱۲۰
تغییر وزن در یک سال اخیر بیماران دیابتی	بدون تغییر وزن	۷۱
	کاهش وزن	۴۳
	افزایش وزن	۱۷
مشکل در غذا خوردن	دارد	۷
	ندارد	۱۲۴
عوارض ناشی از دیابت	ندارد	۱۲۳
	قلبی - عروقی	۵
مصرف سیگار	نورپاتی	۳
	ندارد	۱۲۳
مرکز ارجاع به کلینیک دیابت	دارد	۸
	مرکز بهداشتی درمانی روستایی	۴۷
	مرکز بهداشتی درمانی شهری	۵۸
	پایگاه بهداشتی بیمارستان و مطب خصوصی	۶

بیماران در طی یک سال گذشته دچار تغییراتی در مقدار وزن خود شده بودند؛ به طوری که ۳۲/۸٪ بیماران دارای کاهش وزن و ۱۳٪ افزایش وزن داشتند. ۵/۳٪ افراد مورد مطالعه دچار مشکلاتی در غذا خوردن (مانند بی‌اشتهایی، تهوع، استفراغ، ترش کردن، دل‌پیچه و نفخ) بودند. برخی از بیماران نیز دچار عوارض مزمن دیابت از جمله مشکلات قلبی - عروقی (۳/۸٪) و نوروپاتی دیابتی (۲/۳٪) بودند. هیچ‌کدام از بیماران دچار عارضه پای دیابتی و قطع عضو مربوطه نشده بودند.

اغلب بیماران از روغن مایع ۵۹/۵٪ استفاده می‌کردند و کمترین مصرف روغن به ترتیب مربوط به مصرف روغن حیوانی (۲/۳٪) و روغن زیتون (۱/۵٪) بود.

جنسیت بیماران دیابتی و وضعیت تأهل با عملکرد مراقبتی، ارتباط معنی‌داری نداشت ($p \geq 0/05$)، اما سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت شاخص نمایه توده بدنی و نوع درمان با عملکرد خودمراقبتی، ارتباط معنی‌داری داشت ($p < 0/05$) (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: تعیین ارتباط بین عملکرد خودمراقبتی و مشخصات دموگرافیک و زمینه‌ای افراد تحت بررسی

pvalue	میانگین \pm انحراف معیار	متغیر مورد بررسی
۰/۶۴۸	۲۶/۳ \pm ۷/۸	مرد
	۲۴/۹ \pm ۱	زن
۰/۰۰۱	۲۰/۳ \pm ۷/۲	بیسواد
	۲۵/۶ \pm ۹/۵	زیر دیپلم
	۲۰/۵ \pm ۷/۵	دیپلم
	۲۰/۸ \pm ۲/۹	تحصیلات دانشگاهی
۰/۰۱۰	۱۹/۶ \pm ۴/۵	شغل دولتی
	۲۸/۴ \pm ۷/۹	شغل آزاد
	۲۵/۸ \pm ۱/۳	بیکار
۰/۰۰۰	۲۵/۳ \pm ۱/۰	خانه‌دار
	۳۱/۱ \pm ۹/۵	طبیعی
	۲۵ \pm ۷	اضافه وزن
۰/۰۰۴	۱۹/۶ \pm ۱	چاق
	۲۲ \pm ۱/۸	تزریق انسولین
۰/۳۶۵	۲۵/۹ \pm ۷/۹	مصرف قرص
	۲۰ \pm ۷/۲	مجرد
۳۳/۵ \pm ۲/۵	۲۵/۴ \pm ۹/۲	متأهل
		همسر مرده

وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی با میانگین ۲۵/۶، متوسط بود. سن بیماران دیابتی و مدت ابتلا به بیماری دیابت (سال) با عملکرد خودمراقبتی بیماران دیابتی، ارتباط معنی‌داری نداشت ($p \geq 0/05$). خودمراقبتی کل با خودمراقبتی رژیم غذایی، همچنین با خودمراقبتی فعالیت جسمانی؛ همبستگی خوب و با خودمراقبتی مراقبت از پا دارای همبستگی متوسط بود، ولی با خودمراقبتی تست قند خون، فقط همبستگی داشت و بین خودمراقبتی کل با خودمراقبتی سیگار کشیدن، همبستگی وجود نداشت. همچنین بین اجرای خودمراقبتی با هم، از جمله خودمراقبتی رژیم غذایی با

فعالیت جسمانی، همبستگی خوب بود، ولی بین خودمراقبتی رژیم غذایی با مراقبت از پا، همبستگی ضعیف بود. بین خودمراقبتی رژیم غذایی با خودمراقبتی تست قند خون و سیگار کشیدن، همبستگی وجود نداشت. بین خودمراقبتی فعالیت جسمانی با مراقبت از پا، همبستگی ضعیف و بین خودمراقبتی فعالیت جسمانی با سیگار کشیدن، همبستگی وجود نداشت. همچنین بین خودمراقبتی تست قند خون با مراقبت از پا و سیگار کشیدن، و بین خودمراقبتی مراقبت از پا با سیگار کشیدن، همبستگی مشاهده نشد (جدول شماره ۴).

۵۳

جدول شماره ۴: تعیین همبستگی بین عملکرد خودمراقبتی با اجزای خودمراقبتی

متغیر	خودمراقبتی (رژیم غذایی)	خودمراقبتی (فعالیت جسمانی)	خودمراقبتی (تست قند خون)	خودمراقبتی (مراقبت از پا)	خودمراقبتی (سیگار کشیدن)
خودمراقبتی کل	۰/۸۴۳**	۰/۸۳۴**	۰/۴۶۲**	۰/۶۷۱**	۰/۱۶۴
خودمراقبتی رژیم غذایی		۰/۷۵۹**	۰/۱۲۷	۰/۵۴۲**	۰/۰۱۱
خودمراقبتی فعالیت جسمانی			۰/۲۳۳**	۰/۵۶۵**	۰/۰۲۴
خودمراقبتی تست قند خون				۰/۰۹۶	-۰/۱۱۱
خودمراقبتی مراقبت از پا					-۰/۰۴۶
خودمراقبتی سیگار کشیدن					

p < ۰/۰۱**

نشد، این یافته نیز با نتایج مطالعه نیکوگفتار، پرهام و دلاوری و همکاران همخوانی داشت (۲۰-۱۸). این یافته، نشان‌دهنده این مطلب است که وضعیت خودمراقبتی بیماران به عوامل متعددی بجز وضعیت تأهل ارتباط دارد. همچنین میانگین سنی افراد در این مطالعه، ۵۱/۸ سال بود که با نتایج مطالعات دیگر مانند نیکوگفتار، پریزاد، حیدری و پرهام همخوانی داشت (۲۱، ۱۹، ۱۸). در مطالعه حاضر بین جنسیت و سن با وضعیت خودمراقبتی، رابطه آماری معنی‌داری مشاهده نشد که این یافته با نتایج مطالعات دیگر همخوانی داشت (۲۲، ۲۳). جنسیت افراد مراجعه‌کننده در این مطالعه تقریباً با هم برابر و نوع دیابت در این افراد نیز اغلب دیابت نوع ۲ بود که این یافته‌ها با مطالعه پرهام و همکاران همخوانی داشت (۱۸). در مطالعه حاضر افراد دیابتی که شاخص نمایه توده بدنی در محدوده طبیعی داشتند، عملکرد خودمراقبتی بهتری نشان دادند و دیابتی‌هایی که دارای نمایه توده بدنی اضافه وزن و چاقی بودند، عملکرد خودمراقبتی ضعیفی در زمینه بیماری دیابت خود داشتند و اکثریت افراد در مطالعه دارای نمایه توده بدنی چاقی و اضافه وزن (۷۵/۵٪) بودند که در نتیجه در مجموع، میزان خودمراقبتی بیماران در این کلینیک در حد متوسط گزارش شد. وضعیت نمایه توده بدنی طبیعی با وضعیت خودمراقبتی، از رابطه آماری معنی‌دار برخوردار بود که احتمالاً به علت نگرش مثبت آنها به موضوع خودمراقبتی و رعایت رژیم غذایی مؤثر بوده است. در این مطالعه مدت ابتلا به بیماری با عملکرد خودمراقبتی، ارتباط معنی‌داری نداشت. بدین صورت که با افزایش مدت ابتلا به بیماری دیابت، وضعیت خودمراقبتی بیماران تغییر مطلوبی نکرد. نتایج این مطالعه با پژوهشی که در آمریکا مبنی بر اینکه بیماران جوان‌تر و افرادی که به‌تازگی دیابت آنها تشخیص داده شده است، عملکرد بهتری دارند، همخوانی داشت (۲۴)، اما با نتایج

بخش‌های مختلف خودمراقبتی (شامل خودمراقبتی درباره رژیم غذایی بیماران) با فعالیت جسمانی و خودمراقبتی درباره مراقبت از پا، ارتباط آماری معنی‌داری داشت (p < ۰/۰۵). همچنین بین خودمراقبتی فعالیت جسمانی با رژیم غذایی، تست قند خون و مراقبت از پا، ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت (p < ۰/۰۵). بین خودمراقبتی تست قند خون با خودمراقبتی فعالیت جسمانی نیز ارتباط آماری، معنی‌دار بود (p < ۰/۰۵)، اما خودمراقبتی درباره مصرف سیگار با هیچ‌کدام از اجزای عملکرد خودمراقبتی، ارتباط معنی‌داری نداشت (p ≥ ۰/۰۵).

بحث

بیماری دیابت یکی از مهم‌ترین مسائل سلامتی در جهان است که با عوارض متابولیک و اختلالات درازمدت قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی همراه است. شواهد متعدد نشان می‌دهد خودمراقبتی یک عامل مؤثر برای پیشگیری از این عوارض در بیماران دیابتی است (۱۱). این مطالعه با هدف تحلیل رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی شهر تویسرکان صورت گرفت.

براساس یافته‌های پژوهش حاضر، اکثر افراد مورد بررسی، دارای تحصیلات زیردیپلم بودند و بین وضعیت خودمراقبتی و سطح تحصیلات، ارتباط آماری معنی‌داری دیده شد؛ به‌نحوی که افراد با تحصیلات زیردیپلم در زمینه رفتارهای خودمراقبتی، وضعیت نامناسب‌تری نسبت به سایر بیماران داشتند که این یافته‌ها با نتایج مطالعات متعددی همخوانی داشت (۱۷-۱۵) و نشان می‌داد افزایش سطح تحصیلات بیماران می‌تواند باعث افزایش در آگاهی آنها درباره خودمراقبتی از بیماری گردد.

در مطالعه حاضر، اکثر بیماران متأهل بودند. بنابراین، بین وضعیت تأهل و رفتارهای خودمراقبتی، ارتباط آماری معنی‌داری مشاهده

ارتباط آماری با سایر ابعاد خودمراقبتی ندارد. سیگار کشیدن در برخی موارد یک موضوع عادت‌ی بوده و ترک آن اغلب برای بیماران سیگاری مشکل است و به عوامل مختلفی بستگی دارد. در نهایت، یکی از محدودیت‌های اصلی این مطالعه مربوط به جمعیت مورد بررسی بود. شرکت‌کنندگان در این مطالعه از بین بیماران تحت پوشش کلینیک دیابت انتخاب شدند. بنابراین، احتمال دارد سوگیری داوطلب وجود داشته باشد. از طرف دیگر، در مطالعه حاضر داده‌ها به صورت خودگزارش‌دهی جمع‌آوری شد. بنابراین، ممکن است عملکرد واقعی افراد را منعکس نکند. همچنین از نمونه‌های دردسترس جهت مطالعه استفاده گردید، در نتیجه به قابلیت تعمیم‌پذیری مطالعه جهت تمامی بیماران دیابتی این شهرستان باید با احتیاط نگریسته شود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی شهر تویسرکان در سطح مطلوب و رضایت‌بخشی نبوده و این مسئله تحت تأثیر ویژگی‌های زمینه‌ای و دموگرافیکی آنها قرار دارد. با این وجود، بیماران دیابتی جهت کنترل موفقیت‌آمیز بیماری خود نیازمند آگاهی و نگرش مناسب هستند؛ چراکه این مسئله در جهت ارتقای عملکرد مناسب خودمراقبتی بیماران مؤثر است. در مطالعه حاضر تعداد زیادی از بیماران کم‌سواد بودند که ممکن است آنها را در انجام صحیح مراقبت از بیماری با مشکلاتی روبه‌رو کند.

در این زمینه می‌توان در برنامه‌های ارتقای سلامت، توجه بیشتری به امر خودمراقبتی افراد دیابتی با سطح سواد پایین‌تر داشت. همچنین می‌توان با همکاری سایر بخش‌ها همچون رسانه‌های جمعی و بخش سلامت؛ برنامه‌های کامل و جامعی برای ارتقای سطح خودمراقبتی افراد ایجاد کرد و البته این برنامه‌ها می‌بایست برحسب گروه‌های سنی، جنسی و تحصیلات و غیره صورت گیرد. علاوه بر موارد ذکر شده، افزایش حمایت روانی خانواده و جامعه از بیماران دیابتی می‌تواند تأثیر مهمی بر درک خودمراقبتی داشته باشد. بنابراین، در راستای ارتقای آگاهی، نگرش و رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی، باید آموزش‌های برنامه‌ریزی‌شده از جمله مداخلات آموزشی براساس تئوری‌های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت صورت گیرد.

مطالعه باقری و همکاران همخوانی نداشت (۲۵). 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 بیماری خود نداشته باشند. همچنین باتوجه به اینکه اکثریت سواد بالایی ندارند، لذا به منابع آموزشی مناسب دسترسی نداشته و به علت داشتن مشکلاتی به واسطه مسن بودن و شرایط فیزیولوژیک، از دسترسی کمتری به مراکز بهداشتی درمانی برخوردارند.

نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی در کلینیک دیابت مطلوب نیست. در مطالعه شکیبازاده و همکاران روی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت مرکز پزشکی خاص وابسته به بنیاد امور بیماری‌های خاص مشخص گردید بیماران عملکرد بسیار ضعیفی در مجموع رفتارهای خودمراقبتی دارند (۲۶). در مطالعه محمودی نیز نتایج مشابهی گزارش شده است (۲۷)، در تحقیقات باقریان و همکاران در ایران، Samuel-Hodge و همکاران در آمریکا، اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب قرار داشتند (۲۸، ۲۹). نتایج این مطالعه با مطالعات جوادی و همکاران، محبی و همکاران و باجی و همکاران همخوانی نداشت، این مطالعات از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح مطلوب قرار دارد (۳۰-۳۲). یکی از دلایل احتمالی این موضوع، بالا بودن سن اکثر افراد مورد مطالعه و داشتن تحصیلات زیردیپلم بوده است، به طوری که مشخص گردید وضعیت سواد، ارتباط آماری معنی‌داری با وضعیت خودمراقبتی این بیماران دارد. همچنین به نظر می‌رسد که تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در مطالعات دیگر نیز ناشی از عوامل مختلفی از قبیل برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، میزان آگاهی و نگرش به خودمراقبتی و چگونگی سنجش خودمراقبتی بیماران دیابتی می‌باشد. این عوامل باعث می‌گردد بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورها و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند (۲۹). یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد فعالیت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی در زمینه‌های رژیم غذایی، فعالیت جسمانی و تست قند خون و مراقبت از پا، با هم ارتباط آماری معنی‌داری داشته و بعد خودمراقبتی سیگار کشیدن

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از پشتیبانی مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان از این مطالعه در قالب طرح تحقیقاتی مصوب مرکز پژوهش دانشجویی (با شماره طرح

۹۳۰۹۱۱۴۴۰۱)، همچنین از همکاری کارکنان محترم مرکز بهداشت شهرستان تویسرکان و نیز تمامی مددجویان عزیز دیابتی که در تمام مراحل پژوهش محققین را یاری رساندند، تشکر و قدردانی به عمل آورند.

References:

1. Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Social support and self-care behaviors in diabetic patients referring to Yazd diabetes research center. *Tabib-e-Shargh* 2008;9(4):275-84. [Full Text in Persian]
2. WHO. Prevalence of diabetes in the WHO Eastern Mediterranean region: Diabetes Programmer. 2012. Available From: <http://www.emro.who.int/health-topics/diabetes/index.html>, 2012. Accessed Sep, 2014.
3. Namratha R, Kandula A, Phyllis A, Nsiah-Kumi B, Gregory Makoul C, Josh Sager D, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. *Patient Educ Couns* 2009;75(3):321-7.
4. Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, Hassani MR. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2005;7(2):50-6. [Full Text in Persian]
5. Larejani B, Zahedi F. Epidmiology of diabtes mellitus in Iran. *J Diab Metab Dis* 2002;1(1):1-8.
6. Jalilian M, Moeini B, Hazavehei SM, Beigi AM, Sharifirad G, Nodeh FH. Physical Activity stage-matched intervention: promoting metabolic control in type 2 diabetes. *J Edu health Promot* 2013;2:18.
7. Garg AX, Adhikari NKJ, MC Donald H, Rosas-Arellano P, Devereaux PJ, Beyene J, et al. Effects of computerized clinical decision support systems on practitioner performance and patient outcomes: A systematic review. *JAMA* 2005;293(10):1223-38.
8. Jordan DN, Jordan J. Self-care behaviors of filipino american adult with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes and Its Complication* 2010;24(4):250-8.
9. Davies MJ, Heller S, Skinner TC, Campbell MJ, Carey ME, Cradock S, et al. Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: Cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2008;336(7642):491-5.
10. Koo M, Lee MH, Chang YY, Huang CF, Chen SC, Yeh, YC. Factors associated with self-care behaviors in middle-aged adults and elderly with diabetes mellitus. *Hu Li Za Zhi* 2011;58(5):43-52.
11. Chlebowy DO, Garvin BJ. Social support, self-efficacy, and outcome expectations: impact on self-care behaviors and glycemic control in Caucasian and African American adults with type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2006;32(5):777-86.
12. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: Bradley C. *Handbook of psychology and diabetes*. Switzerland: Routledge Pub; 1994. p. 351-75.
13. Morowati-Sharifabad M, Rouhani-Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med Sci* 2009;15(4):91-9. [Full Text in Persian]
14. Noohi E, Khandan M, Mirzazade A. Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care inpatient's diabetic type 2 refer to diabetic center of Kerman University of Medical Science. *Nurs Res* 2011;22(6):73-80. [Full Text in Persian]

15. Zandkarimi E, Afshari Safavi AR, Rezaei M, Rajabi G. References Comparison logistic regression and discriminant analysis in identifying the determinants of type 2 diabetes among prediabetes of Kermanshah rural areas. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2013;17(5):300-8. [Full Text in Persian]
16. Vosoghi-Karkazloo N, Abootalebi-Daryasari GH, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study self-care Agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care J* 2012;8(4):197-204. [Full Text in Persian]
17. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarali S, Akkus S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *J Clin Nurs* 2007;16(4):679-87.
18. Parham M, Riahin AA, Jandaghi M, Darivandpour A. Self-care behaviors of diabetic patients in Qom. *Qom Univ Med Sci J* 2013;6(4):81-7. [Full Text in Persian]
19. Parizad N, Hemmati Maslakkpak M, Khalkhali HR. Promoting self-care in patients with type 2 diabetes: Tele-education. *Hakim J* 2013;16(3):220-7. [Full Text in Persian]
20. Davari L, Eslami A, Hasanzadeh A. Evaluation of self-care and its relationship with perceived self- efficacy in patients type 2 diabetes in Khorramabad City. *Iranian J Endocrinol Metab* 2015;16(6):402-10. [Full Text in Persian]
21. Heidari M, Shahbazi S. Effect of self-care training program on quality of life of elders. *Iran J Nurs* 2012;25(75):1-8. [Full Text in Persian]
22. Minet L, Mohler S, Vach W, Wagner L, Henriksen J. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomized controlled trials. *Patient Educ Couns* 2010;80(1):29-41.
23. Ho PM, Rumsfeld JS, Masoudi FA, McClure DL, Plomondon ME, Steiner JF, et al. Effect of medication nonadherence on hospitalization and mortality among patients with diabetes mellitus. *Arch Intern Med* 2006;166(17):1836-41.
24. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diab Care* 2011;34(Suppl 1):S11-61.
25. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M. Self care situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes Center. *Kashan Univ Med Sci J* 2008;12(1):88-93. [Full Text in Persian]
26. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. Perceived barriers and self-efficacy: Impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes. *Hayat* 2010;15(4):69-78. [Full Text in Persian]
27. Mahmoudi A. Effects of self-care planning on reduction of A1C hemoglobin in adults with diabetes mellitus. *Med Sci* 2006;16(3):171-6. [Full Text in Persian]
28. Bagherian Sararoudi R, Mahmmodi M, Ahmadzadeh G. Coping styles among diabetic patients. *Arak Univ Med Sci J* 2009;12(1):9-17. [Full Text in Persian]
29. Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diab Educ* 2008;34(3):501-10.
30. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural role of perceived benefits and barriers to self-care in patients with diabetes. *J Educ Health Promot* 2013;2:37.
31. Javadi A, Javadi M, Sarvghade F. Determine knowledge, attitude and performance of diabetics patient in Ghazven clinics of diabtes about diabetes. *J Birjand Med Univ Sci* 2003;11(3):46-51. [Full Text in Persian]
32. Baji Z, Zamani-Alavijeh F, Nouhjah S, Haghighizadeh M. Self-care Behaviors and related factors in women with type 2 diabetes. *Iranian J Endocrinol Metab* 2015;16(6):393-401. [Full Text in Persian]