مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۵، شماره ۱۰، دی ۱۳۹۶
صفحه: ۷۷۹-۷۷۰

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 25, No. 10, Jan 2018
Pages: 770-779

بررسی عوامل زمینه ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات استان یزد، سال ۱۳۹۳

علی اکبر واعظی[۱]، بهاره فلاح تفتی*[۲]، زهرا مشتاق عشق[۳]

چکیده

مقدمه: ویژگی‌های زمینه ای بیمار می‌تواند بر رفتارهای خودمراقبتی وی تأثیرگذار باشد و تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی به منظور پیشگیری از عوارض و بهبود کیفیت زندگی امری ضروری است. این مطالعه با هدف تعیین عوامل زمینه ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات استان یزد، صورت گرفته است.

روش بررسی: در مطالعه توصیفی – تحلیلی حاضر، ۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت استان یزد، به روش نمونه‌گیری سیستماتیک، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده‌ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته، مشتمل بر ۲۵سوال می‌باشد که روایی و پایایی آن بررسی شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۶ و آزمون‌های آماری t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: میانگین نمره خودمراقبتی بیماران دیابتی ۱۱/۷ ± ۵۳/۶ بود که در سطح متوسط ارزیابی شد. بر اساس نتایج این پژوهش کمترین نمرات خودمراقبتی در بیماران مورد مطالعه، در حیطه انجام آزمایش قندخون و فعالیت فیزیکی و بیشترین نمرات کسب شده در حیطه مراقبت از پا و رژیم غذایی سالم بود. میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد، ابتلا به عوارض بیماری، بیماری مزمن دیگر و مدت ابتلا به دیابت به طور معنی‌داری متفاوت بود ($p<۰/۰۵$).

نتیجه گیری: در راستای ارتقاء توان خودمراقبتی، نقش عوامل دموگرافیک تاثیر گذار نظیر سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد را نمی‌توان نادیده گرفت ولازم است مراکز بهداشتی درمانی متناسب با عوامل زمینه‌ای، آگاهی و آموزش‌های لازم را به بیماران ارائه دهند.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، دیابت نوع دو، عوامل شخصی زمینه‌ای.

۱- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد
۲- دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران
۳- استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی ، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران
*(نویسنده مسئول)؛تلفن: ۰۹۱۳۰۵۳۲۸۱۱، پست الکترونیکی: baharefallah@gmail.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۴/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۹/۴

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

مقدمه

دیابت یک اختلال چند عاملی است که با افزایش مزمن قند خون مشخص می‌شود و ناشی از اختلال در ترشح یا عمل هورمون انسولین و یا هر دوی آن‌ها است (۱). بیش از ۲۲۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به دیابت مبتلا هستند و برآورد شده است که در سال ۲۰۰۵، حدود۱/۱ میلیون نفر در اثر دیابت فوت کرده‌اند. باید متذکر شد که حدود ۸۰ درصد از مرگ‌های ناشی از دیابت در کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط رخ می دهد و در این بین، حدود نیمی از مر گ‌های ناشی از دیابت در افراد کم تر از ۱۸ سال رخ می دهد که ۵۵ درصد آن‌ها در زنان است(۲).

آمار متفاوتی درباره شیوع دیابت در ایران وجود دارد به طوری که شیوع دیابت نوع ۲ در سال ۲۰۰۸ را ۷/۷ درصد برشمرده‌اند. سازمان بهداشت جهانی براورد کرده است تعداد بیماران دیابتی در ایران تا سال ۲۰۳۰ به بیش از شش میلیون نفر خواهد رسید (۳). در استان یزد که سال‌هاست بالاترین آمار را در مبتلایان به دیابت به خود اختصاص داده است، ۲/ ۱۶ درصد افراد بالای ۳۰ سال، مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند (۴). بزرگسالان مبتلا به دیابت ۲ تا ۴ برابر بیشتر در معرض ابتلا به عوارض قلبی عروقی می‌باشد (۵)، همچنین افسردگی و اضطراب ۲ تا ۳ برابر در افراد دیابتی بیشتر از افراد غیر دیابتی می‌باشد (۶). انتظار می‌رود با توجه به پیر شدن جمعیت، شهر نشینی، شیوع بالای چاقی و کم تحرکی شیوع این بیماری افزایش یابد (۷).

با توجه به این که دیابت یک بیماری مزمن است و عوارض قلبی عروقی، کلیوی، چشمی، عصبی و آمپوتاسیون را به دنبال دارد و همچنین درمان قطعی ندارد، می‌توان با خودمراقبتی صحیح آن را کنترل کرد (۸). خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و منظور از آن در بیماران دیابتی مصرف به موقع دارو، رعایت رژیم غذایی، انجام ورزش، مراقبت از پا و کنترل گلوکز می‌باشد (۴).

نتایج اکثر پژوهش‌های انجام شده مبین آن است که بیماران دیابتی که توان خودمراقبتی کمتری دارند، بیشتر به عوارض این بیماری مبتلا می‌شوند (۸)، از طرف دیگر خودمراقبتی تحت تأثیر باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزش‌ها و فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، قرار دارد (۹).

تضمین مراقبت با کیفیت بالا برای بیماران دیابتی چالشی جهانی برای نظام مراقبت‌های بهداشتی ایجاد کرده است و در کنار این چالش شواهدی مبنی بر مراقبت ضعیف و کنترل نامطلوب بیماران وجود دارد (۷, ۸, ۱۰, ۱۱). در میان عوامل موثر بر رفتارهای خودمراقبتی، علاوه بر استفاده دارویی و رعایت رژیم‌های درمانی، نقش سایر متغیرها مانند سن، جنس، وضعیت اقتصادی، سطح تحصیلات و عوامل خانوادگی را در کنترل قند خون نمی توان نادیده گرفت (۹).

نتایج مطالعه مروتی و تنکابنی (۱۳۸۶) در یزد نشان داد افراد با سطح تحصیلات پایین، مهارت‌های کمتری برای جلوگیری از عوارض بیماری، یادگیری و تلاش‌های آگاهانه برای مراقبت از خود دارند (۱۰)، همچنین مروتی و تنکابنی (۱۳۸۸)، به این نتیجه رسیدند که عامل تاهل بر شناخت بیماران موثر بوده و افراد متاهل از شناخت بیشتری نسبت به افراد مجرد برخوردار هستند(۱۲). Grabovschic و همکاران در سال۲۰۱۳، هزینه‌های بالای درمان را به عنوان یکی از موانع انجام خودمراقبتی بیان کردند (۱۳).

با توجه به اهمیت ارتقا رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی، لازم است تا وضعیت و عوامل زمینه ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران، شناسایی شود و از آن جا که در شرایط زمینه ای مختلف، می‌توان انتظار یافته‌های متفاوتی داشت و با توجه به شیوع بالای دیابت در استان یزد، این مطالعه با هدف تعیین عوامل زمینه‌ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی – تحلیلی ، در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۳ روی ۹۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به مرکز دیابت استان یزد به روش نمونه‌گیری سیستماتیک، انجام گرفت.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

برای تعیین حجم نمونه، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و انحراف معیار ۷/۴ برای نمره رفتارهای خودمراقبتی (استخراج شده از مطالعه ی ، عنبری و همکاران ۲۰۱۲) و در نظر گرفتن‌حداکثر ۰/۸ واحد اختلاف در میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۹۰ نفر می باشد که برای افزایش دقت مطالعه،۹۵ نمونه انتخاب شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل یک سال از تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص، داشتن پرونده پزشکی در مرکز دیابت استان یزد، درمان دارویی (قرص یا انسولین) و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. افراد دارای سن بیشتر از ۷۰ سال و افرادی که قادر به فهم سوالات و پاسخ‌گویی نبودند، همچنین کسانی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، وارد مطالعه نشدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه پژوهشگر ساخته می‌باشد که با توجه به مقالات و ابزارهای خودمراقبتی، ساخته شد و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل دو بخش می‌باشد، بخش اول، ۱۰سوال مربوط به مشخصات دموگرافیکی (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه) و اطلاعات مربوط به بیماری (سابقه ابتلا به دیابت در فامیل درجه یک، مدت زمان ابتلا، ابتلا به عوارض دیابت، ابتلا به بیماری مزمن دیگر)، بخش دوم پرسشنامه شامل الف- رعایت رژیم غذایی مناسب، ۵ سوال، ب- انجام ورزش، ۴ سوال،، ج- مراقبت از پا، ۵ سوال، د- خودپایشی قند خون، ۶ سوال، ه- مصرف دارو، ۵ سوال می‌باشد، که جمعا ۲۵ سوال با دامنه امتیاز ۱۲۵-۲۵ بوده و سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای درجه‌بندی شدند.

که نمونه‌ای از هر سوال در جدول ۱ بیان شده است. طیف نمره‌دهی از۱ " هرگز " تا ۵ " همیشه " بود. دامنه کلی امتیاز رفتارهای خودمراقبتی، پس از احتساب از امتیاز ۱۰۰، به طور قراردادی در سه محدوده تقسیم بندی شد. به طوری که امتیاز زیر ۵۰ خودمراقبتی در سطح ضعیف، امتیاز ۷۴-۵۰ خودمراقبتی در سطح متوسط و امتیاز ۱۰۰-۷۵ خودمراقبتی در سطح قوی را برآورد می‌کرد.

جدول ۱: نمونه ای از سوالات رفتارهای خودمراقبتی بیماران در حیطه‌های مختلف

متغیر	نمونه ای از سوال
رژیم غذایی	محدودیت رژیم غذایی دارای قند بالا را رعایت می‌کنم.
فعالیت فیزیکی	در یک برنامه ورزشی منظم شرکت می‌کنم.
مراقبت از پا	پاهایم را قبل و بعد از ورزش از نظر قرمزی، بریدگی، تاول بررسی می‌کنم.
کنترل قند خون	قند خوننم را طبق دستور پزشک، چک می‌کنم.
مصرف دارو	داروهای دیابت را طبق دستور پزشک، مصرف می‌کنم.

برای تعیین روایی پرسشنامه، از روش اعتبار صوری و محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که برای تعیین اعتبار محتوا، پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد، ابزار جمع‌آوری اطلاعات تهیه و در اختیار ده نفر از اعضای هیئت علمی با تخصص‌های داخلی و پرستاری و دو نفر پزشک متخصص غدد قرار گرفت، پس از بررسی و دریافت نظرات اساتید و پزشکان متخصص، با انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، ابزار مذکور مورد استفاده قرار گرفت، برای بررسی پایایی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه توسط ۱۶ نفر از بیمارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به روش مصاحبه، تکمیل شد، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸ به دست آمد. لازم به ذکر است که این افراد حذف شدند و جزء نمونه‌های پژوهش محسوب نشدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات، محقق پس از انجام مراحل کسب مجوز جهت ورود به مرکز تحقیقات، اقدام به مطالعه پرونده‌ها نموده، سپس بیماران دیابتی دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش، به روش نمونه‌گیری سیستماتیک، انتخاب شدند، به این صورت که برای تعیین فاصله نمونه برداری، ۹هزار پرونده فعال موجود به ۱۵۲ تقسیم شد، سپس عدد ۸ به قید قرعه انتخاب شد. اعضای نمونه با فاصله نمونه‌برداری (۶۰) از عدد تصادفی (۸) انتخاب شدند (...۸۴-۷۶-۶۸-۸) و در صورتی که پرونده انتخاب شده واجد

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

شرایط نبود، پرونده منتخب بعدی مورد بررسی قرار می‌گرفت. هنگام مراجعه افراد انتخاب شده به مرکز جهت پیگیری درمان و مراقبت، پس از جلب رضایت افراد جهت شرکت در تحقیق از طریق ارائه اطلاعات درباره هدف تحقیق و نحوه انجام آن و نیز اطمینان دادن به افراد که اطلاعات جمع‌آوری شده بدون نام بوده و به صورت محرمانه نگهداری می‌شود و پس از دریافت رضایت‌نامه کتبی از نمونه‌های مایل به شرکت در مطالعه، محقق پرسشنامه را به روش مصاحبه تکمیل نمود.

پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS-۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، برای توصیف داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و رفتارهای خودمراقبتی از آزمون‌های آماری t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. سطح معنی‌دار آزمون‌ها در این مطالعه ۰/۰۵ بود. این مقاله در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، با کد اخلاق ۱۰۶۷ ثبت گردیده است.

نتایج

در پژوهش حاصل، ۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد بررسی قرار گرفتند، میانگین سنی افراد و مدت ابتلا به دیابت به ترتیب ۷/۲۹ ± ۵۵/۸ و ۴/۷۲ ± ۷/۲۳ سال بود. مشخصات دموگرافیکی بیماران دیابتی به همراه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار رفتارهای خودمراقبتی و ارزش P، در جدول ۲ خلاصه شده است.

میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی بیماران دیابتی در کل آزمودنی‌ها ۱۱/۷ ± ۵۳/۶ بود که بر اساس سطح مطلوبیت تعیین شده و در نظر گرفتن دامنه ی نمرات قابل اکتساب، در سطح متوسط ارزیابی شد.

بر اساس نتایج جدول ۳، بیشترین نمرات خودمراقبتی در بیماران مورد مطالعه، در حیطه مراقبت از پا و رژیم غذایی سالم و کمترین نمرات کسب شده در زمینه انجام آزمایش قندخون و فعالیت فیزیکی و بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی ویژگی‌های دموگرافیکی بیماران و نمرات رفتارهای خود مراقبتی آن‌ها

متغیر		فراوانی	درصد	میانگین	انحراف معیار	ارزش p
جنسیت	مرد	۴۰	۳۸	۵۴/۱	۱۳	۰/۰۰۴
	زن	۶۰	۵۷	۵۳/۲	۱۰/۹۸	
تحصیلات	ابتدایی	۲۷	۲۸/۴	۴۸/۲	۱۱	&**۰/۰۰۱
	راهنمایی	۳۰	۳۱/۶	۵۳/۲	۱۰/۷	
	دیپلم	۲۳	۲۴/۲	۵۶	۱۰/۸	
	تحصیلات دانشگاهی	۱۵	۱۵/۸	۶۰/۲	۱۲/۹	
درآمد	کمتر از ۱۸۰۰۰۰۰ تومان	۲۳	۲۴/۲	۴۸/۳	۱۰	&**۰/۰۰۱
	برابر با ۱۸۰۰۰۰۰ تومان	۶۰	۶۳/۲	۵۲/۹	۱۱/۲	
	بیشتر از ۱۸۰۰۰۰۰ تومان	۱۲	۱۱/۶	۶۱/۸	۱۴	
سابقه ی ابتلا به دیابت در فامیل درجه ۱	دارد	۵۳	۵۵/۸	۵۴/۱	۱۱/۶	* ۰/۷۸
	ندارد	۴۲	۴۴/۲	۵۲/۸	۱۲	
ابتلا به عوارض دیابت	دارد	۲۵	۶۱/۱	۵۲/۱	۱۳/۵	&* ۰/۰۴
	ندارد	۷۰	۳۸/۹	۵۴/۱	۱۱/۱	
ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن	دارد	۵۸	۲۶/۳	۵۱/۹۱	۹/۹	&* ۰/۰۱
	ندارد	۳۷	۷۳/۷	۵۶/۲	۱۳/۹	
وضعیت تاهل	متاهل	۹۲	۹۶/۸	۶۷/۳	۲/۷۶	* ۰/۴۴
	مجرد	۳	۳/۲	۵۳/۱	۱۱/۷	
وضعیت اشتغال	خانه دار	۷۹	۵۲	۱۴۸/۵۸	۱۸/۱۶	&**۰/۰۰۱
	کارمند	۱۵	۹/۹	۱۲۱/۱۰	۲۲/۴۸	
	آزاد	۲۵	۱۶/۴	۱۳۷/۳۸	۱۶/۴۶	

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

	بازنشسته	۳۵	۲۱/۷	۱۳۸/۱۲	۲۱/۰۹
میانگین سن (سال)	۵۵/۸۲			۵۵/۸	۷/۲۹
میانگین مدت ابتلا (سال)	۷/۲۳			۷/۲۳	۴/۷۲

r= -۰/۱۵ ***۰/۰۳ &P=

***r= -۰/۱۳ &p=۰/۰۲

*آزمون t مستقل **آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) ***آزمون پیرسون & سطح معناداری کمتراز ۰/۰۵

جدول ۳: شاخص های توصیفی خودمراقبتی بیماران به تفکیک ابعاد

بعد	میانگین	انحراف معیار
رژیم غذایی	۴۹/۷	۱۷/۳
فعالیت فیزیکی	۳۹	۲۵/۱
مراقبت از پا	۹۰/۹	۱۵/۵
کنترل قند خون	۲۳/۳	۲۶
مصرف دارو	۶۳/۶	۱۴/۳
خود مراقبتی	۵۳/۶	۱۱/۷

یافته‌های آزمون تی مستقل میانگین نمره رفتارهای خود مراقبتی در دو جنس (p = ۰/۰۰۴)، ابتلا به عوارض بیماری (p= ۰/۰۴) و بیماری مزمن دیگر (p= ۰/۰۱)، با رفتارهای خود مراقبتی تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد.

به طوری که زنان، مبتلایان به عوارض دیابت و بیماری‌های مزمن دیگر خود مراقبتی را در سطح پایین‌تری گزارش کرده بودند.

بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی در سطوح مختلف تحصیلات و وضعیت اشتغال و درآمد، به طور معنی‌داری متفاوت بود (p <۰/۰۰۱).

بدین گونه که افراد با تحصیلات بالاتر، درآمد اقتصادی بیشتر و افراد کارمند رفتارهای خود مراقبتی را در سطح بالاتری گزارش کرده بودند، همچنین، آزمون همبستگی پیرسون رابطه آماری معکوس و معنی‌داری بین میانگین نمره رفتارهای خود مراقبتی با سن (r = -۰/۱۵ , p =۰/۰۳) و مدت ابتلا (r = -۰/۱۳ ، p=۰/۰۲) نشان داد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تعیین عوامل زمینه‌ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت استان یزد، صورت گرفته است. نتایج پژوهش نشان داد وضعیت خود مراقبتی در بیماران در سطح متوسط می‌باشد، در مطالعه مروتی (۱۳۸۶) در یزد نیز عملکرد خود مراقبتی در سطح متوسط بوده است (۱۰). مطالعه عنبری و همکاران (۹) و سورانی و همکاران (۱۴) خودمراقبتی بیماران دیابتیک را ضعیف تا متوسط گزارش نموده است. در مطالعه Jordan وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت درحد متوسط بوده است (۱۱).

به نظر می‌رسد در مطالعه حاضر، به دلیل این که بیماران در مرکز دیابت آموزش می‌بینند و راهنمایی برای خودمراقبتی از مرکز و پزشک و پرستاران و رساناها دریافت می‌دارند، عملکرد نسبتاً مطلوبی دارند.

یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که عملکرد خود مراقبتی در حیطه‌های پایش قند خون و فعالیت فیزیکی ضعیف بوده است که می‌تواند به دلیل مشکل بودن مراجعه به آزمایشگاه یا استطاعت مالی و مهارت ناکافی برای استفاده از گلوکومتر این وضعیت وجود دارد، این یافته با مطالعه Jordan (۲۰۱۰) که کمترین فعالیت خود مراقبتی در زمینه کنترل روزانه قند خون مصرف به موقع دارو و انجام منظم فعالیت‌های فیزیکی بوده است همسو می‌باشد (۱۱). در مطالعه Tol (۲۰۱۲) نیز ابعاد خود

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

پایشی قند خون و تبعیت از رژیم‌های پیشنهادی پایین ترین میانگین را داشته است (۱۵). یافته‌های مطالعه Nelson (۲۰۰۷) نیز حاکی از تبعیت از رژیم غذایی، خود پایشی قند خون و فعالیت فیزیکی به سختی تغییر می‌کند (۱۶). بیشترین نمره خود مراقبتی در این مطالعه در زمینه مراقبت از پا و بعد از آن مصرف صحیح دارو بوده است. به نظر می‌رسد به دلیل ترس از بروز پای دیابتی که حتی به قطع پا منجر می‌شود، باشد. این یافته با نتایج مطالعه مروتی و روحانی ۱۳۸۶ همسو می‌باشد (۱۰).

از دلایلی که می توان برای عملکرد قابل قبول بیماران در بعد مصرف داروهای تجویز شده ذکر کرد، اعتقاد بیماران به شیوه کنترل بیماری می‌باشد. اغلب مردم اعتقاد دارند وقتی بیمار می‌شوند باید برای درمان بیماری دارو مصرف‌کنند در حالی که نسبت به ایجاد برخی تغییرات در سبک زندگی برای غلبه به بیماری اعتقاد ضعیفی دارند به دلایل ذکر شده مشاهده می‌شود که مصرف دارو در سطح مطلوبی بوده است.

بر اساس نتایج این پژوهش، تفاوت معنی‌داری در میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس جنس وجود داشت، به طوری که زنان با خودمراقبتی کمتری مواجه بودند. نتایج مطالعه Fort و همکاران (۲۰۱۳) بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، نشان داد که کمبود آگاهی در زنان، شیوع عوامل روحی روانی به خصوص افسردگی و وضعیت اقتصادی پایین‌تر نسبت به مردان بیشتر باشد (۱۷)، درحالی که در مطالعه Farmer و همکاران (۲۰۰۹) بیماران دیابتی زن به طور معنی‌داری در مقایسه با مردان دیابتی خودمراقبتی بیشتری دارا بودند (۱۸). هر چند انتظار می رفت که در مردان به دلیل اختصاص دادن وقت کم‌تر به خودمراقبتی به علت مشغله کاری، تبعیت نامطلوب از درمان و بیش‌تر بودن رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، وضعیت خودمراقبتی ضعیف تری داشته باشند. در خصوص متغیر جنسیت نتایج مطالعه حاضر مطابق با نتایج مطالعه شایقیان و همکاران بود. در مطالعه Chio و همکاران نیز نمره خودمراقبتی در مردان به طور معنی داری از زنان بیش‌تر بود (۱۹). به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنس بر توان خودمراقبتی می‌تواند متاثراز متغیرهای دیگری از جمله سطح دانش، وضعیت فیزیکی- روانی و رفتاری افراد باشد.

در مطالعه حاضر، وضعیت تاهل با انجام رفتارهای خودمراقبتی معنی‌دار نشد که ممکن است به دلیل تعداد زیاد افراد متاهل نسبت به مجرد در مطالعه ما باشد و با مطالعه عنبری و همکاران (۱۳۹۰) در ایران همسو می‌باشد (۹)، اما در مطالعه داوری و همکاران(۲۰۱۴) و طل و همکاران (۲۰۱۲) و باقیانی همکاران (۲۰۰۸) افراد متاهل با خودمراقبتی بیشتری مواجه بودند (۵, ۹, ۱۵, ۲۰) و این‌گونه استدلال شده که افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد به دلیل برخورداری بیشتر از حمایت اجتماعی بیشتر و اطلاعات بالاتر، با خودمراقبتی بیشتری مواجه هستند.

در افراد مورد مطالعه بین سطح تحصیلات با خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری وجود داشت، به گونه‌ای که افراد با تحصیلات دانشگاهی خودمراقبتی بیشتری نسبت به سایر بیماران داشتند و این یافته با نتایج مطالعه Cassimatis و همکاران (۲۰۱۴)، Misra و همکاران (۲۰۰۹) و Xu و همکاران (۲۰۱۰) در ایالات متحده آمریکا در این زمینه همخوانی دارد (۲۱-۲۳) و بیانگر این است که تحصیلات بیشتر به دلیل توانایی یادگیری، درک و تبعیت بهتر، آگاهی از بیماری و عوارض و پیامدهای احتمالی و احساس مسئولیت نسبت به امور بهداشتی و درمانی فرد را با خودمراقبتی بیشتری روبرو می‌سازد.

وضعیت اشتغال ارتباط معنی‌داری با رفتارهای خودمراقبتی داشت، به طوری که میانگین نمره خودمراقبتی افراد کارمند، بالاتر از سایرین بود، که این یافته با مطالعه Xu و همکاران (۲۰۱۰) هم خوانی دارد، Xu این گونه استدلال می‌کند که افراد کارمند از سطح تحصیلات بالاتر و حمایت اقتصادی بیشتری برخوردارند، بنابراین با خودمراقبتی بیشتری مواجه هستند(۲۳).

در این مطالعه، درآمد اقتصادی با رفتارهای خودمراقبتی معنی‌دار شد که همسو با مطالعه Linda و همکاران (۲۰۱۲) و داوری و همکاران (۱۳۹۳) می‌باشد (۵،۲۴)، چرا که هزینه‌های بالای درمان، آزمایشات و دارو در شرایط اقتصادی پایین، فرد را

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

با مشکلات متعددی مواجه می‌سازد که مانع انجام رفتارهای خودمراقبتی می‌شود.

مدت ابتلا به دیابت با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوس معنا داری داشت، به عبارت دیگر ابتلا به دیابت برای مدت‌های طولانی، فرد را با موانع بیشتری مواجه می‌سازد، که می‌تواند به علت کهولت سن، ابتلای بیشتر به عوارض و ابتلا به بیماری‌های مزمن دیگر باشد (۱۰)، مطالعه کریمی و همکاران (۱۳۹۱) نیز نشان داد با افزایش مدت ابتلا به دیابت، انجام رفتارهای خودمراقبتی کمتر می‌شود (۲۵).

در مطالعه حاضر، سن با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معکوس معنی‌داری را نشان داد، این یافته مشابه نتایج مطالعات Alberti و همکاران(۲۰۰۵) در تونیس و Bezie و همکاران (۲۰۰۶) در برزیل می‌باشد، به این صورت که با افزایش سن، خودمراقبتی ضعیف‌تر می‌شدند (۲۶,۲۷). می‌توان این گونه استدلال نمود که افزایش سن به دلایلی نظیر فراموشی، عدم توانایی و ابتلا به عوارض بیشتر، فرد خودمراقبتی را کاهش می‌دهد.

در بررسی ارتباط متغیرهای وضعیت تاهل و سابقه فامیلی ابتلا به دیابت، با موانع خودمراقبتی ارتباط معنی‌داری یافت نشد، که همسو با مطالعه داوری و همکاران (۱۳۹۳) می‌باشد (۵).

نتایج این پژوهش نشان داد رفتارهای خودمراقبتی بر حسب عوامل زمینه‌ای مانند سن، جنس، تحصیلات و درآمد متفاوت است. با توجه به این که ارتقا سلامت بیماران دیابتی و حفظ آن به میزان زیادی به رفتارهای خودمراقبتی وابسته است و اقدام نکردن به رفتارهای خودمراقبتی خطر عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری را افزایش می‌دهد، بنابراین لازم است ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، توجه ویژه به ارتقا سطح آگاهی بیماران در زمینه خودمراقبتی داشته باشند. پیشنهاد می‌گردد آموزش خودمراقبتی بر حسب عوامل زمینه‌ای در این زمینه صورت گیرد، تا آموزش‌ها مبتنی بر نیازهای واقعی بیماران باشد، همچنین پشتیبانی بیشتر بیماران و اصلاحات برای کاهش قیمت داروها و لوازم مورد نیاز مثل نوار تست خون و نیز حمایت‌های اجتماعی، ارتقا و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی را قادر می‌سازد.

از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، وضعیت روحی روانی واحدهای مورد پژوهش و تفاوت‌های فردی و فرهنگی است که می‌توانست بر نحوه پاسخ گویی تاثیر گذار باشد که این شرایط توسط پژوهشگر قابل کنترل نبود. پیشنهاد می‌شود عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن بررسی گردد.

سپاسگزاری

از ریاست، کارکنان و مرکز تحقیقات دیابت استان یزد به دلیل مساعدت‌های ثمر بخششان، شرکت‌کنندگان در این پژوهش و کلیه عزیزانی که ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. این پژوهش بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی ایران می‌باشد.

References:

1- Fortmann AL, Gallo LC, Walker C, Philis-Tsimikas A. ***Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America***. Rev Panam Salud Pública 2010; 28(3): 230-4.

2- Organization WH, Organization WH. ***Diabetes fact sheet No. 312***. Geneva, Switzerland URL: http://www who int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index html [accessed 2013-02-12] [WebCite Cache ID 6ENYIOJ6e]. 2013.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

3- Parham M, Riahin AA, Jandaghi M, Darivandpour A. ***Self care behaviors of diabetic patients in Qom***. Qom Uni Med Sci J 2013; 6(4): 81-7.[Persian]

4- Lotfi MH, Saadati H, Afzali M. ***Prevalence of diabetes in people aged≥ 30 years: the results of screen-ing program of Yazd Province, Iran, in 2012***. J Res Health sci 2014; 14(1): 88-92.

5- Davari L, Eslami AA, Hassan zadeh A. ***Underlying Factors Influencing Self-Care Quality in Type 2 Diabetic Patients in Khoram Abad City, Iran***. J Res Develop in Nurs & Midwifery 2014; 11(2): 77-85.[Persion]

6- Mohajeri-Tehrani MR. ***Risk factors associated with depression in type 2 diabetics***. Kaums J (FEYZ) 2012; 16(3): 261-72.[Persion]

7- 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 Education Health Promotion 2013; 2: 37.[Persion]

8- Afshar M, Memarian R, Mohammadi E. ***A Qualitative Study Of Teenagers'experiences About Diabetes.*** J Diabete Nurs 2014; 2(1): 7-19.[Persion]

9- Anbari KH, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. ***The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city***. Yafteh 2012; 14(4): 49-57.[Persion]

10- Morowati sharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. ***The relationship between perceived benefits/barriers of self-care behaviors and self management in diabetic patients***. J hayat 2007; 13(1): 17-27.[Persion]

11- Jordan DN, Jordan JL. ***Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus***. J Diabete its Complications 2010; 24(4): 250-8.

12- Morowati sharifabad M, Tonekaboni NR. ***Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center***. J Birjand Uni Med Sci 2008;15(4): 91-9.

13- Grabovschi C, Loignon C, Fortin M. ***Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review***. BMC Health Service Res 2013; 13(1): 94.

14- Sorani M, Taghdisi MH, Shojaei ZD, Novin L, Noroozi M, Fallahi S. ***Predictors of self-care behaviors of patients with type 2 diabetes*** 2012; 8(5): 811-23

15- Tol A, Sharifi Rad G, Eslami AA, Alhani F, Mohajeri Tehrani MR, Shojaeezadeh D. ***Factors influencing self-management behavior in type-2 diabetes patients: A strategy proposed to be adopted when planning theory/model based interventions***. J School Public Health Institute Public Health Res 2012; 9(4): 21-32. [Persion]

16- Nelson KM, McFarland L, Reiber G. ***Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control***. J general internal med 2007; 22(4): 442-7.

17- Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM, Murrillo S, Martínez H. ***Barriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2***

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. BMC family practice 2013; 14(1): 131.

18- Farmer A, Wade A, French D, Simon J, Yudkin P, Gray A, et al. ***Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: a randomised controlled trial.*** Health Technol Assess 2009; 13(15): 1-50.

19- Bai YL, Chiou CP, Chang YY. ***Self care behaviour and related factors in older people with Type 2 diabetes***. J clinical nurs 2009; 18(23): 3308-15.

20- Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy S, Baghianimoghadam B. ***Factors in relation with self–regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city.*** J med life 2011; 4(1): 30.[Persion]

21- Cassimatis M, Kavanagh DJ, Smith AC. ***Perceived Needs for Supported Self management of Type 2 Diabetes: A Qualitative Investigation of the Potential for a Web based Intervention.*** Australian psychology 2014; 49(2): 75-85.

22- Misra R, Lager J. ***Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients***. J Diabete its Complication 2009; 23(1): 54-64.

23- Xu Y, Pan W, Liu H. ***Self management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes.*** Nurs health sci 2010; 12(2): 228-34.

24- Baumann LC, Dang TT. ***Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care.*** The Nurse Practitioner 2012; 37(3): 32-8.

25- Karimy M, Niknami S, Hidarnia AR, Hajizadeh I. ***Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behaviour.*** Heart Asia 2012; 4(1): 120-4.[Persion]

26- Alberti H, Boudriga N, Nabli M. ***Factors affecting the quality of diabetes care in primary health care centres in Tunis***. Diabetes Res Clinical Practice 2005; 68(3): 237-43.

27- Bezie Y, Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D. ***Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes***. Diabetes & metabolism 2006; 32(6): 611-6.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

The effects of basic conditioning factors on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes referred to Yazd Research Center, 2014

Ali Akbar Vaezi [1], Bahare Fallah [2], Zahra Moshtagh Eshgh [3]

[1] Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
[2] Nursing Midwifery Faculty, Tehran Medical Science, Islamic Azad University, Tehran, Iran
[3] Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 6 Jul 2017 **Accepted:** 25 Nov 2017

Abstract

Introduction: Basic conditioning factors can influence the self-care behaviors, and it is necessary to perform self-care behaviors in order to prevent diabetes complications and improve the quality of life. This study aimed to investigate the effects of basic conditioning factors on self-care behaviors of the patients with type 2 diabetes who referred to Yazd Research Center.

Methods: In this descriptive-analytical study, 95 patients with type 2 diabetes, systematically selected, were investigated. A questionnaire developed by the researcher, including 25 tests of which the reliability and validity were ascertained, was used in this study. The data were analyzed using SPSS (16), through conducting independent t-test, one way ANOVA and Pearson Correlation Coefficient.

Results: The mean for self-care behaviors of the patients with diabetes was 6/53±7/11. The results indicated that the lowest scores of the patients' self-care were gotten in blood sugar testing and physical activity, as well as the highest scores were gotten in foot care and nutrition parts. There was a statistically significant difference in the mean scores of self-care of the patients with different gender, age, adequacy of income and employment, educational status, complication arising and other chronic diseases, as well as the duration of the disease ($p < 0/05$).

Conclusion: In order to promote self-care behaviors, the effectiveness of the demographic factors such as age, gender, educational status, adequacy of income and employment should be considered. The health care centers also should give the patients some essential information about basic conditioning factors.

Keyword: Self-care, Type 2 diabetes, Basic Conditioning Factors

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-26]

This paper should be cited as:
Vaezi AA, Fallah B, Moshtagh Eshgh Z. **The effects of basic conditioning factors on self-care behaviors of patients with type 2 diabetes referred to Yazd Research Center, 2014.** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2018; 25(10): 770-9.

***Corresponding author: Tel: 09130532811, email: baharefallah@gmail.com**