

تحقیقی

نقش عوامل زمینه ای در کیفیت عملکرد خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان خرم آباد

لیلا داوری^۱، احمد علی اسلامی^{۲*}، اکبر حسن زاده^۳

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران. ۲- استادیار، دکترای آموزش بهداشت، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران. ۳- مربی، کارشناس ارشد آمار، گروه آمار و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دیابت، شایع ترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسم با عوارض دراز مدت است. این بیماری در قلب مسائل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روان شناختی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند. در بیماری دیابت درمان و مدیریت بیماری به طور عمده به اقدامات بیمار وابسته است و خود مراقبتی از مهم ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری است. این پژوهش با هدف ارزیابی عوامل مرتبط با رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفته است.

روش بررسی: این پژوهش توصیفی-تحلیلی بر روی ۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ تحت نظر مرکز دیابت شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۹۲ انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای شامل مشخصات شخصی و زمینه ای و مقیاس خود مراقبتی بیماران دیابتی گلاسکو و توپرت بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS-20 و آزمون های t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین نمره خود مراقبتی در بیماران با در نظر گرفتن کلیه حیطه ها $53/6 \pm 11/7$ بود. کمترین میانگین نمرات خود مراقبتی در حیطه کنترل قند خون و فعالیت فیزیکی و بیشترین نمرات در زمینه مراقبت از پا و رژیم غذایی بوده است. میانگین نمرات خود مراقبتی بر اساس وضعیت تاهل، تحصیلات، درآمد و نوع درمان به طور معنی داری متفاوت بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: آموزش های جامع و کاربردی در مورد چگونگی انجام رفتارهای خود مراقبتی با در نظر گرفتن خصوصیات و ویژگی های منحصر به فرد بیماران و نیازهای واقعی آن ها باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه ها: خودمراقبتی، دیابت نوع ۲، عوامل شخصی زمینه ای

*نویسنده مسئول: دکتر احمد علی اسلامی، پست الکترونیکی: eslamiaa@gmail.com

نشانی: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دانشکده بهداشت. تلفن: ۰۳۱) ۳۷۹۲۲۷۱۰

وصول مقاله: ۹۲/۸/۱، اصلاح نهایی: ۹۳/۲/۲۵، پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۳۰

مقدمه

دیابت از گروه بیماری های متابولیک و اختلالی چند عاملی است که با افزایش قند خون یا هیپرگلیسمی مشخص می شود و ناشی از اختلال ترشح یا عمل انسولین یا هر دو آن هاست (۱). عوارض بیماری دیابت نه تنها کیفیت زندگی بیماران را به شدت متاثر می کند بلکه به ناتوانی ها و معلولیت های زودرس و افزایش مرگ و میر بسیاری از مبتلایان منجر می شود. این بیماری مهم ترین علت کوری در بالغین و نارسایی مزمن کلیه است. مبتلایان به دیابت ۲ برابر بیشتر از افراد سالم در معرض افزایش فشارخون قرار دارند. همچنین مبتلایان ۲ تا ۴ برابر بیشتر از غیر دیابتی ها در معرض ابتلا به عوارض قلبی - عروقی قرار دارند (۲). به طور کلی میزان مرگ و میر در افراد دیابتی ۲/۵-۱/۵ درصد بالاتر از جمعیت عمومی است (۳). دیابت هم اکنون به عنوان یکی از نگرانی های سلامت عمومی در قرن ۲۱ مطرح می باشد. طبق آمار فدراسیون بین المللی دیابت، شمار مبتلایان به دیابت از ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۴). در ایران نیز بیش از ۳ میلیون نفر دچار دیابت هستند که با میزان شیوع ۷ درصد دیابت و ۱۳ درصد دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال تقریباً ۲۰ درصد جمعیت ایرانی مبتلا به دیابت یا مستعد ابتلا به آن می باشند (۵). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید (۶). در بیماری دیابت، درمان و مدیریت بیماری به طور عمده به اقدامات بیمار وابسته است و خودمراقبتی در این بیماری از مهم ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری است (۷). خودمراقبتی فرآیندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می شود و منظور از آن، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۸). بهبود پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی، اولین قدم برای کمک به بیماران جهت مراقبت و مدیریت بهتر بیمایشان می باشد. این بیماری در قلب مسائل رفتاری است و عوامل اجتماعی و روان شناختی نقش حیاتی در مدیریت آن دارند (۹). مطالعات مقطعی نشان می دهند که عوامل جمعیت شناختی نظیر سن

بالا خود مدیریتی را کاهش می دهد (۱۰). همچنین عوامل اجتماعی - اقتصادی نظیر تحصیلات پایین و درآمد اندک، عوامل اجتماعی نظیر کیفیت ضعیف روابط فردی و خانوادگی فرآیند خودمراقبتی دیابت را با مشکلات جدی مواجه می سازند (۱۱-۱۳). وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین به عنوان یک پیشگویی کننده دیابت نوع ۲، پیامدهای آن و تشدید کننده ریسک عوامل آن توجهات زیادی رابه خود معطوف داشته است. شیوع دیابت نوع ۲ در بیماران با وضعیت اجتماعی - اقتصادی پایین بسیار بالاتر است. در مطالعه Larranage و همکارانش (۲۰۰۴) نسبت شانس شیوع دیابت در افراد با سطح درآمد پایین ۲/۲۸ برابر بوده است (۱۴). مطالعات نشان می دهد تفاوت های مهمی برای رفتارهای خودمراقبتی در میان گروه های جمعیت شناختی تحت انواع متفاوت درمان وجود دارد. Bezie و همکارانش (۲۰۰۶) گزارش کردند که بیماران تحت درمان با انسولین با احتمال بیشتری خودپایشی قند خون خود را انجام می دهند (۱۵). Ruggiero و همکاران (۱۹۹۷) دریافتند وضعیت اشتغال با سطح خودمراقبتی دیابت همراه است. افراد شاغل نسبت به افراد بازنشسته یا خانه دار از سطوح پایین تری از خودمراقبتی در زمینه های خودپایشی قند خون و برنامه غذایی برخوردار هستند (۱۶). خصوصیات جمعیت شناختی دیگری مثل مدت بیماری و سن نیز با خودمدیریتی دیابت مرتبط هستند (۱۷). مطالعه Rayappa (۱۹۹۹) نشان می دهد سطح تحصیلات اثرات عمده ای بر پیش آگهی دیابت دارد، اما قابل تشخیص نیست که این اثرات با درک بیشتر از بیماری و درنهایت شرکت در مراقبت از خود و یا اینکه با بهبود شرایط اجتماعی - اقتصادی همراه است و به تبع آن دسترسی به خدمات مراقبتی بهتر و بیشتر این امر را مقدر می سازد (۱۸). در مطالعه ای دیگر بیمارانی که از درمان تبعیت نمی کردند، جواتر از بیمارانی بودند که از درمان تبعیت می کردند (۱۵). مروتی و روحانی (۱۳۸۸) در تحقیقی در ارتباط با خودمراقبتی به این نتیجه رسیدند که عامل تاهل بر شناخت بیماران موثر بوده و افراد متاهل از شناخت بیشتری نسبت به مجردها برخوردار هستند و به همین دلیل توانمندی - های آن ها برای خودمراقبتی بیشتر از مجردها و افرادی است که تنها زندگی می کنند (۱۹). به طور خلاصه پژوهش های

می دهد. نحوه امتیاز دهی به سئوالات این مقیاس به این صورت بود که به فردی که در ۷ روز گذشته در هیچ روزی رفتارهای خودمراقبتی در زمینه های ذکر شده را نداشت، نمره صفر و به فردی که در تمام ۷ روز مراقبت ها رابه صورت روزانه و کامل انجام داده بود نمره ۷ تعلق می گرفت و سایر افراد بر اساس تعداد روزهایی که اقدامات خودمراقبتی را انجام داده بودند امتیاز بین ۱ تا ۷ را کسب نمودند. یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره های هر سئوال بدست می آمد. نمرات بالاتر نشان دهنده این بود که بیمار در طی ۷ روز گذشته خودمراقبتی مطلوب تری داشته است. در پژوهش حاضر به منظور تعیین سطح خودمراقبتی و ارتباط آن با عوامل زمینه ای در واحدهای پژوهش، نمرات خام بدست آمده از پرسشنامه بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید. Toobert و همکاران (۲۰۰۰) طی پژوهشی، اعتبار، روایی و داده های هنجاری ۷ پژوهش مرتبط را جمع آوری و مشخص کردند که این پرسشنامه شاخص معتبری برای خودمدیریتی دیابت بوده و هم جهت پژوهش و هم کار بالینی مفید است (۲۰). در ایران در مطالعه انجام شده توسط مروتی (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ برای این مقیاس $0/68$ بدست آمد که نشان دهنده ثبات درونی قابل قبول این ابزار می باشد (۲۱). پس از جمع-آوری داده ها در مراحل گوناگون سنجش، داده ها کد گذاری شده و سپس با استفاده از نرم افزار SPSS-20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و وضعیت خودمراقبتی از آزمون های آماری t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. سطح معنی داری آزمون ها در این مطالعه $0/05$ بود.

یافته ها

در مطالعه حاضر تعداد ۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ از نظر وضعیت خودمراقبتی و عوامل زمینه ای موثر بر آن مورد بررسی قرار گرفتند. آزمودنی ها متشکل از ۵۷ (۶۰ درصد) مرد و ۳۸ (۴۰ درصد) زن بوده اند. دامنه سنی آزمودنی ها بین ۳۳-۶۶ سال با میانگین سنی $55/8$ سال متفاوت بود ($55/8 \pm 7/29$) که طی ۲۲-۱ سال با میانگین زمان $7/23$ سال به دیابت نوع ۲ مبتلا بودند ($7/23 \pm 4/72$). اکثر آزمودنی ها سطح تحصیلات در حد زیر دیپلم داشتند ($31/6$ درصد). نوع

متعدد از نقش کارآمد متغیرهایی مانند سن، جنس، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت درآمد و اشتغال، نوع درمان و طول مدت ابتلا به دیابت در کیفیت خودمراقبتی حمایت کرده اند و بر این اساس و با در نظر گرفتن این مهم که یکی از اهداف مهم در کنترل دیابت و توانمندسازی بیماران در انجام خودمراقبتی است، مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت خودمراقبتی و عوامل موثر بر آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان خرم آباد طراحی شده است.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی- مقطعی در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۲، روی ۹۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام گرفت. برای انتخاب نمونه تحقیق ابتدا با بررسی پرونده های بیماران در مرکز دیابت شهرستان خرم آباد، ۱۲۰ بیمار واجد شرایط ورود به مطالعه شناسایی شد. با این افراد برای شرکت در پژوهش تماس گرفته شد که در نهایت ۹۵ نفر حاضر به همکاری شدند که با مراجعه به منازل آن ها و به روش مصاحبه مورد بررسی قرار گرفتند. محیط پژوهش مرکز دیابت شهرستان خرم آباد و جامعه پژوهش آن را کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت شهرستان خرم آباد تشکیل می دادند. معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص قطعی دیابت، تحت درمان با دارو (قرص و انسولین)، عدم ابتلا به بیماری های روانی حاد و مزمن و نیز داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه ای ۲ قسمتی بود. قسمت اول حاوی سئوالات مربوط به متغیرهای شخصی و زمینه ای شامل سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، میزان درآمد خانواده، مدت ابتلا به دیابت، نوع درمان، ابتلا به عوارض دیابت و ابتلا به بیماری های دیگر بود. ابزار استاندارد مربوط به خود مراقبتی بیماران دیابتی بود که شامل ۱۵ سئوال که با مقیاس ۷-۰ بار در طول هفته اندازه گیری می شد. این ابزار توسط Toobert و همکاران (۲۰۰۰) در دانشگاه گیلفورد انگلیس تدوین شده است. این ابزار در مورد خودمراقبتی بیماران دیابتی، موارد رژیم غذایی را با ۴ گویه، فعالیت جسمانی را با ۲ گویه، اندازه گیری قند خون را با ۲ گویه، مراقبت از پا را با ۲ گویه، رژیم دارویی را با ۳ گویه و در نهایت استعمال دخانیات را با ۲ گویه مورد سنجش قرار

سیگار و سایر دخانیات را گزارش کردند. یافته های پژوهش بر اساس آزمون t نشان داد که میانگین نمرات خودمراقبتی در زنان و مردان تفاوت معنی داری با یکدیگر ندارد ($t=0/312$ ، $P=0/75$). همچنین طبق نتایج این آزمون خودمراقبتی برحسب وضعیت تاهل به طور معنی داری متفاوت است ($t=-15/23$ ، $P<0/001$). به عبارت دیگر خودمراقبتی افراد متاهل بالاتر از افراد مجرد است.

درمان بیماران در ۷۸/۹ درصد موارد به صورت خوراکی بود. میانگین و انحراف استاندارد خودمراقبتی دیابت در کل آزمودنی ها ۵۳/۶±۱۱/۷ بود. کمترین میانگین نمرات خودمراقبتی در حیطه کنترل قند خون (۲۳/۳±۲۶) و فعالیت فیزیکی و بیشترین نمرات در زمینه مراقبت از پا (۹۰/۹±۱۵/۵) و بعد رژیم غذایی بوده است. لازم به ذکر است تمامی شرکت کنندگان مطالعه حاضر عدم استعمال

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران و نمرات خودمراقبتی آن‌ها

ارزش P	خودمراقبتی		متغیرهای زمینه ای
	میانگین±انحراف معیار	تعداد (درصد)	
* ۰/۷	۵۳/۲±۱۰/۹۸	۵۷(۶۰)	زن
	۵۴/۱±۱۳	۳۸ (۴۰)	مرد
*** ۰/۰۰۱	۴۸/۲±۱۱	۲۷(۲۸/۴)	بیسواد
	۵۳/۲±۱۰/۷	۳۰(۳۱/۶)	زیر دیپلم
	۵۶±۱۰/۸	۲۳(۲۴/۲)	دیپلم
* ۰/۰۳	۶۰/۲±۱۲/۹	۱۵(۱۵/۸)	تحصیلات عالی
	۵۳/۱±۱۱/۷	۳(۳/۲)	مجرد
* ۰/۵	۶۷/۳±۲/۷۶	۹۲(۹۶/۸)	متاهل
	۵۴/۱±۱۱/۶	۵۳(۵۵/۸)	بلی
* ۰/۵	۵۲/۸±۱۲	۴۲(۴۴/۲)	خیر
	۵۵/۲±۱۰/۶	۷۵(۷۸/۹)	خوراکی
*** ۰/۰۰۲	۴۲±۱۱/۹	۱۱(۱۱/۶)	انسولین
	۵۴/۳±۱۴/۵	۹(۹/۵)	هر دو
* ۰/۴	۵۲/۱±۱۳/۵	۲۵(۶۱/۱)	بله
	۵۴/۱±۱۱/۱	۷۰(۳۸/۹)	خیر
* ۰/۰۸	۵۱/۹۱±۹/۹	۵۸(۲۶/۳)	بله
	۵۶/۲±۱۳/۹	۳۷(۷۳/۷)	خیر
*** ۰/۰۰۱	۴۸/۳±۱۰	۲۳(۲۴/۲)	پایین
	۵۲/۹±۱۱/۲	۶۰(۶۳/۲)	متوسط
	۶۱/۸±۱۴	۱۱(۱۱/۶)	خوب
	۶۳/۷	۱(۱/۱)	عالی
*** ۰/۱۴	۵۵/۸±۷/۲۹	سال ۵۵/۸۲	میانگین سن مبتلایان
*** ۰/۶۷	۷/۲۳±۴/۷۲	سال ۷/۲۳	میانگین مدت ابتلا

* آزمون t مستقل ** آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) *** آزمون پیروسون

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات خود مراقبتی و ابعاد مختلف آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد

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

پا و بعد از آن مصرف صحیح قرص و تزریق انسولین بوده است. این یافته با نتایج مطالعه مروتی و روحانی (۱۳۸۶) همسو می باشد (۲۴). یافته های مطالعه تفاوت معنی داری را در میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس جنسیت نشان نداد. این یافته با پژوهش بقایی و همکارانش (۱۳۸۷) همسو می باشد (۲۷). هرچند که انتظار می رود که در مردان به علت اختصاص دادن وقت کمتر به خودمراقبتی به دلیل مشغله کاری، تبعیت نامطلوب از درمان و بیشتر بودن رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار وضعیت خودمراقبتی بدتر باشد، اما این تفاوت در مطالعه حاضر نشان داده نشد. در عین حال در مطالعه Farmer و همکاران (۲۰۰۹) نمرات خودمراقبتی در بیماران دیابتی زن به صورت معنی داری بالاتر از بیماران مرد بوده است (۲۸). در مطالعه حاضر عملکرد خودمراقبتی بر حسب وضعیت تاهل متفاوت بود و افراد متاهل از عملکرد خودمراقبتی بالاتری برخوردار بودند. نتایج چند مطالعه نشان داد که میزان خودمراقبتی در افراد متاهل نسبت به افراد مجرد بیشتر بوده است (۲۶ و ۲۷ و ۲۹). می توان اینگونه استدلال کرد که در افراد متاهل به دلیل اینکه در مقایسه با افراد غیر متاهل اغلب از حمایت های هیجانی و اطلاعاتی بیشتری برخوردارند و در واقع از یک منبع با ثبات حمایت اجتماعی برخوردارند که زمینه ساز مراقبت از خود است، میزان رفتارهای خودمراقبتی بالاست. خودمراقبتی بر حسب تحصیلات به طور معنی داری متفاوت بود. نتایج مطالعه نشان داد که بیماران دیابتی با سطح سواد بالاتر و دارای درک بهتر از بیماری رفتارهای خودمراقبتی را بیشتر اتخاذ می کنند و در نتیجه آن کنترل دیابت بهتری داشتند. نتایج مطالعه Misra و همکارانش (۲۰۰۹) نیز افزایش معلومات و سطح سواد را در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی با اهمیت نشان داد (۳۰). مطالعه Zhong و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که بهترین عملکرد خودمراقبتی دیابت زمانی روی می دهد که بیمار درجات بالایی از معلومات و آگاهی را داشته باشد و در این زمان است که کنترل دیابت بهبود می یابد (۳۱). خودمراقبتی بر اساس نوع درمان به طور معنی داری متفاوت بود. میانگین نمره خودمراقبتی در بیمارانی که داروی خوراکی مصرف می کردند بیش از افرادی بود که درمان آن ها با تزریق انسولین و یا هر دو روش خوراکی و انسولین درمانی بوده

در بررسی ارتباط متغیرهای سابقه خانوادگی، ابتلا به عوارض ناشی از بیماری و ابتلا به بیماری های دیگر با عملکرد خودمراقبتی نتایج آزمون t ارتباط معنی داری را نشان نداد. در بررسی ارتباط سایر متغیرها با خودمراقبتی، بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه مشاهده گردید که در افراد مورد مطالعه بین سطح تحصیلات، نوع درمان و سطح درآمد با کیفیت خودمراقبتی ارتباط آماری معنی دار وجود دارد ($F=18/6$ ، $P<0/001$)، ($F=20/2$ ، $P=0/02$)، ($F=123/1$ ، $P<0/001$). همچنین با مشاهده میانگین و- انحراف استاندارد در جدول ۱ می توان دریافت که افراد با تحصیلات دانشگاهی، درآمد خوب و عالی و تحت درمان با دارو در مقایسه با سایر افراد از خودمراقبتی بالاتری برخوردارند. در بررسی ارتباط بین سن و مدت ابتلا به دیابت با وضعیت خودمراقبتی بیماران بر اساس آزمون همبستگی پیرسون، ارتباط خطی معنی داری بین متغیرهای ذکر شده دیده نشد ($r=0/12$ ، $P=0/1$) و ($r=0/25$ ، $P=0/67$).

بحث

مطالعه حاضر ارتباط معنی دار برخی عوامل دموگرافیک و مرتبط با بیماری را با رفتار خودمراقبتی نشان داد که این یافته با مطالعات متعدد در این زمینه همخوانی دارد (۲۲ و ۲۳). یافته های پژوهش نشان داد که به طور کلی وضعیت خودمراقبتی در بیماران در سطح مطلوب می باشد. در مطالعه مروتی (۱۳۸۶) در یزد نیز عملکرد خودمراقبتی در سطح مطلوبی بوده است و ۶۲/۷۹ درصد بیماران رفتارهای خودمراقبتی را انجام می دادند (۲۴). یافته های پژوهش حاکی از ضعیف بودن عملکرد خودمراقبتی در حیطه های پایش قند خون و فعالیت فیزیکی بوده است. این یافته با نتایج مطالعه Jordan (۲۰۱۰) همسو می باشد. در پژوهش Jordan کم ترین فعالیت خودمراقبتی در زمینه کنترل روزانه قند خون، مصرف به موقع دارو و انجام منظم فعالیت های فیزیکی بوده است (۲۵). در مطالعه Tol (۲۰۱۲) نیز ابعاد خودپایشی قند خون و تبعیت از رژیم پیشنهادی پایین ترین میانگین را داشت (۲۶). یافته های مطالعه Nelson (۲۰۰۷) نیز حاکی از این است که تبعیت از رژیم غذایی، خودپایشی قند خون و فعالیت فیزیکی به سختی تغییر می کند (۱۳). بیشترین نمره خودمراقبتی در این مطالعه در زمینه مراقبت از

اما این پژوهشگران بر این باورند که با افزایش سن نه تنها مدت ابتلا به دیابت نوع ۲ افزایش می یابد، بلکه سن بالا به دلایلی نظیر فراموشی و عدم توانایی، خودمراقبتی را کاهش داده و در نتیجه بر شدت بیماری می افزاید (۱۵ و ۳۷).

نتیجه گیری

نتایج نهایی پژوهش حاضر نشان داد که در مجموع رفتارهای خودمراقبتی بر حسب عوامل زمینه ای مانند تاهل، تحصیلات، درآمد و نوع درمان متفاوت است. ارتقای سلامت بیماران دیابتی و حفظ آن به میزان زیادی به رفتارهای خودمراقبتی بیماران وابسته است و اقدام نکردن به رفتارهای خودمراقبتی به صورت مستمر خطر عوارض کوتاه مدت و بلند مدت بیماری را افزایش می دهد. بنابراین آموزش های جامع و کاربردی در مورد چگونگی انجام رفتارهای خودمراقبتی، از مهم ترین ارکان کنترل بهینه بیماری برای کلیه این بیماران محسوب می شود. نتایج این پژوهش برای متخصصان بالینی و درمانگاه های دیابت با توجه به تعیین عوامل اجتماعی، جمعیتی و عوامل مربوط به بیماری دیابت اهمیت کاربردی و عملی دارد. پژوهش دارای محدودیت هایی نیز می باشد. جامعه پژوهش را بیماران تحت پوشش مرکز دیابت تشکیل داده اند که شاید نشان دهنده وضعیت کلیه بیماران مبتلا به دیابت در شهر نباشد و لذا تعمیم و بکارگیری نتایج جهت برنامه ریزی های مداخله به سایر بیماران دیابتی باید با در نظر گرفتن ویژگی های بیماران مورد مطالعه صورت گیرد. تعداد زیادی از بیماران نیز سواد کم داشتند که ممکن است در درک سئوالات دچار مشکل شده باشند. البته با توجه به اینکه پرسشنامه ها توسط پژوهشگر به صورت پرسش از بیماران تکمیل می شد در صورت ابهام در سئوالات، تلاش شد سئوالات با بیان ساده تری پرسیده شوند. جهت کاربرد یافته های پژوهش پیشنهاد می شود برنامه های تقویت رفتارهای خودمراقبتی و نیز برنامه های بهبود زیر ساخت های رفتارهای خودمراقبتی (درآمد، شغل، آگاهی و سطح سواد و...) نه تنها به منظور کاهش آسیب های همراه دیابت، بلکه مهم تر به منظور ارتقای سلامت کلی جامعه در اولویت قرار بگیرند. مبتنی بر یافته های این پژوهش پیشنهاد می شود قبل از برنامه های آموزش خودمراقبتی دیابت، نیازسنجی در این زمینه صورت گیرد تا آموزش ها مبتنی بر نیازهای واقعی

است. در مطالعه بقایی و همکاران (۱۳۸۸) هیچ ارتباطی بین نوع درمان و خودمراقبتی یافت نشد (۲۷). در مطالعات Bezie و همکاران (۲۰۰۶)، Huisman و همکاران (۲۰۰۹) نیز رفتارهای خودمراقبتی بر اساس نوع درمان متفاوت بود (۳۲ و ۱۵)، اما ناهمسو با نتایج مطالعه حاضر در این مطالعات میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران که انسولین دریافت می کردند به طور معنی داری بالاتر از بیماران دریافت کننده داروی خوراکی بود. Karter (۲۰۰۰) نیز اینگونه استدلال می کند که بیماران تحت درمان با انسولین به دلیل برنامه-ریزی منظم تر درمان، عادت به سبک مشخص درمان، ترس از گسترش عوارض بیماری در صورت عدم درمان با احتمال بیشتری به خودپایشی قند خون اقدام می کنند (۳۳). همانگونه که در نتایج آمده است وضعیت خودمراقبتی در بیماران با درآمد خوب و عالی بهتر بوده است. این یافته با نتایج پژوهش های Adams و همکاران (۲۰۰۳)، Karter و همکاران (۲۰۰۰) و Brown و همکاران (۲۰۰۴) در این زمینه همسو می باشد که دریافتند درآمد اندک یا نبود درآمد فرآیند خودمراقبتی را با مشکلات جدی مواجه می سازند و برخورداری از درآمد بالاتر امکان انجام رفتارهای مراقبت از خود را در فرآیندهای درمانی بالاتر می برد (۳۴ و ۳۳ و ۳۵). Simmons و Zgibor (۲۰۰۶) استدلال می نمایند هزینه-های بالای درمان در کنار نبود درآمد مناسب مانع دسترسی بیمار به مراکز آزمایش، داروها، مراکز مراقبت پیشگیرانه دیابت و برنامه های آموزشی است که به نوبه ی خود فرآیند خودمراقبتی را به تعویق می اندازد (۳۶). در مطالعه حاضر ارتباطی بین سن، ابتلا به عوارض دیابت و طول مدت ابتلا به دیابت با خودمراقبتی یافت نشد، اما در مطالعه بقایی (۱۳۸۸) عملکرد خودمراقبتی با افزایش سن و طولانی تر بودن مدت ابتلا به دیابت و داشتن عوارض بیماری افزایش پیدا می کرد (۲۷). می توان اینگونه استدلال نمود که طول مدت دیابت با سن بیمار و نیز فهم وی از دیابت همبستگی مثبتی دارد و با افزایش سن و طول مدت بیماری در صورت مساعد بودن دیگر شرایط اجتماعی-اقتصادی و پزشکی خودمراقبتی بهبود یافته و از شدت عوارض بیماری کاسته می شود. مطالعه Alberti و همکاران (۲۰۰۵) و Bezie و همکاران (۲۰۰۶) نیز ارتباط بین سن و خودمراقبتی را نشان می دهد،

وسيله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، مسئولان و کارکنان مرکز دیابت شهرستان خرم آباد و کلیه بیمارانی که در به انجام رساندن این پژوهش یاری رسانده اند صمیمانه قدردانی می شود.

بیماران باشد. بهتر است پژوهش های مشابه ای در مورد سایر اقشار بیماری های مزمن نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد مصوب دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره ۳۹۱۴۴۵ است. بدین

References

- Ahmadi A, Hasanzadeh J, Rajaefard A. Metabolic control and care assessment in patient with type 2 diabetes in Chaharmahal & Bakhtiyari Province 2008. Iranian J of Endocrinology & Metabolism (IJEM) 2009;11(1):33-9. [Persian]
- Shirazi M, Anousheh M. The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to /Iranian Diabetes Society. Journal of Education in Medical Sciences 2011; 10(5): 982-93.[Persian]
- Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S, Connolly V, King H: The burden of mortality attribute to diabetes, realistic estimates for the year 2000, diabetes care 2005;28(9):2130-5. PMID:16123478.
- International Diabetes federation 5 TH edition of the diabetes at last released on world Dag 2011: from <http://www.idf.org>
- Shirinzadeh M, Shakerhosseini R, Hoshiyar rad A. [Nutritional value assessment and adequacy of dietary intake in type 2 diabetic patients]. Iranian J of Endocrinology & Metabolism (IJEM) 2009;11(1)25-32. [Persian]
- Shakibazadeh E. The relationship between efficacy and perceived barriers to self care in self patient with type II diabetes. Journal Hayat 2009;15(4):69-78.(Persian)
- Siguroardottir AK. Self-care in diabetes: model of factor affecting self-care. Journal of Clinical Nursing Volume 14, Issue 3, pages 301–314, March 2005. PMID:15707440.
- Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self caring of children suffering from diabetes type I and it's relation with family reaction. IJME 2009;19(26):38-44.[Persian]
- Shirinzadeh M, Shakerhosseini R, Hoshiyar rad A. [Nutritional value assessment and adequacy of dietary intake in type 2 diabetic patients]. Iranian J of Endocrinology & Metabolism (IJEM) 2009;11(1)25-32.[Persian]
- Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Factors affecting the quality of diabetes care in primary health care centers in Tunis. Diabetes Research and Clinical Practice. 2005;68:237-43.PMID:15936466.
- Goldman D, Smith J.Can patient self-management help explain the SES health gradient?. Proc Natl Acad Sci U S A. 2002 Aug 6;99(16):10929-34. Epub 2002 Jul 24. PMID:12140364 .
- Piette J, Heisler M, Wanger T. Problems paying out-of- pocket costs among older adults with diabetes Diabetes Care. 2004 Feb ; 27(2):384-91. PMID:14747218.
- Nelson K, Farland L. and Reiber G. 2007. Factors Influencing Disease Self- Management among Veterans with Diabetes and Poor Glycemic Control. Society of General Internal Medicine, 22(4), pp.442–7 PMID:17372790
- Larranage I. et al;Socio- economic inequalities in the prevalence of type 2 diabetes,cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country,spain;Diabetic Med;oct 2004;1047-53 . PMID:16026371.
- 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 and Metabolism. 2006; 32: 611-6. PMID:17296515.
- Ruggiero L, Glasgow RE, Dryfoos JM, Rossi JS Prochaska JO, Orleans CT. et al. Diabetes selfmanagement Self-reported recommendations and patterns in a large population. Diabetes Care. 1997; 20(4): 568-76. PMID:9096982.
- Rahimian –Boger, I. Besharat , M.A. Mohajeri-Tehrani, M.R.Talepasand, S. Diabetes Self Management : Social ,Demogeraphical and Disease Factors. Journal Of Clinical Psychology.vol 1, No 4.2010. [Persian]
- Rayappa PH et. al. The impact of Socio- economic factors on diabetes care. International Journal of Diabetes in developing countries, 1999, 19:7-16.
- Morowati Sharifabad MA, Rohani Tonekaboni N. Diabetes Self- Care Determonants Model of Diabetic Referred to Yazd Reserch Center 2009;16(81):29-36.
- Toobert S, Glasgow R.E.D, Hampson W.H. The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure. DiabetesCare2000; 23:943–50. PMID:10895844.
- Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. Journal of Birjand University of Medical Sciences 2009; 15(4):91-9.
- Minet, L., Moller, S., Vach, W., Wagner L. and Henriksen, J.E., 2010. Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A Meta analysis of 47 randomized control trials Patient Education and Counseling, 80(1), pp.29-41. PMID:19906503.
- Cooper, H., Booth, K. and Gill, G., 2008. A trial of empowerment-based education in Type 2 diabetes-Global rather than glycaemic benefits. Diabetes

- Research and clinical Practice, 8(2), pp. 165-71. PMID:18804887.
24. Morowti Sharifabad MA, Rohani Tonekaboni N. The Relationship between Percived Benefit /Barriers of Self- Care Behaviors and Self- Management in Diabetic Patient .Hayat(Journal of Faculty of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences). 2007;13(1):17-28
25. Jordan DN, Jordan JL. Self care behaviors of Filipino-American adult with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complication 2010;24(4):250-8. PMID:19615920.
26. Tol A, Sharifi Rad GH, Eslami AA, Alhani F, Mohajer MR, Shojaezadeh D. Factors influencing self -management behavior in type -2 diabetes patient: A strategy proposed to be adopted when planning theory/model based intervention. Journal of school of Public Health and Institue of Public Health Research .2012; 9(4)21-32.
27. Baghaei P, Zahedi M, Vares Z, Masudi N, Adibi Hajbagheri M. Status Self- Care Diabetes Patient Kashan Diabetes Center. Journal Official Publication Fyze .2008; 12(1):88-93.
28. Farmer A, Wade AN, French DP, Simon J, Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes:a randomized control trail. Health Technol Assess. 2009;13(15):41-50. PMID:19254484.
29. Jerant A, von Friederichs-Fitzwater M, Moore M. Patients' perceived barriers to active selfmanagement of chronic conditions. Patient Educ Couns. 2005; 57: 300-7. PMID:15893212
30. Misra, R. and Lagerb, J., 2009. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. Journal of diabetes and its complications, 23(1), pp.54–64 .PMID:18413181.
31. Zhong, X., Tanasugarn, C., Fisher, E.B Krudsood, S. and Nityasuddhi, D., 2011. Awareness and practices of selfmanagement and influence factors among individuals with type 2 diabetes in urban community settings in Anhui Province, China. Southeast Asian J Trop Med Public Health, 42(1), pp. 187-96. PMID:21323182.
32. Huisman S, de Gucht V, Maes S, Schroevers M, Chatrou M, Haak H. Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. Patient Educ Couns. 2009;75(1):84-90. PMID:19097740.
33. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: Language and financial barriers in a managed care population with diabetes. Diabetes Care. 2000 Apr ; 23(4): 477-83 .PMID:10857938.
34. Adams AS, Mah C, Soumerai SB, Zhang F, Barton MB, Ross-Degnan D. Barriers to self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes in an HMO: A cross sectional study. BMC Health Services Research. 2003 Mar; 3(6): 1-8. PMID:12659642.
35. Brown A, Ettner S, Piette J, Weinberger M, Gregg E Shapiro M. et al. Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. Epidemiol Rev2004; 26: 63-77. PMID:15234948.
36. Zgibor JC, Simmons D. Barriers to Blood Glucose Monitoring in a Multiethnic Community. Diabetes Care 2002 Oct ; 25:(10) 1772–7. PMID:12351476.
37. Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Factors affecting the quality of diabetes care in primary health care centres in Tunis. Diabetes Research and Clinical Practice. 2005; 68: 237-43. Epub 2004 Nov 11. PMID:15936466.

Original Paper

Underlying Factors Influencing Self-Care Quality in Type 2 Diabetic Patients in Khoram Abad City, Iran

Leila Davari (BSc)¹, Ahmad Ali Eslami (PhD)^{*2}, Akbar Hassan zadeh (MSc)³

1- MSc Student of health education, School of Health, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran.
2- Assistant professor, PhD in health education, health education and health promotion Department, School of Health, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran. 3- Instructor of statistics, statistics and epidemiology Department, School of Health, Isfahan university of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Background and Objective: Diabetes is the most common metabolic disorder associated with long-term complications. social and psychological factors have a crucial role in its management. the treatment of Diabetes mainly depends on the patient and self-care is one of the most important factors in controlling this disease. This study aimed at evaluating the self-care related factors in type 2 diabetic patients.

Material and Methods: This descriptive-analytical study was conducted on 95 patients with type 2 diabetes in Khorramabad city in 2013. The data collected by a demographic questionnaire and Glasgow and tobert Self-care scale was analyzed by spss 20 software using independent t-test, Pearson correlation and One Way ANOVA.

Results: Considering all areas, the average self-care score was 53.6 ± 11.7 . The lowest score was in the areas of glycemic control, physical activity, and the highest one in diet and foot care. Based on marital status, education, income and type of treatment, The average self-care was significantly different ($P < 0.05$).

Conclusion: In accordance with the real need unique characteristics of the patients, comprehensive and practical training related self-care behavior should be considered.

Keywords: Self-Care, Type 2 Diabetes, Demographic

*** Corresponding Author:** Ahmad Ali Eslami (PhD), **Email:** eslamiaa@gmail.com

Received 23 Oct 2013

Revised 14 May 2014

Accepted 21 Sep 2014

This paper should be cited as: Davari L, Eslami AA, Hassanzadeh A. [Underlying Factors Influencing Self-Care Quality in Type 2 Diabetic Patients in Khoram Abad City, Iran]. J Res Dev Nurs Midwifery. Autumn & Winter 2014; [Article in Persian]