

رابطه رفتارهای خودمراقبتی با عوامل جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری

در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

هادی اکبری^۱

فهیمه دهقانی^۲

مریم صالح زاده^۳

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه رفتارهای خودمراقبتی با عوامل جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود. پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۳۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس از مرکز خیریه دیابت آل ابراهیم شهر اصفهان انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت (۱۳۹۱) و پرسشنامه محقق ساخته‌ی ویژگی‌های جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری بود. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و کای اسکور نشان داد میزان خودمراقبتی ۸۰ درصد افراد شرکت‌کننده، در حد متوسط و خوب بود. نتایج آزمون کای اسکور نشان داد بین رفتارهای خودمراقبتی و شدت قند خون ($p=0/004$) رابطه معنی‌دار وجود دارد اما خودمراقبتی با متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات، شغل) و سایر خصوصیات بیماری (مدت ابتلا به بیماری و نوع درمان) رابطه معنی‌داری نداشت ($p > 0/05$). با توجه به نتایج پژوهش رفتارهای خودمراقبتی می‌تواند منجر به کاهش شدت قند خون شود. بنظر می‌رسد پیگیری‌های مرتب بیماران از طرف مرکز خیریه آل ابراهیم به عنوان یک عامل حمایت اجتماعی بر عدم وجود ارتباط متغیرهای جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری با رفتارهای خودمراقبتی اثرگذار بوده است؛ لذا برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران، آموزشگران سلامت باید این نکته را مدنظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: خودمراقبتی، ویژگی‌های جمعیت شناختی، خصوصیات بیماری، دیابت نوع ۲

مقدمه

تا چندی پیش بیماری‌های واگیر به عنوان بزرگترین مشکل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می‌رفت اما در حال حاضر افزایش نقش بیماری‌های غیر واگیر در مرگ و میر، خصوصاً در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی محسوب می‌شود که بیماری دیابت یکی از آنها است (حسن زاده، علی اکبری

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، ایران
نویسنده مسئول: soroush3138@gmail.com

۲- استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، ایران

۳- استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه یزد، ایران

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

دهکردی و خسته، ۱۳۹۱). دیابت دو نوع دارد: نوع ۱ و نوع ۲، علت دیابت نوع ۱ عفونت، ژنتیک، و اختلال در سیستم ایمنی است در حالیکه در دیابت نوع ۲ عوامل محیطی مانند بی تحرکی، تغذیه نامناسب و چاقی نقش مهمی دارد (حاتم لویی سعدابادی، باباپور و پورشریفی، ۱۳۹۰).

دیابت نوع ۲ از جمله بیماری‌های است که مشکلات بهداشتی-درمانی و اجتماعی-اقتصادی بسیاری برای جوامع بشری ایجاد کرده و در دهه‌های اخیر نیز گسترش زیادی یافته است و به سبب پیامدهای فراوان و ایجاد معلولیت‌های مختلف در بین مردم به عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده شناخته می‌شود (زیمت^۱، ۲۰۰۳). علت ابتلا به این بیماری این است که بدن انسولین کافی نمی‌سازد یا اینکه مصرف انسولین با اشکال مواجه است یا ترکیبی از هر دو مورد است (فرنودی، امیری و جلالی، ۱۳۹۴).

تاثیر این بیماری بر توانایی فکری و جسمی افراد باعث می‌شود تعدادی کمی از بیماران برای رسیدن به نتایج مناسب تلاش کنند (مای‌بانی^۲، ۲۰۰۹). دانش نظری در مورد چگونگی مدیریت این بیماری در دسترس است. چنین اطلاعاتی شامل نحوه حفظ یک سبک زندگی سالم و نحوه مشارکت در فعالیت‌های مناسب خودمراقبتی می‌شود (بودنهایمر، واگنر و گرُمباخ^۳، ۲۰۰۲). کنترل به موقع دیابت، توانمندی بیمار در امر مراقبت از خود و پایبندی او به حفظ این مراقبت را می‌طلبد. یک فرد دیابتی باید برنامه غذایی دقیق و مناسبی داشته باشد، به طور منظم ورزش کند، دارو مصرف کند و قند خون خود را کنترل کند و تحت نظر پزشک باشد (فارو^۴، ۱۹۹۹). اگرچه مطالعاتی در زمینه خودمراقبتی و دیابت انجام شده‌است، اما بسیاری از مطالعات بر روی دیدگاه‌های گسترده‌ای مانند مداخله مراقبت از خود و به چالش کشیدن بیمار متمرکز بودند. نکته ای که در مورد خودمراقبتی باید مورد توجه بیشتری قرار بگیرد این است که چه عواملی می‌تواند به بهبود فعالیت‌های خودمراقبتی در بین بیماران دیابت نوع ۲ کمک کند (ابراهیم^۵، ۲۰۱۱)؛ چرا که با شناسایی عواملی که در موفقیت و یا شکست فرایند خودمراقبتی بیمار سهیم هستند می‌توان مداخلاتی برای کمک به بیمار یا خانواده وی در پذیرش برنامه خاص درمانی تدوین کرد (آلبرتی، بودریگا و نابلی^۶، ۲۰۰۵).

از جمله متغیرهایی که می‌توانند با رفتارهای خودمراقبتی رابطه داشته باشند ویژگی‌های جمعیت-شناختی و خصوصیات بیماری است. برخی از مطالعات نشان می‌دهد که عوامل جمعیت شناختی نظیر سن بالا خودمراقبتی را کاهش می‌دهد (آدامز، ماه، سومیرای، زانگ، بارتون و روس-دگنان^۷، ۲۰۰۳؛ ژوه، لیاو،

1 - Zimmet

2 - Mybanya

3 - Bodenheimer, Wagner & Grumbach

4 - Faro

5 - Abraham

6 - Alberti, Boudriga, & Nabli

7 - Adams, Mah, Soumerai, Zhang, Barton & Ross-Degnan

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

سان و هی^۱، ۲۰۱۳) اما برخی دیگر گزارش داده‌اند که رابطه‌ای بین سن و خودمراقبتی وجود ندارد (بیگدلی، هاشمی نظری، خداکریم و برودت، ۲۰۱۶) و یا بیزی، مولینا، هرناندز، باتیستا، نیانگ و هووت^۲ (۲۰۰۶) در مطالعه‌ی خود نتیجه گرفتند بیمارانی که از درمان تبعیت نمی‌کردند جوان‌تر از بیمارانی بودند که از درمان تبعیت می‌کردند. پاور و همکاران^۳ (۲۰۱۷) نیز نشان داده‌اند که بیماران با سن پایین‌تر میزان کمتری از خودپایشی را دارند.

از سوی دیگر، برخی از مطالعات نشان داده‌اند گروه‌های محروم اجتماعی-اقتصادی رفتارهای خودمراقبتی دیابت را در حد بسیار ضعیف نشان می‌دهند و از لحاظ تبعیت از برنامه‌های غذایی و دارویی، انجام ورزش و فعالیت بدنی و خودپایشی قند خون در سطح پایین‌تری عمل می‌کنند (براون و همکاران^۴، ۲۰۰۴). عوامل اجتماعی-اقتصادی نظیر تحصیلات پایین و درآمد اندک (کارت، فرارا، داربنین، آکرسون و سلبی^۵، ۲۰۰۰) فرایند خودمراقبتی را با مشکل جدی مواجه می‌سازند، چراکه سطح تحصیلات تحصیلات بیمار با فهم اطلاعات بهداشتی و پزشکی همبستگی دارد (مک کیچان، پیترسون، هِنلی و بریتن^۶، ۲۰۱۱) و منابع مالی بیمار از طریق تاثیر بر رفتارها و سبک زندگی سالم بر خودمراقبتی بیمارانی دیابتی نقش مهمی دارد (پیپ، هیسلیر و واگنر^۷، ۲۰۰۴). اما برخی دیگر از پژوهشگران گزارش داده‌اند که رابطه‌ای بین تحصیلات و خودمراقبتی وجود ندارد (بیگدلی و همکاران، ۲۰۱۶). در مورد رابطه خودمراقبتی با سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی نظیر سن، وضعیت اشتغال و وضعیت تاهل نیز نتایج بدست آمده ضد و نقیض بوده است (معینی و همکاران، ۱۳۹۵؛ واعظی، فلاح تفتی و مشتاق عشق، ۱۳۹۶؛ آسیلی و همکاران^۸، ۲۰۱۶).

علاوه بر متغیرهای جمعیت‌شناختی، خصوصیات بیماری عامل مهم دیگری است که در میزان خودمراقبتی بیماران دیابتی می‌تواند نقش داشته باشد. تحقیقات زیادی در خصوص مدت زمان ابتلا به دیابت و رفتارهای خودمراقبتی انجام شده است ولی نتایج یکسان نبوده است. برخی با افزایش طول مدت دیابت ارتباط معنی‌دار مثبت و برخی ارتباط معکوس با رفتارهای خودمراقبتی داشته و برخی نیز ارتباط معنی‌داری گزارش نکرده‌اند (بیگدلی و همکاران، ۱۳۹۴؛ تقی پور، مشکو و میرزایی، ۱۳۹۶). متغیر

1 - Zhou, Liao, Sun, M & He

2 - Bezie, Molina, Hernandez, Batista, Niang & Huet

3 - Powers & et al

4 - Brown & et al

5 - Karter, Ferrara, Darbinian, Ackerson & Selby

6 - MacKichan, Paterson, Henley & Britten

7 - Piette, Heisler & Wagner

8 - Ausili & et al

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

دیگری که در برخی از پژوهشها مورد توجه قرار گرفته است نوع درمان می باشد. آسیلی و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی نشان دادند بیمارانی که تحت درمان با انسولین هستند، به احتمال بیشتر خودپایشی قند خون خود را انجام می دهند و رفتارهای خودمراقبتی بیشتری را گزارش میدهند. نتیجه مشابهی در همین زمینه در پژوهش بیگدلی و همکاران در سال ۱۳۹۴ بدست آمده است. بنظر میرسد دلیل رفتارهای خودمراقبتی بیشتر در این گروه از بیماران این باشد که آنها برنامه درمانی منظمتری دارند یا برخی از بیماران که با دارو درمانی موفق به کنترل بیماری نشده اند، ممکن است با دستور پزشک معالج خود انسولین را جایگزین درمان فعلی خود نمایند و به علت ترس از ایجاد عوارض بیماری، رفتارهای خودمراقبتی بهتری را انجام دهند.

در مجموع با توجه به آنچه بیان شد متغیرهای جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری از عوامل مهم و تاثیرگذار بر خودمراقبتی بیماران دیابتی هستند. نکته ای که نباید از آن غافل شد ایناست که خودمراقبتی می تواند تحت تاثیر فرهنگ و جامعه‌ای که بیماران در آن زندگی می کنند قرار گیرد. هماهنگی که نتایج پژوهشها هم نشان داد در طول زمان و با توجه به جامعه ای که پژوهش در آن انجام گرفته است نتایج بایکدیگر متفاوت و حتی متناقض است. از اینرو هدف پژوهش حاضر بررسی رفتارهای خودمراقبتی و رابطه آن با عوامل جمعیت شناختی نظیر وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، جنسیت، سن، شغل و خصوصیات بیماری از جمله طول مدت بیماری، نوع درمان و شدت بیماری در بیماران دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز خیریه آل ابراهیم است.

روش پژوهش

جامعه مورد بررسی در این مطالعه شامل تمامی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز خیریه دیابت آل ابراهیم شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ بودند. بیماران مورد مطالعه شامل ۳۶۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از افراد مراجعه کننده به مرکز دیابت آل ابراهیم شهر اصفهان انتخاب شدند. در مطالعه ی حاضر، روش گردآوری داده‌ها و شیوه اجرای پژوهش، فردی بوده و روش نمونه گیری به این نحو بود که پژوهشگر بعد از اخذ مجوز مرکز خیریه دیابتی‌های آل ابراهیم شهر اصفهان که حدود ۶۰۰۰ پرونده فعال داشت به این مرکز مراجعه نموده و با بیماران حاضر در آنجا مصاحبه می‌کرد. به این ترتیب، بیمارانی که حائز شرایط ورود به مطالعه بودند و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند شناسایی می‌شدند و ابزار پژوهش در اختیار آنان قرار داده می‌شد. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده شده و به آنان اطمینان داده می‌شد که اطلاعات، محرمانه باقی مانده و بدون ذکر نام تحلیل خواهند شد. ابزار پژوهش شامل دو پرسشنامه بود. ۱- مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی که یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۵ سوالی است که معیارهای

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند. دارای طیف لیکرت از ۰ تا ۷ است که نمره ۰ یعنی عدم رعایت خودمراقبتی و ۷ یعنی رعایت کامل خودمراقبتی. این مقیاس دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی ۵ سوال با نمره ۰ تا ۳۵، ورزش ۲ سوال با نمره ۰ تا ۱۴، آزمایش قند خون ۲ سوال با نمره ۰ تا ۱۴ تا ۷، مراقبت از پا ۴ سوال با نمره ۰ تا ۲۸ و سیگار کشیدن ۱ سوال با نمره ۰ تا ۱ است در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره ۰ تا ۱۱ دارد به بقیه رفتارها یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال بدست می‌آید امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد و جهت تعیین وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی، آنها را در ۳ دسته بصورت خودمراقبتی ضعیف نمره ۰ تا ۳۳ خودمراقبتی متوسط نمره ۳۴ تا ۶۷ و خودمراقبتی قوی نمره ۶۸ تا ۹۹ طبقه بندی شدند. توپرت و گلاسگو^۱ (۲۰۰۰) در مطالعات متعددی، روایی و اعتبار پرسشنامه را به تایید کرده‌اند. از جمله در مطالعه‌ای آلفای کرونباخ ۰/۸۵، که نشان دهنده ثبات درونی مناسب پرسشنامه است را بدست آورده‌اند. مقدار آلفای کرونباخ برای پرسشنامه خودمراقبتی در این پژوهش ۰/۸۶ بدست آمد. ۲- پرسشنامه محقق ساخته جهت جمع‌آوری اطلاعات جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری که این پرسشنامه ابزاری محقق ساخته است که اطلاعات جمعیت شناختی از جمله جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل و خصوصیات بیماری از جمله مدت بیماری، میزان قند خون و نوع درمان را جمع‌آوری می‌کند. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ورژن ۲۵ استفاده شد و از روش‌های آماری فراوانی مطلق، فراوانی نسبی و آزمون کای اسکوئر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد و سطح معنی‌داری $p < 0.05$ تعیین شد.

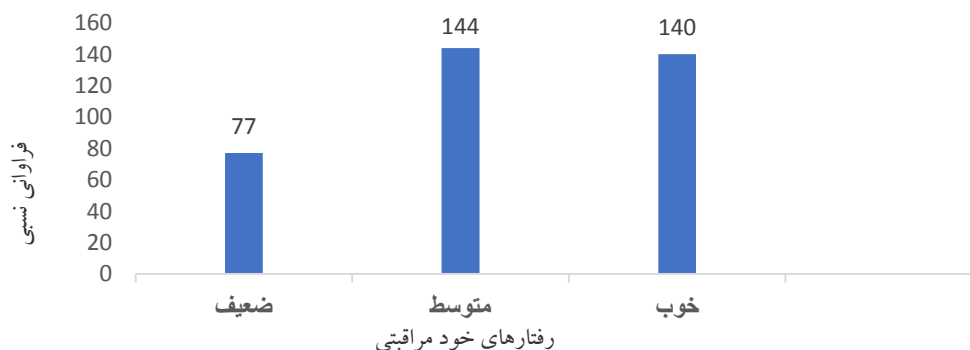
یافته‌ها پژوهش

توزیع فراوانی نسبی افراد را بر حسب رفتارهای خودمراقبتی توسط نمودار ۱ نشان داده شده است. طبق نمودار بیشترین فراوانی مربوط به رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط بود (۴۱ درصد). همچنین ۳۹ درصد رفتار خودمراقبتی خوب و ۲۱ درصد آنان رفتار خودمراقبتی ضعیف داشتند.

1- Toobert & Glasgow

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸



نمودار ۱: توزیع فرآینی نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب رفتارهای خودمراقبتی

جدول ۱: توزیع فرآینی مطلق و نسبی افراد مورد مطالعه بر حسب رفتارهای خودمراقبتی و متغیرهای جمعیت شناختی و خصوصیات بیماری

سطح معناداری	خی دو	خوب		متوسط		ضعیف		رفتارهای خودمراقبتی	
		فرآینی نسبی	فرآینی مطلق	فرآینی نسبی	فرآینی مطلق	فرآینی نسبی	فرآینی مطلق	متغیرهای جمعیت شناختی	
> ۰/۰۵	- ۰/۰۶	۳۸/۴	۸۳	۳۹/۸	۸۶	۲۱/۷	۴۷	زن	جنسیت
		۳۹/۳	۵۷	۴۰/۰	۵۸	۲۰/۶	۳۰	مرد	
> ۰/۰۵	- ۰/۳۸	۲۸/۲	۱۲۰	۴۰/۴	۱۲۷	۲۱/۳	۶۷	متاهل	وضعیت تأهل
		۴۲/۵	۲۰	۳۶/۱	۱۷	۲۱/۲	۱۰	مجرد	
> ۰/۰۵	۷/۰۸	۳۷/۹	۱۱	۳۴/۵	۱۰	۲۷/۶	۸	۳۹-۳۰	سن
		۲۸/۳	۲۳	۳۸/۳	۲۳	۲۳/۳	۱۴	۴۹-۴۰	
		۴۴/۶	۳۷	۳۲/۳	۲۸	۲۲/۹	۱۹	۵۹-۵۰	
		۳۶/۹	۴۸	۴۳/۸	۵۷	۱۹/۲	۲۵	۶۹-۶۰	
		۳۶/۲	۲۱	۴۹/۰	۲۶	۱۹/۰	۱۱	بالاتر از ۷۰	
> ۰/۰۵	۹/۷۴	۳۴/۵	۷۱	۴۰/۸	۸۴	۲۴/۸	۵۱	سیکل و کمتر	تحصیلات
		۴۲/۷	۵۰	۴۰/۲	۴۷	۱۷/۱	۲۰	دیپلم و فوق دیپلم	
		۵۱/۴	۱۹	۳۲/۴	۱۲	۱۶/۲	۶	لیسانس و بالاتر	
> ۰/۰۵	۶/۳۰	۴۱/۴	۳۶	۳۵/۶	۳۱	۲۳/۰	۲۰	شاغل	شغل
		۴۱/۹	۳۶	۴۴/۲	۳۸	۱۴/۰	۱۲	بازنشسته	
		۳۶/۴	۶۸	۳۹/۶	۷۴	۲۴/۱	۴۵	خانه دار	
> ۰/۰۵	۱۲/۵	۳۸/۱	۴۵	۳۳/۸	۴۰	۲۷/۹	۳۳	۵-۱	مدت ابتلا

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

		۳۹/۲	۴۰	۳۹/۲	۴۰	۲۱/۵	۲۲	۱۰-۶	
		۴۲/۲	۳۰	۴۳/۶	۳۱	۱۴/۰	۱۰	۱۵-۱۱	
		۳۹/۵	۱۷	۳۷/۲	۱۶	۲۳/۲	۱۰	۲۰-۱۶	
		۲۹/۶	۸	۶۲/۹	۱۷	۷/۴	۲	۲۱	
	۱۶/۱	۶۵/۰	۱۳	۳۵/۰	۷	۰	۰	۹۹-۸۰	شدت قند
		۴۳/۲	۴۸	۴۰/۵	۴۵	۱۶/۲	۱۸	۱۲۹-۱۰۰	خون
		۳۴/۸	۶۰	۳۹/۵	۶۸	۲۵/۵	۴۴	۱۹۹-۱۲۹	
		۲۰/۳	۱۹	۴۰/۶	۲۴	۲۵/۴	۱۵	۲۰۰ و بالاتر	
	۱۱/۷	۴۰/۷	۲۴	۴۴/۱	۲۶	۱۵/۳	۹	انسولین	روش
		۳۶/۶	۸۳	۳۹/۶	۹۰	۲۳/۸	۵۴	قرص	درمان
		۳۰/۰	۳	۴۰/۰	۴	۳۰/۰	۳	رژیم	
		۴۳/۱	۲۲	۳۷/۳	۱۹	۱۹/۶۰	۱۰	انسولین و قرص	
		۶۱/۵	۸	۳۰/۸	۴	۷/۷	۱	همه روشها	

جهت بررسی رابطه بین متغیرهای دموگرافیک با خودمراقبتی از آزمون کای اسکوئر استفاده شد. طبق جدول ۱ بین رفتارهای خودمراقبتی با شدت میزان قند خون رابطه معنی داری بدست آمد ($p=0/004$). به طوری که افرادی که قند خون بین ۱۲۹ تا ۱۹۹ داشتند نسبت به بقیه گروه‌ها خودمراقبتی بهتری داشتند. اما بین رفتارهای خودمراقبتی با جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، شغل، مدت ابتلا به بیماری و نوع درمان رابطه معنی داری یافت نشد ($p>0/05$).

بحث و نتیجه گیری

عوامل پیچیده و متعددی در تعامل با هم بر خودمراقبتی بیماران دیابتی اثر گذاشته و پیامدهای سلامتی این بیماران را تعیین می‌کند (هوانگ، کورتنی، ادواردز و مک‌دول^۱، ۲۰۱۰). هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه رفتارهای خودمراقبتی و عوامل جمعیت‌شناختی و خصوصیات بیماری مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

با توجه به نتایج این بررسی، ۸۰ درصد افراد مورد مطالعه رفتارهای خودمراقبتی متوسط و خوبی داشتند و عملکردشان در این زمینه خوب بود. عوامل متعددی نظیر، رایگان بودن خدمات این مرکز، آموزش‌های که به افراد مراجعه‌کننده داده می‌شد که این خود منجر به افزایش آگاهی افراد در زمینه رفتارهای صحیح خودمراقبتی می‌شد و همچنین پیگیری‌های که از طرف این مرکز در مورد افراد بیمار

¹ - Huang, Courtney, Edwards & McDowell

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

انجام می‌شد می‌تواند در نتیجه بدست آمده نقش داشته باشد. نتایج این پژوهش با یافته‌های آذرباد (۱۳۸۴)، عنبری، قنادی، کاویانی و منتظری (۱۳۹۱)، خضربلو و فیضی (۱۳۹۱) و جُردن^۱ و جُردن (۲۰۱۰) که در مطالعات جدا نشان دادند که نیمی از بیماران رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط و نیمی در سطح خوب داشتند همسو بود.

نتیجه دیگر پژوهش حاضر نشان داد بین شدت بیماری و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی دار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های براون و همکاران (۲۰۰۴)، آدامز و همکاران (۲۰۰۳) و رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۹) همسو بود و با یافته‌های سارکار، فیشر و شیلینگر^۲ (۲۰۰۶) ناهمسو بود. در تبیین نتیجه بدست آمده می‌توان گفت خودمراقبتی یکی از مهمترین شیوه‌های مدیریت بیماری دیابت نوع دو می‌باشد و در اغلب موارد عدم انجام رفتار خودمراقبتی مناسب باعث تشدید بیماری می‌گردد (آلپرتی و همکاران، ۲۰۰۵). از اینرو همانگونه که دیده می‌شود خودمراقبتی بیشتر منجر به کاهش قندخون می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین هیچیک از متغیرهای جمعیت‌شناختی (جنسیت، وضعیت تأهل، سن، تحصیلات و شغل) و رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی داری یافت نشد. از سوی دیگر بین خصوصیات بیماری از جمله مدت ابتلا به بیماری دیابت و نوع درمان با رفتارهای خودمراقبتی هم رابطه معنی داری وجود نداشت.

یکی از دلایل احتمالی معنی دار نشدن متغیرهای ذکر شده خدمات رایگانی بود که این مرکز در اختیار افراد بیمار قرار می‌داد و همچنین پیگیری‌های مرتب بیماران از طرف این مرکز بود. افراد با هر سطح تحصیلات، جنسیت، گروه سنی و شغلی بطور مرتب توسط مرکز مورد ارزیابی و پایش قرار می‌گرفتند که این مساله می‌تواند تاثیر احتمالی تمامی متغیرهای ذکر شده را از بین برده باشد. همچنین رایگان بودن داروی انسولین و دیگر داروهای مرتبط با دیابت در این مرکز و پیگیری مرکز در جهت مصرف آن می‌تواند علت عمده رابطه بین نوع درمان و خودمراقبتی باشد. از آنجا که دیابت بیماری مزمنی است که احتیاج به تغییرات وسیع رفتاری و پایبندی به یک رژیم مراقبتی پیچیده دارد، حمایت اجتماعی یکی از عوامل مؤثر و مهم در انجام خودمراقبتی و پایبندی بیماران به درمان و کنترل بیماری محسوب می‌شود که میتواند رفتارهای خودمراقبتی و سازگاری با بیماری را تسهیل کند. این حمایت می‌تواند از سوی خانواده و یا سایر افراد به بیماران داده شود. به نظر میرسد در پژوهش حاضر، مرکز خیریه دیابت آل ابراهیم به عنوان یک منبع حمایت اجتماعی توانسته است بر میزان خودمراقبتی بیماران تاثیر مثبتی داشته باشد.

¹- Jordan

²- Sarkar, Fisher & Schillinger

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد. اول اینکه داده‌های مطالعه به صورت خودگزارش دهی جمع شده‌اند و ممکن است منعکس‌کننده عملکرد واقعی افراد نباشند. دوم اینکه مرکز مورد بررسی یک مرکز خیریه بوده و افراد مراجعه‌کننده به آن ویژگی‌های اجتماعی و فرهنگی محدودی داشتند که امکان تعمیم نتایج به سایر جوامع را محدود می‌سازد. سوم اینکه پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی بود که ماهیت آن استخراج علت و معلولی را غیرممکن می‌سازد. با توجه به محدودیت‌های ذکر شده پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده رفتارهای خودمراقبتی در نمونه‌های بیشتری از بیماران دیابتی در مراکز درمانی مختلف انجام شود.

در مجموع یافته‌های این پژوهش نشان داد که عوامل جمعیت‌شناختی و برخی از خصوصیات بیماری بر رفتار خودمراقبتی بیماران تأثیری ندارد. با توجه به ویژگی خاص مرکز مورد بررسی که بیماران را بطور مستمر مورد پایش قرار می‌داد، از اینرو پیشنهاد می‌شود ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در برنامه‌ریزی درمان به این نکته توجه داشته باشند.

منابع

- آذرباد، محسن. (۱۳۸۴). بررسی ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با نیازهای مراقبت از خود بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی، درمانی و تحقیقاتی قلب و عروق شهید رجایی تهران. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ایران. دانشکده پرستاری و مامایی.**
- بیگدلی، محمدعلی؛ هاشمی نظری، سید سعید؛ خداکریم، سهیلا؛ بروذتی، حمید؛ مافی، هادی؛ جعفری، زهرا؛ ذکایی، فریبا و جوادی پور، سمیر. (۱۳۹۴). بررسی عوامل مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دوم مبتلا به دیابت نوع. **مجله علوم پزشکی دانشگاه مازندران، ۱۲۵(۲۵)، ۶۱-۷۲.**
- تقی پور، علی؛ مشکلی، مهدی و میرزایی، نسیم. (۱۳۹۶). تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد. **فصلنامه علمی، پژوهشی آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۵(۴)، ۳۳۵-۳۳۸.**
- حاتم لویی سعابادی، منیژه؛ باباپور، جلیل و پورشریفی، حمید. (۱۳۹۰). نقش گرایش‌های علیتی در رفتارهای خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲. **مجله علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، ۵(۳)، ۲۴۵-۲۵۱.**
- حسن زاده، پرستو؛ علی اکبری دهکردی، مهناز و خمسه، محمد ابراهیم. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و راهبرد‌های مقابله‌ای در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. **فصلنامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت، ۱(۲)، ۲۱-۱۲.**
- خضولو، سمیه و فیضی، آرام. (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین خودکارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت ارومیه. **دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی، ۱۰(۳)، ۳۶۹-۳۷۵.**
- رحیمیان بوگر، اسحاق؛ بشارت، محمدعلی؛ مهاجری تهرانی، محمدرضا و طالع پسند سیاوش. (۱۳۸۹). خودمدیریتی دیابت: همبسته‌های اجتماعی، جمعیت‌شناختی و بیماری. **مجله روان‌شناسی بالینی، ۱(۴)، ۵۷-۴۳.**

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

عنبیری، خاطره؛ قنادی، کوروش؛ کاویانی، مژگان و منتظری، رضوان. (۱۳۹۱). خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد. **فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان**، ۱۴(۴)، ۵۷-۴۹.

فردودی، فرهاد. امیری، حسن. جلالی، رستم (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین تیپ شخصیتی B و A با بیماری دیابت نوع دو در بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت کرمانشاه در سال ۱۳۹۳. **مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی**، ۴(۳)، صص ۱۹۴-۱۸۸.

معینی بابک، تیموری پروانه، حاجی مقصودی سعیده، افشاری مریم، خارقانی‌مقدم سیده ملیکا، باقری فهیمه، و همکاران. (۱۳۹۵). تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی. **مجله دانشگاه علوم پزشکی قم**. ۱۰ (۴): ۴۸-۵۷

واعظی علی اکبر، فلاح تفتی بهاره، مشتاق عشق زهرا. (۱۳۹۶). بررسی عوامل زمینه ای مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات استان یزد، سال ۱۳۹۳. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد**. ۲۵ (۱۰): ۷۷۰-۷۷۹.

- Abraham, M. (2011). Self-care in type 2 diabetes: A Systematic Literature Review on Factors Contributing to Self-Care among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. (Dissertation). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:lnu:diva-17705>.
- Adams, A. S., Mah, C., Soumerai, S. B., Zhang, F., Barton, M. B., & Ross-Degnan, D. (2003). Barriers to self-monitoring of blood glucose among adults with diabetes in an HMO: a cross sectional study. *BMC health services research*, 3(1), 1-6.
- Alberti, H., Boudriga, N., & Nabli, M. (2005). Factors affecting the quality of diabetes care in primary health care centres in Tunisia. *Diabetes research and clinical practice*, 68(3), 237-243.
- Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M. G., Paturzo, M., ... & Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: a multicentre cross-sectional study. *International journal of nursing studies*, 63, 18-27.
- Ausili, D., Rossi, E., Rebora, P., Luciani, M., Tonoli, L., Ballerini, E., ... & Di Mauro, S. (2018). Socio-demographic and clinical determinants of self-care in adults with type 2 diabetes: a multicentre observational study. *Acta diabetologica*, 55(7), 691-702.
- Bezie, Y., Molina, M., Hernandez, N., Batista, R., Niang, S., & Huet, D. (2006). Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes. *Diabetes & metabolism*, 32(6), 611-616.
- Bigdeli M A, Hashemi Nazari S S, Khodakarim S, Brodati H. (2016). Factors Affecting Self-Care in Patients with Type II Diabetes Using Path Analysis. *Iran J Health Sci*, 4 (3) :10-21
- Bodenheimer, T., Wagner, E. H., & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *Jama*, 288(15), 1909-1914.
- Brown, A. F., Ettner, S. L., Piette, J., Weinberger, M., Gregg, E., Shapiro, M. F., ... & Beckles, G. L. (2004). Socioeconomic position and health among persons with diabetes mellitus: a conceptual framework and review of the literature. *Epidemiologic reviews*, 26(1), 63-77.
- Faro, B. (1999). The effect of diabetes on adolescents' quality of life. *Pediatric nursing*, 25(3), 247-254.
- Huang, M. F., Courtney, M., Edwards, H., & McDowell, J. (2010). Factors that affect health outcomes in adults with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *International Journal of nursing studies*, 47(5), 542-549.

- Jordan, D. N., & Jordan, J. L. (2010). Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 24(4), 250-258.
- Karter, A. J., Ferrara, A., Darbinian, J. A., Ackerson, L. M., & Selby, J. V. (2000). Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes care*, 23(4), 477-483.
- MacKichan, F., Paterson, C., Henley, W. E., & Britten, N. (2011). Self-care in people with long term health problems: a community based survey. *BMC family practice*, 12(1), 53.
- Mybanya, J.C. (2009). Activity Report 2006/2009. Brussels: International Diabetes Federation; Available at: <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF-Activityreport-06-09.pdf>.
- Piette, J. D., Heisler, M., & Wagner, T. H. (2004). Problems paying out-of-pocket medication costs among older adults with diabetes. *Diabetes Care*, 27(2), 384-391.
- Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... & Vivian, E. (2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 43(1), 40-53.
- Sarkar, U., Fisher, L., & Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy?. *Diabetes care*, 29(4), 823-829.
- Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care*, 23(7), 943-950.
- Zhou, Y., Liao, L., Sun, M., & He, G. (2013). Self-care practices of Chinese individuals with diabetes. *Experimental and therapeutic medicine*, 5(4), 1137-1142.
- Zimmet, P. (2003). The burden of type 2 diabetes: are we doing enough?. *Diabetes & Metabolism*, 29(4), 609-618.