









The study of Self-care agency and some associated factors in patients with type 2 diabetes referred to the diabetes clinic of Tohid Hospital in Sanandaj in 2016

Zahed Rezaei¹ , Naseh Ghaderi² , Elham Nouri³ , Mohammad Aram Ahmadi⁴ ,
Ebrahim Ghaderi⁵ , Nadia Shakiba⁶ , Mohammad Anbari⁷ , Rahman Panahi^{*8} 

1- Ph.D. Candidate in Health Education & Promotion, Student Research Committee, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2- Ph.D. Candidate in Health Education & Promotion, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

3- B.A.Sc. in Public Health, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

4- MS.C. Biostatistics, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

5- Associate Professor of Epidemiology, Social Determinants of Health Research Center, Research Institute for Health Development, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

6- General Practitioner, Kurdistan Diabetes Center, Tohid Hospital, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

7- MS.C in Occupational Health, School of Public Health and Institute of Health Research, Tehran University of Medical Science, Tehran, Iran

8- Ph.D in Health Education & Promotion, School of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Abstract

Background and Aims: Diabetes is considered as a major public health problem all over the world. Self-care behaviors is the most important strategy for controlling chronic diseases, such as diabetes. Therefore, this study was conducted to determine the self-care agency and some associated factors in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This cross-sectional study was performed on a descriptive-analytic approach on 374 patients referring to the Diabetes Clinic of Tohid Hospital in Sanandaj, selected using systematic sampling. Data were collected using a questionnaire including demographic and background information questionnaire and a valid and reliable questionnaire for assessing the self-care agency of diabetic patients. Data were analyzed by using SPSS software version 16 and appropriate tests. All stages of the study were conducted according to moral standards.

Results: The mean and standard deviation of self-care agency score was 58.40 ± 12.49 from 105, that is considered moderate. There was a significant difference in self-care agency of patients according to variables such as gender, ability to measure blood glucose, occupational status, history of education about diabetes, regular dental examinations and annual infusion of influenza vaccine ($P < 0.05$). There was a significant and inverse correlation between the number of years elapsed since diabetes diagnosis and self-care agency ($P < 0.05$ and $r = 0.24$).

Conclusion: Regarding the average self-care level in the majority of patients and the important role of self-care in controlling diabetes, the need to implement self-care education is increasingly felt in diabetic patients.

Keywords: Self-care, Type 2 diabetes, Sanandaj

Please Cite this article as: Rezaei Z, Ghaderi N, Nouri E, Aram Ahmadi M, Ghaderi E, Shakiba N, Anbari M, Panahi R. The study of Self-care agency and some associated factors in patients with type 2 diabetes referred to the diabetes clinic of Tohid Hospital in Sanandaj in 2016. *Journal of Health in the Field*. 2019; 7(3):40-48.

***Corresponding Author:** Tarbiat modares University, Tehran, Iran.

Email: peimanpanahi63@yahoo.com

DOI: <https://doi.org/10.22037/jhf.v7i3.24932>

Received: 15 June 2019

Accepted: 25 September 2019

بررسی توان خودمراقبتی و برخی از عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به

کلینیک دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج در سال ۱۳۹۵

زاهد رضایی^۱، ناصح قادری^۲، الهام نوری^۳، محمد آرام احمدی^۴، ابراهیم قادری^۵، نادیا شکیبا^۶،
محمد عنبری^۷، رحمن پناهی^{۸*}

- ۱- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۲- دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۳- کارشناس بهداشت عمومی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۴- کارشناس ارشد آمار زیستی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۵- دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده توسعه سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۶- پزشک عمومی، مرکز دیابت کردستان، بیمارستان توحید، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران
- ۷- کارشناس ارشد، گروه مهندسی بهداشت حرفه‌ای، دانشکده بهداشت و انستیتوی تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
- ۸- دانش آموخته دکتری آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس تهران، تهران، ایران

چکیده

زمینه و اهداف: دیابت به‌عنوان یک مشکل سلامت همگانی عمده در تمامی نقاط جهان قلمداد می‌شود. مهم‌ترین راهبرد کنترل بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، رفتارهای خودمراقبتی می‌باشد؛ لذا این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی و برخی از عوامل مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی با رویکرد توصیفی- تحلیلی، بین ۳۷۴ نفر از بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج انجام شد. این افراد با استفاده از روش نمونه‌گیری سیستماتیک انتخاب شده بودند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای مشتمل بر اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه‌ای و پرسشنامه روا و پایایی موجود جهت سنجش توان خودمراقبتی بیماران دیابتی، گردآوری شدند. داده‌ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های متناسب تحلیل شدند. تمامی مراحل مطالعه حاضر طبق موازین اخلاقی اجرا گردید.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره توان خودمراقبتی $12/49 \pm 58/40$ از ۱۰۵ بود و در سطح متوسطی قرار داشت. تفاوت معناداری در توان خودمراقبتی بیماران بر حسب متغیرهایی مانند جنسیت، توانایی اندازه‌گیری قند خون، وضعیت اشتغال، سابقه آموزش درباره بیماری دیابت، معاینه منظم دندانپزشکی و تزریق سالانه واکسن آنفلوانزا وجود داشت ($P < 0/05$). بین تعداد سال‌های سپری شده از زمان تشخیص دیابت و توان خودمراقبتی همبستگی معنی‌دار و معکوسی وجود داشت ($P < 0/05$ و $r = -0/24$).

نتیجه‌گیری: با توجه به سطح متوسط خودمراقبتی در اکثریت بیماران و نقش مهم خودمراقبتی در کنترل بیماری دیابت، ضرورت اجرای آموزش‌های لازم در مورد خودمراقبتی در میان بیماران دیابتی بیش از پیش احساس می‌شود.

کلید واژه‌ها: خودمراقبتی، دیابت نوع ۲، سنندج

*نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه تربیت مدرس تهران، دانشکده پزشکی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.

Email: peimanpanahi63@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۳/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۷/۰۳

مقدمه

دیابت شایع‌ترین اختلال متابولیکی و به گفته برخی، شایع‌ترین بیماری اندوکراین و تهدیدکننده سلامت جهانی است. امروزه دیابت پنجمین علت مرگ و میر در جوامع غربی و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک است [۱]. بیماری دیابت بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیماران تاثیر گذاشته و به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی جدی تهدید کننده کیفیت زندگی بیماران می‌باشد [۲]. بر اساس گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت، بیش از ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به بیماری دیابت می‌باشند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ جمعیت بیماران دیابتی به بیش از ۳۳۰ میلیون نفر برسد که ۷۵ درصد این افزایش در کشورهای در حال توسعه خواهد بود [۳]. در طول چند دهه گذشته، شیوع دیابت به طور چشمگیری در بسیاری از کشورهای خاورمیانه افزایش یافته است [۴]. شیوع دیابت در بالغین ۶۴-۲۵ ساله ایرانی ۱۰/۳ درصد تخمین زده شده است که این تنها نیمی از موارد تشخیص داده شده است. دیابت در ایران در حال رشد است که از مهمترین علل این رشد چاقی و اضافه وزن و کم تحرکی است [۵]. سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که تعداد بیماران دیابتی در ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از ۶ میلیون نفر خواهد رسید [۶]. توسعه سریع اقتصادی و شهرنشینی و همچنین تغییرات در شیوه زندگی که به کاهش سطح فعالیت بدنی می‌انجامد، باعث افزایش مصرف کربوهیدرات‌های تصفیه شده و افزایش چاقی و پیرشدن جمعیت منتهی شده و باعث افزایش دیابت در افراد می‌گردد [۷،۸]. این بیماری امید زندگی را به یک‌سوم کاهش می‌دهد و بر همه ابعاد زندگی افراد مبتلا به آن، تاثیر سوء گذاشته و درمان قطعی ندارد [۹]. بیماری دیابت، بار زیادی را هم بر اقتصاد جامعه تحمیل می‌نماید، به گونه‌ای که هزینه‌های مستقیم ناشی از این بیماری بین ۲/۵ تا ۱۵ درصد کل بودجه بهداشتی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد [۳].

خودمراقبتی فرآیندی است که در آن، بیمار از آگاهی‌ها و مهارت‌های خود برای انجام رفتارهای توصیه شده به وی بهره‌گیری می‌نماید. بنابراین بیماران نه تنها بایستی قادر باشند، اطلاعات کافی در زمینه بیماری خود و چگونگی انجام

مراقبت‌های لازم را کسب کنند؛ بلکه بایستی بتوانند از دانسته‌های خود در موقعیت‌ها و شرایط مختلف استفاده لازم را ببرند. در واقع بیماران برای خودمراقبتی و مدیریت بیماری خود، نیازمند دریافت اطلاعات صحیح و معتبر برای درک وضعیت خود و همچنین همکاری در برنامه‌های خودمراقبتی هستند [۱۰،۱۱]. خودمراقبتی در دیابت یکی از مهم‌ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن این بیماری می‌باشد [۱۲]. خودمراقبتی فرآیندی فعال است که بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل مطلوب بیماری خود، باید به صورت روزانه به انجام آن مبادرت ورزند. این فرآیند شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع دارو، خود پایشی قند خون یا ادرار، انجام فعالیت‌های منظم بدنی و مراقبت از پاها است [۱۳].

با توجه به تاثیر فعالیت‌های خودمراقبتی در تعیین سطوح قند خون و نتایج بیماری دیابت، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی [۱۹-۱۴] و از علل عمده شکست برنامه‌های بهداشتی و درمانی مرتبط با این بیماری، عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد [۱۹-۱۷]. همچنین تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که حمایت از خودمراقبتی نتایج سودمندی همانند بهبود سلامتی و ارتقای کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، کاهش هزینه‌های سلامت، منطقی شدن استفاده از خدمات، مدیریت بهتر علائم بیماری و افزایش امید به زندگی را به دنبال خواهد داشت [۱۹،۲۰]. نتایج مطالعه انجام شده در آمریکا در خصوص میزان خودمراقبتی نشان داد که ۹/۳۷ درصد بیماران دیابتی نوع ۲، مراقبت از پا نداشتند، ۳۷/۷ درصد ورزش نمی‌کردند و میزان خودمراقبتی زنان بیشتر از مردان بود و افراد چاق کمتر در زمینه‌ی ورزش و آماده کردن غذا، فعالیت خودمراقبتی داشتند [۲۱]. همچنین مطالعه جردن و همکاران در بین بزرگسالان فیلیپینی-آمریکایی مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد، توان خودمراقبتی این بیماران در حد متوسط قرار دارد [۲۲].

مطالعات انجام شده در کشور نیز میزان‌های متفاوتی از توان خودمراقبتی را در بین بیماران گزارش کرده‌اند. طبق مطالعه انجام شده در بین بیماران دیابتی شهرستان اردبیل، توان خودمراقبتی بیماران در حد ضعیف گزارش شد [۲۳]. همچنین مطالعات

مشابه دیگر در بین بیماران دیابتی شهرستان‌های کاشان، خرم‌آباد و چابهار نشان داد که توان خودمراقبتی این بیماران در حد متوسط قرار دارد [۲۴-۲۶].

از آنجا که وضعیت خودمراقبتی افراد، مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده کنترل بیماری دیابت بوده [۱۲، ۲۳] و این مفهوم نیازمند بررسی بیشتر است [۲۳] و همچنین نظر به عدم سنجش توان خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهر سنندج، مطالعه حاضر با هدف تعیین توان خودمراقبتی و برخی از عوامل مرتبط با آن در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو این شهر طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک پژوهش مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی بود که میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج در سال ۱۳۹۵ انجام شد. با لحاظ خطای نوع اول ۵٪، و لحاظ خودمراقبتی مناسب در ۵۰٪ از افراد و دقت ۵٪، حجم نمونه ۳۸۵ نفر برآورد گردید که با احتساب ۹۰ درصدی پاسخگویی به پرسشنامه‌ها و در نتیجه افزایش ۱۰ درصدی تعداد نمونه‌ها، ۴۲۵ نفر وارد مطالعه شدند. روش نمونه‌گیری نیز با روش سیستماتیک و از لیست بیماران فعال در مرکز دیابت انجام شد.

معیار ورود به مطالعه شامل رضایت افراد برای شرکت در مطالعه، گذشت حداقل شش ماه از ثابت شدن تشخیص و سابقه درمان دارویی دیابت (قرص یا انسولین)، داشتن پرونده پزشکی در درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج، داشتن محدوده سنی ۶۵-۲۰ سال، دارای درجاتی از توان مراقبت از خود، عدم بستری طی هفته گذشته در هنگام تکمیل پرسشنامه و نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی بود. همچنین معیارهای خروج از مطالعه، شامل عدم رضایت به ادامه کار و تکمیل ناقص پرسشنامه، مبتلا بودن به دیابت مرزی، دیابت بارداری و همچنین عدم توانایی فرد در یادآوری تعداد دفعات انجام رفتارهای خود مراقبتی طی هفت روز قبل از بستری بود.

در این پژوهش جهت جمع‌آوری اطلاعات از یک پرسشنامه دوقسمتی استفاده شد. این پرسشنامه توسط وثوقی کرکزلو و

همکاران مورد استفاده قرار گرفته و اعتبار علمی آن با روش اعتبار محتوا مورد تایید واقع شده است. همچنین اعتماد علمی ابزار با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی $r=0.78$ و همسانی درونی پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ 0.71 مورد تأیید قرار گرفته است [۲۳]. قسمت اول شامل ۲۱ سؤال بود که به بررسی مشخصات فردی و زمینه‌ای بیماران می‌پرداخت. قسمت دوم مربوط به سنجش توان خودمراقبتی بیماران دیابتی بود و شامل ۱۵ سؤال بود که نمره‌بندی سوالات بر اساس مقیاس لیکرت دارای درجه‌بندی صفر تا ۷ بود. در این ابزار چنانچه بیمار رفتار خود مراقبتی موردنظر را در تمام روزهای هفته انجام می‌داد، نمره کامل ۷ و اگر رفتار موردنظر را انجام نمی‌داد، نمره صفر در نظر گرفته می‌شد. بالاترین نمره ممکن قابل کسب در این ابزار، ۱۰۵ بود که نشانگر بالاترین درجه توان مراقبت از خود بود [۲۳]. این پرسشنامه در اختیار ۳۰ نفر از بیماران قرار داده شد و ضریب آلفای کرونباخ برای آن 0.76 محاسبه شد. همچنین به منظور تعیین سطح توان خودمراقبتی، نمرات خام به دست آمده ابتدا بر مبنای ۱۰۰ محاسبه شده و سپس بر حسب نمرات به دست آمده، توان خودمراقبتی به سه سطح خوب (۷۶-۱۰۰)، متوسط (۵۱-۷۵) و ضعیف (۰-۵۰) طبقه‌بندی شد [۲۳].

پس از اخذ مجوز و کد اخلاق از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان (با شماره IR.MUK.REC.1394.273) و انجام هماهنگی‌های لازم با درمانگاه دیابت بیمارستان توحید شهر سنندج، پژوهشگر با حضور در در درمانگاه دیابت، اهداف پژوهش را به صورت فردی برای افرادی که شرایط ورود به مطالعه داشتند توضیح داده و به آن‌ها اطمینان داد که کلیه اطلاعات آنان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و در هر زمان می‌توانند از ادامه همکاری صرف نظر نمایند. سپس رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه از آنان اخذ گردید. در این پژوهش برای تکمیل پرسشنامه از روش مصاحبه استفاده شد؛ بدین‌صورت که ابتدا اطلاعات جمعیت شناختی و زمینه‌ای جمع‌آوری و سپس با توضیح هریک از رفتارهای خود مراقبتی، از بیمار سؤال شد که طی هفت روز گذشته چند روز رفتار

موردنظر را انجام داده بودند و تعداد روز بیان شده به عنوان نمره رفتار خود مراقبتی موردنظر در نظر گرفته شد. داده ها پس از جمع آوری وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شدند و سپس با توجه به توزیع غیرنرمال داده ها، با به کارگیری آمارهای توصیفی،

آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال والیس و همچنین آزمون همبستگی اسپیرمن مورد تحلیل قرار گرفتند. ضمناً سطح معنی داری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای در بیماران دیابتی مورد مطالعه

Table 1- Demographic and background characteristics of diabetic patients under the study

متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی (درصد)	متغیر	طبقه‌بندی	فراوانی (درصد)
جنسیت	مذکر	۱۱۹(۳۱/۸)	آموزش در ارتباط با	بله	۲۳۲(۶۲/۰)
	مؤنث	۲۵۵(۶۸/۲)	بیماری دیابت	خیر	۱۱۹(۳۸/۰)
محل سکونت	شهر	۳۰۰(۸۰/۲)	آزمایش HbA1C	بله	۳۵۱(۹۳/۹)
	روستا	۷۴(۱۹/۸)		خیر	۲۳(۶/۱)
وضعیت تاهل	متاهل	۳۶۴(۹۷/۳)	معاینه سالانه چشم	بله	۳۱۷(۸۴/۸)
	مجرد	۱۰(۲/۷)		خیر	۵۷(۱۵/۲)
ویزیت هر ۶ ماه	بله	۴۴(۱۱/۸)	تزریق سالانه واکسن	بله	۳۵(۹/۴)
	خیر	۳۳۰(۸۸/۲)	آنفلوانزا	خیر	۳۳۹(۹۰/۶)
دندانپزشک	بله	۳۰۲(۸۰/۷)	توانایی اندازه‌گیری قند	بله	۱۶۲(۴۳/۳)
	خیر	۷۲(۱۹/۳)	خون	خیر	۲۱۲(۵۶/۷)
درآمد ماهیانه	کمتر از هزینه کرد	۲۷۸(۷۴/۳)	سابقه سیگار کشیدن	بله	۲۱(۵/۶)
	برابر با هزینه کرد	۸۶(۲۳/۰)		خیر	۳۰۳(۸۱/۰)
	بیشتر از هزینه کرد	۱۰(۲/۷)		بله، قبلاً سیگاری کشیدم	۵۰(۱۳/۴)
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۲۴۷(۶۶/۰)	وضعیت اشتغال	بیکار	۲۳(۶/۱)
	ابتدایی	۹۶(۲۵/۷)		خانه دار	۲۴۹(۶۶/۶)
	راهنمایی	۱۵(۴/۰)		کارگر	۲۹(۷/۸)
	دیپلم	۱۴(۳/۷)		بازنشسته	۲۱(۵/۶)
	دانشگاهی	۲(۰/۵)		شغل غیر دولتی	۵۲(۱۳/۹)
ابتلا به سایر	بله	۳۰۶(۸۱/۸)			
بیماری‌های مزمن	خیر	۶۸(۱۸/۲)			

یافته‌ها

در این مطالعه در مجموع ۳۷۴ نفر از بیماران مورد بررسی قرار گرفتند (میزان پاسخ‌گویی ۸۸ درصد). از این تعداد، ۶۸/۲٪ (۲۵۵ نفر) از بیماران شرکت‌کننده جنسیت مؤنث داشتند. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در مطالعه ۵۹/۳۳ سال با انحراف معیار ۹/۱۷ سال و میانگین تعداد سال‌های سپری شده از زمان تشخیص دیابت برابر با ۹/۵۶ با انحراف معیار ۶/۰۴ سال بود.

جدول شماره یک، سایر مشخصات جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای بیماران شرکت‌کننده نشان می‌دهد. همچنین نتایج نشان داد که میانگین نمره توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش $12/49 \pm 5/40$ از ۱۰۵ بود. در این پژوهش توان خودمراقبتی در ۱۵/۸٪ (۵۹ نفر) ضعیف، در ۸۰/۷٪ (۳۰۲ نفر) متوسط و در ۳/۵٪ (۱۳ نفر) خوب بود.

در مورد بیماری دیابت وجود داشت ($P < 0.05$)؛ به طوری که میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران با جنسیت مذکر، دارای توانایی اندازه‌گیری قند خون خود، دارای شغل دولتی و دارای سابقه آموزش در مورد بیماری دیابت، به‌طور معناداری بیشتر از بیماران دیگر بود.

جدول شماره دو، میانگین نمره توان خودمراقبتی بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای را در بیماران مورد مطالعه نشان می‌دهد. نتایج این جدول نشان می‌دهد، تفاوت معناداری در توان خودمراقبتی بیماران بر حسب متغیرهایی مانند جنسیت، توانایی اندازه‌گیری قند خون، وضعیت اشتغال و سابقه آموزش

جدول ۲- تفاوت میانگین توان خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه بر حسب متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای

Table 2- The Difference of mean self-care ability of studied patients according to demographic and background variables

P-value	میانگین (SD)	طبقه‌بندی	متغیر	p-value	میانگین (SD)	طبقه‌بندی	متغیر
* < 0.001	۶۲/۷۲ (۸/۸۰)	بله	سابقه آموزش	* < 0.001	۶۱/۵۳ (۱۱/۱۴)	مرد	جنسیت
	۵۸/۲۳ (۱۲/۹۳)	خیر			۵۶/۹۴ (۱۲/۸۳)	زن	
* 0.34	۵۸/۱۶ (۱۲/۵۸)	بله	داشتن بیمه	* 0.85	۵۸/۲۳ (۱۲/۹۲)	شهر	محل سکونت
	۵۹/۱۴ (۱۲/۱۳)	خیر	درمانی		۵۹/۰۸ (۱۰/۵۹)	روستا	
* 0.80	۵۸/۶۹ (۱۱/۹۰)	بله	ابتلا به سایر	* < 0.001	۶۰/۳۷ (۱۲/۴۵)	بله	توانایی اندازه
	۵۶/۸۲ (۱۴/۸۶)	خیر	بیماریهای مزمن		۵۶/۹۰ (۱۲/۳۳)	خیر	گیری قند خون
** < 0.001	۵۸/۳۰ (۱۱/۵۲)	بیکار	وضعیت اشتغال	** 0.09	۵۷/۶۲ (۱۲/۲۴)	بی‌سواد	میزان تحصیلات
	۵۶/۹۰ (۱۲/۸۶)	خانه دار			۶۰/۵۹ (۱۱/۷۷)	ابتدایی	
	۵۹/۷۳ (۸/۶۶)	کارگر			۵۹/۶۸ (۱۱/۷۷)	راهنمایی	
	۶۴/۰۵ (۹/۱۵)	شغل دولتی			۵۶/۳۲ (۲۱/۲۹)	دیپلم	
	۶۰/۰ (۱۶/۳۴)	بازنشسته			۵۴/۲۸ (۱۲/۴۹)	دانشگاهی	
** 0.34	۵۹/۴۹ (۱۳/۰۵)	۵۰ ≤	سن	** 0.44	۵۹/۰۸ (۱۲/۲۳)	۱-۱۰ سال	تعداد سال های
	۵۷/۹۹ (۱۲/۸۴)	۶۵-۵۱			۵۷/۲۸ (۱۲/۷۰)	۱۱-۲۰ سال	سپری شده از
	۵۸/۷۹ (۱۱/۰۷)	۶۵ >			۵۵/۹۵ (۱۵/۴۴)	۲۱-۳۰	زمان تشخیص
** 0.39	۵۶/۸۲ (۱۹/۴۰)	بله	سابقه سیگار کشیدن	** 0.23	۵۸/۱۷ (۱۲/۶۱)	کمتر از هزینه کود	درآمد ماهیانه
	۵۸/۵۱ (۱۲/۱۱)	خیر			۵۸/۵۱ (۱۲/۵۲)	برابر با هزینه کود	
	۵۷/۳۷ (۱۱/۲۸)	بله قبلاً سیگاری کشیدم			۶۳/۴۹ (۷/۴۲)	بیشتر از هزینه کود	
* < 0.001	۶۳/۱۶ (۹/۶۰)	بله	ویزیت هر ۶	* 0.37	۵۸/۶۳ (۱۲/۰۲)	بله	انجام آزمایش
	۵۷/۷۷ (۱۲/۷۰)	خیر	ماه دندانپزشک		۵۴/۸۶ (۱۸/۲۳)	خیر	HbA1C
* 0.03	۶۱/۶۳ (۱۱/۰۹)	بله	تزریق سالانه	* 0.85	۵۸/۴۴ (۱۲/۴۷)	متاهل	وضعیت تاهل
	۵۸/۰۷ (۱۲/۵۹)	خیر	واکسن آنفلوانزا		۵۶/۹۵ (۱۳/۶۸)	مجرد	

*آزمون من ویتنی (ارتباط معنی‌دار در سطح کمتر از ۰/۰۵ است)

**آزمون کروسکال والیس

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران بر حسب متغیرهایی مانند معاینه منظم دندانپزشکی و تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا وجود داشت، به طوری که بیمارانی که این پایش‌ها را انجام می‌دادند، دارای توان خودمراقبتی بیشتری نیز بودند. همچنین نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن نشان داد که بین تعداد سال‌های سپری شده از زمان تشخیص دیابت و توان خودمراقبتی همبستگی معنی‌دار و معکوسی وجود داشت ($r = -0.24$ و $P < 0.05$). بین توان خودمراقبتی و سایر متغیرهای جمعیت‌شناختی و زمینه‌ای بیماران، ارتباط آماری معنی‌دار مشاهده نگردید ($P > 0.05$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف تعیین توان خودمراقبتی و برخی از عوامل مرتبط با آن در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر سنندج طراحی و اجرا شد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که توان خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه در حد متوسط قرار دارد. این یافته با یافته‌های مطالعات جردن و همکاران [۲۲]، قنادی و همکاران [۲۶]، بقایی و همکاران [۲۴] و بخشیان تیزآبی و همکاران [۲۵] همخوانی دارد، اما با نتایج مطالعه وثوقی کرکزی و همکاران که در آن توان خودمراقبتی بیماران دیابتی در حد ضعیف گزارش شده است [۲۳]، مغایرت دارد. مطالعه فوق‌الذکر از نظر محل سکونت بیماران شرکت‌کننده با مطالعه حاضر تفاوت داشت به طوری که در این مطالعه نسبت بیماران شهری و روستایی تقریباً برابر بود؛ اما در مطالعه حاضر، ۸۰ درصد از بیماران شرکت‌کننده در شهر سکونت داشتند. این تفاوت از این نظر اهمیت دارد که ساکنین شهری در مقایسه با ساکنین روستایی، از فرصت‌های بیشتری جهت مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و بهره‌گیری از خدمات کنترل بیماری برخوردارند. همچنین نسبت بیماران دارای سابقه آموزش در مطالعه حاضر نسبت به مطالعه فوق‌الذکر بیشتر بود و با توجه به تاثیر آموزش بر آگاهی و نگرش افراد، می‌توان این عامل را نیز یکی از دلایل احتمالی تفاوت این دو مطالعه با یکدیگر در نظر گرفت. دیگر دلیل احتمالی می‌تواند این باشد که

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی برحسب توانایی اندازه‌گیری قند خون وجود داشت. در توجه این یافته می‌توان گفت که توانایی اندازه‌گیری قند خون یکی از ابعاد فرایند خودمراقبتی است [۱۳]. بنابراین بیمارانی که توانایی بیشتری را در اندازه‌گیری قند خون داشته باشند، توان خودمراقبتی بیشتری نیز خواهند داشت.

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی بر حسب سابقه آموزش در مورد بیماری دیابت وجود داشت و بیمارانی که سابقه آموزش در مورد بیماری دیابت را داشتند، توان خودمراقبتی بالاتری داشتند. این یافته با نتایج مطالعه وثوقی

اشتغال، سابقه آموزش در مورد بیماری دیابت، تعداد سال‌های سپری شده از زمان تشخیص دیابت، معاینه منظم دندانپزشکی و تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا در بین بیماران مورد مطالعه بود. با توجه به نقش مهم خودمراقبتی در کنترل و پیشگیری از عوارض زودرس بیماری و افزایش طول عمر بیماران دیابتی، ضرورت اجرای آموزش‌های لازم در مورد خودمراقبتی در میان این بیماران و به‌ویژه در بین بیماران فاقد سابقه آموزش، بیماران با سابقه طولانی ابتلا به بیماری دیابت، بیماران فاقد شغل ثابت و یا دولتی، بیماران ناتوان در خودپایشی قند خون و زنان؛ بیش از پیش احساس می‌شود؛ لذا پیشنهاد می‌گردد یافته‌های مطالعه حاضر به عنوان پایه‌ای برای طراحی مداخلات آموزشی جهت ارتقای انخاد رفتارهای خودمراقبتی در میان بیماران دیابتی، مورد استفاده قرار گیرد. همچنین با توجه به این که این مطالعه فقط در میان بیماران دیابتی شهر سنندج انجام شده، نتایج حاصل از آن قابل تعمیم به سایر بیماران دیابتی در دیگر شهرها و روستاهای کشور نمی‌باشد. بنابراین انجام مطالعات دیگر در بین بیماران دیابتی در جمعیت‌ها و گروه‌های مختلف (از نظر انواع مختلف دیابت و منطقه سکونت) توصیه می‌شود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم نسبتاً کم نمونه‌ها، محدودیت در انتخاب کلینیک‌های بیشتر و روش خودگزارش‌دهی در تکمیل پرسشنامه‌ها اشاره کرد که این عوامل مقایسه نتایج بدست آمده مطالعه حاضر با سایر مطالعات را دشوار می‌سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند از همه بیمارانی که در اجرای این پروژه با ما همکاری نمودند و پرسشنامه‌ها را به‌طور کامل پر نموده و تحویل دادند، تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی کردستان به خاطر همکاری در تصویب این طرح و تأمین هزینه این پژوهش در قالب طرح تحقیقاتی دانشجویی، تشکر و قدردانی می‌گردد. هزینه اجرای این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۴/۱۱/۴ توسط معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره گرانت ۲۷۳/۹۴ تأمین گردیده است.

کرکزی و همکاران همسو بود [۲۳]. در توجیه این یافته می‌توان این طور استدلال کرد که احتمالاً فرایند آموزش از طریق تأثیر بر سطوح آگاهی و نگرش بیماران، می‌تواند در تعیین سطح توان خودمراقبتی بیماران نیز نقش تعیین‌کننده‌ای داشته باشد.

در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران برحسب وضعیت اشتغال وجود داشت، به طوری که افرادی که شغل دولتی داشتند، توان خودمراقبتی بالاتری داشتند. به نظر می‌رسد افرادی که شغل دولتی و ثابتی دارند از شرایط زندگی بهتر و قابل پیش‌بینی‌تری برخوردارند. به همین دلیل می‌تواند کنترل بیشتری بر زندگی روزانه‌ی خود داشته و خودمراقبتی بهتری نیز داشته باشند. همچنین نتایج مطالعه حاضر نشان داد که بین تعداد سال‌های سپری شده از زمان تشخیص دیابت و توان خودمراقبتی همبستگی معنی‌دار و معکوسی وجود داشت. این یافته با نتایج مطالعه طل و همکاران که در آن بین مدت زمان ابتلا به دیابت و رفتارهای خودمدیریتی ارتباط معنادار وجود داشت [۲۸]، همخوانی دارد. به نظر می‌رسد افرادی که سابقه طولانی ابتلا به بیماری دیابت را دارند، احتمالاً کم‌تر رژیم غذایی و دستورات پزشک را اجرا می‌کنند و توان خودمراقبتی کم‌تری دارند. همچنین در مطالعه حاضر تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران بر حسب متغیرهایی مانند معاینه منظم دندانپزشکی و تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا وجود داشت، به طوری که بیمارانی که این پایش‌ها را انجام می‌دادند، دارای توان خودمراقبتی بیشتری نیز بودند. در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت که بیماران دارای توان خودمراقبتی بالاتر، احتمالاً دارای توانایی بیشتر در انجام ابعاد مختلف خودمراقبتی هستند. لذا احتمالاً این توانمندی بالاتر سبب افزایش اراده آنها جهت انجام فعالیت‌هایی چون معاینه منظم دندانپزشکی و تزریق سالانه واکسن آنفلوآنزا می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج این مطالعه بیانگر توان متوسط خودمراقبتی و همچنین وجود ارتباط آماری معنی‌دار بین توان خودمراقبتی و متغیرهای جنسیت، توانایی اندازه‌گیری قند خون، وضعیت

References

- 1- Doostan F, Lashkari T. The effect of clinical nutrition education on blood glucose and serum lipids control: A study on type ii diabetic patients referred to diabetes center of Shahid Bahonar Hospital, Kerman, Iran. *Journal of Health and Development* 2016; 5(1): 79-89 (In Persian).
- 2- Amini M, Parvaresh E. Prevalence of macro-and microvascular complications among patients with type 2 diabetes in Iran: a systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2009; 83(1):18-25.
- 3- Koo M, Lee M-H, Chang Y-Y, Huang C-F, Chen S-C, Yeh Y-C. Factors associated with self-care behaviors in middle-aged adults and elderly with diabetes mellitus. *Hu li za zhi The Journal of Nursing* 2011; 58(5):43-52.
- 4- Alhyas L, McKay A, Majeed A. Prevalence of type 2 diabetes in the States of the co-operation council for the Arab States of the Gulf: A systematic review. *PloS one*. 2012;7(8):e40948.
- 5- Shaghaghi A, Ahmadi A, Matlabi H. Iranian patients require more pertinent care to prevent type 2 diabetes complications. *Advances in Preventive Medicine* 2014; 2014:409391.
- 6- Esteghamati A, Larijani B, Aghajani MH, Ghaemi F, Kermanchi J, Shahrami A, et al. Diabetes in Iran: Prospective Analysis from First Nationwide Diabetes Report of National Program for Prevention and Control of Diabetes (NPPCD-2016). *Scientific Reports* 2017; 7(1):13461.
- 7- Tavassoli E, Reisi M, Javadzadeh HA, Mazaheri M, Gharlipour ZA, Hhasemi S, et al. The effect of the health belief model-based education & improvement of consumption of fruits and vegetables: An interventional study. *Journal of Health in the Field* 2013; 1(2): 29-35 (In Persian).
- 8- Panahi R, Ahmadi A, Amjadian M, Khasi B, Noori E, Ghajari H, et al. A study on the relationship between spiritual health and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Diseases Journal* 2019; 7(2):73-9.
- 9- Famarzi H, Bagheri P, Bahrampour A, Halimi L, Rahimi N, Ebrahimi M. The comparison of prevalence of diabete and hypertension between rural areas of Fars and rural area of EMRO Region. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2011; 13(2): 157-64 (In Persian).
- 10- Peyman N, Zohrehzadeh A, Doosti H. The effect of self-efficacy theory-based education on promoting self-care behaviors in patients with heart failure in Shahid Modarres Hospital in Kashmar. *Journal of Health in the Field* 2018; 5(4):1-7 (In Persian).
- 11- Panahi R, Kazemi S, Juyani A, Pishvaei M. Health literacy and self-care in patients. *Journal of Research and Health* 2018; 8:392-3.
- 12- Sigurðardóttir ÁK. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *Journal of Clinical Nursing*. 2005; 14(3):301-14.
- 13- Baquedano IR, Dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2010; 18(6):1195-202.
- 14- Khazarlo S, Feizi A. The relationship between self-efficacy and function in patients suffering diabetes, diabetes clinic Oromie. *School of Nursing and Midwifery* 2013; 10(3):369-75 (In Persian).
- 15- Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multi professional educational program. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(23-24):3394-403.
- 16-Bakhshian Tizabi SK, Panahi R, Khamachizadeh Charandabi A, Heidarnia AR. Assessing the effect of educational program via SMS Services of mobile phone on knowledge and attitude toward self-care in type 2 diabetic patients in Chababar. *Journal of Health in Field* 2019; 6(4):37-43 (In Persian).
- 17- Ricci-Cabello I, Ruiz-Pérez I, Rojas-García A, Pastor G, Rodríguez-Barranco M, Gonçalves DC. Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *BMC Endocrine Disorders* 2014; 14(1):60. <https://doi.org/10.1186/1472-6823-14-60>.
- 18- Fransen M, Beune E, Baim-Lance A, Bruessing R, Essink-Bot M-L. Diabetes self-management support for patients with low health literacy: Perceptions of patients and providers. *Journal of Diabetes* 2015; 7(3):418-25.
- 19- Safford MM, Russell L, Suh D-C, Roman S, Pogach L. How much time do patients with diabetes spend on self-care? *The Journal of the American Board of Family Practice* 2005; 18(4):262-70.
- 20- Tan TS, Brown MB, Funnell MM, Anderson RM. Social Support, Quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator* 2008; 34(2):266-76.

- 21- De Ridder D, Geenen R, Kuijjer R, van Middendorp H. Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet* 2008; 372(9634):246-55.
- 22- Jordan DN, Jordan JL. Self-care behaviors of Filipino-American adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2010; 24(4):250-58.
- 23- Karkazloo NV, Daryasari GA, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care Journal* 2011;8(4):197-204 (In Persian).
- 24- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M. Selfcare situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes Center, in 2005. *Feyz Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2008; 12(1):88-93 (In Persian).
- 25- Bakhshian SK, Panahi R, Hidarnia A. The effect of education via mobile text messaging on self-care amongst patients with type 2 diabetes. *Health Education and Health Promotion (HEHP)* 2016;4(2):5-14 (In Persian).
- 26- Anbari k, Ghanadi k, Kaviani m, Montazeri r. The self-care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. *Scientific Magazine Yafte* 2012; 14(4):49-57 (In Persian).
- 27- Farmer A, Wade A, French DP, Simon J, Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes: A randomised controlled trial. *Health Technology Assessment* 2009; 13(15):41-50.
- 28- 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. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2012; 9(4):21-32 (In Persian).