Iranian Journal of Health Education and Health Promotion
www.journal.ihepsa.ir
Original Article

Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women with Diabetes Referring to Mashhad Health Centers

Ali Taghipour[1], Mahdi Moshki[2], Nasim Mirzaei[3]

1. Dept. of Biostatistics and Epidemiology, School of Health, MUMS, Mashhad, Iran
2. Social Development & Health Promotion Research Center, Dept. of Public Health, School of Health, GUMS, Gonabad, Iran
3. Dept. of Health and Management, School of Health, MUMS, Mashhad, Iran

Article Information

Article History:
Received: 2016/11/09
Accepted: 2017/09/24
Available online: 2017/12/05

IJHEHP 2018; 5(4):328-335

DOI:
10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328

Corresponding Author:
Nasim Mirzaei
Dept. of Health and management, School of Health, MUMS, Mashhad, Iran
Tel: 09029612835
Email:
mirzaeinasim78@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Considering the most important factor in the control of diabetes is self-care behaviors and since improving self- care behaviors is the first step to help patients for better control and management of their disease. Therefore this research was conducted with the title of "determination of effective factors on self-care behaviors in diabetic women referring to Mashhad health centers".

Methods: In this cross-sectional study, 300 women with type 2 diabetes who referred to public health centers were selected in the city of Mashhad by multistage cluster method. Data gathering tools were a summary of self-care behaviors by Toobert and his colleagues. the data analysis was done by SPSS software version 21 and data were analyzed using descriptive statistics, Pearson, independent T-test, ANOVA and Spearman tests. Level of significance was considered 0.05 in all tests. In all tests, a significant level of 0.05 was considered.

Results: The mean score of patient's self-care was 42.72 ± 9.90 and their self-care status was moderate. The self-care score behavior showed a significant statistical relationship with level of education, high income and training of patients ($p<0.05$).

Conclusion: According to the results of this research, the important factors, such as educational level, economic status and previous knowledge of the patient play a significant role in the realization of self-care behaviors. Therefore, in order to promote self-care behaviors of patients, first of all, health educators should identify the mentioned factors, then make a plan and educational interventions.

KeyWords: Self-care Behavior, Type 2 Diabetes, Health Care Centers

Copyright © 2018 Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. All rights reserved.

How to Cite This Article:

Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women with Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. Iran J Health Educ Health Promot. 2018; 5(4):328-335

Taghipour, A., Moshki, M., Mirzaei, N. (2018). Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women with Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*, 5(4):328-335

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

فصلنامهٔ علمی پژوهشی
آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
زمستان ۱۳۹۶
2018;5(4): 328-335
www.journal.ihepsa.ir
مقالهٔ پژوهشی

تعیین عوامل مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد

علی تقی پور[۱]، مهدی مشکی[۲]، نسیم میرزایی[۳]

۱. گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
۲. مرکز تحقیقات توسعهٔ اجتماعی علوم پزشکی گناباد، گروه بهد اشت عمومی، دانشکدهٔ بهداشت، گناباد، ایران
۳. گروه بهداشت و مدیریت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

اطلاعات مقاله

تاریخچهٔ مقاله
دریافت: ۱۳۹۵/۰۸/۱۹
پذیرش: ۱۳۹۶/۰۷/۰۲
انتشار آنلاین: ۱۳۹۶/۰۹/۱۴

IJHEHP 2018; 5(4):328-335

نویسندهٔ مسئول:
نسیم میرزایی
گروه بهداشت و مدیریت، دانشکدهٔ بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
تلفن: ۰۹۰۲۹۶۱۲۸۳۵
پست الکترونیک:
mirzaeinasim78@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به این که مهم‌ترین عامل کنترل بیماری دیابت، رفتارهای خودمراقبتی است و از آنجا که بهبود رفتارهای خودمراقبتی، اولین گامِ کمک به بیماران برای مراقبت و مدیریت بهتر بیماری‌شان است؛ لذا پژوهشی با عنوان بررسی خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها: دراین مطالعهٔ مقطعی و توصیفی ـ تحلیلی، ۳۰۰ زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی دولتی شهر مشهد به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات، خلاصه مقیاس رفتار خودمراقبتی توبرت و همکاران بود. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون‌های پیرسون، t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه واسپیرمن تحلیل شد. در همهٔ آزمون‌ها سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین نمرهٔ خودمراقبتی بیماران ۹/۹۰± ۴۲/۷۲ و وضعیت خودمراقبتی آنها در حد متوسط بود. نمرهٔ رفتار خودمراقبتی با سطح تحصیلات، درآمد بیشتر و آموزش بیماران ارتباط آماری معنی‌داری را نشان داد ($p<۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، عوامل مهمی نظیر میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی و دانسته‌های قبلی بیمار در تحقق رفتارهای خودمراقبتی نقش بسزایی دارند؛ لذا برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران، آموزشگران سلامت نخست باید این عوامل را شناسایی کنند؛ سپس با در نظر گرفتن این عوامل، برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی را بنیان نهند.

کلمات کلیدی: خودمراقبتی، دیابت نوع دو، مرکز بهداشتی درمانی

کپی‌رایت ©: حق چاپ، نشر و استفادهٔ علمی از این مقاله برای مجلهٔ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت محفوظ است.
با توجه به عدم پاسخ نویسنده، مقاله با همین شرایط به چاپ رسید.

مقدمه

بیماری‌های مزمن از جمله دیابت منشأ پیچیده، شروع آهسته، وخامت و بهبودی پیش‌بینی‌نشدنی دارند که به‌دلیل روند طولانی، نیاز به خودمراقبتی دارد (۱). دیابت به ویژه دیابت نوع دو از تهدیدهای اصلی برای سلامت انسان در قرن ۲۱ میلادی است. این بیماری یکی از معضلات جهانی و علت اصلی و عمدهٔ مرگ‌ومیر و ناتوانی است (۲). دیابت کنترل‌نشده اغلب منجر به عوارضی مثل بیماری قلبی، سکته، فشارخون بالا، کوری، بیماری کلیوی و آمپوتاسیون می‌شود (۳). عوارض و مشکلات ناشی از دیابت تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته و فرد، اقتصاد و جامعه متحمل هزینه‌های زیادی می‌شود (۴).

در حال حاضر بیش از ۲۳۰ میلیون فرد مبتلا به دیابت در سراسر دنیا وجود دارد و پیش‌بینی می‌شود این تعداد تا سال ۲۰۲۵ به ۳۰۰ میلیون افزایش یابد. در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است (۵). کشور ما هم به‌عنوان یکی از کشورهای خاورمیانه، از این مشکل متأثر است (۶). مطالعهٔ ملی بررسی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر، شیوع دیابت در ایران را در سال ۲۰۰۸ میلادی ۷/۷ درصد برآورد کرده است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد بیماران دیابتی در ایران به بیش از ۶ میلیون نفر برسد (۷).

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]
[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

در کشور ایران براساس آخرین آمار وزارت بهداشت، سالانه بیش از ۴۰ میلیارد ریال از بودجهٔ مصوب وزارت بهداشت برای برنامهٔ کنترل دیابت هزینه می‌شود (۴). باوجود هزینه‌هایی که برای پیشگیری و کنترل دیابت صرف شده، هر روزه بر تعداد مبتلایان به آن افزوده می‌شود که به‌نظر می‌رسد، نقطه ضعف در خودمراقبتی این بیماران باشد (۸).

رفتار خودمراقبتی مفهومی کلیدی در ارتقای سلامت است و شامل تصمیم‌ها و فعالیت‌هایی است که یک شخص برای سازگاری با مشکل سلامتی یا بهبود سلامت خویش به‌کار می‌برد (۹). منظور از خودمراقبتی در بیماری دیابت، تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی مرتب، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۷). برمبنای تحقیقات اخیر، بیماران دیابتی به این مسئله پی‌بردند که باید به‌طور میانگین در هر روز ۵۸ دقیقه را برای انجام خودمراقبتی اختصاص دهند و انجمن سلامت گزارش داد که بیش از سه چهارم افراد بزرگ‌سال مبتلا به بیماری مزمن باید در تمام یا بیشتر اوقات، نقش خودمراقبتی فعالانه‌ای را ایفا کنند (۱۰).

مطالعات متعددی میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله استفاده از دارو، تزریق انسولین، آزمایش ادرار و خون در بین افراد دیابتی را بررسی کرده و نشان داده‌اند که پایبندی به بیشتر این رفتارها در میان بیماران دیابتی در سطح پایینی است. شیوع بیماری، مرگ و عوارض دیابت، هزینه‌های اقتصادی و در نتیجه بار فردی و اجتماعی ناشی از آن، بر ضرورت اقدام فوری برای کمک به بیماران دیابتی به‌منظور کنترل بهتر بیماری، تأکید می‌کند (۶).

بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام درراستای کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماریشان است و این مسئله اهمیت فهم فاکتورهای مؤثر بر رفتارهای خوددرمانیِ بیماران دیابتی را آشکارتر ساخته و همچنین طراحی و تقویت مداخلات مرتبط با رفتارهای خودمراقبتی را طلب می‌کند. همچنین به مراقبت‌دهندگان یاری می‌رساند تا بیماری را بهتر درمان کنند و عوارض مرتبط با آن را کاهش دهند (۱۱). با توجه به موارد فوق و اهمیت انجام رفتارهای خودمراقبتی در بهبود و کنترل بیماری دیابت و با توجه به افزایش شیوع دیابت در کشور، مطالعه‌ای با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی در زنان مبتلا به دیابت نوع دو در شهر مشهد انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر، مطالعه‌ای مقطعی و توصیفی ـ تحلیلی است که برای بررسی و درک عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی در زنان دیابتی نوع دو، به‌روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای در ۳۰۰ زن مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی دولتی شهر مشهد انجام شد که برای دریافت خدمات و کنترل دیابت به واحد غربالگری دیابت مراجعه کرده بودند؛ بدین صورت که در مرحلهٔ اول از بین ۵ مرکز بهداشت شهرستان مشهد، ۳ مرکز به‌طور تصادفی با انجام قرعه‌کشی انتخاب شدند و در مرحلهٔ بعد از واحدهای دیابت مستقر در مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش این مراکز به‌روش تصادفی ۶ مرکز بهداشتی درمانی انتخاب شدند و از بین پرونده‌های در دسترسِ بیماران این مراکز با توجه به تراکم جمعیت در هر خوشه و شرایط ورود و خروج از مطالعه، واحدهای نمونه تعیین شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شاملِ تمایل شرکت در مطالعه، تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲ براساس مدارک آزمایشگاهی درج‌شده در پروندهٔ سلامت بیمار در مراکز بهداشتی درمانی، مبتلا نبودن به هریک از بیماری‌های مزمن و عوارض دیابت، سن ۳۰ سال و بیشتر، ملیت ایرانی و گذشتن حداقل ۶ ماه از ابتلا به بیماری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل انصراف افراد از ادامهٔ شرکت درپژوهش، ابتلا به عوارض دیابت و بیماران با دیابت حاملگی و وجود هرگونه مشکل پزشکی بود که مانع از انجام رفتارهای خودمراقبتی شود (مثل ورزش و فعالیت بدنی منظم).

ابزار استفاده‌شدهٔ این مطالعه، مشتمل بر دو بخش شامل مشخصات دموگرافیک (۱۱ سؤال) و پرسش‌نامهٔ خلاصه مقیاس رفتارهای خودمراقبتی فعالیت Toobert و همکاران بود (۱۲) که روایی و پایایی آن در بسیاری مطالعات در ایران از جمله مطالعهٔ Hatamloo و همکاران اثبات شده است (۱۳). این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۲ سؤال است و میزان رفتار خودمراقبتی را در ۴ حیطهٔ (تعذیه، فعالیت بدنی، پایش قندِخون و مصرف داروهای قندِخون)، طی ۷ روز گذشته می‌سنجد. در این پرسش‌نامه، نمرات بین نمرهٔ صفر تا ۷ متغیر بود به این صورت که اگر بیمار در جواب به سؤالی مثل " شما در هفتهٔ گذشته چند روز ورزش یا فعالیت فیزیکی داشتید؟" همهٔ روزهای هفته را انتخاب می‌کرد، کامل‌ترین نمره (یعنی ۷) و اگر این رفتار را در هفتهٔ گذشته اصلاً انجام نداده بود، نمرهٔ صفر به او تعلق می‌گرفت. این عمل برای هر ۴ رفتار خودمراقبتی اعم از رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی یا ورزش، مصرف داروهای ضددیابت و رفتار خودکنترلی

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

قندخون انجام گرفت. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهندهٔ انجام رفتارهای خودمراقبتی مطلوب‌ترِ فرد طی هفتهٔ گذشته است. لازم به ذکر است که محقق پرسش‌نامه‌ها را به‌صورت مصاحبهٔ ساختارمند با شرکت‌کنندگان در زمان ۱۵-۲۰ دقیقه تکمیل کرد.

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف‌معیار، فراوانی) و آزمون‌های پارامتریک پیرسون، t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و ناپارامتریک اسپیرمن تحلیل شد.

یافته‌ها

در مطالعهٔ حاضر ۳۰۰ نفر از زنان دیابتی مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد بررسی شدند. میانگین سنی آنان ۸/۶۲±۵۰/۷۸ و میانگین قد، وزن و BMI آنها به‌ترتیب ۷/۴۴±۱۵۶/۲۷، ۱۰/۹۸±۷۰/۰۷ و ۳/۸۹ ±۲۸/۶۵ بود. ۲۳/۳۸ درصد (۶۵ نفر) بی‌سواد، ۲۹/۱۴ درصد (۸۱ نفر) تحصیلات ابتدایی، ۲۷/۳۴ درصد (۷۶ نفر) سیکل، ۱۲/۲۳ درصد (۳۴ نفر) دیپلم و ۷/۹۱ درصد (۲۲ نفر) تحصیلات دانشگاهی داشتند. ۹۰/۳۸ درصد (۲۶۳ نفر) خانه‌دار و ۹/۶۲ درصد (۲۸ نفر) شاغل بودند. ۸۵/۶۲ (۲۵۰ نفر) آنها متأهل و مابقی مجرد (ازدواج نکرده، بیوه یا مطلقه) بودند. ۴۰/۶۵ درصد (۱۱۳ نفر) از بیماران در زمینهٔ دیابت آموزش دیده و ۵۹/۳۵ (۱۶۵ نفر) آموزش ندیده بودند. ۹۱/۱۸ درصد آنان منبع اطلاعاتشان از طریق پزشک بود.۷۴/۶۶ درصد آنان از داروهای خوراکی، ۴/۷۹ آنان از انسولین و ۱۶/۱۰ درصد آنان از هردو استفاده می‌کردند. مدت ابتلا به بیماری در ۳۷/۱۵ درصد (۱۰۷ نفر) از بیماران ۵-۱ سال، ۲۶/۰۴ درصد (۷۵ نفر) ۱۰-۶ سال، ۱۸/۴۰ درصد (۵۳ نفر) ۱۲-۶ ماه، ۱۱/۴۶ درصد (۳۳ نفر) ۱۵-۱۱ سال و ۲/۷۸ درصد (۸ نفر)۲۰-۱۶ سال و ۴/۱۷ درصد آنان (۱۲ نفر) بیشتر از ۲۰ سال بود.

برای بررسی توزیع متغیرهای مطالعه‌شده از آزمون کلموگروف ـ اسمیرنف استفاده شد. ملاحظه شد در سطح اطمینان ۱٪ متغیرهای سن، قد، وزن، BMI و رفتار خودمراقبتی از توزیع نرمالی دارند. برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کمی با رفتار خودمراقبتی از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. همان‌طور که جدول شماره ۲ نشان می‌دهد، ارتباط متغیرهای کمی با رفتار خودمراقبتی معنی‌دار نبود.

جدول ۱. میانگین نمرهٔ خودمراقبتی در بیماران ۹/۹۰ ±۴۲/۷۲ بود

مشخصات توصیفی رفتار خودمراقبتی بررسی‌شده متغیر	تعداد	میانگین	انحراف‌معیار	کمینه	بیشینه
خودمراقبتی	۲۸۶	۴۲/۷۲	۹/۹۰	۱۲/۰۰	۷۴/۱۸

جدول ۲. ارتباط رفتارهای خودمراقبتی با متغیرهای کمی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون

متغیر	ضریب همبستگی	*P* value
سن	۰/۰۴۵	۰/۴۷۲
قد	۰/۰۵۲	۰/۳۹۵
وزن	۰/۰۶۹	۰/۲۵۶
BMI	۰/۰۳۸	۰/۵۴۲

برای بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک کیفی با رفتار خودمراقبتی از آزمون‌های t مستقل، آنالیز واریانس یک‌طرفه و همبستگی اسپیرمن استفاده شد. بدین منظور میانگین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بین سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک کیفی مقایسه و آزمون شد. دربارهٔ متغیرهای کیفی با دو سطح، از آزمون t مستقل استفاده شد و دربارهٔ متغیرهای کیفی با بیش از دو سطح، آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شد. برای متغیرهای رتبه‌ای نیز علاوه بر آنالیز واریانس از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد (جدول شماره ۳).

براساس نتایج به‌دست آمده از آزمون آنالیز واریانس مشخص شد، میانگین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی در افراد با سطح تحصیلات مختلف متفاوت بوده است. همچنین ضریب همبستگی بین تحصیلات با رفتار خودمراقبتی مثبت و معنی‌دار شد و نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر، رفتار خودمراقبتی بیشتری داشته‌اند. همچنین آزمون T-Student نشان داد افرادی که آموزش دیده بودند، به‌طور معنی‌داری از افرادی که آموزش ندیده بودند، رفتار خودمراقبتی بیشتری داشته‌اند. به عبارت دیگر به‌طور معنی‌داری افراد آموزش‌دیده به اندازهٔ ۳/۶۶ واحد، نمرهٔ خودمراقبتی بیشتری از افراد آموزش‌ندیده کسب کردند.

آزمون T-Student نشان داد افراد شاغل و خانه‌دار از نظر رفتار خودمراقبتی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر نداشتند.

آزمون آنالیز واریانس نشان داد، میانگین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی در افراد با وضعیت‌های مختلف تأهل، تفاوت

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

معنی‌دار نداشته است؛ بنابراین تفاوت معنی‌داری بین وضعیت تأهل و رفتار خودمراقبتی دیده نشد.

براساس آزمون آنالیز واریانس مشخص شد میانگین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بین افراد با طول مدت ابتلای مختلف، تفاوت معنی‌داری ندارد. همچنین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بین افراد با وضعیت مصرف داروهای مختلف، تفاوت معنی‌داری نداشت.

آزمون T-Student نشان داد افراد با سطح درآمد بالاتر از ۵۰۰ هزار تومان، به اندازهٔ ۳/۹۱ واحد، نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند و این تفاوتی معنی‌دار بود.

جدول ۳. مقایسهٔ میانگین نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بین سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک کیفی

متغیرها		میانگین	انحراف‌معیار	نوع آزمون	آماره آزمون	PV
تحصیلات	بی‌سواد	۴۱/۹۴	۱۰/۴۴	آنالیز واریانس همبستگی اسپیرمن	۴/۰۵ ۰/۲۱۶	۰/۰۰۳ < ۰/۰۰۱
	ابتدایی	۴۰/۸۸	۹/۰۴			
	سیکل	۴۴/۹۵	۸/۳۹			
	دیپلم	۴۵/۶۳	۹/۴۷			
	دانشگاه	۴۸/۰۵	۹/۱۹			
وضعیت تأهل	مجرد	۳۵/۸۱	۸/۹۷	آنالیز واریانس	۱/۸۷	۰/۱۳۶
	متأهل	۴۳/۰۹	۹/۸۹			
	بیوه	۴۳/۸۱	۸/۵۶			
	مطلقه	۴۰/۱۳	۶/۰۳			
سابقهٔ شرکت در کلاس‌های آموزشی	دارای سابقهٔ آموزش	۴۵/۳۶	۹/۶۳	تی مستقل	۳/۰۸	۰/۰۰۲
	بدون سابقهٔ آموزش	۴۱/۷۰	۹/۴۲			
مدت‌زمان ابتلا به دیابت	۶-۱۲ ماه	۴۱/۹۵	۹/۷۹	آنالیز واریانس همبستگی اسپیرمن	۰/۵۸۹ ۰/۰۴۲	۰/۷۰۸ ۰/۴۸۸
	۱-۵ سال	۴۲/۳۲	۹/۵۸			
	۶-۱۰ سال	۴۴/۴۰	۹/۸۷			
	۱۱-۱۵ سال	۴۱/۶۸	۱۰/۴۵			
	۱۶-۲۰ سال	۴۱/۹۳	۶/۰۸			
	بیشتر از ۲۰ سال	۴۲/۷۹	۱۲/۵۰			
مصرف دارو	انسولین	۴۴/۲۶	۴/۷۴	آنالیز واریانس	۲/۲۰	۰/۰۸۹
	خوراکی (قرص)	۴۲/۹۶	۹/۹۱			
	هردو	۴۲/۹۰	۱۰/۰۱			
	هیچ‌کدام	۳۶/۰۴	۱۰/۰۴			
درآمد	کمتر از ۵۰۰ هزارتومان	۴۰/۹۵	۹/۸۴	t مستقل	-۲/۹۳	۰/۰۰۴
	بیشتر از ۵۰۰ هزارتومان	۴۴/۸۶	۹/۲۴			

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین رفتار خودمراقبتی در زنان دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام گرفت. همان‌طور که یافته‌های پژوهش نشان داد، میانگین نمرهٔ خودمراقبتی درمطالعهٔ حاضر، ۹/۹۰ ±۴۲/۷۲ است که سطح متوسطی دارد. در پژوهش‌های Anbari و همکاران (۱۴)، Khazarloo و Feizi (۷)، Javadi و همکاران (۱۵)، Kordi و همکاران (۱۶)، Baji و همکاران (۱۷)، Moeini و همکاران (۱۸)، نمونه‌های پژوهش رفتارهای خودمراقبتی را در حد متوسط انجام دادند که با نتایج حاضر هم‌خوانی دارند. همچنین مطالعهٔ Jordan و همکاران دربارهٔ رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در آمریکا نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت در حد متوسطی بوده است (۱۴, ۱۷, ۱۹).

علاوه بر این در پژوهش‌های Baghaei (۱۵،۱۷)، Bagherian (۱۸)، Carmen و همکاران در امریکا (۱۵)، Samuel-Hodge درآمریکا (۱۸،۱۷) اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب قرار داشتند؛ اما در مطالعهٔ Vosoghi (۵)، Khosravan (۲۰)، Firooz (۲۱) و Parham (۲۲) توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در حد ضعیف و نامطلوب گزارش شده است.

به‌نظر می‌رسد تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش‌های مختلف ناشی از متفاوت بودن عوامل مختلفی از جمله تفاوت در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، تفاوت در میزان دانش و نگرش نسبت به خودمراقبتی و

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

همچنین تفاوت در نحوهٔ اندازه‌گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می‌شود بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند (۱۵، ۱۸). برای مثال در مطالعات Ghaedi و Firooz (۲۱) نمونه‌های پژوهش را زنان و مردان تشکیل می‌دادند؛ اما در پژوهش ما فقط زنان بررسی شدند یا در مطالعهٔ Khosravan و همکاران (۲۰) فقط زنان دیابتی که عارضهٔ نوروپانی محیطی داشتند، وارد پژوهش شدند. حال آنکه در مطالعهٔ ما واحدهای پژوهش به هیچ‌کدام از عوارض مزمن دیابت مبتلا نبودند. همچنین در مطالعهٔ Firooz (۲۱)، ابزار مطالعه، پرسش‌نامهٔ خودمراقبتی محقق‌ساخته بود؛ حال آنکه در مطالعهٔ ما از پرسش‌نامهٔ استاندارد خلاصه مقیاس رفتار خودمراقبتی Toobert و همکاران استفاده شد. علاوه بر موارد فوق در هیچ‌کدام از مطالعات مذکور، به تفاوت سواد سلامتی بیماران اشاره‌ای نشده است. نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد خودمراقبتی، با میزان تحصیلات همبستگی مستقیم دارد. در مطالعات متعددی از جمله مطالعهٔ Shakibazadeh (۲۳)، Khazarloo و Feizi (۷)، Barati، Baghiyani، Shojaei (۲۴)، Vosoghi و همکاران (۵)، Hamdzadeh و همکاران (۱۵)، Anbari و همکاران (۱۴)، Moeini و همکاران (۱۸)، Baji و همکاران (۱۷)، Baghaei (۲۵)، Parham و همکاران (۲۲) در ایران و مطالعات Karter (۱۴)، Shaw (۲۴)، Chang، Osborn (۲۲)، Dewalt، Sloan و همکاران (۲۲،۲۱) در خارج از کشور، ارتباط معنی‌داری بین تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شده است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که بیمارانِ با تحصیلات بالاتر، قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دارند (۲۴). همچنین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که افزایش سطح تحصیلات با افزایش آگاهی و دانش واحدهای پژوهش نسبت به بیماری خود و خودمراقبتی، سبب تسهیل روند خودمراقبتی می‌شود (۱۷). به‌عبارتی با افزایش تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک شدت مسئله، نگرش او تغییر کرده و افراد بیشتر به فکر مراقبت از خود می‌افتند که این خود منجر به بروز رفتار مدنظر خواهد شد (۲۴). بنابراین میزان تحصیلات زیاد، خودمراقبتی بیماری را تسهیل می‌کند در حالی که میزان تحصیلات پایین این فرایند را با مشکل همراه می‌سازد.

در مطالعهٔ ما ارتباط آماری معناداری بین وضعیت تأهل بیماران با خودمراقبتی آنها دیده نشد که نتایج ما با یافته‌های حاصل از پژوهش Anbari و همکاران (۱۴)، Hamdzadeh و همکاران (۱۵)، Nikoogoftar، Parham و همکاران (۲۲)، Delavari و Moeini (۱۸)، Bigdeli و همکاران (۱۹)، Firooz و همکاران (۲۱) و Vazini و Barati (۲۴) مطابقت دارد. شاید بتوان علت این امر را این‌گونه تفسیر کرد که افراد متأهل و شاغل به‌علت درگیر بودن در کار و زندگی روزمره فرصت و وقت کمتری برای انجام رفتارهای خودمراقبتی صرف می‌کنند و از آنجا که اکثر جمعیت پژوهش ما را افراد متأهل تشکیل می‌دهند، به‌علت درگیر بودن در کار و زندگی روزانه از انجام رفتارهای خودمراقبتی سر باز می‌زنند. علاوه بر این، Moeini و همکاران در پژوهش خود عنوان می‌کند که وضعیت خودمراقبتی بیماران به عوامل متعددی به‌جز وضعیت تأهل آنها ارتباط دارد (۱۸).

همچنین در مطالعهٔ ما، بین دو متغیر سن و رفتار خودمراقبتی هیچ ارتباطی یافت نشد. هرچند ارتباط سن و توان مراقبت از خود در چند مطالعه از جمله Akyol و Artinian (۲۱) به‌طور کامل بررسی شده است؛ اما در مطالعهٔ Anbari (۱۴)، Vazini و Barati (۲۴)، Firooz و همکاران (۲۱)، Bigdeli و همکاران (۱۹)، Baji و همکاران (۱۷)، Kordi و همکاران (۱۶)، Moeini (۱۸) و در مطالعهٔ Unsar (۵،۲۱)، بین سن و توان خودمراقبتی بیماران ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد. شاید علت این مغایرت، تفاوت در توزیع سنی گروه‌های مطالعه‌شده با مطالعات عنوان‌شده یا انجام پژوهش در جمعیت‌های مختلف باشد. برای مثال جامعهٔ پژوهش ما را زنان دیابتی تشکیل می‌داد در حالی که پژوهش Akyol و Artinian به‌ترتیب در افرادِ مبتلا به پرفشاری خون و سکتهٔ قلبی انجام گرفته بود که متفاوت بودن جوامع بررسی‌شده می‌تواند دلیل این مغایرت باشد.

در این پژوهش نمرهٔ رفتار خودمراقبتی در افراد با وضعیت مصرف داروهای مختلف (تزریق انسولین یا مصرف داروهای کاهش‌دهندهٔ قندخون یا هردو)، تفاوت معنی‌داری نداشت که با مطالعهٔ Firooz و همکاران (۲۱) و Baji و همکاران (۱۷) هم‌خوانی دارد؛ اما در پژوهش Anbari و همکاران (۱۴)، Huisman (۱۹) میانگین نمرات بیمارانی که انسولین دریافت می‌کردند به‌صورت معناداری بالاتر از بیماران دریافت‌کنندهٔ درمان خوراکی بود.

علت این امر در پژوهش حاضر را می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که افراد مصرف‌کنندهٔ قرص یا انسولین، به اهمیت ضرورت مصرف قرص یا انسولین در درمان بیماری و کاهش قندخون آگاه بوده، لذا از ترس ابتلا به عوارض مزمن دیابت خود را به مصرف قرص یا تزریق انسولین ملزم می‌کردند.

نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد بین رفتار خودمراقبتی و آموزش ارتباط مثبت وجود دارد. پژوهش Hamdzade و همکاران

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

(۱۵)، Vosoghi و همکاران (۵)؛ ارتباط معنی‌داری بین سابقهٔ آموزش و توان خودمراقبتی واحدها را نشان داد. همچنین در مطالعات متعددی از جمله مطالعهٔ Shahbaz و همکاران (۲۵)، Azizi و همکاران (۲۶)، Parizad و همکاران (۴) Baghiyani و Sacco تأثیر مثبت آموزش بر ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در افراد مبتلا به دیابت گزارش شده است. علاوه بر این در پژوهش Baghaei و همکاران در کاشان، بیماران بی‌سواد ۳/۲۷ برابر بیماران باسواد از خودمراقبتی خوبی برخوردار بودند. Baghaei و همکاران علت این یافته را تأثیر مثبت آموزش مرکز دیابت کاشان روی بیماران و برخورداری بیماران از سطح دانش مناسب عنوان کردند (۱۷). به نظر می‌رسد فرایند آموزش با توجه به تأثیراتی که بر سطوح آگاهی و نگرش بیماران می‌گذارد، نقش تعیین‌کننده‌ای در سطوح توان خودمراقبتی ایشان دارد (۵). خودمراقبتی در دیابت یکی از مسائل بسیار مهم برای تحت کنترل درآوردن بیماری است و برنامه‌های آموزش خودمراقبتی می‌توانند آثار مثبتی بر توانایی بیمار در کنترل دیابت داشته باشند (۲۵). آموزش به افراد دیابتی به اندازهٔ دارو، ورزش و رژیم غذایی ارزش و اهمیت دارد؛ چرا که درمان زمانی مؤثر خواهد بود که بیمار ماهیت بیماری خود را به‌خوبی بشناسد و برای مقابله با آن گام‌های مثبتی بردارد. اگر سه رکن اصلی درمان بیماری قند را رژیم غذایی، ورزش و دارو بدانیم، بی شک رکن چهارم، آموزش خواهد بود (۴).

در این مطالعه هیچ ارتباط معنی‌داری بین رفتار خودمراقبتی با طول مدت ابتلا یافت نشد. در مطالعهٔ Ghasemi و همکاران (۲۷)، Anbari و همکاران (۱۴)، Moeini و همکاران (۱۸)، Zareban، Parham و Jafariyan (۱۹) نیز بین رفتار خودمراقبتی با طول مدت ابتلا، رابطهٔ معنی‌داری مشاهده نشد. علاوه بر این در مطالعهٔ Baquedano در مکزیک با افزایش مدت زمان ابتلا به دیابت توان خودمراقبتی کاهش پیدا کرده بود (۱۹). همچنین نتایج پژوهشی در آمریکا نشان داد که بیماران جوان‌تر و افرادی که به‌تازگی دیابت آنها تشخیص داده شده است، عملکرد بهتری دارند. این احتمال وجود دارد در افراد دیابتی که مدت‌زمان زیادی از بیماری آنها می‌گذرد، بیماری عادی شده باشد و این بیماران دقت و توجه کافی نسبت به خودمراقبتی از بیماری‌شان نداشته باشند (۱۸). همچنین با توجه به اینکه اکثریت نمونه‌های پژوهش ما مدت‌زمان بسیار زیادی است که به دیابت مبتلا هستند، این توجیه منطقی به نظر می‌رسد.

آزمون t مستقل نشان داد افراد با سطح درآمد بالاتر از ۵۰۰ هزار تومان، به اندازهٔ ۳/۹۱ واحد، نمرهٔ رفتار خودمراقبتی بیشتری نسبت به افراد با درآمد کمتر از ۵۰۰ هزار تومان داشتند و این تفاوت معنی‌دار بود. Connell و همکاران در تحقیق خود با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی افراد فقیر مبتلا به نارسایی قلبی در شهر سانفرانسیسکوی آمریکا، ارتباط معنی‌داری بین میزان درآمد و سطح توان خودمراقبتی گزارش کردند. در مطالعهٔ Garcia هم ارتباط معنی‌داری بین توان خودمراقبتی و سطح درآمد گزارش شده است (۵، ۲۱) که با یافته‌های ما هم‌خوانی دارد. شاید علت این امر آن باشد که افرادِ با درآمد بیشتر تحصیلات بالاتری دارند. همان‌طور که در این مطالعه تأیید شد، افراد تحصیل‌کرده به انجام رفتارهای خودمراقبتی بیشتر مبادرت می‌ورزند؛ چرا که آگاهی بیشتر و عملکرد بالاتری نسبت به عوارض بیماری و چگونگی مصرف دارو و رعایت رژیم غذایی دارند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی دارد. اول اینکه داده‌های مطالعه به‌صورت خودگزارش‌دهی جمع شده‌اند و ممکن است منعکس‌کنندهٔ عملکرد واقعی افراد نباشند. دوم اینکه به‌علت در نظر نگرفتن عواملی چون ویژگی‌های اجتماعی، روان‌شناختی، فرهنگی و مسایلی از این قبیل امکان تعمیم به سایر جوامع وجود ندارد. سوم، با توجه به هدف این مطالعه، گروه جنسی مردان وارد این پژوهش نشده است؛ لذا مقایسهٔ رفتارهای خودمراقبتی بین زنان و مردان امکان‌پذیر نیست.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که رفتار خودمراقبتی بیماران در حد متوسط است. باتوجه به اینکه رفتارهای خودمراقبتی در پیشگیری و بهبود علایم بیماری نقش بسیار مهمی را ایفا می‌کنند و از آنجا که عوامل بسیار مهمی نظیر تحصیلات، آموزش، درآمد و غیره در تحقق رفتارهای خودمراقبتی نقش دارند؛ لذا آموزشگران سلامت برای ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران، نخست باید این عوامل را شناسایی کنند؛ سپس، با در نظر گرفتن این عوامل، برنامه‌ریزی و مداخلات آموزشی را بنا نهند. امید است نتایج این پژوهش بتواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در زمینهٔ خودمراقبتی بیماران باشد تا به بهبود و درمان هرچه بیشتر بیماران دیابتی کمک کند.

سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از بیماران و تمام افرادی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری و قدردانی کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان تعارضی در منافع گزارش نشده است.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]

References

1. Noohi E, Khandan M, Mirzazadeh A. Effective of Electronic Education on Knowledge Attitude and Self-care in Patient's Diabetic Type 2 Refer to Diabetic Center of Kerman University of Medical Science. Iran J Nurs Res. 2011; 6(22):73-80.
2. Bidi F, Hasanpour K, Ranjbarzadeh A. Kheradmand A. Effectiveness of Educational Program on Knowledge, Attitude, Self Care and Life Style in Patients with Type II Diabetes. J Sabzevar Univ Med Sci. 2012; 19(4):336-344.
3. Abazari P, Vanaki Z, Mohammadi E, Amini M. Inadequate Investment on Management of Diabetes Education. J Res Med Sci. 2012; 17(8):792-8.
4. Parizad N, Hemati M, Khalkhali HR. Promoting Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes: Tele-Education. Hakim Res J. 2013; 16(3):220-7.
5. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Gh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The Study of Self-care Agency in Patients with Diabetes (Ardabil). Modern Care. 2012; 8(4):197-204.
6. Didarloo A, Shojaeizade D, Ardebli HE, Niknami S, Hajizadeh E, et al. Factors Influencing Women's Behavior in Diabetes Self-care Diabetes Clinic in Khoy Based on Rational Action Theory Developed. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2011; 9(2):79-92.
7. Khazarloo S, Feizi A. Relation between Self-efficacy Perceived and Self-care Action in Diabetic Patients Refer to Uromiey Diabetes Clinic. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2011; 10(3):369-75.
8. Rezasefat A, Mirhagjjou SN, Kohmanaee Sh, Kazemnejad E, Monfared A. Correlation between Self-care and Self-efficacy in Adolescents with Type 1 Diabetes. Holist Nurs Midwifery. 2013; 24(72):18-24.
9. Hatamloo M, Poorsharifi H, Babapoor kheirodin J. Role of Health Focus in Self-care Behaviour Control in Diabetic Type 2 People. J Tabriz Univ Medl Sci. 2012; 33(4):17-22.
10. MacKichan F, Paterson C, Henley WE, Britten N. Self-care in People with Long Term Health Problems: a Community Based Survey. BMC Family Practice J. 20 June 2011; 12(53). Available from: http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/53/prepub
11. Mahmoodi A, Alavi M, N. Mousavi N. Investigate the Relationship between Self-care and with Hemoglobin A1C in Diabetics. Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac. 2012; 20(3):20-5.
12. Lin EH, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, et al. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. Diabetes Care J. 2004; 27(21):54-60.
13. Hatamloo M, Babapour J, Poorsharifi H. Health Locus of Control and Causal Trends in Predicting Self-care Roles of People with Diabetes. J Tabriz Uni Psychiatry. 2010; 5(19):32-53.
14. Anbari K, Ghanadi K, Kaviyani M, Montazeri R. Care and Related Factors in Diabetic Patients Khorramabad. Yafteh. 2012; 14(4):49-57.
15. Hamdzadeh S, Ezatti Z, Abedini ZH, Nasiri N. Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. Iran J Nurs. 2013; 25(80):24-33.
16. Kordi M, Banaei MS, Asgharipour N, Mazloom SR, Akhlaghi F. Prediction of Self-care Behaviours of Women Pregnant Giabetic Based on Self-efficassy. Iran J Obstet Gynecol Infertil. 2016; 19(13):6-17.
17. Baji Z, Zamani F, Nouhjah S, Haghighizadeh MH. Self-care Behaviors and Related Factors in Women with Type 2 Diabetes. Iran J Endocrinal Metab. 2015; 16(6):393-401.
18. Moeini B, Teimouri P, Haji masoudi S, Afshari M, Moghadam M, et al. Analyse of Self-care Behaviours and Its Related Factors among Diabetic Patiants. Qom Unive Med Sci J. 2016; 10(4):48-57.
19. Bigdeli MA, Nazari S, Khodakarim S, Brodati H, MafI H, et al. Factors Associated with Self-care Behavior in Patients with Type II Diabetes. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015; 25(125):61-72.
20. Khosravan S, Njafi M, Alami A. Self-care Ability of Women with Diabetes who Suffered from Peripheral Neuropathy and its Related Needs Based on Orem's Self-care Model. Med-Sur Nurs J. 2015; 4(3): 44-51.
21. Mazlom SR, Firooz M, Hoseini SJ, Hasanzade F, Kimiaie SA. Self-care of Patient with Diabetes Type II. J Sabzevar Univ Med Sci. 2016; 22(6).
22. Parham M, Rasooli A, Safaeipour R, Mohebi S. Assessment of Effects of Self-caring on Diabetic Patients in Qom Diabetes Association 2013. J Sabzevar Univ Med Sci. 2014; 21(3):473-484.
23. SHakibazadeh E, Larigani B, SHojaeizadeh D, Frouzanfar M, KarimiShahanjerini A. The Relationship between Efficacy and Perceived Barriers to Self-care Functioning in Patients with Type 2 Diabetes. J Hayat. 2009; 15(4):69-78.
24. Vazini H, Barati M. Predicting Factors Related to Self-care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients based on Health Belief Model. J Torbate-heidariyeh Univ Med Sci. 2013; 1(4):16-25.
25. Shahbaz A, Maslakpak M, RahimNejad R, Khalkhali HR. The Effect of Implementing OREM'S Self-Care Program on Self-Care Behaviors in Patients With Diabetic Foot Ulcer. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016; 14(2):108-117.
26. Azizi M, Arsalani N, Mohammadi F, Hosseinzadeh S, Rajab A. The Effect of Self-care Education on the Control of Diabetes Complications, Medications and HbA1C Inadolescents with Type 1 Diabetes. Hayat. 2016; 22(4):350-61.
27. Ghasemi N, Namdari K, Ghoreyshiyan M, Amini M. The Relationship between "Expectationism" and "Loyalty to Self-care Behaviors" in Type II Diabetes Patients. Daneshvar Raftar. 2010; 17(43):1-10.

[Downloaded from journal.ihepsa.ir on 2026-11-24]

[DOI: 10.30699/acadpub.ijhehp.5.4.328]