

تأثیر منافع و موانع درک شده رفتارهای خودمراقبتی بر عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی

دکتر محمد علی مروتی شریف‌آباد* نوشین روحانی تنکابنی**

چکیده

زمینه و هدف: دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلال متابولیسم، با عوارض دراز مدت است. خودمراقبتی یکی از ارکان کنترل بیماری می‌باشد. بیماران دیابتی اگر منافع برنامه‌های خودمراقبتی را درک نمایند تبعاً موانع رفتارهای خودمراقبتی ضعیف جلوه می‌نماید (منافع خالص) و احتمال انجام برنامه‌های خودمراقبتی بیشتر می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین وضعیت منافع و موانع درک شده و ارتباط آن‌ها با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد انجام شده است.

روش بررسی: این مطالعه مقطعی، بر روی ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، انجام شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه دو قسمتی بوده، بخش اول مربوط به مشخصات فردی و بخش دوم جهت ارزیابی سازه‌های منافع درک شده، موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی بوده که به صورت مصاحبه‌ای تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام گرفت.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها به طور متوسط ۸۸٪ نمره قابل اکتساب منافع درک شده را به دست آوردند، ضمن آن که آن‌ها ۷۵٪ موانع پیش‌بینی شده در راه انجام رفتارهای خودمراقبتی را درک کرده بودند. ۶۲٪ بیماران رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند. با افزایش طول دوره دیابت کاهش معنادار در منافع درک شده مشاهده گردید. منافع درک شده همچنین با رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مستقیم و معنادار داشت ($p=0/01$). بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی نیز همبستگی معنادار و معکوس مشاهده شد ($p=0/01$). منافع خالص با رفتارهای خودمراقبتی با $p=0/01$ همبستگی مستقیم داشت. همچنین منافع درک شده و موانع درک شده با یکدیگر با $p=0/01$ همبستگی معنادار معکوس داشتند. متغیرهای منافع و موانع درک شده ۲۸٪ از تغییرات رفتارهای خودمراقبتی را پیشگویی نمودند که موانع درک شده قدرت پیشگویی‌کننده قوی‌تری داشت.

نتیجه‌گیری: بیماران دیابتی هر چه بیشتر منافع خودمراقبتی را درک کرده باشند، بیشتر از خودمراقبت می‌نمایند و این ادراک در صورتی تقویت و منجر به عمل می‌شود که موانع انجام مراقبت دیابت تا حد امکان به حداقل برسد. لذا جهت ارتقای کیفیت زندگی این بیماران، باید در برنامه‌ریزی‌های آموزشی به این عوامل مهم توجه شود.

واژه‌های کلیدی: دیابت، خودمراقبتی، منافع درک شده، موانع درک شده

نویسنده مسؤول: دکتر محمد علی مروتی شریف‌آباد، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

e-mail: morowaty@yahoo.com

- دریافت مقاله: فروردین ماه ۱۳۸۶ - پذیرش مقاله: خرداد ماه ۱۳۸۶

مقدمه

بیماری دیابت شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم است (۱). به طور کلی افزایش قندخون (هیپرگلیسمی)، ناشی از کاهش ترشح انسولین، کاهش مصرف گلوکز و افزایش تولید گلوکز در بدن می‌باشد (۲).

اپیدمی دیابت در حال وقوع است (۳). بررسی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که تعداد مبتلایان به دیابت در سراسر جهان بالغ بر ۱۷۱ میلیون نفر می‌باشد که تا سال ۲۰۳۰ میلادی به ۳۶۶ میلیون نفر خواهد رسید (۴) و بیشتر این افزایش که به رشد جمعیت، پیری، رژیم‌های ناسالم، چاقی و سبک زندگی بدون تحرک وابسته است، در

* استادیار گروه آموزشی مبارزه با بیماری‌ها دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
** کارشناس ارشد آموزش بهداشت دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن

کشورهای در حال توسعه اتفاق خواهد افتاد (۵).

سازمان بهداشت جهانی تعداد بیماران دیابتی در ایران را در سال ۲۰۰۰ میلادی ۲,۱۰۳,۰۰۰ نفر اعلام نموده که تا سال ۲۰۳۰ میلادی این تعداد به ۶,۴۲۱,۰۰۰ نفر افزایش خواهد یافت (۶). طبق آخرین بررسی که در ایران انجام گرفته، شیوع دیابت در کل جمعیت ایران ۲ تا ۳٪ و در افراد بالای ۳۰ سال ۷/۳٪ برآورد گردیده است (۷). جعفری‌زاده و همکاران شیوع دیابت را در جمعیت شهری بالاتر از ۳۰ سال استان یزد مورد بررسی قرار دادند که این میزان ۱۴/۵٪ برآورد گردید و بیشترین شیوع مربوط به شهرستان یزد با ۱۵/۷٪ بود (۸). بیماری دیابت همراه با عوارض متابولیک و عوارض دراز مدت قلبی-عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی می‌باشد (۹). بیماری‌زایی این عارضه چه از نظر درمانی و چه از نظر از کارافتادگی بسیار بالا و یکی از عمده‌ترین مسایل بهداشتی - درمانی انسان‌هاست. مرگ‌های ناشی از دیابت پنجمین علت مرگ در جهان به حساب می‌آید (۱). ۹٪ کل مرگ‌های جهان به دیابت مربوط می‌شود (۷). لذا با توجه به موارد مذکور امروزه دیابت در تحقیقات و پژوهش‌ها از موضوعات در اولویت محسوب می‌شود.

یکی از مسایل بسیار مهم این است که امروزه دنیا برای کنترل دیابت هزینه‌های زیادی را صرف می‌نماید، این در حالی است که شاهد افزایش عوارض ناشی از این بیماری هستیم (۱۰). بیماری دیابت مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر می‌باشد (۱۱). با

پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری نمود یا بروز آن را به تعویق انداخت. به علاوه خودمراقبتی در کاهش هزینه‌ها مؤثر است و در نهایت موجب ارتقای کیفی زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۷).

الگوی اعتقاد بهداشتی که در ابتدا به وسیله گروهی از روان‌شناسان، در دهه ۱۹۵۰ ارائه شد برای بررسی این موضوع بود که چرا عده‌ای از مردم خدمات پیشگیری نظیر عکس‌برداری از قفسه سینه یا واکسیناسیون آنفلوآنزا را به کار می‌گیرند در حالی که افراد دیگر چنین نمی‌کنند. فرض این محققین این بود که مردم از بیماری‌ها می‌ترسند و به واسطه درجه ترس (تهدید درک شده) و انتظار کاهش ترس در نتیجه عمل به رفتارهای بهداشتی برانگیخته می‌شوند، به شرطی که کاهش احتمالی ترس مهم‌تر از موانع عملی و روانی آن باشد (منافع خالص) (۱۲). سازه‌های منافع و موانع درک شده برای بیشتر تئوری‌های رفتار بهداشتی معمول هستند و عناصر مرکزی در الگوی اعتقاد بهداشتی می‌باشند (۱۳-۱۵).

الگوی اعتقاد بهداشتی سازه‌های موانع و منافع درک شده را در چارچوب انتظار ارزش قرار می‌دهد. یعنی چنانچه موانع درک شده بر منافع پیش‌بینی شده غالب آید، احتمال بروز رفتار کمتر می‌شود (۱۶).

عمل اشخاص به وسیله توازن یا عدم توازن بین نیروهای مثبت و منفی درک شده فرد بر رفتار بهداشتی او تعیین می‌شود (۱۷). این مفهوم در الگو ارزیابی شخص از منافع منهای موانع عمل را ارائه می‌نماید (منافع خالص) (۱۸). افراد باید تأثیر عمل و جنبه بالقوه منفی عمل را برآورد

نمایند. تجزیه و تحلیل ناآگاهانه منافع منهای موانع ممکن است در جایی اتفاق بیفتد که افراد تأثیر عمل را در برابر موانع آن پرهزینه، خطرناک، نامطبوع، ناراحت‌کننده، وقت‌گیر و دور از مکان اصلی بودن ارزیابی نمایند (۱۹). فرد بر اساس بررسی و تجزیه و تحلیل منافع منهای موانع عمل، رفتار را انجام می‌دهد یا از آن خودداری می‌نماید.

ارتباط منافع و موانع درک شده با رفتارهای خودمراقبتی دیابت در چندین مطالعه تأیید شده است (۲۲-۲۰). در عین حال تعدادی از مطالعات (۲۳ و ۲۴) ارتباط معنادار بین منافع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی را گزارش نکرده‌اند.

با توجه به شیوع بالای دیابت در شهر یزد، و این که خودمراقبتی بیماران دیابتی عامل بسیار مهمی در کنترل این بیماری به خصوص از نظر عوارض می‌باشد، لذا این مطالعه با هدف تعیین وضعیت منافع درک شده رفتارهای خودمراقبتی و موانع درک شده در جهت انجام این رفتارها و میزان همبستگی آن‌ها با رفتارهای خودمراقبتی اجرا شد.

روش بررسی

جامعه مورد بررسی در این مطالعه مقطعی، بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری آسان بیماران دیابتی مراجعه‌کننده در شش ماهه اول سال ۱۳۸۵ انتخاب و مورد بررسی قرار گرفتند. برای تعیین حجم نمونه با توجه به اطلاعات موجود در مطالعات قبلی و با در نظر گرفتن $d = 0/05$ و $\alpha = 0/05$ ، ۱۱۶ نفر محاسبه گردید که جهت اطمینان ۱۲۰ نفر در تحقیق وارد شدند. روش نمونه‌گیری بدین نحو

بود که، هر هفته در زمان مشخص، سه روز به طور تصادفی انتخاب گردید و یکی از پژوهشگران در روزهای منتخب به مرکز مراجعه می‌نمود و در آن روز تمام بیماران مراجعه‌کننده را مورد بررسی قرار می‌داد، بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در روزهای بعد حذف گردیدند. معیارهای ورود بیماران به تحقیق، گذشت حداقل سه ماه از محرز شدن تشخیص دیابت، داشتن پرونده در مرکز تحقیقات دیابت یزد، تحت درمان دارویی بودن (قرص یا انسولین) بیمار دیابتی و رضایت برای شرکت در بررسی بود. آن دسته از بیماران دیابتی که به حدی پیر و از کار افتاده بودند که قادر به درک سؤالات نبودند و همچنین آن‌هایی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، وارد مطالعه نشدند.

پرسشنامه‌ای که به صورت مصاحبه تکمیل می‌شد، با سؤالاتی که سازه‌های منافع درک شده و موانع درک شده را ارزیابی می‌نمود به انضمام متغیرهای فردی سن، جنسیت، سطح سواد، نوع شغل، نوع دیابت و مدت زمان ابتلا به دیابت جهت این مطالعه طراحی شد. روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظرات خبرگان تأیید گردید. به دلیل استفاده از تکنیک مصاحبه، اعتبار معادل نیز سنجیده شد و مورد تأیید قرار گرفت ($r = 0/85$). جهت منافع درک شده، $r = 0/90$ جهت موانع درک شده و $r = 0/75$ برای سازه خودمراقبتی).

برای تعیین پایایی نیز ۴۵ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. در این مطالعه مقدماتی میزان آلفا برای هر دو مورد منافع درک شده و موانع درک شده ۰/۸۱ بود. همچنین این شاخص در کل

مواجه است. Becker و همکاران ضریب پایایی را برای این مقیاس ۰/۸۲ گزارش نمودند. در مطالعه حاضر از ۱۲ سؤال مقیاس فوق استفاده شد و جواب‌ها هم به صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) تغییر یافت.

رفتارهای خودمراقبتی: سازه رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت Toobert و Glasgow (۲۶) فراهم گردید. این سؤال‌ها به افراد مورد مطالعه اجازه می‌دهد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابتشان را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. داشتن رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین و یا مصرف صحیح قرص، تست قندخون، ورزش، مراقبت از پا و سیگار کشیدن از جمله این رفتارها می‌باشند.

بر طبق مطالعه Toobert و همکاران (۲۷)، در این مقیاس به هر رفتار یک نمره از صفر تا ۷ داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید. به این ترتیب با بکارگیری ابزارهای فوق داده‌ها جمع‌آوری شده و با استفاده از آمار توصیفی به منظور تهیه جداول توزیع فراوانی، نمودارها و محاسبه شاخص‌های مرکزی و پراکنندگی و با آمار تحلیلی به منظور بیان همبستگی بین داده‌ها، نظیر آزمون همبستگی پیرسون، تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS انجام گرفت.

یافته‌ها

سن بیماران مورد بررسی بین ۷۳-۱۷ با میانگین $53/28 \pm 10/18$ بود. ۶۰/۸٪ آن‌ها زن و ۳۹/۲٪ مرد بودند. ۳۳/۳٪ بی‌سواد، ۱۷/۵٪

حجم نمونه در مورد منافع درک شده ۰/۶۵ و موانع درک شده ۰/۷۷ به دست آمد. به علاوه میزان آلفای کرونباخ برای سازه رفتارهای خودمراقبتی در مطالعه مقدماتی ۰/۶۶ و در کل نمونه ۰/۶۸ محاسبه گردید.

ابزارهای مورد استفاده برای گردآوری داده‌ها نیز به شرح زیر بود:

منافع درک شده: جهت ساختن مقیاس منافع درک شده پیگیری رژیم درمانی از مقیاس Lewis و Bradley (۲۴) استفاده شد که یک مقیاس ۱۲ سؤالی می‌باشد. شرکت‌کننده‌ها جواب‌هایشان را روی پاسخی با ۷ طیف نشان می‌دهند که صفر نشان‌دهنده «کاملاً مخالف» و ۶ نمایانگر «کاملاً موافق» می‌باشد. Lewis و Bradley ضریب پایایی این مقیاس را $\alpha=0/61$ گزارش کرده‌اند.

در این مطالعه از ۵ سؤال ابزار فوق، جهت ساختن مقیاس منافع درک شده استفاده شد. نمره‌گذاری نیز به ۵ طیف: از صفر (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) تقلیل یافت.

موانع درک شده: برای فراهم نمودن این مقیاس از مقیاس Becker، Stuifbergen و Sands (۲۵) استفاده شد. این مقیاس که برای ارتقای سلامت افراد معلول ارایه شده است، یک مقیاس ۱۸ سؤالی است که در مقابل هر آیتام یک پاسخ لیکرت چهار درجه‌ای وجود دارد و از پاسخگو می‌پرسد که موانع فهرست شده (مثل فقدان امکانات رفاهی و بی‌پولی) تا چه حد باعث می‌شود که آن‌ها رفتارهای ارتقادهنده سلامت را انجام ندهند. نمره پاسخ‌ها از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) می‌باشد. هر چه نمره بالاتر باشد، مشخص‌کننده این است که پاسخگو برای انجام رفتارهای ارتقا دهنده سلامت با موانع بیشتری

سواد در حد خواندن نوشتن، ۲۷/۵٪ تحصیلات ابتدایی، ۲۱/۷٪ تحصیلات راهنمایی و بالاتر داشتند. در بررسی میزان فراوانی مشاغل: ۱۸/۳٪ کارمند، ۲۰/۸٪ آزاد و ۶۰/۸٪ خانه‌دار بودند. همچنین ۱۷/۵٪ دیابت نوع یک و ۸۲/۵٪ دیابت نوع دوم داشتند. مدت زمان تشخیص ابتلا به دیابت در نمونه مورد مطالعه بین ۳ ماه تا ۳۰ سال با میانگین $9/83 \pm 6/8$ سال بود. وضعیت محدوده‌ها، میانگین‌ها و انحراف معیار سازه‌های مورد بررسی و رفتارهای خودمراقبتی در جدول شماره ۱ آمده است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۱ دیده می‌شود، آزمودنی‌ها به طور متوسط ۸۸٪ نمره قابل اکتساب منافع درک شده را به دست آوردند ضمن آن که آن‌ها ۲۵/۷۵٪ موانع پیش‌بینی شده را در راه انجام رفتارهای خودمراقبتی دیابت درک کرده بودند و ۶۲/۷۹٪ رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند. در میان حوزه‌های مختلف خودمراقبتی، مراقبت از پا، مصرف صحیح قرص و تزریق انسولین طبق دستور و همچنین پیاده‌روی روزانه دارای فراوانی بیشتری بودند. در حالی که در مورد چک نمودن قندخون، به همراه داشتن موادقندی، مصرف میوه و سبزی کمترین رفتارهای خودمراقبتی گزارش شده بود.

همان‌طور که در جدول شماره ۲ ملاحظه می‌شود آزمودنی‌ها درک بیشتری نسبت به منافع ورزش منظم و کنترل شده در بهبود دیابت خود داشتند. در حالی که آنان در مورد مراجعات منظم به مرکز دیابت در صورت فقدان علائم دیابت، دارای کمترین منفعت درک شده بودند.

در بررسی موانع درک شده، همان‌گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بی‌میلی و بی‌حوصلگی بیشترین مانعی می‌باشد که آزمودنی‌ها آن را در راه انجام رفتارهای خودمراقبتی دیابت احساس می‌کردند و خستگی بیش از حد و مشکلات و ناراحتی‌های جسمی در درجه‌های بعدی قرار دارند. در حالی که کمبود وقت کمترین مانع درک شده گزارش شده است.

در بررسی ارتباط بین منافع درک شده و سایر متغیرهای مورد بررسی آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که با افزایش مدت زمان ابتلا به دیابت، منافع درک شده کاهش می‌یابد ($r = -0/93$). هیچ‌کدام از متغیرهای فردی با منافع درک شده و همچنین موانع درک شده رابطه معنادار نداشت.

در مطالعه حاضر منافع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی ($r = 0/396$ و $p = 0/01$) همبستگی مستقیم و معنادار نشان داد. موانع درک شده و خودمراقبتی نیز ($r = -0/439$ و $p = 0/01$) دارای همبستگی معکوس بودند. منافع خالص نیز با رفتار همبستگی معنادار ($r = 0/506$ و $p = 0/01$) نشان داد. در بررسی همبستگی منافع درک شده با موانع درک شده نیز همبستگی معکوس و معنادار دیده شد ($r = -0/241$ و $p = 0/01$).

در بررسی میزان پیشگویی رفتارهای خودمراقبتی توسط منافع و موانع درک شده از تحلیل رگرسیون خطی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آمده است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود متغیرهای فوق ۲۸/۲٪ از تغییرات رفتارهای خودمراقبتی دیابت را پیشگویی می‌نمودند و موانع درک شده پیشگویی‌کننده قوی‌تری برای رفتارهای فوق بود.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از بیشترین نمره سازه‌های مورد بررسی در آزمودنی‌ها در سال ۱۳۸۵

مقیاس	توصیف	میانگین و انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از بیشترین نمره
	منافع درک شده	۱۷/۶۰±۲/۵۱	۰-۲۰	۸۸
	موانع درک شده	۱۲/۳۶±۷/۵۴	۰-۴۸	۲۵/۷۵
	رفتارهای خودمراقبتی	۴۸/۳۵±۱۰/۰۴	۰-۷۷	۶۲/۷۹

جدول ۲: توزیع فراوانی پاسخ‌ها و میانگین نمره سؤالات منافع درک شده در آزمودنی‌ها در سال ۱۳۸۵

میانگین نمره	کاملاً موافق		کمی موافق		نه مخالف نه موافق		کمی مخالف		کاملاً مخالف		سؤالات منافع درک شده	پاسخ‌ها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۳/۷۷	۸۰/۸	۹۷	۱۶/۷	۲۰	۱/۷	۲		۱	۰	۰	۱- انجام ورزش منظم و کنترل شده به بهبود دیابت من کمک می‌کند	
۳/۳۳	۶۵	۷۸	۲۱/۷	۲۶	۴/۲	۵	۰	۰	۹/۲	۱۱	۲- مصرف میان وعده‌های غذایی برای من مهم و ضروری است	
۳/۲۹	۶۶/۷	۸۰	۲۰	۲۴	۰/۸	۱	۰/۸	۱	۱۱/۷	۱۴	۳- برای من مهم است، حتی در صورت فقدان علائم به طور منظم به مرکز دیابت مراجعه کنم	
۳/۶۴	۶۸/۳	۸۲	۲۸/۳	۳۴	۲/۵	۳	۰/۸	۱	۰	۰	۴- من با برنامه ریزی قبلی می‌توانم از افزایش قندخونم جلوگیری کنم	
۳/۶۰	۶۶/۷	۸۰	۲۹/۲	۳۵	۲/۵	۳	۰/۸	۱	۰/۸	۱	۵- من با رعایت دقیق رژیم غذایی، انجام ورزش، تزریق به موقع انسولین (یا مصرف صحیح قرص) می‌توانم دیابت‌ام را حداقل مثل سایر افراد دیابتی موفق کنترل کنم	

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت درک موانع خودمراقبتی دیابت در آزمودنی‌ها در سال ۱۳۸۵

میانگین نمره	خیلی زیاد		زیاد		تأخیری (به طور متوسط)		کمی		اصلاً		وضعیت درک موانع
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۴۴	۰	۰	۶/۷	۸	۸/۳	۱۰	۷/۵	۹	۷۷/۵	۹۳	۱- کمبود وقت
۱/۳۱	۲/۵	۳	۲۳/۳	۲۸	۲۰	۲۴	۱۱/۷	۱۴	۴۲/۵	۵۱	۲- مشکلات و ناراحتی‌های جسمی
۰/۹۴	۴/۲	۵	۱۱/۷	۱۴	۱۷/۵	۲۱	۷/۵	۹	۵۹/۲	۷۱	۳- بی‌پولی
۱/۷۶	۵	۶	۲۸/۳	۳۴	۲۸/۳	۳۴	۱۵	۱۸	۲۳/۳	۲۸	۴- خستگی بیش از حد
۰/۸۹	۳/۳	۴	۶/۷	۸	۱۸/۳	۲۲	۱۹/۲	۲۳	۵۲/۵	۶۳	۵- کمبود امکانات بهداشتی - درمانی
۱/۰۷	۱/۷	۲	۹/۲	۱۱	۳۰	۳۶	۱۳/۳	۱۶	۴۵/۸	۵۵	۶- تفریحات و مهمانی‌ها
۱/۱۲	۲/۵	۳	۱۷/۵	۲۱	۲۰	۲۶	۱۰	۱۲	۵۰	۶۰	۷- فقدان حمایت از طرف خانواده و دوستان
۰/۶۷	۲/۵	۳	۹/۲	۱۱	۱۰/۸	۱۳	۸/۳	۱۰	۶۹/۲	۸۳	۸- مشغله زیاد
۰/۵۷	۱/۷	۲	۸/۳	۱۰	۱۰	۱۲	۵/۸	۷	۷۴/۲	۸۹	۹- فقدان وسایل ایاب و ذهاب
۱/۷۸	۷/۵	۹	۳۰	۳۶	۲۰	۲۴	۱۸/۳	۲۲	۲۴/۲	۲۹	۱۰- بی‌علاقگی (بی‌میلی) و بی‌حوصلگی
۰/۹۵	۱/۷	۲	۱۵	۱۸	۱۵/۸	۱۹	۱۲/۵	۱۵	۵۵	۶۶	۱۱- احساس این که آنچه من انجام می‌دهم فایده‌ای ندارد.
۰/۷۸	۰	۰	۸/۳	۱۰	۲۰/۸	۲۵	۱۱/۷	۱۴	۵۹/۲	۷۱	۱۲- کمبود آگاهی‌های مورد نیاز

جدول ۴: تحلیل رگرسیون موانع درک شده و منافع درک شده در پیشگویی رفتارهای خودمراقبتی در سال ۱۳۸۵

متغیرهای مستقل	بتا استاندارد شده	p	R ²	متغیروابسته
منافع درک شده	۰/۳۰۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲	رفتارهای خودمراقبتی دیابت
موانع خالص	-۰/۳۶۴	۰/۰۰۱		

بحث

در مطالعه حاضر مشاهده شد که آزمودنی‌ها رفتارهای خودمراقبتی را درحد متوسط انجام می‌دهند و میانگین نمره خودمراقبتی در محدوده قابل اکتساب ۷۷-۰، ۴۸/۳۵ بود، یعنی آزمودنی‌ها به طور متوسط ۶۲/۷۹٪ از رفتارهای خودمراقبتی را انجام می‌دادند. از آنجا که کنترل منظم قندخون و نیز به همراه داشتن مواد قندی برای جلوگیری از افتادن قندخون در خودمراقبتی دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است، لازم است که در این زمینه آموزش‌های بیشتری داده شود. به علاوه مصرف کم میوه و سبزیجات و نیز عدم رعایت رژیم غذایی کم چربی و کم کردن مصرف گوشت قرمز نیز از نکاتی است که طبق نتایج این بررسی نیاز به توجه و تأکید خاص دارد.

آزمودنی‌ها اعتقاد زیادی به منافع و پیامدهای رفتارهای خودمراقبتی داشتند که میانگین نمره ۱۷/۶۰ از حداکثر نمره قابل اکتساب ۲۰ دال بر آن است که آزمودنی‌ها به طور متوسط ۸۸٪ فواید خودمراقبتی را درک کرده بودند. در این میان اعتقاد به فواید ورزش منظم در بهبود دیابت بیشترین فراوانی را داشت و این نشان‌دهنده آن است که برنامه‌های آموزشی بیشتر بر فواید و منافع خودمراقبتی تأکید دارند. این یافته با سایر مطالعات در این زمینه نیز هم‌خوانی دارد به طوری که منافع درک شده افراد در مطالعه Daniel و Messer

(۲۸) که شدت و موانع درک شده و پیشگویی‌کننده کنترل قند خون را در اشخاص دیابتی نوع دو ارزیابی نموده بود، در حد قابل قبول گزارش شده است.

موانع درک شده برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در جمعیت مورد مطالعه با میانگین نمره ۱۲/۳۶ در محدوده ۴۸-۰ (۲۵/۷۵٪ نمره قابل اکتساب) مشاهده گردید که میزان آن پایین و به لحاظ مدیریت بیماری مطلوب می‌باشد و از این نظر با بررسی Charron-Prochownik و همکاران (۲۹) که اعتقادات بهداشت باروری دختران نوجوان دیابتی نوع اول را براساس الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته و ارتباط آن‌ها را با رفتار، مورد بررسی قرار داده بودند و Daniel و Messer (۲۸) مشابه است. این بدان معنی است که موانع چندانی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی دیابت وجود ندارد به علاوه ذکر این نکته ضروری است که افراد دیابتی مورد مطالعه ممکن است به طور واقعی موانعی در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی داشته باشند ولی معتقدند که آن موانع در آن حد نیستند که بتوانند در انجام رفتارهای خودمراقبتی خللی ایجاد کنند. بیشترین مانع گزارش شده، بی‌حوصلگی و بی‌میلی بود و خستگی بیش از حد و مشکلات و ناراحتی‌های جسمی در درجه دوم و سوم قرار داشتند، که به نظر می‌رسد با توجه به ماهیت بیماری دیابت این نتیجه طبیعی و منطقی باشد.

رابطه معناداری بین سن و جنسیت، و منافع و موانع درک شده دیده نشد، همچنان که در مطالعه Glasgow و همکاران (۳۰) که موانع تبعیت از رژیم را در اشخاص وابسته به انسولین مورد بررسی قرار داده بودند و بررسی Mollem (۳۱) در زمینه ارزیابی موانع درک شده در اشخاص وابسته به انسولین، همین نتایج به دست آمد. با این حال شواهد محدودی نیز مبنی بر بیشتر بودن موانع درک شده در زنان وجود دارد (۳۲).

طبق نتایج با افزایش سابقه ابتلا به دیابت، منافع درک شده کاهش می‌یابد که می‌تواند ناشی از این باشد که با بالا رفتن دوره بیماری در آزمودنی‌ها احتمالاً عوارض ناشی از دیابت اتفاق می‌افتد و یا این که درگیر شدن بیشتر با دیابت و مشاهده و جستجوی آن در افراد دیگر سبب می‌شود که به فواید و منافع درمان و مراقبت کمتر باور داشته باشند. این نتیجه بر لزوم آموزش مداوم به بیماران دیابتی حتی به بیمارانی که سال‌هاست با این بیماری درگیر می‌باشند تأکید دارد. رفتارهای خودمراقبتی و موانع درک شده با طول دوره دیابت ارتباطی نداشت. در مطالعه‌های Mollem (۳۱) و جعفریان و حیدری (۳۳) نیز ارتباطی بین موانع درک شده و طول دوره دیابت دیده نشده است در حالی که در مطالعه Rafique و همکاران (۳۴) که آگاهی، اعتقاد و عملکرد بیماران دیابتی را بررسی کرده بودند، با افزایش طول دوره دیابت، افزایش رفتارهای خودمراقبتی را مشاهده نمودند. همان‌گونه که ملاحظه می‌گردد این نتایج نیز با بیشتر مطالعات در این زمینه همخوانی دارد.

طبق نتایج مطالعه حاضر با کاهش موانع درک شده، انجام رفتارهای خودمراقبتی افزایش می‌یابد. این یافته می‌تواند در انجام برنامه خودمراقبتی و کنترل دیابت بسیار مؤثر باشد. در مطالعه Brownlee و همکاران (۲۱)، Koch (۲۲)، Daniel و Messer (۲۸) و Aljaseem و همکاران (۳۵) هم این یافته مشاهده گردید. لیکن در بررسی Aalto و Uutela (۲۰) و Gillibrand و Stevenson (۲۳) همبستگی معنادار بین موانع درک شده و رفتارهای خودمراقبتی مشاهده نشد. بدین ترتیب ملاحظه می‌شود که نتیجه مطالعه حاضر در این زمینه با اکثر مطالعات مشابه همخوانی دارد، و بسیار منطقی است که با کاهش موانع انجام یک رفتار میزان به‌کارگیری رفتار افزایش یابد.

منافع درک شده با رفتارهای خودمراقبتی همبستگی نشان داد. در بررسی‌های Aalto و Uutela (۲۰)، Brownlee (۲۱) و Koch (۲۲) هم بین منافع و تبعیت از دستورات مراقبت دیابت همبستگی معنادار گزارش شده است، در حالی که در مطالعه Gillibrand و Stevenson (۲۳) این همبستگی مشاهده نشد. ملاحظه می‌شود که نتایج مطالعه حاضر در این مقوله نیز با اکثر مطالعات مشابه همخوانی دارد.

در مطالعه حاضر منافع و موانع درک شده، ۲۸/۲٪ از رفتارهای خودمراقبتی را پیشگویی نمودند و در این میان موانع درک شده پیشگویی‌کننده قوی‌تر بود. بنابراین مشخص می‌شود که منافع و فواید درک شده پیگیری رژیم درمانی دیابتی و موانع درک شده در جهت انجام رفتارهای خودمراقبتی در انجام رفتارهای موردنظر بسیار تأثیرگذار می‌باشند و

از این یافته می‌توان در برنامه‌ریزی‌های آموزشی بهره گرفت. در این راستا باید به آموزش فواید و منافع پیگیری و انجام رفتارهای خودمراقبتی پرداخت و هم‌زمان باید موانعی را که در راه انجام فعالیت‌های خودمراقبتی وجود دارد برطرف نمود یا آن‌ها را به حداقل رساند.

با توجه به این که موانع درک شده رفتارهای خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه در پیشگویی رفتار قوی‌تر بود، پیشنهاد می‌شود دست‌اندرکاران امر دیابت تا حد امکان موانع و مشکلات مراقبت‌های دیابت را برطرف نمایند، تا این که در نهایت با کنترل مطلوب بیماری شاهد کاهش بروز عوارض ناشی از دیابت و ارتقای کیفی زندگی بیماران دیابتی باشیم.

در حد نسبتاً مطلوبی می‌باشد، با این حال هنوز نیز این دو سازه می‌توانند به عنوان استراتژی‌هایی جهت ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران مورد توجه قرار گیرند. یافته‌های این مطالعه، شناخت دقیقی از این دو سازه را فراهم نموده است و از آن‌ها می‌توان جهت طراحی مداخلات آموزشی استفاده نمود. در عین حال با توجه به این که درصد متوسطی از تغییرات در رفتارهای خودمراقبتی توسط این دو سازه پیشگویی می‌شود، شواهدی مبنی بر تأثیرگذاری بیشتر سازه‌های دیگری موجود می‌باشد که انجام مطالعات دیگر در این زمینه ضروری و ارزشمند به نظر می‌رسد.

تشریح و قدردانی

بدین وسیله از ریاست و پرسنل محترم مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد و همچنین از بیماران عزیز که با صبر و حوصله در این تحقیق وارد شدند تشکر و قدردانی می‌شود.

نتیجه‌گیری

اگر چه سطح منافع درک شده خودمراقبتی و نیز موانع درک شده در راه انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی

References

- ۱ - عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع در ایران، چاپ دوم، تهران: نشر اشتیاق، ۱۳۸۰.
- ۲ - صفرزاده امیر ابراهیم، سبحانیان خسرو، زیر نظر منوچهر نجوانی. ترجمه بیماری‌های غدد و متابولیسم، هاریسون تنسلی (مؤلف). چاپ اول. تهران: انتشارات نسل فردا، ۱۳۸۴.
- 3 - World Health Organization. Media centre. Diabetes: the cost of diabetes. Fact sheet No 236 Revised September 2002. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheet/fs236/en/>.at:09/04/2006.
- 4 - World Health Organization. Diabetes programme. Country and regional data, world: prevalence of diabetes world wise. Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/index.html>:19/10/2006.
- 5 - World Health organization. Media centre. Diabetes mellitus. Fact sheet No 138. Revised April 2002. Available from: <http://www.who.int/media-centre/fact-sheets/fs138/en/>.at:08/04/2006.
- 6 - World Health Organization. Diabetes programme. WHO Eastern Mediterranean Region: prevalence of diabetes in the Who Eastern Mediterranean Region. Available from: <http://www.who.int/diabetes/facts/world-figure/en/index2.html>.at:19/10/2006.

- ۷- دلاوری علیرضا و همکاران. با نظارت دکتر محمد اسماعیل اکبری و کمیته کشوری دیابت به سفارش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، معاونت سلامت، مرکز مدیریت بیماری‌ها، اداره غدد و متابولیک، برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت، چاپ دوم. تهران: مرکز نشر صدا، ۱۳۸۳.
- ۸- جعفری‌زاده مجید، میرزایی محسن، دهقان دهنوی علیرضا و همکاران. زیرنظر دکتر مهران کریمی گزارش نهایی اولین برنامه نظام مراقبت عوامل خطر بیماری‌های غیر واگیر استان یزد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد (مرکز بهداشت استان)، گروه پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها، اسفند ۱۳۸۴.
- ۹- اسدی نوقابی احمد علی، دهقان نیری ناهید. ترجمه پرستاری داخلی - جراحی برونر و سودارت ۲۰۰۴ غدد، کبد، مجاری صفراوی و دیابت، اسملتزر س، بیر ب (مؤلف). چاپ دوم. تهران: انتشارات سالمی، جامعه نگر، ۱۳۸۲.
- ۱۰- باقیانی مقدم محمد حسین. بررسی کارآیی مدل بزنف در کنترل بیماران دیابت شهرستان یزد، پایان‌نامه جهت اخذ دکترای آموزش بهداشت، اردیبهشت ۱۳۷۹.
- ۱۱- گیوی مروت. ترجمه پرستاری بیماری دیابت، برونر لیلیان، سودارت دوریس (مؤلف). چاپ دوم. تهران: نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۸۰.
- 12 - Campbell C. Health Curriculum Research, Mississippi Cooperative Extension Service. Health & Nutrition: Human Health, Health Education Behavior Models, And Theory-a Review of the literature-part1, Individual (Intrapersonal) Health Behavior Models/ Theories, Health belief Model (Rosenstock, becker, Kirscht, et al). Available from: <http://msucares.com/health/health/appa1.htm>. at: 20/05/2006.
- 13 - Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Med Care*. 1975; 13: 10-24.
- 14 - Rosenstock IM, Sterecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Edu Q*. 1988; 15: 175-83.
- 15 - Sterecher VJ, Rosenstock IM. The Health Belief Model. In: K Glanz FM, Lewis BK, Rimer (eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*, Ed.2. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997. P. 41-59.
- 16 - James AS, Campbell MK, Hudson MA. Perceived barriers and benefits to colon cancer screening among African Americans in North Carolina: how does perception relate to screening behavior? *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2002; 11(6): 529-534.
- 17 - Creswell JRWH, Newman IM. *School health practice*. 10th ed edition, St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publishing; 1993.
- 18 - Pender NJ. *Health Promotion in nursing practice*. Norwalk, Conn: Appelton & Lange. 2th ed. 1987.
- 19 - Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behaviour through expectancies. In: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (Eds.), *Health behaviour and health education: Theory, research, practice*. Sann Francisco: Jossey-Bass; 1991.
- 20 - Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *Int J Behav Med*. 1997; 4(3): 191-214.
- 21 - Brownlee-Duffeck M, Peterson L, Simonds JF, et al. The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *J Consult Clin Psychol*. 1987; 55(2): 139-44.
- 22 - Koch J. The role of exercise in the African-American woman with type 2 diabetes mellitus: application of the health belief model. *J Am Acad Nurse Pract*. 2002; 14(3): 126-9.
- 23 - Gillibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. *Br J Health Psychol*. 2006; 11(1): 155-69.
- 24 - Patino AM, Sanchez J, Eidson M. Health Beliefs and Regimen Adherence in Minority Adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. 2005; 30(6): 503-512.
- 25 - Becker H, Stuijbergen AK, Sands D. Development of a scale to measure barriers to health promotion activities among persons with disabilities. *American Journal of Health Promotion*. 1991; 5(6): 449-54.
- 26 - Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes Self-care activities questionnaire. *Handbook of Psychology and Diabetes*. Edition By C. Bradley; 1994.
- 27 - Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.

- 28 - Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type2 diabetes mellitus. *Chronic Dis Can.* 2002; 23(4): 130-8.
- 29 - Charron-Prochownik D, Sereika SM, Becker D, et al. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the Expanded Health Belief Model. *Pediatr Diabetes.* 2001; 2: 30-9.
- 30 - Glasgow RE, McCaul KD, Schafer LC. Barriers to regimen adherence among persons with insulin-dependent diabetes. *J Behav Med.* 1986; 9(1): 65-77.
- 31 - Mollem ED, Snoek FJ, Heine RJ. Assessment of perceived barriers in self-care of insulin-requiring diabetic patients. *Patient Educ Couns.* 1996; 277-81.
- 32 - Lloyd CE, Wing RR, Orchard TJ, et al. Psychosocial correlates of glycemic control: the Pittsburgh Epidemiology of Diabetes Complications (EDC) Study. *Diabetes Res Clin Pract.* 1993; 21(2-3): 187-95.
- ۳۳ - جعفریان نحیبه، حیدری علی اصغر. برنامه‌های مراقبت از خود بیماران دیابتی غیر وابسته به انسولین مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۱۰، ضمیمه شماره سوم، پاییز ۱۳۸۱.*
- 34 - Rafique G, Azam SI, White F. Diabetes knowledge, beliefs and practices among people with diabetes attending a university hospital in Karachi, Pakistan. *East Mediterr Health J.* 2006; 12(5): 590-8.
- 35 - Aljaseem LI, Peyrot M, Wissow L, et al. The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educ.* 2001; 27(3): 393-404.

