

بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت

نازیلا وثوقی کرکزلو^۱، قاسم ابوطالبی دریاسری^۲، بهناز فراهانی^۳،
اسمعیل محمدنژاد^۴، اعظم سجادی^۵

چکیده

زمینه و هدف: دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزمن و همچنین بزرگترین مشکل بهداشتی در همه کشورها می باشد. مهمترین راهبرد کنترل بیماری های مزمن، رفتارهای مراقبت از خود می باشد. این مطالعه با هدف تعیین توان خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) شهرستان اردبیل انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه توصیفی- مقطعی، ۹۲ فرد ۲۰ تا ۶۵ ساله مبتلا به دیابت که در فاصله زمانی یک ماه از زمستان سال ۱۳۸۸ در بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به روش مصاحبه گردآوری و تحقیق با استفاده از ابزار توان مراقبت از خود بیماران دیابتی (Summary of Diabetes Self-Care Activities) انجام شد.

یافته ها: توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش با میانگین و انحراف معیار در حد ضعیف بود. عواملی از قبیل نوع دیابت ($P=0/02$)، محل سکونت ($P=0/01$)، سن ($P=0/01$)، سطح تحصیلات ($P=0/01$) و سابقه آموزش ($P=0/02$)، ارتباط معنی داری با توان خودمراقبتی افراد داشتند.

نتیجه گیری: توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در حد ضعیف بود؛ با توجه به نقش مهم فعالیت های خودمراقبتی در کنترل بیماری دیابت، لازم است پرستاران در حین مداخلات پرستاری با بررسی رفتارهای مراقبت از خود بیماران و تعیین نیازهای خودمراقبتی آنان، برنامه ریزی های لازم را برای ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران تدوین و اجرا نمایند.

واژه های کلیدی: مراقبت از خود، دیابت شیرین، بیماران

مراقبت های نوین، فصلنامه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۰؛ ۸ (۴): ۱۹۷-۲۰۴

دریافت: ۱۳۹۰/۱۰/۲۲ اصلاح نهایی: ۱۳۹۱/۰۱/۲۳ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۲/۲۰

^۱ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

^۲ نویسنده مسؤول، گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، ایران

آدرس: اردبیل- میدان بسیج- دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل- گروه پرستاری

تلفن: ۰۹۱۴۴۵۲۳۴۱۱ پست الکترونیکی: gh_abutalebi@iauardabil.ac.ir

^۳ کارشناس ارشد آموزش پرستاری کودکان، مربی و عضو هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، ایران

^۴ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو باشگاه پژوهشگران جوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، ایران

^۵ کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارتش، تهران، ایران

مقدمه

بیماری‌های مزمن از عمده‌ترین مسائل بهداشتی، درمانی در جوامع کنونی به شمار می‌روند (۱). افزایش چاقی، مصرف دخانیات و تعداد افراد مسن، باعث رشد چشمگیر شیوع بیماری‌های مزمن در جوامع شده است (۲). دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن و همچنین بزرگترین مشکل بهداشتی در همه کشورها می‌باشد؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده است. 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. در کشورهای اردن و عربستان میزان شیوع این بیماری در جمعیت ۳۰-۷۰ سال به ترتیب ۱/۱٪ و ۲۳/۷٪ گزارش شده است. در ایران نیز دیابت در رأس بیماری‌های غیرواگیر قرار دارد و تخمین زده می‌شود ۵/۲٪ افراد به این بیماری مبتلا باشند (۳). دیابت ششمین عامل مرگ و میر در دنیا به حساب می‌آید (۴) و سالانه سبب چهار میلیون مرگ و میر در دنیا می‌گردد (۳) و با توجه به ارتباط مستقیم آن با افزایش شیوع بیماری‌های قلبی-عروقی، عروق مغزی، عروق محیطی، رتینوپاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، پای دیابتی، آمپوتاسیون و افسردگی (۳)، ضمن تأثیرگذاری مستقیم بر هزینه مراقبت‌های سلامتی، سبب افزایش میزان مرگ و میر در افراد مبتلا می‌گردد (۵)؛ به طوری که متوسط امید به زندگی در افراد مبتلا را تا ۱۵ سال کاهش می‌دهد. با توجه به تأثیر فعالیت‌های خودمراقبتی در تعیین سطوح قند خون و نتایج بیماری دیابت (۴)، مهمترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر این بیماران را می‌توان عدم انجام فعالیت‌های خودمراقبتی دانست (۱). اجماع جهانی بر این است که مراقبت از خود، نقش ویژه‌ای در مراقبت از بیماری‌های مزمن دارد (۶) و زمانی می‌توان در مدیریت این بیماری‌ها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت‌های مراقبت از خود، از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم نقش داشته باشد (۲). از مهمترین فعالیت‌های خودمراقبتی بیماران دیابتی می‌توان به رعایت رژیم غذایی سالم و متعادل، پیگیری درمان‌های دارویی، پایش سطح گلوکز برای تنظیم رژیم غذایی، سطح فعالیت‌ها و تجویز درمان

دارویی اشاره کرد (۷). بررسی‌های انجام‌شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت‌های خودمراقبتی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بستری‌های مکرر دارد (۳). مفهوم مراقبت از خود، اولین بار در سال ۱۹۵۹ توسط Dorothea Orem با عنوان «تئوری پرستاری نقص مراقبت از خود»^۱ مطرح و منتشر شد (۸). اورم مراقبت از خود را فعالیت‌هایی می‌داند که شخص برای حفظ یا ارتقای زندگی، سلامتی، خوب بودن و پیشگیری و درمان بیماری خود انجام می‌دهد (۹)؛ این تئوری بر این باور پایه‌گذاری شده است که فرد نیاز به فعالیت‌های مراقبت از خود دارد و پرستار می‌تواند به فرد برای رسیدن به نیازهایی که باعث حفظ زندگی، سلامتی و تندرستی می‌شود، کمک کند. اورم معتقد است افراد، توانایی و قدرت به عهده گرفتن مراقبت از خود را دارند (۱۰). در پژوهشی در این زمینه، توان خودمراقبتی بیماران در حد متوسط گزارش شد (۱). از آنجا که وضعیت خودمراقبتی افراد، مهمترین عامل تعیین‌کننده کنترل بیماری دیابت می‌باشد، مفهومی است که نیازمند بررسی بیشتر است؛ بنابراین هدف کلی تحقیق حاضر، تعیین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل در سال ۱۳۸۸ می‌باشد.

روش تحقیق

در این پژوهش توصیفی-مقطعی، توان خودمراقبتی افراد مبتلا به دیابت مورد بررسی قرار گرفت. نمونه پژوهش شامل ۹۲ نفر بود که به روش سرشماری و از بین بیماران دیابتی واجد شرایط بستری در بخش داخلی بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل در فاصله زمانی ۱۵ دی تا ۱۵ بهمن ماه ۱۳۸۸ انتخاب شدند. معیار ورود به مطالعه، رضایت افراد برای شرکت در پژوهش، گذشت حداقل شش ماه از ثابت‌شدن تشخیص و سابقه درمان دارویی دیابت (قرص یا انسولین)، داشتن محدوده سنی ۲۰-۶۵ سال، هوشیاری به زمان، مکان و شخص، دارای درجاتی از توان مراقبت از خود و نداشتن مشکلات گفتاری، روانی و شنوایی بود. معیار خروج از مطالعه، شامل عدم همکاری فرد در هر یک از مراحل پژوهش، مبتلابودن به دیابت مرزی، دیابت

^۱ Self care deficit theory of nursing

آمده، توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش به سه سطح خوب (نمرات ۷۶-۱۰۰)، متوسط (۵۱-۷۵) و ضعیف (≥ 50) تقسیم‌بندی گردید.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش ۱۷) و روش‌های آمار توصیفی و آزمون‌های آماری تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه در سطح معنی‌داری $P < 0.05$ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در بررسی مشخصات فردی واحدهای پژوهش از ۹۲ بیمار مورد مطالعه ۸۵/۹٪ (۷۹ نفر) مبتلا به دیابت نوع دو و ۱۴/۱٪ (۱۳ نفر) مبتلا به دیابت نوع یک بودند. ۶۵/۲٪ (۶۰ نفر) مؤنث و ۳۴/۸٪ (۳۲ نفر) مذکر بودند. سن ۳۹/۱٪ (۳۶ نفر) بیشتر از ۶۰ سال بود. ۶۲٪ (۵۷ نفر) بی‌سواد و ۳۸٪ (۳۰ نفر) با سواد بودند. ۵۲/۲٪ (۴۸ نفر) از افراد ساکن روستا و ۴۷/۸٪ (۴۴ نفر) ساکن شهر بودند. ۹۷/۸٪ (۹۰ نفر) متأهل و ۷۸/۳٪ (۷۲ نفر) بی‌کار بودند؛ ۴۶/۷٪ (۴۳ نفر) درآمدی برابر با هزینه‌کرد داشتند و ۹۵/۷٪ (۸۸ نفر) دارای بیمه درمانی بودند.

در این تحقیق، ۱۷/۴٪ (۱۶ نفر) سابقه مصرف سیگار داشتند. از ۹۲ بیمار، فقط ۱۷/۴٪ (۱۶ نفر) قند خون خود را طبق دستور پزشک اندازه‌گیری می‌کردند. در بررسی مدت زمان ابتلا به دیابت، ۳۹/۱٪ (۳۶ نفر) دارای ۵-۱۰ سال سابقه دیابت بودند؛ همچنین ۸۲/۶٪ (۷۶ نفر) علاوه بر دیابت به بیماری مزمن دیگری نیز مبتلا بودند.

در بررسی پایش عوارض بیماری فقط ۳۹/۱٪ (۳۶ نفر) معاینه منظم چشم و ۱۳٪ (۱۲ نفر) معاینه منظم دندانپزشکی و ۴/۳٪ (۴ نفر) تزریق سالیانه واکسن آنفلوآنزا و ۴/۳٪ (۴ نفر) کنترل منظم هموگلوبین A_{1c} داشتند.

از نظر سابقه بستری در بیمارستان، ۶۰/۹٪ (۵۶ نفر) افراد سابقه یک بار و ۲/۲٪ (۲ نفر) سابقه ۴ بار بستری یا بیشتر داشتند. ۵۶/۵٪ (۵۲ نفر) سابقه آموزش درباره دیابت داشتند.

در این پژوهش توان خودمراقبتی در ۶۸/۵٪ (۶۳ نفر) ضعیف، در ۲۹/۳٪ (۲۷ نفر) متوسط و در ۲/۲٪ (۲ نفر) خوب بود. جدول ۱، توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش را بر حسب عوامل تأثیرگذار بر آن نشان می‌دهد. در بررسی توان خودمراقبتی

بارداری و همچنین عدم توانایی فرد در یادآوری تعداد دفعات انجام رفتارهای خودمراقبتی طی هفت روز قبل از بستری بود.

ابزار این پژوهش شامل یک فرم پرسشنامه دوقسمتی بود. قسمت اول شامل ۲۱ سؤال بود که به بررسی مشخصات فردی و اطلاعات بیماری و درمان بیماران به عنوان عوامل مستقل مرتبط با توان خودمراقبتی بیماران می‌پرداخت و قسمت دوم مربوط به توان مراقبت از خود بیماران دیابتی^۱ بود. این پرسشنامه در سال ۲۰۰۰ توسط Toobert و همکاران طراحی شده و شامل ۱۵ عنوان است که هر عنوان بر اساس مقیاس لیکرت دارای درجه‌بندی صفر تا ۷ می‌باشد. در این ابزار چنانچه بیمار رفتار خودمراقبتی مورد نظر را در تمام روزهای هفته انجام دهد، نمره کامل ۷ و اگر رفتار مورد نظر را انجام ندهد، نمره صفر در نظر گرفته می‌شود. بالاترین نمره ممکن قابل کسب در این ابزار ۱۰۵ می‌باشد که نشانگر بالاترین درجه توان مراقبت از خود می‌باشد.

اعتبار علمی ابزار به روش اعتبار محتوی مورد تأیید قرار گرفت؛ به این منظور در مرحله اول با مراجعه به منابع علمی موجود، ابزار تهیه گردید؛ سپس به صورتی ساده و روان به فارسی برگردانده شد؛ پس از آن برای نظرسنجی، در اختیار هشت نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل قرار گرفت و پس از جمع‌آوری و اعمال نظرات، ابزار نهایی تهیه گردید. اعتماد علمی ابزار با روش آزمون-بازآزمون با ضریب همبستگی $r=0.78$ و همسانی درونی پرسشنامه با آزمون آلفای کرونباخ 0.71 مورد تأیید قرار گرفت. در این پژوهش برای تکمیل پرسشنامه از روش مصاحبه استفاده شد؛ بدین صورت که ابتدا اطلاعات جمعیت‌شناختی جمع‌آوری شد؛ سپس با توضیح هریک از رفتارهای خودمراقبتی از بیمار سؤال می‌شد که طی هفت روز گذشته چند روز رفتار مورد نظر را انجام داده است و تعداد روز بیان‌شده به عنوان نمره رفتار خودمراقبتی مورد نظر منظور می‌شد؛ البته در صورت بستری بودن بیمار طی هفته گذشته از بیمار خواسته می‌شد تعداد دفعات انجام رفتار را طی هفت روز قبل از بستری‌شدن در بیمارستان ذکر نماید.

در این پژوهش به منظور تعیین سطح توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش نمرات خام به دست آمده از پرسشنامه، ابتدا بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید؛ سپس بر حسب نمرات به‌دست

^۱SDSCA (Summary of Diabetes Self-Care Activities)

بین واحدهای پژوهش دارای تحصیلات ابتدایی با واحدهای بی‌سواد نشان داد ($P=0/01$).

بررسی توان خودمراقبتی بر حسب محل سکونت نشان داد که واحدهای شهری با میانگین $53/97 \pm 17/05$ توان خودمراقبتی مناسب‌تری نسبت به واحدهای پژوهش روستایی داشتند؛ آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین واحدهای پژوهش شهری و روستایی نشان داد ($P=0/01$). واحدهای دارای سابقه آموزش با میانگین $49/98 \pm 20/31$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به واحدهای فاقد سابقه آموزش داشتند و آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین واحدهای پژوهش با سابقه آموزش و بدون سابقه آموزش نشان داد ($P=0/02$).

واحدهای پژوهش دارای درآمد بیشتر از هزینه‌کرد با میانگین $61/75 \pm 11/50$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به واحدهای پژوهش دیگر داشتند ولی آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه اختلاف آماری معنی‌داری را بین واحدهای پژوهش نشان نداد.

بر حسب نوع دیابت واحدهای مبتلا به دیابت نوع یک، با میانگین $59/61 \pm 16/19$ توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به واحدهای پژوهش مبتلا به دیابت نوع دو داشتند و آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌داری را بین دو گروه نشان داد ($P=0/02$). زنان با میانگین $46/05 \pm 20/14$ توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به مردان داشتند ولی آزمون تی مستقل اختلاف آماری معنی‌داری را بین زنان و مردان نشان نداد.

در بررسی توان خودمراقبتی بر حسب سن واحدهای پژوهش با سن کمتر از 40 سال با میانگین $61/46 \pm 13/35$ دارای سطح توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به سایر مقاطع سنی بودند و آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه اختلاف آماری معنی‌داری را بین واحدهای پژوهش با سن کمتر از 40 سال با سایر واحدها نشان داد ($P=0/01$).

توزیع توان خودمراقبتی بر حسب تحصیلات نشان داد که واحدهای پژوهش دارای تحصیلات راهنمایی با میانگین $68 \pm 10/14$ توان خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر مقاطع تحصیلی داشتند و آنالیز واریانس یک‌طرفه اختلاف معنی‌داری را

جدول ۱- مقایسه میانگین توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش بر حسب عوامل تأثیرگذار

عامل	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	سطح معنی‌داری
نوع دیابت: نوع یک	۱۳	۱۴/۱	۵۹/۶۱	۱۶/۱۹	۳/۵۳	۰/۰۲
نوع دو	۷۹	۸۵/۹	۴۲/۱۲	۱۸/۳۴		
جنس: مذکر	۳۲	۳۴/۸	۴۱/۸۷	۱۶/۵۴	۴/۳۵	۰/۳۱
مؤنث	۶۰	۶۵/۲	۴۶/۰۵	۲۰/۱۴		
گروه سنی (سال): $40 >$	۱۳	۱۴/۱	۶۱/۴۶	۱۳/۳۵	۵/۸۴	۰/۰۱
۴۰-۴۹	۲۵	۱۹/۶	۳۶/۱۲	۱۸/۷۵		
۵۰-۵۹	۳۶	۲۷/۲	۴۸/۰۵	۱۸/۶۰		
۶۰-۶۵	۱۸	۳۹/۱	۳۷/۲۷	۱۳/۷۴		
تحصیلات: بی‌سواد	۵۷	۶۲	۴۲/۹۱	۱۵/۳۲	۱۰/۴۲	۰/۰۱
زیر دیپلم	۲۳	۲۵	۴۱/۸۶	۱۹/۹۸		
دیپلم	۱۲	۱۳	۵۷/۸۳	۲۷/۶۸		
محل سکونت: شهر	۴۴	۴۷/۸	۵۳/۹۷	۱۷/۰۵	۱/۸۷	۰/۰۱
روستا	۴۸	۵۲/۲	۳۶	۱۶/۵۵		
سابقه آموزش: بلی	۵۲	۵۶/۵	۴۹/۹۸	۲۰/۳۱	۱۴/۳۷	۰/۰۲
خیر	۴۰	۴۳/۵	۳۷/۶۰	۱۴/۵۸		
سطح درآمد: کمتر از هزینه‌کرد	۴۲	۴۵/۷	۴۲/۶۵	۱۷/۹۷	۱/۹	۰/۱۵
برابر با هزینه‌کرد	۴۳	۴۶/۷	۴۴/۹۷	۱۹/۹۷		
بیشتر از هزینه‌کرد	۷	۷/۶	۶۱/۷۵	۱۱/۵۰		

بحث

در این پژوهش توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در سطح ضعیف بود. در مطالعه بقایی و همکاران که با هدف تعیین وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان انجام شد، توان خودمراقبتی بیماران در سطح متوسط گزارش شد (۱).

به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت برنامه‌های آموزشی در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، یکی از مهمترین علل ضعیف بودن رفتارهای خودمراقبتی واحدهای پژوهش، دانش و آگاهی ضعیف واحدها در خصوص روش‌های مراقبت از خود و نیز بی‌سوادی ۶۲٪ از واحدهای پژوهش باشد. در مطالعه بقایی نیز ۶۵/۳٪ از واحدهای پژوهش بی‌سوادی بودند (۱).

در تحقیق حاضر، افراد مبتلا به دیابت نوع یک، توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به افراد مبتلا به دیابت نوع دو داشتند؛ این تفاوت می‌تواند به این علت باشد که بیشتر بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر این باورند که عدم نیاز به تزریق انسولین در آنها، نشان‌دهنده جدی نبودن بیماری آنان نسبت به بیماران مبتلا به دیابت نوع یک است؛ به همین دلیل توجه کمتری نسبت به پیگیری درمان و انجام رفتارهای مراقبت از خود دارند.

در این مطالعه همچنین میانگین توان خودمراقبتی زنان بیشتر از مردان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار نبود. در مطالعه بقایی و همکاران نیز اختلاف آماری معنی‌داری بین توان خودمراقبتی و جنس گزارش نشد (۱). در تحقیق Artinian و همکاران نیز در مورد توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی در آمریکا، ارتباط معنی‌داری بین جنس و توان خودمراقبتی گزارش نشد (۱۱) در مطالعه Akyol و همکاران، مردان دارای توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند اما از نظر آماری اختلاف معنی‌داری در توان خودمراقبتی دوجنس گزارش نگردید (۸). در مطالعه ابوطالبی در اردبیل که با هدف تعیین توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام شد، مردان دارای توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به زنان بودند (۱۲)؛ به نظر می‌رسد تاثیر تفاوت جنس بر توان خودمراقبتی می‌تواند متأثر از متغیرهای دیگری از جمله سطح دانش، وضعیت فیزیکی- روانی و رفتاری افراد باشد؛ به عنوان مثال ابوطالبی علت

بهرتر بودن توان خودمراقبتی مردان مبتلا به پرفشاری خون را سطح تحصیلات بالاتر مردان شرکت‌کننده در تحقیق نسبت به زنان عنوان کرده است.

مطابق یافته‌های پژوهش سن، عامل تأثیرگذاری بر سطح توان خودمراقبتی بوده و واحدهای پژوهش با سن کمتر، توان خودمراقبتی مناسب‌تری داشتند. به عقیده Orem توانمندی‌ها و نیازهای مراقبت از خود در یک فرد سالم متناسب با سطح رشدی که سن معین می‌کند، متفاوت می‌باشد. ارتباط سن و توان مراقبت از خود، در چندین مطالعه به طور کامل بررسی شده است (۱۳)؛ این یافته با مطالعات مشابه همخوانی دارد و بین سن و توان خودمراقبتی بیماران ارتباط معنی‌داری گزارش شده است (۸، ۹، ۱۱). در مطالعه Unsar و همکاران، بین سن و توان خودمراقبتی بیماران دیالیزی ارتباط معنی‌داری مشاهده نشد (۱۴). در پژوهش حاضر بین تحصیلات و سطح توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش ارتباط معنی‌داری مشاهده شد و با افزایش سطوح تحصیلی واحدهای پژوهش سطح توان خودمراقبتی نیز افزایش یافت. تحصیلات بالا با توجه به ارتباط آن با موقعیت‌های شغلی بهتر و درآمد بهتر بر توان خودمراقبتی افراد تأثیر می‌گذارد (۸). در مطالعات متعددی ارتباط معنی‌دار بین تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شده است (۸، ۱۱).

در این تحقیق محل سکونت از دیگر عوامل تأثیرگذار بر توان خودمراقبتی بود؛ به طوری که واحدهای پژوهش ساکن شهر، توان خودمراقبتی مناسب‌تری نسبت به ساکنین روستا داشتند. به عقیده Akyol و همکاران، ساکنین شهر در مقایسه با ساکنین روستا به علت دسترسی آسان به مراکز ارائه خدمات سلامتی، فرصت بیشتری برای کنترل و درمان دارند و در نتیجه، سطح توان خودمراقبتی در آنان نسبت به ساکنین روستا بالاتر خواهد بود؛ در تحقیق ایشان واحدهای پژوهش مبتلا به پرفشاری خون ساکن روستا دارای توان خودمراقبتی بالاتری نسبت به ساکنین شهر بودند اما ارتباط معنی‌داری بین توان خودمراقبتی و محل سکونت گزارش نگردید (۸). در مطالعه Oksel و همکاران در آمریکا نیز محل سکونت دارای ارتباط معنی‌داری با توان خودمراقبتی بود (۱۵) ولی در تحقیق Artinian و همکاران ارتباط معنی‌داری بین محل سکونت و توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی گزارش نگردید (۱۱). پژوهش حاضر

نتیجه گیری

در این پژوهش، توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش در حدّ ضعیف بود. از آنجا که رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهمی در پیشگیری از عوارض زودرس و دیررس بیماری و افزایش طول عمر بیماران دارد، لازم است پرستاران هنگام انجام مداخلات درمانی با بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران، نیازهای مراقبتی آنها را شناسایی نموده و با همکاری سایر اعضای گروه درمانی، آموزش‌های برنامه‌ریزی شده‌ای را به منظور ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران تدوین و اجرا نمایند.

تشکر و قدردانی

با سپاس از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و سرپرستاران محترم و مسؤولین بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل و بیماران محترم که ما را در انجام پژوهش یاری نمودند.

ارتباط معنی‌داری را بین سابقه آموزش و توان خودمراقبتی واحدها نشان داد؛ به نظر می‌رسد فرایند آموزش با توجه به تأثیراتی که بر سطوح آگاهی و نگرش بیماران می‌گذارد، نقش تعیین‌کننده‌ای بر سطوح توان خودمراقبتی بیماران دارد. در تحقیق حاضر ارتباط معنی‌داری بین سطح درآمد و توان خودمراقبتی به دست نیامد که با مطالعات مشابه همخوانی دارد (۱۴، ۱۱). Connell و همکاران در تحقیق خود با هدف تعیین رفتارهای خودمراقبتی افراد فقیر مبتلا به نارسایی قلبی در شهر سانفرانسیسکو آمریکا، ارتباط معنی‌داری را بین میزان درآمد و سطح توان خودمراقبتی گزارش کردند (۱۶). در مطالعه Garcia نیز ارتباط معنی‌داری بین توان خودمراقبتی و سطح درآمد گزارش شده است (۱۷). به نظر می‌رسد با توجه به تأثیر مثبت تحصیلات در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، بی‌سوادی ۸۵٪ افراد دارای درآمد بالاتر از هزینه‌کرد، می‌تواند مهمترین عامل توجیه‌کننده عدم تفاوت توان خودمراقبتی این واحدها با سایر واحدهای پژوهش باشد.

منابع:

- 1- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajbagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes. Quarterly Journal of Feiz. 2008; 12 (1): 88-93. [Persian]
- 2- Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. Int J Nursing Studies. 2009; 46 (1):120-31.
- 3- Abdoli S, Ashktorab K, Ahmadi F, Parvizy M. Barriers and facilitators the empowerment of people with diabetes. Journal of Endocrinology and Metabolism. 2008; 10 (5): 455-64. [Persian]
- 4- Schoenberg NE, Jaywick LS, Lawson JJ, Kart C. Diabetes self-care among a multiethnic sample of older adults. J Cross Cult Gerontol. 2008; 23: 361-67.
- 5- Nwasuruba C, Khan M, Egede L. Racial/Ethnic differences in adult with diabetes. 2007; 22 (1): 115-20.
- 6- Becker G, Gates R, Newsom E. Self-care among chronically ill African American: culture, health disparities, and health insurance status. Am J Public Health. 2004; 94: 2066-73.
- 7- Jordan DN, Jordan J. Self-care behaviors of Filipino American adult with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes and Its Complication. 2010; 24 (4): 250-58.
- 8- Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. J Clin Nursing. 2007; 16 (4): 679-87.
- 9- Dashiff CJ, Mccaleb A, Cull V. Self-care of young adolescents with type I diabetes. Journal Pediatr Nursing. 2006; 21 (3):222-32.
- 10- George JB. Nursing theories the base for professional nursing. 5th ed. New Jersey: Prentice Hall; 1995.
- 11- Artinian NT, Magnan M, Sloan M, Lange P, Michigan D. Self care behaviors among patients with heart failure. Heart & Lung: J Acute Critical Care. 2002; 31 (3):161-72.

- 12- Abotalebi G. The study of self- care agency based on Orem's theory in individuals with hypertension admitted to the selected hospitals of Ardebil. [Dissertation] Tehran Islamic Azad University Medical Sciences Branch, 2009. [Persian]
- 13- Coyle RL. Information retrieval of self-care and dependent care agents using net wellness. [Dissertation]. Ohio: The College of Nursing of Cincinnati University; 2000.
- 14- Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. dialysis & transplantation. 2007; 36 (2): 57-70.
- 15- Oksel E, Akbiyik A, Kocak G. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. Europ J Cardiovasc Nursing. 2009; 31 (8): s22.
- 16- Connell AM, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self care behaviors in indigent patients with heart failure. Europ J Cardiovasc Nursing. 2008; 23 (3): 223-30.
- 17- Garcia MP. The capacity of self-care agency in people with high arterial hypertension. San Jose de Cucuta Avances en Enfermeria. 2006; 24 (2): 63-79. [Spanish]

Abstract

Original Article

The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil)

N. Vosoghi Karkazloo¹, Gh. Abootalebi Daryasari², B. Farahani³,
E. Mohammadnezhad⁴, A. Sajjadi⁵

Background and Aim: Diabetes is one of the most common chronic diseases and also the greatest health problem in all countries. The most important strategy to control chronic diseases is self-care behaviors. Thus, the present study was implemented to determine self-care capacity among diabetic patients.

Materials and Methods: In this descriptive cross-sectional study, 92 diabetic patients aged 20- 65 years, were selected from the Imam Khomeini hospitals of Ardebil and studied within a month in winter 2009. The necessary data was collected through interview by using the Summary of Diabetes Self-Care Activities Scale (SDSCA).

Results: Self-care rate among the subjects was weak. Factors such as type of diabetes ($P=0.02$), residence ($P=0.01$), age ($P=0.01$), education level ($P=0.01$), and instruction history ($P=0.02$) had a significant relationships with self-care capacity.

Conclusion: Self-care capacity of diabetic individuals was weak, therefore given the crucial role of self care behaviors to control diabetes, nurses are required to identify help-seekers' need while performing nursing interventions and investigating self-care behaviors and design and implement planned training to promote self-care ability among patients.

Key Words: Self care; Diabetes mellitus; Patients

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2012; 8 (4): 197-204

Received: January 12, 2012 Last Revised: April 11, 2012 Accepted: May 9, 2012

¹ Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

² Corresponding Author, Department of Nursing, Islamic Azad University, Ardebil Branch, Iran gh_abutalebi@iauardabil.ac.ir

³ Instructor, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

⁴ Young Researchers Club, Islamic Azad University, Tehran Medical Branch, Tehran, Iran

⁵ Instructor, Faculty of Nursing & Midwifery, Army University of Medical Sciences, Tehran, Iran