

مقاله اصلی

رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت روستایی شهرستان گرگان: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۶/۲۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۴

خلاصه

مقدمه

دیابت شایع ترین بیماری متابولیک در دنیا است. مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر در بیماران دیابتی عدم انجام خود مراقبتی است. مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت روستایی شهرستان گرگان در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار

در این مطالعه مقطعی، در مجموع ۴۰۰ فرد دیابتی مراجعه کننده به خانه های بهداشت شهرستان گرگان مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه استاندارد (SDSCA Summary of Diabetes Self-care Activities) و پرسشنامه استاندارد ارزیابی رفتار خودمراقبتی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی می باشد.

نتایج

میانگین سن بیماران مورد مطالعه $60/59 \pm 10/16$ سال و مدت ابتلا به دیابت $10/1/81 \pm 5/06$ ماه بود. میانگین قند ناشتای بیماران $127/15 \pm 14/15$ میلی گرم بر دسی لیتر بود. سازه راهنما برای عمل در مدل اعتقاد بهداشتی، تنها سازه پیش بینی کننده رفتار خود مراقبتی بیماران دیابتی بود ($p=0/036$). در زمینه تحصیلات، ۶۹/۲۵ درصد بیماران، بیسواد و یا دارای مدرک ابتدایی بودند. همچنین، فضای مجازی و پرسنل بهداشت و درمان مهمترین منابع کسب اطلاعات سلامت بودند. سن بیماران با حساسیت درک شده و شدت درک شده رابطه معکوس داشت ($p<0/05$). رابطه آماری معنی دار و معکوسی بین سازه شدت درک شده و رفتار خودمراقبتی مشاهده شد ($p<0/05$). قند ناشتا با شدت درک شده و موانع درک شده و میزان فعالیت ورزشی رابطه معکوس داشت ($p<0/05$).

نتیجه گیری

ارائه آموزش های بیشتر در خصوص بیماری و روش های کنترل آن توسط پرسنل بهداشت و درمان می تواند نقش موثری در کنترل بیماری داشته باشد. همچنین، با توجه به سطح تحصیلات پایین بیماران، پیشنهاد می گردد اقداماتی در جهت ارتقای سطح آگاهی بیماران و به تبع آن افزایش حساسیت و شدت درک شده آنها انجام شود تا مداخلات احتمالی بعدی و البته آموزش های روتین بیماران بصورت اثربخش تر انجام شود.

کلمات کلیدی

قند خون، دیابت نوع ۲، مدل اعتقاد بهداشتی، خودمراقبتی
بی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

دکتر سید کمال میرکریمی^{۱*}

دکتر عبدالحکیم رجیبی^۲

دکتر سید مهدی ابوالقاسمی^۳

^۱ استادیار، دکترای تخصصی آموزش و ارتقاء سلامت، مرکز تحقیقات پرستاری، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

^۲ استادیار، دکترای تخصصی اپیدمیولوژی، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

^۳ دکترای حرفه ای، دانشکده پرديس بين الملل، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران

نویسنده مسئول: دکتر سید کمال میرکریمی

تلفن: ۰۱۷۳۲۴۲۳۶۷

شماره: ۰۱۷۳۲۴۳۶۱۰۷

Email: ak.mirkarimi@gmail.com

مقدمه

در حال حاضر دیابت به عنوان یکی از نگرانی‌های عمده بهداشت عمومی در هزاره سوم شناخته می‌شود و پنجمین عامل اصلی مرگ و میر در جهان است (۱). دیابت شیرین یک بیماری متابولیک شایع است که عوامل محیطی (سبک زندگی) و ژنتیک در ایجاد آن نقش دارد و با قند خون بالا مشخص می‌شود. شیوع دیابت در جهان به طور نگران کننده ای رو به افزایش است آمارها نشان می‌دهد شیوع جهانی دیابت و تعداد افراد مبتلا در بین بالغین ۲۰ تا ۷۹ سال در سال ۲۰۱۰، ۶/۴٪ (۲۸۵ میلیون نفر) بوده و در سال ۲۰۳۰ به ۷/۷٪ (۴۳۹ میلیون نفر) میرسد. در بین سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰، ۶۹٪ افزایش در تعداد بالغین مبتلا به دیابت در کشورهای در حال توسعه و ۲۰٪ افزایش در کشورهای توسعه یافته تخمین زده شده است، این پیش بینی نشان دهنده افزایش بار ناشی از بیماری دیابت به ویژه در کشورهای در حال توسعه است. شیوع دیابت و تعداد افراد مبتلا در ایران در سال ۲۰۱۰، ۶/۲٪ (۲۸۷۲۰۰۰ نفر) بوده و در سال ۲۰۳۰ به ۹/۳٪ (۵۹۸۱۰۰۰ نفر) می‌رسد که متوسط افزایش سالانه ابتلا به دیابت در ایران ۱۵۵۰۰۰ نفر می‌باشد (۲). بر طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۴، ۳/۴ میلیون مرگ و میر در جهان ناشی از عوارض قند خون بالا بوده است. بیش از ۸۰٪ مرگ و میر ناشی از دیابت در کشورهایی با درآمد متوسط تا پایین است و تخمین زده شده است که در سال ۲۰۳۰ دیابت هفتمین علت شایع مرگ و میر در جهان خواهد بود (۳).

شیوع بالای دیابت از یک سو و عوارض آن از سوی دیگر بار سنگینی بر فرد و جامعه وارد می‌کند. این عوارض شامل عوارض ماکروواسکولار از قبیل درگیری عروق کرونری، عروق محیطی، عروق مغزی و عوارض میکروواسکولار از قبیل رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی می‌باشد. در آمریکا دیابت شایعترین علت نارسایی کلیوی در مراحل انتهایی، آمپوتاسیون غیر تروماتیک اندام تحتانی و

نابینایی در بالغین میباشد و فرد را مستعد بیماری‌های قلبی عروقی می‌کند (۴). مطالعه‌ی صورت گرفته در مرکز تحقیقات دیابت اصفهان روی ۴۰۰۰ بیمار دیابتی نوع دو شیوع عوارض دیابت را به صورت بیماری ایسکمیک قلبی ۳۴٪، فشارخون بالا ۵۰٪، نارسایی کلیوی ۱۲٪، رتینوپاتی ۴۴٪، کاتاراکت ۵٪ و قطع پای غیر تروماتیک گزارش نمود (۵). اگرچه دیابت یک بیماری صعب‌العلاج است، اما عوارض آن قابل درمان و کنترل می‌باشند و برخی از افراد ممکن است با تغییر سبک زندگی به بهبودی نسبی برسند (۱).

خودمراقبتی یک مفهوم کلیدی در ارتقا سلامت است و به هرگونه اقدامی که برای افزایش و یا نگهداری سطح سلامتی و خودشکوفایی فرد یا گروه صورت می‌گیرد اشاره دارد (۶) و منظور از آن، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است. و منظور از آن، تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است (۷). طبق بررسی‌های موجود، مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر در بیماران دیابتی عدم انجام خود مراقبتی است. بیماران دیابتی جهت کنترل موفقیت آمیز بیماری خود، نیازمند دانش و خودمراقبتی پیگیر و هدفمند در طول زندگی خود هستند (۸).

کنترل بیماری دیابت مستلزم انجام رفتارهای خود مراقبتی در تمام طول عمر می‌باشد. در این رابطه، مدل اعتقاد بهداشتی یکی از مدل‌های تجزیه و تحلیل رفتار در زمینه‌های رفتار بهداشتی از جمله دیابت نوع دو به کار رفته است (۹). برخی از صاحب‌نظران معتقدند یکی از علل عدم موفقیت در شناسایی عوامل موثر بر رفتار، عدم توجه به مطالعات سبب شناختی و پی ریزی آنها بدون در نظر

نوع ۲ مراجعه کننده به مراکز جامع سلامت روستایی شهرستان گرگان، اجرا شد.

روش کار

۱.۲. نوع مطالعه و کلیات روش اجرا

مطالعه حاضر از نوع مقطعی با رویکرد توصیفی-تحلیلی می باشد که بر روی ۴۰۰ نفر از افراد دیابتی (نوع ۲) مراجعه کننده به خانه های بهداشت شهرستان گرگان در سال ۱۴۰۱ اجرا شد. به منظور جمع آوری اطلاعات، در ابتدا کل خانه های بهداشت شهرستان گرگان انتخاب شدند. سپس تعداد ۹ خانه بهداشت با روش تصادفی ساده در نظر گرفته شدند، و در نهایت در هر خانه بهداشت، ابتدا لیست بیماران تهیه شد و سپس با هماهنگی بهورزان، افراد دیابت بالای ۳۰ سال دارای پرونده فعال که شرایط معیارهای ورود مطالعه را داشتند بصورت تصادفی ساده، وارد بررسی شدند. مطالعه حاضر، حاصل کار پایان نامه دانشجوی پزشکی با کد اخلاق IR.GOUMS.REC.1401.500 می باشد.

۲.۲. حجم نمونه

با توجه به مطالعه وزینی و همکاران (۱۳) و با در نظر گرفتن حداقل شیوع خود مراقبتی ۹٫۳٪ و در سطح اطمینان ۹۵٪ با دقت برآورد ۳٪، با استفاده از فرمول ۱ حداقل نمونه مورد نیاز ۳۶۰ نفر محاسبه شد. که با احتمال عدم پاسخ دهی در برخی پرسشنامه به میزان ۱۰٪ در نمونه های مورد مطالعه، ۴۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. علاوه براین، برای این تعداد نمونه، توان مطالعه برای بررسی حداقل همبستگی ۰٫۲، در سطح معنی داری ۰٫۰۵، بین ابعاد مدل اعتقاد بهداشتی و خود مراقبتی ۹۰٪ با استفاده از فرمول ۲ برآورد شد.

$$n = \frac{pqz^2}{d^2} \quad \text{فرمول ۱:}$$

فرمول ۲:

$$n = \frac{4(Z_{\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{\text{Ln} \left[\frac{1+r}{1-r} \right]^2} + 3$$

گرفتن مدل های روانی اجتماعی بعنوان چارچوب فکری مشخص در برنامه ریزی آموزشی است (۱۰). مدل اعتقاد بهداشتی چارچوب های ادراکی استفاده شده در زمینه شناخت هر چه بهتر رفتارهای بهداشتی می باشد. این مدل در زمینه های زیادی در ارتباط با ارتقای سلامت از قبیل دیابت، خودآزمایی پستان، کنترل فشار خون، انجام پاپ اسمیر برای سرطان گردن رحم و پیشگیری از سل و بیماری های عروق کرونر مورد استفاده قرار گرفته است (۱۱). برخی شواهد نشان می دهند که باورهای بهداشتی به طور قابل توجهی در اتخاذ رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مزمن تاثیر گذار هستند (۱۲). مدل اعتقاد بهداشتی تاکید می کند که مردم زمانی در خصوص پیام های سلامت و پیشگیری از بیماری ها واکنش مناسب نشان می دهند که احساس کنند در معرض خطر قرار دارند (حساسیت درک شده) و خطر تهدید کننده آنها بسیار جدی است (شدت درک شده)، تغییر رفتار برای آنها منافع زیادی دارد (منافع درک شده) و موانع موجود در جهت انجام رفتارهای بهداشتی را می توانند مرتفع سازند (موانع درک شده). از طرفی خودکارآمدی نیز به معنای قضاوت فرد در مورد توانایی هایش برای انجام یک عمل می باشد و می تواند فرد را به اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت و ترک رفتارهای مضر برای سلامت قادر سازد (۱۳). حسینعلی پور و همکاران در پژوهشی نشان دادند که آموزش مبتنی بر مدل اعتقاد بهداشتی توسعه یافته، می تواند بر موانع درک شده، منافع درک شده، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی مؤثر واقع شود و با افزایش و بهبود وضعیت سازه ها، وضعیت خودمراقبتی بیماران ارتقا یابد (۱۴).

بر اساس بررسی های بعمل آمده، مطالعات چندانی در خصوص وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی در گرگان انجام نشده است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت

سوالات (آلفا کرونباخ)، برای سازه‌های منافع درک شده ۰/۷۹، شدت درک شده ۰/۷۱، برای حساسیت درک شده ۰/۷۳، خودکارآمدی درک ۰/۸۸، موانع درک شده ۰/۸۱ درک شده و راهنما برای عمل برابر با ۰/۷۲ بود.

۴.۲. معیارهای ورود و خروج

بیماران با سن بالای ۳۰ سال، دارا بودن پرونده بهداشتی در خانه‌های بهداشت شهرستان گرگان، گذشتن حداقل یک سال از زمان تشخیص بیماری، عدم وجود بیماری‌های همراه و عوارض حاصل از دیابت، عدم ابتلا به بیماری‌های روان و همچنین داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه وارد بررسی شدند. همچنین بستری بودن بیمار طی زمان پژوهش و تکمیل ناقص اطلاعات در پرسشنامه، معیارهای خروج از مطالعه بودند.

۵.۲. تجزیه و تحلیل داده‌ها

اطلاعات جمع آوری شده توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف متغیرهای از شاخص توصیفی میانگین، انحراف معیار استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های آماری ضریب همبستگی اسپیرمن، رگرسیون خطی، کروسکال والیس و من ویتنی استفاده شد. در ضمن سطح معنی داری در این مطالعه کمتر از ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

میانگین سن بیماران مورد مطالعه $60/59 \pm 10/16$ سال و مدت ابتلا به دیابت $10/1/81 \pm 58/06$ ماه بود. میانگین قند ناشتای بیماران $127/15 \pm 14/15$ میلی گرم بر دسی لیتر بود. ۲۱۸ نفر (۵۴/۵٪) افراد مورد مطالعه زن و ۱۸۲ نفر (۴۵/۵٪) مرد بودند. تحصیلات بیشتر افراد بیسواد- ابتدایی (۶۹/۳٪) بود. بیشتر افراد مورد مطالعه متاهل بودند (۶۸/۵٪) (جدول ۱).

۳.۲. ابزار و پرسشنامه‌های تحقیق

ابزار گردآوری داده‌ها در این مطالعه، شامل ۳ قسمت می‌باشد. ۱) اطلاعات جمعیت شناختی بیماران (شامل سن، جنس، تحصیلات، تاهل، شغل و)، ۲) پرسشنامه استاندارد ارزیابی رفتارهای خود مراقبتی SDSCA (Summary of Diabetes Self-care Activities) و ۳) پرسشنامه استاندارد بررسی رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی به کار رفته در مطالعه وزینی و براتی می‌باشد (۱۳).

پرسشنامه استاندارد SDSCA، یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۰ سوالی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و در برگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم غذایی، فعالیت ورزشی، آزمایش قند خون، مراقبت از پا و مصرف داروها است (۱۵). در این مقیاس به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود به طوری که نمره صفر برای عدم انجام خودمراقبتی در هفت روز گذشته و امتیاز ۷ برای انجام رفتار خودمراقبتی در هفت روز گذشته تعلق می‌گیرد و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سوال بدست می‌آید. امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۷۰ می‌باشد. روایی و پایایی ابزار فوق در مطالعه شبیبی و همکاران با عنوان بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهرستان ایلام تایید شد (۱۵). پرسشنامه استاندارد بر اساس مدل اعتقاد بهداشتی شامل سازه‌های حساسیت درک شده ۴ سوال، شدت درک شده ۱۰ سوال، منافع درک شده ۶ سوال، موانع درک شده ۱۰ سوال، خودکارآمدی درک شده ۶ سوال با مقیاس ۵ گزینه ای (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) و راهنمای عمل ۷ سوال با مقیاس ۳ گزینه ای (بلی، خیر، تا حدودی) می‌باشد. بر اساس مطالعه مقدماتی انجام شده حاضر، میزان ضریب همبستگی درونی

جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران و شاخص‌های بیماری مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
سن (سال)	۶۰/۵۹	۱۰/۱۶	۲۱	۸۸
مدت بیماری (ماه)	۱۰۱/۸۱	۵۸/۰۶	۲۴	۳۶۰
قند ناشتا (میلی گرم/دسی لیتر)	۱۲۷/۱۵	۱۴/۱۵	۸۷	۱۶۷
متغیر	زیر گروه	فراوانی	درصد	
جنسیت	مرد	۱۸۲	۴۵/۵	
	زن	۲۱۸	۵۴/۵	
	بیسواد - ابتدایی	۲۷۷	۶۹/۲۵	
	راهنمایی	۴۱	۱۰/۲۵	
تحصیلات	متوسطه	۳۶	۹	
	دیپلم	۲۶	۶/۵	
	فوق دیپلم	۱۷	۴/۲۵	
	فوق لیسانس و بالاتر	۳	۰/۷۵	
	آزاد	۵۹	۱۴/۷۵	
	کشاورز	۸۰	۲۰	
	کارگر	۶۴	۱۶	
شغل	کارمند	۴۵	۱۱/۲۵	
	بیکار	۱۰	۲/۵	
	خانه دار	۱۴۲	۳۵/۵	
	مجرد	۳۰	۷/۵	
	متاهل	۲۷۴	۶۸/۵	
تاهل	مطلقه	۶	۱/۵	
	همسر مرده	۹۰	۲۲/۵	
	فارس	۱۸۵	۴۶/۲۵	
	ترکمن	۱۹	۴/۷۵	
قومیت	بلوچ	۳۲	۸	
	سیستانی	۱۶۴	۴۱	

مراقبت از پا $۶/۸۳ \pm ۴/۱۸$ ، مصرف داروها $۷/۴۰ \pm ۱/۳۸$ و نمره کلی مراقبت از خود $۵۲/۷۰ \pm ۹/۷۵$ بود (جدول ۲).

میانگین نمره رژیم غذایی بیماران $۲۸/۵۲ \pm ۵/۲۱$ ، فعالیت ورزشی $۵/۵۳ \pm ۲/۶۹$ ، آزمایش قندخون $۴/۴۱ \pm ۲/۷۵$

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پرسشنامه SDSCA در بیماران مورد مطالعه

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمترین	بیشترین
رژیم غذایی	۲۸/۵۲	۵/۲۱	۱۷	۴۰
فعالیت ورزشی	۵/۵۳	۲/۶۹	۲	۱۱

ازمایش قند خون	۴/۴۱	۲/۷۵	۲	۱۶
مراقبت از پا	۶/۸۳	۴/۱۸	۲	۱۶
مصرف داروها	۷/۴۰	۱/۳۸	۲	۸
نمره کلی مراقبت از خود	۵۲/۷۰	۹/۷۵	۳۴	۸۸

معناداری باعث کاهش قند ناشتا می شود. همچنین نمره مصرف دارو بیماران با مدت بیماری آن‌ها رابطه مستقیم داشت ($r=0/012, p=0/03$) (جدول ۳).

بررسی ما نشان داد که قند ناشتا بیماران با میزان فعالیت ورزشی رابطه معکوس دارد ($r=0/13, P<0/007$) به این معنی که افزایش فعالیت ورزشی در بیماران به طور

جدول ۳. همبستگی بین سن، مدت زمان بیماری و قند ناشتا با پارامترهای پرسشنامه SDSCA

متغیر	رژیم غذایی		ورزش		FBS		مراقبت از پا		مصرف داروها	
	*r	P	*r	P	*r	P	*r	p	*r	p
سن	0/17	0/68	0/09	0/08	0/26	0/56	0/71	0/02	0/14	0/07
مدت بیماری (ماه)	0/77	0/15	0/06	0/95	0/99	<0/0001	0/40	0/04	0/03	0/12
قند ناشتا	0/07	0/09	0/07	0/13	0/52	0/32	0/69	0/02	0/08	0/12

*ضریب همبستگی اسپیرمن

ورزشی ارتباط معکوس ($r=-0/13, P<0/01$) و با میزان مراقبت از پا ارتباط مستقیم داشت ($r=0/69, P<0/02$). موانع درک شده با فعالیت ورزشی ارتباط مستقیم داشت ($r=0/13, P<0/008$) (جدول ۴).

نمره حساسیت درک شده با فعالیت ورزشی ارتباط مستقیم داشت ($r=0/14, P<0/004$). شدت درک شده با نحوه مصرف داروی بیماران ارتباط معکوس داشت ($r=-0/15, P<0/003$). منافع درک شده با فعالیت

جدول ۴. همبستگی بین پارامترهای پرسشنامه اعتقاد بهداشتی و SDSCA

متغیر	حساسیت درک شده		شدت درک شده		منافع درک شده		موانع درک شده		راهنمای عمل		خودکارآمدی درک شده	
	r	P	r	p	r	p	r	p	R	p	R	p
رژیم غذایی	0/63	0/02	0/72	0/02	0/83	0/01	0/11	0/08	0/60	0/03	0/08	0/13
ورزش	0/04	0/14	0/36	0/04	0/01	0/13	0/08	0/13	0/97	0/02	0/11	
قند خون ناشتا	0/06	0/09	0/12	0/08	0/57	0/03	0/71	0/18	0/96	0/02	0/06	
مراقبت از پا	0/22	0/06	0/16	0/07	0/69	0/02	0/93	0/04	<0/001	0/18	0/01	
مصرف داروها	0/18	0/07	0/03	0/15	0/18	0/62	0/35	0/04	0/30	0/05	0/04	

*ضریب همبستگی اسپیرمن

سازه راهنما برای عمل در مدل اعتقاد بهداشتی، تنها سازه پیش بینی کننده رفتار خود مراقبتی بیماران دیابتی بود $(\beta=0/107, p=0/036)$ قدرت پیشگویی هر یک از

سازه‌های اعتقاد بهداشتی در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. ارزیابی سازه‌های پرسشنامه اعتقاد بهداشتی در پیشگویی خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت

P	فاصله اطمینان ۹۵٪		ضریب بتا	متغیر
	حد بالا	حد پایین		
۰.۱۰۷	۰.۷۲	۰.۰۷	۰.۰۹۲	حساسیت درک شده
۰.۶۲۲	۰.۶۶	۱.۱۱	۰.۰۲۹	شدت درک شده
۰.۲۷۲	۰.۱۹	۰.۶۸	۰.۰۵۵	منافع درک شده
۰.۷۵۸	۰.۴۲	۰.۵۸	۰.۰۱۶	موانع درک شده
۰.۰۳۶	۱.۳۶	۰.۰۴	۰.۱۰۷	راهنمای عمل
۰.۲۷	۰.۵۲	۰.۱۵	۰.۰۵۶	خودکارآمدی درک شده

بحث

مراقبت از خود، نقش ویژه ای در مراقبت از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت دارد و زمانی می‌توان در مدیریت این بیماری‌ها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیتهای مراقبت از خود نقش فعالی داشته باشد. علاوه بر این، رعایت فعالیتهای خود مراقبتی باعث بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن شده و نقش بسزایی در کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بستری‌های مکرر دارد (۱۶).

به ۷۰ درصد بیسواد یا سواد ابتدایی بودند، احتمالاً حساسیت و شدت درک شده پایینی نیز دارا می‌باشند، زیرا افراد در سنین بالا و به دلیل تحصیلات و سطح آگاهی پایین معمولاً شناخت صحیحی از وضعیت سلامت خود ندارند. همانطور که مطالعه فلاح تفتی و همکاران نشان داد، افرادی که سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بالاتری داشتند، با موانع کمتری مواجه بودند که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد (۱۷). در واقع در مطالعه حاضر، افراد به دلیل سطح تحصیلات پایین، موانع زیادی برای انجام رفتار خود مراقبتی داشتند و احتمالاً به دلیل خودکارآمدی احتمالی پایین (متعاقب تحصیل نامناسب)، خود را در برابر بیماری حساس نمی‌دیدند.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی از نظر متغیرهای مورد بررسی مانند جنسیت، شغل و تحصیلات تفاوت معنی داری با هم نداشتند. این موضوع می‌تواند مربوط به سطح سواد افراد باشد که اکثریت قریب به اتفاق آنها (نزدیک ۷۰ درصد) سطح تحصیلات نامطلوبی (بیسواد و تحصیلات ابتدایی) داشتند. همچنین در مطالعه حاضر، سن بیماران با حساسیت درک شده و شدت درک شده رابطه معکوس داشت. این یافته‌ها می‌تواند به این دلیل باشد که با توجه به اینکه اغلب شرکت کنندگان در مطالعه، میانگین سنی بالای ۶۰ سال و سطح تحصیلات پایینی داشتند (نزدیک

بسیاری از مطالعات میزان آگاهی افراد دیابتی را در حد ضعیف تا متوسط گزارش می‌نمایند (۱۸-۲۰). در رابطه با این مساله می‌بایست اعلام داشت که دیابت از جمله بیماری‌هایی است که سهم عمده کنترل آن به عهده بیمار می‌باشد و آگاهی افراد در زمینه‌های مختلف کنترل بیماری از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می‌باشد (۲۱). همسو با نتایج مطالعه حاضر، در مطالعه میرزایی و همکاران (۲۲) همبستگی معکوسی بین سن و نمره

آگاهی وجود داشت. فلاح تفتی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که با افزایش مدت ابتلا به دیابت، موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی شدیدتری وجود داشت (۱۷). در مطالعه حاضر افراد مدت زمان زیادی مبتلا به دیابت بودند (حدود ۱۰۱ ماه) که می‌تواند منجر به عادی انگاری بیماری و متعاقباً کاهش حساسیت و شدت درک شده افراد شده باشد.

همسو با مطالعه حاضر، مطالعه Hu و همکاران نشان داد که حساسیت درک شده رابطه معنی داری با رفتارهای خودمراقبتی نداشت (۲۳). علت این موضوع می‌تواند سطح اطلاعات پایین افراد و یا نوع رفتار مراقبتی مورد بررسی باشد. مطالعه ای در هند نشان داد هر چه حساسیت درک شده در بیماران دیابتی بالاتر باشد مراقبت صحیح تری از پاهایشان انجام می‌دهند. همچنین در پژوهش حاضر، رابطه آماری معنی دار و معکوس بین سازه شدت درک شده و رفتار خودمراقبتی مشاهده شد. این نتیجه همسو با مطالعات دیگر می‌باشد (۲۳). علت آن نیز این است که زمانی که بیماران در مورد دیابت و عوارض و پیامدهای جدی آن آگاه هستند، احتمال بیشتری دارد تا بیماری خود را به عنوان یک چالش سلامت در نظر بگیرند و بطور مداوم به رفتارهای بهداشتی و سالم پایبند باشند.

بر اساس نتایج کنونی، قندناشتا باشدت درک شده و موانع درک شده رابطه معکوس داشت. این بدان معناست که هر چه قدر نمره شدت درک شده و موانع درک شده افراد دیابتی بالاتر باشد، قند خون ناشتا پایین تری دارند. در مطالعات دیگر نیز شدت درک شده به عنوان یک فاکتور تعیین کننده و مهم در انجام رفتار خود مراقبتی مطرح شده است (۲۳، ۲۴). در واقع علت این موضوع می‌تواند این باشد که وقتی افراد خود را در برابر بیماری آسیب پذیرتر می‌بینند احتمال بیشتری رفتار خود مراقبتی را انجام می‌دهند. همچنین همسو با مطالعه حاضر، در مطالعه کریمی و همکاران، رابطه معکوس و معنی داری بین موانع درک شده و رفتار خود مراقبتی وجود

داشت (۲۵). در واقع موانع درک شده، همان ابعاد منفی بالقوه رفتار خود مراقبتی می‌باشند که مانع از اجرای رفتارهای سالم می‌شوند. مطالعات دیگر نیز این موضوع را مورد تایید قرار می‌دهند (۲۶). مدل اعتقاد بهداشتی در مطالعات مختلف نشان می‌دهد که حساسیت درک شده و شدت درک شده به طور مشترک منجر به درک خطر بیماری می‌شود، و مزایای درک شده برارزیابی فرد از آن تأثیر می‌گذارد که این موضوع می‌تواند بر رفتارهای سلامت پیشگیرانه تأثیر بگذارد (۲۷).

همچنین در مطالعه حاضر قند ناشتا بیماران با میزان فعالیت ورزشی رابطه معکوس داشت. در مطالعه ما، فعالیت بدنی افراد با پرسشنامه SDSCA اندازه گیری شد که پرسشنامه اختصاصی اندازه گیری فعالیت بدنی نمی‌باشد و آنچنان که پرسشنامه ای مانند International Physical Activity (Questionnaire) (IPAQ)، میزان فعالیت بدنی را ارزیابی می‌کند، قادر به تعیین میزان دقیق فعالیت بدنی افراد (کم، متوسط و شدید) نمی‌باشد. از آنجا که اغلب افراد سطح تحصیلات پایینی داشتند و حدوداً ۶۰ ساله بودند، احتمالاً فعالیت بدنی کافی نداشته اند به گونه ای که بتواند میزان قند خون آنها را به میزان کافی کنترل کند. فعالیت بدنی به عنوان یک مولفه رفتار خود مراقبتی مطرح می‌باشد. مطالعات انجام شده توسط کاظمی نژاد و همکاران (۲۸)، روئیز گنزاز و همکاران (۲۹) و عزیزی و همکاران (۳۰) نشان داد که هر چه سطح خودمراقبتی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع ۱ افزایش بیاید، سطح خونی هموگلوبین گلیکوزیله کاهش می‌یابد که نشان دهنده کاهش میزان قند خون و کنترل مناسب بیماری است.

در مطالعه حاضر، قویترین پیش بینی کننده انجام رفتار خودمراقبتی، سازه راهنما برای عمل بود. در واقع منابعی از قبیل فضای مجازی، رسانه‌ها (از قبیل تلویزیون و رادیو و...)، پزشکان و پرسنل بهداشتی، به عنوان مهمترین منابع اطلاعاتی در دسترس بیماران دیابتی مطرح می‌باشند. در

مطالعه انجام شده توسط Jemal و همکاران، مهمترین و قویترین پیش بینی کننده رفتارهای خود مراقبتی تغذیه ای، به ترتیب خودکارآمدی و راهنما برای عمل بودند. در واقع وقتی بیماران راهنماهای بیشتری برای عمل دریافت می کنند، تمایل بیشتری دارند تا روزهای بیشتری رژیم غذایی خود را رعایت کنند (۳۱). این یافته مطابق با نتایج مطالعه نپال (۳۲) و همچنین مفروضات اصلی مدل اعتقاد بهداشتی است که نشان می دهد وقتی افراد نشانه های بیشتری برای عمل دارند، کمتر احتمال دارد توصیه ها را فراموش کنند، زیرا آمادگی برای اقدام تنها می تواند با نشانه هایی برای آغاز آن تقویت شود (۳۳).

نتیجه گیری

با توجه به اینکه فضای مجازی و پرسنل بهداشت و پزشکان مهمترین منابع کسب اطلاعات در مورد بیماری بودند، ارائه آموزش ها در خصوص در پیش گرفتن سبک

زندگی سالم توسط آنها می تواند در ارتقای وضعیت سازه های مدل و وضعیت سلامت افراد سودمند باشد. اغلب بیماران مطالعه حاضر از سطح تحصیلات و متعاقبا آگاهی پایینی برخوردار بودند و همانطور که مطالعات متعدد نشان داده اند سطح پایین آگاهی با رفتارهای خودمراقبتی ضعیف تر مرتبط می باشد. همچنین با توجه به اینکه راهنما برای عمل به عنوان مهمترین پیش بینی کننده انجام رفتارهای خود مراقبتی در مطالعه حاضر شناخته شد، لذا ارائه آموزش و اطلاعات مرتبط به بیماران می تواند در ارتقاء رفتارهای خود مراقبتی سودمند باشد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله مراتب تقدیر خود را از همه افراد شرکت کنندگان در مطالعه و همچنین دانشگاه علوم پزشکی گلستان به دلیل حمایت مالی ابزار می دارند.

تعارض منافع: نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

References

1. Khin ET, Aung MN, Ueno S, Ahmad I, Latt TS, Moolphate S, et al. Social support between diabetes patients and non-diabetes persons in Yangon, Myanmar: A study applying enriched social support instrument. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(14):7302.
2. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet P. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes research and clinical practice*. 2010;87(1):4-14.
3. Roglic G, Obstetrics. Diabetes in women: the global perspective. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2009;104:S11-S3.
4. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, Loscalzo J. Harrison's principles of internal medicine, 19e: Mcgraw-hill New York, NY, USA. *International Journal of Cardiology*. 2015; 209:70-71.
5. Tol A, Sharifirad G, Shojaezadeh D, Tavasoli E, Azadbakht L. Socio-economic factors and diabetes consequences among patients with type 2 diabetes. *Journal of Education and Health Promotion*. 2013;(1):12.
6. Hoseinikhah M, Monsheie GH, Ebrahimi A. Prediction of Self-care behavior based on Hardiness, Hope and Dysfunction Attitude among patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2014;12(2):217-25.
7. Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self-caring of children suffering from diabetes type 1 and It's relation with family reaction. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2009;19(69):38-44.
8. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib-Hajbaghery M. Self care situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes Center, in 2005. *Feyz Medical Sciences Journal*. 2008;12(1):88-93.
9. Baghiani M, Taheri G, Fallahzadeh H, Parsa M. The effect of instructional designed SMS based on Health Belief Model (HBM) on adoption of self-care behavior of patients with type II diabetes. 2014.
10. Barati M. Predicting factors related to self-care behaviors among type 2 diabetic patients based on health belief model. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2014;1(4):16-25.
11. Mohammad Sharifi Darani M, Jalili Z, Hassanzadeh A. Impact of Health Belief Model-based Training on Self-care Behavior in Elderly People with Hypertension Referring to Comprehensive Health Services Centers of Daran City, Iran, during 2017-18. *Journal of Health System Research*. 2019;15(2):107-14.

12. Azadbakht M, Garmaroodi G, Tanjani PT, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health promoting self-care behaviors and its related factors in elderly: application of health belief model. *Journal of Education and Community Health*. 2014;1(2):20-9.
13. Barati M. Predicting factors related to self-care behaviors among type 2 diabetic patients based on health belief model. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical*. 2014;1(4):16-25.
14. Sarabian M, Savadian P, Kaldi A. Factors influencing self-care in young adults in Tehran, Iran. *Payesh (Health Monitor)*. 2023;22(4):41.۵-۲۲
15. shabibi p, mansourian m, abedzadeh ms, sayehmiri k. The Status of Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes in the City of Ilam in 2014. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*. 2016;24(2):63-71.
16. Vosoghi KN, Abootalebi DG, Farahani B. The Study of Self-Care Agency in Patients With Diabetes (Ardabil). *Modern Care Journal*. 2012;8(4 (32)):197-204.
17. Fallah Tafti B, Vaezi A, Moshtagh Z, Shamsi F. The assessment of barriers to the self-care behaviors in type 2 diabetic patients of Yazd province in 2014. *Tolooebehdasht*. 2016;15(3):115-29.
18. Desalu O, Salawu F, Jimoh A, Adekoya A, Busari O, Olokoba AJ. Diabetic foot care: self reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospital in Nigeria. *Ghana medical journal*. 2011;45(2).
19. Chellan G, Srikumar S, Varma AK, Mangalanandan T, Sundaram K, Jayakumar R, et al. Foot care practice-The key to prevent diabetic foot ulcers in India. *The foot*. 2012;22(4):298-302.
20. Kishore S, Upadhyay AD. Awareness of foot care among patients with diabetes attending a tertiary care hospital. *The National Medical Journal of India*. 2015;28(3):122-5.
21. Chatterjee S, Davies MJ, Heller S, Speight J, Snoek FJ, Khunti KJ. Diabetes structured self-management education programmes: a narrative review and current innovations. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2018;6(2):130-42.
22. Mirzaei-Alavijeh M, Azami F, Jalilian F, Hidarnia AJ. Self-care behaviors' glycemic control and its related factors in type II diabetes women patients. 2019;21(3).
23. Hu Y, Liu H, Wu J, Fang G. Factors influencing self-care behaviours of patients with type 2 diabetes in China based on the health belief model: a cross-sectional study. *Public Health*. 2022;12(8):e044369.
24. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in Aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*. 2002;23(4):130.
25. Karimy M, Araban M, Zareban I, Taher M, Abedi AJ. Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: an explanation based on health belief model. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:368.
26. Jalilian F, Motlagh FZ, Solhi M, Gharibnavaz H. Effectiveness of self-management promotion educational program among diabetic patients based on health belief model. *Journal of Education and Health Promotion*. 2014;3(1):14.
27. Zhao YC, Zhao M, Song S. Online health information seeking among patients with chronic conditions: integrating the health belief model and social support theory. *Journal of Medical Internet Research*. 2022;24(11):e42447.
28. Kazeminezhad B, Taghinejad H, Borji M, Tarjoman A. The effect of self-care on glycosylated hemoglobin and fasting blood sugar levels on adolescents with diabetes. *Journal of Comprehensive Pediatrics*. 2018;9(2).
29. Ruiz-Gonzalez I, Fernandez-Alcantara M, Guardia-Archilla T, Rodriguez-Morales S, Molina A, Casares D, et al. Long-term effects of an intensive-practical diabetes education program on HbA1c and self-care. *Applied Nursing Research*. 2016;31:13-8.
30. Azizi M, Arsalani N, Mohammadi Shahboulaghi F, Hosseinzadeh S, Rajab A. The effect of self-care education on the control of diabetes complications, medications and HbA1C in adolescents with type 1 diabetes. *Hayat*. 2017;22(4):350-61.
31. Jemal M, Argaw A, Taye A, Sintayehu T, Kedir S. Dietary self-care and associated factors among diabetic patients in Jimma University Medical Centre, South West Ethiopia; A path analysis. *PLoS ONE*. 2022;17(8):e0273074.
32. Ghimire SJISRN. Barriers to diet and exercise among Nepalese type 2 diabetic patients. 2017;2017.
33. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Theory, research, and practice in health behavior and health education. 2008. (4th ed); 23-40.

Original Article

Self-care Behaviors of Patients with Diabetes Referring to Comprehensive Health Centers in Gorgan City: An Application of the Health Belief Model

Received: 18/09/2024 - Accepted: 14/12/2023

Seyyed Kamal Mirkarimi^{1*}
Abdolhalim Rajabi²
Seyyed Mehdi Abolghasemi³

¹ Assistant Professor, Ph.D of Health Education and Promotion, Nursing Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

² Assistant Professor of Epidemiology, Department of Biostatistics and Epidemiology, Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

³ General Physician, International Campus, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.

Corresponding Author:

Dr. Seyyed Kamal Mirkarimi

Phone: +989112731646

Fax: +981732436107

Email: ak.mirkarimi@gmail.com

Abstract

Introduction

Diabetes is the most common metabolic disease across the world. The most important cause of death in diabetic patients is lack of self-care. The present study was conducted to investigate the status of self-care behaviors in patients with type 2 diabetes referring to comprehensive rural health centers in Gorgan city in 2023 year.

Material and Method

In this cross-sectional study, a total of 400 diabetic patients referred to health houses in Gorgan city were examined. The data collection tool was the standard SDSCA (Summary of Diabetes Self-care Activities) questionnaire and the standard self-care behavior questionnaire based on the health belief model.

Results

The average age of patients was 59.60 ± 16.10 years and the duration of diabetes was 101.81 ± 58.06 months. The average fasting blood sugar of the patients was 127.15 ± 14.15 mg/dL. The cues to action in the health belief model was the only structure predicting the self-care behavior of diabetic patients ($p=0.036$). In terms of education, 69.25% of patients were illiterate or had elementary school. Also, virtual space and health care personnel were the most important sources of obtaining health information. There was an inverse correlation between age and awareness ($p<0.05$). A statistically significant and inverse relationship was observed between the perceived severity and self-care behavior ($p<0.05$). There was an inverse relationship between perceived fasting blood sugar, perceived barriers, and the amount of physical activity ($p<0.05$).

Conclusion

Providing more education about the disease and its control methods by the health personnel can have an effective role in controlling the disease. According to the low level of patient's awareness, it is suggested that measures be taken to improve the level of awareness of the patients and consequently to increase their perceived sensitivity and severity so that the possible subsequent interventions and routine training of the patients can be carried out more effectively.

Key words

Blood Glucose, Diabetes Mellitus, Type 2, Health Belief Model, Self-Care

Acknowledgement: There is no conflict of interest