



بررسی موانع موثر بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ استان یزد، در سال ۱۳۹۳

نویسندگان: بهاره فلاح تفتی^۱، علی اکبر واعظی^۲، زهرا مشتاق عشق^۳، فریماه شمسی^۴

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران

۲. نویسنده مسئول: استادیار گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

تلفن تماس: ۰۹۱۳۱۵۳۸۰۶۱ Email: Vaeziali@yahoo.com

۳. کارشناسی ارشد پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی تهران

۴. کارشناسی ارشد، گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

چکیده

مقدمه: مبتلایان به بیماری دیابت ممکن است در انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی و پایبندی به آن ضعف داشته باشند، بنابراین شناسایی موانع خودمراقبتی اولین گام برای بهبود و ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می باشد. این پژوهش با هدف تعیین موانع موثر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ در شهر یزد انجام گرفته است.

روش بررسی: مطالعه حاضر مطالعه ای توصیفی - همبستگی از نوع مقطعی است. ۱۵۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت استان یزد، به روش سیستماتیک، مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه پژوهشگر ساخته می باشد که روایی و پایایی آن بررسی شد و میزان آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸ بدست آمد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری t مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: امتیاز موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی از ۱۰۰ نمره ۵۲/۰۳ بود که بر اساس سطح مطلوبیت تعیین شده و در نظر گرفتن دامنه امتیاز موانع، در سطح متوسط ارزیابی شد. نتایج حاکی از آن بود که موانع اقتصادی بیشترین سهم را در بین موانع خودمراقبتی به خود اختصاص داده اند (۷۳ امتیاز) و موانع دانش و نگرش (۶۳ امتیاز)، در ردیف دوم قرار گرفت. نوع موانع موثر در خودمراقبتی بر حسب سن، جنس، تحصیلات، وضعیت اشتغال، میزان درآمد، مدت ابتلا به دیابت، ابتلا به عوارض دیابت و مراجعه طبق توصیه پزشک به طور معناداری متفاوت بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: شناسایی موانع خودمراقبتی، خصوصا بعد اقتصادی، از گام های مهم در کمک به بیماران دیابتی می باشد به طوری که اقداماتی چون قرار دادن آزمایشاتی نظیر پایش قندخون بیماران دیابتی، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و تامین ابزارها و تجهیزات خودپایشی و خودمراقبتی سبب بهبود خودمراقبتی خواهد شد.

واژه های کلیدی: موانع، خودمراقبتی، دیابت نوع ۲

این مقاله بر گرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه آزاد واحد علوم پزشکی تهران می باشد.

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال یازدهم

شماره: سوم

مرداد و شهریور ۱۳۹۵

شماره مسلسل: ۵۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱/۱۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۲



مقدمه

چاقی و کم تحرکی شیوع این بیماری افزایش یابد (۸). با توجه به این که دیابت یک بیماری مزمن است و عوارض قلبی عروقی، کلیوی، چشمی، عصبی و آمپوتاسیون را به دنبال دارد و همچنین درمان قطعی ندارد، می توان با خودمراقبتی صحیح آن را کنترل کرد (۹). خودمراقبتی فرایندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می شود و منظور از آن در بیماران دیابتی مصرف به موقع دارو، رعایت رژیم غذایی، انجام ورزش، مراقبت از پا و کنترل گلوکز می باشد (۶). مبتلایان به بیماری دیابت ممکن است در مدیریت رفتارهای خودمراقبتی ضعف داشته باشند، بنابراین شناسایی موانع خودمراقبتی اولین گام برای بهبود و یا ارتقای رفتارهای مراقبت از خود می باشد (۴). مطالعات متعددی گزارش کرده اند که رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی، در سطح پایینی قرار دارد (۱۵، ۱۴، ۷، ۶). همچنین علت نقص خودمراقبتی دیابت در جمعیت های گوناگون سنجیده شده است (۱، ۲، ۷، ۸، ۱۱، ۲۶). مطالعه Ritholz و همکاران (۲۰۱۴) در ایالات متحده، نقش موانع روانی را در بروز رفتارهای بهداشتی به خوبی بیان نموده است (۱۰). Linda و Baumann (۲۰۱۲) در انگلستان افسردگی و اضطراب، ناامیدی و عدم انگیزه، خودکارآمدی و اعتماد بنفس پایین و نیز عدم سازگاری با بیماری را از موانع مهم برای دست یابی به رفتارهای مراقبت از خود می دانند (۱۱). Davies و همکاران (۲۰۱۴) در کشور آمریکا، بیان می کنند دوره های آموزشی ارائه دهندگان خدمات بهداشتی معمولاً کوتاه است و مهارت های لازم برای شیوه زندگی و رفتارهای سالم متناسب با دیابت محدود می باشد که این عامل مانع بزرگی را برای بیماران دیابتی به وجود می آورد (۱۲). Grabovschic و همکاران در

دیابت بیماری است که با افزایش مزمن قندخون مشخص می شود و در آن، انسولین که هورمون کاهنده قندخون است به میزان کافی از لوزالمعده ترشح نمی شود و یا نمی تواند وظایف خود را به درستی انجام دهد، در نتیجه قندخون نمی تواند به طور موثری وارد سلول های بدن شود و مقدار آن بالا می رود (۱). دیابت ملیتوس به عنوان یک بیماری مزمن چالش برانگیز به رسمیت شناخته شده است (۲) و یکی از شایع ترین بیماری های متابولیکی می باشد به طوری که طبق آمار فدراسیون بین المللی دیابت شمار مبتلایان به دیابت از ۳۳۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۳). آمار متفاوتی درباره شیوع دیابت در ایران وجود دارد به طوری که شیوع دیابت نوع ۲ در سال ۲۰۰۸ را ۷/۷٪ برشمرده اند. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است تعداد بیماران دیابتی در ایران تا سال ۲۰۳۰ به بیش از شش میلیون نفر خواهد رسید (۴). در استان یزد که سال هاست بالاترین آمار را در مبتلایان به دیابت به خود اختصاص داده است، ۱۶/۲٪ افراد بالای ۳۰ سال، مبتلا به دیابت نوع ۲ هستند (۵). این در حالی است که بزرگسالان مبتلا به دیابت ۲ تا ۴ برابر بیشتر در معرض ابتلا به عوارض قلبی عروقی می باشد (۶) همچنین افسردگی و اضطراب ۲ تا ۳ برابر در افراد دیابتی بیشتر از افراد غیر دیابتی می باشد (۷). تحقیقات نشان می دهد، در سال ۲۰۰۵ حدود ۱/۱ میلیون نفر در اثر دیابت فوت کرده اند، ۸۰ درصد از مرگ های ناشی از دیابت در کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط رخ می دهد که در این بین حدود ۵۵ درصد از آن را زنان تشکیل می دهند (۲). انتظار می رود با توجه به پیر شدن جمعیت، شهر نشینی، شیوع بالای



شناسایی شکاف بین پابندی به درمان و توصیه های پزشکی باشد.

روش بررسی

این مطالعه توصیفی - همبستگی از نوع مقطعی، در سه ماهه چهارم سال ۱۳۹۳ روی ۱۵۲ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز دیابت استان یزد به روش نمونه گیری سیستماتیک، انجام گرفت. برای تعیین حجم نمونه، با در نظر گرفتن سطح اطمینان ۹۵ درصد و انحراف معیار ۴/۷ برای نمره موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی (استخراج شده از مطالعه ی ضاربان و همکاران، ۱۳۹۲) و در نظر گرفتن حداکثر ۰/۸ واحد اختلاف در میانگین نمره موانع حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۱۳۸ نفر می باشد که برای افزایش دقت مطالعه، ۱۵۲ نمونه انتخاب شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل گذشتن حداقل یک سال از تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص، داشتن پرونده پزشکی در مرکز دیابت استان یزد، درمان دارویی (قرص یا انسولین) و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. افراد دارای سن بیشتر از ۷۰ سال و افرادی که قادر به فهم سوالات و پاسخ گویی نبودند، همچنین کسانی که نسبت به زمان و مکان آگاهی نداشتند، وارد مطالعه نشدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، پرسشنامه پژوهشگر ساخته می باشد که با توجه به مقالات و ابزارهای خودمراقبتی، ساخته شد و روایی و پایایی آن مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل دو بخش می باشد، بخش اول، ۱۴ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیکی (سن، جنس، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، درآمد ماهیانه) و اطلاعات مربوط

سال ۲۰۱۳، هزینه های بالای درمان را به عنوان یکی از موانع انجام خودمراقبتی بیان کردند (۱۳) نتایج مطالعه مروتی و تنکابنی (۱۳۸۶) در یزد نشان داد افراد با سطح تحصیلات پایین، مهارت های کمتری برای جلوگیری از عوارض بیماری، یادگیری و تلاش های آگاهانه برای مراقبت از خود دارند (۱۴). مطالعات عنبری و همکاران (۱۳۹۱) در ایران، حاکی از آن است که عوامل متعددی از جمله نوع دیابت، طول مدت بیماری، وجود بیماری های زمینه ای، عوامل روانی، اجتماعی و اقتصادی، خودمراقبتی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد و از سوی دیگر این موانع می تواند از یک بستر فرهنگی به بستر فرهنگی دیگر متفاوت باشد (۱۵). با توجه به این که وجود موانع منجر به کاهش اثرات مثبت خودمراقبتی می شود، بنابراین شناسایی موانع و برنامه ریزی جهت مرتفع کردن آن ضروری به نظر می رسد، حال آن که با شناسایی موانع خودمراقبتی می توان از عوارض مزمن، محدودیت ها و معضلات بیماری، مرگ و میر، هزینه های بالای درمانی و در نتیجه تحمیل بار سنگین فردی و اجتماعی کاست و مدیریت بهتر بیماری و افزایش امید به زندگی را به دنبال داشت (۱۱). با وجود شیوع بالای دیابت در استان یزد، مطالعات اندکی روی موانع موثر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی انجام گرفته است، با توجه به اهمیت دست یابی به وضوح بیشتر موانع مربوط به انجام رفتارهای خودمراقبتی، این مطالعه با هدف شناسایی موانع موثر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد تا نتایج آن بتواند برای مراکز سلامت و ارائه دهندگان خدمات درمانی به این بیماران مورد استفاده واقع شود و کمک کند تا درک درستی از باورها، برداشت ها و عملکرد های بیماران برای



متخصص، با انجام تغییرات و اصلاحات پیشنهادی، ابزار مذکور مورد استفاده قرار گرفت، برای بررسی پایایی پرسشنامه، ابتدا پرسشنامه توسط ۱۶ نفر از بیمارانی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند، به روش مصاحبه، تکمیل شد، ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۸ بدست آمد. لازم به ذکر است که این افراد حذف شدند و جزء نمونه های پژوهش محسوب نشدند.

جهت جمع آوری اطلاعات، محقق پس از انجام مراحل کسب مجوز جهت ورود به مرکز تحقیقات، اقدام به مطالعه پرونده ها نموده، سپس بیماران دیابتی دارای مشخصات واحدهای مورد پژوهش، به روش نمونه گیری سیستماتیک، انتخاب شدند، به این صورت که برای تعیین فاصله نمونه برداری، ۹ هزار پرونده فعال موجود به ۱۵۲ تقسیم شد، سپس عدد ۸ به قید قرعه انتخاب شد. اعضای نمونه با فاصله نمونه برداری (۶۰) از عدد تصادفی (۸) انتخاب شدند (۸،۶۸،۷۶،۸۴...) و در صورتی که پرونده انتخاب شده واجد شرایط نبود، پرونده منتخب بعدی مورد بررسی قرار می گرفت. هنگام مراجعه افراد انتخاب شده به مرکز جهت پیگیری درمان و مراقبت، پس از جلب رضایت افراد جهت شرکت در تحقیق از طریق ارائه اطلاعات درباره هدف تحقیق و نحوه ی انجام آن و نیز اطمینان دادن به افراد که اطلاعات جمع آوری شده بدون نام بوده و به صورت محرمانه نگهداری می شود و پس از دریافت رضایت نامه کتبی از نمونه های مایل به شرکت در مطالعه، محقق پرسشنامه را به روش مصاحبه تکمیل نمود. لازم به ذکر است ۴/۶ درصد از افراد انتخاب شده در پژوهش شرکت نکردند که پرونده های منتخب

به بیماری (سابقه ابتلا به دیابت در فامیل درجه یک، مدت زمان ابتلا، ابتلا به عوارض دیابت، بستری در بیمارستان به دلیل عوارض بیماری، ابتلا به بیماری مزمن دیگر، مراجعه منظم جهت معاینه، دریافت اطلاعات، استعمال دخانیات)، بخش دوم پرسشنامه موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی، شامل الف- موانع روانی عاطفی، ۱۸ سوال، ب- موانع مربوط به دانش و نگرش ۱۱ سوال، ج- موانع اقتصادی ۵ سوال، د- موانع حمایت اجتماعی ۶ سوال، ه- موانع ناشی از عوارض ۵ سوال، موانع ترک سیگار ۴ سوال می باشد، جمعا ۴۹ سوال با دامنه امتیاز ۲۴۵-۴۹ بوده و سوالات بر اساس مقیاس لیکرت ۵ گزینه ای درجه بندی شدند. طیف نمره دهی از ۱ "کاملا موافقم"، تا ۵ "کاملا مخالفم" بود، که سوالات ۲، ۲۴، ۳۵، ۳۶، ۳۸، ۳۹ و ۴۰ به طور معکوس امتیازبندی شدند. دامنه کلی امتیاز موانع، پس از متعادل شدن و احتساب از امتیاز ۱۰۰، به طور قراردادی در سه محدوده تقسیم بندی شد. به طوری که امتیاز زیر ۵۰ موانع در سطح ضعیف، امتیاز ۷۴-۵۰ موانع در سطح متوسط و امتیاز ۱۰۰-۷۵ موانع در سطح شدید را برآورد می کرد. محدوده ی قابل اکتساب نمرات و طبقه بندی هر کدام از موانع، به سطوح خفیف، متوسط، شدید جهت دسته بندی $\frac{1}{3}$ شده است. برای تعیین روایی پرسشنامه، از روش اعتبار صوری و محتوی استفاده شد، بدین ترتیب که برای تعیین اعتبار محتوا، پس از مطالعه کتب و مقالات متعدد، فرم جمع آوری اطلاعات تهیه و در اختیار دوازده نفر از اعضای هیئت علمی با تخصص های داخلی، غدد و پرستاری، که دارای تجاربی در زمینه دیابت بودند، قرار گرفت، پس از بررسی و دریافت نظرات اساتید و پزشکان



درصد مواجهه با موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی در جدول ۲ خلاصه شده است.

در مطالعه حاضر جنس، ابتلا به عوارض بیماری و مراجعه به پزشک با موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی بر اساس نتایج آزمون t مستقل معنا دار شد ($p < 0/05$). همچنین در بررسی ارتباط بین سن و مدت ابتلا به دیابت با موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی، نتایج آزمون همبستگی پیرسون ارتباط خطی معنا داری بین متغیرهای ذکر شده نشان داد ($r = 0/18$, $p = 0/02$) و ($r = 0/13$, $p = 0/011$) به صورتی که با افزایش مدت ابتلا به دیابت، موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی شدیدتری وجود داشت. در افراد مورد مطالعه بین سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال و درآمد نتایج آزمون آنالیز واریانس یک طرفه ارتباط آماری معنا داری با موانع خودمراقبتی نشان داد ($p < 0/05$)، بدین صورت که افرادی که سطح تحصیلات بالاتر و درآمد بالاتری داشتند، با موانع کمتری مواجه بودند.

در بررسی ارتباط متغیرهای وضعیت تاهل، سابقه ابتلا به دیابت در فامیل درجه یک، نتایج آزمون t مستقل ارتباط معنی داری را نشان نداد. همچنین بر اساس نتایج آزمون پیرسون دریافت اطلاعات معنادار نشد.

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیکی بیماران و نمرات موانع انجام رفتارهای خود مراقبتی آن ها

متغیر	فراوانی	درصد	موانع انجام رفتار های خود مراقبتی	ارزش p
جنسیت	مرد	۶۲	۱۳۵/۳۸ ± ۱۹/۶۲	۰/۰۰۴
	زن	۹۰	۱۴۵/۴۲ ± ۲۱/۱۷	
تحصیلات	ابتدایی	۴۷	۱۴۸/۴۲ ± ۱۶/۵۶	< 0/001
	راهنمایی	۱۲	۱۴۳/۷۵ ± ۱۸/۲۰	** &
	دیپلم	۳۵	۱۳۴/۶۰ ± ۱۹/۰۴	
	تحصیلات دانشگاهی	۲۰	۱۲۲/۸۰ ± ۲۴/۷۸	

بعدی مورد بررسی قرار می گرفت.

پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، برای توصیف داده ها از روش های آماری توصیفی و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و موانع رفتارهای خودمراقبتی از آزمون های آماری t مستقل و آنالیز واریانس یک طرفه و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. سطح معنی دار آزمون ها در این مطالعه ۵ صدم بود.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیکی بیماران دیابتی به همراه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی و ارزش P ، در جدول ۱ خلاصه شده است.

امتیاز موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی از ۱۰۰ نمره ۵۲/۰۳ بود که بر اساس سطح مطلوبیت تعیین شده و در نظر گرفتن دامنه امتیاز موانع، در سطح متوسط ارزیابی شد. موانع رفتارهای خودمراقبتی به ترتیب مربوط به موانع اقتصادی (۷۳ امتیاز)، دانش و نگرش (۶۳ امتیاز)، ترک سیگار (۶۰ امتیاز)، روانی عاطفی (۵۵ امتیاز)، حمایت اجتماعی (۵۰ امتیاز) و موانع ناشی از عوارض (۴۸ امتیاز) بود.



	۱۴۷/۷۳±۱۹/۶۹	۲۵	۳۸	سایر موارد	
<۰/۰۰۱	۱۴۸/۵۶±۱۸/۰۰۱	۵۱/۳	۷۸	کمتر از ۱۰۰۰۰۰۰ تومان	درآمد
&***	۱۳۵/۳۸±۲۱/۱۲	۱۳/۸	۲۱	۱۰۰۰۰۰۰-۲۰۰۰۰۰۰	
				تومان	
	۱۳۳/۴۴±۲۱/۸۲	۳۴/۹	۵۳	بیشتر از ۲۰۰۰۰۰۰ تومان	
*۰/۷۸	۱۴۱/۷۳±۲۱/۷۸	۵۸/۶	۸۹	دارد	سابقه ی ابتلا به
				ندارد	دیابت در
	۱۴۰/۷۶±۲۰/۱۹	۴۱/۴	۶۳		فامیل درجه ۱
&***۰/۰۴	۱۴۶/۲۴±۱۸/۲۶	۳۲/۹	۵۰	دارد	ابتلا به عوارض
	۱۳۸/۹۲±۲۲/۰۱	۶۷/۱	۱۰۲	ندارد	دیابت
*۰/۲۰	۱۴۲/۷۱±۲۰/۷۸	۷۱/۱	۱۰۸	دارد	ابتلا به سایر بیماری
	۱۳۷/۹۳±۲۱/۶۴	۲۸/۹	۴۴	ندارد	های
					مزمن
&***۰/۰۱	۱۳۹/۴۱±۲۱/۴۶	۸۲/۲	۱۲۵	دارد	مراجعه مجدد طبق
	۱۵۰/۱۸±۱۶/۸۴	۱۷/۸	۲۷	ندارد	توصیه پزشک
<۰/۰۰۱	۱۳۳/۴۴±۲۱/۸۲	۶۳/۲	۹۶	پزشک	دریافت اطلاعات
&***	۱۳۵/۳۸±۲۱/۱۲	۱۹/۱	۲۹	پرستار و سایر پرسنل	
				درمانی	
	۱۴۱/۵۶±۱۸/۰۰۱	۴/۶	۷	رسانه ها	
	۱۴۸/۳۲±۲۱/۰۷	۱۳/۲	۲۰	سایر افراد	
*۰/۸۵	۱۴۲/۶۲±۱۸/۳۴	۵/۳	۸	بلی	کشیدن سیگار
	۱۴۱/۲۵±۲۱/۲۷	۹۴/۷	۱۴۴	خیر	
*۰/۴۴	۱۴۰/۹۶±۲۱/۰۶	۹۲/۸	۱۴۱	متاهل	وضعیت تاهل
	۱۴۶±۲۱/۶۷	۷/۲	۱۱	مجرد	
<۰/۰۰۱	۱۴۸/۵۸±۱۸/۱۶	۵۲	۷۹	خانه دار	وضعیت اشتغال
&***	۱۲۱/۱۰±۲۲/۴۸	۹/۹	۱۵	کارمند	
	۱۳۷/۳۸±۱۶/۴۶	۱۶/۴	۲۵	آزاد	
	۱۳۸/۱۲±۲۱/۰۹	۲۱/۷	۳۵	بازنشسته	
r=۰/۱۸	۵۳/۹۰±۹/۸۴		۵۳/۹۰		میانگین سن
&P=۰/۰۲***					(سال)
***r=۰/۱۳	۷/۱۶±۵/۱۴		۷/۱۶		میانگین مدت ابتلا
&p=۰/۰۱۱					(سال)

*آزمون t مستقل **آزمون آنالیز واریانس یک طرفه (ANOVA) ***آزمون پیرسون & سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵



جدول ۲: درصد پاسخ به برخی سوالات پرسشنامه

۵۱/۳ درصد بیان نمودند به درستی نمی دانند کدام غذاها برای دیابت مفید و یا مضر هستند.
۵۸/۷ درصد بیان نمودند در اطراف محل زندگی شان مکان مناسب جهت انجام ورزش وجود ندارد.
۶۹/۱ درصد بیان نمودند قیمت بالای نوار تست قند خون باعث شده نتوانند قند خونشان را اندازه بگیرند.
۴۰/۷ درصد بیان نمودند به طور دقیق نمی دانند حد طبیعی قند خون در هر کدام از ساعت های مختلف شبانه روز باید چقدر باشد.
۳۹/۸ درصد بیان نمودند به عقیده خودشان به اندازه کافی قوی نیستند تا پایش قند خون یا تزریق انسولین را انجام دهند.

بحث و نتیجه گیری

شده تا آن ها در تهیه یک رژیم غذایی سالم با مشکلات فراوان روبرو شوند و در بیشتر موارد رعایت رژیم غذایی یک فرد دیابتی برای آن ها میسر نباشد (۱،۱۸).

مطالعه Davies و همکاران (۲۰۱۴) در ایالات متحده هزینه های مورد نیاز برای تهیه دارو، ویزیت و نوار تست خون را به عنوان موانع مهمی برای انجام رفتارهای مراقبت از خود بیان نمودند (۱۲).

موانع اقتصادی عاملی مهم در تعیین وضعیت سلامت است، منابع مورد نیاز برای مراقبت از خود از جمله نوار تست خون و داروها، و نیز دسترسی به مراقبت مداوم می تواند بسیار پرهزینه و گران قیمت باشد، همچنین قرار دادن آزمایشاتی نظیر پایش قندخون بیماران دیابتی، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و تامین ابزارها و تجهیزات خودپایشی و خودمراقبتی سبب بهبود خودمراقبتی خواهد شد. بنابراین توجه به این موضوع برای کاهش بار بیماری در سطح فردی و اجتماعی حائز اهمیت می باشد (۲،۴،۱۹).

دومین مانع مربوط به دانش و نگرش بود، نتایج این پژوهش نشان داد افرادی که با موانع دانش و نگرش در سطح بالاتری مواجه بودند، رفتارهای مراقبت از خود را در سطح پایین تری گزارش نمودند، این یافته با نتایج پژوهش های Zhong و

مطالعه حاضر با هدف بررسی موانع موثر بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفته است. نتایج این مطالعه نشان داد موانع برای انجام رفتارهای خودمراقبتی در سطح متوسط بود که مطالعه Fort و همکاران (۲۰۱۳) در مکزیک و مرور سیستماتیک غلام رضا شریفی راد و همکاران (۱۳۹۰) در ایران نیز نشان داد که اکثر بیماران برای انجام رفتارهای خودمراقبتی با موانع در سطح متوسط مواجه بودند (۱۶، ۱۷).

یافته های پژوهش حاکی از این بود که بیشترین موانع مربوط به بعد اقتصادی بود، به طوری که در بین نمونه های مورد مطالعه، افرادی که با مانع اقتصادی در سطح بالاتری مواجه بودند، رفتارهای مراقبت از خود را در سطح ضعیف تری گزارش کرده بودند. در مطالعه ذلک (۱۳۹۱) در ایران و Fortmann و همکاران (۲۰۱۰) در آمریکا نیز بیشترین موانع در رابطه با بعد اقتصادی بوده است که دریافتند بسیاری از بیماران به دلیل مشکلات مالی توانایی پرداخت هزینه های پایش قند خون خود را ندارند، بنابراین هزینه های بالای پایش قند خون می تواند مانعی برای خودمراقبتی در این بیماران باشد و پوشش ناکامل بیمه ای در ایران می تواند بر توانایی بیمار در مراقبت از خود اثر منفی داشته باشد، از طرفی فقر اقتصادی در این بیماران باعث



در مراقبت از خود در این بیماران بوده است (۲۴، ۱۰). زندگی با دیابت ممکن است به دلیل ماهیت مزمن بیماری و عواملی مانند تشخیص، علایم و برنامه های درمانی و مراقبتی سخت گیرانه فرد را دچار سرخوردگی، خشم، انزوا و ناامیدی کند که تمام این موارد کاهش انگیزه برای مراقبت از خود در بیماران را به دنبال دارد (۶). محققین نشان دادند که استرس می تواند به طور چشمگیری بر پیامدهای سلامتی مرتبط با دیابت از جمله کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیرگذار باشد (۲۵). لذا توجه بیشتر به بعد روانی عاطفی با انجام مشاوره و افزایش انگیزه برای انجام این رفتارها، موجب ارتقای خودکارآمدی، افزایش اعتماد بنفس، سازگاری بیشتر با بیماری و کاهش افسردگی، اضطراب و ناامیدی شده همچنین بهبود و پایبندی به رفتارهای مراقبت از خود را به دنبال خواهد داشت (۷). مانع پنجم مربوط به مانع حمایت اجتماعی بود، نتایج این مطالعه نشان داد از نظر حمایت اجتماعی، افراد با مانع در سطح متوسط مواجه بودند که با یافته تحقیق مروتی و روحانی (۱۳۸۶) در یزد همسو می باشد، تحقیق مروتی و روحانی بیانگر آن است که حمایت مرتبط با خودمراقبتی دیابت در تمامی ابعاد از طرف خانواده در حد متوسط تا کم بوده است (۲۶)، لذا با توجه به این که حمایت اطرافیان بیماران می تواند در انجام رفتار های خود مراقبتی آنان موثر باشد، خانواده بیماران دیابتی نیز باید مورد توجه قرار گیرند به طوری که آن ها هم در برنامه مراقبتی درگیر شوند (۲۷).

کمترین مانع، موانع ناشی از عوارض بیماری بود، مروتی و روحانی (۱۳۸۶) در یزد، در مطالعه خود در مورد عملکرد خودمراقبتی بیماران دیابتی دریافتند که وجود عوارض و مشکلات و ناراحتی های جسمی به علت بیماری دیابت یکی از

همکاران (۲۰۱۱) و Fort و همکاران (۲۰۱۳) در مکزیک همسومی باشد که دریافتند بهترین عملکرد خودمراقبتی دیابت زمانی روی می دهد که بیمار درجات بالایی از معلومات و آگاهی را داشته باشد در این زمان است که کنترل دیابت بهبود می یابد (۲۰، ۲۱). همچنین Fortmann و همکاران (۲۰۱۰) بیان می کنند داشتن دانش کافی در مورد بیماری و عوارض و پیامدهای احتمالی آن روند خودمراقبتی را تسهیل می نماید (۱). ارائه دهندگان خدمات مراقبت های بهداشتی با برگزاری دوره های آموزشی مداوم، موجب ارتقای مهارت های لازم برای شیوه زندگی متناسب با دیابت و بهبود رفتارها و نگرش های مرتبط با سلامت شده و می توانند کمک زیادی به بیماران برای رسیدن و یا بهبود رفتارهای مراقبت از خود، ارائه دهند (۱۱). سومین مانع، کشیدن سیگار می باشد. این نتیجه قابل پیش بینی است چرا که مطالعات انجام شده بیانگر شیوع بالاتر رفتارهای غیر سالم در افراد سیگاری است (۲۲). Rimm و همکاران (۲۰۰۸) در کره، دریافتند که سیگار کشیدن در مبتلایان به دیابت از موانع مراقبت از خود و با انجام رفتارهای خودمراقبتی می باشد. کادر درمان باید بیماران را قویا توصیه به ترک سیگار نمایند و در بیمارانی که هنوز حاضر به ترک سیگار نیستند از روش های مصاحبه انگیزشی استفاده کنند. در ارتباط با بیمارانی که انگیزه ای برای ترک ندارند باید بر روی مزایای ترک سیگار به علاوه خطرات سیگار تاکید شود و همچنین موانع قابل پیش بینی برای ترک بررسی شوند (۲۳).

مانع چهارم مربوط به بعد روانی عاطفی می باشد در مطالعه Ritholz و همکاران در آمریکا (۲۰۱۴) و Cassimatis و همکاران در استرالیا (۲۰۱۴) نیز بعد روانی عاطفی از موانع مهم



اجتماعی بیشتر و اطلاعات بالاتر، با موانع کمتری مواجه هستند (۶،۳۴،۳۵). در افراد مورد مطالعه بین سطح تحصیلات با موانع خودمراقبتی ارتباط معنی داری وجود داشت، به گونه ای که افراد با تحصیلات دانشگاهی با موانع خودمراقبتی کمتری نسبت به سایر بیماران مواجه بودند و این یافته با نتایج مطالعه Cassimatis و همکاران (۲۰۱۴)، Misra و همکاران (۲۰۰۹) و Xu و همکاران (۲۰۱۰) در ایالات متحده آمریکا در این زمینه همخوانی دارد (۳۶، ۳۷، ۲۴) و بیانگر این است که تحصیلات بیشتر به دلیل توانایی یادگیری، درک و تبعیت بهتر، آگاهی از بیماری و عوارض و پیامدهای احتمالی و احساس مسئولیت نسبت به امور بهداشتی و درمانی فرد را با موانع کمتری روبرو می سازد (۷). وضعیت اشتغال ارتباط معنی داری با موانع مراقبت از خود داشت، به طوری که موانع افراد کارمند، کمتر از بقیه افراد بود که این یافته با مطالعه Xu و همکاران (۲۰۱۰) هم خوانی دارد، Xu این گونه استدلال می کند که افراد کارمند از سطح تحصیلات بالاتر و حمایت اقتصادی بیشتری برخوردارند، بنابراین با موانع کمتری مواجه هستند (۳۷). درآمد اقتصادی با موانع خودمراقبتی معنی دار شد که همسو با مطالعه Linda و همکاران (۲۰۱۲) و داوری و همکاران (۱۳۹۳) می باشد، چرا که هزینه های بالای درمان، آزمایشات، دارو در شرایط اقتصادی پایین فرد را با مشکلات متعددی مواجه می سازد که مانع انجام رفتارهای خودمراقبتی می شود (۴،۷). مدت ابتلا به دیابت و موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی ارتباط خطی معنا داری داشت، به عبارت دیگر ابتلا به دیابت برای مدت های طولانی، فرد را با موانع بیشتری مواجه می سازد، که می تواند به علت کهولت سن، ابتلای بیشتر به عوارض و ابتلا به بیماری های مزمن

موانعی است که سبب ممانعت فرد از انجام رفتارهای خودمراقبتی و نیز پذیرفتن آموزش در این زمینه می شود (۲۶).

در مطالعه حاضر، سن با موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی ارتباط مستقیم معنی داری را نشان داد، این یافته مشابه نتایج مطالعات Alberti و همکاران (۲۰۰۵) در تونس و Bezie و همکاران (۲۰۰۶) در برزیل می باشد، به این صورت که با افزایش سن، موانع خودمراقبتی شدیدتر می شدند (۲۸، ۲۹). می توان این گونه استدلال نمود که افزایش سن به دلایلی نظیر فراموشی، عدم توانایی و ابتلا به عوارض بیشتر، فرد را با موانع بیشتری مواجه می سازد (۶). همچنین موانع در زنان و مردان به طور معنی داری با یکدیگر متفاوت بود به طوری که زنان با موانع بیشتری مواجه بودند، که با نتایج مطالعه Fort و همکاران (۲۰۱۳) در مکزیک همسو می باشد، این گونه استدلال می شود که کمبود آگاهی در زنان، شیوع عوامل روحی روانی به خصوص افسردگی و وضعیت اقتصادی پایین تر نسبت به مردان بیشتر باشد (۷،۱۱). در حالی که در مطالعه Farmer و همکاران (۲۰۰۹) بیماران دیابتی زن به طور معنی داری در مقایسه با مردان دیابتی با موانع کمتری مواجه بودند (۳۰). در مطالعه حاضر، وضعیت تاهل با موانع انجام رفتارهای خودمراقبتی معنا دار نشد که ممکن است به دلیل تعداد زیاد افراد متاهل نسبت به مجرد در مطالعه ما باشد و با مطالعه عنبری و همکاران (۱۳۹۰) در ایران همسو می باشد اما در مطالعه داوری و همکاران (۲۰۱۴) وطل و همکاران (۲۰۱۲) و باقیانی همکاران (۲۰۰۸) افراد متاهل با موانع کمتری مواجه بودند و این گونه استدلال شده که افراد متاهل در مقایسه با افراد مجرد به دلیل برخورداری از حمایت



دلیل افزایش خطر ابتلا به عوارض دیابت، مرگ و میر زودرس و نقش مهم آن در رفتارهای خودمراقبتی به عنوان گامی مهم می تواند در نظر گرفته شود و نیز پشتیبانی بیشتر بیماران و اصلاحات برای کاهش قیمت داروها و لوازم مورد نیاز مثل نوار تست خون و نیز حمایت های اجتماعی، ارتقا و پابندی به رفتارهای خودمراقبتی را قادر می سازد.

همچنین استفاده از نیروهای کارآمد برای آموزش و افزایش دانش و بهبود نگرش بیماران و تاکید بر توانایی بیماران برای ارتقای اعتماد به نفس آن ها ضروری به نظر می رسد. لازم است به طور عملیاتی، برنامه ای برای اصلاح، رفع یا کنترل موانع قابل تغییر برای رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی تدارک دیده شود. از جمله محدودیت های مطالعه حاضر، وضعیت روحی روانی واحد های مورد پژوهش و تفاوت های فردی و فرهنگی است که می توانست بر نحوه ی پاسخ گویی تاثیر گذار باشد که این شرایط توسط پژوهشگر قابل کنترل نبود. پیشنهاد می شود برای هر کدام از موانع، عوامل تسهیل کننده یا بازدارنده آن بررسی شود.

تشکر و قدردانی

از ریاست و کارکنان مرکز تحقیقات دیابت استان یزد به دلیل مساعدت های ثمر بخششان، مسئولین پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، شرکت کنندگان در این پژوهش و کلیه عزیزانی که ما را یاری نمودند، تقدیر و تشکر به عمل می آید، این پژوهش بخشی از پایان نامه ی کارشناسی ارشد می باشد.

دیگر باشد(۱۱). مطالعه کریمی و همکاران(۱۳۹۱) نیز نشان داد بیماران بیشترین اطلاعات لازم در رابطه با بیماری دیابت را از پزشک و پرستار دریافت می کردند که این مسأله اهمیت آموزش های مداوم از طرف پرسنل بهداشتی درمانی نشان می دهد(۳۸).

در بررسی ارتباط متغیرهای وضعیت تاهل و سابقه فامیلی ابتلا به دیابت، با موانع خودمراقبتی نتایج آزمون t ارتباط معناداری را نشان نداد که همسو با مطالعه داوری و همکاران (۱۳۹۳) می باشد(۷). در این مطالعه، کشیدن سیگار با موانع خودمراقبتی معنادار نشد در حالی که در مطالعه کریمی و همکاران (۲۰۱۲) کشیدن سیگار معنادار شد که بیانگر شیوع بالای رفتارهای غیرسالم در افراد سیگاری می باشد (۳۸) که این تفاوت ممکن است به دلیل تعداد اندک افراد سیگاری در جمعیت ما بوده باشد.

نتایج این پژوهش نشان داد خودمراقبتی بر حسب عوامل دموگرافیکی چون سن و جنس متفاوت است و با توجه به این که عوامل مختلفی از جمله عوامل روانی عاطفی، دانش و نگرش و اقتصادی خودمراقبتی را تحت تاثیر قرار می دهد توجه به این موانع حائز اهمیت است. نتایج حاکی از آن بود که شناسایی موانع خودمراقبتی، خصوصا بعد اقتصادی، از گام های مهم در کمک به بیماران دیابتی می باشد به طوری که اقداماتی چون قرار دادن آزمایشاتی نظیر پایش قندخون بیماران دیابتی، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و تامین ابزارها و تجهیزات خودپایشی و خودمراقبتی سبب بهبود خودمراقبتی خواهد شد.

بعد اقتصادی بیشترین سهم را در بستر فرهنگی یزد، به خود اختصاص داده است، بنابراین توجه ویژه به مسائل اقتصادی، به



References

- 1-Fortmann AL, Gallo LC, Walker Ch, Philis T. Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2010, vol.28, n.3, pp. 230-34. ISSN 1020-4989.
- 2-Zareban I, Niknami Sh, Hidarnia A, Rakhshani F, karimy M, Kuhpayehzadeh J, Baradaran H. Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via Health Belief model. *J Health Syst Res* 2014; Health Education supplement:1797-1805.
- 3-Shirazi M, Anousheh M. The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to /Iranian Diabetes Society. *Journal of Education in Medical Sciences* 2011; 10(5): 982-93.[Persian]
- 4-Shakibazadeh E. The relationship between efficacy and perceived barriers to self care in self patient with type II diabetes. *Journal Hayat* 2009;15(4):69-78.[Persian]
- 5-Lotfi MH, Saadati H, Afzali M. Prevalence of Diabetes in People aged ≥ 30 years: The Results of Screening Program of Yazd Province, Iran, in 2012. *J Res Health Sci*. 2014;14(1):88-92.
- 6-Davari L, Eslami AA, Hassanzadeh A. [Underlying Factors Influencing Self-Care Quality in Type 2 Diabetic Patients in Khoram Abad City, Iran]. *J Res Dev Nurs Midwifery*. Autumn & Winter 2014; [Article in Persian] Diabetes. World Health Organization Media centre [document on the Internet]. Geneva; 2014[cited 24Jun 2014]. Available From: <http://www.who.int/media centre/ fact sheets/Fs312/en/index.html>.
- 7-Rahimian-Boogar I, Mohajeri-Tehrani MR. Risk factors associated with depression in type 2 diabetics. *Feyz*, 2012; 16(3): 261-72.
- 8-Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Structural role of perceived benefits and barriers to self-care in patients with diabetes. *Journal of Education and Health Promotion*. 2013;2:37. doi:10.4103/2277-9531.115831.
- 9-Afshar M, Memarian R, Mohammadi E. A qualitative Study of Teenagers' Experiences about Diabetes. *jdn*. 2014; 2 (1) :7-19.
- 10-Ritholz MD. "Barriers and facilitators to self-care communication during medical appointments in the United States for adults with type 2 diabetes." *PubMed*. (2014), 10(4): 303-13.
- 11- Linda C, Baumann t, Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care , *The Nurse Practitioner*, 2012.37(3): 32 – 38.



- 12-Davies M. Efficacy and Safety of Liraglutide versus Placebo as Add-on to Existing Diabetes Medication in Subjects with Type 2 Diabetes and Moderate Renal Impairment (LIRA-RENAL). Poster 0965-P at 74th Scientific Sessions of the American Diabetes Association (ADA), 2014.
- 13-Grabovschi C, Loignon, C, & Fortin, M Mapping the concept of vulnerability related to health care disparities: a scoping review. *BMC health services research* 2013; 13(1): 94-106.
- 14-Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. [Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center]. *Birjand University of Medical Sciences' Journal* 2009; 15(4): 91-100.[Persian]
- 15-Anbari. " Care and related factors in diabetic patients in Khorramabad ." *yafta* 2012;14 (4) : 49-57.[Persian]
- 16-SharfiRad G, Azadbakht L, Feizi A, Mohebi S, Kargar M. Examine the role of perceived benefits and barriers of self-care behaviors in diabetic patients. *Journal of Preventive Medicine* 2012; 7 (6): 660-671
- 17-Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña, L, Montano CM, Murrillo S.&Martínez, H arriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC family practice* 2013;14(1): 131-42.
- 18-Zalak K, Kazemihaki B, Matlabi H. Obstacles to Self-Care From The Viewpoint of TypeII Diabetic Patients and Guidelines to Remove Them. *gorjani* 2012; (1):30-7.
- 19-Baquedano IR, Dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010;18(6):1195-1202.
- 20-Fort MP, Alvarado-Molina N, Peña L, Montano CM, Murrillo S. Martínez, H arriers and facilitating factors for disease self-management: a qualitative analysis of perceptions of patients receiving care for type 2 diabetes and/or hypertension in San José, Costa Rica and Tuxtla Gutiérrez, Mexico. *BMC family practice* 2013; 14(1): 131-43.
- 21-Zhong X, Tanasugarn C, Fisher EB, Krudsood S, Nityasuddhi D. Awareness and practices of selfmanagement and influence factors among individuals with type 2 diabetes in urban community settings in Anhui Province, China. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2011; 42(1) : 187-96.
- 22-Farmer A, Wade AN, French DP, Simon J,Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self- monitoring in type 2 diabetes:a randomized control trail. *Health Technol Assess* 2009;13(15):41-50.



- 23-Rimm, Eric B. Prospective study of cigarette smoking, alcohol use, and the risk of diabetes in men. *Bmj* 2008; 25(12) : 555-59.
- 24-Cassimatis M, Kavanagh D J, Smith AC. Perceived Needs for Supported Self- management of Type 2 Diabetes: A Qualitative Investigation of the Potential for a Web-based Intervention. *Australian Psychologist* 2014; 4(9): 75–85.
- 25-Tol A, Sharifi Rad GH, Eslami AA, Alhani F, Mohajer MR, Shojaezadeh D. Factors influencing self – management behavior in type -2 diabetes patient: A strategy proposed to be adopted when planning theory/model based intervention. *Journal of school of Public Health and Institute of Public Health Research* 2012; 9(4): 21-32.
- 26-Morowatisharifabad M, RouhaniTonekaboni N. The Relationship between Perceived Benefits/Barriers of Self-care Behaviors and Self Management in Diabetic Patients. *Hayat*.2007; 13(1):17-27. [Persian]
- 27- Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. *J Clin Nurs*.2011;20(14): 3394-403.
- 28-Alberti H, Boudriga N, Nabli M. Factors affecting the quality of diabetes care in primary health care centres in Tunis. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2005; 6(8): 237-43.
- 29-Bezie Y, Molina M, Hernandez N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetes." *Diabetes and Metabolism* 2006, 32(2): 611-616.
- 30-Farmer A, Wade AN, French DP, Simon J, Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self- monitoring in type 2 diabetes:a randomized control trail. *Health Technol Assess*. 2009;13(15):41-50.
- 34-Tol A, Majlessi F, Rahimi froshani A, Mohebbi B. Assessment of knowledge and beliefs' barriers to living with type 2 diabetes and its related factors. *3 JNE*. 2013; 15 (2) :21-28.
- 35-BaghiyaniMoghaddam MH, Ayvazi S, Mazloomi Mahmoodabad SS, Fallahzadeh H. [Factors in relation with self- regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city]. *Journal of Birjand University of Medical Sciences* 2007; 15(3):78-87.
- 36-Misra R, Lager J. Ethnic and gender differences in psychosocial factors, glycemic control, and quality of life among adult type 2 diabetic patients. *J Diabetes Complications*. 2009;23(1):54–64.
- 37-Xu Y, Pan W, Liu H. Self management practices of Chinese Americans with type2 diabetes. *Nursing and Health Sciences*. 2010, 12(2): 228–34 .



38-Karimy M, Niknami S, Hidarnia AR, Hajizadeh I. Intention to start cigarette smoking among Iranian male adolescents: usefulness of an extended version of the theory of planned behaviour. Heart Asia 2012; 4(1):120-7.

Archive of SID



The assessment of Barriers to the Self-care Behaviors in Type 2 Diabetic Patients of Yazd Province in 2014

Fallah Tafti B(MSc)¹, Vaezi AA (PhD)², Moshtagh Z(MSc)³, Shamsi F(MSc)⁴

1. MSc Student in Nursing Education, Islamic Azad University, Tehran Medical Sciences Branch, Tehran, Iran
2. Corresponding Author: Assistant Professor, Department Nursing, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran
3. MSc in Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Master of Biostatistics, Department of Epidemiology, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

Abstract

Introduction: Patients with diabetes may have weakness in performing appropriate self-care behaviors and adherence to it. Therefore, the first step to the improvement of self-care behaviors is to identify the influential barriers to the self-care behaviors. This study aimed to determine the barriers of self-care behaviors in type 2 diabetic patients of Yazd province.

Methods: This was a descriptive cross-sectional correlation study which was accomplished on 152 patients with type 2 diabetes who referred to Yazd Diabetes Research Center of Yazd by systematic sampling. The data were collected by a Self-made questionnaire. The validity and reliability of the questionnaire were assessed by the means of Cronbach's alpha at 0.8. The data were analyzed using SPSS version 16 and the Independent Samples t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficient were applied.

Results: The scores of the barriers to the self-care behaviors of diabetic patients was 52/03 from 100 which was at the level of moderate. The results suggest that the economic barriers were the most substantial factors among the self-care barriers (73 points), and the knowledge and attitude (63 points) were in the second row. The Effective barriers to the self-care behaviors based on age, sex, education, occupational status, income level, the duration of disease, having diabetic complications and the number of their referrals to the physicians were significantly different.

Conclusion: Identifying the barriers to self-care behaviors is an important step in helping diabetic patients especially economically. Therefore, procedures such as monitoring of the blood glucose level for diabetic patients, providing supportive service and delivering self-monitoring and self-caring tools and equipments, self-monitoring will improve self-caring behaviors.

Keywords: barriers, self-care, type 2 diabetes