

حساسیت و شدت درک شده عوارض بیماری دیابت و ارتباط آن با وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی

چکیده:

محمدعلی مروتی شریف‌آباد*
نوشین روحانی تنکابنی**

*دکتری آموزش بهداشت، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، دانشکده بهداشت، گروه مبارزه با بیماری‌ها
**کارشناس ارشد آموزش بهداشت، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، دانشکده پرستاری، گروه پرستاری

تاریخ وصول: ۱۳۸۶/۲/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۱/۱

مؤلف مسئول: دکتر محمدعلی مروتی شریف‌آباد
پست الکترونیک: morowaty@yahoo.com

مقدمه و هدف: دیابت یک بیماری همراه با عوارض متابولیک و اختلالات درازمدت قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی می‌باشد که از شیوع بالایی در سطح جهان، ایران و به خصوص استان یزد برخوردار است و روز به روز نیز در حال افزایش می‌باشد. درک شدت عوارض بیماری و نیز وجود درک حساسیت نسبت به این عوارض می‌تواند منجر به اتخاذ سطح بالاتری از خودمراقبتی در این بیماران گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین حساسیت و شدت درک شده عوارض بیماری دیابت و ارتباط آن با وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه تحلیلی در سال ۱۳۸۵، بر روی ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، انجام شد. نمونه مورد نظر طی نمونه‌گیری آسان فراهم آمد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات پرسشنامه‌ای بود که سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده و رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی را ارزیابی می‌نمود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. به علاوه متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، سطح سواد، شغل، مدت زمان ابتلا به دیابت و نوع دیابت نیز مورد سؤال قرار گرفت. پایایی و روایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت و تأیید گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری ضریب همبستگی پیرسون، تی دانشجویی و آنالیز واریانس و یا آزمون‌های ناپارامتری معادل آنها، آنالیز گردید.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها به ترتیب ۸۶/۷۲، ۵۵/۷۲ و ۶۲/۷۹ درصد نمرات قابل اکتساب شدت درک شده، حساسیت درک شده و رفتارهای خودمراقبتی را کسب نمودند. شدت و جدیت از دست دادن بینایی را بیش از سایر عوارض بیماری دیابت درک کرده بودند و اشکال در خون‌رسانی به پاها، پایین‌ترین سطح شدت درک شده را در بین آزمودنی‌ها داشت. افراد مورد مطالعه احتمال ابتلای خود را به از دست دادن بینایی، درد در ساق پاها و تاری دید بیشتر درک کرده بودند و برای خود احتمال اغمای ناشی از افزایش و یا کاهش قندخون را کمتر از سایر عوارض متصور بودند. مردان به طور معنی‌داری شدت عوارض بیماری را بیشتر درک کرده بودند. حساسیت درک شده (۲=۰/۱۹۹) و شدت (۲=۰/۱۹۷) حساسیت (۲=۰/۱۹۷) یا مدت زمان ابتلا به دیابت دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح ۰/۰۵ بودند. شدت درک شده، حساسیت درک شده، شدت (۲=۰/۱۹۹) حساسیت و وضعیت خودمراقبتی با یکدیگر دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ بودند. سازه‌های حساسیت (۲=۰/۲۰۹) و شدت درک شده (۲=۰/۱۹۲)، با یکدیگر ۱۲/۱ درصد از تغییرات خودمراقبتی را پیشگویی می‌کردند، درحالی‌که شدت (۲=۰/۱۹۲) حساسیت نیز ۱۲ درصد تغییرات در خودمراقبتی را پیشگویی می‌کرد.

نتیجه‌گیری: علی‌رغم مطلوب بودن وضعیت شدت درک شده در آزمودنی‌ها، حساسیت درک شده در آنها چندان مطلوب نیست و اغلب بیماران دیابتی احتمال ابتلای خود به عوارض این بیماری را نمی‌دهند. در این میان توجه دادن بیماران به عوارض پای دیابتی از اهمیت بیشتری برخوردار است و به طور کلی بالابردن شدت و حساسیت درک شده بیماران نسبت به عوارض بیماری می‌تواند منجر به سطح بالاتری از خودمراقبتی در بیماران گردد.

واژه‌های کلیدی: شدت درک شده، حساسیت درک شده، خودمراقبتی دیابت

مقدمه

شیوع دیابت در کل جمعیت ایران ۲-۳ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال ۷/۳ درصد برآورد شده است (۱). در مطالعه‌ای که بر روی جمعیت شهری بالای ۳۰ سال استان یزد انجام شد، شیوع دیابت ۱۴/۵۲ درصد برآورد گردید که بیشترین شیوع مربوط به شهرستان یزد با ۱۵/۷ درصد بوده است (۲). بیماری‌زایی این عارضه، چه از نظر درمانی و چه از جهت از کارافتادگی بسیار بالا، یکی از عمده‌ترین مسایل بهداشتی - درمانی انسان‌ها است (۳). بیماری همراه با عوارض متابولیک و اختلالات درازمدت قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی می‌باشد (۴). این بیماری مستلزم رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر می‌باشد (۵). خودمراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و با پیگیری مداوم آن می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کرد یا بروز آن را به تعویق انداخت (۱). شواهدی موجود است که درک شدت عوارض و نیز وجود درک حساسیت نسبت به این عوارض می‌تواند منجر به اتخاذ سطح بالاتری از خودمراقبتی در این بیماران گردد (۹-۶).

درک ذهنی فرد از خطر مواجهه با شرایط بهداشتی، حساسیت درک شده نامیده می‌شود (۱۰). شواهدی موجود است که به طور آشکار از اهمیت حساسیت درک شده به عنوان یک پیشگویی کننده رفتار پیشگیری کننده حمایت می‌کنند (۱۲-۱۱).

شدت درک شده بیماری به این بر می‌گردد که افراد تا چه حد بیماری را به طور جدی مورد توجه

قرار می‌دهند. درک افراد در خصوص خطر ابتلا به یک بیماری متفاوت است و این سازه از الگوی اعتقاد بهداشتی، ارزشیابی از نتایج بالینی بیماری است که بر اساس آن شخص میزان مرگ و میر، ناتوانی و درد ناشی از بیماری را مورد بررسی قرار داده و بر مبنای آنها شدت بیماری را مشخص می‌نماید. ابتلا به بیماری ممکن است نتایج اجتماعی نیز داشته باشد. از این نظر نیز فرد ممکن است جدی بودن بیماری را درک کند (۱۳). بعضی مطالعات بین جدیت درک شده و انجام رفتار رابطه معکوس به دست آوردند و مطرح نمودند که شدت درک شده بالا باعث ایجاد تهدید و اجتناب از عمل می‌شود (۱۴). مدارک برای نقش جدیت درک شده در تحریک رفتار پیشگیری کننده ناواضح است. بعضی مطالعات رابطه مثبت، بعضی منفی و پاره‌ای هم ارتباط مشاهده نکرده‌اند. در نهایت عنوان گردید که سطح متوسطی از جدیت درک شده انجام رفتارهای پیشگیری کننده را تسهیل می‌نماید و تحقیق بیشتر برای آشکار کردن مشارکت جدیت درک شده در تحریک رفتارهای پیشگیری کننده بهداشتی مورد نیاز است (۱۵).

تهدید درک شده به این مفهوم است که فرد احساس می‌نماید در معرض تهدید ابتلا به یک بیماری قرار گرفته است. بر طبق نظر بیکر^(۱) حساسیت درک شده و جدیت درک شده برای تعیین تهدید درک شده کلی یک بیماری در یک فرد معین ترکیب می‌شود (۱۳). بیشتر مردم ارزیابی بدی از خطری که آنها را تهدید می‌کند دارند (۱۶). این به نظر می‌رسد که متأثر از سه

1-Becker

بیمارانی که یک بار مورد بررسی قرار گرفته بودند در صورت مراجعه در روزهای بعد در مطالعه وارد نمی‌شدند.

پرسشنامه‌ای با سوالاتی که سازه‌های حساسیت درک شده، شدت درک شده و رفتارهای خودمراقبتی را ارزیابی می‌نمود به انضمام متغیرهای دموگرافیک سن، جنس، سطح سواد، نوع شغل، نوع دیابت و مدت زمان ابتلا به دیابت جهت این مطالعه طراحی شد و از طریق مصاحبه یکی از پژوهشگران با افراد مذکور تکمیل گردید. روایی محتوی و صوری پرسشنامه با استفاده از پانل خبرگان تأیید گردید. برای تعیین ثبات درونی نیز ۴۵ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. در این مطالعه مقدماتی برای مقیاس شدت درک شده میزان آلفا ۰/۹۱ و در کل جمعیت ۰/۸۰ به دست آمد. ثبات درونی در مورد حساسیت درک شده در مطالعه مقدماتی ۰/۸۵ و در کل جمعیت ۰/۸۶ مشاهده گردید که نشان دهنده ثبات درونی قابل قبول ابزارها می‌باشد.

برای تأمین مقیاس‌های شدت و حساسیت درک شده، از ۱۰ سؤال شدت و حساسیت درک شده عوارض طولانی و کوتاه مدت دیابت، مانند: افزایش فشارخون و بی‌حسی پاها، مقیاس اعتقادات بهداشتی اختصاصی دیابت لویس و برادلی^(۱) استفاده شد (۲۰). در مورد حساسیت درک شده از آزمودنی‌ها خواسته می‌شد که مشخص نمایند تا چه حد خود را در معرض

عامل باشد؛ تجربه شخصی، توانایی برای کنترل وضعیت و نوعی احساس عمومی که بیماری یا به خطر افتادن خیلی خطرناک است و به آسانی باعث مرگ من خواهد شد (۱۷). در نبود خطر درک شده شرایط و بیماری‌ها، موانع درک شده انجام رفتارهای بهداشتی بیشتر از منافع آن دیده می‌شود. به طور نظری، وسعت تهدید، ارزیابی منفی از بیماری را نمایان می‌سازد و فرد را برای اجتناب از آن آماده می‌نماید (۱۵). در بعضی مطالعات بین تهدید و انجام رفتار ارتباط مشاهده نگردید (۱۸). در بعضی مطالعات هم ارتباط منفی بوده است (۱۹). اثرات ترکیب شدت و حساسیت درک شده جهت انجام رفتارهای پیشگیری کننده نیز نیاز به مطالعات بیشتر دارد (۱۵). مطالعه حاضر با هدف تعیین حساسیت و شدت درک شده عوارض بیماری دیابت و ارتباط آن با وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شد.

مواد و روش‌ها

برای انجام این مطالعه تحلیلی ۱۲۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد به صورت آسان در شش ماه اول سال ۱۳۸۵ مورد بررسی قرار گرفتند. بدین نحو که هر هفته و در زمان مشخص سه روز به تصادف انتخاب گردید و یکی از پژوهشگران در روزهای منتخب به مرکز مراجعه می‌نمود و در آن روز تمام بیماران مراجعه کننده‌ای را که داوطلب شرکت در مطالعه بودند و واجد شرایط ورود به مطالعه نیز بودند مورد بررسی قرار می‌داد.

1-Lewis & Bradley

۴۷ نفر (۳۹/۲ درصد) مرد بودند. اکثراً متأهل (۹۲/۵ درصد) و مسلمان (۹۸/۳ درصد) بودند. به لحاظ سطح سواد، ۴۰ نفر (۳۳/۳ درصد) بی‌سواد، ۲۱ نفر (۱۷/۵ درصد) سواد در حد خواندن و نوشتن، ۳۳ نفر (۲۷/۵ درصد) تحصیلات ابتدایی، ۱۷ نفر (۱۴/۲ درصد) تحصیلات راهنمایی و دیپلم و ۹ نفر (۷/۵ درصد) تحصیلات فوق‌دیپلم و بالاتر داشتند. در بررسی فراوانی مشاغل، ۲۲ نفر (۱۱/۷ درصد) کارمند، ۲۵ نفر (۲۰/۸ درصد) دارای شغل آزاد و ۷۳ نفر (۶۰/۸ درصد) خانه‌دار بودند. همچنین ۲۱ نفر (۱۷/۵ درصد) دیابت نوع یک و ۹۹ نفر (۸۲/۵ درصد) دیابت نوع دو داشتند. مدت زمان تشخیص ابتلا به دیابت در جمعیت مورد مطالعه بین ۳ ماه تا ۳۰ سال با میانگین $۹/۸۳ \pm ۶/۸$ سال بود.

وضعیت میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مورد بررسی، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین نمره کسب شده از حداکثر نمره قابل کسب سازه‌های مورد بررسی، در جدول ۱ آمده است.

جدول ۲ توزیع فراوانی مطلق و نسبی پاسخ‌های آزمودنی‌ها به سؤالات شدت درک شده را نشان می‌دهد.

خطر ابتلا به هر یک از مشکلات ذکر شده می‌دانند و در مورد شدت درک شده از آنها پرسیده می‌شد که تا چه حد هر یک از مشکلات ذکر شده را جدی و خطرناک می‌دانند. جواب‌ها روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای بود که از صفر (اصلاً) تا ۴ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری شد و برای محاسبه نمره هر زیر مقیاس، این نمرات جمع زده می‌شدند. به این ترتیب محدوده نمره قابل کسب در این سازه‌ها بین ۴۰ - ۷۰ بود.

سازه خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی دیابت توبرت و گلاسگو^(۱) فراهم گردید (۲۱). این سؤال‌ها به افراد مورد مطالعه اجازه می‌داد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی مربوط به دیابت‌شان مانند؛ رژیم غذایی سالم، تزریق انسولین، تست قند خون، ورزش و مراقبت از پاها را در ۷ روز گذشته گزارش کنند. برای هر رفتار نمره‌ای بین ۰ تا ۷ داده می‌شود و نمره تبعیت کلی رفتار خودمراقبتی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS^(۲) و آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون^(۳)، تی دانشجویی^(۴) و آنالیز واریانس^(۵) و یا آزمون‌های ناپارامتری^(۶) معادل آنها آنالیز گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۲۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد مورد بررسی قرار گرفتند. سن آنها بین ۷۳-۱۷ با میانگین $۵۳/۲۸ \pm ۱۰/۱۸$ سال بود. ۷۳ نفر (۶۰/۸ درصد) زن و

1-Toobert & Glasgow
2-Statistical Package for Social Sciences
3-Pearson Correlation
4-Student's t-test
5-ANOVA
6-Non Parametric Tests

آزمون ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که حساسیت درک شده ($r=0.199$) و شدت \times حساسیت ($r=0.197$) با مدت زمان ابتلا به دیابت دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح 0.05 می‌باشند، ولی شدت درک شده با مدت زمان ابتلا به دیابت همبستگی معنی‌داری نشان نداد.

در بررسی همبستگی سازه‌های شدت درک شده، حساسیت درک شده و شدت \times حساسیت با یکدیگر و نیز با وضعیت خودمراقبتی در افراد مورد بررسی، تمامی این سازه‌ها با یکدیگر دارای همبستگی مثبت و معنی‌داری در سطح 0.01 بودند.

در بررسی میزان پیشگویی رفتارهای خودمراقبتی به وسیله سازه‌های حساسیت و شدت درک شده، آزمون رگرسیون خطی نشان داد که این دو سازه با یکدیگر $12/1$ درصد از تغییرات خودمراقبتی را پیشگویی می‌کنند که در این میان نقش حساسیت درک شده با ($\beta=0.209$) بیش از شدت درک شده ($\beta=0.192$) بود، در حالی که شدت \times حساسیت نیز 12 درصد تغییرات در خودمراقبتی را پیشگویی می‌کرد.

بر اساس نتایج آزمودنی‌ها شدت و جدیت از دست دادن بینایی را بیش از سایر عوارض بیماری دیابت درک کرده بودند و پس از آن فشارخون بالا قرار داشت و درد در ساق پاها و اشکال در خون‌رسانی به پاها از عوارضی بودند که پایین‌ترین شدت درک شده را در بین آزمودنی‌ها داشتند. جدول ۳ وضعیت حساسیت درک شده بیماران دیابتی مورد مطالعه را نسبت به عوارض بیماری دیابت، نشان می‌دهد.

افراد مورد مطالعه احتمال ابتلای خود را به از دست دادن بینایی، درد در ساق پاها و تاری دید را بیشتر درک کرده بودند و برای خود احتمال اغمای ناشی از افزایش و یا کاهش قند خون را کمتر از سایر عوارض متصور بودند.

ارتباط معنی‌داری بین سازه‌های شدت درک شده، حساسیت درک شده و شدت \times حساسیت با متغیرهای دموگرافیک سن، سطح سواد آزمودنی‌ها، شغل آنان و نیز نوع دیابت آنها دیده نشد، لیکن آزمون تی نشان داد که مردان به طور معنی‌داری شدت عوارض بیماری را بیشتر درک کرده بودند (میانگین $35/052 \pm 3/76$ در مقابل $34/15 \pm 3/99$)، ولی به لحاظ حساسیت درک شده و شدت \times حساسیت، تفاوتی بین دو جنس دیده نشد.

جدول ۱: میانگین، انحراف معیار، محدوده نمره قابل اکتساب و درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب سازه‌های مورد بررسی

شاخص مقیاس	میانگین	انحراف معیار	محدوده نمره قابل اکتساب	درصد میانگین از حداکثر نمره قابل اکتساب
شدت درک شده	34/69	3/94	0-40	86/72
حساسیت درک شده	22/29	7/32	0-40	55/72
شدت \times حساسیت	787/73	300/06	0-1600	49/23
رفتارهای خودمراقبتی	48/35	10/04	0-77	62/79

جدول ۲: توزیع فراوانی نسبی و مطلق وضعیت شدت درک شده عوارض بیماری در بیماران دیابتی مورد مطالعه

عوارض	شدت درک شده	اصلاً	کمی	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	میانگین نمره
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشارخون بالا	(۰)	(۰)	(۰)	(۴/۲)۵	(۲۱/۷)۳۶	(۷۴/۲)۸۹	۳/۷۰
از دست دادن بینایی	(۰)	(۰)	(۰)	(۰/۸)۱	(۱۵)۱۸	(۸۴/۲)۱۰۱	۳/۸۳
درد در ساق پاها	(۳/۳)۴	(۲/۵)۳	(۲/۵)۳	(۱۴/۲)۱۷	(۵۵)۶۶	(۲۵)۳۰	۲/۹۵
مشکلات کلیه‌ها	(۰)	(۰)	(۰)	(۲/۵)۳	(۳۱/۷)۳۸	(۶۵/۸)۷۹	۳/۶۳
بی‌حسی پاها	(۱/۷)۲	(۱/۷)۲	(۰)	(۶/۷)۸	(۵۵/۸)۶۷	(۳۵/۸)۴۳	۳/۲۴
اغمای ناشی از افزایش قند خون	(۱/۷)۲	(۱/۷)۲	(۰)	(۰/۸)۱	(۳۰/۸)۳۷	(۶۶/۷)۸۰	۳/۶۰
تاری دید	(۰)	(۰)	(۰)	(۵)۶	(۵۹/۲)۷۱	(۳۵/۸)۴۳	۳/۳۰
اغمای ناشی از کاهش قند خون	(۲/۵)۳	(۲/۵)۳	(۰)	(۱/۷)۲	(۳۵/۸)۴۳	(۶۰)۷۲	۳/۵۰
اشکال در خون‌رسانی به پاها	(۲/۵)۳	(۲/۵)۳	(۰/۸)۱	(۳/۳)۴	(۵۵)۶۶	(۳۸/۳)۴۶	۳/۲۵
ناراحتی و آشفتگی قلب	(۰)	(۰)	(۰)	(۲/۵)۳	(۳۰/۸)۳۷	(۶۶/۷)۸۰	۳/۶۴

جدول ۳: توزیع فراوانی نسبی و مطلق وضعیت حساسیت درک شده عوارض بیماری در بیماران دیابتی مورد مطالعه

عوارض	حساسیت درک شده	اصلاً	کمی	تاحدی	زیاد	خیلی زیاد	میانگین نمره
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
فشارخون بالا	(۱۰)۱۲	(۱۰)۱۲	(۸/۳)۱۰	(۳۴/۲)۴۱	(۴۱/۷)۵۰	(۵/۸)۷	۲/۲۵
از دست دادن بینایی	(۷/۵)۹	(۷/۵)۹	(۵/۸)۷	(۲۸/۳)۳۴	(۴۵)۵۴	(۱۳/۳)۱۶	۲/۵۰
درد در ساق پاها	(۵)۶	(۵)۶	(۶/۷)۸	(۳۱/۷)۳۸	(۴۵/۸)۵۵	(۱۰/۸)۱۳	۲/۵۰
مشکلات کلیه‌ها	(۷/۵)۹	(۷/۵)۹	(۱۳/۳)۱۶	(۳۳/۳)۴۰	(۴۱/۷)۵۰	(۴/۲)۵	۲/۲۱
بی‌حسی پاها	(۷/۵)۹	(۷/۵)۹	(۷/۵)۹	(۲۸/۳)۳۴	(۴۸/۳)۵۸	(۸/۳)۱۰	۲/۴۲
اغمای ناشی از افزایش قند خون	(۲۲/۵)۲۷	(۲۲/۵)۲۷	(۱۶/۷)۲۰	(۳۳/۳)۴۰	(۲۰)۲۴	(۷/۵)۹	۱/۷۳
تاری دید	(۳/۳)۴	(۳/۳)۴	(۹/۲)۱۱	(۳۰/۸)۳۷	(۴۶/۷)۵۶	(۱۰)۱۲	۲/۵۰
اغمای ناشی از کاهش قند خون	(۲۵)۳۰	(۲۵)۳۰	(۱۵/۸)۱۹	(۲۷/۵)۳۳	(۳۶/۷)۳۲	(۵)۶	۱/۷۵
اشکال در خون‌رسانی به پاها	(۱۰/۸)۱۳	(۱۰/۸)۱۳	(۹/۲)۱۱	(۳۴/۲)۴۱	(۴۱/۷)۵۰	(۴/۲)۵	۲/۱۹
ناراحتی و آشفتگی قلب	(۹/۲)۱۱	(۹/۲)۱۱	(۱۱/۷)۱۴	(۳۳/۳)۴۰	(۳۷/۵)۴۵	(۸/۳)۱۰	۲/۲۴

بحث و نتیجه‌گیری

بیماری دیابت یکی از عمده‌ترین مسایل بهداشتی - درمانی انسان‌ها است (۳) که همراه با عوارض متابولیک و اختلالات درازمدت قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و عصبی می‌باشد (۴). شواهدی موجود است که درک شدت عوارض و نیز وجود درک

حساسیت نسبت به این عوارض می‌تواند منجر به اتخاذ سطح بالاتری از خودمراقبتی در این بیماران گردد (۶). مطالعه حاضر با هدف تعیین حساسیت و شدت درک شده عوارض بیماری دیابت و ارتباط آن با وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شد.

در پژوهش حاضر میانگین نمره حساسیت درک شده، ۲۲/۲۹ از نمره قابل دستیابی بین ۰ - ۴۰ مشاهده شد. این نمره بیانگر آن است که آزمودنی‌ها ۵۵/۷۲ درصد از نمره قابل کسب را به دست آوردند. به طور کلی وضعیت حساسیت درک شده نسبت به عوارض دیابت در حد مطلوب نمی‌باشد و لازم است در این رابطه آموزش‌های بیشتری به بیماران دیابتی داده شود. ۴۰/۸ درصد از افراد احتمال وقوع اغمای ناشی از کاهش قند خون را برای خود، اصلاً یا در حد کم گزارش نمودند و به طور کلی اغمای ناشی از افزایش و یا کاهش قند خون در پایین‌ترین سطح حساسیت درک شده قرار داشت. این یافته می‌تواند ناشی از این باشد که اکثر آزمودنی‌ها مبتلا به دیابت غیر وابسته به انسولین بوده و ذکر می‌نمودند که اغمای مذکور برایشان اتفاق نیفتاده و یا وقوع آن به طور شدید نبوده است، این درحالی است که تقریباً برای تمام بیماران دیابتی احتمال این عارضه که دارای عوارض شدید و ناگواری نیز می‌باشد وجود دارد(۴). به علاوه درک شدت عوارض بدون درک حساسیت ابتلا به آنها منجر به اتخاذ رفتار نخواهد شد(۲۴) و لذا بالا بردن درک بیماران دیابتی از این که آنها در معرض خطر عوارض این بیماری می‌باشند ضروری می‌نماید. نتایج مطالعه در این رابطه با بیشتر مطالعات مشابه همخوانی دارد (۲۲ و ۷).

1-Daniel & Messer
2-Charron – Prochownik et al

اعتقاد آزمودنی‌ها به جدی و خطرناک بودن عوارض ناشی از دیابت در حد مطلوب با میانگین ۳۴/۶۹ در محدوده ۰-۴۰ و درصد متوسط نمره از حداکثر قابل اکتساب ۸۶/۷۲، مشاهده گردید. در میان عوارض مربوط به دیابت، شدت درک شده از دست دادن بینایی دارای فراوانی بیشتری بود و بعد از آن فشارخون بالا در درجه دوم جدیت درک شده قرار داشت. این در حالی است که شدت درک شده درد در ساق پاها و اشکال در خون‌رسانی به پاها در پایین‌ترین سطح قرار داشت. قابل ذکر است که در این بیماری، بیمار صدمات وارده به پاها را به علت بی‌حسی موجود درک نمی‌کند و اگر عادت به مشاهده روزانه پاها نداشته باشد ممکن است تا زمان عفونت جدی متوجه آسیب به پاها نشود و عدم خون‌رسانی کافی به پاها و ضعف سیستم ایمنی در ترمیم زخم در نهایت منجر به گانگرن شده و قطع اندام را سبب می‌شود. کنترل قند خون و مشاهده روزانه پاها می‌تواند از بروز این عارضه بکاهد(۴). لذا لازم است در برنامه‌های آموزشی بر شدت و جدیت این عوارض نیز تأکید گردد. در مطالعه دانیل و مسر^(۱) (۲۰۰۲) و جعفریان و همکاران(۱۳۸۳)، ادراک افراد در مورد میزان جدیت عوارض بیماری در حد متوسط گزارش شده است(۲۲ و ۷). در مطالعه شارون - پروچونیک و همکاران^(۲) (۲۰۰۱) نتایج در این رابطه مشابه با یافته‌های این مطالعه گزارش گردیده است(۲۳).

نتایج این مطالعه نشان داد که مردان به طور معنی‌داری از سطح شدت درک شده بالاتری برخوردار هستند. در همین حال افرادی که طول مدت ابتلا به دیابت‌شان بیشتر بود، از حساسیت و شدت × حساسیت بالاتری برخوردار بودند. اصولاً مردان، چون باید در سطح جامعه فعالیت نمایند و هر گونه عوارض بیماری مانعی است برای فعالیت روزانه و اجتماعی آنها، در صورت ابتلا به عوارض این بیماری، شدت عوارض آن را بیشتر درک می‌کنند، به علاوه با افزایش طول مدت دیابت چون بیماران خود به بعضی عوارض بیماری مبتلا می‌شوند احتمال ابتلای خود را به سایر عوارض نیز بیشتر درک می‌کنند.

همان گونه که انتظار می‌رفت سازه‌های حساسیت و شدت درک شده با یکدیگر همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان دادند و نیز این سازه‌ها با وضعیت خودمراقبتی نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری را نشان دادند و این سازه‌ها به طور معنی‌داری خودمراقبتی را پیشگویی می‌کردند و این بدین معنی است که با افزایش شدت و حساسیت درک شده خودمراقبتی نیز افزایش می‌یابد. این یافته با بیشتر مطالعات مشابه همخوانی دارد (۷-۱۰) و لذا در هر گونه برنامه مداخله جهت افزایش خودمراقبتی بیماران دیابتی توجه به شدت و حساسیت درک شده این بیماران نسبت به عوارض بیماری مورد تأکید قرار می‌گیرد.

در این مطالعه دو محدودیت وجود داشت. اول این که نمونه‌گیری به صورت آسان انجام شد و لذا

تعمیم و به کارگیری نتایج، جهت برنامه‌ریزی‌های مداخله به سایر بیماران دیابتی بایستی با در نظر گرفتن ویژگی‌های بیماران مورد مطالعه صورت گیرد. دوم آن که باید در نظر داشت که انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی متأثر از عوامل متعددی می‌باشد که در این مطالعه تنها به دو عامل مهم پرداخته شده است و هر گونه برنامه‌ریزی جهت مداخله بایستی با دیدی همه جانبه و با در نظر گرفتن نتایج مطالعات مختلفی که در این زمینه صورت گرفته است انجام شود.

شدت درک شده عوارض بیماری دیابت در بیماران دیابتی در سطح مطلوبی می‌باشد، اما حساسیت درک شده آن، در آنها چندان مطلوب نیست و اغلب بیماران دیابتی احتمال ابتلای خود به عوارض این بیماری را نمی‌دهند. در این میان توجه دادن بیماران به عوارض پای دیابتی از اهمیت بیشتری برخوردار است و به طور کلی بالا بردن شدت و حساسیت درک شده بیماران نسبت به عوارض بیماری می‌تواند منجر به سطح بالاتری از خودمراقبتی در بیماران گردد.

تقدیر و تشکر

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

Perceived Severity and Susceptibility of Diabetes Complications and its Relation to Self-care Behaviors among Diabetic Patients

Morowaty Sharifabad MA^{*},
Rouhani Tonekaboni N^{*}

^{*}Assistant Professor of Health Education, Department of Control of Disease, School of Health, Yazd Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services, Yazd, Iran

^{**}MS in Health Education, Nursing Department, School of Nursing, Tonekabon Azad Islamic University, Tonekabon, Iran

KEYWORDS:

Perceived Susceptibility,
Perceived Severity,
Diabetes Self-Care

Received:29/2/1386

Accepted:1/11/1386

Corresponding Author: Morowaty Sharifabad MA

Email: morowaty@yahoo.com

ABSTRACT:

Introduction & Objective: Diabetes is a disease with long cardiovascular, renal, eye and neural complications. It is prevalent all around the world including Iran and especially in Yazd province and its prevalence is increasing. Higher perceived severity and susceptibility of its complications may cause a higher level of self care behaviors in these patients. The aim of this study was to determine the constructs' status and their related factors in diabetic patients.

Materials & Methods: This analytical study was carried out on 120 diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center which were recruited with a sampling method. A questionnaire was used for data collection which measured the perceived severity and susceptibility and self care behaviors. Subjects' demographic variables such as age, sex, education level, job, history of diabetes duration and type of diabetes were also recorded.

Results: The subjects reported 86.72, 55.72 and 62.79% of receivable scores of perceived severity, perceived susceptibility and self care score, respectively. Deteriorating eyesight was perceived at the highest level of severity and circulatory problems in the feet were at the lowest level. Deteriorating eyesight and aching legs and blurred vision was at the highest level of perceived susceptibility while high and low sugar coma was at the lowest level. Men had a higher level of perceived severity than women. There was a significant correlation between history of diabetes duration and perceived susceptibility and severity \times susceptibility. Perceived susceptibility and severity, and severity \times susceptibility and self care behaviors had a significant correlation with each other at 0.01 level. Perceived susceptibility and severity predicted 12.1% of variances in self care behaviors while severity \times susceptibility predicted 12% of variances in self care behaviors.

Conclusion: Despite the fact that perceived severity of diabetes complications among subjects was at favorable level, their perceived susceptibility was low. Diabetic foot complications are more important and in general, increasing perceived susceptibility and severity may induce an increase in self care behaviors among diabetic patients.

REFERENCES:

۱. دلآوری علیرضا، مهدوی‌هزاوه علیرضا، نوروزی‌نژاد عباس، یاراحمدی شهین. برنامه کشوری پیشگیری و کنترل دیابت. چاپ دوم. تهران: مرکز نشر صدا؛ ۱۳۸۳؛ ۲.
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. راهنمای جامع نظام مراقبت بیماری‌های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران. ویرایش چهاردهم. تهران: مرکز مدیریت بیماری‌ها؛ ۱۳۸۳؛ ۷.
۳. عزیزی فریدون، حاتمی حسین، جانقربانی محسن. اپیدمیولوژی بیماری‌های شایع در ایران. چاپ دوم. تهران: نشر اشتیاق؛ ۱۳۷۹؛ ۳۲.
۴. اسدی‌نوقابی احمدعلی، دهقان‌نیری ناهید. در ترجمه: پرستاری داخلی - جراحی (غده، کبد، مجاری صفراوی و دیابت). برونر لیلیان، سودارث دوریس (مؤلفین). چاپ دوم. تهران: نشر سالمی (جامعه‌نگر)؛ ۱۳۸۳؛ ۱۳۸.
۵. گیوی مروت. در ترجمه: پرستاری بیماری دیابت، برونر لیلیان، سودارث دوریس (مؤلفین). چاپ دوم. تهران: نشر و تبلیغ بشری؛ ۱۳۷۹؛ ۱-۲.
6. Brownlee-Duffeck M, Peterson L, Simonds JF, Goldstein D, Kilo C, Hoette S. The role of health beliefs in the regimen adherence and metabolic control of adolescents and adults with diabetes mellitus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1987; 55(2): 139-44.
7. Daniel M, Messer LC. Perceptions of disease severity and barriers to self-care predict glycemic control in aboriginal persons with type 2 diabetes mellitus. *Chronic Dis Can* 2002; 23(4):130-8.
8. Tan MY. The relationship of health beliefs and complication prevention behaviors of Chinese individuals with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* 2004; 66(1): 71-7.
9. Harris R, Linn MW. Health beliefs, Compliance, and control of diabetes mellitus. *South Med J* 1985;78(2):162-60.
10. Butler JT . Principles of Health Education and Health Promotion . 2nd ed. CA, WadsWorth: USA; 2001; 242.
11. Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care* 1975; 13: 10-24.
12. Elling R, Whittemore R, Green M. Patient participation in a pediatric program . *Journal of Health and Human Behavior* 1960; 1: 183.
13. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. 2nd ed. New Jersey: Slack, Thorofare; 1974; 25.
14. Becker MH, Kaback MM, Rosenstock IM, Ruth MV. Some influences on program participation in a genetic screening program . *Journal of Community Health* 1975; 1: 3-14.
15. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 2nd ed. Norwalk, Conn: Appelton & Lange; 1987; 58.
16. Nidoo J, Wills J. Health Promotion: Foundation for Practice. 2nd ed. London: Bailliere Tindall; 2000; 242.
17. Chichester W. Living with risk . 1st ed. London : British Medical Association; 1987;1 .
18. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science* 1984; 6(3):73-85.
19. Tash RH, O'Shea RM, Cohen LK. Testing a preventive- symptomatic theory of dental health behaviour. *American Journal of Public Health* 1969; 59: 514.
20. Lewis KS, Bradley CA. Measures of diabetes-specific health beliefs. In: Bradley C(editor). *Handbook of psychology and diabetes*. Chur, Switzerland: Hardwood Academic; 1994; 247-89.
21. Toobert DG, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management: The summary of diabetes self-care activities questionnaire . In: Bradley C(editor). *Handbook of psychology and diabetes*. Chur, Switzerland: Hardwood Academic; 1994; 351-75.
۲۲. جعفریان نجیبه، محمدی ناهید، بغارپوش مهین. بررسی عوامل مؤثر در پذیرش رژیم غذایی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان* ۱۳۸۳؛ سال یازدهم، شماره بیستم: ۲۱-۸.
23. Charron - Prochownik D, Sereika SM, Becker D, Jacober S, Mansfield J, White NH. Reproductive health beliefs and behaviors in teens with diabetes: application of the expanded health belief model. *Pediatric Diabetes* 2001; 2: 39-40.
24. Weinstein ND. Perceived probability, perceived severity, and health protective behavior. *Health Psychology* 2000; 19(1): 65-74.