

## پیش‌بینی کننده‌های رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند و شهر یزد

سید سعید مظلومی<sup>۱</sup>، میترا مودی<sup>۲</sup>، حکیمه ملاکی مقدم<sup>۳</sup>، الهه توسلی<sup>۳</sup>، زهرا وحدانی نیا<sup>۱</sup>، بی‌بی فاطمه باقرنژادحصاری<sup>۴\*</sup>

### چکیده

**مقدمه:** دیابت نوع دو از جمله بیماری‌های غیر واگیردار می‌باشد. در طی سه دهه‌ی گذشته، تعداد افرادی که به دیابت نوع دو در جهان مبتلا شده‌اند به بیش از دو برابر رسیده است. در این بیماری بیش از ۹۵ درصد درمان به‌وسیله‌ی بیمار انجام می‌شود و از راه‌های مهم کنترل بیماری دیابت نوع دو، انجام رفتارهای خودمراقبتی توسط بیمار می‌باشد. مطالعات مختلف نشان داده‌اند عوامل زیادی بر انجام رفتار خودمراقبتی در بیماران تأثیر دارد، این مطالعه با هدف تعیین پیش‌بینی کننده‌های رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند و یزد انجام شد.

**روش‌ها:** این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی می‌باشد که به‌صورت مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار در شهر بیرجند و ۱۰۰ بیمار در شهر یزد انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای که در ۴ قسمت طراحی شده بود (آگاهی، خودکارآمدی، سؤالات مرتبط با رفتار خودمراقبتی و سؤالات مرتبط با حمایت اجتماعی) جمع‌آوری شده و پس از ورود داده‌ها در نرم‌افزار SPSS16، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی رگرسیون با در نظر گرفتن آزمون‌ها در سطح خطای ۵٪ استفاده شد.

**یافته‌ها:** مقایسه‌ی شاخص میانگین آگاهی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی درک شده در دو شهر بیرجند و یزد نشان داد که بین متغیرها در دو شهر تفاوت زیادی وجود ندارد. اثر حمایت اجتماعی با مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار خودمراقبتی در شهر بیرجند تأثیر بیشتری داشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به این که هدف برنامه‌های آموزشی به بیماران دیابتی نوع دو ارتقاء فعالیت‌های خودمراقبتی می‌باشد، می‌توان با افزایش خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک شده و آگاهی افراد به این هدف دست یافت.

**واژگان کلیدی:** دیابت نوع دو، خودمراقبتی، خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، آگاهی

۱- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی یزد، یزد، ایران

۲- مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

۳- دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهر کرد، شهر کرد، ایران

۴- گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران

\***نشانی:** بیرجند، خیابان معلم، دانشگاه علوم پزشکی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، تلفن ۰۵۶۲۳۳۹۵۴۶۰، کد پستی ۹۷۱۸۷۳۳۱۶۷، پست الکترونیک: ftbagher@gmail.com

## مقدمه

امروزه سیمای بیماری‌ها و مرگ و میر در بسیاری از کشورهای جهان تغییر یافته و بیماری‌های عفونی و واگیردار جای خود را به بیماری‌های مزمن و غیر واگیر داده‌اند. دیابت در بسیاری از کشورهای جهان از جمله کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به عامل اصلی مرگ و میر تبدیل شده است [۱]. بیماری دیابت از جمله بیماری‌های غیر واگیر می‌باشد که بسیار وابسته به سبک زندگی می‌باشد و تغذیه نامناسب و عدم فعالیت بدنی مناسب میزان بروز آن را افزایش می‌دهد [۲]. در سه دهه‌ی گذشته تعداد افرادی که به دیابت نوع دو مبتلا شده‌اند در کل جهان بیش از دو برابر افزایش یافته است [۳]. در منطقه‌ی مدیترانه‌ی شرقی (از نواحی شش گانه‌ی سازمان جهانی بهداشت) میزان شیوع بالاتری از دیابت نسبت به میانگین جهانی وجود دارد. دیابت نوع دو از طریق انجام فعالیت بدنی منظم، حفظ وزن ایده‌ال، داشتن رژیم غذایی سالم، افزایش خدمات تشخیصی، خودمراقبتی، آموزش و درمان مؤثر قابل پیشگیری است [۴]. یکی از راه‌های کنترل دیابت انجام رفتار خود مراقبتی است. با انجام رفتارهای صحیح مانند کنترل منظم قند خون، رعایت رژیم غذایی، رعایت رژیم دارویی، فعالیت بدنی و قبول مسئولیت از طرف بیمار بسیاری از عوارض بیماری کنترل می‌گردد [۵]. از عوامل مؤثر بر پیشگیری و کنترل دیابت، برخورداری از آگاهی کافی از بیماری، علل نحوه‌ی پیشگیری از بیماری می‌باشد [۶]. خودکارآمدی یک مفهوم مهم است که به باورها و قضاوت‌های فرد به توانایی‌های خود در انجام وظایف و مسئولیت‌ها اشاره دارد. احساس خودکارآمدی افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده انجام دهند. خودکارآمدی درک شده بر میزان تلاش برای انجام وظایف مؤثر است [۷]. طبق نظریه‌ی خودمراقبتی دورتی اورم، خودمراقبتی مجموعه فعالیت‌های آگاهانه، آموخته شده و هدف‌داری است که توسط فرد به منظور تأمین حیات، حفظ و ارتقای سلامت انجام می‌شود تا آنجا که ضعف اطلاعات و درک آن باعث کاهش قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری شده و منجر به ایجاد محدودیت در عملکرد خودمراقبتی فرد می‌شود [۸]. همان‌گونه که در مطالعه‌ی Tol و همکاران هم نشان داده شده است، آگاهی بیماران دیابتی و سواد سلامت آنها در سطح مطلوبی قرار ندارد [۶]. منظور از خودمراقبتی در دیابت تزریق صحیح و به موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، فعالیت ورزشی مناسب و منظم، شناسایی علائم افزایش قندخون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی است [۹] و

مسئولیت اصلی مراقبت و درمان در بیمار دیابتی با خود فرد می‌باشد [۱۰]. یکی از فاکتورهای تسهیل کننده رفتار خودمراقبتی حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی یک عامل روانشناسی اجتماعی است که در بسیاری از مطالعات از جمله مطالعه‌ی Morovati Sharifabad و همکاران [۲] به همبستگی مثبت و معنی‌دار این عامل با رفتار خودمراقبتی اشاره شده است. هدف نهایی سیستم‌های بهداشتی و درمانی نیز ارتقاء سلامت بیماران دیابتی نوع دو از طریق رفتارهای خودمراقبتی بوده و شناسایی عوامل تعیین کننده و مؤثر بر رفتارهای خودمراقبتی در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای آموزشی ضروری می‌باشد. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین و مقایسه‌ی پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند و یزد در سال ۱۳۹۵ انجام گردید.

## روش‌ها

مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی توصیفی تحلیلی است که به صورت مقطعی بر روی ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر بیرجند و ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر یزد در سال ۹۵ با روش نمونه‌گیری در دسترس انجام شد. برای محاسبه‌ی شاخص‌های مرکزی و پراکندگی و فراوانی داده‌ها از آمار توصیفی و برای تعیین همبستگی بین متغیرها و تعیین عوامل پیش‌بینی کننده‌ی رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو از آمار تحلیلی استفاده شد. حجم نمونه براساس فرمول زیر ۹۲ نفر محاسبه گردید که با در نظر گرفتن ریزش ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$N = Z^2 SD^2 / d^2$$

$$SD = ۲/۹۴$$

$$d = ۰/۶$$

$$n = ۹۲$$

معیار ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، سن بین ۶۰-۲۰ سال و مبتلا بودن به دیابت نوع دو از حداقل ۶ ماه قبل و معیار خروج شامل وجود سابقه‌ی بیماری‌هایی از قبیل سکتته‌ی مغزی، سکتته‌ی قلبی، تومورهای بدخیم، مصرف مواد روانگردان، اختلالات گفتاری و شنوایی، اختلالات روانی و بروز عوارض دیابت بود. پس از توضیحات لازم در مورد روند و هدف مطالعه، جهت رعایت اصول اخلاقی رضایت آگاهانه بیماران برای شرکت در مطالعه اخذ شد و اطلاعات به صورت محرمانه و بدون نام جمع‌آوری گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌ی اطلاعات دموگرافیک

خودمراقبتی آنها بین ۰-۳۳ بود به‌عنوان وضعیت نامطلوب، بین ۳۴-۶۶ به‌عنوان وضعیت متوسط یا نیمه مطلوب و نمرات ۶۷-۹۹ به‌عنوان وضعیت مطلوب رفتارهای خود مراقبتی گزارش گردید.

بخش چهارم شامل پرسشنامه‌ی حمایت ادراک شده استاندارد کانتی - میشل و زیمت بود که شامل ۱۲ سؤال در سه مؤلفه‌ی حمایت ادراک شده از سوی خانواده (۴ سؤال)، حمایت درک شده از سوی دیگران مهم (۴ سؤال) و حمایت درک شده از سوی دوستان (۴ سؤال) می‌باشد. همه‌ی سؤالات این پرسشنامه براساس یک طیف ۵ درجه‌ای (بسیار موافق، موافق، بی‌نظر، مخالف، بسیار مخالف) درجه‌بندی شده است. دامنه‌ی نمرات این مقیاس ۱۲ الی ۶۰ می‌باشد [۱۳]. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، اطلاعات براساس رضایت افراد و به‌صورت محرمانه و بدون ذکر نام جمع‌آوری گردید. پس از تکمیل پرسشنامه، داده‌ها وارد نرم‌افزار SPSS16 شده و مورد تجزیه و تحلیل و آنالیز آماری با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی در سطح خطای ۵٪ قرار گرفت. به‌منظور انجام این آنالیز خودمراقبتی به‌عنوان رفتار وابسته در نظر گرفته شد و سایر متغیرها از جمله سطح تحصیلات، جنس، شغل، حمایت اجتماعی درک شده، خودکارآمدی و آگاهی به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شد و آنالیز رگرسیون انجام شد و پس از بررسی متغیرهای مستقلی که با متغیر وابسته (خودمراقبتی) همبستگی معنی‌داری نداشت حذف شده و عملیات مجدد انجام شد، سپس متغیر مستقلی که بزرگترین مقدار بتا را داشت به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. در هر مرحله متغیری که بتای بزرگتر داشت وابسته و بقیه‌ی متغیرها مستقل در نظر گرفته شد تا بدین ترتیب الگویی به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌های رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو استخراج گردد.

### یافته‌ها

در این مطالعه ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر بیرجند و ۱۰۰ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد شرکت نمودند. حداقل سن افراد شرکت کننده در مطالعه در شهر بیرجند ۳۷ سال و حداکثر سن ۷۵ سال و میانگین سن افراد  $57/45 \pm 8/60$  بوده و در شهر یزد حداقل سن ۲۵ سال و حداکثر سن ۸۲ سال و میانگین سن افراد  $58/97 \pm 10/32$  بود. میانگین مدت اطلاع افراد از بیماری دیابت خود در شهر بیرجند  $5/66$  سال و در شهر یزد  $9/29 \pm 8/41$  سال بود (جدول ۱).

مشمول بر سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، مدت شناسایی بیماری دیابت، سابقه‌ی مصرف سیگار و همچنین پرسشنامه‌ای مشتمل بر ۴ قسمت بود. قسمت اول شامل پرسشنامه‌ی بررسی سطح آگاهی بود که در مطالعات قبلی استفاده شده است، با استفاده از این پرسشنامه‌ی ۱۳ سؤالی که توسط بیماران تکمیل می‌گردد، میزان آگاهی بیماران دیابتی در مورد بیماری خود مورد سنجش قرار می‌گیرد. معیار سنجش میزان آگاهی، تعداد پاسخ‌های صحیحی است که به سؤالات داده شد و برای هر پاسخ صحیح (۲) امتیاز، پاسخ غلط و بی‌پاسخ (۰) امتیاز در نظر گرفته شد و از آنجا که تعداد سؤالات آگاهی ۱۳ مورد است، کل نمره‌ی آگاهی ۲۶ می‌باشد [۱۱].

بخش دوم شامل پرسشنامه‌ی خودکارآمدی در مدیریت دیابت (DMSES) بود. این مقیاس در سال ۱۹۹۹ توسط وندربیل و همکاران ساخته شد، این پرسشنامه شامل ۲۰ سؤال است که توانایی بیماران را در رعایت رژیم غذایی، میزان فعالیت بدنی، اندازه‌گیری قندخون و مصرف داروها می‌سنجد. سؤالات در یک طیف لیکرتی ۱۱ درجه‌ای از اصلاً نمی‌توانم (۰) تا حتماً می‌توانم (۱۰) نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی هر شرکت کننده عددی بین ۰ تا ۲۰۰ بود. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط Haghayegh و همکاران در ایران تأیید شده و عدد آلفا برای این پرسشنامه توسط محققین  $0/83$  گزارش گردیده است [۳]. افراد براساس نمره‌ی خودکارآمدی به ۳ گروه خودکارآمدی بالا ۱۳۴-۲۰۰، خودکارآمدی متوسط ۶۶-۱۳۳ و خودکارآمدی پایین ۰-۶۵ تقسیم شدند [۱۲].

بخش سوم شامل پرسشنامه‌ی سنجش رفتارهای خود مراقبتی دیابت بود که یک پرسشنامه‌ی خود گزارشی ۱۵ سؤالی است و معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و در برگیرنده‌ی جنبه‌های مختلف شامل رژیم غذایی، ورزش، آزمایش قندخون، مراقبت از پا و سیگار کشیدن است. در این مقیاس به هر رفتار یک نمره از صفر تا ۷ داده شده و یک نمره‌ی تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به‌دست می‌آید، امتیاز کل مقیاس بین ۰-۹۹ می‌باشد. این پرسشنامه استاندارد بوده و در مطالعات از آن استفاده شده است [۳]. جهت تعیین سطح مطلوب بودن وضعیت رفتارهای خودمراقبتی علاوه بر مقایسه‌ی میانگین، دامنه‌ی نمرات کسب شده که بین ۰-۹۹ بوده است به ۳ قسمت تقسیم می‌شود، به‌طوری که بیمارانی که نمره‌ی

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک در افراد مورد مطالعه

متغیر	بیرجند		یزد	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۳۸	۳۸	۳۷
	زن	۶۲	۶۲	۶۳
تحصیلات	سواد خواندن و نوشتن	۱۹	۱۹/۴	۴۲
	ابتدایی	۳۳	۳۳/۷	۳۳
	سیکل	۹	۹/۲	۱۰
	دیپلم	۱۷	۱۷/۳	۱۰
	دانشگاهی	۲۰	۲۰/۴	۵
شغل	خانه دار	۴۹	۴۹/۵	۵۹/۶
	کارمند یا باز نشسته	۳۱	۳۳/۳	۱۸/۲
	آزاد	۱۲	۱۳/۱	۱۷/۲
	بیکار	۴	۴/۰	۵/۱
وضعیت تأهل	همسر دار	۸۴	۸۴	۸۲
	بدون همسر (مطلقه، همسر فوت کرده، مجرد)	۱۶	۱۶	۱۸
سابقه‌ی مصرف سیگار	دارد	۱۰	۱۰/۵	۴/۱
	ندارد	۸۵	۸۹/۵	۹۵/۹

جدول ۲- میانگین نمره‌ی آگاهی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی درک شده در بیماران دیابتی نوع دو در شهر بیرجند و یزد

متغیر	آگاهی	خودکارآمدی	خودمراقبتی	حمایت اجتماعی
	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
بیرجند	۱۶/۴۷±۵/۶۷	۱۳۸/۱۷±۵۲/۵۹	۵۵/۱۵±۲۱/۴۵	۴۷/۱۲±۸/۹۹
یزد	۱۶/۳۹±۳/۹۹	۱۴۷/۶۴±۴۳/۶۵	۵۲/۸۶±۱۷/۰۷	۴۵/۵۸±۱۱/۰۴
آزمون	Z=-۱/۲۹	Z=-۰/۶۷	t=-۰/۷۶	Z=-۰/۰۸۹
	P=۰/۲۰	P=۰/۵۰	df=۱۶۶	P=۰/۳۷
محدوده‌ی نمره‌ی قابل اکتساب	۰-۲۶	۰-۲۰۰	۰-۹۹	۱۲-۶۰

جنس و سطح تحصیلات به‌عنوان متغیرهای مستقل در نظر گرفته شد (جدول ۳).

۲- در مرحله‌ی بعد متغیرهای مستقلی که رابطه‌ی معنی‌داری نداشتند حذف شد و آنالیز رگرسیون مجدد انجام شد (جدول ۴) نتایج آنالیز رگرسیون نشان داد که در شهر یزد خودکارآمدی تنها پیش‌بینی‌کننده‌ی رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو می‌باشد در حالی که در شهر بیرجند خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک شده و آگاهی پیش‌گویی‌کننده‌های رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو در شهر بیرجند می‌باشد.

مقایسه‌ی شاخص میانگین آگاهی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی درک شده در دو شهر بیرجند و یزد نشان می‌دهد که بین متغیرها در دو شهر تفاوت زیادی وجود ندارد اما به‌طور متوسط آگاهی و خودمراقبتی در شهر بیرجند و خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در شهر یزد بیشتر بود.

۱- در مرحله‌ی اول، خودمراقبتی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و متغیرهای خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک شده، آگاهی،

۴- در مرحله‌ی آخر حمایت اجتماعی درک شده که میزان بتای بالاتری نسبت به آگاهی داشت به‌عنوان متغیر وابسته و آگاهی متغیر مستقل در نظر گرفته شد (جدول ۶). نتایج آنالیز نشان داد که آگاهی پیش‌گویی کننده‌ای برای حمایت اجتماعی نمی‌باشد، لذا با توجه به تحلیل مسیرهای انجام شده مدل‌های زیر به‌عنوان الگوی پیش‌گویی کننده‌ی رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهر بیرجند و یزد پیشنهاد گردید (شکل ۱ و ۲).

۳- در این مرحله متغیر خودکارآمدی (متغیر قوی‌تر) در شهر بیرجند به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد و متغیرهای آگاهی و حمایت اجتماعی درک شده متغیر مستقل در نظر گرفته شد (جدول ۵). نتایج نشان داد که در شهر بیرجند حمایت اجتماعی درک شده و آگاهی پیش‌گویی کننده‌های خودکارآمدی می‌باشند و این دو متغیر علاوه بر اثر مستقیمی که بر خودمراقبتی دارند به‌طور غیرمستقیم هم با تأثیر بر خودکارآمدی بر خودمراقبتی تأثیر می‌گذارند.

جدول ۳- آنالیز رگرسیون جهت تعیین رابطه‌ی معناداری متغیرهای مستقل با متغیر وابسته خودمراقبتی (مرحله‌ی ۱)

گروه	متغیر	بتای استاندارد شده	P-value
یزد	خودکارآمدی	۰/۴۲۴	* ۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی درک شده	-۰/۱۰۶	۰/۳۱۸
	آگاهی	-۰/۰۹۸	۰/۳۵۶
	جنس	۰/۰۵۷	۰/۶۰۱
	سطح تحصیلات	۰/۲۲۲	۰/۰۵۱
بیرجند	خودکارآمدی	۰/۴۹۶	* ۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی درک شده	۰/۳۲۶	* ۰/۰۰۰
	آگاهی	۰/۲۰۳	* ۰/۰۱۷
	جنس	۰/۸۹۰	۰/۲۸۹
	سطح تحصیلات	- ۰/۰۶۶	۰/۴۴۲

جدول ۴- آنالیز رگرسیون جهت تعیین رابطه‌ی معناداری متغیرهای مستقل با متغیر وابسته‌ی خودمراقبتی پس از حذف متغیرهای بدون رابطه‌ی معنادار (مرحله‌ی ۲)

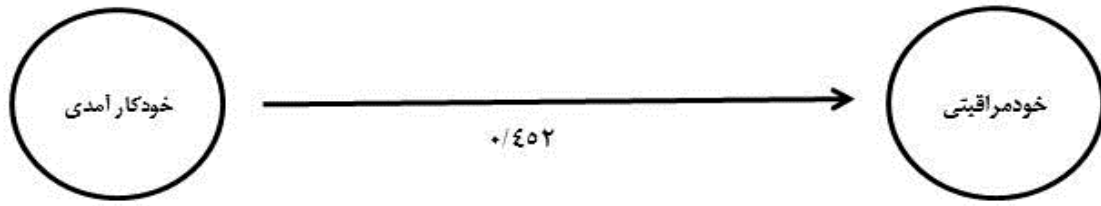
گروه	متغیر	بتای استاندارد شده	P-value
یزد	خودکارآمدی	۰/۴۵۲	* ۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی درک شده	-۰/۰۷۴	۰/۴۸۵
	آگاهی	- ۰/۰۶۳	۰/۵۴۹
بیرجند	خودکارآمدی	۰/۴۶۸	* ۰/۰۰۰
	حمایت اجتماعی درک شده	۰/۳۳۶	* ۰/۰۰۰
	آگاهی	۰/۱۷۹	* ۰/۰۲۷

جدول ۵- آنالیز رگرسیون جهت تعیین رابطه‌ی معناداری متغیرهای مستقل با متغیر وابسته‌ی خودکارآمدی (مرحله‌ی ۳)

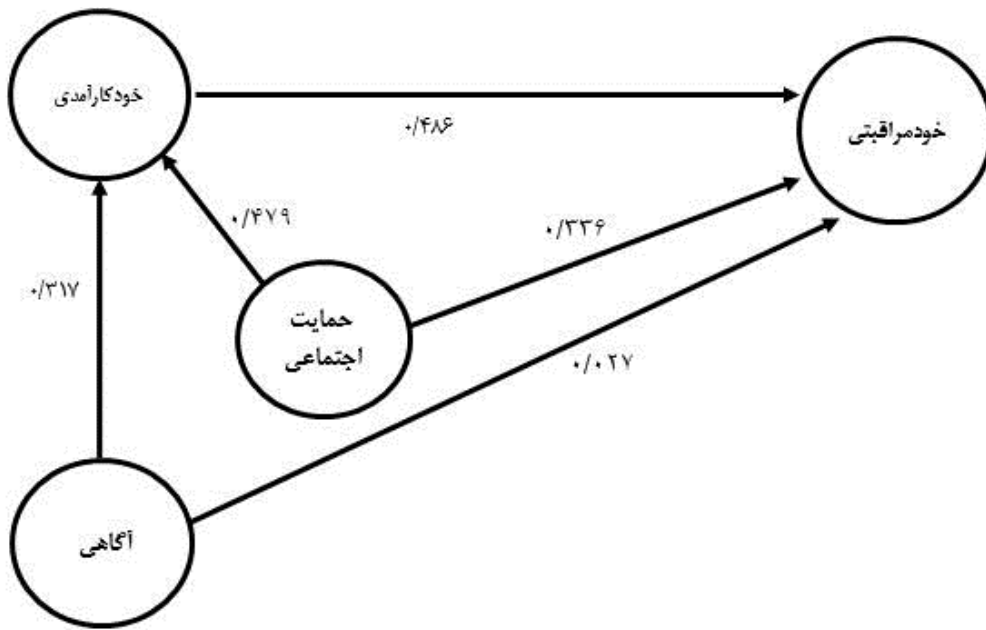
گروه	متغیر	بتای استاندارد شده	P-value
یزد	حمایت اجتماعی درک شده	-۰/۰۳۸	۰/۷۴۷
	آگاهی	-۰/۰۷۸	۰/۵۰۶
بیرجند	حمایت اجتماعی درک شده	۰/۴۷۹	* ۰/۰۰۰
	آگاهی	۰/۳۱۷	* ۰/۰۰۱

جدول ۶- آنالیز رگرسیون جهت تعیین رابطه‌ی معناداری متغیر مستقل آگاهی با متغیر وابسته‌ی حمایت اجتماعی در شهر بیرجند (مرحله‌ی ۴)

متغیر	بتای استاندارد شده	P-value
آگاهی	-۰/۰۲۴	۰/۸۱۲



شکل ۱- الگوی پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه در شهر یزد



شکل ۲- الگوی پیش‌بینی کننده‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو مورد مطالعه در شهر بیرجند

جدول ۷- اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کلی متغیرهای پیش‌بینی کننده رفتار خودمراقبتی در شهر بیرجند

متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کلی	متغیر وابسته
خودکارآمدی	۰/۴۶۸	-	۰/۴۶۸	خودمراقبتی
حمایت اجتماعی	۰/۳۳۶	$۰/۴۶۸ \times ۰/۴۷۹$	۰/۵۶۰	خودمراقبتی
آگاهی	۰/۰۲۷	$۰/۴۶۸ \times ۰/۳۱۷$	۰/۱۷۵	خودمراقبتی

### بحث

این مطالعه با هدف تعیین پیش‌بینی کننده‌های رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره‌ی آگاهی در بیماران دیابتی شهر بیرجند  $۱۶/۴۷ \pm ۵/۶۷$  و در شهر یزد  $۱۶/۳۹ \pm ۳/۹۹$  بود. سطح آگاهی بیماران در رابطه با بیماری دیابت در حد متوسط بوده و تفاوت معناداری مشاهده نگردید. در مطالعه‌ای که توسط Asmamaw بر روی بیماران دیابتی

در اتیوپی انجام شده بود نتایج نشان داد که ۴۹ درصد شرکت کنندگان در مطالعه دارای سطح آگاهی خوب بوده‌اند و وضعیت آگاهی افراد نسبت به دیابت محدود گزارش شده است که نسبت به مطالعه‌ی حاضر درصد افرادی که وضعیت آگاهی خوب داشته‌اند بیشتر بوده است [۱۴]. میانگین نمره‌ی خودکارآمدی افراد در شهر بیرجند  $۵۲/۵۹ \pm ۱۳۸/۱۷$  و بیماران تقریباً ۶۹ درصد نمره‌ی قابل اکتساب و در شهر یزد میانگین نمره‌ی خودکارآمدی افراد  $۴۳/۶۵$

گروهی با بیماران، خانواده‌ی بیماران و کارکنان بهداشتی درمانی مؤثر می‌باشد.

### نتیجه گیری

نتایج بررسی متغیرهای پیش‌بینی کننده‌های رفتارهای خودمراقبتی در دو شهر یزد و بیرجند متفاوت است اما در هر حال خودکارآمدی در هر دو شهر به‌عنوان پیش‌بینی کننده‌ی رفتار خودمراقبتی می‌باشد که توجه به این نکته در تدوین مداخله‌ها به‌منظور ارتقاء رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو مؤثر می‌باشد.

### سپاسگزاری

این مطالعه، گزارش بخشی از طرح تحقیقاتی مصوب دانشگاه علوم پزشکی بیرجند با شماره‌ی ۴۲۳۸ و کد اخلاق Ir.bums.REC.۱۳۹۵۸۷ می‌باشد. بدین وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به‌دلیل حمایت مالی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی یزد، کارکنان محترم کلینیک دیابت بیرجند و مرکز تحقیقات دیابت یزد به‌دلیل همکاری‌های بی‌دریغ و بیماران محترم به‌دلیل شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه‌ها اعلام می‌دارند.

$147/6 \pm$  بود و افراد تقریباً  $73/5$  درصد نمره‌ی قابل اکتساب را کسب کرده بودند. با وجود این که میانگین نمره‌ی خودکارآمدی بیماران در شهر یزد بالاتر بوده تفاوت معناداری بین وضعیت خودکارآمدی افراد در شهر بیرجند و یزد وجود نداشت. در مطالعه‌ای که توسط Anbari و همکاران در خرم‌آباد انجام شد میانگین نمره‌ی خودمراقبتی  $12/6 \pm 32/7$  گزارش گردید که کمتر از مطالعه‌ی حاضر می‌باشد [۱۵]. در مطالعه‌ی دیگری که توسط Shahraki و همکاران، با عنوان تعیین میزان خودمراقبتی نیازهای آموزشی بیماران دیابتی نوع دو شهر زابل انجام شده بود نتایج نشان داد که  $82$  درصد افراد قبل از مداخله دارای وضعیت خودمراقبتی ضعیف بوده‌اند [۱۶].

نتایج مقایسه‌ی شاخص میانگین آگاهی، خودکارآمدی، خودمراقبتی و حمایت اجتماعی درک شده در دو شهر بیرجند و یزد نشان می‌دهد که بین متغیرها در دو شهر تفاوت زیادی وجود ندارد اما به‌طور متوسط آگاهی و خودمراقبتی در شهر بیرجند و خودکارآمدی و حمایت اجتماعی در شهر یزد بیشتر بود. نتایج تحلیل مسیر رگرسیون نشان داد که خودکارآمدی به‌طور مستقیم بیشترین اثر را بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو در شهر بیرجند و یزد دارد اما در شهر بیرجند اثر حمایت اجتماعی با مجموع اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر رفتار خودمراقبتی بیشتر است. در بسیاری از مطالعات تأثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی‌تر بوده است [۱۷، ۱۸] و خودکارآمدی به‌عنوان فاکتور مهمی در انجام رفتار خودمراقبتی معرفی شده است [۱۹، ۲۰] و خودکارآمدی با خودمراقبتی همبستگی معنادار داشته است [۲۱، ۲۲، ۱۸] حمایت اجتماعی یکی از عوامل مؤثر و مهم در انجام خودمراقبتی و پایبندی به درمان و کنترل بیماری محسوب می‌شود. نتایج مطالعات نیز نشان داد که در مطالعات مورد بررسی بین حمایت اجتماعی و رفتار خودمراقبتی همبستگی مثبتی وجود داشت [۲۳، ۱۷].

به‌طور خلاصه از این مطالعه می‌توان نتیجه گرفت با توجه به این که هدف برنامه‌های آموزشی به بیماران دیابتی نوع دو ارتقاء فعالیت‌های خودمراقبتی می‌باشد می‌توان با افزایش خودکارآمدی، حمایت اجتماعی درک شده و آگاهی افراد به این هدف دست یافت. باید باورها و اعتماد به نفس افراد را به توانایی خود در انجام خودمراقبتی و غلبه بر موانع افزایش داد و همچنین حمایت اجتماعی درک شده افراد را از حمایت اطرافیان، خانواده و کارکنان بهداشتی درمانی افزایش داد بدین منظور انجام مشاوره‌های فردی و

## مآخذ

1. Sharifirad G, Azad Bakht L, Feizi A, Mohebi S, Kargar M, Rezaie A. The role of self-efficacy in self-care among diabetic patients. *J Health Syst Res* 2013; 7(6):648-59. [In Pension]
2. Morovati Sharifabad M, RouhaniTonekaboni N. Social support and Self –care behavior in diabetic patients Referring to Yazd Diabetes Research center. *Zahedan Journal of Research in Medical sciences (TABIB –E- SHARGH)* 2008; 9(4):275-284. [In Pension]
3. Haghayegh AS, Ghasemi N, Neshatdoost HT, Kajbaf M, & Khanbani M. Psychometric properties of Diabetes Management Self-Efficacy Scale (DMSES). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2010; 12(2), 111-195. [In Pension]
4. WHO Report 2016. Geneva: world Health organization: 2016
5. Oshvandi K, Jokar M, Keyani J, Yosefzadeh MR, Sultanian AR. The effect of self –care education Based on Teach Back Method on promotion of self- care Behaviors in Type 2 diabetic patients. *Ijdd*; 2014; 13(2):131-143. [In Pension]
6. Tol A, Pourreza A, Rahimi Foroshani A, & Tavassol E. Assessing the effect of educational program based on small group on promoting knowledge and health literacy among women with type2 diabetes referring to selected hospitals affiliated to Tehran University of Medical Sciences. *Razi Journal of Medical Sciences* 2013; 19(104), 10-19. [In Pension]
7. Bandar A. Self-efficacy. In V.S. Ramachaudran (Ed.) *Encyclopedia of human behavior* 1994; 4:71-78.
8. Orem, Dorothea E. *Nursing conepts of practice*, 6th ed. Mosby, 2001
9. Davari I, Eslami AA, Hassanzadeh A. Evaluation of self-efficacy in patients Type 2 diabetes in Khoramabad city. *Iranian Journal of Endocrinology and metabolism* 2015; 6(16):402-410. [In Pension]
10. Abedini Z, ShouriBidgoli A, Ahmari Tehran H. Study of Knowledge and practice of Patient self-directed care among Diabetic Patients. *Qom university of Medical sciences Journal* 2008; 2(2): 37-42. [In Pension]
11. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, RahimiForoShani A. Determination of Knowledge and Health literacy among woman with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. *Jhosp* 2012; 11(3):45-52. [In Pension]
12. Sabetsarvestani R, Hadianshirazi Z. Diabetes diagnostic indexes and self-efficacy of diabetic patients referred to Nader Kazemi Center, Shiraz 2006. *Iranian Journal of nursing research* 2009; 4 (14).15-21. [In Pension]
13. Heidari Sh, NooriTajer M, Inanlo M, GoldgiriF. Geriatric family support and Diabetic Type 2 glycemic control. *Iranian Journal of Ageing* 2008; 3 (8).573-579. [In pension]
14. Asmamaw A, Asres G, Negese D, Fekadu A, & Assefa G. Knowledge and attitude about diabetes mellitus and its associated factors among people in Debre Tabor town, Northwest Ethiopia: cross sectional study. *Science* 2015; 3(2):199-209.
15. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, & Montazeri R. The selfcare and its related factors in diabetic patients of Khorramabad city. *Yafteh* 2012; 14(4), 49-57 [In Pension].
16. Shahraki Va, Asadi be, Shahraki H. Determine self-care assessment with educational needs diabetic patients. *Journal of diabetes nursing* 2014; 2(2):29-41. [In Pension]
17. Morovati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Determining its model of diabetes care in patients referred to yazd diabetes research center.daneshvar 2009; (81):29-36. [In Pension]
18. Rahimian BI, Mohajeri TM, Besharat M, Talepasand S. Psychological, social and structural determinants of diabetes self-management. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2012; 13(5).467-479. [In Pension]
19. Morowati sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand University Medical Science* 2008; 15(4):91-99. [In Pension].
20. Zarban E, HaidarNya A. *Predictors of self-care behavior in patients with type 2 diabetes*. 7th Annual Research Congress of Eastern Medical Sciences Students 16-18 November 2011, Mashhad – Iran. [In Pension].
21. Shakybazadeh E, Rashidian A, Iarijani B, Shojaezade D, Forozanfar Mh, Karimi Shahanjirimi. The relationship between self –care performance in patients with type 2 diabets. *hayat* 2009; 15(4).69-78. [In Pension]
22. 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; 15; 1(4):16-25. [In Pension].
23. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *Journal of education and health promotion*. 2013; 2(1):36. [In Pension].



## **PREDICTORS OF SELF-CARE IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN BIRJAND AND YAZD CITY**

Seyed Saeed Mazloomi<sup>1</sup>, Mitra Mody<sup>2</sup>, Hakimeh Malaki moghadam<sup>2</sup>, Elahe Tavasoli<sup>3</sup>, Zahra Vahdani Nia<sup>1</sup>, Bibi Fatemeh Baghernezhad Hesari<sup>4\*</sup>

*1. Department Of Health Services, Shahid Sadoughi University Of Medical Sciences , Yazd, Iran*

*2. Determinants Of Health Research Center, Birjand University Of Medical Sciences, Birjand, Iran*

*3. Department Of Public Health, School Of Health, Shahrekord University Of Medical Sciences, Shahrekord, Iran*

*4. Social Determinants Of Health Research Center, Birjand University Of Medical Sciences, Birjand, Iran*

### **ABSTRACT**

**Background:** Diabetes types 2 are non- communicable disease. During the past three decades, the number of people who have type 2 diabetes become more than doubled. In this disease more than 95 percent of process curing done by patients. Self – care behaviors are important way of controlling disease. Various studies have shown that many factors affect in self-care behaviors. This study aimed to determine the predictors of self-care in type 2 diabetic patients of Yazd and Brijand.

**Methods:** this study is analytical, descriptive and crosses – sectional. Data collected by using of questionnaire that was designed in 4 parts:

Knowledge questionnaire, self- care questionnaire, self – efficacy questionnaire and social support questionnaire. Data analysis by description and regression test.

**Result:** Mean score of Knowledge, self- efficacy, self – care and perceived social support don't have significant different between two citys. Social support with a total direct and indirect have the most effect.

**Conclusion:** The aim of the training program in type 2 diabetic are promoting in self – care behaviors there for we can achieve this goal by increase perceived social support, self- efficacy and Knowledge.

**Keywords:** Diabetes type 2, Predictors self- care, Self- efficacy, Social Support, Knowledge

---

\* Social Determinants Of Health Research Center, Birjand University Of Medical Sciences, Moalem Street, Birjand, Iran. Tel: 05632395460. E Mail: ftbagher@gmail.com