

Original Article

Investigation of the Barriers to Self-care Behavior in Type II Diabetic Patients in Sari, Iran, 2015

Syed Abolhassan Naghibi¹, Mostafa Badeli^{2*}, Elahe Gholipour², Zeynab Moslemnejad², Zahra Kashi³

1. Assistant Professor, Department of Public Health, Health Sciences Research Center, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
2. BSc Student in Public Health, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran
3. Associate Professor of Endocrinology and Metabolism, School of Medicine, Diabetes Research Center, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Corresponding Author: Mostafa Badeli, Student Research Committee, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Email: mostafabadeli@yahoo.com

Received: 19 October 2016

Revised: 7 November 2016

Accepted: 1 March 2017

ABSTRACT

Background & Objectives: Self-care is a process, which is performed by the patients for the prevention of short- and long-term complications. This study aimed to examine the barriers of self-care behavior in the patients afflicted with diabetes mellitus type II.

Materials & Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 131 diabetic patients referring to Toba and Mostafavian subspecialty clinics, using random sampling technique. The data were collected by a researcher-made questionnaire rated on a Likert scale. Data analysis was performed using the descriptive and analytic statistics through the SPSS version 20.

Results: The mean age of the patients was 55.62 years, including 55 males (43.1%) and 74 females (56.9%). The identified self-care barriers included physical (50.5%), educational (50%), economic (42.5%), psychological (32.3%), and social (31.75%) barriers. Furthermore, there was no significant relationship between the self-care barriers with the demographic characteristics (i.e., age, gender, and occupation) of the patients ($P=0.05$).

Conclusion: Regarding the efficiency of the self-care and the identified barriers, it is recommended to plan and design interventions targeted toward the prevention and control of the diabetes and the improvement of the health and quality of life in these patients.

Keywords: Barriers, Diabetes, Self-care

► **Citation:** Naghibi SA, Badeli M, Gholipour E, Moslemnejad Z, Kashi Z. Investigation of the Barriers to Self-care Behavior in Type II Diabetic Patients in Sari, Iran, 2015. *Tabari J Prev Med.* Winter 2016; 2(4): 1-9.

بررسی موانع رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

سید ابوالحسن نقیبی^۱، مصطفی بادلی^{۲*}، الهه قلی‌پور^۲، زینب مسلم‌نژاد^۲، زهرا کاشی^۳

چکیده

سابقه و هدف: خودمراقبتی فرآیندی است که توسط بیماران برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری انجام می‌شود. این مطالعه به منظور بررسی موانع رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: مطالعه از نوع توصیفی- مقطعی بود که در فصل پاییز بر روی ۱۳۰ نفر از بیماران دیابتی تحت پوشش کلینیک فوق تخصصی طبوبی و مصطفویان به روش نمونه‌گیری تصادفی انجام شد. ابزار مطالعه پرسشنامه محقق‌ساخته براساس مقیاس لیکرت بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS 20 و با استفاده از آزمون‌های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین سنی بیماران ۵۵/۶۲ سال مشاهده شد که ۵۵ نفر از آنان مرد (۴۳/۱ درصد) و ۷۴ نفر زن (۵۶/۹ درصد) بودند. موانع خودمراقبتی در مطالعه شامل: موانع جسمی ۵۰/۵ درصد، موانع آموزشی ۵۰ درصد، موانع اقتصادی ۴۲/۵ درصد، موانع روانی ۳۲/۳ درصد و موانع اجتماعی ۳۱/۷۵ درصد می‌باشد. بین میانگین نمره موانع خودمراقبتی با ویژگی‌های دموگرافیک (سن، جنس و شغل) بیماران ارتباط معنی‌داری وجود نداشت ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به کارکرد بسیار مؤثر خودمراقبتی و همچنین شناسایی موانع خودمراقبتی در مطالعه حاضر، از این رو برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات و توانمندسازی در جهت پیشگیری و کنترل بیماری دیابت و ارتقای سلامت و کیفیت زندگی بیماران به مسئولین نظام سلامت پیشنهاد و ارائه می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: دیابت، رفتار خودمراقبتی، موانع

۱. استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران
۳. دانشیار غدد و متابولیسم، دانشکده پزشکی، مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

نویسنده مسئول: مصطفی بادلی، دانشکده بهداشت، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

پست الکترونیک:

mostafabadeli@yahoo.com

دریافت: ۱۳۹۵/۷/۲۸

اصلاحیه: ۱۳۹۵/۹/۷

ویراستاری: ۱۳۹۵/۱۲/۱۱

◀ **استناد:** نقیبی، سید ابوالحسن؛ بادلی، مصطفی؛ قلی‌پور، الهه؛ مسلم‌نژاد، زینب؛ کاشی، زهرا. بررسی موانع رفتار خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. مجله طب پیشگیری طبری، زمستان ۱۳۹۵؛ ۲(۴): ۹-۱.

مقدمه

دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات سلامت عمومی و پنجمین علت اصلی مرگ و میر در سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). گزارشات بین‌المللی دیابت حاکی از وجود ۳۸۲ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سال ۲۰۱۳ در سراسر جهان بوده است و بنابر پیش‌بینی این سازمان، تعداد این افراد در سال ۲۰۳۵ به حدود ۵۹۲ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در کشور ایران، آمارها درخصوص شیوع دیابت کاملاً متفاوت است. معاونت سلامت وزارت بهداشت- درمان و آموزش پزشکی، شیوع دیابت را ۳/۲ اعلام نموده است. به‌طور کلی شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴ درصد و در تمام استان‌ها در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۳).

تغییرات گسترده در سبک زندگی، صنعتی‌شدن، گذار دموگرافیک و روند رو به رشد پیرشدن جوامع و افزایش چاقی و کم‌تحرکی به‌عنوان فاکتورهای مؤثر بر افزایش جمعیت بیماران دیابتی قلمداد می‌شود. براساس بررسی‌های انجام‌شده، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی، عدم انجام خودمراقبتی است (۴،۵). خودمراقبتی، فرآیندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه‌مدت و عوارض بلندمدت ضروری است (۶). به‌عبارت دیگر، منظور از خودمراقبتی تزریق صحیح و به‌موقع انسولین، رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت‌های ورزشی منظم، شناسایی علائم افزایش قند خون، مصرف منظم داروها، مراقبت از پاها و افزایش کیفیت زندگی می‌باشد (۷). مطلوب نگه‌داشتن قند خون، اساس مراقبت از بیماری است و به‌طور چشمگیری از عوارض احتمالی آن می‌کاهد. از طرفی برای بیماران و همچنین پزشکان، این امر بسیار دشوار است که قند خون را در حد مطلوب حفظ کنند که به‌طور عمده علت این امر وجود موانع سیستمی و فردی مراقبت از دیابت است (۸،۹).

مطالعه خواسته‌ها و نیازهای نگرشی دیابت (DAWN: Diabetes Attitudes Wishes and Needs)، نشان داده است که موانع روانی در کنترل دیابت بسیار

مهم هستند (۱۰). در اکثر مطالعات انجام‌شده، هزینه‌های بالای درمان، دسترسی محدود به مراکز ارائه‌دهنده برای بیماران دیابتی و فقدان برنامه‌های آموزشی متناسب به‌عنوان موانع انجام خودمراقبتی در این بیماران در نظر گرفته شده است (۱۱،۱۲).

شناسایی موانع مؤثر بر انجام خودمراقبتی دیابت به طراحی برنامه‌های مؤثر و مداخلات کارا در زمینه مراقبت از بیماران دیابتی کمک می‌نماید؛ بنابراین، با توجه به اهمیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی برای کنترل بیماری و ارتقاء سلامت، پژوهش حاضر با هدف بررسی موانع رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی شهر ساری انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه توصیفی- مقطعی بر روی ۱۳۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو تحت پوشش کلینیک فوق تخصصی مصطفویان و طبوبی شهر ساری در پاییز ۱۳۹۴ و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده صورت گرفت. معیارهای ورود به مطالعه شامل: داشتن پرونده در مرکز، برخورداری از شرایط جسمی مناسب و داشتن تمایل به شرکت در این مطالعه بود. پرسشگران در مراکز مورد نظر مستقر شده بودند. مطالعه حاضر با رعایت ملاحظات اخلاقی صورت گرفت و شرکت در آن، کاملاً اختیاری و داوطلبانه بود. رضایت شفاهی توسط پرسشگران از بیمار گرفته و پرسشنامه در اختیار بیماران مراجعه‌کننده گذاشته شد و پس از تکمیل آن جمع‌آوری گردید. ابزار گردآوری این مطالعه، پرسشنامه‌ای محقق‌ساخته بود که در جهت تهیه و تدوین این ابزار، پژوهشگر با مطالعه کتب و مقالات در زمینه موانع خودمراقبتی، گویه‌های مورد نظر را استخراج کرده و پرسشنامه موانع خودمراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتی طراحی گردید. پرسشنامه از دو بخش تشکیل شده بود: بخش اول شامل ۷ سؤال در مورد اطلاعات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده (سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، مدت ابتلا و نوع درمان) و بخش دوم حاوی ۲۱ گویه برای سنجش موانع انجام خودمراقبتی، در

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در بیماران دیابتی مورد مطالعه

مشخصات جمعیتی	تعداد (درصد)
سن	
۲۱-۳۰	۴ (۳/۱)
۳۱-۴۰	۹ (۶/۹)
۴۱-۵۰	۲۵ (۱۹/۲)
۵۱-۶۰	۵۵ (۴۲/۳)
≥ ۶۱	۳۷ (۲۸/۵)
جنس	
مرد	۵۶ (۴۳/۱)
زن	۷۴ (۵۶/۹)
وضعیت تأهل	
متأهل	۱۱۸ (۹۰/۸)
مجرد	۱۲ (۹/۳)
سطح تحصیلات	
ابتدایی و راهنمایی	۶۸ (۵۲/۳)
دیپلم و دیپلم	۳۰ (۲۳/۱)
فوق دیپلم و لیسانس	۳۲ (۲۴/۶)
شغل	
شاغل	۳۲ (۲۴/۶)
خانه‌دار	۲۵ (۱۹/۲)
بازنشسته	۷۳ (۵۶/۲)

حیطه موانع جسمی ۷ گویه، آموزشی ۴ گویه، اقتصادی ۴ گویه، روانی ۱ گویه و اجتماعی ۵ گویه بود که پاسخ‌های این سؤالات با توجه به مقیاس لیکرت از خیلی مخالفم با ۱ امتیاز، مخالفم ۲ امتیاز، نظری ندارم ۳ امتیاز، موافقم ۴ امتیاز، خیلی موافقم ۵ امتیاز درجه‌بندی شده بود و به‌وسیله مصاحبه حضوری با بیماران تکمیل شدند. برای روایی محتوایی پرسشنامه، این ابزار به ۱۰ نفر از افراد اهل فن و متخصص داده شد و مورد تأیید آنان قرار گرفت. پایایی آن نیز، با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار SPSS 20 استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و تحلیلی آنالیز واریانس، آزمون t مستقل و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (P کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد).

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین سنی بیماران $55/62 \pm 11$ سال بود. از نظر جنس ۵۶ نفر از آنان (۴۳/۱ درصد) مرد و ۷۴ نفر (۵۶/۹ درصد) زن مشاهده شدند. ۱۱۸ نفر (۹۰/۸ درصد) از بیماران مورد مطالعه متأهل بودند و به‌لحاظ تحصیلی ۶۸ نفر (۵۲/۳ درصد) از آنان در مقطع ابتدایی و راهنمایی گزارش شدند (جدول ۱).

براساس یافته‌های مطالعه، موانع انجام خودمراقبتی در بیماران شامل: موانع جسمی و فردی با ۵۰/۵ درصد (بیشترین مانع برای انجام خودمراقبتی از دید بیماران)، موانع آموزشی ۵۰ درصد، موانع اقتصادی ۴۲/۵ درصد، موانع روانی و اعتقادی ۳۲/۳ درصد و موانع اجتماعی ۳۱/۷۵ درصد موانع مورد نظر بودند (جدول ۲). در موانع جسمی، مهم‌ترین گویه‌ها احساس درد و ناراحتی با ۶۹/۲ درصد، مشکلات در هضم غذا ۵۳/۹ درصد و مشکلات گوارشی ۴۴/۶ درصد بود. در موانع آموزشی نیز، مهم‌ترین گویه‌ها بی‌اطلاعی از فواید و مضرات غذاها ۷۹/۳ درصد و آموزش کم در مورد بیماری دیابت به بیماران دیابتی ۵۰/۷ درصد گزارش شد. در موانع اقتصادی، مهم‌ترین گویه‌ها عدم تهیه میوه و سبزیجات به‌دلیل گرانی ۵۰ درصد،

هزینه‌بر بودن رژیم غذایی ۴۳/۱ درصد و عدم وجود محیط مناسب ورزش برای بانوان ۳۹/۲ درصد، در موانع اجتماعی مهم‌ترین گویه‌ها عدم رعایت رژیم در مهمانی‌ها ۴۳/۱ درصد و عدم حمایت خانواده از بیمار ۳۰ درصد بودند.

در این مطالعه، بین میانگین نمره موانع خودمراقبتی با ویژگی‌های دموگرافیک بیماران (جنس، سن و شغل) از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده نگردید ($P \geq 0/05$).

همچنین، میانگین‌های نمره موانع مختلف خودمراقبتی با سطح تحصیلات بیماران، تنها در موانع اقتصادی از دید بیماران در سطوح مختلف تحصیلی تفاوت وجود داشت ($P = 0/022$)؛ به‌طوری که با کاهش سطح سواد، بیماران از

جدول ۲: موانع خودمراقبتی از دیدگاه بیماران مورد مطالعه

موانع	تعداد (درصد)
جسمی و فردی	
احساس درد و ناراحتی	۹۰ (۶۹/۲)
مشکلات در هضم غذا	۷۰ (۵۳/۹)
مشکلات گوارشی	۴۵ (۳۴/۶)
استفاده زیاد از برنج و عدم استفاده از حبوبات	۴۵ (۳۴/۶)
دندان مصنوعی و عدم توان مصرف غذای پر فیبر	۶۰ (۵۳/۹)
داشتن بیماری‌های مختلف	۳۸ (۲۹/۳)
عدم پیروی همیشگی از رژیم	۴۹ (۳۷/۷)
عدم پیروی رژیم در مراسم و جشن‌ها	۴۴ (۳۳/۹)
آموزشی	
آمورش چگونگی تهیه غذا	۱۰۳ (۷۹/۳)
آموزش کم در مورد بیماری دیابت به بیماران دیابتی	۶۷ (۵۰/۷)
عدم مهارت از دستگاه سنجش قند	۶۰ (۴۶/۱)
متناقض بودن نظرات کارکنان بهداشتی	۳۱ (۲۳/۳)
اقتصادی	
عدم تهیه میوه و سبزیجات به دلیل گرانی	۶۵ (۵۰)
هزینه‌بر بودن رژیم غذایی	۵۶ (۴۳/۱)
عدم وجود محیط مناسب ورزش برای بانوان	۵۱ (۳۹/۲)
عدم تهیه رژیم به دلیل مشکلات مالی	۴۹ (۳۷/۷)
روانی و اعتقادی	
باور به خدا	۳۲ (۲۴/۶)
افسردگی	۴۲ (۳۲/۳)
اجتماعی	
عدم رعایت رژیم در مهمانی‌ها	۵۶ (۴۳/۱)
عدم حمایت خانواده از بیمار	۳۹ (۳۰)
عدم انتخاب غذای مفید	۱۰۱ (۸۵/۴)
احساس افزایش فشار در هنگام مصرف حبوبات	۵۸ (۴۴/۶)

موانع خودمراقبتی بیشتری برخوردار بودند.

براساس نتایج این پژوهش، در بخش موانع اجتماعی

خودمراقبتی بین گویه‌های عدم رعایت رژیم غذایی در مهمانی‌ها، عدم حمایت خانواده از بیماران دیابتی با سن $(P=0/47)$ و شغل $(P=0/4)$ ارتباط معنی‌داری وجود داشت. در بخش موانع اقتصادی خودمراقبتی نیز بین گویه‌های عدم تهیه میوه و سبزیجات به دلیل گرانی، هزینه‌بر بودن رژیم غذایی، عدم وجود محیط مناسب ورزش برای بانوان با شغل $(P=0/02)$ ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی موانع خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت. مهم‌ترین موانع خودمراقبتی بیماران در مطالعه شامل: موانع جسمی (بیشترین)، آموزشی، اقتصادی، روانی و اجتماعی (کمترین) بود. در مطالعات ذلک و همکاران، شکیازاده و همکاران نیز این موانع قید گردید (۱۳، ۱۴). در مطالعه رفیق و همکاران که در کشور پاکستان صورت گرفت نشان داده شد که استرس‌های عاطفی، فقدان حمایت‌های خانوادگی، نداشتن اطلاعات کافی درباره اهمیت آموزش در بیماری دیابت از جمله موانع خودمراقبتی به بیماری دیابتی بوده است (۱۵). در این مطالعه نشان داده شد افرادی که سطح سواد پایین دارند با موانع بیشتری برای آموزش خودمراقبتی در زمینه دیابت روبه‌رو هستند که با نتایج پژوهش Xu و همکاران، Mosnier و همکاران و Misra و همکاران همسو می‌باشد (۱۶-۱۸). در این مطالعه، بین موانع خودمراقبتی و شغل بیماران ارتباط معنی‌داری یافت نشد که با مطالعه XU و همکاران همسو است. در مطالعه XU و همکاران، بین سطح سواد و موانع ارتباطی پیدا نشد که با این مطالعه همسویی ندارد (۱۹). در مطالعه حاضر، موانع جسمی مهم‌ترین مانع در بیماران دیابتی نشان داده شده است که این یافته با مطالعه مروتی و همکاران که نشان دادند موانع جسمی و وجود عوارض، مشکلات و ناراحتی‌های جسمی به دلیل بیماری دیابت یکی از موانعی است که سبب ممانعت فرد از انجام رفتارهای خودمراقبتی و نیز پذیرفتن آموزش در این زمینه می‌شود

(۲۰). در مطالعه Caliskan و همکاران، مراقبت از بیماری دیابت به‌خصوص دیابت نوع ۲ تحت تأثیر موانع جسمی است (۲۱). در این مطالعه، بعد از موانع جسمی، موانع آموزشی از مهم‌ترین موانع پیش روی بیماران دیابتی بوده است که نشان از آگاهی کم این بیماران از نحوه و چگونگی برخورد با این بیماری می‌باشد؛ به طوری که در اکثر مطالعات نشان داده شده است آگاهی، نقش حیاتی در کنترل مطلوب قند خون دارد (۲۲). در بررسی رضایی و همکاران در شهر الیگودرز ۲۰ درصد افراد آگاهی ضعیف، ۷۶/۶ درصد آگاهی متوسط و ۳/۳ درصد آگاهی خوب داشتند (۲۳). همچنین با توجه به مطالعه Caliskan و همکاران، تنها ۲۸ درصد از بیماران مبتلا به دیابت در مورد بیماری خود آگاهی داشتند (۲۴). با این حال، برخی از پژوهشگران اظهار کرده‌اند که با وجود سایر موانع، آگاهی به تنهایی نمی‌تواند توانایی خودمراقبتی را افزایش دهد (۲۵). در مطالعه حاضر، تجویزهای متناقض پزشکان و ارائه‌دهندگان خدمات به بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل بیماری آنان از جمله موانع بیان‌شده توسط بیماران بود که این نتایج با مطالعات ضاربان و همکاران در تعیین پیش‌گویی‌کننده‌های خودمراقبتی و عوامل مؤثر آن که پرستار و پزشکان را مهم‌ترین راهنمای عمل بیماران مبتلا به دیابت عنوان نمودند، شریفی آباد و همکاران و کریمی و همکاران همخوانی دارد (۲۶-۲۸).

در این مطالعه، موانع اقتصادی یکی از موانعی است که بیماران بسیار زیادی با آن روبه‌رو هستند که در مطالعات مختلف نشان داده شده است، افرادی که به غیر از موانع جسمی به‌ویژه موارد مرتبط با وضعیت مالی دارند کمتر قند خون آنان تحت کنترل است (۲۹). در مطالعه Simmons و همکاران، تعداد قابل‌توجهی از بیماران توانایی پرداخت هزینه بیماری نداشتند (۳۰). در این پژوهش، مشکل دسترسی بیماران به‌خصوص بانوان به یک محیط مناسب برای ورزش یکی از مهم‌ترین موانع اقتصادی بود که بیماران اظهار نمودند. وثوقی کرکزلو و همکاران در بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نتیجه گرفتند محل

و توانمندسازی برای پیگیری و کنترل بیماری دیابت، یک ضرورت اجتناب‌ناپذیر است.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی به شماره ۱۹۰ کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران می‌باشد که از همکاری معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه و کارکنان کلینیک فوق تخصصی مصطفویان و طوبی تشکر می‌شود.

تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافی وجود نداشت.

ملاحظات اخلاقی

از تمام افرادی که در این مطالعه شرکت کردند در صورت داشتن تمایل، رضایت شفاهی گرفته شد و تمام اطلاعات به‌صورت محرمانه و داشتن کد اطلاعات جمع‌آوری و تحلیل گردید.

حمایت مالی

این پژوهش با حمایت مالی کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مازندران صورت گرفت.

سکونت از عوامل تأثیرگذار بر توان خودمراقبتی است (۳۱). عوامل روانی یکی از عوامل دیگری است که بیماران با آن مواجه بودند که این می‌تواند موجب نگرش منفی نسبت به ادامه مراقبت بیماری شود و انگیزه فرد را تحت تأثیر قرار دهد (۳۲). مطالعات دیگر نشان داد که بیماران بعد از تشخیص بیماری دیابت استرس بیشتری را تحمل می‌کنند (۳۱). در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان درخصوص موانع اجتماعی اظهار کردند که در مهمانی‌ها رژیم غذایی خود را رعایت نمی‌کنند؛ این یافته با نتایج تحقیق مردانی و شهرکی که آموزش به بیمار و خانواده را عامل اصلی در درمان دیابت می‌داند مشابه می‌باشد (۳۰). همچنین در این مطالعه، بسیاری از بیماران عنوان نمودند که از فقدان حمایت خانوادگی دچار مشکل هستند. در مطالعه Tilloston و همکاران نشان داده شد که اگر توصیه‌های درمانی با باورهای افراد هماهنگ نباشد، دوستان یا خانواده تأثیر منفی بر مراقبت می‌گذارند (۳۲). از محدودیت‌های مطالعه حاضر با توجه به مقطعی بودن آن، این است که نمی‌توان رابطه علی دقیقی بین موانع خودمراقبتی و سایر متغیرهای مورد مطالعه بررسی کرد.

در این مطالعه تصویری از موانع خودمراقبتی در بیماران دیابتی با اولویت موانع جسمی و آموزشی نشان داده شد، از این رو برنامه‌ریزی و طراحی مداخلات برای رفع موانع

References

1. Tazakori Z, Zare M, Mirzarahimi M. The effect of nutrition education on blood sugar level and macronutrients intake in IDDM patients in Ardabil. *J Ardabil Univ Med Sci* 2003; 2(6):17-21 (Persian).
2. Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multi professional educational programme. *J Clin Nurs* 2011; 20(23-24):3394-403.
3. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2005; 28(Suppl 1):S72-9.
4. 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):1195-202.
5. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 2007; 30(Suppl 1):S96-103.
6. Simmons D, Weblemoe T, Voyle J, Prichard

- A, Leake L, Gatland B. Personal barriers to diabetes care: lessons from a multi-ethnic community in New Zealand. *Diabet Med* 1998; 15(11):958-64.
7. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek F, Matthews D, Skovlund S. The International DAWN Advisory Panel: psychosocial problems and barriers to improved diabetes management: results of the Cross National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005; 22:1379-85.
 8. Hyun KS, Kim KM, Jang SH. The effects of tailored diabetes education on blood glucose control and self-care. *J Korean Acad Nurs* 2009; 39(5):720-30.
 9. Nwasuruba C, Khan M, Egede LE. Racial/ethnic differences in multiple self-care behaviors in adults with diabetes. *J Gen Intern Med* 2007; 22(1):115-20.
 10. Khalil Z, Kazemi Haki B. Barriers to self-care of patients with type 2 diabetes and ways to fix them Golestan University of Medical Sciences. *J Stud Res Committee* 2011; 14(2):39.
 11. Shakibazadeh A, Larijani B, Rashidian A, Shojaeizade D, Forozanfar MH. Compared the views of patients with diabetes type two diabetes with specialized staff care about factors affecting a qualitative study. *J Diabetes Lipid Dis* 2010; 9(2):142-51 (Persian).
 12. Rafique G, Shaikh F. Identifying needs and barriers to diabetes education in patients with diabetes. *Age* 2006; 18(30):31-50.
 13. Rhee MK, Cook CB, EL-Kebbi I, Lyles RH, Dunbar VG, Panayioti RM, et al. Barriers to diabetes education in urban patients: perceptions, patterns and associated factors. *Diabetes Educ* 2005; 31(3):410-7.
 14. Misra R, Lagerb 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.
 15. Mosnier-Pudar H, Hochberg, G, Eschwege E, Virally ML, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab* 2009; 35(3):220-7.
 16. Xu Y, Pan W, Liu H. Self-management practices of Chinese Americans with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2010; 12(2):228-34.
 17. Morowatisharifabad MA, Rouhani Tonekaboni N. The relationship between perceived benefits/barriers of self-care behaviors and self management in diabetic patients. *J Hayat* 2007; 13(1):17-27 (Persian).
 18. Misra A, Pandey RM, Devi JR, Sharma R, Vikram NK, Khanna N. High prevalence of diabetes, obesity and dyslipidaemia in urban slum population in northern India. *Int J Obesity* 2001; 25(11):1722.
 19. Barceló A, Aedo C, Rajpathak S, Robles S. The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bull World Health Organ* 2003; 81(1):19-27.
 20. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar M, Alavi Majd H. Effect of nutrition education on metabolic control of subjects with type 1 diabetes. *Feyz* 2005; 9(4):36-42 (Persian).
 21. Caliskan D. Diabetes education: Diabetes mellitus patient often need more awareness and knowledge of their condition. *Obesity Diab* 2006; 9:4.
 22. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol* 1982; 37(2):122-47.
 23. Zareban I, Niknami S, Hidarnia A, Rakhshani F. 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 Sys Res* 2013; 3(2):1797-805 (Persian).
 24. Morowatisharifabad M, Tonekaboni NR. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *J Birjand Univ Med Sci* 2008; 15(4):91-9 (Persian).
 25. Karimy M, Montazeri A, Araban M. The effect of an educational program based on health belief model on the empowerment of rural women in prevention of brucellosis. *Arak Med Univ J* 2012; 14(7):85-94 (Persian).
 26. Simmons D. Personal barriers to diabetes care: is it me, them, or us. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):10-2.
 27. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of selfcare agency in patients with diabetes (Ardabil). *Modern Care J* 2012; 8(4):197-204 (Persian).
 28. Trento M, Passera P, Miselli V, Bajardi M, Borgo E, Tomellini M, et al. Evaluation of the locus of control in patients with type 2 diabetes after long-term management by group care. *Diabetes Metab* 2006; 32(1):77-81.
 29. Coonrod BA. Overcoming physical barriers to diabetes self-care: reframing disability as an opportunity for ingenuity. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):28-32.

30. Mardani M, Shahraki A. The effect of education based on health belief model of adherence to the diet. *Iran J Diabetes Lipid Dis* 2010; 9(3):268-75 (Persian).
31. Pendsey S. Practical management of diabetes. New Delhi: Jaypee Brothers; 2002.
32. Tillotson LM, Smith MS. Locus of control, social support, and adherence to the diabetes regimen. *Diabetes Educ* 1996; 22(2):133-9.
33. Mardani M, Shahraki A. The effect of education based on health belief model of adherence to the diet. *Iran J Diabetes Metab* 2010; 9(3):268-75 (Persian).
34. Pendsey S. Practical management of diabetes. New Delhi: Jaypee Brothers; 2002. P. 39.
35. Coonrod B. Overcoming Physical Barriers to Diabetes Self-Care: Reframing Disability as an Opportunity for Ingenuity. *Diabetes Spectrum* 2001; 14(1):28-32.