مجله‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم ایران
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی ـ درمانی شهید بهشتی
دوره‌ی بیست و دوم، شماره‌ی ۶، صفحه‌های ۴۸۹ ـ ۴۷۸ (بهمن ـ اسفند ۱۳۹۹)

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در میان بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی اسدآباد

دکتر مینا ماهری[۱]، دکتر فاطمه دارابی[۲]، محسن الهی[۳]، دکتر مهدی یاسری[۴]

۱) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، پژوهشکده تحقیقات بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران، ۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران، ۳) دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران، ٤) گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، **نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول:** گروه بهداشت عمومی، دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، اسدآباد، ایران، دکتر فاطمه دارابی؛
e-mail:fatemedarabi43@yahoo.com

چکیده

مقدمه: رفتارهای ارتقادهنده سلامت مجموعه‌ای از رفتارهای بهداشتی هستند که به حفظ و ارتقای سلامت، خودشکوفایی و کمال فردی می‌انجامند. با توجه به اهمیت تبعیت از رفتارهای ارتقادهنده سلامت توسط بیماران دیابتی و لزوم شناسایی عوامل موثر بر اتخاذ این رفتارها، مطالعه حاضر با هدف بررسی و ارزیابی این رفتارها و عوامل مرتبط با آن در میان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ اجرا شد. مواد و روش‌ها: مطالعه مقطعی حاضر بر روی ٤۲۷ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان قائم‌شهر اسدآباد انجام شد. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه دموگرافیک و پرسش‌نامه ارتقاء سلامت دیابت ملیتوس نوع ۲ استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار **SPSS** و به کارگیری آمار توصیفی و تحلیلی صورت گرفت. یافته‌ها: در مطالعه حاضر میانگین نمره کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت ۱۰/۰۳±۵۱/۹۵ به دست آمد. از بین ٦ بعد تحت بررسی، بیشترین میانگین نمره مربوط به مدیریت استرس (۵۹/۱۵ از ۱۰۰نمره) و لذت بردن از زندگی (۵۸/٦٦ از ۱۰۰ نمره) بود. کمترین میانگین نیز مربوط به ابعاد کاهش ریسک‌پذیری (۳۷/۸۳ از ۱۰۰نمره) و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (۳۷/۵۷ از ۱۰۰نمره) بود. بین رفتارهای ارتقادهنده سلامت کلی با سن، سال‌های سپری شده با دیابت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد خانواده و نمایه توده بدنی ارتباط معنی‌دار وجود داشت ($p<0/05$). نتیجه‌گیری: کسب میانگین نمره کلی ۱۰/۰۳±۵۱/۹۵ از رفتارهای ارتقادهنده سلامت توسط بیماران نشان می‌دهد که بیماران تحت بررسی از نظر انجام این رفتارها در سطح متوسط قرار دارند. بنابراین طراحی و اجرای انواع مداخلات آموزش بهداشت و ارتقا سلامت به منظور بهبود وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیماران دیابتی با تمرکز بر ابعادی که ضعیف هستند و هم‌چنین با تمرکز بر عوامل مرتبط با این رفتارها، در بهبود وضعیت سلامتی آنان کمک‌کننده می‌باشد.

واژگان کلیدی: رفتارهای ارتقادهنده سلامت، خودمراقبتی، بیمار دیابتی، دیابت نوع ۲
دریافت مقاله: ۱٤۰۰/۲/۱۵ـ دریافت اصلاحیه: ۱٤۰۰/٤/۱۲ ـ پذیرش مقاله:۱٤۰۰/٦/۱

مقدمه

یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های قرن حاضر که سیستم‌های بهداشتی در سراسر جهان با آن مواجه می‌باشند، افزایش بار ناشی از بیماری‌های مزمن است.[۱] دیابت، به ویژه دیابت نوع ۲ ، یکی از تهدیدهای اصلی برای سلامتی انسان است، این بیماری یکی از معضلات جهانی و از علل اصلی مرگ و میر و ناتوانی است.[۲] دیابت می‌تواند زندگی بیماران را تحت تاثیر قرار دهد و باعث ایجاد محدودیت‌هایی گردد. مواردی چون افزایش و کاهش شدید قند خون، محدودیت‌های غذایی و فعالیت‌های بدنی، عوارض اسکلتی-عضلانی، ناتوانی‌های فیزیکی و مشکلات قلبی-عروقی از جمله مشکلاتی است که زندگی این بیماران و احساس خوب بودن آنان را تحت تاثیر قرار می‌دهند.[۳]

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

آنچه که موجب بروز مشکلات در کنترل دیابت می‌شود، پیچیده بودن نوع درمان و فرایند آن است که نیاز به خدمات جامع و پیچیده‌ای دارد.[۴] غالبا مراقبت‌های درمانی و بالینی رایج برای رویارویی با نیاز بیماران مزمن، حتی اگر مدیریت شده باشند و توسط سیستم‌های یکپارچه ارایه شوند، با شکست مواجه می‌شوند. لذا اعتقاد به حمایت و توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت، هسته مرکزی مراقبت محسوب می‌شوند، به این معنا که مبتلایان به بیماری‌های مزمن باید بیاموزند تا خودشان، بیماری مزمن خود را مدیریت نمایند.[۵]

استراتژی درمان غیردارویی در بیماران مبتلا به دیابت به اندازه درمان‌های دارویی در درمان، کنترل و پیشگیری از عوارض بیماری دیابت موثر می‌باشند. اساس درمان غیرداوریی آموزش برای اتخاذ رفتارهای ارتقادهنده سلامت[i] به این بیماران است.[۴،۶] رفتارهای ارتقادهنده سلامت مجموعه‌ای از رفتارهای بهداشتی هستند که برای حفظ و ارتقای سلامت، خودشکوفایی و کمال فردی به کار می رود.[۷] از جمله‌ی این رفتارها برای بیماران دیابتی می‌توان به پیش گرفتن رژیم غذایی سالم، حفظ فعالیت بدنی منظم، پایش منظم قند خون، مصرف روزانه داروهای تجویز شده، مراقبت از پا و رعایت بهداشت دهان و دندان اشاره کرد.[۷،۸]

کوتاهی در انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و خودمراقبتی توسط بیماران دیابتی، می‌تواند منجر به افزایش عوارض ناشی از بیماری شود،[۹] در حالی که تبعیت از این رفتارها می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌های درمان، استرس و عوارض جانبی ایجاد شده توسط بیماری شود.[۱۰] داشتن رژیم غذایی سالم می‌تواند منجر به کاهش قابل توجه سطح HbA1c[ii] در بیماران دیابتی شود.[۷] هم‌چنین داشتن ۱۵۰ دقیقه فعالیت بدنی با شدت متوسط در طول هفته تا حد زیادی می‌تواند به کنترل قند خون بیماران دیابتی کمک کند.[۷] بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که یکی از اهداف مهم مراقبتی در بیماری دیابت، بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران می‌باشد. دستیابی به این هدف مستلزم طراحی و اجرای انواع مداخلات به ویژه مداخلات آموزشی می‌باشد.

جهت افزایش اثربخشی این مداخلات؛ ابتدا باید وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران دیابتی مورد بررسی و ارزیابی قرار بگیرد تا نقاط ضعف نمایان شده و مداخلات بر رفع این ضعف‌ها متمرکز شود. به منظور ارزیابی این رفتارها در میان بیماران دیابتی از ابزارهای مختلفی استفاده شده است.[۷،۱۰،۱۱] در این میان می‌توان به پرسش نامه ارتقاء سلامت دیابت ملیتوس نوع۲ (DMHP)[iii] اشاره کرد. این پرسش‌نامه توسط چن[iv] و همکاران[۷] جهت سنجش رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۲ طراحی شده است و ٦ بعد مهم مرتبط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت شامل فعالیت‌های جسمانی، کاهش ریسک‌پذیری، لذت بردن از زندگی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و تغذیه سالم را مورد سنجش قرار می‌دهد. از جمله مزیت‌های این پرسش‌نامه این است که به صورت اختصاصی برای بیماران دیابتی طراحی شده است.[۷]

نکته دیگری که به هنگام طراحی و اجرای مداخلات مرتبط با رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران دیابتی لازم است مورد توجه قرار بگیرد، شناسایی عوامل تاثیرگذار بر این رفتارها می‌باشد. با شناسایی و ادغام این عوامل تاثیرگذار در مداخلاتی که با هدف بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران دیابتی طراحی و اجرا می‌شوند، می‌توان به افزایش اثربخشی این مداخلات کمک کرد.

با توجه به اینکه تعیین سطح رفتارهای ارتقادهنده سلامت و نقاط ضعف موجود و هم‌چنین شناسایی عوامل تاثیرگذار براین رفتارها در میان بیماران دیابتی، این فرصت و توانایی را در اختیار سیاست‌گذاران و مجریان عرصه سلامت قرار می‌دهد تا مداخلات مختلف از جمله مداخلات آموزشی را مطابق با نیاز این بیماران طراحی و اجرا کنند، مطالعه حاضر با هدف بررسی و ارزیابی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در میان بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش دانشکده علوم پزشکی اسدآباد انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی-تحلیلی می‌باشد. جامعه آماری مطالعه کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان قائم شهر اسدآباد بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به دیابت نوع ۲، تایید تشخیص بیماری توسط پزشک متخصص،

i -Health promotion behaviors
ii - Health promotion behaviors
iii -Type 2 Diabetes Mellitus Health Promotion
iv - Chen

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

توانایی پاسخ‌گویی به سوالات از نظر جسمی و روانی و هم‌چنین رضایت داشتن برای شرکت در مطالعه بود. معیار خروج از مطالعه شامل تکمیل ناقص پرسش‌نامه و ابتلا به دیابت بارداری بود.

تعداد نمونه‌ها با توجه به مطالعه مشابه قبلی انجام شده و با در نظر گرفتن انحراف معیار ۱۸/۰۹ برای میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت،[۱۲] سطح اطمینان آماری ۹۵ ٪، حداکثر خطای قابل قبول یا دقت برابر (d=۱/۸) و با استفاده از فرمول حجم نمونه برآورد میانگین در یک جامعه، ۳۸۸ نفر برآورد شد که با احتساب ریزش احتمالی ۱۰ ٪ در نهایت ٤۲۷ نفر وارد مطالعه شدند.

$$n = \frac{Z^2_{1-\alpha/2}\ S^2}{d^2} = \frac{1.96^2\ 18.09^2}{1.8^2} = 388$$

سطح اطمینان آماری = ۹۵ درصد

سطح خطا (α)= ٥ درصد

ضریب اطمینان($Z_{1-\alpha/2}$) = ۱/۹٦

خطای قابل قبول در برآورد میانگین مورد نظر (d)=۱/۸

انحراف معیار(s)= ۱۸/۰۹

جهت نمونه‌گیری از روش در دسترس استفاده شد، به این صورت که با مراجعه به کلینیک دیابت بیمارستان قائم شهر اسدآباد، ابتدا لیستی از بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش این کلینیک که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، تهیه شد. در ادامه به ترتیب با تک تک این افراد تماس تلفنی برقرار شد و هدف مطالعه به آن‌ها توضیح داده شد. از نمونه‌هایی که تمایل و رضایت به همکاری خود را به صورت شفاهی اعلام کردند، دعوت شد تا برای دریافت اطلاعات بیشتر و تکمیل پرسش‌نامه‌ها در تاریخ تعیین شده به کلینیک مراجعه کنند. نمونه‌گیری به صورتی که توضیح داده شد ادامه یافت تا اینکه تعداد نمونه‌های مورد نظر به حد نصاب رسیدند. در مراجعه حضوری بیماران جهت جلب اعتماد و همکاری آن‌ها، توضیحات کافی در مورد روش کار ارائه گردید. به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در این مطالعه کاملا داوطلبانه می‌باشد و حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ و اطلاعات آن‌ها به صورت محرمانه نزد محقق خواهد ماند. در نهایت پس از اخذ رضایت آگاهانه به صورت شفاهی، پرسش‌نامه‌ها توسط پرسش‌گران آموزش‌دیده به روش خودگزارش‌دهی تکمیل شدند. به این صورت که طی مصاحبه چهره به چهره سوالات توسط پرسش‌گران پرسیده می‌شد و پاسخی که بیماران می‌دادند، در پرسش‌نامه ثبت می‌شد.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه شامل دو بخش بود. بخش اول؛ اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها شامل سن، جنس، قد، وزن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت درآمد خانواده، سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت، سال‌های سپری شده با دیابت، نوع درمان دیابت و وضعیت مصرف سیگار بود. بخش دوم پرسش‌نامه ارتقا سلامت دیابت ملیتوس نوع۲ (DMHP) بود. این پرسش‌نامه توسط چن و همکاران[۷] جهت سنجش رفتارهای ارتقادهنده سلامتِ بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس نوع ۲ طراحی و روایی و پایایی آن سنجیده شد. نسخه اصلی این پرسش‌نامه دارای ۳۰ سوال و ٦ بعد است. این ابعاد شامل فعالیت‌های جسمانی (مثال: هر هفته ۱۵۰ دقیقه فعالیت جسمانی انجام می‌دهم)، کاهش ریسک‌پذیری (مثال: قبل از پوشیدن کفش، داخل آن را کنترل می‌کنم)، لذت بردن از زندگی (مثال: معتقدم زندگیم معنی‌دار و هدفمند است)، مدیریت استرس (مثال: در شرایط خلق پایین هم سعی می کنم آرامش داشته باشم)، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (مثال: بصورت دوره‌ای چشمانم را توسط پزشک معاینه می‌کنم.) و تغذیه سالم (مثال: یک رژیم غذایی متعادل دارم)، می‌باشد.

چن و همکاران جهت بررسی روایی صوری این ابزار از روش کیفی استفاده کردند، به این صورت که پرسش‌نامه را در اختیار ۱۱ فرد متخصص در رشته‌های مرتبط با زمینه تحقیق قرار دادند و از آن‌ها خواستند تا از نظر ظاهری پرسش‌نامه را مورد نقد و ارزیابی قرار دهند و نظرات اصلاحی آن ها اخذ و در پرسش‌نامه لحاظ گردید. روایی محتوایی این ابزار نیز به صورت کمی و با استفاده از محاسبه شاخص روایی محتوا (CVI)[i] سنجیده شد. بدین منظور از پانل متخصصین ذکر شده در بالا درخواست شد تا هر یک از سوالات پرسش‌نامه را از نظر سه ویژگی مربوط بودن، واضح بودن و ساده بودن بر اساس لیکرت ٤ تایی امتیاز دهند. در نهایت مقدار CVI برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۷ به دست آمد که مطلوب و قابل بود. برای بررسی پایایی پرسش‌نامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای

i - Content Validity Index

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

کرونباخ استفاده شد، مقدار این شاخص نیز برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد که مطلوب و قابل بود.[۷]

در مطالعه حاضر از نسخه فارسی پرسش‌نامه DMHP استفاده شد که توسط طل و همکاران در ایران ترجمه و روایی و پایایی آن سنجیده شد.[۱۲] طل و همکاران جهت تعیین روایی پرسش‌نامه مذکور از روش سنجش روایی محتوایی به صورت کیفی استفاده کردند. بدین‌منظور پرسش‌نامه در اختیار ۱۰ فرد متخصص در زمینه بیماری دیابت و آموزش بهداشت قرارگرفت و از آن‌ها خواسته شد تا از نظر رعایت دستور زبان، استفاده از کلمات مناسب، اهمیت سوالات، قرارگیری سوالات در جای مناسب خود و مدت زمان تکمیل، پرسش‌نامه را مورد نقد و بررسی قرار دهند. در نهایت نظرات اصلاحی آن‌ها اخذ و در پرسش‌نامه لحاظ گردید. جهت تعیین پایایی پرسش‌نامه نیز از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد، مقدار این شاخص برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به دست آمد که مطلوب و قابل قبول بود.[۱۲] نسخه فارسی این پرسش‌نامه دارای ۲۸ سوال در ٦ بعد فعالیت‌های جسمانی (۷ سوال)، کاهش ریسک‌پذیری (۷ سوال)، لذت بردن از زندگی (۳ سوال)، مدیریت استرس (۵ سوال)، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (۳ سوال) و تغذیه سالم (۳ سوال) می‌باشد. نمره‌گذاری سوالات نیز به صورت لیکرت پنج تایی شامل همیشه (٤)، اغلب (۳)، معمولا (۲)، گاهی (۱) و هرگز (۰) است. نمره آزمودنی در هر بعد از جمع نمرات پاسخ‌های داده شده توسط وی به سوالات همان بعد به دست می‌آید. نمره کل آزمودنی نیز از جمع پاسخ‌های داده شده توسط وی به همه ۲۸ سوال به دست می‌آید. محدوده نمره قابل اکتساب از کل پرسش‌نامه بین ۰ تا ۱۱۲ است. نمره بالاتر بیانگر وضعیت خوب بیمار دیابتی از نظر رعایت رفتارهای ارتقادهنده سلامت می‌باشد.[۱۲] در نهایت داده‌های به دست آمده در نرم‌افزار SPSS[i] نسخه ۲۵ وارد شدند و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد) و تحلیلی شامل کولموگروف-اسمیرونوف (جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها)، یو من ویتنی[ii] (آزمون ناپارامتریک جهت مقایسه میانگین نمره یک متغیر کمی در دو گروه مستقل) وکروسکال والیس[iii] (آزمون ناپارامتریک جهت مقایسه میانگین نمره یک متغیر کمی در بیش از دو گروه مستقل)، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج در سطح آماری ($p<۰/۰۵$) معنی‌دار در نظر گرفته شدند.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر از مجموع ٤۲۷ پرسش‌نامه تکمیل شده، ۲۷ پرسش‌نامه به دلیل تکمیل ناقص اطلاعات کنار گذاشته شد و در نهایت داده‌های به دست آمده از ٤۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (درصد مشارکت حدود ۹۳/٦۸). میانگین سنی بیماران تحت بررسی ۸/۱۵±۵۸/۳٤ سال بود. اکثریت بیماران تحت بررسی زن (۵۲/۵ ٪)، از نظر دامنه سنی بین ۵۰ تا ٦۵ سال (۷۳/۲ ٪)، متاهل (۸۳/۲ ٪)، از نظر سابقه ابتلا به دیابت بین ۳ تا ۱۰سال (۵۷/۵ ٪)، از نظر تحصیلات زیردیپلم (٤٤/۵ ٪)، دارای اضافه وزن (۵٤/۰ ٪)، دارای شغل آزاد (۷۱/۲ ٪)، از نظر وضعیت درآمد خانواده در حد متوسط (۵۰/۵ ٪)، از نظر نوع درمان دیابت خوراکی (۷٤/۵ ٪) و دارای سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت (٦۰/۲ ٪) بودند و هم‌چنین اکثریت آن‌ها گزارش کرده بودند که سیگار مصرف نمی‌کنند (۵٦/۵ ٪)(جدول ۱).

در جدول شماره ۲ میانگین نمرات ابعاد رفتارهای ارتقادهنده سلامت شامل (فعالیت‌های جسمانی، کاهش ریسک‌پذیری، لذت بردن از زندگی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و تغذیه سالم) و هم‌چنین رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل در میان بیماران تحت بررسی گزارش شده است. براساس یافته‌های مطالعه حاضر، بیشترین میانگین نمره به دست آمده مربوط به ابعاد مدیریت استرس (کسب ۵۹/۱۵ از ۱۰۰نمره) و لذت بردن از زندگی (کسب ۵۸/٦٦ از ۱۰۰ نمره) بود. کمترین میانگین نمره نیز مربوط به ابعاد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود (۳۷/۸۳ از ۱۰۰) و کاهش ریسک‌پذیری (۳۷/۵۷ از ۱۰۰) بود. بیماران تحت بررسی ٤٦/۳۸ درصد از کل نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت را کسب کرده بودند (جدول۲).

i-Statistical Package for the Social Sciences
ii- Mann-Whitney U
iii-Kruskal Wallis

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای مورد مطالعه

متغیر	طبقه	تعداد (درصد)	متغیر	طبقه	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۱۹۰(۴۷/۵)	وضعیت تاهل	مجرد	۶۷(۱۶/۸)
	زن	۲۱۰(۵۲/۵)		متاهل	۳۳۳(۸۳/۲)
گروه‌های سنی (سال)	کمتر از ۵۰	۳۹(۹/۸)	نمایه توده بدنی (BMI)	کم وزنی (کمتر از ۱۸/۵)	۰(۰)
	۵۰ تا ۶۵	۲۹۳(۷۳/۲)		طبیعی (۱۸/۵ تا ۲۴/۹)	۴۳(۱۰/۸)
	بیشتر از ۶۵	۶۸(۱۷/۰)		اضافه وزن (۲۵ تا ۲۹/۹)	۲۱۶(۵۴/۰)
				چاقی (۳۰ و بالاتر)	۱۴۱(۳۵/۲)
سال‌های سپری شده با دیابت (سال)	کمتر از ۳	۱۷۰(۴۲/۵)	وضعیت اشتغال	کارمند دولتی	۱۱۵(۲۸/۸)
	۳ تا ۱۰	۲۳۰(۵۷/۵)		آزاد	۲۸۵(۷۱/۲)
	بیشتر از ۱۰	۰(۰)	وضعیت درآمد خانواده	ضعیف	۷۴(۱۸/۵)
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۳۸(۹/۵)		متوسط	۲۰۲(۵۰/۵)
	زیردیپلم	۱۷۸(۴۴/۵)		خوب	۱۲۰(۳۰/۰)
	دیپلم	۱۴۱(۳۵/۲)		عالی	۴(۱/۰)
	بالای دیپلم	۴۳(۱۰/۸)	سابقه خانوادگی دیابت	بله	۲۴۱(۶۰/۲)
نوع درمان دیابت	خوراکی	۲۹۸(۷۴/۵)		خیر	۱۵۹(۳۹/۸)
	انسولین	۵۱(۱۲/۸)	وضعیت مصرف سیگار	بله	۱۷۴(۴۳/۵)
	ترکیبی	۵۱(۱۲/۸)		خیر	۲۲۶(۵۶/۵)
متغیر کمی		میانگین			انحراف معیار
سن		۵۸/۳۴			۸/۱۵

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار ابعاد و کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت

ابعاد	میانگین±انحراف معیار	محدوده نمره قابل کسب	محدوده نمره کسب شده	نمره کسب شده از ۱۰۰
فعالیت‌های جسمانی	۱۱/۱۵±۲/۹۳	۰-۲۸	۱-۱۸	۳۹/۸۲
کاهش ریسک‌پذیری	۱۰/۵۲±۴/۱۸	۰-۲۸	۰-۲۰	۳۷/۵۷
لذت بردن از زندگی	۷/۰۴±۱/۹۷	۰-۱۲	۰-۱۲	۵۸/۶۶
مدیریت استرس	۱۱/۸۳±۲/۳۵	۰-۲۰	۶-۱۷	۵۹/۱۵
مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود	۴/۵۴±۲/۱۱	۰-۱۲	۰-۱۲	۳۷/۸۳
تغذیه سالم	۶/۸۵±۱/۸۲	۰-۱۲	۲-۱۲	۵۷/۰۸
کل	۵۱/۹۵±۱۰/۰۳	۰-۱۱۲	۲۰-۷۶	۴۶/۳۸

نتیجه آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین متغیر سن با ابعاد فعالیت‌های جسمانی، لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس و هم‌چنین رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. در ادامه با استفاده از

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

آزمون تعقیبی بونفرونی[i] تفاوت بین گروه‌های سنی مختلف به صورت دو به دو بررسی شد. براساس یافته‌های به دست آمده، میانگین نمره فعالیت‌های جسمانی، لذت بردن از زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل در گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی بیشتر بود و میانگین نمره مدیریت استرس در گروه سنی بالای ۶۵ سال نسبت به سایر گروه‌های سنی، کمتر بود (جدول ۳).

براساس نتیجه این آزمون (کروسکال والیس)، بین متغیر تحصیلات با همه ابعاد (به جزء فعالیت‌های جسمانی) و رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل نیز ارتباط آماری معنی‌دار یافت شد. به طوری که در ادامه براساس نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی میانگین نمره کاهش ریسک پذیری در میان افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم و دیپلم و هم چنین در میان افراد دارای تحصیلات دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد و افراد دارای تحصیلات زیر دیپلم، بیشتر بود. میانگین نمره لذت بردن از زندگی نیز در میان افراد دارای تحصیلات دیپلم نسبت به سایر گروه های تحصیلی بیشتر بود. هم چنین میانگین این بعد در میان افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم نسبت به سایر گروه‌های تحصیلی کمتر بود. به همین صورت میانگین نمره مدیریت استرس در میان افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم و دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم، بیشتر بود. میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود نیز در میان افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم و دیپلم بیشتر بود. میانگین نمره تغذیه سالم نیز در میان افراد دارای تحصیلات دیپلم نسبت به افراد بی سواد و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم، بیشتر بود. در نهایت میانگین نمره سبک زندگی ارتقادهنده سلامت کل در میان افراد دارای تحصیلات بالای دیپلم و دیپلم نسبت به افراد بی‌سواد و افراد دارای تحصیلات زیردیپلم، بیشتر بود (جدول ۳).

هم‌چنین نتیجه آزمون کروسکال والیس نشان داد که بین وضعیت درآمد خانواده با ابعاد لذت بردن از زندگی، مدیریت استرس، مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و تغذیه سالم و هم‌چنین رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. به طوری که بر اساس نتیجه آزمون تعقیبی بونفرونی، میانگین نمره لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس در میان افراد با درآمد عالی نسبت به افراد با درآمد خوب، متوسط و ضعیف کمتر بود. میانگین نمره مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود در میان افراد با درآمد ضعیف نسبت به سایر گروه‌ها کمتر بود. به همین صورت میانگین نمره تغذیه سالم در میان افراد با درآمد عالی نسبت به سایر گروه‌ها و در میان افراد با درآمد ضعیف نسبت به افراد با درآمد متوسط و خوب، کمتر بود. در نهایت میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل در میان افراد با درآمد عالی نسبت به سایر گروه‌ها کمتر بود (جدول ۳).

نتیجه آزمون کروسکال والیس هم‌چنین نشان داد که بین متغیر نوع درمان دیابت با بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و بین متغیر نمایه توده بدنی با ابعاد فعالیت‌های جسمانی و کاهش ریسک‌پذیری و نیز رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد. نتیجه مقایسات دو به دو براساس آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

براساس نتیجه آزمون یو من ویتنی میانگین نمره لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس در مردان نسبت به زنان بیشتر بود، به طوری که این تفاوت‌ها از نظر آماری معنی‌دار بودند. نتیجه این آزمون (یو من ویتنی) هم‌چنین نشان داد که بین متغیر سال‌های سپری شده با دیابت با تمامی ابعاد (به جزء فعالیت‌های جسمانی) و رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد، به طوری که میانگین نمره ابعاد ذکر شده در میان بیماران با سابقه ابتلا به دیابت ۳ تا ۱۰ سال نسبت به بیماران با سابقه دیابت کمتر از ۳ سال بیشتر بود (جدول ۳).

براساس نتیجه آزمون یو من ویتنی میانگین نمره ابعاد فعالیت‌های جسمانی، کاهش ریسک‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و رفتارهای ارتقادهنده سلامت کل در میان کارمندان دولتی نسبت به افراد دارای شغل آزاد بیشتر بود. در نهایت نتیجه این آزمون نشان داد که بین سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت با بعد تغذیه سالم و بین مصرف سیگار با بعد لذت بردن از زندگی نیز ارتباط آماری معنی‌دار وجود دارد (جدول ۳).

i - Test Bonferroni Post Hoc

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1] [Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ابعاد و کل رفتارهای ارتقادهنده سلامت به تفکیک متغیرهای مورد مطالعه

متغیر		فعالیت‌های جسمانی	کاهش ریسک‌پذیری	لذت بردن از زندگی	مدیریت استرس	مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود	تغذیه سالم	کل
جنسیت	مرد	۱۱/۳۲±۳/۰۵	۱۰/۵۱±۴/۶۰	۷/۱۵±۲/۰۸	۱۲/۲۵±۲/۴۶	۴/۵۱±۲/۱۶	۶/۸۲±۱/۹۵	۵۲/۵۷±۱۰/۵۸
	زن	۱۱/۰۰±۲/۸۱	۱۰/۵۲±۳/۷۸	۶/۹۳±۱/۸۷	۱۱/۴۵±۲/۱۸	۴/۵۷±۲/۰۶	۶/۸۹±۱/۶۹	۵۱/۳۹±۹/۵۰
	p*	۰/۰۹۷	۰/۸۳۷	۰/۰۴۵	۰/۰۰۳	۰/۵۳۴	۰/۴۴۰	۰/۱۸۷
گروه‌های سنی (سال)	کمتر از ۵۰	[a]۹/۴۱±۲/۸۳	۹/۱۷±۶/۵۱	[a]۶/۲۵±۱/۸۷	[a]۱۱/۹۴±۲/۴۹	۴/۴۸±۳/۳۶	۶/۴۸±۱/۶۹	[a]۴۷/۷۶±۱۳/۵۵
	۵۰ تا۶۵	[ab]۱۱/۵۴±۲/۷۷	۱۰/۸۲±۳/۹۴	[ab]۷/۲۹±۱/۹۰	[b]۱۲/۰۵±۲/۳۰	۴/۵۳±۱/۹۷	۶/۸۳±۱/۶۳	[ab]۵۳/۰۹±۹/۴۳
	بیشتر از۶۵	[b]۱۰/۴۸±۳/۲۰	۹/۹۵±۳/۲۶	[b]۶/۳۹±۲/۰۹	[ab]۱۰/۸۳±۲/۲۳	۴/۶۱±۱/۸۰	۷/۱۴±۲/۵۱	[b]۴۹/۴۴±۹/۲۶
	p**	<۰/۰۰۱	۰/۱۲۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۲۴۰	۰/۰۰۸
وضعیت تاهل	مجرد	۱۱/۶۱±۲/۶۱	۱۰/۴۷±۳/۴۵	۷/۰۲±۲/۲۱	۱۱/۸۰±۲/۳۳	۴/۵۸±۲/۰۲	۶/۸۶±۱/۷۳	۵۲/۳۷±۹/۱۹
	متاهل	۱۱/۰۶±۲/۹۸	۱۰/۵۲±۴/۳۲	۷/۰۴±۱/۹۲	۱۱/۸۴±۲/۳۶	۴/۵۳±۲/۱۳	۶/۸۵±۱/۸۳	۵۱/۸۷±۱۰/۲۰
	p*	۰/۱۶۵	۰/۹۷۹	۰/۵۹۸	۰/۷۷۱	۰/۸۸۶	۰/۷۸۰	۰/۶۹۶
سال‌های سپری شده با دیابت (سال)	کمتر از۳	۱۱/۴۸±۳/۱۶	۹/۸۰±۴/۴۵	۶/۶۵±۲/۰۸	۱۱/۴۳±۲/۳۰	۴/۱۱±۲/۰۰	۶/۴۰±۱/۵۴	۴۹/۸۸±۱۱/۳۷
	۳تا۱۰	۱۰/۹۱±۲/۷۳	۱۱/۰۵±۳/۹۰	۷/۳۲±۱/۸۴	۱۲/۱۳±۲/۳۵	۴/۸۶±۲/۱۴	۷/۱۹±۱/۹۳	۵۳/۴۸±۸/۶۳
	p*	۰/۰۹۶	۰/۰۲۲	۰/۰۰۹	۰/۰۰۵	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۵
میزان تحصیلات	بی‌سواد	۱۰/۳۱±۳/۴۷	[ab]۹/۱۵±۴/۰۱	[ab]۶/۶۵±۱/۷۹	[ab]۱۱/۱۵±۳/۱۱	[a]۴/۰۵±۱/۸۱	[a]۶/۲۶±۱/۴۸	[ab]۴۷/۶۰±۱۱/۳۷
	زیردیپلم	۱۱/۰۰±۲/۷۰	[cd]۹/۵۲±۳/۹۸	[cd]۷/۱۰±۱/۸۵	[cd]۱۱/۵۰±۲/۳۱	[b]۴/۳۸±۲/۱۱	[b]۶/۷۶±۱/۷۲	[cd]۵۰/۲۸±۹/۹۰
	دیپلم	۱۱/۵۷±۲/۹۴	[ace]۱۱/۲۱±۴/۰۹	[ace]۷/۵۶±۱/۵۷	[ac]۱۲/۳۳±۲/۱۴	[c]۴/۴۴±۱/۸۴	[ab]۷/۱۹±۱/۹۲	[ac]۵۴/۳۲±۹/۱۹
	بالای دیپلم	۱۱/۱۶±۳/۱۶	[bde]۱۳/۵۸±۳/۵۴	[bde]۵/۳۹±۲/۷۶	[bd]۱۲/۱۸±۲/۰۸	[abc]۵/۹۵±۲/۶۱	۶/۶۵±۱/۹۵	[bd]۵۴/۹۳±۹/۵۵
	p**	۰/۱۴۳	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۳	<۰/۰۰۱
وضعیت اشتغال	کارمند دولتی	۱۲/۰۴±۲/۷۷	۱۱/۹۰±۳/۸۱	۶/۷۳±۲/۳۲	۱۱/۸۲±۱/۹۳	۵/۱۷±۲/۲۳	۷/۰۵±۱/۹۰	۵۴/۷۳±۷/۵۸
	آزاد	۱۰/۸۰±۲/۹۲	۹/۹۶±۴/۲۰	۷/۱۶±۱/۸۰	۱۱/۸۳±۲/۵۰	۴/۲۹±۲/۰۱	۶/۷۷±۷۸	۵۰/۸۳±۱۰/۶۷
	p*	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۴۸	۰/۹۱۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۵	<۰/۰۰۱

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1] [Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

ادامه جدول ۳-

وضعیت درآمد	ضعیف	۱۱/۲۸±۲/۹۹	۱۱/۰۶±۳/۰۰	^{a}۶/۶۲±۲/۵۰	^{a}۱۱/۷۵±۲/۴۰	^{abc}۴/۰۸±۱/۵۸	^{abc}۶/۴۷±۱/۲۸	^{a}۵۱/۲۸±۷/۵۳
خانواده	متوسط	۱۱/۳۱±۳/۰۶	۱۰/۵۶±۴/۵۴	^{b}۷/۲۵±۱/۸۴	^{bc}۱۲/۱۵±۲/۳۳	^{a}۴/۸۸±۲/۴۱	^{ad}۷/۰۱±۱/۸۱	^{bc}۵۳/۱۸±۱۰/۷۲
	خوب	۱۰/۸۷±۲/۶۸	۱۰/۱۰±۴/۲۴	^{c}۷/۰۵±۱/۶۷	^{bd}۱۱/۴۷±۲/۲۳	^{b}۴/۲۷±۷۹۱	^{be}۶/۹۴±۱/۹۹	^{bd}۵۰/۷۳±۹/۹۱
	عالی	۹/۵۰±۱/۹۱	۱۰/۵۰±۱/۰۰	^{abc}۳/۲۵±۰/۵۰	^{acd}۸/۰۰±۱/۴۱	^{c}۴/۲۵±۰/۵۰	^{cde}۳/۵۰±۱/۰۰	^{acd}۳۹/۰۰±۴/۵۴
	p**	۰/۲۶۷	۰/۶۱۸	۰/۰۰۷	۰/۰۰۲	۰/۰۴۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۸
سابقه خانوادگی دیابت	بله	۱۰/۹۹±۲/۹۲	۱۰/۷۰±۴/۱۳	۷/۱۴±۲/۰۰	۱۱/۸۱±۲/۳۶	۴/۵۹±۲/۲۳	۶/۶۸±۱/۹۲	۵۱/۹۲±۱۰/۵۴
	خیر	۱۱/۴۰±۲/۹۴	۱۰/۲۴±۴/۲۶	۶/۸۸±۱/۹۱	۱۱/۸۶±۲/۳۴	۴/۴۷±۱/۹۲	۷/۱۱±۱/۶۱	۵۱/۹۹±۹/۲۴
	p*	۰/۱۴۲	۰/۱۱۲	۰/۰۷۶	۰/۹۰۶	۰/۸۱۷	۰/۰۱۰	۰/۹۶۶
نوع درمان دیابت	خوراکی	۱۱/۲۱±۲/۸۵	۱۰/۳۷±۴/۲۰	۷/۰۸±۱/۸۳	۱۱/۸۵±۲/۳۹	^{a}۴/۳۷±۱/۹۴	۶/۹۴±۱/۸۰	۵۱/۸۵±۹/۹۹
	انسولین	۱۰/۸۴±۳/۵۲	۱۰/۹۰±۵/۴۸	۶/۹۲±۲/۵۲	۱۲/۱۳±۲/۲۷	^{ab}۵/۵۴±۲/۵۸	۶/۷۳±۱/۹۵	۵۳/۰۷±۱۲/۴۳
	ترکیبی	۱۱/۱۳±۲/۷۴	۱۱/۰۰±۲/۱۲	۶/۹۰±۲/۱۵	۱۱/۳۹±۲/۱۷	^{b}۴/۵۰±۲/۲۹	۶/۴۹±۱/۷۷	۵۱/۴۳±۷/۴۰
	p**	۰/۸۳۲	۰/۲۹۶	۰/۸۰۹	۰/۲۸۵	۰/۰۰۷	۰/۲۳۲	۰/۸۴۹
نمایه توده بدنی	طبیعی (۱۸/۵ تا ۲۴/۹)	^{ab}۱۲/۸۳±۳/۲۴	^{ab}۱۲/۶۵±۲/۹۵	۶/۷۹±۲/۵۰	۱۲/۳۷±۱/۹۵	۵/۰۴±۳/۳۰	۶/۸۸±۱/۵۱	^{ab}۵۶/۵۵±۸/۳۹
	اضافه وزن (۲۵ تا ۲۹/۹)	^{ac}۱۰/۵۸±۲/۸۵	^{ac}۹/۸۵±۴/۴۴	۶/۹۶±۱/۹۷	۱۱/۷۳±۲/۵۳	۴/۴۰±۱/۹۴	۶/۷۶±۲/۰۰	^{ac}۵۰/۳۱±۱۰/۸۱
	چاقی (۳۰ و بالاتر)	^{bc}۱۱/۵۱±۲/۷۱	^{bc}۱۰/۸۸±۳/۸۴	۷/۲۲±۱/۷۷	۱۱/۸۲±۲/۱۶	۴/۶۱±۱/۸۸	۶/۹۸±۱/۶۰	^{bc}۵۳/۰۵±۸/۶۲
	p**	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۲۵۸	۰/۲۳۷	۰/۴۳۸	۰/۳۹۲	<۰/۰۰۱
وضعیت مصرف سیگار	بله	۱۱/۱۴±۲/۹۶	۱۰/۶۲±۴/۴۳	۷/۲۵±۱/۹۴	۱۱/۹۵±۲/۴۹	۴/۴۵±۲/۱۵	۶/۷۲±۲/۰۵	۵۲/۱۷±۱۰/۹۲
	خیر	۱۱/۱۶±۲/۹۱	۱۰/۴۳±۳/۹۹	۶/۸۷±۱/۹۸	۱۱/۷۳±۲/۲۳	۴/۶۱±۲/۰۸	۶/۹۵±۱/۶۱	۵۱/۷۸±۹/۳۱
	p*	۰/۹۰۴	۰/۶۱۰	۰/۰۳۰	۰/۳۷۹	۰/۲۶۲	۰/۱۳۱	۰/۶۷۹

در این جدول *آزمون یو من ویتنی جهت مقایسه میانگین نمره یک متغیر کمی با توزیع غیرنرمال در دو گروه مستقل و **آزمون کروسکال والیس جهت مقایسه میانگین نمره یک متغیر کمی با توزیع غیرنرمال در بیش از دو گروه مستقل مورد استفاده قرار گرفته‌اند.† حروف انگلیسی تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه را بر اساس آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد. ‡ مقادیر p کمتر از ۰/۰۵ به عنوان مقادیر آماری معنی‌دار در نظر گرفته شده‌اند.

بحث

پی‌گیری و اجرای مستمر رفتارهای ارتقادهنده سلامت توسط بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری کند و یا بروز آن را به تعویق بیندازد.[۱۳] مطالعه حاضر با هدف بررسی و ارزیابی رفتارهای ارتقادهنده سلامت و عوامل مرتبط با آن در میان بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفت تا با تعیین میزان تبعیت از این رفتارها و عوامل مرتبط با آن در میان بیماران دیابتی، در ادامه پیشنهاداتی جهت ارتقای سطح رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران دیابتی با تمرکز بر عواملی که بر این رفتارها تاثیرگذار هستند، ارایه شود.

در مطالعه حاضر میانگین نمره کلی رفتارهای ارتقادهنده سلامت ۱۰/۰۳±۵۱/۹۵ به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بیماران تحت بررسی از نظر انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی در سطح متوسط قرار دارند. در مطالعه تقی‌پور و همکاران[۱۴] و هم‌چنین خضرلو و فیضی[۱۵] نیز بیماران دیابتی تحت بررسی رفتارهای ارتقادهنده سلامتی را در حد متوسط انجام می‌دادند که با نتایج مطالعه حاضر هم‌خوانی دارند. هم‌چنین مطالعه انجام شده توسط ساموئل-هاج[i] و همکاران در زمینه رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران دیابتی در آمریکا، نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت در حد متوسط می‌باشد.[۱۶] اما در مطالعه پرهام و همکاران[۱۷] و هم‌چنین مظلوم و همکاران [۱۸] سطح رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان بیماران دیابتی تحت بررسی در حد ضعیف و نامطلوب گزارش شده است. تفاوت مشاهده شده در وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران دیابتی در مطالعات مختلف، می‌تواند ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله تفاوت در برنامه‌های آموزشی اجرا شده در زمینه رفتارهای ارتقادهنده سلامت برای این بیماران، تفاوت در میزان دانش و نگرش آن‌ها نسبت به این رفتارها و هم‌چنین تفاوت در نحوه اندازه‌گیری رفتارهای ارتقادهنده سلامت. این تفاوت‌ها باعث می‌شود که بیماران دیابتی از نظر سطح رفتارهای ارتقادهنده سلامت و خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی در مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند.[۴،۵] به عنوان مثال در مطالعه مظلوم و همکاران[۱۸] ابزاری که جهت ارزیابی خودمراقبتی استفاده شد یک پرسش‌نامه محقق ساخته بود، حال آنکه در مطالعه حاضر از یک پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد.

در مطالعه حاضر از بین ٦ بعد رفتارهای ارتقادهنده سلامت، بیشترین نمره مربوط به ابعاد مدیریت استرس و لذت بردن از زندگی بود. پایین‌ترین نمره نیز مربوط به ابعاد کاهش ریسک‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود بود. در مطالعه انجام شده توسط طل و همکاران[۱۲] نیز بیشترین میانگین نمره کسب شده توسط بیماران دیابتی، مربوط به ابعاد لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس و کمترین میانگین مربوط به بعد مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی بود که هم راستا با یافته‌های مطالعه حاضر می‌باشد. در توجیه پایین بودن سطح کاهش ریسک‌پذیری و مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود، می‌توان گفت که انجام رفتارهای مربوط به این ۲ بعد نیاز به دانش و اطلاعات تخصصی در زمینه سلامتی دارد، بنابراین پایین بودن سطح این اطلاعات و سواد سلامتی در میان بیماران دیابتی، می‌تواند دلیلی برای پایین بودن سطح انجام این رفتارها توسط آن‌ها باشد. در همین راستا انجام مطالعات کیفی با هدف یافتن علت دقیق‌تر این امر (پایین بودن سطح این ۲ بعد) از دیدگاه خود بیماران دیابتی پیشنهاد می‌شود. هم‌چنین این یافته‌ها بیانگر لزوم اجرای اقدامات و راهبردهایی برای بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامتی بیماران دیابتی، با تمرکز بر ابعادی که ضعیف هستند، می باشد. از جمله این راهبردها مشارکت و درگیر کردن خانواده‌ها در مداخلاتی است که با هدف بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامتی و خودمراقبتی بیماران دیابتی طراحی و اجرا می‌شوند. بیماران دیابتی که از حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی بیشتری برخوردار هستند، توانایی بیشتری در مدیریت استرس خود دارند و سطح بالاتری از رفتارهای خودمراقبتی را از خود نشان می‌دهند و از زندگی خود بیشتر لذت می برند.[۱۹] بر اساس یک مطالعه انجام شده در کاستاریکا در خانواده هایی که از بیماری دیابت اطلاعات کافی دارند و از رفتارهای بهداشتی توصیه شده به بیماران خود حمایت می‌کنند، بیماران کنترل بهتری از نظر قند خون و سازگاری بهتری با درمان دارند.[۲۰]

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان داد که افرادِ دارای تحصیلات بالاتر از نظر انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت وضعیت بهتری نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر دارند. در مطالعات مختلف، از جمله مطالعه انبری و همکاران[۲۱] نیز

i-Samuel-Hodge

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

ارتباط معنی‌داری و مثبتی بین تحصیلات و توان خودمراقبتی گزارش شده است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که بیماران دارای تحصیلات بالاتر قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری بهتری برای انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامت دارند.[۲۳-۲۱] هم‌چنین می‌توان نتیجه گرفت که افزایش سطح تحصیلات با افزایش سطح آگاهی و اطلاعات بیماران نسبت به بیماری خود، منجر به ارتقای سطح خودمراقبتی و انجام رفتارهای سالم در میان آنان می‌شود.[۲۳] به عبارتی با افزایش سطح تحصیلات و آگاهی فرد از عوارض دیابت و درک شدن مسئله، نگرش او تغییر کرده و بیشتر به مراقبت از خود می‌پردازد، که این امر منجر به بروز رفتارهای بهداشتی مدنظر خواهد شد.[۲۲،۲۳]

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، سن بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتِ بیماران دیابتی تاثیرگذار بود. به طوری که گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال نسبت به گروه‌های سنی زیر ۵۰ و بالای ۶۵ سال وضعیت بهتری از نظر سطح فعالیت‌های جسمانی، لذت بردن از زندگی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت کلی داشتند. در توجیه این یافته می‌تواند گفت که گروه سنی زیر ۵۰ سال به دلیل اینکه یک گروه فعال از نظر اقتصادی هستند و بیشتر وقت خود را صرف کار و فعالیت‌های اقتصادی می‌کنند، نسبت به گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال؛ زمان کمتری برای خودمراقبتی و انجام رفتارهای ارتقادهنده سلامتی دارند. هم‌چنین گروه سنی بالای ۶۵ سال نیز به دلیل کاهش توانایی جسمی و برخی محدودیت‌های حرکتی، نسبت به گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال از نظر سطح خودمراقبتی و انجام رفتارهای سالم در سطح پایین‌تری قرار دارند.[۲۴] در مطالعه انجام شده توسط هارونی و همکاران[۲۴] نیز سطح رفتارهای ارتقادهنده سلامت در میان افراد بالای ۶۵ سال پایین گزارش شده است. هم‌چنین در میان افراد بالای ۶۵ سال به دلیل عدم حضور فرزندان در خانواده و در نتیجه کاهش توجه و حمایت خانوادگی، سطح استرس بیشتر و توانایی مدیریت استرس کمتر می‌باشد.[۲۴،۲۵] در صورتی که آموزش‌های برنامه‌ریزی شده و مداوم جهت تشویق رفتارهای ارتقادهنده سلامت وجود داشته باشد، انجام این رفتارها در بین گروه‌های مختلف سنی به یکدیگر نزدیک خواهد شد.

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که مردان نسبت به زنان از نظر لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس در سطح بالاتری قرار دارند. باقیانی مقدم و همکاران[۲۶] در پژوهشی که بر روی بیماران مبتلا به پرفشاری خون انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که از نظر رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی، در کل مردان نسبت به زنان وضعیت بهتری دارند. عملکرد بهتر مردان نسبت به زنان در این زمینه را می‌توان به خودکارآمدی درک شده بیشتر و موانع درک شده کمتر توسط آن‌ها نسبت داد. مردان به دلیل عوامل اجتماعی، نقش‌ها و برخورداری از فرصت‌های بیشتر، خودکارآمدی درک شده بالاتری دارند، در نتیجه از نظر رفتارهای خودمراقبتی در سطح بالاتری قرار می‌گیرند.[۲۲]

براساس یافته‌های مطالعه حاضر میانگین نمره رفتارهای ارتقادهنده سلامت کلی و ابعاد آن (به جزء فعالیت‌های جسمانی) در بیماران با سابقه ابتلا به دیابت ۳ تا ۱۰ سال نسبت به بیماران با سابقه کمتر از ۳ سال بیشتر بود. در توجیه این یافته می‌تواند گفت بیمارانی که مدت بیشتری از ابتلای آن‌ها سپری شده، به دلیل سازگاری با بیماری و پذیرش بیماری خود و هم‌چنین به دلیل درک بیشتر از حساسیت بیماری خود، مسئولیت‌پذیری بهداشتی بیشتری دارند و میزان تبعیت از رفتارهای مرتبط با خودمراقبتی در میان آن بیشتر است. یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که کارمندان دولتی نسبت به افراد دارای شغل آزاد از نظر وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت کلی در وضعیت بهتری قرار دارند که این یافته دور از انتظار نبود. موقعیت شغلی خوب منجر به درآمد خوب و دسترسی بیشتر به امکانات رفاهی و بهداشتی می‌شود، در نتیجه سطح خودمراقبتی و رفتارهای بهداشتی در میان آن‌ها افزایش می‌یاد.[۲۲،۲۷] هم‌چنین افراد با درآمد خوب و متوسط از نظر مسئولیت‌پذیری در قبال سلامتی خود و تغذیه سالم وضعیت بهتری نسبت به افراد با درآمد ضعیف داشتند که دلیل این یافته ها را می‌توان به دسترسی افراد دارای درآمد خوب و متوسط به امکانات رفاهی و بهداشتی بیشتر نسبت داد.[۲۲،۲۷] براساس یافته‌های مطالعه حاضر افراد با درآمد عالی از نظر لذت بردن از زندگی و مدیریت استرس نسبت به افراد با درآمد خوب و متوسط و حتی ضعیف، در سطح پایین‌تری قرار داشتند، که این یافته در تضاد با مشاهدات معمول و بحث‌برانگیز می‌باشد و انجام مطالعات بیشتر در تایید و یا رد این یافته پیشنهاد می‌شود.

یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر مقطعی بودن نوع مطالعه است که مانع از نسبت دادن رابطه علیتی میان رفتارهای ارتقادهنده سلامت و متغیرهای مورد مطالعه

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]
[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

می‌گردد. جمع‌آوری داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی و احتمال عدم ابراز پاسخ‌های واقعی از سوی شرکت‌کنندگان، محدودیت دیگر این مطالعه است. هم‌چنین این احتمال وجود دارد که بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در مناطق دیگر روندهای متفاوتی نسبت به نمونه‌های این مطالعه نشان دهند. بنابراین نتایج قابل تعمیم نبوده و انجام مطالعات مشابه در سایر مناطق مختلف کشور توصیه می‌شود.

نتیجه‌گیری

بیماران تحت بررسی از نظر وضعیت رفتارهای ارتقادهنده سلامت در سطح متوسط قرار داشتند که این وضعیت قابل قبول نمی‌باشد و نیاز به ارتقای این رفتارها به خصوص در زمینه کاهش ریسک‌پذیری و مسئولیت‌پذیری بهداشتی وجود دارد. با توجه به اینکه رفتارهای خودمراقبتی و ارتقادهنده سلامتی در پیشگیری و به تعویق انداختن عوارض حاد و مزمن بیماری دیابت نقش بسیار مهمی ایفا می‌کنند، پیشنهاد می‌شود انواع مداخلات از جمله مداخلات آموزش بهداشت با هدف ارتقای این رفتارها در میان بیماران دیابتی طراحی و اجرا شود. جهت دستیابی به این هدف می‌توان از تخصص و تجربه آموزش‌گران بهداشت در کلینیک‌های دیابت بهره برد. هم‌چنین یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که بیماران دیابتی (زیر ۵۰ و بالای ۶۵ سال، زن، با تحصیلات پایین، درآمد ضعیف، دارای شغل آزاد، با سابقه ابتلای کمتر از ۳ سال، با سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت، با درمان خوراکی و ترکیبی دیابت و با نمایه توده بدنی غیرطبیعی) و هم‌چنین بیمارانی که سیگار مصرف می‌کنند، جهت اجرای این مداخلات در اولویت هستند. به کارگیری الگوهای خودمراقبتی در سیاست‌گذاری بهداشتی مربوط به بیماری‌های مزمن، می‌تواند نقش مهمی در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد. امید است نتایج این مطالعه بتواند پایه‌ای برای پژوهش‌های بعدی در زمینه رفتارهای خودمراقبتی و ارتقادهنده سلامتی بیماران دیابتی باشد تا به بهبود و درمان هر چه بیشتر این بیماری کمک کند.

سپاسگزاری: این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی اسدآباد با کد اخلاق IR.ASAUMS.REC.1399.023 می‌باشد. بدین‌وسیله از دانشکده علوم پزشکی اسدآباد، بیمارستان قائم اسدآباد و تمامی بیمارانی که در مطالعه ما مشارکت داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع: نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی در این مقاله وجود ندارد.

References

1. Barzegar H, Moosazadeh M, Jafari H, Esmaeili R. Evaluation of dialysis adequacy in hemodialysis patients: A systematic review. Urol J 2016; 13: 2744-9.
2. Bidi F, Hassanpour K, Ranjbarzadeh A, Kheradmand. A. Effectiveness of educational program on knowledge, attitude, self care and life style in patients with type II diabetes. J Sabzevar Univ Med Sci 2013; 19: 336-44.[Farsi]. Available from URL: http://jsums.medsab.ac.ir/article_300.html?lang=en
3. Nejhaddadgar N, Darabi F, Rohban A, Solhi M, Kheire M. The effectiveness of self-management program for people with type 2 diabetes mellitus based on PRECEDE-PROCEDE model. Diabetes Metab Syndr 2019; 13: 440-3.
4. Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA. Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors. Rev Lat Am Enfermagem 2007; 15: 1105-12.
5. Hamadzadeh S, Ezatti Z, Abedsaeidi Z, Nasiri N. Coping styles and self-care behaviors among diabetic patients. Iran J Nurs 2013; 25: 24-33.[Farsi]. Available from URL: http://ijn.iums.ac.ir/browse.php?a_id=1473&sid=1&slc_lang=en
6. Vakilian P, Oskouie F, Mahmoudi M, Khachian A, Haghani S. The Effect of Educational Intervention Based on the Pender's Health Promotion Model on Lifestyle of Patients with Diabetic Foot Ulcers: A Clinical Trial. Iran J Endocrinol Metab 2020; 21: 287-96.[Farsi]. Available from URL: https://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-2644-en.html
7. Chen CP, Peng YS, Weng HH, Yen HY, Chen MY. Health-promoting behavior is positively associated with diabetic control among type 2 diabetes patients. Open J Nurs 2013; 3: 274-80. Available from URL: https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=32981
8. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Eftekhar Ardebili H, Niknami S, Hajizadeh E, et al. Assessment of factors affecting self-care behavior among women with type 2 diabetes in Khoy City Diabetes Clinic using the extended theory of reasoned action. J Sch Public Health Inst Public Health Res 2011; 9: 9-92.[Farsi]. Available from URL: https://sjsph.tums.ac.ir/browse.php?a_id=55&sid=1&slc_lang=en
9. Weinger K, Butler HA, Welch GW, La Greca AM. Measuring diabetes self-care: a psychometric analysis of the Self-Care Inventory-Revised with adults. Diabetes Care 2005; 28: 1346-52.
10. Chahardah-Cherik S, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B. The relationship between health literacy and health promoting behaviors in patients with type 2 diabetes. Int J Community Based Nurs Midwifery 2018; 6: 65-75.
11. Mirhadyan L, Molaee S, Mosaffay Khomami H, Kazem Nejad Leili E. Health promoting-behaviors and its relation with the risk of type 2 diabetes in women referred to community health centers in Rasht. J Res Dev Nurs Midw 2019; 16: 33-42. Available from URL: http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1100-en.html

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

12. Tol A, Mohebbi B, Sadeghi R, Maheri AB, Eshraghian MR. Determinants of health-promoting behaviors among type 2 diabetic patients: voice of Iran. Open J Endocr Metab Dis 2014; 4: 219-24. Available from URL:https://www.scirp.org/journal/paperinformation.aspx?paperid=49961
13. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2013; 36: S67-74.
14. Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women with Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. Iran J Health Educ Health Promot 2017; 5: 328-35.[Farsi]. Available from URL: https://journal.ihepsa.ir/browse.php?a_id=677&sid=1&slc_lang=en
15. Khazarloo S, Feizi A. Relation between Self-efficacy Perceived and Self-care Action in Diabetic Patients Refer to Uromiey Diabetes Clinic. J Urmia Nurs Midwifery Fac 2011; 10: 369-75.[Farsi]. Available from URL: https://unmf.umsu.ac.ir/browse.php?a_id=943&sid=1&slc_lang=fa
16. Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. Diabetes Educ 2008; 34: 501-10.
17. Parham M, Riahin A, Jandaghi M, Darivandpour A. Self Care Behaviors of Diabetic Patients in Qom. Qom Univ Med Sci J 2012; 6: 81-7.[Farsi]. Available from URL: http://journal.muq.ac.ir/browse.php?a_id=539&sid=1&slc_lang=en
18. Mazlom SR, Firooz M, Hoseini SJ, Hasanzadeh F, Kimiaie SA. Self-care of Patient with Diabetes Type II. J Sabzevar Univ Med Sci 2016; 22: 1018-25. [Farsi] Available from URL: http://jsums.medsab.ac.ir/article_786.html
19. Tang TS, Funnell MM, Brown MB, Kurlander JE. Self-management support in "real-world" settings: an empowerment-based intervention. Patient Educ Couns 2010; 79: 178-84.
20. Teufel-Shone NI, Drummond R, Rawiel U. Peer reviewed: Developing and adapting a family-based diabetes program at the u.s.-Mexico border. Prev Chronic Dis 2005; 2: 1-9.
21. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. Yafteh 2012; 14: 49-57.[Farsi]. Available from URL: http://yafte.lums.ac.ir/browse.php?a_code=A-10-1-205&slc_lang=en&sid=1
22. Azadbakht M, Garmaroodi G, Taheri Tanjani P, Sahaf R, Shojaeizade D, Gheisvandi E. Health promoting self-care behaviors and its related factors in elderly: application of health belief model. J Educ Community Health 2014; 1: 20-9. [Farsi]. Available from URL: http://jech.umsha.ac.ir/article-1-47-en.html
23. Baji Z, Zamani alavijeh F, Nouhjah S, Haghighizadeh MH. Self-care Behaviors and Related Factors in Women with Type 2 Diabetes. Iran J Endocrinol Metab 2015; 16: 393-401.[Farsi]. Available from URL: http://ijem.sbmu.ac.ir/browse.php?a_id=1772&sid=1&slc_lang=en
24. Harooni J, Hassanzadeh A, Mostafavi F. Influencing factors on health promoting behavior among the elderly living in the community. J Educ Health Promot 2014; 3: 40-7.
25. Iddrisu MA, Senadjki A, SPR CR, Yong HN, Yew KT, Poulsaeman V. Factors of Health Promotion Behaviour (HPB) and Elderly Health Diseases in Malaysia. J Popul Ageing 2020: 1-31. Available from URL: https://doi.org/10.1007/s12062-020-09284-5
26. Baghianimoghadam M, Aivazi S, Mzloomy SS, Baghianimoghadam B. Factors in relation with self–regulation of Hypertension, based on the Model of Goal Directed behavior in Yazd city. J Med Life 2011; 4: 30-5.
27. Sanaati F, Geranmayeh M, Behboodi Moghadam Z, Zareiyan A, Samadaee Gelehkolaee K, Mirghafourvand M. A population-based study of health-promoting behaviors and their predictors in Iranian males, 2019. Arch Public Health 2021; 79: 1-7.

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]

Original Article

Assessment of Health Promoting Behaviors and Relevant Factors Among Type 2 Diabetic Patients Covered by Asadabad School of Medical Sciences

Maheri M[1], Darabi F[2], Elahi M[3], Yaseri M[4]

[1]Department of Public Health, School of Health, Social Determinants of Health Research Center, Clinical Research Institute, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran, [2]Department of Public Health, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran, [3]Bachelor of Science in Nursing, Asadabad School of Medical Sciences, Asadabad, Iran, [4]Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: fatemedarabi43@yahoo.com

Received: 05/05/2021 **Accepted**: 23/08/2021

Abstract

Introduction: Given the importance of adhering to health-promoting behaviors by patients with diabetes and the need to detect factors affecting the adoption of this behavior, this study aimed to assess the health-promoting behaviors and relevant factors among Type 2 Diabetic Patients in Asadabad, Iran. Materials and Methods: This cross-sectional study included 427 type 2 diabetic patients referred to the diabetes clinic of Ghaem hospital in Assadabad. The data collection tool was a two-section questionnaire addressing the participants' demographic information and Type 2 Diabetes Mellitus Health Promotion. Data analysis was performed with SPSS software version 16 using descriptive and analytical statistics. In this study, $p<0.05$ was set as the significance level. Results: The participants' mean score of total health-promoting behaviors was 51.95±10.03. Of the six dimensions, the highest mean score was obtained for stress management and enjoy-life, and the lowest mean score was related to risk-reducing and health responsibility. There was a significant relationship between total health-promoting behaviors with age, years spent with diabetes, level of education, employment status, family income status, and body mass index. Conclusion: The diabetic patients' health-promoting behaviors were not at an acceptable level; hence, it is necessary to develop and implement various health education and health promotion interventions to improve the health-promoting behaviors of diabetic patients by focusing on the low-level dimensions and factors associated with such behaviors.

Keywords: Health Promoting Behaviors, Self-Care, Diabetic Patient, Type 2 Diabetes

[Downloaded from ijem.sbmu.ac.ir on 2025-12-20]

[DOR: 20.1001.1.16834844.1399.22.6.4.1]