

تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو: یک مطالعه کیفی

نسرین ستوده^۱، دکتر تیمور آقاملایی^۲، دکتر الهام بوشهری^۳، صدیقه عابدینی^۴

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران، ^۲ آستاد آموزش بهداشت، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقا سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران، ^۳ آستادیار آموزش پزشکی، مرکز توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان، بندرعباس، ایران.

مجله طب پیشگیری سال سوم شماره سوم پاییز ۹۵ صفحات ۳۰-۲۱

چکیده

مقدمه: دیابت شایع ترین اختلال متابولیک در انسان است و مدیریت آن از طریق انجام رفتارهای خود مراقبتی الزامی است. چون مستنداتی مبنی بر تجربه یا درک بیمار از مفهوم خود مراقبتی وجود ندارد و این در حالی است که تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتی می تواند نقش مهمی در طراحی مدل های کاربردی خود مراقبتی در این بیماران داشته باشد، لذا مطالعه حاضر با هدف تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو طراحی و انجام شد. **روش ها:** این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوا می باشد که با استفاده از مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته و با رعایت حداکثر تنوع از ۱۵ مرد و زن ۶۸-۳۳ ساله مبتلا به دیابت نوع دو با شیوه نمونه گیری هدفمند در شهرستان رودان انجام شد. مصاحبه ها با استفاده از راهنمای مصاحبه در مدت زمان ۵۵-۲۵ دقیقه انجام گرفت، و برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوی کیفی استفاده شد.

نتایج: با تجزیه و تحلیل داده ها در خصوص مفهوم خود مراقبتی دو طبقه اصلی شامل: جنبه ی حفاظتی خود مراقبتی و جنبه ی اقتصادی خود مراقبتی استخراج شد. جنبه ی حفاظتی خود مراقبتی شامل سه زیر طبقه: حفاظت شخصی، حفاظت خانواده و حفاظت جامعه و جنبه ی اقتصادی خود مراقبتی شامل دو زیر طبقه اقتصاد خانواده و اقتصاد جامعه بود.

نتیجه گیری: با توجه به تبیین جنبه های متنوع و مجزا از مفهوم خود مراقبتی در این مطالعه، می توان یافته ها را به عنوان مبنای برنامه ریزی جهت انجام موفق آموزش های خود مراقبتی پیشنهاد داد.

کلیدواژه: خود مراقبتی، دیابت، پژوهش کیفی.

نویسنده مسئول:
دکتر تیمور آقاملایی
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی در ارتقای سلامت، دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان
بندرعباس - ایران
تلفن: +۹۸ ۷۶ ۳۳۳۳۸۰۸۳
پست الکترونیکی:
teaghamlaei@gmail.com

دریافت مقاله: ۹۵/۳/۱ پذیرش مقاله: ۹۵/۶/۱۰

مقدمه:

دیابت شایع ترین اختلال متابولیک در انسان است. در این اختلال متابولیک مزمن، بدن قادر به تولید یا استفاده از انسولین بطور مناسب نمی باشد. این بیماری با علائمی نظیر پرادراری، پرنوشتی، شب ادراری و کاهش وزن شروع می شود(۲). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۱ تعداد ۳۴۶ میلیون نفر بیمار دیابتی در جهان وجود داشته که در صورت عدم مداخله این تعداد در سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد شد و همینطور طبق تخمین این سازمان تعداد بیماران مبتلا به دیابت در ایران تا

تا چندی قبل بیماریهای واگیر به عنوان بزرگترین معضل بهداشتی کشورهای جهان سوم به شمار می رفت، بطوری که تمام توان کشورها، صرف کنترل و پیشگیری از همه گیری های این بیماری ها می شد. درحال حاضر افزایش بیماریهای غیر واگیر مخصوصا در کشورهای در حال توسعه تهدیدی جدی در حوزه سلامت به شمار می رود. از جمله بیماریهای مهم این گروه، دیابت می باشد(۱).

آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دارای ضربان ساز دائم تأیید شد که با نتایج پژوهش های دیگر همخوانی دارد (۱۰). اما با وجود تعریف، فرایند و گام های اجرایی برنامه خود مراقبتی، و مقالاتی که بصورت کمی تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مختلف بررسی کرده اند، مستندات مبنی بر تجربه یا درک بیمار از مفهوم خود مراقبتی وجود ندارد. این یافته ها و مستندات می تواند تفاوت های موجود، بین درک سیاستگذاران از برنامه با درک تجربه کنندگان از برنامه خود مراقبتی، تفاوت های موجود بین اهداف سیاستگذاران با اهداف تجربه کنندگان، و عوامل زمینه ساز و اثرگذار بر موفقیت اجرای برنامه خود مراقبتی از دیدگاه تجربه کنندگان را کشف کند. تا سیاستگذاران را در برنامه ریزی برای خود مراقبتی یاری کند. مطالعات کمی، با استفاده از تعدادی پرسشنامه محدود نمی توانند عمق و پیچیدگی نظرات بیماران دیابتیک را در خصوص مفهوم خود مراقبتی منعکس کنند. اما با استفاده از روش تحقیق کیفی می توان به عمق تجارب بیماران در خصوص این بیماری پی برد (۱۱). لذا هدف مطالعه حاضر تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش ها:

این مطالعه یک پژوهش کیفی از نوع تحلیل محتوا می باشد که با هدف درک بیماران دیابتی از مفهوم خود مراقبتی انجام شد. پژوهش کیفی، روشی سیستماتیک و ذهنی برای توصیف تجارب زندگی و به دست آوردن معنی آن ها می باشد (۱۲). اکثر مطالعات کیفی در صدد بررسی معنای واقعیات هستند و تعمیم پذیری در آنها چندان مهم نیست (۱۳). به این دلیل است که پژوهش کیفی بیشتر برای موضوعاتی به کار می رود که با روش کمی کمتر قابل بررسی و درک بوده و داده های کافی و مناسبی در مورد آن ها وجود ندارد (۱۴). با توجه به یافته های اندک در مورد تبیین مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، در این پژوهش از رویکرد کیفی استفاده شد. در این پژوهش ۱۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو شرکت داشتند که از این تعداد ۷ نفر از بیماران از مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه های بهداشت و ۸ نفر از بیماران تحت پوشش پایگاه های سلامت در شهرستان رودان در استان هرمزگان بودند. با رعایت حداکثر تنوع، خصوصیات نمونه ها شامل: ۸ نفر زن، ۷ نفر مرد، گروه های سنی بین ۳۳ تا ۶۸ سال، سابقه ی

سال ۲۰۳۰ به ۶ میلیون نفر خواهد رسید. هر سال ۴ میلیون فرد مبتلا به دیابت در دنیا دچار زخم پا می شوند و هر ۳۰ ثانیه یک نفر در جهان پای خود را به علت دیابت از دست می دهد (۳). هزینه های مربوط به دیابت را سالانه ۹۹ میلیارد دلار برآورد می کنند که شامل هزینه های مستقیم و هزینه های غیر مستقیم مربوط به ناتوانی، معلولیت و مرگ و میر زودرس می باشد (۴). دیابت درمان قطعی ندارد و پیشگیری بهترین راه مقابله با آن می باشد. اقداماتی مانند غربالگری و بیماریابی موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران گردیده و در کاهش هزینه موثر است. با شناسایی به موقع و مراقبت صحیح بر پایه ی آموزش بیماران و خود مراقبتی آن ها می توان از عوارض حاد و مزمن بیماری پیشگیری نمود، یا بروز آن را به تعویق انداخت (۵). از نظر صاحب نظران عنصر حیاتی در کنترل دیابت آموزش و اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی است (۶). خود مراقبتی شامل توانایی افراد برای انجام فعالیت های مراقبت از خود می شود. بعبارت دیگر، توانایی شخص برای ایجاد تعادل بین انجام مراقبت از خود و نیازهای خودمراقبتی از خود را عامل خودمراقبتی می گویند، که ممکن است بوسیله خودفرد یا افراد دیگر صورت گیرد (۷).

یکی از تئوری هایی که بر مبنای ارتقا جایگاه جسمی و روحی انسان ارائه گردیده است، تئوری "توانمند سازی" است. تئوری توانمندسازی بر این مهم استوار است که انسان ها می بایست ظرفیت لازم برای تصمیم گیری (توانایی تصمیم گیری مستقل) را داشته باشند، و از طرفی بتوانند مسئولیت عواقب تصمیمات خودشان را بپذیرند (۸). طبق این تئوری مهمترین مولفه ای که میتواند منجر به ایجاد توانمندی در فرد شود، رفتار خود مراقبتی به عنوان یک الگو می باشد. خود مراقبتی شامل انجام برخی جنبه های مراقبت جسمی است. و شرکت فعالانه بیمار در روند مراقبت از خود مانند پیگیری پیشرفت درمان، مانیتورینگ علائم، بررسی عوارض جانبی، پیگیری رفتارهای مثبت مرتبط با سلامت از قبیل داشتن یک رژیم غذایی سالم، ورزش منظم و بهبود سلامت عمومی بیمار میباشد. که در نهایت باعث بهبود سلامتی و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی تر شدن استفاده از خدمات و کاهش هزینه های سلامت میشود (۹). سوابق اجرای طرح خود مراقبتی در ایران موید تأثیر اجرای این برنامه بر افزایش کیفیت زندگی در بیماریهای مختلف می باشد. به گونه ای که در مطالعه شهریار و همکاران (۱۳۸۴)، تأثیر برنامه

ابتلا به بیماری دیابت بین ۲ تا ۱۵ سال و مقطع تحصیلی از بی سواد تا لیسانس بود. شرکت کنندگان با استفاده از نمونه گیری مبتنی بر هدف تا رسیدن به اشباع از مراکز بهداشتی - درمانی روستایی، مرکز جامع سلامت شهری و پایگاه های سلامت انتخاب شدند. معیار های ورود به مطالعه شامل سابقه ابتلای حداقل دو سال به بیماری دیابت و حداقل یکسال شرکت در برنامه آموزشی خودمراقبتی بود. معیار خروج بیماران از مطالعه، عدم رضایت و تمایل به شرکت در مطالعه بود.

برای جمع آوری داده ها از مصاحبه انفرادی نیمه ساختار یافته که معمول ترین روش در پژوهش های کیفی است، استفاده شد تا بتوان اطلاعات جامع و کامل تری جمع آوری کرد. پس از انتخاب مشارکت کنندگان در شروع مصاحبه، اهداف مطالعه برای شرکت کنندگان توضیح و رضایت شفاهی از آنها برای ضبط صدا اخذ شد. به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که از مطالب ضبط شده بدون ذکر نام و مشخصات آن ها استفاده خواهد شد. همچنین جهت تصدیق گفته های شرکت کنندگان و یا نیاز به انجام مصاحبه های بعدی و کسب اطلاعات بیشتر در انتهای مصاحبه اجازه تماس های بعدی گرفته شد. در انجام مصاحبه برای اطمینان از بیان تمام موضوعات از راهنمای مصاحبه استفاده گردید. مصاحبه ها به صورت حضوری در زمان های مورد نظر شرکت کنندگان در پایگاه سلامت، خانه های بهداشت و مرکز بهداشتی درمانی صورت گرفت. هر مصاحبه به طور تقریبی ۲۵ تا ۵۵ دقیقه به طول انجامید. در ابتدای هر مصاحبه ابتدا اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان پرسیده شد و سپس مصاحبه با یک سوال کلی آغاز گردید. بدین ترتیب که از افراد درخواست می شد سابقه ابتلا به بیماری دیابت و نحوه ی پی بردن به این بیماری را شرح دهند. این باعث می گردید که شرکت کنندگان برای ادامه مصاحبه تشویق شوند. در ادامه با توجه به راهنمای مصاحبه از سوالات عمیق تری استفاده شد. به عنوان مثال سوالاتی از قبیل مفهوم خودمراقبتی چیست؟ چرا از خودتان مراقبت می کنید؟ شرکت کنندگان را به ادامه صحبت تشویق می کرد. تمامی مصاحبه ها به وسیله ضبط صوت ضبط گردید. هر مصاحبه پس از ضبط کدگذاری شده و به هر مصاحبه یک کد اختصاص یافت. مصاحبه ها در اولین فرصت ممکن به صورت کلمه به کلمه تایپ شد. بدین منظور ابتدا مصاحبه ها گوش داده و سپس کلمه به کلمه بر روی

کاغذ منتقل گردید و تایپ شد. در مرحله بعد به هر جمله یک خط اختصاص داده شد. به هریک از خطوط شماره داده شد تا بازگشت به هر بخش از داده ها در زمان کدگذاری ممکن باشد. متن مصاحبه مجدداً با موارد ضبط شده تطبیق داده شد. این عمل بدین منظور انجام گرفت تا دقت اطلاعات ثبت شده افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر اطلاعات جمع آوری شده پیدا کند. مصاحبه ها هم زمان با انجام مصاحبه ی بعدی تحلیل می شدند که این مساله موجب هدایت مصاحبه گر در ارائه پرسش های مرتبط با موضوع و نیز تخمین زمان اشباع داده ها گردید. زمان جمع آوری داده ها تقریباً ۴ ماه به طول انجامید.

برای تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل محتوی کیفی استفاده شد. در این روش پژوهشگر قبل از شروع تحلیل داده ها از تئوری یا پژوهش های قبلی موجود برای ایجاد کد های اولیه استفاده نمی کند و در جست و جوی معنی نهفته در داده ها می باشد، همان گونه که مراحل تحلیل پیش می رود طرح ریزی کدهای اولیه، بازنگری و پالایش انجام می شود (۱۵). مصاحبه ها که بصورت خط به خط نوشته شده بودند چندین بار خوانده شد و به موارد ضبط شده گوش داده شد تا حس کلی حاصل شود. کدهای اولیه با خواندن کلمه به کلمه متون در هر جمله استخراج و در حاشیه سمت راست صفحه نوشته شد. تمامی کدهای اولیه جمع و در یک جدول کدگذاری لیست شد. این امر به شکل گیری مجموعه داده های بعدی کمک کرد که آیا ما سوالات خود را درست می پرسیم؟ این کار همزمان با مصاحبه با شرکت کنندگان دیگر صورت گرفت و کدگذاری متن ها ادامه پیدا کرد. کدهای جزئی در زیر مجموعه عناوین کلی تر دسته بندی شد. این فرایند منجر به کاهش تعداد زیادی از کدهای اولیه گردید و پس از آن کدها با یکدیگر مقایسه شدند و کدهای مشابه در یک طبقه قرار گرفتند و زیر طبقه ها را تشکیل دادند و طبقه هایی که شبیه هم بودند در کنار یکدیگر قرار گرفته و طبقاتی که از نظر خصوصیات مشابه بودند تلفیق شدند و به درون طبقه های بزرگتر دیگری به نام طبقه های اصلی وارد شدند. برای سهولت تجزیه و تحلیل، طبقه های مشابه بر روی برگه های جداگانه رونویسی و تایپ شد. سپس درون مایه ها (تم ها) استخراج شد. به هر طبقه و درون مایه (تم) یک اسم داده شد. این فرایند تا آنجا که منطقی و امکان پذیر بود ادامه یافت. برای شناسایی هرگونه از تم هایی که امکان داشت از دست رفته باشند و یا مناسبتر

با موضوع داشته باشند کل متن دوباره خوانده شد. همچنین نقل قول هایی مربوط به هر مصاحبه که به توصیف بهتر طبقه ها و تم های مشخص شده کمک می کرد توسط خط های رنگی زیر هر متن مشخص گردید. اصلی ترین و مهم ترین وظیفه ی پژوهشگر، اعتبار بخشی داده هاست که اعتبار، به اطمینان از درستی داده ها خبر می دهد (۱۶). به منظور اعتبار و روایی مطالعه از روش های پیشنهاد شده لینکن و گوبا (۱۷) استفاده شد. برای اطمینان از مقبولیت داده ها از نظرسنجی مشارکت کنندگان به صورت غیر رسمی در جریان پژوهش استفاده شد. با نسخه نویسی در اسرع وقت و قرار دادن آن در اختیار برخی از مشارکت کنندگان از آنان خواسته شد که دست نوشته ها را مطالعه و صحت همسانی آن ها را با تجارب بیان شده خود کنترل کنند. درضمن برای افراد مشارکت کننده بی سواد و کم سواد دست نوشته ها توسط محقق خوانده شد. این کار با برقراری ارتباط خوب با مشارکت کنندگان و جلب اعتماد آنان توسط پژوهشگر صورت گرفت. جهت همسانی که در واقع ثبات و پایایی داده در زمان و شرایط مشابه است، از دو ناظر خارجی با مدرک دکتری اپیدمیولوژی و دکتری آموزش بهداشت که دارای سابقه کار کیفی بودند خواسته شد تا مصاحبه ها و کدگذاری اولیه و طبقات را مورد بررسی قرار دهند. در این بازنگری مواردی که در آن اختلاف نظر بود مشخص گردید و در یک جلسه در خصوص آنها بحث و تبادل نظر شد و در نهایت نزدیک ترین کد یا طبقه با توافق اعضا انتخاب گردید. به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی قبل از اجرای مطالعه اهداف مطالعه برای مشارکت کنندگان بیان شد و از تمام شرکت کنندگان رضایت شفاهی و آگاهانه برای ورود به مطالعه و ضبط مصاحبه کسب گردید. برای این منظور پژوهشگر معیارهای ورود افراد به مطالعه، چگونگی روش اجرای مطالعه، روش جمع آوری داده ها و ضبط صدا، نقش پژوهشگر و مشارکت کنندگان در پژوهش را به طور کامل و شفاف برای مشارکت کنندگان بیان نمود. به مشارکت کنندگان اطمینان لازم در خصوص محرمانه بودن مصاحبه ها و اطلاعات آنان (اعم از نام، مصاحبه های تایپ شده و نوشتارها) داده شد. مشارکت کنندگان از حق کناره گیری در هر مرحله از پژوهش تا قبل از زمان ارسال نتایج جهت انتشار مقاله برخوردار بودند. در پایان هر مصاحبه از مشارکت کنندگان با اهدای هدیه قدردانی به عمل آمد.

نتایج:

دراین مطالعه ۱۵ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مصاحبه فردی شرکت کردند که از این تعداد ۸ نفر زن و ۷ نفر مرد بودند.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان

| کد | سابقه ابتلا به دیابت (سال) | سن | جنس | مقطع تحصیلی | محل سکونت |
|----|----------------------------|----|-----|-------------|-----------|
| ۱ | ۹ | ۵۲ | زن | ابتدایی | روستا |
| ۲ | ۱۰ | ۴۹ | زن | سیکل | شهر |
| ۳ | ۴ | ۵۳ | مرد | فوق دیپلم | شهر |
| ۴ | ۲ | ۳۵ | مرد | سیکل | شهر |
| ۵ | ۷ | ۶۲ | مرد | ابتدایی | شهر |
| ۶ | ۷ | ۵۱ | زن | ابتدایی | شهر |
| ۷ | ۵ | ۴۴ | مرد | فوق دیپلم | شهر |
| ۸ | ۴ | ۵۵ | زن | ابتدایی | شهر |
| ۹ | ۹ | ۶۳ | زن | ابتدایی | شهر |
| ۱۰ | ۸ | ۴۳ | زن | ابتدایی | روستا |
| ۱۱ | ۱۵ | ۴۷ | زن | سیکل | روستا |
| ۱۲ | ۴ | ۳۳ | مرد | سیکل | روستا |
| ۱۳ | ۴ | ۶۸ | مرد | بی سواد | روستا |
| ۱۴ | ۷ | ۴۴ | مرد | لیسانس | روستا |
| ۱۵ | ۹ | ۴۵ | زن | ابتدایی | روستا |

با تجزیه و تحلیل داده ها بر اساس سوال فوق شصت و چهار کد استخراج شد که در نهایت به دو طبقه اصلی (جنبه ی حفاظتی و جنبه ی اقتصادی) و پنج زیر طبقه (جنبه حفاظتی شخصی، جنبه حفاظتی خانواده، جنبه حفاظتی جامعه، جنبه اقتصادی خانواده و جنبه اقتصادی جامعه) تقسیم شد. جدول ۱-۲ طبقات و زیرگروه های استخراج شده را نشان می دهد.

جدول ۲- درون مایه و طبقه های استخراج شده از گفته های بیماران در خصوص مفهوم خودمراقبتی از دیدگاه آنان.

| طبقات اصلی | زیر طبقات |
|-------------------------------------|----------------------|
| مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه بیماران | جنبه حفاظتی شخصی |
| | جنبه حفاظتی خانواده |
| | جنبه حفاظتی جامعه |
| | جنبه اقتصادی خانواده |
| | جنبه اقتصادی جامعه |

جنبه حفاظتی

این طبقه بیانگر دیدگاه بیماران از مفهوم خود مراقبتی به عنوان حفاظت شخص، خانواده و جامعه در برابر بیماری دیابت بود و شامل سه زیر طبقه به شرح زیر بود:

۱-۱. جنبه حفاظتی شخصی

در این زیر طبقه شرکت کنندگان از مفهوم خود مراقبتی به عنوان پیشگیری از پیشرفت بیماری، حفظ سلامتی، کم شدن استرس، پیشگیری از تزریق انسولین، مقاومت در برابر دیابت، رعایت رژیم غذایی و درمانی و امید به زندگی یاد کردند.

یکی از بیماران از مفهوم خود مراقبتی به افزایش طول عمر اشاره و عنوان کرد که: "از خودم مراقبت میکنم که بیشتر زنده بمونم و بتونم بیشتر زندگی کنم چون به زندگیم امیدوارم" (کد ۲) یکی دیگر از بیماران گفت: "خودمراقبتی یعنی سلامتی، یعنی از خودت مراقبت کنی و کاری کنی که همیشه سالم باشی" (کد ۴).

بیمار دیگری مفهوم خود مراقبتی را جلوگیری از پیشرفت بیماری دانست و گفت: "خودمراقبتی یعنی اینکه مواظب باشی که بیماریت پیشرفت نکنه و قندت بالاتر نره" (کد ۲)

۱-۲. جنبه حفاظتی خانواده

در این زیر طبقه دیدگاه بیماران از مفهوم خود مراقبتی، تأثیری بود که خود مراقبتی بر خانواده آنان به جا میگذاشت. ایجاد روحیه سالم در خانواده، حامی بودن برای خانواده، خوشحالی و عدم نگرانی برای خانواده، برقراری تعاملات خانوادگی موثر، الگوی مناسب بودن برای اطرافیان، کاهش مشکلات زناشویی و حفظ رابطه بهتر با اعضای خانواده، داده های منتج به این زیر طبقه بود.

یکی از بیماران گفت: "اگه از خودم مراقبت کنم باعث میشه بچه هام از من یاد بگیرن که در آینده اگه اونام قند خون گرفتن بدونن که چطور باید از خودشون مواظبت کنن" (کد ۲).

بیمار دیگری از مفهوم خود مراقبتی به عنوان برقراری تعاملات خانوادگی اشاره و گفت: "اگه از خودم مراقبت کنم میتونم کارهای بچه هامو تو خونه انجام بدم و روحیشون خوب میشه و سرشون عصبانی نمیشم و داد نمیزنم" (کد ۶).

یکی دیگر از بیماران به مفهوم خودمراقبتی در کاهش مشکلات زناشویی اشاره و عنوان کرد که: "وقتی قندم بالا باشه رابطه ام با خانومم تغییر میکنه زود عصبانی میشم و میل جنسی ام کمتر میشه ولی وقتی قندم پایین باشه بهتر میشم" (کد ۱۳).

یکی از بیماران مفهوم خود مراقبتی را حمایت کردن خانواده دانست و گفت: "من هنوز بچه دارم تو خونه دخترم دانشجو هست، اگه من از خودم مراقبت نکنم بی سرپرست میشه به خاطر همین دوست دارم زنده بمونم و سالم باشم که حمایتشون کنم" (کد ۵).

۱-۳. جنبه حفاظتی جامعه

در این زیر طبقه بیماران از مفهوم خود مراقبتی به عنوان حفاظت جامعه و اطرافیانشان در برابر بیماری دیابت یاد کردند. حفظ صله ی رحم، برقراری رابطه موثر با اطرافیان و تأثیر مثبت روی شغل فرد، داده های منتج به این زیر طبقه بود.

یکی از بیماران از مفهوم خود مراقبتی به عنوان برقراری صله ی رحم یاد کرد و عنوان کرد: "خودمراقبتی یعنی اینکه سالم باشی تا بتونی به اطرافیانت سر بزنی ولی اگه سالم نباشی نمیتونی جایی بری و همیشه تنها میمونی" (کد ۱۳).

بیمار دیگری خودمراقبتی را اینگونه عنوان کرد: "اگه از خودم مراقبت کنم و سالم باشم رو شغلم هم اثر داره اگه مریض و افسرده باشم سر دانش آموزانم عصبی میشم و داد میزنم" (کد ۱۴).

بیمار دیگری عنوان کرد که: "وقتی از خودم مراقبت کنم و سالم باشم دوست دارم تو جمع باشم و با دیگران حرف بزنم ولی وقتی قندم بالا باشه زود عصبی میشم و حوصله کسی رو ندارم" (کد ۱۵).

۲. جنبه اقتصادی

طبقه جنبه اقتصادی انعکاس دهنده درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به منظور کمک به اقتصاد جامعه و خانواده بود. این طبقه خود شامل دو زیر طبقه: جنبه اقتصادی جامعه و جنبه اقتصادی خانواده بود.

۲-۱. جنبه اقتصادی خانواده

این زیر طبقه بیانگر درک بیماران از مفهوم خودمراقبتی به منظور کمک به اقتصاد خانواده بود و جلوگیری از بالا رفتن هزینه زندگی، سربار نبودن برای خانواده و صرفه جویی در هزینه های درمانی، را شامل شد.

یکی از بیماران از مفهوم خودمراقبتی در جلوگیری از بالا رفتن هزینه زندگی صحبت کرد و گفت: "اگر رعایت نکنم خانوادم باید ببرن دکتر، دارو برام تهیه کنند که اگر قندت دیگه زیاد بالا بره باید برا دوا دکتر از این شهر به اون شهر بری که اینا همش باعث میشه خرج خانواده بالا بره" (کد ۳).

بیمار دیگری به سربار نبودن اشاره و گفت: "اگر از خودم مراقبت کنم و سالم باشم خودم میتونم کار کنم و خرج زندگیمو در بیارم و محتاج کسی نباشم که به لیوان آب دستم بده" (کد ۴). بیمار دیگری در این خصوص عنوان کرد که: "اگر مواظب خودم نباشم و قندم بالا بره باید تو بیمارستان بستری بشم بچه هام مجبور میشن پیشم باشن که دیگه نمیتونن به کار و زندگیشون برسین" (کد ۹).

بیمار دیگری به مفهوم خودمراقبتی در کاهش هزینه های درمانی اشاره و عنوان کرد: "اگر من از خودم مراقبت کنم به جای یه بسته قرص در ماه ۲ ورق قرص استفاده میکنم که خرج کمتر میشه" (کد ۲).

۲-۲. جنبه اقتصادی جامعه

این زیر طبقه بیانگر درک بیماران از مفهوم خودمراقبتی به منظور کمک به اقتصاد جامعه بود و توانایی کارکردن و کمک به افراد جامعه، سربارن بودن برای دولت، مفید بودن برای جامعه، کم شدن هزینه ساخت دارو، کاهش واردات دارو توسط دولت، کاهش هزینه نگهداری و درمان برای دولت و تربیت موثر فرزندان و سربارن بودن آنها برای جامعه، را شامل شد.

یکی از بیماران گفت: "خود مراقبتی صددرصد رو جامعه هم تاثیر داره، چون یه فردی که قندخون داره و رعایت نکنه دولت باید بیشتر خرج کنه که دارو و انسولین رو درست کنه یا وارد کنه" (کد ۳).

یکی دیگر از بیماران در خصوص مفهوم خود مراقبتی عنوان کرد که: "اگر من به عنوان یه فرد دیابتی سالم باشم حتی میتونم یه نیروی مفید برا جامعه ام باشم میتونم برای دولت کار کنم و به مردم خدمت کنم" (کد ۲).

بیمار دیگری مفهوم خود مراقبتی را کمک به افراد جامعه دانست و گفت: "من ۲۰ ساله شغلم رانندگیه اگه من سالم باشم میتونم خواهرام و همسایه هامونو جابجا کنم (مسافر کشی کنم) و به درد مردم بخورم" (کد ۵).

بیمار دیگری مفهوم خودمراقبتی را در سربار نشدن دانست و گفت: "اگر از خودم مراقبت کنم و سالم باشم میتونم راحت کار کنم و فقط مصرف کننده نباشم" (کد ۵).

یکی دیگر از بیماران به مفهوم خودمراقبتی در کاهش هزینه نگهداری و درمان اشاره و عنوان کرد که: "بیماری قندخونی که من دارم برای دولت هزینه برداره مثلا اگه من از خودم مراقبت نکنم و از کار افتاده بشم دولت مجبوره خانواده منو از طریق بهزیستی و کمیته امداد حمایت کنه" (کد ۷).

بحث و نتیجه گیری:

با تجزیه و تحلیل داده ها در خصوص مفهوم خود مراقبتی دو طبقه اصلی شامل جنبه حفاظتی و جنبه اقتصادی خود مراقبتی استخراج شد. جنبه حفاظتی خود مراقبتی شامل سه زیر طبقه: حفاظت شخصی، حفاظت خانواده و حفاظت جامعه و جنبه اقتصادی خود مراقبتی شامل دو زیر طبقه: اقتصاد خانواده و اقتصاد جامعه بود.

این مطالعه نشان داد اغلب اولین مضمونی که بیماران از مفهوم خود مراقبتی درک می کنند، جنبه حفاظتی است. این طبقه بیانگر دیدگاه بیماران از مفهوم خود مراقبتی به عنوان حفاظت شخص، خانواده و جامعه در برابر بیماری دیابت بود. در همین راستا شیرواستاوا و همکاران نشان دادند که افراد دیابتی رفتارهای خود مراقبتی را انجام می دهند تا تاثیر محسوسی در روند درمان بیماری خود مشاهده کنند (۱۸). بر اساس پژوهش انجام شده توسط لوید و همکاران بیشترین عوارض دیابت مربوط به بعد جسمی می باشد که این عوارض منجر به پایین بودن کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در ابعاد سلامت عمومی و عملکرد جسمی می شود (۱۹). خود مراقبتی به عنوان یک فرایند تصمیم گیری سازنده تعریف میشود که رفتارهای اتخاذ شده می تواند تعادل فیزیولوژیکی را حفظ کرده و در صورت بروز علائم، بیمار می تواند این عوارض را مدیریت کند (۲۰). در این مطالعه از این طبقه سه زیر طبقه (جنبه حفاظتی شخصی، جنبه حفاظتی خانواده و جنبه حفاظتی جامعه) استخراج گردید. تجارب

زندگی بیماران دیابتی به این نتیجه رسیدند که شدت عوارض دیابت و عدم خود مراقبتی می تواند تاثیرات منفی فراوانی بر کیفیت زندگی بیماران مخصوصاً از لحاظ جنبه های روحی- روانی و اجتماعی داشته باشد (۲۴). باقری و همکاران در بررسی خود دریافتند که مشکلات و عوارض ناشی از بیماری دیابت علاوه بر بعد جسمی و روحی منجر به کاهش یافتن تعاملات اجتماعی و خانوادگی می شود (۲۵).

از دیگر یافته های مورد تامل مطالعه حاضر زیر طبقه جنبه حفاظتی جامعه به عنوان سومین مفهومی است که اکثر مشارکت کنندگان از آن به عنوان مفهوم خود مراقبتی یاد کردند. این زیر طبقه بیانگر دیدگاه بیماران از مفهوم خود مراقبتی به منظور تاثیر آن بر جامعه و اطرافیان است. مهمترین دلایل اهمیت خود مراقبتی برای جامعه از دیدگاه بیماران، حفظ صله ی رحم، برقراری رابطه موثر با اطرافیان و تاثیر مثبت روی شغل فرد، است. در این میان اکثر مشارکت کنندگان به مفهوم خود مراقبتی به عنوان حفظ صله ی رحم که یک فرهنگ در جامعه ما می باشد اشاره داشتند. باقری و همکاران در مطالعه خود دریافتند که مشکلات و عوارض ناشی از بیماری دیابت می تواند منجر به از دست دادن شغل و کاهش کارایی فرد در جامعه گردد (۲۵). از طرفی هنر برقراری ارتباط با دیگران از مهارت های اولیه ای است که چنان چه فرد به آن مجهز باشد، می تواند بسیاری از هیجانات مخرب را از خود دور ساخته و از سلامت روانی بیشتری برخوردار شود (۲۶).

یافته های پژوهش در مورد تبیین مفهوم خود مراقبتی همچنین نشان داد که طبقه جنبه اقتصادی بعد از جنبه حفاظتی به عنوان مهمترین درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی در بیماری دیابت می باشد. این طبقه انعکاس دهنده درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به منظور کمک به اقتصاد جامعه و خانواده است. بنابراین این طبقه خود شامل دو زیر طبقه (جنبه اقتصادی خانواده و جنبه اقتصادی جامعه) بود. بقایی و همکاران نشان دادند که خودمراقبتی در بیماران دیابتیک نه تنها از نظر بهداشتی بلکه از نظر تجزیه و تحلیل های اقتصادی جامعه مهم است و در نهایت منجر به کاهش هزینه های بهداشتی می گردد (۲۷).

منظور از زیر طبقه جنبه اقتصادی خانواده درک بیماران از تعریف خود مراقبتی به منظور نقش و اهمیت آن در کمک به اقتصاد خانواده است. اکثر مشارکت کنندگان معتقد بودند که یکی

مشارکت کنندگان نشان داد که زیر طبقه جنبه حفاظت شخصی به عنوان مهمترین مضمون این طبقه بود. منظور از جنبه حفاظتی شخصی درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به منظور تاثیری که بر خود شخص میگذارد، است. این تاثیر در نتیجه عواملی چون پیشگیری از پیشرفت بیماری، حفظ سلامتی، کم شدن استرس فرد، پیشگیری از انسولینی شدن، مقاومت کردن در برابر دیابت، رعایت رژیم غذایی و درمانی و امید به زندگی می باشد که در این میان اکثر مشارکت کنندگان مفهوم خود مراقبتی را رعایت رژیم غذایی و امید به زندگی می دانستند. غذای سالم و به عبارت بهتر تغذیه سالم، یکی از مهم ترین و شاید اساسی ترین راه دستیابی به سلامت جسم است، گرچه در ارتقای سلامت روان نیز بی تاثیر نیست (۲۱). نقشی که خود مراقبتی بر سلامت بیمار می گذارد باعث می شود بیمار انجام خود مراقبتی را بسیار مهم بداند. به گونه ای که شایقیان و همکاران نشان دادند که خود مراقبتی در دیابت، شامل طیف وسیعی از فعالیت ها مانند اندازه گیری منظم قندخون، تنظیم رژیم غذایی، ورزش کردن، استعمال به موقع داروها و چک کردن پاها می باشد (۲۲). زارع و همکاران در مطالعه خود (کیفی) مفهوم خود مراقبتی از دیدگاه نوجوانان را اینگونه مینویسند: تغذیه سالم، فعالیت فیزیکی، رعایت بهداشت، الگوی صحیح خواب و پرهیز از مصرف مواد مخدر و الکل (۲۱). ردکوپ و همکاران با بررسی کیفیت زندگی و سطح رضایتمندی از درمان در بیماران دیابتی نتیجه گرفتند که کیفیت زندگی بیماران دیابتی که هیچ عوارض جانبی ندارند، فقط مختصری پایین تر از کیفیت زندگی جمعیت عمومی می باشد (۲۳). دومین مفهومی که اکثر مشارکت کنندگان از مفهوم خود مراقبتی به عنوان جنبه حفاظتی یاد کردند جنبه حفاظتی خانواده بود. منظور از این مضمون درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به نحوی بود که اجرای آن بر خانواده شان داشت. در این زیر طبقه اکثر بیماران به عواملی همچون ایجاد روحیه سالم در خانواده، حامی بودن برای خانواده، خوشحالی و عدم نگرانی برای خانواده، برقراری تعاملات خانوادگی موثر، الگوی مناسب بودن برای اطرافیان، کاهش مشکلات زناشویی و حفظ رابطه بهتر با اعضای خانواده اشاره کردند. به گونه ای که در این بین اکثر آنان برقراری تعاملات خانوادگی موثر و حامی بودن برای خانواده را مهم می دانستند که در نهایت باعث افزایش تحکیم خانواده می گردد. کاماکو و همکاران نیز با بررسی کیفیت

از مفاهیم خود مراقبتی جلوگیری از بالا رفتن هزینه زندگی، سربار نبودن برای خانواده و صرفه جویی در هزینه های درمانی خانواده است. وایت در مطالعه خود نشان داد که کنترل دقیق قندخون به طور قابل توجهی در کاهش عوارض بیماری دیابت و همچنین کاهش هزینه های درمانی در این بیماران نقش بسزایی دارد (۲۸).

از دیگر مفاهیمی که در این مطالعه مد نظر مشارکت کنندگان بود، زیر طبقه جنبه اقتصادی جامعه بود که بیانگر درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به منظور کمک به اقتصاد جامعه است. در این مطالعه از جمله دلایلی که اهمیت خود مراقبتی برای کمک به اقتصاد جامعه را طبق نظر اکثر مشارکت کنندگان نشان میدهد شامل، توانایی کارکردن و کمک به افراد جامعه، سربار نبودن برای دولت، مفید بودن برای جامعه، کم شدن هزینه ساخت دارو، کاهش واردات دارو توسط دولت، کاهش هزینه نگهداری و درمان برای دولت و تربیت موثر فرزندان و سربار نبودن آنها برای جامعه، می باشد. به گونه ای که در مطالعه روندا مشخص شد که عوارض ناشی از بیماری دیابت که از عدم خود مراقبتی ناشی می شود منجر به بستری شدن های مجدد و نیاز مکرر به مراقبت های پزشکی - پرستاری می شود (۲۹).

نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران از مفهوم خود مراقبتی بیشتر بعنوان جنبه محافظتی یاد کردند. یعنی اینکه درک بیماران از مفهوم خود مراقبتی به حفاظت خانواده، جامعه و خودشان در برابر بیماری مربوط میشود. و در این میان از مفاهیمی که اکثر شرکت کنندگان از آن یاد کردند مفهوم خود مراقبتی بعنوان مسئولیت پذیری در قبال جامعه و خانواده بود. بنابراین از آنجا که در پژوهش کنونی مسئولیت پذیری در قبال جامعه و خانواده به عنوان مهمترین مفاهیم به دست آمده از واژه خود مراقبتی می باشد و با توجه به اینکه یکی از رویکردهای برنامه ملی خود مراقبتی، خود مراقبتی اجتماعی به عنوان فرایندی انتخابی، مشارکتی و فعال برای ارتقای سلامت یک جامعه است که توسط ائتلافی از شهروندان آن جامعه، طراحی، اجرا، پایش و ارزشیابی

سپاسگزاری:

از همکاری مسئولین محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان رودان، مشارکت کنندگان در طرح و معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی هرمزگان به دلیل تامین هزینه های طرح صمیمانه سپاسگزاریم.

میشود. می توان خود مراقبتی فردی و اجتماعی را با بهره گیری از خود مدیریتی، مهارت های ارتباطی برای کسب اطلاعات، استفاده از شبکه های حمایتی، تکنولوژی و ابزارهایی که از سوی وزارت بهداشت و درمان تدوین می شود، برای رسیدن به جامعه ای توسعه یافته که در آن مردم بتوانند با قدرت، امید، آگاهی، مهارت و صلاحیت کافی به صورت فردی، گروهی و جمعی نیازهای سلامت خود، خانواده، همسالان و جامعه را تعیین و اولویت بندی کنند و برای برآوردن نیازهای در اولویتشان برنامه ریزی و اقدام نمایند، تا با رعایت سبک زندگی سالم، خود مراقبتی، همیاری متقابل و مشارکت جمعی، سلامت، ایمنی، نشاط و بهره وری خود، خانواده، همسالان و جامعه ای که در آن زندگی می کنند را کنترل و ارتقا دهند. و با توجه به اینکه هیچ یک از مشارکت کنندگان به خود کلمه خود مراقبتی و مفهوم آن بطور مجزا اشاره نکردند که این میتواند ناشی از جدید بودن واژه خود مراقبتی باشد، بنابراین لازم است که از این واژه و مفهوم آن در سطح وسیع تری از جمله در رسانه ها یاد شود و همین طور اجرای مطالعات کیفی در زمینه مفهوم و عوامل تاثیرگذار بر خود مراقبتی از دیدگاه بیماران دیابتی پیشنهاد می گردد.

محدودیت ها

با توجه به اینکه مفهوم خود مراقبتی و عوامل تاثیر گذار بر آن در بیماران دیابتی با توجه به شرایط اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی هر منطقه متفاوت است، عدم امکان تعمیم این نتایج از محدودیت های این مطالعه خواهد بود. که اصولاً نیز هدف تحقیق کیفی تعمیم یافته ها نیست به گونه ای که بعضی معتقدند یگانگی تحقیق کیفی که با تعمیم پذیری آن در تعارض است، ویژگی برتر و انحصاری تحقیق کیفی است. نتایج حاصل از این مطالعه می تواند اطلاعات کاربردی و مفیدی را در زمینه جایگاه خود مراقبتی و عوامل تاثیرگذار بر آن در اختیار برنامه ریزان و مسئولان قرار دهد.

References

منابع

1. Tol A, Pourreza A, Tavasoli E, Rahimi Foroshani A. Determination of knowledge and health literacy among women with type 2 diabetes in teaching hospitals of TUMS. Hospital. 2012;11(3):45-52.
2. Ghafari M, Rakhshanderou S, Heidarnia A, Rajab A. The effectiveness of educational interventions on metabolic control in diabetic patients referred to Iranian Diabetes Association. Iranian Journal of Diabetes and Lipid. 2009;57-64.
3. Afshari M, Tol A, Taghdisi Mh, Azam K. The effect of the combinatorial program on improving foot care in type 2 diabetic patients referred to diabetes clinic of Samirom city: Application of BASNEF model. Health Syst Res Health Education supplement. 2014;1697-707.
4. Solhi M, Zinatmotlagh F, Jalilian F. Effectiveness of Education Program on Increasing Self Management Among Patients with Type II Diabetes Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences. 2012;20(1).
5. SAEIDINEJAT S, CHAHIPOUR M, ESMAILY HV, GHONCHE H, FATHALIZADEH S, OMIDBAKHSR R. ROLE OF FAMILY SUPPORT IN SELF CARE OF TYPE II DIABETIC PATIENTS. 2014.
6. Shayeghian Z, Amiri P, Aguilar-Vafaie M, Parvin M, Roohi Gillani K. The effect of alexithymia on the association between self care and control of blood sugar in type II diabetes patients. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014;13(2):123-30.
7. Rahimi A, Salehi SH, Afrasiabifar A. The Effect of Orem's Self-Care Model on Quality Of Life of Patients with Hypothyroid Goiter. Armaghan Danesh. 2012;17(5).
8. Feste Catherine, Anderson Robert M. Empowerment: from philosophy to practice. Patient education and counseling. 1995;26(1):139-44.
9. Royani Z, Rayyani M, Vatanparast M, Mahdaviifar M, Goleij J. The relationship between self-care and self-efficacy with empowerment in patients undergoing hemodialysis. Military Caring Sciences. 2015;1(2):116-22.
10. Shahriari M, Jalalvandi F, Yousefi H, Tavkol KH, Saneei H. The effect of a self-care program on the quality of life of patients with permanent pacemaker. Iranian Journal of Medical Education. 2005;5(1):45-52.
11. Shojaezadeh D, Shakibazadeh E, Rashidian A, Larigani B, Forouzanfar MH. Compare the views of patients with type 2 diabetes with specialized staff about the factors affecting diabetes self-care: a qualitative study. Iranian Journal of Diabetes and Lipid. 2009;9(2):142-51.
12. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizy S. Diabetes Diagnosis; Disrupter Identity? Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2011;13(1):26-35.
13. Adib Hajbagheri M, Parvizi S, Salsali M. Qualitative Research Methods. 964-399-080-X, editor. Tehran: Boshra; 2010.
14. Streubert Speziale HY, DR C. Advancing the Humanistic imperative 4th edition philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins. 2007.
15. Krippendorff K, CA B. An introduction to content analysis methodology. Sage publication. 2004.
16. Glaser BG, AL S. The discovery of grounded theory strategies for qualitative research. Chicago aldine publishing. 1967.
17. Morse J, Lincoln S. Qualitative research. 1994.
18. Shrivastava SR, Shrivastava PS, Ramasamy J. Role of self-care in management of diabetes mellitus. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders. 2013;12(1):1.
19. Loyd A, Sawyer W, P H. Impact of long- term complications on quality of life in patients with type 2 diabetes not using insuline. Blackwell Synergy. 2001;4(5):392.
20. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. Journal of cardiovascular Nursing. 2008;23(3):190-6.
21. Zare E, Simbar M, Z SH. Explaining the concept of self care in adolescents. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2015;4(4):395-405.
22. Shayeghian Z, Aguilar-Vafaie M, Besharat M, Parvin M, Roohi Gilani K. The Association between self-care and control of blood sugar and health-related quality of Life in type II diabetes patients. Iranian J Endocrino Meta. 2014;15(6):545-51.
23. Redekope WK, Koopmanschap MA, RP S. Health- related quality of life and treatment satisfaction in patients with type 2 diabetes. diabetes Care. 2002;25(3):458-63.
24. Camacho F, Anderson RT, RA B. Investigating correlates of health related quality of life in a low- income sample of patients with diabetes Qual life Res. 2002;11(8):783-96.
25. Bagheri H, Ebrahimi H, Taghavi N, MH H. Quality of life for diabetic patients on diabetes complications in patients referred to Imam Hossein hospital. University of Medical Sciences and Health Services Share kord martyr. 2005;7(2):50-6.
26. Khanifar H, M P. Life skills. Qom. 2005;2:15-23.
27. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Alavi NM, Adib-Hajbagheri M. Self care situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes Center, in 2005. Feyz Journals of Kashan University of Medical Sciences. 2008;12(1).
28. White JR. Economic considerations in treating patients with type 2 diabetes mellitus. Health syst pharm. 2002;59(9):14-7.
29. Rhonda SO. An update in diabetes management. Rehabilitaton nursing. 2000;25(5):177.

Explaining the concept of self-care from the viewpoints of patients with diabetes type II: A Qualitative Research

Nasrin Setoodeh¹, Teamur Aghamolaei², Elham Bushehri³, Sedigheh Abedini⁴

MSc Student of Health Education, Health School, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran¹, Professor of Health Education, Social Determinants on Health Promotion Research Center, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran², Associate Professor of Medical Education, Development Center of Medical Education, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran³, Associate Professor of Health Education, Health School, Hormozgan University of Medical Sciences, Bandar Abbas, Iran⁴.

(Received 21May, 2017 Accepted 31Aug, 2017)

ABSTRACT

Introduction: Diabetes is the most common metabolic disorder in humans and its management through self-care is required. Since there is no documentation of the patient's experience or understanding of the concept of self-care and the concept of care of patients with diabetes can play a role in the design of functional models of care in these patients, this study designed to explain the concept of self-care of patients with diabetes type II.

Methods: In this qualitative content analysis study enrolled fifteen 33-68 year-old men and women with type II diabetes who were selected through purposeful sampling in Rudan city. Data were collected using semi-structured interviews. Interviews carried out using an interview guide for the duration of 25-55 minutes. To analyze the data, qualitative content analysis method was used.

Results: By analyzing data on the self-care concept two main categories including the protective aspect of self-care and the economic aspect of self-care were extracted. The protective aspect of self-care consists of three subcategories including personal protection, family protection, and protection of society and economic aspects of self-care consists of two subcategories including economy of families and the economy of society.

Conclusion: The various distinct aspects of the concept of self-care which were obtained in this study can be used as the basis for planning a successful self-care training program.

Keywords: Self-care, Diabetes, Qualitative Research.

Correspondence:

T. Aghamolaei, PhD.

Social Determinants on Health
Promotion Research Center,
Hormozgan University of
Medical Sciences.

Bandar Abbas, Iran

Tel: +9876 33338583

Email:

teaghamolaei@gmail.com