pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن دربیماران دیابت نوع ۲

مهناز صلحی[۱]، صادق حضرتی[۲]، **نازیلا نژاددادگر[۳]***

۱- دانشیار گروه خدمات بهداشتی و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲- دانشیار گروه بهداشت حرفه ای، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران
۳- دانشجوی دکترای آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، ایران، تهران

نویسنده مسئول: نازیلا نژاددادگر، دانشگاه علوم پزشکی ایران naziladadgar60@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یکی از شایعترین بیماریهای غیرواگیر با عوارض قابل توجه است. یکی از عوامل کنترل عوارض بیماری دیابت، مشارکت بیمار در فرایند درمان است، این مشارکت یک فاکتور اثرگذار در بهبود کیفیت زندگی بیماران و اثربخشی درمان است. هدف این مطالعه تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی است.

مواد و روش ها: این مطالعه مقطعی توصیفی–تحلیلی روی ۱۲۹ بیمار مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر اردبیل در سال ۹۵ با استفاده از روش سرشماری انجام شد. اطلاعات با استفاده از فرم مشخصات و پرسشنامه استاندارد SDSCA که وضعیت خودمراقبتی بیماران را در طی هفت روز گذشته ارزیابی می کند جمع آوری شد. تجزیه و تحلیل داده ها از طریق نرم افزار SPSS ۱۶ و آزمونهای آماری تی تست، آزمون کای دو و ضریب همبستگی انجام شد. سطح معنی داری ۵ درصد در نظر گرفته شد.

یافته ها: از مجموع ۱۲۹ بیمار دیابتی شرکت کننده در مطالعه ۶۴ نفر مرد(۴۹/۶ درصد) و ۶۵ نفر (۵۰/۴ درصد) زن بودند. میانگین سنی آنها ۵۶/۸۲ سال بود و ۶۳/۵۶ درصد بیماران علاوه بر دیابت حداقل به یک بیماری های مزمن دیگر نیز مبتلا بودند. نمره خودمراقبتی ۴۶/۵ درصد بیماران شرکت کننده در مطالعه متوسط بود. رفتار خودمراقبتی با میزان در آمد، سن و تأهل ارتباط معنی داری داشت. بین برخی اجزای خودمراقبتی (شامل کنترل منظم قند خون، رعایت رژیم غذایی، مصرف دارو و مراقبت روزانه پاها) ارتباط معنی داری وجود داشت.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به اینکه وضعیت خودمراقبتی اکثر بیماران دیابتی متوسط بود. انجام مداخلات آموزشی منظم، هدفمند و مبتنی بر مدل به منظور شناسایی موانع رفتاری و ارتقای مؤلفه های خودمراقبتی پیشنهاد می شود.

کلید واژه ها: مطالعه توصیفی-تحلیلی، خودمراقبتی، دیابت ملیتوس، آموزش بهداشت.

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Solhi M, Hazrati S, Nejaddadgar N. Analysis of Self-care Behaviors and their Related Factors in Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (3) :223-231

تاریخ دریافت: ۹۶/۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۶/۶/۱۹

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

مقدمه و هدف

بیماری دیابت در حال حاضر یکی از شایع ترین بیماریهای غیر واگیر است که به دلیل روند رو به رشدی که دارد از معضلات مهم بهداشت عمومی در جهان به شمار می آید. در دهه های اخیر شیوع دیابت رشد چشمگیری یافته است، این بیماری ۹ درصد کل مرگ های جهان را به خود اختصاص داده است و پنجمین علت مرگ و میر جوامع غربی و چهارمین دلیل مراجعه گروه سنی بالای ۳۰ سال به پزشک می باشد (۱). هم اکنون بیش از ۲۳۰ میلیون نفر در سراسر جهان به این بیماری مبتلا هستند و طبق پیش بینی سازمان جهانی بهداشت تا سال ۲۰۲۵ تعداد مبتلایان به این بیماری به ۳۸۰ میلیون نفر خواهد رسید. در همین این راستا تعداد بیماران در کشورهای توسعه یافته با ۴۲درصد افزایش از ۵۱ میلیون نفر به ۷۲ میلیون و در کشورهای در حال توسعه با ۱۷۰درصد افزایش از ۸۴ میلیون نفر به ۲۲۸ میلیون نفر خواهد رسید (۲). در ایران شیوع دیابت در کل جمعیت ۳-۲درصد و در افراد بالای ۳۰ سال ۷/۳ درصد می باشد و ۱۳ درصد افراد، مبتلا به دیابت پنهان می باشند (۳) .

مطالعات نشان داده است افراد مبتلا به دیابت در طولانی مدت به عوارضی نظیر نوروپاتی، نفروپاتی، سکته قلبی و.. مبتلا می شوند که این عوارض، هزینه ای بیش از ۱۰۰میلیارد دلار را در کشور آمریکا در بر می گیرد و مسئول مرگ بیش از ۲۰۰ هزار نفر در سال است (۴). دیابت مهم ترین علت عوارضی چون نابینایی و نارسایی مزمن کلیه در بالغین است (۵). این بیماری به علت تحمیل هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بر سیستم بهداشت و درمان و تأثیر بر کیفیت زندگی بیماران از اهمیت زیادی برخوردار است. بررسی انجام شده در سازمان بهداشت جهانی نشانگر آن است که ۱۶درصد هزینه های بیمارستانی مربوط به افراد مبتلا به دیابت و ۵۸ درصد از کل قطع عضوها مربوط به مبتلایان این بیماری است (۶).

یکی از دلایل عدم موفقیت و حصول نتایج مطلوب در درمان و کنترل عوارض دیابت، ماهیت مادام العمر بودن بیماری و کمبود مشارکت بیماران در فرآیند درمان است. با توجه به اینکه دیابت نوعی اختلال مزمن است و درمان قطعی ندارد، لذا این بیماری مستلزم رفتارهای خود مراقبتی توسط خود بیمار در تمام طول عمر است (۷). بر اساس بررسی های انجام شده مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی و سایر بیماریهای غیر واگیر عدم انجام خودمراقبتی توسط بیمار است (۸). خود مراقبتی مشارکت و همکاری فعال بیمار در فعالیتهای مراقبت از خود (از جمله مصرف منظم دارو، رعایت رژیم غذایی، ورزش، پایش قند خون و مراقبت از پا) به صورت روزانه و مستمر است (۹).

خود مراقبتی ناکافی در بیماران دیابتی مشکل بزرگی است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با آن مواجه هستند و علاوه بر اینکه بر میزان مرگ و میر بیماران تأثیر دارد باعث افزایش هزینه های درمانی نیز می گردد نتایج اکثر مطالعات انجام شده نشانگر آن است که بیماران مبتلا به دیابت از وضعیت خودمراقبتی و مشارکت در روند مراقبت روزانه مناسبی برخوردار نیستند این در شرایطی است که نتایج درمانی دیابت به مقدار زیادی به رفتارهای خودمراقبتی بیماران وابسته است و عدم مشارکت مطلوب بیمار بستر عوارض بیماری را فراهم می کند (۱۰). در یک مطالعه انجام شده نتایج نشانگر آن است ۳۷/۹ درصد بیماران دیابتی مراقبت روزانه از پا را انجام نمی دهند و ۳۷/۷درصد، فعالیت بدنی منظم ندارند (۱۱) . در یک مطالعه دیگر نتایج نشان داد در بیماریهای مزمن و غیر واگیر بیمارانی که از توان خود مراقبتی کمتری برخوردار باشند مراقبتهای روزانه فعال و منظم انجام نمی دهند و عوارض بیماری در آنها بیشتر و شدیدتر می باشد (۱۲).

با توجه به شیوع بالای دیابت در کشور و اهمیت خودمراقبتی در این بیماران جهت پیشگیری از عوارض بیماری و همچنین برنامه ترویج خودمراقبتی دفتر آموزش

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

و ارتقا سلامت وزارت بهداشت درمان وآموزش پزشکی در کشورمان، این مطالعه به منظور تحلیل رفتارهای خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیمارن دیابتی شهر اردبیل در سال ۹۵ انجام گرفت.

مواد و روشها

این مطالعه مقطعی از نوع توصیفی- تحلیلی و بر روی ۱۲۹ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر اردبیل در سال ۹۵ انجام شد. در این مطالعه بیمارانی که حداقل یک سال از تشخیص دیابت آنها توسط پزشک متخصص گذشته بود به روش سرشماری انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده ها در این مطالعه فرم مشخصات و پرسشنامه استاندارد رفتار خودمراقبتی SDSCA[1]، توبرت گلاسکو بود (۱۳). این پرسشنامه در چندین مطالعه در ایران مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۱۴-۱۵).

فرم مشخصات، شامل ۲۱ سوال درباره مشخصات فردی، اطلاعات بیماری و نیازهای آموزشی بیماران بود که از فرمها وچک لیستهای مورد کاربرد در مراقبتهای اولیه بیماری دیابت، مندرج در پرونده مراجعین دیابتی استخراج گردید و جمع آوری رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از پرسشنامه استاندارد SDSCA با ۱۵ سوال که کیفیت خودمراقبتی بیماران را طی هفت روز بررسی می کند ارزیابی شد، سوالات پرسشنامه شامل رعایت رژیم غذایی ۵ سوال، ورزش ۲سوال، کنترل قند خون ۲سوال، مراقبت از پا ۵ سوال و مصرف منظم دارو ها ۱ سوال را شامل می شود .

نحوه امتیاز دهی به سوالات در پرسشنامه SDSCA به این صورت بود که به ازای هر یک از سوالات رفتارهای خودمراقبتی در صورت انجام در هر روز یک امتیاز و در صورت عدم انجام آن صفر امتیاز در نظر گرفته می شد. بالاترین نمره در این ابزار ۱۰۵ می باشد که نشانگر بالاترین کیفیت خودمراقبتی می باشد. راهنمای دسته بندی چارکها بدین صورت بود که نمرات زیر چارک اول (صفر تا ۳۴) خودمراقبتی ضعیف، چارک دوم و سوم (۳۵ تا ۴۲) خودمراقبتی متوسط و چارک چهارم (بالای ۴۳) خودمراقبتی خوب در نظر گرفته شد .

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ که یکسال از زمان تشخیص بیماریشان گذشته باشد، بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر اردبیل و معیارهای خروج از مطالعه شامل افرادی بود که رضایت آگاهانه به شرکت در مطالعه را نداشتند. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی از طریق مکاتبه و برگزاری نشست همکاری مسئولان دانشگاه علوم پزشکی اردبیل جلب شد و از افراد نمونه رضایتنامه کتبی اخذ شد. داده ها توسط پرسشگران آموزش دیده جمع آوری شد. سپس در نرم افزار SPSS (۱۶) با استفاده از آزمونهای آماری تی تست، آزمون کای دو، ضریب همبستگی تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها

میانگین سنی بیماران ۱/۳۴±۵۶/۸۲ سال بود .۴۹/۶ درصد (۶۴ نفر) از بیماران مورد بررسی مرد، ۵۰/۴ درصد(۶۵ نفر) زن و ۸۷/۵۹ (۱۱۳نفر) متأهل بودند

۶۸/۳ درصد (۸۸نفر) تحصیلات زیر دیپلم، ۳۱/۷ درصد (۴۱نفر) تحصیلاتشان دیپلم و بالاتر بود. در این مطالعه حدود ۶۳/۵۶ درصد (۸۲ نفر) بیماران علاوه بر دیابت حداقل به یک بیماری های مزمن دیگر نیز مبتلا بودند.

۶۶/ ۶۶درصد (۸۶نفر) حداقل ۲بار و ۳۳/۳۳ درصد (۴۳ نفر) بیشتر از ۲ بار سابقه بستری در بیمارستان به علت دیابت و عوارض آن را داشتند. ۵۶/۵۸ درصد (۷۳ نفر) سابقه آموزش درباره بیماری وخودمراقبتی داشتند و ۸۷/۵۹ درصد (۱۱۳ نفر) بیماران علاقمند به شرکت در کلاسهای آموزشی خودمراقبتی بودند .

[1] Summary of Diabetes Self Care Activities

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

در زمینه کاهش عوارض بیماری ۴۷/۲۸درصد (۶۱ نفر) معاینه سالانه چشم، ۱۱/۶۲درصد (۱۵ نفر) معاینه هر ۶ ماه دندانپزشکی، ۱۲/۴۰ درصد (۱۶نفر) تزریق سالانه واکسن آنفلوانزا و۱۶/۲۷درصد (۲۱ نفر) کنترل منظم هموگلوبین A1C را داشتند.

سایر مشخصات جمعیت شناختی افراد مورد بررسی در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول شماره ۱: وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی افراد مورد بررسی

متغیر	دسته بندی	تعداد	درصد
جنس	مرد	۶۴	۴۹/۶
	زن	۶۵	۵۰/۴
وضعیت تاهل	متاهل	۱۱۳	۸۷/۵
	مجرد	۱۶	۱۲/۴
تحصیلات	بیسواد	۲۵	۱۹/۴
	ابتدایی	۲۲	۱۷/۱
	دبیرستان	۴۱	۳۱/۸
	دیپلم	۲۵	۱۹/۴
	دانشگاهی	۱۶	۱۲/۴
درآمد	بیشتر از هزینه کرد	۴۱	۳۱/۷۸
	کمتر از هزینه کرد	۴۹	۳۷/۹۸
	برابر با هزینه ها	۹۰	۶۹/۷۶
مصرف سیگار	مصرف می کند	۶۹	۵۳/۴
	مصرف نمی کند	۴۸	۳۷/۲
	در گذشته مصرف می کرده	۱۲	۹/۳

وضعیت بیماران مورد بررسی از نظر خودمراقبتی با میانگین۴۵/۷، بر اساس ۵ مولفه پرسشنامه خودمراقبتی متوسط بود. محدوده ها ، میانگین ها وانحراف معیار نمره خودمراقبتی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول شماره ۲: میانگین، انحراف معیار و محدوده های رفتارهای خود مراقبتی به طور کلی و زیر مقیاسهای آن

متغیر	محدوده امکان پذیر	محدوده مشاهده شده	میانگین ± انحراف معیار
خودمراقبتی به طور کلی	۰-۱۰۵	۲۷-۵۲	۳۷/۶۴±۵/۹۲
رعایت رژیم غذایی	۰-۳۵	۸-۱۷	۱۲/۱۲±۲/۲۸
انجام آزمایش قند خون	۰-۱۴	۲-۹	۴/۸۷±۱/۸۵
مصرف به موقع داروها	۰-۷	۱-۵	۲/۵۶±۱/۲۲
انجام فعالیت فیزیکی	۰-۱۴	۲-۸	۴/۵۳±۱/۳۳
مراقبت ازپا	۰-۳۵	۸-۲۱	۱۳/۵۴±۳/۲۱

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

در این مطالعه خودمراقبتی در ۳۱/۸ درصد (۴۱نفر) بیماران ضعیف، در۷/ ۴۵درصد (۵۹ نفر) متوسط و در ۲۲/۲۵ درصد (۲۹ نفر) خوب بود.

بر اساس آزمون کای دو خودمراقبتی بیماران تحت بررسی با میزان درآمد آنها ارتباط معنا داری داشت (p<۰/۰۰۱). اما میان خودمراقبتی دوجنس اختلاف معنا داری مشاهده نشد. بر اساس آزمون همبستگی رابطه میان مصرف منظم داروها درطول هفته و میزان درآمد (p<۰/۰۰۱)، جنس و آزمایش قند خون (p<۰/۰۰۶) همچنین بین میزان قند خون ناشتا و رعایت رژیم غذایی (p<۰/۰۰۴)، میزان قند خون ناشتا و فعالیت بدنی روزانه (p<۰/۰۰۲) ارتباط معنی دار مثبت بود. خودمراقبتی کل با مراقبت روزانه از پا همبستگی خوب و بارعایت رژیم غذایی، کنترل قند خون، مصرف منظم دارو دارای همبستگی متوسط و با فعالیت بدنی همبستگی ضعیف داشت. همچنین بین اجزای خودمراقبتی با هم، ازجمله خودمراقبتی کنترل قند خون و رعایت رژیم غذایی همبستگی خوب وجود داشت. (جدول شماره ۳)

بخش های مختلف خودمراقبتی از جمله رعایت رژیم غذایی با کنترل قند خون و مصرف منظم دارو ارتباط آماری معنی داری داشت (p< ۰/۰۰۵). همچنین مراقبت روزانه از پا با مصرف منظم دارو ارتباط آماری معنی داری داشت (p< ۰/۰۰۵). اما فعالیت بدنی با هیچ کدام از اجزای عملکرد خودمراقبتی، ارتباط آماری معنی داری نداشت (p> ۰/۰۰۵)

جدول شماره ۳: تعیین همبستگی بین عملکرد خودمراقبتی با اجزای خودمراقبتی

متغیر	خودمراقبتی (رژیم غذایی)	خودمراقبتی (فعالیت بدنی)	خودمراقبتی (تست قند خون)	خودمراقبتی (مراقبت از پا)	خودمراقبتی (مصرف دارو)
خودمراقبتی کل	۰/۶۹**	۰/۳۲**	۰/۵۲**	۰/۷۱**	۰/۵۰**
خودمراقبتی رژیم غذایی		۰/۱۱	۰/۴۴**	۰/۱۶	۰/۲۷**
خودمراقبتی فعالیت بدنی			۰/۱۳	۰/۱۵	۰/۳۳
خودمراقبتی تست قند خون				۰/۰۷	۰/۱۳
خودمراقبتی از پا					۰/۲۵**
خودمراقبتی مصرف دارو					

P<۰/۰۱**

بحث و نتیجه گیری

دیابت یکی از مهم ترین بیماریهای غیر واگیر در سراسر جهان است که منجر به عوارض جدی در مبتلایان می شود. بنا به بررسی های موجود، مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی توان کم خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت می باشد (۱۲) خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند و عامل بسیار مهمی در کاهش بار بیماریها، ارتقای سلامت و امید به زندگی می باشد (۱۳). نتایج این مطالعه نشان داد وضعیت خودمراقبتی اکثر بیماران مورد مطالعه متوسط است در مطالعه وثوقی (۱۶) و معینی (۱۷) نیز که به منظور بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی انجام شده است، خومراقبتی بیماران مطلوب گزارش نشده است همچنین در مطالعهOksel نیز توان خودمراقبتی بیماران قلبی مطلوب نبود (۱۸) که نتایج این مطالعات با نتایج بدست آمده در مطالعه جاری همخوانی دارد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

یکی از دلایل احتمالی این موضوع، بالا بود سن بیماران مورد مطالعه بود به طوری که نتایج نشان داد بین سن بیماران و وضعیت خودمراقبتی همبستگی منفی وجود دارد و با افزایش سن بیماران توان خودمراقبتی کاهش پیدا می کرد به عبارتی با افزایش سن بیماران کم توانی را ناشی از افزایش سن دانسته و علاقه ای به خودمراقبتی ندارند (۱۲).

تقریباً در بیشتر مؤلفه های خودمراقبتی وضعیت زنان بهتر از مردان بود اما این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود که با نتایج مطالعه وثوقی (۱۶)، بقائی (۱۹) همخوانی دارد. به نظر می رسد تأثیر تفاوت جنس بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران می تواند متأثر از آگاهی، سطح تحصیلات و انگیزه رفتاری افراد باشد. در مطالعه حاضر سطح تحصیلات یک فاکتور تأثیر گذار بر رفتارهای خودمراقبتی بود بدین معنی که افراد با تحصیلات بالاتر از دیپلم، خودمراقبتی بهتری نسبت به سایر بیماران داشتند این یافته ها با نتایج مطالعه Karter (۲۰)، Connell((۲۱) و وثوقی (۲۲) همخوانی دارد.

درمطالعه حاضر افراد متأهل رفتارهای خودمراقبتی بهتری نسبت به افراد مجرد داشتند که این یافته با نتایج مطالعه ابوطالبی و همکاران همخوانی دارد (۲۳). به نظر می رسد نقش همسر به عنوان حامی نقش تأثیر گذاری در اتخاذ رفتار های خودمراقبتی دارد (۲۴). به عبارتی با توجه به ماهیت مزمن و مادام العمر بودن بیماری دیابت حضور حامی و نقش او به عنوان مشوق در انجام رفتار خودمراقبتی بسیار مؤثر است (۲۶-۲۵).

خودمراقبتی کل با مراقبت روزانه از پا همبستگی خوب و با رعایت رژیم غذایی، کنترل قند خون، مصرف منظم دارو دارای همبستگی متوسط و با فعالیت بدنی همبستگی ضعیف بود. همچنین بین اجزای خودمراقبتی با هم، ازجمله خودمراقبتی کنترل قند خون و رعایت رژیم غذایی همبستگی خوب بود همچنین بخش های مختلف خودمراقبتی رعایت رژیم غذایی با کنترل قند خون و مصرف منظم دارو ارتباط آماری معنی داری داشت. همچنین مراقبت روزانه از پا با مصرف منظم دارو ارتباط آماری معنی داری داشت. اما فعالیت بدنی با هیچ کدام از اجزای عملکرد خودمراقبتی، ارتباط آماری معنی داری نداشت. کم تحرکی در برخی موارد یک موضوع عادتی بوده و در برخی موارد سن افراد وآگاهی از نقش فعالیت بدنی در کنترل بیماریها یک عامل تاثیر گذار است (۲۴) شروع یک برنامه منظم جهت فعالیت فیزیکی نیاز به آموزش مستمر و بستر مناسب دارد.

نتایج مطالعه جاری نشان داد وضعیت خودمراقبتی بیمارن دیابتی شهر اردبیل در سطح مطلوب نبوده ویژگی های دموگرافیکی بیماران در نامطلوب بودن خودمراقبتی بیماران نقش اثرگذاری داشت با این وجود بیماران جهت کنترل بیماری خود نیاز به خودمراقبتی دارند که لازمه آن آگاهی و انگیزه مناسب است. با توجه به این مهم، برگزاری کلاسهای آموزشی خودمراقبتی به منظور توانمند سازی بیماران امری بسیار مهم است که این توانمند سازی در اصل امری بین بخشی است و مساعدت سایر ارگانها را می طلبد. درحقیقت به منظور ارتقا خودمراقبتی بیماران آموزشهای هدفمند ومبتنی بر مدلهای ارتقایی که عوامل موثر بر خودمراقبتی را شناسایی می کند و در جهت رفع موانع رفتاری تمرکز دارد حائز اهمیت است.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان این مقاله بر خود لازم می داند از حمایت مسئولین دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و بیماران عزیز دیابتی که در تمام مراحل پژوهش محقیقن را یاری رساندند تشکر وقدردانی نماید .

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

References

1. Azizi F. A survey about the prevalence of diabetes and impared glucose tolerance (IGT) in people in age of over than 30 years old. Deputy of Ministry of Health, Medicine and Medical education, Inc; 2002. 48-60. [Persian]

2. Trasoff D, Delizo J, Du B, Purnajo C, Morales J. Diabetes in the Middle East. Epinex Diagnostics, Inc; 2009.139-65.

3. Mahdavi Hazavah AR, Nourozinejad A. A project about monitoring and evaluation of country' plan in prevention and control of diabetes. Deputy of Health of Ministry of Health,Medicine and Medical education Management Center of Disease, Inc; 2001.56-65. [Persian]

4. Hadipour M, Abolhasani F, Molavi E, Vardanjani H. Health related quality of life in patients with of type II diabetes in Iran. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research Payesh. 2013; 12(2): 135-41. [Persian]

5. Hjelm KG, Bard K, Nyberg P, Apelqvist J. Beliefs about health and diabetes in men ofdifferent ethnic origin. Journal of Advanced Nursing. 2005; 50(1): 47–59.

6. Koo M , Lee MH ,Chang Y, Huang CF, Chen SC, Yeh YC. Factors associated self-care behaviors in middle aged adults and elderly with diabetes mellitus. Hu Li ZaZhi. 2011; 58(5): 43-52.

7. Pordanjani SB, Mohammadi E, Broumand B. The effect of self- care educational program on decreasing the problems and improving the quality of life of dialysis patients. Journal of Korde-stan University of Medical Sciences. 2006; 10(3): 69-79. [Persian]

8. Abotalebi G. The study of self- care agency based on Orem's theory in individuals with hypertension admitted to theselected hospitals of Ardebil [Dissertation]. Tehran: Islamic Azad University Medical Sciences Branch; 2009.

9. Unsar S, Erol O, Mollaoglu M. The self-care agency in dialyzed patients. Dialysis& Transplantation. 2007; 36(2): 57-70.

10. Ouyang CM. Factors affecting diabetes self-care among patient with type 2 diabetes in taiwan's. [Unpublished PhD Thesis]. Tusfs: School of nutrition science and policy; 2007.

11. Safford M, Russell L, Churlsuh D, Roman S, Pogach L. How much time Do patients with Diabetes spend onself – care?. J Am Board Fam Pract. 2005; 18(7): 262-70.

12. Gilibrand R, Stevenson J. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. Br Health Psychol. 2006; 11(11): 155-69.

13. Lee HJ, Park Ky, Park HS. Self-care activity, Metabolic control, and cardiovascular risk factors in accordance with the levels of depression of clients with type 2 diabetes mellitus. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2005; 35(4): 283-91.

14. Toobert DJ, Glasgow RE. Assessing diabetes self-management and outcome expectations: impact on self-care behaviors questionnaire. In: Bradley C. Handbook of psychology and diabetes . Routledge Pub; 1994. p.351-75

15. Noohi E, Khandan M, Mirzazade A. Effective of electronic education on knowledge and attitude and self-care diabetic patients type 2 refer to diabetic center of kerman university of Medical Science. Iranian Journal of Nursing Research. 2011; 22(6): 73-80. [Persian]

16. Zandkarimi E, Afshari Safavi AR, Rajabi G. References Comparison Logistic regression and discriminant analysis in

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

identifying the determinants of type 2 diabetes among prediabetis of Kermanshah rural areas .Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2013; 17(5): 300-8. [Persian]

17. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari Gh. The study of self-care agency in patients with diabetes. Quarterly Journal of Berjand. 2009; 8(4): 197-204. [Persian]

18. Moeini B, Taymoori P, Haji M, Afshari M, Kharghani M. Analysis of self care behaviors its related among diabetic patients. Qom University of Medical Sciences. 2016; 10(4): 48-57. [Persian]

19. Oksel E, AkbiyIk A, Kocak G. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. J Cardiovas Nurs. 2009; 31(8): 34-47.

20. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adibhajbagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes. Quarterly Journal of Feiz. 2008; 12(1): 88-93. [Persian]

21. Karter AJ, Ferrara A, DarbinianJA, Ackerson LM, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: Language aid Financialbarriers in a managed care population with diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(4): 477-483.

22. Macabasco-O'Connell A, Crawford MH, Stotts N, Stewart A, Froelicher ES. Self care behaviors in indigent patients with heart failure. J Cardiovas Nurs. 2008; 23(3): 223-30.

23. Abootalebi GH, Vosooghi N, Mohammadnejad E, Namadi M, Akbari M. Study of the self-care agency in patients with heart failure. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2012; 4(4): 203-8. [Persian]

24. Heidari GH, Moslemi S, Montazerifar F, Heidari M. The effect of nutrition education on the knowledge, attitude and practice of type 2diabetic patients. Tabibe Shargh. 2002; 4(4): 207–13. [Persian]

25. Cooper H, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. Health Educ Res. 2003; 18(2): 191-200

26. Pirzadeh A, Hazavehei M, Khani Jyhouni A, Hasanzadeh A. The effect of educational program based on BASNEF model on diabetic (Type II) eyes care in Kazemi's clinic,(Shiraz)Iran. Journal Endocrinology Metabolism. 2008; 10(2):145–54. [Persian]

27. Mahmoudi A. Effects of sel-care planning on reduction of A1C in adults with diabetes mellitus. Medical Sciences. 2006; 16(3): 171-6. [Persian]

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]

Journal of Diabetes Nursing **Received:** 2017/06/18
pISSN: 2345-5020 **Accepted:** 2017/09/10
eISSN: 2423-5571 volume **5** nubmer **3** p: **223-231**

Analysis of Self-care Behaviors and their Related Factors in Patients with Type II Diabetes

Solhi Mahnaz[1], Hazrati Sadegh[2], **Nejaddadgar Nazila[3*]**

1. Associate Professor, Department of Healthcare Services and Health Education, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Associate Professor, Department of Health,Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil,Iran
3. PhD Candidate in Health Education and Promotion, Department of Healthcare Services and Health Education, School of Health,International Campus, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

***Corresponding Author**: Nazila Nejaddadgar, Iran University of Medical Sciences E-mail: Irannaziladadgar60@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the most common and no communicable diseases associated with major complications. Patient participation in the process of therapy is one of the effective factorsin controlling the diabetes complications, as well as improving their quality of life and treatment efficacy. This study aimed to analyzethe self-care behaviors and their related factorsin patients with type II diabetes.

Materials and Methods: This descriptive, analytical, and cross-sectional cohort study was conducted by census method on 129 patients withtype II diabetes referred to the Ardabil Diabetic Clinic, Ardabil, Iran, during 2016. Data were collectedusinga demographic form and Summary of Diabetes Self Care Activities (SDSCA) scale, which determines the self-care behaviors during thepast week. To analyze the data, Pearson correlation tests, Chi-squared, and t-test were run in SPSS, version 16.

Results: In this study, out of the 129 included diabetic patients, 64(49.6%) and 65(50.4%) subjects were male and female, respectively. Their mean age was 56.82 years and 63.56% of them were affected by at least one other chronic disease. The self-care score of 46.5% of the patients was reported to beaverage. The self-care behaviors were significantly correlated with the level of income (p=0/001), age (p=0/004), and marital status (p=0/001). Moreover, there was a significant correlation between several self-care components (e.g.,regular blood glucose monitoring, diet and medicationcompliance, and foot care).

Conclusion: Given the fact that the majority of thediabetic patients had an average score of self-care,regular, purposeful, and model-based educational interventions are recommended to identify behavioral barriers and promote self-care.

Keywords: Descriptive analytical study, Self-care, Diabetes mellitus, Health education

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: www.zbmu.ac.ir/jdn
	How to site this article: Solhi M, Hazrati S, Nejaddadgar N. Analysis of Self-care Behaviors and their Related Factors in Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2017; 5 (3) :223-231

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1396.5.3.4.2]