بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهرستان ایلام سال ۱۳۹۳

پریسا شبیبی[۱]، مرتضی منصوریان*[۲]، محمدصادق عابدزاده زواره[۲]، کورش سایه میری[۳]

۱) کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۲) گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

۳) گروه اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی، ایلام، ایران

تاریخ دریافت: ۹٤/۷/۷ **تاریخ پذیرش: ۹٤/۸/۱۷**

چکیده

مقدمه: کنترل موفقیت آمیز دیابت به طور عمده ای به انجام رفتارهای خود مراقبتی بیماران وابسته است پژوهش حاضر با هدف بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ شهرستان ایلام انجام گرفت.

مواد و روش ها: در این پژوهش توصیفی مقطعی در سال ۹۳، ۷۰ بیمار دیابتی نوع ۲ به روش نمونه گیری تصادفی مرحله ای انتخاب شدند. ابزارهای به کار رفته در پژوهش شامل پرسش نامه مشخصات فردی و مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی دیابت بود. داده ها در نرم افزار SPSS vol.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و وضعیت خودمراقبتی از آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون های آماری t مستقل استفاده شده است.

یافته های پژوهش: نمونه های پژوهش از نظر وضعیت خودمراقبتی به ترتیب در سطوح متوسط(۷۴/۳ درصد) و ضعیف(۲۱/۴ درصد) خودمراقبتی قرار داشتند. میانگین نمره کلی خودمراقبتی ۳۱/۴۴ با انحراف معیار ۸/۸۹ بود. درصد نمره خودمراقبتی ۴۴/۹ درصد است که نشان دهنده خودمراقبتی پایین تر از متوسط است. بیشترین انجام خودمراقبتی را نمونه ها در ابعاد عدم مصرف سیگار(۹۷/۱ درصد) و مصرف منظم دارو خوراکی و انسولین(۷۷/۹ درصد)، کمترین انجام خودمراقبتی در بعد پایش قندخون در منزل(۱۸/۳ درصد) داشته اند. در این مطالعه بین تحصیلات و نمرات خودمراقبتی اختلاف معناداری وجود داشت به طوری که با افزایش تحصیلات افراد، میانگین نمرات خودمراقبتی افزایش یافت ولی بین جنس، تاهل و شغل و هم چنین نوع درمان با نمرات خودمراقبتی اختلاف معنادار نبود.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این که اکثر بیماران دیابتی در این پژوهش از نظر خودمراقبتی در سطوح متوسط و ضعیفی قرار دارند، بنا بر این لزوم گسترش و حمایت از برنامه هایی با محتوای آموزش و پیگیری منظم خودمراقبتی در بیماران دیابتی را نشان می دهد.

واژه های کلیدی: خودمراقبتی، بیماران دیابتی، ابعاد خودمراقبتی

* نویسنده مسئول: گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

Email: mansourian55@gmail.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

مقدمه

دیابت شایع ترین بیماری مزمن متابولیک در جهان است که شیوع آن در حال افزایش است(۱). هم چنین بزرگ ترین مشکل بهداشتی در همه کشورها می باشد؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده است(۲).

میزان شیوع دیابت نوع ۲ در میان بالغین ایرانی (۶۴-۲۵ سال) ۷/۷ درصد در سال ۲۰۰۵ برآورد شده است که پیش بینی می شود تعداد بیماران دیابتی در ایران تا سال ۲۰۳۰ میلادی به بیش از شش ملیون نفر برسد(۳). دیابت متوسط امید به زندگی در افراد مبتلا را تا ۱۵سال کاهش می دهد(۴). با افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سراسر جهان، میزان بودجه ای که این بیماری به خود اختصاص می دهد هر سال رو به افزایش است. بدون پیشگیری اولیه اپیدمی دیابت به رشد خود ادامه خواهد داد و حتی بدتر از آن، پیش بینی می شود که طی ۲۵ سال آینده دیابت به علت اصلی ناتوانی و مرگ در جهان تبدیل شود(۵).

با توجه به تاثیر فعالیت های خودمراقبتی در تعیین سطوح قندخون و نتایج بیماری دیابت، یکی از راه های کنترل دیابت انجام رفتارهای خودمراقبتی است(۶،۴) و مهم ترین عامل زمینه ساز مرگ و میر این بیماران را می توان عدم انجام فعالیت های خودمراقبتی دانست(۷).

خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی آموخته شده در انسان بوده که مبتنی بر توانایی افراد جهت انجام اعمال مراقبت بر روی خودش است(۸). این فرآیند شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع دارو، خود پایشی قندخون یا ادرار، انجام فعالیت منظم بدنی و مراقبت بدنی از پاها است(۹). بهبود رفتارهای خودمراقبتی اولین گام در جهت کمک به بیماران برای کنترل بهتر بیماریشان می باشد و این مسئله اهمیت فهم فاکتورهای موثر بر رفتارهای خود درمانی بیماران دیابتی را آشکارتر می کند(۱۰).

زمانی می توان در مدیریت این بیماری ها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیت های مراقبت از خود، از جمله مصرف دارو به صورت مناسب، پایش نوسانات سلامت و حفظ سبک زندگی سالم نقش داشته باشد(۱۱).

بررسی های انجام شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت های خودمراقبتی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه های درمانی ناشی از بستری های مکرر دارد(۲). بسیاری از این عوارض بیماری قابل پیشگیری هستند و یا حداقل می توان بروز آن ها را با کنترل دقیق قندخون، فراهم نمودن زمینه ای جهت مراقبت های پیشگیرانه از قبیل تشخیص زود هنگام اختلالات، مداخله و درمان، به تاخیر انداخت(۱۲). در نتیجه بیماران دیابتی که توان خودمراقبتی کمتری دارند، بیشتر به عوارض این بیماری مبتلا می شوند(۱۳).

از آن جا که وضعیت خودمراقبتی افراد، مهم ترین عامل تعیین کننده کنترل بیماری دیابت می باشد، در شرایط فرهنگی متفاوت میزان رعایت و انجام رفتارهای خودمراقبتی با یکدیگر فرق می کند و با توجه به این که به مقوله خودمراقبتی بیماران دیابتی در ایلام پرداخته نشده است در نتیجه، مفهومی است که نیازمند بررسی بیشتر می باشد. به نظر می رسد این مطالعات پیش نیازی برای انجام مداخلات آموزشی باشد پس لازم است که قبل از هرگونه مداخله ای، وضعیت خودمراقبتی در بیماران توجه گردد و این مطالعه به بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو شهرستان ایلام می پردازد با این هدف که نتایج آن بتواند برای تصمیم گیران و ارائه دهندگان خدمات درمانی به این بیماران مورد استفاده واقع شود.

مواد و روش ها

این مطالعه به صورت توصیفی-مقطعی با هدف تعیین وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع ۲ و بر روی ۷۰ نفر از بیماران دیابتی مراکز روستایی شهرستان ایلام در سال ۱۳۹۳ انجام شد. حجم نمونه از فرمول مقایسه میانگین با ضریب اطمینان ۹۵ درصد و با پیش بینی ۱۰ درصد افت نمونه ۷۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه گیری در این مطالعه به روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای انجام شد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

به این ترتیب که از بین مراکز بهداشتی درمانی روستایی تحت پوشش مرکز بهداشت شهرستان ایلام به طور تصادفی ۳ مرکز روستایی انتخاب گردید. و سپس از هر کدام از مراکز یک خانه بهداشت به صورت تصادفی انتخاب گردید و حجم نمونه را از این سه خانه بهداشت با توجه به معیارهای ورود انتخاب گردید.

معیارهای ورود بیماران دیابتی نوع ۲ تحت پوشش مراکز روستایی شهرستان ایلام که دارای شرایط سن بین ۳۰ تا ۶۰ سال، سابقه داشتن دیابت بیش از ۶ ماه و عدم ابتلاء به سایر بیماری های مزمن بجز بیماری های مرتبط با عوارض دیابت، عدم ابتلاء به بیماری های روانی حاد و مزمن و نیز داشتن رضایت آگاهانه و تمایل به همکاری وارد مطالعه شدند.

ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، یک پرسش نامه دو قسمتی بود، قسمت اول این ابزار حاوی اطلاعاتی در خصوص ویژگی های دموگرافیک بیماران ۱۲ سوال شامل سن، جنس، تحصیلات، تاهل، طول مدت ابتلاء به دیابت و نوع درمان دریافتی بود. قسمت دوم از پرسش نامه استاندارد خودمراقبتی برای سنجش رفتارهای خودمراقبتی از مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی Summary of diabetes self-care activities)که حاوی ۱۰ سوال بود، استفاده شد. این مقیاس نسخه بازنگری شده از مقیاس رفتارهای خودمراقبتی توبرت و گلاسکو بود(۱۴). که روایی پرسش نامه ترجمه شده و اعتبار محتوای آن تایید شده است(۳۱). برای سنجش پایایی خودمراقبتی، این پرسش نامه بر روی ۲۰ بیمار دیابتی(به غیر از گروه های شرکت کننده در پژوهش) که از لحاظ ویژگی های دموگرافیک مشابه جمعیت مورد مطالعه بودند، سنجیده شد سپس بعد از دو هفته به همان افراد داده شد. پایایی به روش آلفای کرونباخ در رفتارهای خودمراقبتی ۸۰ درصد به دست آمد.

این پرسش نامه برای ارزیابی فعالیت های خودمراقبتی در حیطه های صلی رفتارهای خودمراقبتی شامل: تغذیه، فعالیت بدنی، مصرف دارو، پایش قندخون و مراقبت از پا و عدم مصرف سیگار به کار می رود. پاسخ های این پرسش نامه به گونه ای طراحی شده که بیمار میزان فعالیت های خود در طول یک هفته گذشته را گزارش می نماید و پاسخ ها می تواند بین صفر تا هفت روز در هفته قرار گیرد که نمره صفر برای عدم انجام خودمراقبتی در هفت روز گذشته و امتیاز ۷ برای انجام رفتارخودمراقبتی در هفت روز گذشته تعلق گرفت.

بر اساس مطالعات مختلف انجام شده جهت تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خودمراقبتی علاوه بر مقایسه میانگین نمرات، دامنه نمرات کسب شده از ۷۰-۰ بوده به سه قسمت تقسیم شده به طوری که بیمارانی که از نمره(۰ تا ۲۳) را خودمراقبتی ضعیف یا نامطلوب، از نمره(۲۴-۴۷) خودمراقبتی متوسط و از نمره(۴۸ تا ۷۰) را خودمراقبتی قوی یا مطلوب در نظر گرفته شد(۱۳،۱۵).

پرسش نامه ها توسط پژوهشگر به صورت مصاحبه با بیماران و خودگزارشی آن ها تکمیل گردید و برای رعایت اصول اخلاقی از کلیه بیماران برای شرکت در مطالعه رضایت کتبی آگاهانه اخذ شده و اطلاعات به صورت محرمانه و بدون ذکر نام جمع آوری و در نسخه SPSS vol.20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای توصیف داده ها از روش های آمار توصیفی و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و وضعیت خودمراقبتی از آنالیز واریانس یکطرفه و آزمون های آماری t مستقل استفاده شده است.

یافته های پژوهش

بر اساس نتایج حاصل از این مطالعه، به لحاظ جنسیت ۲۱/۴ درصد نمونه ها مرد و ۷۸/۶ درصد آن ها زن بودند. سن آن ها بین ۶۰-۳۰ سال با میانگین سنی ۵۶/۵۹ سال و انحراف معیار ۹/۶۱ بودند. از نظر تحصیلات ۶۱/۴ درصد افراد بیسواد، ۳۱/۴ درصد افراد ابتدایی و راهنمایی، ۷/۹ درصد دیپلم و بالاتر هستند. و ۷۵/۶ درصد افراد متاهل و ۲۴/۳ درصد فاقد همسر بودند. ۷۷/۱ درصد بیماران داروی خوراکی مصرف می کنند و ۲۲/۹ درصد دیگر انسولین می گیرند و میانگین مدت ابتلاء در بیماران ۸ سال بود.

توزیع وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو نشان می دهد که ۷۴/۳ درصد بیماران خودمراقبتی متوسط یا نیمه مطلوب و ۲۱/۴ درصد افراد خودمراقبتی ضعیف یا نامطلوب دارند و تنها ۴/۳ درصد

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

بیماران در وضعیت خودمراقبتی مطلوب هستند. هم چنین در این مطالعه، میانگین نمره خودمراقبتی از ۷۰ نمره ۳۱/۴۴ با انحراف معیار ۸/۸۹ به دست آمد؛ بدین معنی که شرکت کنندگان در مطالعه به طور متوسط ۴۹/۹ درصد رفتارهای خودمراقبتی را انجام داده اند. جدول شماره یک میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی در ابعاد مختلف در بیماران دیابتی نوع ۲ را نشان می هد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی در ابعاد مختلف در بیماران دیابتی نوع ۲ شهرستان ایلام

ابعاد مختلف خودمراقبتی	میانگین (انحراف معیار)	محدوده قابل اکتساب نمره	درصد نمره کسب شده
رعایت رژیم غذایی سالم	۹/۱۹(۴/۲۷)	۰-۲۸	٪۳۲/۸
انجام منظم فعالیت بدنی	۱/۸۳(۲/۰۷)	۰-۷	٪۲۶/۱
مصرف به موقع دارو و انسولین	۵/۴۶(۲/۱۰)	۰-۷	٪۷۷/۹
مراقبت عمومی از پاها	۶/۸۹(۴/۲۷)	۰-۱۴	٪۴۹/۴
انجام ازمایش قندخون در منزل	۱/۲۹(۲/۱۲)	۰-۷	٪۱۸/۳
عدم مصرف سیگار	۶/۸۰(۱/۱۷)	۰-۷	٪۹۷/۱
نمره کلی خودمراقبتی	۳۱/۴۴(۸/۸۹)	۰-۷۰	٪۴۴/۹

با توجه به یافته های مطالعه، کمترین خودمراقبتی مربوط به بعد پایش قندخون در منزل و بعد فعالیت فیزیکی و سپس رعایت رژیم غذایی بود و بیشترین خودمراقبتی مربوط به بعد عدم مصرف سیگار(۹۷/۱ درصد) و مصرف دارو و انسولین(۷۷/۹ درصد) بود.

نتایج مطالعه بر اساس انجام رفتارهای خودمراقبتی در طول هفته نشان می دهد که تنها ۲/۹ درصد از بیماران مواد غذایی پرچرب مثل گوشت و لبنیات پرچرب پرهیز کامل داشتند و ۵/۷ درصد افراد تمامی روزهای هفته، ۵ واحد میوه و سبزیجات مناسب مصرف می کردند و ۳۸/۵ درصد افراد کمتر از سه روز در هفته میوه و سبزیجات مصرف می کنند. در خصوص مصرف به موقع دارو و انسولین به عنوان بعد مهم رفتارهای خود مراقبتی ۵۱/۱ درصد بیماران مقدار تعیین شده را به طور کامل تمام هفته رعایت می کردند در حالی که ۷/۱ درصد بیماران در طول هفته هیچ روزی داروهای خود را درست و به موقع مصرف نکرده اند و ۵۸/۴ درصد بیماران در هیچ روزی از هفته قندخون خود را چک نمی کردند و در حالی که ۱۵/۷ درصد آن ها یک روز در هفته و ۷/۱ درصد آن ها تمامی روزهای هفته قندخون خود را چک می کردند. هم چنین ۲۵/۷ درصد بیماران دیابتی هیچ فعالیت بدنی در طول هفته نداشتند و تنها ۱۰ درصد آن ها در تمامی ایام هفته فعالیت بدنی داشتند. میانگین و انحراف معیار فعالیت بدنی، ۲/۰۷±۱/۸۳ در طول هفته می باشد.

هم چنین در متغیرهای دموگرافیک این مطالعه بین تحصیلات و نمرات خودمراقبتی اختلاف معناداری وجود داشت به طوری که با افزایش تحصیلات افراد، میانگین نمرات خودمراقبتی افزایش یافت ولی بین جنس، تاهل و شغل و هم چنین نوع درمان با نمرات خودمراقبتی اختلاف معنادار نبود. با توجه به جدول شماره ۲ بیماران دیابتی مورد مطالعه به طور میانگین کمتر از ۲ روز در هفته فعالیت جسمانی دارند و کمتر از ۲ روز قندخون خود را در هفته چک می کنند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

جدول شماره ۲. میانگین تعداد روزهای خودمراقبتی در طی یک هفته در بیماران مورد مطالعه نشان می دهد.

نوع رفتار خودمراقبتی	میانگین رفتار در هفته
عدم استفاده از غذاهای چرب	۲/۵۳
مصرف روزانه حداقل ۵ سهم میوه و سبزیجات غیر شیرین	۲/۹۷
انجام حداقل ۳۰ دقیقه فعالیت جسمانی در روز	۱/۸۳
همراه داشتن مواد قندی زود اثر	۱/۴۹
استفاده از حبوبات در برنامه غذایی	۲/۲۰
چک قندخون در منزل	۱/۲۹
مصرف به موقع دارو خوراکی یا انسولین	۵/۴۶
کنترل روزانه پاها	۳/۷۷
کنترل روزانه داخل کفش ها	۳/۱۱
عدم مصرف سیگار یا قلیان	۶/۸۰

بحث و نتیجه گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهرستان ایلام بود. یافته های پژوهش ما نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه به طور کلی و در بعد های کنترل روزانه قندخون، انجام فعالیت فیزیکی و رعایت رژیم غذایی، وضعیت مطلوبی ندارد که این یافته با یافته های سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد(۱۳،۱۵).

نتایج پژوهش های گوناگون نشان می دهد که وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در شرایط مناسبی قرار ندارد(۲۴،۲۵) مشابه این وضعیت در مطالعات Daily (۲۶،۲۷) و Amir Mahmood(۲۸) تکرار شده است. جعفریان امیری و همکاران(۳۰) و شکیبازاده و همکاران نیز(۲۶) نشان دادند که خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مطلوب نیست.

در مطالعه پرهام(۱۶) که در سال ۱۳۹۰ در قم انجام شد، میانگین و انحراف معیار نمره خودمراقبتی ۴۶/۵۳±۱۰/۶۱ و در مطالعه عنبری(۱۳) میانگین و انحراف معیار خودمراقبتی ۳۲/۷±۱۲/۶ به دست آمد.

هم چنین در مطالعه جردن و همکاران در خصوص رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در آمریکا نتایج نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت در حد متوسط بوده است در این پژوهش کمترین فعالیت خودمراقبتی در زمینه کنترل روزانه قندخون، مصرف به موقع دارو و انجام منظم فعالیت های فیزیکی بوده است(۱۷).

یکی از ابعاد خودمراقبتی رعایت رژیم غذایی است. ضرورت رعایت رژیم غذایی و درمان تغذیه ای به عنوان یک عامل با اهمیت در کنترل بیماری در مبتلایان به دیابت شناخته شده است و استفاده از روش های تغذیه ای، راهکاری به صرفه از نظر اقتصادی در کاهش عوارض و مشکلات و مرگ و میر ناشی از دیابت است(۱۸). در این مطالعه ۳۲/۸ درصد افراد بیمار رژیم غذایی سالم را رعایت می کردند و در مطالعه شهاب جهانلو و همکاران تنها ۲۷ درصد از بیماران مبتلا به دیابت از رفتارهای خودمراقبتی تغذیه ای پیروی می کردند(۲۹).

در خصوص مصرف صحیح دارو ها ۷۷/۹ درصد بیماران به موقع دارو و انسولین خود را به موقع دریافت می کردند. به نظر می رسد دلیل این که بیشترین خودمراقبتی در بعد مصرف به موقع دارو و انسولین بوده این است که عدم مصرف صحیح داروها در همان روز علائم کاهش یا افزایش ناگهانی قندخون خود را حس کرده و با توجه به این که آموزش و راهنمایی پزشک برای آن ها مهم بوده و باعث درک بیشتر حساسیت بیماران به این بعد شده و در نتیجه در این بعد نسبت به بعدهای دیگر بهتر عمل کرده اند.

یکی از جنبه های رفتارهای خودمراقبتی توجه به مراقبت از پاها به منظور پیشگیری از پیدایش پای دیابتی بوده است. بر اساس نتایج حاصله، ۲۲/۹ درصد آن ها ۷ روز هفته معاینه پا انجام می دادند و حدود ۳۹ درصد بیماران کمتر از سه بار اقدامات حفاظتی را از پا را در طول هفته رعایت می کنند. هم چنین اگر چه

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

انتخاب کفش مناسب و بررسی روزانه قبل از پوشیدن آن ها برای جلوگیری از صدمه به پا اهمیت فراوانی دارد ولی تنها ۱۴/۳ درصد مبتلایان به این امر توجه کرده و در تمام طول هفته رعایت می کنند و ۱۷/۲ درصد افراد هیچ وقت کفش های خود را قبل از پوشیدن بررسی نکرده و به انتخاب کفش مناسب اهمیتی نمی دهند. با توجه به نتایج این مطالعه ضعیف ترین بعد خودکنترلی قندخون در منزل می باشد در این مطالعه تنها ۱۸/۶ درصد افراد بیمار قندخون را در منزل پایش می کردند. از آن جایی که کنترل منظم قندخون نیازمند در دسترس بودن تجهیزاتی از قبیل گلوکومتر و نیز نیازمند داشتن مهارت و تبحر در بیماران است می توان علت ضعیف بودن رعایت کنترل منظم قندخون را در نمونه های پژوهش حاضر به دلیل دسترسی ضعیف به تجهیزات، ضعف در مهارت اندازه گیری قندخون و خودکارآمدی پایین بیماران و یا درک پایین نسبت به شدت بیماری درخود بیماران دانست.

نتایج مطالعه حاضر نشان می دهد که میانگین انجام فعالیت بدنی ۲۶/۱ درصد در بیماران است. پژوهشی که در دانشکده پزشکی دانشگاه کوینزلند استرالیا(سال ۲۰۱۱) با عنوان«تجویز ورزش برای بیماران دیابتیک و پره دیابتیک» انجام شد، نشان داد ورزش کردن تاثیرات سودمندی در جلوگیری از ظهور دیابت نوع ۲، هم چنین بهبود کنترل قندخون در بیماران پره دیابتیک دارد(۲۰). مطالعات متعدد نشان می دهد بیشتر از ۸۰ درصد بیماران دیابتی فعالیت بدنی کافی ندارند و کاهش فعالیت بدنی باعث افزایش مقاومت به انسولین می شود(۱۹). در بعد مصرف سیگار چون اکثر افراد نمونه سیگاری نبوده، به همین دلیل خودمراقبتی در این بعد نمره بیشتری دارد. هم چنین در مقایسه میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس خصوصیات فردی بیماران و جنبه های بالینی بیماری نتایج زیر به دست آمده است:

میانگین نمرات خودمراقبتی در زنان اگر چه از مردان بالاتر است ولی این اختلاف معنادار نیست هر چند که انتظار می رود که در مردان به دلیل اختصاص دادن وقت کمتر به خودمراقبتی به علت مشغله بیشتر، تبعیت نامطلوب از درمان و بیشتر بودن رفتارهای پرخطر از جمله مصرف سیگار، وضعیت خودمراقبتی بدتر باشد، اما این تفاوت درمطالعه ما بارز نبود. در حالی که در مطالعه فارمر و همکاران نمرات خودمراقبتی در بیماران دیابتی زن به صورت معناداری بالاتر از بیماران مرد بوده است(۲۱). در این مطالعه با افزایش تحصیلات افراد، میانگین نمرات خودمراقبتی افزایش می یابد که با مطالعات(۱۳،۱۶،۲۳) هم خوانی دارد هم چنین نتایج پژوهش کارتر بیانگر آن بود که تحصیلات بالاتر و داشتن آگاهی کافی در مورد بیماری و عوارض و پیامدهای احتمالی آن روند خودمراقبتی را تسهیل می نماید(۲۲). با وجود این که انتظار می رود در افراد متاهل به علت مشغله زندگی مشترک و کمتر بودن فرصت، خودمراقبتی بدتر از بیماران مجرد باشد، در مطالعه ما میانگین نمرات خودمراقبتی در بیماران متاهل بیشتر از بیماران مجرد است ولی این اختلاف میانگین معنادار نیست که با مطالعه عنبری(۱۳) هم خوانی دارد البته در مطالعه ما علت می تواند کم بودن تعداد بیماران مجرد در نمونه مورد مطالعه باشد. در بعد وضعیت شغلی بین میانگین نمره خودمراقبتی در هیچ کدام از شغل ها باهم اختلاف معناداری وجود نداشت. در بعد نوع درمان نیز بین درمان با انسولین یا داروی خوراکی اختلاف مختلف معناداری وجود نداشت. ارتقاء سلامت در بیماران دیابتی و حفظ آن به میزان زیاد به انجام رفتارهای خودمراقبتی بیماران وابسته است و اقدام نکردن به رفتارهای خودمراقبتی به صورت مستمر، خطر عوارض کوتاه مدت و دراز مدت بیماری را افزایش می دهد. لذا با توجه به وضعیت پایین انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران لازم است متولیان سلامت جامعه، به منظور ارتقاء سلامت این بیماران و تقویت رفتارهای خودمراقبتی در آن ها، برنامه عملیاتی جامعی تدوین نموده و نسبت به آموزش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی توجه و اهتمام بیشتری نمایند.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام جهت حمایت مالی از طرح حاضر و هم چنین بیماران دیابتی و کلیه عزیزانی که در انجام این طرح ما را یاری نمودند، اعلام می دارند.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

References

1.Amini M, Gooya MM, Delavari AR, Mahdavi AL, Tabatabaei A, Haghighi S. [Keifiyate edareye diabet dar Iran dar salhaye 2005-2006]. J Saz Nez Pez2008;26:20-9. (persian)

2.Abdoli S, Ashktorab K, Ahmadi F, Parvizy M. [Barriers and facilitators the empowerment of people with diabetes]. J Endocrin Metab2008;10:455-64.(persian)

3. Alwan A, King H. Diabetes in the eastern Mediterranean region. World Health Stat Q1992;45:355-9.

4.Schoenberg NE, Jraywick LS, Lawson JJ, Kart C. Diabetes self-care among a multiethnic sample of older adults. J Cross Cult Gerontol2008;23:361-7

5.Targher G, Bertolini L, Lippi G, Pichiri I, Zoppini G, Muggeo M, et al. Diabetic retinopathy of cardiovascular events in Type 2 diabetic patients Diabet Med. 2008;25:45-50.

6.Mahmoodi A. [Effects of self care planning on reduction of A1C hemoglobin in adults with diabetes mellitus]. Med Scie J Islamic Azad Uni2006;16:171-6. (persian)

7.Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajbagheri M. [Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes]. Quarter J Feiz2008;12: 88-93.(persian)

8.Bidi F, Hassanpour K, Ranjbarzadeh A, Kheradmand A. [Effectiveness of Educational Program on Knowledge,Attitude, Self Care and Life Style in patients with type Iidiabetes]. J Sabzevar Uni Med Sci2011;19:25-33.(persian)

9.Baqudano IR, Dossantos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of Patients with diabetes mellituse cared for at an emergency service in Mexico . Rev lat Am Enferm2010;18:1195-202

10. Didarloo AR, Shojaeizadeh D, Gharaaghaji Asl R, Habibzadeh H, Niknami Sh, Pourali R. Prediction of self-management behavior among Iranian women with type 2 diabetes application of the theory of reasoned action along with self-efficacy. Iran Red Crescent Med J2012;14:86-95.

11.Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: a discussion paper. Int J Nurs Stud2009;46:120-31.

12.Wisconsin Diabetes Advisory Groups. Wisconsin essential diabetes mellitus care guideline. 2004:9-10.

13.Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. [The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city]. Yafteh J2012;14:49-57.(persian)

14-Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from7 studies and a revised scale. Diabetes Care2000;23:943-50

15.Hamadzadeh S, Ezate G .[A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran].Iranian J Nurs Res2014;8:11-8.(persian)

16.Parham M, Riahin AA, Jandaghi M, Darivandpour A. [Self-care behaviors of diabetic patients in Qom]. Qom Uni Med Scie J2013;6:81-7. (persian)

17. Jordan DN, Jordan JL. Self care behaviors of Filipino-American adult with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Compl2010;24:250-8.

18.Sharifirad GH, Entezari M, Kamran H, Azadbakht L. [The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model]. J Res Med SciJ2009;14:1-6.(Persian)

19. Afkhami Ardakani M, Rashidi Maryam. [Type 2 diabetes and its risk factors]. J of Rafsanjan Uni of Med Scie 2006;4:348-65. (Persian)

20. Hordern MD, Dunstan DW, Prins JB, Baker MK, Singh MA. Coombes JS. Exercise prescription for patients with type 2 diabetes and pre-diabetes: a position statement from exercise and sport science Australia. J Sci Med Sport2012;15:25-31.

21. Farmer A, Wade AN, French DP, Simon J ,Yudkin P, Gray A, et al. Blood glucose self-monitoring in type 2 diabetes:a randomized control trail. Health Technol Assess J2009;13:41-50.

22. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self monitoring of blood glucose: Language aid Financial barriers in a managed care population with diabetes. Diabetes Care2000: 23:47-483.

23. Sloan FA, Padron NA, Platt AC. Preferences, Beliefs and Self-management of Diabetes. Health Serv Res2009;44:1068-87.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

24.Morowati Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. [Social support and Self-care Behaviors in Diabetic Patients Referring to Yazd Diabetes Research Center, Zahedan Journal of Research in Medical Sciences]. J of Zahedan Uni of Med Scie2008;9:275-84. (persian)
25. Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaeezadeh D, Forouzanfar MH, Karimi Shahanjarini A. [Perceived barriers and self-efficacy impact on self-care behaviors in adults with type 2 diabetes]. Hayat J2010;15: 69-78.(persian)
26. Dailey G. A timely transition to insulin identifying type 2 diabetes patients failing oral therapy. Formulary 2005; 40: 114-30.
27. Dailey G. Fine-tuning therapy with basal insulin for optimal glycemic control in type 2 diabetes a review. Curr Med Res Opin2004;20:2007-14.
28.Mahmood K, Aamir AH. Glycemic control status in patients with type-2 diabetes. J Coll Physic Surg Pak 2005;15: 323-5.
29. Shahab Jahanlo AR, GHofrani Pour FA, Vafaie M, Kimiyagar M, Heidarnia AR, Sobhani AR. [Structures measuring health belief model with HbA1c in diabetic patients with good control and poor]. J Hormozgan Uni Med Sci2008;12:37-42.(persian)
30. Jafarian Amiri SR, Zabihi A, Babaieasl F, Eshkevari N, Bijani A. [Self care behaviors in diabetic patients referring to diabetes clinics in babol city Iran]. J Babol Uni Med Sci2010;12:72-8.(persian)
31.Zareban I, Niknami Sh, Hidarnia A, Rakhshani F, karimy M, Kuhpayehzadeh J, et al. [Predictors of self-care behavior and its effective factors among women's with type 2 diabetes patients in Zahedan via health belief model]. J Health Sys Res Edu Supple2014;22:1797-805.(persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]

The Status of Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes in the City of Ilam in 2014

*ShabibiP[1], Mansourian M [*2], Abedzadehzavareh M[2], Sayehmiri K[3]*

(Received: September 29, 2015 Accepted: November 8, 2015)

Abstract

Introduction: Successful control of diabetes is mainly dependent on patients' self-care behaviors. This study aimed to investigate the self-care behaviors in type 2 diabetic patients in the city of Ilam.

Materials & methods: In this cross-sectional study in 2014, 70 patients with type 2 diabetes were selected randomly by stage sampling. The instruments used in this study included a demographic questionnaire and a summary of diabetes self-care activities checklist. Data were analyzed using the SPSS-20software. To assess the correlation between the independent variables and the self-care status, one-way ANOVA and independent t-test were used.

Findings: The samples of this study were respectively at moderate (74.3%) and poor (21.4%) levels of self-care. The total mean score of the self-care was 31.44 with a standard deviation of 8.89.The percentage score of self-care was 44.9% which represents self-care behaviors lower than the moderate level. The highest amount of self-care was done by the samples in terms of smoking (97.1%) and regular oral medication use and insulin (77.9%), and the lowest level of self-care was performed in the dimension of blood glucose self-monitoring at home (18.3%). In this study, there was a significant difference between education and self-care scores; so that with increased education, self-care scores increased, but there was no significant difference between gender, marital status, occupation as well as the type of treatment and the self-care scores.

Discussion & Conclusions: Considering that most diabetic patients in this study are at moderate and poor levels in terms of self-care behaviors, there is a need to develop and support programs with educational contents and to do regular self-care follow-ups among diabetic patients.

Keywords: Self-care, Diabetic patients, Self-care dimension

1.Student Research Committee, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
2.Dept of Public Health, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
3.Dept of Epidemiology, Faculty of Medicine, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran
** Correspondin author Email: mansourian55@gmail.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.18869/acadpub.sjimu.24.2.63]