

وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی مرکز دیابت کاشان در سال ۱۳۸۴

پروین بقایی^{۱*}، میترا زندی^۲، زهره وارث^۱، نگین مسعودی علوی^۲، محسن ادیب حاج باقری^۳

خلاصه

سابقه و هدف: بررسی خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی نه تنها از نظر بهداشتی بلکه از نظر تجزیه و تحلیل اقتصادی جامعه مهم است. هدف از این پژوهش بررسی وضعیت خودمراقبتی و دانش بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان بوده است.

مواد و روش ها: این پژوهش توصیفی - تحلیلی بر روی ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت (از ۱۴۰۰ بیمار) به روش نمونه گیری تصادفی صورت گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه های مشخصات بیمار، خودمراقبتی ویژه بیماران دیابتی (شامل سه بعد نگرش، عملکرد و عملکرد خانواده) خودمراقبتی از پاها و بررسی سطح دانش بوده که توسط بیماران و در صورت نداشتن سواد به کمک پژوهشگر تکمیل گردید. نقاط برش در هر بعد نیز با بهره گیری از نتایج پژوهش قبلی تعیین شد و سپس وضعیت بیماران بر اساس آن مشخص گردید. جهت بررسی رابطه خودمراقبتی با متغیرهای مورد بررسی، از آزمون های کای دو و آزمون t و تجزیه و تحلیل واریانس یک طرفه و CI و OR استفاده شد.

نتایج: از ۳۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه ۲۱۴ نفر زن و ۸۶ نفر مرد بودند. مدت ابتلا به دیابت این افراد $10/6 \pm 6/5$ سال بود. وضعیت خودمراقبتی بر اساس طول مدت ابتلا و تحصیلات ارتباط معنی داری را نشان داد به طوری که با بالا رفتن طول مدت ابتلا میزان خودمراقبتی افزایش یافت و افراد بی سواد از خودمراقبتی خوب برخوردار بودند. بر اساس نتایج این پژوهش نوع درمان و وضعیت تاهل تنها با بعد مراقبت از پا ارتباط داشت.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصل از مطالعه و اختلاف در برخی مشخصات بیمار، بیماران با ابعاد مختلف خودمراقبتی و دانش لازم است آموزش ها در مراکز دیابت کاربردی تر و با تاکید بیشتر بر ایجاد تغییرات هم در دانش و هم در رفتار و بهبود نگرش و احساس خودکارآمدی در افراد صورت گیرد.

واژگان کلیدی: مراقبت از خود، دیابت شربین، دانش، نگرش، عملکرد، پای دیابتی

۱- کارشناس پرستاری گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- مربی گروه پرستاری داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- استادیار گروه داخلی - جراحی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: پروین بقایی

آدرس: کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، گروه پرستاری

پست الکترونیک: P_baghaei@yahoo.com

تلفن: ۰۳۶۱ ۵۵۵۰۰۲۱

تاریخ دریافت: ۸۶/۴/۲۰

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۷/۲/۲۵

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵۶۶۳۳

مقدمه

می شود در کشور ایران ۷-۶ درصد مردم یعنی بیش از ۴ میلیون نفر به دیابت مبتلا باشند. در ضمن به تعداد مبتلایان شناخته شده بیماری وجود دارند که نمی دانند بیمار هستند [۳، ۴]. بیماری دیابت با توجه به شیوع فراوان و هزینه هایی که بر سیستم بهداشت و درمان تحمیل می نماید و تاثیرات فراوان بیماری بر مبتلایان مورد توجه است [۵]. خودمراقبتی در دیابت یکی از مهم ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری است [۶]. توانمندی و قدرت پذیرش وضعیت، از عوامل شخصیتی هستند که بر روی وضعیت

بیماری های مزمن از مسایل اصلی بهداشتی - درمانی در جوامع جدید هستند [۱]. این بیماری ها بر فعالیت های معمول و روزانه زندگی اثر می گذارد. از طرفی درمان های پزشکی هرچند علائم را کاهش می دهند ولی خود باعث اختلال در الگوی زندگی می شوند [۲]. دیابت عامل اصلی قطع اندام، نابینایی، نارسایی مزمن کلیه و بیماری های قلبی شناخته شده است. بروز بیماری دیابت در جوانان تقریباً ۱/۶ در هر ۱۰۰۰ نفر بوده و تخمین زده

لیکرت ۴ نمره‌ای تنظیم شده است. ابزار پژوهش توسط بیماران تکمیل شده و در صورت نداشتن سواد از طریق خواندن سوالات برای بیمار توسط یکی از کارکنان مرکز که آموزش کافی دیده بود، تکمیل گردید. روایی پرسشنامه با روش اعتبار محتوی و پایایی پرسشنامه به میزان ۰/۸۳ است [۷] و نقاط برش در هر بعد با بهره‌گیری از نتایج تحقیق قبلی [۷] تعیین شد و سپس وضعیت بیماران بر اساس آن مشخص گردید. پس از جمع‌آوری اطلاعات ابتدا پرسشنامه‌ها نمره‌گذاری شد و سپس بر اساس نقاط برش وضعیت خودمراقبتی بر اساس عوامل زمینه‌ای محاسبه و سپس ارتباط آن با ویژگی‌های مشخصات بیمار بررسی شد. حداقل و حداکثر امتیاز پرسشنامه دانش صفر و ۱۰ می‌باشد. حداقل و حداکثر خودمراقبتی کلی ۱۴۴-۳۷ در بعد نگرش و ۷۶-۱۹ و در بعد عملکرد ۴۸-۱۳ و در بعد عملکرد خانواده ۲۰-۵ می‌باشد. امتیاز بالای ۱۱۹ خودمراقبتی خوب در نظر گرفته شد. در زمینه‌ی دانش نیز امتیاز بالای ۵ خوب در نظر گرفته شود. در زمینه‌ی مراقبت از پاها امتیاز ۲۸-۲۲ نشان‌گر خودمراقبتی خوب می‌باشد. جهت تجزیه و تحلیل از آزمون‌های کای دو و آزمون t و آزمون تجزیه و تحلیل واریانس یک‌طرفه و OR و CI استفاده شد.

نتایج

از ۳۰۰ نفر بیمار مورد مطالعه در این پژوهش ۲۱۴ نفر زن (۷۱/۳ درصد) و ۸۶ نفر مرد (۲۸/۷ درصد) بودند، نتایج نشان داد که ۱۹۴ نفر (۶۴/۷ درصد) بیماران تحت مطالعه دارای عارضه و ۱۰۶ نفر (۳۵/۳ درصد) بیماران بدون عارضه بودند. بیشترین میزان عارضه مربوط به نابتایی (۴۵/۳ درصد) و کمترین عارضه مربوط به پا (۲/۷ درصد) بود (نمودار شماره ۱).



نمودار ۱- درصد فراوانی عوارض بیماری دیابت در ۳۰۰ بیمار مورد مطالعه

ارتباط ابعاد مختلف خودمراقبتی با جنس، وضعیت تاهل، نوع درمان، نوع دیابت در جدول شماره ۱ قابل مشاهده است.

بیماران اثر می‌گذارند و قدرت آنها را جهت برخورد با مشکلات از جمله بیماری‌ها افزایش می‌دهند [۷]. طبق بررسی‌های موجود مهمترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد [۸]. خودمراقبتی در بیماران دیابتیک نه تنها از نظر بهداشتی بلکه از نظر تجزیه و تحلیل‌های اقتصادی جامعه مهم است [۹] و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی می‌گردد [۱۰]. مونیکا و همکارانش در سال ۲۰۰۵ در آمریکا به بررسی مدت زمانی که بیماران دیابتی تنه 0627 خودمراقبتی می‌کنند پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد که ۳۷/۹ درصد از واحدهای مورد پژوهش هیچ مراقبتی در زمینه پا نداشتند، ۳۷/۷ درصد ورزش نمی‌کردند. زنان بیش از مردان در تمامی فعالیت‌های خودمراقبتی شرکت می‌کردند و افراد چاق کمتر در زمینه‌ی ورزش و آماده کردن غذا فعالیت خودمراقبتی داشتند [۹]. بیشتر مطالعات انجام شده بیان‌گر این مطلب است که بیماران مبتلا به دیابت که از توان خودمراقبتی کمتری برخوردارند دچار عوارض بیشتری از قبیل نابتایی، افسردگی، زخم پا و ... می‌شوند [۱۱، ۱۲، ۱۳]. خودمراقبتی متأثر از نگرش‌ها، اعتقادات فردی و فرهنگ جامعه‌ای است که فرد در آن زندگی می‌کند که در ایران از جمله در شهر کاشان کمتر به خودمراقبتی در دیابت پرداخته شده است. خودمراقبتی به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده وضعیت کنترل بیماری دیابت مفهومی است که در بیماران دیابتی نیازمند بررسی بیشتر است بنابراین هدف کلی از این تحقیق بررسی وضعیت خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت در سه بعد نگرش، عملکرد و عملکرد خانواده در مرکز دیابت کاشان در سال ۱۳۸۴ بوده است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی - تحلیلی بر روی ۳۰۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت دارای پرونده در مرکز دیابت کاشان (از ۱۴۰۰ بیمار) به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انتخاب شدند. در صورت قید نشدن آدرس در پرونده یا تغییر محل زندگی، نمونه‌های بعدی به روش تصادفی جایگزین گردید. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق پرسشنامه مشخصات بیمار حاوی ۱۵ سوال در زمینه سن، جنس، تاهل، نوع دیابت، طول مدت ابتلا و ... پرسشنامه بررسی سطح دانش حاوی ۱۰ سوال، پرسشنامه خودمراقبتی از پاها حاوی ۷ سوال و پرسشنامه خودمراقبتی کلی حاوی ۳۷ سوال است که ۱۹ سوال در حیطه نگرش، ۱۳ سوال در حیطه عملکرد و ۵ سوال در حیطه عملکرد خانواده می‌باشد. این پرسشنامه به صورت

جدول ۱- ارتباط ابعاد مختلف خودمراقبتی با متغیرهای شخصی در بیماران دیابتی مورد بررسی

خصوصیات مورد بررسی	ابعاد مختلف خودمراقبتی						دانش
	نفر	کلی	نگرش	عملکرد	عملکرد خانواده	مراقبت از پا	
مرد	۸۶	۱۰۳±۱۴/۲	۵۳/۲±۶/۶	۳۵±۴/۲	۱۵/۲±۲/۹	۱۷/۱±۴/۶	۷/۳±۲
زن	۲۱۴	۱۰۱±۱۱/۳	۵۳±۵/۶	۳۴±۵/۶	۱۴/۹±۴/۴	۱۷/۸±۴/۴	۷/۵±۱/۷
جنس	P Value	۰/۲	۰/۱	۰/۱	۰/۶	۰/۲	۰/۱
مجرد	۳۲	۱۰۵/۷±۸/۲	۵۵±۵/۵	۳۶±۳/۴	۱۵/۲±۳/۲	۲۰/۶±۳/۷	۷/۱±۲
متاهل	۲۶۸	۱۰۰/۷±۱۲/۵	۵۲±۶	۳۴±۵/۴	۱۵±۴/۱	۱۷/۲±۴/۴	۷/۵±۱/۷
وضعیت تاهل	P Value	۰/۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۴	۰/۷	۰/۰۰۰	۰/۲
نوع ۱	۴۹	۱۰۵/۲±۱۱/۲	۵۴±۶/۳	۳۵/۳±۵/۵	۱۶/۱±۴/۱	۲۱±۳/۴	۷/۶±۱/۵
نوع ۲	۲۵۱	۱۰۰/۵±۱۲/۲	۵۲±۵/۸	۳۴/۱±۵/۲	۱۴/۸±۴	۱۶/۹±۴/۳	۷/۴±۱/۸
نوع دیابت	P Value	۰/۰۱	۰/۰۳	۰/۱	۰/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۴
انسولین	۱۱۵	۱۰۰/۴±۱۱/۷	۵۱/۵±۶/۳	۳۳/۷±۵	۱۴/۹±۳/۵	۲۱±۳/۴	۷/۶±۱/۷
خوراکی	۱۶۲	۱۰۱/۴±۱۲/۷	۵۲/۷±۵/۷	۳۴/۶±۵/۴	۱۴/۹±۴/۱	۱۵/۱±۳/۴	۷/۲±۱/۸
نوع درمان	۱۱	۱۰۲/۵±۹/۳	۵۲±۴/۴	۳۴/۸±۴	۱۵/۶±۲/۸	۱۹/۳±۳	۸±۱/۵
رژیم غذایی به تنهایی	۱۲	۱۰۵/۹±۱۱/۵	۵۴±۵/۲	۳۵±۶/۹	۱۶/۸±۶/۵	۱۶/۴±۵/۴	۷/۲±۲/۴
	P Value	۰/۵	۰/۲	۰/۵	۰/۹	۰/۰۰۰	۰/۱
کل	۱۰۱±۱۲	۵۲/۳±۵/۹	۳۴/۲±۵/۲	۱۵±۴	۱۷/۶±۴/۵	۱۷/۴±۱/۷	۷/۴±۱/۷

جدول ۲- بررسی خودمراقبتی کلی با متغیرهای طول مدت ابتلا - سن - تحصیلات

عامل	سال	خودمراقبتی خوب		تعداد کل
		تعداد	درصد	
طول مدت ابتلا	< ۵	۲۲	۲۷/۵	۸۰
	۵ - ۲۰	۱۰۵	۵۴/۷	۱۹۲
	> ۲۰	۲۱	۷۵	۲۸
	PV		۰/۰۰۰۱	
سن	> ۶۰	۹۶	۴۵/۵	۲۱۱
	≤ ۶۰	۵۲	۵۸/۴	۸۹
	PV		۰/۰۴۱	
	OR		۱/۶۸۴	
تحصیلات	CI		(۱/۰۲	۲/۷۷۹)
	بی سواد	۷۹	۶۵/۳	۱۲۱
	باسواد	۶۹	۳۶/۵	۱۷۹
	PV		< ۰/۰۰۰۱	
	OR		۲/۹	
	CI		(۱/۸۵	۴/۸۴)

جدول ۳- بررسی خودمراقبتی از پاها بر حسب سن

عامل	خود مراقبتی خوب از پاها		جمع کل
	تعداد	درصد	
سن	≤ ۶۰	۶۹	۳۲/۷
	> ۶۰	۴۰	۴۴/۹
PV		۰/۰۴۴	
OR		۱/۶۸	
CI		(۱/۰۱۲	۲/۷۹)

میزان متوسط خودمراقبتی در ابعاد کلی نگرش، عملکرد، عملکرد خانواده، مراقبت از پا و دانش به ترتیب ۱۰۱، ۵۳، ۳۴، ۱۴/۹، ۱۷/۸ و ۷/۵ بود. بر اساس نتایج این مطالعه وضعیت تاهل تنها با بعد دانش ($p: ۰/۲$) و عملکرد خانواده ($p: ۰/۷$) ارتباط معنی دار نداشت. همچنین نوع دیابت فقط با بعد خودمراقبتی ($p: ۰/۱$) و دانش ($P: ۰/۴$) ارتباط معنی دار آماری نداشت. بر اساس نتایج این پژوهش نوع درمان تنها با بعد مراقبت از پا رابطه داشت به نحوی که بیماران تحت درمان با انسولین مراقبت بیشتری از پا دریافت کرده بودند (جدول شماره ۱). نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین خودمراقبتی در بیماران کمتر و بیشتر از ۶۰ سال از نظر آماری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارد ($p \leq ۰/۰۴۱$) و ۴۵/۵ درصد (۹۶ نفر) از بیماران کمتر از ۶۰ سال و ۵۸/۴ درصد (۵۲ نفر) از بیماران بالای ۶۰ سال وضعیت خودمراقبتی خوب گزارش نمودند (جدول شماره ۲). ضمناً ۴۴/۹ درصد (۴۰ نفر) از بیماران بالای ۶۰ سال و ۳۲/۷ درصد (۶۹ نفر) بیماران زیر ۶۰ سال خودمراقبتی خوب از پاها داشتند که از نظر آماری تفاوت معنی دار داشت (جدول شماره ۱). ($p \leq ۰/۰۴۴$). بر اساس نتایج مطالعه حاضر وضعیت خودمراقبتی بر اساس طول مدت ابتلا به بیماری از نظر آماری تفاوت معنی دار نشان داد ($p < ۰/۰۰۰۱$) و ۲۷/۵ درصد (۲۲ نفر) از بیماران با طول مدت بیماری کمتر از ۵ سال، ۵۷/۴ درصد (۱۰۵ نفر) از بیماران با طول مدت بیماری ۲۰-۵ سال و ۷۵ درصد (۲۱ نفر) از بیماران با طول مدت بیماری بالای ۲۰ سال خودمراقبتی خوب داشتند. (جدول شماره ۲). نتایج پژوهش نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بر حسب تحصیلات تفاوت معنی دار آماری داشت ($p < ۰/۰۰۰۱$) و ۶۵/۳ درصد (۷۹ نفر) از بیماران بی سواد و ۳۶/۵ درصد (۶۹ نفر) از بیماران باسواد خودمراقبتی خوب داشتند. ضمناً بر اساس نتایج این مطالعه جنس با هیچ یک از ابعاد خودمراقبتی و دانش رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد.

بحث

در پژوهش حاضر سطح تحصیلات و تاهل با خودمراقبتی ارتباط داشت. در حالی که جنس و نوع درمان ارتباط نداشت. ۹۶ نفر (۴۵/۵ درصد) بیماران سن زیر ۶۰ سال که خودمراقبتی و ۵۲ نفر (۵۸/۴ درصد) بیماران با سن بالای ۶۰ سال که خودمراقبتی خوب داشتند و از نظر آماری $p \leq ۰/۰۴۱$ معنی دار است. افرادی که بالای ۶۰ سال سن داشتند ۱/۶۸۴ برابر کسانی که زیر ۶۰ سال خودمراقبتی خوب داشتند (CI: ۱/۰۲، ۲/۷۷۹). ۲۲ نفر (۲۷/۵ درصد) از بیمارانی که طول مدت بیماری کمتر از ۵ سال داشتند و ۱۰۵ نفر

(۵۴/۷ درصد) از بیماران با طول مدت بیماری ۲۰-۵ سال و ۲۱ نفر (۷۵ درصد) با طول مدت بیماری بالای ۲۰ سال خودمراقبتی خوب داشتند که از نظر آماری با $p < ۰/۰۰۰۱$ معنی دار است. با افزایش طول دوره بیماری میزان خودمراقبتی خوب افزایش می یابد. ۴۰ نفر (۴۴/۹ درصد) بیماران بالای ۶۰ سال و ۶۹ نفر (۳۲/۷ درصد) بیماران زیر ۶۰ سال خودمراقبتی خوب از پاها داشتند که از نظر آماری با $p \leq ۰/۰۴۴$ معنی دار است. بیماران با سن بالای ۶۰ سال ۱/۶۸ برابر بیمارانی که سن زیر ۶۰ سال داشتند از خودمراقبتی خوب برخوردار بودند. (CI: ۱/۰۱۲، ۲/۷۷۹). همچنین ۷۹ نفر (۶۵/۳ درصد) از بیماران بی سواد و ۶۹ نفر (۳۶/۵ درصد) بیماران باسواد دارای خودمراقبتی خوب بودند و از نظر آماری با $p < ۰/۰۰۰۱$ معنی دار است. بی سوادها ۳/۲۷ برابر باسوادها از خودمراقبتی خوب برخوردار بودند. (۵/۲۷۲، CI: ۲/۰۳۰). خودمراقبتی در دیابت یکی از مسایل بسیار مهم جهت تحت کنترل درآوردن بیماری است [۱۴] و برنامه های آموزش خودمراقبتی می تواند تاثیرات مثبتی بر روی توانایی بیمار در کنترل دیابت داشته باشد [۱۵]. این در حالی است که بیماران از نظر دانش در سطح مناسبی قرار داشتند. Knight و همکاران بیان می کنند که دانش و رفتار ارتباط کمی با یکدیگر دارند. دانش شرط لازم برای رفتار و تغییرات رفتاری می باشد اما شرط کافی برای آن نیست [۱۶]. در بررسی رضایی و همکاران در سال ۱۳۸۰ الیگودرز، ۷۶/۶ درصد بیماران از آگاهی متوسط برخوردار بودند [۱۸]. در پژوهش حاضر ۵۹ درصد بیماران اطلاعات خوبی داشتند، که حاکی است اطلاعات بیماران در کاشان در مقایسه با الیگودرز بالاتر بوده است. این امر می تواند نشانگر تاثیرات مثبت آموزش مرکز دیابت کاشان بر روی بیماران تحت پوشش و یا بهبود امر آموزش طی سال های گذشته باشد. همچنین از نظر سطح کلی خودمراقبتی بیماران بالای ۶۰ سال، بیماران خانه دار و افراد با طول مدت ابتلا بالای ۲۰ سال از سطح خودمراقبتی بهتری برخوردار بودند. این نتیجه می تواند حاکی از آن باشد که هر چه مدت ابتلا به بیماری و سن افزایش می یابد بیماران مهارت بیشتری در زمینه خودمراقبتی کسب می نمایند و نیز افراد خانه دار بیشتر تحت آموزش غیررسمی و از طریق رادیو و تلویزیون و... قرار گرفته و نیز فرصت بیشتری جهت انجام فعالیت های خودمراقبتی دارند. در بعد عملکرد ۶۲/۷ درصد بیماران این پژوهش در سطح خوب قرار دارند و برخلاف انتظار، بیماران بی سواد و با سابقه بیش از ۲۰ سال ابتلا به دیابت از سطح عملکرد دلخواهی برخوردار بودند. این نتایج با نتایج رضایی و همکاران اختلاف دارد که اظهار می دارند بیماران جوان تر و گروهی که دیابت آنها

نتیجه گیری

بیماران دیابتی جهت کنترل موفقیت آمیز بیماری خود نیازمند دانش و خودمراقبتی پیگیر و هدفمند در طول زندگی خود هستند. پژوهش حاضر نتایج قابل توجهی به دست داد که در بررسی رفتارشناسی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت کمک کننده است. در این پژوهش اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب و متوسط قرار داشتند در حالی که شیوع عوارض در آنها قابل توجه بود و جالب آن که افراد مبتلا به عوارض خودمراقبتی بهتری داشتند. این می تواند حاکی از آن باشد که افراد مبتلا به عوارض تلاش بیشتری جهت کنترل بیماری خود می نمایند و یا می تواند نشان دهد بیماران در ارزیابی عملکرد مراقبتی خود دچار بزرگنمایی می شوند. بهتر بودن خودمراقبتی در افراد بی سواد و در سنین بالاتر از یافته های پژوهش است که نیاز به بررسی بیشتری دارد. پژوهش دارای محدودیت هایی نیز هست. جامعه پژوهش را بیماران مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان تشکیل می دهند که شاید نشان دهنده وضعیت کلیه بیماران مبتلا به دیابت در شهر نباشند. تعداد زیادی از بیماران بی سواد بودند که ممکن است در درک سوالات دچار مشکل باشند. پژوهش حاضر در برنامه ریزی جلسات آموزشی جهت تقویت خودمراقبتی و تعیین گروه های آسیب پذیر دیابتی می تواند کمک کننده باشد. انسان موجودی پیچیده است و بررسی بیشتر رفتارهای خودمراقبتی به ویژه در بیماری های مزمن از جمله دیابت می تواند اطلاعات ارزشمندی جهت برنامه ریزی بهتر درمانی و مراقبتی در اختیار قرار دهد. نتایج این پژوهش می تواند به عنوان پایه ای برای پژوهش های بعدی از جمله بررسی میزان کارایی برنامه های مختلف آموزشی در زمینه خودمراقبتی بیماران دیابتیک و استاندارد نمودن برنامه های آموزشی مورد استفاده قرار گیرد.

تازه تشخیص داده شد از مهارت و عملکرد بالاتری برخوردارند [۱۸] و نیز در پژوهش جوادی و همکاران (۶۴/۲ درصد) بیماران از نظر عملکرد در سطح متوسط قرار داشته و نشان دادند که با افزایش تحصیلات میزان عملکرد افراد افزایش یافته بود [۱۹]. توصیه یا مجموعه ای از راهنمایی های مکتوب در اختیار بیمار قرار دادن ضامن به کار بردن این راهنمایی ها نخواهد بود حل مسایل توسط بیمار و تمرین روش ها و لمس وسایل موثرتر از روشی است که در آن فعالیت فقط توسط آموزش دهنده انجام می گیرد [۲۰]. در زمینه عملکرد خانواده نیز بیماران در سطح متوسط قرار داشتند. خانواده در قبول بیماری، به عنوان مراقب و حامی اصلی در ایجاد محیط آرام در منزل و پیشگیری از تنش، در تغییر شیوه زندگی و در تهیه مواد غذایی مناسب نقش دارد. عملکرد بیمار تا حدود زیادی به عملکرد خانواده بستگی دارد. بنابراین باید در برنامه مراقبتی خانواده نیز مدنظر قرار گیرد [۲۱]. وضعیت خودمراقبتی در تمامی موارد در بیماران دارای عارضه بهتر از بیماران بدون عارضه بود. به نظر می رسد بیماران دارای عارضه بیشتر به پزشک مراجعه نموده و بیشتر تحت معاینات پیگیر قرار می گیرند و همچنین با بروز عوارض جدی بودن بیماری بیشتر آشکار شده، بنابراین بیماران تلاش بیشتری جهت کنترل بیماری و خودمراقبتی انجام می دهند. همان طور که ملاحظه می شود شیوع مشکلات بینایی در این پژوهش بالاترین درصد را در بین عوارض داشته که این مساله با پژوهش رضوی و همکاران در یزد نیز همخوانی دارد که بالاترین شیوع عوارض مهم بیماری مربوط به رتینوپاتی بوده است [۲۲]. این شیوع قابل تعمق است و نیاز به تاکید فراوان بر افتالموسکوپی بیماران (حداقل سالی یک بار) را نشان می دهد.

References:

- [1] Fries JF, Koop CE, Sokolov J, Beadle CE, wright D. Beyond health promotion: Reducing need and demand for Medical care. *Health Aff (Millwood)* 1998; 17: 70-84.
- [2] Fitzgerald MJ. Coping with chronic illness philadelphia: Davis company: 2000. p. 3-44.
- [3] MC Donald PE. Nurses perception: issues that arise in caring for patients with diabetes. *J Adva nursing* 1999; 30: 425-430.
- [4] Amer KS. Children adaptation to insulin dependent diabetes mellitus: acritical review of the literatarc. *pediatr Nurs* 1999; 25: 627-639.
- [5] Dickson JA. Critical social theory approach to nursing care of adolescents with diabetes. *Issues compr pediatr Nurs* 1999; 22: 143-152.
- [6] Siguroardottir AK. Self-care in diabetes: model of factor affecting self-care. *J clin Nurs* 2005; 14: 301-314.

[۷] مسعودی علوی نگین، طرح ریزی و اجرای الگوی بیماری دیابت، پایان نامه دکتری پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس: ۱۳۸۳.

- [۸] محمدی محمدحسن، یکه فلاح لیلی، شهریار محسن، گلچین مهری. بررسی تأثیر اجرای خودمراقبتی جسمی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آسم در کلینیک تخصصی الزهرا اصفهان در سال ۱۳۸۰. *مجله تحقیقات پرستاری و مامایی* ۱۳۸۰: شماره ۱۷، صفحات ۲۰ تا ۲۹.
- [9] Safford M, Russell L, Churlsh D, Roman S, Pogach L. How much time Do patients with Diabetes spend on self-care?. *J Am Board Fam Pract* 2005; 18: 262-270.
- [10] Jager H. Strengthening the patients position-a new challenge to public health. *Gesundheitswesen* 1999; 61: 269-273.
- [11] 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. *Taeahan Kanho Hakhoe Chi* 2005; 35: 283-291.
- [۱۲] محمودی اعظم. بررسی تأثیر طرح خودمراقبتی SC بر بهبود زخم اندام تحتانی بیماران دیابتی بیمارستانهای منتخب شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس تهران، ۱۳۷۸. صفحات ۲ تا ۱۰.
- [13] Power AC. Diabetes mellitus. In: Braunwald E et al, eds. Harrison's principles of internal medicine. New York: McGraw Hill Medical Publishing Division. 2001, 2109-2137.
- [14] Sigurdardóttir AK. Self-care in diabetes: model of factors affecting self-care. *J Clin Nurs* 2005; 14: 301-314.
- [15] Perrin KM, Buke SG, O'connor D, Walby G, Shippey C, Pitt S, et al. Factors contributing to intervention fidelity in a multi site Chronic disease Self management program. *Implementat Sci* 2006; 1: 1-6.
- [16] Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator : trying hard, but must concentrate more on behavior. *Diabet Med* 2006; 23: 485-501.
- [۱۷] طاهباز فریده. بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) تغذیه ای و کنترل گلیسمیک بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱. پژوهش در پزشکی، ویژه نامه اولین کنگره پیشگیری از بیماریهای غیرواگیر ۱۳۸۱: سال ۲۶، شماره ۳، صفحه ۱۳۱.
- [۱۸] رضایی جهانگیر، رضایی منصور، رفلا نسری حشمت اله، خالدی بهنام، تیموری بهزاد، خاتونی علیرضا و همکاران. میزان رعایت خودمراقبتی انسولین درمانی در بیماران دیابتی نوع یک مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت کرمانشاه. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (بهبود)* ۱۳۸۱: سال ششم، شماره چهارم، صفحات ۴۷ تا ۵۳.
- [۱۹] جوادی امیر، جوادی مریم، سروقدی فرزانه. بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت بوعلی سینای قزوین نسبت به بیماری دیابت. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند* ۱۳۸۳: دوره ۱۱، شماره ۳: صفحات ۴۶ تا ۵۱.
- [۲۰] اسدی نوقایی احمدعلی، زندی میترا، نظری علی اکبر. فرآیند یادگیری و اصول آموزش به بیمار. ۱۳۸۳، انتشارات بشرا، چاپ اول، ویرایش دوم، صفحه ۱۱.
- [۲۱] مسعودی علوی نگین، غفرانی پور فضل ا...، احمدی فضل ا...، رجب اسدا...، بابایی غلامرضا: طراحی و بررسی تأثیر اجرای الگوی مراقبتی و درمانی نتیجه محور در مبتلایان به بیماری دیابت قندی. *فصلنامه علمی پژوهش فیض* ۱۳۸۲: سال هفتم، شماره ۲۸: صفحه ۱ تا ۱۰.
- [۲۲] رضوی سیدمنصور، زارع حمیدرضا، اسفندی حسین. ریسک فاکتورهای دیابت در بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت در شهرستان یزد. *مجله دانشکده پزشکی تهران* ۱۳۷۸: شماره ۵۷: صفحات ۷۲ تا ۷۷.