خودمراقبتی و عوامل مرتبط با آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد

خاطره عنبری[1]،کورش قنادی[2]، مژگان کاویانی[2]، رضوان منتظری[3]
۱- گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
۲- گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.
۳- پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، خرم آباد، ایران.

یافته / دوره چهاردهم / شماره ۴ / پاییز ۹۱ / مسلسل ۵۳

چکیده

دریافت مقاله: ۹۱/۲/۲۰ ، پذیرش مقاله: ۹۱/۶/۱۸

* **مقدمه:** خودمراقبتی فرایندی مهم در کنترل بیماری دیابت محسوب می‌شود. هدف این پژوهش بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به دیابت ساکن شهر خرم آباد بود.

* **مواد و روش‌ها:** در این مطالعه مقطعی۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه‌های دیابت بیمارستان‌ها، پایگاه‌های شهری و یک مطب فوق تخصصی غدد در سطح شهر خرم‌آباد به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات مقیاس توبرت‌گلاسکو بود که وضعیت خودمراقبتی بیماران را در زمینه‌های مختلف طی هفت روز گذشته مورد ارزیابی قرار می‌داد. داده ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه تجزیه و تحلیل گردید.

* **یافته‌ها:** میانگین نمرات خودمراقبتی در بیماران ۱۲/۶±۳۲/۷ و وضعیت خودمراقبتی در حد متوسط بود. کمترین میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی مربوط به انجام آزمایش قندخون (۳/۸±۳/۴)، انجام فعالیت فیزیکی (۴/۲±۴/۷) و مراقبت عمومی از پاها (۴/۹±۴/۹) بود. میانگین نمرات خودمراقبتی براساس میزان تحصیلات، محل سکونت، نوع درمان دریافتی و شبکه زندگی بیماران به صورت معناداری متفاوت بود ($P<0/05$).

* **بحث و نتیجه‌گیری:** به منظور ارتقاء سطح سلامت بیماران دیابتی و کنترل مناسب بیماری برنامه‌های آموزشی با هدف توانمندسازی بیماران در زمینه مراقبت از خود باید مورد توجه واقع شود.

* **واژه‌های کلیدی:** خود مراقبتی، دیابت، خرم‌آباد.

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، بیمارستان شهدای عشایر، دپارتمان آموزش بالینی
پست الکترونیک: koroush.ghanadi@gmail.com

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

دیابت[1] یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی و پنجمین علت اصلی مرگ در سراسر جهان محسوب می‌شود (۱). بر اساس گزارش فدراسیون بین المللی دیابت، بیش از ۲۴۰ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به بیماری دیابت می‌باشند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۵ جمعیت بیماران دیابتی به بیش از ۳۳۰ میلیون نفر برسد که ۷۵ درصد این افزایش درکشورهای درحال توسعه خواهد بود (۲). بیماری دیابت به علت بار بالای بیماری، ایجاد عوارض جبران‌ناپذیر، تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم بر نظام سلامت و تأثیر فراوان بر کیفیت زندگی[2] بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. هزینه‌های مستقیم ناشی از این بیماری بین ۲/۵ تا ۱۵درصد کل بودجه بهداشتی کشورها را به خود اختصاص می‌دهد (۲).

تغییرات گسترده در سبک‌زندگی، صنعتی‌شدن، گذار دموگرافیک[3] و روند رو به رشد پیرشدن جوامع و افزایش چاقی و کم‌تحرکی به عنوان فاکتورهای موثر برافزایش جمعیت بیماران دیابتی قلمداد می شوند (۳). بر اساس بررسی‌های انجام شده، مهمترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی عدم انجام خودمراقبتی[4] است (۴). خودمراقبتی فرآیندی فعال است که بیماران مبتلا به دیابت برای کنترل مطلوب بیماری خود، باید به صورت روزانه به انجام آن مبادرت ورزند. این فرآیند شامل پیروی از رژیم غذایی مناسب، مصرف به موقع دارو، خودپایشی قندخون یا ادرار، انجام فعالیت‌های منظم بدنی و مراقبت از پاها است (۵).

نتایج اکثر پژوهش‌های انجام شده مبین آن است که بیماران دیابتی که توان خودمراقبتی کمتری دارند، بیشتر به عوارض این بیماری مبتلا می‌شوند. از طرف دیگر خودمراقبتی تحت تأثیر باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزش‌ها و فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، قرار دارد (۶). علیرغم این مسئله باید به تأثیر عوامل اجتماعی اقتصادی و ویژگی‌های جمعیت شناختی بیماران و نیز خصوصیات بالینی بیماری از جمله نوع درمان دریافتی و مدت ابتلا به دیابت بر رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت و سطح خودمراقبتی در این بیماران توجه ویژه مبذول داشت (۷, ۸).

در اکثر مطالعات انجام شده، هزینه های بالای درمان، دسترسی محدود به مراکز ارائه دهنده مراقبت‌های خاص بیماران مبتلا به دیابت و فقدان برنامه‌های آموزشی متناسب با نیاز آنها، به‌عنوان موانع انجام خودمراقبتی در این بیماران درنظر گرفته شده است (۹،۱۰). یکی از اهداف مهم در کنترل دیابت، توانمندسازی بیماران در انجام خودمراقبتی است. طبق پژوهش‌های انجام شده، اصلاح سبک‌زندگی به‌همراه برنامه‌های آموزشی جامع و مستمر و همچنین تقویت توانمندی‌های بیماران در زمینه مراقبت از خود، باعث ارتقاء وضعیت خودمراقبتی در این بیماران شده و در کاهش عوارض کوتاه‌مدت و دراز مدت و کنترل مطلوب بیماری نقش بسزایی خواهد داشت (۱۱،۱۲).

با توجه به مطالعات محدود انجام شده در زمینه خودمراقبتی بیماران دیابتی درسطح کشور و به ویژه شهر خرم‌آباد، پژوهش حاضر با هدف ارزیابی وضعیت خودمراقبتی و فاکتورهای مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهر خرم‌آباد و حومه آن طراحی شده است با این هدف که نتایج آن بتواند برای متولیان سلامت و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به این بیماران مورد استفاده واقع شود.

1. Diabetes
2. Quality of life
3. Demographic transition
4. Self care

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

مواد و روش‌ها

در این مطالعه مقطعی در نیمه اول سال ۱۳۹۰، ۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به درمانگاه دیابت پایگاه شهری شهید مطهری، درمانگاه‌های دیابت بیمارستان‌های شهدای‌عشایر و تامین‌اجتماعی و نیز بیماران مراجعه‌کننده به یک مطب فوق‌تخصصی در شهرخرم‌آباد که تشخیص دیابت در آنها توسط پزشک متخصص یا فوق تخصص به اثبات رسیده بود، به روش نمونه‌گیری غیراحتمالی در دسترس[1] و بر اساس معیارهای ورود[2]، وارد مطالعه شدند.

معیارهای پذیرش بیماران دیابتی در این مطالعه شامل سکونت در شهر خرم آباد و حومه آن، داشتن پرونده پزشکی، گذشتن حداقل یک سال از تشخیص دیابت، عدم ابتلا به سایر بیماری‌های مزمن بجز بیماری های مرتبط با عوارض دیابت، عدم ابتلا به بیماریهای روانی حاد و مزمن و نیز داشتن رضایت آگاهانه جهت شرکت در مطالعه بود. ابزار گردآوری اطلاعات در این مطالعه، یک پرسشنامه دو قسمتی بود. قسمت اول این ابزار حاوی اطلاعاتی درخصوص ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران، طول مدت ابتلا به دیابت و نوع درمان دریافتی (خوراکی یا تزریقی) بود. قسمت دوم پرسشنامه مقیاس رفتارهای خودمراقبتی توبرت گلاسکو بود که به افراد مورد مطالعه این امکان را می‌داد که کیفیت فعالیت‌های خودمراقبتی خود را در طی هفت‌روز گذشته گزارش نمایند.

این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد پیگیری رژیم غذایی سالم، مصرف صحیح و به‌موقع دارو، انجام آزمایش قند خون (خود پایشی)، فعالیت فیزیکی منظم و مراقبت از پاها بود. روایی[3] و پایایی[4] این ابزار، در مطالعات قبلی بررسی و تأیید شده و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۶۸ برآورد شده است. نحوه امتیازدهی به سؤالات این مقیاس به این صورت بود که به فردی که در هفت روز گذشته، در هیچ روزی رفتارهای خودمراقبتی در زمینه‌های ذکر شده را نداشت، نمره صفر و به فردی که در تمام هفت روز مراقبت‌ها را به‌صورت روزانه و کامل انجام داده بود نمره ۷ تعلق می‌گرفت و سایر افراد بر اساس تعداد روزهایی که اقدامات خودمراقبتی را انجام داده بودند، امتیاز بین ۰ تا ۷ را کسب نمودند.

جهت تعیین سطح مطلوبیت وضعیت خودمراقبتی علاوه بر مقایسه میانگین نمرات، دامنه نمرات کسب شده که بین ۷۰-۰ بوده است به سه قسمت تقسیم شده به‌طوری که بیمارانی که نمره خودمراقبتی آنها بین ۲۳-۰ بود به عنوان وضعیت نامطلوب، بین ۴۷-۲۴ به‌عنوان نیمه‌مطلوب و نمرات بین ۷۰-۴۸ به‌عنوان وضعیت مطلوب در نظر گرفته شد. متغیر مستقل در این مطالعه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران، شبکه زندگی آنها، مدت ابتلا به دیابت و نوع درمان دریافتی بوده و وضعیت خودمراقبتی به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.

برای رعایت اصول اخلاقی از کلیه بیماران برای شرکت در مطالعه رضایت کتبی آگاهانه اخذ شده و اطلاعات به‌صورت محرمانه و بدون ذکر نام جمع‌آوری و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. برای توصیف داده ها از روش‌های آمار توصیفی و برای سنجش ارتباط بین متغیرهای مستقل و وضعیت خودمراقبتی از آزمون های آماری t مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه استفاده شده است.

یافته‌ها

در این مطالعه ۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ از نظر وضعیت خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی بیماران، ۱۳±۴۷/۱ سال بود. از کل بیماران ۵۲ نفر (۶۵ درصد) زن و بقیه مرد بودند. اکثریت بیماران

1. Non prabable convenience sampling
2. Inclusion criteria
3. Validity
4. Reliability

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

مطالعه (۷۱/۳ درصد) متأهل و به لحاظ وضعیت تحصیلی بیشتر آنها تحصیلات راهنمایی داشتند (جدول۲). محل زندگی اکثر بیماران (۹۲/۵ درصد) شهر بود و به لحاظ نوع شبکه زندگی، ۶۲/۵ درصد آنها با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند (جدول۲). میانگین مدت ابتلا به بیماری ۵/۵±۸/۱ سال بود. نتایج وضعیت خودمراقبتی و حیطه‌های مختلف آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمرات خود مراقبتی و ابعاد مختلف آن در بیماران دیابتی شهر خرم آباد

ابعادمختلف خود مراقبتی	میانگین ± انحراف معیار	محدوده قابل اکتساب نمرات
پیگیری رژیم غذایی سالم	۱۳/۷±۴/۳	۰-۲۱
انجام آزمایش قندخون	۳/۴±۳/۸	۰-۱۴
مصرف به موقع داروها	۶/۱±۱/۳۹	۰-۷
انجام منظم فعالیت فیزیکی	۴/۷±۴/۲	۰-۱۴
مراقبت عمومی از پاها	۴/۹±۴/۹	۰-۱۴
نمره کلی خودمراقبتی	۳۲/۷±۱۲/۶	۰-۷۰

جدول۲ - توزیع فراوانی ویژگی های جمعیت شناختی بیماران و نمرات خودمراقبتی آنها

نوع متغیر		تعداد	درصد	میانگین و انحراف معیارنمرات خودمراقبتی	PV
جنس	زن	۵۲	۶۵	۳۲/۰۶±۱۲/۵	۰/۵۳
	مرد	۲۸	۳۵	۳۴/۰۳±۱۲/۹	
سن	۲۰-۳۹	۲۱	۱۷/۵	۳۷/۹±۱۳/۳	۰/۲۴
	۴۰-۵۹	۴۵	۵۶/۳	۳۰/۵±۱۱/۸	
	۶۰-۷۹	۱۳	۱۶/۳	۳۳/۳±۱۳/۳	
	≥۸۰	۴	۱/۱	۲۹±۱۰/۴	
وضعیت تاهل	متاهل	۵۷	۷۱/۳	۳۲/۱±۱۲/۴	۰/۰۶۱
	مجرد	۱۱	۱۳/۸	۴۲/۵±۱۲	
	سایر	۱۲	۱۴/۹	۲۶/۲±۱۱/۲	
تحصیلات	بیسواد	۱۸	۲۲/۵	۲۷/۳±۱۱/۰۶	*۰/۰۳۶
	ابتدایی	۱۳	۱۶/۳	۲۶/۹±۱۱/۱	
	راهنمایی	۲۰	۲۵	۳۳/۹±۱۲/۷	
	متوسطه	۱۷	۲۱/۲	۳۶/۵±۱۲/۷	
	دانشگاهی	۱۲	۱۵	۳۹/۶±۱۱/۹	
محل سکونت	شهر	۷۴	۹۲/۵	۳۴/۴۸±۱۲/۵	*۰/۰۳۵
	روستا	۶	۷/۵	۲۵±۱۱/۴	
شبکه زندگی	به تنهایی	۲	۲/۵	۳۴±۸/۴	
	با همسر	۱۷	۲۱/۳	۳۱/±۱۲/۶	
	با فرزندان	۳	۳/۸	۲۱/۳±۱۲/۳	*۰/۰۱۳
	با والدین	۵۰	۶۲/۵	۳۱/۷±۱۱/۸	
	با همسر و فرزندان	۶	۷/۵	۴۴/۶±۸/۳	
	با سایر افراد	۲	۲/۵	۳۲±۰	

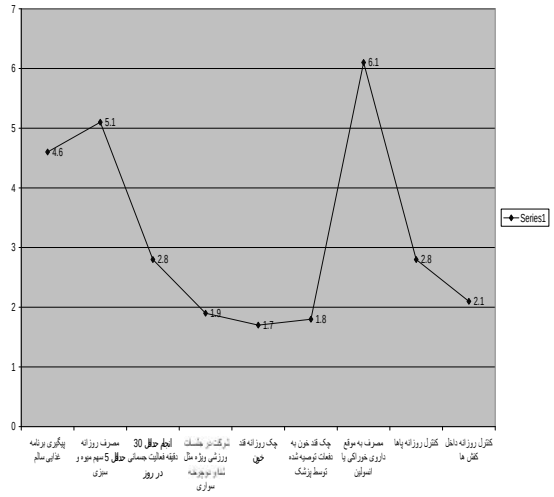
* سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

بر اساس نتایج این جدول کمترین نمرات خودمراقبتی در بیماران مورد مطالعه ما با توجه به محدوده قابل اکتساب نمرات، در زمینه انجام آزمایش قندخون و فعالیت فیزیکی و بیشترین نمرات کسب شده در حیطه پیگیری رژیم غذایی سالم و مصرف به‌موقع داروها بود. میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران با در نظر گرفتن کلیه حیطه‌ها ۱۲/۶±۳۲/۷ بود که بر اساس سطح مطلوبیت تعیین شده و در نظر گرفتن دامنه نمرات قابل اکتساب، نشان دهنده نیمه مطلوب بودن وضعیت خودمراقبتی در این بیماران می‌باشد.

همچنین در مقایسه میانگین نمرات خودمراقبتی بر اساس خصوصیات فردی بیماران و جنبه های بالینی بیماری نتایج زیر به‌دست آمده است : میانگین نمرات خودمراقبتی در زنان و مردان تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشت. همچنین تفاوتی در میانگین نمرات در گروههای سنی مختلف دیده نشد (جدول۲). در بررسی ارتباط سایر متغیرها با وضعیت خودمراقبتی بیماران بر اساس نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه، مشاهده گردید که در افراد مورد مطالعه ما بین میزان تحصیلات، محل‌سکونت و شبکه‌زندگی با کیفیت خودمراقبتی ارتباط آماری معناداری وجود دارد به صورتی که میانگین نمرات در بیماران با تحصیلات دانشگاهی، بیماران ساکن شهر و کسانی که با والدین و یا با همسر و فرزندان خود زندگی می کردند، از نظر آماری به صورت معناداری بالاتر از سایرافراد بود (جدول ۲).

اما ارتباط آماری معناداری بین شغل و وضعیت تأهل بیماران با کیفیت خودمراقبتی آنها دیده نشد. وضعیت خودمراقبتی در بیماران مورد مطالعه ما براساس نوع درمان دریافتی نیز متفاوت بود میانگین نمرات در بیمارانی که انسولین مصرف می‌کردند ۷/۱±۳۹ و در بیمارانی که از داروهای کاهش‌دهنده قندخون استفاده می‌نمودند ۱۱/۱±۲۹/۲ بود که بر اساس ازمون t مستقل این اختلاف به لحاظ آماری معنادار بود (P=۰/۰۰۱). در بررسی ارتباط بین مدت ابتلا به دیابت و وضعیت خودمراقبتی بیماران، بر اساس آزمون همبستگی پیرسون ارتباط خطی معناداری بین متغیرهای ذکر شده دیده نشد(r=۰/۱۳ , PV=۰/۲۳) .[1]



نمودار ۱- میانگین تعداد روزهای انجام رفتارهای خود مراقبتی در طی یک هفته در بیماران مورد مطالعه

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر بررسی وضعیت خودمراقبتی و عوامل مؤثر بر آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ ساکن شهر خرم‌آباد و حومه آن بود. یافته‌های پژوهش ما نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران مورد مطالعه به طور کلی و در اکثر ابعاد آن به‌خصوص در زمینه کنترل روزانه قندخون، انجام فعالیت فیزیکی و مراقبت‌های عمومی از جمله کنترل مرتب پاها، وضعیت مطلوبی ندارد که این یافته با یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در این‌زمینه همخوانی دارد. از جمله در مطالعه جردن[1] و همکاران درخصوص رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در آمریکا نتایج نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت درحد متوسط بوده است.

1 . Jordan

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

دراین پژوهش کمترین فعالیت خودمراقبتی در زمینه کنترل روزانه قندخون، مصرف به‌موقع دارو و انجام منظم فعالیت‌های فیزیکی بوده است (۱۳). در مطالعه ما تفاوت معناداری در میانگین نمرات خودمراقبتی بر حسب جنسیت وجود نداشت. هرچندکه انتظار می‌رود که درمردان بعلت اختصاص دادن وقت کمتر به خودمراقبتی به‌علت مشغله کاری، 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[1] و همکاران نمرات خودمراقبتی در بیماران دیابتی زن به‌صورت معناداری بالاتر از بیماران مرد بوده است (۱۴).

دلایل این ناهمخوانی می‌تواند به‌علت تفاوت در توزیع جنسی جمعیت مطالعه ما با مطالعه ذکر شده باشد. همچنین در مطالعه ما تحصیلات یک فاکتور تأثیرگذار بر وضعیت خودمراقبتی بیماران بود به‌گونه‌ای که افراد با تحصیلات دانشگاهی وضعیت بهتری درزمینه خودمراقبتی بیماری نسبت به سایر بیماران داشتند و این یافته ها با نتایج پژوهش کارتر[2] (۱۵) همخوانی دارد و بیانگر آن است که تحصیلات بالاتر و داشتن آگاهی‌کافی در مورد بیماری و عوارض و پیامدهای احتمالی آن روند خودمراقبتی را تسهیل می‌نماید.

علیرغم این که انتظار می‌رود در افراد متأهل به‌علت مشغله زندگی مشترک و کمتر بودن فرصت، خودمراقبتی بدتر از بیماران مجرد باشد، در مطالعه ما با وجود کمتر بودن نمرات خودمراقبتی در بیماران متأهل نسبت به بیماران مجرد، این اختلاف به لحاظ آماری معنادار نبود که علت آن می‌تواند کم بودن تعداد بیماران مجرد در نمونه مورد مطالعه ما باشد. همچنین در این پژوهش نمرات بیماران بر حسب محل سکونت متفاوت بود و نمرات خود مراقبتی بیماران ساکن شهر به صورت بارز بالاتر از بیماران ساکن روستا بود که علت آن احتمالاً دسترسی بهتر و آسان‌تر بیماران ساکن شهر به مراکز ارائه خدمات درمانی می‌باشد.

از دیگر فاکتورهای مهم تأثیرگذار بر روند خودمراقبتی در بیماران مطالعه ما، نوع درمان دریافتی بود به‌طوری که میانگین نمرات بیمارانی که انسولین دریافت می‌کردند به‌صورت معناداری بالاتر از بیماران دریافت‌کننده درمان خوراکی بود که این یافته با یافته‌های مطالعه هایسمن[3] و همکاران (۱۶) و بزی[4] همکاران (۱۷) همخوانی دارد. علت این مسئله احتمالاً این است که بیماران دریافت‌کننده انسولین، برنامه درمانی منظم‌تری داشته و به‌علت ترس از ایجاد عوارض مهلک بیماری، میزان پذیرش درمان در آنها بالاتر می‌باشد و همین مسئله بیماران را ملزم به خودپایشی قندخون می‌نماید.

همانگونه که در نتایج آمده است وضعیت خودمراقبتی بیمارانی که با والدین و یا با همسر و فرزندان خود زندگی می‌کردند، بهتر از بیمارانی بود که به تنهایی و یا با فرزندان خود زندگی می‌کردند که این یافته با نتایج مطالعه لیکو[5] و همکاران (۱۸) در لهستان مطابقت دارد و بیانگر آن است که شبکه زندگی بیمار و کیفیت تعاملات اجتماعی وی با اعضاء خانواده و حمایت‌های خانواده در مسائل مختلف عاطفی و روحی روانی و نیز کمک به بیماران در جهت ایفای نقش اجتماعی، اثرات مثبتی بر روند انجام فعالیت‌های خودمراقبتی داشته است. نتایج[6] پژوهش حاضر بیانگر آن است که ارتقاء سلامت در بیماران دیابتی و حفظ آن به میزان زیاد به رفتارهای خودمراقبتی بیماران وابسته است و اقدام نکردن به رفتارهای خودمراقبتی به

1. Farmer
2. Karter
3. Huisman
4. Bezie
5. Lewko

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

صورت مستمر، خطر عوارض کوتاه‌مدت و دراز مدت بیماری را افزایش می‌دهد.

بنابراین آموزش‌های جامع و کاربردی در مورد چگونگی انجام رفتارهای خودمراقبتی از مهمترین ارکان کنترل بهینه بیماری برای کلیه این بیماران محسوب می‌شود و از طرف دیگر موفقیت در انجام این رفتارها مستلزم داشتن آگاهی کافی در مورد بیماری و عوارض ناشی از آن و نیز توانمندسازی بیمار و افراد خانواده وی در زمینه کنترل بیماری است. بنابراین لازم است که ارائه دهندگان خدمات سلامت، توجه ویژه به ارتقاء سطح آگاهی بیماران و همچنین خانواده های آنها در زمینه خود مراقبتی بیماری داشته باشند.

از سوی دیگر بر اساس مطالعات انجام شده، تقویت اعتماد به نفس بیماران و تأکید بر قابلیت بالای آنها برای مراقبت از خود، توانمندسازی خانواده‌ها، ارتقاء سطح آگاهی بیماران درمورد بیماری و اختصاص دادن وقت کافی از سوی تیم ارائه دهنده خدمات سلامت برای آموزش بیماران، از جمله عوامل تسهیل کننده روند خودمراقبتی در این بیماران به شمار می‌آید (۱۹).

در نهایت، به نظر می‌رسد که استفاده از نیروهای کارآمد همچون کارشناسان تغذیه و پرستاران آموزش دیده در مراکز ارائه خدمات به بیماران دیابتی، نقش بسزایی در بهبود وضعیت کنترل بیماری توسط بیماران خواهد داشت و متولیان سلامت جامعه، باید به منظور ارتقاء سلامت این بیماران و تقویت رفتارهای خودمراقبتی در آنها، برنامه عملیاتی جامعی تدوین نموده و منابع لازم جهت اجرای مستمر آن را در مراکز ارائه خدمات درمانی فراهم آورند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را ازکلیه پرسنل محترم و دلسوز مراکز ارائه خدمت به بیماران دیابتی وکلیه عزیزانی که در انجام این تحقیق ما را یاری نمودند، اعلام می‌دارند.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

References

1. Vijayaraghavan M, Jacobs EA, Seligman H, Fernandez A. The association between housing instability, food insecurity, and diabetes self-efficacy in low-income adults. J Health Care Poor Underserved. 2011;22(4):1279-1291.
2. Koo M, Lee MH, Chang Y, Huang CF, Chen SC, Yeh YC. Factors associated with self-care behaviors in middle aged adults and elderly with diabetes mellitus. Hu Li Za Zhi. 2011;58(5):43-52.
3. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes:Estimate for the year 2000 and projection for 2030. Diabetes care J. 2006;27(5):1014-1053.
4. Landim CA, Zanetti ML, Santos MA, Andrade TA, Teixeira CR. Self-care competence in the case of Brazilian patients with diabetes mellitus in a multiprofessional educational programme. J Clin Nurs. 2011;20(23-24):3394-3403.
5. Baquedano IR, Dos Santos MA, Martins TA, Zanetti ML. Self-care of patients with diabetes mellitus cared for at an emergency service in Mexico. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(6):1195-1202.
6. Díaz-Apodaca BA, De Cosío FG, Canela-Soler J, Ruiz-Holguín R, Cerqueira MT. Quality of diabetes care: a cross-sectional study of adults of Hispanic origin across and along the United States-Mexico border. Rev Panam Salud Publica. 2010;28(3):207-213.
7. Mosnier Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Halimi S, Virally ML, Guillausseau PJ, et al. How patients' attitudes and opinions influence self-care behaviours in type 2 diabetes. French.Diabetes Metab. 2010;36(6):476-483.
8. Boutati EI, Raptis SA. Self-monitoring of blood glucose as part of the integral care of type 2 diabetes. Diabetes Care. 2009;32:205-210.
9. Hyun KS, Kim KM, Jang SH. The effects of tailored diabetes education on blood glucose control and self-care. J Korean Acad Nurs. 2009;39(5):720-730.
10. Nwasuruba C, Khan M, Egede LE. Racial ethnic differences in multiple self-care behaviors in adults with diabetes. J Gen Intern Med. 2007;22(1):115-120.
11. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, et al Use of chronic care model elements is associated with higher quality care for diabetes. Ann Fam Med. 2007;5(1):14-20.
12. Gillibrand R, Steven S. The extended health belief model applied to the experience of diabetes in young people. Br J Health Psychol. 2006;11(1):155-169.
13. Jordan DN, Jordan JL. Self care behaviors of Filipino-American adult with type 2 diabetes mellitus. J Diabetes Complication. 2010;24(4):250-258.
14. 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. 2009;13(15):41-50.
15. 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

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]

diabetes. Diabetes Care. 2000: 23(4):47-483.

16. Huisman S, de Gucht V, Maes S, Schroevers M, Chatrou M, Haak H. Self-regulation and weight reduction in patients with type 2 diabetes: a pilot intervention study. Patient Educ Couns. 2009;75(1):84-90.
17. Bezie Y, Molina M, Hemandei N, Batista R, Niang S, Huet D. Therapeutic compliance: a prospective analysis of various factors involved in the adherence rate in type 2 diabetics. Diabetes and Metabolism. 2006;32:611-616.
18. Lewko J, Polityńska B, Kochanowicz J, Zarzycki W, Okruszko A, Sierakowska M. Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. Adv Med Sci. 2007;52 (Suppl) 1:144-146.
19. Compean Ortiz LO, Gallegos cabriales EC, Gonzalez Gorzales JC. Self care behaviors and health indicators in adults with type 2 diabetes. Rev Lat AM Enfermagem. 2010; 18(14): 675-680.

[Downloaded from yafteh.lums.ac.ir on 2026-11-01]