

تعیین میزان انجام خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی شهر تهران

سعید حمزاده^۱، ژاله عزتی^۲

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد. طبق بررسی‌های موجود مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی و ابتلا به عوارض دیابت عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی میزان انجام خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی شهر تهران در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

روش: در این پژوهش توصیفی، ۲۷۵ بیمار دیابتی نوع ۱ و ۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران دیابتی مراجعه کننده به درمانگاه غدد در مدت ۲ ماه با توجه به معیارهای ورود انتخاب شدند. ابزارهای به کار رفته در پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات فردی و مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت بود. داده‌ها توسط آمار توصیفی و آزمون‌های من‌ویتنی و کروسکال‌والیس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: اکثریت نمونه‌های پژوهش به ترتیب از نظر وضعیت خودمراقبتی در سطوح متوسط (۳۷/۸٪) و ضعیف (۲۴/۹٪) خودمراقبتی قرار داشتند و میانگین نمره کلی خودمراقبتی ۵۱/۴ با انحراف معیار ۲۱/۵۴ بود که نشان‌دهنده خودمراقبتی متوسط است. بیشترین انجام خودمراقبتی را نمونه‌ها در ابعاد مصرف منظم انسولین، قرص‌های خوراکی ضد دیابت (۷۸/۲۸) و رعایت رژیم غذایی (۶۴/۱۷) داشته‌اند.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که اکثر بیماران دیابتی در این پژوهش از نظر خودمراقبتی در سطوح متوسط و ضعیفی قرار دارند، به نظر می‌رسد پرسنل سیستم‌های بهداشتی و درمانی از جمله پرستاران باید بر لزوم گسترش و حمایت از برنامه‌هایی که محتوای آن‌ها آموزش و پیگیری منظم خودمراقبتی در بیماران دیابتی می‌باشد تمرکز و مشارکت بیشتری داشته باشند.

کلید واژه‌ها: خودمراقبتی، بیماران دیابتی، ابعاد خودمراقبتی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۱/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۶/۲

۱ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (نویسنده مسؤول)

پست الکترونیکی: s.hamadzadeh@gmail.com

۲ - مربی بازنشسته دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

دیابت ملیتوس به گروهی از بیماری‌های متابولیکی گفته می‌شود که ویژگی مشترک آن‌ها افزایش سطح قندخون به علت نقص در ترشح انسولین، یا نقص در عملکرد آن و یا هر دو مورد می‌باشد (۱).

دیابت به علت عوارض دیررس و خطرناک روز به روز توجه بیشتری را به خود معطوف کرده است، این بیماری در اواخر قرن بیستم پراکندگی گسترده‌ای پیدا کرده و میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان درگیر نموده است و در حال حاضر نیز نشانه‌ای از توقف آن دیده نمی‌شود (۲). هر ساله بیش از ۷ میلیون نفر در سرتاسر دنیا به دیابت مبتلا می‌شوند و همچنین هر ساله بیش از ۳٫۸ میلیون مرگ ناشی از دیابت داریم، یعنی به ازای هر ۱۰ ثانیه یک مرگ ناشی از دیابت وجود دارد (۳).

دیابت، بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد (۱). کنترل موفقیت‌آمیز دیابت به طور عمده‌ای به خودمراقبتی بیماران وابسته است زیرا بیش از ۹۵٪ از مراقبت‌های دیابت به وسیله بیمار انجام می‌شود (۴). طبق بررسی‌های موجود مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی و ابتلا به عوارض دیابت عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد (۵).

در پرستاری اصطلاح مراقبت از خود اولین بار توسط Orem مطرح شد. از نظر Orem مراقبت از خود شامل فعالیت‌هایی هستند که انسان‌ها به طور فردی برای خود آن را تشخیص انجام می‌دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و دایماً احساس خوب بودن داشته باشند (۶).

بیشتر مطالعات انجام شده بیانگر این مطلب است که بیماران مبتلا به دیابت که از توان خودمراقبتی کمتری برخوردارند، دچار عوارض بیشتری از قبیل نابینایی، افسردگی و زخم پا می‌شوند (۵). با پیگیری مداوم خودمراقبتی می‌توان از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری نمود یا بروز آن را به تعویق انداخت. به علاوه خودمراقبتی در کاهش هزینه‌ها مؤثر است و در نهایت موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۷).

خودمراقبتی در دیابت یکی از مهم‌ترین عوامل برای تحت کنترل درآوردن بیماری است، خودمراقبتی نه تنها از نظر بهداشتی بلکه از نظر تجزیه و تحلیل‌های اقتصادی جامعه مهم است و در نهایت منجر به کاهش هزینه‌های بهداشتی می‌گردد (۷).

ابعاد خودمراقبتی در بیماران دیابتی شامل طیف وسیعی از رفتارهای خودمراقبتی شامل پایش و کنترل سطح گلوکز خون، انسولین درمانی و قرص‌های خوراکی ضد دیابت، ورزش و فعالیت‌های فیزیکی، تغذیه و رژیم‌های تغذیه‌ای، پیشگیری از ایجاد عوارض حاد دیابت از قبیل هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی، پیشگیری از ایجاد عوارض مزمن دیابت از قبیل نوروپاتی، رتینوپاتی، مراقبت از پاهای ترک سیگار و سایر رفتارهای بهداشتی را شامل می‌شود (۴). اکثر بیماران مبتلا به دیابت در دستیابی به کنترل مطلوب بروی بیماریشان شکست می‌خورند زیرا نمی‌توانند به خوبی خودمراقبتی را در زندگی روزمره خود ترکیب کنند (۸).

در کشورهای مختلف بیماران با توجه به سیستم‌های مختلف بهداشتی و نیز شرایط فرهنگی متفاوت از نظر میزان رعایت و انجام خودمراقبتی با یکدیگر متفاوت هستند. لذا با توجه به اهمیت رعایت خودمراقبتی در بیماران دیابتی این پژوهش با هدف بررسی میزان انجام خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی شهر تهران در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت.

روش مطالعه

در این پژوهش توصیفی که در درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی انجام گرفت، تعداد ۲۷۵ بیمار دیابتی مبتلا به دیابت نوع ۲ که جهت درمان به این درمانگاه مراجعه می‌کردند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تعداد نمونه مورد نیاز براساس مروری بر پژوهش‌های قبلی و نیز فرمول برآورد نمونه برای مطالعات توصیفی ۲۷۵ نفر برآورد گردید.

معیارهای ورود نمونه‌ها در پژوهش شامل موارد زیر بود: تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۱ یا ۲ توسط پزشک، حداقل زمان تشخیص و شروع درمان بیماری دیابت ۶ ماه، حداقل سن بالای ۱۸ سال، اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش، توانایی خواندن و نوشتن به زبان فارسی و معیارهای خروج شامل موارد زیر بود: در صورتی که به هر علت تمایلی به ادامه شرکت در پژوهش نداشتند یا از دادن اطلاعات کافی جهت تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش امتناع ورزیدند از مطالعه خارج شدند.

شد. جهت تعیین اعتبار محتوا، مقیاس «خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت» در اختیار ۸ نفر صاحب‌نظر عضو هیأت علمی دانشکده‌های پرستاری و مامایی شهید بهشتی، ایران، تهران، ۲ نفر متخصص داخلی، ۳ نفر از پرستاران بخش‌های غدد قرار داده شد و در این راستا از روش شاخص اعتبار محتوای والتس و والس (Waltz & Bausell) استفاده گردید که در این روش «مربوط بودن»، «واضح بودن» و «ساده بودن» سوالات مقیاس مورد بررسی قرار گرفت (۱۱). جهت تعیین پایایی به روش همسانی درونی ابزارها در اختیار ۲۰ بیمار دیابتی واجد شرایط پژوهش قرار گرفت. میانگین نمره شاخص اعتبار محتوا ۸۴/۹٪ و میزان آلفای کرونباخ برای پایایی درونی ۰/۷۸، صدم بود.

جهت تجزیه و تحلیل نتایج پژوهش از نرم‌افزار (SPSS v.16)، آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و نیز از آزمون‌های ناپارامتری من‌ویتنی و کروسکال‌والیس به دلیل توزیع غیرنرمال داده‌ها جهت بررسی رابطه بین مشخصات دموگرافیک و خودمراقبتی استفاده شد.

یافته‌ها

خصوصیات دموگرافیک نمونه‌ها به شرح زیر بود: میانگین سنی نمونه‌ها ۵۴/۶۱ سال بود. ۶۱/۸٪ از نمونه‌ها مرد، ۷۶٪ از نمونه‌ها متأهل، اکثریت نمونه‌ها (۳۷/۵٪) دارای تحصیلات دبستانی و کارمند بودند. سابقه ابتلا به دیابت ۱۱/۸ سال با انحراف معیار ۶/۴۲ و ۸۷/۳٪ به دیابت نوع ۲ مبتلا بودند. ۷۱/۶٪ نمونه‌ها سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت را نداشتند و ۷۸/۲٪ سابقه عضویت در انجمن‌های دیابت را نداشتند.

آمار توصیفی وضعیت خودمراقبتی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. این جدول نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌های پژوهش به ترتیب نمرات خودمراقبتی متوسط (۳۷/۸٪) و پایینی (۳۴/۹٪) را از نمره کل مقیاس که حاصل جمع کردن نمرات ابعاد مختلف خودمراقبتی که خرده مقیاس‌های ابزار خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت هستند را کسب کرده‌اند و از نظر وضعیت خودمراقبتی در سطوح متوسط و ضعیف خودمراقبتی قرار داشتند، همچنین میانگین نمره کلی خودمراقبتی ۵۱/۴ با انحراف معیار ۲۱/۵۴ بود که نشان می‌دهد نمونه‌های پژوهش نمره متوسطی را از «مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت» کسب کرده بودند.

روش انجام پژوهش به این صورت بود که پژوهشگر سه روز در هفته و صبح‌ها به مدت ۲ ماه به درمانگاه غدد بیمارستان طالقانی مراجعه می‌نمود و پس از این که بیماران دیابتی نزد پزشک ویزیت می‌شدند، بیمارانی را که واجد شرایط پژوهش بودند شناسایی می‌کرد و پس از توضیح و کسب رضایت از بیماران درباره اهداف پژوهش، پرسشنامه‌ها جهت تکمیل در اختیار آن‌ها قرار می‌گرفت.

ابزارهای به کار رفته در پژوهش شامل پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و «مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت» (Summary of Activity Diabetes Self-car) بود. پرسشنامه مشخصات دموگرافیک شامل اطلاعاتی درباره سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، سابقه تشخیص دیابت، نوع دیابت، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت و عضویت در انجمن‌های دیابت می‌باشد که توسط نمونه‌ها تکمیل شد.

«مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی» یک پرسشنامه خودگزارشی ۱۵ سؤالی است که رفتارهای خودمراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی می‌کند و دربرگیرنده ابعاد مختلف خودمراقبتی دیابت شامل رژیم غذایی ۵ سؤال با امتیاز ۰ تا ۳۵، ورزش ۲ سؤال با امتیاز ۰ تا ۱۴، آزمایش قندخون ۲ سؤال با امتیاز ۰ تا ۱۴، انسولین درمانی یا مصرف قرص‌های خوراکی ضد دیابت ۱ سؤال با امتیاز ۰ تا ۷، مراقبت از پا ۴ سؤال با امتیاز ۰ تا ۲۸ و سیگار کشیدن ۱ سؤال با امتیاز ۰ تا ۱۰ است (۹). در این مقیاس براساس میزان انجام رفتارهای خودمراقبتی در طول هفت روز گذشته به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت (به استثنای سیگار کشیدن) داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سؤال به دست می‌آید (۱۰). امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد که در این پژوهش جهت مقایسه بهتر خودمراقبتی در بیماران مختلف و روشن شدن وضعیت خودمراقبتی در ابعاد مختلف آن نمرات خودمراقبتی هم براساس ابعاد مختلف خودمراقبتی و هم براساس نمره کلی ابزار به سه طبقه خودمراقبتی ضعیف، متوسط و قوی تقسیم و گزارش شد.

جهت تعیین اعتبار مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی از روش شاخص اعتبار محتوا (Content Validity Index) و جهت تعیین پایایی ابزارها از روش همسانی درونی (Internal Consistency) استفاده

دیابت ارتباط آماری معناداری داشت. میانگین نمره خودمراقبتی در مردان بیشتر از زنان بود و این اختلاف معنادار بود ($p=0/009$) و بین سن نمونه‌ها و خودمراقبتی نیز ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($p=0/001$) بدین معنا که با افزایش سن نمونه‌ها از میانگین نمره خودمراقبتی کاسته شد. میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی بالاتر از سایر سطوح تحصیلات بود ($p=0/017$). نمره خودمراقبتی در بیمارانی که سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت و نیز عضویت در انجمن‌های دیابت را داشتند بالاتر از بیمارانی بود که این سوابق را نداشتند. خودمراقبتی با وضعیت تأهل ($p=0/067$)، وضعیت اشتغال ($p=0/117$)، سابقه ابتلا به دیابت ($p=0/317$) و نوع دیابت ($p=0/060$) ارتباط آماری معناداری نداشت.

در جدول شماره ۲ ابعاد مختلف خودمراقبتی و توزیع میانگین و انحراف معیار این ابعاد که در واقع خرده مقیاس‌های پرسشنامه خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت است را نشان می‌دهد و جهت مشخص کردن ابعادی که بالاترین نمره خودمراقبتی را داشتند میانگین نمره هر بعد در عدد ۱۰۰ ضرب شده و در واقع به صورت «درصد نمره کسب شده» گزارش شده است. مطابق این جدول بیماران دیابتی بیشترین میزان رعایت خودمراقبتی را در ابعاد مصرف منظم انسولین یا قرص‌های خوراکی ضد دیابت و رعایت رژیم غذایی داشته‌اند و ضعیف‌ترین بعد خودمراقبتی بیماران در کنترل منظم قندخون می‌باشد. نتایج ارتباط بین برخی از مشخصات دموگرافیک با خودمراقبتی در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. خودمراقبتی با جنس، سن، تحصیلات، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت، سابقه عضویت در انجمن

جدول ۱- آمار توصیفی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی

وضعیت خودمراقبتی	تعداد	درصد
خودمراقبتی ضعیف (نمره ۳ تا ۳۳)	۹۶	۳۴/۹
خودمراقبتی متوسط (نمره ۳۴ تا ۶۷)	۱۰۴	۳۷/۸
خودمراقبتی قوی (نمره ۶۸ تا ۹۹)	۷۵	۲۷/۳
جمع	۲۷۵	۱۰۰

جدول ۲- نمرات ابعاد مختلف خودمراقبتی کسب شده توسط بیماران دیابتی

ابعاد خودمراقبتی	میانگین	انحراف معیار	درصد نمره کسب شده
رژیم غذایی	۲۲/۴۶	۵/۲۱	۶۴/۱۷
ورزش و فعالیت فیزیکی	۶/۵۹	۲/۱۴	۴۷/۰۷
کنترل قندخون	۵/۳۱	۳۷/۹۲	۳/۲۱
مصرف انسولین و قرص ضد دیابت	۵/۴۸	۲/۱۴	۷۸/۲۸
مراقبت از پاها	۱۴/۷۲	۸/۱۹	۵۲/۵۷
سیگار کشیدن	بله: ۰/۲۳	خیر: ۰/۷۷	

جدول ۳- مقایسه میانگین نمره خودمراقبتی براساس برخی از مشخصات دموگرافیک

p-value	انحراف معیار	میانگین	تعداد	مشخصات دموگرافیک			
				جنس	سن		
۰/۰۰۹	۳۴/۴۱	۴۷/۳۰	۱۰۵	زن	کمتر از ۳۵		
				مرد			
۰/۰۰۱	۲۱/۵۱	۵۴/۵۱	۱۸۰	بین ۳۵ تا ۶۰	بالای ۶۰		
				۱۹/۹۵		۴۳/۸۴	۶۳
				۱۹/۸۰		۵۶/۰۹	۳۵
۰/۰۶۰	۲۱/۷۳	۵۰/۷۲	۲۴۰	نوع ۱	نوع ۲		
				۲۱/۶۰		۵۱/۶۶	۱۳۱
۰/۳۱۷	۱۷/۹۲	۵۰/۴۸	۱۰۴	کمتر از ۱۰ سال	بین ۱۰ تا ۲۰ سال		
				۱۷/۴۴		۵۱/۰۲	۴۰
				۲۱/۴۰		۵۴/۲۶	۷۸
۰/۰۳۷	۲۱/۵۴	۵۰/۲۷	۱۹۸	بله	خیر		
				سابقه شرکت در کلاس آموزشی دیابت			

بحث

قندخون به حد طبیعی که باعث کاهش عوارض دراز مدت دیابت می‌شود نقش مهمی دارد (۱۴).

از آنجایی که کنترل منظم قندخون نیازمند در دسترس بودن تجهیزاتی از قبیل گلوکومتر و دسترسی به مراکز بهداشتی درمانی و نیز نیازمند داشتن مهارت و تبحر در بیماران است می‌توان علت ضعیف بودن رعایت کنترل منظم قندخون را در نمونه‌های پژوهش حاضر به دلیل دسترسی ضعیف به تجهیزات و مراکز درمانی، ضعف در مهارت اندازه‌گیری قندخون و یا نیاز نداشتن برخی از نمونه‌های حاضر به کنترل منظم قندخون به دستور پزشک معالج بیمار دانست.

در این پژوهش میانگین نمره خودمراقبتی در مردان (۵۳/۹۴)، افراد با سن کمتر از ۳۵ سال (۵۷/۰۸) و با سابقه کمتر از ۱۰ سال ابتلا به دیابت (۵۱/۶۶) از زنان، سنین بالاتر از ۳۵ سال و سابقه بیش از ۱۰ سال ابتلای به دیابت بالاتر بود که دلیل آن را می‌توان در پایین‌تر بودن میانگین سنی مردان نسبت به زنان عنوان کرد زیرا با افزایش سن از توان بیماران برای انجام خودمراقبتی به دلیل کاهش توانایی‌های جسمی، ذهنی، اضافه شدن بیماری‌های دوران پیری و همچنین ابتلا به عوارض مزمن دیابت کاسته می‌شود.

در پژوهش‌های بقایی و همکاران، مروتی‌شریف‌آباد و روحانی تنکابنی نیز به نتایج مشابهی دست یافتند (۱۰۵). میانگین نمره خودمراقبتی در بیماران با تحصیلات دانشگاهی، بیماران با سابقه شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت و سابقه عضویت در انجمن‌های دیابت بالاتر از نمونه‌هایی بود که تحصیلات پایین داشتند و سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش و عضویت در انجمن‌های دیابت را نداشتند. نتایج این پژوهش با پژوهش بقایی و همکاران در یک راستا قرار دارد (۵). دلیل بالا بودن نمره خودمراقبتی در بیماران با افزایش سطح تحصیلات، سابقه شرکت در کلاس‌های آموزش و عضویت در انجمن‌های دیابت را می‌توان در افزایش دانش و آگاهی نمونه‌ها نسبت به بیماری خود و خودمراقبتی و کسب اطلاعات بیشتر و عمیق‌تر درباره خودمراقبتی و نیز دریافت حمایت اجتماعی بیشتر نسبت به سایر نمونه‌ها دانست.

این پژوهش با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام شده است. همان‌طور که نتایج پژوهش نشان داد اکثریت بیماران دیابتی (۳۷/۸٪) از نظر وضعیت خودمراقبتی در سطح متوسطی قرار داشتند، همچنین میانگین نمره کلی خودمراقبتی ۵۱/۴ با انحراف معیار ۲۱/۵۴ بود که نشان می‌دهد نمونه‌ها نمره متوسطی را از مقیاس خلاصه فعالیت‌های خودمراقبتی دیابت کسب کرده بودند. در پژوهش‌های بقایی و همکاران، Samuel-Hodge و همکاران اکثر بیماران از نظر ابعاد مختلف خودمراقبتی در سطح خوب قرار داشتند (۱۲و۵) و در پژوهش‌های مروتی‌شریف‌آباد و روحانی تنکابنی، جوادی و همکاران نمونه‌ها رفتارهای خودمراقبتی را در حد متوسط انجام می‌دادند که با نتایج پژوهش حاضر هم‌خوانی دارند (۱۰ و ۱۳). به نظر می‌رسد که تفاوت در وضعیت خودمراقبتی بیماران در پژوهش‌های مختلف ناشی از تفاوت در عوامل مختلفی از قبیل تفاوت در برنامه‌های آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی، تفاوت در میزان دانش و نگرش به خودمراقبتی در بیماران و همچنین تفاوت در نحوه اندازه‌گیری خودمراقبتی بیماران باشد که باعث می‌شود که بیماران دیابتی از نظر خودمراقبتی در کشورهای مختلف و حتی مناطق مختلف یک کشور با یکدیگر متفاوت باشند.

همچنین در این پژوهش مشخص شد که بیماران دیابتی در بین ابعاد مختلف خودمراقبتی در دیابت بیشتر ابعاد تزریق منظم انسولین یا مصرف قرص خوراکی ضد دیابت و رعایت رژیم غذایی را انجام می‌دهند و ضعیف‌ترین بعد خودمراقبتی در بعد اندازه‌گیری منظم قندخون می‌باشد. در پژوهش Samuel-Hodge و همکاران بیشترین انجام خودمراقبتی را بیماران در ابعاد رژیم غذایی و ورزش داشتند (۱۲). کنترل قندخون، پایه مراقبت در دیابت است و کنترل مرتب قندخون توسط بیمار بیماران دیابتی را قادر می‌سازد تا با اصلاح برنامه درمانی به بهترین شکل ممکن غلظت گلوکز خون را کنترل کنند. این روش امکان شناسایی و پیشگیری از هیپوگلیسمی و هیپرگلیسمی را فراهم می‌کند و در رساندن

نتیجه‌گیری

با توجه به این که این پژوهش نشان داد که اکثر بیماران دیابتی از نظر انجام خودمراقبتی در وضعیت متوسطی قرار دارند باید دست‌اندرکارانی که بر امور برنامه‌ریزی، اجرا و پیگیری برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی دیابت فعال هستند از قبیل انجمن‌های دیابت و نیز پرستاران که نقش بسیار مهمی در ارتقای خودمراقبتی این بیماران ایفا می‌کنند باید توجه داشته باشند که تلاش‌های خود را بیشتر به سمت برنامه‌های آموزش خودمراقبتی هدفمند، تکرار منظم برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی و پیگیری منظم بیماران از نظر رعایت خودمراقبتی متمرکز کنند و پس از آموزش اولیه خودمراقبتی بیماران را از نظر رعایت منظم خودمراقبتی پیگیری کنند. همچنین به جنبه‌های از خودمراقبتی از قبیل کنترل منظم قندخون، ورزش و فعالیت فیزیکی که در این پژوهش مشخص شد که بیماران کمتر به آن‌ها توجه دارند بیشتر بپردازند و زمینه دسترسی راحت‌تر بیماران به مراکز درمانی و نیز به حمایت از بیماران جهت تهیه وسایلی از قبیل گلوکومتر بپردازند.

توجه به ارتباط بین مشخصات دموگرافیک بیماران دیابتی با خودمراقبتی آن‌ها می‌تواند در برنامه‌ریزی کلاس‌های آموزشی دیابت کاربرد داشته باشد. با توجه به نتایج این پژوهش به نظر می‌رسد سیستم‌های بهداشتی و درمانی باید بر لزوم گسترش و حمایت از برنامه‌هایی که

محتوای آن‌ها آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی می‌باشد تأکید بیشتری داشته باشند تا زمینه برای افزایش دانش خودمراقبتی و انجام آن توسط بیماران فراهم شود. در این بین پرستاران به عنوان مربیان خط اول آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی با به کار بردن روش‌های منظم و کاملی همچون تئوری خودمراقبتی اورم می‌توانند گامی اساسی برای ارتقای خودمراقبتی در بیماران دیابتی بردارند. در پایان توصیه می‌شود با توجه به محدودیت‌های پژوهش حاضر از قبیل استفاده از پرسشنامه جهت بررسی رفتارهای خودمراقبتی به جای مشاهده، در پژوهش‌های آتی از روش‌های مشاهده‌ای جهت بررسی رفتارهای خودمراقبتی استفاده بشود و نیز پژوهش‌هایی بر روی بررسی عواملی که در میزان انجام و رعایت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی تأثیر دارد براساس تئوری‌های ارزشمند پرستاری از قبیل تئوری خودمراقبتی اورم انجام بشود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد اینجانب سعید حمزاده می‌باشد و بدین‌وسیله از تمامی کسانی که مرا در به سرانجام رسانیدن این پژوهش یاری رساندند از جمله اساتید محترم راهنما، مشاور و نیز پرسنل محترم بیمارستان طالقانی تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

- 1 - Smeltzer S, Bare B. Brunner and suddarth's textbook of medical-surgical nursing. 11nd edition. Philadelphia: Lippincott Company; 2008.
- 2 - Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? Diabetes Metab. 2003 Sep; 29(4 Pt 2): 6S9-18.
- 3 - Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract. 2010 Jan; 87(1): 4-14.

- 4 - Anderson RM, Funnell M. Facilitating self-care through empowerment. *Psychology in Diabetes Care*. 2003; 10(4): 69-97.
- 5 - Baghaei P, Zande M, Vareth Z, Masode N, Adeb Hajbaghere M. [Self care status among diabetic patients in Kashan]. *Feyz Journal*. 2004; 12(1): 88-93. (Persian)
- 6 - Orem DE. *Nursing Concepts of Practice*. 5nd edition. Mosby Company; 1995.
- 7 - Ouyang CM. Factors affecting diabetes self-care among patient with type 2 diabetes in Taiwan's. Dissertation. School of Nutrition Science and Policy, Tusfs University, 2007.
- 8 - Schreurs KM, Colland VT, Kuijer RG, de Ridder DT, van Elderen T. Development, content, and process evaluation of a short self-management intervention in patients with chronic diseases requiring self-care behaviours. *Patient Educ Couns*. 2003 Oct; 51(2): 133-41.
- 9 - Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000 Jul; 23(7): 943-50.
- 10 - Morovate Sharefabad M, Rohane Tonekabone N. [Effect of Perceived Benefits and Barriers of Self care Behaviors on Diabetic Patients Performance]. *Nursing Journal of Tehran Medical University*. 2006; 73(6): 17-27. (Persian)
- 11 - Burns S, Grove N. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 5th ed. Springer Publishing Company; 2005.
- 12 - Samuel-Hodge CD, Watkins DC, Rowell KL, Hooten EG. Coping styles, well-being, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Educ*. 2008 May-Jun; 34(3): 501-10.
- 13 - Javadi A, Javadi M, Sarvghade F. [Determine knowledge, attitude and performance of diabetics patient in ghazven clinic's of diabetes about diabetes]. *Journal of Berjand Medical University*. 2003; 11(3): 46-51. (Persian)
- 14 - Moore DJ, Gregory JM, Kumah-Crystal YA, Simmons JH. Mitigating micro-and macro-vascular complications of diabetes beginning in adolescence. *Vasc Health Risk Manag*. 2009; 5: 1015-31.

A determination of self-care performance among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran

Hamadzadeh¹ S (MSc.) - Ezate² G (MSc.).

Introduction: Diabetes is a chronic disease that need special self-care behaviors until end of life. According to studies, undoing self-care is a main reason for mortality and afflicted to chronic complication in diabetic patients. Purpose of this study was to determine the performance of self-care among diabetic patients in endocrine clinic of Taleghane hospital in Tehran in 2011.

Method: In this descriptive study 275 type 1 and 2 diabetic patients were selected by convenience sampling. The scales of this study were demographic questionnaire and summary of diabetes self-care activity measure. The data was analyzed by descriptive statistics, Mann-Whitney and Kruskal-Wallis test.

Results: The results showed that most of patients had a moderate (37.8) and weak (34.9) self-care. The mean score of self-care was 51.4 and that indicate moderate self-care. The majority of patients were performed self-care in dimension of regular intake of insulin and oral drugs (78.28) and diet (64.17).

Conclusion: According to findings, more attention should be paid to education and follow up self-care programs by medical services staff such as nursing for improve self-care among diabetics patients.

Key words: Self-care, diabetic patients, self-care dimension

Received: 24 August 2014

Accepted: 25 January 2014

1 - Corresponding author: MSc. in Nursings, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

e-mail: s.hamadzadeh@gmail.com

2 - MSc., Instructor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran