

برنامه‌های مراقبت از خود بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین

مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان

نجیبه جعفریان^۱، علی اصغر حیدری^۲

چکیده

دیابت از بیماری‌های غیر واگیر شایع بوده که حدود ۶ درصد جمعیت جهان از آن رنج می‌برند. یکی از علل اصلی شیوع این بیماری تغییر در نحوه زندگی افراد می‌باشد و رعایت برنامه‌های مراقبت از خود، محور اصلی درمان دیابت می‌باشد. بر این اساس این پژوهش که مطالعه توصیفی است به منظور تعیین برنامه‌های خود مراقبتی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان انجام گرفته است. واحد‌های مورد پژوهش را ۱۶۶ نفر بیمار سرپائی دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز فوق تشکیل داده است. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و اطلاعات از طریق مصاحبه جمع‌آوری گردیده است. نتایج نشان داد که ۵۱/۸٪ افراد مورد پژوهش برنامه‌های منظمی جهت مراقبت از خود نداشته‌اند. ۶۱/۴٪ بیماران هیچگونه برنامه ورزشی در زندگی روزانه خود نداشته و همچنین رعایت رژیم غذایی در بین واحدهای مورد پژوهش ضعیف بود به گونه‌ای که ۴۲/۲٪ آنها در میهمانی و مسافرت و ۳۰/۷٪ آنها در هنگام بهتر بودن حالشان رژیم غذایی خود را ترک می‌نمایند. تعداد معدودی از افراد (۲۷٪) بهداشت پوست از جمله نظافت پاها را جهت جلوگیری از زخم انجام می‌داده‌اند. رعایت مراقبت از خود یک استراتژی اصلی در کنترل بیماری دیابت می‌باشد و نقش مهمی را در پیشگیری از عوارض درازمدت بیماری دارد که در این رابطه لازم است از طریق رسانه‌ها یا جلسات منظم، بیماران با نحوه خود مراقبتی و عوارض دیابت آشنا شوند تا بتوانند با این بیماری مزمن سازگاری پیدا کنند.

واژه‌های کلیدی: مراقبت از خود، دیابت غیر وابسته به انسولین

مقدمه

دیابت شایعترین بیماری غدد درون‌ریز و یک مشکل بهداشتی در حال رشد در تمام سنین و کلیه جوامع بشری است. تأکید بر درمان و مراقبت از این بیماران به علت افزایش روزافزون تعداد این بیماران و بروز عوارض ناشی از آن و همچنین نیاز به بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان می‌باشد^(۱). بر اساس آمارهای موجود بالغ بر ۱۵۰ میلیون فرد

۱و۲: عضو هیأت علمی گروه پرستاری دانشکده پرستاری و مامایی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی همدان

دیابتی در دنیا وجود دارد. در ایران تعداد مبتلایان به دیابت بیش از ۶٪ جمعیت کشور تخمین زده می شود که ۹۰-۸۵٪ آنان به دیابت غیر وابسته به انسولین و بقیه به دیابت وابسته به انسولین اختصاص دارد^(۲). در دیابت نوع ۱ یا دیابت وابسته به انسولین که ۱۰٪ کل دیابتی هارا در امریکای شمالی و اروپا تشکیل می دهد سلولهای جزایر پانکراس به علت واکنش های عفونت زا و یا واکنش های ایمنولوژیکی تخریب می شوند و ترشح انسولین مختل شده و قند خون بالا می رود. در دیابت نوع ۲ یا دیابت غیر وابسته به انسولین ترشح انسولین مختل نمی شود ولی سلولهای بدن نسبت به انسولین مقاوم می شوند که در ابتدا سطح خونی انسولین در پاسخ به افزایش قند خون بالا رفته ولیکن بعد از چند سال ترشح انسولین کم می شود. بنظر می رسد دیابت نوع ۲ یک اختلال ژنتیکی - محیطی باشد^(۱۳).

دیابت از پر عارضه ترین بیماری متابولیک دنیا و یکی از مهمترین مسائل بهداشتی ایران می باشد^(۱). عوارض دراز مدت و ناتوان کننده جسمی دیابت از قبیل کوری، آمپوتاسیون های غیر تروماتیک، نارسایی مزمن کلیه ها که منجر به دیالیز می گردد و درگیری عروق کرونر می باشد^(۲). اشغال تختهای بیمارستانی توسط بیماران دیابتی بسیار زیاد بوده و همچنین نیاز به مراقبت بیشتری در منزل دارند. حدود ۱۰ میلیون نفر در ایالات متحده امریکا به دیابت مبتلا هستند که آنها را در معرض خطر اختلالات بینائی، کلیوی، بیماریهای عروق محیطی، پرفشاری خون و بیماریهای عروق مغزی و قلبی قرار می دهد^(۷).

در سال ۱۹۸۷ در امریکا هزینه مراقبت از بیماران دیابتی حدود ۲۰/۴ بیلیون دلار برآورد شده که شامل مخارج مراقبت های پرستاری در بیمارستان و منزل، آزمایشات، دارو ها، هزینه های پزشکی و روزهای کاری از دست رفته، مرگ زود رس و ناتوانی می باشد. تغذیه اساس درمان دیابت را تشکیل می دهد^(۱۱). رژیم درمانی دیابت پیچیده است و نیاز به مراقبت های مختلفی از قبیل ورزش، رعایت دارو درمانی و رژیم غذایی و کنترل قند خون روزانه از طریق خود فرد دارد^(۹).

بیماران دیابتی بایستی نقش اساسی در درمان خود داشته باشند^(۴). مراقبت از خود بطور مؤثری از پیشرفت عوارض آن از قبیل رتینوپاتی، نفروپاتی و نوروپاتی می کاهد^(۵). بیماران دیابتی معمولاً در پیگیری رژیم درمانی و نگهداری قند خون در حد طبیعی مشکل دارند. عوامل روانی و نگرشی نقش عمده ای را در کنترل دیابت بازی می کند^(۱۴). طرح درمان بیماران مبتلا به دیابت دارای هدف اولیه کنترل سطح قند خون و پیشگیری از وقوع عوارض حاد و بلند مدت آن می باشد. بنابراین بایستی به بیماران در یادگیری مهارت های اداره برنامه مراقبت از خود کمک نمود^(۲). بطور کلی یک سوم بیماران توصیه های درمانی را مراعات می کنند، یک سوم آنها گاهی برخی از توصیه ها را رعایت می کنند و یک سوم بقیه هرگز آنرا رعایت نمی کنند^(۱۰). در تیم درمانی بیماران دیابتی، پرستاران نقش مهمی را در کمک به بیماران جهت برنامه های درمانی و ارزیابی مداوم جهت مؤثر بودن و مناسب بودن برنامه درمانی ایفا می کنند^(۶).

پژوهشگر در برخورد های زیادی که با بیماران دیابتی داشته به مواردی از عدم همکاری مبتلایان در امر مراقبت از خود مواجه شده که منجر به عوارض خطرناک از قبیل زخم های وسیع پا، رتینوپاتی و شوک ناشی از هیپوگلیسمی و اغمای دیابتی شده است. از آنجا که پرستار به عنوان عضو فعال تیم بهداشتی و درمانی نقش اساسی و تعیین کننده در ارتقای سطح سلامت بیماران، پیشگیری از بروز عوارض بیماریها و پیگیری رژیم درمانی دارد، لذا پژوهشگر بر آن شد برنامه های مراقبت از خود بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت همدان را بررسی نماید تا با شناسائی

چگونگی انجام مراقبت از خود جهت کنترل بیماری در افراد دیابتی، بتوان گام مثبتی را جهت ارتقای خود مراقبتی برداشت.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت. اطلاعات مربوط به این پژوهش در یک مرحله از طریق پرسشنامه جمع آوری و مورد بررسی قرار گرفت. پرسشنامه از دو قسمت تشکیل شده بود. در قسمت اول مشخصات دموگرافیک و در قسمت دوم معیارهای خود مراقبتی که شامل ۳۰ سوال در مورد چگونگی رعایت رژیم غذایی و دارویی، اندازه گیری قند خون، مراقبت از پاها، پیگیری معاینات مکرر و دوره ای و انجام فعالیت های ورزشی و سؤالات بصورت بلی _ خیر طراحی شده بود که برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز در نظر گرفته شد و سپس امتیازات جمع و میانگین و انحراف معیار آنها نیز محاسبه و با استفاده از نرم افزار کامپیوتری EPI6 مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت. در تجزیه تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی و استنباطی استفاده و جهت تعیین ارتباط بین متغیرها از آزمون آماری χ^2 و آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. جهت تعیین اعتبار علمی ابزار گرد آوری داده ها از روش اعتبار محتوی و برای تعیین اعتماد علمی سؤالات از روش پایایی ثبات درونی استفاده شده است.

جامعه پژوهش را مبتلایان به دیابت تیپ ۲ تحت پوشش مرکز تحقیقات دیابت همدان تشکیل می داد. نمونه های پژوهش را ۱۶۶ نفر از بیماران دیابتی که بیماری آنها با آزمایشات بالینی و آزمایشگاهی ثابت شده بود تشکیل می دادند. روش نمونه گیری مبتنی بر هدف بود که از اول اردیبهشت لغایت مرداد ماه سال ۱۳۷۸ بمدت چهار ماه انجام شد.

نتایج

نتایج نشان می دهد ۳۱/۴٪ افراد مورد پژوهش در گروه سنی ۶۰-۶۹ سال قرار دارند. ۷۲/۹٪ مبتلایان مؤنث و ۶۵٪ افراد تحت پژوهش اضافه وزن داشته و یا چاق بوده اند (جدول ۱). ۶۵/۷٪ بیسواد، ۷۴/۷٪ متأهل و ۷۱/۱٪ خانه دار بودند. ۵۱/۸٪ توصیه های درمانی را رعایت نمی کردند.

۷۴/۱٪ افراد بیماری را به مدت کمتر از ۷ سال داشته (جدول ۲) و ۶۰/۸٪ مبتلایان سابقه دیابت را در اقوام درجه یک خود نداشته اند. ۵۹/۶٪ افراد با مصرف قرص های پائین آورنده قند خون بیماری خود را کنترل می کرده، ۳۷/۴٪ آنها با تزریق انسولین (که اخیراً به علل مختلف از قبیل عفونتهای مکرر، انجام اعمال جراحی و مقاومت دارویی و غیره نمی توانستند به طور موقت یا دائم از قرص های پائین آورنده قند خون استفاده نمایند) و تنها ۳٪ آنها با رعایت رژیم غذایی بیماری خود را کنترل می کرده اند.

۹۳/۳٪ افراد به طور منظم به پزشک مراجعه می کرده اند ولی ۸۶/۱٪ آنها دستورات پزشک را پیگیری می نموده اند. ۸۱/۹٪ افراد در کلاسهای آموزشی که در مرکز تحقیقات دیابت

جدول ۱: توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب وزن آنها

BMI	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
قابل قبول	۵۸	۳۵
اضافه وزن	۶۴	۳۸/۵
چاق	۴۴	۲۶/۵
جمع	۱۶۶	۱۰۰

جدول ۲: توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب طول مدت ابتلا به بیماری

مدت ابتلا به بیماری (به سال)	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
۰-۷	۱۲۳	۷۴/۱
۸-۱۵	۲۱	۱۲/۷
۱۶-۲۳	۱۷	۱۰/۲
۲۴-۳۱	۵	۳
جمع	۱۶۶	۱۰۰

جدول ۳: توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب میزان تحصیلات و میزان خودمراقبتی

خود مراقبتی تحصیلات	خوب	ضعیف	جمع
بیسواد	۵۸	۵۱	۱۰۹
ابتدایی	۶	۲۶	۳۲
متوسطه	۹	۸	۱۷
عالی	۷	۱	۸
جمع	۸۰	۸۶	۱۶۶

$$X^2=11.62, p=0.008$$

همدان تشکیل می شد شرکت نموده و تنها ۲۷٪ افراد بهداشت پوست از جمله پاهای جهت جلوگیری از زخم رعایت می کردند. اکثریت افراد (۶۱/۴٪) هیچ گونه برنامه ورزشی در زندگی خود نداشته اند. اکثریت افراد رژیم غذایی خود را به نحو مطلوب رعایت نمی کردند. ۴۲/۲٪ بیماران در میهمانی و مسافرت و ۳۰/۷٪ آنها در هنگام بهتر شدن حالشان، رژیم غذایی خود را ترک می کردند و ۲۹/۵٪ آنها رژیم غذایی خود را با میزان فعالیت بدنی تطبیق نمی داده اند. بین انجام برنامه های خود مراقبتی بیماران و میزان تحصیلات ارتباط

معنی داری وجود داشت ($X^2=11.62, P=0.008$) (جدول ۳). ارتباط بین خود مراقبتی و سابقه بیماری در اقوام درجه یک و همچنین طول مدت بیماری معنی دار نبود (جدول ۶،۵)

جدول ۴: توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب سابقه بیماری در اقوام درجه یک و میزان خودمراقبتی

خود مراقبتی	خوب	ضعیف	جمع
سابقه بیماری در اقوام درجه ۱ دارند	۲۸	۳۷	۶۵
ندارند	۵۲	۴۹	۱۰۱
جمع	۸۰	۸۶	۱۶۶

$X^2=0.81, P=0.36$

جدول ۵: توزیع فراوانی بیماران دیابتی بر حسب طول مدت ابتلا به بیماری و میزان خودمراقبتی

خود مراقبتی	خوب	ضعیف	جمع
طول مدت بیماری به سال ۰-۷	۶۴	۵۹	۱۲۳
۸-۱۵	۶	۱۵	۲۱
۱۶-۲۳	۸	۹	۱۷
۲۴-۳۱	۲	۳	۵
جمع	۸۰	۸۶	۱۶۶

$P=0.082$

بحث

خود مراقبتی مناسب، کلید کنترل قند خون است. که طبق تحقیقات بعمل آمده میزان آن کم می باشد^(۱۵). کنترل دیابت می تواند بروز عوارض ناشی از آن را به تعویق بیندازد و هزینه های آنرا کاهش دهد^(۸). یافته های پژوهش نشان داد که بیشتر افراد رژیم غذایی خود را رعایت نمی کنند. ماهیت طولانی بودن رژیم های درمانی در بیماریهای مزمن اکثرا سبب خستگی افراد و نهایتا عدم رعایت رژیم های درمانی می گردد^(۱). در مطالعه ای که هاریس و لاستمن در سال ۱۹۹۸ انجام دادند ۷۵-۳۵٪ افراد رژیم غذایی، ۸۰-۲۰٪ آنها تزریق انسولین، ۷۰-۳۰٪ آنها کنترل قند خون، ۵۲-۲۳٪ مراقبت از پاها و ۷۰-۱٪ فعالیتهای ورزشی را رعایت نمی کردند^(۸).

نتایج بررسی «شونبرگ» نیز نشان داد که زنان جهت کنترل قند خون و ورزش تمایلی نداشته ولی اکثریت آنها بطور منظم دستورات دارویی را پیگیری کرده و بطور منظم به پزشک مراجعه می نمودند^(۱۵).

در پژوهش فعلی بیش از نیمی از واحد های مورد پژوهش برنامه منظمی جهت مراقبت از خود نداشته اند. «مک فارلین» می نویسد در بیماریهای مزمن مثل دیابت با توجه به اینکه سیر بیماری تدریجی بوده و بیماران وخیم بودن بیماری خود را کمتر احساس می کنند و بیمارانی که خطری در زندگی احساس نکنند کمتر به مراقبت از خود می پردازند. بنابراین ضروری است بیماران دیابتی، بیماری خود را جدی گرفته توصیه های درمانی را بخوبی رعایت کرده و مراقبت های لازم را از خود بعمل آورند^(۱۲).

بیماران دیابتی باید آگاه باشند که در دراز مدت احتمال ابتلا به عوارض ناشی از دیابت در آنان بخصوص در مواردی که توصیه های درمانی را رعایت نکرده و مراقبت های لازم را از خود بعمل نیاورند وجود دارد. در این رابطه لازم است بیماران دیابتی با آموزشهای مستمر و مداوم با بیماری دیابت و بالاتر از آن با عوارض دراز مدت و خطرناک آن آشنا شوند تا بتوانند با اجرای برنامه های خود مراقبتی که رکن اصلی کنترل بیماری می باشد با بیماری خود کنار بیایند.

منابع

- ۱- امینی، مسعود. آشنائی با مرکز تحقیقات آموزشی درمانی دیابت استان اصفهان، نشریه علمی خبری دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، آبان، ۱۳۷۳، ۷۶-۷۵.
- ۲- برونر، سودارت پرستاری داخلی جراحی، پرستاری دیابت. ترجمه دلاورخان و بیسه بان. تهران، نشر و تبلیغ بشری، ۱۳۷۹، ۵-۶.
- ۳- قاسمی، رحمان، انجمن دیابت چیست و چه می کند؟ پیام دیابت، سال اول، شماره ۱، ۱۳۷۳، ۶.
- 4- Betteridge, D. John. Diabetes, United Kingdom, Martin Dunitz, 2000, Chapter 18, 341
- 5- Burton, Wayne. N; Connerty, Catherine. **Evaluation of worksite-based patient education intervention targeted at employees with D.M.** Journal of Occupational & Environmental Medicine, 1998, 40(8): 702-706
- 6- Davidson & Passmore. **Human nutrition and Dietetics**, New York, Churchill Livingstone, 1992: 371-389
- 7- Eck, H; Hackett, Catherine; Klesges, Lisa. **Impact of diabetic status, dietary intake, physical activity and smoking status on body mass index in NHANESII.** Am. J. Clin. Nutr. Vol 6, 1992: 329-333.
- 8- Harris, M; man Lust, p. **The psychology in diabetes care**, Clinical Diabetes, 1998, 16, PP: 1-
- 9- Jenny, J. **Differences in adaptation to between IDDM and NIDDM patients. Implication for patient education.** Patient Education and Counseling. 1986, 8: 39-50
- 10- Kaplan, L. Harold; Sadock, J. Benjamin. **Synopsis of psychiatry**, New York, Williams & Wilkins, 1998, 8th Ed.
- 11- Luckmann & Sorensen. **Medical Surgical Nursing**, Philadelphia, W.B. Saunders co. 1993, 4th, Ed.
- 12- MacFarlin, A; Gill, V; Masson, E; etal. **Diabetes in prison, Can good diabetic care be achieved?** B.M.J, 1993, (304): 152-154
- 13- Peryot, M; McMurry, J. & Kruger, D. **A Biopsychosocial Model of Glycemic control in diabetes: Stress, Coping and regimen adherence**, Journal of Health and Social Behavior, 40, 1999, 141-158.

- 14- Polonsky. W.H; Davis. C.L; Jacobson. A; et al. **Hyperglycemia, hypoglycemia & blood glucose control in diabetes**, Diabetic medicine, 1992,(9),:120-125
- 15- Schoenberg NE; Drungle SC. **Barriers to NIDDM self-care practices among older woman**, Journal of Aging &Health, 2001 (134):443-66.
- 16- Szybinski, Z. Polish multicenter study on diabetes epidemiology, polskie archiwum medycyny wewnetrzne,2001,106(3): 751-8.