

الله  
البراهيم  
بن



تاییدیه اعضای هیات داوران حاضر در جلسه دفاع از  
رساله دکتری

خانم پروانه اباذری رشته پرستاری رساله دکتری خود را با عنوان « تبیین فرآیند مدیریت دیابت و ارائه مدل کاربردی » در تاریخ ۱۳۹۱/۹/۷ ارائه کردند.

بدینوسیله اعضای هیات داوران نسخه نهایی این رساله را از نظر فرم و محتوا تایید کرده و پذیرش آنرا برای تکمیل درجه دکتری پیشنهاد می کنند.

امضاء	نام و نام خانوادگی	اعضای هیات داوران
	دکتر زهره ونکی	استاد راهنما
	دکتر عیسی محمدی	استاد مشاور
	دکتر مسعود امینی	استاد مشاور
	دکتر فضل اله احمدی	استاد ناظر
	دکتر سادات سید باقر مداح	استاد ناظر
	دکتر ناهید دهقان نیری	استاد ناظر
	دکتر سیما محمد خان کرمانشاهی	استاد ناظر و نماینده تحصیلات تکمیلی

## آیین نامه پایان نامه (رساله) های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان نامه (رساله) های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان نامه (رساله) ی خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به دفتر "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اطلاع دهد.

ماده ۲: در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه)، عبارت ذیل را چاپ کند:

" کتاب حاضر، حاصل رساله دکتری نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۹۱ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر ونکی، مشاوره جناب آقای دکتر عیسی محمدی و جناب آقای دکتر مسعود امینی از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به "دفتر نشر آثار علمی" دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد.

ماده ۴: در صورت عدم رعایت ماده ۳، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

ماده ۵: دانشجو تعهد و قبول می کند در صورت خودداری از پرداخت های بهای خسارت، دانشگاه مذکور را از طریق مراجع قضایی مطالبه و وصول کند، به علاوه به دانشگاه حق می دهد به منظور استیفای حقوق خود، از طریق دادگاه، معادل وجه مذکور در ماده ۴ را از محل توقیف کتابهای عرضه شده نگارنده برای فروش، تأمین نماید.

ماده ۶: اینجانب پروانه اباضری دانشجوی رشته پرستاری مقطع دکتری تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی

پروانه اباضری

تاریخ و امضا

۹۱/۹/۲۱

## آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی

### دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه: با عنایت به سیاست‌های پژوهشی و فناوری دانشگاه در راستای تحقق عدالت و کرامت انسان‌ها که لازمه شکوفایی علمی و فنی است و رعایت حقوق مادی و معنوی دانشگاه و پژوهشگران، لازم است اعضای هیأت علمی، دانشجویان، دانش‌آموختگان و دیگر همکاران طرح، در مورد نتایج پژوهش‌های علمی که تحت عناوین پایان‌نامه، رساله و طرح‌های تحقیقاتی با هماهنگی دانشگاه انجام شده است، موارد زیر را رعایت نمایند:

ماده ۱- حق نشر و تکثیر پایان‌نامه/ رساله و درآمدهای حاصل از آنها متعلق به دانشگاه می‌باشد ولی حقوق معنوی پدید آورندگان محفوظ خواهد بود.

ماده ۲- انتشار مقاله یا مقالات مستخرج از پایان‌نامه/ رساله به صورت چاپ در نشریات علمی و یا ارائه در مجامع علمی باید به نام دانشگاه بوده و با تایید استاد راهنمای اصلی، یکی از اساتید راهنما، مشاور و یا دانشجوی مسئول مکاتبات مقاله باشد، ولی مسئولیت علمی مقاله مستخرج از پایان‌نامه و رساله به عهده اساتید راهنما و دانشجو می‌باشد.

تبصره: در مقالاتی که پس از دانش‌آموختگی بصورت ترکیبی از اطلاعات جدید و نتایج حاصل از پایان‌نامه/ رساله نیز منتشر می‌شود نیز باید نام دانشگاه درج شود.

ماده ۳- انتشار کتاب و یا نرم افزار و یا آثار ویژه [آثاری هنری مانند فیلم، عکس، نقاشی و نمایشنامه] حاصل از نتایج پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی کلیه واحدهای دانشگاه اعم از دانشکده‌ها، مراکز تحقیقاتی، پژوهشکده‌ها، پارک علم و فناوری و دیگر واحدها باید با مجوز کتبی صادره از معاونت پژوهشی دانشگاه و براساس آیین‌نامه‌های مصوب انجام شود.

ماده ۴- ثبت اختراع و تدوین دانش فنی و یا ارائه یافته‌ها در جشنواره‌های ملی، منطقه‌ای و بین‌المللی که حاصل نتایج مستخرج از پایان‌نامه/ رساله و تمامی طرح‌های تحقیقاتی دانشگاه باید با هماهنگی استاد راهنما یا مجری طرح از طریق معاونت پژوهشی دانشگاه انجام گیرد.

ماده ۵- این آیین‌نامه در ۵ ماده و یک تبصره در تاریخ ۸۷/۴/۱ در شورای پژوهشی و در تاریخ ۸۷/۴/۲۳ در هیأت رئیسه دانشگاه به تایید رسید. و در جلسه مورخ ۸۷/۷/۱۵ شورای دانشگاه به تصویب رسیده و از تاریخ تصویب در شورای دانشگاه لازم‌الاجرا است.

اینجانب پروانه ابادری دانشجوی رشته پرستاری ورودی سال تحصیلی ۱۳۸۶ مقطع دکتری دانشکده علوم پزشکی متعهد می‌شوم کلیه نکات مندرج در آیین‌نامه حق مالکیت مادی و معنوی در مورد نتایج پژوهش‌های علمی دانشگاه تربیت مدرس را در انتشار یافته‌های علمی مستخرج از پایان‌نامه / رساله تحصیلی خود رعایت نمایم. در صورت تخلف از مفاد آیین‌نامه فوق‌الاشعار به دانشگاه وکالت و نمایندگی می‌دهم که از طرف اینجانب نسبت به لغو امتیاز اختراع بنام بنده و یا هرگونه امتیاز دیگر و تغییر آن به نام دانشگاه اقدام نماید. ضمناً نسبت به جبران فوری ضرر و زیان حاصله براساس برآورد دانشگاه اقدام خواهم نمود و بدینوسیله حق هرگونه اعتراض را از خود سلب نمودم.





رساله

دوره دکتری تخصصی (Ph.D) در رشته پرستاری

عنوان

تبیین فرایند مدیریت دیابت و ارائه مدل کاربردی

نگارش

پروانه ابادری

استاد راهنما

سرکار خانم دکتر زهره ونکی

اساتید مشاور

جناب آقای دکتر عیسی محمدی

جناب آقای دکتر مسعود امینی

پاییز ۱۳۹۱

تقدیم به:

به تمامی مبتلایان به دیابت و خانواده‌هایشان با امید به اینکه دستاورد این پژوهش، اثری هر چند اندک در ارتقاء کیفیت مراقبت و درمان این عزیزان داشته باشد.

به روان پاک پدرم که بیست سال است یاد و خاطره اش در سطر سطر زندگی ام جاری است هم او که به من انسان بودن را آموخت.

به اقیانوس عشق، مادرم که دیادریا کوتاهی و کاستی نثارش کرده ام.

به فرزند، عشق زندگی ام به امید آنکه با قلب کوچکش غفلت‌های بزرگم را ببخشد.

به همسر خوبم که در طول مدت تحصیل همیشه از حمایت و همکاری بی‌دریغش بهره‌مند بوده ام.

به برادر و خواهران خوبم که موفقیت من همیشه آرزوی قلبی‌شان بوده است.

## مشکر و قدردانی

پاس بی کران پروردگاریکبار که نعمت تلاش و کوشش و صبر و ایستادگی در راه کسب دانش را به من عطا کرد و کامیابی خوشه چینی از درخت علم و معرفت را روزیم ساخت.

پاس و مشکر فراوان از استاد محترم راهنا سرکار خانم دکتر زهره و کنی که به حق در طول مدت نگارش رساله همواره از حیاتها و راهنایی های ارزشمند ایشان بهره مند بوده ام

پاس و تقدیر فراوان از اساتید محترم مشاور جناب آقای دکتر عیسی محمدی و جناب آقای دکتر مسعود اینی که در مراحل مختلف اجرای پژوهش قبول زحمت فرمودند و با بصیرت کامل نظرات اصلاحی خود را در اجرا و نگارش رساله ابراز داشتند. مشکر و قدردانی از تمامی اساتید محترم گروه پرستاری و سایر اساتید دانشگاه تربیت مدرس که طی پنج سال تحصیل از کنجینه پربهای دانش ایشان بهره مند گشتم.

مشکر و قدردانی از خواهر بهسرم که به حق در طی مدت تحصیل در مقطع دکتری همواره برای من خواهری دلسوز و حمایت کننده ای بی ادعا بوده است.

مشکر و قدردانی از بهکلاسی های خوبم به ویژه خانم مهکان خادمی که از حمایت های دوستانه و ارزشمند ایشان برخوردار بوده ام. مشکر و قدردانی از تمامی مشارکت کنندگان در مطالعه حاضر به ویژه کارشناس و مسئولین اداره مبارزه با بیماری های غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و کارشناس و مدیران اداره مبارزه با بیماری های غیر واگیر معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که بدون اغراق اگر نبود همکاری صمیمانه این عزیزان، انجام این تحقیق با چالش های جدی و طاقت فرسایی روبرو می شد

## چکیده:

رهبران بهداشتی در سرتاسر جهان و از جمله در کشور ما، با وظیفه خطیر و دلهره‌آور مدیریت کیفیت خدمات بهداشتی برای بیماران مبتلا به دیابت مواجه هستند. در همین راستا انجام مطالعاتی برای کمک به شناخت ابعاد مختلف پدیده مدیریت دیابت و مبتنی بر آن طراحی مدل‌ها و راهبردهایی برای کمک به مدیران در ارتقاء کمیت و کیفیت خدمات ضروری به نظر می‌رسد. هدف از مطالعه حاضر، تبیین فرایند مدیریت دیابت و ارائه الگویی کاربردی مبتنی بر یافته‌ها بوده است.

**روش:** این مطالعه کیفی و با رویکرد نظریه زمینه‌ای انجام شده است. جمع‌آوری داده‌ها بصورت هدفمند از آذر ماه ۱۳۸۸ آغاز شد و بصورت نظری از طریق مصاحبه‌های بدون ساختار و عمیق و مصاحبه گروه متمرکز، مشاهدات غیرساختارمند، و یادداشت‌های عرصه، با تنوعی از مشارکت‌کنندگان از برنامه‌ریزان در سطح وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تا مسئولان بهداشت و درمان، پزشکان و پرستاران مراکز دیابت، و پزشکان خانواده استان اصفهان تا دی ماه ۱۳۹۰ ادامه یافت. تحلیل داده‌ها مبتنی بر رویکرد گلگیری انجام شد. با ظهور تئوری زمینه‌ای، مدل کاربردی مبتنی بر یافته‌ها با بکارگیری روش ساخت نظریه، واکر و اوانت طراحی شد.

**یافته‌ها:** در تحلیل داده‌ها، ناکارآمدی فرایند ارجاع به عنوان مهم‌ترین دغدغه مشارکت‌کنندگان، بود راهبردی که مستمراً توسط مشارکت‌کنندگان برای غلبه بر ناکارآمدی فرایند ارجاع مورد استفاده قرار گرفته بود یا در واقع متغیر مرکزی مطالعه تصمیم‌گیری‌های اقناعی بود. در تبیین روابط متغیر مرکزی با سایر طبقات، نقص برنامه‌ریزی به عنوان علت، محدودیت‌های سیستم مراقبت بهداشتی اولیه، به مثابه زمینه، مدیریت نامناسب منابع انسانی و کنترل ناکافی بر فرایند اجرایی برنامه، به عنوان شرایط ظهور و مراقبت غیریکپارچه به عنوان پیامد متغیر مرکزی، ظاهر شدند پس از ظهور نظریه تصمیم‌گیری‌های اقناعی، با بهره‌گیری از مفاهیم و عناصر مدل‌های تصمیم‌گیری، مدل کاربردی "ارتقاء کارایی تصمیم‌گیری‌های اقناعی" طراحی گردید.

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های پژوهش حاضر، نشان دهنده آن است که در عرصه مدیریت دیابت تعاملات جاری متمرکز بر تصمیم‌گیری‌های اقناعی نتوانسته به اصلاح فرایند ارجاع کمک مناسبی بنماید. امید است کاربرد مدل پیشنهاد شده بتواند به اصلاح فرایند ارجاع کمک نماید.

**واژه‌های کلیدی:** تئوری زمینه‌ای، مدیریت دیابت، مدل‌های تصمیم‌گیری، پارادایم



## فهرست مطالب

فصل اول: مقدمه	۱
۱-۱. اهمیت پژوهش	۳
۲-۱. ضرورت و دلایل انتخاب موضوع	۶
۳-۱. تبیین چالش موجود	۹
۴-۱. جمع بندی و ارائه سؤال اصلی پژوهش	۱۷
فصل دوم: فلسفه هدایت کننده مطالعه	۲۰
۱-۲. پارادایم‌های اساسی و مهم پیرامون موضوع پژوهش	۲۱
۲-۲. مدل مدیریتی برای بیماری‌های مزمن	۵۰
۳-۲. بررسی و نقد یافته‌های مقالات پژوهشی مرتبط با موضوع اصلی مطالعه	۵۰
۴-۲. جمع بندی مباحث و ارتباط آن با سؤال اصلی تحقیق	۹۴
فصل سوم: روش تحقیق	۹۶
۱-۳. اهداف یا روش پژوهش و دلایل انتخاب آن.	۹۷
۲-۳. محیط پژوهش	۱۰۱
۳-۳. روش جمع‌آوری و تولید داده‌ها	۱۰۲
۴-۳. معرفی و نحوه انتخاب مشارکت کننده‌ها	۱۱۳
۵-۳. نمونه‌گیری	۱۱۴
۶-۳. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها	۱۱۵
۷-۳. ارزیابی استحکام و اعتبار داده‌ها	۱۳۴
۸-۳. محدودیت های پژوهش	۱۴۳
۹-۳. ملاحظات اخلاقی	۱۴۴

۱۴۶.....	<b>فصل چهارم: یافته‌ها</b>
۱۴۷.....	۱-۴ ارائه یافته‌ها براساس الگوریتم و روش آنالیز انتخاب شده
۱۴۸.....	۱-۱-۴ کدگذاری باز
۱۷۰.....	۲-۱-۴ کدگذاری انتخابی
۲۳۴.....	۲-۴ نمونه‌گیری (مرور) انتخابی متون
۲۵۸.....	۳-۴ تبیین نهایی نظریه
۲۶۴.....	<b>فصل پنجم: طراحی مدل</b>
۲۶۵.....	۱-۵ طراحی مدل
۲۶۵.....	۱-۱-۵ زمینه طراحی مدل
۲۷۱.....	۲-۱-۵ روش پردازش مدل
۲۹۵.....	۳-۱-۵ پیش فرض‌های مدل
۳۰۱.....	۴-۱-۵ مفاهیم اصلی مدل
۳۰۸.....	۵-۱-۵ اهداف مدل
۳۰۹.....	۶-۱-۵ راهبردها یا مراحل عملیاتی مدل
۳۳۰.....	۲-۵ نتیجه‌گیری نهایی
۳۳۲.....	۳-۵ کاربرد یافته‌ها
۳۳۶.....	<b>فهرست منابع</b>
۳۵۵.....	ضمائم (رضایت نامه، جدول فهرست کدهای اولیه)
۳۵۸.....	چکیده انگلیسی

فصل اول

مقدمه

## ۱-۱ مقدمه

بیماری‌های غیرواگیر<sup>۱</sup> NCDS یا مزمن از جمله مشکلات قلبی، پرفشاری خون، دیابت، بیماری‌های تنفسی و سرطان‌ها، در قرن حاضر جهان را با مشکل جدی مواجه کرده است [۱]. بطوریکه امروزه بیماری‌های غیرواگیر مهم‌ترین تهدید برای سلامت انسان‌ها هستند [۲، ۳]. این بیماری‌ها به ویژه چالش عمده سلامتی در کشورهای جنوب شرقی آسیا هستند. [۴] و در این مناطق بیش از ۵۰٪ کل بار بیماری‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. [۱] به طور کلی بار این بیماری‌ها در کشورهای با درآمد کم و متوسط در حال افزایش است. در واقع می‌توان گفت روند افزایش بیماری‌های غیرواگیر در کشورهای با درآمد کم یا متوسط چشمگیر بوده و بیشترین افزایش در سال‌های پیش رو در ناحیه افریقا (۲۷٪) و به دنبال آن شرق مدیترانه (۲۵٪) و جنوب آسیا (۲۱٪) خواهد بود [۵]. به گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۶) اکنون ۵۲٪ بار بیماری منطقه مدیترانه شرقی مربوط به این بیماری‌ها است. و برآورد شده که این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۶۰ درصد افزایش یابد [۶]. بیماری‌های غیرواگیر با مرگ و میر شایان توجهی نیز همراهند. بطوریکه تنها در سال ۲۰۰۵ عامل بیشترین مرگ و میر به ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده اند [۲، ۳]. همچنان ۶۰ درصد کل مرگ و میر جهان و ۸۰ درصد مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر، اختصاص به کشورهای با درآمد کم و متوسط دارد [۳] بطوریکه از ۳۵ میلیون مرگ و میر سالانه‌ی منتسب به بیماری‌های غیرواگیر، حدود ۸۰ درصد در کشورهای با درآمد کم یا

---

1 noncommunicable diseases

متوسط اتفاق می‌افتد [۷] و تقریباً ۱۶ میلیون از مرگ و میر سالیانه در افراد زیر ۷۰ سال اتفاق می‌افتد [۳] در ایران نیز بیماری‌های غیرواگیر مسبب بیشترین بار بیماری هستند بطوریکه ۴۵٪ تمام بار بیماری در مردان و ۳۵٪ بار بیماری در زنان را به خود اختصاص می‌دهند [۸]

دیابت از جمله بیماری‌های غیرواگیر است که دینامیک اپیدمی آن به سرعت در حال تغییر است. بیماری که زمانی مختص دنیای غرب بود اکنون به هر کشوری در دنیا گسترش یافته است. بیماری که مشکل دارندگان ثروت و منابع به شمار می‌آمد اکنون به شکل فزاینده‌ای در کشورهای فقیر در حال افزایش است و بالاخره بیماری که اختصاص به بالغین داشت و تقریباً در کودکان ردپایی از آن یافت نمی‌شد، اکنون با توجه به افزایش چاقی در کودکان، بروز آن در این گروه سنی رو به افزایش است [۹].

## ۱-۲ اهمیت پژوهش

دیابت یک مشکل بهداشتی بزرگ، در حال رشد، و هزینه ساز است [۱۰]. در واقع دیابت یکی از بیماری‌های مزمن و از چالش‌های عمده بهداشتی قرن ۲۱ است [۱۱] نرخ رشد جهانی دیابت در سال ۲۰۱۰ در بین بالغین (سنین ۷۹-۲۰ سال) ۶/۴٪ و تعداد کل جمعیت مبتلا ۲۸۵ میلیون، برآورد شده بود و پیش بینی شده که با افزایش سرعت بروز دیابت، تا سال ۲۰۳۰ جمعیت مبتلا به ۴۳۹ میلیون نفر افزایش یابد [۱۲] در حالیکه قبلاً رقم ۳۳۰ میلیون برای سال ۲۰۲۵ برآورد شده بود [۱۳]، [۱۴] و همچنین پیش بینی شده بود که تعداد مبتلایان به دیابت در جهان بین سالهای ۲۰۰۰ و ۲۰۳۰ تقریباً دو برابر (بیش از ۳۶۰ میلیون نفر) گردد [۱۵، ۱۶]. تفاوت این برآوردها با توجه به دو نرخ رشد دیابت کاملاً قابل توجیه است (نرخ رشد ۵.۴٪ در مقابل ۷.۷٪) [۱۲-۱۴]. از طرفی WHO بروز سالیانه دیابت در جهان را شش میلیون نفر برآورد می‌کند. و باز پیش بینی شده که ۶۹ درصد افزایش جمعیت مبتلا به دیابت، مربوط به کشورهای در حال توسعه خواهد بود و فقط ۲۰ درصد این رشد به کشورهای توسعه یافته اختصاص خواهد یافت [۱۲] افزایش سریع بروز دیابت نوع دو

در بالغین و جوانان، تا حد زیادی به افزایش بی سابقه اضافه وزن نسبت داده می شود. بطوریکه یکی از دلایل عمده افزایش نرخ رشد دیابت، وجود ۱/۱ بیلیون نفر فرد بالغ دارای اضافه وزن در جهان است [۱۷]. در چند دهه گذشته، شیوع افزایش وزن در جوانان تقریباً سه برابر شده است [۱۸]. مطالعات متعدد انجام شده نیز بر شیوع بالای اضافه وزن و چاقی، افزایش دریافت کالری و کم تحرکی در بالغین و به ویژه در نوجوانان و جوانان اذعان دارد [۱۱، ۱۹].

دیابت علت عمده موارد جدید نابینایی در سنین ۷۴-۲۰ سال است [۱۶]. دیابت همچنین کاهش دهنده کیفیت زندگی و افزایش دهنده میزان بروز افسردگی است [۲۰]. دیابت تاثیر منفی بر توانایی بیمار برای انجام خود مراقبتی دارد که این فرایند خود می تواند منجر به بدتر شدن کنترل قندخون گردد [۲۱]. در جهان سالانه چندین میلیارد دلار برای مقابله با این معضل بهداشتی هزینه می گردد. دیابت از بیماریهای فوق العاده هزینه ساز هم برای بیمار و هم برای سیستم های بهداشتی درمانی کشورهای جهان است. هزینه هر شخص مبتلا به دیابت ۲.۴ برابر بیش از فرد غیرمبتلا است [۲۱]. برای مثال میانگین هزینه مستقیم سالانه برای هر فرد پاکستانی مبتلا به دیابت، معادل ۱۹۷ دلار امریکا است که معادل ۱۸ درصد از کل درآمد خانواده در بین فقیرترین بخش جمعیتی پاکستان می باشد [۲۲]. دیابت در سال ۲۰۱۰ طبق برآوردها، ۱۲٪ هزینه های بهداشتی جهان یا حداقل ۳۷۶ بیلیون دلار امریکارا به خود اختصاص داده و پیش بینی شده در سال ۲۰۳۰ این هزینه به ۴۹۰ بیلیون دلار افزایش یابد [۹]. که اکثر این هزینه یا سی و هشت درصد از کل اضافه هزینه صرف شده برای مبتلایان به دیابت، به عوارض مزمن بالقوه قابل پیشگیری دیابت خصوصاً بیماری عروق کرونر قلب اختصاص دارد [۲۳].

دیابت پنجمین علت منجر به مرگ بوده و سالانه مسئول تقریباً سه میلیون نفر مرگ (۷/۱-۲/۵ درصد مرگ و میر در کره زمین) در جهان است علیرغم اینکه دیابت علت عمده مرگ و میر است، مطالعات متعدد نشان دهنده آن است که در گواهی های فوت دیابت کمتر از حد واقعی به عنوان

علت مرگ ذکر می گردد [۱۶، ۲۴]. نکته قابل تعمق آن است که تقریباً ۸۰٪ مرگ و میرهای دیابت در کشورهای با درآمد متوسط یا پایین اتفاق می افتد [۲۵].

ایران نیز به عنوان یک کشور در حال توسعه با افزایش گسترده و چشم‌گیر در جمعیت مبتلا به دیابت با رشدی حدود ۱۹۵ درصد در مقایسه با شیوع فعلی مواجه است [۱۳، ۲۶]. جدیدترین مطالعات در ایران شیوع دیابت در بالغین را ۵.۵ و ۷.۷ درصد گزارش نموده اند [۲۷، ۲۸]. با توجه به اینکه کشور ما از نظر ترکیب سنی جمعیت، کشوری جوان محسوب شده و به استناد مطالعات متعدد شیوع افزایش وزن و چاقی در بین نوجوانان و جوانان کشور ما قابل توجه است [۲۹، ۳۰]. به نظر می‌رسد در سال‌های پیش رو کشور ما با روند رشد فزاینده‌تری از بیماری دیابت مواجه خواهد بود. شیوع بالای دیابت در بالغین در سنین بهره‌وری، در کشور در حال توسعه‌ای مانند ایران یک علامت ناخوشایند و نامیمون است [۲۸]. بطوریکه نتایج جستجوی منظم در بانک‌های اطلاعاتی فارسی و انگلیسی در مورد عوارض دیابت در ایران نشان دهنده شیوع بالای عوارض دیابت در مبتلایان می باشد [۳۱]. در حال حاضر مطالعات متعدد انجام شده در کشور حاکی از شیوع بالای عوارض دیابت از جمله نفروپاتی، رتینوپاتی و نوروپاتی‌ها در بین مبتلایان است [۲۹، ۳۲-۳۵]. دیابت سالیانه هزینه قابل توجهی را هم به مبتلایان و هم سیستم بهداشتی درمانی کشور تحمیل می نماید. با استناد به مطالعه انجام شده در اصفهان ۱۳۷۷ که هزینه سرانه هر فرد مبتلا به دیابت معادل با ۷۸۹۳۸۶۸/۳ ریال برآورد شده [۳۶]، از طرفی مطالعات متعدد انجام شده در اقصی نقاط کشور حکایت از آن دارد که دیابت به واسطه طبیعت مزمن آن، عوارض بلند مدت تهدید کننده حیات و هزینه‌ساز بودن، تأثیر مخربی بر کیفیت زندگی بیماران دارد مطالعه اهری و همکاران (۱۳۸۷) بیانگر آن بود که ۷۷٪ بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش کلینیک دیابت اردبیل از کیفیت زندگی متوسط تا پایین برخوردارند [۳۵]. نتیجه مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۵) نیز نشان داد که ۶/۳۳ درصد از بیماران مبتلا به دیابت تحت پوشش مرکز تحقیقات دیابت یزد، از کیفیت زندگی پایین و ۹/۳۱ درصد از کیفیت زندگی متوسط برخوردارند [۳۴].

در یک جمع‌بندی می‌توان گفت عنایت به نرخ رشد بالای دیابت، مادام‌العمر بودن بیماری، همراه بودن آن با درگیری سیستم‌های مختلف و حیاتی بدن، آثار مخرب آن بر سلامت روانی - اجتماعی فرد و خانواده، تأثیر منفی بر کیفیت زندگی مبتلایان، تحمیل هزینه‌های بالا به فرد، خانواده و جامعه، و بالاخره میزان بالای مرگ و میر ناشی از آن، اهمیت توجه محققان برای طراحی و اجرای پروژه‌های کاربردی متعدد در جهت کمک هر چه بیشتر به پیشگیری و کنترل این بیماری را نشان می‌دهد.

## ۲-۱ ضرورت و دلایل انتخاب موضوع

شایعترین مشکلات بهداشتی از جمله دیابت نیازمند ارتباط گسترده و منظم با بیمار می‌باشد. بنابراین با نوآوری در سیاست‌ها و عملکرد بهداشتی، سیستم‌های مراقبت بهداشتی قادر خواهند بود حداکثر خدمات را به بیماران مبتلا به دیابت ارائه نمایند. به همین دلیل در دو دهه اخیر درک جهانی فزاینده‌ای از نیاز به در نظر گرفتن بیماری‌های غیرواگیر در برنامه‌ریزی سلامت عمومی به ویژه در کشورهای در حال توسعه بوجود آمده است. منافع اجتماعی و اقتصادی ناشی از کاهش موربیدیتی و مورتالیتی مرتبط با NCDs دلیل محکمی برای سرمایه‌گذاری بر روی مداخلات جامعه محور، به خصوص با هدف گروه‌های پرخطر به منظور کاهش خطر سازهای بیولوژیک و شیوه زندگی برای این بیماری‌ها ارائه می‌دهد [۳۷]. بیماری‌های غیرواگیر قابل پیشگیری هستند. تا ۸۰ درصد بیماری‌های قلبی، و دیابت نوع دو با حذف خطر سازها قابل پیشگیری هستند [۳]. گزارش اخیر سازمان جهانی بهداشت "پیشگیری از بیماری‌های مزمن: یک سرمایه‌گذاری حیاتی" نیاز برای اقدام جهانی برای برخورد با خطر سازهای بیمارهای مزمن در جهان را برجسته می‌نماید [۳۸]. سازمان جهانی بهداشت در این راستا از سیاست‌گذاران برای توسعه استراتژی‌های اثربخش به منظور متوقف کردن پاندمی بیماری‌های غیرواگیر در آینده حمایت می‌کند [۳۹]. در این بین، نقش سیستم‌های بهداشتی در موفقیت برنامه پیشگیری



و کنترل بیماری‌های غیرواگیر از جمله دیابت بحرانی است [۳۷]. سازمان جهانی بهداشت معتقد است تمام کارکنان بهداشتی، تمام حمایت‌کنندگان سازمان‌های بهداشتی به منظور مدیریت بیماری‌های مزمن و در حقیقت حرکت در راستای تغییر پارادایم، نیازمند الگو یا مدل‌های جدید مراقبتی و مهارت‌های مبتنی برشواهد هستند [۴۰]. تغییر پارادایم، نیازمند آن است که سیستم‌های بهداشتی لزوم تغییر در ساختار و فرایند مدیریت بیماری‌های غیرواگیر و از جمله دیابت را بپذیرند. مدل‌های مدیریتی برای بستر سازی شکل‌گیری این تغییرات، ایجاد شده‌اند. واگنر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۹) مدلی تحت عنوان مدل مراقبت مزمن  $CCM^2$  را به منظور ارتقاء سلامتی و مدیریت بیماری‌های مزمن ارائه نمودند که در امریکا، انگلستان و سوئد و برخی دیگر از کشورهای توسعه یافته مورد استفاده گسترده قرار گرفته است [۴۱-۴۳]. در این مدل ارتقاء برآیندهای عملی و بالینی مدیریت بیماری نتیجه تعاملات مولد و پر حاصل بیمار آگاه و فعال و تیمی متشکل از کلینیسین‌ها و کارکنان حرف مراقبت بهداشتی آماده و فعال می‌باشد [۴۲, ۴۳]. اجرای این مدل در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی کشورهایمانند انگلستان، کانادا، سوئد، استرالیا رضایت بخش بوده است [۴۲, ۴۴]. این مدل مستلزم باز طراحی سیستم ارائه خدمات است. کشورها برای بکارگیری  $CCM$  باید بر مدیریت منابع انسانی برای اداره بیماری‌های مزمن سرمایه‌گذاری نمایند. اجرای این مدل مدیریتی نیازمند تیمی است که از صلاحیت و آمادگی لازم برای مدیریت بیماری‌های مزمن از جمله دیابت برخوردار باشد. در واقع، توجه به این نکته مهم است که موفقیت  $CCM$  در ارتقاء مراقبت برای بیماری‌های مزمن، تنها هنگامی میسر خواهد بود که رهبران بهداشتی، خواه بخش خصوصی یا دولتی، بکارگیری مدل را در الویت قرار داده و رهبری، مشوق‌ها و منابع لازم را فراهم نمایند. برای مثال در ایالات متحده امریکا، به دلیل غیرمنسجم بودن بودن کلی خدمات بهداشتی و فقدان جهت‌دهی‌های سیاسی روشن برای مدیریت بیماری‌های مزمن و فقدان حمایت گسترده سیاسی، اقتصادی و اجتماعی، علیرغم اینکه بسیاری از سازمان‌ها، جنبه‌هایی از مدل  $CCM$  را بکار گرفته‌اند، این تغییرات به بخش‌های

---

1 Wagner

2 Chronic Care Model

گسترده‌تر جمعیت، گسترش نیافته است [۴۵]. به هر حال اسمیت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند که اجرای CCM همیشه با ارتقاء در برآیندهای بلند مدت یا میان مدت همراه نبوده است [۴۶]. گلاسگو<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۸) و بار و همکاران (۲۰۰۳) نیز معتقدند مدل مراقبت مزمن، توصیف کننده راهکارهای مورد نیاز برای پیشگیری از بیماری و ارتقاء سلامتی نمی‌باشد [۴۷، ۴۸]. سازمان جهانی بهداشت با مبنا قرار دادن مدل مراقبت مزمن، برای تکمیل و اصلاح انتقادات وارده به CCM، ساختاری را تحت عنوان چهارچوب نوآوری مراقبت برای بیماریهای مزمن<sup>۳</sup> ICC<sup>۳</sup> به منظور باز نگری در طراحی سیستم مراقبت بهداشتی ارائه نموده است. هدف WHO، ارائه چارچوبی برای مراقبت بیماری‌های مزمن به ویژه برای کشورهای در حال توسعه بوده است. در این چهارچوب، مراقبت از بیماری‌های مزمن در سه سطح خرد، متوسط و کلان دیده شده است. بلوک‌های ساختاری در سطح خرد بر مشارکت بیمار، خانواده، مشارکت کنندگان جامعه، و اعضای تیم مراقبت بهداشتی تأکید دارد. در سطح متوسط این چهارچوب بر استفاده وسیع از نیروها و منابع اجتماعی از جمله انجمن‌ها و گروه‌های مردمی و در سطح کلان بر لزوم ایجاد یک محیط مثبت سیاسی، سیاست‌گذاری‌های حمایت کننده، آموزش کارکنان، تخصیص منابع انسانی، تدوین قوانین حافظ حقوق افراد مبتلا و کاهش دهنده بار بیماری، تقویت مشارکت سازمان‌های دولتی و حتی خصوصی‌ها، گروه‌های مذهبی و... تأکید دارد [۴۰، ۴۵]. منتقدان به این چارچوب معتقدند که ICC<sup>۳</sup> تغییرات اختصاصی منطبق با نیاز و منابع کشورها را مشخص نمی‌نماید [۴۵].

آنچه در مورد مدل‌های معرفی شده فوق قابل ذکر است، توجه به این نکته است که این مدل‌ها بر ضرورت رویکرد تیمی در مراقبت از دیابت تأکید دارند، کمابیش نقش ذی‌نفع‌های داخلی و خارجی را در ارائه یک مراقبت منسجم و یکپارچه بیان می‌نمایند اما فاقد الگوی کاربردی برای مهیا نمودن بستر پیاده‌سازی چنین مدل‌هایی در کشوری مانند کشور ما هستند. بنابراین

---

1 Smith

2 Glasgow

3 Innovative care for chronic conditions framework

ضروری است در ابتدا، سیاست‌ها و فرایند مدیریت مدیران در سیستم بهداشتی درمانی برای اداره دیابت، شناسایی گردد و سپس با کسب بینش در مورد نقاط ضعف و قوت عملکرد سیستم بهداشتی، در پیشگیری و کنترل دیابت، به ارائه الگویی کاربردی به منظور اصلاح یا بهسازی مدیریت دیابت پرداخت.

### ۳-۱ تبیین چالش موجود

پیشگیری و کنترل دیابت و پیامدهای آن از الویت بالایی برخوردار است سازمان جهانی بهداشت WHO معتقد است کشورها باید برای پیشگیری و کنترل دیابت اقدام به سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی جامع و گسترده نمایند [۳]. مداخلات مبتنی بر شواهد هزینه اثربخشی را برای برای پیشگیری اولیه و ثانویه از این بیماری در پیش بگیرند [۲، ۳]. مداخلاتی که قادرند منافع اقتصادی، اجتماعی و بهداشتی برای تمام کشورها بدنبال داشته باشند [۳۸]. اما واقعیت امروز آن است که نسبت قابل توجهی از افراد مبتلا به بیماری‌های غیرواگیراز جمله دیابت به دلیل ضعف سیستم‌های بهداشتی یا نابرابری در دستیابی به مراقبت بهداشتی با کفایت و یا عدم الویت داده شده به این بیماری‌ها، از دستیابی به حداقل استانداردهای مراقبتی محروم هستند [۵]. بررسی جهانی انجام شده توسط WHO در سال ۲۰۰۱ در مورد ارزیابی ظرفیت ملی کشورها برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر نشان داد که اگرچه درصد بالایی از کشورها داشتن سیاست‌های بهداشتی ملی را گزارش کرده بودند، کمتر از نیمی از این کشورها خط مشی‌های اختصاصی برای بیماری‌های غیرواگیر و خطرناک‌های آنها داشتند به عبارتی توانمندی سیستم‌های بهداشتی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر در بسیاری از کشورها مورد غفلت قرار گرفته است [۷]. لوسکی و کریشنان<sup>۱</sup> (۲۰۰۹) می‌نویسند اطلاعات بدست آمده از آگاهان کلیدی حکایت از آن دارد که اگرچه NCDs به عنوان بیماری‌های دارای الویت بالا مورد توجه هستند اما سیستم‌های بهداشتی فاقد

---

1 Leowski & Krishnan

ظرفیت برای اقدام موثر برای مدیریت آنها می‌باشند [۴۹]. به طوری که نتایج تحقیقات مبین آن است که کمتر از نیمی از مبتلایان به دیابت نوع ۲ از کنترل ایده‌آل قند خون برخوردارند [۲۴]. واکنش بیماران (۹۳٪) به مجموع اهداف خودمدیریتی برای BP, HbA1C, LDL و دست پیدا نمی‌کنند [۵۰]. به طوریکه ارزیابی وضعیت دیابت در ۱۲ کشور آسیایی (ایران جزء این کشورها نبوده است) نشان داد که بیش از نیمی از مبتلایان به دیابت این کشورها خوب کنترل نشده‌اند [۵۱]. و بررسی مدیریت دیابت در ایران در سالهای ۸۵-۱۳۸۳ در ۲۵ استان کشور نشان دهنده شکاف عمیق بین کیفیت مراقبت دیابت در ایران و معیارهای کنترل استاندارد بود [۵۲]. در بررسی علل مدیریت ناکارآمد دیابت، سه دسته موانع، بیمار محور (مانند: محدودیت‌های مالی، دسترسی به کادر درمانی) کادر درمانی - محور (مانند: فقدان دانش در مورد راهنماها و فقدان زمان برای اختصاص به بیمار) و سیستم محور (مانند فقدان دسترسی به پزشکان متخصص) اغلب باعث عدم ارائه مراقبت دیابت با کیفیت بالا می‌شوند [۵۳]. همچنین پیشگیری از بروز دیابت را بفرنج و مشکل می‌نمایند یقیناً اولین قدم در تلاش برای از بین بردن شکاف بین آنچه هست و آنچه باید باشد و در نهایت بهبود مدیریت دیابت و دستیابی به مراقبت ایده‌آل و پیشگیری از بروز دیابت، بررسی و تفحص جهت یافتن موانع غالب در دستیابی به این مهم می‌باشد. در این راستا مطالعات متعددی در ایران و جهان در رابطه با موانع مربوط به بیمار یا رفتارهای خود مراقبتی بیماران انجام شده است که حاکی از آن است که بسیاری از بیماران به توصیه‌های درمان و آموزش‌های خودمدیریتی پایبند نیستند و همین مسئله کنترل ضعیف قند خون را به دنبال دارد [۵۴، ۵۵]. مطالعات متعددی نیز با هدف شناسایی علل عدم پایبندی بیماران به رژیم‌های درمانی انجام شده است به استناد یافته‌های حاصل از این مطالعات، عوامل فردی خودمدیریتی ضعیف دیابت را، می‌توان در خصوصیات بیمار از جمله دانش در مورد دیابت، پذیرش و پیروی از رژیم دارویی و غذایی، باورها، انگیزه و مهارت‌های فردی وی جستجو کرد [۲۳، ۵۴، ۵۶-۵۹]. با استناد به نتایج چنین مطالعاتی، اگر چه بیماران به کرات برای عدم موفقیت در پیروی و پیگیری رژیم‌های درمانی تجویز شده مقصر شمرده می‌شوند،