

به نام فراوند سبحان

«فرم تأییدیه اعضای هیأت داوران مندرج در پایان نامه کارشناسی ارشد»

بدینوسیله پایان نامه کارشناسی ارشد خانم ملیحه صادق نژاد فروتقه رشته: پرستاری گرایش: داخلی
حرفه تقدیم می شود. اینجانبان نسخه نهائی این پایان نامه را از نظر فرم و محتوی بررسی و تأیید کرده و
پذیرش آنرا برای تکمیل درجه کارشناسی ارشد پیشنهاد می کنیم.

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای هیأت داوران:

دکتر زهره ونکی (استاد راهنما)



دکتر ربابه معماریان (استاد مشاور)



دکتر منصوره فراهانی (استاد ناظر)



دکتر فضل اله احمدی (استاد ناظر)



دکتر عیسی محمدی (نماینده تحصیلات تکمیلی)



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 نرم‌افزار و یا آثار ویژه 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 آئین‌نامه‌های 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.

آئین‌نامه پایان‌نامه (رساله)‌های دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس

نظر به اینکه چاپ و انتشار پایان‌نامه (رساله)‌های تحصیلی دانشجویان دانشگاه تربیت مدرس، مبین بخشی از فعالیت‌های علمی پژوهشی دانشگاه است. بنابراین به منظور آگاهی و رعایت حقوق دانشگاه، دانش‌آموختگان این دانشگاه نسبت به رعایت موارد ذیل متعهد می‌شوند:

ماده ۱: در صورت اقدام به چاپ پایان‌نامه (رساله)‌ی خود، مراتب را قبلاً به‌طور 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 پایان‌نامه کارشناسی ارشد نگارنده در رشته پرستاری است که در سال ۱۳۸۸ در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه تربیت مدرس به راهنمایی سرکار خانم دکتر زهره ونکی، مشاوره سرکار خانم دکتر ربابه معماریان از آن دفاع شده است.

ماده ۳: به منظور جبران بخشی از هزینه‌های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به “دفتر نشر آثار علمی” دانشگاه اهداء کند. دانشگاه می‌تواند 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 به‌عنوان خسارت به دانشگاه تربیت مدرس، تادیه کند.

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

ماده ۶: اینجانب **ملیحه صادق نژاد فروتقه** دانشجوی رشته پرستاری مقطع کارشناسی ارشد تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را قبول کرده، به آن ملتزم می‌شوم.



پایان نامه

دوره کارشناسی ارشد در رشته پرستاری

عنوان

بررسی تاثیر بکارگیری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی
بر میزان سازگاری بیماران دیابتی نوع دو

نگارش

ملیحه صادق نژاد

استاد راهنما

دکتر زهره ونکی

استاد مشاور

دکتر ربابه معماریان

شهریور ۱۳۸۸

تقدیم به

پدر و مادر عزیزم

که کوشش‌هایم را ستودند

از پیروزی‌هایم لذت بردند

و نقص‌هایم را پذیرفتند

و تقدیم به

همسرم، بهترین دوستم

سایه محبت‌شان بر فراز زندگانی‌م جاودانه باد ...

تقدیر و قدردانی

قبل از هر سخنی خداوند را سپاسگزارم برای تمامی الطاف بیکرانی که تا کنون بر من عطا کرده است. در ادامه بر خود لازم می‌دانم که از زحمات و راهنمایی‌های بی دریغ اساتید محترم در گروه پرستاری دانشگاه تربیت مدرس به ویژه سرکار خانم **دکتر زهره ونکی** و سرکار خانم **دکتر ربابه معماریان** سپاس فراوان داشته باشم.

از **همکاران محترم در کلینیک میلاد** مشهد به ویژه جناب آقای بهرام فروزنده ، پرستاران محترم خانم‌ها: اعظمی ، علیمردانی ، رشیدیان، منشی‌پور، علی‌دادی، پزشکان محترم خانم‌ها: شیلچی، بهاروحدت ، نورایی، پروین ، جهانیان، شیران و آقای دکتر کریمیان که نهایت همکاری را با من داشتند صمیمانه سپاسگزارم.

از **پرسنل اداری کلینیک میلاد** به ویژه خانم‌ها: جعفری ، نظم‌آرا ، آفرین و ارجمندی که در برگزاری کلاس‌های آموزشی نهایت لطف و همکاری را با اینجانب داشتند، سپاس‌گزارم. از سرکار خانم **دهقان** که در برگزاری جلسات آموزشی تغذیه و دیابت مرا یاری کردند، سپاسگزارم. از جناب آقای **محسن حسن‌زاده** که در برگزاری جلسات روانشناسی اینجانب را یاری کردند سپاسگزارم.

از کلیه همکاران محترم در آزمایشگاه تشخیص طبی دکتر اسکویی به ویژه جناب آقای دکتر **محمد رحیم زاده اسکویی** که نهایت همکاری را با من داشتند سپاسگزارم. از دوست عزیزم خانم **دکتر امل ساکی** که در انجام کارهای آماری پژوهش حاضر مرا یاری کردند، سپاسگزارم.

از خداوند مهربان، سلامتی و توفیق روزافزون در زندگی را برای تمامی این عزیزان خواستارم.

چکیده

بیماری دیابت از بیماری‌های شایع و خطرناک محسوب می‌شود. نظر به اهمیت بحث سازگاری جهت کنترل مناسب این بیماری، پژوهش حاضر، جهت تعیین تاثیر برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی بر میزان سازگاری بیماران دیابتی نوع دو طراحی شد و در سال ۱۳۸۸ در بنیاد دیابت پارسیان مشهد انجام گرفت. به منظور انجام پژوهش ۶۰ بیمار دیابتی نوع دو با توجه به ویژگی‌های نمونه انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه شاهد و آزمون تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش فرم بررسی و شناخت روی و پرسشنامه استراتژی‌های سازگاری بود که به منظور تعیین میزان سازگاری بیماران در دو گروه توسط پژوهشگر استفاده شد. پس از گردآوری اطلاعات لازم به منظور دستکاری محرک‌ها و افزایش میزان سازگاری، برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی طراحی و در گروه آزمون اجرا شد. آزمایش هموگلوبین گلیکولیزه در دو گروه قبل و بعد از مداخله انجام شد. پس از اتمام مداخله در مرحله پس آزمون نتایج زیر حاصل شد: آزمون آماری کای زوجی تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر اطلاعات دموگرافیک نشان نداد ($P > 0.05$). آزمون تی زوجی کاهش معنادار مقدار هموگلوبین گلیکولیزه را در گروه آزمون بعد از مداخله نشان داد ($p = 0.000$). آزمون ویلکاکسون کاهش معنادار تعداد رفتارهای ناسازگار را در گروه آزمون نشان داد ($p = 0.000$). آزمون ویلکاکسون افزایش معنادار سازگاری روانشناختی را در گروه آزمون نشان داد ($p = 0.000$). با توجه به نتایج فوق استفاده از الگوی سازگاری "روی" به عنوان روشی جهت افزایش سازگاری و در نتیجه بهبود کنترل دیابت در بیماران دیابتی نوع دو، پیشنهاد می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دیابت نوع دو، سازگاری، الگوی روی

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.

فهرست مطالب

عنوان.....	صفحه.....
فصل اول	۱
۱-۱ مقدمه.....	۲
۲-۱ مروری مطالعات.....	۷
فصل دوم	۲۲
۱-۲ چارچوب پنداشتی.....	۲۳
۱-۱-۲ دیابت.....	۲۳
۲-۱-۲ شیوع دیابت در جهان و ایران.....	۲۴
۳-۱-۲ تشخیص دیابت.....	۲۴
۴-۱-۲ دیابت نوع دو.....	۲۵
۵-۱-۲ علائم و نشانه های دیابت نوع دو.....	۲۵
۶-۱-۲ درمان دیابت نوع دو.....	۲۶
۱-۶-۱-۲ درمان دیابت نوع دو با داروهای خوراکی کاهنده قند خون.....	۲۶
۲-۶-۱-۲ درمان دیابت نوع دو با انسولین.....	۲۶
۳-۶-۱-۲ ورزش و دیابت نوع دو.....	۲۶
۷-۱-۲ ارزیابی کنترل دیابت.....	۲۷
۱-۷-۱-۲ کنترل روزانه قند خون.....	۲۷
۲-۷-۱-۲ کنترل هموگلوبین گلیکولیزه.....	۲۷
۸-۱-۲ عوارض دیابت.....	۲۸
۱-۸-۱-۲ عوارض زودرس دیابت.....	۲۸
۱-۱-۸-۱-۲ هیپوگلیسمی.....	۲۸
۲-۱-۸-۱-۲ کتواسیدوز دیابتی.....	۲۹
۲-۸-۱-۲ عوارض دیررس دیابت.....	۲۹
۱-۲-۸-۱-۲ نفروپاتی.....	۲۹
۲-۲-۸-۱-۲ رتینوپاتی.....	۲۹
۳-۲-۸-۱-۲ نوروپاتی.....	۳۰
۴-۲-۸-۱-۲ زخم پا.....	۳۰
۵-۲-۸-۱-۲ عوارض قلبی عروق.....	۳۰
۹-۱-۲ الگوی سازگاری " روی ".....	۳۱
۱-۹-۱-۲ شرح الگوی سازگاری روی.....	۳۱
۲-۹-۱-۲ فرآیند پرستاری بر اساس الگوی سازگاری روی.....	۳۷

۴۰	فصل سوم
۴۱	۱-۳ اهداف پژوهش
۴۱	۱-۱-۳ هدف کلی
۴۱	۲-۱-۳ اهداف ویژه
۴۱	۲-۳ فرضیات پژوهش
۴۲	۳-۳ پیش فرض های پژوهش
۴۳	۴-۳ تعریف واژه ها
۴۳	۱-۴-۳ تعریف نظری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی
۴۴	۲-۴-۳ تعریف عملی برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری روی
۴۴	۳-۴-۳ تعریف نظری میزان سازگاری
۴۵	۴-۴-۳ تعریف عملی میزان سازگاری
۴۵	۵-۴-۳ تعریف نظری دیابت
۴۶	۶-۴-۳ تعریف عملی دیابت
۴۷	۵-۳ ابزار گردآوری داده های پژوهش
۴۸	۶-۳ تعیین اعتبار و اعتماد علمی ابزارهای پژوهش
۴۹	۷-۳ نوع پژوهش
۴۹	۸-۳ محیط پژوهش
۴۹	۹-۳ جامعه پژوهش
۴۹	۱۰-۳ روش نمونه گیری
۵۰	۱۱-۳ ویژگی های نمونه پژوهش
۵۰	۱۲-۳ متغیرهای پژوهش
۵۱	۱۳-۳ محدودیت های پژوهش
۵۱	۱۴-۳ روش کار
۷۵	۱۵-۳ تجزیه و تحلیل داده های پژوهش
۷۶	۱۶-۳ ملاحظات اخلاقی
۷۷	فصل چهارم
۷۸	۱-۴ یافته ها
۱۰۷	فصل پنجم
۱۰۸	۱-۵ بحث و بررسی داده های پژوهش
۱۱۶	۲-۵ نتیجه گیری
۱۱۷	۳-۵ کاربرد نتایج پژوهش در پرستاری
۱۱۷	۱-۳-۵ کاربرد در آموزش پرستاری

۱۱۸.....	۲-۳-۵ کاربرد در بالین.....
۱۱۸.....	۳-۳-۵ کاربرد در مدیریت پرستاری.....
۱۱۸.....	۴-۵ پیشنهادها.....
۱۲۰.....	منابع
۱۲۶.....	ضمائم
۱۳۱.....	چکیده انگلیسی

فهرست جداول

- جدول ۱-۴ بررسی اطلاعات دموگرافیک بیماران در دو گروه آزمون و شاهد..... ۷۸
- جدول ۲-۴ بررسی طول مدت ابتلا و سن بیماران در دو گروه آزمون و شاهد..... ۷۹
- جدول ۳-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق هموگلوبین گلیکولیزه در بیماران گروه آزمون..... ۸۰
- جدول ۴-۴ بررسی میانگین هموگلوبین گلیکولیزه در بیماران گروه آزمون..... ۸۱
- جدول ۵-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق هموگلوبین گلیکولیزه در بیماران گروه شاهد..... ۸۲
- جدول ۶-۴ بررسی میانگین هموگلوبین گلیکولیزه در بیماران گروه شاهد..... ۸۲
- جدول ۷-۴ بررسی میانگین هموگلوبین گلیکولیزه در بیماران دو گروه آزمون و شاهد..... ۸۳
- جدول ۸-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق رفتارهای ناسازگار در بیماران گروه آزمون..... ۸۴
- جدول ۹-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق رفتارهای ناسازگار در بیماران گروه شاهد..... ۸۵
- جدول ۱۰-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق رفتارهای ناسازگار در بیماران دو گروه قبل از مداخله..... ۸۶
- جدول ۱۱-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق رفتارهای ناسازگار در بیماران دو گروه بعد از مداخله..... ۸۷
- جدول ۱۲-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در چهار بعد در بیماران گروه آزمون..... ۸۸
- جدول ۱۳-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در گروه آزمون..... ۹۳
- جدول ۱۴-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در چهار بعد در بیماران گروه شاهد..... ۹۴
- جدول ۱۵-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در گروه شاهد..... ۹۹
- جدول ۱۶-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در دو گروه قبل از مداخله..... ۱۰۰
- جدول ۱۷-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق محرک ها در دو گروه بعد از مداخله..... ۱۰۱
- جدول ۱۸-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق سازگاری روانشناختی گروه آزمون..... ۱۰۲
- جدول ۱۹-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق سازگاری روانشناختی گروه شاهد..... ۱۰۳
- جدول ۲۰-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق سازگاری روانشناختی در دو گروه قبل از مداخله..... ۱۰۴
- جدول ۲۱-۴ بررسی فراوانی نسبی و مطلق سازگاری روانشناختی در دو گروه بعد از مداخله..... ۱۰۵
- جدول ۲۲-۴ بررسی ارتباط بین هموگلوبین گلیکولیزه، رفتارهای ناسازگار و سازگاری روانشناختی در گروه آزمون بعد از مداخله..... ۱۰۶
- جدول ۲۳-۴ بررسی ارتباط حمایت خانوادگی و میزان هموگلوبین گلیکولیزه در گروه آزمون بعد از مداخله..... ۱۰۶

فصل اول

مقدمه و

مروری بر مطالعات

۱-۱ مقدمه

دیابت یک مشکل بهداشتی شایع در حال رشد، جدی و پرهزینه می باشد که برای فرد، خانواده و جامعه مسئله‌ای گرانبار به شمار می‌آید [۱]. بیماری دیابت درمان قطعی ندارد و می‌تواند عوارض کشنده‌ای ایجاد نماید. این بیماری شایع‌ترین علت قطع اندام، نابینایی و نارسایی مزمن کلیوی و یکی از مهمترین عوامل خطر در ایجاد بیماریهای قلبی است [۲]. در سال ۲۰۰۰ شیوع دیابت در جهان ۲/۸ درصد بود [۳]. فدراسیون بین‌المللی دیابت آمار مبتلایان به دیابت را در سال ۲۰۰۶ در جهان ۲۴۶ میلیون نفر اعلام کرد. پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ این رقم به ۳۲۹ میلیون نفر برسد این در حالی است که ۳۰ تا ۵۰ درصد دیابتی‌ها شناخته نشده‌اند. به طور کلی ۸۵ تا ۹۵ درصد دیابتی‌ها مبتلا به دیابت نوع دو هستند. [۱].

بیماری دیابت از جمله بیماری‌های مزمنی است که در کشور ما شیوع نسبتاً بالایی دارد [۴]. تعداد مبتلایان به دیابت در ایران حدود ۶٪ جمعیت یعنی بیش از چهار میلیون نفر تخمین زده می‌شود [۵]. در شهر مشهد بیش از ۵۰۰۰ بیمار دیابتی شناخته شده وجود دارد. به طور کلی سالانه یک درصد از مردم ایران مبتلا به دیابت می‌شوند. دیابت در حال حاضر، به عنوان یک اولویت بهداشتی در جهان مورد توجه است. بیماری دیابت به دلیل عوارض خطرناک و ناتوان‌کننده‌ای که دارد، به طور جدی بر کیفیت زندگی بیمار اثر می‌گذارد. دیابت یکی از دلایل عمده مرگ در جهان است. در اغلب موارد، ابتلا به عوارض دیررس دیابت مانند: مرحله نهایی نارسایی کلیه، عوارض قلبی

عروقی و آمپوتاسیون، علت این مرگ می باشد. حرکت کشورها به سمت صنعتی شدن، افزایش طول عمر، تغییر در سبک زندگی جوامع و روی آوردن آنها به سمت الگوهای بیماریزا به ویژه بیماری های مزمن، خطر ابتلا به دیابت را هر روز بیشتر می کند [۱].

علاوه بر عوارض متعدد و خطرناک دیابت از دیگر مسائل همراه با این بیماری، هزینه های سنگین مربوط به آن می باشد. در سال ۲۰۰۷ در آمریکا ۱۷۴ بلیون دلار صرف بیماران دیابتی شده است و سالانه به دلیل افزایش تعداد بیماران دیابتی و نیز افزایش هزینه های درمانی و مراقبتی، به این هزینه ها افزوده می شود [۴]. در ایران، در مطالعه ای در شهر اصفهان، در سال ۱۳۷۷، هزینه های مستقیم پزشکی در ۲۲۳۴۹ بیمار دیابتی نوع دو، در طول یک سال بالغ بر ۸/۹۹۹ میلیارد ریال و هزینه های غیر مستقیم منسوب به دیابت در این بیماران، ۱۶۷ میلیارد ریال تخمین زده شد [۶].

هزینه های غیر مستقیم مرتبط با دیابت، عمدتاً ناشی از بیماری کارگران دیابتی، غیبت از کار، ناتوانی و معلولیت، باز نشستگی زودرس و مرگ و میر زودرس، می باشد. بدیهی است که ابتلا به هر یک از عوارض جسمی و روانی دیابت هزینه های اقتصادی دیگری را برای فرد و جامعه به دنبال خواهد داشت. بار مشکلات ناشی از عوارض دیابت بسیار وسیع است. طبق اعلام سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰ آمار ابتلا به عوارض دیابت بدین شرح بوده است: ۳۰ تا ۴۵ درصد رتینوپاتی، ۱۰ تا ۲۰ درصد نوروپاتی، ۲۰ تا ۳۵ درصد نوروپاتی و ۱۰ تا ۲۵ درصد بیماری های قلبی عروقی [۱].

ابتلا به دیابت باعث می شود بخشی از درآمد خانواده صرف درمانها و عوارض این بیماری شود. به عنوان مثال در کشور هند ۵ تا ۲۵ درصد و در آمریکا ۵ تا ۱۰ درصد از درآمد یک خانواده دیابتی صرف بیماری و عوارض آن می شود. در آمریکا ۲۵ درصد دیابتی ها مشکلات بینایی دارند. ۳۵ درصد موارد جدید ابتلا به مرحله نهایی نارسایی کلیه دیابتی هستند. شایع ترین علت مرگ در دیابتی ها عوارض قلبی عروقی می باشد. قریب به ۵۰ درصد دیابتی ها مبتلا به بیماری های عروقی کرونر می باشند. ۱۰ درصد دیابتی ها سابقه انفارکتوس میوکارد دارند. ۲۰ تا ۳۰ درصد اختلالات جریان خون عروقی محیطی دارند. وجود عوامل خطر دیگر به ویژه در بیماران دیابتی نوع دو، مثل فشارخون

بالا، چربی خون بالا و چاقی نیز مزید بر علت، جهت ابتلا به عوارض قلبی عروقی می باشد. کاهش کیفیت زندگی در بیماران دیابتی به طور اساسی به دلیل عوارض دیررس دیابت، مثل نابینایی و نارسایی کلیه می باشد. دیابت هم چنین با خطر بالای ابتلا به بیماری های دندانپزشکی و عوارض حاملگی همراه است [۷ و ۱].

مطالعه ای در شیراز در سال ۱۳۸۳ بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو شیوع عوارض بلند مدت دیابت را، در این بیماران بدین ترتیب نشان داد: ۵۱/۵ درصد عوارض چشمی، ۴۴/۷ درصد عوارض کلیوی، ۶۸/۸ درصد عوارض عصبی، ۱۶/۸ درصد عوارض مربوط به اندام تحتانی و ۸/۴ درصد آمپوتاسیون پا، ضمن اینکه بروز عوارض در این بیماران بسیار زودتر از زمان مورد انتظار دیده شده بود [۸].

هدف از مراقبت در بیماری مزمن داشتن سلامتی، با وجود ابتلا به بیماری مزمن است. زندگی با یک بیماری مزمن ماهیتاً استرسزا است و نیازمند منابع دورنی و بیرونی جهت حفظ سلامتی و پیشگیری از عوارض است. دستیابی به سلامتی در بیماری مزمن بوسیله برقراری سازگاری در ابعاد مختلف وجود بیمار، امکانپذیر می باشد [۹]. بدیهی است سازگاری مناسب فیزیولوژیک و روانشناختی بیمار با بیماری، می تواند به کاهش عوارض کمک کند. یکی از الگوی های کاربردی و موثر در پرستاری، که به طور خاص به این موضوع توجه کرده است، الگوی سازگاری "روی" می باشد.

"روی" معتقد است رسیدن به این هدف، نیازمند دستیابی بیمار به سازگاری جسمی (بعد فیزیولوژیک) و روانشناختی در ابعاد مختلف (درک از خود، ایفای نقش، استقلال و وابستگی است) [۱۰]. پژوهش ها تاثیر مثبت بکارگیری الگوی سازگاری "روی" را بر بهبود کنترل بیماری در بیماری های مزمن نشان می دهند [۱۱].

میزان سازگاری مجموعه اثر سه نوع محرک است (اصلی، زمینه‌ای، باقی مانده) دستکاری این محرک‌ها طی برنامه مراقبتی سبب افزایش میزان سازگاری و در نتیجه کنترل بهتر بیماری می‌شود. " روی " و همکارانش در مقاله ای در سال ۲۰۰۲ تاکید می کنند که، خود کنترلی یکی از جنبه های مهم در بیماری مزمن است. یک بیمار مزمن نیاز به یادگیری مجموعه‌ای از رفتارها جهت کنترل مناسب بیماری خود دارد. اما باید دانست نوع رفتارهایی که یک بیمار مزمن در رابطه با بیماری خود نشان می دهد، تحت تاثیر مجموعه ای از محرک‌ها قرار می گیرد. پاسخی که بیمار به این محرک‌ها می‌دهد، در رفتارهای وی منعکس می‌شود. در صورتی که فرد بیمار پاسخ مناسب و مثبتی به محرک بدهد، رفتار وی رفتاری سازگار (سالم) خواهد بود. نوع پاسخی که فرد به این محرکها می دهد به ویژگی های محرک بستگی دارد. بنابراین با دستکاری محرک می توان انتظار داشت، تغییر رفتاری حاصل شود [۱۰]. پژوهش ها نشان می دهند که بکارگیری الگوی سازگاری " روی " سبب افزایش پاسخ های سازگار در بیماران مزمن می شود [۱۲].

بیمار دیابتی ملزم به پیروی از مجموعه‌ای از فعالیت ها و توصیه های مراقبتی است. پیروی از این مراقبت ها ضامن کنترل بیماری و پیشگیری از عوارض آن است. میزان پیروی بیمار از توصیه های مراقبتی بوسیله نوع رفتارهایی که از خود نشان می دهد، مشخص می شود. بنابراین در مراقبت از یک بیمار مزمن تمرکز بر تغییر رفتارهای بیمار، در جهت ایجاد رفتارهای سازگار (سالم) می‌باشد. برای ایجاد تغییر در رفتارهای مراقبتی، لازم است که محرک‌های رفتارها در مرحله بررسی بیمار توسط پرستار، به طور دقیق شناسایی و طی اقدامات پرستاری به دستکاری این محرک‌ها پرداخته شود، به طوری که بتواند به رفتارهای سازگار و در نتیجه سازگاری جسمی و روانشناختی بهتری دست یابد [۱۰].

اگرچه فرآیند سازگاری با یک بیماری مزمن فرآیندی پویاست که دائما تحت تاثیر محرکها فردی و محیطی قرار می گیرد. با ایجاد رفتارهای سازگار می توان انتظار داشت که بیمار به کنترل مناسب بیماری و پیشگیری از عوارض دست یابد. این همان مفهومی است که " روی " به عنوان داشتن

سلامتی با وجود یک بیماری مزمن بیان می‌کند. در نهایت با افزایش میزان سازگاری جسمی و روانشناختی، بیمار می‌تواند به خود کنترلی مطلوب‌تر بیماری خود دست یابد. مسلماً هدف نهایی در بیماری مزمن کنترل مناسب بیماری توسط خود بیمار و پیشگیری از عوارض است. با رفتارهای سازگار (سالم) می‌توان به این مهم دست یافت. درگیر کردن بیمار در انجام رفتارهای پیشرفت دهنده سلامتی (رفتارهای سازگار) یک متغیر مهم در سازگاری با یک بیماری مزمن است.

شرکت فعالانه بیمار در این فرآیند به ایجاد سازگاری جسمی و روانی در بیمار کمک می‌کند [۱۰]. در همین راستا یکی از ویژگی‌های الگوی سازگاری "روی" پذیرش بیماری و مراقبت‌های مربوط به آن طی یک برنامه توافقی بین بیمار و پرستار است. با توجه به اینکه بیماران دیابتی نوع دو افرادی بالغ هستند، پرستار می‌تواند برنامه مراقبتی را با توافق با آنها طراحی کند. در این وضعیت که بیمار مراقبت‌ها را پذیرفته است، می‌توان انتظار داشت که به تدریج رفتارهای سازگار در وی پدیدار شود. یکی دیگر از ویژگی‌های الگوی سازگاری "روی" این است که به شکلی اصولی به بررسی بیمار از طریق مصاحبه، مشاهده و اندازه‌گیری می‌پردازد و سپس رفتارهای ناسازگار را، که در واقع همان مشکلات بیماران است، در چهار بعد همراه با محرک‌های (دلایل) رفتارها تعیین می‌کند. سازگاری فیزیولوژیک تثبیت فرآیند بیماری و پیشگیری از عوارض آن است. تشبیت یک بیماری مزمن با ارائه پاسخ‌های سازگار فیزیولوژیک به بیماری ایجاد می‌شود. سازگاری در ابعاد روانشناختی شامل انجام توصیه‌های مراقبتی به عنوان بخشی از زندگی روزانه و پذیرش نقش بیمار است [۱۰].

ابتلا به عوارض دیابت به طور واضحی بر کیفیت زندگی بیماران تاثیر دارد. دستیابی به سازگاری مطلوب تر سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران خواهد شد [۱ و ۷ و ۱۳].

الگوی "روی" چارچوب مناسبی برای جمع‌آوری اطلاعات از بیماران است. بوسیله الگوی "روی" پرستاران می‌توانند، مشکلات بیماران را به صورت دقیق تری شناسایی کنند و تغییرات لازم را اعمال نمایند. بکارگیری الگوی "روی" سبب تمرکز، سازماندهی و هدایت افکار و اعمال پرستار در جهت اهداف مورد نظر به شکل موثرتر و مناسب تری می‌شود [۱۴]. بررسی دقیق این الگو در ابعاد مختلفی

است، که در سازگاری با بیماری مزمن مورد توجه می‌باشد. طبق نتایج پژوهش‌های متعدد الگوی "روی" تاثیر مثبتی بر نتایج اقدامات پرستاری دارد. هم چنین بررسی دقیقی که این الگو در ابعاد مختلف بیمار دارد، می‌تواند منجر به شناسایی علل ناشناخته رفتارهای ناسازگار در بیمار شود و در نتیجه می‌توان برنامه دقیق‌تری را جهت ایجاد رفتارهای سالم در بیمار، بر اساس این الگو طراحی کرد. سازگاری در فرآیند درمان بیماری مزمن یک عامل مهم جهت جلب مشارکت بیمار در درمان و کمک به فرآیند تصمیم‌گیری‌های درمانی-مراقبتی می‌باشد [۱۵ و ۱۶].

شناسایی محرک‌های رفتاری منجر به کشف علل دقیق رفتارهای ناسازگار بیماران می‌شود. بدین ترتیب پیش‌بینی می‌شود که با بکارگیری برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری "روی" رفتارهای سازگار (سالم) در بیمار افزایش یافته و بتوان کنترل بهتر قند خون و نهایتاً "کاهش عوارض" را که مهمترین هدف در بیماری دیابت است، در بیماران دیابتی مشاهده کرد. لذا برای دستیابی به این هدف و با تکیه بر منابع علمی موثق، پژوهشگر به طراحی و اجرای برنامه مراقبتی بر اساس الگوی سازگاری "روی" در بیماران دیابتی نوع دو پرداخت. پژوهش حاضر جهت بررسی تاثیر این برنامه مراقبتی بر میزان سازگاری بیماران دیابتی نوع دو طراحی و اجرا شده است.

۱-۲ مروری بر مطالعات

از جمله پژوهش‌هایی که در ایران در زمینه دیابت انجام شده است می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

رخشنده رو در سال ۱۳۸۰ به بررسی تاثیر آموزش بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجمن دیابت ایران پرداخت. تعداد نمونه در این مطالعه ۴۰ نفر بیمار دیابتی تیپ دو بود که سن آنها بین ۴۰ تا ۶۵ سال بود. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌ای شامل اطلاعات دموگرافیک به علاوه سنجش آگاهی، نگرش، عملکرد و کیفیت زندگی بود. محتوای آموزش در قالب یک برنامه‌ی آموزشی ارائه