

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه پرستاری

پایان نامه کارشناسی ارشد

گرایش روانپرستاری

عنوان پایان نامه

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی

بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر لامرد در سال ۱۳۹۱

نگارش

طاهره قطبی

استاد راهنما

دکتر سادات سید باقر مداح

اساتید مشاور

دکتر اصغر دالوندی

دکتر نرگس ارسلانی

استاد مشاور آمار

مرجان فرضی



دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

دانشگاه علوم پزشکی و توانبخشی

تاییدیه اعضای هیات داوران

خانم طاهره قطبی

دانشجوی رشته: پرستاری مقطع: کارشناسی ارشد به شماره دانشجویی: ۸۹۱۶۸۵۰۰۴ از پایان نامه

خود تحت عنوان: "بررسی تاثیر الگوی توانمند سازی خانواده محور بر رفتارهای خود مراقبتی مبتلا

یان به نوع دو در بیمارستان ولی عصر شهر لامرد در سال ۱۳۹۱" در تاریخ: ۹۲/۰۵/۲۳ در حضور

هیات داوران دفاع نموده و بر اساس مصوبات شورای تحصیلات تکمیلی نمره ۱۸/۵ <sup>طهره قطبی</sup>

با امتیاز: <sup>سید حسینی</sup> به ایشان تعلق گرفت.

هیات داوران

۱. استاد راهنما:

سرکار خانم دکتر سادات سید باقر مداح

۲. اساتید مشاوره:

جناب آقای دکتر اصغر دالوندی  
سرکار خانم دکتر نرگس ارسلانی

سرکار خانم مرجان فرضی

۳. اساتید داور:

جناب آقای دکتر حسین فکر آزاد

سرکار خانم زهرا کاشانی نیا

۴. مدیر گروه آموزشی:

جناب آقای دکتر اصغر دالوندی

۵. کارشناس تحصیلات تکمیلی:

سرکار خانم <sup>سید حسینی</sup>

## تعهد نامه چاپ مطالب و مقالات مستخرج از پایان نامه / رساله دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

با عنایت به اینکه هر گونه مقاله استخراج شده از پایان نامه یا رساله و/ یا چاپ و انتشار بخشی یا تمام مطالب آن مبین قسمتی از فعالیت‌های علمی- پژوهشی دانشگاه می باشد، بنابراین اینجانب **طاهره قطبی** دانش آموخته رشته **پرستاری** متعهد می شوم که موارد ذیل را کاملاً رعایت نمایم:

۱. در صورت اقدام به چاپ هر مقاله ای از مطالب پایان نامه/رساله، خود را بعنوان دانش آموخته دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و مقاله را برگرفته از پایان نامه دانشجویی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی معرفی نموده و از درج نام و آدرس دیگر خودداری کنم.

۲. در صورت اقدام به چاپ بخشی از /یا تمام پایان نامه یا رساله خود، مراتب را قبلاً به طور کتبی به اطلاع "انتشارات" و "دفتر تحصیلات تکمیلی" دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی برسانم.

۳. در صورت اقدام به چاپ هر گونه متن علمی اعم از مقاله، کتاب، پمفلت و ... مستخرج از تمام یا بخشی از پایان نامه/ رساله خود، حتماً اسامی کلیه افرادی را که در انجام آن به صورت راهنما، مشاور، مشاور آمار و افتخاری بطور رسمی همکاری داشته اند، ذکر می کنم.

۴. در صورت اقدام به چاپ پایان نامه یا رساله در صفحه سوم کتاب (پس از برگ شناسنامه) عبارت ذیل را درج نمایم:

" کتاب حاضر حاصل پایان نامه/رساله کارشناسی ارشد خانم **طاهره قطبی** در رشته پرستاری می باشد که در سال **۱۳۹۱** در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی به راهنمایی سرکار خانم **دکتر سادات سید باقر مداح** و مشاوره جناب آقای **دکتر اصغر دالوندی** و سرکار خانم **دکتر نرگس ارسلانی** انجام و در سال **۱۳۹۲** از آن دفاع شده است."

۵. به منظور جبران بخشی از هزینه های انتشارات دانشگاه، تعداد یک درصد شمارگان کتاب (در هر نوبت چاپ) را به انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی اهداء نمایم. (دانشگاه می تواند مازاد نیاز خود را به نفع مرکز نشر در معرض فروش قرار دهد).

۶. در صورت عدم رعایت بند ۵، ۵۰٪ بهای شمارگان چاپ شده را به عنوان خسارت به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تادیه می کنم.

۷. قبول می کنم که در صورت خودداری از پرداخت بهای خسارت، یا عدم رعایت هر یک از مواد این تعهدنامه دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی می تواند مورد را از طریق دفتر حقوقی دانشگاه مطالبه و پیگیری قانونی نماید.

اینجانب **طاهره قطبی** دانشجوی رشته پرستاری مقطع کارشناسی ارشد **کلیه مفاد** تعهد فوق و ضمانت اجرایی آن را بدون قید و شرط قبول می نمایم، و به انجام آن ملتزم می شوم.

نام و نام خانوادگی  
امضاء و تاریخ  
طاهره قطبی  
۹۲/۵/۲۸

تقدیم به ...

خدایی که آفرید

جهان را، انسان را، عقل را، علم را، معرفت را و عشق را

به پدرم که عالمانه به من آموخت تا چگونه در عرصه زندگی، ایستادگی را تجربه نمایم

و به مادرم، دریای بی کران فداکاری و عشق، که وجودم برایش همه رنج بود و وجودش برایم همه مهر

و به :

همسرم، اسطوره زندگیم، پناه خستگی و امید بودنم

و فرزند عزیزتر از جانمان ..... **طاها**

## تقدیر و تشکر

بدین وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از استاد فرهیخته و فرزانه سرکار خانم دکتر مداح که با کرامتی چون خورشید، سرزمین دل را روشنی بخشیدند و گلشن سرای علم و دانش را با راهنمایی های کار ساز و سازنده خویش، بارور ساختند، از استاد با کمالات و شایسته؛ جناب آقای دکتر اصغر دالوندی که زحمت مشاوره این پژوهش را در حالی متقبل شدند که بدون مساعدت ایشان، این پروژه به نتیجه مطلوب نمی رسید، از استاد فرزانه و دلسوز، سرکار خانم دکتر ارسلائی، که در کمال سعه صدر، با حسن خلق و فروتنی، از هیچ کمکی در این عرصه بر من دریغ نمودند، از استاد محترم سرکار خانم فرضی که به عنوان همکار آمار در این پروژه راهنماییم نمودند، از جناب آقای دکتر کیان نوروزی مدیر سابق گروه پرستاری که راهنمایی های خردمندانه ایشان در طول دوران تحصیل روشنگر راهم بوده اند، از سرکار خانم دکتر الحانی که به عنوان مشاور افتخاری در این پژوهش، از نظرات ارزشمند ایشان استفاده نمودم، از کلیه بیماران دیابتی و خانواده های محترم ایشان و پرسنل زحمتکش بیمارستان ولی عصر لامرد، که بدون همکاری صادقانه ایشان انجام این تحقیق میسر نمی شد، ابراز میدارم.

## چکیده

**مقدمه:** علیرغم شیوع بالای دیابت نوع دو در جهان و عوارض ناتوان کننده آن در جوامع مختلف، از جمله ایران، اغلب مبتلایان به دیابت، در انجام رفتارهای خودمراقبتی کوتاهی می کنند. با توجه به یافته های متفاوت در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت، پژوهشی با هدف تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفت.

**روش کار:** این پژوهش از نوع مداخله ای شبه تجربی است، که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو که به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند، صورت گرفت. آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور جهت گروه مداخله، طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه ای (جمعا ۴۵۰ دقیقه)، در چهارگام (تهدید درک شده، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی) به صورت جلسات خانوادگی، در منزل بیماران اجرا شد. سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران در چهار حیطه تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، کنترل عوارض و مصرف دارو و مراقبت از پا با استفاده از پرسشنامه ی سنجش رفتارهای خودمراقبتی، در دو مرحله قبل و بعد از اجرای مداخله، سنجیده شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** یافته ها نشان دادند، دو گروه، قبل از مداخله، تفاوت معناداری از نظر سطح رفتارهای خودمراقبتی با یک دیگر ندارند ( $p > 0/05$ ). پس از اجرای آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، سطح رفتارهای خودمراقبتی گروه مداخله، به تفکیک در تمامی حیطه ها (تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، کنترل عوارض و مصرف دارو، مراقبت از پا) و در نمره کل افزایش یافت ( $p < 0/05$ ). در حالی که در گروه شاهد تغییر معناداری مشاهده نشد.

**نتیجه گیری:** این مطالعه نشان داد، آموزش مبتنی بر الگوی توانمند سازی خانواده محور، تاثیر مثبتی در بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو داشته است. لذا نتایج این مطالعه می تواند در سایر بیماری های مزمن و در حیطه های مختلف خدمات پرستاری جهت بهبود رفتارهای خودمراقبتی بیماران به کار گرفته شود.

کلید واژه: آموزش، الگوی توانمند سازی خانواده محور، دیابت، خودمراقبتی.

## فهرست مطالب

تقدیم به

تقدیر و تشکر

چکیده پایان نامه

- ۱-۱- فصل اول: کلیات تحقیق..... ۲
- ۱-۲- بیان مسئله، اهمیت و ضرورت تحقیق..... ۲
- ۱-۳-۱- اهداف پژوهش ..... ۱۰
- ۱-۳-۱-۱- هدف کلی..... ۱۰
- ۱-۳-۱-۲- اهداف اختصاصی..... ۱۰
- ۱-۳-۱-۳- اهداف کاربردی..... ۱۱
- ۱-۴-۱- سوالات پژوهش..... ۱۱
- ۱-۵-۱- فرضیه پژوهش..... ۱۲
- ۱-۶-۱- پیش فرض ها..... ۱۲
- ۱-۷-۱- تعریف واژه ها..... ۱۳
- ۱-۷-۱-۱- تعریف نظری بیمار مبتلا به دیابت نوع دو ..... ۱۳



- ۱-۷-۲- تعریف عملی بیمار مبتلا به دیابت نوع دو ..... ۱۳
- ۱-۷-۳- تعریف نظری رفتارهای خودمراقبتی ..... ۱۳
- ۱-۷-۴- تعریف عملی رفتارهای خودمراقبتی ..... ۱۴
- ۱-۷-۵- تعریف نظری آموزش به بیمار ..... ۱۴
- ۱-۷-۶- تعریف عملی آموزش به بیمار ..... ۱۴
- ۱-۷-۷- تعریف نظری الگوی توانمند سازی خانواده محور ..... ۱۵
- ۱-۷-۸- تعریف عملی الگوی توانمند سازی خانواده محور ..... ۱۵
- ۲-۱- فصل دوم: پیشینه تحقیق ..... ۱۷
- ۲-۲- بیماری دیابت ..... ۱۷
- ۲-۲-۱- انواع بیماری دیابت ..... ۱۹
- ۲-۲-۲- علایم بالینی ..... ۲۰
- ۲-۲-۳- عوارض بیماری دیابت ..... ۲۰
- ۲-۲-۴- تاثیر بیماری دیابت بر خانواده ..... ۲۲
- ۲-۳- رفتارهای خودمراقبتی ..... ۲۳
- ۲-۴- آموزش به بیمار ..... ۲۵

- ۲-۵- الگوی توانمندسازی خانواده محور..... ۲۸
- ۲-۶- مروری بر مطالعات انجام شده ..... ۳۳
- ۳-۱- فصل سوم: روش شناسی تحقیق..... ۴۲
- ۳-۲- نوع مطالعه ..... ۴۲
- ۳-۳- محیط پژوهش ..... ۴۲
- ۳-۴- جامعه پژوهش ..... ۴۲
- ۳-۵- نمونه پژوهش ..... ۴۳
- ۳-۶- ویژگی نمونه های پژوهش ..... ۴۳
- ۳-۷- ابزارهای پژوهش ..... ۴۴
- ۳-۸- محدودیت های پژوهش ..... ۴۶
- ۳-۹- روش اجرای پژوهش ..... ۴۶
- ۳-۱۰- دیاگرام روش اجرای پژوهش ..... ۵۲
- ۳-۱۱- روش تجزیه و تحلیل داده ها ..... ۵۳
- ۳-۱۲- ملاحظات اخلاقی ..... ۵۳
- ۴-۱- فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها ..... ۵۳

۲-۴- یافته های مربوط به متغیر های زمینه ای ..... ۵۶

۳-۴- یافته های مربوط به متغیر های اصلی ..... ۶۶

۱-۵- فصل پنجم: بحث، نتیجه گیری و پیشنهادات ..... ۶۶

۲-۵- بحث و بررسی یافته ها ..... ۸۹

۳-۵- نتیجه گیری نهایی ..... ۹۸

۴-۵- کاربرد یافته ها ..... ۱۰۰

۵-۵- پیشنهادات جهت پژوهش های بعدی ..... ۱۰۱

فهرست منابع ..... ۱۰۲

ضمائم و پیوست ها

پیوست شماره (۱) فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش ..... ۱۱۳

پیوست شماره (۲) پرسش نامه اطلاعات دموگرافیک و سنجش رفتارهای خود مراقبتی ..... ۱۱۵

پیوست شماره (۳) جلسات مداخله، مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور ..... ۱۱۸

پیوست شماره (۴) جزوه آموزشی دیابت ..... ۱۱۹

Abstract ..... ۱۴۴

## فهرست جداول

- جدول (۱-۴) مقایسه میانگین سنی و مدت زمان ابتلا به دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه  
مداخله و شاهد ..... ۵۶
- جدول (۲-۴) مقایسه فراوانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه مداخله و شاهد بر مبنای جنس ..... ۵۸
- جدول (۳-۴) توزیع فراوانی و درصد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر مبنای وضعیت اشتغال در دو گروه  
مداخله و شاهد ..... ۶۰
- جدول (۴-۴) مقایسه فراوانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه مداخله و شاهد بر مبنای نوع استفاده  
از وسایل نقلیه ..... ۶۱
- جدول (۵-۴) مقایسه فراوانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه مداخله و شاهد بر مبنای سطح  
تحصیلات ..... ۶۳
- جدول (۶-۴) توزیع فراوانی و درصد بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه مداخله و شاهد بر مبنای نوع  
مسکن ..... ۶۵
- جدول (۷-۴) مقایسه میانگین نمرات بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در دو گروه مداخله و شاهد در پرسشنامه  
رفتارهای خودمراقبتی و حیطه های آن در مراحل پیش آزمون و پس آزمون ..... ۶۶
- جدول (۸-۴) آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه  
میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون- پس آزمون  
..... ۶۸

جدول (۹-۴) آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه مداخله و

شاهد در مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۷۰

جدول (۱۰-۴) آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه

میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه تغذیه در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون -

پس آزمون ..... ۷۲

جدول (۱۱-۴) آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه تغذیه در دو

گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۷۴

جدول (۱۲-۴) آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه

میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه فعالیت جسمانی و ورزش در دو گروه مداخله و شاهد در

مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۷۶

جدول (۱۳-۴) آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه فعالیت جسمانی

و ورزش در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۷۸

جدول (۱۴-۴) آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه

میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه مراقبت از پا در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش

آزمون - پس آزمون ..... ۸۰

جدول (۱۵-۴) آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه مراقبت از پا در

دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۸۲

جدول (۴-۱۶) آزمون تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری های مکرر روی یک متغیر مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه دارو و کنترل عوارض در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون- پس آزمون ..... ۸۴

جدول (۴-۱۷) آزمون توکی مربوط به مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خودمراقبتی در حیطه دارو و کنترل عوارض دو گروه مداخله و شاهد در مراحل پیش آزمون - پس آزمون ..... ۸۶

#### فهرست نمودارها

نمودار (۴-۱) نمایش میانگین سنی دو گروه مداخله و شاهد ..... ۵۷

نمودار (۴-۲) نمایش میانگین مدت زمان ابتلا به دیابت در دو گروه مداخله و شاهد ..... ۵۷

نمودار (۴-۳) نمودار فراوانی گروههای مداخله و شاهد بر حسب جنسیت ..... ۵۹

نمودار (۴-۴) نمودار فراوانی گروههای مداخله و شاهد بر حسب وضعیت اشتغال ..... ۶۰

نمودار (۴-۵) نمودار فراوانی گروههای مداخله و شاهد بر حسب نوع وسیله نقلیه ..... ۶۲

نمودار (۴-۶) نمودار فراوانی گروههای مداخله و شاهد بر حسب سطح تحصیلات ..... ۶۴

نمودار (۴-۷) نمودار فراوانی گروههای مداخله و شاهد بر حسب سطح نوع مسکن ..... ۶۵

نمودار (۴-۸) نمایش میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه مداخله و شاهد، در مراحل پیش آزمون- پس آزمون ..... ۷۱

نمودار (۴-۹) نمایش میانگین نمرات بیماران در دو گروه مداخله و شاهد، در حیطه تغذیه در مراحل پیش آزمون- پس آزمون ..... ۷۵

نمودار(۴-۱۰) نمایش میانگین نمرات بیماران در دو گروه مداخله و شاهد، در حیطه فعالیت جسمی و ورزش

در مراحل پیش آزمون- پس آزمون ..... ۷۹

نمودار(۴-۱۱) نمایش میانگین نمرات بیماران در دو گروه مداخله و شاهد، در حیطه مراقبت از پا در مراحل

پیش آزمون- پس آزمون ..... ۸۳

نمودار(۴-۱۲) نمایش میانگین نمرات بیماران در دو گروه مداخله و شاهد، در حیطه کنترل عوارض و

مصرف دارو در مراحل پیش آزمون- پس آزمون ..... ۸۷

# **فصل اول**

## **کلیات تحقیق**



## ۱-۱- فصل اول: کلیات تحقیق:

مقدمه: در این فصل ضمن تشریح مساله مورد بررسی در پژوهش و تبیین اهمیت آن، اهداف، سوالات، فرضیه و پیش فرض های پژوهش آورده شده است. هم چنین واژه ها و مفاهیم به کار رفته در پژوهش نیز تعریف می شود.

## ۱-۲- بیان مساله، اهمیت و ضرورت تحقیق:

دیابت بیماری مزمن، غیر قابل انتقال و جدی است، که به یک اپیدمی در جهان تبدیل شده است و پیش بینی می شود طی ۲۵ سال آینده جزء مهمترین عوامل مرگ و ناتوانی در دنیا قرار گیرد (۱). تقریباً در تمام کشورهای جهان، دیابت از مهمترین بیماری های مزمن محسوب می شود؛ که از نظر شیوع، هم چنان در حال افزایش است. این بیماری، اختلال متابولیکی مزمن و پیشرونده ای است که با افزایش میزان گلوکز خون، عمدتاً بدلیل ناکافی بودن میزان انسولین یا نقص مرتبط با انسولین تشخیص داده می شود (۲). در سال ۲۰۱۰ میلادی، برآوردها نشان داد که تقریباً ۲۸۵ میلیون نفر بزرگسال مبتلا به دیابت، در سراسر جهان وجود دارد. پیش بینی می شود این تعداد در سطح جهان به علت پیری جمعیت، رشد بیش از اندازه جمعیت، شهرنشینی، شیوع بالای چاقی و شیوه زندگی کم تحرک به افزایش خود ادامه دهد (۳). در خصوص میزان شیوع دیابت در ایران، آمارها متفاوت است. عزیزی میزان شیوع دیابت را در بزرگسالان، بین ۱۰-۲ درصد و معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۲/۳ درصد گزارش کرده است. مرکز تحقیقات غدد اصفهان، شیوع دیابت در کل جمعیت را ۲-۳ درصد و در افراد بالای ۳۰ سال، ۷/۳ درصد برآورد کرده است و مرکز دیابت درمانگاه نادر کاظمی شیراز، شیوع دیابت را حدود ۵ درصد گزارش کرده است (۴). در

گزارش دیگری، بیش از ۳ میلیون نفر دیابتی در کشور زندگی می کنند. بر اساس آمارهای موجود، شیوع دیابت تا سال ۲۰۲۱، به ۳ برابر افزایش خواهد یافت(۵).

دیابت، بیماری مزمن و ناتوان کننده ای است که با مرگ و میر بالا و هزینه های فراوان از نظر مراقبت های بهداشتی، همراه است(۶). هزینه های مستقیم و غیر مستقیم بیماری دیابت و عوارض آن در مقایسه با سایر بیماری ها بسیار زیاد است. دیابت هفتمین علت مرگ و میر در ایالات متحده در سال ۲۰۰۷ شناخته شده است. خطر مرگ در میان افراد مبتلا به دیابت، دو برابر افراد سالم در همان گروه سنی می باشد. هزینه های مستقیم و غیر مستقیم دیابت در ایالات متحده در سال ۲۰۰۷، به ترتیب ۱۱۶ و ۵۸ بلیون دلار برآورد شده است. هزینه های غیر مستقیم، شامل هزینه های مربوط به ناتوانی، ازدست دادن کار و... می باشد. هزینه های بهداشتی مربوط به مبتلایان به دیابت، ۲-۴ برابر میزان صرف شده برای افراد غیر دیابتی در بیشتر سیستم های سلامت دنیا است(۷). در مطالعه ای که توسط امینی و همکاران انجام شد، هزینه های مستقیم پزشکی منسوب به دیابت، در افراد دیابتی نوع دو بالای ۴۰ سال شهر اصفهان، ۸/۹۹۸ میلیارد ریال و هزینه های غیر مستقیم منسوب به دیابت، بالغ بر ۱۶۷ میلیارد ریال برآورد گردید. بدین ترتیب هزینه های سرانه غیر مستقیم هر فرد دیابتی نوع دو بالای ۴۰ سال، ۱۸/۶ برابر هزینه های سرانه مستقیم می باشد(۸). در گزارشی بار مالی ناشی از دیابت برای دولت ۹۰۰ میلیارد تومان در سال برآورد شده است، که این میزان عمدتاً هزینه مستقیم دارویی است. ۱۶ درصد از هزینه های بیمارستانی در ایران مربوط به دیابت است. همچنین بار مالی دیابت برای هر بیمار دیابتی در طول یک ماه، ۸۰ هزار تومان برآورد شده است و اگر دیابت با عوارض همراه باشد، این مخارج به ۵ برابر افزایش می یابد(۹). در سال ۱۳۷۵، هزینه های جاری مراقبت و ناتوانی دیابت، سالانه متجاوز از ۷۰۰ میلیارد ریال(معادل ۲۳۳ میلیون دلار بر اساس قیمت هر دلار، ۳۰۰۰ ریال) تخمین زده شد.

در سال ۱۳۸۸، اگر هزینه مربوط به ارائه خدمات را افزایش نداده و فقط افزایش ارزش دلار محاسبه شود (۹۰۰۰ ریال)، این مبلغ حدود ۲۱۰ میلیارد تومان خواهد بود، هر چند که قیمت تمام شده خدمات مراقبتی و حمایتی نیز بشدت افزایش یافته است. به بیان دیگر، هزینه واقعی بیماری دیابت در کشور به مراتب از این بیشتر است (۱۰).

بیماری دیابت به دو دسته اصلی تقسیم می شود: دیابت نوع یک، که قبلا دیابت وابسته به انسولین و دیابت نوع دو؛ که این نوع دیابت، غیر وابسته به انسولین نامیده می شد. دیابت حاملگی و دیابت ملیتوس همراه با دیگر اختلالات و سندرم ها نیز از انواع فرعی بیماری دیابت محسوب می گردند، که در مقایسه با نوع یک و دو شیوع بسیار کمتری دارند (۱۱). دیابت نوع دو حدود ۹۵-۹۰ درصد از موارد شناخته شده دیابت را شامل می شود. این نوع از دیابت ممکن است سال ها ناشناخته بماند (۱۲). در این بیماری هورمون انسولین به درجاتی دچار اختلال شده و به افزایش میزان قند خون منتج می گردد و موجب بروز اختلالات مختلف در سوخت و ساز بدن می شود. دیابت در دراز مدت، عوارض عروقی، نوروپاتی، رتینوپاتی، و پیرو آن عوارض مربوط به اندام تحتانی، نایبایی، حملات قلبی و مغزی؛ و نارسایی کلیوی را بوجود می آورد (۱۳). ابتلا ۲/۸ میلیون نفر (۰/۷٪) از جمعیت ایالات متحده به دیابت نوع دو، موجب کاهش امید به زندگی (حدود ۱۵ سال)، شانس ابتلا به بیماری های قلبی عروقی حدود ۴-۲ برابر و مهمترین علت نارسایی کلیه، قطع عضو در اندام های تحتانی و نایبایی در بالغین شده است. این بیماری ششمین علت مرگ در دنیا و تهدیدی جدی و پیشرونده برای سلامت جهانی محسوب می شود (۱۴). بدلیل ماهیت مزمن دیابت، افراد مبتلا، عوارض ناتوان کننده زیادی را قبل از مرگ تجربه می کنند (۱۵). شیوع جهانی و رو به رشد دیابت نوع دو تهدیدی برای افراد و بار بزرگی برای اقتصاد بهداشت بوجود آورده است (۱۶).

بررسی های انجام شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت های خودمراقبتی، در بیماری های مزمن، نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه های درمانی ناشی از بستری های مکرر دارد. با توجه به تاثیر فعالیت های خود

مراقبتی در تعیین سطح قندخون و پیامدهای بیماری دیابت، مهمترین عامل زمینه ساز مرگ و میر این بیماران را می توان عدم انجام فعالیت های خود مراقبتی دانست (۱۷).

علیرغم اینکه ارزش رفتارهای خود مراقبتی (رفتارهایی چون تغییر در رژیم غذایی، ورزش، تزریق انسولین، خودپایشی سطح قند خون، حضور منظم در کلینیک جهت دنبال کردن برنامه های درمانی)، برای بیشتر بیماران شناخته شده است، اما اغلب در انجام آن کوتاهی می کنند (۱۸). تخمین زده می شود که نزدیک به ۵۰٪ از مبتلایان به دیابت، در مهارت های مربوط به مراقبت از خود ممکن است اشتباه کنند. بیمار ممکن است به سادگی برخی از اطلاعات را فراموش کند یا نتواند آنها را یاد بگیرد. عوامل عاطفی و هیجانی از قبیل انکار، تشخیص بیماری و افسردگی نیز ممکن است توانایی های بیمار را برای انجام اقدامات مراقبتی روزمره کاهش دهد (۱۱).

مطالعات نشان دهنده سطح پایین خود مراقبتی، کنترل ضعیف و مشکلات روانی حل نشده و رو به افزایش در این بیماران می باشد (۱۹). جعفریان و حیدری در مطالعه خود دریافتند، ۵۱/۸٪ از بیماران دیابتی مورد مطالعه، برنامه منظمی را جهت مراقبت از خود نداشته، ۶۱/۴٪ پیگیری هیچ گونه برنامه ورزشی را در زندگی روزانه ذکر نکردند، به علاوه ۴۲/۲٪ از افراد در میهمانی و مسافرت و ۳۰/۷٪ آنها در هنگام بهتر شدن حال عمومی، رژیم غذایی خود را ترک می کردند و تنها ۲۷٪ به مراقبت از پاهای خود می پرداختند (۲۰). تعدادی از مطالعات میزان اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی را در بین افراد دیابتی مورد بررسی قرار داده اند، نتایج نشان داد که پایبندی به بیشتر این رفتارها در بین بیماران دیابتی، در سطح پایین می باشد و عدم پذیرش برنامه های درمانی، مشکلی عمده در درمان بیماران دیابتی است که میزان آن بین ۳۰ تا ۶۰ درصد متغیر می باشد. شیوع، عوارض، و مرگ در اثر دیابت، هزینه های اقتصادی و در نتیجه بار فردی و اجتماعی ناشی از آن، بر نیاز فوری به منظور کمک به بیماران دیابتی جهت کنترل بهتر بیماری، تاکید می کند (۲۱). با توجه به پایین بودن