مجله علمی پژوهش درعلوم انسانی ومطالعات اجتماعی، شماره ۱۴ ، زمستان ۱۳۹۷جلد۱، ص ۳۲۷-۳۱۹
http://www.jhss.ir

مجله علمی پژوهش در علوم انسانی ومطالعات اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۴ / زمستان ۱۳۹۷ / ص ۳۲۷-۳۱۹

بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت شهرستان جویبار

طیبه مرعشی[۱]، محسن عباسی[۲]، عباس علی پور[۳]، هاجر حقیقی[۴]

[۱]استادیار آموزش بهداشت و ارتقا سلامت گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
[۲]دانشیار اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات تالاسمی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
[۳]کارشناسی ارشد مدیریت بهداشت، دانشکده بهداشت و ایمنی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ایران
[۴]کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ایران
نویسنده مسئول:
طیبه مرعشی

چکیده

مقدمه: دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی است که پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ هفتمین علت اصلی مرگ و میر درجهان باشد. مهمترین اقدام کنترلی در بیماران دیابتی خودمراقبتی است. اصل مهم درخود مراقبتی مشارکت و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار است تا با انجام رفتارهای صحیح مربوط به آن بسیاری از عوارض بیماری کنترل شود. مطالعه حاضر به منظور بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت شهرستان جویبار صورت گرفت.

روش کار: در این مطالعه که از نوع مقطعی بود، ۱۶۵ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان جویبار به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار مطالعه پرسشنامه SDSCA که وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی را در 5 حیطه رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند خون، مراقبت از پاها و مصرف سیگار طی 7 روز گذشته مورد بررسی قرارمی دهد و پرسشنامه متغیرهای دموگرافیک بود. نتایج با استفاده از نرم افزار spss ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها : میانگین سنی بیماران ۵۴/۵ سال بود و ۷۴ درصد افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل دادند، ۷۰/۴درصد تحصیلات کمتر از دیپلم داشته و ۷۴/۵درصد بیماران دارای سابقه فامیلی دیابت بودند. بیشترین نمره در رابطه با رفتارهای خودمراقبتی در بخش مراقبت از پا ۵۴/۵درصد از ماکزیمم نمره، رژیم غذایی بیماران دیابتی با ۴۰/۱درصد، فعالیت بدنی با ۳۶/۲درصد، رعایت رژیم غذایی مناسب با ۳۵/۵ درصد و کمترین میزان مربوط به پایش قندخون با ۶/۶ درصد بوده است.

نتیجه گیری : به منظور ارتقای سطح سلامت بیماران دیابتی و کنترل مناسب بیماری برنامه های آموزشی با هدف توانمندسازی بیماران در زمینه رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی،کنترل قند خون، مراقبت از پا و مصرف دخانیات باید مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه :دیابت ،خودمراقبتی

مقدمه

دیابت یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی و شایع‌ترین بیماری مزمن متابولیک جهان است و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ در ردیف هفتم اصلی ترین علل مرگ در سراسر جهان قرار گیرد (۱, ۲). دیابت نوع ۲ از بیماری‌هایی است که مشکلات بهداشتی - درمانی و اجتماعی - اقتصادی بسیاری برای جوامع بشری ایجاد کرده و در دهه‌های اخیر نیز گسترش زیادی یافته است و به سبب پیامدهای فراوان و ایجاد معلولیت‌های مختلف در بین مردم به عنوان یک بیماری ناتوان کننده شناخته شده است(۳, ۴) گزارشات فدراسیون بین المللی دیابت حاکی از وجود 382 میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سال ۲۰۱۳ در سراسر جهان بوده است و بنابر پیش‌بینی این سازمان تعداد این افراد در سال 2035 به حدود 592 میلیون نفرخواهد رسید که بیش از 80 درصد آن‌ها در کشورهایی با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند. این روند بدان معناست که در هر 10 ثانیه 1 نفر و یا در هر سال 10 میلیون نفر به آمار مبتلایان به دیابت افزوده می‌گردد(۵) براساس گزارش این سازمان، میزان شیوع دیابت درسال ۲۰۱۱در جمعیت بالغین ایران ۱۰/۳درصد بود که در مردان ۱۰ درصد و در زنان ۱۰/۴ درصد اعلام شد(۶).همچنین در تمام استان‌های ایران میزان شیوع دیابت نوع 2در زنان بیشتر از مردان گزارش شده است(۷) . با پیشرفت بیماری دیابت، طیف گسترده ای از عوارض غیر قابل برگشت در بیمار ظهور می‌یابد(۸). آسیب به شبکیه و کوری، نوروپاتی محیطی، درد در پاها و ساق پا، سکته، انفارکتوس میوکارد، مشکلات عروق محیطی، بیماری مرحله پایانی کلیوی و قطع عضو از جدی ترین عوارض دیابت به شمار می‌آیند(۹).

حمایت اطلاعاتی می‌تواند درک بیمار جهت یافتن راهی برای مدیریت بیماری و تطابق با علائم آن را بالا ببرد. یادگیری نحوه مدیریت بیماری ممکن است سبب ارتقاء خوش‌بینی نسبت به آینده شود و همچنین احساس آسیب پذیری نسبت به آینده را کاهش دهد. حمایت اطلاعاتی از طریق آگاهی دادن به بیمار در مورد علت، مراحل و درمان بیماری، احساس سردرگمی ناشی از تشخیص بیماری را بهبود می‌بخشد(۱۰).

در بیماری دیابت، خودمراقبتی باعث مدیریت بهتر علائم، احساس بهبود یافته تندرستی، افزایش امید به زندگی و بهبود کیفیت زندگی با استقلال بیشتر می‌شود(۱۱). در تحقیقات شبیبی و همکاران میانگین خودمراقبتی۴۴/۹درصد بود که از پرسشنامه مقیاس خلاصه فعالیت های خودمراقبتی بیماران دیابتی استفاده شده بود که نشان دهنده خودمراقبتی پایین تر از سطح متوسط در این بیماران بود(۱۲) .در مطالعه پرهام و همکاران بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر قم در سال 92نشان داد وضعیت خودمراقبتی در بیماران تحت بررسی در شرایط نامطلوبی قرار داشت بطوریکه بیماران اعمال خودمراقبتی که شامل رژیم غذایی ،فعالیت جسمانی ،کنترل قندخون، مراقبت از پا و نیز مصرف دارو یا تزریق انسولین به طور کامل و مرتب انجام نمی دادند به تبع این موضوع میزان FBS و HbA1C شرایط مطلوب را نشان نمی داد.(۱۳)

با توجه به اینکه دیابت یکی از بیماریهایی است که سهم عمده کنترل آن به عهده خود بیمار است و عملاً امکانپذیر نیست که در تمام ساعات شبانه روز بیمار تحت نظر موسسات درمانی باشد، توجه به چگونگی مراقبت از خود ضروری به نظرمی‌رسد. با توجه به مطالعات قبلی و آنچه که توضیح داده شد، بیماری دیابت در ایران و جهان دارای اهمیت و شیوع روز افزونی است و بیماران دیابتی به یک

سیستم مراقبتی در دسترس نیاز دارند.با وجود آن که مطالعات متعددی در این زمینه انجام شده است مطالعه ای در شهرستان جویبار با این محتوا یافت نشد بر آن شدیم تا به منظور بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران دیابتی شهرستان جویبار این مطالعه انجام شود.

مواد و روش کار

مطالعه حاضر به بررسی مقطعی ۱۶۵ بیمار دیابتی مراجعه کننده به ۳ مرکز درمانی شامل بیمارستان حاجی عزیزی ، مرکز بهداشتی درمانی شماره 1 و مرکز شماره ۲ با هدف بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. در این مطالعه معیار انتخاب نمونه و ورود به تحقیق شامل داشتن پرونده دیابت در مراکز بهداشتی و درمانی ، داشتن سن حداقل۳۵ و حداکثر ۷۰ سال ، عدم ابتلا به بیماری های بدخیم و تمایل به شرکت در طرح حاضر بود.

حجم نمونه با توجه به مطالعات قبلی و در نظر گرفتن میانگین و انحراف معیار تغییرات نمره پرسشنامه SDSCA با استفاده از فرمول

$$N = \frac{(z_1 - \frac{a}{2} + 2(1-B))^2 \delta^2}{d^2}$$

Δ=40 D=4 A=0.05 B=0.2

بر اساس مطالعه باجی و همکاران در نظر گرفته شده است (۴۰). اطلاعات در این پژوهش با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد دو قسمتی و به روش مصاحبه جمع آوری شد .بخش اول پرسشنامه شامل ۸ سوال در خصوص ویژگیهای دموگرافیک بیماران که شامل سن ، جنس، وضعیت تاهل، تعداد افراد خانوار، میزان تحصیلات، شغل، سابقه خانوادگی بیماری و مدت زمان ابتلا ، بخش دوم شامل خلاصه فعالیت های خودمراقبتی بیماران دیابتی توبرت و گلاسکو(SDSCA) بود .پرسشنامهSDSCA توسط توبرت و گلاسکو در سال ۲۰۰۰ طراحی شده و در مطالعات متعددی در سراسر دنیا به کاربرده شده است(۵, ۹, ۱۴) این پرسشنامه مشتمل بر۱۱ سوال است و وضعیت انجام رفتارهای خودمراقبتی را در 5 حیطه رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قند خون، مراقبت از پاها ومصرف دارو و سیگار طی 7 روز گذشته مورد بررسی قرارمی دهد .بیشترین تبعیت از هرکدام از رفتارهای خودمراقبتی نمره 7 و کمترین تبعیت نمره صفر را به خود اختصاص داده است . جهت سوالات نیز به جز در مورد سوال ۴ به سمت عدد بزرگتر می‌باشد وسوال ۱۱نیز به صورت بلی – خیر است که در صورت مثبت بودن جواب تعداد نخ سیگار مصرفی پرسیده شده است . در این ابزار نمرات بالاتر نمایانگر خودمراقبتی بهتر و نمرات کمتر نشاندهنده خودمراقبتی ضعیف در بیماران است . ضریب همسانی درونی پرسشنامه توسط اسکینر وهامسون سنجیده شده و در ویرایش انگلیسی۸۲/. بوده است و در ویرایش اسپانیایی ۸۵/. (۱۵)و در ویرایش فارسی توسط نیکوگفتار وهمکاران ۶۵/. (۱۶)و توسط حاتملو سعدابادی و همکاران ۰/۸۲بدست آمده است(۱۷).

جمع آوری اطلاعات دریک مرحله، به روش خود گزارش دهی و مصاحبه انجام گرفت .

پس از انتخاب افرادی که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند ضمن معرفی خود ، هدف از انجام پژوهش را

توضیح داده و از داوطبان رضایت نامه کتبی اخذ گردید . سپس پرسشنامه کتبی جهت انجام آزمون به بیماران داده شد. پس از جمع آوری داده ها تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه۱۶ انجام شد. سطح معنی داری همه آزمونها P>0/05 در نظرگرفته شد. مجوز اخلاق در پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، شبکه بهداشت و درمان شهرستان

جویبار دریافت گردید .مجوز اجرای پژوهش در محل های تحقیق گرفته شد. همچنین اهداف پژوهش به بیماران توضیح داده شده و به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات شخصی آنان کاملا محرمانه خواهد ماند و درصورت عدم تحمل فرایند پژوهش درخروج از مطالعه صاحب اختیارخواهند بود.

یافته ها

نتایج حاصل از توصیف داده های گردآوری شده در این پژوهش نشان دادند که جدول شماره (1)بیانگر مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در مطالعه می باشد .میانگین سنی بیماران ۵۴/۵ سال بوده است. ۷۴ درصد افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل داده بودند . در این مطالعه ۹۷/۶درصد شرکت کنندگان را افرادمتاهل تشکیل داده بودند .۶۷ در صد افراد بیکار ، ۷۰/۴درصد تحصیلات کمتر از دیپلم داشته و ۷۴/۵درصد بیماران دارای سابقه فامیلی دیابت بودند

جدول شماره۱. توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک و بالینی در بیماران مورد بررسی

متغیر		تعداد (در صد)
جنسیت	مرد	43(26)
تعداد (درصد)	زن	122(74)
وضعیت تاهل	مجرد	4(2.4)
تعداد(درصد)	متاهل	161(97.6)
شغل	دولتی	23(13.9)
تعداد (درصد)	خصوصی	31(18.7)
	بیکار	111(67.2)
تحصیلات	بالاتر از دیپلم	49(29.6)
تعداد(درصد)	پایین تر از دیپلم	116(70.4)
داشتن سابقه فامیلی به دیابت تعداد (درصد)		123(74.5)
سن بر حسب سال میانگین (انحراف معیار)		54.54±7.25

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی پاسخ های افراد مورد مطالعه به سوالات پرسش نامه

تعداد روزها / سوالات	صفر تعداد(درصد)	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
رژیم غذایی سالم	38(23)	11(6/7)	28(17)	30(18/2)	18(10/9)	5(3)	10(6/1)	25(15/2)
پیروی از رژیم دیابتی	27(16/4)	9(5/5)	56(33/9)	22(13/3)	12(7/3)	13(7/9)	13(7/9)	12(7/3)
مصرف میوه و سبزیجات	146(88/5)	7(4/2)	5(3)	3(1/8)	1(0/6)	1(0/6)	0	2(1/2)
مصرف غذای پرچرب	38(23)	44(26/7)	44(26/7)	17(10/3)	12(7/3)	3(1/8)	2(1/2)	5(3)
فعالیت بدنی	25(15/2)	16(9/7)	15(9/1)	21(12/7)	17(10/3)	21(12/7)	9(5/5)	41(24/8)
شرکت در تمرینات ویژه	101(61/2)	17(10/3)	11(6/7)	15(9/1)	4(2/4)	2(1/2)	0	15(9/1)
خودپایشی قند خون	129(78/2)	21(12/7)	7(4/2)	2(1/2)	1(0/6)	1(0/6)	0	4(2/4)
کنترل قندخون به توصیه پرسنل بهداشتی	122(73/9)	31(18/8)	6(3/6)	1(0/6)	1(0/6)	1(0/6)	0	3(1/8)
بررسی پا	17(10/3)	7(4/2)	12(7/3)	12(7/3)	7(4/2)	6(3/6)	9(5/5)	95(57/6)
بررسی داخل کفش	75(45/5)	16(9/7)	11(6/7)	11(6/7)	3(1/8)	3(1/8)	4(2/4)	42(25/5)
مصرف سیگار	3 2(1/2)		20 3(1/8)		70 3(1/8)		100 1(0/6)	

در مورد رژیم غذایی سالم در طول هفته ۲۳ درصد بیماران رعایت نمی کردند و ۱۵/۲ درصد افراد همه روز هفته را رعایت می کردند .۱۶/۴درصد بیماران رژیم غذایی دیابتی را اصلا رعایت نمی کردند و ۷/۳درصد همه روز هفته رژیم دیابتی را رعایت کردند . مصرف میوه و سبزیجات بیشتر از ۴ بار در روز در ۸۸/۵درصد افراد اصلا دیده نشد و فقط ۱/۲ درصد بیماران همه روز هفته بیشتر از ۴ بار مصرف میوه و سبزیجات داشتند .۲۳درصد بیماران همه روز هفته از رژیم غذایی پرچرب استفاده کردند و فقط ۳ درصد افراد همه روز هفته از رژیم پرچرب پرهیز نمودند . فعالیت بدنی بیشتر از نیم ساعت در ۱۵/۲در صد افراد اصلا دیده نشد و ۲۴/۸درصد همه روز هفته فعالیت داشته اند.۹/۱ درصد بیماران همه روزه فعالیت بدنی ویژه مثل شنا و دوچرخه سواری داشتند ولی در ۶۱ درصد بیماران هیچگونه فعالیت بدنی ویژه ای دیده نشد.۷۸/۲درصد بیماران خودپایشی قند خون را در منزل انجام ندادند و ۲/۴ درصد در منزل همه روزه قند خون خود را با گلوکومتر کنترل کردند . در مورد کنترل قند خون به توصیه پرسنل بهداشتی ۷۳/۹ درصد بیماران هیچ کنترلی نداشتند و ۱/۸ درصد بیماران همه روز هفته به کنترل قند خون پرداخته اند.

۵۷/۶درصد بیماران همه روز هفته به بررسی پاهای خود از نظر زخم و خراش و.... پرداخته و ۱۰/۳درصد هیچ کنترلی نمی کردند .بررسی داخل کفش در ۲۵/۵درصد همه روزه انجام شد ودر ۴۵/۵درصد هیچ بررسی صورت نگرفته است .

در مطالعه حاضر۷ نفر (۴/۸۴ درصد) سیگار می کشیدند که میانگین تعداد نخ مصرفی در هفته گذشته توسط آنان ۴۵ نخ بوده است.

جدول شماره۳-توزیع میانگین و انحراف معیار نمرات خودمراقبتی در بیماران مورد بررسی

	میانگین	انحراف معیار
رژیم غذایی سالم	7/46	3/77
رژیم غذایی دیابتی	2/81	2/06
فعالیت بدنی	5/07	3/06
کنترل قند خون	0/93	2/34
مراقبت از پا	7/63	4/69
کل	24/10	8/78

میانگین نمره رعایت رژیم غذایی سالم کسب شده توسط نمونه ها 7/46 ±3/77 بود که ماکزیمم نمره قابل تصور ۲۱ بوده است.

درمورد رژیم غذایی دیابتی میانگین 2/06 ±2/81کسب شد که حداکثر نمره قابل تصور ۷ بوده است .

میانگین نمره فعالیت بدنی3/06 ± ۵/۰۷ کسب شد که بالاترین نمره قابل تصور ۱۴ بوده است .

در خودپایشی قند خون میانگین2/34 ± ۰/۹۳ کسب شد که حداکثر نمره تا ۱۴ قابل تصور بود.

میانگین نمره مراقبت از پا4/69± ۷/۶۳ کسب شد که ماکزیمم نمره قابل تصور ۱۴ بوده است .

میانگین نمره کل خود مراقبتی 24/10 ±8/78کسب شد که ماکزیمم نمره قابل تصور ۷۰ بوده است

بحث و نتیجه گیری

یافته های این مطالعه نشان دادند که اکثریت نمونه ها را زنان تشکیل داده اند و در مطالعه وثوقی و همکاران سال ۱۳۹۰ جهت بررسی توان خودمراقبتی بیماران دیابت انجام داده اند نیز ۶۵/۲ درصد افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل داده بودند (۱۸).

در این مطالعه ۹۶/۷درصد افراد شرکت کننده متاهل بودند .در مطالعه ای که توسط احمدی و همکاران جهت بررسی عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شده نیز ۸۷ درصد افراد شرکت کننده متاهل بوده اند(۱۹).

در مطالعه حاضر میانگین نمره رژیم غذایی۷/۴۶بوده است . در مطالعه عنبری ۱۳/۷ بوده که بیشتر از مطالعه حاضر بوده ودر مطالعه رییسی میانگین نمره رژیم غذایی ۳/۹۹بوده که از مطالعه حاضرکمتر بوده است

میانگین نمره فعالیت بدنی در این مطالعه ۵/۰۷ بوده است .در مطالعه پریزاد ۶/۴۶ که از مطالعه حاضر بیشتر بوده است اما در مطالعه رییسی میانگین نمره فعالیت بدنی ۲/۵ بوده و در مطالعه عنبری ۴/۷ بوده که کمتر از مطالعه حاضر می باشد.

در این مطالعه میانگین نمره خودپایشی قند خون۰/۹۳بوده است .در مطالعه پریزاد ۳/۴۷ و در مطالعه رییسی ۱/۶۶ و در مطالعه عنبری ۳/۴ بوده که از مطالعه حاضر بیشتر بوده است .

در مطالعه حاضر میانگین نمره مراقبت از پا ۷/۳۶ بوده است . در مطالعه پریزاد ۲۰/۱۵بوده که از مطالعه حاضر بیشتر بوده اما در مطالعه عنبری نمره میانگین ۴/۹ و در مطالعه رییسی ۵/۳۷ بوده که از مطالعه حاضر کمتر می باشد .

نمره کل خودمراقبتی در مطالعه حاضر ۲۴/۱۰ بوده است .در مطالعه عنبری ۳۲/۷ و در مطالعه پریزاد ۶۳/۳۳ بوده که از مطالعه حاضر بیشتر می باشد اما در مطالعه رییسی میانگین نمره کل خودمراقبتی ۳/۸۴ بوده که از مطالعه حاضر کمتر می باشد .

به منظور ارتقای سطح سلامت بیماران دیابتی و کنترل مناسب بیماری برنامه های آموزشی با هدف توانمندسازی بیماران در زمینه رعایت رژیم غذایی، فعالیت بدنی،کنترل قند خون، مراقبت از پا و مصرف دخانیات باید مورد توجه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، گزارش بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد می باشد که بدین وسیله پژوهشگران مراتب

تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی و دانشگاه علوم پزشکی مازندران جهت همکاری در انجام مطالعه را اعلام می دارند.

.

منابع

.۱ Kingsbury J H, GibbonsF X, Gerrard Meg. The effects of social and health consequence framing on heavy drinking intentions among college students. British Journal of Health Psychology 2015; 20: 212–220.
.۲ I. International Diabetes Federation. IDF Diabetes

Atlas, 6th ed. Brussels, Belgium: International

Diabetes Federation, 2013. .
.۳ Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? Diabetes & metabolism. 2003;29(4):6S9-6S18.
.٤ Bener A, Al-Suwaidi J, Al-Jaber K, Al-Marri S, Elbagi I. Epidemiology of hypertension and its associated risk factors in the Qatari population. Journal of Human Hypertension. 2004;18(7):529.-
.٥ Dehdari T SzD, Zamani Alavjeh F. Communication and Message in Health

,۱editor: Tehran: Tavangaran Publisher

٤٧-۱۲ .۲۰۱۳p.
.٦ Asadi S, Mozaffari Khosravi H, Rahimi M, et al. the Effect of L-Arginin Supplementation on lipid profiles in patients with diabetes type 2. Journal of Fasa University of Medical Sciences 2014; 4(1): 99-110. [In Persian].
.۷ Toll BA, O'Malley SS, Katulak NA, et al. Comparing Gain- and Loss-Framed Messages for Smoking Cessation with Sustained-Release Bupropion: A Randomized Controlled Trial Psychol Addict Behav 2007; 21(4): 534–544.
.۸ Williams R, Airey M, Baxter H, Forrester J, Kennedy-Martin T, Girach A. Epidemiology of diabetic retinopathy and macular oedema: a systematic review. Eye. 2004;18(10):963-83.
.۹ Quon A. exposure to gain and loos framed message picture books and its effect on preschoolers acceptance of an unfamiliar or disliked vegetable [dissertation]. Buffalo: D'Youville College; 2014.
.۱۰ Hoffman M. LR, and Raque-Bogdan T. A social cogni ve perspec veon coping with cancer: theory ,research ,and intervention. Journal of thecounseling Psychologist 2013;41(2):.240-2 7.
.۱۱ -Rafieefar SH AM, - Rafieefar Sun; Atarzadeh M , Ahmad Zadh M et al Comprehensive system of empowering people to take care of your healthFirst .chap , Office of Communications and Health Education. Health Department of the Ministry of Health and Medical EducationUniversity of Medical Sciences and Health Services Qom. 2004:65.
.۱۲ Wofford JL, Wells MD, Singh S. Best strategies for patient education about anticoagulation with warfarin: a systematic review. BMC health services research. 2008;8(1):40.
.۱۳ Morovatisharifabad M, Rohani Tonekaboni N. Perceived Self - Eficacy in Self - Care Bihaviors among Diabetic Patients Riferring to Yaz Diabetes Research center. J Birjand Univ Med Sci. 2008; 15 (4): 91-99.
.۱٤ Oshvandi K, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousefzadeh MR, Sultanian AR. The Effect Of Self Care Education Based on Teach Back Method on Promotion of Self Care Behaviors In Type Ii Diabetic Patients: A Clinical Trial Study. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2014;13(2):131-43.
.۱٥ Skinner TC, Hampson SE .Personal models of diabetes in relation to self-care, well-being, and glycemic control. Diabetes care. 2001;24(5):828-33.
.۱٦ RAMEZANKHANI A, GHAFARI M, NAEIMAVI N, KHODAKARIMI S, MONTAZERI A. EFFECTIVENESS OF MESSAGE FRAMING ON ORAL HEALTH-RELATED BEHAVIORS. 2016.
.۱۷ Hatamloo SM, Poursharifi H, Babapour k. The role of health locus of control on self-care behaviors in patients with type II Diabetes. MEDICAL JOURNAL OF TABRIZ UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES 2011;33(4):17-22.
.۱۸ Vosoghi Karkazloo N Abootalebi Daryasari Gh FarahaniB Mohammadnezhad E SajjadiA. The study of self-care agency in patients with diabetes. J Res Nurs Midwifery, Birjand Univ Med Sci2012;8(4):197-204.
.۱۹ L AAHJRMML. . Effective factors on quality of life in patients with type 2 diabetes Chahar Mahal Bakhtiari Province. J North Khorasan Univ Med Sci. 2012;3(1):7-13.