

Relationship between perception of aging and social support with treatment adherence in the aged with type 2 diabetes in Fasa, 2018

Zahra Khiyali¹, Zahra Javidi², Elham Banaei², Afsaneh Ghasemi^{3*}, Azizollah Dehghan⁴

1- M.Sc, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

2- BSc, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

3- Ph.D, Department of Public Health, School of Health, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

4- Ph.D, Cohort Center, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran. (**Corresponding Author**)

E-mail: Naz7899@yahoo.com

Received: 3 Aug 2020

Accepted: 16 Sep 2020

Abstract

Introduction: For successful management and control of diabetes, proper patient adherence to treatment is important, and countless factors affect patients' ability to adhere properly. Therefore, this study aimed to investigate the relationship between Perception of Ageing and social support with follow-up treatment in the elderly with type 2 diabetes in Fasa in 2018.

Methods: This cross-sectional study was performed on 200 elderly people with type 2 diabetes who referred to Fasa Diabetes Clinic in 2018. The participants were chosen through random sampling. Data collection tools, demographic and clinical information checklists were standardized questionnaires for adherence to Madanlu treatment, Short form of perception of aging and multidimensional scale of social support. Data were used using SPSS 22 software and was analyzed descriptive statistical tests, Kai Scoyer, T-independent and Logistic regression.

Results: The mean age of the studied subjects was 72.05 ± 7.92 years and the mean duration of their disease was 11.38 ± 3.17 years and most of them (70%) were women. The mean total scores of perception of aging and perceived social support in the elderly studied were 66.23 ± 18.16 and 44.96 ± 10.05 , respectively. The mean total score of treatment adherence in patients was 154.91 ± 19.61 , most of whom (51.5%) had moderate treatment adherence. Social support was statistically significant in all three areas (family support, friends, and important people), gender, and lifestyle ($P < 0.05$).

Conclusions: The results of this study confirmed that social support could be considered as a valuable resource in interventions aimed at improving the management and control of diabetes.

Keywords: Perception, Ageing, Social support, Treatment adherence, Aged, type 2 diabetes.

بررسی ارتباط ادراک از پیری و حمایت اجتماعی با پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو در

شهر فسا در سال ۱۳۹۷

زهرا خیالی^۱، زهرا جاویدی^۲، الهام بنایی^۲، افسانه قاسمی^۳، عزیزاله دهقان^۴

۱- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

۲- کارشناس بهداشت عمومی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

۳- دکترای تخصصی آموزش بهداشت، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران (نویسنده مسئول)

ایمیل: Naz7899@yahoo.com

۴- دکترای اپیدمیولوژی، مرکز کوهورت، دانشگاه علوم پزشکی فسا، فسا، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۵/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۲۶

چکیده

مقدمه: برای مدیریت و کنترل موفقیت آمیز دیابت، پایبندی صحیح بیماران به درمان اهمیت دارد و عوامل بیشماری بر توانایی پایبندی صحیح بیماران اثرگذار است. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط ادراک از پیری و حمایت اجتماعی با پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو در شهر فسا در سال ۱۳۹۷ انجام گردید.

روش کار: این مطالعه مقطعی بر روی ۲۰۰ نفر از سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر فسا که بصورت تصادفی ساده انتخاب شده بودند، انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات، چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی پرسشنامه های استاندارد تبعیت از درمان مدانلو، فرم کوتاه ادراک از پیری و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 22 و آزمون های آماری توصیفی، کای اسکوتر، تی مستقل و رگرسیون لجستیک تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $72/05 \pm 7/92$ سال و میانگین طول مدت بیماری آنها $3/17 \pm 11/38$ سال و اکثر آنها (۷۰ درصد) زن بودند. میانگین کل نمرات ادراک از پیری و حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب $18/16 \pm 66/23$ و $10/05 \pm 44/96$ بود. همچنین میانگین کل نمره تبعیت از درمان در بیماران $19/61 \pm 154/91$ بود که اکثر آنها (۵۱/۵۰ درصد) تبعیت از درمان متوسط داشتند. حمایت اجتماعی در هر ۳ حیطه (حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم)، جنس و نحوه گذران زندگی با پایبندی به درمان ارتباط آماری معنی داری داشت ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه تأیید کرد که حمایت اجتماعی می تواند بعنوان یک منبع ارزشمند در مداخلات با هدف بهبود مدیریت و کنترل بیماری دیابت مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه ها: درک، پیری، حمایت اجتماعی، پیروی از درمان، سالمند، دیابت نوع دو.

مقدمه

از جمعیت ایران را افراد بالای ۶۰ سال تشکیل می دهد (۲) که در مقایسه با نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ که ۸/۱ درصد از کل جمعیت بود، روند افزایشی داشته است (۳). پیش بینی می شود تا سال ۲۰۵۰ تعداد سالمندان ایران ۳۱/۵ درصد کل جمعیت کشور خواهد رسید (۴). با تغییر بافت جمعیتی و پیرشدن جمعیت بدیهی است که ناتوانی و مرگ و میر ناشی از بیماری های مزمن در بین سالمندان بیشتر از بیماری های حاد است (۵،۶). علاوه بر این با افزایش سن در یک فرد، احتمال ابتلا به یک یا چند

تعداد سالمندان در جهان به سرعت در حال رشد است، بر اساس آخرین گزارش سازمان جهانی بهداشت ۹۶۱ میلیون نفر سالمند در سراسر جهان وجود دارد، که پیش بینی شده تا سال ۲۰۲۵ دو برابر و در سال ۲۰۵۰ تعداد افراد سالمند به دو میلیارد نفر خواهد رسید؛ که اکثر این سالمندان در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۱). براساس سرشماری سال ۱۳۹۵، ۹/۳ درصد

بیماری مزمن افزایش می‌یابد بطوری که اغلب افراد مسن بالای ۶۰ سال حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می‌باشند (۵). بیماری‌های مزمن عامل بیش از دو سوم ناتوانی‌های رایج در سالمندان هستند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهد که هشتاد درصد از سالمندان در آمریکا، حداقل دارای یک بیماری مزمن و پنجاه درصد آنان حداقل دارای دو یا چند بیماری مزمن هستند که این افراد حدود یک سوم از هزینه‌های مراقبت سلامت را مصرف می‌نمایند (۷). براساس مطالعات، عمده‌ترین بیماری‌های مزمن در سالمندان شامل فشار خون بالا، کلسترول بالا، آرتروز، دیابت، بیماری‌های قلبی، سرطان و زوال عقل (دمانس) می‌باشد (۸).

بیماری دیابت یک بیماری مزمن است که با ناتوانی بدن در متابولیسم گلوکز شناخته می‌شود (۹) که در صورت عدم کنترل آن، می‌تواند منجر به بیماری‌های چشمی، آسیب عصبی، بیماری قلبی و مراقبت‌های بهداشتی پرهزینه شود (۱۰). دیابت نوع ۲ شایعترین نوع دیابت است و ۹۰ تا ۹۵ درصد از کل موارد تشخیص داده شده را تشکیل می‌دهد. میزان شیوع دیابت در طول زندگی افزایش می‌یابد و سالمندان دارای بالاترین شیوع هستند (۹). طبق تحقیقات قلبی شیوع دیابت نوع دوم در سالمندان ایرانی حدود ۲۲ درصد گزارش شده است (۱۱).

پیروی از برنامه‌های درمانی و داروهای تجویز شده عامل مهمی در دستیابی به کنترل بهتر بیماری دیابت و جلوگیری از مرگ و میر و شیوع آن است (۱۲). در صورت عدم تبعیت از برنامه‌های درمانی، بیماران گرفتار عواقب وخیم آن از جمله عود بیماری و پیشرفت ناتوانی شده و در نتیجه نیاز به درمان‌های فوری و بستری شدن در بیمارستان را خواهند داشت (۱) و بار مالی قابل توجهی را هم به فرد بیمار و هم به سیستم مراقبت‌های بهداشتی تحمیل می‌کند. (۱۳). سالمندان به دلیل اینکه مستعد بیماری‌های همراه هستند و از چندین دارو استفاده می‌کنند عدم تبعیت بیشتری نسبت به افراد جوان در درمان نشان می‌دهند (۱۴) بگونه‌ای که پژوهش‌های اخیر نشان دادند که در ۵۵ درصد از سالمندان، عدم پایبندی به درمان‌های دارویی تجویز شده توسط پزشک، رخ می‌دهد (۱۵). میانگین پیروی از درمان در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از ۰ تا ۱۰۰ درصد است. که در ایران، این میزان بین ۱۲/۷ و ۸۶/۳ درصد گزارش شده

است (۱۶). گزارش سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که دامنه پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت ۳۱ تا ۷۱ درصد است (۱۷). باورها و ادراکات افراد از پیروی از فاکتورهای مرتبط با بیمار می‌باشد که می‌تواند بر پیروی از درمان در بیماران مزمن تاثیرگذار باشد (۱۸). ادراک از پیروی، معیاری برای رضایت هر فرد از پیروی خودش و بازتابی از تطابق فرد با تغییرات مرتبط با پیروی است (۱۹). «درک از پیروی» به درک هر شخص از فرایند پیروی خودش در زمینه فرهنگی-اجتماعی که قرار دارد، اطلاق می‌شود. می‌توان گفت توجه به تمام جنبه‌های آگاهی، درک، تجربه، ارزیابی، تفسیر و شناخت مراحل پیرشدن خود نیز در این مفهوم جای می‌گیرد (۲۰). با پیرشدن، درک و تجارب افراد از پیروی شان افزایش می‌یابد. این درک به درک فرد از بدن خود، ظرفیت روانی و روابط اجتماعی‌اش مربوط می‌شود (۲۱). این ادراک، بر رفتارهای فرد سالمند و روابط او با دیگران تاثیر گذار است (۲۲) و ادراک منفی از پیروی با کاهش عملکرد نیز ارتباط دارد (۲۳).

بر اساس تقسیم بندی سازمان بهداشت جهانی، عوامل اقتصادی اجتماعی از جمله فاکتور مهم و تاثیرگذار بر پیروی از درمان بیماران است، که یکی از ویژگی مهم عوامل اقتصادی اجتماعی، حمایت اجتماعی است؛ که دسترسی کافی به حمایت اجتماعی می‌تواند نتایج درمان را در بیماران مبتلا به بیماری مزمن بهبود بخشد (۱۸). حمایت اجتماعی یکی از مولفه‌های تعیین کننده سلامتی است که به اهمیت بعد اجتماعی انسان اشاره دارد و نقش بسیار مهمی در حفظ سلامت سالمندان دارد (۲۴). حمایت اجتماعی درک یا تجربه‌ی فرد از این است که دیگران چقدر او را دوست دارند، از او مراقبت می‌کنند، به او حرمت و ارزش می‌دهند و او را بخشی از یک شبکه اجتماعی فعال به حساب می‌آورند (۲۵). براساس تعریف دیگر حمایت اجتماعی، به عنوان میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد مهم زندگی می‌باشد، و حمایت اجتماعی را تنها تعدد رابطه‌ها نمی‌داند، بلکه کیفیت آن را نیز مهم می‌داند (۲۶). محققان نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ضعیف از جانب دوستان و دیگران، می‌تواند بر وضعیت سلامتی تاثیر گذار باشد (۲۷). همچنین نشان داده شده است که سطح بالای حمایت اجتماعی با بهبود سطح سلامت فیزیکی و روانی مرتبط است (۲۸). با توجه به اینکه

زهرا خیالی و همکاران

استفاده از هیچ نوع از داروهای روانگردان و سایر داروهای طبی دیگر (به جز داروی انسولین) و نیز تحت نظر و درمان یک پزشک یا گروه پزشکی) از بین پرونده های موجود در کلینیک لیستی از اسامی سالمندان تهیه کرد و بصورت تصادفی ساده از بین اسامی، نمونه های مورد مطالعه انتخاب شدند. سپس با نمونه های انتخاب شده تماس گرفته شد و از آن ها برای شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. پس از توضیح اهداف مطالعه و کسب موافقت افراد سوالات پرسش نامه ها توسط پژوهشگر به صورت شفاهی از بیماران پرسیده شد. اجرای پژوهش در محیطی آرام و در حضور پژوهشگر صورت گرفت. در مواردی که بیماران قادر به فهم سوالات نبودند، سوالات به صورت کاملاً واضح و ساده برای آنان توضیح داده شد.

ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش، چک لیست اطلاعات جمعیت شناختی و بالینی (شامل سن، وزن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تاهل، وضعیت زندگی، طول مدت ابتلا به بیماری) و پرسشنامه های استاندارد تبعیت از درمان مدانلو (۳۰)، فرم کوتاه ادراک از پیروی (۳۱) و مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (۳۲) بود.

پرسشنامه تبعیت از درمان

پرسشنامه تبعیت از درمان توسط مدانلو و همکاران (۳۰) طراحی و روانسجی شده است. این پرسشنامه درای ۴۰ گویه در قالب ۷ خرده مقیاس است. این خرده مقیاس ها شامل: ۹ گویه اهتمام در درمان (بعنوان مثال: من هم به اندازه تیم درمان، مسئول سلامت خودم هستم)، ۷ گویه تمایل به مشارکت در درمان (بعنوان مثال: با شدید شدن علایم بیماری، به دنبال درمان می روم)، ۷ گویه توانایی تطابق (بعنوان مثال: قبل از انجام هر کاری به تاثیر آن روی بیماری ام فکر می کنم)، ۵ گویه تلفیق درمان با زندگی (بعنوان مثال: در صورت مشارکت خانواده برای اداره امور زندگی، از درمانم غافل نمی شوم)، ۴ گویه چسبیدن به درمان (بعنوان مثال: بدون کنترل و نظارت تیم درمان هم، توصیه های درمانی را انجام می دهم)، ۵ گویه تعهد به درمان (بعنوان مثال: در دوره بهبودی و یا با کم شدن علایم بیماری، درمانم را قطع می کنم)، ۳ گویه تردید در اجرای درمان (بعنوان مثال: با سرزنش و امر و نهی تیم درمان، به توصیه های آنان عمل نمی کنم). گویه ها با مقیاس لیکرت ۶ گزینه ای از کاملاً تا اصلاً امتیازدهی می شوند. در نهایت کل مقیاس نمره

منابع و شیوه های حمایت اجتماعی متعدد است و بسته به شرایط فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی هر جامعه مختلف می باشد، و همچنین ادراک از پیروی وابسته با ساختارهای فرهنگی و اجتماعی جوامع بوده که که مطالعات انجام گرفته در سایر کشورها پوشش کافی را به شکاف مطالعاتی موجود در ارتباط بین متغیرها در جامعه ایرانی را نمی دهد، و با عنایت به شیوع بالای بیماری های مزمن از جمله دیابت در سالمندان و اهمیت ارتقاء پیروی از توصیه های مراقبتی درمانی بمنظور کاهش عوارض و ناتوانی ناشی از بیماری دیابت و کنترل بهتر بیماری و عدم انجام مطالعه ای با این عنوان در شهر فسا، مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط ادراک از پیروی و حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو در شهر فسا در سال ۱۳۹۷ اجرا گردید.

روش کار

این مطالعه مقطعی با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی ادراک شده با پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. جامعه آماری را کلیه سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر فسا در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. با توجه به مطالعه پیشین (۲۹) و براساس فرمول تعیین حجم نمونه (خطای نوع اول یعنی آلفای ۰/۰۵ و خطای نوع دوم یعنی بتای ۲۰ درصد و با احتساب ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و پیروی از درمان برابر ۰/۲) حجم نمونه ۱۹۴ نفر در نظر گرفته شد که بمنظور افزایش دقت مطالعه به ۲۰۰ نفر افزایش یافت. مطالعه به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

$$n = \left(\frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta}}{0.5 \ln\left(\frac{1+r}{1-r}\right)} \right)^2 + 3$$

محقق پس از کسب مجوز از معاونت پژوهشی دانشگاه و دریافت کد کمیته اخلاق به کلینیک دیابت بیمارستان شریعتی فسا مراجعه کرده و براساس معیارهای ورود به مطالعه (ابتلا به دیابت نوع دو، سن بالاتر از ۶۰ سال، استفاده از دارو جهت کنترل قند خون، عدم وجود بیماری ها و ناتوانی شدید مانند نابینایی، قطع اندام، مشکلات قلبی، تنفسی، مغزی و کلیوی منجر به دیالیز، عدم

۲۰۰- را به خود اختصاص می دهد. بدین ترتیب هر چه نمره کل یا نمره هر خرده مقیاس بیشتر باشد، فرد پاسخ دهنده از تبعیت بالاتری برخوردار است و با تبدیل امتیاز کسب شده از پرسشنامه به درصد و مقایسه آن با حداکثر و حداقل امتیازات، پرسشنامه میزان تبعیت از درمان بیماران محاسبه و تفسیر می گردد. با توجه به میزان تبعیت از درمان بیماران، برحسب درصد امتیاز کسب شده (۲۵-۰٪ = ضعیف، ۴۹-۲۶٪ = متوسط، ۷۴-۵۰٪ = خوب، ۱۰۰-۷۵٪ = بسیار خوب) می توان تبعیت از درمان را در کل و یا در هر یک از ابعاد تبعیت به طور جداگانه بررسی نمود. به منظور تأمین روایی محتوایی کمی، نسبت روایی محتوایی و شاخص روایی محتوایی محاسبه شد. متوسط شاخص روایی محتوایی پرسشنامه ۰/۹۱۴ بود. همسانی درونی پرسشنامه با محاسبه آلفای کرونباخ، تأمین شد (۰/۹۲۱ = α) و پایایی ثبات پرسشنامه با اجرای آزمون مجدد با فاصله زمانی دو هفته تأمین شد (۰/۸۷۵) ($I=$ ۳۰).

فرم کوتاه ادراک از پیری

این فرم کوتاه شده پرسشنامه ادراک از پیری دارای ۱۷ گویه است که ۵ بعد را بررسی می کند و در مقیاس طیف لیکرت تنظیم گردیده و از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) امتیازبندی می شود. امتیازبندی برای خرده مقیاس کنترل و نتایج منفی بصورت برعکس است (۵ کاملاً مخالفم و ۱ کاملاً موافقم). این خرده مقیاس ها شامل موارد زیرند: خط زمانی مزمن (منظور آگاهی فرد از روند پیری خود در طول زمان است)، معدل آیتم های ۱، ۲، ۳؛ نتایج مثبت (معدل آیتم های ۴، ۵، ۶)؛ کنترل مثبت (مرتبط با اعتقادات مربوط به راه های فردی مواجهه با پیری)، (معدل آیتم های ۷، ۸، ۹)؛ کنترل و نتایج منفی (معدل آیتم های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴)؛ و واکنش های هیجانی (معدل آیتم های ۱۵، ۱۶، ۱۷) است (۳۱). کسب نمره بالاتر از پرسشنامه، نشان دهنده ادراک مثبت تر از پیری است. پایایی پرسشنامه در مطالعه عباسی و همکاران (۱۳۹۵) (۳۳) به با محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۹ تأیید شد. همچنین در مطالعه صادق مقدم و همکاران نیز روایی و پایایی نسخه فارسی فرم کوتاه پرسشنامه ادراک از پیری سنجیده شده است؛ بدین صورت که اعتبار آن با استفاده از روایی محتوایی و سازه (با استفاده از فاکتور آنالیز تأییدی) مورد تأیید قرار گرفت. برای روایی محتوا، نظرات اصلاح شده در مورد پرسشنامه از هشت نفر متخصص (یک روانشناس بالینی، یک روانپزشک، چهار استادیار در رشته

پرستاری و دو استاد با تجربه در طراحی پرسشنامه) مورد نظر قرار گرفتند. برای ارزیابی کمی از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد و برای پنج خرده مقیاس؛ جدول زمانی مزمن، عواقب مثبت، کنترل مثبت، عواقب و کنترل منفی، و بیان احساسات به ترتیب ۱/۰۰، ۰/۸۷، ۰/۹۵، ۰/۹۷، ۰/۹۵ محاسبه شد. پایایی پرسشنامه نیز با روش آزمون-آزمون مجدد با بازه زمانی ۳ هفته ای ($I=$ ۰/۹۴) مورد تأیید قرار گرفت و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای کل پرسشنامه، و از ۰/۵۳ تا ۰/۷۷ برای پنج عامل آن به دست آمد (۳۴).

مقیاس چند بعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS) این پرسشنامه توسط زیمت و همکاران (۱۹۸۸) به منظور سنجش حمایت اجتماعی درک شده از طرف دوستان، خانواده و افراد مهم در زندگی فرد تهیه شده است (۳۲) و شامل ۱۲ گویه است که حمایت اجتماعی ادراک شده هر فرد را در هر یک از سه حیطه مذکور در طیف ۷ گزینه ای کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم می سنجد. برای به دست آوردن نمره کل این مقیاس، نمره ی همه ی گویه ها با هم جمع شده و بر تعداد آن (۱۲) تقسیم می شود. نمره هر زیر مقیاس نیز از حاصل جمع نمرات گویه های مربوط به آن تقسیم بر تعداد گویه های آن زیر مقیاس به دست می آید (۳۵). روایی و پایایی این مقیاس توسط زیمت و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه علیپور و همکاران برای نمره کلی حمایت اجتماعی ادراک شده و هر سه بعد حمایت دوستان، خانواده و شخص به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۰ محاسبه شده بود (۳۶). پس از جمع آوری اطلاعات، داده ها توسط نرم افزار SPSS v.22 و با استفاده از آزمون های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، درصد و فراوانی) و آزمون های آماری تحلیلی (کای اسکوئر، تی مستقل، رگرسیون خطی) تجزیه و تحلیل شد و ۰/۰۵ بعنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد. پیش فرض نرمال بودن داده ها بوسیله ی آزمون کولموگوروف اسمیرنوف مورد بررسی تأیید قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی سالمندان مورد مطالعه $72/05 \pm 7/92$ سال، میانگین طول مدت بیماری آنها $3/17 \pm 11/38$ سال بود. سایر متغیرهای جمعیت شناختی آنها در (جدول ۱) ذکر شده است (جدول ۱).

زهرا خیالی و همکاران

جدول ۱: اطلاعات جمعیت شناختی سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو شرکت کننده در مطالعه

متغیر	تعداد	درصد
جنس	مرد	۶۰
	زن	۱۴۰
وضعیت تاهل	مجرد	۱۹
	متاهل	۱۸۱
سطح تحصیلات	بی سواد	۴۳
	زیر دیپلم و دیپلم	۱۳۸
	بالتر از دیپلم	۱۹
وضعیت اشتغال	خانه دار یا بیکار	۸۹
	شاغل	۶۴
	بازنشسته	۴۷
نحوه گذران زندگی	زندگی با دیگران	۱۵۱
	بطور مستقل	۴۹

که ۶ نفر (۳ درصد) از بیماران تبعیت از درمان ضعیف، ۱۰۳ نفر (۵۱/۵۰ درصد) متوسط، ۸۲ نفر (۴۱ درصد) تبعیت از درمان خوب و ۹ نفر (۴/۵۰ درصد) تبعیت از درمان بسیار خوب را داشتند (جدول ۲).

براساس (جدول ۲) میانگین کل نمرات ادراک از پیری و حمایت اجتماعی درک شده در سالمندان مورد مطالعه به ترتیب $۱۸/۱۶ \pm ۶۶/۲۳$ و $۱۰/۰۵ \pm ۴۴/۹۶$ می باشد. همچنین میانگین کل نمره پیروی از درمان $۱۹/۶۱ \pm ۱۵۴/۹۱$ می باشد

جدول ۲: میانگین نمرات پیروی از درمان، ادراک از پیری و حمایت اجتماعی در سالمندان مورد مطالعه

متغیر	مقیاس	میانگین (انحراف معیار)	حداقل	حداکثر
پیروی از درمان	اهتمام در درمان	۳۵/۸۵(۵/۵۳)	۱۰	۳۷
	تمایل به مشارکت در درمان	۳۰/۳۲(۵/۶۴)	۱۵	۳۱
	توانایی تطابق	۲۶/۴۰(۵/۶۳)	۱۰	۲۹
	تلفیق درمان با زندگی	۱۹/۵۷(۵/۲۲)	۵	۲۱
	چسبیدن به درمان	۱۴/۸۶(۴/۵۰)	۹	۲۳
	تعهد به درمان	۱۶/۲۶(۴/۹۱)	۱۱	۱۹
	تردید در اجرای درمان	۱۱/۶۴(۴/۲۹)	۳	۱۲
ادراک از پیری	کل	۱۵۴/۹۱(۱۹/۶۱)	۶۳	۱۷۲
	خط مزمن زمانی	۱۰/۳۱(۳/۱۵)	۴	۱۱
	نتایج مثبت	۱۳/۶۲(۳/۴۳)	۳	۱۵
	کنترل مثبت	۱۳/۲۹(۴/۰۹)	۴	۱۴
	نتایج و کنترل منفی	۱۸/۵۶(۳/۸۲)	۷	۲۱
حمایت اجتماعی درک شده	واکنش های هیجانی	۱۰/۴۵(۳/۶۷)	۵	۱۳
	کل	۶۶/۲۳(۱۸/۱۶)	۲۳	۷۴
	حمایت خانواده	۱۶/۳۳(۳/۸۲)	۴	۲۰
	حمایت دوستان	۱۳/۱۰(۴/۲۰)	۵	۳۴
	حمایت توسط افراد مهم زندگی	۱۵/۵۲(۴/۴۰)	۴	۲۰
کل	۴۴/۹۶(۱۰/۰۵)	۱۳	۶۰	

اجتماعی و کلیه زیرمقیاس‌های آن در کسانی که پیروی از درمان خوب و خیلی خوب دارند به طور معنی‌داری بیش از کسانی است که پیروی از درمان ضعیف و متوسط دارند ($P < 0.05$). (جدول ۳).

جدول ۳ نتایج مقایسه میانگین ادراک از پیروی و حمایت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن بین دو گروه با پیروی از درمان ضعیف و متوسط با گروه پیروی خوب و خیلی خوب را نشان می‌دهد، رتبه میانگین ادراک از پیروی و حمایت

جدول ۳: مقایسه میانگین ادراک پیروی و حمایت اجتماعی و زیرمقیاس‌های آنها در دو گروه با تبعیت از درمان ضعیف یا متوسط و تبعیت از درمان خوب یا خیلی خوب

متغیر	تبعیت از درمان ضعیف و متوسط (n= ۱۰۹)		تبعیت از درمان خوب و خیلی خوب (n= ۹۱)		سطح معنی‌داری*
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
خط مزمن زمانی	۹/۱۰	۲/۸۷	۱۰/۲۱	۲/۹۶	۰/۰۲۶
نتایج مثبت	۱۰/۹۸	۳/۱۵	۱۳/۱۶	۳/۲۴	<۰/۰۰۱
کنترل مثبت	۱۰/۸۴	۳/۳۲	۱۲/۹۸	۳/۵۲	<۰/۰۰۱
نتایج و کنترل منفی	۱۴/۳۲	۳/۵۳	۱۸/۲۵	۳/۸۴	<۰/۰۰۱
واکنش‌های هیجانی	۹/۲۵	۳/۵۱	۱۰/۱۴	۳/۴۲	۰/۰۳۸
ادراک از پیروی کل	۵۴/۴۹	۱۶/۳۸	۶۴/۷۴	۱۶/۹۸	<۰/۰۰۱
حمایت خانواده	۱۴/۵۴	۳/۹۸	۱۶/۱۲	۳/۶۲	۰/۰۱
حمایت دوستان	۱۱/۲۷	۴/۳۶	۱۳/۶۵	۴/۰۲	<۰/۰۰۱
حمایت توسط افراد مهم زندگی	۱۳/۰۹	۴/۲۷	۱۵/۹۲	۴/۲۲	<۰/۰۰۱
حمایت کل	۴۱/۰۵	۸/۲۵	۴۵/۳۳	۹/۸۹	<۰/۰۰۱

*آزمون تی مستقل

یعنی بین متغیرهای جنس و نحوه گذران زندگی با تبعیت از درمان ارتباط آماری معنی‌دار وجود داشت ($P < 0.05$) (جدول ۴).

براساس آزمون آماری کای اسکوئر بین توزیع فراوانی پیروی از درمان در گروه پیروی ضعیف و متوسط در مقایسه با پیروی خوب و خیلی خوب در سطوح متغیرهای جنس و نحوه گذران زندگی تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۴: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک پژوهش آن بین دو گروه با تبعیت از درمان ضعیف یا متوسط و گروه با تبعیت خوب یا خیلی خوب

متغیر	طبقات متغیر	تبعیت از درمان ضعیف و متوسط (n= ۱۰۹)		تبعیت از درمان خوب و خیلی خوب (n= ۹۱)	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنس	زن	۹۰	۶۴/۳۰	۵۰	۳۵/۷۰
	مرد	۱۹	۳۱/۷۰	۴۱	۶۸/۳۰
وضعیت تأهل	دارای همسر	۱۲	۶۳/۲۰	۷	۳۶/۸۰
	بدون همسر	۹۷	۵۳/۶۰	۸۴	۴۶/۴۰
نحوه گذران زندگی	به طور مستقل	۱۵	۳۰/۶۰	۳۴	۶۹/۴۰
	زندگی با دیگران	۹۴	۶۲/۳۰	۵۷	۳۷/۷۰
وضعیت اشتغال	خانه دار یا بیکار	۴۷	۵۲/۸۰	۴۲	۴۷/۲۰
	شاغل	۳۳	۵۱/۵۶	۳۱	۴۸/۴۴
	بازنشسته	۲۹	۶۱/۷۰	۱۸	۳۸/۳۰
سطح تحصیلات	بی سواد	۲۸	۶۵/۱۲	۱۵	۳۴/۸۸
	زیر دیپلم و دیپلم	۷۱	۵۱/۴۵	۶۷	۴۸/۵۵
	بالتر از دیپلم	۱۰	۵۲/۶۳	۹	۴۷/۳۷

*آزمون کای اسکوئر

زهرا خیالی و همکاران

متغیرها ۲۸ درصد واریانس متغیر تبعیت از درمان را در سالمندان تبیین می کند (جدول ۵).

نتایج تحلیل آزمون آماری رگرسیون نشان داد که متغیرهای حمایت اجتماعی، جنس و نحوه گذران زندگی با تبعیت از درمان ارتباط آماری معنی دار داشتند ($P < 0.05$) و این

جدول ۵: آنالیز رگرسیون متغیرهای مرتبط با تبعیت از درمان در سالمندان مورد مطالعه

متغیرها	Beta	S.E	B	P	R ^۲
جنس	۰/۱۴۵	۰/۰۴۶	۰/۱۳۹	۰/۰۳۰	۰/۲۸
وضعیت تأهل	۰/۱۳۷	۰/۰۴۲	۰/۱۵۳	۰/۲۴۲	
نحوه گذران زندگی	۰/۱۲۴	۰/۰۶۵	۰/۱۳۱	۰/۰۰۱	
وضعیت اشتغال	۰/۱۷۶	۰/۰۷۲	۰/۱۴۵	۰/۱۶۳	
سطح تحصیلات	۰/۱۶۶	۰/۰۲۸	۰/۱۳۹	۰/۱۲۵	
طول مدت بیماری	۰/۱۱۳	۰/۰۲۲	۰/۱۳۳	۰/۳۵۶	
ادراک از پیری	۰/۲۱۵	۰/۰۷۱	۰/۱۵۷	۰/۳۲۸	
حمایت اجتماعی	۰/۱۶۵	۰/۰۲۵	۰/۱۴۵	۰/۰۱۰	

اشاره نمود.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد که ادراک از پیری با پایبندی به درمان ارتباط آماری معنی داری داشت. مطالعات نشان داده اند سالمندانی که درک مثبتی نسبت به پیری خود دارند احتمال بیشتری دارد که در تغییرات مثبت در سبک های زندگی خود مشارکت نمایند؛ و بالعکس در سالمندانی که بر این باورند که مشکلات سلامتی مربوط به سالمندی است از سرویس های درمانی مراقبتی کمتر استفاده می نمایند (۴۶). مطالعه عباسی و همکاران (۳۳) ادراک مثبت از پیری عامل مهمی در بهبود سلامت روانی در معلمان بازنشسته است.

Hou و همکاران (۴۶) گزارش دادند که ادراک از پیری بطور معنی داری با میزان پایبندی به دارو همراه است. در مطالعه Levy و همکاران (۴۷) ادراک پیری بر رفتارهای پیشگیرانه سلامت شامل خوردن یک رژیم غذایی متعادل، پیگیری دستورالعمل های مصرف داروهای تجویزی (پایبندی به دارو) اثرگذار بود و این یافته ها بر افزایش رفتارهای پیشگیرانه سلامت در افراد مسن از طریق بهبود ادراک پیری افراد تاکید می کند. نتایج مطالعه Huy و همکاران (۴۸) نشان داد که رژیم غذایی سالم و سایر رفتارهای سلامتی مثل ورزش، عدم استعمال سیگار با نگرش مثبت به پیری در ارتباط بود. افراد با درک مثبت از پیری به طور قابل ملاحظه ای رفتار سلامتی بهتری از خود نشان دادند، نسبت به کسانی که درک معمولی به پیری خود داشتند. بنا بر این نتایج برداشت های فردی از پیری یک

بحث

پیروی مطلوب و صحیح از درمان از درمان موجب ارتقاء کیفیت بهتر زندگی بیماران می شود و به نفع بیماران، اعضای خانواده آنها، پرداخت کنندگان مراقبت های بهداشتی، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و جامعه است (۳۷) و تأثیر مفیدی بر کنترل نمایه توده بدنی، چربی خون و قند خون بیماران دارد (۳۸). لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی ارتباط حمایت اجتماعی با پیروی از درمان در سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو انجام گردید. بر اساس یافته های مطالعه حاضر، میانگین کلی نمره پایبندی به درمان $154/91 \pm 19/61$ بود و ۵۱/۵۰ درصد از سالمندان مبتلا به دیابت، پایبندی متوسطی به درمان داشتند. مطالعات Rsaq و همکاران (۳۹) و Adisa و همکاران (۴۰) نیز در راستای مطالعه حاضر بر پایبندی متوسط به درمان در بیماران اشاره نمودند. در مطالعه Alqarni و همکاران (۴۱) اکثر افراد مورد مطالعه (۴۲/۹ درصد)، پایبندی دارویی متوسطی داشتند. در حالی که در مطالعه Linni و همکاران در چین (۴۲) و Christopher و همکار در نیجریه (۴۳) و Borba و همکاران در برزیل (۴۴) میزان پایبندی بیماران مبتلا به دیابت کم بود ولی Pascal و همکاران (۴۵) بر پایبندی بالایی بیماران به درمان تاکید داشتند. از جمله دلایل تفاوت در میزان پایبندی بیماران به درمان می توان به سطح تحصیلات و وضعیت اقتصادی متفاوت و نیز عدم اندازه گیری استاندارد و یکسان تبعیت دارویی

نقطه شروع مهم در هنگام طراحی برنامه‌های پیشگیری برای افراد مسن هستند و به عنوان نقطه شروعی جهت اجرای برنامه‌های مداخله‌ای در بیماران سالمند می‌باشد یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی در هر ۳ حیطه (حمایت خانواده، دوستان و افراد مهم) با پایبندی به درمان ارتباط آماری معنی داری داشت. ارتباط بین حمایت اجتماعی با کنترل دیابت و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در مطالعات پیشین گزارش شده است (۵۲-۲۹،۴۹). دهون و همکاران (۵۳) در مرور سیستماتیک خود گزارش نمودند که حمایت از بیمار مبتلا به دیابت به ویژه حمایت خانوادگی جزء بیشترین تسهیل کننده‌های پایبندی به درمان است؛ بطوری که بین حمایت خانوادگی کم با پایبندی ضعیف به درمان ارتباط وجود دارد (۵۴).

در مطالعه Sharfi Rad و همکاران (۵۵) به تأثیر مثبت حمایت اجتماعی به ویژه حمایت خانواده و حمایت ویژه از همسر، بر کنترل سطح قند خون و HbA_{1c} اشاره شد. در یک مطالعه Systematic Review به تأثیر حمایت خانواده در کنار آموزش به بیماران مبتلا به دیابت بر بهبود رژیم غذایی سالم، افزایش خودکارآمدی، بهبود سلامت روانی و کنترل بهتر قند خون اشاره شد (۵۶). نتایج مطالعه Miller و همکاران (۵۷) نمایانگر ارتباط مثبت و معنادار بین حمایت اجتماعی و تبعیت از درمان در بیماران مبتلا به دیابت بود. آنها گزارش کردند که حمایت اعضای خانواده در قالب انسجام خانواده و روابط نزدیک و گرم بین اعضای خانواده شانس پایبندی به درمان و کنترل بهتر قند خون را در میان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ تا سه برابر افزایش می‌دهد. همچنین این محققان گزارش دادند که حمایت اجتماعی عملکردی (مثلاً حمایت عملی و عاطفی) نسبت به حمایت ساختاری خانواده (به عنوان مثال، وضعیت تأهل و وضعیت زندگی بیمار) اثرات قوی تری بر پایبندی به درمان در بیماران دارد. مطالعه Linni و همکاران (۴۲) بر روی بیماران مبتلا به دیابت در چین نشان داد که حمایت اجتماعی و خرده مقیاس آن تأثیر قابل توجهی بر پیروی از دارو داشت. تأثیر اعضای خانواده و سایر افراد مهم ممکن است جهت گیری‌های بهداشتی را تقویت می‌کند و در بیماران مبتلا به دیابت می‌تواند منجر به پیروی بهتر بیماران در حیطه‌های رژیم غذایی، فعالیت بدنی و درمان دارویی می‌گردد (۴۹). لذا با توجه به اینکه بخش عمده‌ای از مراقبتهای بیماران دیابتی در منزل انجام می‌شود،

نمی‌توان نقش حمایتی خانواده و افراد مهم به ویژه همسران را در پایبندی به درمان نادیده گرفت زیرا که بدون حمایت خانواده بیمار بندرت می‌تواند به رژیم‌های درمانی خود پایبند باشد. بنابراین حمایت از بیمار دیابتی منجر به دلگرمی و افزایش عزت نفس بیمار می‌شود و وی را برای مقابله با مشکلات جسمی و روانی آماده تر می‌نماید (۵۳). از دیگر یافته‌های مطالعه حاضر، ارتباط آماری معنی دار بین متغیر جنس و نحوه گذران زندگی با پایبندی به درمان بود. نتایج مطالعه Mogre و همکاران (۵۸) و Okolie و همکاران (۵۹) در راستای مطالعه حاضر بر ارتباط آماری معنی دار بین متغیر جنس و پایبندی به درمان در بیماران مبتلا به دیابت تأکید کرد. یافته‌های مطالعه Khan در عربستان سعودی (۶۰) و در مطالعات Bagonza et al در اوگاندا (۶۱) و Atekha در کانادا (۶۲) ارتباطی بین جنسیت و پایبندی به داروهای دیابت در بین افراد مبتلا به دیابت وجود نداشت. نتیجه مطالعه Manjusha در امارات متحده عربی (۶۳) نشان داد که مردان نسبت به زنان پیروی از درمان بهتری دارد. با این حال، یافته‌های مطالعات قبلی که در اتیوپی و آلمان انجام شده بود نشانگر پایبندی به درمان بهتر در زنان نسبت به مردان مبتلا به دیابت بود (۶۴،۶۵). لذا با توجه ارتباط بین جنس و پایبندی به درمان و نتایج این مطالعات، ممکن است ارتقای انگیزه و تشویق مردان و یا زنان مبتلا به دیابت از طریق مداخلات آموزشی و کمپین‌های محلی ارزشمند باشد. همچنین مطالعات نشان داده‌اند که زندگی با دیگران به ویژه همسر بر پایبندی به درمان در بیماران تأثیر دارد (۵۴). از سوی دیگر مطالعات نشان داده‌اند که زندگی بیمار با دیگران از موانع خودمراقبتی دیابت است. بعنوان مثال اعضای خانواده و دیگران تمایلی به مصرف غذاهای مناسب برای افراد دیابتی ندارند و این موضوع می‌تواند موج استرس بیماران شود و بر پیروی از درمان تأثیر منفی داشته باشد (۵۷). مواردی همانند جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه، کم بودن تعداد افراد نمونه به دلیل خاص بودن نمونه و ناتوانی در تعمیم‌پذیری به انواع بیماری‌های دیگر و به شهرهای دیگر نیز از محدودیت‌های پژوهش حاضر است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسشنامه از ابزارهای دیگری مثل مصاحبه نیز استفاده شود و این مداخله بر روی سایر بیماران نیز اجرا شود و نتایج آنها با هم مقایسه گردد.

سیاسگزاری

این مطالعه که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فسا انجام شده است؛ بدین وسیله نهایت قدردانی و تشکر از آنان بعمل می آید. همچنین از همکاری صمیمانه پرسنل کلینیک دیابت و کلیه سالمندان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می شود.

تاییدیه اخلاقی: این مطالعه به تایید کمیته اخلاق معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی فسا (کد اخلاق: IR.FUMS.REC.1398.014) رسید.

نتیجه گیری

با اینکه پیروی از دارو تحت تأثیر عوامل متعددی قرار می گیرد، ولی نتایج این مطالعه تأیید کرد که حمایت اجتماعی نقش اساسی در پیروی از درمان در بیماران مبتلا به دیابت دارد. حمایت اجتماعی می تواند بعنوان یک منبع ارزشمند در مداخلات با هدف بهبود مدیریت و کنترل بیماری دیابت مورد توجه قرار گیرد. لذا مشارکت جامعه به ویژه اعضای خانواده، پرسنل بهداشت و تیم سلامت می تواند در رفتار خودمراقبتی بیماران دیابت از اهمیت بسزایی برخوردار باشد. پیشنهاد می شود که پژوهش های بعدی، به مداخلاتی در زمینه ارتقا پیروی از درمان و بهبود ابعاد آن با تاکید بر حمایت اجتماعی و زیر مقیاس های آن پرداخته شود.

Reference

1. TaheriKharameh Z, Khoshravesh S, Noori R, Abdolmalaki M, Bakhshi M. Determinants of Medication Adherence Among Iranian Elderly Patients with Chronic Diseases. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2018;7(3): 68310.
2. Selected Results of the 2016 National Population and Housing Census Iran: Statistical Center of Iran; [Available from: https://www.amar.org.ir/Portals/1/census/2016/Iran_Census_2016_Selected_Results.pdf. 2017
3. Statistical Center of Iran. Population and Housing Census. 2011; [cited 2013 Jun 6] Available from: <http://www.sci.org>.
4. Azar A. Selection Census Results Of population and Housing 2011.. Tehran, Iran: Statistical Centre of Iran; 2011.
5. Behrouz Sh, Peyman N, Kooshiar H. Relationship between Medical Literacy and Mortality in Older Adults: Narrative Review. *N orth Khorasan Journal of Medical Sciences*. 2018; 10 (2): 122-129
6. Mirzaie M, Darabi S. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (2):156-169.
7. Haxton JE. An examination of caregiving dyads: community dwelling chronically ill older adults and their caregivers: University of Denver. 2010.
8. Suzman R, Beard J. Global health and aging: preface. National Institute on Aging website. [Www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface](http://www.nia.nih.gov/research/publication/global-health-and-aging/preface). Published October 2011. Updated January 22, 2015. Accessed August 1, 2015).
9. Centers for Disease Control and Prevention (2017). National Diabetes Statistics Report: Estimates of Diabetes and Its Burden in the United States, 2017. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
10. Cheng, Y. Canadian Diabetes Association 2013 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada: Introduction. *Canadian Journal of Diabetes*, 2013, 37(Suppl. 1), S1-S3.
11. Tanjani PT, Moradinazar M, Mottlagh ME, Najafi F. The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases, 2012. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2015; 60(3): 373-9
12. Aloudah NM, Scott NW, Aljadhey HS, Araujo-Soares V, Alrubeaan KA, Watson MC. Medication adherence among patients with Type 2 diabetes: A mixed methods study. *PLoS ONE*, 2018; 13: (12) e0207583
13. American Diabetes Association. Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2017. *Diabetes Care*. 2018;41(5):917-928.
14. Golshahi J, Ahmadzadeh H, Sadeghi M, Mohammadifard N, Pourmoghaddas A. Effect of self-care education on lifestyle modification, medication adherence and blood pressure in hypertensive adults: randomized controlled clinical trial. *Adv Biomed Res* 2015; 4: 204
15. Doust Mohammadi S, Norouzi K, Dalvandi A, Norouzi M. The Level of Illness Perception and its Relationship with Adherence to the Medical Regimen in the Elderly with Hypertension. *IJRN*. 2018; 4 (3):40-46
16. Rafii F, Fatemi NS, Danielson E, al e. Compliance to treatment in patients with chronic illness: A concept exploration. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2014;19(2):159-67.
17. SabatéE. WHOAdherencetoLongTermTherapies Project, Global Adherence Interdisciplinary Network, World Health Organization. Dept. of Management of Noncommunicable Diseases. Adherence to long-termtherapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>. Accessed October 6, 2018
18. Vahedparast H, Mohammadi E, Ahmadi F, Farhadi A. Try to express the role of social support in adherence to treatment regimens: Experiences of patients with chronic diseases. *Medical*

- Surgical Nursing Journal. 2018;7(1):69646.
19. Freitas M, Queiroz T, Sousa J. The meaning of old age and the aging experience of in the elderly. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2010;44(2):407-12.
 20. Sadegh Moghadam L, Foroughan M, Mohammadi F, Ahmadi F, Farhadi A, Nazari S et al. Aging Perception in Older Adults. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2016; 10 (4):202-209
 21. Westerhof G, Whitbourne S, Freeman G. The aging self in a cultural context: The relation of conceptions of aging to identity processes and self-esteem in the United States and the Netherlands. *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012;67(1):52-60.
 22. Kotter-Grühn D, Hess T. The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2010;67(5):563-71.
 23. Sargent-Cox K, Anstey K, Luszcz M. Longitudinal change of self-perceptions of aging and mortality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2014;69(2):168-73
 24. Hosseini A, Majdi AA, Esmail A A. The Role of Social Support in the General Health of the Elderly. *J Health Syst Res* 2017; 13(1): 52-7
 25. Bavazin F, Sepahvandi M A. The study of the relationship between social support and social and psychological well-being among elderly people in city of Khorramabad in 2017. *Nurs Midwifery J*. 2018; 15 (12):931-938
 26. Emaminaeini M, Bakhtiyari M, Hatami H, Khodakarim S, Sahaf R. Depression and Perceived Social Support in the Elderly. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*. 2017; 12 (2):192-207
 27. Chung M, Lennie T, Dekker R, Wu J, Moser D. Depressive symptoms and poor social support have a synergistic effect on event-free survival in patients with heart failure. *Heart Lung*. 2011;40(6):492-501.
 28. Beattie S, Lebel S, Tay J. The influence of social support on hematopoietic stem cell transplantation survival: a systematic review of literature. *PLoS One*. 2013;8(4):615-19.
 29. ZareShahabadi A, HajizadeMeimandi M, EbrahimiSadrabadi F. Influence of Social Support on Treatment of Type II Diabetes in Yazd. *I JSSU*. 2010;8(3):277-83.
 30. Fatemi NS, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Social Determinants of Health Supplement*. 2018;20(2):179-91.
 31. Sexton E, King-Kallimanis BL, Morgan K, McGee H. Development of the brief ageing perceptions questionnaire (B-APQ): a confirmatory factor analysis approach to item reduction. *BMC Geriatr*. 2014;14:44
 32. Zimet G, Dahlem N, Zimet S, Arley G. The multidimensional scale of perceived social support. *J Person Asses*. 1988;42(1):21-30
 33. Abbasi M, Adawi H. The Relationship between Sweaty Beliefs and Mental Health through Targeted Intermediation in Life and Aging Skills in Retired Teachers. *Journal of Aging Psychology*. 2017;2(3):204-195.
 34. Sadegh Moghadam L, Foroughan M, Mohammadi Shahboulaghi F, Ahmadi F, Sajjadi M, Farhadi A. Validity and reliability of the Persian version of the Brief Aging Perceptions Questionnaire in Iranian older adults. *Clin Interv Aging*. 2016;11:507-11
 35. Rahimi A, Anosheh M, Ahmadi F, Foroughan M. Exploring the nature of elderly people life style: A grounded theory. *Iranian Journal of Ageing*. 2016;10(4):5-10.
 36. Alipour A, Dehkordi M, Amini F, Jashni A. Relationship between perceived social support and adherence of treatment in Diabetes mellitus type 2: mediating role of resiliency and hope. *Journal of Research in Psychological Health*. 2016;10(2):53-67.
 37. Atekh B. Factors Associated With Adherence to Diabetes Medication Among Individuals With Type 2 Diabetes in Cambridge, Ontario, Canada. *Walden University, February 2018*.
 38. Marinho FS, Moram CB, Rodrigues PC, Leite NC, Salles GF, Cardoso CRL. Treatment Adherence and Its Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Results from the Rio de Janeiro Type 2 Diabetes Cohort Study. *Journal of Diabetes Research*, 2018;2018:1-8.
 39. Rasaq A, Olamide O Olajide, Titilayo O Fakeye. Social support, treatment adherence and outcome among hypertensive and type 2 diabetes patients in ambulatory care settings in Southwestern Nigeria. *Ghana Med J*. 2017 June;51(2):64-77.
 40. Adisa R, Olajide OO, Fakeye TO. Social Support, Treatment Adherence and Outcome among Hypertensive and Type 2 Diabetes Patients in Ambulatory Care Settings in southwestern Nigeria. *Ghana Med J*. 2017;51(2):64-77.
 41. Alqarni A.M, Alrahbeni T, Al Qarni A, Al Qarni H.M. Adherence to diabetes medication among diabetic patients in the Bisha governorate of Saudi Arabia – a cross-sectional survey, *Patient Preference and Adherence*, 2019:13 63–71
 42. Linni Gu, Shaomin Wu, Shuliang Z, Huixuan Z, Shengia Zh, Min G, Zhiyong Q, Weijun Z, Donghua T. Association of social support and medication adherence in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2017, 14:1522
 43. Christopher C. A, Erah F. The Influence Of Family/Social Support On Adherence To Diabetic Therapy. *International Journal of Advances in Scientific Research and Engineering (ijasre)*, 2018;4(5):71-80.
 44. Borba K, Marques P, Ramos VP, et al. associated with elderly diabetic adherence to treatment in primary health care. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2018; 23(3):953-961
 45. Pascal I.GU, Ofoedu J.N, Uchenna N.P, Nkwa A.A, Uchamma GUE. Blood Glucose Control and Medication Adherence among Adult Type

- 2 Diabetic Nigerians Attending a Primary Care Clinic in Under-resourced Environment of Eastern Nigeria. *N Am J Med Sci.* 2012 Jul; 4(7): 310–315.
46. Hou Y, Zhang D, Gu J, Xue F, Sun Y, QVWu, et al. The association between self-perceptions of aging and antihypertensive medication adherence in older Chinese adults. *Aging Clin Exp Res.* 2016;28:1113-20
 47. Levy BR, Myers LM. Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive medicine.* 2004;39(3):625-9
 48. Huy C, Chneider S, Thel A. Perptions of aging and health behavior: determinats of a healthy diet in an older german population. *The Journal of Nutrition, Health & Aging.* 2010;14(5):381-2.
 49. Gomes-Villas Boas LC, Foss MC, Freitas MCF, Pace AE. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2012;20(1):52-8
 50. Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The Relation Between Social Support and Adherence to the Treatment of Hypertension. *J Educ Community Health.* 2014;1(3):63-9.
 51. Zareipour MA, Movahed E, Ghelichi Ghogh M, Khazir Z, Alinejad M. Reviewing the Relation between Social Support and Blood Sugar Control in Elders with Diabetes Type 2. *International Journal of Medical Research & Health Sciences,* 2016, 5, 9S:394-39
 52. Song Y, Nam S, Park S, Shin IS, Ku B. The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? *Systematic Review and Meta-analysis.* *Diabetes Educ.* 2017 Aug;43(4):396-412.
 53. Dehvan F, Baghi V, Lotfi A, Ghanei Gheshlagh R. Medication adherence inhibitors and facilitators in type 2 diabetic patients: An Integrative review. *Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty,* 2017;3(1):117.
 54. Mayberry L, Osborn C. Family Support, Medication Adherence, and Glycemic Control among Adults with Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2012; 35:1239-1245
 55. Sharfi Rad Gh, Azad Bakht L, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. *J Educ Health Promot.* 2013; 2: 62.
 56. Pamungkas RA, Chamroomsawasdi K, Vatanasomboon P.A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behav Sci (Basel).* 2017;7(3): E62
 57. Miller TA, DiMatteo MR. Importance of family/ social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy* 2013;6:421–426
 58. Mogre V, Abanga Z.O, Tzelepis F, Johnson N. A, Paul C. Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana. *BMC Endocrine Disorders,* 2017; 17(20): 1–8.
 59. Okolie U, Ehiemere I, Ezenduka P, Ogbu S. Contributory factors to diabetes dietary regimen non adherence in adults with diabetes. *International Journal of Social, Behavioral, Educational, Economic, Business and Industrial Engineering,* 2010; 4(9): 644–65
 60. Khan AR, Al-Abdul Lateef Z. N, Al Aithan M. A, Bu-Khamseen M. A, Khan S. A. Factors contributing to non-compliance among diabetics attending primary health centers in the Al Hasa district of Saudi Arabia. *Journal of Family & Community Medicine,* 2011; 19 (1): 26–32
 61. Bagonza J, Rutebemberwa E, Bazeyo W. Adherence to anti-diabetic medication among patients with diabetes in eastern Uganda: A cross sectiona study. *BMC Health Services Research* 2015; 15: 168.
 62. Atekha B. Factors Associated With Adherence to Diabetes Medication Among Individuals With Type 2 Diabetes in Cambridge, Ontario, Canada. *Walden University,* February 2018.
 63. Manjusha S, Madhu P, Atmatam P, Modi P, Sumariya R. Medication adherence to antidiabetic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences,* 2014;6(2): 564–570
 64. Raum E, Kramer H. U, Ruter G, Rothenbacher D, Rosemann T, Szecsenyi J, Brenner H. Medication non-adherence and poor glycaemic control in 155 patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Research and Clinical Practice,* 2012;97 (3): 377–384.
 65. Gelaw B. K, Mohammed A, Tegegne G. T, Defersha A. D, Fromsa M, Tadesse E, Ahmed, M. Nonadherence and contributing factors among ambulatory patients with antidiabetic medications in Adama Referral Hospital. *Journal of Diabetes Research,* 2014; 2014 (Art. 617041).