

The relationship between diabetic knowledge and self-care among the Elderly with diabetes Type 2 in Kerman-2016

Borhaninejad V.R¹, Mansouri T², Hoseyni R³, Kojaie bidgoli A⁴, *Fadayevatan R⁵

1-PhD Student in Gerontology, Research Center for Tropical and Infectious Diseases, HSR Committee, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.

2-PhD Student in Gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of social Welfare and Rehabilitation Sciences Kerman, Iran.

3-PhD Student in Gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Kerman, Iran.

4-PhD student in gerontology, Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Kerman, Iran.

5-Associate Professor. Iranian Research Center on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran (**Corresponding Author**)

E-mail: Reza1092@yahoo.com

Abstract

Introduction: self-care behaviors are an effective means in managing diabetes in the elderly. This study aimed to determine the predictors of diabetes self-care in the elderly in Kerman based on the role of diabetic knowledge.

Method: In this cross-sectional study, 374 elderly diabetic patients who had referred to health screening centers in Kerman were chosen via cluster sampling. To collect informations Toobert Glasgow's diabetes self-efficacy scale and questionnaire based on diabetic knowledge was used. The validity and reliability of the questionnaire was confirmed. The data were analyzed using t test, ANOVA, Pearson correlation and linear regression analysis in SPSS software 17.

Results: Self-care capacity in most of diabetic elderly was weak (61/3%). Age, education level, marital status, income, complication, medication and diabetic knowledge ($P < 0.001$) were significantly associated with self-care behaviors. Diabetic knowledge could predict 57% of the variance of the self-care behaviors.

Conclusion: According to the results of this study, diabetic knowledge can determine behaviors self care. So it is necessary to develop an educational intervention based on diabetic knowledge with the goal of properly managing diabetes in the elderly patients.

Keywords: Aged, Type 2 diabetes, Diabetic knowledge, Self-care.

Received: 16/9/2016

Accepted: 12/2/2017

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

[10.18869/acadpub.joge.1.3.1](https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.3.1)

رابطه دانش دیابتی با عملکرد خودمراقبتی در سالمندان دیابتی شهر کرمان ۱۳۹۴

وحیدرضا برهانی نژاد^۱، طاهره منصوری^۲، راضیه السادات حسینی^۳، افسانه کجایی بیدگلی^۴، *رضا فدای وطن^۵

- ۱- دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات بیماریهای عفونی و گرمسیری، کمیته تحقیقات HSR، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران.
 - ۲- دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
 - ۳- دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
 - ۴- دانشجوی دکتری سالمندشناسی، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.
 - ۵- استادیار، مرکز تحقیقات سالمندی ایران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
- پست الکترونیکی: Reza1092@yahoo.com



CrossMark
click for updates



نشریه سالمندشناسی شماره ۱ دوره ۳ زمستان ۱۳۹۵، ۱-۱۰

چکیده

مقدمه: رفتارهای خودمراقبتی مهمترین راهکار در زمینه مدیریت بیماری دیابت به ویژه در سالمندان به شمار می آید. این مطالعه با هدف بررسی تعیین کننده های خود مراقبتی در سالمندان دیابتی شهر کرمان با تأکید بر نقش دانش دیابتی صورت گرفت.

روش: در این مطالعه مقطعی ۳۷۴ سالمند دیابتی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی مجری برنامه غربالگری شهر کرمان به روش نمونه گیری خوشه ای مرحله ای وارد مطالعه شدند. ابزار گردآوری اطلاعات در خصوص رفتارهای خودمراقبتی و پیشگویی کننده های آن، پرسشنامه مقیاس رفتارهای خودمراقبتی توبرت گلاسکو و همچنین پرسشنامه محقق ساخته دانش دیابتی بود. در این مطالعه روایی و پایایی پرسشنامه ها مورد تأیید قرار گرفت. داده ها با استفاده از آزمون های آماری تی تست، آنالیز واریانس یک طرفه، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در محیط نرم افزار Spss ۱۷ تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها: توان خودمراقبتی اکثر واحدهای پژوهش در حد ضعیف بود (۶۱/۳٪). بین گروه سنی (۰/۰۰۳) $P=$ ، وضعیت تأهل، تحصیلات، درآمد، نوع درمان و عوارض دیابت (۰/۰۰۱) $P\leq$ در سالمندان مورد مطالعه با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی دار آماری وجود داشت. همچنین بین ابعاد خودمراقبتی با دانش دیابتی همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشته و دانش دیابتی ۵۷ درصد از واریانس رفتارهای خودمراقبتی را پیش بینی می کند (۰/۰۰۱) $P\leq$.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه حاکی از نقش تعیین کننده دانش دیابتی در ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بود. در نتیجه طراحی یک مداخله آموزشی مدون به منظور ارتقاء دانش دیابتی و به دنبال آن مراقبت و مدیریت صحیح بیماری دیابت در سالمندان ضروری به نظر می رسد.

کلید واژه ها: سالمندان، دیابت نوع دو، دانش دیابتی، خودمراقبتی.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۶/۱۶

Access this article online



Website:

www.joge.ir

DOI:

[10.18869/acadpub.joge.1.3.1](https://doi.org/10.18869/acadpub.joge.1.3.1)

مقدمه

امروزه پدیده سالمندی با همه ابعاد روانی، اجتماعی، فرهنگی، اعتقادی و اقتصادی تبدیل به موضوعی جدی و چالش زا در کشورهای در حال توسعه و توسعه یافته شده است (۱). از جمله مهمترین این چالش ها افزایش شیوع بیماریهای مزمن در این گروه سنی می باشد، به طوری که تقریباً ۷۰ درصد سالمندان همزمان مبتلا به چند بیماری مزمن هستند (۲). همچنین مطالعات اخیر نشان می دهد که ۸۰ درصد سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا بوده که آنها را بیش از سایرین در معرض خطر ناتوانی و مرگ قرار می دهد (۳). در بین بیماریهای مزمن، بیماری دیابت نوع دوم متداولترین نقص عملکرد هورمونی در افراد مسن است که بروز آن در سنین بالای ۶۰ سالگی افزایش می یابد و جزء بیماریهای مزمنی است که بر روی کیفیت زندگی تأثیر می گذارد (۴). طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت بیماری دیابت یکی از شایعترین بیماریهای آندوکراین در دنیا می باشد و اپیدمی آن در حال وقوع است. پیش بینی می شود تا سال ۲۰۳۰ تعداد بیماران دیابتی به ۳۲۸ میلیون برسد که ۷۰ درصد آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می کنند (۵). این میزان با افزایش سن بیشتر می شود به طوری که بیشترین شیوع دیابت در مسن ترین گروه سنی همان جامعه گزارش می شود (۶). تقریباً ۲۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به دیابت نوع دوم هستند که ممکن است در دهه های آینده به سرعت افزایش یابد. در ایران نیز شیوع دیابت در سالمندان در مطالعات مختلف حداقل ۱۴ درصد برآورد شده است (۷-۹). دیابت پنجمین علت مرگ و میر در جوامع غربی و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک است (۱۰). علت عمده نارسایی پیشرفته کلیه، موارد جدید نابینایی و قطع اندام تحتانی غیر ترومایی است و امید به زندگی در بیماران دیابتی ۵ تا ۱۰ سال کاهش می یابد (۱۱). همچنین سومین علت اصلی منجر به مرگ ناشی از بیماری می باشد که بیشتر به علت بیماریهای قلبی عروقی می باشد (۱۲).

در این بین پیش آگهی طولانی مدت و کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت بستگی به پیشرفت و شدت عوارض مزمن دارد. یکی از مهمترین علت بروز این عوارض که زمینه ساز مرگ و میر بیماران مبتلا به دیابت می باشد، فقدان خود مراقبتی است (۱۱). خودمراقبتی را می توان توانایی های افراد، خانواده ها و جوامع به ارتقاء سلامت، پیشگیری از بیماری و حفظ سلامت و برای کنار آمدن با بیماری و ناتوانی با یا بدون حمایت یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی تعریف کرد (۱۳). مداخلات مبتنی بر خود مراقبتی در دیابت، موجب

تغییرات مثبتی در نگرش و باورها، بهبود اطلاعات بهداشتی مرتبط، توسعه مهارت های سلامتی و عملکرد در افراد می گردد (۱۴). خود مراقبتی موجب ارتقای کیفی زندگی شده و در کاهش هزینه ها موثر است، همچنین با رعایت آن از تعداد موارد بستری شدن در بیمارستان کاسته می شود (۱۵).

ولی متأسفانه خودمراقبتی در کشورهای در حال توسعه، در مراحل اولیه بوده و هنوز متخصصان مهمترین سطح از سیستم سلامت می باشند (۱۱). در واقع علی رغم اهمیت خودمراقبتی در دیابت، اجرای توصیه ها با مشکلاتی همراه می باشد به طوری که تخمین زده می شود ۵۰ درصد افراد دیابتی در مراقبت از خود دچار اشتباه می شوند (۱۲). در این بین وضعیت رعایت رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان دیابتی با مشکلات بیشتری روبروست. یکی از مهمترین مشکلات در این خصوص کم بودن سطح آگاهی آنها در خصوص بیماری و مدیریت آن می باشد. در مطالعه مینگ Ming تحت عنوان بررسی میزان رعایت خودمراقبتی بیماران دیابتی و کنترل قند خون در مالزی، نتایج حاکی از این بود که بین سن افراد و سطح آگاهی ارتباط معناداری وجود دارد و هر چه سن بیمار بالاتر باشد میزان آگاهی بیمار از نحوه خودمراقبتی کاهش می یابد (۱۶). در مطالعه رفیق Rafique و همکاران در کراچی پاکستان نیز میانگین امتیاز آگاهی واحدهای مورد پژوهش با افزایش سن کاهش یافته بود (۱۷). مطالعاتی که به بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی در دیابت پرداخته اند، نقش مهمی برای دانش دیابتی diabetic knowledge قائل شده اند. رحیمیان بوگر و همکاران در مطالعه خود دریافتند که دانش دیابتی از طریق باور به اثربخشی درمان بر خودمدیریتی دیابت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دارد (۱۸). اسچیلینگر Schillinger و همکاران در تحقیق خود عنوان کردند که دانش دیابتی رابطه بین سطح تحصیلات و کنترل HbA1c را تعدیل می کند (۱۹). نقش مثبت دانش دیابتی در اثربخشی برنامه های آموزشی دیابت نیز مشهود می باشد، چرا که در مطالعات مختلف، آموزش رفتارهای خودمراقبتی منجر به ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی گردیده است (۲۰، ۲۱).

دانش دیابتی تعیین کننده مهم سلامتی، استفاده از خدمات و هزینه های مراقبت بهداشتی است (۲۲)، که در مطالعات حوزه سالمندان کمتر مورد توجه قرار گرفته است. لذا این مطالعه ضمن شناسایی عوامل مؤثر بر مراقبت از دیابت در سالمندان دیابتی به بررسی نقش دانش دیابتی پرداخته تا بدین وسیله به طراحی برنامه های مؤثر و مداخلات کارآتر در زمینه مراقبت از دیابت کمک نموده و چشم انداز روشن تری در اختیار سیاستگذاران و برنامه ریزان حوزه

بهداشت و درمان گذارد.

روش مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی و از نوع مقطعی بود که در بین بیماران دیابتی سالمند شهر کرمان در سال ۱۳۹۴ انجام گرفت. حجم نمونه طبق فرمول و با در نظر گرفتن اطمینان آماری ۹۵٪ ($a=0.05$ و $Z_{\alpha/2} \approx 1.96$) و همچنین $P=0.05$ و خطای برآورد ۷٪ ($d=0.07$) اندازه نمونه لازم برای انجام این مطالعه نزدیک به ۲۰۰ نفر محاسبه گردید که با اعمال ضریب ۲ به عنوان Design effect، حجم نمونه به ۴۰۰ رسید. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بالای ۶۰ سال، ابتلا به بیماری دیابت نوع دوم، رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه، ایرانی بودن بود. افرادی که تمایل به همکاری نداشته و همچنین پرسشنامه‌های ناقص از مطالعه کنار گذاشته شدند. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای استفاده شد. نحوه انجام مطالعه بدین شرح بود که ابتدا پس از هماهنگی با مسئولین مرکز بهداشت شهرستان کرمان، ابتدا از بین ۱۸ مرکز بهداشتی درمانی مجری طرح مراقبت، ۱۰ مرکز به طور تصادفی از مناطق مختلف شهر کرمان (۴ منطقه شهری) انتخاب گردید. سپس در هر مرکز متناسب با حجم نمونه از بین پرونده‌ها ۴۰ سالمند دیابتی به صورت تصادفی انتخاب شدند.

جهت بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی از پرسشنامه استاندارد رفتارهای خودمراقبتی توبرت گلاسکو استفاده شد. این بخش شامل ۱۲ سوال می‌باشد که رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی را در ۵ حیطه رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، پایش قندخون، مراقبت از پاها و مصرف دارو، طی ۷ روز گذشته مورد بررسی قرار می‌دهد. بیشترین تبعیت از هر کدام از رفتارهای خودمراقبتی نمره ۷ و کمترین تبعیت نمره ۰ را به خود اختصاص داده و نمره کل هر فرد بین ۰ تا ۸۴ می‌باشد (۲۳). به منظور تعیین سطح توان خودمراقبتی، نمرات خام به دست آمده از پرسشنامه ابتدا بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید، سپس بر حسب نمرات به دست آمده توان خودمراقبتی سالمندان مورد مطالعه به سه سطح خوب (نمرات بین ۷۶ تا ۱۰۰)، متوسط (نمرات ۵۰ تا ۷۵) و ضعیف (نمرات زیر ۵۰) تقسیم بندی گردید (۲۴). در ایران نیز روایی روش کمی اعتبار محتوا و پایایی پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). در این مطالعه نیز پایایی پرسشنامه مذکور با آلفای کرونباخ ۰/۷۷ مورد تأیید بود. برای سنجش دانش دیابتی نیز از پرسشنامه محقق ساخته استفاده گردید. سؤالات پرسشنامه مذکور مبتنی بر دانستنی‌های عمومی دیابت خاص بیماران دیابتی ایران برای سنجش این متغیر می‌باشد.

جهت تعیین روایی صوری پرسشنامه از نظرات ۵ نفر از اعضای هیئت علمی و افراد صاحب نظر (متخصصین آموزش بهداشت و بیماری‌های غیر واگیر) استفاده شد. تعداد سؤالات اولیه ۲۸ سؤال بود که طبق نظر اساتید، ۸ سؤال حذف شده و پرسشنامه نهایی دارای ۲۰ سؤال می‌باشد. به جواب‌های صحیح نمره ۱ و جواب غلط نمره ۰ قرار داده شد. نمره کل هر فرد بین ۰ تا ۲۰ می‌باشد. برای تعیین ثبات درونی ۳۰ نفر تحت مطالعه مقدماتی قرار گرفتند. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۷۹ و مورد تأیید بود. نمرات خام به دست آمده از پرسشنامه دانش دیابتی نیز بر مبنای ۱۰۰ محاسبه گردید. بدین وسیله نمره دانش دیابتی واحدهای پژوهش به سه سطح بالا (نمرات بین ۷۶ تا ۱۰۰)، متوسط (نمرات ۵۰ تا ۷۵) و پایین (نمرات زیر ۵۰) تقسیم بندی گردید.

پس از مشخص شدن افراد شرکت کننده در مطالعه، تیم تحقیق به محل سکونت آنها مراجعه کرد. توضیحات کامل از سوی تیم تحقیق در زمینه اهداف و شیوه اجرای طرح به اعضاء شرکت کننده ارائه و به مشارکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی صرفاً جهت اهداف تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت و کاملاً محرمانه نزد تیم تحقیق باقی می‌ماند. در صورت جلب موافقت آنها و تکمیل فرم رضایتنامه، اطلاعات مورد نیاز بوسیله پرسشنامه جمع آوری گردید. همچنین قبل از انجام پژوهش کد اخلاق از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران کسب گردید (IR.USWR.REC.1394.180).

داده‌ها به کمک نرم افزار SPSS ۱۷ تجزیه و تحلیل گردید. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف - اسمیرنوف بررسی و مورد تأیید قرار گرفت. به منظور مقایسه نمرات خودمراقبتی و دانش دیابتی از آزمون‌های آماری تی تست و آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد. از آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه نمرات خودمراقبتی و دانش دیابتی و از آزمون رگرسیون خطی به منظور بررسی توان پیش بینی کنندگی خودمراقبتی توسط متغیر دانش دیابتی استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۷۴ پرسشنامه که به صورت صحیح تکمیل شده بود، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. بیشتر افراد در گروه سنی ۶۰ تا ۷۵ ساله (۷۱/۱٪) بودند. بیشترین فراوانی از نظر جنسیت مربوط به سالمندان زن (۶۰/۴ درصد) و از نظر وضعیت تأهل مربوط به افراد متأهل بود (۶۹/۵ درصد). از نظر تحصیلات بیشترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات ابتدایی (۳۱/۳ درصد)

و کمترین مربوط به افراد دارای تحصیلات دانشگاهی (۶/۱ درصد) بود. ۴۰/۶ درصد از سالمندان دیابتی مورد مطالعه دارای عوارض ناشی از دیابت بودند. در خصوص نحوه درمان نزدیک نیمی از افراد فقط قرص مصرف می کردند (۴۹/۵٪). بیشتر افراد مورد مطالعه وضعیت مالی خود را بین ۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان اظهار نمودند (۳۶/۱ درصد). (جدول ۱).

جدول ۱: توزیع فراوانی متغیرهای دموگرافیک در سالمندان مورد مطالعه

درصد	فراوانی	متغیر			
		سن	۶۰ تا ۷۵ سال	۷۶ تا ۹۰ سال	بالتر از ۹۰
۷۱/۱	۲۶۶	۲۰/۶	۷۷	۸/۳	۳۱
جنسیت	مرد	زن			
۳۹/۶	۱۴۹	۶۰/۴	۲۲۵		
وضعیت تأهل	متاهل	مجرد			
۶۹/۵	۲۶۰	۳۰/۵	۱۱۴		
تحصیلات	بی سواد	ابتدایی	زیر دیپلم	دیپلم	دانشگاهی
۲۸/۶	۱۰۷	۳۱/۳	۱۱۷	۲۰/۴	۷۶
		۱۳/۶	۵۱	۶/۱	۲۳
عوارض دیابت	دارد	ندارد			
۴۰/۶	۱۵۱	۵۹/۴	۲۲۳		
نوع درمان	قرص	انسولین	هر دو		
۴۹/۵	۱۸۵	۲۱/۳	۸۰	۲۹/۲	۱۰۹
درآمد (تومان)	کمتر از ۵۰۰۰۰۰	بین ۵۰۰۰۰۰ تا یک میلیون	بین یک تا دو میلیون	بالای دو میلیون	
۳۶/۱	۱۳۵	۲۹/۴	۱۱۰	۲۳/۳	۸۷
		۱۱/۲	۴۲		

در بین ابعاد رفتارهای خودمراقبتی مناسب، بالاترین میزان مربوط به مراقبت از پاها (۵۵/۹٪) و کمترین میزان مربوط به فعالیت فیزیکی می باشد (۳۱/۶٪). سطح توان خودمراقبتی بیشتر سالمندان در بین ابعاد رفتارهای خودمراقبتی مناسب، بالاترین میزان مربوط به مراقبت از پاها (۵۵/۹٪) و کمترین میزان مربوط به فعالیت فیزیکی می باشد (۳۱/۶٪). سطح توان خودمراقبتی بیشتر سالمندان در بین ابعاد رفتارهای خودمراقبتی مناسب، بالاترین میزان مربوط به مراقبت از پاها (۵۵/۹٪) و کمترین میزان مربوط به فعالیت فیزیکی می باشد (۳۱/۶٪). سطح توان خودمراقبتی بیشتر سالمندان

جدول ۲: سطح خودمراقبتی و دانش دیابتی در سالمندان دیابتی

درصد	فراوانی	متغیر			
		سطح خودمراقبتی	خوب	متوسط	ضعیف
۷/۲	۲۷	۳۱/۵	۱۱۸	۶۱/۳	۲۲۹
دانش دیابتی	بالا	متوسط	پائین		
۱۳/۶	۵۱	۲۹/۲	۱۰۹	۵۷/۲	۲۱۴

نتایج حاکی از آن بود که بین گروه سنی (F=۱۷/۲, P=۰/۰۰۳)، وضعیت تأهل (P=۰/۰۰۱, t=-۱۰/۶۷), تحصیلات (P=۰/۰۰۱, F=۲۲/۰۵), نوع درمان (P=۰/۰۰۱, F=۳۳/۳۵) و عوارض دیابت (P=۰/۰۰۱, t=-۲۳/۶)

در سالمندان مورد مطالعه با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی دار آماری وجود داشت. میانگین خودمراقبتی بر حسب جنسیت (P=۰/۱۷۸) تفاوت آماری معنی داری نشان نداد.

جدول ۳: وضعیت اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی و سطح توان خودمراقبتی در سالمندان دیابتی

متغیر	مناسب فراوانی (درصد)	نامناسب فراوانی (درصد)
رژیم غذایی	۱۸۲ (۴۸/۷)	۱۹۲ (۵۱/۳)
فعالیت فیزیکی	۱۱۸ (۳۱/۶)	۲۵۶ (۶۸/۴)
پایش قند خون	۱۳۷ (۳۵/۶)	۲۳۷ (۶۴/۴)
مراقبت از پاها	۲۰۹ (۵۵/۹)	۱۶۵ (۴۴/۱)
مصرف دارو	۲۰۱ (۵۳/۷)	۱۷۳ (۴۶/۳)

همچنین بین دانش دیابتی با نمره خودمراقبتی و ابعاد آن همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده گردید (جدول ۴). با توجه به نتایج تحلیل رگرسیونی، متغیر دانش دیابتی به عنوان تعیین

کننده رفتارهای خودمراقبتی مورد تأیید قرار گرفته و ۰/۵۷ درصد از واریانس رفتارهای خودمراقبتی توسط این فاکتور قابل توجیه است ($P < ۰/۰۰۱$).

جدول ۴: نتایج آزمون همبستگی بین ابعاد خودمراقبتی و نمره کلی خودمراقبتی با دانش دیابتی

ضریب همبستگی	خود مراقبتی / دانش دیابتی
۰/۱۵۹*	رژیم غذایی
۰/۱۹۸*	فعالیت فیزیکی
۰/۴۰۱*	پایش قند خون
۰/۲۷۶*	مراقبت از پاها
۰/۲۰۹*	مصرف دارو
۰/۴۹۴*	خودمراقبتی

*معنی داری در سطح کمتر از ۰/۰۱

بحث

هدف این مطالعه بررسی وضعیت رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان دیابتی و نقش دانش دیابتی در اتخاذ این رفتارها بود. نتایج نشان داد که بیشتر واحدهای پژوهش از توان خودمراقبتی ضعیفی برخوردار بودند. در مطالعه طباطبایی و همکاران در تهران نیز وضعیت مراقبت از دیابت در سالمندان مورد مطالعه مطلوب نبود (۲۶). در مطالعه وثوقی و همکاران در اردبیل و مطالعه بقایی در کاشان نیز نتایج خودمراقبتی بیماران دیابتی ضعیف بود (۲۵، ۲۷). ولی مطالعه عنبری و همکاران در خرم آباد بیماران مورد مطالعه از توان خودمراقبتی نیمه مطلوبی برخوردار بودند (۲۸). مطالعه Jordan و همکاران در خصوص رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی در آمریکا نتایج نشان داد که وضعیت خودمراقبتی بیماران از نظر سطح مطلوبیت در حد متوسط بوده است (۲۹). یکی از علل مهم پایین بودن توانایی خودمراقبتی در مطالعات مختلف دانش و آگاهی نسبتاً پایین بیماران در خصوص روش های مراقبت از خود می باشد. مشابه مطالعات صورت گرفته قبلی (۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۹، ۲۸) در این پژوهش نیز بیشتر افراد مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات بی سواد و یا دارای سواد ابتدایی بوده و همچنین از سطح دانش دیابتی پائینی برخوردار بودند. این موضوع می تواند منجر به توان خودمراقبتی

پایین در بیماران دیابتی گردد. همچنین رویکردهای متفاوت نسبت به مدیریت بیماری دیابت به ویژه در حیطه آموزش افراد دیابتی و وضعیت دانش دیابتی آنها در جوامع مختلف نیز می تواند از دلایل تفاوت در سطح خودمراقبتی بیماران قلمداد گردد. هر چند به نظر می رسد میزان تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی در بین بیماران دیابتی به نسبت گذشته بیشتر شده است، اما با این حال عملکرد بیماران در بیشتر ابعاد خودمراقبتی در سطح نامناسبی ارزیابی گردیده است که بایستی مورد توجه بیشتر قرار گیرد.

در بین ابعاد خودمراقبتی کمترین میزان مربوط به فعالیت فیزیکی و بیشترین مربوط به مراقبت از پاها می باشد. مشابه تحقیق ما در مطالعه عنبری و همکاران در خرم آباد (۲۸) و Jordan در آمریکا (۲۹) نیز انجام فعالیت فیزیکی کمترین نمرات خودمراقبتی را به خود اختصاص داده است. در مطالعه وزینی و براتی در همدان نیز معاینه پاها به منظور بررسی تاول یا خراش، دارای فراوانی بیشتری بود (۳۰). دلیل این شباهت می تواند ناشی از این باشد که در مدیریت بیماری دیابت بر برنامه های مراقبت از پا تأکید زیادی شده و اهمیت آن در پیش گیری یا به تأخیر انداختن عوارض مربوط به پای دیابتیک به اثبات رسیده و بیشتر مورد توجه بیماران است. از طرفی تغییر رفتارهایی مانند فعالیت بدنی به مراتب دشوار می باشد. چرا که این

آنها بالاتر بوده و همین مسئله آنها را ملزم به خودمراقبتی بیشتر می نماید. در این مطالعه همچنین میانگین رفتارهای خودمراقبتی در سالمندانی که مبتلا به عوارض دیابت نشدند حدود دو برابر افرادی است که دچار عوارض متعدد ناشی از بیماری هستند، که این یافته نشان دهنده نقش بسیار مهم خودمراقبتی در کاهش ابتلا به عوارض ناشی از دیابت می باشد.

بین دانش دیابتی با نمره خودمراقبتی و ابعاد آن همبستگی مثبت و معنی داری وجود داشت و متغیر دانش دیابتی به عنوان تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی مورد تأیید قرار گرفت. مشابه نتایج این مطالعه رحیمیان بوگر و همکاران نیز در مطالعه ای در تهران عنوان نمودند که دانش دیابتی بر خودمدیریتی دیابت تأثیر دارد (۱۸). در مطالعه اسپچیلینگر و همکاران نیز مشخص گردید که دانش دیابتی رابطه بین سطح تحصیلات و کنترل HbA1c را تعدیل می کند (۱۹). همچنین این یافته با یافته های سوسا و همکاران (۳۴) و پاسچ و همکاران (۳۵) نیز همسو می باشد. شناخت کامل از برنامه های درمانی و خودمدیریتی اساس انجام رفتار خودمراقبتی است. در نتیجه می توان استدلال کرد یکی از مهمترین مسیرهای خودمدیریتی دیابت، مسیر دانش دیابتی است (۱۸). ارتقاء آگاهی بیماران دیابتی می تواند نگرانی آنها در مورد رفتارهای مراقبت از خود را کاهش داده و منجر به عمل مناسبتر بیمار با اطمینان بالاتری می گردد. این موضوع به ویژه برای سالمندان دیابتی که دارای محدودیتهای جسمی و روانی ویژه دوران سالمندی می باشند از اهمیت بیشتری برخوردار است. دانش دیابتی در سالمندان می تواند با مداخلات آموزشی مناسب بهبود یابد.

این مطالعه با محدودیتهایی نیز همراه بوده است. از جمله اینکه داده ها به صورت خودگزارش دهی جمع آوری شده، لذا ممکن است عملکرد واقعی افراد را منعکس نکند. جمع آوری اطلاعات از این طریق همیشه روش قابل اعتمادی برای بررسی خودمراقبتی نیست، اما با توجه به این که در این مطالعه، پرسشگر عضو گروه تحقیق نبود، در نتیجه احتمال دارد که بیماران پاسخ های مناسبتری به سوالات داده باشند. از سوی دیگر به دلیل بالا بودن سن اکثر پاسخگویان و بیمار بودن آنها، مصاحبه با آنها وقت گیر بود و گاهی در بین کار به دلیل خستگی آزمودنی ها، پرسشگری با مشکل مواجه می گردید.

نتیجه گیری نهایی

این مطالعه نشان داد عواملی که بر رفتارهای خود مراقبتی در دیابت تأثیر می گذارند، عوامل چندگانه ای از متغیرهای مختلف

قبیل رفتارها تحت تأثیر فرایندهای پیچیده ای مانند شرایط بیمار، علائق فردی، فرهنگ و رسوم قرار می گیرد. متفاوت با نتایج این مطالعه در تحقیق سورانی و همکاران در قم بیشترین تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی مربوط به بعد مصرف داروی تجویز و کمترین تبعیت نیز مربوط به پایش قندخون گزارش شد (۲۵). در مطالعه Siminerio در آمریکا نیز بیماران بیشترین پیروی در خصوص وضعیت تغذیه و کمترین مربوط به پایش قند خون بود (۳۱). این تفاوت می تواند ناشی از عدم دسترسی به دستگاه اندازه گیری قند خون و یا تفاوت در ترجیحات بیماران در خصوص رفتارهای خود مراقبتی باشد.

بیشترین میانگین رفتارهای خودمراقبتی در گروه سنی ۶۰ تا ۷۵ سال بود. نتایج مطالعات مشابه نیز حاکی از این است که هر چه سن بیمار بالاتر باشد میزان خودمراقبتی کاهش می یابد (۱۷، ۱۶). این موضوع می تواند ناشی از تفاوت در سطح آگاهی و تحصیلات، همچنین مشکلات بیشتر در سنین بالاتر باشد که مدیریت بیماری دیابت را در آنها با مشکلات بیشتری مواجه می کند. میانگین رفتارهای خودمراقبتی در افراد مورد مطالعه بر حسب وضعیت تأهل دارای تفاوت آماری معنی دار بود. به نظر می رسد افراد متأهل از یک شبکه حمایتی قوی تر به همراه روابط اجتماعی و همچنین صمیمیت بیشتری برخوردارند که می تواند منجر به اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی بهتر برای سالمندان متأهل شود. همچنین افراد با تحصیلات دانشگاهی وضعیت بهتری در زمینه خودمراقبتی بیماری نسبت به سایر بیماران با تحصیلات کمتر داشتند. تحصیلات بالاتر و داشتن آگاهی کافی در مورد بیماری، عوارض و پیامدهای احتمالی آن روند خودمراقبتی را تسهیل نموده و قدرت قضاوت و تصمیم گیری برای انجام رفتارهای خود مراقبتی صحیح را افزایش دهد. بین درآمد در سالمندان مورد مطالعه با رفتارهای خودمراقبتی رابطه معنی دار آماری وجود داشت. در مطالعه داوری و همکاران در خرم آباد نیز وضعیت خودمراقبتی در بیماران با درآمد بالاتر بهتر بود (۳۲). درآمد یکی از مهمترین متغیرهایی است که بر رفتار های خود مراقبتی بیماران بسیار تأثیرگذار بوده و با این که چگونه و چه موقع به سیستم بهداشتی درمانی دسترسی می یابند ارتباط دارد (۳۳). میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران بر حسب نوع درمان نیز معنی دار بود و افرادی که فقط قرص مصرف می کردند از میانگین بالاتری برخوردار بودند. یافته های مطالعه عنبری و همکاران (۲۸) نیز نتایج مشابه را نشان می دهد. علت این مسئله احتمالاً این است که بیماران تحت درمان قرص به علت ترس از تغییر درمان به سمت مصرف انسولین و همچنین ایجاد عوارض مهلک بیماری میزان پذیرش درمان در

کیفیت زندگی در سالمندان دیابتی ایفاء می کند، لذا لازم است سیستم های بهداشتی درمانی ضمن شناسایی نیازهای مراقبتی آنها، آموزش های برنامه ریزی شده ای را به منظور ارتقای رفتارهای خودمراقبتی بیماران تدوین و اجرا نمایند. از طرفی موفقیت در اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی مناسب مستلزم داشتن دانش دیابتی کافی می باشد که بایستی مورد توجه سیاستگذاران و برنامه ریزان بهداشتی قرار بگیرد.

هستند. به نظر می رسد، غلبه بر موانع خودمراقبتی نیاز به تمرکز و مطالعه در خصوص این عوامل از قبیل خصوصیات فردی سالمندان دیابتی شامل وضعیت تأهل، سن، تحصیلات و درآمد دارد. همچنین توجه بیشتر به دانش دیابتی بیماران به عنوان یکی از عوامل مهم تعیین کننده رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان دیابتی نیز مورد تأکید است. در این بین مداخلات آموزشی مناسب می تواند دانش و آگاهی مورد نیاز برای کنترل دراز مدت بیماری را تأمین نماید. رفتارهای خودمراقبتی نقش بسیار مهم در پیشگیری از عوارض دیابت و ارتقاء

References

1. WHO. Special panel. Social development and ageing: Crisis or opportunity? Geneva: WHO;2000.
2. Eun-kyung W, Changsu H, Sangmee AJ, Min KP, Sungsoo K and et al. Morbidity and related factors among elderly people in South Korea: results from the Ansan Geriatric (AGE) cohort study. BMC Public Health. 2007; 7(10): 1-9.
3. Sharkey JR, Branch LG, Zohoori N, Giuliani C, Busby-Whitehead J, Haines PS. Inadequate nutrient intakes among homebound elderly and their correlation with individual characteristics and health-related factors. The American Journal of Clinical Nutrition. 2002; 76(6): 1435-45.
4. Deyo RA. The quality of life and research and care. Ann Int Med. 2005; 7(1): 29-33.
5. Khan AR, Al Abdul Lateef ZN, Khamseen MB, Al Aithan MA, Khan SA, Al Ibrahim I. Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional study in the Al Hasa District of Saudi Arabia. Niger J Clin Pract. 2011; 14: 52-9.
6. King H, Rewers M. Global estimates for prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in adults. WHO Ad Hoc Diabetes Reporting Group. Diabetes care. 1993; 16(1):157-77.
7. Larijani B, Abolhasani F, Mohajeri MR, Tabtabaei O. Prevalence of diabetes mellitus in Iran in 2000. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2005; 4 (3):75-83. [Persian]
8. Abolhasani F, Mohajeri MR, Tabtabaei O, Larijani B. Burden of diabetes and its complications in Iran in year 2000. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2005; 5(1):35-48. [Persian]
9. Hosseini SR, Zabihi A, Savadkahi S, Bijani A. Prevalence of chronic disease in elderly population in Amirkola (2006-2007). Journal of Babol University of Medical Sciences. 2008; 10(2):68-75. [Persian]
10. Sissil R. Endocrine and Metabolic Diseases. (Translation: Khoramnia S). Tehran: Teimorzadeh publication; 2007.

11. Delavarei AR, Mahdavei Hazavei AR, Norouzi Nejad A, Yar Ahmadei SH. Diabetes of prevention and control. Tehran: Seda Publication; 2004.
12. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH .Burnner and Suddars textbook of medical-surgical nursing. Lippincott; 2010.1144-96.
13. Webber D, Guo Z, Mann S. Self-care in health: we can define it, but should we also measure it? *SelfCare Journal*. 2013; 4(5): 101-6.
14. Marks R, Allegrante JP. Falls prevention programs for older ambulatory community dwellers: from public health research to health promotion policy. *Soz Preventivemed*. 2004; 49(3):171-8.
15. Morowatisharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Perceived self-efficacy in self-care behaviors among diabetic patients referring to Yazd Diabetes Research Center. *Birjand University of Medical Sciences*. 2008; 15(4):91-100. [Persian]
16. Ming Y, Tan J M. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycemic control. *Patient Educ Couns*. 2008; 72(2):252-67.
17. Rafique G, Azam SI, White F. Diabetes knowledge, beliefs and practices of among people with diabetes attending university hospital in Karachi, Pakistan. *Estern Mediterranean Health Journal*. 2006; 12(5): 590-59.
18. Rahimian Bougar I, Ali Besharat M, Mohajeri tehrani MR, Talepasand S. Direct and indirect impacts of knowledge about diabetes and social support on self-management of diabetes. *Contemporary Psychology*. 2011; 6(1): 37-48. [Persian]
19. Schillinger D, Barton L R, Karter AJ, Wang F, Adler N. Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Reports*. 2006; 121: 245- 54.
20. Ghotbi T, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes. *Journal of Shahid Beheshti School of Nursing & Midwifery*. 2014; 23(83): 43-50. [Persian]
21. Xu Yin, Toobert D, Savage C, Pan W, Whitmer K. Factors Influencing Diabetes Self-Management in Chinese People with Type 2 Diabetes. *Research in Nursing & Health*. 2008; 31(6): 613-25.
22. Speros C. Health literacy: Concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 50: 633-40.
23. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.
24. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). *Mod Care J*. 2012; 8 (4) :197-204. [Persian]
25. Sorani M, Taghdisi MH, Shojaei Zadeh D, Novin L, Noroozi M, Fallahi S. Predictors

- of Self-Care Behaviors of Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of Health System Research*. 2013; 8(5):814-23. [Persian]
26. Tabatabai A, peimani M, Heshmat R, Pajoochi R. The status of diabetes care in elderly diabetic clinic of Shariati Hospital. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2011; 10(2):161-9. [Persian]
 27. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajbagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes. *Feiz*. 2008; 12 (1): 88-93. [Persian]
 28. Anbari K, Ghanadi K, Kaviani M, Montazeri R. The self care and its related factors in diabetic patients of khorramabad city. *Yafteh*. 2012; 14 (4):49-57. [Persian]
 29. Jordan DN, Jordan JL. Self care behaviors of Filipino-American adult with type 2 diabetes mellitus. *J Diabetes Complication*. 2010; 24(4):250-8.
 30. vazini H, Barati M. Predicting Factors Related to Self-care Behaviors among Type 2 Diabetic Patients based on Health Belief Model. *Journal of Torbat Heydariyeh University of Medical Sciences*. 2014; 4(1): 25-16. [Persian]
 31. Siminerio LM, Piatt GA, Emerson S, Ruppert K, Saul M, Solano F, et al. Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. *Diabetes Educ*. 2006; 32(2): 253-60.
 32. Davari L, eslami A, hasanzadeh A. Evaluation of Self-care and its Relationship with Perceived Self- efficacy in Patients Type 2 Diabetes in Khorramabad City. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2015; 16 (6):402-10. [Persian]
 33. Borhaninejad V, Kazazi L, Haghi M, Chehrehnegar N. Quality of Life and Its Related Factors among Elderly with Diabetes. *Salmand*. 2016; 11 (1) :162-73. [Persian]
 34. Sousa VD, Zauszniewski JA, Musil CM , McDonald PE, Milligan SE. Testing a conceptual framework for diabetes self-care management. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2004; 18: 293-316.
 35. Paasche-Orlow M, Parker R, Gazmararian J, Nielsen- Bohlman L, Rudd R. The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20: 175-84.