

## بررسی همبستگی حمایت اجتماعی و رفتارهای خود مراقبتی پیشگیری از پای دیابتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی

محمد طاهر<sup>۱</sup>، حمید ابره‌دري<sup>۱\*</sup>، محمود کریمی<sup>۲</sup>، مریم رحمتی<sup>۱</sup>، محمد  
عطارد<sup>۲</sup>، حسین آذرپیرا<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.  
<sup>۲</sup> دکتری تخصصی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

<sup>۳</sup> دکتری تخصصی، گروه مهندسی بهداشت محیط، دانشکده بهداشت، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران.

\* نویسنده مسئول: حمید ابره‌دري، کارشناس ارشد، گروه آموزش پرستاری، دانشکده علوم پزشکی ساوه، ساوه، ایران. ایمیل: hamid\_abredari@yahoo.com

DOI: 10.21859/jech-02045

### چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۲۲

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۶

### واژگان کلیدی:

دیابت

پای دیابتی

رفتارهای خودمراقبتی

حمایت اجتماعی

سابقه و هدف: زخم پای دیابتی به عنوان یکی از مهمترین و شایع‌ترین عوارض دیابت می‌باشد. خودمراقبتی علاوه بر کاهش بستری، می‌تواند از ۸۵ درصد از مشکلات بیماران پیشگیری نماید. حمایت اجتماعی نیز به عنوان یک عامل روانی و محیطی بر خودمراقبتی بیماران مؤثر است. لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین رفتارهای خودمراقبتی این بیماران و حمایت اجتماعی از آنها انجام شده است. مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی ۱۲۰ بیمار مبتلا به پای دیابتی در یک دوره پنج ماهه به روش سرشماری از بیمارستان شهید مدرس ساوه انتخاب و وارد مطالعه شدند. اطلاعات از طریق پرسشنامه‌های جمعیت‌شناسی، نیازهای خودمراقبتی پیشگیری از پای دیابتی و حمایت اجتماعی واکس جمع‌آوری گردید. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون‌های آماری اسپیرمن، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ارتباط معنی‌داری بین خودمراقبتی و حمایت اجتماعی مشاهده شد ( $P < 0/05$ )، به این صورت که افراد با حمایت اجتماعی بالاتر خودمراقبتی بهتری داشتند. همچنین ارتباط معنی‌داری بین میزان تحصیلات و درآمد ماهیانه با رفتارهای خودمراقبتی و نیز بین میزان تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه و وضعیت تأهل با حمایت اجتماعی افراد دیده شد ( $P < 0/01$ ).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی افراد باشد و با در نظر گرفتن آن در برنامه‌های آموزشی، درمانی و مراقبتی، می‌توان با بهبود وضعیت خودمراقبتی، علاوه بر کاهش هزینه‌های اقتصادی، کیفیت زندگی بیماران را نیز بهبود بخشید.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

### مقدمه

دیابت را به خود اختصاص داده است و می‌تواند سالانه منجر به حدود یک میلیون آمپوتاسیون در جهان شود [۵]. همچنین بیماران دیابتی با سابقه زخم پا در مقایسه با سایر بیماران بدون سابقه زخم پا، حدود ۴۷ درصد ریسک مرگ و میر بالاتری دارند و نیز پس از آمپوتاسیون اول میزان مرگ و میر سالانه حدود ۵۰ درصد و ۵ سالانه حدود ۷۶ درصد می‌باشد [۶]. طبق بررسی‌های موجود مهمترین علل زمینه ساز مرگ و میر بیماران دیابتی و ابتلا به عوارض مزمن آن از جمله زخم پای دیابتی عدم انجام خودمراقبتی است [۷]. خودمراقبتی در دیابت یکی از مهم‌ترین راهکارهای اساسی جهت کنترل بیماری محسوب می‌شود و می‌تواند علاوه بر کاهش بستری مجدد این بیماران، از ۸۵ درصد این مشکلات پیشگیری کند [۸]. مطالعات قبلی نشان داده که حمایت اجتماعی پایین از جانب

امروزه دیابت با بیش از ۳۸۰ میلیون مبتلا در جهان [۱] و حدود ۷/۷ درصد ابتلا در ایران و تحمیل هزینه‌های فراوان بر سیستم درمانی مورد توجه فراوان است، به طوری که کل هزینه‌هایی که در دنیا صرف این بیماری می‌شود، بیش از ۱۷۴ بلیون دلار در سال تخمین زده شده است. در ایران نیز طبق آمار اداره کل مراقبت و پیشگیری از بیماری‌ها و بر اساس تعرفه‌های وزارتی سالانه حدود ۱۲۳ میلیارد تومان صرف هزینه‌های مستقیم دیابت می‌شود [۲]. یکی از عوامل اصلی هزینه‌های مستقیم آن، هزینه بستری به علت درمان عوارض مزمن است [۳] که در این بین زخم پای دیابتی به عنوان یکی از شایع‌ترین عوارض دیابت و شایع‌ترین علت بستری این بیماران [۴] علاوه بر اینکه بیشترین هزینه بیمارستانی ناشی از

دوستان و دیگران می‌تواند روی وضعیت سلامتی تأثیرگذار باشد و سطوح بالای حمایت اجتماعی نیز با سطوح بالاتر فیزیکی و روانی همراه است [۹]. همچنین بین حمایت اجتماعی، به عنوان یک عامل محیطی و روانی با رفتارهای خودمراقبتی [۱۰] و تبعیت از رژیم درمانی بیماران [۱۱] ارتباط وجود دارد. حمایت اجتماعی به احساس پذیرش توسط دیگران (بعد عاطفی) [۱۲] و نیز میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد تعبیر شده است [۱۳]. بسیاری از محققان معتقدند که دیابت متعلق به فرد و خانواده وی است [۱۴] و می‌تواند همه اعضای خانواده را تحت تأثیر قرار دهد، به طوری که حمایت خانواده به عنوان یک جزء حیاتی بر کنترل موفق دیابت و قوی‌ترین فاکتور تعیین کننده پیروی از رژیم درمانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بیان شده است [۱۵]. مطالعات بسیار کمی درباره نقش حمایت اجتماعی در رفتارهای خودمراقبتی از پای دیابتی انجام شده است. لذا این پژوهش با هدف بررسی ارتباط بین حمایت اجتماعی و رفتارهای خودمراقبتی پیشگیری از پای دیابتی در این بیماران انجام گردید، تا با تقویت آن بتوان علاوه بر کاهش موارد زخم پای دیابتی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران، بار اقتصادی آن را بر جامعه و خانواده کاهش داد.

### مواد و روش‌ها

در این مطالعه توصیفی همبستگی، تمامی ۱۳۶ بیمار مبتلا به زخم پای دیابتی به روش سرشماری در یک دوره پنج ماهه (اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۴) از بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان شهید مدرس ساوه انتخاب و وارد مطالعه شدند که ۶ بیمار به دلیل عدم رضایت از مطالعه انصراف دادند. شرکت کنندگان در این پژوهش می‌بایست تشخیص دیابت نوع یک و یا دو برای آنها قطعی شده بوده و نیز درجاتی از زخم پای فعال، یا سابقه زخم پای دیابتی و یا عوامل خطر ابتلا به پای دیابتی از قبیل نوروپاتی‌های حسی، حرکتی و یا هر دو، پینه و بدشکلی‌های مفصلی را دارا می‌بودند. پژوهش حاضر مصوب معاونت پژوهشی و کمیته اخلاق دانشکده علوم پزشکی ساوه (کد اخلاق IR.SAVEHUMS.REC.1393.5) بوده و در زمان اجرای مطالعه نیز موافقت کتبی از مسئولین بیمارستان مدرس کسب گردید. پژوهشگر با حضور در محیط‌های پژوهشی، پس از معرفی خود و توضیح عنوان و هدف از انجام پژوهش به بیماران، در صورت واجد شرایط بودن با اخذ رضایتنامه کتبی بیمار را وارد پژوهش می‌کرد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل سه بخش، اطلاعات

جمعیت‌شناختی، پرسشنامه نیازهای خودمراقبتی پیشگیری از پای دیابتی و پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی مشتمل مشخصات فردی از قبیل سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد ماهیانه، نوع دیابت، مدت ابتلا، نوع رژیم درمانی و آخرین قند خون ناشتا بود. همچنین برای بررسی نیازهای خودمراقبتی نیز از پرسشنامه بررسی نیازهای خودمراقبتی پیشگیری از پای دیابتی که توسط میرزایی و همکاران [۱۶] طراحی شده بود استفاده گردید. این پرسشنامه حاوی ۴۳ سؤال در پنج زیرمقیاس پذیرش مفهوم خود و یادگیری زندگی همراه با بیماری حاوی ۱۱ سؤال، کسب آگاهی و توجه به تأثیرات و نتایج بیماری حاوی ۸ سؤال، انجام مؤثر اعمال درمان و پیشگیری برای جبران ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی حاوی ۱۲ سؤال، تطابق اولیه با بیماری حاوی ۳ سؤال و جستجوی کمک‌های طبی و همکاری با گروه درمان حاوی ۹ سؤال بود. جواب‌ها به صورت بله، گاهی اوقات و خیر بوده و به ترتیب نمرات ۲، ۱ و ۰ برای آنها لحاظ گردیده و امتیاز خودمراقبتی هر فرد حاصل مجموع امتیازات کسب شده در تمامی سؤالات پرسشنامه بود و بیماران برحسب امتیاز خودمراقبتی در ۴ گروه ضعیف، متوسط، خوب و عالی قرار گرفتند. با توجه به اینکه حداقل و حداکثر نمره پرسشنامه خود مراقبتی بین ۰ تا ۸۶ بود، نمرات بین ۰ تا ۲۰ به عنوان خودمراقبتی ضعیف، نمرات بین ۲۰ تا ۴۰ خودمراقبتی متوسط، نمرات بین ۴۰ تا ۶۰ خودمراقبتی خوب و بالای ۶۰ خود مراقبتی عالی در نظر گرفته شد. در این پژوهش جهت تعیین پایایی ابزارها از تعیین همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) استفاده شد و حداقل میزان آلفای کرونباخ نیز برای پذیرش عبارات ۰/۷۰ در نظر گرفته شد که این میزان برای زیر مقیاس‌های پذیرش مفهوم خود و یادگیری زندگی همراه با بیماری، کسب آگاهی و توجه به تأثیرات و نتایج بیماری، انجام مؤثر اعمال درمان و پیشگیری برای جبران ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی، تطابق اولیه با بیماری و جستجوی کمک‌های طبی و همکاری با گروه درمان به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۲، ۰/۸۸، ۰/۸۵ و ۰/۷۹ و برای کل ابزار ۰/۹۲ بدست آمد. در آزمون مجدد نیز ضریب همبستگی پاسخ‌ها برای کل ابزار ۰/۹۷ و برای هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۹۸، ۰/۹۸، ۰/۹۳ و ۰/۷۵ برآورد گردید.

پرسشنامه حمایت اجتماعی واکس در سال ۱۹۸۶ ساخته شده و مشتمل بر ۲۳ سؤال در سه زیر مقیاس حمایت خانواده با ۸ سؤال، حمایت دوستان با ۷ سؤال و حمایت دیگران با

جدول ۱: ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان در مطالعه (n = ۱۳۰)

متغیرها	تعداد	درصد
<b>جنس</b>		
مرد	۵۴	۴۱/۵
زن	۷۶	۵۸/۵
<b>سطح تحصیلات</b>		
بیسواد	۱۶	۱۲/۳
ابتدایی	۲۶	۲۰
راهنمایی	۱۱	۸/۵
دبیرستان	۴۷	۳۶/۱
دانشگاهی	۳۰	۲۳/۱
<b>وضعیت تأهل</b>		
مجرد	۲۳	۱۷/۷
متأهل	۹۱	۷۰
همسر جدا شده	۴	۳/۱
همسر فوت شده	۱۲	۹/۲
<b>شغل</b>		
خانه دار	۴۲	۳۲/۲
کارمند	۱۸	۱۳/۷
شغل آزاد	۳۱	۲۳/۹
بازنشسته	۲۲	۱۶/۹۲
بیکار	۱۷	۱۳/۱
<b>درآمد ماهیانه خانواده</b>		
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	۲۳	۱۷/۷
۵۰۰ هزار تا یک میلیون تومان	۴۵	۳۴/۶
یک تا یک میلیون و پانصد هزار تومان	۴۰	۳۰/۸
بیش از یک میلیون و پانصد هزار تومان	۲۲	۱۶/۹
مدت ابتلا به دیابت سال		۱۵/۳ ± ۶/۳
میانگین سنی		۵۸/۶ ± ۱۲/۴

۸ سؤال است. پاسخ سؤالات پرسشنامه به صورت بله و خیر بوده و امتیاز حاصل از نمرات در سه گروه ضعیف، متوسط، و خوب قرار می‌گرفت. به این ترتیب که افراد با نمرات زیر ۵۰ درصد در گروه ضعیف، نمرات بین ۵۰-۷۵ درصد در گروه متوسط و بالای ۷۵ درصد در گروه خوب طبقه بندی می‌شدند. روایی و پایایی این پرسشنامه در مطالعات گذشته در کشور گزارش شده است [۱۷]. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS و آزمون‌های آماری اسپیرمن، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده شد. سطح معنی‌داری در همه آزمون‌ها کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده بود.

### یافته‌ها

جدول ۱ مشخصات فردی و جمعیت‌شناختی شرکت کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد. اکثریت شرکت کنندگان در این مطالعه، مبتلا به دیابت نوع دو (۹۳ درصد)، خانم‌ها (۵۸/۵ درصد)، افراد متأهل (۷۰ درصد)، خانه‌دار (۳۲/۲ درصد)، افراد با تحصیلات دبیرستانی (۳۶/۱ درصد) و با درآمد ماهیانه بین ۵۰۰ هزار تومان تا یک میلیون تومان (۳۴/۶ درصد) تشکیل می‌دادند. همچنین دامنه سنی بیماران شرکت کننده در پژوهش بین ۳۲ تا ۷۶ سال با میانگین سنی  $58.6 \pm 12.4$  بود و میانگین مدت ابتلا به دیابت  $15.3 \pm 6.3$  سال گزارش گردید.

جدول ۲ وضعیت خودمراقبتی از پا و حمایت اجتماعی را در این بیماران نشان می‌دهد. اکثریت بیماران (۴۱/۵ درصد) از نظر خود مراقبتی اختصاصی پیشگیری کننده از زخم پا در سطح ضعیف قرار داشتند. همچنین در مجموع حدود ۷۳/۸ درصد شرکت کنندگان در پژوهش دارای امتیاز خودمراقبتی در سطح ضعیف و متوسط بوده و تنها ۶/۲ درصد یعنی حدود ۸ نفر دارای خودمراقبتی عالی بودند. از نظر حمایت اجتماعی نیز اکثر بیماران (۴۷/۷ درصد) در سطح متوسط قرار داشتند.

جدول ۲: توزیع فراوانی نمرات خودمراقبتی و حمایت اجتماعی شرکت کنندگان در پژوهش (n = ۱۳۰)

متغیرها	میانگین ± انحراف معیار	ضعیف	متوسط	خوب	عالی
خود مراقبتی	۳۵/۶ ± ۲۳/۳	۵۴ (۴۱/۵)	۴۲ (۳۲/۳)	۲۶ (۲۰)	۸ (۶/۲)
حمایت اجتماعی	۱۵/۴ ± ۵/۲	۴۱ (۳۱/۵)	۶۲ (۴۷/۷)	۲۷ (۲۰/۸)	-

مطالعات مختلفی حمایت اجتماعی را در سلامتی و رفتارهای خودمراقبتی مؤثر دانسته‌اند که با یافته‌های این پژوهش همسو است [۱۸]. برخی مطالعات نیز نشان دادند که بین حمایت اجتماعی و پیروی از رژیم درمانی در بیماران دیابتی [۱۱]، در بیماران مبتلا به فشار خون [۱۹] و بیماران مبتلا به ایدز [۲۰] ارتباط وجود دارد. همچنین Glasgow و همکاران حمایت خانواده را قوی‌ترین فاکتور تعیین‌کننده در پیروی از رژیم درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌دانند [۱۵] و افرادی که از میزان بالاتر حمایت اجتماعی از جانب همسر و اطرافیان دریافت کرده باشند، به پیروی از رفتارهای خودمراقبتی وفادارتر خواهند بود [۲۱]. شریفی‌راد و همکاران یکی از موانع رعایت رژیم غذایی از سوی بیماران را عدم حمایت اجتماعی و خانوادگی می‌دانند [۲۲]. در برخی مطالعات نیز تأثیر حمایت اجتماعی دریافتی از سوی خانواده بر سطح هموگلوبین گلیکوزیله بررسی شده است که در این موارد کنترل مناسب‌تر قند خون [۲۳] و سطوح مطلوب‌تر هموگلوبین گلیکوزیله [۱۵] در بیماران با حمایت اجتماعی بالاتر گزارش شده است.

در این پژوهش همچنین مشخص شد که خودمراقبتی از پا در بیماران دیابتی وضعیت مطلوبی ندارد و اکثر نمونه‌ها (حدود ۷۳ درصد) خودمراقبتی در سطح ضعیف و متوسطی را گزارش کرده‌اند و تنها ۶ درصد وضعیت عالی داشتند. این یافته‌ها با پژوهش‌های انجام شده نیز همسو است [۲۴]. جهانلو و همکاران نیز بیان کردند که تنها ۲۷ درصد از بیماران دیابتی از رفتارهای تغذیه‌ای توصیه شده تبعیت می‌کنند [۲۵]. همچنین سلمانی و حسینی نیز رفتارهای خودمراقبتی را در ۶۰ درصد افراد متوسط و تنها در ۱۵ درصد خوب گزارش کرده‌اند [۲۶]. از پنج زیرمقیاس خودمراقبتی از پا نیز، کمترین امتیاز در زیرمقیاس انجام مؤثر اعمال درمان و پیشگیری برای جبران ناتوانی‌ها و تنظیم عملکرد فردی حاصل شد که نشان می‌دهد مراقبت‌های عملی در این بیماران بسیار ضعیف است. اکثر شرکت‌کنندگان در این پژوهش (۴۷ درصد) از حمایت اجتماعی متوسط و نیز ۳۱ درصد از حمایت اجتماعی ضعیف برخوردار بودند که با یافته‌های برخی پژوهش‌ها در این زمینه همخوانی دارد [۲۷].

در بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی مشخص شد که حمایت اجتماعی با میزان تحصیلات، وضعیت تأهل و میزان درآمد ماهیانه ارتباط معنی‌دار دارد؛ به این صورت که با افزایش میزان تحصیلات و میزان درآمد ماهیانه حمایت اجتماعی افراد بالاتر می‌رود و نیز افراد متأهل نسبت به سایرین از حمایت اجتماعی بهتری برخوردار بودند که با

جدول ۳ بیانگر ضرایب همبستگی بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودمراقبتی است که نشان می‌دهد بین تمام مؤلفه‌های حمایت اجتماعی و خودمراقبتی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود دارد ( $P < 0/05$ ). در این پژوهش بین سطح تحصیلات و میزان درآمد ماهیانه با وضعیت خودمراقبتی آنها ارتباط معنی‌دار دیده شد ( $P < 0/01$ )؛ به این صورت که افراد با تحصیلات بالاتر نسبت به افراد با تحصیلات پایین‌تر و همچنین افراد با درآمد ماهیانه بالاتر نسبت به افراد با درآمد ماهیانه پایین‌تر امتیاز خودمراقبتی بالاتری را کسب کرده‌اند. خودمراقبتی در زنان بهتر از مردان گزارش شده گردید و نیز با افزایش سن و مدت ابتلا به دیابت وضعیت خودمراقبتی افراد کاهش می‌یافت، اما در هیچ یک از این موارد ارتباط معنی‌دار نبود ( $P > 0/05$ ). بین متغیرهای سطح تحصیلات، میزان درآمد ماهیانه و وضعیت تأهل با حمایت اجتماعی نیز ارتباط معنی‌داری مشاهده گردید ( $P < 0/05$ ).

متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱ خودمراقبتی	۱			
۲ حمایت دیگران	۰/۱۹۸**	۱		
۳ حمایت دوستان	۰/۲۵۶**	۰/۳۱۵**	۱	
۴ حمایت خانواده	۰/۱۳۵**	۰/۳۲۷**	۰/۴۹۷**	۱

\*\* سطح معنی داری کمتر از ۰/۰۵ می باشد.

## بحث

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان می‌دهد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش را زنان و با متوسط مدت ابتلا به دیابت حدود ۱۵ سال تشکیل می‌دهند که این یافته‌ها با توجه به شیوع بالاتر دیابت در زنان و نیز بروز زخم پای دیابتی در افراد با مدت ابتلای بالاتر به دیابت قابل پیش‌بینی بود. نتایج این پژوهش نشان داد که بین خودمراقبتی از پا و حمایت اجتماعی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی ارتباط مستقیم و معنی‌دار وجود دارد، به طوری که بیماران با حمایت اجتماعی بالاتر رفتارهای خودمراقبتی بهتری را گزارش کردند. بنابراین حمایت اجتماعی و به ویژه حمایت خانواده می‌تواند یک جزء حیاتی در کنترل موفق دیابت باشد. Idalski و همکاران گزارش کردند که حمایت اجتماعی به طور مستقیم در کنترل و بهبود رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نقش دارد [۱۰].

و هزینه‌بر این بیماری توجه و در برنامه‌های آموزشی آنها نحوه مراقبت‌های اختصاصی و عملی از پا نیز گنجانده شود. حمایت اجتماعی افراد می‌تواند به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر ارتقاء رفتاری‌های خودمراقبتی در این بیماران شناخته شود که پرستاران و دیگر ارائه دهندگان مراقبت‌های سلامت می‌توانند با در نظر گرفتن این موضوع، در برنامه‌های آموزشی خود بر نقش حمایتی خانواده‌ها نیز نگاه ویژه داشته و آنها را نیز در برنامه‌های درمانی بیماران مشارکت دهند تا با تقویت حمایت‌های اجتماعی افراد گام مهمی در جهت بهبود رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی این بیماران بردارند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش سرشماری در جمع آوری نمونه‌ها اشاره کرد که با توجه به حجم محدود نمونه‌ها تیم تحقیق ناگزیر به استفاده از این روش گردید.

### نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که متغیر حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یکی از فاکتورهای تأثیرگذار بر رفتارهای خودمراقبتی افراد باشد و با در نظر گرفتن آن در برنامه‌های آموزشی، درمانی و مراقبتی، می‌توان با بهبود وضعیت خودمراقبتی، علاوه بر کاهش هزینه‌های اقتصادی آن، کیفیت زندگی آنها را نیز بهبود بخشید. توصیه می‌شود محققین بعدی در کشور، متغیر حمایت اجتماعی را در طیف گسترده‌تری از بیماران و در مناطق دیگر کشور بر کیفیت زندگی بیماران ارزیابی نمایند.

### تشکر و قدردانی

ضمن تقدیر و تشکر از حوزه معاونت پژوهشی دانشکده علوم پزشکی ساوه در تأمین مالی این مطالعه، نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از ریاست و کلیه کارکنان بیمارستان مدرس، دانشکده علوم پزشکی ساوه اعلام نمایند. همچنین لازم است نویسندگان مقاله مراتب سپاس خود را از کلیه عزیزان شرکت کننده در این طرح اعلام نمایند.

### REFERENCES

- Guariguata L, Whiting DR, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw JE. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract.* 2014;103(2):137-49. DOI: 10.1016/j.diabres.2013.11.002 PMID: 24630390
- Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and Self-Management of Diabetes. *Clin Diabet.* 2004;22(3):123-7. DOI: 10.2337/dia-clin.22.3.123
- Mofid A, Yazdani H, Dulabi SA, Zandieh S. [Lower limb amputation rate in diabetic foot patients: a five year study]. *Tehran Univ Med J.* 2008;65(13):38-41.
- Zareban I, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F, Shamsi M, Karimy M. Effective intervention of self-care on glycaemia control in patients with type 2 diabetes. *Iran Red Crescent Med J.* 2014;16(12):e8311. DOI: 10.5812/ircmj.8311 PMID: 25763251
- Viswanathan V, Rao VN. Managing diabetic foot infection in India. *Int J Low Extrem Wounds.* 2013;12(2):158-66. DOI: 10.1177/1534734613486153 PMID: 23667101
- Larijani B, Forouzandeh F. Diabetic foot disorders. *J Diabetes Metabol Disord.* 2003;2(2):44.
- Zareban I, Karimy M, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F. The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. *J Educ Health Promot.* 2014;3:123. DOI: 10.4103/2277-9531.145935 PMID: 25540796
- Spenceley SM, Williams BA. Self-care from the perspective of people living with diabetes. *Can J Nurs Res.* 2006;38(3):124-45. PMID: 17037117
- 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):e61586. DOI: 10.1371/journal.pone.0061586 PMID: 23637862



10. Idalski Carcone A, Ellis DA, Weisz A, Naar-King S. Social support for diabetes illness management: supporting adolescents and caregivers. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;**32**(8):581-90. DOI: [10.1097/DBP.0b013e-31822c1a27](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e-31822c1a27) PMID: [21904213](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21904213/)
11. Aalto AM, Uutela A. Glycemic control, self-care behaviors, and psychosocial factors among insulin treated diabetics: a test of an extended health belief model. *Int J Behav Med*. 1997;**4**(3):191-214. DOI: [10.1207/s15327558ijbm0403\\_1](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0403_1) PMID: [16250728](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16250728/)
12. von Kanel R. Psychosocial stress and cardiovascular risk : current opinion. *Swiss Med Wkly*. 2012;**142**:w13502. DOI: [10.4414/smw.2012.13502](https://doi.org/10.4414/smw.2012.13502) PMID: [22271452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22271452/)
13. Adams MH, Bowden AG, Humphrey DS, McAdams L. Social support and health promotion lifestyles of rural women. *Online J Rural Nurs Health Care*. 2000;**1**(1):28-40.
14. Heisler M. Helping your patients with chronic disease: Effective physician approaches to support self-management. *Hosp Physician*. 2005;**41**(8):45.
15. Glasgow RE, Wagner EH, Kaplan RM, Vinicor F, Smith L, Norman J. If diabetes is a public health problem, why not treat it as one? A population-based approach to chronic illness. *Ann Behav Med*. 1999;**21**(2):159-70. PMID: [10499137](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10499137/)
16. Eshgh Z, Mirzaei S, Alavi Majd H, Saeedi Z. [Development and validation of self-care requisites assessment]. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery*. 2012;**21**(75z).
17. Vaux A, Riedel S, Stewart D. Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *America J Commun Psychol*. 1987;**15**(2):209-32. DOI: [10.1007/bf00919279](https://doi.org/10.1007/bf00919279)
18. Rambod M, Rafii F. [Perceived social support and quality of life in Iranian hemodialysis patients]. *J Nurs Scholarsh*. 2010;**42**(3):242-9. DOI: [10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2010.01353.x) PMID: [20738734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20738734/)
19. Taher M, Abredari H, Karimy M, Abedi A, Shamsizadeh M. The Relation Between Social Support and Adherence to the [Treatment of Hypertension]. *J Edu Commun Health*. 2014;**1**(3):63-9. DOI: [10.20286/jech-010348](https://doi.org/10.20286/jech-010348)
20. Gleeson-Kreig J, Bernal H, Woolley S. The role of social support and negative affect in medication adherence for HIV-infected men who have sex with men. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2012;**23**(5):388-96. DOI: [10.1016/j.jana.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.jana.2011.09.004) PMID: [22209470](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22209470/)
21. Woodward EN, Bernal H, Woolley S. The role of social support in the self-management of diabetes mellitus among a Hispanic population. *Public Health Nurs*. 2002;**19**(3):215-22. PMID: [11967108](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11967108/)
22. Sharifrad Gh, Entezari M, Kamran A, Azadbakhat L. [Effectiveness of nutrition education to patients with type 2 diabetes: The health belief model]. *Iran J Diabetes Lipid Disord*. 2009;**7**(4):379-86.
23. Heydari S, Noori Tajer M, Hoseini F, Inanloo M, Golgiri F, Shirazi F. [Family Support and Diabetic Type-2 Glycemic Control]. *Salmand*. 2008;**3**(2):573-80.
24. Aghamohammadi M. [The effect of education on foot care in diabetic patients]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2005;**5**(3):209-12.
25. Jahanloo A, Ghofranipour F, Vafaei M, Kimiagar M, Heydarnia A, Sobhani A. [Health Belief Model constructs measured with HbA1c in diabetic patients with good control and poor]. *J Hormozgan Univ Med Sci*. 2008;**12**(2):37-42.
26. Salmani N, Hosseini V. [Foot self-care in diabetic patients]. *Iran J Diabetes Obes*. 2010;**2**(2):37-40.
27. Salehi K, Mahmodifar Y. [Relationship between social support and depression, anxiety in Hemodialysis patients]. *Iran J Nurs Res*. 2014;**9**(1):33-9.

## The Assessment of Social Support and Self-Care Requisites for Preventing Diabetic Foot Ulcer in Diabetic Foot Patients

Mohammad Taher (MSc)<sup>1</sup>, Hamid Abredari (MSc)<sup>1,\*</sup>, Mahmood Karimy (PhD)<sup>2</sup>, Marim Rahmati (MSc)<sup>1</sup>, Mohammad Atarod (PhD)<sup>2</sup>, Hossein Azarpira<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Nursing, School of Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

<sup>2</sup> Department of Public Health, School of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran

<sup>3</sup> Department of Environmental Health Engineering, School of Health, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran.

\* Corresponding author: Hamid Abredari, Department of Nursing, School of Nursing, Saveh University of Medical Sciences, Saveh, Iran. E-mail: hamid\_abredari@yahoo.com

DOI: 10.21859/jech-02045

Received: 13.12.2015

Accepted: 16.03.2016

### Keywords:

Diabetes Mellitus

Diabetic Foot

Self-Care Behavior

Social Support

### How to Cite this Article:

Taher M, Abredari H, Karimy M, Rahmati M, Atarod M, Azarpira H. The assessment of Social Support and Self-Care Requisites for Preventing Diabetic Foot Ulcer in Diabetic Foot Patients. *J Educ Community Health*. 2016;2(4):34-40. DOI: 10.21859/jech-02045

### Abstract

**Background and Objectives:** Diabetic foot as one of the most common complications of diabetes is involved in more than %25 of diabetic patients' lives, and if not treated properly can lead to amputation up to %20. The lack of self-care is the underlying cause of mortality, morbidity and chronic complications of diabetes. Identification and rectifying of diabetic foot care needs of patients can additionally reduce readmission; also, %85 of diabetic foot problems can be prevented.

**Materials and Methods:** In this descriptive study, 130 patients with diabetic foot from Shahid Modarres hospital were selected using census method. Data in forms of demographic questionnaire, self-care requisites assessment tool for preventing diabetic foot ulcer, and Social Support Behavior Scale were completed by patients and then were collected. Data were analyzed by SPSS version 16.

**Results:** In this study, a significant relationship was found between self-care and social support ( $P < 0.05$ ). This means that people with better social support reported better self-care than those with weaker social support. A significant relationship in level of education and monthly income with self-care was seen, as well as in level of education, monthly income and marital status with social support ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The results showed that social support can be considered as an effective factor in individual self-care behaviors, and with regard to this factor in educational, treatment and care programs of patients, can improve their self-care, in addition to decreasing economic costs, and improve their qualities of lives as well.