مقایسه حیطه‌های روانی مشکل‌ساز برای دیابت سالمندان دیابتی ساکن در سرای سالمندان کهریزک و ساکنان خانه شهر تهران

(مقاله پژوهشی)

رؤیا قاسم‌زاده[۱]، *هما ناصح[۲]، محمد کمالی[۳]، عباس رحیمی فروشانی[۴]، سیدمسعود ارزاقی[۵]، علی‌اصغر ارسطو[۶]

چکیده:

هدف: با توجه به افزایش میزان دیابت و رشد سالمندی در کشور، هدف این تحقیق، بررسی و مقایسهٔ حیطه‌های مشکل‌ساز ناشی از دیابت برای سالمندان دیابتی ساکن در سرای سالمندان و سالمندان ساکن در خانه بوده است.

روش بررسی: این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده و دربارهٔ سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان و ساکن شهر تهران صورت گرفته یاست. از هر گروه، ۹۳ نفر را به‌صورت تصادفی انتخاب کردیم و آزمایش را با رضایت آنان انجام دادیم. برای این مطالعه، پرسش‌نامهٔ PAID با α=۰/۹۴ و پایایی ۰/۸۸ را استفاده کردیم و با آزمون‌های کولموگراف و تی مستقل و آنوا، در نرم‌افزار SPSS، آنالیز آماری را انجام دادیم.

یافته‌ها: آزمون در حیطه‌های روانی مدیریت دیابت و مشکلات مرتبط با افسردگی، اختلاف معناداری را نشان می‌دهد (P<۰/۰۱). در این دو حیطه، ساکنان خانهٔ سالمندان و در هر دو گروه، نمرات مردان وضعیت بهتری را نشان می‌دهد.

نتیجه‌گیری: برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان دیابتی، باید علاوه بر جنبه‌های درمانی، سایر جنبه‌های مرتبط با بیماری نیز در نظر گرفته شود. توجه به مسائل عاطفی ساکنان سرای سالمندان و مشکلات مراقبتی ساکنان خانه از جملهٔ این جنبه‌هاست.

کلیدواژه‌ها: تهران، دیابت، سالمند، سرای سالمندان.

تاریخ دریافت: ۹۱/۰۴/۰۴ تاریخ پذیرش: ۹۲/۰۹/۰۴

۱. کارشناس‌ارشد مدیریت توان‌بخشی، مربی دانشکدهٔ توانبخشی دانشگاه علوم‌پزشکی اهواز
۲. کارشناسی ارشد مدیریت توان‌بخشی، دانشکدهٔ توانبخشی دانشگاه علوم‌پزشکی اهواز (نویسندهٔ مسئول)
۳. دکترای آموزش بهداشت، دانشیار دانشکدهٔ توان‌بخشی دانشگاه علوم‌پزشکی تهران
۴. دکترای آمار، دانشیار دانشکدهٔ بهداشت دانشگاه علوم‌پزشکی ایران
۵. متخصص روان‌پزشکی، مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه علوم‌پزشکی ایران
۶. دکترای فیزیوتراپی، استادیار دانشکدهٔ توان‌بخشی دانشگاه علوم‌پزشکی اهواز

* آدرس نویسندهٔ مسئول: اهواز، دانشگاه علوم‌پزشکی، دانشکدهٔ توان‌بخشی، گروه مدیریت توان‌بخشی.
* تلفن: ۹۱۷۷۴۲۱۸۹۹ ۹۸+
* رایانامه: nasseh2002@yahoo.com

مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که بر کیفیت زندگی بیمار و خانوادهٔ وی تأثیر بسیار می‌گذارد(۱-۲). بیماران مبتلا به دیابت به مراقبت‌های بسیاری، از جمله کنترل قند خون، کنترل وزن، کنترل رژیم غذایی و مصرف دارو نیاز دارند(۳). از دیگر جنبه‌های تأثیرگذار دیابت، جنبه‌های روان‌شناختی آن است(۴). در مطالعات گوناگون معلوم شده است که کنترل نامناسب قند خون سبب بروز مشکلات روانی، از جمله افسردگی و اضطراب می‌شود(۵-۶). بنابراین، بررسی این بُعد از مشکلات ناشی از دیابت، در این بیماران اهمیت خاصی دارد.

مراقبت از دیابت در سالمندان، به‌علت مشکلات بسیاری، مانند بیماری‌های زمینه‌ای یا ناتوانی جسمی، مشکل است. مهم‌ترین مسئله‌ای که در تأمین نیازهای جسمانی و روانی سالمندان تأثیر بسزایی می‌گذارد، چگونگی مراقبت از آنان است. براساس تحقیقات متعدد، سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانوادهٔ خود زندگی می‌کنند، در برابر ابتلا به بیماری‌های جسمانی و روانی مستعدترند(۷). همچنین مشخص شده است که بین احساس تنهایی سالمندان و سلامت جسمانی و روانی آنان رابطه‌ای منفی وجود دارد و این احساس تنهایی در سالمندان ساکن سرای سالمندان بیشتر است(۸). با وجود این بررسی‌ها، مشخص شده است که امروزه با وجود پیشرفت علم پزشکی و ظهور گرایش‌های تخصصی سالمندشناسی، همچنان بسیاری از ابعاد شخصیتی و روانی سالمندان ناشناخته مانده و بسیاری از مسائل روانی و مشکلات جسمی‌شان حل نشده باقی مانده است(۹).

در سال‌های اخیر، با افزایش میزان دیابت و جمعیت سالمندی در ایران، نیاز به برنامه‌ریزی برای تمام جنبه‌های جسمانی و روانی و ... این قشر از جامعه محسوس است(۱۰-۱۱). افزون بر این، مهم‌ترین مسئله‌ای که در تأمین نیازهای جسمانی و روانی

سالمندان تأثیر بسزایی می‌گذارد، چگونگی مراقبت از آن‌هاست. در تحقیقات بسیاری مشخص شده است سالمندانی که تنها زندگی می‌کنند، در مقایسه با سالمندانی که با اعضای خانوادهٔ خود زندگی می‌کنند، در برابر ابتلا به بیماری‌های جسمی و روانی مستعدتر هستند(۷و۱۲). این نیاز به مراقبت، در سالمندان مبتلا به بیماری‌های مزمن اهمیت بیشتری دارد؛ برای مثال، در تحقیق حیدری و همکاران در تهران مشخص شد که خانواده نقش مؤثری در کنترل قند خون ایفا می‌کند(۱۳).

همچنین، افزایش مشغله‌های زندگی و ظهور خانواده‌های هسته‌ای یا وجود سالمندانِ تنهایی که به مراقبت نیاز دارند، بیانگر اهمیت مراکز نگهداری سالمندان است. با توجه به جوان بودن جمعیت فعلی کشور، در سال‌های آینده، جمعیت افراد سالمند افزایش چشمگیری خواهد یافت. بنابراین، از سویی بافت فرهنگی کشور و روابط مستحکم خانوادگی و وجود ارزشمند سالمندان به‌عنوان سرمایه‌های کشور و از سوی دیگر، حجم کم تحقیقات انجام شده در این زمینه، انجام این مطالعه را با هدف بررسی وضعیت سالمندان دیابتی و برنامه‌ریزی به‌منظور بهبود کیفیت زندگی آن‌ها ضروری می‌سازد.

روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی بوده که در سال ۱۳۹۰، در شهر تهران و در خانهٔ سالمندان کهریزک تهران انجام گرفته است. با توجه به حجم نمونهٔ محاسبه‌شده، تعداد ۹۳ بیمار دیابتی سالمند که معیارهای ورود به مطالعه را داشتند، از بین ۱۰۲ سالمند واجد شرایط ساکن خانهٔ سالمندان، به‌طور تصادفی انتخاب شدند. در گروه دوم نیز ۹۳ نفر از سالمندان دیابتی واجد شرایط، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و به‌طور تصادفی، از شمال، جنوب، شرق و غرب شهر تهران، به تعداد مساوی از هر منطقهٔ شهر در مصاحبه شرکت کردند. گفتنی است هدف از تحقیق، برای مصاحبه‌شوندگان شرح داده شد و بعد از جلب رضایت آنان، مصاحبه انجام گرفت. معیارهای ورود به این مطالعه این بود: ۱. داشتن سن بیش از شصت سال؛ ۲. ابتلا به دیابت و نیاز به درمان دارویی؛ ۳. نداشتن مشکلات شناختی و درکی؛ ۴. حضور حداقل شش ماه در مرکز، برای سالمندان ساکن خانهٔ سالمندان؛ ۵. مبتلانشدن به بیماری‌های مزمن تأثیرگذار بر کیفیت زندگی.

برای انجام این پژوهش، از دو پرسش‌نامه استفاده شد که عبارت بود از: ۱. پرسش‌نامهٔ حیطه‌های مشکل‌ساز ناشی از دیابت (PAID)؛ ۲. پرسش‌نامهٔ دموگرافیک که سن، جنس، میزان تحصیلات، نوع درمان دیابت (خوراکی یا تزریقی) و سایر بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روحی را شامل می‌شود. پژوهشگر هر دو پرسش‌نامه را به‌صورت مصاحبهٔ حضوری تکمیل کرد. همچنین در سال ۱۳۸۹، دکتر ارزاقی و همکاران در پژوهشکدهٔ غدد و متابولیسم دانشگاه علوم‌پزشکی تهران، این پرسش‌نامه را استانداردسازی کردند. پرسش‌نامهٔ اصلی با بیست پرسش، چهار زیرمجموعه دارد که در کشورهای مختلف، تعداد زیرمجموعه‌ها تغییر کرده است. زیرمجموعهٔ پرسش‌نامهٔ اصلی عبارت است از: ۱. مشکلات هیجانی؛ ۲. موانع درمانی؛ ۳. مشکلات مرتبط با غذا؛ ۴. فقدان حمایت‌های اجتماعی. اما در ایران، در تحقیق دکتر ارزاقی و همکاران، سه زیرمجموعه به‌دست آمده است: ۱. مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت[1]؛ ۲. مشکلات مرتبط با افسردگی[2]؛ ۳. موانع درمانی[3].

در این بررسی، پایایی پرسش‌نامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ تأیید شد و نمرهٔ آزمون برای پایایی، ۸۸/۰ به‌دست آمد(۱۴). در پژوهشی که در برزیل (۲۰۰۷) روی این پرسش‌نامه انجام گرفت، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به‌دست آمد(۱۵)، پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، نمرات هر فرد طبق دستورالعمل پرسش‌نامه محاسبه شد. سپس با استفاده از نرم‌افزار SPSS، آنالیز آماری انجام گرفت ($P<0/01$). شایان ذکر است در این پرسش‌نامه، نمرهٔ بیشتر، نشانهٔ وجود مشکلات بیشتر است.

یافته‌ها

در این بررسی، میانگین سنی سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان، ۷۴/۲۰ سال و بیشترین سن این گروه، ۸۹ سال و کمترین سن ۶۰ سال بود. همچنین در این گروه، ۵۹ نفر زن و ۳۴ نفر مرد وجود داشت. در گروه سالمندان دیابتی ساکن در خانه، میانگین سنی ۶۷/۱۷ سال و بیشترین سن در این گروه، ۸۶ سال و کمترین سن ۶۰ سال بود. در این گروه، ۳۹ نفر زن و ۵۴ نفر مرد وجود داشت. یافته‌ها نشان داد که بیشترین میزان سالمندان دیابتی سرای سالمندان که ۵۳/۸ درصد جمعیت آن‌ها را شامل می‌شود، بی‌سواد بودند و در این گروه، تحصیلات دانشگاهی دیده نمی‌شد.

1. Psychological distress in relation to diabetes management
2. Depression- Related Problems
3. Treatment Barriers

اما در گروه سالمندان ساکن خانه، ۲۶/۹ درصد افراد سیکل و ۱۱/۸ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند که این رقم، کمترین درصد را نشان می‌داد. بین سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان، ۹۱/۴ درصد درمان خوراکی و فقط ۸/۶ درصد انسولین‌درمانی را به‌کار می‌بردند. در سالمندان ساکن خانه، ۷۵/۳ درصد درمان خوراکی استفاده کرده و ۲۴/۷ درصد انسولین تزریق می‌کردند. در سالمندان ساکن سرای سالمندان، میزان شکایت از مشکلات برقراری ارتباط و شنوایی، بیشتر از سالمندان ساکن خانه است؛ اما میزان شکایات ناشی از اختلالات حافظه، خواب، بینایی، تکرر ادرار و درد مفاصل، در ساکنان خانه بیشتر است. جدول ۱، نمرات حیطه‌های مشکل‌ساز ناشی از دیابت را در دو گروه نشان می‌دهد.

جدول ۱. وضعیت نمرات در حیطه‌های مشکل‌ساز دو گروه.

حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت	سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان					سالمندان دیابتی ساکن خانه			
	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار
مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۰	۱۵	۵/۴	۳/۸۷۶	۱/۲۵	۲۳/۷۵	۷/۳۴	۳/۴۴۷
مشکلات افسردگی مرتبط با مدیریت دیابت	۰	۱۶/۲۵	۵/۹۵	۴/۶۷۴	۱/۲۵	۲۵	۷/۳۹	۳/۸۵۵
موانع درمانی	۱/۲۵	۲۱/۲۵	۹/۸۴	۵/۲۵۷	۱/۲۵	۲۷/۵۰	۱۰/۶۱	۶/۲۴۴
مجموع	۱/۲۵	۴۶/۲۵	۲۱/۲۴	۱۲/۳۹۳	۳/۷۵	۷۶/۲۵	۲۵/۶۱	۱۱/۷۷۱

طبق جدول ۲، رابطهٔ جنسیت با حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت، در حوزه‌های مشکلات روانی مرتبط با دیابت و موانع درمانی و مجموع حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت در سالمندان ساکن سرای سالمندان معنادار است. در تمامی نمونه‌ها، مردان وضعیت بهتری را نشان داده‌اند. این متغیر در مشکلات مرتبط با افسردگی و موانع درمانی و مجموع حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت در سالمندان دیابتی ساکن خانه، رابطهٔ معناداری را نشان می‌دهد. در تمام این حیطه‌ها مردان وضعیت بهتری دارند.

جدول ۲. نمرات میانگین حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت در دو گروه، براساس جنسیت.

حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت	سالمندان ساکن سرای سالمندان			سالمندان ساکن خانه		
	میانگین		نتیجهٔ آزمون	میانگین		نتیجهٔ آزمون
	زن	مرد		زن	مرد	
مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۶/۴۵	۳/۶۷	P=۰/۰۱۱	۸۱/۶	۷/۸۰	P=۰/۱۷۲
مشکلات افسردگی مرتبط با مدیریت دیابت	۶/۵۸	۴/۸۵	P=۰/۰۸۵	۴۱/۸	۶/۲۶	P=۰/۰۰۸
موانع درمانی	۱۰/۶۵	۸/۴۳	P=۰/۰۴۹	۶۱/۱۲	۸/۲۴	P=۰/۰۰۱
مجموع	۲۳/۶۸	۱۶/۹۹	P=۰/۰۱۱	۸۳/۳۷	۲۱/۱۸	P=۰/۰۰۱

داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان تحصیلات با هیچ‌یک از حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت سالمندان ساکن در سرای سالمندان، اختلاف معناداری را نشان نمی‌دهد.

جدول ۳. میانگین نمرات حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت به تفکیک تحصیلات، در سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان.

حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت	بی‌سواد، ۵۰ نفر میانگین نمره	ابتدایی، ۳۳ نفر میانگین نمره	سیکل، ۶ نفر میانگین نمره	دیپلم، ۴ نفر میانگین نمره	نتیجهٔ آزمون
مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۵/۲۸	۶/۲۷	۵	۱/۲۵	P=۰/۰۹۳
مشکلات مرتبط با افسردگی	۶/۱۸	۶/۲۰	۵/۴۲	۱/۸۸	P=۰/۳۴۸
موانع درمانی	۱۰/۰۵	۱۰/۰۸	۵/۷۵	۶/۷۸	P=۰/۶۵۰
کل	۲۱/۵۰	۲۲/۵۸	۱۹/۱۷	۱۰	P=۰/۲۷۹

در جدول ۴، میزان تحصیلات و مشکلات مرتبط با مدیریت افسردگی، اختلاف معناداری را نشان می‌دهد.

جدول ۴. میانگین نمرات حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت به تفکیک تحصیلات، در سالمندان دیابتی ساکن خانه.

حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت	بی‌سواد، ۱۹ نفر میانگین نمره	ابتدایی، ۲۱ نفر میانگین نمره	سیکل، ۲۵ نفر میانگین نمره	دیپلم، ۱۷ نفر میانگین نمره	دانشگاهی، ۱۱ نفر میانگین نمره	نتیجهٔ آزمون
مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۸/۹۵	۹/۹۰	۷/۰۷	۸/۲۵	۹/۲۰	P=۰/۰۸۸
مشکلات مرتبط با افسردگی	۵/۷۲	۶/۴۰	۸/۱۹	۸/۴۱	۹/۷۷	P=۰/۰۲۸
موانع درمانی	۸/۹۵	۹/۹۰	۱۲/۰۷	۱۱/۰۲	۱۲/۲۷	P=۰/۵۶۸
مجموع	۲۰/۵۹	۲۳/۷۰	۲۷/۳۳	۲۸/۸۵	۳۱/۸۵	P=۰/۰۹۸

بیشترین میزان مشکل، در افرادی مشاهده می‌شود که تحصیلات دانشگاهی دارند و کمترین مشکل در افراد بی‌سواد است. براساس جدول ۵، آزمون حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت با محل سکونت سالمندان دیابتی، در حیطه‌های روانی مدیریت دیابت و مشکلات مرتبط با افسردگی، اختلاف معناداری را نشان می‌دهد. در این دو حیطه، ساکنان خانهٔ سالمندان وضعیت بهتری را نشان می‌دهند.

جدول ۵. میانگین نمرات حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت و محل سکونت.

حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت	میانگین نمرات سالمندان سرای سالمندان	میانگین نمرات سالمندان ساکن خانه	نتیجهٔ آزمون
مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت	۶/۴۴	۷/۳۸	P=۰/۰۲۴
مشکلات مرتبط با افسردگی	۵/۹۵	۷/۵۱	P=۰/۰۲۵
موانع درمانی	۹/۸۴	۱۰/۷۸	P=۰/۰۹۸
کل	۲۱/۲۴	۲۵/۸۸	P= ۰/۱۱۴

همچنین در آزمون، نوع درمان دیابت با مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت، موانع درمانی و نمرهٔ کل حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت در گروه ساکن سرای سالمندان اختلاف معناداری نشان می‌دهد. در هر سه حیطه، افرادی که انسولین تزریق می‌کردند، وضعیت بهتری را نشان می‌دادند. در گروه ساکن خانه، میان نوع درمان و حیطهٔ موانع درمانی اختلاف معناداری به‌دست آمد و میانگین نمرات در افراد مصرف کنندهٔ قرص بهتر بود.

بحث

در حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت هر دو گروه، میانگین نمرات کم بوده و در این پرسش‌نامه، کم بودن نمره نشان دهندهٔ وضعیت بهتر در بیمار است. در هر دو گروه، موانع درمانی بدترین نمره را به‌دست آورده و بهترین نمره مربوط به مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت است. در بررسی‌هایی که آمبرگ و همکاران (۲۰۰۸) در سوئد روی بیماران دیابتی انجام داده‌اند، میانگین نمرهٔ حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت کم بوده (۱۸/۸±۲۶/۸) و میزان مشکلات ناشی از دیابت، براساس این پرسش‌نامه اندک گزارش شده است(۱۶). همچنین با استفاده از این پرسش‌نامه، میانگین نمرات بیماران دیابتی در گزارش هلند، ۱۸/۷±۲۴/۶ به‌دست آمده است(۱۶).

با توجه به اینکه این پرسش‌نامه به‌تازگی در کشور استانداردسازی شده است، امکان مقایسهٔ نتایج با تحقیقات داخلی وجود ندارد؛ اما نتایج این پژوهش به نتایج ذکر شده در سایر کشورها نزدیک است. به‌نظر می‌رسد به‌علت آگاهی ناچیز سالمندان از عوارض دیابت و تطابق این عوارض با مشکلات جسمی ناشی از کهولت سن، نمرات آن‌ها در این پرسش‌نامه وضعیت نسبتاً خوبی دارد. در مجموع، میانگین نمرات این پرسش‌نامه در گروه دیابتی‌های ساکن سرای سالمندان، بهتر از دیابتی‌های ساکنان خانه بود که این موضوع ممکن است به‌علت نظم آن‌ها در برنامه‌های درمانی و نداشتن مشکل در دستیابی به پزشک و دارو باشد.

در این بررسی، آزمون بررسی ارتباط میان حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت و محل سکونت سالمندان دیابتی، در حیطه‌های روانی مدیریت دیابت و نیز در حیطهٔ مشکلات مرتبط با افسردگی، اختلاف معناداری نشان داده است. در این دو حیطه، ساکنان خانهٔ سالمندان وضعیت بهتری دارند. گفتنی است منظور از حیطه‌های روانی مدیریت دیابت، نگرانی و عصبانیت از بیماری و محرومیت‌های ناشی از آن است. احتمالاً حصول نتیجهٔ ذکر شده به‌علت تطابق بیشتر با بیماری، درنتیجهٔ زندگی با سایر بیماران و داشتن شبکه‌ای اجتماعی باشد. در حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت نیز در حوزهٔ مشکلات روانی مرتبط با مدیریت

دیابت و موانع درمانی سالمندان دیابتی ساکن سرای سالمندان با جنسیت تفاوت معناداری به‌دست آمد. در این حیطه نیز وضعیت مردان بهتر بود.

در گروه سالمندان ساکن خانه، مشکلات افسردگی مرتبط با دیابت و موانع درمانی و مجموع نمرات حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت با جنسیت تفاوت معنادار داشته است و در این گروه نیز مردان وضعیت بهتری داشتند. به‌نظر می‌رسد در مردان، برقراری ارتباط و روابط اجتماعی بیشتر و همچنین فعالیت‌های بدنی آن‌ها، وضعیت بهتری را به‌وجود آورده است؛ اما در آزمون انجام شده در برزیل، زنان در نمرهٔ کل آزمون و حیطهٔ روانی آن، وضعیت بهتری کسب کرده‌اند(۱۵)، احتمال دارد این اختلاف ناشی از تفاوت‌های فرهنگی باشد. با در نظر گرفتن نقش ورزش در کاهش مشکلات خُلقی و تنظیم قند خون و افزایش تحرک در این افراد، ممکن است در کاهش مشکلات ناشی از بیماری مؤثر باشد. با توجه به نتیجهٔ این پژوهش، این فرهنگ‌سازی، به‌خصوص در گروه زنان مهم‌تر است.

در آزمون حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت و میزان تحصیلات در حیطهٔ مشکلات مرتبط با افسردگی، اختلاف معناداری مشاهده شد. بیشترین مشکل، در افراد با تحصیلات دانشگاهی و کمترین میزان مشکل، در افراد بی‌سواد دیده می‌شود. در تحقیق انجام‌گرفته در برزیل (۲۰۰۷)، افرادِ دارای تحصیلات بیشتر، در حیطه‌های مشکلات روانی مرتبط با دیابت و موانع درمانی، مشکلات بیشتری نشان دادند(۱۵). احتمال دارد علت این موضوع، آگاهی و شناخت بیشتر افراد تحصیل کرده از بیماری دیابت و عوارض آن و همچنین بیشتر بودن توقعات بیماران از خودشان باشد. با این همه، در مطالعهٔ حیدری و همکاران (۱۳۸۸) مشخص شد که میزان تحصیلات از عوامل مؤثر بر کنترل قند خون است و کسانی‌که تحصیلات دانشگاهی دارند، بهتر بیماری خود را کنترل می‌کنند(۱۳).

این آزمون، در ساکنان خانهٔ سالمندان اختلاف معناداری را نشان نداد. این موضوع احتمالاً به‌علت یکسان بودن وضعیت همهٔ بیماران بوده است. در گروه سالمندان ساکن سرای سالمندان، نوع درمان دیابت اختلاف معناداری با مشکلات روانی مرتبط با مدیریت دیابت و موانع درمانی و نمرهٔ کل حیطه‌های مشکل‌ساز دیابت نشان می‌دهد. در هر سه حیطه، افرادی که انسولین تزریق می‌کردند، وضعیت بهتری را نشان می‌دادند. در بررسی انجام‌گرفته در برزیل نیز استفاده کنندگان انسولین، در حیطهٔ موانع درمانی مشکل کمتری داشتند(۱۵)؛ اما در گروه ساکن خانه، میانگین نمرات حیطهٔ موانع درمانی، در مصرف کنندگان قرص بهتر بود. ممکن است این نتیجه به‌علت مشکلات و درد ناشی از تزریق و بروز عوارض ناشی از هیپوگلیسمی یا مشکل در تهیهٔ انسولین یا آگاهی نداشتن از مراقبت‌های لازم بعد از تزریق به‌دست آمده باشد.

نتیجه‌گیری

برای افزایش کیفیت زندگی سالمندان دیابتی، باید علاوه بر جنبه‌های درمانی، سایر جنبه‌های مرتبط با بیماری نیز در نظر گرفته شود. توجه به مسائل عاطفی ساکنان سرای سالمندان و مشکلات مراقبتی ساکنان خانه از جملهٔ این جنبه‌هاست.در جمع‌بندی کلی می‌توان به این نتیجه رسید که زندگی در سرای سالمندان یا در خانه، هرکدام معایب و مزایایی دارد و نمی‌توان یکی را ازهرجهت بی‌نقص دانست؛ اما شاید بتوان با اِعمال یک‌سری تغییرات، به بهبود وضعیت هر دو گروه و افزایش کیفیت زندگی و کاهش مشکلات ناشی از بیماری کمک کرد. برای این منظور، اجرای برنامهٔ توانمندسازی با هدف افزایش دانش، انگیزه، عزت‌نفس و خودکارآمدی لازم است؛ زیرا به خودکنترلی رفتار و اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه منجر می‌شود. همچنین، به‌منظور دستیابی به نتایج زیر، برنامه‌ریزی مفید به‌نظر می‌رسد: به‌منظور کاهش مشکلات روحی و مقابله با استرس، افزایش تحرک و آگاه‌سازی بیماران ساکن سرای سالمندان و روش‌هایی برای افزایش حمایت از بیماران ساکن خانه، مانند بیمه‌های تکمیلی، برنامه‌های آموزشی، ایجاد شبکه‌های اجتماعی و فرهنگ‌سازی برای ورزش روزانه.

قدردانی

در اینجا از زحمات تمامی کارکنان زحمت‌کش آسایشگاه کهریزک تهران که صمیمانه ما را همراهی کردند، تشکر می‌کنیم. همچنین از سالمندانی که با صبر و حوصله پاسخ‌گوی پرسش‌های ما بودند، بسیار قدردانی می‌کنیم. این مقاله براساس بخشی از نتایج پایان‌نامهٔ دانشجویی کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم‌پزشکی جُندی‌شاپور اهواز، با شمارهٔ طرح U-۸۹۳۱۲ تنظیم شده و تمامی هزینه‌های آن برعهدهٔ دانشجو بوده است.

REFERENCES منابع

1. Cox DJ, Gonder-Frederick L. Major developments in behavioral diabetes research. J Consult Clin Psychol. 1992;60(4):628–38.
2. Jacobson AM. The psychological care of patients with insulin-dependent diabetes mellitus. N Engl J Med. 1996;334(19):1249–53.
3. Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. Lancet. 2004;363(9421):1589–97.
4. Van Tilburg MA, McCaskill CC, Lane JD, Edwards CL, Bethel A, Feinglos MN, et al. Depressed mood is a factor in glycemic control in type 1 diabetes. Psychosom Med. 2001;63(4):551–5.
5. Herpertz S, Albus C, Lichtblau K, Köhle K, Mann K, Senf W. Relationship of weight and eating disorders in type 2 diabetic patients: a multicenter study. Int J Eat Disord. 2000;28(1):68–77.
6. Kenardy J, Mensch M, Bowen K, Pearson SA. A comparison of eating behaviors in newly diagnosed NIDDM patients and case-matched control subjects. Diabetes Care. 1994;17(10):1197–9.
7. Kwang YS, Gu MO, Un Y. A study on the health statue and the needs of health-related services of Female elderly in an urban–rural combined city Korea. J Community Health Nurs Acad Soc. 2003;17:47–57.
8. Alpass FM, Neville S. Loneliness, health and depression in older males. Aging Ment Health. 2003;7(3):212–6.
9. Nasseh H, Arzaghi M, Ghasemzade R, Rahimi Foroushani A, Kamali M, Arastoo AA. Status of problem areas in diabetic in kahrizak nursing home in Tehran. Iranian Journl of Diabetes and Lipid Disorders. 2012;11(5):449-54.
10. Darvishpoor Kakhaki A, Abed Saeidi J, Yaghmaei F, Alavi Majd H. Instrument development to measure diabetic clients quality of life (DCQOL). Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2005;7(2):149-55.
11. Mirzaei M, Shams Ghahfarakhi M. Demographic characteristics of elderly in Iran based on censuses of 1956-2006. Iranian Journal of Ageing. 2007;2(5):326–31.
12. Jung Y-M, Shin D, Chung KS, Lee SE. Health status and fall-related factors among older Korean women: implications for nurses. J Gerontol Nurs. 2007;33(10):12–20.
13. Heidari SH, Noori Tajer M, Hoseini F, Inanloo M, Golgiri F, Shirazi F. Geriatric family support and diabetes type-2 glycemic control. Iranian Journal of Aging. 2008;3(8):573-80.
14. Arzaghi SM, Mahjouri MY, Heshmat R, Khashayar P, Larijani B. Psychometric properties of the Iranian version of the Problem Areas in Diabetes scale (IR-PAID-20). Journal of Diabetes and Metabolic Disorders. 2011;10:1–7.
15. Gross CC, Scain SF, Scheffel R, Gross JL, Hutz CS. Brazilian version of the Problem Areas in Diabetes Scale (B-PAID): validation and identification of individuals at high risk for emotional distress. Diabetes Res Clin Pract. 2007;76(3):455–9.
16. Amsberg S, Wredling R, Lins P-E, Adamson U, Johansson U-B. The psychometric properties of the Swedish version of the Problem Areas in Diabetes Scale (Swe-PAID-20): scale development. Int J Nurs Stud. 2008;45(9):1319–28.