

بررسی توان خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی محیطی و نیازهای مرتبط با آن بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم

شهلا خسروان^۱، زهره احراری^۲، مهدی نجفی^۳، علی عالمی^۴

۱. دانشیار، گروه پرستاری، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۲. دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران
۳. استادیار، گروه نوروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قم، ایران
۴. استادیار، گروه پزشکی اجتماعی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال چهارم، شماره ۳، پاییز ۱۳۹۴، صفحات ۴۴-۵۱

چکیده

زمینه و هدف: دیابت، با عوارض متعددی همراه است که یکی از شایع‌ترین آن‌ها نوروپاتی می‌باشد. این بیماری در زنان شیوع بیشتری دارد و در صورت نقص در خودمراقبتی و برآورده نساختن نیازهای مرتبط با آن، می‌تواند منجر به بروز عوارض متعدد و یا حتی مرگ شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین توان خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی محیطی و نیازهای مرتبط با آن بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه توصیفی-مقطعی بر روی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی محیطی تحت پوشش کلینیک دیابت یکی از بیمارستان‌های شهر گناباد در سال ۱۳۹۳ انجام گردید. ۱۲۰ بیمار به روش در دسترس انتخاب شدند. ابتدا نوروپاتی بیماران با استفاده از ابزار میشیگان و سیستم درجه بندی بالینی تورنتو تعیین شد و سپس داده‌ها با استفاده از پرسشنامه سنجش نیازهای خودمراقبتی و پرسشنامه توان مراقبت از خود در بیماران مبتلا به دیابت مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم گردآوری شدند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آزمون کای اسکور تحت نرم افزار آماری ۱۷ spss صورت گرفت.

یافته‌ها: توان خودمراقبتی $7.71/7$ مشارکت کنندگان در سطح ضعیف با میانگین و انحراف معیار $8.48/33.72$ بود و طبق نیازسنجی انجام شده، در حیطه‌های دانش، نگرش و عملکرد به ترتیب، $1.0/8$ ، $0.1/8$ و $5.52/5$ درصد افراد در سطح ضعیف قرار داشتند.

نتیجه‌گیری: بنا بر یافته‌ها توان خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی محیطی در حد ضعیف بود و ضعف در حوزه عملکردی و مهارتی مراقبت از خود نسبت به حوزه نگرش و خصوصاً دانش بیشتر بوده است. لذا توصیه می‌شود اقدامات لازم جهت ارتقای توان خودمراقبتی، بر اساس نیاز بیماران تدوین و اجرا گردد.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، نوروپاتی، دیابت، زنان، نیازسنجی، الگوی خودمراقبتی اورم

نویسنده مسوول:

زهره احراری

دانشگاه علوم پزشکی گناباد

پست الکترونیک:

zahrury86@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۰۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۶/۳۰

مقدمه

جنس زن و مرد آمار و ارقام متفاوتی ارائه شده است، اما برخی مطالعات در ایران شیوع بالاتر این بیماری در زنان را نشان داده‌اند^{۵، ۶} و توصیه به بررسی این بیماری به‌طور جنسیتی کرده‌اند.^۷

این بیماری به‌طور اساسی یک از علل افزایش مرگ و میر و هزینه‌های سلامتی است^۸ و سالانه سبب مرگ چهار میلیون نفر در دنیا می‌گردد؛^۹ اما ماهیت مزمن دیابت و درمان‌های نوین این بیماری که باعث افزایش طول عمر افراد دیابتی می‌شود، احتمال ابتلا به عوارض میکروواسکولار^۹ که شایع‌ترین آن‌ها، عارضه نوروپاتی می‌باشد را افزایش می‌دهد.^{۱۰، ۱۱} طبق

بیماری‌های مزمن از عمده‌ترین مسایل بهداشتی-درمانی در جوامع کنونی به‌شمار می‌روند.^۱ از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن که بزرگ‌ترین مشکل بهداشتی در همه کشورها نیز محسوب می‌شود، دیابت است.^۲

براساس پیش‌بینی سازمان جهانی بهداشت انتظار می‌رود که تعداد مبتلایان به دیابت در گروه سنی ۲۰ سال و بالاتر در جهان، از ۱۹۴ میلیون نفر در سال ۲۰۰۳ به ۳۳۲ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد.^۳ طبق پیش‌بینی بنیاد بین‌المللی دیابت، شیوع کلی دیابت در ایران طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۳۰ از ۹/۸٪ به ۹/۸٪ افزایش خواهد یافت.^۴ اگرچه در ارتباط با شیوع دیابت در دو

نوروپاتی دیابتی پرداخت. لذا مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین توان خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی محیطی و نیازهای مرتبط با آن بر اساس الگوی خودمراقبتی اورم انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش به صورت توصیفی - مقطعی بر روی زنان مبتلا به نوروپاتی دیابتی محیطی مراجعه کننده به کلینیک دیابت یکی از بیمارستان‌های شهر گناباد در سال ۱۳۹۳ انجام شد. روش نمونه‌گیری به روش دردسترس بود. حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه مشابه^{۲۵} و فرمول حجم نمونه $(n = 1/96 = Z_{1-\alpha} \cdot \sigma / (Z_{1-\beta} \cdot \mu_1 - \mu_2) + 1/60)$ ، $Z_{1-\alpha} = 1.96$ ، $Z_{1-\beta} = 0.84$ ، $\sigma = 1/60$ ، $\mu_1 = 9/31$ ، $\mu_2 = 8/46$ ، $n = 120$ نفر برآورد گردید.

مطابق با الگوی خودمراقبتی اورم و توجه به این امر که عارضه نوروپاتی دیابتی اغلب در رده سنی میان‌سالی بروز می‌کند؛ بیمارانی که در محدوده سنی ۶۵ - ۳۵ سال قرار داشتند، وارد مطالعه شدند. سایر معیارهای ورود شامل ابتلا به نوروپاتی محیطی با شدت خفیف تا متوسط بر اساس پرسشنامه میشیگان و تست تورنتو، نداشتن آسیب و صدمه به اندام تحتانی و سایر معلولیت‌ها، عدم ابتلا به بیماری‌های تأثیرگذار بر تشخیص نوروپاتی و توان خودمراقبتی (مانند بیماری روماتیسم، مصرف الکل، کمبود ویتامین B_{۱۲}، پارکینسون، اختلالات عضلانی - اسکلتی، بیماری‌های قلبی پیشرفته و یا سکنه مغزی)^{۱۱} و داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن به‌عنوان یک عامل مرتبط با توان خودمراقبتی بود. بیمارانی که از عضویت کلینیک دیابت خارج شده بودند قادر به شرکت در مطالعه نبودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه میشیگان، سیستم درجه بندی بالینی تورنتو، پرسشنامه پژوهشگر ساخته بررسی نیازهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم و پرسشنامه سنجش توان مراقبت از خود در بیمارانی دیابتی بود.

به‌منظور تشخیص نوروپاتی محیطی مبتلایان به دیابت از ابزار بررسی نوروپاتی میشیگان (Michigan neuropathy screening instrument) که توسط پژوهشگران دانشگاه میشیگان آمریکا در سال ۲۰۰۰ تدوین گردیده است، استفاده شد. این ابزار ۴ عامل شکل ظاهری پوست پا (از نظر خشکی یا ترک پوست، پینه، عفونت و دفورمیتی)، وجود زخم، رفلکس تاندون آشیل و وضعیت حس ارتعاش را مورد بررسی قرار می‌دهد.^{۲۷} پرسشنامه‌ی حاضر دارای دو بخش می‌باشد. قسمت اول شامل ۱۵ سوال بوده که علائم نوروپاتی در اندام تحتانی را مورد سوال قرار می‌دهد. در صورتی که بیمار علامت مورد نظر را داشته باشد، به وی نمره ۱ و در غیر این صورت نمره صفر تعلق می‌گیرد. قسمت دوم پرسشنامه بر اساس معاینه رفلکس آشیل زانو و بررسی ارتعاش انگشت شست پای بیمار و با استفاده از دیاپازون ۱۲۸ هرتز و ابزار مونوفیلان تکمیل می‌گردد. در صورت مثبت بودن رفلکس ارتعاش انگشت شست پا و مثبت بودن مونوفیلان، در هر قسمت فرد نمره ۱ را کسب کرده و در صورت منفی بودن تست، فرد نمره

گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۱، تقریباً بعد از ۱۰ سال ابتلا به دیابت، ۵۰ درصد بیماران از نوروپاتی رنج می‌بردند.^{۱۲} اختلالات میکروواسکولار در طول حیات بیماران در اعضای مختلف بدن نظیر چشم، کلیه، اندام‌های تحتانی و قلب و عروق بروز می‌کند؛^۹ اما شایع‌ترین آن‌ها نوروپاتی حسی حرکتی می‌باشد که این عارضه به نوبه خود اغلب منجر به زخم، آمپوتاسیون،^{۱۳} ضعف در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی^{۱۴} و کاهش کیفیت زندگی می‌شود.^{۱۵} مطالعات مختلف نیز نشان دهنده وجود ضعف در توان خودمراقبتی بیماران می‌باشند. وثوقی و همکاران (۱۳۹۰)، با مطالعه بر روی بیماران بستری در بیمارستان امام خمینی اردبیل نشان دادند که توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت، در سطح نامناسب و ضعیف قرار دارد.^{۱۴} همچنین هاشملو و همکاران (۱۳۹۲)، در مطالعه‌ای بیان کردند، سالمندان مبتلا به دیابت از توان خودمراقبتی پایینی برخوردار می‌باشند.^{۱۷} در مطالعه عشوندی و همکاران (۱۳۹۲)، انجام رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به دیابت در سطح ضعیف گزارش گردید.^{۱۸}

نوچی و همکاران (۱۳۹۰) در مطالعه‌ای بیان کردند، روش‌های متعدد آموزشی می‌تواند برای ارتقای توان خودمراقبتی مورد استفاده قرار گیرند؛^{۱۹} اما لازمه آن این است که بیماران باید بتوانند نیاز خودمراقبتی خود را درک کرده و عمل خودمراقبتی را بر اساس نیازهای درک شده انجام دهند.^{۲۰} در ضمن باید توجه کرد که نیازهای خودمراقبتی و نحوه برآورده سازی آن‌ها در بیماران متفاوت است و تحت تاثیر عوامل متعددی مانند جنسیت،^{۲۱} ۷، ۱۴، ۲۱، ۲۲ وضعیت بیماری، سطح تحصیلات، فرهنگ و سیستم بهداشتی درمانی^{۲۳} قرار دارد؛ لذا هر اقدامی به‌منظور ارتقای توان خودمراقبتی بیماران خصوصاً بیماران مزمن از جمله مبتلایان به نوروپاتی دیابتی، نیازمند ارزیابی و شناخت صحیح و جامع نیازهای مراقبتی، تعیین سطح توان خودمراقبتی بیمار و تنظیم برنامه‌های جامع توسط پرسنل سیستم بهداشتی درمانی خصوصاً پرستاران به‌عنوان متولیان امر مراقبت از بیمار است^{۲۴} که برای دستیابی به این منظور الگوها و نظریه‌های متعددی را در اختیار دارند.

یکی از الگوهای شناخته شده پرستاری به‌منظور تعیین نیازهای جامع مراقبت از خود، الگوی خودمراقبتی اورم است.^{۲۵} مطابق با نظریه اورم، انسان توانایی مراقبت از خود را دارد و با به‌کارگیری دانش، نگرش و مهارت این توانایی در وی کامل می‌شود و در رفتارش بروز می‌کند. وقتی تعادل بین توانایی مراقبت از خود و نیازهای مراقبت از خود برقرار باشد، شخص سالم است و وقتی این تعادل به هم بخورد، شخص دچار انحراف از سلامت می‌گردد و نیازمند مراقبت از خود می‌شود که باید خود یا به کمک دیگران این نیازها را برآورده سازد.^{۲۶}

بنابراین از آنجایی که نقش پرستاران، بررسی نیاز مراقبت از خود در هنگام بروز بیماری، تعیین توان مراقبت از خود و شناخت وجود یا عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن است، به‌نظر می‌رسد می‌توان با استفاده از الگوی پرستاری خودمراقبتی اورم به تعیین توان و نیازهای خودمراقبتی، قبل از اقدام به برنامه‌ریزی برای ارتقای مراقبت از خود در بیماران مبتلا به

انجام دهد ۱ نمره کسب می‌کند و حداکثر نمره که نشانه‌ی بالاترین سطح عملکرد است، ۱۶ می‌باشد (۱۶-۰). در نهایت، نمرات حاصل از این پرسشنامه بر مبنای ۱۰۰ محاسبه می‌گردد. سپس بر حسب نمرات به دست آمده، توان خودمراقبتی مشارکت کنندگان در ۳ حیطه دانش، نگرش و عملکرد به سه سطح خوب (۱۰۰-۷۶)، متوسط (۷۵-۵۱) و ضعیف (≥ 50) تقسیم‌بندی می‌شود. به منظور تعیین روایی ابزار، پرسشنامه در اختیار ۷ نفر از اساتید خبره و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی گناباد قرار گرفت و پس از جمع‌آوری و اعمال نظرات، روایی ابزار مورد تایید قرار گرفت. پایایی بخش‌های دانش، نگرش و عملکرد نیز با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ به ترتیب با ۰/۸۱، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ تایید شد.

پرسشنامه سنجش توان مراقبت از خود در بیماران دیابتی (Summary of Diabetes Self-Care Activities, SDSCA) توسط Toobert و همکاران در سال ۲۰۰۰ و به منظور تعیین توان مراقبت از خود بیماران دیابتی در زمینه رژیم غذایی، تزریق انسولین، مصرف داروهای خوراکی، انجام آزمایش قندخون، ورزش، مراقبت از پا و سیگار کشیدن طراحی گردید.^{۱۳} این پرسشنامه شامل ۱۵ آیتم است که هر آیتم بر اساس مقیاس لیکرت دارای درجه‌بندی صفر تا ۷ می‌باشد. در این ابزار چنانچه بیمار رفتار خودمراقبتی مورد نظر را انجام دهد، نمره کامل ۷ و اگر رفتار مورد نظر را انجام ندهد، نمره صفر را دریافت می‌کند. بالاترین نمره قابل کسب در این ابزار ۱۰۵ بوده که نشان‌گر بالاترین درجه توان مراقبت از خود می‌باشد. اعتبار علمی این ابزار در مطالعه وثوقی و همکاران (۱۳۹۰) به روش اعتبار محتوی مورد تایید قرار گرفته است.^{۱۴} پایایی علمی ابزار در مطالعه حاضر با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ تایید شد.

قبل از اجرای پژوهش، پژوهشگر با حضور بر بالین بیماران دیابتی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، اهداف پژوهش را به صورت فردی توضیح داده و به آنان اطمینان داد که کلیه اطلاعات آنان کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و در هر زمان می‌توانند از ادامه همکاری صرف نظر نمایند. سپس رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در مطالعه از آنان اخذ گردید.

در مرحله بعد با استفاده از پرسشنامه میشیگان، بیماران مبتلا به نوروپاتی محیطی تعیین شدند و با استفاده از سیستم درجه‌بندی بالینی تورنتو، شدت نوروپاتی محیطی تعیین گردید. سپس بیماران مبتلا به نوروپاتی محیطی خفیف تا متوسط وارد مطالعه شدند. در ادامه با تکمیل پرسشنامه توان مراقبت از خود بیماران دیابتی، سطح توان خودمراقبتی شرکت کنندگان در مطالعه تعیین گردید و به دنبال آن با استفاده از پرسشنامه نیازسنجی، نیازهای خود مراقبتی مشارکت کنندگان در سه بعد دانش، نگرش و عملکرد تعیین شدند. به منظور هماهنگ سازی بیشتر، معاینات توسط متخصص بیماری‌های مغز و اعصاب صورت گرفت و نوروپاتی محیطی بیماران تعیین و درجه‌بندی شد.

پرسشنامه‌ها نیز توسط پژوهشگر از طریق مصاحبه تکمیل گردید. به این صورت که پژوهشگر با توضیح هر یک از رفتارهای خودمراقبتی، از بیمار سوال می‌کرد که طی هفت روز گذشته، چند روز رفتار مورد نظر را انجام

صفر می‌گیرد. در صورت کسب حداقل نمره ۲، بیمار مبتلا به نوروپاتی محیطی می‌باشد.^{۲۸} حساسیت و ویژگی مونوفیلانمن - Semmes Weinstein ۱۰ گرمی در نقاط ۱۰-۱ کف پا به ترتیب ۶۴/۱-۳۰/۸ و ۸۹/۲-۶۴ درصد می‌باشد.

سیستم درجه‌بندی بالینی تورنتو (Toronto Clinical Scoring System) توسط Perkins و همکاران (۲۰۰۱) بر اساس مطالعات انجام شده در سال‌های ۱۹۹۹-۱۹۸۸ در کلینیک تحقیقاتی نوروپاتی دیابتی تورنتو برای تعیین شدت نوروپاتی تدوین شده است. در این سیستم علائم مختص به اندام‌ها (با حداکثر ۶ امتیاز)، رفلکس‌ها (با حد اکثر ۸ امتیاز) و اختلالات حسی روی انگشت بزرگ (با حداکثر ۵ امتیاز) مورد بررسی قرار می‌گیرد. محدوده نمره کل حاصل از این سیستم ۰ تا ۱۹ است. نمره دریافتی بر اساس این ابزار در افراد مبتلا به دیابت بدون نوروپاتی ۵ ک، در افراد دچار نوروپاتی خفیف ۶ تا ۸، در افراد مبتلا به نوروپاتی متوسط ۹ تا ۱۱ و در نوروپاتی شدید ≥ 12 گزارش شده است.^{۲۹} نحوه نمره‌دهی در جدول شماره یک آمده است. در مطالعه حاضر بر اساس مشورت با پژوهشگرانی که این ابزار را در داخل کشور به کار برده بودند، در صورت کسب نمره صفر تا ۶ شدت نوروپاتی خفیف، نمره ۷-۱۳، شدت نوروپاتی متوسط و بالاتر از ۱۳، شدت نوروپاتی شدید در نظر گرفته شد.^{۳۰} روایی سیستم درجه‌بندی بالینی تورنتو در مقایسه با معیار مورفولوژی دانسته فیبر عصب سوال در نوروپاتی دیابتی به صورت یک همبستگی منفی و معنی‌دار توسط Brill و Perkins تعیین شده است ($R_7 = 0/25$, $P = 0/0001$). این ابزار به‌عنوان یک ابزار روا، با کاربرد آسان و قابل قبول برای بیماران در مطالعات بالینی به کار گرفته شده است.^{۳۱-۳۳} همچنین Brill و همکاران در سال ۲۰۰۹ پایایی کل این ابزار را ۰/۷۶ تعیین کردند.^{۳۲} این ابزار در ایران نیز در مطالعه بوستانی و همایون‌فر (۱۳۸۵) و کفایی و همکاران (۲۰۱۲) به‌عنوان یک ابزار بالینی قابل اعتماد مورد استفاده قرار گرفته است.^{۳۴، ۳۰}

پرسشنامه پژوهشگر ساخته سنجش نیازهای خودمراقبتی بیماران مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم در سه حیطه دانش، نگرش و عملکرد با توجه به نیازهای تکاملی، عمومی و انحراف از سلامتی^{۲۶} در زمینه رفتارهای خودمراقبتی، توسط پژوهشگران تنظیم شد. سوالات هر بخش مبتنی بر عوارض دیابت، مراقبت از پا، رژیم غذایی مخصوص بیماران مبتلا به دیابت، فعالیت و پیاده‌روی، مصرف داروی خوراکی و تزریق انسولین تدوین گردید. پرسشنامه فوق در سطح دانش دارای ۱۵ سؤال می‌باشد و در صورتی که فرد پاسخ صحیح را انتخاب کند، یک نمره می‌گیرد و حداکثر می‌تواند نمره ۱۵ را کسب نماید که نشان دهنده بالاترین سطح دانش است (۱۵-۰). بخش نگرش شامل ۱۳ سؤال می‌باشد که طبق مقیاس درجه‌بندی لیکرت نمره‌دهی شده و گزینه‌های پاسخ از موافقم تا کاملاً مخالفم رده‌بندی شدند. نمره‌دهی از ۱ تا ۴ برای هر سوال تعیین شده است و حداکثر نمره کسب شده در این بخش ۵۲ می‌باشد که نشان دهنده مطلوب‌ترین سطح نگرش است. بخش عملکرد شامل ۱۶ سوال می‌باشد و در صورتی که فرد عملکرد مورد نظر را

یافته‌ها

میانگین سنی زنان شرکت‌کننده در مطالعه $6/82 \pm 53/50$ سال بود و هیچ یک از آنان سابقه مصرف سیگار یا سایر دخانیات را ذکر نکردند. سایر ویژگی‌های فردی و وضعیت سلامت مشارکت‌کنندگان در جدول ۲ ارایه شده است. طبق این جدول، بین ویژگی‌های فردی بیماران با توان خودمراقبتی رابطه معنی‌داری مشاهده نشد. از طرفی سطح توان خودمراقبتی اکثر مشارکت‌کنندگان در سطح ضعیف (۷۱٪) قرار داشت.

سطوح نیازهای خودمراقبتی نیز در سه حیطه دانش، نگرش و عملکرد در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. بر اساس این جدول، اغلب شرکت‌کنندگان در رابطه با انجام رفتارهای خودمراقبتی دارای سطح دانش خوب (۵۲/۵ درصد)، نگرش متوسط (۸۲/۵ درصد) و عملکرد ضعیف (۵۲/۵ درصد) بودند.

سایر یافته‌ها نشان داد که کمترین نمره در حیطه دانش مربوط به مراقبت از پا و بیشترین نمره مربوط به اطلاع از تاثیر قند خون بالا بر سیستم عصبی اندام تحتانی بود. همچنین اکثر بیماران (۴۴/۱ درصد) معتقد بودند که بیماری دیابت در هر حال منجر به اختلالات حسی (نوروپاتی محیطی) می‌شود، و جنبه‌های مختلف زندگی را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۹۰/۸ درصد).

داده است و تعداد روز بیان شده به‌عنوان نمره عملکرد رفتار خودمراقبتی منظور گردید.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون توصیفی (جهت تعیین سطح توان خودمراقبتی و سطوح نیازسنجی دانش، نگرش و عملکرد) و آزمون کای‌اسکوئر (جهت ارتباط سنجی بین توان خودمراقبتی با داده‌های کیفی) تحت نرم افزار آماری SPSS ۱۷ صورت گرفت.

جدول ۱: سیستم درجه‌بندی نوروپاتی تورتو

فوقانی	تحتانی
آتاکسی	ضعف
درد	پاراستزی
علایم اندام‌ها*	خواب‌رفگی
رفلکس‌ها**	آشیل طرفین
	زانو طرفین
	درد
	لمس
اختلالات حسی بر روی انگشت شست پا***	حرارت
	ارتعاش
	وضعیت

*علایم: عدم وجود هر نشانه = ۰، وجود هر نشانه = ۱ (مداکتر ۴ امتیاز)

**رفلکس: نرمال = ۰، کاهش یافته = ۱، فقدان رفلکس = ۲ (مداکتر ۸ امتیاز)

***مس: نرمال = ۰، افتلال مسی = ۱ (مداکتر ۵ امتیاز)

جدول ۲: ویژگی‌های فردی مشارکت‌کنندگان

P	توان خودمراقبتی				متغیر
	جمع کل	ضعیف	متوسط	خوب	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
*۰/۰۸	۱۰۳ (۸۵/۸)	۷۵ (۷۲/۸۲)	۲۶ (۲۵/۲۴)	۲ (۱/۹۴)	متاهل
	۱۷ (۱۴/۲)	۱۲ (۷۰/۶)	۵ (۲۹/۴)	۰ (۰)	وضعیت تاهل
*۰/۵	۱۰۴ (۸۶/۶)	۵۹ (۵۶/۷۳)	۴۳ (۴۱/۳۵)	۲ (۱/۹۲)	زیر دیپلم
	۱۱ (۹/۲)	۳ (۲۷/۲۷)	۸ (۷۲/۷۳)	۰ (۰)	تحصیلات
	۵ (۴/۲)	۲ (۴۰)	۳ (۶۰)	۰ (۰)	دانشگاهی
*۰/۳۹	۱۱۴ (۹۵)	۸۱ (۷۱/۰۵)	۳۱ (۲۷/۲)	۲ (۱/۷۵)	خانه‌دار
	۶ (۵)	۳ (۵۰)	۳ (۵۰)	۰ (۰)	شغل
*۰/۴۵	۹۸ (۸۱/۷)	۶۸ (۶۹/۳۹)	۲۸ (۲۸/۵۷)	۲ (۲/۰۴)	مطلوب
	۲۲ (۱۸/۳)	۱۸ (۸۱/۸۲)	۴ (۱۸/۱۸)	۰ (۰)	درآمد نامطلوب
*۰/۸۸	۶۶ (۵۵)	۳۴ (۵۱/۵۱)	۳۱ (۴۶/۹۷)	۱ (۱/۵۲)	دارد
	۵۴ (۴۵)	۳۰ (۵۵/۵۶)	۲۳ (۴۲/۵۹)	۱ (۱/۸۵)	فشار خون بالا ندارد
*۰/۷۸	۸۲ (۶۸/۳)	۴۵ (۵۴/۸۸)	۳۶ (۴۳/۹)	۱ (۱/۲۲)	دارد
	۳۸ (۳۱/۷)	۱۹ (۵۰)	۱۸ (۴۷/۳۷)	۱ (۲/۶۳)	چربی خون بالا ندارد
*۰/۲۳	۲۰ (۱۶/۷)	۸ (۴۰)	۱۱ (۵۵)	۱ (۵)	دارد
	۱۰۰ (۸۳/۳)	۵۶ (۵۶)	۴۳ (۴۳)	۱ (۱)	ندارد
*۰/۶۴	۱۱۹ (۹۹/۲)	۶۳ (۵۲/۹۴)	۵۴ (۴۵/۳۸)	۲ (۱/۶۸)	دارد
	۱ (۰/۸)	۱ (۱۰۰)	۰ (۰)	۰ (۰)	ندارد
*۰/۴۲	۱۰۲ (۸۵)	۵۲ (۵۰/۹۸)	۴۸ (۴۷/۰۶)	۲ (۱/۹۶)	دارد
	۱۸ (۱۵)	۱۲ (۶۶/۶۷)	۶ (۳۳/۳۳)	۰ (۰)	ندارد

*آزمون کای‌اسکوئر

جدول ۳: سطح توان خودمراقبتی و نیازهای خودمراقبتی زنان مبتلا به دیابت با نوروپاتی میمپی در سه میله دانش، نگرش و عملکرد

حیطه	سطح	میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار		میانگین \pm انحراف معیار	
		کل	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
توان خود مراقبتی		۴۰/۲۹ \pm ۱۳/۲۷	۲ (۱/۷)	۷۱/۶۶ \pm ۲/۳۰	۳۲ (۲۶/۶)	۵۵/۴۸ \pm ۵/۸۵	۸۶ (۷۱/۷)
دانش		۱۲/۲۳ \pm ۲/۶۲	۶۳ (۵۲/۵)	۱۴/۲۵ \pm ۰/۸۹	۴۴ (۳۶/۷)	۱۰/۷۶ \pm ۱/۲۱	۱۳ (۱۰/۸)
نگرش		۳۸/۴۹ \pm ۳/۷۲	۲۰ (۱۶/۷)	۴۳/۹۵ \pm ۳/۰۸	۹۹ (۸۲/۵)	۳۷/۵۲ \pm ۲/۵۱	۱ (۰/۸)
عملکرد		۸/۹۰ \pm ۲/۹۱	۹ (۷/۵)	۱۵/۲۲ \pm ۰/۸۳	۴۸ (۴۰)	۱۰/۶۹ \pm ۱/۴۳	۶۳ (۵۲/۵)

بحث

می‌باشد، اما شرط کافی برای آن نیست.^{۳۶} در مطالعه حاضر نیز دانش افراد سبب ارتقا رفتارهای خودمراقبتی آنان نشده بود.

در مطالعه عشوندی و همکاران (۱۳۹۲) با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی در بیماران دارای دیفیریلاتور قلبی، نتایج نشان داد که نمره کسب شده قبل از مداخله در زمینه انگیزش در سطح مناسبی بوده است^{۳۷} که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد؛ با این تفاوت که نوع بیماری شرکت کنندگان در دو مطالعه متفاوت بود. اگرچه نگرش مثبت و انگیزه به‌عنوان شاخصی مرتبط با سلامت روانی - اجتماعی و امری لازم برای اقدام به مراقبت از خود در بیماران دیابتی است،^{۲۴} اما در مطالعه حاضر، انگیزش افراد منجر به ارتقای رفتارهای خودمراقبتی و بهبود عملکرد آنان نشده بود.

در مطالعه باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۶) گزارش شد که بیماران مهارت کافی برای مراقبت از خود را در ارتباط با تغذیه، فعالیت و کنترل استرس که از اصول و استانداردهای کنترل دیابت هستند، نداشتند.^{۱۶} بنابراین رایج آموزش‌های مدون و پیوسته برای بهبود عملکرد در ارتباط با رعایت رژیم غذایی، مراقبت از پا، پیاده‌روی، فعالیت بدنی، کنترل استرس‌های روحی، و بهبود توان خودمراقبتی افراد ضروری می‌باشد.

اگرچه در مطالعات فوق، اغلب بیماران سابقه دریافت آموزش در ارتباط با دیابت را ذکر کردند، ولی به‌نظر می‌رسد استفاده صرف از روش‌های آموزشی انتقال‌دهنده‌ی اطلاعات و کاربرد کمتر روش‌های آموزشی مهارت محور، نتوانسته در برآورده‌سازی مهارت‌ها و توانایی‌های ضروری برای مراقبت از خود موثر باشد.^{۲۴} از طرفی در مطالعه‌ی حاضر بیش‌ترین نقص افراد در ارتباط با رفتارهای خودمراقبتی، در زمینه‌ی نحوه مراقبت از پا بوده و شرکت کنندگان بالاترین نمره خودمراقبتی را در زمینه مصرف دارو دریافت کردند که با نتایج مطالعه عشوندی و همکاران (۱۳۹۲) همخوانی دارد.^{۱۸} با توجه به این‌که در آموزش‌های رایج شده در کلینیک دیابت بیشترین تمرکز بر مصرف دارو می‌باشد، افراد در زمینه مصرف دارو از آگاهی بالایی برخوردار می‌باشند.

در مطالعه حاضر با وجود اینکه بیشترین امتیاز دریافتی مشارکت کنندگان در حیطه دانش مربوط به آگاهی از تاثیر قند خون بالا بر سیستم عصب دهی اندام تحتانی بود، ولی در حیطه انگیزش اکثر بیماران معتقد بودند که بیماری دیابت در هر حال منجر به اختلالات حسی (نوروپاتی دیابتی) می‌شود و این

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که اگرچه بیماران زن مبتلا به نوروپاتی دیابتی از دانش خوب و نگرش متوسطی در زمینه خودمراقبتی برخوردار بودند، اما عملکرد و توان خودمراقبتی ضعیفی در این زمینه داشتند.

در مطالعه وثوقی و همکاران (۱۳۹۰) که در بیمارستان امام خمینی اردبیل انجام شد، علاوه بر این‌که توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت در سطح پایینی قرار داشت؛ دانش این بیماران نیز در ارتباط با خودمراقبتی در سطح پایینی قرار داشت^{۱۴} که تا حدودی هم‌سو با نتایج حاضر است؛ با این تفاوت که در مطالعه حاضر اگرچه بیماران توان خودمراقبتی ضعیفی داشتند، اما از آگاهی بالایی در ارتباط با خودمراقبتی برخوردار بودند. شاید دلیل این اختلاف این باشد که گرچه بیش از ۸۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه حاضر سابقه دریافت آموزش در ارتباط با دیابت را ذکر کرده بودند، اما به‌نظر می‌رسد آموزش رایج شده در بهبود عملکرد و همچنین ارتقای رفتارهای خودمراقبتی آنان موثر نبوده است.

باقیانی مقدم و همکاران (۱۳۸۶)، در مطالعه‌ای توان خودمراقبتی بیماران مراجعه‌کننده به مرکز دیابت کاشان را مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد با وجود دانش و آگاهی خوب، افراد از خودمراقبتی متوسطی برخوردار بودند؛ در حالی که در مطالعه حاضر با وجود دانش و آگاهی بالا، توان خودمراقبتی و عملکرد بیماران در این زمینه ضعیف گزارش شد. از آنجایی که جنسیت از عوامل موثر بر خودمراقبتی است،^{۱۶} شاید دلیل این اختلاف در ارتباط با جنسیت مشارکت کنندگان در دو مطالعه باشد. شرکت کنندگان در مطالعه باقیانی مقدم را ترکیب زنان و مردان تشکیل داده بودند، در حالی که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر را تنها زنان تشکیل دادند.

همچنین در مطالعه رضایی و همکاران (۱۳۷۸) که به بررسی میزان رعایت خودمراقبتی در رابطه با انسولین درمانی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ پرداختند، نتایج نشان داد که بیماران از آگاهی ضعیفی در رابطه با انسولین درمانی برخوردار بودند^{۳۵} و با نتایج مطالعه حاضر همخوانی نداشت. دلیل این اختلاف در یافته‌ها می‌تواند ناشی از نوع دیابت باشد. علاوه بر این، از آنجایی که شرکت کنندگان در مطالعه حاضر از درمان خوراکی جهت کنترل دیابت نتیجه نگرفته بودند، انگیزه‌ی بیشتری در جستجو و دریافت اطلاعات داشتند که منجر به افزایش آگاهی آنان در ارتباط با درمان بیماری شده بود.

Knight و همکاران (۲۰۰۶) بیان می‌کنند که دانش و رفتار ارتباط کمی با یکدیگر دارند و دانش شرط لازم برای رفتار و تغییرات رفتاری

به‌عهده دارند، توصیه می‌شود برنامه‌ای با محوریت بیمار و با در نظر داشتن توانمندی‌ها و نیازهای بیماران تدوین و اجرا شود.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

شهلا خسروان: طراحی مقاله، تجزیه و تحلیل داده‌ها و مشارکت در تدوین مقاله
 زهره احراری: طراحی مقاله، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، مشارکت در تدوین مقاله
 مهدی نجفی: جمع‌آوری داده‌ها، مشارکت در تدوین مقاله
 علی‌عالمی: تجزیه و تحلیل داده‌ها و مشارکت در تدوین مقاله

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد با کد اخلاق ۹۳/۵۱ در دانشگاه علوم پزشکی گناباد می‌باشد. بدین‌وسیله نویسندگان از مسوولین، کارکنان و بیماران محترم کلینیک دیابت که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

در حالی است که در ۸۵ درصد موارد، قطع پا با آموزش و مراقبت قابل‌پیشگیری است.^{۳۸} بنابراین افراد با وجود آگاهی بالا، انگیزه کافی در زمینه مراقبت از پا نداشتند. از طرفی آگاهی آنان در زمینه روش‌های مراقبت از پا نیز ضعیف بود که می‌تواند منجر به ضعف رفتارهای خودمراقبتی در این زمینه گردد.

کمبود پژوهش‌های انجام شده در ارتباط با سطح خودمراقبتی در مبتلایان به نوروپاتی محیطی، امکان مقایسه نتایج این مطالعه را با سایر مطالعات محدود ساخته بود. همچنین کوچک بودن جامعه مورد بررسی، می‌تواند قابلیت تعمیم‌پذیری داده‌ها را تحت تاثیر قرار دهد؛ لذا انجام پژوهش‌هایی با حجم نمونه بزرگتر توصیه می‌گردد.

نتیجه‌گیری

این پژوهش نشان داد که توان خودمراقبتی مشارکت‌کنندگان در حد ضعیف بود. در نیازسنجی انجام شده بر اساس الگوی اورم، زنان بیشترین ضعف را در حیطه مهارت و عملکرد خودمراقبتی داشتند که می‌تواند با نحوه حمایت بیمار در سیستم بهداشتی درمانی در ارتباط باشد. با توجه به نقش مهمی که پرستاران و سایر مراقبین درمانی در مراقبت از بیماران دیابتی

References

1. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajibagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes. Journal of Kashan University of Medical Sciences (Feiz) 2008; 12(1): 88-93. [Persian]
2. Abdoli S, Ashktorab K, Ahmadi F, Parvizy M. Barriers and facilitators the empowerment of people with diabetes. Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism 2009; 10(5): 455-64. [Persian]
3. Tabatabaei-Malazy O, Peimani M, Heshmat R, Pajouhi M. Diabetes care at the geriatric diabetes clinic of Shariati Hospital. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2011; 10(2): 1-8.
4. Kalantar Motamedi SM, Majdzadeh R, Ardeshtir larijani F, Raheem F, Koleini Z, Larijani B. The effect of potential risk factors in the prevention of diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2011; 11(3): 292-300.
5. Esteghamati A, Gouya M, Abbasi M, Delavari A, Alikhani S, Alaedini F, et al. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in the adult population of Iran national survey of risk factors for non-communicable diseases of Iran. Diabetes Care 2008; 31(1): 96-8.
6. Azizi F, Guoya M, Vazirian P, Dolatshati P, Habbibian S. Screening for type 2 diabetes in the Iranian national programme: A preliminary report. Eastern Mediterranean Health Journal 2003; 9(5-6): 1122-27.
7. Mansoori F, Namdaritabar H, Shahrezaee A, Rezaei Zanganeh R, Alikhani A, Montazer MJ, et al. Diabetes mellitus in over thirty year old individuals in Kermanshah province. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood) 2004; 8(2): 57-68. [Persian]
8. Schoenberg NE, Jaywick LS, Lawson JJ, Kart C. Diabetes self-care among a multiethnic sample of older adults. Journal of Cross-Cultural Gerontology 2008; 23(4): 361-7.
9. Aalaa M, Tabatabai-malazi O, Sanjari M, Mohajeri-Tehrani MR. The role of the nurse in the prevention and treatment of diabetic foot. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders 2011; 10(5): 472-80.
10. Janghorbani M, Rezvanian H, Kachooei A, Ghorbani A, Chitsaz A, Izadi F, et al. Peripheral neuropathy in type 2 diabetes mellitus in Isfahan, Iran. Acta Neurologica Scandinavica 2006; 114(6): 384-91.
11. Kjersti M, Liaquat A, Akhtar H. Risk factors and prevalence of diabetic peripheral neuropathy a study of type 2 diabetic outpatients in Bangladesh. International Journal of Diabetes in Developing Countries 2010; 30(1): 11-7.
12. Ghanbari A, Parsayekta Z, Faqieh-zadeh S, Sadat Hashemi SM. Application of Self-Care Model in determining the factors affecting on quality of life and metabolic status of non-insulin depended diabetic patients using path analysis. Shahed Journals System 2004; 11(51): 65-74. [Persian]
13. 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.
14. Vosoghi Karkazloo N, Abootalebidaryasari GH, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). Modern Care Journal of Birjand Nursing and Midwifery Faculty 2012; 8(4): 197-204. [Persian]

15. Saadatjoo SA, Rezvaneh MR, Tabyee SH, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Modern Care Journal of Birjand Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 9(1): 24-31. [Persian]
16. Baghiani Moghadam MH, Afkhami Ardakani M. Impact of the education intervention on quality of life in patient with type 2 diabetes referred to Yazd diabetes research center. *Quarterly of Horizon of Medical Sciences* 2007; 13(4): 21-9. [Persian]
17. Hashemlo L, Hemmati Maslakkpak M, Khalkhali HR. The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly. *Bimonthly Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2013; 11(2): 119-26. [Persian]
18. Oshvandi Kh, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousef Zadeh MR, Sultanian AR. The effect of self care education based on teach back method on promotion of self care behaviors in type II diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism* 2014; 13(2): 131-44. [Persian]
19. Noohi E, Khandan M, Mirzadeh A. Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care in patient's diabetic type 2 refer to diabetic center of Kerman University of Medical Science. *Iranian Journal of Nursing Research* 2011; 6(22): 73-80. [Persian]
20. Habibzadeh H, Davarpanah M, Khalkhali HR. The Study of the Effect of Orem Self Care Model on Self Efficacy in Hemodialysis Patients in Urmia medical science Hospitals during 2011. *Bimonthly Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty* 2012; 10(2): 190-9. [Persian]
21. Akyol AD, Cetinkaya Y, Bakan G, Yarah S, Akkus S. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 16(4): 679-87.
22. Mathew R, Gucciardi E, De Melo M, Barata P. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: A qualitative analysis. *Bio Medical Center Family Practice* 2012; 13(1): 122.
23. Miller JF. Categories of self-care needs of ambulatory patients with diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 1982; 7(1): 25-31.
24. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *American Diabetes Association Diabetes Care* 2010; 33(Supplement): 11-61.
25. Rostami M, Baraz Pordanjani SH, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008. *Journal of Arak University of Medical Sciences* 2009; 12(2): 51-9. [Persian]
26. Memarian R. Application of nursing concept and theories. 2th ed, Tehran: university of Tarbiatmodares Publision Center; 2011. [Persian]
27. Tabatabaei-Malazy O, Mohajeri-Tehrani MR, Madani SP, Heshmat R, Larijani B. The prevalence of diabetic peripheral neuropathy and related factors. *Iranian Journal of Public Health* 2011; 40(3): 55-62.
28. Haghayegh AS, Ghasemi N, Neshatdoost HT, Kajbaf M, Khanbani M. Psychometric properties of diabetes management self-efficacy scale (DMSES). *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism* 2010; 12(2): 111-5. [Persian]
29. Perkins BA, Olaleye D, Zinman B, Bril V. Simple screening tests for peripheral neuropathy in the diabetes clinic. *American Diabetes Association Diabetes Care* 2001; 24(2): 250-6.
30. Bostani A, Homayonfar H. The Relationship between NCS Findings and Toronto clinical scoring system of neuropathy in diabetic polyneuropathy. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood)* 2006; 10(3): 210-7. [Persian]
31. Bril V, Perkins BA. Validation of the Toronto clinical scoring system for diabetic polyneuropathy. *American Diabetes Association Diabetes Care* 2002; 25(11): 2048-52.
32. Bril V, Tomioka S, Buchanan RA, Perkins BA. Reliability and validity of the modified Toronto clinical neuropathy score in diabetic sensorimotor polyneuropathy. *Diabetic Medicine* 2009; 26(3): 240-6.
33. Picon AP, Ortega NR, Watari R, Sartor C, Sacco IC. Classification of the severity of diabetic neuropathy: A new approach taking uncertainties in to account using fuzzy logic. *Clinics* 2012; 67(2): 151-6.
34. Kafaie P, Noorbala MT, Soheilikhah S, Rashidi M. Evaluation of patients' education on foot self-care status in diabetic patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal* 2012; 14(12): 829-32.
35. Rezaei J, Rezaei M, Roslansery H, Khaledi B, Teimuri B, Khatooni AR, et al. The observing self care insulin therapy in patients with diabetic type referred to Kermanshah diabetes research center. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences (Behbood)* 2002; 6(4): 47-54. [Persian]
36. Knight KM, Dornan T, Bundy C. The diabetes educator Trying hard, but must concentrate more on behavior. *Diabetic Medicine* 2006; 23(5): 485-501.
37. Oshvandi Kh, Keshmiri Kh, Salavati M, Emkanjoo Z, Musavi S. Effectiveness of education based on orem's self-care model in self-care activity of patients with implantable cardioverter defibrillators. *Journal of School of Nursing and Midwifery Tehran University of Medical Sciences (Hayat)* 2013; 19(3): 47-55. [Persian]
38. Aalaa M, Tabatabaei Malazy O, Sanjari M, Peimani M, Mohajeri-Tehrani MR. Nurses' role in diabetic foot prevention and care. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2012; 11(1): 1-6.

Self care ability of women with diabetes who suffered from peripheral neuropathy and its related needs based on Orem's self-care model

Shahla Khosravan¹, Zohre Ahrari², Mahdi Njafi³, Ali Alami⁴

1. Associate Professor, Department of Nursing, Social Determinants of Health Research Centre, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
2. MSc Student in Nursing, Research Student Committee, School of Nursing and Midwifery, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
3. Assistant Professor, Department of Neurological, School of Medicine, Qom Branch Islamic Azad University, Qom, Iran
4. Assistant Professor, Department of Social Medicine, Social Determinants of Health Research Centre, School of Medicine, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2015; 4(3): 44-51.

ABSTRACT

Background and Objective: Diabetes is associated with many complications that one of these complications is neuropathy. This disease is more common in women. In cases of self-care deficit and not meeting its related needs, the disease can lead to complications and even death. This study was done to determine the self care ability of diabetes women with peripheral neuropathy and its related need based on Orem self care model.

Materials and Method: This cross - sectional study was conducted on women with diabetic peripheral neuropathy who referred to diabetes clinic in one of the hospitals in Gonabad in 2014. 120 patients were selected by convenience sampling. Patients' neuropathy was determined by Michigan Neuropathy Screening Instrument and Toronto Clinical Neuropathy Score. Then, data were gathered through using self care needs assessment questionnaire and self care ability questionnaire based on Orem self care model. Data analysis was done through using descriptive statistical test and chi-square test with in SPSS 17.

Results: The self care ability of 71.7 percent of patients was weak (33.72 ± 8.48) and according to needs assessment and in domains of knowledge, attitude and performance, 10.8, 0.8 and 52.5 percent of subjects were weak respectively.

Conclusion: According to the findings, the self care ability of diabetic women with peripheral neuropathy was weak. The domain of performance was weaker than attitude and knowledge domains concerning the self care ability. Therefore, it is recommended to design and implement of necessary measures for improving the patients' self care ability based on their needs.

Keywords: *Self care, Neuropathy, Diabetes, Women, Need assessment, Orem's self care Model*

Correspondence:

Zohre Ahrari
Gonabad University of
Medical Sciences

Email:

z.ahrari86@yahoo.com

Received: 05/07/2015
Accepted: 21/09/2015

Please cite this article as: Khosravan Sh, Ahrari Z, Njafi M, Alami A. Self care ability of women with diabetes who suffered from peripheral neuropathy and its related needs based on Orem's self - care model. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2015; 4(3): 44-51.