

وضعیت مراقبت از پا در بیماران دیابتی افسرده و غیر افسرده

رضا قانع^۱، فیض اله گلکار^۲، عدالت امین پور^۳

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی یک وضعیت شایع در بیماران دیابتی نوع دو می باشد که سبب کاهش میل، انگیزه و توانایی انجام رفتارهای خودمراقبتی از جمله عملکرد مراقبت از پاها می گردد. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین افسردگی و عملکرد مراقبت از پا در بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۲۰۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به واحد دیابت شهرستان سقز در پاییز سال ۱۳۹۱ مورد بررسی قرار گرفتند. برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه سنجش افسردگی دپارتمان هاروارد (HANDS) و پرسشنامه مراقبت از پا استفاده شد. برای بررسی روایی هر دو پرسشنامه از اعتبار محتوا استفاده شد. پایایی پرسشنامه افسردگی و خودمراقبتی با استفاده از ضریب Cronbach Alpha ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS ویرایش ۱۶ و آزمون های آمار توصیفی، Chi-Square و Independent T Test انجام شد. $p \leq 0/05$ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: ۶۰ بیمار (۳۰٪) بیماران دیابتی افسرده بودند و ۹۰ بیمار (۴۵٪) مراقبت از پای مطلوبی داشتند. عملکرد مراقبتی بیماران دیابتی غیرافسرده در زمینه های شستشوی روزانه پا ($p < 0/0001$)، معاینه پاها ($p < 0/001$)، بررسی داخل کفشها ($p = 0/04$)، چک قند خون ($p = 0/04$) و پوشیدن کفش در حمام ($p = 0/03$) به طور معنی داری بیشتر از بیماران دیابتی افسرده بود.

نتیجه گیری: بیماران دیابتی افسرده عملکرد مراقبت از پای ضعیفی دارند، بنابراین ضروری است که آموزشهای مراقبت از پا جهت تقویت رفتارهای خودمراقبتی به آنها داده شود.

کلید واژه ها: دیابت- افسردگی- مراقبت از پا

مراقبت های نوین، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۲): ۱۲۴-۱۳۱

پذیرش: ۹۲/۰۳/۱۹

اصلاح نهایی: ۹۲/۰۱/۲۰

دریافت: ۹۱/۰۹/۲۰

نویسنده مسئول: رضا قانع، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سنندج، ایران.

آدرس: سقز، میدان قدس، بیمارستان امام خمینی، بخش آی سی یو

تلفن: ۰۸۷۴-۳۲۲۵۵۲۷ نامبر: ۰۸۷۴-۳۲۲۵۱۵۵ e.mail: Rezaghane30@yahoo.com

^۱ کارشناس ارشد پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج و دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

^۲ مدیریت عالی بهداشت عمومی (MPH)، شبکه بهداشت و درمان سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سنندج، ایران.

^۳ کارشناس پرستاری، بیمارستان امام خمینی سقز، دانشگاه علوم پزشکی کردستان. سنندج، ایران.

مقدمه

امروزه دیابت به عنوان اپیدمی خاموش قرن حاضر به یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی در تمام کشورها تبدیل شده است. (۱)، دیابت به دلیل شباهتش با اپیدمی سریع طاعون قرن چهاردهم (از نظر بیمار گینی و مرگ و میر)، به مرگ سیاه قرن ۲۱ هم معروف شده است. در سال ۲۰۱۱ حدود ۸/۳٪ بزرگسالان جهان به دیابت مبتلا بودند در حالی که پیش‌بینی می‌شد در سال ۲۰۳۰ دنیا شاهد چنین شیوعی باشد (تقریباً بیست سال زودتر). (۲)، میزان شیوع دیابت در ایران ۷-۵٪ است و با توجه به میزان بالای بیماری‌های قلبی عروقی در این گروه از بیماران، دیابت سومین علت مرگ و میر ناشی از بیماری محسوب می‌شود. (۳)، دیابت عامل ۱۷٪ کوریها، ۳۲٪ نارسائیهای کلیوی و ۶۰٪ قطع اندامهای تحتانی می‌باشد. همچنین در حال حاضر هر هفت ثانیه یک بیمار دیابتی در اثر عوارض این بیماری جان خود را از دست می‌دهد. (۲)، بیماران دیابتی به دلیل نوروپاتی محیطی، عفونت و بیماری عروق محیطی مستعد مشکلات پا هستند. (۴)، زخم پای دیابتی مهمترین عارضه بیماری دیابت محسوب می‌شود. عدم درمان زخم پای دیابتی منجر به عفونت، نکروز عمیق بافتی و قطع اندام می‌شود. (۵)، ۱۵٪-۲۰٪ بیماران دیابتی در طول زندگی خود زخم پای دیابتی را تجربه خواهد کرد. بیش از ۵۰٪ زخمهای پای دیابتی عفونی شده و منجر به بستری در بیمارستانها و قطع عضو می‌شود. (۶)، رویهم رفته زخم پای دیابتی ۲۰٪ کل هزینه عوارض بیماری دیابت را به خود اختصاص می‌دهد. (۷)، مسئله بروز زخم پای دیابتی آنقدر حائز اهمیت است که یکی از اهداف برنامه Health People, 2010 به کاهش بروز زخم پای دیابتی و قطع اندام ناشی از آن اختصاص داده شده است. در امریکا کاهش ۵۵ درصدی قطع عضو و افزایش ۷۵ درصدی معاینه‌های پای بیماران دیابتی از جمله این اهداف است. (۸)، زخم پای دیابتی به سه دسته نوروپاتیک، ایسکمیک و نوروایسکمیک تقسیم می‌شود که میزان شیوع هر کدام به ترتیب ۳۵٪، ۱۵٪ و ۵۰٪ می‌باشد. (۹)

اغلب بیماران هم به دلیل عدم احساس درد ناشی از نوروپاتی دیابتی، از مراقبت و معاینه منظم پاهایشان غافل می‌مانند و این غفلت منجر به بروز زخم پا می‌شود. وضعیت مطلوب مراقبت از پا باعث کاهش بروز زخم پای دیابتی می‌شود.

Jordan می‌نویسد که ۸۵٪ قطع عضوهای اندامهای تحتانی بیماران دیابتی با مراقبت مناسب قابل پیشگیری است. مراقبت مطلوب از پای دیابتی شامل موارد معاینه روزانه پاها و داخل کفشها، شستشوی روزانه پاها و خشک کردن کامل آن، عدم راه رفتن با پای برهنه، استفاده از کفشهای طبی کاهنده فشار کف پا، عدم گرفتن لبه ناخنها، عدم دستکاری زگیلها و میخچه‌ها و مراجعه مرتب به پزشک می‌باشد. (۷)، افسردگی یکی از عواملی است که نه تنها منجر به عوارض روانشناختی و اجتماعی در بیماران دیابتی می‌شود، بلکه ممکن است عامل خطری برای مختل شدن رفتارهای خودمراقبتی باشد. میزان شیوع افسردگی در بیماران دیابتی دو برابر افراد سالم جامعه است. (۱۰)

اولین علامت افسردگی از نظر روانی کاهش انگیزه و علاقه می‌باشد که به دنبال آن کاهش فعالیت و کارایی، کاهش امید به زندگی، کاهش مراقبت از خود و تمایل به مرگ در شخص ایجاد می‌شود. (۱۱)، افسردگی و دیابت چرخه معکوسی را طی می‌کنند یعنی این که دیابت ممکن است خطر افسردگی را افزایش دهد و افسردگی نیز خطر دیابت نوع دو را بالا ببرد. (۱۲)

علت بروز افسردگی در دیابتی‌ها کاملاً مشخص نیست ولی عواملی مانند دردهای نوروپاتی، سازوکارهای نورواندوکرین، اختلالات محور هیپوفیز-هیپوتالاموس و ایسکمی ناشی از اختلالات عروقی را در ایجاد آن مؤثر می‌دانند. (۱۳)، میزان هزینه‌های درمانی بیماران دیابتی دارای علایم افسردگی ۴/۵ برابر سایر بیماران دیابتی است. همچنین میزان ناتوانی و مرگ و میر در بیماران دیابتی افسرده به ترتیب ۷/۱۵ برابر و ۲/۳ برابر بیماران دیابتی غیرافسرده می‌باشد. (۱۴)، بیماران دیابتی به دلیل خطرات زخم پای دیابتی و عوارض و پیامدهای آن، نیازمند مراقبت صحیح از پاهای خود می‌باشند و خلق افسرده می‌تواند رفتار و انگیزه بیماران را حتی در امر مراقبت از پا تحت تأثیر قرار دهد. همچنین به نظر می‌رسد. لذا این مطالعه جهت تعیین ارتباط افسردگی با رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی طراحی گردید.

روش بررسی

این مطالعه یک مطالعه توصیفی-تحلیلی است که در طول پاییز ۱۳۹۱ برای تعیین وضعیت خودمراقبتی از پا روی ۲۰۰

از پای دیابتی به ترتیب دارای Chronbach Alpha برابر ۰/۷۸ و ۰/۷۲ بودند.

وضعیت مراقبت از پا با استفاده از پرسشنامه‌ای که توسط پژوهشگر و با استفاده از متون و تحقیقات قبلی تهیه شده است، اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه شامل ۱۳ فعالیت مراقبتی از قبیل شستشوی روزانه پاها، چرب کردن به دنبال خشکی پا، استفاده از جوراب نرم، بررسی تاولها و لکه‌های قرمز، خشک کردن بین انگشتان و ... بود. جوابها دارای امتیاز صفر (هرگز) تا دو (اغلب) بود. لذا نمره قابل اکتساب در این مقیاس در محدوده صفر تا ۲۶ بود. کسب نمره بیست و بالاتر به منزله مراقبت مطلوب از پاها می‌باشد.

پس از توضیح اهداف و روش کار، پرسشنامه‌های افسردگی و مراقبت از پا در اختیار بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به واحد دیابت قرار گرفت و توسط آنها تکمیل شد، در صورتی که بیماران مورد پژوهش سواد خواندن و نوشتن نداشتند پرسشنامه توسط همکار پرستار آموزش دیده به صورت رو در رو تکمیل گردید. به دلیل محرمانه بودن اطلاعات، نام و نام خانوادگی بیماران دیابتی در پرسشنامه درج نشد.

پس از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ توسط آزمونهای آماری توصیفی، Chi-Square و Independent T Test در سطح معنی داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

از ۲۰۰ بیمار دیابتی مورد مطالعه، ۶۰ بیمار معادل ۳۰٪ افسرده و ۱۴۰ بیمار برابر ۷۰٪ غیرافسرده بودند. ۱۷۲ بیمار معادل ۸۶٪ زن بودند. میانگین سن و انحراف معیار در گروه بیماران افسرده $54/3 \pm 1/5$ و در گروه بیماران غیرافسرده $58/1 \pm 0/8$ سال بود ($p=0/03$). میانگین طول مدت ابتلا به دیابت ۸/۴ سال بود که دامنه آن بین ۱-۲۵ سال بود. از نظر تحصیلات ۸۰ نفر از بیماران برابر با ۴۰٪ باسواد بودند و بیشترین میزان باسواد برابر ۶۴ نفر معادل ۴۵/۷٪ در گروه بیماران دیابتی غیرافسرده بود. ۴ نفر از بیماران افسرده معادل ۶/۷٪ و ۲۸ بیمار غیرافسرده معادل ۲۰٪ شاغل بودند ($p=0/01$). تفاوت آماری

بیمار دیابتی نوع دو مراجعه کننده به واحد دیابت شهرستان سقز با روش نمونه‌گیری در دسترس (آسان) انجام شد. انجمن دیابت امریکا (به نقل از Mahmodi) شیوع افسردگی در بیماران دیابتی را ۱۵٪-۲۰٪ گزارش کرده است. (۱۲)، در این مطالعه شیوع افسردگی ۱۵٪ در نظر گرفته شد و با $d=0/05$ و سطح اطمینان ۹۵٪ ($\alpha=0/05$) حجم نمونه‌ای معادل ۱۹۵ نفر محاسبه شد که جهت اطمینان بیشتر به ۲۰۰ نفر افزایش یافت.

تمامی بیماران دارای پرونده بخش دیابت بوده و بیماری دیابت آنها توسط پزشک تشخیص داده شده بود. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: تشخیص دیابت نوع دو توسط پزشک، تمایل به مشارکت در مطالعه، داشتن پرونده در واحد دیابت. وجود ناتوانیهای جسمی جزء معیارهای خروج از مطالعه بود.

جهت گردآوری داده‌ها در این پژوهش، از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی، ابزار استاندارد سنجش افسردگی دپارتمان هاروارد (HANDS) و پرسشنامه محقق ساخته مراقبت پای دیابتی استفاده شد. ابزار سنجش افسردگی دپارتمان هاروارد شامل ده سؤال است که به هر سؤال نمره صفر تا سه تعلق می‌گیرد و نمره کلی ابزار صفر تا سی می‌باشد و کسب نمره ۰ و بالاتر از آن به منزله وجود افسردگی است. کسب امتیاز بالاتر به معنی میزان افسردگی بیشتر است. این ابزار در مطالعات داخل کشور مورد استفاده قرار نگرفته و روا و پایا نشده بود ولی پایایی آن در مطالعه Gonzales و همکاران ۰/۸۸ بود، همچنین میزان حساسیت و ویژگی ابزار HANDS برای بررسی افسردگی معادل و یا بیشتر از فرم ۲۱ آیتمی افسردگی Beck، پرسشنامه Zung و فرم ۱۵ سوالی Hopkins است. (۱۵)

در این مطالعه اعتبار علمی پرسشنامه‌های افسردگی و مراقبت از پا با روش اعتبار محتوا مورد تأیید قرار گرفت، به این منظور ابزار استاندارد سنجش افسردگی دپارتمان هاروارد به صورت ساده و روان به فارسی برگردانده شد و همراه با پرسشنامه مراقبت از پا در اختیار ده نفر متخصص (متخصصان داخلی، نورولوژی، عفونی، ارتوپدی و جراحی) قرار گرفت و پس از جمع آوری و اعمال نظرات، تغییرات لازم اعمال گردید. به منظور تعیین اعتماد علمی پرسشنامه‌ها از ضریب Chronbach Alpha استفاده شد و انسجام درونی پرسشنامه‌های افسردگی و مراقبت

معنی داری از نظر جنس و تحصیلات در دو گروه بیماران دیابتی غیرافسرده نسبت به بیماران دیابتی افسرده متاهل بودند افسرده و غیرافسرده وجود نداشت. درصد بیشتری از بیماران $(p=0/002)$. (جدول ۱)

جدول ۱: مشخصه‌های دموگرافیک بیماران دیابتی دارای علائم افسردگی و فاقد علائم افسردگی

متغیرهای دموگرافیکی	بیماران دیابتی افسرده		P-value
	بیماران دیابتی غیرافسرده (۱۴۰ نفر)	بیماران دیابتی افسرده (۶۰ نفر)	
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	
جنس	مذکر	۸ (۱۳/۳)	۰/۵
	مؤنث	۵۲ (۸۶/۷)	
وضعیت تأهل	مجرد	۲۰ (۳۳/۳)	۰/۰۰۲
	متاهل	۴۰ (۶۶/۷)	
شغل	شاغل	۴ (۶/۷)	۰/۰۱
	خانه دار و بیکار	۵۶ (۹۳/۳)	
تحصیلات	باسواد	۱۶ (۲۶/۷)	۰/۰۸
	بی سواد	۴۴ (۷۳/۳)	
مدت ابتلا به دیابت	کمتر از ۵ سال	۲۰ (۳۳/۳)	۰/۰۹
	بیش از ۵ سال	۴۰ (۶۶/۷)	

جدول شماره ۲ بیانگر عملکردهای مراقبت از پا در دو گروه بیماران افسرده و غیرافسرده دیابتی می‌باشد. خودمراقبتی از پاها در زمینه‌های شستشوی روزانه $(p<0/0001)$ ، معاینه پاها $(p<0/001)$ ، بررسی داخل کفشها $(p=0/04)$ ، چک قند خون $(p=0/04)$ و پوشیدن کفش در حمام $(p=0/03)$ در دو گروه بیماران توزیع یکسانی نداشت و در بیماران دیابتی افسرده به طور معنی‌داری کمتر از بیماران دیابتی غیرافسرده بود $(p=0/01)$.

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که ۳۱/۷٪ بیماران دیابتی افسرده و ۵۰/۷٪ بیماران دیابتی غیرافسرده دارای عملکرد مراقبت از پای مطلوبی بودند و مراقبت از پا در بیماران دیابتی افسرده ضعیفتر از بیماران دیابتی غیرافسرده بود $(p=0/01)$ ، که این یافته با نتیجه مطالعه Gonzalez کاملاً همخوانی دارد. (۱۵)، به نظر می‌رسد کندی روانی حرکتی و کمبود انرژی در بیماران دیابتی افسرده روی مراقبت از پای آنها تأثیر می‌گذارد در دو مطالعه Bell و Lin مراقبت از پاها در دو گروه بیماران دیابتی افسرده و غیرافسرده اختلاف معنی‌داری نداشت. از نظر محققان این اختلاف ممکن است ناشی از این موضوع باشد که در دو مطالعه ذکر شده وضعیت مراقبت از پا بر اساس ابزار فعالیتهای خودمراقبتی (SDSCA) سنجیده شده بود که این ابزار در حیطه مراقبت پا تنها دو آیتم معاینه روزانه پاها و بررسی روزانه کفشها را شامل می‌شد در حالی که در مطالعه حاضر ۱۳ عملکرد مراقبت از پا بررسی شده بود. (۱۶-۱۷)

برخی اعمال مراقبت از پا در دو گروه زنان و مردان با هم اختلاف داشت، مثلاً زنان اعمالی از قبیل چرب کردن پاها در صورت خشکی، معاینه پاها، بررسی داخل کفش و پوشیدن کفش در حمام را بیشتر از مردان رعایت می‌کردند $(p=0/05)$. تنها زمینه مراقبت از پا که در آن مردان به طور معنی‌داری بیشتر از زنان آن را رعایت می‌کردند استفاده از کفش مناسب بود $(p=0/04)$.

جدول ۳ بیانگر وضعیت کلی مراقبت از پا در بیماران دیابتی افسرده و غیرافسرده است. در گروه بیماران دیابتی افسرده، ۱۹ نفر معادل ۳۱/۷٪ و در گروه بیماران دیابتی غیرافسرده، ۷۱ نفر برابر با ۵۰/۷٪ دارای وضعیت مراقبت از پای مطلوب بودند، آزمون آماری X^2 نشان داد که وضعیت مراقبت از پا در بیماران

جدول ۲: توزیع فراوانی چگونگی رعایت رفتارهای خودمراقبتی توسط بیماران دیابتی افسرده و غیرافسرده

P-value	افسرده (۶۰ نفر)		غیرافسرده (۱۴۰ نفر)		عملکرد مراقبت از پا	
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۰۰۱	۶۶/۷	۴۰	۸۸/۶	۱۲۴	اغلب	شستشوی روزانه
	۳۳/۳	۲۰	۱۱/۴	۱۶	به ندرت و هرگز	
۰/۵	۴۶/۷	۲۸	۵۱/۴	۷۲	اغلب	چرب کردن پا
	۵۳/۳	۳۲	۴۸/۶	۶۸	به ندرت و هرگز	
۰/۰۲	۸۶/۷	۵۲	۷۱/۴	۱۰۰	اغلب	استفاده از جوراب نرم
	۱۳/۳	۸	۲۸/۶	۴۰	به ندرت و هرگز	
۰/۰۰۱	۶۰	۳۶	۸۲/۹	۱۱۶	اغلب	معاینه پا
	۴۰	۲۴	۱۷/۱	۲۴	به ندرت و هرگز	
۰/۵	۲۶/۷	۱۶	۳۱/۴	۴۴	اغلب	خشک کردن بین انگشتان
	۷۳/۳	۴۴	۶۸/۶	۹۶	به ندرت و هرگز	
۰/۰۶	۴۰	۲۴	۵۴/۳	۷۶	اغلب	پوشیدن کفش مناسب
	۶۰	۳۶	۴۵/۷	۶۴	به ندرت و هرگز	
۰/۲	۲۰	۱۲	۲۸/۶	۴۰	اغلب	سوهان زدن لبه ناخن ها
	۸۰	۴۸	۷۱/۴	۱۰۰	به ندرت و هرگز	
۰/۰۴	۶۶/۷	۴۰	۸۰	۱۱۲	اغلب	معاینه داخل کفش
	۳۳/۳	۲۰	۲۰	۲۸	به ندرت و هرگز	
۰/۷	۷۳/۳	۴۴	۷۱/۴	۱۰۰	اغلب	عدم کنترل حرارت اشیاء با پا
	۲۶/۷	۱۶	۲۸/۶	۴۰	به ندرت و هرگز	
۰/۰۴	۶۰	۳۶	۷۴/۳	۱۰۴	اغلب	چک مرتب قند خون
	۴۰	۲۴	۲۵/۷	۳۶	به ندرت و هرگز	
۰/۱۶	۶۰	۳۶	۵۱/۴	۷۲	اغلب	مراجعه به پزشک
	۴۰	۲۴	۴۸/۶	۶۸	به ندرت و هرگز	
۰/۰۳	۷۳/۳	۴۴	۸۵/۷	۱۲۰	اغلب	پوشیدن کفش در حمام
	۲۶/۷	۱۶	۱۴/۳	۲۰	به ندرت و هرگز	
۰/۷	۶۰	۳۶	۶۲/۹	۸۸	اغلب	رعایت رژیم غذایی توصیه شده
	۴۰	۲۴	۳۷/۱	۵۲	به ندرت و هرگز	

جدول ۳: توزیع فراوانی وضعیت مراقبت از پا در دو گروه بیماران دیابتی افسرده و غیرافسرده

P-value	مراقبت از پای مطلوب	مراقبت از پای نامطلوب	گروه
	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	افسرده‌گی
۰/۰۱	۱۹ (۳۱/۷)	۴۱ (۶۸/۳)	دارد
	۷۱ (۵۰/۷)	۶۹ (۴۹/۳)	ندارد
	۹۰ (۴۵)	۱۱۰ (۵۵)	جمع

مطالعه شستشوی پا، معاینه پا و پوشیدن کفش مناسب را رعایت می‌کردند. (۲۲)، در مطالعه حاضر به ترتیب ۸۲٪ و ۷۶٪ بیماران دیابتی شستشوی روزانه پاها و معاینه پاهایشان را انجام می‌دادند. اما در مطالعه Jordan و همکاران به ترتیب ۳۲٪ و ۱۲٪ بیماران اصلاً داخل کفشها و پاهای خود را بررسی نکرده بودند و ۱۲٪ بیماران هم اصلاً بین انگشتان خود را خشک نمی‌کردند. (۷)

عدم در نظر گرفتن نوع افسردگی افراد مورد پژوهش از محدودیتهای مطالعه حاضر است، بنابراین پیشنهاد می‌شود که عملکرد مراقبت از پا با میزان و نوع افسردگی بیماران دیابتی بررسی شود.

نتیجه گیری

نتایج حاصل از مطالعه بیانگر این بود که بین افسردگی و عملکرد مراقبت از پا ارتباط وجود دارد به طوری که بیماران دیابتی افسرده تمایل کمتری به مراقبت از پاهای خود دارند و در معرض خطر بالای بروز زخم پای دیابتی هستند، بنابراین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی جامع‌تر در زمینه مراقبت از پا به آنان ارائه گردد و در طول مراجعه به واحدهای دیابت از نظر رعایت عملکردهای مراقبت از پا پایش شوند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی مصوب حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان با شماره ۹۱/۷۸ می‌باشد. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کردستان که با قبول و تصویب این طرح تحقیقاتی و حمایت مالی امکان انجام این مطالعه را ممکن ساخت و نیز از همکاری صمیمانه واحد دیابت شهرستان سقز و تمامی بیماران دیابتی مشارکت کننده در مطالعه کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

REFERENCES

- 1- Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Diabetes Diagnosis; Disrupter identity? Iranian J Endocrino & Metabol. 2011; 13 (1):26-35 [Persian].
- 2- Lazzarini PA, Gurr MJ, Rogers RJ, Schox A, Bergin MS. Diabetes foot disease: The cinderella of Australian diabetes management? J Foot and Ankle Res. 2012; 5 (24): 1-9.

در مطالعه فعلی میزان استفاده از جوراب نرم ($p=0/02$)، مراجعه به پزشک ($p=0/1$) و عدم کنترل اشیاء با پا ($p=0/7$) در بیماران افسرده بیش از بیماران غیرافسرده بود. شاید بتوان دلیل مراجعه زیاد بیماران افسرده به پزشک را به وجود بیماری‌های زمینه‌ای و حس خودبیمارانگاری آنها نسبت داد. در مطالعه فعلی بیماران دیابتی افسرده به طور معنی‌داری کمتر از بیماران دیابتی غیرافسرده قند خون خود را پایش می‌کردند ($p=0/04$)، به نظر می‌رسد ضعف خودپایشی قند خون در بیماران دیابتی افسرده ناشی متأثر از وضعیت فیزیکی و روانی افراد باشد. مطالعه Lustman به نقل از De Groot نشان داد که افسردگی با کنترل ضعیف قند خون و افزایش عوارض دیابتی ارتباط دارد. (۱۴)، اما در مطالعات انجام شده مشابه توسط Gonzalez و HyeSook و گروه بیماران دیابتی افسرده و غیرافسرده از نظر پایش قند خون با هم اختلافی نداشتند. (۱۵، ۱۸) در مطالعه فعلی اغلب بیماران دیابتی برابر ۸۲٪ پوشیدن کفش در حمام را رعایت می‌کردند در حالی که به ترتیب تنها ۳۰٪ و ۲۶٪ بیماران دیابتی مورد مطالعه بین انگشتان پای خود را خشک می‌کردند و لبه ناخنهایشان را سوهان می‌زدند که این امر نشان‌دهنده ضعف آگاهی و دانش بیماران دیابتی در زمینه رعایت برخی از عملکردهای مراقبت از پا است که نیازمند تدوین برنامه‌های آموزشی در واحدهای دیابت می‌باشد. در مطالعه حاضر تنها ۵۰٪ بیماران از کفش مناسب استفاده می‌کردند و زنان کمتر از مردان این امر را رعایت می‌کردند. در مطالعه McInnes هم ۸۲٪ بیماران دیابتی از کفش با اندازه مناسب استفاده نمی‌کردند. (۱۹)، Edelstein معتقد است که زنان به دلیل استفاده از کفشهای پاشنه بلند و تنگ مستعد بروز آسیبهای پا هستند. (۲۰)، در مطالعه Desalu تنها ۱۰/۲٪ بیماران عملکرد مطلوبی در زمینه مراقبت از پاهایی خود داشتند و کمتر از نیمی از بیماران تحت مطالعه مرتباً پاهای خود را معاینه می‌کردند (۴۰/۹٪)، مرتباً پاهای خود را می‌شستند (۴۶٪) و داخل کفشهای خود را قبل از پوشیدن بررسی می‌کردند (۴۷/۷٪). (۲۱)، در مطالعه Olson بیش از نیمی از بیماران تحت

- 3- Mahmoudi A. The effect of self-care program on foot healing in diabetic patients. *Shahrekord Univ Med Sci J*. 2005; 3(7):61-8. [Persian].
- 4- Larijani B, Bastanagh MH, Pajouhi M, Afshari M, Khani M, Shajarian M. Lower limb amputation rate in patients with type 2 diabetes managed at the Imam Khomeiny and doctor Shariati Hospitals between 1979 and 1994. *Iranian J Diabet & Lipid Disord*. 2001; 1(1): 80-5. [Persian].
- 5- Yudovsky D, Nouvong A, Schomacker K, Pilon L. Assessing diabetic foot ulcer development risk with hyperspectral tissue oximetry. *J Biomedical Optics*. 2011; 16(2):1-8.
- 6- Hobizal BK, Wukich KD. Diabetic foot infections: Current concept review. *Diabet Foot and Ankle*. 2012; 3(1):1-8.
- 7- Jordan ND, Jordan LJ. Foot self-care practices among filipino american women with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Ther*. 2011; 2(1): 1-8
- 8- Sharifirad G, Hazavehie S, Mohebi S, Rahimi M, Hasanzadeh A. The effect of educational programme based on Health Belief Model (HBM) on the foot care by type II diabetic patients. *Iranian J Endocrin & Metabol*. 2006; 8 (3):231-9. [Persian].
- 9- Armstrong DG, Cohen K, Courric S, Bharara M, Marston W. Diabetic foot ulcers and vascular insufficiency: Our population has changed, but our methods have not. *J Diabet Sci & Technol*. 2011; 5(6):1591-95.
- 10- Lin HE, Katon W, Rutter C, Simon EG, Ludman JE, Von Korff M, et al. Effects of enhanced depression treatment on diabetes self-care. *Ann Fam Med*. 2006; 4(1): 46-53.
- 11- Sepehrmanesh Z, Sarmast H, Sadr S, Sarbolouki S. Prevalence and severity of depression in diabetic subjects. *Feyz, J of Kashan Univ of Med Sci*. 2003; 7 (3):69-75. [Persian].
- 12- Mahmodi A, Sharifi. Comparison frequency and factors associated with depression in diabetics and non diabetics patients. *J of Urmia Nursing and Midwifery*. 2008; 6 (2):88-93. [Persian].
- 13- Behnam B, Ghorbani R. Epidemiologic features of depression in non-insulin dependent diabetic patients in Semnan. *Pejouhesh* 2005; 29 (1):45-9. [Persian].
- 14- De Groot M, Kushnick M, Doyle T, Merrill J, McGlynn M, Shubrook J, et al. Depression among adults with diabetes: Prevalence, impact, and treatment options. *Diabet Spectrum*. 2010; 23(1): 15-18.
- 15- Gonzalez JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler DJ, Delahanty L, Wittenberg E, et al. depression, self-care, and medication adherence in type 2 diabetes. *Diabet Care*. 2007; 30 (9): 2222-7.
- 16- Bell R, Stafford MJ, Arcury AT, Snively MB, Smith LS, Grzywacz GJ, et al. Complementary and alternative medicine use and diabetes self-management among rural older adults. *Complement Health Pract Rev*. 2006; 11(2): 95-106.
- 17- Lin HE, Katon W, Von Korff M, Simon EG, Oliver M, Ciechanowski P, et al. Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence, and preventive care. *Diabet Care*. 2004; 27 (9): 2154-60.
- 18- Heysook P, Sun Y, Lee H, Ha E, Sung Y. Individuals with type 2 diabetes and depressive symptoms exhibited lower adherence with self-care. *Journal of Clinical Epidemiol*. 2004; 57 (9): 978-984.
- 19- McInnes AD, Hashmi F, Farndon LJ, Church A, Haley M, Sanger DM, et al. Comparison of shoe-length fit between people with and without diabetic peripheral neuropathy: a case-control study. *J Foot and Ankle Res*. 2012; 5 (9): 1-8.
- 20- Edelstein EJ. Foot care for the aging. *Phys Ther*. 2012; 68 (12):1882-6
- 21- Desalu OO, Salawu KF, Jimoh KA, Adekoya OA, Busari AO, Olokoba BA. Diabetic foot care: self reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospitals in Nigeria. *Ghana Med J*. 2011; 45 (2): 60-5
- 22- Olson L, Hogan MT, Rajan M, Raugi JG, Reiber EG. Foot care education and self management behaviors in diverse veterans with diabetes. *Patient Preference and Adherence* 2009; 3(1):45-50.

Foot care in depressed and non-depressed diabetic patients

R. Ghane'i¹, F. Golkar², E. Aminpoor³

Background and Aim: Depression is common among type II diabetic patients that reduces the desire, motivation, and ability to perform self-care behaviors, including the care of the feet. The present study aimed to investigate the relationship between depressions and self-care performance in patients with type II diabetes.

Materials and Methods: In this descriptive-analytic study, 200 patients with type 2 diabetes visiting Saqqez diabetes unit in the fall of 2012 were evaluated. Harvard depression screening (HANDS) and foot-care questionnaires were used to collect data. Content validity was used to assess the validity of both questionnaires. In addition, the reliabilities of the depression and foot-care questionnaires were found 0.78 and 0.72 respectively by calculating Cronbach's Alpha coefficient. The data were analyzed by SPSS (version 16) using descriptive statistical tests, Chi-Square, and independent t-test. $P \leq 0.05$ was considered statistically significant.

Results: From among the diabetic patients, 60 (30%) were depressed, and 90 (45%) had good foot care. Daily washing of the feet ($p < 0.0001$), examining the feet ($p < 0.001$), examining shoe insides ($p = 0.04$), monitoring blood glucose ($p = 0.04$), and wearing shoes in the bathroom ($p = 0.03$) were significantly more in non-depressed diabetic patients than in the depressed ones.

Conclusion: Depressed diabetic patients have a poor foot-care performance. Therefore, it is necessary to give them foot-care education to improve their self-care behaviors.

Keywords: Diabetes; Depression; Foot Care

Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty. 2013; 10 (2):124-131

Received: December 10, 2012 **Last Revised:** April 9, 2013 **Accepted:** June 9, 2013

¹ Corresponding Author, MSc. in Nursing, Imam Khomeini Hospital of Saqqez, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj and Candidate of PhD in Nursing. Welfare and Rehabilitation Sciences University, Nursing Department, Tehran, Iran. Rezaghane'i30@yahoo.com

² Master of Public Health, Health & Treatment Center of Saqqez, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.

³ BSc in Nursing, Imam Khomeini Hospital of Saqqez, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran.