

بررسی وضعیت مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت نوع دو: بکارگیری نظریه رفتار برنامه ریزی شده

سمیرا بیرانوند^۱، صدیقه فیاضی^{۲*}، مرضیه اسدی ذاکر^۳، سید محمود لطیفی^۴

^۱دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران؛ ^۲مرکز تحقیقات بیماری های مزمن، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران؛
^۳گمبته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران؛ ^۴مرکز تحقیقات دیابت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور، اهواز، ایران.
تاریخ دریافت: ۹۳/۱/۹ تاریخ پذیرش: ۹۳/۳/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: در بین عوارض ناشی از بیماری دیابت، مشکلات پا نظیر زخم یا عفونت پاها و آمپوتاسیون های اندام تحتانی ناشی از عدم رعایت مسائل ایمنی و پیشگیرانه در حال افزایش است؛ لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی وضعیت مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت با استفاده از نظریه رفتار برنامه ریزی شده انجام شد. روش بررسی: در این مطالعه توصیفی-مقطعی، ۶۹ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان گلستان اهواز طی یک دوره سه ماهه از خرداد تا شهریور ماه ۱۳۹۲ به صورت تصادفی انتخاب شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه پژوهشگر ساخته (۵۹ سوال) مشتمل بر سه بخش اطلاعات دموگرافیک، طبی و آگاهی، ابعاد نظریه رفتار برنامه ریزی شده (نگرش، هنجار انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده و قصد رفتاری) و عملکرد مراقبت از پا جمع آوری و ارزیابی شدند.

یافته ها: آگاهی ۵۳/۶۰٪ از شرکت کنندگان در زمینه فعالیت های مراقبت از پا ضعیف بود؛ در حالی که ۷۹/۷۱٪ نگرش بالایی به انجام این فعالیت ها داشتند. ۵۲/۱۷٪ فشارها و حمایت های اجتماعی را در حد بالا و ۵۲/۱۰٪ سطح متوسطی از کنترل بر این فعالیت ها را گزارش نمودند. اکثریت افراد (۷۹/۷۰٪) قصد بالایی جهت انجام این فعالیت ها را گزارش نمودند؛ در حالی که ۴۳/۴۰٪ عملکرد ضعیفی داشتند. همبستگی مستقیم و معنی داری بین میانگین نمره آگاهی و عملکرد با تمام سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده مشاهده شد ($P < 0.05$).

نتیجه گیری: نتایج این مطالعه بر لزوم توجه به مجموعه ای از عوامل موثر در تغییر رفتار مبتلایان به دیابت تأکید داشته و می تواند مبنای توسعه مداخلات آموزشی نظریه محور با هدف ارتقای عملکرد مراقبت از پا قرار گیرد.

واژه های کلیدی: دیابت، نظریه رفتار برنامه ریزی شده، مراقبت از پا، آگاهی، عملکرد.

مقدمه:

چشمی، کلیوی، عصبی و قلبی-عروقی را در طول حیات بیماران دیابتی افزایش می دهد و همین امر منجر به بروز مشکلات فراوان برای فرد دیابتی و تحمیل بار اقتصادی سنگین به نظام سلامت جامعه می شود (۳). در بین عوارض ناشی از بیماری دیابت، مشکلات پا نظیر زخم یا عفونت پاها و آمپوتاسیون های اندام تحتانی ناشی از عدم رعایت مسائل ایمنی و پیشگیرانه در حال افزایش است و نیاز به توجه بیشتری دارد (۴). دیابت عامل ۶۰ درصد موارد آمپوتاسیون های پا محسوب

طبق اعلام فدراسیون بین المللی دیابت، اگر اقدامات فوری صورت نگیرد، تعداد افرادی که مبتلا به دیابت هستند از ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۱۱ به ۵۵۲ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۱). بر اساس آخرین آمار اعلام شده از سوی انجمن دیابت ایران ۷ میلیون ایرانی (۸/۹٪) به دیابت مبتلا هستند (۲). از طرف دیگر طبیعت مزمن دیابت و درمان های نوین این بیماری که باعث افزایش طول عمر بیماران دیابتی می شود، احتمال ابتلا به عوارض مزمن آن نظیر درگیری

می شود (۵). علاوه بر این زخم پای دیابتی شایعترین علت بستری بیماران دیابتی است (۶) که بدون ارائه مراقبت های لازم، می تواند منجر به عفونت، گانگرن، آمپوتاسیون و حتی مرگ شود (۷). آمارها نشان می دهد در انگلستان سالانه ۴۴/۶۰-۱۱ نفر از هر ده هزار نفر مبتلا به دیابت و در آمریکا ۵۵ نفر از هر ده هزار نفر دچار قطع عضو اندام تحتانی می شوند (۸). در بررسی های انجام شده در ایران شیوع زخم پای دیابتی حدود ۲۰٪ (۹)، میزان آمپوتاسیون ناشی از آن ۳۰/۶٪ و متوسط تعداد روزهای بستری ناشی از این عارضه ۴ هفته گزارش شده است (۱۰). در مطالعه انجام شده توسط نیکخوی و همکاران بر روی پرونده بیماران دیابتی مراجعه کننده به بیمارستان رازی اهواز طی سال های ۸۳-۱۳۸۱ نیز مشخص شد که ۱۹۸ بیمار با تشخیص زخم پای دیابتی به این مرکز مراجعه و تحت درمان قرار گرفته اند که از این تعداد ۳۶ درصد دچار قطع عضو اندام تحتانی شده بودند (۱۱). همچنین مشخص شده است که کمترین میزان پیگیری بیماران دیابتی مربوط به عارضه پای دیابتی بوده و اصولاً در ایران توجه زیادی نسبت به این عارضه مبذول نمی گردد (۱۲). نتایج مطالعات مختلف نیز نشان داده که زخم پای دیابتی یک مشکل شایع در بین زنان و مردان دیابتی ایران است و عموماً دانش و عملکرد بیماران دیابتی در زمینه مراقبت از پا نامطلوب است (۱۳). بنابراین امروزه دیابت و عارضه پای دیابتی در تحقیقات و پژوهش ها از موضوعاتی است که باید در اولویت باشد.

از آنجا که اکثر مشکلات بهداشتی با رفتار انسان ارتباطی تنگاتنگ دارند، نظریه ها و الگوهای رفتاری می توانند برای درک چگونگی پیشگیری و کنترل مشکلات بهداشتی (از جمله کنترل بیماری دیابت و کاهش عوارض ناشی از آن) مورد استفاده قرار گیرند. در واقع نظریه ها می توانند به پرسش هایی از قبیل اینکه چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند و یا اینکه چگونه باید رفتار را تغییر دهند، پاسخ دهند (۱۴).

نظریه ها و الگوها، عوامل اصلی که رفتار را تحت تأثیر قرار می دهند، شناسایی کرده و روابط این عوامل را تعیین می کنند و پیشنهاداتی را برای عملکرد در شرایط گوناگون جهت تأثیر بر این عوامل ارائه می دهند (۱۵). یکی از مدل های تغییر رفتار، نظریه رفتار برنامه ریزی شده (Theory of planned behavior=TPB) می باشد که در سال ۱۸۸۵ مطرح و در سال ۱۹۹۱ توسط Ajzen & Feishbin توسعه داده شد. براساس این نظریه مهمترین عامل تعیین کننده رفتار شخص، قصد فرد است که بیانگر انگیزش وی برای اتخاذ یک رفتار می باشد و خود تحت تأثیر عوامل مختلفی می باشد (۱۶). همچنین بر اساس این نظریه قصد رفتار (تفکر برای انجام رفتار) برآیندی است از نگرش نسبت به رفتار (ارزشیابی مثبت یا منفی در مورد انجام یک رفتار) که از دو زیرسازه باورهای رفتاری (احتمال ذهنی فرد در مورد این که انجام رفتار هدف، نتیجه مورد نظر را به دنبال خواهد داشت) و ارزیابی از نتایج رفتار (پاسخ ارزیابانه صریح نسبت به نتیجه) که باعث حصول نگرش نسبت به رفتار می شوند، تشکیل شده است. افراد غالباً بر مبنای ادراکاتشان از آنچه که دیگران فکر می کنند باید انجام دهند، عمل می کنند و قصد آن ها جهت پذیرش رفتار، به صورت بالقوه متأثر از افرادی است که ارتباطات نزدیکی با آن ها دارند. در این نظریه هنجار ذهنی فرد، حاصل ضرب باورهای هنجاری (انتظارات درک شده از طرف افراد یا گروه های مرجع خاص) در انگیزه پیروی (تمایل به راضی ساختن دیگران) برای انجام رفتار هدف با وجود این انتظارات می باشد. همچنین کنترل رفتاری درک شده، درجه ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام یک رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی وی می باشد، تعریف می گردد (۱۷،۱۴). White و همکاران اثر بخشی استفاده از TPB را در بررسی فعالیت جسمانی و عادات تغذیه ای مبتلایان به دیابت نوع ۲ تأیید نموده اند (۱۸). دیدارلو و همکاران نیز بر اساس مطالعات خود بیان نمودند که این مدل قادر به

پای دیابتی در زمان مطالعه بر اساس تأیید پزشک متخصص کلینیک و نداشتن سابقه اختلالات اعصاب و روان و بیماری های زمینه ای از قبیل فشار خون بالای کنترل نشده و بیماری عروق محیطی بود. واحدهای تحت پژوهش در زمینه چگونگی انجام طرح، محرمانه بودن و عدم استفاده ابزاری از اطلاعات، همچنین هدف از انجام این طرح توجیه شده و با اخذ رضایت نامه کتبی وارد مطالعه شدند. به افراد شرکت کننده اطمینان داده شد که حق خروج از مطالعه برای آن ها در هر زمان در طول مدت مطالعه، محفوظ است.

برای انجام مطالعه، پرسشنامه پژوهشگر ساخته توسط پژوهشگر برای واحدهای مورد پژوهش توضیح داده شد و تکمیل گردید. پرسشنامه مشتمل بر سه بخش شامل: بخش اول اطلاعات دموگرافیک، طبی (۱۳ سوال) و آگاهی (۱۰ سوال)، بخش دوم مربوط به ابعاد نظریه رفتار برنامه ریزی شده (شامل: نگرش ۱۴ سوال، هنجار انتزاعی ۷ سوال، کنترل رفتاری درک شده ۵ سوال، قصد رفتاری ۴ سوال) و بخش سوم عملکرد مراقبت از پا (۴ سوال) بود. سوالات مربوط به سنجش ابعاد نظریه مذکور بر اساس توصیه های Ajzen & Feishbin در زمینه طراحی پرسشنامه های مبتنی بر این نظریه (۲۲،۲۱) تنظیم شد و امتیازات هر قسمت به صورت جداگانه و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) محاسبه گردید. در مورد سنجش آگاهی، نمره صفر برای پاسخ غلط و نمره یک برای پاسخ صحیح در نظر گرفته شد. همچنین سوالات مربوط به سنجش عملکرد با استفاده از فرم استاندارد خلاصه فعالیت های خود مراقبتی دیابت Toobert و همکاران (بخش مراقبت از پا) (۲۳) تنظیم شده و مقیاس آن از ۰-۷ بر اساس انجام فعالیت های مربوطه در هفت روز گذشته به شیوه خود گزارش دهی بود و با طرح سوالاتی همچون "در هفت روز گذشته چند بار درون کفش های خود را مشاهده نموده/ید؟" اندازه گیری شد. حداکثر نمره کسب شده

پیش بینی رفتارهای خود مراقبتی و فعالیت بدنی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ بوده و بنابراین می تواند اساسی برای مداخلات آموزشی در جهت ارتقای رفتارهای خود مراقبتی در این بیماران باشد (۲۰،۱۹).

با توجه به اهمیت ارتقای فعالیت های مراقبت از پا در بیماران دیابتی و لزوم شناسایی عوامل مؤثر در ایجاد رفتار بر اساس اصول نظریه، لازم است تا مؤثرترین متغیرهای نظریه در ایجاد رفتار و نیز اثرات آن ها بر عملکرد بیماران شناسایی شده و مداخلات آموزشی مؤثر بر این اساس طراحی و اجرا شود؛ لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی وضعیت مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان گلستان اهواز در چارچوب نظریه رفتار برنامه ریزی شده انجام شد.

روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی بوده و با هدف بررسی وضعیت مراقبت از پا در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت بیمارستان گلستان اهواز طی یک دوره ۳ ماهه از خرداد تا شهریور ماه ۱۳۹۲ انجام شده است. پس از کسب معرفی نامه از شورای پژوهشی و کمیته اخلاق دانشگاه و هماهنگی با مسئولین بیمارستان گلستان اهواز و کلینیک دیابت این مرکز، با توجه به نتایج حاصل از انجام مطالعه پایلوت و بر اساس فرمول تعیین حجم نمونه، انتخاب نمونه ها (۸۰ نفر) بر اساس معیارهای ورود و به صورت تصادفی ساده انجام شد. به این صورت که ابتدا پژوهشگر با مطالعه پرونده های بیماران مراجعه کننده و بر اساس شرایط ورود به مطالعه اقدام به تهیه لیستی از اسامی کلیه شرکت کنندگان در پژوهش نموده و سپس بر اساس جدول اعداد تصادفی، نمونه ها انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، محدوده سنی ۶۰-۳۰ سال، داشتن طول مدت حداقل ۶ ماه از زمان تشخیص بیماری، عدم ابتلا به زخم

تکمیل و آلفای کرونباخ برای هر یک از بخش های پرسشنامه محاسبه شد. مقدار آلفا کرونباخ به ترتیب برای پرسشنامه های آگاهی برابر ۰/۷۱، نگرش ۰/۷۷، هنجارهای ذهنی ۰/۸۶، کنترل رفتاری درک شده ۰/۷۱، قصد رفتار ۰/۸۷ و عملکرد مراقبت از پا ۰/۸۴ تعیین شد. موارد فوق همگی بالای ۰/۷۰ و در سطح قابل قبولی بودند. داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و واریانس) و ضریب همبستگی پیرسون در سطح معنی داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها:

پس از حذف پرسشنامه های مخدوش و ناقص تعداد ۶۹ پرسشنامه تکمیل شده در مطالعه باقی ماندند و اطلاعات به دست آمده از آن ها تجزیه و تحلیل شد. میانگین سنی شرکت کنندگان در مطالعه $54/32 \pm 3/10$ سال بوده و $44/90\%$ آن ها در رده سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. اکثریت افراد شرکت کننده مرد، متأهل و دارای تحصیلات ابتدایی بودند (جدول شماره ۱).

از این قسمت ۲۸ و حداقل نمره ۰ بود. امتیازات کسب شده بیش از ۲۱ نشاندهنده عملکرد خوب، بین ۲۱-۱۴ عملکرد متوسط و کمتر از ۱۴ مویده عملکرد ضعیف مراقبت از پا بود. این بخش از پرسشنامه در مطالعات مشابه استفاده شده است (۲۴). در این پرسشنامه از عبارات منفی نیز استفاده شده که پس از بررسی و برگرداندن امتیازات این عبارات، نمره نهایی پرسشنامه محاسبه گردید.

روایی ابزار اندازه گیری به روش اعتبار محتوا انجام شد. به این صورت که پژوهشگر با در نظر گرفتن متغیرهای مورد نظر پژوهش و مطالعه کتب و مقالات، پرسشنامه اولیه را (شامل ۶۵ سوال) تنظیم کرده و به منظور بررسی از نظر کیفیت محتوا، پرسشنامه را در اختیار ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز قرار داد و پس از جمع آوری نظرات آن ها، تغییرات لازم اعمال و نسخه نهایی تهیه شد. به منظور تعیین پایایی ابزار اندازه گیری از روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه در یک مطالعه پایلوت و توسط ۱۵ نفر که شرایط مطالعه را داشتند،

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه بر حسب مشخصات فردی

مشخصات فردی	فراوانی مطلق	فراوانی نسبی
جنسیت		
مرد	۳۷	۵۳/۶۲
زن	۳۲	۴۶/۳۸
وضعیت تأهل		
متأهل	۶۲	۸۹/۸۶
مجرد	۷	۱۰/۱۴
سطح تحصیلات		
ابتدایی	۳۴	۴۹/۲۸
راهنمایی	۱۶	۲۳/۱۹
دیپلستان	۱۲	۱۷/۳۹
عالی	۷	۱۰/۱۴

یافته ها همبستگی مستقیم معنی داری را بین میانگین نمره آگاهی با تمام سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده نشان دادند ($P < 0/05$). همچنین بین میانگین نمرات عملکرد مراقبت از پا با سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده همبستگی مستقیم و معنی داری مشاهده گردید ($P < 0/05$; جدول شماره ۳).

در ۵۲/۱۰٪ از شرکت کنندگان، سابقه ابتلا به دیابت بین ۱-۵ سال بوده و ۶۸/۱۰٪ از افراد، داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون استفاده می کردند. ۳۴/۷۰٪ از واحد های تحت پژوهش میزان قند خون ناشتای بالای ۱۵۰ میلی گرم در دسی لیتر داشتند. همچنین ۶۲/۳۰٪ افراد سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت داشته و ۲۷/۵۰٪ افراد سیگاری بودند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی بیماران بر

حسب متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	عملکرد ضعیف	متوسط خوب	خوب
آگاهی	۵۳/۶	۴۰/۵	۵/۷
نگرش	۰	۲۰/۲	۷۹/۷۱
هنجار انتزاعی	۱/۴	۴۶/۳	۵۲/۱۷
کنترل رفتاری درک شده	۴/۳	۵۲/۱	۴۳/۴
قصد رفتاری	۲/۸	۱۷/۳	۷۹/۷
عملکرد مراقبت از پا	۴۳/۴۷	۲۶	۳۰/۴

داده ها بر حسب درصد بیان شده اند.

اکثریت افراد تحت مطالعه برای متغیرهای آگاهی و عملکرد مراقبت از پا عملکرد ضعیفی را گزارش نمودند. همچنین متغیرهای نگرش و قصد رفتاری در اکثریت افراد خوب گزارش شد (جدول شماره ۲). در بین متغیرهای مورد مطالعه، نگرش و هنجار انتزاعی به ترتیب دارای بالاترین نمرات کسب شده بودند. میانگین نمرات متغیرهای آگاهی $4/78 \pm 2/14$ ، نگرش $49/32 \pm 6/86$ ، هنجار انتزاعی $30/72 \pm 3/64$ ، کنترل رفتاری درک شده $18/43 \pm 3/66$ ، قصد رفتاری $16/73 \pm 2/81$ ، عملکرد مراقبت از پا $17/04 \pm 7/7$ می باشد.

جدول شماره ۳: بررسی همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در خصوص مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت نوع ۲

متغیرها	آگاهی	نگرش	هنجار انتزاعی	کنترل رفتاری درک شده	قصد رفتاری	عملکرد
آگاهی	۰/۴۵۴	۰/۲۴۸	۰/۲۹۵	۰/۳۹۳	۰/۵۱۲	
نگرش	<۰/۰۰۱	۰/۰۲۳	۰/۰۱۴	۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	
هنجار انتزاعی	۰/۴۵۴	۰/۳۰۴	۰/۶۴۰	۰/۲۴۲	۰/۳۰۲	
کنترل رفتاری درک شده	<۰/۰۰۱	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۱۲	
قصد رفتاری	۰/۲۴۸	۰/۳۰۴	۰/۳۶۲	۰/۳۶۲	۰/۶۳۴	
عملکرد	۰/۰۲۳	۰/۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	
	۰/۲۹۵	۰/۶۴۰	۰/۳۶۲	۰/۶۴۰	۰/۳۲۰	
	۰/۰۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	
	۰/۳۹۳	۰/۲۴۲	۰/۶۳۴	۰/۳۲۰	۰/۶۳۸	
	۰/۰۰۱	۰/۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۰۰۷	<۰/۰۰۱	
	۰/۵۱۲	۰/۳۰۲	۰/۳۱۰	۰/۶۳۸	۰/۶۳۸	
	<۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	

بحث:

امروزه دیابت به عنوان یک اپیدمی جهانی مطرح است (۲۵) و با توجه به بروز عوارض ناشی از عدم کنترل دیابت و اقدامات درمانی لازم در این زمینه، این بیماری یکی از شایعترین و پرهزینه ترین بیماری های مزمن در سراسر جهان به شمار می رود (۲۶). انجمن دیابت آمریکا بررسی مهارت های خود مراقبتی و آگاهی بیماران در مورد دیابت را حداقل به صورت سالانه پیشنهاد نموده و آموزش مداوم در این زمینه را ترغیب می نماید (۲۷). در این راستا مطالعه حاضر به منظور افزایش درک و بینش ما از وضعیت مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت نوع دو و عوامل موثر بر آن بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده انجام شد و نتایج پژوهش نشان داد که آگاهی از روش ها و فعالیت های مراقبت از پا در بیش از نیمی از واحدهای تحت پژوهش (۵۳/۶۰٪) در حد ضعیفی می باشد. Chellan و همکاران نیز در مطالعه ای با هدف بررسی عملکرد مراقبت از پا در گروهی از مبتلایان به دیابت، نشان دادند که سطح آگاهی بیماران شرکت کننده در پژوهش در خصوص روش های مراقبت از پا در سطح ضعیفی قرار دارد (۲۸). همچنین در مطالعه Desalu و همکاران مشخص شد که آگاهی ۶۹/۹۰٪ از شرکت کنندگان درباره روش های مراقبت از پا در بیماران دیابتی در سطح ضعیفی قرار دارد (۲۹). علاوه بر این، بلورچی فرد و همکاران نیز در مطالعه خود گزارش نمودند که حدود ۶۵-۶۰ درصد شرکت کنندگان در مطالعه از دانش نامطلوب در زمینه مراقبت از پاها برخوردارند (۳۰) که این یافته ها با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارند. در حالی که در برخی دیگر از مطالعات که با هدف بررسی سطح آگاهی و عملکرد بیماران دیابتی در جهت پیشگیری از بروز زخم پای دیابتی انجام شده اند، سطح آگاهی شرکت کنندگان در مطالعه در حد بالا گزارش شده است (۳۱، ۳۲) که با نتایج پژوهش حاضر در تضاد است. لازم به ذکر است، برای اینکه یک فرد دیابتی در مراقبت از بیماری خود موفق

باشد، باید آگاهی لازم در خصوص رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی را داشته باشد. ضمناً مشخص شده است هرچه آگاهی افراد در مورد بیماری و روش های مراقبت از خود بیشتر باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که بیماران رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت را اتخاذ و حفظ نمایند (۲۸).

در خصوص نگرش شرکت کنندگان نسبت به فعالیت های مراقبت از پا در پژوهش حاضر، بر اساس نتایج مشخص شد که ۷۹/۷۰٪ بیماران تحت مطالعه، نگرش بالایی نسبت به انجام فعالیت های مراقبت از پا دارند. در مطالعه Chellan و همکاران نیز مشخص شد که ۹۴/۲۰٪ واحدهای تحت پژوهش نگرش مثبتی به انجام فعالیت های مراقبت از پاها دارند (۲۸). همچنین در مطالعه بلورچی فرد و همکاران نیز مشخص شد که ۸۵-۸۰ درصد شرکت کنندگان نگرش مثبتی نسبت به انجام رفتارهای خود مراقبتی در زمینه پیشگیری از بروز پای دیابتی دارند (۳۰).

در این پژوهش همچنین مشخص شد که هنجار انتزاعی ۵۲/۱۰٪ شرکت کنندگان در سطح بالایی قرار دارد. در توضیح این مطلب باید گفت که هنجارهای انتزاعی از جمله سازه های نظریه رفتار برنامه ریزی شده است که به فشارها یا حمایت های اجتماعی موثر جهت اتخاذ یا عدم انجام رفتار مورد نظر اشاره دارد. هر چه فشارها و حمایت های اجتماعی از سوی اعضای خانواده به ویژه همسران بیماران، پزشکان و کارشناسان بهداشتی درمانی و دوستان برای انجام رفتارهای بهداشتی توسط بیماران بیشتر باشد، به همان میزان اتخاذ رفتار به وسیله بیمار افزایش خواهد یافت (۲۴)؛ لذا می توان نتیجه گرفت که بیماران شرکت کننده در این مطالعه از حمایت اجتماعی بیشتری از سوی افراد ذی نفوذ برخوردارند. دیدارلو و همکاران و White و همکاران نیز در مطالعات خود به نتایج مشابهی در این زمینه دست یافتند (۱۸، ۲۴).

در خصوص کنترل رفتاری درک شده، ۵۲/۱۰٪ از شرکت کنندگان در پژوهش، سطح متوسطی از کنترل بر رفتارهای مورد نظر را گزارش نمودند. کنترل رفتاری درک شده شامل اعتقادات فرد به توانایی هایش در سازماندهی فعالیت ها و انجام موفق رفتار مورد نظر برای نیل به نتیجه مشخص در شرایط معین می باشد. یعنی درجه ای از احساس فرد در مورد اینکه انجام یا عدم انجام رفتار تا چه حد تحت کنترل و اراده ی وی می باشد. اگر در مسیر انجام رفتار محدودیتی وجود داشته باشد و فرد معتقد باشد که امکانات کافی یا زمان لازم برای انجام یک رفتار را ندارد، ممکن است حتی با وجود داشتن نگرش و هنجار ذهنی بالا، قصد قوی برای انجام آن رفتار را نداشته باشد (۲۴). نتایج فوق با نتایج مطالعه دیدارلو و همکاران و White و همکاران مطابقت دارد (۲۳، ۱۸).

همچنین در این پژوهش مشخص شد که ۷۹/۷۰٪ از بیماران دیابتی، قصد بالایی برای انجام فعالیت های مراقبت از پا دارند. در برخی دیگر از مطالعات نیز قصد بالای واحد های تحت پژوهش برای انجام اینگونه رفتارها گزارش شده است (۲۳، ۱۸). همانطور که در تشریح و تبیین تئوری رفتار برنامه ریزی شده مطرح شده است، برای درک این که یک فرد دیابتی فعالیت های مراقبت از خود را انجام می دهد یا نه، باید قصد وی را بررسی کرد. چون قصد اولین و موثرترین سازه ای است که با رفتار مورد نظر مرتبط بوده و با ایجاد تغییر در این سازه و ارتقاء آن می توان اتخاذ بیشتر رفتارهای مراقبت از خود را از سوی بیماران انتظار داشت؛ البته رابطه صد درصد بین قصد و رفتار وجود ندارد. به عبارت دیگر قصد لازمه رفتار است، ولی برای انجام آن کافی نیست (۲۴).

در نهایت بررسی وضعیت عملکرد مراقبت از پا در بیماران دیابتی تحت مطالعه نشان داد که اکثریت (۴۳/۴۰٪) واحدهای تحت پژوهش عملکرد ضعیفی دارند. در مطالعه Desalu و همکاران نیز مشخص شد

که اکثریت بیماران دیابتی در زمینه مراقبت از پاهای خود، عملکرد ضعیفی دارند (۲۸) که با نتایج به دست آمده در این پژوهش همخوانی دارد. در حالی که در مطالعه Chellan و همکاران، ۴۳/۵۰٪ افراد و همچنین در مطالعه بلورچی و همکاران، ۸۵٪ از شرکت کنندگان (اکثریت افراد) عملکرد مراقبت از پا را در حد متوسط گزارش نمودند (۲۸، ۳۰)؛ که با نتایج پژوهش حاضر در تضاد است.

اگرچه یافته های این مطالعه اطلاعات ما را در رابطه با وضعیت مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت بر اساس الگوی پیشنهادی افزایش داد، ولی با محدودیت هایی نیز همراه بود. اول اینکه در این طرح، از مطالعه مقطعی برای توصیف روابط متغیرها استفاده شد. ویژگی اساسی مطالعه مقطعی این است که داده ها در یک دوره زمانی جمع آوری شده و این امر توانایی تعیین روابط علیتی بین متغیرها را محدود می کند؛ دوم اینکه در این مطالعه، داده ها به صورت خود گزارش دهی جمع آوری شدند؛ لذا ممکن است عملکرد واقعی افراد را منعکس نکنند، که این امر نیز در هنگام مطالعه و کاربرد نتایج این تحقیق باید مورد توجه قرار گیرد.

نتیجه گیری:

با توجه به یافته های حاصل از این پژوهش که با هدف بررسی وضعیت مراقبت از پا بر اساس نظریه رفتار برنامه ریزی شده در مبتلایان به دیابت نوع دو انجام شد، می توان نتیجه گیری کرد که وضعیت آگاهی و عملکرد مراقبت از پا در حد ضعیفی است؛ لذا لزوم برنامه ریزی جهت ارتقای سطح آگاهی و عملکرد مراقبت از پا در مبتلایان به دیابت نوع دو کاملاً محسوس است. از سوی دیگر این بیماران از نگرش، هنجار انتزاعی و قصد بالایی برای انجام این گروه از فعالیت های خود مراقبتی برخوردارند. ضمناً کنترل رفتاری درک شده در این گروه از مبتلایان در حد متوسطی قرار دارد. بنابراین به نظر می رسد علت اصلی

دیابت در مبتلایان شود و متعاقباً کاهش هزینه های درمان را در پی داشته باشد.

انجام ندادن فعالیت های مراقبت از پا در این گروه از بیماران نداشتن آگاهی و موانعی باشد که باید رفع شوند. زیرا کنترل رفتاری درک شده به وجود یا فقدان تسهیل کننده ها یا موانع انجام یک رفتار یا توان درک شده بستگی دارد. در همین راستا، آموزش بهداشت بهترین راهکار خواهد بود.

تشکر و قدردانی:

این مقاله بخشی از پایان نامه تحقیقاتی کارشناسی ارشد رشته پرستاری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز (شماره ثبت پایان نامه: P-۳۳۴؛ شماره طرح: U-۹۲۰۴۱ مورخه ۱۳۹۲/۳/۶) است و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده است که بدینوسیله از این معاونت و همچنین از همکاری مسئولان محترم بیمارستان گلستان، پرسنل کلینیک دیابت این بیمارستان و همه بیمارانی که در تحقیق حاضر شرکت کردند، قدردانی به عمل می آید.

کاربرد یافته های پژوهش در بالین:

نظریه رفتار برنامه ریزی شده در مبتلایان به دیابت نوع دو می تواند اساسی برای مداخلات آموزشی با هدف ارتقای فعالیت مراقبت از پا در این بیماران باشد و زمینه هایی را جهت افزایش عملکرد مراقبت از پا در بیماران دیابتی ایجاد نماید و با افزایش آگاهی و عملکرد این بیماران باعث کاهش نرخ عوارض ناشی از

منابع:

1. International Diabetes Federation. One adult in ten will have diabetes by 2030, 2011 November. Available at: <http://www.idf.org/media-events/press-releases/2011/diabetes-atlas-5th-edition>. Accessed Sep 20 2012.
2. Iranian Diabetes Society. Diabetes: Global Threat, 2012. Available at: <http://www.ir-diabetes-society.com/Diabet-imp-1391.htm>. Accessed Sep 20 2012.
3. Antony S. Principles of Internal Medicine Harison(2008): Endocrine system diseases. Translated by: Zaree SH, Mortazavi M. 1st ed. Tehran: Andishe Rafee; 2009.
4. Zgonis T, Stapleton JJ, Girard-Powell VA, Hagino RT. Surgical management of diabetic foot infections and amputations. AORN Journal. 2008; 87(5): 935-46.
5. Majra JP, Acharia D. Awareness regarding self-care among diabetics in rural India. Middle East Journal of Family Medicine. 2009; 7(6): 11-14.
6. Lobmann R. Diabetic foot Ulcers. Journal of Community Nursing. 2012; 26(5): 16-19.
7. Snyder RJ, Hanft JR. Diabetic foot ulcers--effects on QOL, costs, and mortality and the role of standard wound care and advanced-care therapies. Ostomy/Wound Management. 2009; 55(11): 28-38.
8. Vamos EP, Bottle A, Edmonds ME, Valabhji J, Majeed A, Millett C. Changes in the incidence of lower extremity amputations in individuals with and without diabetes in England between 2004 and 2008. Diabetes Care. 2010; 33(12): 2592-7.
9. Fard AS, Esmaelzadeh M, Larijani B. Assessment and treatment of diabetic foot ulcer. International Journal of Clinical Practice. 2007; 61(11): 1931-8.
10. Larijani B, Afshari M, Darvishzadeh F, Bastanhigh MH, pajouhi M, Baradarjaili R, et al. Lower limb amputation in patients with diabetic foot ulcer: A 22 year review. MJIRC. 2006; 8 (3): 21-4.
11. Nikkhooy A, Shabani Z, Ashrafizadeh S. Epidemiological study on diabetic patients with foot infection leading to amputation in Razee Hospital in Ahvaz during 2001-2004. Journal of Medical Sciences. 2009; 8(1): 31-37.
12. Khamseh ME, Abdi H, Malek M, Shafiee G, Khodakarim S. Relationship between patients' perception of the importance of diabetes and metabolic control and pursuing chronic complications of disease. Koomesh. 2011; 12 (3): 334-41.

13. Janmohammadi N, Moazzezi Z, Ghobadi P, Haddadi R, Montazeri M, Montazeri M. Evaluation of the Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer and its Treatment in Diabetic Patients, Babol, North of Iran. *Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism* 2009; 11(2): 121-25.
14. Saffari M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, Heydarnia A, Pakpour A. *Health Education & Promotion: Theories, Models & Methods*. Tehran: Sobhan Pub; 2009.
15. Sharifirad Gh, Baqyanymoghadam MH, Shamsi M, Rezaeian M. *Research in health education*. Tehran: Sobhan. 2009.
16. Ajzen I. *The theory of planned behavior*. *Organizational Behavior Human Decision Processes*. 1991.
17. McKenzie JF, Neiger B, Thackeray R. *Planning implementing and evaluating health promotion programs*. 4th ed. USA: Pearson Benjamin Cummings; 2005.
18. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P, Mummery K, et al. An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Journal of aging and physical activity*. 2012; 20(3): 281-99.
19. Dydarlu A, Shojaei Zadeh D, Eftekharardebili H, Niknami SH, Hajizadeh A, Alizadeh A. Factors affecting self-care behaviors in women with diabetes attending diabetes clinics Khoy developed based on the theory of rational action. *School of Hygiene and Public Health Research Institute*. 2011; (2)9: 79-92.
20. Dydarlu A, Shojaei Zadeh D, Eftekharardebili H, Niknami SH, Hajizadeh A, Zoghalchi M. Determinants of physical activity based on the theory of rational action in diabetic women developed diabetes clinic Khoy. *Payesh Quarterly*, 2011; 1(2): 187-197.
21. Francis JJ, Eccles MP, Johnston M, Grimshaw J, Foy R, Kaner EFS, et al. *Constructing questionnaires based on the theory of planned behavior: a manual for health services researchers*. 1st ed. University of Newcastle: UK. 2004.
22. Ajzen I. *Constructing a TPB questionnaire: Conceptual and methodological considerations*. September 2002 (Revised January, 2006). Available at: <http://www.people.umass.edu/aizen/contact.html>.
23. Toobert DJ, Hampson SE, Glasgow RE. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes Care*. 2000; 23(7): 943-50.
24. Dydarlu A. "Effect of educational intervention based on the theory of developed reasoned action to promote of self-management in women with type 2 diabetes". Phd's thesis, School of Health, Tehran University of Medical Sciences; 2011.
25. Viswanathan V. Epidemiology of diabetic foot and management of foot problems in India. *The International Journal Of Lower Extremity Wounds*. 2010; 9(3): 122-6.
26. Mofid A, Yazdani T, Dulae H, Seyedalinalaghi SA, Zandieh S. Prevalence of amputation in the diabetic foot patients: five-year study. *Journal of Tehran University of Medical Sciences* 2007; 65(1): 38-41.
27. American Diabetes Association. *Standards of medical care for patient with diabetes mellitus*. *Diabetes Care*; 2001.
28. Chellan G, Srikumar S, Varma AK, Mangalanandan TS, Sundaram KR, Jayakumar RV, et al. Foot care practice: the key to prevent diabetic foot ulcers in India. *Foot*. 2012; 22(4): 298-302.
29. Desalu OO, Salawu FK, Jimoh AK, Adekoya AO, Busari OA, Olokoba AB. Diabetic foot care: self-reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospital in Nigeria. *Ghana medical journal*. 2011; 45(2): 60-5.
30. Bolourchifard F, Neishabory M, AbedSaeedi Zh. The effects of group and individual education on the level of the knowledge, attitude and practice of self care in patients with diabetic foot ulcer. *Iran Journal Of Nursing*. 2009; 22(59): 33-41.
31. begum s, kong-in W, Manasurakan J. Knowledge and Practice of Prevention of Foot Ulcer Among Patients with Diabetes Mellitus. *The 2nd International Conference on Humanities and Social Sciences*. April 10th, Faculty of Liberal Arts, Prince of Songkla University, 2010.
32. Jinadasa CVM, Jeewantha M. A study to determine the knowledge and practice of foot care in patients with chronic diabetic ulcers. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health* 2011; 3(1): 114-122.

Survey of the foot care status in type II diabetic patients: application of the theory of Planned Behavior

Beiranvand S¹, Fayazi S^{2*}, Asadizaker M³, Latifi SM⁴

¹Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; ²Chronic Disease Research Committee, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; ³Student Research Committee, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran; ⁴Diabetic Research Center, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran.

Received: 13/June/2014 Accepted: 29/March/2014

Background and aim: Among the complications of diabetes, foot problems such as ulcers, infections of the feet and lower limb amputation is increasing due to nonconformity of safety and preventive issues. Therefore, this study has been conducted with the aim to evaluate the foot care status based on the theory of Planned Behavior in diabetic patients.

Methods: In this cross-sectional study, 69 type II diabetic patients referred to the Golestan Hospital Diabetes Clinic of Ahvaz during a three months period from June to September 2013 were selected randomly. Data were collected by means of a three-parts researcher made questionnaire(59 items) including medical and demographic data, knowledge, planned theory's structures (attitude, subjective norm, perceived behavioral control and intention) and foot care performance were evaluated.

Results: The findings showed that 53.6% of participants had poor knowledge in foot care practices, whereas 79.71% had high attitudes toward these practices. 52.17% reported pressures and social support in high level and 52.1% stated an average level of the control on foot care practices. 79.7% had a high intention toward these practices, while 43.4% had poor performance. Also, the results showed that there is a direct and significant correlation between the mean of knowledge and performance and all theory's structures ($P<0.05$).

Conclusion: The results of this study emphasis on necessity attention to a series of effective factors in diabetic patients' behavior change and could be the basis for developing theory-based educational interventions with the aim of improving the foot care.

Keywords: Knowledge, Diabetes, Theory of Planned Behavior, Foot care, Performance.

Cite this article as: Beiranvand S, Fayazi S, Asadizaker M, Latifi SM. Survey of the foot care status in type II diabetic patients: application of the theory of Planned Behavior. Journal of Clinical Nursing and Midwifery. 2014; 3(2): 57-66.

***Corresponding author:**

Chronic Disease Research committee, Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, I.R. Iran. Tel: 00989161136441, E-mail: sadighe_fa@yahoo.com