




نقش خودمراقبتی بر توانمندی شناختی در زنان سالمند دیابتی

مژگان سیدی* 

منصوره محمدی 

معصومه امیدی 

محمد رضا حبیب‌نیا 

کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد گرمسار، دانشگاه آزاد اسلامی، گرمسار، ایران

کارشناس ارشد مشاوره خانواده، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد بین‌المللی کیش، دانشگاه آزاد اسلامی کیش، هرمزگان، ایران

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۰۲ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۲۱ | ایمیل نویسنده مسئول: mozhganseyedi00@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی
خانواده‌درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰

<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۵ پیاپی ۱۴ | ۱۹۶-۲۰۸

زمستان ۱۴۰۱

(مجموعه مقالات حوزه زنان)

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(سیدی، محمدی، امیدی و حبیب‌نیا، ۱۴۰۱)

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودمراقبتی در پیش‌بینی توانمندی شناختی در زنان سالمند دیابتی انجام شد. **روش پژوهش:** جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک غدد منطقه ۲ کرج (شامل ۵۶۷ نفر) بود، که از این میان ۱۸۰ زن (۵۰ تا ۷۰ ساله) مبتلا به دیابت با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای سنجش از پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان یونسی و همکاران (۱۳۹۹) و پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد مولفه‌های خودمراقبتی می‌توانند ۲۴/۳ درصد از واریانس توانمندی شناختی را تبیین کنند. خودمراقبتی جسمی ($\beta = 0/197$) سهم بیشترین سهم در پیش‌بینی توانمندی شناختی سالمندان دارد و پس از آن به ترتیب خودمراقبتی اجتماعی ($\beta = -0/189$)، ضریب خودمراقبتی معنوی ($\beta = -0/162$) و خودمراقبتی در حین بیماری ($\beta = 0/122$) بود ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج بدست آمده به کمک ابعاد خودمراقبتی می‌توان توانمندی‌های شناختی در زنان سالمند مبتلا به دیابت را پیش‌بینی نمود.

کلیدواژه‌ها: خودمراقبتی، توانمندی شناختی، سالمندان، دیابت.

در فهرست منابع:

سیدی، مژگان، محمدی، منصوره، امیدی، معصومه، و حبیب‌نیا، محمد رضا. (۱۴۰۱). نقش خودمراقبتی بر توانمندی شناختی در زنان سالمند دیابتی. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، ۳(۵ پیاپی ۱۴): ۱۹۶-۲۰۸.

مقدمه

در بسیاری از جوامع، از جمله ایران، جمعیت سالمندان رو به افزایش است. بالا رفتن سن، تحلیل ساختار و عملکرد فیزیولوژیکی بدن باعث تغییرات فیزیولوژیک وسیعی در بافت‌ها، ارگان‌ها و عملکردشان می‌گردد که می‌توانند بر فعالیت‌های زندگی روزمره و استقلال فیزیکی سالمندی تأثیر بگذارد (دوکه، ۲۰۱۶). همچنین، شیوع بیماری‌های غیرواگیر مانند دیابت با گذشت سن در افراد افزایش یافته و در سالمندان به حداکثر میزان خود می‌رسد (استوت، جوستیک، نیکلاس و کیرکلند، ۲۰۱۷).

بیماری دیابت، شامل گروهی از اختلالات متابولیک وابسته به افزایش گلوکز سرم است که انواع مختلف آن، به دلایل مختلفی از جمله عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی و شیوه زندگی حاصل می‌شود (باقری، باقری و نیکنامی، ۱۳۹۷). در قرن حاضر، تقریباً یک چهارم افراد بالای ۶۵ سال به بیماری دیابت مبتل هستند که انتظار می‌رود در ۳۰ سال آینده بیشترین افراد مبتلا به بیماری دیابت از قشر سالمندان باشند و این نسبت به سرعت افزایش یابد. زیرا رشد جمعیت سالمندان بالای ۶۰ سال در جهان بیش از رشد جمعیت کودکان است و این افزایش به یک بحران جهانی تبدیل شده است (شرنتانر و شرنتانر-ریتر، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه حدود ۲۲٪ سالمندان ایران مبتلا به دیابت هستند، بررسی دیابت در سالمندان ایران از اهمیت بالایی برخوردار است (تانجانی و همکاران، ۲۰۱۵).

از آنجایی که مهمترین علت ناتوانی و مرگ و میر در سالمندان بعد از بیماری‌های واگیردار، بیماری‌های مزمنی مانند دیابت، به خصوص دیابت نوع ۲ است (هو، ۲۰۱۱) کمبود مشارکت سالمندان در مراقبت از خود می‌تواند اصلی‌ترین عامل زمینه‌ساز این ناتوانی و مرگ و میر باشد (قاسمی، حسینی و صبحی، ۱۳۹۶).

طبق دستورالعمل انجمن دیابت آمریکا، مراقبت بالینی دیابت براساس خودمراقبتی است (استانداردهای مراقبت‌های پزشکی در دیابت^۱، ۲۰۱۸). در حال حاضر استفاده از روش ارزیابی خودمراقبتی به‌عنوان یکی از بهترین روش‌ها در جهت مدیریت بیماران با شرایط مزمن طولانی مدت است و برای اندازه‌گیری میزان تأثیر بیماری به ویژه بیماری‌های مزمن از جمله دیابت بر سلامتی انسان مورد توجه واقع شده است (هاس و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به این نکته که بهبودی کامل در بیماران مزمن از جمله دیابت غیرممکن است، مطلوب کردن خودمراقبتی یکی از اقدامات مهم درمانی محسوب می‌شود (سونگ، ۲۰۱۰).

بیماران باید در زمینه بیماری و عوارض آن و چگونگی انجام مراقبت‌های لازم اطلاعات کافی را کسب کنند و در موقعیت‌ها و شرایط مختلف برای پیشگیری از بروز عوارض زودرس و دیررس از دانسته‌های خود استفاده کنند؛ بنابراین بیماران نیازمند دریافت اطلاعات صحیح و معتبر برای افزایش آگاهی، درک وضعیت خود و همچنین مشارکت فعالانه در مدیریت بیماری خود و انجام رفتارهای خودمراقبتی هستند (نی، هان، زو، هانگ و ماو، ۲۰۱۸).

یکی از مشکلات عملکردی خودمراقبتی، انجام آن در سالمندان است چراکه در دوران سالمندی، سازگاری شناختی و خوداتکایی کاهش می‌یابد و شیوع افسردگی و اختلالات شناختی افزایش می‌یابد و به همین دلیل خودمراقبتی در سالمندان به یکی از مسائل مهم در این دوران تبدیل شده است (وینگر، بورلی و اسمالدون^۲، ۲۰۱۴).

¹ Standards of Medical Care in Diabetes

² Weinger, Beverly, Smaldone

توانمندی شناختی^۱ سالمندان بیانکننده توانایی سالمند در خودمدیریتی، خودمراقبتی و خودآگاهی از تغییرات در زندگی فردی است که به ارزیابی هشت حیطه شناخت: توان جسمی، احترام به خود، معنویت، تعهد، عملکرد نقش، موقعیت‌شناسی، خودمدیریتی و خودارزیابی در سالمندان می‌پردازد. از دست رفتن منابع مختلف و بیماری‌های ناتوانک‌نده در دوران سالمندی منجر به حس ناتوانی در سالمندان می‌گردد. احساس ناتوانی با مواردی چون سطوح پایین رفتارهای سالمی پیشگیرانه، سلامت ضعیف‌تر و دوره‌های طولانی‌تر از بیماری همراه است (راد، قلی‌پور، ناوی پور و قاسمی، ۱۴۰۱).

پژوهش‌ها نشان می‌دهد اگر سالمندان از تغییرات دوران سالمندی آگاه باشند می‌توانند با به‌کارگیری راهبردهایی، توان خود را حفظ کنند و از توانایی‌های‌شان بهره‌گیری بهینه داشته باشند (رحمتی، موسوی‌نسب و مرادی، ۱۳۹۹). توانمندی شناختی سالمندان، حیطه‌های مختلف خودآگاهی از تغییرات فردی مثل تغییرات جسمی در اثر فرایند پیری، خودمدیریتی و خودمراقبتی مثل انجام معاینات دوره‌ای و تمکین دارویی با تمرکز بر خود سالمند و تلاش برای توانمندسازی سالمند در انجام فعالیت‌های روزانه را دربردارد (نوبهار و همکاران، ۲۰۲۰).

با توجه به اینکه مطالعات مشخص نموده‌اند که تأثیر خودمراقبتی دیابت در نژادهای مختلف تفاوت به‌سزایی دارد (جانسون و همکاران، ۲۰۱۴). لازم است حیطه‌های مختلف خودمراقبتی دیابت در بیماران ایرانی بررسی گردد؛ اما مطالعاتی که در زمینه نقش خودمراقبتی دیابت در زمینه توانمندی شناختی در ایران صورت گرفته باشد، محدود هستند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین نقش خودمراقبتی در پیش‌بینی توانمندی شناختی در سالمندان دیابتی انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر با هدف تعیین نقش خودمراقبتی در پیش‌بینی توانمندی شناختی در سالمندان دیابتی انجام شد. جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان مراجعه‌کننده به کلینیک غدد منطقه ۲ کرج بود، که از این میان ۱۸۰ زن (۵۰ تا ۷۰ ساله) مبتلا به دیابت با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای سنجش از پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان یونسی و همکاران (۱۳۹۹) و پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) و و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی سالمندان: پرسشنامه خود مراقبتی سالمندان توسط یونسی بروجنی و همکاران (۱۳۹۹) به منظور سنجش خود مراقبتی سالمندان طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال و ۴ مولفه خود مراقبتی معنوی، خود مراقبتی اجتماعی، خود مراقبتی جسمی و خود مراقبتی در حین بیماری می‌باشد و بر اساس طیف شش‌گزینه‌ای لیکرت به سنجش خود مراقبتی سالمندان می‌پردازد؛ نتایج تحقیق یونسی بروجنی (۱۳۹۹) نشان داد، پرسشنامه برای سنجش خودمراقبتی سالمندان، دارای چهار عامل بود که طبق نتایج به دست آمده چهار عامل ذکر شده در پرسشنامه ۴۴/۶۸ درصد واریانس خودمراقبتی سالمندان را تبیین می‌کنند و هرکدام از عامل‌ها مقدار قابل توجهی از واریانس کل را تبیین می‌کنند (عامل اول ۶۵/۱۸ درصد، عامل دوم ۵۴/۱۸ درصد، عامل سوم ۶۷/۱۵ درصد و عامل

¹ Cognitive ability

چهارم ۵۶/۱۵ درصد). بر اساس نتایج حاصل از تحقیق، روایی محتوایی، صوری و روایی سازه‌های پرسشنامه طراحی شده در سالمندان و قابل قبول است. ضریب اعتبار کل پرسشنامه، به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳۵ و برای چهار عامل استخراج مقدار آلفای کرونباخ، عامل نخست ۰/۸۶۱، دوم عامل ۰/۸۳۱، عامل سوم ۰/۸۷۱ و عامل چهارم ۰/۸۱۲ است. پرسشنامه دارای یک نرم و نمره هنجار شده مناسب بر اساس نمره t با میانگین ۵۰ و انحراف معیار ۱۰ است.

۲. پرسشنامه توانایی‌های شناختی: این پرسشنامه توسط نجاتی در سال ۱۳۹۲ طراحی و هنجاریابی گردیده است که شامل ۳۰ گویه و ۷ مؤلفه (حافظه پرسش‌های ۱ تا ۶، کنترل مهاری و توجه انتخابی ۷ تا ۱۲، تصمیم‌گیری ۱۳ تا ۱۷، برنامه‌ریزی ۱۸ تا ۲۰، توجه پایدار ۲۱ تا ۲۳، شناخت اجتماعی ۲۴ تا ۲۶ و انعطاف‌پذیری شناختی ۲۷ تا ۳۰) می‌باشد. که توانایی شناختی را در مقیاس لیکرت پنج گزینه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه می‌سند). پرسش‌های ۲۴، ۲۵ و ۲۶ نمره گذاری معکوس دارد. بر اساس نتایج پژوهش نجاتی (۱۳۹۲) تحلیل عاملی اکتشافی، هفت عامل حافظه، کنترل مهاری و توجه انتخابی، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی، توجه پایدار، شناخت اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی از روایی مطلوبی برخوردار است. آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۳۴ و همبستگی پیرسون دو نوبت آزمون در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. تمامی مقیاس‌های آزمون (به جز شناخت اجتماعی) در سطح ۰/۰۱ با معدل همبستگی داشتند. آزمون تی بین تمامی شاخص‌های آزمون (به جز برنامه‌ریزی و شناخت اجتماعی) تفاوت معناداری نشان داد.

روش اجرا

از بین زنان مراجعه کننده به کلینیک غدد منطقه ۲ کرج (شامل ۵۶۷ نفر) بود، که از این میان ۱۸۰ زن (۵۰ تا ۷۰ ساله) مبتلا به دیابت با توجه به ملاک‌های ورود انتخاب شدند. برای سنجش از پرسشنامه خودمراقبتی سالمندان یونسی و همکاران (۱۳۹۹) و پرسشنامه توانایی‌های شناختی نجاتی (۱۳۹۲) استفاده شد پس از توضیح اهداف پژوهش برای شرکت‌کنندگان و اطمینان‌بخشی در جهت حفظ حریم خصوصی و رازداری، پرسشنامه‌ها در اختیار داوطلبین واجب شرایط قرار داده شد، و از آن‌ها خواسته شد تا بدون ذکر نام خود، آن‌ها را تکمیل کنند. و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شد.

یافته‌ها

پژوهش حاضر در یک نمونه ۱۸۰ نفری از زنان سالمند مبتلا به دیابت (میانگین ۶۵/۲۴ و انحراف معیار ۵/۲۹) انجام شد.

به منظور بررسی مفروضه نرمال بودن توزیع تک متغیر مقادیر کشیدگی و چولگی و به منظور ارزیابی مفروضه همخطی بودن عامل تورم واریانس^۱ (VIF) و ضریب تحمل^۲ مورد بررسی قرار گرفت. بررسی داده‌های پژوهش حاضر نشان داد که ارزش‌های چولگی و کشیدگی آماری متغیرهای پژوهش حاضر بین ± 2 قرار دارد، بنابراین از این نظر داده‌ها به صورت مطلوب توزیع شده‌اند. همچنین با توجه به ارزش عامل تورم

¹ variance inflation factor

² tolerance

واریانس که کمتر از ۱۰ و ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱۰ است؛ همخطی در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. به منظور بررسی استقلال مشاهدات (استقلال مقادیر باقی مانده یا خطاها) از یکدیگر از آزمون دوربین-واتسون (۱/۵۱۳) استفاده شد که حاکی از رعایت شدن مفروضه استقلال خطاهاست. در جدول شماره ۱، میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش گزارش شده است (جدول ۱).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	VIF	دوربین واتسون
توانمندی شناختی	۷۰/۹۳	۱۸/۱۶	۰/۴۳۹	۰/۸۷-	ملاک		
خود مراقبتی معنوی	۱۶/۹۶	۶/۴۴۳	۰/۱۳۵-	۰/۹۰۸-	۰/۸۰۱	۱/۲۴۸	۱/۵۱۳
خود مراقبتی اجتماعی	۱۷/۲۲	۶/۴۶۷	۰/۴۳۴	۰/۷۸۸-	۰/۷۵	۱/۳۳۴	
خود مراقبتی جسمی	۱۸/۰۷	۹/۷۹۴	۰/۵۷۴	۰/۴۵-	۰/۶۶۴	۱/۵۰۵	
خود مراقبتی در حین بیماری	۱۴/۸۴	۶/۳۲۱	۰/۶۸۲	۰/۱۵۴-	۰/۶۹۵	۱/۴۳۹	

جدول ۱ نشان می‌دهد از بین متغیرهای پژوهش، بیشترین میانگین خودمراقبتی مربوط به خودمراقبتی جسمی با میانگین ۱۸/۰۷ است. همچنین میانگین توانمندی شناختی ۷۰/۹۳ به دست آمد. همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
توانمندی شناختی	۱				
خود مراقبتی معنوی	-۰/۳۳۰**	۱			
خود مراقبتی اجتماعی	-۰/۳۶۳**	۰/۲۴۳**	۱		
خود مراقبتی جسمی	-۰/۴۰۰**	۰/۴۲۱**	۰/۴۱۰**	۱	
خود مراقبتی در حین بیماری	-۰/۳۴۹**	۰/۳۲۲**	۰/۴۴۲**	۰/۴۶۴**	۱

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

یافته‌ها نشان داد رابطه توانمندی شناختی سالمندان مبتلا به دیابت با خود مراقبتی معنوی ($r = -0.330$)، خود مراقبتی اجتماعی ($r = -0.363$)، خود مراقبتی جسمی ($r = -0.400$) و خود مراقبتی در حین بیماری ($r = -0.349$) منفی و در سطح ۰/۰۱ درصد معنادار است. با توجه به اینکه در برای تعیین میزان نقش هر یک از مولفه‌ها در پیش‌بینی توانمندی شناختی از رگرسیون چندگانه به روش همزمان استفاده شد (جدول ۳).

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چندگانه برای پیش‌بینی توانمندی شناختی بر اساس خودمراقبتی

متغیر پیش‌بین	F	P	R	r^2R	ضریب SE	ضریب T	سطح معناداری
				تعدیل شده	b	β	

ثابت	۹۹/۶۲	۴/۳۰۱	۲۳/۱۵۹	۰/۰۰۱
خود مراقبتی معنوی	۰/۲۲۶	۰/۴۵۶-	۰/۲۰۷	۰/۱۶۲-
خود مراقبتی اجتماعی	۰/۲۴۳	۰/۴۹۳	۰/۰۰۱	۱۴/۰۸
خود مراقبتی جسمی	۰/۵۳۲-	۰/۲۱۳	۰/۱۸۹-	۲/۴۹۳-
خود مراقبتی در حین بیماری	۰/۳۶۶-	۰/۱۵	۰/۱۹۷-	۲/۴۴۵-
	۰/۳۵-	۰/۲۲۷	۰/۱۲۲-	۱/۵۴۳-

با توجه به جدول ۳ ($F=14/08$ و $P=0/001$) مدل از نظر آماری معنادار است و مولفه‌های خودمراقبتی می‌توانند ۲۴/۳ درصد از واریانس توانمندی شناختی را تبیین کنند. آزمون معناداری t در رگرسیون برای ضریب خودمراقبتی معنوی ($\beta = -0/162$)، خودمراقبتی اجتماعی ($\beta = -0/189$)، خودمراقبتی جسمی ($\beta = 0/197$) و خودمراقبتی در حین بیماری ($\beta = 0/122$) در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. خودمراقبتی جسمی سهم یگانه بیشتری در پیش بینی توانمندی شناختی سالمندان دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که خودمراقبتی در زنان سالمند مبتلا به دیابت رابطه معناداری با توانمندی شناختی آنان دارد. با توجه به اینکه این مطالعه برای اولین بار، در سالمندان مبتلا به دیابت را در ایران مورد بررسی قرار داده شده است، خودمراقبتی را در ۴ حیطه معنوی، اجتماعی، جسمی، در حین بیماری و نقش آن در توانمندی شناختی سالمندان مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج مطالعات متعددی همسو با پژوهش حاضر است (مهدی و همکاران، ۱۳۹۵؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ باقری و همکاران، ۱۳۹۷؛ مایرز و همکاران، ۲۰۱۳) که مرور آنها نقش مثبت خودمراقبتی در ارتقا سطح آگاهی بیماران و اهمیت آگاهی و دانش را در زمینه‌های مختلف درمان و پیشگیری از عوارض بیماری از جمله مشکلات شناختی دیابت را نشان می‌دهد.

وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد به ویژه سالمندان تاثیر بسیاری دارد. بیماری دیابت یکی از انواع بیماری‌های مزمن است که امروزه جوامع بشری بخصوص سالمندان با آن دست به گریبان هستند که می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی افراد تاثیرگذار باشد. خودمراقبتی یکی از اساسی‌ترین شیوه‌های مراقبتی برای درمان و کنترل عوارض دیابت و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی است. با آموزش صحیح در مورد رفتارهای خودمراقبتی می‌توان ۸۰ درصد عوارض بیماری را کاهش داد (مهدی و همکاران، ۱۳۹۵).

اصلاح الگوی زندگی و توجه به ابعاد مختلف زندگی تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال بیشتر و همچنین افزایش توانمندی شناختی سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. از طرفی خودمراقبتی یکی از اجزای کلیدی توانمندسازی

که توسط آموزش دهندگان بهداشت مورد توجه قرار گرفته، فرایند مشارکت افراد برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی است (مایرز، مک‌وی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳).

بهبود دانش و عملکرد مبتلایان به دیابت به معنای بهبود کنترل وضعیت متابولیسی و انجام رفتارهای خودمراقبتی صحیح است. به عبارت دیگر برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود مراقبت کند باید در مورد بیماری خود آموزش‌های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از اینرو توانمندسازی بیمار و حمایت از خود مراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. در این راستا تغییرات شیوه زندگی مربوط به چاقی، رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های بدنی نقش اصلی را در پیشگیری و درمان دیابت در سالمندان بازی می‌کند. این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصا انجام دهند و رفتارهای فردی آن‌ها در کنترل عوارض بیماری نقش به‌سزایی دارد (غضنفری، هاشمی و سپوند، ۱۳۹۲).

عملکرد شناختی مطلوب، یک عامل حیاتی برای ارتقاء و حفظ بهداشت روانی و کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌گردد (۷) در مطالعه ی دیکسون و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که اجرای برنامه خود مراقبتی ورزش و انجام کار باعث افزایش عملکرد شناختی می‌گردد. همچنین در مطالعه والن‌مالدرن و همکاران (۲۰۱۲) بیان شد که ت اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن به کمک خودمراقبتی تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی، توانمندی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. در برخی مطالعات حدود ۲۰ درصد از سالمندان را دچار افت شناختی با درجات مختلف می‌داند (کوی، ۲۰۰۹).

اما در مطالعه ابن سعیدی و همکاران (۱۳۹۱) این رقم ۳۲ درصد بود که این اختلاف می‌تواند بدلیل بالا بودن میزان بی‌سوادی و کم‌سوادی در نمونه مورد مطالعه آنها از یک سو و وجود بیماری یا نشانه‌های حاد منجر به مراجعه به بیمارستان و تاثیر آن بر کارکرد شناختی از سوی دیگر باشد.

به‌علاوه از آنجا که خودمراقبتی با توانمندی شناختی سالمندان مبتلا به دیابت در مطالعه حاضر رابطه معنی‌دار داشته و افزایش سطح خودمراقبتی، توانمندی شناختی بهتر را موجب می‌شود، توجه به سالمندان ایرانی مبتلا به دیابت که عموماً سطح خودمراقبتی پایین‌تری دارند، بسیار حائز اهمیت است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، تعداد کم آزمودنی‌ها و جنسیت زن بود که عمدتاً به‌دلیل عدم پذیرش افراد سالمند شرکت کننده در مطالعه بود. همچنین از آنجا که شیوع دیابت نوع ۲ با افزایش سن زیاد می‌شود انتظار می‌رود جهت افزایش توانمندی شناختی سالمندان برای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن این بیماری، مدیران و مسئولان مربوطه با طراحی برنامه‌های آموزشی و فراهم سازی امکانات و تدوین سیاست‌های بهداشتی و رفاهی، نزدیکان سالمندان را در برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی مشارکت دهند تا آنها بتوانند با ارتقاء دانش و آگاهی خود، در جهت افزایش توانایی سالمندان در مراقبت از خود و بهبود سلامتی آنان گام مؤثری بردارند. نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که خودمراقبتی در زنان سالمند مبتلا به دیابت رابطه معناداری با توانمندی شناختی آنان دارد. با توجه به اینکه این مطالعه برای اولین بار، در سالمندان مبتلا به

¹ Myers, McVay

دیابت را در ایران مورد بررسی قرار داده شده است، خودمراقبتی را در ۴ حیطه معنوی، اجتماعی، جسمی، در حین بیماری و نقش آن در توانمندی شناختی سالمندان مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج مطالعات متعددی همسو با پژوهش حاضر است (مهدی و همکاران، ۱۳۹۵؛ قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ باقری و همکاران، ۱۳۹۷؛ مایرز و همکاران، ۲۰۱۳) که مرور آنها نقش مثبت خودمراقبتی در ارتقا سطح آگاهی بیماران و اهمیت آگاهی و دانش را در زمینه‌های مختلف درمان و پیشگیری از عوارض بیماری از جمله مشکلات شناختی دیابت را نشان می‌دهد.

وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد به ویژه سالمندان تاثیر بسیاری دارد. بیماری دیابت یکی از انواع بیماری‌های مزمن است که امروزه جوامع بشری بخصوص سالمندان با آن دست به گریبان هستند که می‌تواند بر تمام جنبه‌های زندگی افراد تاثیرگذار باشد. خودمراقبتی یکی از اساسی‌ترین شیوه‌های مراقبتی برای درمان و کنترل عوارض دیابت و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی است. با آموزش صحیح در مورد رفتارهای خودمراقبتی می‌توان ۸۰ درصد عوارض بیماری را کاهش داد (مهدی و همکاران، ۱۳۹۵). اصلاح الگوی زندگی و توجه به ابعاد مختلف زندگی تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی و استقلال بیشتر و همچنین افزایش توانمندی شناختی سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. از طرفی خودمراقبتی یکی از اجزای کلیدی توانمندسازی که توسط آموزش دهندگان مورد توجه قرار گرفته، فرایند مشارکت افراد برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی است (مایرز، مکوی و همکاران، ۲۰۱۳).

بهبود دانش و عملکرد مبتلایان به دیابت به معنای بهبود کنترل وضعیت متابولیکی و انجام رفتارهای خودمراقبتی صحیح است. به عبارت دیگر برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود مراقبت کند باید در مورد بیماری خود آموزش‌های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از اینرو توانمندسازی بیمار و حمایت از خود مراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. در این راستا تغییرات شیوه زندگی مربوط به چاقی، رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های بدنی نقش اصلی را در پیشگیری و درمان دیابت در سالمندان بازی می‌کند. این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصا انجام دهند و رفتارهای فردی آنها در کنترل عوارض بیماری نقش به‌سزایی دارد (غضنفری، هاشمی و سپوند، ۱۳۹۲).

عملکرد شناختی مطلوب، یک عامل حیاتی برای ارتقاء و حفظ بهداشت روانی و کیفیت زندگی سالمندان محسوب می‌گردد (۷) در مطالعه ی دیکسون و همکاران (۲۰۱۲) نشان داد که اجرای برنامه خود مراقبتی ورزش و انجام کار باعث افزایش عملکرد شناختی می‌گردد. همچنین در مطالعه والن‌مالدرن و همکاران (۲۰۱۲) بیان شد که اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت آن به کمک خودمراقبتی تا حد بسیار زیادی می‌تواند باعث افزایش کارایی، توانمندی و استقلال سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان‌های مختلف آن کمک نماید. در برخی مطالعات حدود ۲۰ درصد از سالمندان را دچار افت شناختی با درجات مختلف می‌داند (کوی، ۲۰۰۹).

اما در مطالعه ابن سعیدی و همکاران (۱۳۹۱) این رقم ۳۲ درصد بود که این اختلاف می‌تواند بدلیل بالا بودن میزان بی‌سوادی و کم‌سوادی در نمونه مورد مطالعه آنها از یک سو و وجود بیماری یا نشانه‌های حاد منجر به مراجعه به بیمارستان و تاثیر آن بر کارکرد شناختی از سوی دیگر باشد.

به‌علاوه از آنجا که خودمراقبتی با توانمندی شناختی سالمندان مبتلا به دیابت در مطالعه حاضر رابطه معنی‌دار داشته و افزایش سطح خودمراقبتی، توانمندی شناختی بهتر را موجب می‌شود، توجه به سالمندان ایرانی مبتلا به دیابت که عموماً سطح خودمراقبتی پایین‌تری دارند، بسیار حائز اهمیت است. از محدودیت‌های مطالعه حاضر، تعداد کم آزمودنی‌ها و جنسیت زن بود که عمدتاً به دلیل عدم پذیرش افراد سالمند شرکت‌کننده در مطالعه بود. همچنین از آنجا که شیوع دیابت نوع ۲ با افزایش سن زیاد می‌شود انتظار می‌رود جهت افزایش توانمندی شناختی سالمندان برای پیشگیری از عوارض حاد و مزمن این بیماری، مدیران و مسئولان مربوطه با طراحی برنامه‌های آموزشی و فراهم سازی امکانات و تدوین سیاست‌های بهداشتی و رفاهی، نزدیکان سالمندان را در برنامه‌های آموزشی خودمراقبتی مشارکت دهند تا آنها بتوانند با ارتقاء دانش و آگاهی خود، در جهت افزایش توانایی سالمندان در مراقبت از خود و بهبود سلامتی آنان گام مؤثری بردارند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند.

سپاسگزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابن سعیدی، سعید، فروغان، مهشید، اکبری کامرانی، احمدعلی، قائم مقام فراهانی، ضیا، و دلبری، احمد. (۱۳۹۱). ویژگی‌های بالینی سالمندان پذیرش شده در بیمارستان نفت اهواز ۱۳۸۸-۱۳۸۹. *دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۱۹(۱) (مسلسل ۶۳)، ۸۵-۹۵.
- باقری، مرجان، باقری، مانده، و نیکنامی، شمس‌الدین. (۱۳۹۷). بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی و خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت نوع ۲. *سالمندشناسی*، ۳(۳)، ۳۰-۲۱.
- یونسی بروجنی، جلیل، جدیدی، محسن، و احمدراد، فرید. (۱۳۹۹). ساخت و هنجاریابی مقیاس خودمراقبتی سالمندان شهر تهران. *پژوهش‌های کاربردی روانشناختی (روانشناسی و علوم تربیتی)*، ۱۱(۱): ۱۸۵-۲۰۸.
- راد، مصطفی، قلی‌پور، محمد، ناوی‌پور، الهام، و قاسمی، محمدرضا. (۱۴۰۱). بررسی وضعیت توانمندی شناختی از تغییرات فردی و رضایت از بازنشستگی در سالمندان بازنشسته ترشیز بزرگ. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۹(۳): ۴۴۸-۴۶۰.

- رحمتی، عباس، موسوی نسب، محمدحسین، مرادی، فاطمه. (۱۳۹۹). توانمندی شناختی سالمندان: نقش خودفراروی، خود شفقت ورزی و عاطفه مثبت. *روان‌شناسی پیری*، ۶(۲)، ۱۰۷-۱۱۷.
- قاسمی، مریم، حسینی، حبیب‌اله، و صبوچی، فخری. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر آموزش توسط گروه هم‌تا بر خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۶(۳)، ۴۳-۳۳.
- غضنفری، فیروزه، هاشمی، شیما، سپوند، رامین. (۱۳۹۲). بررسی رابطه وضعیت شناختی و کیفیت زندگی سالمندان عضو کانون بازنشستگان نیروهای مسلح شهرستان خرم‌آباد. *پرستار و پزشک در رزم*، ۲۱(۲۲): ۱۱-۱۷.
- مهدی، حجت‌اله، و سیدباقرمداح، سیدباقر، و محمدی، فرحناز. (۱۳۹۵). بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*، ۲(۴)، ۳۲-۳۹.
- نجاتی، وحید. (۱۳۹۲). پرسشنامه توانایی‌های شناختی: طراحی و بررسی خصوصیات روانسنجی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۱۵(۲) (مسلسل ۵۸): ۱۱-۱۹.

References

- Association AD. (2018). standards of medical cares in diabetes. *The journal of clinical and applied research and education*;41
- Dickson, V. V., Howe, A., Deal, J., & McCarthy, M. M. (2012). The relationship of work, self-care, and quality of life in a sample of older working adults with cardiovascular disease. *Heart & Lung*, 41(1), 5-14.
- Duque G. (2016). Age-related physical and physiologic changes and comorbidities in older people: Association with falls. *Medication-related falls in older people*. Springer. 5(6): 67-73.
- Haas L, Maryniuk M, Beck J, Cox CE, Duker P, Edwards L, et al. (2012). National standards for diabetes self-management education and support. *The Diabetes Educator*. 38(5): 619-29.
- Hu, F. B. (2011). Globalization of diabetes: the role of diet, lifestyle, and genes. *Diabetes care*, 34(6), 1249-1257.
- Johnson PJ, Ghildayal N, Rockwood T, Everson-Rose SA. (2014). Differences in diabetes self-care activities by race/ethnicity and insulin use. *The Diabetes Educator*. 40(6): 767-77.
- Myers, V. H., McVay, M. A., Brashear, M. M., Johannsen, N. M., Swift, D. L., Kramer, K., ... & Church, T. S. (2013). Exercise training and quality of life in individuals with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes care*, 36(7), 1884-1890.
- Nie, R., Han, Y., Xu, J., Huang, Q., & Mao, J. (2018). Illness perception, risk perception and health promotion self-care behaviors among Chinese patient with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Applied Nursing Research*, 39, 89-96.
- Nobahar M, Ahmadi F, Alhani F, Fallahi Khoshknab M. (2020). The challenges of transition to retirement from the point of view of retired nurses: Shock and disbelief. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*.1(2):112-22
- Qiu C, Kivipelto M, von Strauss E. (2009). Epidemiology of Alzheimer's disease: occurrence, determinants, and strategies toward intervention. *Dialogues Clin Neurosci*. 11(2):111-28.
- Scherthaner, G., & Scherthaner-Reiter, M. H. (2018). Diabetes in the older patient: heterogeneity requires individualisation of therapeutic strategies. *Diabetologia*, 61(7), 1503-1516.
- Song M. (2010). Diabetes mellitus and the importance of self-care. *Journal of Cardiovascular Nursing*. 25(2): 93-8

- Stout MB, Justice JN, Nicklas BJ, Kirkland JL. (2017). Physiological aging: Links among adipose tissue dysfunction, diabetes, and frailty. *Physiology*, 32(1): 9-19
- Tanjani PT, Moradinazar M, Mottlagh ME, Najafi F. (2015). The prevalence of diabetes mellitus (DM) type II among Iranian elderly population and its association with other age-related diseases. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 60(3): 373-9.
- Van Malderen, L., Mets, T., & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the quality of life of older people in residential long-term care: A systematic review. *Ageing research reviews*, 12(1), 141-150.
- Weinger K, Beverly EA, Smaldone A. (2014). Diabetes self-care and the older adult. *Western Journal of Nursing Research*. 36(9): 1272-9

پرسشنامه استاندارد خودمراقبتی سالمندان

کاملاً مخالفم	مخالفم	متوسط	موافق	کاملاً موافقم	لطفاً میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از موارد زیر با علامت ضربدر مشخص کنید.
۱	۲	۳	۴	۵	۱ هر هفته وزن خود را چک میکنم
۱	۲	۳	۴	۵	۲ اگر دچار تنگی نفس شوم با آن کنار می‌آیم
۱	۲	۳	۴	۵	۳ مصرف مایعات را تا حد ضروری آن کاهش می‌دهم
۱	۲	۳	۴	۵	۴ غذاهای کم نمک می‌خورم
۱	۲	۳	۴	۵	۵ داروهای خود را همان گونه که تجویز شده مصرف می‌کنم
۱	۲	۳	۴	۵	۶ هر روز به صورت منظم ورزش میکنم
۱	۲	۳	۴	۵	۷ اگر دچار سردرد مزمن شوم از مراجعه به پزشک اجتناب می‌کنم
۱	۲	۳	۴	۵	۸ برنامه منظمی برای خوابیدن دارم
۱	۲	۳	۴	۵	۹ از خوردن خوراکیهای چرب خودداری میکنم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۰ به صورت دوره ای به پزشک جهت معاینه مراجعه میکنم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۱ سعی میکنم هر هفته به دامنه طبیعت بروم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۲ هنگامی که تنها هستم، به تجربه های مثبت خود فکر میکنم و به آنها افتخار میکنم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۳ احساسات، افکار و عواطف خود را ابراز میکنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۱۴ از همنشینی با هم دورهای هایم لذت میبرم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۵ دوست دارم وعده های غذایی را در محیطهای دوستانه و یا با خانواده میل کنم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۶ تمایل دارم با افرادی که حس خوبی به من میدهند و من را به سوی زندگی سالم سوق میدهند معاشرت کنم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۷ هر روز زمانی را برای عبادت و نیایش در نظر میگیرم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۸ به برنامه های آموزشی اصول بهداشت فردی علاقه مند نیستم
۱	۲	۳	۴	۵	۱۹ از رفتن به فضاهای عمومی ورزشی (استخر، پارک و...) لذت میبرم
۱	۲	۳	۴	۵	۲۰ هر ماه حداقل یکبار به مشاور خدمات روانشناسی سالمندان مراجعه میکنم.
۱	۲	۳	۴	۵	۲۱ جهت رفع حاجت از توالف فرنگی استفاده میکنم

۲۲	به شرکت در کلاسهای آموزشی علاقه مند هستم	۵	۴	۳	۲	۱
----	--	---	---	---	---	---

پرسشنامه توانایی های شناختی

افراد در موقعیت های مختلف متفاوت از یکدیگر عمل می کنند. به هر یک از سوالات زیر بر اساس رفتار خود، پاسخ دهید. ارزش اعداد برای نمره دهی بدین ترتیب است:

۱=تقریباً هرگز ۲=به ندرت ۳=گاهی اوقات ۴=اغلب ۵=تقریباً همیشه

۵۴۳۲۱	۱. به خاطر آوردن کارهایی که قصد انجام دادن آنها را دارم، مشکل است.
۵۴۳۲۱	۲. به خاطر آوردن وقایعی که هفته گذشته برایم روی داده است، مشکل است.
۵۴۳۲۱	۳. اسامی افرادی که هر روز با آنها سر و کار دارم، یادم می رود.
۵۴۳۲۱	۴. شناسایی افرادی که قبلاً ملاقات کرده ام، مشکل است.
۵۴۳۲۱	۵. من فراموش می کنم به چه منظوری از خانه بیرون آمده ام.
۵۴۳۲۱	۶. در گفتگو موضوع مکالمه را فراموش می کنم و دائم حاشیه میروم.
۵۴۳۲۱	۷. انجام هم زمان دو کار برایم مشکل است و حواسم را پرت می کند.
۵۴۳۲۱	۸. تغییر عادت موجب احساس ناراحتی و تشویش در من می شود.
۵۴۳۲۱	۹. یادگیری مهارت های جدید برایم سخت است.
۵۴۳۲۱	۱۰. من با کوچکترین صدماتی تمرکز از بین می رود.
۵۴۳۲۱	۱۱. من در جمع نظرات نامناسبی ارائه می دهم که بعداً متوجه می شوم که بهتر بود ناگفته باقی می ماند.
۵۴۳۲۱	۱۲. خیلی وقت ها به یاد کارهایی که قبلاً انجام داده ام می افتم، از نسنجیده بودن آنها تعجب می کنم.
۵۴۳۲۱	۱۳. یاداش سریع کم را بر یاداش زیاد دیرتر ترجیح می دهم.
۵۴۳۲۱	۱۴. سرعت انجام کارها از دقت آنها برایم مهمتر است.
۵۴۳۲۱	۱۵. در تصمیم گیری حوصله سبک و سنگین کردن شرایط را ندارم و دم دست ترین گزینه را انتخاب می کنم.
۵۴۳۲۱	۱۶. انتظار کشیدن برایم سخت است. مثلاً یک دقیقه پشت چراغ قرمز ایستادن برایم خیلی طولانی به نظر می آید.
۵۴۳۲۱	۱۷. در حین انجام کار نمی توانم بین ابعاد مهم و غیرمهم کار تفاوت قائل شوم و هر کاری دم دستم بود انجام می دهم.
۵۴۳۲۱	۱۸. برای دستیابی به اهداف بلند مدت خود، نمی توانم اهداف کوتاه مدت و نقشه رسیدن به آنها را ترسیم کنم.
۵۴۳۲۱	۱۹. من برنامه ریزی طولانی مدتی برای آینده خود ندارم.
۵۴۳۲۱	۲۰. برنامه ریزی کارهای روزانه برایم دشوار است.
۵۴۳۲۱	۲۱. من نمیتوانم مدت زیادی به حرف های افرادی که شمرده و کند حرف میزنند، گوش کنم.
۵۴۳۲۱	۲۲. اگر بخوام شیر اجاق گاز را کم کنم، معمولاً آن را خاموش می کنم.
۵۴۳۲۱	۲۳. گوش دادن به یک سخنرانی تلویزیونی به طور کامل، برایم خسته کننده است.
۵۴۳۲۱	۲۴. در صورتیکه یک فرد در یک جلسه اجتماعی معذب باشد، من کاری نمیکنم که فرد حس راحتتری پیدا کند.
۵۴۳۲۱	۲۵. به اینکه دیگران به حرف هایم گوش کنند، توجه می کنم.
۵۴۳۲۱	۲۶. می توانم منظور افراد را با نگاه کردن به آنها متوجه شوم.
۵۴۳۲۱	۲۷. من فراموش می کنم وسایلم را کجا گذاشته ام و دائم دنبال وسایلم می گردم.
۵۴۳۲۱	۲۸. خیلی وقت ها تصمیمی می گیرم که عواقب آن را در نظر نگرفته و بعداً پشیمان می شوم.
۵۴۳۲۱	۲۹. بیش از ده دقیقه نمیتوانم روی یک موضوع (مثلاً مطالعه) تمرکز کنم.
۵۴۳۲۱	۳۰. نمی توانم در حین گوش دادن به یک سخنرانی از آن یادداشت بردارم.

The role of self-care on cognitive ability in diabetic elderly

Mozgan. Sidi^{1*}, *Mansoureh. Mohammadi*², *Masoumeh. Omid*³ & *Mohammad Reza. Habibnia*⁴

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of determining the role of self-care in predicting cognitive ability in the elderly with diabetes. **Methods:** The population of the present study was all women who referred to the endocrinology clinic of the 2nd district of Karaj, from which 180 women (50-70 years old) with diabetes were selected according to the inclusion criteria. To measure the self-care questionnaire of Yonesi et al. (2019) and the rescue cognitive abilities questionnaire (2012) and to analyze the data, Pearson correlation coefficient and regression analysis were used. **Results:** The results showed that self-care components can explain 24.3% of the variance of cognitive ability. Physical self-care ($\beta=0.197$) has the largest share in predicting the cognitive ability of the elderly, followed by social self-care ($\beta=-0.189$), spiritual self-care coefficient ($\beta=-0.162$) and self-care in During illness ($\beta = 0.122$) ($P < 0.001$) **Conclusion:** According to the obtained results, cognitive abilities in the elderly with diabetes can be predicted with the help of self-care dimensions.

Keywords: *self-care, cognitive ability, elderly, diabetes.*

1 M.A of General Psychology, Saveh branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran
Email: mozhganseyedi00@gmail.com

2 M.A of Clinical Psychology, Garmsar Branch, Islamic Azad University, Garmsar, Iran.

3 M.A in Family Counseling, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4 PhD in Health Psychology, Department of Psychology, International Branch of Kish, Islamic Azad University of Kish, Hormozgan, Iran