

بررسی مقایسه ای تأثیر آموزش بر اساس الگوی خود مراقبتی اورم با روش رایج بر کیفیت زندگی بیماران دیابتیک نوع دو

جواد گنججو*^۱، زهرا طالبی^۲، عبدالقادر عصار رودی^۳، محمد حسن رخشانی^۴

^۱ عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۳ عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران
^۴ دکترای آمار زیستی و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: جواد گنججو، آدرس: سبزوار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار
E-mail: jganj@yahoo.com

وصول: ۹۳/۳/۲۴، اصلاح: ۹۳/۴/۳۱، پذیرش: ۹۴/۲/۲

چکیده

زمینه و هدف: با آگاهی از دانش محدود در بین دیابتی ها، و با توجه به شیوع بالای عوارض و کیفیت پایین زندگی در بین مبتلایان به دیابت، یافتن یک روش آموزشی مناسب حایز اهمیت است. مطالعه حاضر با هدف بررسی مقایسه ای تأثیر آموزش بر اساس الگوی اورم با روش رایج بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه به روش کارآزمایی بالینی تصادفی شده روی ۷۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۲ انجام شد. گروه کنترل، تحت آموزش معمول مرکز دیابت قرار گرفتند و گروه مداخله، بر اساس نیازسنجی و تعیین توان خودمراقبتی تحت هشت جلسه آموزش به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، فیلم و ارایه جزوه آموزشی قرار گرفتند. یک ماه بعد از اتمام آموزش، کیفیت زندگی تمام واحدهای پژوهش به وسیله ابزار کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی ۱۹ ADDQOL بررسی شد. اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون های مجذور کای دو، تحلیل کوواریانس و رگرسیون لجستیک چند سطحی داده های همبسته تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: در این مطالعه ۷/ ۵۰ درصد (۳۸ نفر) شرکت کنندگان زن و ۳/ ۴۹ درصد (۳۷ نفر) مرد بودند. بعد از مداخله آموزشی میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی در گروه کنترل و مداخله در بعد فیزیکی به ترتیب $1/719 \pm 1/98$ و $0/931 \pm 1/815$ ، در بعد روحی-روانی به ترتیب $0/778 \pm 2/22$ و $0/643 \pm 1/90$ و در بعد اجتماعی به ترتیب $0/678 \pm 1/867$ و $0/931 \pm 1/783$ بود. در مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی دو گروه بعد از مداخله آموزشی، آزمون تحلیل کوواریانس تفاوت آماری معنی دار نشان داد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی اورم نسبت به روش رایج کیفیت زندگی بیماران دیابتی را ارتقا داده است. از این رو پیشنهاد می شود، از این روش استفاده شود.

واژه های کلیدی: آموزش، الگوی خودمراقبتی اورم، کیفیت زندگی، دیابت نوع دو.

مقدمه

دیابت، بیماری مزمن و پیشرونده‌ای است که باعث ناتوانی و مرگ و میر زودرس می‌شود (۱). دیابت نوع دو، ۹۰ تا ۹۵ درصد انواع دیابت را شامل می‌شود و در صورتی که درمان نشود، ممکن است به شکل وابسته به انسولین نیز خود را نشان دهد (۲). در حال حاضر بیش از ۳۸۲ میلیون نفر در سراسر جهان به دیابت مبتلا هستند و تخمین زده می‌شود، این تعداد تا سال ۲۰۳۵ به بیش از ۵۹۲ میلیون نفر برسد. در سال ۲۰۱۳، دیابت عامل مرگ و میر ۵ میلیون نفر دیابتی بود؛ این درحالی است که ۸۰٪ تلفات ناشی از دیابت متعلق به کشورهای با درآمد کم و متوسط از لحاظ اقتصادی می‌باشد (۳). در ایران ۴/۳ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند (۴). عوارض و مشکلات ناشی از دیابت، تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی فرد و خانواده گذاشته و هزینه زیادی را بر فرد و اقتصاد جامعه تحمیل می‌کند (۵ و ۶).

دیابت، کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به صورتی که سلامت عمومی، عملکرد فیزیکی، وضعیت روحی-روانی و ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی دستخوش تغییر می‌شود؛ به گونه‌ای که فرد ممکن است انگیزه انجام مراقبت از خود را نداشته باشد (۷)، دفعات بستری مکرر، شیوع بالای عوارض و کیفیت زندگی پایین مبتلایان به دیابت، پی‌آمد کنترل نامناسب دیابت است (۵)، وزیری نشان داد کیفیت زندگی در افراد دیابتی نسبت به افراد سالم پایین‌تر است و دیابت شانس کسب زندگی با کیفیت نامطلوب را به شدت افزایش می‌دهد (۸).

یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری پرستاری است. استفاده از تئوری پرستاری برای ساختار بندی مراقبت پرستاری به‌طور مداوم و سیستماتیک، سبب اصلاح و بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود. علاقه به تئوری پرستاری، به‌عنوان پایه‌ای برای عملکرد پرستاری افزایش یافته و استفاده از آن در

تحقیقات پرستاری متداول شده است (۹).

یکی از مدل‌های مهم که بر توانایی عمل افراد و نیازهای آن‌ها برای مراقبت از خود استوار است، مدل نقص در مراقبت از خود اورم است (۱۰). هدف مدل مراقبت از خود اورم، تشویق مددجویان به مراقبت از خود است. نقش پرستاران نیز بررسی نیاز مراقبت از خود درمانی، تعیین نیروی مراقبت از خود، و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن است (۱۱).

طبق نظر WHO آموزش، اساس و شالوده درمان دیابت است. تغییر رفتار افراد و ارتقای خودمراقبتی که هدف کلیدی آموزش دیابت است (۱۲). بنابراین، توانمندسازی بیمار و حمایت از خودمراقبتی به واسطه آموزش، کلید کنترل دیابت است (۱۳).

خودمراقبتی شالوده و اساس ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها می‌باشد (۱۴). تسهیل در روند خودمراقبتی می‌تواند وضعیت بهداشتی اقتصادی و اجتماعی کل جامعه را بهبود بخشد (۱۵). خودمراقبتی باعث می‌شود که بیمار توانایی لازم را برای مدیریت بر بیماری حاد و مزمن کسب نموده و روی سلامت خود کنترل بیشتری داشته باشند (۱۶). مراقبت از یک دیابتی باید به عهده خودش گذاشته شود، زیرا می‌تواند سبب پذیرش درمان و پایبندی به آن و تغییر در شیوه زندگی گردد (۱۷).

در اغلب مواقع مسؤولیت مدیریت دیابت با فرد مبتلا است که باید تصمیم بگیرد برنامه درمانی خود را دنبال نماید (۱۸). کمبود آگاهی در مورد دیابت در بین دیابتی‌ها شایع است، این نقص می‌تواند به علت کمبود دوره آموزشی دیابت جهت بیماران باشد (۱۹). بارون بیان کرد آموزش به بیمار دیابتی نوع دو بر روی بهبود کیفیت زندگی مرتبط با سلامت آنها مؤثر است (۲۰).

با توجه به این که دیابت یک بیماری مزمن است و تطابق مادام‌العمر با آن ضروری است؛ بنابراین، انتظار می‌رود بیماران مجموعه‌ای از فعالیت‌های رفتاری را برای

که بر اساس پرسشنامه استاندارد به سه طبقه کم تر از ۸۸، ۸۸-۹۵ و بیشتر از ۹۵ نمره دسته بندی می گردد. هرچه نمره نیازسنجی پایین تر باشد، نشان دهنده نیاز آموزشی بیشتر واحد پژوهش است (۲۲). این ابزار در مطالعه قنبری مورد استفاده و توسط ایشان طراحی شده است، که جهت تعیین روایی ابزار از روایی محتوی و پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است (۲۲).

۲) پرسشنامه سنجش کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی ۱۹ ADDQOL (Audit of diabetes dependent) quality of life که توسط برادلی در سال ۱۹۹۹ طراحی شده است و شامل ۱۵ گویه است که با مقیاس ۷ گزینه ای اندازه گیری می شود. دو گویه آخر این ابزار کیفیت زندگی کلی و ۱۳ گویه دیگر مربوط به کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی است. نسخه اصلی این ابزار دارای پایایی بسیار خوبی است (۸۵/۰ = α). نحوه امتیازدهی این ابزار به این صورت است که تأثیر دیابت بر کیفیت زندگی افراد را با دامنه نمره هر سؤال از ۳- تا ۳+ بی نهایت بدتر تا بی نهایت بهتر و در قسمت بعدی این ابزار درجه اهمیت هر گویه را با مقیاس صفر تا ۳ (اصلاً مهم نیست تا بسیار مهم است) مشخص می کند. امتیاز نهایی این ابزار، کیفیت زندگی بیماران دیابتی را مورد سنجش قرار می دهد (۲۳).

ابزار مورد نظر استاندارد بوده، و در پژوهش هایی در داخل و خارج کشور مورد استفاده قرار گرفته است (۲۷-۲۴). روایی این ابزار در مطالعه طل با روش اعتبار محتوا و پایایی این ابزار در مطالعات داخل و خارج کشور به تأیید رسیده است (۲۸ و ۲۹ و ۳۰). همچنین در این مطالعه جهت تعیین پایایی هر دو ابزار از آلفای کرونباخ بر روی یک حجم نمونه ۲۰ نفری استفاده شد. مقدار آلفای کرونباخ پرسشنامه بررسی و شناخت نیاز مراقبت از خود و نیروی مراقبت از خود ۸۸/۵٪ و پرسشنامه کیفیت زندگی ۹۴٪ به دست آمد.

هر دو گروه پرسشنامه مربوط به اطلاعات

مراقبت از خود دنبال نمایند. شواهد نشان داده است فقدان اطلاعات و مهارت های لازم جهت مدیریت بر شرایط بیماری یکی از مهم ترین عوامل عدم تبعیت این بیماران از رژیم های درمانی است (۲۱). لذا، با توجه به نقش مهم آموزش بر آن شدیم تا به بررسی تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر نظریه اورم بر کیفیت زندگی بیماران پرداخته و آن را با روش آموزش رایج در این بیماران مقایسه کنیم.

مواد و روش ها

مطالعه حاضر از نوع کارآزمایی بالینی دو گروه بوده که بر روی ۸۴ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان سبزوار در سال ۱۳۹۲ انجام شده است. بعد از کسب رضایت آگاهانه، نمونه گیری در بدو پذیرش بیماران دیابتی و همزمان با تشکیل پرونده در مرکز کلینیک دیابت، به صورت غیرتصادفی (آسان در دسترس) و براساس مشخصات مورد نظر پژوهشگر به تعداد ۷۵ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو، در دو گروه ۳۷ و ۳۸ نفره انجام شد، و به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند، به این صورت که افراد مراجعه کننده در روزهای فرد هفته در گروه آموزش به روش رایج (کنترل)، و نیز افراد مراجعه کننده در روزهای زوج هفته در گروه آموزش بر اساس الگوی اورم (مداخله) قرار گرفتند. مشخصات واحدهای پژوهش داشتن سن بین ۳۵ تا ۶۵ سال و تأیید تشخیص دیابت توسط پزشک متخصص، عدم وجود عوارض ناتوان کننده، عدم وجود بیماری جسمی و روانی دیگر بود. در این پژوهش جهت گردآوری داده ها از دو پرسشنامه استفاده شده است:

۱) پرسشنامه بررسی و شناخت نیاز مراقبت از خود و بررسی نیروی مراقبت از خود که با استفاده از ابزار (Self care inventory) SCI بر اساس مقیاس لیکرت از کاملاً موافق (۵ امتیاز) تا کاملاً مخالف (۱ امتیاز) می باشد،

دموگرافیک و کیفیت زندگی را در بدو ورود تکمیل نموده، افراد گروه مداخله علاوه بر این، فرم نیازسنجی بر اساس الگوی اورم و توان خودمراقبتی را تکمیل نمودند.

گروه کنترل، طبق برنامه آموزشی معمول مرکز دیابت، مورد آموزش قرار گرفتند. طبق برنامه آموزشی بر اساس الگوی اورم، واحدهای پژوهش در گروه مداخله، بعد از نیازسنجی و تعیین توان خودمراقبتی تحت آموزش طبق نیازهای آموزشی قرار گرفتند. به این صورت که آن ها، طی ۸ جلسه به صورت سخنرانی، پرسش و پاسخ، بحث گروهی، فیلم آموزشی، و ارایه جزوه مورد آموزش قرار گرفتند. جلسات آموزشی دو روز در هفته هر بار به مدت ۴۵ دقیقه، با گروه‌های ۸ تا ۱۰ نفری انجام شد، سپس یک هفته بعد از آموزش به صورت تلفنی پیگیری و نیازسنجی انجام گردید. آموزش به صورت انفرادی انجام شد. سپس، یک ماه بعد از اتمام آموزش از هر دو گروه، آزمون از طریق تکمیل فرم پرسشنامه کیفیت زندگی صورت گرفت.

اطلاعات بعد از جمع آوری با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون‌های مجذور کای دو، تحلیل کواریانس و رگرسیون لجستیک چند سطحی داده‌های همبسته تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

تعداد واحدهای پژوهش در این مطالعه ۷۵ نفر بودند که محدوده سنی آن‌ها بین ۳۵-۶۵ سال بود. اکثر واحدهای پژوهش در دامنه سنی ۵۴-۴۵ سال (۴۲/۶ درصد)، زن (۵۰/۷ درصد)، متأهل (۷۳/۳ درصد)، بی‌سواد (۳۷/۳ درصد)، زندگی با خانواده (۶۷/۷ درصد)، غیرشاغل (۵۸/۶ درصد) و بدون درآمد (۴۶/۷ درصد)، و بیمه (۹۷/۳ درصد) بودند. در رابطه با عوارض ناشی از بیماری، اکثر واحدهای پژوهش بدون عوارض بیماری (۳۶ درصد) و ۲۸ درصد دارای عوارض میکروواسکولار و ۲۶/۷ درصد عوارض ماکروواسکولار داشتند. طول مدت ابتلا به دیابت اکثر واحدهای پژوهش بین یک تا پنج سال

بود (۳۳/۳ درصد) (جدول ۱)؛ و سابقه خانوادگی (۵۷/۳ درصد) و نیز نسبت خانوادگی مثبت بودند (۵۷/۳ درصد). همچنین نوع درمان اکثر واحدهای پژوهش داروی خوراکی بود (۸۱/۳ درصد) و اغلب واحدهای پژوهش در بین اطرافیان خود آگاه در زمینه بیماری نداشتند (۷۷/۳ درصد) و دوره آموزشی خاصی نگذرانده بودند (۹۸/۷ درصد).

جهت بررسی سایر متغیرها و تأثیرگذاری آنها بر کیفیت زندگی، اطلاعات مربوط به بعضی از مشخصات دموگرافیک و متغیرهای مداخله گر و نحوه توزیع آنها در هر گروه با استفاده از آمار تحلیلی شامل مجذورکای و دقیق فیشر بررسی گردید. نتایج نشان داد دو گروه از نظر متغیرهایی نظیر سن، جنسیت، وضعیت تأهل، تحصیلات، شرایط زیست و نان آوری، وضعیت بیمه، میزان درآمد، سابقه خانوادگی، طول مدت ابتلا به بیماری، عوارض ناشی از بیماری و نوع درمان، همگن می‌باشند و بین دو گروه از نظر این متغیرها اختلاف آماری معنی‌داری مشاهده نشد ($P > 0/05$).

جهت بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی بر بهبود کیفیت زندگی و مقایسه آن با روش رایج آزمون رگرسیون لجستیک چند سطحی نشان داد از گروه کنترل به مداخله کیفیت زندگی افزایش پیدا کرده است، به عبارت دیگر در صورتی که بیمار با استفاده از الگوی خودمراقبتی اورم مورد آموزش قرار گیرد چهار برابر شانس بیشتری دارد تا کیفیت زندگی وی در سطح مطلوب تری قرار گیرد (OR: ۴/۲۳ و $P < 0/0001$).

میانگین کلی امتیاز کیفیت زندگی در سه بعد فیزیکی، روحی- روانی و اجتماعی در دو گروه کنترل و مداخله، قبل و بعد از مداخله به وسیله آزمون های U من- ویتنی و ویلکاکسون در قالب جدول (جدول ۲) ارایه گردیده است.

همان طور که جدول شماره ۲ نشان می دهد، اختلاف میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در سه بعد

جدول ۱: توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر اساس مشخصات دموگرافیک به تفکیک گروه

متغیر	محدوده	کنترل(درصد)	مداخله(درصد)	P-value	آزمون آماری
سن	۳۵-۳۹	۱۰(۲۷)	۰(۰)	/۱۰۹	کای دو x2 = ۹ df = ۵
	۴۰-۴۴	۸(۲۱/۶)	۶(۱۵/۸)		
	۴۵-۴۹	۱۱(۲۹/۷)	۵(۱۳/۲)		
	۵۰-۵۴	۸(۲۱/۶)	۸(۲۱/۱)		
	۵۵-۵۹	۶(۱۶/۴)	۷(۱۸/۴)		
جنس	مرد	۱۸(۴۸/۶)	۱۹(۵۰)	/۹۰۷	کای دو x2 = ۰/۰۱۴ df = ۱
	زن	۱۹(۵۱/۴)	۱۹(۵۰)		
تاهل	مجرد	۱۰(۲۷)	۰(۰)	/۷۸۷	دقیق فیشر
	متاهل	۲۷(۷۳)	۲۸(۷۳/۷)		
	همسر فوت شده	۸(۲۱/۶)	۱۰(۲۶/۳)		
تحصیلات	مطلقه	۱۰(۲۷)	۰(۰)	/۴۸۳	کای دو x2 = ۲/۴۵۶ df = ۳
	بی سواد	۱۵(۴۰/۵)	۱۳(۳۴/۲)		
	سیکل	۸(۲۱/۶)	۱۴(۳۶/۸)		
	دیپلم	۶(۱۶/۴)	۶(۱۵/۸)		
	دانشگاهی	۸(۲۱/۶)	۵(۱۳/۲)		
شغل	کارمند	۷(۱۸/۹)	۶(۱۵/۸)	/۳۵۹	دقیق فیشر
	کارگر	۴(۱۰/۸)	۱(۴/۶)		
	کشاورز	۱(۲/۷)	۰(۰)		
	خانه دار	۱۶(۴۳/۲)	۱۴(۳۶/۸)		
	آزاد	۵(۱۳/۵)	۵(۱۳/۲)		
	بازنشسته	۲(۵/۴)	۸(۲۱/۱)		
عوارض دیابت	ندارد	۱۵(۴۰/۵)	۱۲(۳۱/۶)	/۶۳۰	دقیق فیشر
	میکرو واسکولار	۱۱(۲۹/۷)	۱۰(۲۶/۳)		
	ماکروواسکولار	۹(۲۴/۳)	۱۱(۲۸/۹)		
	میکرو و ماکروواسکولار	۲(۵/۴)	۵(۱۳/۲)		
مدت زمان ابتلا	کمتر از یکسال	۵(۱۳/۵)	۷(۱۸/۴)	/۰۶۸	کای دو X2=۷/۱۱۷ df=۳
	یک تا پنج سال	۱۷(۴۵/۹)	۸(۲۱/۱)		
	پنج تا ده سال	۱(۲/۷)	۱۰(۲۶/۳)		
	بیشتر از ده سال	۵(۱۳/۵)	۱۳(۳۴/۲)		

تحلیل کواریانس به روش رگرسیونی استفاده کردیم. با توجه به ضریب متغیر گروه در مدلی که مناسب آن تأیید گردیده ($P < ۰/۰۰۱$) ملاحظه می‌گردد که مداخله توانسته است بیش از ۳/۷ نمره، نمره کیفیت زندگی را بهبود بخشد ($P < ۰/۰۰۱$). این نتیجه در حضور متغیرهای مداخله‌گر و تأثیر گذار به دست آمده است.

طبق نتایج جدول شماره ۲، اختلاف میانگین کیفیت زندگی تنها در بعد روحی-روانی در دو گروه، قبل از مداخله آموزشی معنی‌دار نبود ($P = ۰/۵۸۹$). لذا،

فیزیکی، روحی-روانی و اجتماعی معنی‌دار بوده است ($P < ۰/۰۰۱$). نتایج آزمون من ویتنی تفاوت آماری معنی‌دار بعد از مداخله آموزشی بین دو گروه نشان داد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین در مقایسه میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در ابعاد فیزیکی، روحی-روانی و اجتماعی در دو گروه آزمون ویلکاکسون نشان داد، بین دو گروه از نظر بعد فیزیکی، روحی-روانی و اجتماعی - تفاوت آماری معنی‌دار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$).

برای بررسی تأثیر مداخله بر کیفیت زندگی از

جدول ۲: مقایسه نمرات ابعاد کیفیت زندگی بیماران دیابتی قبل و بعد از آموزش در دو گروه کنترل و مداخله

P-Value	مداخله	کنترل		
			قبل	
	$-.0778 \pm .0602$	$-1.04 \pm .0690$		
$< .001$	$1.815 \pm .0931$	$-1.98 \pm .0719$	بعد	فیزیکی
		$.001$	P-Value	
			قبل	
$.0589$	$-.0873 \pm .0758$	$-1.005 \pm .0807$		
$< .001$	$2.22 \pm .0778$	$-1.908 \pm .0643$	بعد	روحي روانی
$< .001$			P-Value	
			قبل	
$< .001$	$-.071 \pm .0408$	$-1.15 \pm .0556$		
$< .001$	$1.783 \pm .0931$	$-1.867 \pm .0678$	بعد	اجتماعی
$< .001$			P-Value	

پژوهش یکی است؛ با این تفاوت که در پژوهش حاضر از ابزار ۱۹ ADDQOL جهت بررسی کیفیت زندگی استفاده شده است (۲۲). چنان چنانگ و همکاران با به کارگیری تئوری خودمراقبتی اورم در مراقبت از بیماران با زخم پای دیابتی نشان دادند برنامه خودمراقبتی اورم در بهبود دانش و آگاهی بیماران دیابتی تأثیر مثبت دارد (۳۱).

نتایج مطالعه رستمی و همکاران که با هدف بررسی تأثیر به کارگیری الگوی خودمراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان بود نشان دهنده افزایش میانگین ابعاد کیفیت زندگی بعد از آموزش خودمراقبتی نسبت به قبل از آموزش بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد و در همه ابعاد با آزمون آماری تی زوجی تفاوت معنی دار آماری مشاهده شد ($P < .001$) (۳۲).

مسعودی و همکاران در مطالعه خود به بررسی تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم بر ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس پرداختند، که نتایج حاکی از مؤثر بودن این برنامه در بهبود ابعاد جسمی کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون نسبت به شاهد بوده است (۳۳).

یافته‌های مطالعه نارویی و همکاران نیز نشان داد که به کارگیری الگوی اورم بر همه ابعاد کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی مؤثر است، که با نتایج مطالعه حاضر مطابقت دارد (۳۴)؛ با این تفاوت که در این مطالعه آموزش بر روی یک گروه و به صورت بررسی قبل و بعد

جهت بررسی متغیرهای مداخله‌گر و تأثیر آن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی با استفاده از تحلیل کوواریانس، نتایج نشان داد در حضور متغیرهای مختلف شامل: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، شرایط زندگی و شغلی، درآمد، بیمه، عوارض ناشی از بیماری، طول مدت ابتلا، نوع درمان و وجود افراد مطلع جهت آموزش در اطرافیان بیمار، نمره کیفیت زندگی واحدهای پژوهش در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در بعد فیزیکی، روحی- روانی و اجتماعی به ترتیب ۳/۶۱۴، ۴/۰۶ و ۳/۵۱۸ افزایش قابل توجهی داشت و مقدار ($P < .001$) نشان می‌دهد تفاوت آماری معنی دار است.

بحث

این مطالعات نشان داد که، تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر الگوی اورم نسبت به روش رایج بر سه بعد کیفیت زندگی مثبت بوده است و میانگین امتیازات کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه آموزش براساس الگوی اورم نسبت به گروه آموزش به روش رایج افزایش یافته است ($P < .001$).

مطالعه قنبری و همکاران نشان داد کاربرد مدل مراقبت از خود اورم در بررسی و شناخت و ارزشیابی سیستم مراقبتی بیماران دیابتی و کیفیت زندگی آنها مؤثر بوده است، که با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد. ابزار نیازسنجی براساس الگوی خودمراقبتی اورم در هر دو

انجام شده و از پرسشنامه SF36 جهت بررسی کیفیت زندگی استفاده شده است.

ناجی و همکاران تأثیر برنامه خودمراقبتی اورم در بهبودی بیماران با نارسایی قلبی را مورد بررسی قرار دادند، نتایج نشان دهنده اختلاف معنی‌دار توان خودمراقبتی بعد از مداخله در گروه آزمون نسبت به شاهد و نیز بهبودی بیماران آموزش دیده براساس برنامه خودمراقبتی اورم بود (۳۵)؛ که با پژوهش حاضر همخوانی دارد و نیز مشابه پژوهش حاضر بر روی دو گروه انجام شد به این صورت که یک گروه به روش رایج و گروه دیگر با استفاده از نیازسنجی الگوی اورم مورد آموزش قرار گرفتند.

نتایج مطالعه جارسما و همکاران که جهت تعیین تأثیر خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران با نارسایی قلبی پیشرونده بود نیز نشان دهنده بهبود رفتار مراقبت از خود با اجرای الگوی خودمراقبتی اورم و آموزش با استفاده از سیستم حمایتی آموزشی بود، همچنین نشان داد توانایی مراقبت از خود بعد از مداخله در گروه آزمون تغییر نکرده است (۳۶).

باقری و همکاران با بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو نشان دادند میانگین نمره کیفیت زندگی کل در گروه های مختلف (با و بدون عوارض دیابت) متفاوت است ($P < 0/05$). آزمون‌های آماری استفاده شده رابطه معنی‌دار بین میانگین نمره کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش و متغیرهای دموگرافیک آنان نشان نداد (۲۴)، که نتایج این مطالعه با پژوهش حاضر مطابقت دارد و جهت بررسی کیفیت زندگی مشابه پژوهش حاضر از ابزار ADDQOL استفاده شده است. تمامی مطالعات فوق اثرات مثبت برنامه آموزشی بر روی کیفیت زندگی را

تأیید نموده‌اند.

در پژوهش حاضر پس از طی مرحله اول طرح و اجرای مداخله، مشارکت فعال بیماران کاهش یافت که با پیگیری مداوم و مستمر پژوهشگر سعی شد، واحدهای پژوهش با پژوهشگر همکاری نمایند. با این وجود دستاورد اساسی این مطالعه بیانگر تأثیر مثبت الگوی خودمراقبتی اورم و نیز استفاده از الگوهایی است که قادر به ترغیب و توجه به خودمراقبتی و تعدیل عوامل مؤثر در بروز کاهش کیفیت زندگی می‌باشد؛ بنابراین، با توجه به پایین بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی و ضرورت اقدام عملی در خصوص توجه به این مهم می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از برنامه خودمراقبتی مبتنی بر الگوی اورم در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی مؤثر و کاربردی است.

نتیجه‌گیری

با توجه به این موضوع که مراقبت از خود، توسط خود بیمار دیابتی، بیمار را قادر می‌سازد تا در مراقبت و درمان خود نقش فعال‌تری داشته و مسئولیت مراقبت از خویش را بپذیرد، به کارگیری برنامه مراقبت از خود به بیماران در بهبود توانایی خودمراقبتی و کاهش ترس و وابستگی آنها کمک می‌کند و موجب افزایش اعتماد به نفس و حس استقلال در آنها می‌گردد.

تشکر و تقدیر

بدین وسیله از مدیریت و کارکنان کلینیک دیابت شهرستان سبزوار و بیماران و کلیه عزیزانی که ما را در این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

References

1. Aghamolaei T, Eftekhari H, Mohammad K, Nakhjavani M, Shojaeizadeh D, Ghofranipour F, et al. Effects of health education program on behavior, and health-related quality of life in diabetic patients. *Acta Med Iran*. 2005;43(2):89-94.
2. Trasoff D, Delizo J, Du B, Purnajo C, Morales J. Diabetes in the Middle East. *EpineX Diagnostics, Inc. Corporate Information Series 4*, 2008. Available from: URL: <http://www.epinex.com/pdf/>

- Epinex_Diabetes_MidEast.pdf.
3. Hirst M. Foreword from the IDF President. International Diabetes Federation (IDF).Diabetes prevalence. Available from: URL:<http://www.idf.org/diabetesatlas/foreword>
 4. International Diabetes Federation (IDF).Diabetes prevalence. Available from: URL: <http://www.idf.org/membership/mena/iran>
 5. Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Educ.* 2003; 29: 454– 64.
 6. Hogan P, Dall T, Nikolov P. American Diabetes Association. Economic costs of diabetes in the U.S in 2002. *Diabetes Care.* 2003;26(3):917-32.
 7. Arzaghi Masoud. Amiri Somaie. Educational Principle of Diabet. Tehran: Ministry of Special Disease. 2005:8-10. [Persian]
 8. Vazirinejad R, Sajadi M, Maghool N. A historical cohort study assessing the effect of diabetes on the quality of life of patients. *Pejouhesh.* 2010; 34 (1) :35-40. [Persian]
 9. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA, et al. A nurse-coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Impact on glycemic control and health related quality of life. *J Gen Intern Med.* 1995; 10(2): 59-66.
 10. Erlen JA, Stillely CS, Bender A, Pat Lewis M, Garand L, Kim Y, et al. Personality Traits and Chronic Illness: A Comparison of Individuals with Psychiatric, Coronary Heart Disease, and HIV/AIDS Diagnoses. *Appl Nurs Res.* 2011; 24(2): 74–81.
 11. Otte JL, Carpenter JS. Theories, Models, and Frameworks Related to Sleep-Wake Disturbances in the Context of Cancer. *Cancer Nurs.* 2009 ; 32(2): 90–106.
 12. Soundarya M, Asha A, Mohan V. Role of a diabetes educator in the management of diabetes. *Int J Diabetes Dev Countries.* 2004; 24(1):65-8.
 13. Kela R, Srinivasan B, Davies M. Patient Education and New Approaches to Self-management. *Medicine J.* 2010; 38(11): 618-5.
 14. Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, Shortliffe EA, Landsman PB, Cowper PA, et al. A nurse-coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. Impact on glycemic control and health related quality of life. *J Gen Intern Med.* 1995; 10(2): 59-66.
 15. Nilvaranykal K, Wongprom J, Tumngong C, Supornpun A, Surit P, Srithongchal N. Strengthening in self cares women working in the informal sector. Local fabric wearing in khon kaen, Thailand (phase 1). *Ind Health.* 2006; 44(1): 101- 7.
 16. Kvshyar H, Heydari A. Nursing theories and theorists. Tehran, lofty thoughts Publishing. 2009: 62-8
 17. Abraham M. Self-Care in Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review on Factors Contributing to Self-Care among Type 2 Diabetes Mellitus Patients. Master's Theses, School of Health and Caring Sciences, International Master in Caring Sciences, Spring term, 2011.
 18. Schlundt DG, Pichert JW, Gregroy B, Davis D. Eating and Diabetes: A patient-centered approach. BJ Anderson & RR Rubin (Eds.) *Practical Psychology for Diabetes Clinicians.* Alexandria, VA: Am Diabetes Assoc. 1996.
 19. Simmons D, Meadows KA, Williams DR. Knowledge of diabetes in Asians and Europeans with and without diabetes: the Coventry Diabetes Study. *Diabet Med.* 1991;8(7):651-6.
 20. Braun A, Samann A, Kubiak T, Zieschang T, Kloos C, Müller UA, et al. Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns.* 2008; 73(1):50-9.
 21. Mahmoudi A, Alavi M. Self-control: an important educational need in diabetic patients mental health. *Iran J Nurs Res.* 2010;5(19):68-75.
 22. Ghanbari A, Parsaykta 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 dependent diabetic patients using path analysis. *Daneshvar J.* 2004;11(51):65-74. [Persian]
 23. Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res.* 1999;8(1-2):79-91.
 24. Bagheri H, Abrahami H, Taghavi N, Hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2005; 7 (2) :50-56.
 25. Ostini R, Dower J, Donald M. The Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life 19 (ADDQoL): feasibility, reliability and validity in a population-based sample of Australian adults. *Qual Life Res.* 2012;21(8):1471-7.
 26. Donald M, Dower J, Ware R, Mukandi B, Parekh S, Bain C. Living with diabetes: rationale, study design

- and baseline characteristics for an Australian prospective cohort study. *BMC public health*. 2012;12(1):8.
27. Vieta A, Badia X, Sacristán JA. A Systematic Review of Patient-Reported and Economic Outcomes: Value to Stakeholders in the Decision-Making Process in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. *Clin Ther*. 2011;33(9):1225-45.
 28. Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Qual Life Res*. 1999; 8(1-2): 79-91.
 29. Tol A, Sharifirad G, Eslami AA, Shojaeizadeh D, Alhani F, Mohajeri Tehrani M, et al. Analysis of Some Predicting Factors of Quality of Life among Patients with Type 2 Diabetic patients. *J Educ Health Promot*. 2015;4:9.
 30. bagheri H, abrahimi H, Taghavi N, hasani M. Evaluation of quality of life in patients with diabetes mellitus, based on its complications, referred to Emam Hossein Hospital, Shahroud. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2005; 7 (2) :50-6.
 31. Chiang HC, Liu YF, Chang SuH. Applying Orem's Theory to the Care of Diabetes Patient with a Foot Ulcer. *Tzu Chi Nursing journal*. 2007;6(6):127-35.
 32. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on elderly's quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008 . *J Arak Univ Med Sci*. 2009; 12 (2) :51-9. [Persian]
 33. Masoodi R, Mohammadi E, Nabavi S, Ahmadi F. The effect of Orem based self-care program on physical quality of life in multiple sclerosis patients. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2008; 10 (2) :21-9. [Persian]
 34. Naji A, Naroie S, Abdeyazdan G, Dadkani E. Effect of Applying Self-Care Orem Model on Quality of Life in the Patient under Hemodialysis. *Zahedan J Res Med Sci*. 2012; 14 (1) :8-12. [Persian]
 35. Naji H, Nikhbakht Nasrabadi A, Shaban M, Saebnia R. The effect of using Orem's model of self-care on recovery of patients with heart failure. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2009;14(4):174-9.
 36. Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*. 2000;29(5):319-30.

Comparative Assessment of Effect of Education in the OREM's Self Care Model Way with Current Method on the Quality of Life of Diabetic Type 2 Patients

* *Javad Ganjlo,*

M.Sc. in Nursing Faculty Member, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Zahra Talebi,

M.Sc. Student, Student Research Committee, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Abdolghader Assarroudi,

M.Sc. in Nursing Faculty Member, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

MohammadHasan Rakhshani,

Ph.D. in Biostatistics, Faculty Member, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran.

Received:14/06/2014, Revised:22/07/2014, Accepted:22/04/2015

Correspond Author:

Javad Ganjlo,
Sabzevar, Sabzevar University of
Medical Science,
E-mail: jganj@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: By knowing of minimal knowledge in the diabetics and by attending to the high prevalent of effects and low quality level of life in the diabetic patient, discovering an appropriate educational method is important. The purpose of this study is comparative assessment of effect of education in the OREM's self-care model way with current method on the quality of life in diabetic type 2 patients.

Materials & Methods: This study was done on the base of randomized clinical trial method on diabetic type 2 referrals to diabetic clinics of Sabzevar city at the year of 1392. Control group were under the current education of diabet center and the case group was trained by lectures, question and response, group discussion, films and educational notes. One month after ending education, all of research units were assessed using special measure of quality of life in diabetics (ADD QOL 19). Data were analyzed by SPSS software and kai - square, mann-whitney, co-variances and logistics regression exams.

Results: In this study 50.7% (38 person) were women and 49.3 (37 person) were men. After the educational implementation, mean and SD score of QOL in the control and case groups respectively were -1.48 ± 0.719 and 1.815 ± 0.931 in the physical dimension; -1.9 ± 0.643 and 2.22 ± 0.778 in the psycho spiritual dimension; 1.48 ± 0.719 and 1.85 ± 0.931 in social dimension. After the educational implementation, in the co-variances exam meaningful differences were seen between mean scores of QOL of two groups.

Conclusion: Unlike the current method, education plan of OREM's model extolled the QOL of diabetics. Therefore, this method is recommended for use.

Key words: Education, OREM's self-care model, Quality of life, Type 2 Diabetes.