

تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت

منصور غفوری فرد^{۱*}، دکتر حسین ابراهیمی^۲

۱- دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
۲- دانشیار، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

پذیرش: ۹۳/۱۱/۲۱

دریافت: ۹۳/۹/۲

چکیده:

مقدمه: خودمراقبتی هسته اصلی سلامتی و مراقبت از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت است. برای ارتقاء خودمراقبتی بیماران، استفاده از تئوری‌ها و الگوهای پرستاری پیشنهاد شده است. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت انجام شده است.

روش کار: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۲۰ نفر از بیماران دیابتی در بخش غدد بیمارستان امام رضا (ع) تبریز انجام شد. برای جمع آوری داده‌ها از چک لیست ارزشیابی توان خود مراقبتی بیماران دیابتی استفاده گردید. ابتدا بر اساس چک لیست ارزشیابی توان خود مراقبتی، میزان اطلاعات بیماران در ۵ حیطه اصلی (رژیم غذایی، فعالیت فیزیکی، اندازه گیری قند خون، رژیم دارویی، مراقبت از پای دیابتی) بر اساس مقیاس لیکرت بین ۰ تا ۱۰ نمره گذاری گردید. سپس بر اساس شرایط بیمار با استفاده از الگوی خودمراقبتی اورم آموزش‌های لازم انجام گرفت. دوباره بر اساس چک لیست میزان اطلاعات بیماران ارزشیابی گردید و نتایج قبل و بعد از مداخله مورد مقایسه قرار گرفت.

یافته‌ها: بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره توان خودمراقبتی در هر یک از ۵ حیطه شامل رژیم غذایی ($p=0/04$)، فعالیت فیزیکی ($p=0/000$)، اندازه گیری قند خون ($p=0/003$)، رژیم دارویی ($p=0/001$)، مراقبت از پای دیابتی ($p=0/01$) قبل و بعد از آموزش مبتنی بر الگوی خود مراقبتی اورم تفاوت معنی داری نشان داد.

نتیجه نهایی: با توجه به اثرات مثبت آموزش مبتنی بر خود مراقبتی اورم، استفاده از این الگو به عنوان روش مناسب در کنار سایر اقدامات درمانی پیشنهاد می گردد.

کلیدواژه‌ها: الگوی خود مراقبتی اورم / خود مراقبتی / دیابت

*نویسنده مسئول: منصور غفوری فرد؛ دانشجوی دکتری آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران
Email: m.ghafari@yahoo.com

مقدمه:

حیات فرد در کنار ماهیت پیچیده دیابت می‌گردد (۱۰). خودمراقبتی ناکافی در بیماران دیابتی به عنوان مشکل بزرگی است که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و مردم در تمام جوامع با آن مواجه هستند و علاوه بر اینکه بر میزان مورتالیتی و موربیدیتی بیماران تاثیر دارد بلکه باعث افزایش هزینه های درمان های دارویی و تست های آزمایشگاهی، صرف زمان و افزایش اقدامات بهداشتی می‌گردد. در مقابل، بیمارانی که خود مراقبتی کافی دارند بازده‌های بهتری دارند، عمرشان طولانی‌تر است و از کیفیت زندگی بالا لذت می‌برند و از علایم و عوارض کمتری رنج می‌برند (۱۱).

یکی از مسائل اساسی در پرستاری، تغییر پارادایم مراقبتی است و لازمه آن شناسایی توانایی‌های بالقوه بیماران و تشویق آنها برای استفاده بهینه از این توانایی‌ها و انجام فعالیت‌های خود مراقبتی است. علاوه بر این، خودمراقبتی هسته اصلی سلامتی و مراقبت از بیماران است. در واقع خودمراقبتی، یک فعالیت خود جوش، عمدی و هدفمند است که با سلامتی و احساس خوب بودن در ارتباط است (۱۲). خودمراقبتی در بیماران دیابتیک نه تنها مربوط به کنترل قند خون است بلکه شامل پیشگیری از عوارض، محدودیت های ناتوانی و بازتوانی نیز می‌باشد. البته برخی موانع نیز برای انجام خودمراقبتی در این بیماران وجود دارد. با این وجود، نقش ارائه دهندگان خدمات بهداشتی در مراقبت از بیماران دیابتی بسیار مهم است. موانع اجتماعی-دموگرافیکی و فرهنگی از قبیل دسترسی ناکافی به داروها، هزینه بالا، رضایت بیماران از مراقبت های بهداشتی، ارتباط بین پرسنل و بیمار، شدت علایم و توزیع ناعادلانه خدمات بهداشتی در مناطق شهری و روستایی باعث کاهش فعالیت های خود مراقبتی می‌گردد (۱۳).

از آنجا که بخش زیادی از مراقبت های روزانه در افراد مبتلا به دیابت از طریق خود فرد و یا یکی از اعضای خانواده آنها ارائه می‌گردد بنابراین آموزش مهارت‌های خودمراقبتی در بیماران دیابتی بسیار ضروری است (۱۰). در مطالعه ای در اسکاتلند هم به این نتیجه رسیده اند که حرفه‌های علوم پزشکی نقش حیاتی در آموزش بیماران دیابتی برای کنترل علایم

دیابت یک بیماری متابولیکی است که ویژگی اصلی آن اختلال در متابولیسم کربوهیدراتها، چربی و پروتئین و نیز سطح بالای قند خون است که از اختلال در ترشح انسولین، عمل آن و یا ترکیبی از هر دو ناشی می‌گردد (۱). سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که حداقل ۲۸۵ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا هستند و سالیانه باعث مرگ ۳,۲ میلیون نفر می‌شود و هر ساله به این میزان افزوده می‌شود (۲). دیابت یکی از بیماری های مزمن است که بر تمام سیستم‌های بدن تاثیر منفی می‌گذارد. از عوارض مهم آن می‌توان به مشکلات پا، بیماری کلیوی، اختلالات بینایی، بیماری‌های قلبی عروقی و غیره اشاره کرد. علاوه بر این، در کشورهای غربی، دیابت علت اصلی نابینایی، آمپوتاسیون غیر تروماتیک و نارسایی کلیوی است (۳).

تا سال های اخیر باور بر این بود که بیماری دیابت اکثراً در کشورهای پیشرفته اتفاق می افتد اما نتایج مطالعات اخیر نشان می دهد که تعداد بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ و علایم و عوارض آن در کشور های در حال توسعه بیشتر است (۴،۵). افرادی که مبتلا به دیابت هستند معمولاً اطلاعات کافی در زمینه ماهیت بیماری خود، ریسک فاکتورها و عوارض همراه آن ندارند و این کمبود آگاهی ممکن است بر نگرش و عملکرد این بیماران تاثیر منفی بگذارد (۶).

با توجه به اینکه بیماری دیابت یک بیماری مزمن است بنابراین فرد دیابتی باید در تمام مراحل کنترل و درمان بیماری همکاری داشته باشد و بتواند فعالیت های خود مراقبتی را انجام دهد. خودمراقبتی برای تحت کنترل در آوردن بیماری دیابت بسیار مهم و حیاتی است و شامل کنترل قند خون توسط خود فرد، رعایت رژیم غذایی، تنظیم دوز داروها و انسولین و انجام فعالیت‌های فیزیکی منظم باشد. علاوه بر این باید به ارتباط بین این عوامل نیز توجه داشت تا بیمار بتواند در صورت نیاز تغییراتی را در برنامه‌های روزانه خود انجام دهد (۷-۹).

خودمراقبتی در دیابت به صورت زیر تعریف شده است؛ خود مراقبتی یک فرآیند تکاملی در زمینه افزایش دانش و آگاهی از طریق یادگیری است که باعث ادامه

مراقبت از پا است و باید این فعالیت‌ها تداوم داشته باشد. خودمراقبتی در زمینه کنترل قند خون، پایه اساسی مراقبت از بیماری دیابت است که منجر به کنترل دقیق علائم بیماری از سوی بیمار می‌گردد و مهم‌ترین هدف این کنترل، ارزیابی وضعیت قند خون و شروع زود هنگام درمان‌های مناسب در زمان‌های برنامه ریزی شده برای رسیدن به سطح مطلوب قند خون می‌باشد. بدون توجه به از دست دادن وزن، انجام فعالیت‌های فیزیکی مناسب نیز باعث بهبود بازدهی بیمار می‌گردد (۲۴-۲۲). اگرچه اکثر بیماران دیابتی با رعایت فعالیت‌های خود مراقبتی می‌توانند باعث کاهش عوارض بیماری شوند. اما مطالعات اخیر تاکید می‌کنند که این فعالیت‌ها باید بر اساس شرایط و وضعیت، علائم بیماری، سطح سواد و وضعیت اقتصادی اجتماعی بیمار برای هر فرد تنظیم گردد (۲۵). از آنجا که تئوری خود مراقبتی اورم بر توانایی‌ها و نیازهای هر یک از افراد تاکید دارد بنابراین استفاده این الگو ممکن است باعث افزایش فعالیت‌های خود مراقبتی در این بیماران گردد. لذا از آنجا که تحقیقات کمتری در زمینه خودمراقبتی بیماران دیابتی انجام شده است، این پژوهش با هدف تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی خودمراقبتی اورم بر توان خودمراقبتی بیماران دیابتی انجام گرفته است.

روش کار:

این مطالعه نیمه تجربی قبل و بعد بر روی تعداد ۲۰ نفر از بیماران دیابتی در بخش غدد بیمارستان امام رضا (ع) تبریز انجام شد. این حجم نمونه بر اساس نتایج مطالعه قبلی انتخاب گردید بدین ترتیب که با احتساب توان ۸۰ درصد و سطح اطمینان ۹۵ درصد و اینکه در گروه مورد مطالعه، استفاده از روش خود مراقبتی باعث بهبودی وضعیت خود مراقبتی در حداقل ۷۰ درصد از بیماران خواهد شد حجم نمونه ۲۰ نفر محاسبه گردید (۲۶). برای نمونه گیری از روش نمونه گیری هدفمند استفاده گردید. در این مطالعه بیماران وارد شدند که تشخیص دیابت آنها بر اساس شاخص انجمن دیابت آمریکا به تایید رسیده بود بطوری که حداقل در ۲ نوبت قند خون ناشتای (*fasting blood sugar [FBS]*) بالای ۱۲۵ میلی

افزایش و یا کاهش قند خون و بطور کلی خود مراقبتی دارند (۱۴).

برای اینکه آموزش مناسب برای بیماران صورت گیرد باید به نیازهای آموزشی بیماران توجه کرد و از الگوهای مراقبت پرستاری استفاده نمود (۱۵). الگوی خود مراقبتی اورم یکی از کامل ترین نظریه های خود مراقبتی است که راهنمای بالینی مناسبی برای برنامه ریزی و اجرای اصول خود مراقبتی در اختیار می‌گذارد (۱۶). اورم معتقد است که انسانها موجوداتی هستند که توانایی مراقبت از خود را دارند و پرستاری هر زمان که این توانایی در فردی مخدوش شود، با ارایه مراقبت‌های مستقیم جبرانی و آموزشی - حمایتی به فرد کمک می‌کند، تا توان از دست رفته را باز یابد (۱۷). بر اساس دیدگاه مدل اورم، نقش پرستار نیز به عنوان یک تسهیل کننده و عامل ایجاد تغییر معرفی شده است (۱۸). و هدف از انجام خود مراقبتی رسیدن به اهداف: ۱- حمایت از فرآیند حیات و ارتقاء عملکرد طبیعی ۲- حفظ رشد، تکامل و بلوغ نرمال ۳- پیشگیری، کنترل و درمان فرآیند های بیماری و آسیب ها ۴- پیشگیری و یا جبران ناتوانی ۵- ارتقاء احساس خوب بودن است (۱۹).

خودمراقبتی در بیماران دیابتی مستلزم این است که فرد تغییراتی را در رژیم غذایی و سبک زندگی خود ایجاد کند تا همراه با نقش مکمل و حمایت اعضای تیم بهداشتی درمانی باعث ایجاد اعتماد به نفس بالایی در فرد شده و باعث کنترل بیماری گردد (۱۳). از طرف دیگر انتظار می‌رود که افرادی که آموزش کافی در زمینه خود مراقبتی دیده اند به راحتی بتوانند با بیماری خود کنار بیایند و زندگی راحتی داشته باشند و از پیشرفت بیماری و عوارض خطرناک آن جلوگیری نمایند. همچنین مطالعه انجمن دیابت آمریکا نشان داده که افرادی که هیچ نوع آموزش رسمی برای اقدامات خودمراقبتی ندیده بودند عوارض دیابت در آنها چهار برابر بیشتر از افرادی بود که آموزش دیده بودند (۲۰، ۲۱).

اگر چه آموزش برای بیماران دیابتی مهم است اما باید آموزش‌ها طوری باشد که به سمت خود مراقبتی سوق پیدا کند. این فعالیت‌های خودمراقبتی شامل برنامه غذایی، پرهیز از غذاهای پرچرب، افزایش ورزش، کنترل قند خون توسط خود فرد و

حیطه ها مجددا مورد ارزیابی قرار گرفت و بر اساس ۰ تا ۱۰ نمره گذاری گردید. بطوری که هر حیطه یک سوال اصلی داشت که میزان تبعیت بیمار از خود مراقبتی را در آن حیطه نشان می دهد. برای بررسی اعتبار چک لیست از روش اعتبار محتوا استفاده گردید بطوری که بعد از طراحی، چک لیست در اختیار ده نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی قرار گرفت و از نظرات اصلاحی آنها برای ویرایش چک لیست استفاده گردید. برای ارزیابی پایایی داده ها نیز از آلفای کرونباخ استفاده شد که میزان آن ۰/۹۴ بدست آمد که نشان دهنده پایا بودن ابزار مورد استفاده می باشد. سپس داده های مطالعه با استفاده از نرم افزار SPSS/21 و آزمون آماری تی زوج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان P-value کمتر از ۰/۰۵ به عنوان سطح معنی داری آماری تلقی شد.

یافته ها:

در این مطالعه، ۷۵ درصد از شرکت کنندگان مذکر و ۱۵ درصد نیز مونث بودند. اکثریت آن ها (۹۵ درصد) متأهل و با میانگین سنی $42/64 \pm 20/15$ سال بود. علاوه بر این، اکثر نمونه ها (۶۵ درصد) بی سواد بودند. ۶۰ درصد از افراد در شهر سکونت داشتند. از نظر شغل، ۳۰ درصد نمونه ها کشاورز و ۲۵ درصد نیز بازنشسته بودند.

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که ۶۰ درصد از بیماران مبتلا به دیابت، سابقه فامیلی مثبتی داشتند. و از سابقه بیماری های قبلی، بیشترین درصد نمونه ها (۳۰ درصد) به بیماری هیپرتانسیون نیز مبتلا هستند. از نظر عوارض دیابت نیز، ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به پای دیابتی بودند. علاوه بر این، میانگین مدت ابتلا به دیابت در بیماران مورد مطالعه، ۱۰/۴۷ سال بود.

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره توان خود مراقبتی در هر یک از ۵ حیطه شامل رژیم غذایی ($p=0/04$)، فعالیت فیزیکی ($p=0/000$)، اندازه گیری قند خون ($p=0/003$)، رژیم دارویی ($p=0/001$)، مراقبت از پای دیابتی ($p=0/01$) قبل و بعد از آموزش مبتنی بر الگوی خود مراقبتی اورم تفاوت معنی داری نشان داد. (جدول ۱)

گرم در دسی لیتر داشتند یا اینکه قند خون ($blood\ sugar[BS]$) غیر ناشتای بالای ۲۰۰ میلی گرم داشتند. علاوه بر این، ضمن بیان اهداف و روش کار، موافقت بیماران برای شرکت در مطالعه با استفاده از رضایت نامه کتبی اخذ گردید و شرکت کنندگان در هر مرحله از تحقیق حق خروج از مطالعه را داشتند. همچنین به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات به صورت محرمانه حفظ شده و نتایج در صورت تمایل در اختیار آنان قرار داده خواهد شد.

برای جمع آوری داده ها از چک لیست ارزشیابی توان خود مراقبتی بیماران دیابتی استفاده گردید. برای تهیه این چک لیست از پرسشنامه فعالیت های خود مراقبتی بیماران دیابتی (*Summary of Diabetes Self-Care Activities*) استفاده گردید. بر این اساس در بخش اول چک لیست، ابتدا یک شرح حال کاملی از بیماران شامل مشخصات دموگرافیکی (سن) بر حسب سال، جنس، وضعیت تاهل، شغل، محل سکونت) مدت ابتلا به دیابت بر حسب سال، تشخیص بیماری، ابتلا به عوارض دیابت از جمله پای دیابتی، رژیم دارویی (داروی خوراکی، انسولین درمانی، ترکیب خوراکی و انسولین) ثبت گردید. در بخش دوم چک لیست، حیطه های اصلی خود مراقبتی در بیماران دیابتی شامل ۱- رژیم غذایی ۲- انجام فعالیت فیزیکی ۳- اندازه گیری قند خون ۴- رعایت و تنظیم رژیم دارویی ۵- مراقبت از پای دیابتی مورد بررسی قرار گرفت و میزان اطلاعات بیماران در زمینه هر یک از حیطه های خود مراقبتی مورد اندازه گیری قرار گرفت در هر یک از حیطه ها، بر اساس مقیاس لیکرت میزان اطلاعات بیماران بین ۰ تا ۱۰ نمره گذاری گردید. سپس بر اساس شرایط بیمار و با استفاده از منابع معتبر پرستاری و طبق تئوری خود مراقبتی اورم به آموزش های لازم در زمینه هر یک از حیطه ها پرداختیم بدین صورت که آموزش های ما به صورت انفرادی و بر اساس شرایط بیمار در سه سطح سیستم جبرانی کامل، سیستم جبرانی ناقص و سیستم حمایتی آموزشی در طول یک شیفت کاری ۶ ساعته و در شیفت صبح انجام گرفت و در حین ترخیص بیماران، بر اساس چک لیست میزان اطلاعات بیماران در هر یک از

جدول ۱: مقایسه میانگین نمره توان خود مراقبتی در قبل و بعد از آموزش

حیطه خود مراقبتی	میانگین نمره قبل از آموزش (انحراف معیار±میانگین)	میانگین نمره بعد از آموزش (انحراف معیار±میانگین)	آزمون آماری تی زوج
رعایت رژیم غذایی	۳/۷±۲/۹۰	۷/۴۵±۱/۸۲	$p=۰/۰۴, t=-۶/۳۷$
فعالیت فیزیکی	۳/۲±۳/۰۸	۷±۱/۶۲	$p=۰/۰۰۰, t=-۶/۶۷$
اندازه گیری قند خون	۳/۵۵±۲/۷۱	۷/۱۵±۱/۶۰	$p=۰/۰۰۳, t=-۷/۷۱$
رعایت رژیم دارویی	۳/۸۵±۲/۹۶	۶/۶۰±۲/۳۰	$p=۰/۰۰۱, t=-۵/۶۰$
مراقبت از پای دیابتی	۲/۹۵±۲/۹۶	۷/۵۰±۱/۵۴	$p=۰/۰۱, t=-۸/۲۷$

بحث:

مراقبت از خود، نقش ویژه‌ای در مراقبت از بیماری‌های مزمن از جمله دیابت دارد و زمانی می‌توان در مدیریت این بیماری‌ها موفقیت حاصل نمود که بیمار بتواند در فعالیتهای مراقبت از خود نقش فعالی داشته باشد. علاوه بر این، رعایت فعالیتهای خودمراقبتی باعث بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن شده و نقش بسزایی در کاهش هزینه‌های درمانی ناشی از بستری‌های مکرر دارد (۲۷).

نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره توان خود مراقبتی در حیطه رعایت رژیم غذایی قبل و بعد از آموزش تفاوت آماری معنی داری نشان می‌دهد بطوری که آموزش مبتنی بر خود مراقبتی اورم باعث افزایش توان خود مراقبتی بیماران شده است ($p < ۰/۰۵$). کنترل مؤثر قند خون به رژیم غذایی مناسب و همچنین انجام فعالیتهای فیزیکی و بدنی بستگی دارد. مطالعات قبلی نیز به این نتیجه رسیده‌اند که تدوین برنامه آموزشی بیماران دیابتی برای کنترل قند خون و بهبود رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت جسمانی مناسب بسیار سودمند و اثربخش می‌باشد (۲۸).

در مطالعه‌ای هم که توسط هاشملو و همکاران با عنوان تأثیر اجرای برنامه‌ی خودمراقبتی اورم بر توان خود مراقبتی سالمندان در سال ۱۳۹۱ انجام شده است مقایسه اختلاف میانگین‌های توانایی خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌دار نشان داده است. به عبارت دیگر اجرای برنامه خودمراقبتی اورم باعث ارتقاء توان خودمراقبتی در سالمندان شده بود (۲۹).

تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر روی سایر بیماری‌ها نیز انجام شده است و به‌کارگیری برنامه خودمراقبتی طراحی شده مبتنی بر الگوی اورم تأثیر مثبتی بر عزت نفس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلوزیس داشته است (۳۰). در مطالعه‌ای هم که توسط اشک تراب و پازوکیان با رویکرد کیفی و با عنوان موانع به کارگیری خود مراقبتی اورم از دیدگاه پرستاران و دانشجویان دکتری پرستاری: تحلیل محتوا انجام شده است آشنایی بیشتر پرستاران با مدل خود مراقبتی و تأثیر آن بر نقش حرفه‌ای پرستاری به منظور اصلاح وضعیت حاضر پیشنهاد شده است (۳۱).

همچنین نتایج مطالعه حاکی از آنست که میانگین نمره توان خود مراقبتی در حیطه فعالیت فیزیکی قبل و بعد از آموزش تفاوت آماری معنی داری نشان می‌دهد بطوری که آموزش مبتنی بر خود مراقبتی اورم باعث افزایش توان خود مراقبتی در این حیطه شده است ($p < ۰/۰۵$). زندگی کم تحرک یکی از عوامل خطرناک مهم بیماری دیابت نوع ۲ محسوب می‌شود در مقابل، ورزش منظم علاوه بر ایفای نقش مؤثر در پیشگیری اولیه، از اقدامات سودمند در مدیریت درمان این بیماری به شمار می‌رود (۳۲).

براز پردنجانی و همکاران نیز به بررسی تأثیر الگوی خود مراقبتی اورم بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مسجد سلیمان در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۶ پرداخته‌اند نتایج مطالعه نیز حاکی از آن است که پس از اجرای الگوی خود مراقبتی اورم، تمامی ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامتی عمومی، عملکرد فیزیکی، ایفای نقش فیزیکی، ایفای نقش عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد بدنی، نیرو و انرژی، درک کلی از سلامتی و

نتایج اکثر پژوهش‌های انجام شده مبین آن است که بیماران دیابتی که توان خودمراقبتی کمتری دارند، بیشتر به عوارض این بیماری مبتلا می‌شوند. از طرف دیگر خودمراقبتی تحت تأثیر باورها، نگرش‌ها و اعتقادات فردی و همچنین ارزش‌ها و فرهنگ جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند، قرار دارد (۳۰).

همچنین نتایج مطالعه نشان داد که میانگین نمره توان خود مراقبتی در حیطه اندازه‌گیری قند خون و رژیم دارویی قبل و بعد از آموزش تفاوت آماری معنی داری نشان می‌دهد، بطوری که استفاده از تئوری خود مراقبتی اورم باعث افزایش توان خودمراقبتی در حیطه اندازه‌گیری قند خون بیماران شده است ($p < 0.05$).

این نتایج با نتایج مطالعه عشوندی و همکاران که در همدان انجام شده است نیز همخوانی دارد. این پژوهشگران از یک روش خود مراقبتی دیگری به نام *Teach Back* استفاده کرده‌اند. *Teach Back* یک روش آموزشی تعاملی است که می‌تواند منجر به افزایش دانش و درک بیمار و ارتقای خود مدیریت بیماران دیابتی گردد. بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین گروه آزمون و کنترل در زمینه رعایت رژیم غذایی، نمره‌های فعالیت جسمی، مراقبت از پا و مصرف منظم داروها به دست آمد (۳۴).

بر اساس نتایج مطالعه، میانگین نمره توان خود مراقبتی در حیطه مراقبت از پای دیابتی قبل و بعد از آموزش نیز تفاوت آماری معنی داری نشان می‌دهد بطوری که آموزش مبتنی بر خود مراقبتی اورم باعث افزایش توان خود مراقبتی بیماران شده است ($p < 0.05$).

یکی از عوارض اصلی دیابت، اختلالات پای دیابتی است. تقریباً ۱۵٪ از کسانی که مبتلا به دیابت هستند در طول زندگی خود مبتلا به عوارض پای دیابتی می‌شوند. هرچند بیش از ۵۰٪ موارد آمپوتاسیون‌های غیرتروماتیک را اختلالات پای دیابتی تشکیل می‌دهند، اغلب این مشکلات با مراقبت‌های منظم قابل پیشگیری هستند (۳۵).

پرستاران در واقع مراقبین بهداشتی در پیشگیری و تشخیص به هنگام دیابت و عوارض آن هستند. پرستاران در بعد آموزش وظیفه خطیر پیشگیری از ابتلا به پای دیابتی، نحوه مراقبت از پا و جلوگیری از آسیب به آن را بر عهده دارند. در بعد مراقبت، تشخیص زود هنگام هر نوع تغییر در پوست و حس پا، مراقبت موثر و استفاده از پانسمان‌ها و تکنولوژی نوین را عهده‌دار هستند. (۳۶).

میانگین کل کیفیت زندگی نسبت به قبل از آموزش افزایش پیدا کرد و آزمون آماری تی زوجی در تمام ابعاد تفاوت معنی داری نشان داد. بنابراین نتایج حاکی از تاثیر مثبت الگوی خودمراقبتی اورم می‌باشد و از آنجا که مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی اصولاً پیشرونده بوده و با گذشت زمان بیشتر می‌گردد، لذا اهمیت به کارگیری الگوهای خود مراقبتی دائم احساس می‌گردد (۳۳).

به نظر می‌رسد با توجه به اهمیت برنامه‌های آموزشی در ارتقای رفتارهای خودمراقبتی، یکی از مهمترین علل ضعیف بودن رفتارهای خودمراقبتی واحدهای پژوهش، دانش و آگاهی ضعیف بیماران دیابتی در خصوص روش‌های مراقبت از خود و نیز بی‌سوادی واحدهای پژوهش باشد. بطوری که در مطالعه ما، اکثر نمونه‌ها بی‌سوادی بودند. این در حالی است که در بیمارستان‌های ما آموزش‌ها به صورت سیستماتیک و برنامه‌ریزی شده انجام نمی‌گیرد و در نهایت فقط به دادن چند بروشور و دفترچه راهنما اکتفا می‌کنند. این در حالی است که افراد بی‌سوادی قادر به استفاده از این اطلاعات نمی‌باشند. از طرف دیگر بسیاری از بیماران از مناطق دور افتاده و روستاها به مراکز بهداشتی درمانی مراجعه می‌کنند. بنابراین آموزش بیماران باید بر اساس نیاز سنجی کامل و بر اساس توانمندی‌های آنها و نیز شرایط و وضعیت بیماران صورت بگیرد. بنابراین شاید یکی از دلایل اینکه نتایج مطالعه ما اثر مثبتی در تمام حیطه‌ها داشته است به این دلیل است که ما بر اساس الگوی خود مراقبتی اورم ابتدا یک ارزیابی کاملی از وضعیت بیمار کسب کردیم و سپس با توجه به شرایط بیمار، آموزش‌ها را به صورت انفرادی ارائه دادیم.

این یافته‌ها با نتایج مطالعه وثوقی و همکاران که در اردبیل انجام شده است همخوانی دارد. آنها در مطالعه خود به بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت پرداخته‌اند و بی‌سوادی و عدم آگاهی بیماران را یکی از موانع بکارگیری فعالیت‌های خود مراقبتی بیان کرده‌اند (۲۷).

در اکثر مطالعات انجام شده، هزینه‌های بالای درمان، دسترسی محدود به مراکز ارائه‌دهنده مراقبت‌های خاص بیماران مبتلا به دیابت و فقدان برنامه‌های آموزشی متناسب با نیاز آنها، به عنوان موانع انجام خودمراقبتی در این بیماران در نظر گرفته شده است.

اثرات مثبت آموزش مبتنی بر خود مراقبتی اورم، استفاده از این الگو به عنوان روش مناسب در کنار سایر اقدامات درمانی پیشنهاد می‌گردد. مسئولین و دست‌اندرکاران امور مربوطه نیز می‌توانند با استفاده از یافته‌های پژوهش در جهت برنامه‌ریزی درست برای استفاده از الگوهای پرستاری در زمینه کنترل بیماری دیابت و علائم همراه آن استفاده کنند تا علاوه بر کاهش هزینه‌های درمانی بیماران، باعث تسکین علائم و کنترل این بیماری گردند و در این بین استفاده از الگوی خود مراقبتی اورم بسیار کمک‌کننده می‌باشد.

سیاسگزاری:

بدینوسیله از زحمات پرستاران بخش غدد بیمارستان امام رضا (ع) تبریز و بیماران محترم که ما را در اجرای این طرح مساعدت کردند تقدیر و تشکر به عمل می‌آید. این مقاله بخشی از طرح تحقیقاتی کمیته تحقیقات دانشجویی است که با شماره ۱۵۴ در مورخه ۱۳۹۳/۵/۳۰ در دانشگاه علوم پزشکی تبریز به تایید رسیده‌است.

References

1. Busetto L, Luijck KG, Vrijhoef HJ. Implementation of integrated care for type 2 diabetes: a protocol for mixed methods research. *Int J Integr Care*. 2014 Dec 15; 14:e033.
2. Amente T, Belachew T, Hailu E, Berhanu N. self care practice and its predictors among adults with diabetes mellitus at Nekemte Referral Hospital Diabetic clinic, WEST ETHIOPIA. *World Journal of Medicine and Medical Science* 2014; 2(3):1-16.
3. American Diabetic Association. Standard of medical care in diabetes. *Diabetes care* 2008; 31(1):43.
4. Kinra S, Bowen LJ, Lyngdoh T, Prabhakaran D, Reddy KS, Ramakrishnan L: Socio-demographic patterning of non-communicable disease risk factors in rural India: a cross sectional study. *BMJ* 2010; 341:c4974.
5. Narayanappa D, Rajani HS, Mahendrapa KB, Prabhakar AK: Prevalence of pre-diabetes in school-going children. *Indian Pediatr* 2011; 48(4):295-299.
6. Morgan C, Currie C, Scott N, et al. The prevalence of multiple diabetes-related complications. *Diabet Med* 2000; 17:146-51.
7. Lin C, Anderson R, Hagerty B, Lee B. Diabetes self management experience among Taiwanese

در مطالعه‌ای هم که در کشور تایلند انجام شد، ۹۱/۱ درصد از افراد مورد مطالعه بیان کردند که آنها اطلاعات مربوط به بیماری دیابت را از حرفه‌های پزشکی از جمله پرستاران دریافت می‌کردند (۱۲). البته برخی موانع نیز برای انجام خود مراقبتی در این بیماران وجود دارد. با این وجود، نقش ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی در مراقبت از بیماران دیابتی بسیار مهم است. موانع اجتماعی-دموگرافیکی و فرهنگی از قبیل دسترسی ناکافی به داروها، هزینه بالا، رضایت بیماران از مراقبت‌های بهداشتی، ارتباط بین پرسنل و بیمار، شدت علائم و توزیع ناعادلانه خدمات بهداشتی در مناطق شهری و روستایی باعث کاهش فعالیت‌های خود مراقبتی می‌گردد (۱۲).

نتیجه نهایی:

از آنجا که بخش زیادی از مراقبت‌های روزانه در افراد مبتلا به دیابت از طریق خود فرد و یا یکی از اعضای خانواده آنها ارائه می‌گردد بنابراین آموزش مهارت‌های خود مراقبتی در بیماران دیابتی بسیار ضروری است. با توجه به

- patients with type two diabetes mellitus. *J clin Nurs* 2007; 9:1-3.
8. Tan M, Magarey J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycemic control. *Patient Education and counseling* 2008; 72:252-267.
9. Povey RC, Clark-Carter D: Diabetes and healthy eating: A systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007, 33(6):931-959.
10. American Association of Diabetes Educators: AADE7 Self-Care Behaviors. *Diabetes Educ* 2008, 34:445-449.
11. Heinrich E, Schaper N, De Varies N. Self-management interventions for type 2 diabetes: a systematic review. *EDN autumn* 2010; 7(2):71-83.
12. Parissopoulos S, Kotzabassaki S. Orem's Self-Care Theory, Transactional Analysis and the Management of Elderly Rehabilitation. *ICUS NURS WEB J*. 2004; 17:1-11.
13. Shrivastava et al.: Role of self-care in management of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders* 2013; 12:14.
14. Peel E, Douglas M, Lawton J: Self monitoring of blood glucose in type-2 diabetes: longitudinal qualitative study of patients' perspectives. *BMJ* 2007, 335(7618):49.

15. Alligood MR, Tomey AM. *Nursing theory: Utilization and application*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 2013.
16. Hemmatimaslakkpak M, Hashemlo L, khalkhali H. *Effect of implementing Orem's self-care program on the self- esteem of elderlies based in residents of Nursing home in Urmia*. *Medical surgical nursing journal* 2012; 2(1):11-15. (Persian)
17. Shokati Ahmad Abad M. [Translation of Theoretical nursing]. Meleis AI (Author). 4th ed. Tehran :JameNegar Publications; 2008. P. 370-387. (Persian)
18. Memarian R. [Application of nursing concepts and theories]. 2nd ed. Tehran: Tarbiat Modares University; 2011. P. 81-100. (Persian)
19. Orem, D. *Nursing concepts of practice*. 6th.Ed. St. Louis: Mosby, 2001.
20. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P: *National standards for diabetes self-management education*. *Diabetes Care* 2006, 29 (Suppl 1):S78-S85.
21. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM: *Self-management education for adults with type-2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control*. *Diabetes Care* 2002; 25(7): 1159-1171.
22. American Diabetes Association: *Standards of medical care in diabetes - 2011*. *Diabetes Care* 2011, 34(Suppl 1):S11-S61.
23. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR: *Exercise and type-2 diabetes*. *Diabetes Care* 2010, 33(12):2692-2696.
24. Mora S, Lee IM, Buring JE, Ridker PM: *Association of physical activity and body mass index with novel and traditional cardiovascular biomarkers in women*. *JAMA* 2006, 295(12):1412-1419.
25. Ockleford E, Shaw RL, Willars J, Dixon-Woods M: *Education and self-management for people newly diagnosed with type 2 diabetes: a qualitative study of patients' views*. *Chronic Illn* 2008; 4(1): 28-37.
26. A Study of Self-Management in Diabetes Care & Treatment. *International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology*. 2014;3(6): 13719 – 13722.
27. VosoghiKarkazloo N, AbootalebiDaryasariGh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. *The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil)*. *Modern Care, Scientific Quarterly of Birjand Nursing and Midwifery Faculty*. 2012; 8 (4): 197-204. (Persian)
28. Kashfi SM, Khanijhouni A, Bahadorikhalili, Hatami M. *Evaluation of the Effects of Educating about Nutrition and Jogging on the Blood Sugar of Type II Diabetic Patients of a Clinic in Shiraz, Iran*. *Hakim*. 2009; 12 (3):54-60. (Persian)
29. Hashemlo L, HemmatiMaslakkpak M, Khalkhali H. *The effect of Orem self-care program performance on the self-care ability in elderly*. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 1392; 11(2): 119-126. (Persian)
30. Masoodi R, Khayeri F, Safdari A. *Effect of self-care program based on the Orem frame work on self concept in multiple sclerosis patients*. *J GorganUni Med Sci*. 2010; 12 (3):37-44. (Persian)
31. Ashketorab T, Pazokian M. *Nurses and PhD student's Perspective of Barriers Orem self care Application: Content analysis*. *J Med Edu Dev*. 2012; 4 (7):10-17.
32. Estegamati A, Hasabi M, Halabchi F. *prescription of exercise in patients with diabetic type 2*. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2008; 7(3):251-265. (Persian)
33. Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. *Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of MasjedSolaiman in 2007-2008*. *Arak University of Medical Sciences Journal*. 2009; 12 (2):51-59. (Persian)
34. Oshvandi K, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousefzadeh M, Sultanian A. *The effect of self care education based on teaching BACH method on promotion of self carebehaviours in type 2 diabetic patients: a clinical trial study*. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2014; 13 (2):131-143. (Persian)
35. Larijani B, Forouzandeh F. *Diabetic foot disorders*. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2003; 2 (2):93-103. (Persian)
36. Ala M, Tabatabee O, Sanjari M, Mohajeri-Tehrani M. *nurse role in prevention and treatment of diabetic foot (a systematic review)*. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2011; 10(5):472-480. (Persian)

*Original Article***The effect of Orem's self-care model-based training on self-care agency in diabetic patients**

M.Ghafourifard, Ph.D. Student^{1*}; H. Ebrahimi, Ph.D.²

1-PhD. Candidate in Nursing Education Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran.

2-Associate Professor, Tabriz faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran.

Received: 23.11.2014

Accepted: 10.2.2015

Abstract

Background: Self-care is a core element of health and the treatment of patients with chronic diseases, including diabetes. The use of nursing theories and models are recommended for the promotion of patients' self-care agency. The present study was conducted to determine the effect of Orem's self-care model training on self-care agency among diabetic patients.

Methods: The present quasi-experimental study was carried out on 20 diabetic patients in the Endocrinology Department of Imam Reza Hospital of Tabriz. Data collection was conducted using a checklist for the evaluation of self-care agency. Based on the checklist, the patients' information in five main domains (diet, physical activity, blood sugar levels, medication therapy and diabetic foot care) was scored based on a 10-point Likert scale. The necessary training was then conducted according to the patient's conditions using Orem's self-care model. The patient's information was evaluated once again through the checklist and the pre and post intervention results were compared.

Result: The results showed that the mean score of self-care agency in each of the five domains, including diet ($P=0.04$), physical activity ($P=0.000$), blood sugar levels ($P=0.003$), medication therapy ($P=0.001$) and diabetic foot care ($P=0.01$) increased significantly after Orem's self-care model-based training.

Conclusion: Given the positive effects of Orem's self-care model-based training, the use of this model is recommended as an addition to other interventions.

Keywords: Diabetes / Orem's Self-Care Model / Self-Care

*Corresponding Author: M. Ghafourifard; PhD.Candidate in Nursing Education Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz Faculty of Nursing and Midwifery, Tabriz, Iran. Email: m.ghafori@yahoo.com