

تأثیر اجرای برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی

اعظم شهباز^۱، معصومه همتی مسلک پاک^۲، رحیم نژادرحیم^۳، حمیدرضا خلخالی^۴

تاریخ دریافت 1394/10/23 تاریخ پذیرش 1394/12/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: با توجه به شیوع بالای عارضه زخم پا در بیماران مبتلا به دیابت و صرف هزینه‌های فراوان در جهت مراقبت و خدمات مربوط به مراقبت از این زخم‌ها، استفاده از برنامه‌های خود مراقبتی نظیر الگوی خود مراقبتی اورم می‌تواند مؤثر باشد. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه‌ی خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی - درمانی آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه انجام شد. **مواد و روش کار:** پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه تجربی می‌باشد. 60 نفر از بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی آیت‌الله طالقانی شهر ارومیه که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی به دو گروه مساوی 30 نفره کنترل و مداخله تخصیص داده شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه‌های جمعیت شناختی، سنجش رفتار خودمراقبتی و نیازسنجی بر اساس الگوی اورم بود که در دو مرحله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم سنجیده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های کای دو و تی مستقل انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمره رفتار خودمراقبتی قبل از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد ($p=0/11$). اما آزمون تی مستقل بیانگر اختلاف آماری معناداری بین دو گروه در رفتار خودمراقبتی بعد از مداخله بود ($p<0/001$). **بحث و نتیجه‌گیری:** اجرای برنامه خودمراقبتی اورم موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌شود. بنابراین توصیه می‌شود که پرستاران با استفاده از این الگو همراه با ارزیابی نیازها باعث بهبود و پایبندی بیمار در انجام رفتارهای خودمراقبتی گردند. **کلیدواژه‌ها:** الگوی خود مراقبتی اورم، زخم پای دیابتی، رفتارهای خودمراقبتی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره دوم، پی‌درپی 79، اردیبهشت 1395، ص 117-108

آدرس مکاتبه: ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: 044-32754962

Email: hemmatma@yahoo.com

مقدمه

به گلوکز می‌باشد (3). دیابت دارای عوارض متابولیکی حاد مانند کتواسیدوز و اغمای هایپراسمولار غیرکتونی و عوارض مزمنی مانند گرفتاری عروق ته چشم، گرفتاری عروق کلیوی، نوروپاتی، ضایعه‌های پوستی، اختلالات گردش خون، زخم‌های دیابتی در پا و بهبود تأخیری زخم می‌باشد (۵،۴).

مهم‌ترین مسئله‌ای که بر اهمیت درمان و خودمراقبتی این بیماری می‌افزاید، پیدایش عوارض مزمن است. حدود 60 تا 70 درصد افراد مبتلا به دیابت در طول بیماری به یک یا چند عارضه دیابت دچار می‌شوند (6)، یکی از این عوارض پای دیابتی است (7).

امروزه از دیابت به‌عنوان اپیدمی خاموش نام برده می‌شود که یک مشکل بهداشت عمده در جهان و کشور ایران است. دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیک با شیوعی رو به افزایش است که امید به زندگی را به یک‌سوم کاهش می‌دهد (1). این بیماری در سال 2000 بیش از 170 میلیون نفر را در جهان تحت تأثیر قرار داده است و تخمین زده می‌شود که در سال 2030 میلادی عده مبتلایان به آن به 360 میلیون نفر در سطح جهان افزایش یابد (2). در ایران از هر پنج نفر بالای 30 سال یک نفر مبتلا به دیابت یا عدم تحمل

^۱ دانشجوی کارشناس ارشد آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار غفونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ دانشیار آمار حیاتی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

بر اساس شناسایی نیازهای آموزشی بیماران، به اندازه درمان مناسب و حتی بیشتر اهمیت دارد (19).

دیابت، بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد (2). کنترل موفقیت‌آمیز دیابت به طور عمده‌ای به خود مراقبتی بیماران وابسته است زیرا بیش از 95 درصد از مراقبت‌های دیابت به وسیله بیمار انجام می‌شود (20). ابعاد خود مراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت، طیف وسیعی از رفتارهای خود مراقبتی شامل پایش و کنترل سطح گلوکز خون، انسولین درمانی و قرص‌های خوراکی ضد دیابت، ورزش و فعالیت‌های فیزیکی، تغذیه و رژیم‌های تغذیه‌ای، پیشگیری از ایجاد عوارض حاد و مزمن دیابت، مراقبت از پاها، ترک سیگار و سایر رفتارهای بهداشتی می‌باشد (20). یکی از الگوهایی که می‌تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند، الگوی خود مراقبتی اورم¹ است که یک مدل پرستاری است که بیشتر بر روی جنبه‌های مراقبت از خود بحث می‌کند. تاکنون مطالعات متعددی در زمینه کاربرد الگوی خودمراقبتی اورم در مراقبت از بیماری‌های مزمن همانند بیماران تحت همودیالیز (21)، بیماران قلبی (22)، بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (23)، سالمندان (24)، ... انجام گرفته است. الگوی اورم به عنوان چارچوب مفهومی به منظور هدایت برنامه‌های خودمراقبتی کاربرد دارد. مراقبت از خود فعالیت‌هایی است که انسان‌ها به طور فردی برای وجود خود آن‌ها را تشخیص و انجام می‌دهند تا بدین وسیله حیات و تندرستی خود را حفظ کنند و به طور دائم احساس خوب بودن داشته باشند (22). هدف این الگو تشویق مددجویان به مراقبت از خود است و نقش پرستاران بررسی نیاز مراقبت از خود درمانی، تعیین نیروی مراقبت از خود و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن است (25). الگوی اورم با استفاده از تئوری نقص مراقبت از خود می‌تواند سبب اصلاح مراقبت از خود شده و در نهایت، منجر به کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، اصلاح کیفیت مراقبت و برآیندهای بهتر در بیمار گردد (26). لذا با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و طولانی بودن فرایند آن و شیوع بالای عارضه زخم پا در بیماران مبتلا به دیابت و صرف هزینه‌های فراوان در جهت مراقبت بهداشتی و خدمات مربوط به مراقبت از این زخم‌ها، استفاده از برنامه‌های خود مراقبتی نظیر برنامه خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم که شیوه استاندارد برای ارائه مراقبت می‌باشد و یک روش ایمن، غیر دارویی، غیرتهاجمی و کم‌هزینه در کنترل مشکلات جسمی و روان‌شناختی است و به راحتی قابل آموزش به مددجو می‌باشد، ضروری به نظر می‌رسد. با در نظر گرفتن نکات فوق این مطالعه باهدف تعیین تأثیر برنامه‌ی خودمراقبتی بر اساس الگوی

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، پای فرد مبتلا به دیابت که دچار اختلالات عصبی، درجانی از درگیری عروقی، مستعد عفونت، زخم شدن به همراه و یا بدون تخریب بافت‌های عمقی باشد، به عنوان پای دیابتی تلقی می‌شود (8). قرار گرفتن چهار حالت پاتولوژیک شامل بیماری عروق محیطی، نوروپاتی، اتو نوروپاتی و عفونت در کنار یکدیگر یا به تنهایی، مسئول ایجاد زخم پای دیابتی می‌باشد (9). مطالعات انجام شده نشان داده که 50 درصد از افراد که بالای 20 سال مبتلا به دیابت بوده‌اند به نوروپاتی دیابتی مبتلا شده‌اند (10). در بیش از 80 درصد موارد علت زمینه‌ای زخم پای دیابتی، نوروپاتی دیابتی است (11). بر طبق تحقیقات انجام گرفته از هر پنج نفر بیمار مبتلا به دیابت مراجعه کننده به بیمارستان، یک نفر دچار مشکل پا بوده و چنین تخمین زده می‌شود که 4 تا 10 درصد مبتلایان به دیابت دچار زخم پا می‌شوند (12). در کشور انگلستان 50 درصد از علل بستری شدن بیماران مبتلا به دیابت مشکلات پا است (13). مطالعه رنجبر عمرانی در سال 83 در شیراز نشان داد که در یک دوره دوازده ساله 16/8 درصد بیماران مبتلا به دیابت دچار عوارض پا شده‌اند (14). مشکل اصلی در درمان پای دیابتی، عود زخم می‌باشد. آمار عود زخم از 28 درصد در عرض 12 ماه تا 100 درصد در مدت 40 ماه و احتمال خطر نسبی بروز زخم در افراد با سابقه قبلی زخم 57 بار بیشتر از افراد بدون سابقه گزارش شده است (15).

هدف استراتژیک مدیریت زخم پا در جهت کاهش قطع پا است که تأثیر به سزایی بر عملکرد بیماران دارد (16). کنترل گلوکز خون در به تأخیر انداختن و شاید جلوگیری از عوارض عروق بزرگ و نوروپاتی اهمیت زیادی دارد و تصور می‌شود که نسبت قابل توجهی از آمپوتاسیون‌های اندام تحتانی از طریق برنامه‌های مراقبتی مناسب برای پا قابل پیشگیری باشد. به طور متوسط هر یک دلار که صرف آموزش بیماران گردد، سبب صرفه‌جویی حداقل 3 الی 4 دلار در هزینه‌های درمان، مراقبت و بازتوانی خواهد شد (17). در زمینه مراقبت از پای بیماران مبتلا به دیابت، نقش پرستار در مراقبت از بیمار به معاینه پا و پانسمان‌ها و همچنین تشویق بیمار و خانواده وی به مراقبت از پا و پیگیری و مراجعات منظم معطوف است (8). امروزه در ساختار کلی مراقبت بهداشتی جامع باید به آموزش و مراقبت از خود بیش از درمان تأکید شود. هم‌چنین کوشش شود ظرفیت فرد برای بهبودی و استقلال و عدم اتکا ارتقا یابد (18). مطالعات انجام شده حاکی از کمبود آگاهی و عملکرد مناسب بیماران در مورد بیماری دیابت و در نتیجه عدم رعایت اقدامات درمانی می‌باشد بنابراین برای کنترل این دسته از بیماری‌ها خود مراقبتی

¹Orem

اورم بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی- درمانی آیت‌الله طالقانی ره شهر ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی است. در مرحله اول پژوهشگر پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق به محیط پژوهش مراجعه نمود و هماهنگی‌های لازم با دفتر پرستاری و دیگر مسئولین مربوطه انجام گرفت. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی شهر ارومیه، و دارای معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید ابتلا به دیابت توسط پزشک (نوع یک یا نوع دو)، سن 60-20 سال، عدم استفاده از داروهای سرکوب‌کننده سیستم ایمنی مثل کورتون، سکونت در شهر ارومیه، داشتن سواد خواندن و نوشتن در بیمار یا یکی از اعضا نزدیک خانواده او، نداشتن تحصیلات در گروه علوم پزشکی، فقدان سابقه قبلی آموزش رسمی در مورد مراقبت از زخم پا، داشتن توان و تمایل به شرکت در مطالعه، امکان برقراری تماس تلفنی، داشتن زخم پای دیابتی فعال که بر اساس تشخیص پزشک به آمپوتاسیون نیاز نداشته باشد، بودند. تعداد 60 بیمار با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس نمونه‌ها در دو گروه بر اساس متغیرهای زمینه‌ای چون سن، تحصیلات، جنس، وضعیت تأهل، شغل، میزان درآمد، مدت ابتلا به بیماری، استعمال دخانیات در دو گروه همسان‌سازی شدند و در نهایت به روش تخصیص تصادفی در دو گروه 30 نفری مداخله و کنترل قرار گرفتند. در این پژوهش از پرسشنامه و اطلاعات مندرج در پرونده بیمارستانی بیماران جهت گردآوری داده‌ها استفاده شد. این پرسشنامه شامل 3 بخش بود که شامل پرسشنامه جمعیت شناختی شامل 21 سؤال، پرسشنامه نیازسنجی بر اساس الگوی اورم مشتمل بر 40 سؤال در مورد نیازهای بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بر اساس مدل اورم بود که دارای سه بعد نیازهای همگانی مراقبت از خود (13 سؤال)، نیازهای مراقبتی تکاملی (7 سؤال) و نیازهای مراقبتی انحراف از سلامتی (20 سؤال) و پرسشنامه سنجش رفتار خود مراقبتی شامل 22 فعالیت خود مراقبتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بود. در این پژوهش برای به دست آوردن روایی ابزار گردآوری داده‌ها، از روش روایی صوری و روایی محتوایی استفاده شد، پس از تأیید روایی صوری، برای روایی محتوایی از شاخص CVI استفاده شد که پرسشنامه‌ها در اختیار 10 نفر از اعضای هیئت علمی پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه قرار داده شد و نظرات ایشان اعمال گردید. پایایی پرسشنامه‌های سنجش وضعیت خود مراقبتی و نیازسنجی بر اساس مدل اورم از طریق آزمون - بازآزمون به فاصله

یک هفته، بر روی 10 بیمار (در مطالعه مقدماتی) بررسی شد که به ترتیب 0/90 و 0/88 r بود.

در ابتدا بیماران از طریق تماس تلفنی به یک جلسه آشنایی اولیه و همکاری دعوت شدند. پژوهشگر پس از معرفی خود به نمونه‌ها و بعد از بیان اهداف پژوهش و روش کار پژوهش از ایشان جهت همکاری در مطالعه رضایت مکتوب دریافت کرد. در این مرحله پرسشنامه‌های مشخصات جمعیت شناختی، سنجش وضعیت خود مراقبتی تکمیل شدند. بیماران از این موضوع که عضو کدام گروه هستند، مطلع نبودند و به آن‌ها اطلاع داده شد که از طریق تماس تلفنی برای جلسه بعد دعوت خواهند شد. در گروه مداخله، در مرحله اول قبل از شروع اجرای برنامه خود مراقبتی به بررسی نیازهای مراقبت از خوددرمانی (نیازهای مراقبت از خود عمومی، تکاملی و انحراف از سلامتی فرد) پرداخته شد و پرسشنامه نیازسنجی بر اساس مدل اورم برای این بیماران تکمیل گردید. در گام بعدی توان مراقبت از خود فردی و وابسته شخص تعیین شد. بعد از تشخیص نیازهای مراقبتی و توانایی خود مراقبتی مشارکت کنندگان، در مرحله دوم اهداف پرستاری متناسب با نیازهای بیماران تعیین شد و سپس به تعیین سیستم پرستاری متناسب با بیمار که شامل سیستم پرستاری جبرانی نسبی و سیستم پرستاری حمایتی آموزشی است، پرداخته شد و برنامه خود مراقبتی بر اساس موارد مشخص شده و بر اساس الگوی خود مراقبتی اورم و متناسب با نیازهای افراد تحت مطالعه تهیه شد.

در ابتدا طی 2 جلسه آموزش گروهی (هر گروه پنج نفر) به مدت 60 دقیقه که توسط پژوهشگر صورت گرفت، گروه مداخله تحت آموزش خود مراقبتی قرار گرفت. محتوای کلاس‌های آموزشی در جلسه اول شامل انواع، اتیولوژی، علائم و نشانه‌های بالینی، راه‌های تشخیص و درمان و عوارض دیابت بود و در جلسه دوم شامل علل ایجاد زخم پای دیابتی، عوامل خطر، رفتارهای خود مراقبتی از پای دیابتی بود. سپس بر اساس نیازهای مددجویان که از پرسشنامه نیازسنجی بر اساس الگوی اورم استخراج شده بود، برای مددجویان 3 جلسه به صورت انفرادی و به مدت 30-45 دقیقه برنامه مراقبتی اجرا شد. در این پژوهش بیماران به مدت 12 هفته پیگیری شدند، طی مدت پیگیری پژوهشگر با بیماران تماس تلفنی داشت و راهنمایی‌ها و مراقبت‌های لازم به آنان داده شد و بیماران نیز می‌توانستند به وسیله تماس تلفنی سؤالات خود را مطرح نمایند. در هفته دوازدهم به ارزشیابی اجرای برنامه خود مراقبتی پرداخته شد و پرسشنامه سنجش رفتار خود مراقبتی مجدداً تکمیل گردید. لازم به ذکر است که در گروه مداخله تعداد 2 نفر به دلیل آمپوتاسیون و 4 نفر به علت عدم مشارکت از مداخله خارج شدند و در گروه کنترل نیز تعداد 4 نفر به دلیل عدم مشارکت از مداخله خارج شدند و نتایج

خانوادگی دیابت، طول مدت زخم پای دیابتی، نحوه کنترل دیابت، عضو انجمن دیابت، نوروباتی دیابتی، بیماری زمینهای دیگر و محل زخم پا از نظر آماری اختلاف معنی داری وجود ندارد (جدول 1). نتایج این مطالعه نشان داد که در گروه مداخله قبل از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم در بعد نیازهای همگانی، نیازهای تکاملی و نیازهای انحراف از سلامتی اکثریت بیماران، به ترتیب (58/3، 88/3 درصد) نیمه وابسته بودند. در بررسی نیازهای خوددرمانی (کلی) بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی، 4/2 درصد وابسته، 79/2 درصد نیمه وابسته و 16/7 درصد مستقل بودند (جدول 2). همچنین نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمره وضعیت خودمراقبتی قبل از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله از نظر آماری تفاوت معنی داری ندارد (p=0/11). اما آزمون تی مستقل بیانگر اختلاف معنادار آماری بین دو گروه در وضعیت خودمراقبتی بعد از مداخله بود (p<0/001) (جدول 3).

در گروه مداخله با 24 نفر و در گروه کنترل با 26 نفر مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه 16 و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی کای دو، تی مستقل تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که 46 درصد افراد مورد پژوهش را مردان و 54 درصد آن‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. میانگین سن شرکت کنندگان در پژوهش در گروه کنترل $54/57 \pm 6/04$ و در گروه مداخله $53/70 \pm 9/25$ بود. نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که در دو گروه مداخله و کنترل از نظر متغیرهای سن، شاخص توده بدنی، قند خون ناشتا، قند خون تصادفی، هموگلوبین A1c، جنس، وضعیت تأهل، تحصیلات، وضعیت شغلی، درآمد، نوع دیابت، طول مدت بیماری دیابت، مصرف دخانیات، سابقه

جدول (1): مقایسه مشخصات فردی-اجتماعی کیفی افراد در دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون کای دو	گروه مداخله		گروه کنترل		متغیر
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
P=0/98	45/8	11	46/2	12	مرد
	54/2	13	53/8	14	زن
	83/3	20	76/9	20	متأهل
P=0/25	8/3	2	0	0	مجرد
	4/2	1	7/7	2	طلاق گرفته
	4/2	1	15/4	4	فوت همسر
P=0/17	58/3	14	69/2	18	بی سواد
	29/2	7	30/8	8	زیر دیپلم
	12/5	3	0	0	دیپلم و بالاتر
P=0/97	29/2	7	26/9	7	شاغل
	50/0	12	53/8	14	خانه دار
	20/8	5	19/2	5	بیکار
P=0/60	54/2	13	61/5	16	کم
	45/8	11	38/5	10	متوسط به بالا
P=0/62	66/7	16	73/1	19	وابسته به انسولین
	33/3	8	26/9	7	غیر وابسته به انسولین
P=0/66	33/3	8	30/8	8	کم‌تر از 5 سال
	25/0	6	19/2	5	5 تا 10 سال
	41/7	10	50/0	13	بیشتر از 10 سال
P=0/33	33/3	8	7/7	2	10 روز
	12/5	3	42/3	11	10 تا 30 روز
	54/2	13	50/0	13	بیشتر از 30 روز

ادامه جدول (۱)						
P=0/80	45/8	11	42/3	11	بلی	سابقه خانوادگی دیابت
	54/2	13	57/7	15	خیر	
P=0/57	16/7	4	23/1	6	بلی	مصرف دخانیات
	83/3	20	76/9	20	خیر	
P=0/11	62/5	15	73/1	19	انسولین	نحوه کنترل دیابت
	25/0	6	26/9	7	داروهای خوراکی	
	4/2	1	0	0	رژیم غذایی	
	8/3	2	0	0	همه موارد	
P=0/29	4/2	1	0	0	بلی	عضو انجمن دیابت
	95/8	23	100	26	خیر	
P=0/03	4/2	1	26/9	7	بلی	رتینوپاتی دیابتی
	95/8	23	73/1	19	خیر	
P=0/34	4/2	1	11/65	3	بلی	نفروپاتی دیابتی
	95/8	23	88/5	23	خیر	
	29/2	7	38/5	10	ندارد	
P=0/10	25/0	6	38/5	10	فشارخون	بیماری زمینه‌ای دیگر
	4/2	1	3/8	1	بیماری مرحله نهایی کلیه	
	20/8	5	11/5	3	بیماری ایسکمیک قلبی	
	20/8	5	7/7	2	غیره	
P=0/99	8/3	2	15/4	4	پاشنه پا	محل زخم پا
	33/3	8	23/1	6	کف پا	
	4/2	1	3/8	1	متاتارس ها	
	54/2	13	57/7	15	انگشتان پا	

جدول (۲): مقایسه مشخصات فردی-اجتماعی کمی افراد در دو گروه کنترل و مداخله

نتیجه آزمون تی مستقل	میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار	متغیر کمی
p= 0/48	28/46±4/65	27/45±5/35	شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر متر مربع)
p=0/92	204/0±70/59	207/0±83/28	قند خون ناشتا (میلی گرم بر دسی لیتر)
p= 0/28	293/0±84/90	290/0±118/64	قند خون تصادفی ((میلی گرم بر دسی لیتر))
p=0/83	9/13±1/93	9/24±1/83	(درصد) A1C هموگلوبین
p=0/69	53/70±9/25	54/57±6/04	سن (سال)

جدول (۳): تعیین سطح نیازهای افراد بر اساس مدل اورم در گروه مداخله قبل از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم

مستقل		نیمه وابسته		وابسته		نوع نیاز
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
8/3	2	75	18	16/7	4	همگانی
41/7	10	58/3	14	0	0	تکاملی
12/5	3	88/3	20	4/2	1	انحراف از سلامتی
16/7	4	79/2	19	4/2	1	وضعیت کلی خوددرمانی

جدول (۴): مقایسه میانگین نمرات رفتار خودمراقبتی بین دو گروه کنترل و مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی اورم

وضعیت خودمراقبتی (22-110)	گروه کنترل		گروه مداخله		نتیجه آزمون تی مستقل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
قبل از مداخله	63/76	9/77	70/00	16/65	p=0/110
بعد از مداخله	67/26	9/62	94/25	9/45	p< 0/001
تفاضل قبل از بعد	3/50	1/92	24/25	10/92	p<0/001

بحث

متغیرهایی مانند جنس، سن، تأهل، شغل و سطح تحصیلات از جمله عواملی هستند که بر روی رفتارهای خودمراقبتی افراد تأثیرگذار هستند. در مطالعه حاضر نتایج آزمون‌های آماری تی مستقل و کای دو نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای زمینه‌ای و مخدوش‌کننده که می‌توانند به‌نوعی بر نتایج مطالعه تأثیر داشته باشند، تفاوت معناداری نداشته و دو گروه همگن بودند. لذا وجود تفاوت معنی‌دار در متغیر وابسته در گروه مداخله قبل و بعد از مداخله، ناشی از تأثیر مثبت اجرای برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم بوده است. بلورچی فرد و همکاران (1388) در مطالعه خود نشان دادند که عواملی مانند جنس، سن، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت شغلی می‌توانند در دانش و نگرش و مهارت‌های خودمراقبتی بیماران دچار زخم پای دیابتی تأثیر داشته باشند (27). وضعیت شغلی بهتر دلالت بر سطوح بالای تحصیلات و درآمد به‌دست‌آمده دارد. در نتایج اکسل¹ و همکاران (2009)، معناداری بین توان خودمراقبتی و اشتغال گزارش شده است. نتایج مطالعه بقایی و همکاران (1387) در ایران نیز ارتباط معنی‌داری بین سطح تحصیلات و تأهل با توان خودمراقبتی نشان می‌دهد (28، 29). رضایی و همکاران (1381) در مطالعه خود اظهار می‌دارند که بیماران جوان‌تر و گروهی که دیابت آن‌ها تازه تشخیص داده‌شده از مهارت و عملکرد بالاتری برخوردارند (30).

در این مطالعه طی نیازسنجی انجام‌شده مشخص شد که بیشتر بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی نیازهایشان در سطح کم و متوسط و تعداد کمی از آن‌ها نیازهایشان در سطح زیاد بود. خود مراقبتی مستلزم وجود آگاهی و عملکرد در کنترل نیازها است (31). برای تعیین نقص در مراقبت از خود باید به بررسی نیازهای مراقبت از خود درمانی شامل نیازهای همگانی مراقبت از خود، نیازهای مراقبتی فرد در مورد رشد و تکامل، نیازهای مراقبت از خود در هنگام انحراف از سلامتی پرداخت (32). رفع نیازهای خودمراقبتی نیازهای اولیه و نیازهای اساسی برای کنترل دیابت و پیشگیری از عوارض آن و

جلوگیری از پیشرفت این عوارض می‌باشد. فردی که در ارتباط با وضعیت پزشکی یا بیماری خود آموزش‌های موردنیاز را دریافت می‌کند، به خاطر برآورده شدن یکی از نیازهای انسانی در خود، احساس امنیت و آرامش می‌کند، لذا محروم ساختن او از اطلاعات موردنیازش عملی غیراخلاقی است. شناسایی و رفع نیازهای آموزشی مددجویان با توجه به تغییری که بیماری در زندگی آن‌ها به وجود آورده است، یکی از شاخص‌های اصلی رضایتمندی بیماران از خدمات مراقبتی درمانی است (33). چیووتی² (2006) در مطالعه خود به پرستاران توصیه نمود تا برنامه‌های آموزشی خود را با محوریت مددجو و بر پایه نیازهای آموزشی آنان طراحی نمایند (34). نتایج مطالعه شهرکی واحد و همکاران (1391) نشان داد که میزان نیازهای آموزشی بیماران دیابت نوع 1 در زمینه رژیم غذایی بیشتر از بیماران دیابتی نوع 2 است و همچنین نیازهای آموزشی بیماران دیابت نوع 1 در زمینه پیشگیری و عوارض بیماری بیشتر از بیماران دیابتی نوع 2 است. و نیز نتایج همین پژوهش نشان داد که بیشترین نیازهای آموزشی بیماران به ترتیب در زمینه کنترل و درمان، پیشگیری و رژیم غذایی بود (35).

با توجه به شیوع روزافزون و رو به افزایش تعداد بیماران با پای دیابتی، پایش بیماران و آموزش راه‌های پیشگیری از بروز زخم پا به آن‌ها و تشخیص زودهنگام موارد زخم پا توصیه می‌شود. با توجه به وضعیت کنترل قند خون بیماران و میزان شیوع عوارض دیابت در آن‌ها، نیاز به کنترل دقیق‌تر قند خون در بیماران دیابتی با گسترش شیوه‌های آموزش همگانی و ترغیب بیماران به پیگیری دقیق‌تر وضعیت بیماری خود احساس می‌شود (36). خودمراقبتی در دیابت یکی از مسائل بسیار مهم جهت تحت کنترل درآوردن بیماری است. و برنامه‌های آموزش خودمراقبتی می‌توانند تأثیرات مثبتی بر روی توانایی بیمار در کنترل دیابت داشته باشد. کنایت³ و همکاران (2006) بیان می‌کنند که دانش و رفتار، ارتباط کمی با یکدیگر

³ Knighth

¹Oksel

²Chioveti

خودمراقبتی در این بیماران می‌شود. یکی از راه‌های کنترل دیابت انجام رفتارهای خودمراقبتی است. با انجام رفتارهای صحیح مانند کنترل قند خون، رعایت رژیم غذایی، دارویی و قبول مسئولیت از طرف خود بیمار، بسیاری از عوارض بیماری کنترل می‌گردد. افزایش آگاهی مبتلایان به دیابت در مورد مسائل مختلف این بیماری از جمله مراقبت از خود موجب پیشگیری از عوارض دیابت، جلوگیری از پیشرفت عوارض این بیماری، افزایش طول عمر و سازگاری فرد و کاهش هزینه‌های درمانی می‌شود. بدون شک چنین اهدافی نیازمند آموزش پویا و پیگیری مستمر است. طبق الگوی خودمراقبتی اورم، ضعف اطلاعات و درک آن باعث کاهش قدرت قضاوت و تصمیم‌گیری شده و منجر به ایجاد محدودیت در عملکرد خودمراقبتی فرد می‌شود. از سویی در امر آموزش (به‌عنوان یک جنبه جدایی‌ناپذیر ارتباط بین مراقبین بهداشتی و بیماران) لازم است که مراقبین بهداشتی از رویکردهای ارتباطی متفاوت بیمار محور به همراه ارزیابی نیازها و درک بیمار در آموزش خود استفاده کنند تا باعث بهبود و پایبندی بیمار در انجام رفتارهای خودمراقبتی گردد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد است، لذا از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل حمایت مالی و مسئولین محترم مرکز آموزشی درمانی آیت اله طالقانی^۶ ارومیه به دلیل همکاری در اجرای این پژوهش سپاسگزاری می‌گردد. همچنین از کلیه بیمارانی که در این پژوهش شرکت داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد.

دارند. دانش شرط لازم برای رفتار و تغییرات رفتاری می‌باشد اما شرط کافی برای آن نیست (37).

در این مطالعه میانگین نمره رفتار خودمراقبتی نمونه‌ها قبل از آموزش در گروه کنترل 63/76 و در گروه مداخله 70/00 بود لذا با توجه به این که در پرسشنامه سنجش رفتار خود مراقبتی بالاترین امتیاز 110 و پایین‌ترین امتیاز 22 بود پس نتایج نشان از رفتارهای خودمراقبتی بیماران در سطح متوسط دارد. این نتیجه با مطالعات رضایی (1385) در الیگودرز، عابدینی (1386) در قم و سادیا⁴ (2011) در شهر بورایده⁵ کشور عربستان که سطح عملکرد بیماران مبتلا به دیابت را در سطح متوسط گزارش کرده‌اند، همخوانی دارد (38-40). نتایج این مطالعه نشان داد که اجرای برنامه خود مراقبتی اورم نقش مؤثری در افزایش رفتارهای خودمراقبتی دارد. روبین⁶ (1998) در تحقیق خود نشان داد که بین هموگلوبین A1c قبل و 6 ماه بعد از آموزش خودمراقبتی اختلاف معنی‌داری وجود داشته و مقدار آن در این سطح تا 12 ماه بعد از پیگیری ثابت ماند (41). همچنین نتایج تحقیق ادیب حاج باقری (1391) نشان داد که روش چندبعدی آموزش نسبت به روش سخنرانی، بر پایبندی بیماران به مراقبت از خود و نیز بر بهبود زخم تأثیر بیشتری دارد (42). ویو⁷ و همکاران (2007) نیز گزارش کرده‌اند که بیمارانی که درباره مراقبت از پا آموزش دیده‌اند نسبت به گروه کنترل، رفتار مراقبت از خود بهتری داشته و در معرض خطر کم‌تری برای قطع عضو در اندام تحتانی قرار داشته‌اند (43).

نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، اجرای برنامه خودمراقبتی بر اساس الگوی اورم موجب افزایش رفتارهای

References:

- Ahmadi a, hassanzade J, Rahimi madise M, Lashkari L. influencing Factors in quality of life in type 2 diabetic patients Chahar Mahal and Bakhtiari. J North Khorasan Univ Med Sci 2011; 3(1): 7-13. (Persian)
- Smeltzer Se, Bar B.G. Brunner and Sundarth textbook Medical- Surgical Nursing. 8th ed. Philadelphia: Lippincott; 2008.p.1191.
- Sharifi H, Afshar M, Akbari H, Matini S M. Acute complications of diabetes mellitus in hospitalized patients in Shahid Beheshti Hospital in Kasahan on 1992-1999 years. Feyz J 2002; 21: 56-60. (Persian)
- Gleckman R, Mory J. Diabeters-related foot infection. J Contemporary Int Med 1994; 6(8): 57-62.
- Foster DW. Diabetes mellitus. In: Foster DW, Wilson JD, editors. Harrisons Principles of

⁶Rubbin

⁷. Wu

⁴Saadia

⁵Buraydah

- Internal Medicine. 13th ed. New York: Mc Graw Hill Company; 1998: 2060-2081.
6. Bellehumeur C, Bortoni JM, Brady CL. Illustrated manual of nursing practice, 3rd ed. Springhouse: Lippincott, 2002: 869-871.
 7. Levin ME. Foot lesions in patients with diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1996; 25(2): 447-62.
 8. Ala M, Tabatabai Molazi A, Sanjari M, Mohajeri Tehrani M R. Study the role of the nurse in the prevention and caring of diabetic foot. *Iran J Diabetes Metabol* 2011; 10(5): 372-80. (Persian)
 9. Shahrad Bejestani H, Motabar A R. Assessment of Diabetic Foot Ulcer's Predisposing Factors and its Outcomes in Patients with Diabetic Foot Syndrome Hospitalized in Hazrat Rasoul-e-Akram Hospital in Tehran During 1996-2001. *J Iran Univ Med Sci* 2004; 11(39): 77-84. (Persian)
 10. Nik khoy A, Shabani Z. epidemiologic study of diabetic foot infections leading to amputation in patients hospitalized in Razi hospital in Ahvaz in 2002-2004 years. *J Med Univ Ahvaz* 2009; 8(1): 31-7. (Persian)
 11. Tabatabai Molazi A, Mohajeri Tehrani M R, Pagohi M, Larijani B. Diabetic Foot Studies Research Group Function Report. *Iran J Diabetes Lipid Disorders* 2008; 8(1): 77-83. (Persian)
 12. Timothy B, Kalla DM. Foot care and trouble with ulcers. *Am Diabetes Assoc* 1999 May; 83: 8-39.
 13. Janmohammadi N, Moazzezi Z, Ghobadi Gol Afshani P, Haddadi R, Moontazeri M, Moontazeri M. Evaluation of the Risk Factors of Diabetic Foot Ulcer and its Treatment in Diabetic Patients, Babol, North of Iran. *Iran J Endocrinol Metab* 2009; 11(2): 121-5. (Persian)
 14. Fidler BD. Diabetic foot care. *Drug Topics* 2002; 146 (4): 34.
 15. Khatib A, Tabatabai Molazi A. Diabetic Foot: National Prevention and Strategy. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2007; 7(2): 123-33. (Persian)
 16. Jeffcoate WJ, Van Houtum WH. Amputation as a marker of the quality of foot care in diabetes. *Diabetol J* 2004; 48(5): 1032.
 17. Mahmmodi A. The Effect of Self-Care Plan on foot wound healing in Diabetics. *J Med Sci Univ Shahrekord* 2005; 7(3): 61-68. (Persian)
 18. Khani Jeyhoni A, Hazavehei SMM. The Effect of educational program on on the BASNEF Model in blood sugar control in patients with type 2 diabetes. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2010; 10(1): 67-75. (Persian)
 19. Godarzi M, Ebrahimzadeh A, Rabi A R, Saidipoor B, Asghari M, Abadi J. Examining the relationship between knowledge, attitude and Performance With self-efficacy in type 2 diabetic patients in city of Karaj. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2011; 11(3): 269-81. (Persian)
 20. Anderson RM, Funnell M. Facilitating self care through empowerment. *Psychology in Diabetes Care* 2003; 10(4): 69-97.
 21. Naroie S, Naji A. Effect of applying self-care Orem Model on quality of life in the patient under hemodialysis. *J Zahedan Univ Med Sci* 2011; 65-9.
 22. Rostami M, Baraz Pordanjani Sh, Farzianpour F, Rasekh A. Effect of Orem Self Care Model on ederie'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)
 23. Masoudi R, Kheiri F, Ahmadi F, Mahmmodi I. The effect of self-care program base on the orem frame work on fatigue and activity of daily living in multiple sclerosis patients. *RJ* 2009; 10(3): 43-52.
 24. Hashemlo L, Hemmati Maslakkpak M, Khalkhali HR. The effect of implementing orem's self-care model on the self-esteem of elderies resident of nursing home in Urmia. *Med Surgical Nurs J* 2012; 1(1): 18-23.

25. Craven RF, Hirnle CJ. *Fundamental of nursing: human health and function*. 6th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. P.1513.
26. Ghanbari A, Parsa Yekta Z, Faghihzadeh S, Sadat Hashemi S M. Application of self-care model in determining the affecting factors in the quality of life and metabolic status of non-insulin dependent diabetic patients with using path analysis. *Sci Res J Shahed Univ* 2004; 11(51): 65-74. (Persian)
27. Bolourchifard F, Neishabory M, AbedSaeedi Z. 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. *IJN* 2009; 22 (59): 33-41. (Persian)
28. Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Massodi Alavi N, Adib Hajbagheri M. Status of self care of diabetic patients in Kashan's diabetic center in 2005 year. *J Feyz* 2008; 12(1): 88-93. (Persian)
29. Oksel E, Kocak G, Akbiyik A. Self care behavior analysis of patients with chronic heart failure. *J Cardiovasc Nurs* 2009; 31(8): 22-26.
30. Rezaee J, Rezaee M, Rezlanseri H, Khaledi B, Taimori B, Khatoni A and et al. Respecting Self care insulin therapy in diabetic patients referred to Kermanshah diabetes research center. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2002; 6(4): 47-54. (Persian)
31. Vasli P, Eshghbaz F. Survey condition regarding self- caring of children suffering from diabetes type 1 and It's relation with family reaction. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2009; 19 (69):38-44. (Persian)
32. Rafeefar Sh, Attarzadeh M, Ahmadzadasl M. Comprehensive system of enabling people for care of your health. Office of Communications and Health Education, Ministry of Health and Medical Education, Qom University of Medical Sciences and Health Services, Institute for Scholars without Borders. 2005. (Persian)
33. Borhani F. Nurses and nurse-managers' opinions about the importance of patients' training barriers. *JQUMS* 2002; 5(4): 84-90. (Persian)
34. Chiovetti A. Bridging the gap between health literacy and patient education for people with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2006; 38(5): 374-8.
35. Shahrakivahed A, Haghigi M, Nrouei F, Hamed shahraki S, Heydari M. A Study on the Assessment of Educational Needs of Diabetic Patients. *J Zabol Univ Med Sci* 2012; 1(1): 31-7. (Persian)
36. Mashayekhi M, Larijani B, Mohajeri MR, Rambod K. Frequency of amputation in patients with diabetic foot ulcers were hospitalized in Shariati Hospital in 2002-2011 years. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2013; 12(6): 543-54. (Persian)
37. Knigh KM, Doman T, Bundy C. The diabetes educator: trying hard, but must concentrate more on behavior. *Diabet Med* 2006; 23: 485-501.
38. Rezaei N, tahbaz F, kimyagar M, alavi majd H. The effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of type 1 diabetic patients from Aligoodarz. *J Shahrekord Univ Med Sci*. 2006; 8(2):52-9. (Persian)
39. Abedini Z, Shouri Bidgoli A, Ahmari Tehran H. Study of knowledge and practices in Diabetics patients. *Qom Uni Med Sci J* 2008; 2: 37-41. (Persian)
40. Saadia Z, Rushdi S, Alsheha M, Saeed H, Rajab M. A study of knowledge attitude and practices of Saudi women towards diabetes mellitus. A (KAP) study in Al-Qassim region. *Internet J Health* 2010;11(2).
41. Rubbin R. Differential effect of diabetes education on self- regulation and life stage behaviors. *Diabetes Care* 1998; 14(4): 335-8.
42. Adib Hajbagheri M, Alinaghipoor T. The Effects of Lecture and Multimodal Methods of Teaching on Healing Rate of Diabetic Foot Ulcer and Patient's Compliance with Care

- Recommendations. Iran J Nurs 2012; 25(77): 1-11.
(Persian)
43. Wu SC, Driver VR, Wrobel JS, Armstrong DG.
Foot ulcers in the diabetic patient, prevention and
treatment. Vasc Health Risk Manag 2007; 3(1): 65-
76.

THE EFFECT OF IMPLEMENTING OREM'S SELF-CARE PROGRAM ON SELF-CARE BEHAVIORS IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCER

Azam Shahbaz¹, Masomeh Hemmati Maslakkpak^{2*}, Rahim Nejadrahim³, Hamid Reza Khalkhali⁴

Received: 13 Jan, 2016; Accepted: 16 Mar, 2016

Abstract

Background & Aims: Due to the chronic nature of diabetes and its long process and the high prevalence of foot ulcer complications in patients with diabetes and spending a lot finance and service of for health care providers related to the care of wounds, using self-care programs such Orem's self-care program can be effective. This study aimed to determine the effect of self-care program based on Orem's model on self-care behaviors of patients with diabetic foot ulcers referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Urmia.

Materials and Methods: The present study is a quasi-experimental study. 60 patients with diabetic foot ulcers referred to Ayatollah Taleghani hospital in Urmia were selected by available sampling approach. All the patients had inclusion criteria, and they were randomly divided into two equal groups control and intervention, each having 30 members. Data collection tools were demographic, measure of self-care and assessment based on Orem's model questionnaires that were completed In two stages, before and after the implementation of Orem's self-care program. The data were analyzed via SPSS software v.16, using descriptive and statistical testes.

Results: The results showed that mean score of self-care status before intervention in the intervention and control groups was not statistically significant ($P=0.11$). But the t-test indicates a statistically significant difference between the two groups in self-care status after the intervention ($P<0.001$).

Conclusion: Implementing Orem's self-care program can cause the increase of self-care behaviors in diabetic patients. Therefore, it is recommended to improve the patient's knowledge and adherence to self-care behaviors. The nurses should use different patient-centered communication approaches to improve it.

Keywords: Orem's Self Care Model, diabetic foot ulcer, self-care behaviors

Address: School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

Tel: (+98) 44-32754961

Email: hemmatma@yahoo.com

¹ Master Student in Nursing, University of Medical Sciences

² Associate Professor of Nursing, University of Medical Sciences (Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Infectious Diseases, University of Medical Sciences

⁴ Associate Professor, PhD Biostatistics, Department of Biostatistics and Epidemiology, School of Medicine, Urmia University of Medical Sciences