

بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت

حجت الله مهدی^۱، سادات سیدمحمد باقر مداح^{۲*}، فرحناز محمدی^۳

^۱ کارشناس ارشد پرستاری سالمندی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات سالمندی، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

نویسنده مسئول: سادات سیدمحمد باقر مداح، استادیار، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران. ایمیل: maddah.ssb@gmail.com

DOI: 10.21859/ijrn-02045

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۶/۱۶

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۱۲/۲۹

واژگان کلیدی:

سالمند

دیابت

آموزش خودمراقبتی

کیفیت زندگی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه: دیابت یک بیماری ناتوان کننده در سالمندان محسوب می شود که بر کیفیت زندگی آن ها تاثیر گذار است. خودمراقبتی بواسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. هدف از این تحقیق بررسی تاثیر آموزش خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت بود. **روش کار:** نوع مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی از نوع قبل و بعد با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش را کلیه سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو که به مرکز دیابت الزهرا اصفهان مراجعه می کردند تشکیل می دادند. در این مطالعه از روش سرشماری استفاده و ۶۴ نمونه واجد شرایط انتخاب گردیدند که سپس با استفاده از نمونه گیری تصادفی ساده به طور مساوی در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه کیفیت زندگی سلامت سالمندان، آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله خون قبل و بعد از مداخله بود. برنامه مداخله در قالب شش جلسه آموزشی و برنامه خود مراقبتی طراحی و اجرا گردید. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و آزمون های من-ویتنی، مجذور خی، آزمون تی مستقل و تی زوجی و آزمون آنالیز کواریانس انجام پذیرفت.

یافته ها: نتایج نشان داد که در گروه مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندان مبتلا به دیابت بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری با زمان قبل از آن داشته است ($P < 0/001$) ولی در گروه شاهد این تفاوت معنادار نبود. بعد از مداخله میانگین نمره HbA1c در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه شاهد شده بود ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: پژوهش حاضر نشان داد که برنامه آموزشی خودمراقبتی موجب بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت می شود. بنابراین می توان با اجرای برنامه های آموزش خود مراقبتی با استفاده از الگوهای نوین آموزشی کیفیت زندگی این گروه از سالمندان و سال های عمر فعال آنان را افزایش داد.

مقدمه

یک بیماری مزمن متابولیکی است که با افزایش قند خون مزمن مشخص شده و موجب صدمه به ارگان های مختلف و حیاتی فرد مبتلا و کاهش طول عمر وی می شود [۳].

دیابت چهارمین علت مرگ و میر در جوامع غربی، چهارمین دلیل شایع مراجعه به پزشک بوده و ۱۵ درصد هزینه های بهداشتی مراقبتی را در ایالت متحده به خود اختصاص داده است [۴]. در ایران آمارها در مورد شیوع دیابت متفاوت است؛ معاون سلامت وزارت بهداشت شیوع دیابت را ۳/۲ درصد اعلام کرده است همچنین در سال ۱۳۸۷ در ایران جمعیت افراد مبتلا به دیابت در حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده است [۵]. در اثر زندگی شهرنشینی، افزایش زندگی ماشینی و تحرک کم در جامعه، شیوع بیماری دیابت روز به روز بیشتر شده و افزایش سن نیز منجر به افزایش شیوع دیابت می شود [۶].

جمعیت سالمندان با پیشرفتهای علوم پزشکی، بهداشتی و توسعه اجتماعی در تمام دنیا حتی در کشورهای در حال توسعه و به تبع آن در ایران نیز رو به افزایش است. هر سال ۱/۷ درصد به جمعیت جهان افزوده می شود، این افزایش برای جمعیت ۶۵ سال و بالاتر به میزان ۲/۵ درصد است [۱]. در ایران طبق نتایج سرشماری سال ۱۳۹۰ جمعیت بالای ۶۰ سال ایران، ۶۱۵۹۶۷۶ نفر و جمعیت بالای ۶۵ سال، ۴۲۹۶۷۶ نفر می باشد [۲]. بیماری دیابت از جمله بیماری های ناتوان کننده و شایع در سالمندان است که هزینه های هنگفتی را به دولت ها تحمیل می کند. در قرن حاضر با کنترل بیماری های واگیر، مهمترین علت مرگ و میر و ناتوانی در سالمندان بیماری های مزمن مانند دیابت می باشد. دیابت

پیشگیری از بیماری، محدود کردن بیماری و اعاده سلامت تعریف می کند [۱۱]. یکی از اجزای کلیدی توانمند سازی که توسط آموزش دهندگان بهداشت مورد توجه قرار گرفته، فرایند مشارکت افراد برای ارتقا و بهبود کیفیت زندگی است [۱۴].

یکی از دلایل عدم موفقیت و حصول نتایج درمانی مطلوب در بیماران دیابتی، کمبود مشارکت بیماران در درمان دیابت است [۱۵]. همچنین میزان دانش و نوع نگرش افراد نسبت به بیماری نقش بسزایی در کنترل بیماری دارد [۱۶]. با افزایش دانش و نگرش سالمندان مبتلا به دیابت، می توان این افراد را در کنترل عوارض بیماری کمک کرد که این جنبه از درمان خود مراقبتی نام دارد [۱۷]. بهبود دانش و عملکرد مبتلایان به دیابت به معنای بهبود کنترل وضعیت متابولیکی و انجام رفتار های خودمراقبتی صحیح است. به عبارت دیگر برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود مراقبت کند باید در مورد بیماری خود آموزش های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از اینرو توانمند سازی بیمار و حمایت از خود مراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. در این راستا تغییرات شیوه زندگی مربوط به چاقی، رفتار های تغذیه ای و فعالیت های بدنی نقش اصلی را در پیشگیری و درمان دیابت در سالمندان بازی می کند. این بیماران باید بخش عمده ای از فعالیت های مربوط به کنترل دیابت را شخصا انجام دهند و رفتار های فردی آن ها در کنترل عوارض بیماری نقش به سزایی دارد [۱۵].

مطالعات متعددی در جهان و ایران در مورد دیابت و آموزش خودمراقبتی دیابت انجام شده است، ولی کمتر به موضوع خودمراقبتی سالمندان مبتلا به دیابت پرداخته شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تاثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مراجعه کننده به مرکز دیابت الزهرای اصفهان در سال ۱۳۹۳ انجام پذیرفت.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه تجربی در دو مرحله قبل و بعد در دو گروه شاهد و مداخله بود. جامعه پژوهش را کلیه سالمندان مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت الزهرای اصفهان تشکیل می دادند. نمونه گیری در این مطالعه در دو مرحله انجام شد که در مرحله اول از طریق سرشماری ۳۵۰ بیمار سالمند مبتلا به دیابت شناسایی شدند و سپس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه تعداد ۶۴ نفر آمادگی خود را جهت شرکت در مطالعه اعلام نمودند که از

از طرفی هزینه خدمات پزشکی سالمندان نیز به طور قابل ملاحظه ای با افزایش سن بیشتر میشود [۷]. در افراد سالمند کنترل و درمان دیابت با مشکلات فراوانی مواجه است؛ چراکه معمولاً این افراد به بیماری های دیگری نیز مبتلا بوده، که منجر به مشکل تر شدن کنترل قندخون می شود [۸]. در سالمندان تغییرات طبیعی و فیزیولوژیک بدن متعاقب افزایش سن با افراد جوان و میانسال متفاوت است به طوری که در مقایسه با سایر گروه های سنی، سالمندان به کاهش قند خون حساسیت بیشتری نشان می دهند و تشنگی را دیرتر احساس می کنند و از سویی عوارض دیابت (نفراتی، نورپاتی و عوارض عروقی) در این افراد به طور شدیدتری بروز می کند [۹].

وجود هر نوع بیماری مزمن بر کیفیت زندگی افراد به ویژه سالمندان تاثیر بسیاری دارد. بیماری دیابت یکی از انواع بیماری های مزمن است که امروزه جوامع بشری بخصوص سالمندان با آن دست به گریبان هستند که می تواند بر تمام جنبه های زندگی افراد تاثیرگذار باشد به طوری که در مطالعه ای مشخص شد بیش از ۷۸/۹ درصد افراد مبتلا به دیابت از وضع نامطلوب کیفیت زندگی رنج می برند، اما این نسبت در افراد سالم کمتر از ۳۵ درصد بوده است [۱۰]. از طرفی افزایش تعداد سالمندان نگاه جهانی را برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی مخصوصاً بر مبنای تامین سلامتی معطوف داشته است [۳]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت از کیفیت زندگی که آن را درک افراد از موقعیت خود در زندگی از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی زندگی، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت هایشان می داند که کاملاً فردی و توسط دیگران قابل مشاهده نیست و بر درک افراد از جنبه های مختلف زندگی شان استوار است [۱۱].

خودمراقبتی یکی از اساسی ترین شیوه های مراقبتی برای درمان و کنترل عوارض دیابت و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی است [۱]. با آموزش صحیح در مورد رفتار های خود مراقبتی میتوان ۸۰ درصد عوارض بیماری را کاهش داد [۱۲]. اصلاح الگوی زندگی و توجه به کیفیت زندگی تا حد بسیار زیادی می تواند باعث افزایش کارایی و استقلال بیشتر سالمندان گردد و آنها را در کنترل عوارض متعدد سالمندی و درمان های مختلف آن کمک نماید [۱۳]. از طرفی خود مراقبتی علاوه بر ارتقاء کیفیت زندگی باعث کاهش هزینه ها می گردد و با پیگیری آن می توان از عوارض حاد و مزمن بیماری ها پیشگیری کرد و یا بروز آن را به تعویق انداخت [۱۴]. سازمان بهداشت جهانی "مراقبت از خود" را به عنوان انجام فعالیت های افراد، خانواده و جوامع با هدف ارتقاء سلامت،

نیز همبستگی ۰/۷۸ را نشان داد. آزمودنی ها پاسخ خود را بر روی یک مقیاس ۵ ارزشی از صفر "هرگز" تا ۴ "همیشه" مشخص می کردند که ۵ تا از سئوالات به طور معکوس نمره گذاری می گردید و نمره بالاتر بیانگر کیفیت زندگی با سلامت بهتری بود [۱۸].

هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1c) شکلی از هموگلوبین است که نشانگر میزان گلوکز (قند) همراه با هموگلوبین موجود در خون و میانگین قند خون طی ۲ الی ۳ ماه گذشته است [۱۹]. این آزمایش در هر دو گروه از سالمندان (گروه شاهد و گروه مداخله) که در مطالعه شرکت کردند، قبل از انجام مداخله و ۳ ماه پس از انجام مداخله انجام شد. جهت معتبر سازی اطلاعات بدست آمده در مورد مقادیر هموگلوبین گلیکوزیله از روش کالریمتری با تیوباریتوریک اسید استفاده شد [۲۰]. همچنین در محاسبه شاخص توده بدنی برای اندازه گیری وزن از ترازوی طبی و برای اندازه گیری قد از متر نواری استفاده شد.

پژوهشگر پس از اخذ مجوز از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و ارائه آن به مسئول مرکز دیابت الزهرای اصفهان ۶۴ نمونه را در دو مرحله نمونه گیری انتخاب نمود و به طور مساوی و از طریق تصادفی سازی کامپیوتری در دو گروه شاهد و مداخله قرار داد. همچنین پژوهشگر پس از ارائه توضیحات لازم و روشن در خصوص اهداف مطالعه و روش انجام آن و نیز محرمانه ماندن اطلاعات و پس از اخذ رضایت نامه کتبی از آن ها پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان را در اختیار آزمودنی های هر دو گروه قرار داد و در صورتی که برخی از آزمودنی ها قادر به خواندن سئوالات نبودند پژوهشگر عین عبارت پرسشنامه را برای آن ها خوانده و پاسخ آن ها را در برگه مشخص می کرد.

طریق نمونه گیری تصادفی ساده به طور مساوی ۳۲ نفر در دو گروه شاهد و مداخله قرار گرفتند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلاء به دیابت نوع دو، سن بالاتر از ۶۰ سال، گذشت ۵ سال از زمان ابتلاء به بیماری، استفاده از داروی تزریقی انسولین جهت کنترل قند خون، عدم وجود بیماری ها و ناتوانی شدید مانند نابینایی، قطع اندام، مشکلات قلبی، تنفسی، مغزی و کلیوی منجر به دیالیز، عدم استفاده از هیچ نوع از داروهای روانگردان و سایر داروهای طبی دیگر (به جز داروی انسولین) و نیز تحت نظر و درمان یک پزشک یا گروه پزشکی باشند. همچنین از معیارهای خروج از مطالعه غیبت آزمودنی بیش از یک جلسه از جلسات آموزش خودمراقبتی، بستری شدن بیمار در زمان انجام مطالعه، مهاجرت و فوت افراد بود.

ابزارهای گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه دموگرافیک، پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سالمندان [۱۸] و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله بود. پرسشنامه دموگرافیک متغیرهای سن، جنس، شاخص توده بدنی، درآمد، شغل، وضعیت زندگی و مسکن، تحصیلات، وضعیت فعالیت، تعداد داروهای مصرفی، بیماری های همراه را مورد ارزیابی قرار می داد.

پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان توسط اسحاقی و زمانی در سال ۱۳۹۰ طراحی گردید. این پرسشنامه دارای ۱۵ سوال که شامل ۴ سوال در حیطه وضعیت سلامت جسمانی و فعالیت های روزانه، ۷ سوال در حیطه وضعیت سلامت روان، ۲ سوال در حیطه وضعیت سلامت اجتماعی و ارتباطات بین فردی و ۲ سوال در حیطه وضعیت اقتصادی می باشد. روائی محتوایی، صوری و ساختاری (همگرا و افتراقی) آن تایید و پایایی درونی آن از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و پایایی بیرونی

جدول ۱: طرح درس جلسات آموزشی خود مراقبتی					
جلسه	موضوع آموزش	مدت (دقیقه)	محل	هدف	شیوه آموزش
اول	هایپوگلیسمی (افت قند خون)	۶۰	کلاس شماره ۲	آشنایی، شناخت افت قند خون و اهمیت آن در سالمندان	سخنرانی و بحث، پمفلت
دوم	عوارض دیابت	۵۵	کلاس شماره ۲	شناخت عوارض دیابت و اهمیت این عوارض در سالمندان	فیلم و سخنرانی، پمفلت
سوم	تعدیل شیوه زندگی	۶۵	کلاس شماره ۶	تعدیل در شیوه زندگی بمنظور جلوگیری از ایجاد و گسترش عوارض دیابت	بحث گروهی، پمفلت
چهارم	ورزش و رژیم غذایی	۷۰	کلاس شماره ۶	ترغیب سالمندان برای انجام ورزش و فعالیت برای کنترل قند خون و عوارض دیابت	سخنرانی و اسلاید (متخصص تغذیه) آموزش گروهی، پمفلت
پنجم	مصرف دارو	۶۰	کلاس شماره ۲	آموزش طریقه مصرف انسولین پایش قند خون با گلوکومتر و روش استفاده از آن	سخنرانی (متخصص غدد)، کار عملی، کار گروهی
ششم	خود مراقبتی و بهداشت پاها	۷۰	کلاس شماره ۲	شناسایی اهمیت رعایت بهداشت شخصی و جلوگیری از ایجاد زخم پای دیابتی	فیلم، سخنرانی (متخصص عفونی) چارت خودمراقبتی

جدول ۲: مشخصات دموگرافیک در دو گروه مداخله و شاهد					
P value	شاهد		مداخله		گروه
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۰/۷۸					سن
					۶۰-۶۹ سال
	۶۳/۳	۱۹	۶۶/۷	۲۰	
	۳۳/۳	۱۰	۲۶/۷	۸	۷۰-۷۹ سال
۱/۰۰					۸۰ سال و بالا تر
	۳/۳	۱	۶/۷	۲	
					جنسیت
					مذکر
۰/۷۶					مونث
	۴۶/۷	۱۴	۴۶/۷	۱۴	
	۵۳/۳	۱۶	۵۳/۳	۱۶	
					وضعیت جسمی
۰/۷۶					کاهش وزن، BMI<20
	۱۳/۳	۴	۶/۷	۲	
	۳۰	۹	۴۰	۱۲	BMI=20-25 وزن طبیعی،
	۴۶/۷	۱۴	۴۳/۳	۱۳	BMI=25-30 اضافه وزن،
۰/۸۶					BMI> 30 چاق،
	۱۰	۳	۱۰	۳	
					وضعیت درآمد
					درآمد کم
۰/۲۳					درآمد متوسط
	۱۶/۷	۵	۲۳/۳	۷	
	۵۶/۷	۱۷	۴۶/۷	۱۴	
	۲۰	۶	۲۳/۳	۷	درآمد بالا
۰/۳۸					درآمد عالی
	۶/۷	۲	۶/۷	۲	
					وضعیت شغل
					شاغل
۰/۳۸					بازنشسته
	۳۰	۹	۳۶/۷	۱۱	
	۷۰	۲۱	۶۳/۳	۱۹	
					وضعیت زندگی و مسکن
۰/۱۸۹					زندگی با همسر
	۵۶/۷	۱۷	۵۰	۱۵	
	۱۰	۳	۲۳/۳	۷	زندگی به تنهایی
	۳۳/۳	۱۰	۲۶/۷	۸	زندگی با فرزندان و اقوام
۰/۱۸۹					زندگی در خانه سالمندان
	۰	۰	۰	۰	
					وضعیت تحصیلی
					بیسواد و کم سواد
۰/۴۴					زیر دیپلم
	۲۳/۳	۷	۱۰	۳	
	۳۶/۷	۱۱	۵۶/۷	۱۷	
	۲۳/۳	۷	۲۰	۶	دیپلم و فوق دیپلم
۰/۸۳					کارشناسی و بالاتر
	۱۶/۷	۵	۱۳/۳	۴	
					وضعیت فعالیت
					کاملاً فعال
۰/۲۷۷					دارای محدودیت حرکتی
	۸۰	۲۴	۸۶/۷	۲۶	
	۱۳/۳	۴	۱۳/۳	۴	
	۶/۷	۲	۰	۰	بستری
۰/۸۳					تعداد داروی مصرفی
					فقط یک دارو
	۱۶/۷	۵	۱۶/۷	۵	
	۶۰	۱۸	۵۶/۷	۱۷	۲-۵ دارو
۰/۲۷۷					بیش از پنج دارو
	۲۳/۳	۷	۲۶/۶	۸	
					بیماریهای همراه
					فقط دیابت
۰/۲۷۷					دیابت همراه یک بیماری
	۴۳/۳	۱۳	۲۶/۷	۸	
	۳۶/۷	۱۱	۵۶/۷	۱۷	
	۲۰	۶	۱۶/۶	۵	بیش از دو بیماری

و پیگیری های معمول مرکز بودند. به کلیه آزمودنی ها گروه شاهد اطمینان داده شد که پس از انجام مطالعه، برای آن ها نیز کلاس های آموزشی مشابه گروه مداخله برگزار خواهد شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نسخه ۱۹ نرم افزار SPSS و آزمون های من-ویتنی، مجذور خی، آزمون تی مستقل و تی زوجی و آزمون آنالیز کواریانس انجام پذیرفت.

یافته ها

نتایج نشان داد که دو گروه شاهد و مداخله از نظر متغیر های سن، جنس، وضعیت جسمی، وضعیت درآمد، وضعیت شغل، وضعیت زندگی، وضعیت تحصیلی، وضعیت فعالیت، تعداد داروهای مصرفی و داشتن یا نداشتن بیماری بجز دیابت با هم کاملاً همگن بودند (جدول ۲).

نتایج همچنین بیانگر آن بود که میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندی آزمودنی های گروه مداخله و گروه شاهد در قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P = 0/995$) اما بعد از مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندی در گروه مداخله به طور معناداری بیشتر از گروه شاهد شده بود ($P < 0/001$). علاوه بر این در مقایسه درون گروهی نتایج حاکی از آن بود که در گروه شاهد میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندی قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار با یکدیگر نداشتند ($P = 0/228$) در حالی که در گروه مداخله میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندی بعد از مداخله به طور معناداری بیشتر از زمان قبل از مداخله بود ($P < 0/001$) (جدول ۳).

بعد از پاسخ به سوالات پرسشنامه با هماهنگی مرکز دیابت از گروه مداخله خواسته شد تا در جلسات آموزشی خود مراقبتی شرکت نمایند. جلسات آموزشی به صورت سخنرانی، کار گروهی، پرسش و پاسخ، فیلم و اسلاید برگزار گردید. محتوای آموزشی از طریق نیازسنجی آموزشی تعیین گردید که ابتدا مشکلات سلامت سالمندان مبتلا به دیابت شناسایی شد. این مشکلات از طریق مطالعات گذشته و همچنین مصاحبه با سالمندان و پرونده بیماران بدست آمد. سپس این مشکلات و عوامل خطر مرتبط با بیماری شناسایی و اولویت بندی گردیدند و توسط سه نفر از اعضاء هیئت علمی گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و همچنین تیم درمانی و مراقبتی مرکز مربوطه مورد تایید قرار گرفتند. جلسات آموزشی گروه مداخله در سه هفته متوالی و دو روز در هفته (به طور کلی شش جلسه) برگزار شد که در جدول ۱ اطلاعات دقیق ارائه شده است.

بعد از برگزاری جلسات آموزشی از کلیه آزمودنی های گروه مداخله درخواست شد که به مدت سه ماه هر دو هفته یکبار به این مرکز مراجعه نموده و چارت خود مراقبتی آنها توسط پژوهشگر و یا همکار پرستاری که قبلاً آموزش دیده مورد بررسی قرار گیرد. در این چارت که به صورت یک برنامه هفتگی بود، برنامه خود مراقبتی روزانه شامل ورزش و پیاده روی، کنترل قند خون روزانه، حمام و نظافت شخصی، ساعات مصرف دارو و تغذیه توسط خود بیمار یا همراه وی زمان آن تنظیم گردیده و به صورت روزانه انجام می گرفت. در طی اجرای پژوهش گروه شاهد در هیچ نوع برنامه آموزشی شرکت نداشتند و فقط تحت درمان

جدول ۳: مقایسه درون و بین گروهی میانگین نمره کیفیت زندگی سلامت سالمندی در دو گروه مداخله و شاهد

زمان	گروه مداخله	گروه شاهد	آزمون t مستقل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
قبل از مداخله	۵۸/۱	۱۱/۱۱	۵۸/۳	۱۲/۵۶
بعد از مداخله	۷۰/۵	۷/۸	۵۶/۶	۱۱/۶
آزمون t زوجی				
t	۷/۱۸	۰/۶۹	-	-
P	< ۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	-	-

جدول ۴: مقایسه درون و بین گروهی میانگین نمره هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) در دو گروه مداخله و شاهد					
زمان	گروه مداخله		گروه شاهد		آزمون t مستقل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	P
قبل از مداخله	۸/۷۱	۱/۵۲	۸/۱۱	۱/۲۶	۰/۱۰۲
بعد از مداخله	۷/۶۳	۰/۹۹	۸/۲۷	۰/۹۸	۰/۰۱۴
آزمون t زوجی					
t	۵/۰۲	۱/۳۴			
P	< ۰/۰۰۱	۰/۱۹			

نتایج همچنین بیانگر آن بود میانگین نمره HbA1c آزمودنی های گروه مداخله و گروه شاهد در قبل از مداخله با یکدیگر تفاوت آماری معناداری نداشتند ($P = ۰/۹۹۵$) اما بعد از مداخله میانگین نمره HbA1c در گروه مداخله به طور معناداری کمتر از گروه شاهد شده بود ($P < ۰/۰۰۱$). علاوه بر این در مقایسه درون گروهی نتایج حاکی از آن بود که در گروه شاهد میانگین نمره HbA1c قبل و بعد از مداخله تفاوت معنادار با یکدیگر نداشتند ($P = ۱/۳۴$) در حالی که در گروه مداخله میانگین نمره HbA1c بعد از مداخله به طور معناداری کمتر از زمان قبل از مداخله بود ($P < ۰/۰۰۱$) (جدول ۴).

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که بعد از مداخله آموزش خودمراقبتی، کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت افزایش و میانگین نمره HbA1c در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد کاهش معنی داری داشته است. نتایج مطالعه حاضر با نتایج پژوهش های جعفر زاده و همکاران [۲۱]، متین و همکاران [۲۲]، میرسعیدی و همکاران [۲۳]، حیدری و شهبازی [۹]، جلیلیان و همکاران [۱۶]، Valeri و همکاران [۲۴] مطابقت داشته است.

در مطالعه جعفر زاده و همکاران با عنوان کیفیت زندگی سالمندان شهر سبزوار، یافته ها حاکی از آن است که بیشترین تعداد سالمندان این شهر از کیفیت زندگی مطلوبی برخوردار نبودند و بین زنان و مردان از نظر محدودیت فعالیت، مشکلات سلامت جسمانی، روانی، و اجتماعی اختلاف چندانی وجود نداشت [۲۱]. متین و همکاران با هدف تاثیر مداخله آموزشی مبتنی بر الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی سالمندان به نتایج مشابه مطالعه حاضر رسیده اند [۲۲]. همچنین مطالعه میر سعیدی و همکاران با عنوان تاثیر خودمراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان مرکز بهداشت جنوب تهران نشان داد که ابعاد کیفیت زندگی در گروه مداخله بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است که این افزایش بیشتر در بعد فیزیکی و روانی بوده است [۲۳].

نتایج مطالعه حیدری و شهبازی با موضوع بررسی تاثیر برنامه آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی سالمندان نشان داد که در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد نمرات حیطه های عملکرد فیزیکی، سلامت عمومی، سرزندگی و شادابی و عملکرد اجتماعی کیفیت زندگی پس از انجام مداخله ارتقا یافته است [۹]. که البته در مطالعه مذکور فاصله زمانی از زمان پایان مداخله آموزشی تا ارزیابی مجدد کیفیت زندگی گروه ها رعایت نشده است به انضمام این که این مطالعه صرفاً در گروه سالمندان انجام شده است در حالی که مطالعه حاضر بر روی سالمندان مبتلا به دیابت که دارای مشکلات بیشتری از سایر همسالان خود به واسطه بیماری دیابت هستند انجام شده بود و در ثانی ارزیابی مجدد کیفیت زندگی سلامت سالمندی پس از سه ماه بعد از اتمام مداخله انجام شده است. یافته های این مطالعه با نتایج پژوهش جلیلیان و همکاران با هدف تاثیر آموزش بر افزایش خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع دو مطابقت دارد. نتایج مطالعه آن ها نشان داد که اجرای برنامه آموزشی بر افزایش آگاهی و خودمراقبتی بیماران گروه مداخله تاثیر داشته است [۱۶].

در مطالعه Valeri و همکاران نیز ثابت شده که کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع دو با آموزش تمرینات ورزشی افزایش یافته که منجر به کنترل قند خون در این افراد شده است. همچنین در این مطالعه ثابت شده کیفیت زندگی افرادی که به صورت ترکیبی از ورزش های استقامتی و هوازی استفاده می کردند از کسانی که فقط از ورزش های استقامتی استفاده می کنند بهتر بوده است [۲۴]. همانطور که مشاهده می شود نتایج تحقیق پژوهشگر با این مطالعه نیز تطابق دارد چرا که ورزش یکی از روش های کنترل قند خون و متعاقب آن موثر بر روی کیفیت زندگی می باشد. آنچه مطالعه پژوهشگر را از سایر مطالعات مشابه متفاوت می سازد، بررسی و ارزیابی تغییرات رفتاری در سالمندان مورد مطالعه است؛ چنانچه قبلاً نیز اشاره شد میانگین

آنجایی که توانمند سازی سالمندان مبتلا به دیابت یکی از رویکردهای مفید در آموزش دیابت می باشد و با توجه به افزایش میزان جمعیت سالمند کشورمان در سالهای آتی و افزایش ابتلا به دیابت، بخصوص دیابت سالمندی ضروری است که برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب توسط مسئولین ذیربط برای این مهم انجام پذیرد. بنابراین می توان با اجرای برنامه های آموزش خود مراقبتی با استفاده از الگوهای نوین آموزشی کیفیت زندگی این گروه از سالمندان و سال های عمر فعال آنان را افزایش داد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل پایان نامه با کد اخلاق USWR.REC.1393.241 و کد کارآزمایی بالینی IRCT2015060122528N1 می باشد. نویسندگان بر خود لازم می دانند که از کلیه مسئولین مرکز دیابت الزهرای اصفهان و کلیه سالمندان مشارکت کننده در مطالعه تشکر و قدر دانی نمایند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای این مطالعه وجود ندارد.

REFERENCES

- Tajvar M. Health in elderly and overviewing of the various aspects of their lives. Tehran: Nasle Farda; 2003.
- National Statistical Center of Iran 2014 [updated 2016; cited 2014]. Available from: <http://www.amar.org.ir>.
- Heydari S, Nouri TM, Hosseini F, Inanlou M, Golgiri F, Shirazi F. [Geriatric family support and diabetic type-2 glycemic control]. *Salmand*. 2008;3(8):573-80.
- American diabetes association. Nasional diabetes fact sheet 2011 [updated 2016; cited 2013]. Available from: <http://www.diabetes.org>.
- Pour JS, Jafari M, Asgar MG, Dardashti HD, Teymoozadeh E. [The impact of self-care education on life quality of diabetic patients]. *J Health Admin*. 2013;16(52):26-36.
- Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metab*. 2003;29(4 Pt 2):6S9-18. PMID: 14502096
- Naseh H, Razzaghi SM, Ghasemzadeh R, Rahimifrooshani A, Kamali M, Arastoo A. [Review of The Problematic areas of diabetes in older adults with diabetes in Kahrizak nursing home]. *Iran Diabet Lipid*. 2012;5(1):449-54.
- Shoei F, Nejati V. [Elderly-caring service pattern in USA comparing with Iran]. *Salmand*. 2008;3(7):77-5.
- Heidari M, Shahbazi S. [Effect of self-care training program on quality of life of elders]. *Iran J Nurs*. 2012;25(75):1-8.
- Arastoo A, Ghassemzadeh R, Nasseh H, Kamali M, Rahimi FA, Arzaghi M, et al. [Factors Affecting Quality of life in Elderly Diabetic Residents of the kahrizak Geriatric Nursing Home of Tehran]. *Iran J Endocrin Metab*. 2012;14(1):18-24.
- World Health Organization. Self Care 2015 [updated 2016; cited 2015]. Available from: www.who.int/en.
- Shirazi M, Anoosheh M, Sabohi F. [Barriers of diabetes self-care education: viewpoint of patients and nurses]. *J Diabet Nurs*. 2014;2(2):63-76.
- Van Malderen L, Mets T, Goris E. Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term care: a systematic review. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1):141-50. DOI: 10.1016/j.arr.2012.03.007 PMID: 22504403
- Bidi F, Hassanipour K, Ranjbarzadeh A, Arab KA. [Effectiveness of Educational Program on Knowledge, Attitude, Self Care and Life Style in patients with type II diabetes]. *J Sabzevar Uni Med Sci*. 2013;19(4):336-44.
- Baraz S, Rostami M, Farzianpor F, Rasekh A. [Effect of Orem Self Care Model on ederies' quality of life in health care centers of Masjed Solaiman in 2007-2008]. *Arak Med Uni J*. 2009;12(2):51-9.
- Jalilian F, Zinat Motlagh F, Solhi M. [Effectiveness of education program on increasing self management among patients with type ii diabetes]. *Sci J Ilam Uni Med Sci*. 2012;20(1):26-34.
- Hassanpour A, Masoudi R, Naderipour A, Pourmirza R. [Effectiveness of exercise planning on elderly quality of life in Shahrecord city]. *Salmand*. 2007;2(6):437-44.
- Ishaghi SR, Zamani N. [Design and Evaluation of A Health Related Questionnaire in Elderly]. *J Isfahan Med School*. 2011;29(160):75-90.
- Son D. Clinical Biochemistry. Tehran: Danesh Pajhooh; 2006.
- Salehi L, Salaki S, Alizadeh L. [Health-related Quality of Life among Elderly Member of Elderly Centers in Tehran]. *Iran J Epidemiol*. 2012;8(1):14-20.
- Jafarzadeh Fakhari M, H.R. BeV, Vahedian M. [Elderly quality of life in Sabzevar city]. *J Sabzevar Uni Med Sci Health Serv*. 2010;17(3):213-17.
- Matin H, Rastgarimehr B, Afkari ME, Solhi M, Taghdisi MH, Mansourian M, et al. [Relationship between the educational stage of preceed model and quality of life improvement in the elderly affiliated with Tehran culture house for the aged]. *Iran Lipid Diabet J*. 2014;13(6):469-78.
- Mirsaeedi ZS, Eftekhari Ardebili H, Nouri Jalyani K. [Effect of a self care program on quality of life of the elderly clients covered by health centers of Southern of Tehran]. *J School Pub Health Inst Health Res*. 2013;10(4):17-32.
- Myers VH, McVay MA, Brashear MM, Johannsen NM, Swift DL, Kramer K, et al. Exercise training and quality of life in individuals with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 2013;36(7):1884-90. DOI: 10.2337/dc12-1153 PMID: 23404304

The Effectiveness of Self-Care Training on Quality of Life Among Elderlies With Diabetes

Hojatollah Mahdi ¹, Seyyed Mohammad Bagher Maddah ^{2,*}, Farahnaz Mahammadi ³

¹ MS of Geriatric Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

² Assistant Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Geriatric Research Center, Department of Nursing University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

* Corresponding author: Seyyed Mohammad Bagher Maddah, Assistant Professor, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran. E-mail: maddah.ssb@gmail.com

DOI: 10.21859/ijrn-02045

Received: 09.09.2015

Accepted: 19.03.2016

Keywords:

Aging

Diabetes

Self-Care Education

Quality of Life

© 2016 Iranian Nursing Scientific Association

Abstract

Introduction: Diabetes is a debilitating and common disease in elderlies, the prevalence of which is rapidly increasing; it becomes more severe with aging. Self-care training is the key to controlling diabetes. The aim of this study was performing self-care training program and evaluating its impact on the quality of life in elderlies with diabetes.

Methods: The sampling technique was used to study 60 participants in two groups, who were randomly selected by drawing samples. Data collection tools included health status and quality of life in elderlies' questionnaire, as well as blood glycosylated hemoglobin tests before and after the intervention. The training program was designed in six sessions. In this study, methods and statistical indicators such as frequency, Mann-Whitney, chi-squared, t-test and paired t-test, and analysis of covariance were used, and analysis was performed by version 19 of the SPSS software.

Results: The results showed that the quality of life in the intervention group compared with the control group significantly increased ($P < 0.001$). The quality of life in the experimental group after the intervention than before the intervention significantly increased ($P < 0.001$), but in the control group there was no significant difference between the two assessments ($P = 0.33$).

Conclusions: These studies showed that self-care training program improved and enhanced the quality of life in the elderlies with diabetes, and if these trainings are based on knowledge and use the teaching methods appropriate for elderlies with diabetes, they could pave the way for active aging.