



The Effect of Model-Based Self-Management Program 5a on Quality of Life of Elderly Patients with Diabetes

Maedeh Sadeghigolafshanl¹, Nahid Rejeh^{2,*}, Majideh Heravi-Karimooi³,
Seyed Davood Tadrissi⁴, Elham Yosefi Abdolmaleki⁵

¹ MSc Student in Geriatric Nursing, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

² Professor, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran.

³ Associate Professor, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran

⁴ Associate Professor, Faculty of Nursing, Baqiyatallah University of Medical sciences, Tehran, Iran

⁵ Assistant Professor, Faculty of Medical, Mazandaran University of Medical sciences, Ghaeshaher, Iran

* **Corresponding author:** Nahid Rejeh, Professor, Elderly Care Research Center, Faculty of Nursing, Shahed University, Tehran, Iran. E-mail: nrejah@yahoo.com

Received: 21 Aug 2019

Accepted: 14 Nov 2019

Abstract

Introduction: Improving the quality of life in diabetes patients is the main objective of health improvement programs. Implementing self-management programs is one of the effective strategies for quality of life and behavior change. Then it can be used of appropriate application models in elderly patients with diabetes to improve efficacy and the proper behavior change. The aim of this study was to evaluate the effect of self-management 5A on the quality of life of elderly patients with diabetes.

Methods: This clinical trial, two groups that 90 elderly patients with diabetes patients admitted in the diabetic clinic Razi Hospital in Ghemshaher city, 2019. The elderly patients were selected by convenience sampling method and were randomly divided into experimental group (45 patients) and control (45), respectively. The experimental group self-management programs was based 5A. The control group received routine hospital. The instrument used in this study is lipad quality of life questionnaire. In the first and 12 weeks after the study was completed in two groups. Data using SPSS 21 software and were analyzed with Chi-square, U Mann Whitney, and Wilcoxon tests.

Results: The findings showed that the most of patients were female, married and elementary. The mean age of patients was 67.48 ± 6.77 years. The mean scores in all aspects of quality of life was higher in the group experimental after completion of intervention. Statistically significant difference was not observed ($P < 0.001$).

Conclusions: This study demonstrated that self-management program 5A model on quality of life of elderly patients with diabetic in the study period has effectiveness. Thus, it is concluded that the diabetic individuals can be significantly improved following instruction by nurses.

Keywords: Aged, Quality of Life, Diabetes, Self-management



بررسی تأثیر برنامه خود مدیریتی مبتنی بر مدل 5A بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت

مأده صادقی گل افشانی^۱، ناهید رژه^{۲*}، مجیده هروی کریموی^۳، سیدداوود تدریسی^۴،
الهام یوسفی عبدالملکی^۵

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۲ استاد، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۳ دانشیار، مرکز تحقیقات مراقبت های سالمندی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران
^۴ دانشیار، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه اله (عج)، تهران، ایران
^۵ استادیار، متخصص داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، قائمشهر، ایران
* نویسنده مسئول: : ناهید رژه، استاد، مرکز تحقیقات مراقبتهای سالمندی، دانشکده پرستاری، دانشگاه شاهد، تهران، ایران. ایمیل: nrejah@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۸/۲۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۵/۳۰

چکیده

مقدمه: بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت مهمترین هدف در برنامه های ارتقای سطح سلامت است. اجرای برنامه های خودمدیریتی یکی از راهکارهای موثر در تغییر رفتار و کیفیت زندگی می باشد، لذا برای اثر بخشی بیشتر و ایجاد تغییر رفتار مطلوب می توان از مدل های کاربردی مناسب در سالمندان مبتلا به دیابت استفاده کرد. هدف این مطالعه بررسی تأثیر مدل خودمدیریتی 5A بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت است.

روش کار: این مطالعه کارآزمایی بالینی است که بر روی ۹۰ سالمند مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان رازی قائمشهر در ۱۳۹۸ انجام یافت. بیماران سالمند بصورت در دسترس و سپس به طور تصادفی به دو گروه آزمون (۴۵ نفر) و کنترل (۴۵ نفر) تقسیم شدند. گروه آزمون تحت اجرای برنامه خودمدیریتی مبتنی بر 5A قرار گرفتند و گروه کنترل برنامه روتین را دریافت کردند. ابزار پژوهش در این مطالعه، پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد بود که در ابتدا و ۱۲ هفته بعد از مطالعه در دو گروه تکمیل شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS 21 و آماره های کای اسکوتر، یومن ویتنی و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شد.

یافته ها: یافته ها نشان داد اکثر واحدهای پژوهش زن، متأهل و سواد ابتدایی بودند. میانگین سنی واحدهای پژوهش $67/48 \pm 6/77$ سال بود. میانگین نمرات، در تمامی ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از اتمام مطالعه ارتقا یافت و از نظر آماری تفاوت معناداری مشاهده شد ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: این مطالعه نشان دهنده اثر بخشی برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل 5A بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت در مدت مطالعه بود. بنابراین، سالمندان مبتلا به دیابت می توانند با پیروی از دستورالعمل هایی که توسط پرستاران ارائه میشود، به طور چشمگیری بهبود یابند.

واژگان کلیدی: سالمندی، کیفیت زندگی، دیابت، خودمدیریتی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

بیشتر نظام های بهداشتی دنیا است [۴]. تخمین زده می شود که دیابت علت پنجم مرگ و میر در بسیاری از کشورهای با درآمد بالا باشد و چهارمین علت شایع مراجعه به پزشک است. برآوردهای فعلی نشان می دهد ۳۸۷ میلیون مبتلا به دیابت در سراسر جهان وجود دارد. که اگر روند فعلی ادامه داشته باشد به ۵۹۲ میلیون تا سال ۲۰۳۵ افزایش یابد. در حال حاضر، ۱ در ۱۲ نفر در سراسر جهان تخمین زده می شود که

دیابت یکی از شایع ترین بیماری های مزمن بوده است و همچنین بزرگترین مشکل بهداشتی در همه کشورها می باشد؛ به طوری که سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش نام برده است [۱، ۲]. کنترل این بیماری و عوارض ناشی از آن مستلزم هزینه های هنگفتی است [۳]. لازم به ذکر است که هزینه های بهداشتی مربوط به دیابت ۴-۲ برابر هزینه صرف شده برای افراد غیر مبتلا به دیابت در

بیمار و حمایت از خود مراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. در این راستا تغییرات شیوه زندگی در درمان دیابت در سالمندان بازی می‌کند. این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند و رفتارهای فردی آن‌ها در کنترل عوارض بیماری و افزایش کیفیت زندگی نقش به‌سزایی دارد [۱۳]. علی‌رغم اهمیت خودمراقبتی در دیابت، اجرای توصیه‌ها با مشکلاتی همراه می‌باشد به طوری که تخمین زده می‌شود ۵۰ درصد افراد دیابتی در مراقبت از خود دچار اشتباه می‌شوند در این بین وضعیت رعایت رفتارهای خودمراقبتی در سالمندان دیابتی با مشکلات بیشتری روبروست [۲۰، ۲۳]. در مطالعه Ming (۲۰۰۸) تحت عنوان بررسی میزان رعایت خود خود مدیریت بیماران دیابتی و کنترل قند خون در مالزی، نتایج حاکی از این بود که بین سن افراد و سطح آگاهی ارتباط معناداری وجود دارد و هر چه سن بیمار بالاتر باشد میزان آگاهی بیمار از نحوه خودمراقبتی کاهش می‌یابد [۲۴]. در مطالعه Rafique و همکاران (۲۰۰۶) در پاکستان نیز میانگین امتیاز آگاهی واحدهای مورد پژوهش با افزایش سن کاهش یافته بود [۲۵]. مطالعاتی که به بررسی عوامل مرتبط با خودمراقبتی در دیابت پرداخته‌اند، نقش مهمی برای دانش دیابتی قائل شده‌اند. رحیمیان بوگر و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه خود دریافتند که دانش دیابتی از طریق باور به اثربخشی درمان بر خودمدیریتی دیابت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم دارد [۲۶].

برای رسیدن به هدف خودمدیریتی در بهبود کیفیت زندگی بیماران نیاز به برنامه‌های آموزشی مدون است. لذا می‌توان از تئوریها و الگوهای مناسب برای اثر بخشی بیشتر و ایجاد تغییر رفتار مطلوب استفاده کرد [۲۷، ۲۸]. امروزه از مدل‌های مختلف کاربردی برای خودمدیریتی و ارتقا کیفیت زندگی بیماران مزمن استفاده می‌شود [۲۸]. از مدل‌های خودمدیریتی بیماری مزمن، مدل پیشنهاد شده به وسیله کارگروه خدمات پیشگیری آمریکا، مدل ۵A رویکردی مبتنی بر شواهد اسن که است توسط Glasgow ابداع شده است و به مشاوره اصلاح رفتار معروف است. برای ایجاد رفتارهای مطلوب و شرایط سلامتی مختلف مناسب می‌باشد که با توانا کردن مددجویان از آنان می‌خواهند تا فعالانه با ارائه دهندگان مراقبت سلامتی همکاری کنند. این مدل شامل ۵ مرحله مرتبط شامل بررسی رفتار، باورها و انگیزش بیمار (Assess)؛ راهنمایی بیماران در مورد خطرات سلامتی شخصی (Advise)؛ توافق با بیماران بر روی تنظیم واقع‌بینانه اهداف (Agree)؛ کمک در مورد پیش‌بینی موانع و توسعه برنامه عملی (Assist)؛ و انجام حمایت‌های پیگیرانه می‌باشد (Arrange) می‌باشد [۲۹، ۳۰]. معطری و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود تأثیر برنامه خودمدیریتی ۵A بر شاخص‌های متابولیک و نمایه توده بدن در بیماران مبتلا به دیابت وابسته به انسولین در جوانان و میانسالان را نشان دادند [۳۱]. همچنین حیدری و همکاران (۱۳۹۳) نیز در مطالعه خود نشان دادند که برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل تغییر رفتار ۵A می‌تواند شدت خستگی و تنگی نفس بیماران مبتلا به بیماری مزمن انسدادی ریه را کاهش دهد [۳۲]. با توجه به شیوع دیابت در سالمندان و اینکه خودمدیریتی به عنوان یک مفهوم مهم در ارتقا کیفیت زندگی بیمار نقش دارد و از سوی دیگر به لحاظ ضعف آموزش سنتی در نظر گرفتن نقش فعال و مشارکت بیماران سالمند در فرآیند درمان، لزوم کمک رسانی و حمایت از آنان در فرآیند تغییر رفتار و از آنجا که وضعیت خودمدیریتی افراد،

مبتلا به دیابت باشند و اگر روند ادامه یابد، تا سال ۲۰۳۵ این رقم به ۱ در هر ۱۰ نفر افزایش یابد [۵، ۶]. در این میان سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر است. در کشورهای اردن و عربستان میزان شیوع این بیماری در جمعیت ۷۰-۳۰ سال به ترتیب ۲۳٪ و ۱۷٪ گزارش شده است. در ایران نیز دیابت در رأس بیماری‌های غیرواگیر قرار دارد و تخمین زده می‌شود ۵٪ افراد به این بیماری مبتلا باشند [۷]. شیوع دیابت با افزایش سن به میزان بارزی افزایش می‌یابد [۸] به طوری که شیوع این بیماری در سالمندان ۸٪ می‌باشد که سه برابر سنین جوانی است [۹]. تقریباً ۲۰ درصد افراد بالای ۶۵ سال مبتلا به دیابت نوع دوم هستند که ممکن است در دهه‌های آینده به سرعت افزایش یابد. در ایران نیز شیوع دیابت در سالمندان در مطالعات مختلف حداقل ۱۴ درصد برآورد شده است [۹، ۱۰]. دیابت سالمندی به عنوان یکی از مهمترین مشکلات سلامت عمومی در قرن ۲۱ تبدیل شده است [۱۱]. دیابت مهمترین علت کوری در بالغین و نارسایی کلیه است، بعلاوه مبتلایان به دیابت ۲ تا ۴ برابر بیشتر از غیردیابتی‌ها در معرض ابتلا به عوارض قلبی و عروقی قرار دارند و ۲ تا ۵ بار بیشتر دچار مرگ می‌شوند. از طرفی مبتلایان به دیابت ۲ برابر بیشتر از افراد سالم در معرض فشار عصبی قرار دارند و ۱۷ بار بیشتر از افراد سالم در معرض نفروپاتی هستند که ممکن است منجر به نارسایی کلیه شود [۱۲]. دیابت مانند سایر بیماریهای مزمن باعث ایجاد مشکلات جسمانی، اجتماعی، اقتصادی و روانی فراوانی برای سالمندان می‌شود که نتیجه آن محدودیت فعالیت جسمانی و روانی سالمندان و کاهش کیفیت زندگی این گروه سنی است [۱۲، ۱۳]. تحقیقات بیانگر آن است که کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت نسبت به بیماران جوان مبتلا به دیابت از سطح پایینی برخوردار است [۱۴]. بنابراین در بیماری دیابت یکی از اهداف مهم در مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است [۱۵]. یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد، ارائه برنامه‌های آموزشی و همچنین نحوه ارائه برنامه‌های آموزشی به بیمار است [۱۶]. با آموزش صحیح در مورد رفتارهای خودمدیریتی می‌توان ۸۰ درصد کاهش عوارض بیماری و در نتیجه کیفیت زندگی را ارتقاء داد [۱۷، ۱۸]. با آن که در کنترل دیابت نیز آموزش به بیمار جزء اساسی بشمار می‌رود، اما باید در نظر داشت برنامه‌های آموزشی سنتی برای بیماران مبتلا به دیابت لزوماً منجر به اداره موفقیت آمیز دیابت نمی‌شود. بخش عمده مسئولیت کنترل و مدیریت بیماری بر عهده فرد مبتلا است [۱۹]. یکی از روش‌های مدیریت بیماری توسط خود فرد به کارگیری برنامه خود تدبیری یا خودمدیریتی می‌باشد خود تدبیری، توانایی افراد برای که با مدیریت علائم، تغییر سبک زندگی و درنهایت زندگی مطلوب با یک بیماری مزمن تعریف می‌شود همچنین برنامه یک استراتژی اصلاح رفتار است که تأثیر بسیار زیادی در مدیریت بیماری‌های مزمن دارد و به بیمار کمک می‌کند تا بیماری را کنترل کرده و سلامتی بیمار را در حد مطلوب حفظ کند [۲۰]. یکی از دلایل عدم موفقیت و حصول نتایج درمانی مطلوب در بیماران دیابتی، کمبود مشارکت بیماران در درمان دیابت است [۲۱]. همچنین میزان دانش و نوع نگرش افراد نسبت به بیماری نقش بسزایی در کنترل بیماری دارد [۲۲]. لذا برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود مراقبت کند باید در مورد بیماری خود آموزش‌های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از اینرو توانمند سازی

افسردگی و اضطراب (۴ سؤال)، عملکرد شناختی (۵ سؤال)، عملکرد اجتماعی (۳ سؤال)، رضایت از زندگی (۶ سؤال)، جنسی (۲ سؤال) را اندازه گیری می‌کند. نمره گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت چهار امتیازی و از صفر (بدترین حالات) تا ۳ (بهترین حالات) می‌باشد. برای تحلیل و تفسیر پرسشنامه نمرات بدست آمده را جمع کرده و بر اساس دسته بندی زیر تقسیم بندی می‌شود: نمره بین صفر تا ۳۱: کیفیت زندگی پایین، ۳۱ تا ۶۲: کیفیت زندگی متوسط، نمره ۶۳ تا ۹۳: کیفیت زندگی بالا است. روایی پرسشنامه لیپاد در ایران توسط حسن پوردهکردی و همکاران (۱۳۸۵) با روش اعتبار محتوی و برای تعیین پایایی آن از روش بازآزمایی مورد استفاده و پایایی ۰/۸۳، به دست آمد [۳۷، ۳۸].

پژوهشگر با بررسی لیست و پرونده‌های بیماران، افراد واجد شرایط را شناسایی نموده و سپس هدف و نحوه اجرای مطالعه را به آنان توضیح داد. در صورت تمایل بیماران به شرکت در مطالعه، رضایت آگاهانه کسب گردید. نمونه‌های پژوهش به دو گروه تقسیم شدند. در هر دو گروه قیصل از مداخله پرسشنامه‌های اطلاعات فردی و شادکامی آکسفورد توسط فردی که از تخصیص گروه‌ها اطلاعی نداشت ثبت و تکمیل شد. در گروه آزمون تحت اجرای برنامه خودمدیریتی بر اساس مدل ۵۸ قرار گرفتند. این برنامه طی پنج مرحله و در ۱۲ هفته اجرا گردید: مرحله اول (مرحله بررسی و شناخت مشکلات هر فرد، رفتار و باورهای بیمار: در این مرحله بیمار از نظر تاریخچه بیماری، تغذیه، نحوه فعالیت، مشکلات دیابت، تبعیت از تجویز داروها، وضعیت استراحت، وضعیت خواب، عوامل خطر و اطلاعات موجود در پرونده از طریق معاینه و مصاحبه حضوری بررسی گردید مرحله دوم) مرحله راهنمایی در مورد خطرات سلامتی و فواید اصلاح رفتار: در این مرحله با توجه به نتایج بررسی‌های مرحله قبل، موارد غیرطبیعی و خطرات سلامتی شناسایی شده با اطلاع بیماران رسیده و بر فواید اصلاح رفتار تأکید گردید. مرحله سوم) مرحله توافق با بیمار در تنظیم واقع بینانه اهداف: بین بیمار و پژوهشگر توافقی در مورد عملکرد بیمار صورت گرفت. با توجه به مشکلات تشخیص داده شده، اهداف رفتاری مناسب و مورد توافق با بیمار تعیین و برای هر یک از اهداف، برنامه عملی طرح ریزی شد. برای هر یک از اهداف رفتاری نیز معیاری بین صفر تا ۱۰ مشخص گردید. تا بیماران میزان اطمینان خود را از اجرای برنامه تعیین کنند این موارد در فرم اهداف رفتاری ثبت و از بیماران نیز درخواست شد که وضعیت عملکرد خود را در مورد هر یک از اهداف رفتاری به صورت چک لیست روزانه و به مدت ۱۲ هفته با علامت ثبت کنند مرحله چهارم) مرحله کمک در توسعه برنامه عملی: آموزش‌هایی مانند سنجش و کنترل قندخون، کنترل علائم حیاتی به صورت چهره به چهره انجام و از بیماران درخواست شد که این تمرینات را روزانه انجام دهند و عملکرد خود را ثبت کنند. علاوه بر این، متناسب با نیاز بیماران، یک جلسه آموزش فردی بر کسب تمایل بیمار (حضور یا پیامکی یا تلفنی) به منظور تکرار و تأکید بر موارد آموزش داده شده برای بیماران ترتیب داده شد. همچنین یک جلسه ۲ ساعته آموزشی به صورت گروهی (گروه‌های ۴-۵ نفره) به منظور افزایش آگاهی بیماران در زمینه مشکلات روزمره با بیماری و اشتراک تجارب همراه با تکرار مطالب آموزش داده شده تشکیل گردید. مرحله پنجم) پیگیری عملکرد: برای اطمینان از اجرای برنامه‌های عملی توسط بیماران، به صورت ملاقات در درمانگاه یا تماس

مهم‌ترین عامل تعیین کننده کنترل بیماری دیابت می‌باشد، لذا در این پژوهش اقدام به بررسی تعیین تأثیر خود مدیریتی مبتنی بر مدل ۵۸ بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت پرداخته شد.

روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی دو گروهه می‌باشد. جامعه مورد مطالعه سالمندان مبتلا به دیابت مراجعه کننده به درمانگاه دیابت بیمارستان رازی قائمشهر در ۱۳۹۸ بود. برای اجرای این مطالعه ابتدا مجوز لازم از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد اخذ شد. اهداف و ماهیت پژوهش برای بیماران شرکت کننده توضیح داده شد و پس از کسب رضایت آگاهانه در پژوهش شرکت کردند. نمونه گیری بصورت در دسترس و سپس به صورت تخصیص تصادفی ساده به مطالعه بود. شایان ذکر است که همسان سازی نمونه‌ها براساس سن و مدت زمان ابتلا به دیابت در زمان مطالعه صورت گرفت. حجم نمونه مورد نیاز بر اساس مطالعه گذشته [۲] و به استناد فرمول ذیل، با احتساب ضریب اطمینان ۹۵ درصد و با احتمال ۱۵ درصد ریزش (۱۲ نفر)، در هر گروه ۴۵ نفر و در مجموع ۹۰ نفر محاسبه شد.

$$\frac{(z/1 - \frac{\alpha}{2} + z/\beta)^2 * (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1.96 + 0.85)^2 * (8.12^2 + 8.11^2)}{(52.20 - 57.36)^2} = 39.06 \approx 39$$

نمونه‌گیری ابتدا بصورت در دسترس و سپس تخصیص تصادفی ساده با استفاده از جدول اعداد تصادفی انجام شد. معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، سن بالای ۶۰ سال، سابقه حداقل یک سال از ابتلا به دیابت، توانایی انجام فعالیتهای روزانه بطور مستقل، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم ابتلا به بیماری‌های بدخیم، عدم سابقه کار در سیستم بهداشتی، مواجهه بحران‌هایی شدید روحی در طی مطالعه در سه ماه اخیر، فاقد مشکل بینایی، شنوایی (در حدی که در ارتباط مشکلی به وجود نیاید) و فقدان اختلالات شناختی بر اساس آزمون کوتاه شده وضعیت شناختی (AMTS: Abbreviated Mental Test) باشند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل: عدم رضایت بیمار یا پزشک به ادامه مشارکت در مطالعه، بستری در بیمارستان در حین مطالعه، حضور در سایر روشهای آموزشی در طی زمان مطالعه، غیبت بیش از دو جلسه بود. ابزار گردآوری داده‌ها از ۲ ابزار شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد استفاده شد. آزمون AMTS توسط Hodkinson (۱۹۷۲) طراحی شده است [۳۳]، که شامل ۱۰ سؤال می‌باشد و برای هر پاسخ صحیح یک امتیاز داده می‌شود و اخذ امتیاز ۷ و بالاتر در این آزمون به معنی فقدان اختلال شناختی است. نسخه فارسی پرسشنامه توسط بختیاری و همکاران (۱۳۸۷) در سالمندان اعتبار سنجی شد که روایی و پایایی آن قابل قبول می‌باشد (۰/۷۶ = ضریب آلفای کرونباخ) [۳۴، ۳۵].

پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد توسط Diego و همکاران (۱۹۹۸) تهیه و به عنوان یک ابزار بین المللی و فاقد بار فرهنگی در همه گروه‌های سالمند و در جوامع مختلف به سهولت قابل استفاده است [۳۶] این پرسشنامه دارای ۳۱ سؤال است که کیفیت زندگی سالمند را در هفت بعد شامل عملکرد جسمی و فیزیکی (۵ سؤال)، خود مراقبتی (۶ سؤال)،

یومن ویتنی و ویلکاکسون بکار برده شد. ملاحظات اخلاقی در کلیه مراحل مطالعه رعایت شد. مجوز اخلاق با کد اخلاق IR.Shahwed.REC.1397.051 از کمیته اخلاق دانشگاه شاهد اخذ و در مرکز کارآزمایی بالینی با کد ثبت IRCT20110912007529N19 شده است. به شرکت کنندگان در مورد اهداف پژوهش توضیحات کامل داده شد و از آنان رضایت نامه آگاهانه‌ی دریافت شد. به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه مانده و در هر زمان اختیار انصراف از همکاری را دارند که از جمله نکات رعایت شده اخلاق در پژوهش بود.

یافته‌ها

نتایج نشان داد که در هر گروه ۴۵ نفر تا پایان مطالعه بوده و هیچ نمونه از مطالعه حذف یا خارج نشد. میانگین سنی بیماران مورد مطالعه ۶۷/۴۸ ± سال، ۵۸/۹٪ بیماران زن و ۲۸/۹٪ بیماران دارای سواد ابتدایی بودند. بین توزیع متغیرهای جمعیت شناختی (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، بیماری‌های زمینه‌ای و سابقه بیماری دیابت در خانواده) تفاوت معنی داری در دو گروه آزمون و کنترل مشاهده نشد (جدول ۱).

تلفنی و یا ارسال پیامک روزانه، بعد از دو هفته، هفته‌ای دوبار و بعد از چهار هفته، هفته‌ای یکبار تا پایان مدت زمان مداخله پیگیری به مدت ۱۲ هفته صورت گرفت. تا انجام برنامه عملی یادآوری شود. علاوه بر این، وضعیت پیشرفت بیمار هر چهار هفته یکبار نیز طی یک جلسه حضوری پیگیری شد. در این جلسه، برنامه عملی و اهداف رفتاری توافق شده بررسی شد، تا در صورتی که نیاز به ایجاد تغییر در اهداف یا برنامه عملی باشد با توافق مجدد، تقویت و تشویق به ادامه انجام مداخله، تغییرات لازم اعمال شود.

در گروه کنترل غیر از مداخلات روتین؛ مداخله دیگری دریافت نکردند. مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی لیپاد قبل و ۱۲ هفته بعد از مداخله در دو گروه تکمیل شد. پس از جمع آوری اطلاعات، جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و با استفاده از برنامه آماری تجزیه و تحلیل شد. پس از استخراج اطلاعات، از آمار توصیفی و استنباطی جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات استفاده گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش ابتدا از آزمون‌های کلوموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای کمی استفاده شد. جهت توصیف داده‌های کمی، از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در آمار استنباطی برای مقایسه‌ی متغیرها از آزمون‌های آماری کای اسکوئر،

جدول ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی بین سالمندان مبتلا به دیابت تحت مطالعه

سطح معناداری	گروه		متغیر
	کنترل	آزمون	
P=۰/۳۴	۶۷(۹۷/۶۶۷)	۶۷(۶/۹۰)	سن (سال)
P=۰/۵۹	۹/۶۴(۵۳۷)	۹/۵۷(۶۷۷)	مدت زمان ابتلا به دیابت (سال)
P=۰/۹۹			جنسیت
	۲۷(۳۰)	۲۶(۲۸/۹)	زن
	۱۸(۲۰)	۱۹(۲۱/۱)	مرد
P=۰/۴۲			تحصیلات
	۱۵(۱۶/۷)	۱۱(۱۲/۲)	ابتدایی
	۱۱(۱۲/۲)	۱۲(۱۳/۳)	متوسطه
	۱۱(۱۲/۲)	۸(۸/۹)	دیپلم
	۸(۸/۹)	۱۴(۱۵/۶)	دانشگاهی
P=۰/۳۲			شغل
	۱۸(۲۰)	۱۳(۱۴/۴)	خانه دار
	۶(۶/۷)	۱۱(۱۲/۲)	شاغل
	۲۱(۲۳/۳)	۲۱(۲۲/۴)	بازنشسته (از کارافتاده)
P=۰/۱۱			تأهل
	۴۲(۴۶/۷)	۳۶(۴۰)	متأهل
	۳(۳/۳)	۹(۱۰)	مجرد (مطلقه - بیوه)
P=۰/۲۲			درآمد
	۱۶(۱۷/۸)	۲۱(۲۳/۳)	کفایت
	۲۲(۲۴/۴)	۱۴(۱۵/۶)	ناحدهی کفایت
	۷(۷/۸)	۱۰(۱۱/۱)	عدم کفایت
P=۰/۶۳			سطوح نوع بیماری زمینه‌ای
	۱۲(۱۳/۳)	۱۳(۱۴/۴)	فشارخون
	۸(۸/۹)	۷(۷/۸)۷(۷/۸)	قلبی
	۵(۵/۶)	۹(۱۰)	سایر
P=۰/۶۶			سابقه دیابت در خانواده
	۲۸(۳۱/۱)	۲۵(۲۷/۸)	بلی
	۱۷(۱۸/۹)	۲۰(۲۲/۲)	خیر
	۲۰(۲۲/۲)	۱۶(۱۷/۸)	ندارد

مقادیر داخل جدول به صورت (انحراف معیار) میانگین بیان شده‌اند.

که بر وی ابعاد فیزیکی، شناختی، جنسی و همچنین نمره کل اثر گذار نبوده و دارای تفاوت معناداری نمی‌باشند. جهت اثر درون گروهی از آزمون ویلکاکسون نشان داد که در گروه آزمون بجز ابعاد شناختی و جنسی در تمام ابعاد بین زمان قبل با بعد از مداخله تأثیر داشته است بوده ولی در گروه کنترل تفاوت معنادار نبود. در مجموع اثر آموزش ۵A بر روی تغییرات کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت مؤثر ولی بر اساس آزمون کوهن کوچک است (جدول ۲).

میزان کیفیت زندگی قبل از مداخله با استفاده از آزمون یو من ویتنی در همه ابعاد، دو گروه با یکدیگر همگن بوده و دارای تفاوت معناداری نمی‌باشند. نتایج مطالعه نشان داد که در گروه آزمون میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله $(۶۳/۸۶ \pm ۱۶/۰۸)$ و بعد از مداخله به $(۶۸/۵۱ \pm ۱۲/۲۵)$ تغییر یافته است. بعد از مداخله در ابعاد خودمراقبتی، اجتماعی، رضایت از زندگی (با شدت اثر کوچک) و ابعاد افسردگی و اضطراب (با شدت اثر متوسط) تفاوت معنادار دیده شد که حاکی از اثر مداخله می‌باشد $(P = ۰/۰۲۲)$ ، در حالی

جدول ۲: مقایسه کیفیت زندگی بین سالمندان مبتلا به دیابت تحت مطالعه

ابعاد	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آزمون ویلکاکسون و سطح معناداری
فیزیکی			
آزمون (۴۵)	۱۰/۲۰ (۳/۵۵)	۱۰/۶۸ (۲/۹۱)	P=۰/۰۳, Cohen's d=۰/۴۶
کنترل (۴۵)	۱۰/۴۲ (۳/۶۹)	۱۰/۴۸ (۳/۶۲)	P=۰/۶۲
آزمون یو من ویتنی	P=۰/۷۵	P=۰/۹۷	
خودمراقبتی			
آزمون (۴۵)	۱۵/۸۲ (۲/۸۵)	۱۶/۱۷ (۲/۴۰)	P=۰/۰۲, Cohen's d=۰/۴۸
کنترل (۴۵)	۱۵/۲۴ (۲/۳۴)	۱۵/۲۲ (۲/۵۵)	P=۰/۹۷
آزمون یو من ویتنی	P=۰/۱۶	P=۰/۰۴	Cohen's d=۰/۴۲, اثر کوچک
افسردگی و اضطراب			
آزمون (۴۵)	۹/۳۵ (۲/۲۱)	۱۰/۶۲ (۱/۳۵)	P=۰/۰۰۱, Cohen's d=۰/۹۲
کنترل (۴۵)	۸/۸۶ (۲/۵۳)	۸/۸۰ (۲/۵۴)	P=۰/۶۱
آزمون یو من ویتنی	P=۰/۴۰	P=۰/۰۰۱	Cohen's d=۰/۷۶, اثر متوسط
شناختی			
آزمون (۴۵)	۱۰/۵۳ (۳/۴۳)	۱۰/۴۶ (۳/۲۰)	P=۰/۸۵
کنترل (۴۵)	۱۰/۲۲ (۲/۸۵)	۱۰/۱۳ (۲/۹۸)	P=۰/۱۰
آزمون یو من ویتنی	P=۰/۴۹	P=۰/۶۸	
اجتماعی			
آزمون (۴۵)	۵/۸۲ (۲/۳۰)	۶/۵۱ (۱/۸۰)	P=۰/۰۰۱, Cohen's d=۰/۸۰
کنترل (۴۵)	۵/۹۳ (۲/۰۱)	۵/۶۴ (۱/۹۷)	P=۰/۰۷
آزمون یو من ویتنی	P=۰/۹۱	P=۰/۰۳	Cohen's d=۰/۴۵, اثر کوچک
آزمون (۴۵)	۶۳/۸۶ (۱۶/۰۸)	۶۸/۵۱ (۱۲/۲۵)	P=۰/۰۰۱, Cohen's d=۱/۱۰
نمره کل کیفیت زندگی کنترل (۴۵)	۶۳/۱۱ (۱۴/۶۰)	۶۲/۶۸ (۱۴/۳۶)	P=۰/۰۲۲
آزمون یو من ویتنی	P= ۰/۷۷	P=۰/۰۸	

مقادیر داخل جدول به صورت (انحراف معیار) میانگین بیان شده‌اند.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه آثار برنامه خودمدیریتی مبتنی بر مدل ۵A در ارتقا کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت در فاصله زمانی ۱۲ هفته ارزیابی شد. نتایج بیانگر این است که آموزش این برنامه بر کیفیت زندگی شرکت کنندگان تأثیر معنادار آماري داشت. اثربخشی مدل ۵A در مدت کوتاه‌تر در قیاس با اثربخشی سایر مداخلات در مدتی طولانی‌تر نکته مهمی است که با توجه به محدودیت منابع و لزوم توجه به هزینه اثربخشی مداخلات بایستی در نظر گرفته شود. از آنجایی که توانمند سازی سالمندان مبتلا به دیابت یکی از رویکردهای مفید در آموزش دیابت می‌باشد و با توجه به روند روزافزون افزایش میزان جمعیت سالمندی در ایران در سالهای آتی و افزایش ابتلا به دیابت سالمندی ضروری بنظر می‌رسد که برنامه ریزی مناسب توسط سیاست‌گذاران ذیربط برای این امر انجام یابد. بنابراین می‌توان با اجرای برنامه‌های آموزش خود مراقبتی با استفاده از الگوهای نوین آموزشی کیفیت زندگی این گروه از سالمندان و سال‌های عمر فعال آنان را افزایش داد. از

بحث

این مطالعه با هدف تعیین بررسی اثر برنامه خودمدیریتی مدل ۵A بر کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت انجام شد. یافته‌های حاکی از آن است که این مدل آموزشی بر ارتقا کیفیت زندگی سالمندان مبتلا به دیابت مؤثر است که این نتایج همسو با نتایج مطالعه واتانا و همکاران (۲۰۰۷)، راه نورد و همکاران (۱۳۹۷)، غیاثوندیان و همکاران (۱۳۹۶)، عشوندی و همکاران (۱۳۹۴)، سعید پور و همکاران (۱۳۹۳) و نیز معطری و همکاران (۱۳۹۱) که بر روی بیماران مبتلا به دیابت بعد از آموزش خودمراقبتی می‌باشد [۲، ۸، ۳۱، ۳۹-۴۱] اما با نتایج مطالعات هندرا و همکاران (۲۰۰۷) و نیز وایت و همکاران (۲۰۱۲) همخوانی ندارد [۴۲، ۴۳]. آنچه که این مطالعه را از سایر مطالعات دیگر در زمینه اجرای برنامه خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت متمایز می‌کند گروه هدف این پژوهش بوده است که مطالعه بر روی هر دو جنسیت و منحصرأ بر روی سالمندان صورت گرفته است.

به دیابت بود لذا تضمینی برای ماندگاری این نتیجه وجود ندارد، لذا انجام پژوهش‌های مشابه در جمعیت‌های دیگر از بیماران و سنجش اثربخشی خود مدیریت به این روش در زمانی طولانی‌تر قابل توصیه است.

سپاسگزاری

پژوهش حاضر بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری سالمندی می‌باشد. پژوهشگران به این وسیله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی افرادی که در انجام پژوهش مساعدت نموده‌اند به بیماران شرکت کننده در این پژوهش اعلام می‌دارند

تضاد منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

References

- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;87(1):4-14. doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.007 pmid: 19896746
- Ghiyasvandian S, Salimi A, Navidhamidi M, Ebrahimi H. Assessing the Effect of Self-Management Education on Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus Type 2. *Knowledge Health.* 2017;12(1):50-6.
- Brown SA, Garcia AA, Winchell M. Reaching underserved populations and cultural competence in diabetes education. *Curr Diab Rep.* 2002;2(2):166-76. doi: 10.1007/s11892-002-0077-3 pmid: 12643136
- Ghotbi N, Seyed Bagher Maddah S, Dalvandi A, Arsalani N, Farzi M. The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes. *J Shahid Beheshti Sch Nurs Midwifery.* 2014;23(83):43-50.
- Federation ID. *Diabetes Atlas: International Diabetes Federation;* 2013.
- association Ad. *Nasional diabetes fact sheet American diabetes association;* 2011.
- Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes. *Iranian J Endocrinol Metab.* 2009;10(5):455-64.
- American Diabetes A. *Standards of medical care in diabetes--2013. Diabetes Care.* 2013;36 Suppl 1:S11-66. doi: 10.2337/dc13-S011 pmid: 23264422
- Vares Z, Asayesh H, Z Aa, Sharififard F. Related factors in the quality of life of elderly diabetics. *Iranian J Diabetes Metab.* 2017;16(261-268).
- Larijani B, Abolhasani F, Mohajeri-Tehrani MR, Tabtabaie O. Prevalence of diabetes mellitus in Iran in 2000. *Iranian J Diabetes Metab.* 2005;4(3):75-83.
- Hosseini SR, Zabihi A, Savad KS, Bizhani A. Prevalence of chronic diseases in elderly population in Amirkola (2006-2007). *J Babol Univ Med Sci.* 2008;10(2):68-75.
- Jafari M, Ghazi Asgar M, Dayani Dardashti H, Teymoorzadeh E. Effect of educational program on quality of life in diabetic patients. *J Health Adm.* 2013;16(52):26-36.
- K.S R, Devi GR. Quality of life of Elderly Diabetic and Hypertensive People – Impact of Intervention Programme. *J Humanit Soc Sci.* 2014;19(3):67-73. doi: 10.9790/0837-19346773
- Iran SCo. *General Population and Housing Census: Statistical Center of Iran;* 2014.
- Tang WL, Wang YM, Du WM, Cheng NN, Chen BY. Assessment of quality of life and relevant factors in elderly diabetic patients in the Shanghai community. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2006;15(2):123-30. doi: 10.1002/pds.1166 pmid: 16294368
- Saadatjoo S, Rezvaneh M, Tabyee S, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Mod Care J.* 2012;9(1):24-31.
- Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. [Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker]. *Iranian J Cardiovasc Nurs.* 2013;1(4):40-7.
- 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.
- Bidi F, Hassanpour 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 Univ Med Sci.* 2013;19(4):336-44.
- Abazari P, Vanaki Z, Mohammadi E, Amini M. Barriers to Effective Diabetes Self-Management Education. *Iran J Med Educ.* 2013;13(3):221-32.
- Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *J Community Health.* 2012;37(1):15-24. doi: 10.1007/s10900-011-9410-6 pmid: 21547409
- 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. *J Arak Univ Med Sci.* 2009;12(2):51-9.
- Jalilian F, Zinat Motlagh F, Solhi M. Effectiveness of education program on increasing selfmanagement among patients with type II diabetes. *Sci J Ilam Univ Med Sci.* 2012;20(1):26-34.
- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoodialavi N, Adidhajibagheri M. Self-care behaviour of patients with diabetes in Kashan centers of diabetes. *Q J Feiz.* 2008;12(1):88-93.
- Tan MY, Magarey J. Self-care practices of Malaysian adults with diabetes and sub-optimal glycaemic control. *Patient Educ Couns.* 2008;72(2):252-67. doi: 10.1016/j.pec.2008.03.017 pmid: 18467068

26. Rafique G, Azam S, White F. Diabetes knowledge, beliefs and practices among people with diabetes attending a university hospital in Karachi, Pakistan. *East Mediterr Health J.* 2006;122(5):590-9.
27. Bougar IR, Besharat MA, Reza M, Talepasand S. Direct and indirect impacts of knowledge about diabetes and social support on self-management of diabetes. *Contemp Psychol.* 2011;6(1):37-48.
28. Eftekhari Ardebili H, Moradi H, Mahmoudi M. Effect of educational intervention based on the health belief model in blood pressure control in hypertensive women. *J Mazandaran Univ Med Sci.* 2014;24(119):62-71.
29. Sadeghi R, Mohseni M, Khanjani N. The effect of an educational intervention according to hygienic belief model in improving care and controlling among patients with hypertension. *J Rafsanjan Univ Med Sci.* 2014;13(4):383-94.
30. Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf.* 2003;29(11):563-74. doi: 10.1016/s1549-3741(03)29067-5 pmid: 14619349
31. Moattari M, Ghobadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. *J Diabetes Metab Disord.* 2012;11(1):6. doi: 10.1186/2251-6581-11-6 pmid: 23497728
32. Heidari M, Fayazi S, Borsi H, Moradbeigi K, Akbari Nassaji N. Effect of a self-management program based on SA model on dyspnea and fatigue severity among patients with chronic obstructive pulmonary disease: a randomized clinical trial. *J Hayat.* 2015;20(4):89-99.
33. Pinxsterhuis I, Sandvik L, Strand EB, Bautz-Holter E, Sveen U. Effectiveness of a group-based self-management program for people with chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil.* 2017;31(1):93-103. doi: 10.1177/0269215515621362 pmid: 26672998
34. Safabakhsh L, Jahantigh M, Nosratzahi S, Navabi S. The Effect of Health Promoting Programs on Patient's Life Style After Coronary Artery Bypass Graft-Hospitalized in Shiraz Hospitals. *Glob J Health Sci.* 2015;8(5):154-9. doi: 10.5539/gjhs.v8n5p154 pmid: 26652073
35. Ameri G, Govari F, Nazari T, Rashidinejad M, Afsharzadeh P. The adult age theories and definitions. *J Hayat.* 2002;8(1):4-13.
36. Javanvash Z, Mojdekanlu M, Rastaqhi S, Rad M. The Effect Of Model-Based Self-Management Program 5a On Quality Of Life Of Elderly Patients With Acute Coronary Syndrome. *J Sabzevar Univ Med Sci.* 2018;25(1):75-82.
37. Bailey C. Designing a life of wellness: evaluation of the demonstration program of the wilder Humboldt campus. *Wilder Res Cent.* 2003.
38. Hasanpoor Dehkordi A, Masoudi R, Naderipoor AK, Kalhori R. The effect of exercise on quality of life of elderly in Shahrekord. *Iranian J Ageing.* 2007;6(1):444-37.
39. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SL. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci.* 2007;9(2):135-41. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00315.x pmid: 17470188
40. Rahnavard S, Elahi N, Rokhafroz D, Hagighi MH, Zakerkish M. Comparison of the effect of group based and mobile based education on self-care behaviors in type ii diabetic patients. *Iranian J Diabetes Metab.* 2019;18(2):55-63.
41. Oshvandi K, Jokar M, Khatiban M, Keyani J, Yousefzadeh MR, Sultanian AR. The effect of self care education based on teach back method on promotion of self care behaviors in type ii diabetic patients: a clinical trial study. *Iranian J Diabetes Metab.* 2014;13(2):131-43.
42. Herenda S, Tahirovic H, Zildzic M. Impact of education on metabolic control in type 2 diabetic patients in family practice. *Med Arh.* 2007;61(4):236-9. pmid: 18297999
43. White KM, Terry DJ, Troup C, Rempel LA, Norman P, Mummery K, et al. An extended theory of planned behavior intervention for older adults with type 2 diabetes and cardiovascular disease. *J Aging Phys Act.* 2012;20(3):281-99. doi: 10.1123/japa.20.3.281 pmid: 22190336