

کاربرد مدل مراقبت از خود در تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران دیابتی غیروابسته به انسولین با استفاده از تحلیل مسیری

نویسندگان: دکتر عاطفه قنبری^۱، دکتر زهره پارسایکتا^۲، دکتر سقراط فقیه‌زاده^۳ و سیدمهدی سادات‌هاشمی^۴

- ۱- استاد یار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان
- ۲- استاد یار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
- ۳- دانشیار آمار زیستی دانشگاه تربیت مدرس
- ۴- دانشجوی دکتری آمار زیستی تربیت مدرس

چکیده

دیابت یک بیماری مزمن محسوب می‌شود. از موارد بسیار مهم در امر مراقبت از خود در بیماران مزمن، بررسی کیفیت زندگی آن‌ها است. هدف مراقبت درمانی، مطلوب کردن کیفیت زندگی بیمار است و یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری پرستاری است. استفاده از تئوری پرستاری برای ساختار بندی مراقبت پرستاری سبب اصلاح کیفیت مراقبت، کاهش هزینه‌های مراقبت پرستاری و در نهایت اصلاح کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. از میان تئوری‌های پرستاری که در بیماری‌های مزمن مورد تحقیق قرار گرفته اند، یکی مدل مراقبت از خود اورم است. در این تحقیق، مدل مراقبت از خود بر گرفته شده از مدل اورم است. در این مدل، ارتباطی مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها وجود دارد. بنابراین توصیه می‌گردد که ارزشیابی از طریق آنالیز مسیری انجام گیرد. این پژوهش با هدف استفاده از تحلیل مسیری در کاربرد مدل مراقبت از خود به منظور تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران تدوین گردید.

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه تجربی است که بر روی ۱۳۷ بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز صورت گرفت. در نهایت در پی‌گیری ۶ ماهه بیماران دیابتی، اطلاعات مربوط به ۵۹ بیمار به وسیله آنالیز مسیری بررسی گردید. روش گردآوری اطلاعات، شامل مصاحبه و تکمیل پرسشنامه بود. پرسشنامه پنج بخشی، شامل (۱) مشخصات فردی - اجتماعی، (۲) بررسی و شناخت نیاز مراقبت از خود درمانی و نیروی مراقبت از خود، (۳) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، (۴) کیفیت زندگی اختصاصی، و (۵) سنجش وضعیت متابولیک و تعداد روزهای استعلاجی است.

برای انجام آنالیز مسیری، ابتدا کدگذاری متغیرها صورت گرفت و پس از آن مدل پیشنهادی محقق تدوین گردید. پس از تدوین معادلات مسیری، ارتباط مسیری متغیرهای مؤثر بر کیفیت زندگی در مدل مراقبت از خود نشان داده

شد. از میان مشخصات فردی مورد نظر محقق فقط سن تأثیرگذار بوده است، از طرف دیگر، بین متغیرهای برون‌زاد فقط بین سن و فشارها (-۰/۳۵۹)، و سن و وضعیت دفعی (-۰/۳۲۹) ارتباط معنادار وجود داشت، به نحوی که بین سن و وضعیت متابولیک (-۰/۱۴) و کیفیت زندگی (-۰/۴۰۵) ارتباط منفی و معنادار و بین فشارها و وضعیت متابولیک (۰/۰۴) و کیفیت زندگی (۰/۰۶) ارتباط مثبت و معنادار ملاحظه شد. رضایت از درمان و مشکلات ناشی از بیماری بدون تأثیر بر وضعیت متابولیک دارای اثر توتال به ترتیب ۰/۹۲۳ و ۰/۹۲۴- بر روی کیفیت زندگی بودند. از میان نیازهای کلی مراقبت از خود، وضعیت مایعات و دفع و از میان نیازهای مربوط به انحراف از سلامت، تاریخچه قبلی انحراف از سلامت بر کیفیت زندگی مؤثر است. وضعیت دفع بیماران دیابتی نیز بر وضعیت متابولیکی آن‌ها مؤثر است. در تدوین فرم بررسی و شناخت این بیماران باید علاوه بر بررسی و شناخت نیازها به صورت کلی، بر ارزیابی در بعد وضعیت مایعات و دفع با دقت بیشتری توجه کرد. اجزای نیروی مراقبت از خود، شامل آگاهی از خود کنترلی، قضاوت و تصمیم‌گیری و عملکرد بر وضعیت متابولیک مؤثر بوده، بر کیفیت زندگی تأثیری ندارند. رضایت از درمان و مشکلات ناشی از بیماری دارای آثار مستقیم و غیرمستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی است. چالش مهم در قرن ۲۱ ارتقای مراقبت از خود و دستیابی به خود کنترلی مطلوب در بیماران مزمن بخصوص بیماران دیابتی است. این چالش از طریق ارائه سیستم مراقبتی مانند مدل مراقبت از خود در بیماران دیابتی ممکن خواهد شد. استفاده از این مدل، اطلاعات با ارزشی را فراهم آورده، می‌تواند در تحقیقات پرستاری، بررسی و شناخت و ارزشیابی سیستم مراقبتی بیماران دیابتی و شاید سایر بیماران مزمن کاربرد داشته باشد.

واژه‌های کلیدی: دیابت، کیفیت زندگی، مدل مراقبت از خود، تحلیل مسیری

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال یازدهم - شماره ۵۱
تیر ۱۳۸۳

مقدمه

با توجه به شرایط فوق‌الذکر یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران مزمن، مانند دیابت، مفهوم کیفیت زندگی است. اهداف مراقبت درمانی، مطلوب کردن کیفیت زندگی بیمار است. اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود [۶]. در تحقیقات پرستاری برای ارزشیابی اثر درمان بر دیابت، بررسی کیفیت زندگی مهم تلقی می‌شود. هدف مراقبت پرستاری، ارتقای کیفیت زندگی بیماران است و یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی، استفاده از تئوری پرستاری است. استفاده از تئوری پرستاری به‌طور مداوم و سیستماتیک برای ساختار بندی مراقبت پرستاری، سبب اصلاح کیفیت مراقبت و در نهایت کیفیت زندگی بیماران می‌شود [۷]. نکته مهم در بیماران مزمن انطباق با زندگی است. برای ایجاد این انطباق، بیماران نیازمند آگاهی و مهارت‌های خاص هستند. تیم درمانی از طریق حمایت، هدایت، پیش بینی محیط تکاملی و آموزشی (سیستم آموزشی - حمایتی) به بیماران کمک می‌کنند. استفاده از سیستم فوق توسط پرستاران، نیازمند تمرکز بر نیازهای خاص بیماران است. یکی از مدل‌های مهم که بر توانایی‌های عمل افراد و نیازهای آن‌ها برای مراقبت از خود استوار است مدل مراقبت از خود اورم است [۷]. از میان تئوری‌های پرستاری که در بیماری‌های مزمن مورد تحقیق قرار گرفته‌اند، یکی مدل مراقبت از خود اورم در بیماری‌های مزمن بخصوص بیماران دیابتی است. بیش‌ترین فعالیت تحقیقی در بالین تاکنون بر این الگو استوار بوده است [۸]. در حقیقت، هدف مدل مراقبت از خود، تشویق مددجویان به مراقبت از خود است و نقش پرستاران نیز بررسی نیاز مراقبت از خود درمانی، تعیین نیروی مراقبت از خود، و وجود و عدم وجود نقص مراقبت از خود در بیماران مزمن است [۷]. مدل اورم با استفاده از تئوری نقص مراقبت از خود می‌تواند سبب اصلاح مراقبت از خود شده در نهایت، منجر به کاهش هزینه‌های مراقبت بهداشتی، اصلاح کیفیت مراقبت و برآیندهای بهتر در بیمار گردد [۹].

دیابت شیرین، نوعی بیماری است که به‌علت ناتوانی بدن در تولید و مصرف انسولین ایجاد می‌شود [۱]. گزارش سازمان بهداشت جهانی که براساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژی در ۷۵ منطقه از ۳۲ کشور عضو سازمان ملل متحد به‌دست آمده نشان می‌دهد که به‌طور کلی در دنیا شیوع دیابت از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴ درصد در سال ۲۰۲۵ و از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید، در سال ۲۰۲۵ بیش از ۷۵ درصد کل جمعیت دیابتی در مقایسه با ۶۲ درصد در سال ۱۹۹۵ در کشورهای در حال توسعه خواهند بود [۲].

مطالعات انجام شده در زمینه اپیدمیولوژی دیابت در ایران در سال ۱۳۷۳ نشان می‌دهد حدود ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت هستند که این رقم در افراد ۳۰ سال به بالا حدود ۷/۳ درصد است. به‌عبارت دیگر حدوداً ۱/۲۴۰/۰۰۰ نفر در ایران مبتلا به دیابت قندی هستند [۳]، در حالی که براساس گزارش‌ها در سال ۱۳۷۷ این تعداد به ۱/۵ میلیون نفر رسیده است.

بیماری دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، کشنده نیست، ولی می‌تواند ناتوانایی‌های دائمی ایجاد کند. گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۱ نشان می‌دهد که بعد از ۱۵ سال تقریباً ۲ درصد بیماران دیابتی کور شده، حدود ۱۰ درصد مبتلا به ناتوانی شدید بینایی می‌گردند. بیماری قلبی عامل ۷۵ درصد مرگ و میر در کشورهای صنعتی است و ۵۰ درصد بیماران دیابتی از نروپاتی دیابتی رنج می‌برند [۴]. با افزایش عوارض و تعداد بیماران دیابتی، هزینه‌های درمانی در حدود ۹۹ میلیارد دلار در سال تخمین زده می‌شود [۵]. در ایران بررسی مدون و مستندی در مورد هزینه‌های مرتبط با دیابت در زمینه‌های مختلف صورت نگرفته است، ولی براساس تعرفه‌های وزارت بهداشت و درمان در سال ۱۳۷۳ سالیانه ۲۲۶/۲۸۲/۹۶۲/۵۰۰ ریال صرف هزینه‌های مستقیم دیابت می‌شود.

شیوع بالای دیابت در ایران و جهان و صرف هزینه‌های فراوان در باب مراقبت بهداشتی و خدمات مربوط به بیماران دیابتی، نیاز به تحقیقات بیش‌تر در این مورد را ایجاد می‌کند. با توجه به مزمن بودن این بیماری و طولانی بودن فرایند آن، یکی از برآیندهای مهم در این بیماران، کیفیت زندگی مطلوب است. یکی از راه‌های اصلاح کیفیت زندگی در بیماران مزمن استفاده از مدل مراقبت از خود است که در این تحقیق به‌عنوان پایه در تدوین مدل مفهومی مراقبت از خود قرار گرفته‌است. در این رابطه میلیس (۱۹۹۸) می‌نویسد: بررسی‌ها نشان می‌دهد که در ۳۲ درصد تحقیقات، حداقل استفاده از مدل اورم و در حدود ۵۵ درصد تحقیقات انجام‌شده استفاده نامناسب از این مدل به‌چشم می‌خورد؛ یعنی از این مدل فقط به‌عنوان چهارچوب استفاده شده و در بحث و بررسی نتایج مورد استفاده قرار نگرفته است. استفاده مطلوب از مدل فقط در ۱۳ درصد تحقیقات مشاهده شده است [۸]. در مدل مراقبت از خود، ارتباطی مستقیم و غیرمستقیم بین متغیرها وجود دارد. بنابراین توصیه می‌گردد که ارزشیابی از طریق آنالیز مسیری انجام گردد. آنالیز مسیری تعمیمی از رگرسیون معمولی است که می‌تواند علاوه بر بیان منطقی روابط همبستگی‌های مشاهده شده بین آن‌ها را تفسیر کند. همبستگی مسیری (Path coefficient) اطلاعاتی راجع به تأثیر نسبی متغیرهای برونزاد (Exogenous variable) (علل) بر متغیرهای درونزاد (Endogenous variable) (معلول‌ها) فراهم می‌کند [۱۰].

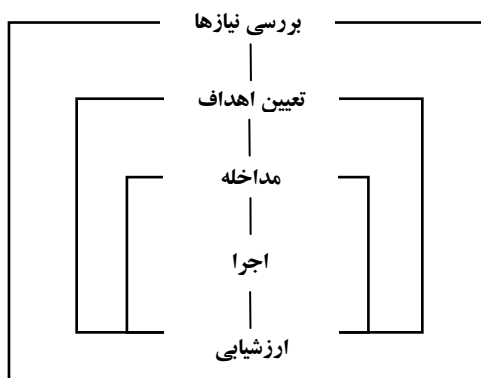
این تحقیق با هدف استفاده از تحلیل مسیری در کاربرد مدل مراقبت از خود تدوین گردید تا شاید از این مدل بتوان به تعیین عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران دیابتی پرداخت. در حقیقت هدف تحقیق، مطالعه و تدوین یک مدل به‌منظور توضیح عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیک بیماران است (نمودار ۱).

نمودار ۱ مدل مفهومی مراقبت از خود در رابطه با پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در بیمارستان دیابتی غیروابسته به انسولین به‌منظور دستیابی به برآوردهای ضریب متغیرها در معادلات مسیری رگرسیون مسیری (از نرم‌افزار EQS استفاده شده است).

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی از نوع آزمون مقدماتی و نهایی با یک گروه (Pre test post test) one group design است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت بیمارستان سینا در شهر تبریز است. در این پژوهش از نمونه‌گیری تصادفی به‌صورت تدریجی به مدت سه ماه (مرداد، شهریور، مهر) در سال ۱۳۷۹ و پی‌گیری شش ماهه در طی سال‌های ۸۰-۷۹ استفاده شد. ۱۳۷ نمونه پرسشنامه را تکمیل کردند که از این میان ۱۰۴ نفر رضایت خود را از خون‌گیری اعلام داشتند و برای ۱۱۸ نفر بیمار، اطلاعات مربوط به کلسترول و تری‌گلیسرید از پرونده به‌دست آمد. هر

اختصاصی (رضایت از درمان و مشکلات ناشی از بیماری) و بررسی وضعیت متابولیسی بیماران دیابتی اقدام گردید و در نهایت لیستی از نقایص در مراقبت از خود در ابعاد نیازهای مراقبت از خود درمانی تهیه شد و براساس آن آموزش ارائه گردید (شکل ۱).



شکل ۱ طراحی برنامه آموزش

برای گردآوری اطلاعات تحقیق مذکور، پرسشنامه‌ای پنج بخشی، شامل (۱) مشخصات فردی - اجتماعی، (۲) بررسی و شناخت نیاز مراقبت از خود درمانی و نیروی مراقبت از خود که در بررسی نیروی مراقبت از خود از ابزار SCI (Self as carer inventory) براساس مقیاس لیکرت استفاده شد، (۳) کیفیت زندگی مرتبط با سلامت شامل عملکرد جسمی، درد و ناراحتی، فعالیت‌های روزانه، احساس، خواب، سلامت کلی و ارتباط با نزدیکان، (۴) کیفیت زندگی اختصاصی شامل رضایت از درمان و مشکلات و محدودیت‌های ناشی از بیماری، و (۵) سنجش وضعیت متابولیسی مورد استفاده قرار گرفت. برای تعیین روایی ابزار از روایی محتوا و پایایی از آلفا کرونباخ استفاده شد. در مورد آزمایش‌های مربوط به وضعیت متابولیسی، اطلاعاتی شامل کلسترول، تری‌گلیسرید، قند خون از پرونده بیمار به دست آمد. آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله توسط پرسنل مجرب آزمایشگاه جهاد دانشگاهی تبریز با استفاده از روش کالریمتری و کیت اندازه‌گیری مهسایاران و دستگاه اسپکتروفوتومتر صورت گرفت. اعتبار علمی آزمایش توسط یک متخصص آزمایشگاه و به وسیله یک دستگاه

هفته یک‌بار روزهای دوشنبه کلاس آموزشی به صورت سخنرانی به زبان ترکی، فیلم به زبان فارسی و پرسش و پاسخ به مدت ۹۰ دقیقه توسط همکاران پژوهشگر، پژوهشگر و کارشناس تغذیه برای هر ۱۵-۱۰ نفر از بیماران برگزار گردید. تدوین کلاس‌های آموزشی براساس نیازهای آموزشی بیماران دیابتی صورت می‌گرفت. پس از تماس‌های تلفنی از ۱۳۷ بیمار ۹۱ بیمار در پی‌گیری یک‌ماهه حاضر شدند. در این مرحله، پس از تکمیل پرسشنامه آموزش‌های لازم به صورت فردی به مدت ۶۰ دقیقه توسط پژوهشگر، همکاران او و کارشناس تغذیه ارائه شد و وزن، فشارخون و ... کنترل گردید. لازم به ذکر است که در پی‌گیری یک‌ماهه، علاوه بر تأکید ویژه بر نکات آموزشی در جلسه اول، نیازهای آموزشی فردی هر بیمار برحسب پرونده تدوین شده توسط پژوهشگر و همکاران او مورد بحث و بررسی قرار می‌گرفت (آموزش فردی). پس از گذشت سه ماه، بیماران مجرد مورد پی‌گیری قرار گرفتند.

سرانجام پس از گذشت ۶ ماه از ورود هر بیمار به طرح پژوهشی، با او تماس تلفنی برقرار گردید و بیمار برای بررسی نهایی، یعنی تکمیل پرسشنامه در مرحله پایانی و خون‌گیری هموگلوبین گلیکوزیله، بررسی وزن، فشارخون، کلسترول، تری‌گلیسرید و سایر مسائل مربوط به کنترل متابولیسی مراجعه کردند که در نهایت اطلاعات مربوط به ۵۹ بیمار باقیمانده به وسیله تحلیل مسیری بررسی گردید. در ابتدا برای اجرای آموزش براساس مدل مراقبت از خود به بررسی نیازها اقدام شد. نیازهای مورد بررسی، شامل نیازهای کلی مراقبت از خود (تهویه، مایعات، تغذیه، دفع، فعالیت و استراحت، ارتباط و تعاملات اجتماعی، پیشگیری از خطرهای زندگی، عملکرد و حفظ سلامت) و نیازهای مربوط به انحراف از سلامت (مکانیسم‌های تطابقی، اختلالات موجود در وضعیت سلامت، تاریخچه قبلی انحراف از سلامت و وضعیت سلامت در خانواده) است. در کنار بررسی نیازها، به بررسی نیروی مراقبت از خود (توانایی‌های بیمار)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، کیفیت زندگی

هموگلوبین گلیکوزیله ($\chi^2=9.015$, $df=2$, $p<0.01$) ارتباط معناداری وجود دارد.

برای انجام آنالیز مسیری در ابتدا کدگذاری متغیرها صورت گرفت و متغیرها در ارتباط مسیری به صورت زیر نمادگذاری شدند:

آگاهی از خود کنترل (V1)، قضاوت و تصمیم‌گیری (V2)، عملکرد (V3)، فشارها (V4)، حمایت‌ها (V5)، سن (V6)، وضعیت متابولیکی (V7)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت (V8)، رضایت از درمان (V9)، مشکلات ناشی از بیماری (V10)، مکانیسم‌های تطابقی (V11)، تاریخچه قبلی انحراف از سلامت (V12)، وضعیت سلامت در خانواده (V13)، تهویه (V14)، مایعات (V15)، تغذیه (V16)، دفع (V17)، فعالیت و استراحت (V18)، ارتباط (V19)، خطرها (V20)، حفظ سلامت (V21). پس از کدگذاری متغیرها، نمودار ۱ مدل پیشنهادی محقق تدوین گردید و متعاقب آن پس از تدوین معادلات مسیری (شکل ۲، نمودار ۲) تهیه گردید. نمودار ۲ ارتباط مسیری متغیرهای مدل مراقبت از خود را در کیفیت زندگی نشان می‌دهد خطوط پیکان بیانگر مسیر از علت به معلول است. این نمودار بیانگر مدل مراقبت از خود در رابطه با عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو است. در این نمودار، سن، آگاهی از خود کنترل، مایعات، فشارها، دفع، و وضعیت سلامت در خانواده «متغیرهای برونزاد» مابقی «متغیرهای درونزاد» هستند. همچنین ϵ ها متغیرهای خطا هستند که در اثر تصادف و یا منظور نشدن متغیرهای مؤثر دیگر در مدل پدید می‌آیند [۱۰].

از میان مشخصات فردی (سن، جنس، تاهل، تحصیلات، محل سکونت، وضعیت اشتغال و نوع درمان) مورد نظر محقق، فقط سن تأثیرگذار بوده است. فشارها در آنالیز مسیری، شامل تعداد فرزندان، نان‌آور خانواده، طول مدت ابتلا به دیابت، سابقه دیابت در خانواده و عوارض و حمایت‌ها شامل دریافت آموزش، بیمه، متوسط درآمد ماهیانه، نحوه زندگی، و وجود افراد مطلع در خانواده است، از طرف دیگر، بین متغیرهای برونزاد فقط بین سن و فشارها

اسپکتروفتومتر بدون نقص و مورد تأیید متخصص آزمایشگاه در دو مرحله انجام شد. برای اطمینان از اعتماد علمی آزمایش‌ها در هر مرحله، از یک متخصص آزمایشگاه در یک محل و تحت شرایط دقیق و یک دستگاه اندازه‌گیری استفاده شد.

اطلاعات حاصل پس از کدگذاری با استفاده از نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید و سپس به منظور دستیابی به برآوردهای ضریب متغیرها در معادلات مسیری، رگرسیون مسیری از نرم‌افزار EQS استفاده شد. روش‌های آماری مورد استفاده شامل آمار توصیفی و استنباطی (کای‌دو، آنالیز واریانس) و آنالیز مسیری بود.

نتایج

در این تحقیق، یافته‌ها نشان داد که اکثر واحدهای مورد پژوهش در دامنه سنی ۴۹-۵۹، ۴۰-۵۰ (۵۰٪) (۲۹/۲ درصد)، زن (۸۶/۱ درصد)، متأهل (۷۸/۱ درصد)، بیسواد (۵۰/۴ درصد)، ساکن شهر (۸۹/۱ درصد)، غیرشاغل (۷۸/۱ درصد)، زندگی با خانواده (۹۲ درصد)، نان‌آوری خانواده (۵۱/۳ درصد)، دارای بیمه (۷۵/۹ درصد)، دارای سابقه ابتلا به بیماری ۹-۱ سال (۵۰/۴ درصد)، دارای سابقه دیابت در خانواده (۶۰/۶ درصد)، عدم‌دریافت آموزش (۸۴/۷ درصد) و بروز عوارض (۵۹/۹ درصد) بودند. در بررسی ارتباط بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی با مشخصات فردی - اجتماعی، فقط بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی و عوارض ($\chi^2=6.7$, $df=1$, $p<0.01$) تعداد فرزند ($F=4.02$, $df=3$, $p<0.01$) و علایم و نشانه‌ها ($\chi^2=16.1$, $df=3$, $p<0.001$) ارتباط معناداری وجود دارد. در بررسی بین امتیازات کسب شده از نیروی مراقبت از خود با مشخصات فردی - اجتماعی فقط بین سن ($F=4.5$, $df=1$, $p<0.03$) و تعداد فرزند ($F=2.7$, $df=3$, $p<0.05$) و در بررسی ارتباط بین امتیازات کسب شده از کیفیت زندگی اختصاصی (مشکلات ناشی از دیابت) با متوسط درآمد ماهیانه ($\chi^2=6.7$, $df=3$, $p<0.04$)، رضایت از درمان) با نحوه زندگی ($F=4.1$, $df=1$, $p<0.05$) و

معادلات مسیری نهایی عبارتند از:

بحث و نتیجه‌گیری

کاربرد مدل مراقبت از خود در آموزش بیماران دیابتی به منظور اصلاح کیفیت زندگی و وضعیت متابولیکی برای اولین بار در این تحقیق مورد استفاده قرار گرفته است. در این مدل در اولین گام، تجزیه و تحلیل نیازهای موجود صورت می‌گیرد که هدف از آن، دستیابی به اطلاعات پایه مورد نیاز است. برای تعیین نقص در مراقبت از خود باید به بررسی نیازهای مراقبت از خود درمانی شامل نیازهای کلی مراقبت از خود و نیازهای مربوط به انحراف از سلامت پرداخت.

نیازهای مراقبت از خود درمانی، شامل نیاز کلی مراقبت از خود، نیاز تکاملی مراقبت از خود و نیاز مربوط به انحراف از سلامت است [۱۱]. در این تحقیق، نیاز مراقبت از خود تکاملی مورد بررسی قرار نگرفت تحقیقات جارسما (۱۹۹۸) بر روی بیماران مزمن نشان داد که در افراد مسن و مبتلا به بیماری‌های مزمن، اثر بیماری بر نیاز تکاملی مراقبت از خود بسیار ناچیز است [۷].

به منظور دستیابی به یک بررسی کامل نیروی مراقبت از خود (آگاهی از خودکنترلی، قضاوت و تصمیم‌گیری و عملکرد)، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، و کیفیت زندگی اختصاصی و وضعیت متابولیک مورد بررسی قرار گرفت. پس از تکمیل فرم‌های بررسی و شناخت، لیستی از نقایص در مراقبت از خود در ابعاد نیازهای مراقبت از خود درمانی تهیه گردید. برکز (۱۹۹۹) در مورد نقص مراقبت از خود می‌نویسد: در نقص مراقبت از خود، اولین گام پرستار بررسی و شناخت نیازهای مراقبت از خود درمانی و عوامل زمینه‌ای اصلی است. دومین گام پرستار بررسی و شناخت دوطرفه پرستار و مددجو از نیازهای مراقبت از خود درمانی و نیروی مراقبت از خود برای تعیین ماهیت نقص مراقبت از خود است. بررسی و شناخت کلی نیروی مراقبت از خود پایه‌ای را برای سیستم مراقبتی فراهم می‌کند که در نهایت سبب خودکنترلی در مددجویان می‌گردد [۱۲].

نمودار ۲ ارتباط مسیری متغیرهای مدل مفهومی مراقبت از خود در ارتقای کیفیت زندگی و وضعیت متابولیکی

(۰/۳۵۹-)، و سن و وضعیت دفعی (۰/۳۲۹-) ارتباط معنادار وجود دارد. در ابتدا در تحلیل مقدماتی، ماتریس همبستگی متغیرهای مدل مراقبت از خود در بررسی کیفیت زندگی به صورت جدول ۱ تهیه گردید. سپس جدول ۲ به منظور بررسی مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم مؤثر بر کیفیت زندگی، شامل آثار مستقیم و غیرمستقیم و کل مؤثر بر کیفیت زندگی محاسبه گردید، به نحوی که بین سن و وضعیت متابولیک (۰/۱۴-) و سن و کیفیت زندگی (۰/۴۰۵-) ارتباط منفی و معنادار و بین فشارها و وضعیت متابولیک (۰/۰۴) و کیفیت زندگی (۰/۰۶) ارتباط مثبت و ضعیف معنادار وجود دارد. رضایت از درمان و مشکلات ناشی از بیماری بدون تأثیر بر وضعیت متابولیک، دارای اثر توتال به ترتیب ۰/۹۲۳ و ۰/۹۲۴- بر روی کیفیت زندگی هستند. جدول ۳ خلاصه نتایج به دست آمده از تحلیل مسیری در مدل مراقبت از خود را نشان می‌دهد.

نمودار ۳ ارتباط مسیری متغیرهای مدل مفهومی مراقبت از خود در بررسی کیفیت زندگی و وضعیت متابولیسی با ظرایب Path

بررسی و شناخت این بیماران باید علاوه بر بررسی و شناخت نیازها به صورت کلی، بر ارزیابی در بعد وضعیت مایعات و دفع با دقت بیش‌تری تکیه کرد. اجزای نیروی مراقبت از خود، شامل آگاهی از خود کنترلی، قضاوت و تصمیم‌گیری و عملکرد بر وضعیت متابولیک مؤثر بوده، بر کیفیت زندگی تأثیری ندارند. بیماران مزمن، مبتلا به تغییرات وسیعی در نیازهای کلی مراقبت از خود هستند. برای مثال در بیماران آرتریت

یافته‌های به دست آمده از تحلیل مسیری به منظور ارائه یک مدل مراقبت از خود براساس یافته‌ها و تعیین نیازهای مراقبت از خود درمانی (نمودار ۳) نشان داد که از میان نیازهای کلی مراقبت از خود، وضعیت مایعات و دفع، و از میان نیازهای مربوط به انحراف از سلامت تاریخچه قبلی انحراف از سلامت بر کیفیت زندگی مؤثر است. وضعیت دفع بیماران دیابتی نیز بر وضعیت متابولیسی آنها مؤثر است. در حقیقت در تدوین فرم

جدول ۱ ماتریس همبستگی متغیرهای مدل مفهومی مراقبت از خود در بررسی کیفیت زندگی ($P < 0.05$, $P < 0.01$)

جدول ۲ آثار مستقیم و غیرمستقیم و توتال متغیرهای مدل مراقبت از خود بر کیفیت زندگی و وضعیت متابولیکی

جدول ۳ خلاصه نایج به دست آمده از تحلیل مسیری در مدل مراقبت از خود

منابع

1. Black, JM, Jacobs, EM. Medical- Surgical nursing: clinical management for continuity of care. Philadelphia: W.B.Saunders co: 1997.
2. World Health Organization. Epidemiology of Diabete. www.WHO.COM, 3 April/1 PM/2001(ON LINE).
۳. حبیبیان، سونیا و دیگران. طرح کشوری پیشگیری و کنترل دیابت و ادغام آن در نظام پزشکی. معاونت بهداشتی (اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری‌ها)، بهمن ۱۳۷۷.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، گزارش منتشر شده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۳-۴، تهران ۱۳۷۴.
5. Smeltzer, SC. Bare, BC. Brunner and Suddarth's textbook of medical surgical nursing. Philadelphia: W.B. Saunders co: 2000.
6. Deyo, RA, The quality of life, Research and Care. Annuals of Internal Medicine, 1991; 15:695-696.
7. Jaarsma, T. et al. Developing supportive – educative program for patients with advanced heart failure with in orem's general theory of nursing. Nursing Science Quarterly, 1998; 11(2):79-85.
8. Meleis, A. Theoretical nursing development and progress. Philadelphia: Lippincott co: 1997.
9. Moore, JB. Picher, VH. Measurement of Orem's basic conditioning factors: A review of published research. Nursing Science Quarterly, 2000; 13(2): 137-142.
۱۰. کاظم نژاد، نوشیروان و سادات هاشمی، سید مهدی. کاربرد تحلیل مسیری در مطالعات پزشکی. دانشور (فصلنامه پژوهشی دانشگاه شاهد)، سال ششم، شماره ۲۴، صفحات ۴۳-۵۲، تابستان ۱۳۷۸.
11. Burks, KJ. A nursing practice model for chronic illness. Rehabilitation Nursing

روماتویید معمولاً در نیازهای فعالیت و استراحت، تمایل به سالم بودن و پیشگیری از خطرهای تغییراتی ایجاد می‌شود [۱۱].

متغیرهای قضاوت و تصمیم‌گیری و عملکرد، علاوه بر آثار مستقیم دارای آثار غیرمستقیم بر وضعیت متابولیکی هستند. رضایت از درمان و مشکلات ناشی از بیماری دارای آثار مستقیم و غیرمستقیم و معنادار بر کیفیت زندگی است. رضایت از درمان نیز به‌طور غیرمستقیم از طریق مشکلات ناشی از بیماری بر کیفیت زندگی مؤثر است؛ یعنی با افزایش رضایت از درمان، کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. در واقع، رضایت بیش‌تر از روش‌های درمانی می‌تواند آثاری بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی داشته باشد [۱۲ و ۱۳]. مشکلات ناشی از بیماری دارای آثار مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت زندگی است، یعنی با افزایش مشکلات ناشی از بیماری، کیفیت زندگی نیز کاهش می‌یابد.

چالش مهم در قرن ۲۱ ارتقای مراقبت از خود و دستیابی به خود کنترلی مطلوب در بیماران مزمن بخصوص بیماران دیابتی است. این چالش از طریق ارائه سیستم مراقبتی، مانند مدل مراقبت از خود در بیماران دیابتی ممکن خواهد شد. استفاده از این مدل، اطلاعات با ارزشی را فراهم کرده و می‌تواند در تحقیقات پرستاری، بررسی و شناخت و ارزشیابی سیستم مراقبتی بیماران دیابتی و شاید سایر بیماران مزمن کاربرد داشته باشد.

14. Somchit, H. et al. An integrative review and meta-analysis of self care research in Thailand (1988-1999). Seminar in self-care. 1999; Nov: 1-30.
15. Jaarsma, T. et al. Self cares and quality of life in-patient with advanced heart failure: The effect of a supportive – educative intervention. Heart and Lung, 2000; 29(5): 319-330.
12. Kinmonth, AL. Randomised controlled trial of patient centered care of diabetes in general practice: impact on current well-being and future disease risk. BMJ.1998; 317:1202-1208.
13. Hanested, RR. Albrekesten, G. Quality of life, perceived difficulties in adherence to a diabetes regimen and blood glucose control. Diabete Medicine. 1991; 8:759-764.

