

بررسی تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه در سال ۱۳۹۷

رسول صادقی^۱، نادر آقاخانی*^۲، رحیم بقایی^۳، رحیم نژادرحیم^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۰/۱۱/۱۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: دیابت یکی از بیماری‌های مزمن است که با مشکلات عروقی و عوارض جسمی و روانی خود می‌تواند کیفیت زندگی بیماران را مختل کند. عوارض مزمن این بیماری، از جمله زخم پای دیابتی بر اهمیت درمان بر پایه خودمراقبتی در این بیماری می‌افزاید که تأثیری عمیق در بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد. به همین دلیل مشارکت بیماران در امر درمان ضروری است. یکی از مهم‌ترین روش‌های رسیدن به این هدف استفاده از الگوی مراقبت مشارکتی است. مطالعه حاضر به صورت کارآزمایی بالینی با هدف تعیین تأثیر اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بستری در بیمارستان طالقانی ارومیه انجام شد.

مواد و روش کار: در این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی، ۶۰ بیمار واجد شرایط به صورت نمونه‌گیری تصادفی از جامعه در دسترس انتخاب و به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. طی جلسه اول برای هر دو گروه، پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی و پرسشنامه دموگرافیک تکمیل شد. سپس برنامه اجرای مدل مراقبت مشارکتی برای گروه مداخله (شامل مراحل: انگیزش، آماده‌سازی، درگیرسازی، ارزشیابی) به صورت چهره به چهره و پمفلت به مدت ۷ جلسه یک‌ساعته برگزار شد. سه ماه پس از اتمام برنامه مشارکتی، هر دو گروه مجدداً نسبت به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند.

یافته‌ها: بر اساس یافته‌های به‌دست‌آمده، میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن (به‌جز مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی) بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی متفاوت بود ($p < 0/001$). همچنین میانگین نمرات کیفیت زندگی و ابعاد آن (به‌جز مؤلفه‌های فعالیت روزانه، رضایت از زندگی و اوضاع اقتصادی) درون گروه مداخله بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی نسبت به قبل از مداخله، به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مؤثر هست. بنابراین توصیه می‌شود پرستاران بر اساس این تئوری به همراه ارزیابی نیازها و توانایی بیمار، آن‌ها را در خودمراقبتی تشویق کرده تا از وقوع و پیشرفت عوارض دیابت پیشگیری کرده و باعث کاهش هزینه‌های درمانی شوند.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت مشارکتی، کیفیت زندگی، زخم پای دیابتی

مجله پرستاری و مامایی، دوره نوزدهم، شماره نهم، پیاپی ۱۴۶، آذر ۱۴۰۰، ص ۶۸۳-۶۹۵

آدرس مکاتبه: دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، تلفن: ۰۹۱۴۳۰۸۷۹۱۷

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

مقدمه

در حال توسعه زندگی می‌کنند (۳). افراد مبتلا به دیابت متناسب با میزان افزایش سطح گلوکز خون، عوارضی هم چون آسیب به عروق خونی کوچک و اعصاب محیطی، کاهش درک در رابطه با آسیب به انتهایها و نیز ناهنجاری‌های ناشی از اختلالات اعصاب حرکتی را تجربه می‌کنند (۴).

دیابت یکی از بیماری‌های مزمن و شایع هست که در چند دهه اخیر میزان ابتلا به آن رو به افزایش بوده است (۱، ۲). این‌گونه برآورد شده است که تا سال ۲۰۳۵ شیوع جهانی آن به ۶۰۰ میلیون نفر افزایش خواهد یافت که ۸۰ درصد بیماران مبتلا در کشورهای

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مراقبت‌های ویژه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

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

^۳ دانشیار پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

^۴ استادیار عفونی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

در این راستا، مدل‌ها و برنامه‌های مراقبتی مختلف موجود به‌طور عمومی بر اساس مؤلفه‌های و متغیرهای مختلف بنا شده‌اند (۱۰). مدل‌های مراقبتی مختلفی از جمله مدل مراقبتی پیگیر، مدل مراقبتی توانمندسازی خانواده محور، مدل مراقبتی مزمین جهت بیماران مبتلا به دیابت و سایر بیماری‌های مزمین در ایران و کشورهای دیگر استفاده شده است. تأثیر این مدل‌های مراقبتی در بیماران مزمین مختلف از جمله پرفشاری خون و دیابت استفاده شده و تأثیر مثبتی در تعدادی از ابعاد مربوط به این بیماری‌ها نشان داده شده است.

در این بین مدل‌های بومی چون سازگار با فرهنگ جامعه ماست، توسط پژوهشگران و بیماران به خوبی درک شده و قابلیت اجرایی دارند. یکی از الگوهای که می‌تواند بیمار را در مراقبت از خود سهیم کند مدل "مراقبت مشارکتی" است. این مدل توسط محمدی در سال ۱۳۸۰ طراحی گردید برای آموزش مراقبت از خود بیماران مبتلا به دیابت استفاده شد و کارآمدی آن در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران مورد ارزیابی قرار گرفت.

مدل "مراقبت مشارکتی" عبارت است از فرآیند منظم و منطقی برقراری ارتباط مؤثر، متعامل و پویا بین مددجو (به عنوان مشارکت جو) و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (به عنوان مشارکت کننده) در جهت درک و شناخت بیشتر نیازها، مشکلات و انتظارات در روند کنترل بیماری و برانگیختن و درگیر ساختن مددجویان برای پذیرش مسئولیت و کمک به بهبودی و حفظ و ارتقاء سلامت آن‌ها می‌باشد (۱۳). یکی از اهداف اساسی مدل مراقبت مشارکتی، بهبود کیفیت زندگی مددجویان است. برای دستیابی به این مهم مراحل زیر در قالب یک ساختار منظم ارائه شده و با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی به‌صورت مجموعه‌ای به هم پیوسته و پویا عمل می‌کند: انگیزش، آماده‌سازی درگیرسازی و ارزشیابی (۱۴).

تاکنون مطالعات متعددی در زمینه کاربرد مدل مراقبت مشارکتی در مراقبت از بیماری‌های مزمین همانند بیماران مبتلا به بیماری مزمین انسدادی ریه (۱۵)، بیماران مبتلا به فشارخون بالا (۱۶)، بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی (۱۷)، بیماران مبتلا به آسم (۱۸)، بیماران مبتلا به دیابت نوع دو،... (۱۹) انجام گرفته است.

با توجه به این که مدل مراقبت مشارکتی محدود به بیماری خاصی نبوده و با توجه به این که بررسی تأثیر الگوی مراقبت مشارکتی می‌تواند در معرفی روش‌های بهبود کیفیت زندگی بیماران دچار پای دیابتی و کاهش مشکلات آنان اثرگذار باشد و به استناد مطالعات صورت گرفته در خصوص تأثیر مراقبت مشارکتی در سایر بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمین و لزوم بهبود کیفیت زندگی

بیماران مبتلا به دیابت ملیتوس^۱ به علت نوروپاتی، اختلال عروقی و کاهش عملکرد نوتروفیل‌ها در معرض عفونت‌های شدید پا می‌باشند که از میان اختلالات فوق، نوروپاتی اهمیت زیادی دارد. زیرا این بیماران ممکن است درجه حرارت و درد را حس نکنند و حتی اگر جسم خارجی به کف پای آن‌ها فرو رود متوجه نشوند. حتی نوروپاتی می‌تواند به علت اینکه بیماران متوجه فشار کفش بر روی انگشتان نمی‌شوند باعث تغییر شکل انگشتان پا شود. در نهایت پای بیماران مخصوصاً در ناحیه کف پا زخم شده که در صورت عدم تشخیص و درمان صحیح عمیق‌تر شده و می‌تواند تا استخوان هم پیشرفت کند. زخم پای بیماران می‌تواند به شکل سلولیت، میوزیت، آبسه، فاشئیت، آرتریت عفونی، تاندینیت و استئومیلیت تظاهر کند و سرانجام منجر به آمپوتاسیون اندام تحتانی^۲ شود (۵).

احتمال ابتلای یک بیمار مبتلا به دیابت به ضایعات پا زیاد است که بیش از ۱۵ درصد این زخم‌ها در نهایت منجر به آمپوتاسیون عضو خواهد شد. تخمین زده می‌شود که در افراد مبتلا در هر ۲۰ ثانیه یک اندام تحتانی قطع می‌شود (۶). ریسک اولین نوبت ابتلا به زخم پای دیابتی در بیماران با سابقه بیش از ۱۰ ساله دیابت، مردان، افراد با کنترل ضعیف قند خون و ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی، کلیوی و چشمی افزایش می‌یابد (۷).

مهم‌ترین فاکتور مستعد کننده ابتلا به عفونت در بیماران دیابتی زخم پا است که اغلب مرتبط با نوروپاتی محیطی و استئومیلیت بوده و مشکل‌ترین و بحث‌انگیزترین بخش عفونت پای دیابتی است. زخم پای دیابتی، علاوه بر اینکه بیشترین هزینه بیمارستانی ناشی از دیابت را به خود اختصاص داده است، این بیماران در مقایسه با سایر بیماران بدون سابقه زخم پا، حدود ۴۷ درصد ریسک مرگ و میر بالاتری دارند (۸). دیابت، بیماری مزمینی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیاز دارد (۹). در پرداختن به مفهوم مراقبت، شناخت بیمار به عنوان یک انسان منحصر به فرد با نیازهای خاص خود ضروری است و توانایی پرستار در این شناخت برای ارائه مراقبتی بیمار محور، عامل اساسی در فراهم کردن مراقبت مؤثر است (۱۰). مراقبت، هسته مرکزی، جوهر با مفهوم اصلی در پرستاری است و به حرفه پرستاری هویت بخشیده و شکل‌های متفاوتی از آن، مرکز اصلی عملکرد پرستاری است (۱۱). در این راستا، مدل‌ها و برنامه‌های مراقبت پرستاری می‌توانند راهنمای مناسبی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشند. از این رو استفاده از این مدل‌ها و برنامه‌ها در مراقبت از بیماران به خصوص در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمین مانند دیابت، مورد تأکید قرار گرفته است (۱۲).

² Amputation

¹ Diabetes Mellitus

برحسب هدف، کاربردی و طرح آن نیمه تجربی از نوع قبل و بعد و روش آن بر اساس نحوه گردآوری داده‌ها، توصیفی و از نوع پس‌آزمون با گروه کنترل و مداخله است. جامعه آماری در این بررسی عبارت است از کلیه بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه. جهت برآورد حجم نمونه با توجه به نتایج مطالعه آقاخانی و همکاران و همکاران (۹) با میانگین و انحراف معیار $16/22 \pm 42/24$ در گروه کنترل و میانگین و انحراف معیار $18/27 \pm 57/3$ در گروه مداخله و با توان آزمون ۹۰ درصد و اطمینان ۰/۹۵، طبق فرمول پوکاک، حجم نمونه ۲۷/۵ برآورد شد که با در نظر گرفتن احتمال ۱۰ درصد ریزش نمونه‌ها برای هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\delta_1^2 + \delta_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{[1/96 + 1/28]^2 [18/27^2 + 16/22^2]}{(57/3 - 42/24)^2} = 27/5$$

$$1-\alpha=0/95 \Rightarrow Z_{1-\alpha/2}=1/96$$

$$1-\beta=0/90 \Rightarrow Z_{1-\beta}=1/28$$

$$S_1=18/27 \quad S_2=16/22$$

بیماران اطلاع داده شد. بعد از پر کردن پرسشنامه و انجام پیش‌آزمون، افراد گروه مداخله بر اساس سن و جنس و تحصیلات و نوع زخم پا (سطحی یا عمیق) بر اساس طبقه‌بندی واگنر (۱۵) به ۶ گروه ۵ نفره تقسیم‌بندی شدند و مدل مراقبتی مشارکتی بر روی بیماران گروه مداخله اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه اطلاعات و دموگرافیک شامل قد، وزن، وضعیت شغلی، تحصیلات بیمار، وضعیت مالی، نوع دیابت، شاخص توده بدنی، نحوه کنترل دیابت، محل زخم پا، تعداد زخم پا، طول مدت ابتلا به بیماری دیابت، طول مدت ابتلا به زخم پای دیابتی، سابقه خانوادگی دیابت، محل سکونت، آخرین مقدار هموگلوبین A1C، آخرین مقدار قند خون ناشتا و غیر ناشتا و پرسشنامه خاص کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی (DFS-SF) مشتمل بر ۵ بعد بود. جهت تعیین روایی ابزار گردآوری داده‌ها از روش اعتبار محتوا استفاده شد بدین صورت که به ۱۰ نفر از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه ارائه شد و نظرات اصلاحی احتمالی آن‌ها در ابزار اعمال گردید.

همچنین برای تعیین پایایی، پرسشنامه ابتدا توسط ۱۵ بیمار مبتلا به زخم پای دیابتی تکمیل و بعد از ۳ ماه دوباره پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل و تحلیل نتایج حاصل با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، مقدار ۰/۹۸ درصد محاسبه شد.

بیماران دچار پای دیابتی با روش‌های اثربخش و با توجه به تعداد رو به ازدیاد افراد مبتلا، استفاده از این مدل در زمینه جنبه‌هایی از کیفیت زندگی مرتبط با بیماران پای دیابتی و سایر بیماری‌های غیر واگیر، ضروری به نظر می‌رسد. بر همین اساس، با توجه با اینکه هنوز مطالعه‌ای در ایران در زمینه تأثیر به کارگیری این مدل بر روی کیفیت زندگی بیماران دچار پای دیابتی یافت نشد، لذا در این مطالعه، تأثیر مداخله بر اساس مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران دچار پای دیابتی مورد بررسی قرار گرفته است.

مواد و روش کار

با توجه به موضوع و ماهیت آن، روش تحقیق این مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می‌باشد که پس از تصویب طرح و ارزیابی روایی و پایایی علمی ابزارهای پژوهش و دریافت معرفی نامه از معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی و کسب مجوز از کمیته اخلاق معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی ارومیه آغاز شد. سپس با توجه به معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید ابتلا به دیابت، توانایی برقراری ارتباط، عدم دریافت برنامه مدون آموزشی، رضایت بیماران، داشتن زخم پای دیابتی فعال که بر اساس تشخیص پزشک به آمپوتاسیون نیاز نداشته باشد، عدم ابتلا به بیماری شدید جسمی و روانی و افراد بین ۲۰ تا ۶۵ سال بودند.

تعداد ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بدون آمپوتاسیون مراجعه‌کننده به این مرکز به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و هم از میان پرونده‌های بایگانی و هم از میان بیماران بستری در بخش‌های این مرکز انتخاب و به روش تخصیص تصادفی (پرتاب سکه) به گروه مداخله (۳۰ پرونده) و کنترل (۳۰ پرونده) تقسیم شد. سپس به هر دو گروه پرسشنامه‌های مربوطه (پرسشنامه دموگرافیک و پرسش نامه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پای دیابتی) داده شد و در مورد تکمیل آن‌ها آموزش‌های لازم ارائه گردید و در صورت داشتن پرسش، جواب داده شد. لازم به ذکر است که برای دعوت از نمونه‌ها از تماس تلفنی استفاده شده است. به این صورت که برای یادآوری جلسات گروه مداخله تلفنی به

و جلسه مشارکتی پیگیری دوم (جلسه ششم حضور مددجویان) نیز از لحاظ ترکیب و شرایط مانند ویزیت‌های مشارکتی آموزشی می‌باشند. هرکدام از این جلسات برای هر گروه به صورت مستقل و حداکثر به مدت نیم ساعت، در ۲ جلسه و به فاصله یک هفته از پایان جلسه مشارکتی آموزشی دوم و به فاصله یک هفته از یکدیگر تشکیل شد. در این جلسات ضمن بررسی مشکلات مددجویان، اقدامات قبلی مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم جهت تصحیح ایرادات احتمالی ارائه گردید. همچنین نمونه‌ها در جریان پژوهش نیز از طریق تماس تلفنی با محقق در ارتباط بودند. مرحله ارزشیابی: این مرحله که مرحله پایانی مدل می‌باشد، یک ماه بعد از اتمام مرحله سوم اجرا گردید. در این مرحله ارزیابی نهایی برای سنجش تأثیر مدل بر کیفیت زندگی بیماران در گروه مداخله توسط ابزارهای اندازه‌گیری اطلاعات انجام شد. سپس همین نحوه سنجش و ارزیابی برای گروه کنترل هم‌زمان انجام شد. داده‌های به دست آمده از مطالعه به وسیله روش‌های آماری توصیفی و استنباطی و آزمون‌های تی مستقل، یومن ویتنی، تی زوجی و ویلکاکسون با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد بررسی و تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفته است.

یافته‌ها

یافته‌های مطالعه نشان داد که ۷۵ درصد افراد مورد پژوهش را مردان و ۲۵ درصد آن‌ها را زنان تشکیل داده است. همچنین میانگین سن بیماران گروه کنترل برابر با $۷/۳۱ \pm ۵۵$ سال و میانگین سن بیماران گروه مداخله برابر با $۶/۹۶ \pm ۵۴/۸۰$ سال می‌باشد. از طرفی میانگین قند خون ناشتای بیماران گروه کنترل برابر با $۸/۲۴ \pm ۱۹۳/۷$ میلی‌گرم در دسی لیتر و میانگین قند خون ناشتای بیماران گروه مداخله برابر با $۹/۱۳ \pm ۱۹۲/۹$ میلی‌گرم در دسی لیتر و نیز میانگین قند خون غیرناشتای بیماران گروه کنترل برابر با $۱۴/۵۸ \pm ۲۶۲/۹$ میلی‌گرم در دسی لیتر و میانگین قند خون غیرناشتای بیماران گروه مداخله برابر با $۱۵/۷۳ \pm ۲۶۴/۶$ میلی‌گرم در دسی لیتر می‌باشد. نتایج آزمون‌های آماری کای-دو، دقیق فیشر و تی مستقل نشان داد که در دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای جنسیت، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت شغلی، وضعیت مالی، محل سکونت، وضعیت سیگاری، نوع دیابت، شاخص توده بدنی، نحوه کنترل دیابت، محل زخم پا، تعداد زخم، طول مدت بیماری دیابت، طول مدت ابتلا به زخم پای بیماری، سابقه خانوادگی دیابت، میزان قند خون ناشتا، میزان قند خون غیر ناشتا، سن و وزن از نظر آماری اختلاف معنی‌داری وجود ندارد.

جهت رسیدن به اهداف، الگوی مراقبت مشارکتی که دارای ۴ مرحله ۱- انگیزش ۲- آماده‌سازی ۳- درگیرسازی ۴- ارزشیابی می‌باشد به شکل زیر اجرا شده است:

مرحله انگیزش: این مرحله که همان جلسه اول حضور مددجویان می‌باشد. در این مرحله نیازسنجی آموزشی با بررسی و شناخت مشکلات بیماران با گرفتن شرح حال انجام شد. همچنین آگاهی‌های لازم در رابطه با وضعیت موجود، خطرات ناشی از عدم شرکت در برنامه جهت کنترل بیماری و فواید مراقبت مشارکتی به آن‌ها داده شد. این مرحله یک جلسه ۲ ساعته به طول کشید.

مرحله آماده‌سازی: این مرحله جلسه دوم حضور مددجویان بود. در این جلسه بیماران با گروه‌بندی اعضای خود آشنا شدند و به بیماران گفته شد که این مطالعه طی ۷ جلسه ۵ نفره و یک جلسه در هفته در شیفیت صبح کاری بعد از ویزیت متخصص غدد و ارجاع بیماران برای شرکت در گروه، بین ساعات ۱۱ الی ۱۲ به طوری که با ساعات ملاقات و راند بخش تداخل نداشته باشد به صورت آموزش چهره به چهره با سخنرانی و پاورپوینت و پمفلت در کلاس کنفرانس دانشجویان در بیمارستان به صورت دو جلسه آموزشی و دو جلسه پیگیری توسط محقق برگزار می‌شود. جلسات گروه‌ها به صورت روزهای زوج و فرد در هفته مشخص و برگزار شد. مدت زمان این مرحله هم ۱ ساعت بود.

مرحله درگیرسازی: این مرحله بار اجرایی مدل می‌باشد و جلسات آموزشی و پیگیری در این مرحله صورت گرفت. این مرحله شامل:

جلسه مشارکتی آموزشی اول (جلسه سوم حضور مددجویان) پس از ویزیت معمول پزشک مطالب آماده‌شده در رابطه با نحوه مصرف داروها و تزریق انسولین و کنترل مرتب قند خون به روش چهره به چهره به مددجویان ارائه گردید. این مرحله در طول هفته دوم برای هر گروه به صورت مستقل و به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه انجام گرفت. در پایان نیز کلیه مطالب آموزشی مورد نیاز به صورت پمفلت آموزشی به آن‌ها داده شد.

جلسه مشارکتی آموزشی دوم (جلسه چهارم حضور مددجویان): در این جلسه علاوه بر یادآوری مطالب جلسه اول، از نحوه مراقبت از پا، تغذیه و ورزش و فعالیت بدنی مناسب و متناسب این بیماران به روش چهره به چهره و نشان دادن عکس و پاورپوینت آموزش داده شد. این جلسه نیز برای هر گروه به صورت مستقل و به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه انجام گرفت و در پایان کلیه مطالب آموزشی مورد نیاز به صورت پمفلت به آن‌ها داده شد.

جلسه مشارکتی پیگیری اول (جلسه پنجم حضور مددجویان)

جدول (۱): مقایسه توزیع فراوانی و درصد مشخصات جمعیت شناختی کیفی بیماران بین دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	گروه کنترل		گروه مداخله		طبقات	آزمون
	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
جنسیت	مرد	۲۴	۸۰	۲۱	۷۰	$X^2=۰/۸۰۰*$ DF=۱ $p=۰/۳۷۱$
	زن	۶	۲۰	۹	۳۰	
تحصیلات	بی‌سواد	۹	۳۰	۱۳	۴۳/۳	$X^2=۸/۱۱۸**$ $p=۰/۰۹۱$
	ابتدایی	۱۱	۳۶/۷	۱۴	۴۶/۷	
	راهنمایی	۴	۱۳/۳	۲	۶/۷	
	دیپلم	۴	۱۳/۳	۰	۰	
	لیسانس	۲	۶/۷	۱	۳/۳	
وضعیت تأهل	مجرد	۲	۶/۷	۰	۰	$X^2=۷/۶۷۸**$ $p=۰/۰۵۹$
	متأهل	۲۰	۶۶/۷	۱۹	۶۳/۳	
	مطلقه	۰	۰	۴	۱۳/۳	
	همسر فوت‌شده	۸	۲۶/۷	۵	۱۶/۷	
	چندهمسری	۰	۰	۲	۶/۷	
وضعیت شغلی	خانه‌دار	۴	۱۳/۳	۶	۲۰	$X^2=۳/۰۰۳*$ DF=۳ $p=۰/۳۹۱$
	شاغل	۱۶	۵۳/۳	۱۱	۳۶/۷	
	بیکار	۷	۲۳/۳	۶	۲۰	
	بازنشسته	۳	۱۰	۷	۲۳/۳	
وضعیت مالی	ناکافی	۱۳	۴۳/۳	۱۰	۳۳/۳	$X^2=۱/۱۱۶**$ $p=۰/۶۸۵$
	در حد گذران زندگی	۱۲	۴۰	۱۶	۵۳/۳	
	کافی	۵	۱۶/۷	۴	۱۳/۳	
محل سکونت	منزل شخصی	۱۹	۶۳/۳	۱۹	۶۳/۳	$X^2=۰/۸۰۰*$ DF=۳ $p=۰/۸۴۹$
	منزل والدین	۶	۲۰	۴	۱۳/۳	
	اجاره	۴	۱۳/۳	۶	۲۰	
	منزل بستگان	۱	۳/۳	۱	۳/۳	
وضعیت سیگاری	سیگاری	۱۳	۴۳/۳	۱۵	۵۰	$X^2=۰/۲۶۸*$ DF=۱ $p=۰/۶۰۵$
	غیر سیگاری	۱۷	۵۶/۷	۱۵	۵۰	

(×: آزمون کای - دو، ××: آزمون دقیق فیشر)

جدول (۲): مقایسه‌ی توزیع فراوانی و درصد آیت‌های مربوط به دیابت بین دو گروه مداخله و کنترل

آزمون	گروه مداخله		گروه کنترل		طبقات	متغیر
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
$X^2=0.357^{**}$ $p=0.500$	۹۳/۳	۲۸	۹۶/۷	۲۹	نوع ۱	نوع دیابت
	۶/۷	۲	۳/۳	۱	نوع ۲	
$X^2=2.524^{**}$ $p=0.573$	۳۰	۹	۲۳/۳	۷	لاغر	شاخص توده بدنی
	۵۳/۳	۱۶	۶۰	۱۸	عادی	
	۱۶/۷	۵	۱۰	۳	اضافه‌وزن	
	۰	۰	۶/۷	۲	چاق	
$X^2=0.351^{**}$ $p=0.500$	۹۳/۳	۲۸	۹۶/۷	۲۹	انسولین	نحوه کنترل دیابت
	۶/۷	۲	۳/۳	۱	داروهای خوراکی	
$X^2=1.146^{**}$ $p=0.837$	۴۰	۱۲	۵۰	۱۵	پاشنه پا	محل زخم پا
	۴۰	۱۲	۳۶/۷	۱۱	کف پا	
	۳/۳	۱	۳/۳	۱	متاتارس‌ها	
	۱۶/۷	۵	۱۰	۳	انگشتان	
$X^2=1.335^{**}$ $p=0.884$	۳/۳	۱	۳/۳	۱	یک	تعداد زخم
	۵۳/۳	۱۶	۴۶/۷	۱۴	دو	
	۴۰	۱۲	۴۰	۱۲	سه	
	۳/۳	۱	۱۰	۳	چهار	
$X^2=1.272^{**}$ $p=0.561$	۳/۳	۱	۶/۷	۲	کمتر از ۵ سال	طول مدت بیماری دیابت
	۶۳/۳	۱۹	۵۰	۱۵	۵ تا ۱۰ سال	
	۳۳/۳	۱۰	۴۳/۳	۱۳	بیشتر از ۱۰ سال	
$X^2=3.160^{**}$ $p=0.227$	۰	۰	۱۰	۳	۱۰ روزه	طول مدت ابتلا به زخم پای بیماری
	۴۰/۶۰	۱۲	۴۳/۳	۱۳	۱۰ تا ۳۰ روزه	
	۶۰	۱۸	۴۶/۷	۱۴	بیشتر از ۳۰ روزه	
$X^2=1.111^*$ $df=1$ $p=0.292$	۵۳/۳	۱۶	۶۶/۷	۲۰	بله	سابقه خانوادگی
	۴۶/۷	۱۴	۳۳/۳	۱۰	خیر	دیابت

(x: آزمون کای - دو، xx: آزمون دقیق فیشر)

نیز حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ($P \leq 0.01$). همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که در خصوص ابعاد سلامت فیزیکی، تبعیت از درمان، روابط با دوستان، مراقبت از زخم پا و رضایت از زندگی نتایج آزمون یو-من ویتنی حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار بین دو گروه کنترل و مداخله می‌باشد ($P \leq 0.01$). ولی در خصوص مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی بیماران نتایج آزمون یو-من ویتنی حاکی از عدم

بر اساس یافته‌های جدول ۳ آزمون تی مستقل، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی تفاوت معنی‌داری دارد ($P \leq 0.01$). بدین معنی که پس از اجرای مدل مراقبت مشارکتی، کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یافته است. همچنین نتایج آزمون تی مستقل در خصوص ابعاد لذت بردن از زندگی، فعالیت روزانه، عواطف، روابط خانوادگی و نگرش به زندگی

تفاوت معنی‌دار بین دو گروه کنترل و مداخله می‌باشد ($P > 0/01$)، بیماران در گروه کنترل ($44/67$) با گروه مداخله ($46/67$) تفاوت همان‌طور که در جدول مشخص است میانگین نمره اوضاع مالی آن‌چنانی ندارد.

جدول (۳): مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن بین دو گروه مداخله و کنترل بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی

نتایج آزمون آماری	گروه‌ها		کیفیت زندگی و ابعاد آن (نمرات پس آزمون)
	مداخله	کنترل	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$\times \times (U=22/50, P=0/0001)$	73/87 \pm 5/63	54/67 \pm 6/50	لذت بردن از زندگی
$\times \times (U=95/50, P=0/0001)$	63/60 \pm 5/79	52/80 \pm 6/07	سلامت فیزیکی
$\times (t=-8/28 \text{ و } df=58, P=0/0001)$	62/33 \pm 5/95	50/55 \pm 5/03	فعالیت روزانه
$\times (t=-14/84 \text{ و } df=58, P=0/0001)$	58/26 \pm 4/94	39/15 \pm 5/04	عواطف
$\times \times (U=268, P=0/006)$	84/33 \pm 11/04	75/33 \pm 12/79	تبعیت از درمان
$\times (t=-4/06 \text{ و } df=58, P=0/0001)$	59/60 \pm 8/02	48/13 \pm 13/22	روابط خانوادگی
$\times \times (U=20, P=0/0001)$	63/60 \pm 8/49	39/47 \pm 7/02	روابط با دوستان
$\times \times (U=31, P=0/0001)$	52 \pm 7/14	33/50 \pm 6/84	مراقبت از زخم پا
$\times \times (U=197/50, P=0/0001)$	74 \pm 13/02	60 \pm 11/74	رضایت از زندگی
$\times (t=5/17 \text{ و } df=58, P=0/0001)$	66/93 \pm 7/35	55/87 \pm 9/13	نگرش به زندگی
$\times \times (U=411/50, P=0/548)$	46/67 \pm 16/88	44/67 \pm 18/7	اوضاع اقتصادی
$\times (t=-14/58 \text{ و } df=58, P=0/0001)$	64 \pm 3/33	50/38 \pm 3/94	کیفیت زندگی (نمره کل)

\times : آزمون تی مستقل، $\times \times$: آزمون یومن ویتنی

خصوص ابعاد سلامت فیزیکی، تبعیت از درمان، روابط با دوستان و مراقبت از زخم پا حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار ابعاد ذکر شده درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ولی در خصوص دو مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی و رضایت از زندگی نتیجه آزمون ویلکاکسون بیانگر عدم اختلاف معنی‌دار مؤلفه‌های اوضاع اقتصادی و رضایت از زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ($P > 0/05$). پس در کل با اطمینان ۹۹ درصد می‌توان ادعا کرد که آموزش مدل مراقبت مشارکتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران شده است.

مطابق جدول شماره (۴) نتایج نشان داد که در حالت کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی درون گروه مداخله، قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده شده ($P \leq 0/001$) تفاوت معنی‌داری دارد. در خصوص ابعاد کیفیت زندگی شامل لذت بردن از زندگی، عواطف، روابط خانوادگی و نگرش به زندگی نیز نتایج آزمون تی زوجی حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار ابعاد ذکر شده درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد. ولی در خصوص مؤلفه‌ی فعالیت‌های روزانه نتایج تی زوجی حاکی از عدم وجود اختلاف معنی‌دار این بعد درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ($P > 0/05$). همچنین نتایج آزمون ویلکاکسون در

جدول (۴): مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی

نتایج آزمون آماری	مرحله		کیفیت زندگی و ابعاد آن (نمرات گروه مداخله)
	پس آزمون	پیش آزمون	
	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
$\times (t=-12/37 \text{ و } df=29, P=0/0001)$	73/87 \pm 5/63	45/47 \pm 10/68	لذت بردن از زندگی

سلامت فیزیکی	۵۰±۱۰/۲۸	۶۳/۶۰±۵/۷۹	xx(Z=-۴/۲۱۶, P=۰/۰۰۰۱)
فعالیت روزانه	۵۸/۵۶±۹/۶۲	۶۲/۳۳±۵/۹۵	x(t=-۱/۷۱ و df=۲۹, P=۰/۰۹۸)
عواطف	۳۵/۹۳±۵/۹۶	۵۸/۲۶±۴/۹۴	x(t=-۱۸/۲۴ و df=۲۹, P=۰/۰۰۰۱)
تبعیت از درمان	۷۳/۳۳±۱۰/۶۱	۸۴/۳۳±۱۱/۰۴	xx(Z=-۳/۳۵, P=۰/۰۰۱)
روابط خانوادگی	۴۹/۶۰±۱۴/۰۴	۵۹/۶۰±۸/۰۲	x(t=۳/۴۰ و df=۲۹, P=۰/۰۰۲)
روابط با دوستان	۴۹/۲۰±۱۰/۲۵	۶۳/۶۰±۸/۴۹	xx(Z=-۴/۳۲, P=۰/۰۰۰۱)
مراقبت از زخم پا	۳۶/۳۳±۹/۶۴	۵۲±۷/۱۴	xx(Z=-۴/۳۲۲, P=۰/۰۰۰۱)
رضایت از زندگی	۶۸±۲۰/۰۷	۷۴±۱۳/۰۲	xx(Z=-۱/۳۹۲, P=۰/۱۶۴)
نگرش به زندگی	۵۳/۲۰±۹/۶۹	۶۶/۹۳±۷/۳۵	x(t=-۵/۶۱ و df=۲۹, P=۰/۰۰۰۱)
اوضاع اقتصادی	۴۶±۱۴/۹۹	۴۶/۶۷±۱۶/۸۸	xx(Z=-۰/۲۷۶, P=۰/۷۸۲)
کیفیت زندگی (نمره کل)	۵۱/۴۲±۵/۰۹	۶۴/۱۱±۳/۳۳	x(t=-۱۰/۸۴۸ و df=۲۹, P=۰/۰۰۰۱)

×: آزمون تی زوجی xx: آزمون ویلکاکسون

وجود اختلاف معنی‌دار این ابعاد درون گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ($P > 0.05$). همچنین نتایج آزمون ویلکاکسون در خصوص ابعاد لذت بردن از زندگی و رضایت از زندگی حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار ابعاد ذکر شده درون گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ولی در خصوص دو مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی و مراقبت از زخم پا نتیجه آزمون ویلکاکسون بیانگر عدم اختلاف معنی‌دار مؤلفه‌های اوضاع اقتصادی و مراقبت از زخم پا بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی درون گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد ($P > 0.05$).

مطابق جدول شماره (۵)، نتایج داده‌های به‌دست‌آمده از آزمون تی زوجی حاکی از آن است که در حالت کلی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی درون گروه کنترل، قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی با توجه به سطح معنی‌داری مشاهده‌شده ($P \leq 0.05$) تفاوت معنی‌داری دارد. در خصوص ابعاد کیفیت زندگی شامل سلامت فیزیکی، عواطف و نگرش به زندگی نیز نتایج آزمون تی زوجی حاکی از وجود تفاوت معنی‌دار ابعاد ذکر شده درون گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌باشد. ولی در خصوص مؤلفه‌ی فعالیت‌های روزانه، تبعیت از درمان، روابط خانوادگی و روابط با دوستان نتایج آزمون تی زوجی حاکی از عدم

جدول (۵): مقایسه‌ی کیفیت زندگی و ابعاد آن درون گروه کنترل قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی

نتایج آزمون آماری	مرحله		کیفیت زندگی و ابعاد آن
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	
xx(Z=-۲/۰۳۶, P=۰/۰۴۲)	۵۴/۶۷±۶/۵۰	۵۰±۸/۷۱	لذت بردن از زندگی
x(t=-۲/۰۹۰ و df=۲۹, P=۰/۰۴۵)	۵۲/۸۰±۶/۰۷	۴۸±۱۰/۶۶	سلامت فیزیکی
x(t=-۰/۷۹۶ و df=۲۹, P=۰/۴۳۳)	۵۰/۵۵±۵/۰۳	۴۸/۸۹±۹/۱۱	فعالیت روزانه
x(t=-۶/۳۴ و df=۲۹, P=۰/۰۰۰۱)	۳۹/۱۵±۵/۰۴	۳۱/۶۳±۵/۵۲	عواطف
x(t=-۱/۳۹ و df=۲۹, P=۰/۱۷۶)	۷۵/۳۳±۱۲/۷۹	۶۹/۶۷±۱۴/۵۰	تبعیت از درمان
x(t=۱/۰۱ و df=۲۹, P=۰/۳۲۱)	۴۸/۱۳±۱۳/۲۲	۵۲/۲۷±۱۲/۹۹	روابط خانوادگی
x(t=-۱/۰۷, P=۰/۲۹۰)	۳۹/۴۷±۷/۰۲	۳۷/۳۳±۷/۸۸	روابط با دوستان
xx(Z=-۰/۸۶۹, P=۰/۳۸۵)	۳۳/۵۰±۶/۸۴	۳۱/۵۰±۷/۴۴	مراقبت از زخم پا

رضایت از زندگی	۵۱/۳۳±۱۳/۵۸	۶۰±۱۱/۷۴	$\times\times(Z=-۲/۷۰۷, P=۰/۰۰۷)$
نگرش به زندگی	۴۷/۶۰±۱۲/۱۳	۵۵/۸۷±۹/۱۳	$\times(t=-۳/۳۱ \text{ و } df=۲۹, P=۰/۰۰۳)$
اوضاع اقتصادی	۳۷/۳۳±۱۲/۵۷	۴۴/۶۷±۱۸/۷۰	$\times\times(Z=-۱/۸۷۶, P=۰/۰۶۱)$
کیفیت زندگی (نمره کل)	۴۵/۹۶±۴/۸۹	۵۰/۳۸±۳/۹۴	$\times(t=-۳/۳۰ \text{ و } df=۲۹, P=۰/۰۰۳)$

×: آزمون تی زوجی ××: آزمون ویلکاکسون

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به مشکلات عدیده‌ای که در امر مراقبت در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی وجود دارد و این موضوع منجر به کاهش کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود، این مطالعه تأثیر آموزش مدل مراقبت مشارکتی را بر کیفیت زندگی این بیماران مورد بررسی قرار داد. نتایج یافته‌ها نشان داد بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مورد بررسی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت، به عبارت دیگر دو گروه مورد مطالعه از لحاظ متغیرهای مذکور، همگن بودند. بر اساس یافته‌های به دست آمده در این مطالعه مشخص شد که بین میزان نمرات کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی درمانی طالقانی ارومیه، در دو گروه کنترل و مداخله بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است به طوری که میانگین نمرات کیفیت زندگی در بیماران گروه مداخله بالا می‌باشد که این نتیجه حاکی از تأیید فرضیه اول پژوهش می‌باشد و می‌توان ادعا کرد که اجرای مدل مراقبت مشارکتی منجر به ارتقاء کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی می‌شود پس نتایج این فرضیه با نتایج تحقیقات علیجانی و همکاران (۱۳۹۰)، دانشی و همکاران (۱۳۹۳)، فهیمی و همکاران (۲۰۱۸)، هووا و همکاران (۲۰۱۷)، کیتون و همکاران (۲۰۱۲)، زارع شورکی و همکاران (۱۳۹۶)، رضایپور و همکاران (۲۰۱۷)، خوشاب و همکاران (۱۳۹۰) همسو می‌باشد، زیرا نتایج همه‌ی تحقیقات مذکور حاکی از تأثیر مثبت اجرای مدل مراقبت مشارکتی بر بهبود نمره کیفیت زندگی بیماران بوده است (۲۳-۲۹).

همچنین در خصوص ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی، نتایج آزمون تی مستقل و یو-من ویتنی حاکی از تأیید مؤلفه‌های لذت بردن از زندگی، فعالیت روزانه، عواطف، روابط خانوادگی، نگرش به زندگی، سلامت فیزیکی، تبعیت از درمان، روابط با دوستان، مراقبت از زخم پا و رضایت از زندگی و رد مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی می‌باشد. بدین معنی که در کلیه ابعاد کیفیت زندگی (به جز مؤلفه‌ی اوضاع اقتصادی) در دو گروه کنترل و مداخله بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی تفاوت معنی‌دار هستیم. نتایج پژوهش رضایپور و همکاران (۲۰۱۷) تحت عنوان «اثرات مدل مراقبت

همکاری بر کیفیت زندگی بیماران پس از آنژیوپلاستی کرونر: یک آزمایش بالینی تصادفی شده» نشان‌دهنده اختلاف معنی‌داری بین دو گروه در ارتباط با میانگین تغییرات نمره کیفیت زندگی و ابعاد آن در بیماران تحت آنژیوپلاستی کرونر سه ماه پس از مداخله بود (۲۸). هووا و همکاران (۲۰۱۷) نیز در پژوهشی با عنوان «مدل مراقبت همکاری، توانایی خود مراقبتی، کیفیت زندگی و عملکرد قلبی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی» نتیجه گرفتند که مدل مراقبت مشارکتی در مقایسه با مراقبت‌های معمول، مراقبت از خود، کیفیت زندگی و عملکرد قلبی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی را بهبود می‌بخشد (۲۶). زارع شورکی و همکاران (۱۳۹۶) نیز در یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تجربی با عنوان «تأثیر اجرای الگوی مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران قلبی» نشان دادند که نمره کیفیت زندگی، ۳ ماه بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل تفاوت آماری معنی‌داری را نشان داد (۲۹). همچنین نتایج پژوهش خوشاب و همکاران (۱۳۹۰) نتیجه پژوهش حاضر را تأیید می‌کند، خوشاب و همکاران در سال ۱۳۹۰ یک مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی با عنوان «تأثیر مدل مراقبت مشارکتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به نارسایی قلبی مراجعه‌کننده به بیمارستان‌های آموزشی شهر کرمان در سال ۱۳۸۹» انجام دادند و نتیجه گرفتند که تفاوت معنی‌داری در میانگین کلی کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و مداخله وجود دارد بطوریکه میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروهی که بر اساس مدل مراقبت مشارکتی تحت مراقبت و درمان قرار گرفته بودند نسبت به گروه کنترل بهبود معنی‌داری پیدا کردند (۳۰). لذا اجرای مدل مراقبت مشارکتی می‌تواند توانایی بیماران را در مدیریت بیماری افزایش دهد که یکی از اهداف آموزش برنامه مراقبت مشارکتی نیز همین است که به نوبه خود باعث کاهش اشغال تخت بستری، کاهش هزینه برای بیمار و بیمارستان و در نهایت رسیدن به بالاترین سطح سلامت جامعه می‌باشد.

در تبیین این فرضیه از مطالعه حاضر می‌توان گفت نظر به اینکه زخم پای دیابتی از جمله بیماری‌هایی می‌باشد که بیمار هم به لحاظ مادی و هم به لحاظ جسمی و روانی با آن درگیر است، لذا فعال ساختن بیماران و مشارکت دادن آن‌ها در مراقبت از خود از اهمیت خاصی برخوردار است که در مدل مراقبت مشارکتی، با دقت زیادی

به آن پرداخته است و لذا با توجه به نتیجه این مطالعه می‌توان در ارتباط با مدل مراقبتی مشارکتی ادعا کرد که مدلی قابل قبول و اثربخش جهت بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی می‌باشد.

نتایج آزمون آماری تی زوجی و آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون مربوط به کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در دو حالت قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی نشان داد که میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی متفاوت است، به طوری که میانگین کیفیت زندگی بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی نسبت به قبل از اجرا به طور قابل توجهی ارتقاء پیدا کرده است. این نتیجه بیانگر این مطلب مهم است که با اجرا و آموزش مراقبت مشارکتی به بیمار، درک و آگاهی وی نسبت به مفهوم کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و از همه مهم‌تر کیفیت زندگی افزایش می‌یابد. همچنین در خصوص ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی، نتایج آزمون تی زوجی و ویلکاکسون حاکی از تأیید مؤلفه‌های لذت بردن از زندگی، عواطف، روابط خانوادگی، نگرش به زندگی، سلامت فیزیکی، تبعیت از درمان، روابط با دوستان و مراقبت از زخم پا و رد مؤلفه‌های فعالیت روزانه، رضایت از زندگی و اوضاع اقتصادی می‌باشد. بدین معنی که در کلیه ابعاد کیفیت زندگی (به جز مؤلفه‌های فعالیت روزانه، رضایت از زندگی و اوضاع اقتصادی) درون گروه مداخله قبل و بعد از اجرای مدل مراقبت مشارکتی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد. فونل^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نیز در اصل هفتم از استانداردهای یازده گانه برای توسعه خودمراقبتی در دیابت، بر بررسی فردی و آموزش مشارکتی برای ایجاد تغییرات رفتاری در بیماران و اثربخش شدن آموزش تأکید نموده‌اند (۳۱).

در کل می‌توان این چنین نتیجه‌گیری نمود که افراد مبتلا به زخم پای دیابتی مورد بررسی و بالطبع کلیه این بیماران در سطح کشور ما دارای سطح کیفیت زندگی نسبتاً پایینی می‌باشند و تلاش‌های مداخله‌ای برای افزایش و ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران مهم و ضروری به نظر می‌رسد. این یافته‌ها در برنامه‌ریزی‌های آموزشی که برای بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی انجام می‌گیرد می‌تواند کاربرد مؤثر و مطلوبی داشته باشد.

محدودیت‌های مطالعه:

- پژوهش حاضر از نظر مکانی صرفاً محدود به بخش خاصی از ایران می‌باشد؛ آشکار است که، میزان کیفیت زندگی بیماران

مبتلا به زخم پای دیابتی بستری در بیمارستان طالقانی ارومیه نمی‌تواند نماینده کاملی از سطح کیفیت زندگی بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی در بیمارستان‌های کل کشور باشد؛ و این مسئله تعمیم مکانی پژوهش را با محدودیت مواجه می‌سازد.

- وضعیت‌های جسمی، روانی اجتماعی بیماران می‌توانست هنگام تکمیل پرسشنامه بر نحوه پاسخ‌دهی تأثیرگذار باشد که پژوهشگر جهت حل این مشکل در وقت مناسبی اقدام به جمع‌آوری داده‌ها کرد.

- کم‌سودای بعضی از بیماران نیز در تکمیل پرسشنامه به صورت خود تکمیلی مسئله‌ساز بود که در این صورت پژوهشگر خود اقدام به پر کردن پرسشنامه نمود.

- احتمال ریزش نمونه‌ها در طول طرح وجود داشت که با گرفتن تعداد بیشتر از اندازه نمونه برآوردی بر این مشکل غلبه شد. با عنایت به نتایج مطالعه، پیشنهاداتی به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

- پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی منظمی در خصوص مراقبت از پا برای بیماران دیابتی تدوین، و در نظام سلامت تلفیق شود.

- آموزش و افزایش دانش مراقبت مشارکتی در منزل و بیمارستان.

- از آنجایی که نتایج این مطالعه نشان‌دهنده بهبود کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله در گروه آزمون بود لذا پیشنهاد می‌شود تأثیر این مدل در سایر بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گیرد.

- و در نهایت با توجه به نتایج مطالعه به نظر می‌رسد که توجه به ریسک فاکتورهای قوی در این بیماران و نیز آموزش و معاینات دوره‌ای می‌تواند گامی بلند در راستای کاهش بروز عوارض تهدیدکننده سلامت عضو و حیات در بیماران زخم پای دیابتی باشد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از زحمات اساتید گرامی، تمام بیماران، خانواده‌های آنان، کارکنان بخش‌های بیمارستان و مسئولین بیمارستانی در این مطالعه و عزیزانی که ما را در نگارش این مطالعه یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

¹. Funnell

References:

1. Eshgh ZM, Mirzaei S, Majd HA, Saeedi ZA. Development and validation of self-care requisites assessment. *Adv Nurs Midwifery* 2012;21(75z):16-21.
2. Sherifali D, Bai JW, Kenny M, Warren R, Ali M. Diabetes self-management programmes in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Diabet Med* 2015;32(11):1404-14.
3. Bakker K, Apelqvist J, Lipsky B, Van Netten J, Schaper N, Foot IWGotD. The 2015 IWGDF guidance documents on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus. *Diabetes Metab Res Rev* 2016;32:2-6.
4. Bakri FG, Allan AH, Khader YS, Younes NA, Ajlouni KM. Prevalence of diabetic foot ulcer and its associated risk factors among diabetic patients in Jordan. *J Med J* 2012;46(2):118-25.
5. Anselmo MI, Nery M, Parisi MC. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. *Diabetol Metab Syndr* 2010;2(1):45.
6. Hinchliffe R, Andros G, Apelqvist J, Bakker K, Fiedrichs S, Lammer J, et al. A systematic review of the effectiveness of revascularization of the ulcerated foot in patients with diabetes and peripheral arterial disease. *Diabetes Metab Res Rev* 2012;28:179-217.
7. Kalish J, A. H. Management of diabetic foot problems. *J Vasc Surg* 2010;51(2):476-86.
8. Iversen MM, Midthjell K, Tell GS, Moum T, Østbye T, Nortvedt MW, et al. The association between history of diabetic foot ulcer, perceived health and psychological distress: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Endocr Disord* 2009;9(1):18.
9. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH, Townsend MC, Gould B. Brunner and Suddarth's textbook of medicalsurgical nursing 10th edition. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins; 2008.
10. Austin W. Nursing, empathy and perception of the moral. *J Adv Nurs* 2000 Jul;32(1):235-42.
11. J Ehlers V. Is caring a lost art in nursing or is it a changing reality? Commentary on the editorial written by Juliet Corbin. *Int J Nurs Stud* 2008 May;45(5):802-4.
12. Sajjadi M, Tavakolizadeh J, Heidary Marghzar M. Effect of the Intervention based on Partnership Care Model on Self-Concept Promotion in Patients with Type II Diabetes. *Horizon Med Sci* 2017 Jan 10;23(1):41-7.
13. Mohammadi E, Abedi HA, Jalali F, Gofranipour F, Kazemnejad A. Evaluation of 'partnership care model' in the control of hypertension. *Int J Nurs Pract* 2006;12(3):153-9.
14. Azadi F, Mohammadi E. Effects of Partnership Care Model on quality of life. *Iran J Nurs Res* 2006 Nov 10;1(2):0-.
15. Parizi A, Doctoral dissertation, Faculty of Nursing and Midwifery, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran
16. Haghghat A, Salehi S. Effect of performing Collaborative Care Model on Controlling High Blood Pressure in patients referred to Semnan city's clinics, 2013. *Arch Adv Biosci* 2015;6(4):1-7.
17. SAH P. The effect of the collaborative care model implementation on quality of life in patients with heart diseases. *Mil Caring Sci* 2017 Jun 10;4(1):39-48.
18. Daneshi F, Sabzevari S, Pooraboli B, ShojaeiShahrokhhabadi M. The effect of partnership care model on the quality of life of adults with Asthma. *Iran J Nurs Res* 2014 Jun;27(88):1-0.
19. Tabarsy B, Ghiyasvandian S, Moslemi Meheni S, Mohammadzadeh Zarankesh S. Evaluation of the effectiveness of collaborative care model on the quality of life and metabolic indexes in patients with type 2 diabetes. *J Educ Community Health* 2018 Jun 10;5(1):4-12.
20. Adib-Hajbaghery M, Alinaghpoor T. The Effects of Lecture and Multimodal Methods of Teaching on Healing Rate of Diabetic Foot Ulcer and Patients'

- Compliance with Care Recommendations. Iran J Nurs Res 2012;25(77).
21. Rasouli D, Nasiriziba F, Nabiamjad R, Haghani H. Comparison of life quality in men and women with diabetic foot ulcer in selected hospitals of Tehran universities, 1387. Pars J Med sci 2011;9(1):38-45.
22. Frykberg RG, Zgonis T, Armstrong DG, Driver VR, Giurini JM, Kravitz SR, et al. Diabetic foot disorders: a clinical practice guideline (2006 revision). J Foot Ankle Surg 2006;45(5):S1-S66.
23. Alijany-Renany H, Tamaddoni A, Haghighy-zadeh M, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β -thalassemia. J Shahrekord Univ Med Sci 2012;14(1):41-9.
24. Daneshi F, Sabzevari S, Pooraboli B, ShojaeiShahrokhbabdi M. The effect of partnership care model on the quality of life of adults with Asthma. Iran J Nurs 2014;27(88):1-10.
25. Fahami A, SHahmohammadi M, Poor MY. The Effect of Participatory Care Model on Sleep Quality and Quality of Life in Cardiovascular Patients. Indian J Forensic Med Toxicol 2018;12(2).
26. Hua C, Huang Y, Su Y, Bu J, Tao H. Collaborative care model improves self-care ability, quality of life and cardiac function of patients with chronic heart failure. Braz J Med Biol 2017;50(11).
27. Lin EH, Von Korff M, Ciechanowski P, Peterson D, Ludman EJ, Rutter CM, et al. Treatment adjustment and medication adherence for complex patients with diabetes, heart disease, and depression: a randomized controlled trial. Ann Fam Med 2012;10(1):6-14.
28. Rezapoor P, Shahriari M, Sanei H, Moeini M. Effects of collaboration care model on the quality of life in patients after coronary angioplasty: A randomized controlled clinical trial. Int J Community Based Nurs Midwifery 2017;5(2):112.
29. ZARE SH, Pishgooie S, Zareiyani A, ATASHZADE SF. The effect of the collaborative care model implementation on quality of life in patients with heart diseases. Mil Caring Sci 2017 Jun 10;4(1):39-48.
30. Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. Iran J Critic Care Nurs 2012;5(1):43-8.
31. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hoseney GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes Care 2009;32(Supplement 1):S87-S94.

THE EFFECT OF COLLABORATIVE CARE MODEL ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCERS

Rasool sadeghi¹, Nader Aghakhani², Rahim Baghaei³, Rahim Nezhadrahim⁴

Received: 09 January, 2021; Accepted: 30 January, 2022

Abstract

Background & Aims: Diabetes is one of the chronic diseases that can disrupt the quality of life of patients with its vascular problems and physical and psychological complications. The chronic complications of this disease, including diabetic foot ulcers, add to the importance of self-care treatment in this disease, which has a profound effect on the quality of life of patients. For this reason, the participation of patients in the treatment process is essential. One of the most important treatments for these patients is the use of participatory care model. The present study was conducted as a clinical test with the aim of determining the effect of implementing a participatory care model on quality of life in patients with diabetic foot ulcers hospitalized to Taleghani Hospital of Urmia.

Materials & Methods: In this random clinical study, 60 eligible patients were randomly selected from available population and assigned to intervention and control groups. During the first session, for both groups, the standard questionnaires of quality of life of patients suffering from diabetic foot ulcer as well as demographic questionnaires were completed. The program for implementing the participatory care model was held face to face and pamphlet for the intervention group (including steps: motivation, preparation, engagement, evaluation) for seven sessions each for an hour. Three months after the completion of the partnership program, both groups completed the questionnaire again.

Results: Based on the findings, the mean scores of quality of life and its dimensions (except for the economic component) between both intervention and control groups after the implementation of participatory care model were different ($p < 0.001$). Also, the mean scores of quality of life and its dimensions (except for the components of daily activity, life satisfaction, and economic situation) within the intervention group after implementing the participatory care model increased significantly related to that before the intervention ($p < 0.001$).

Conclusion: The implementation of participatory care model is effective in improving the quality of life of patients with diabetic foot ulcers. Therefore, it is recommended that nurses, encourage the patients in self-care along with assessing their needs and abilities, to prevent the occurrence and progression of diabetes complications and reduce treatment costs.

Keywords: Participatory Care, Quality Of Life, Diabetes, Diabetic Foot Ulcer

Address: Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

Tel: +989143087917

Email: naderaghakhani2000@gmail.com

Copyright © 2021 Nursing and Midwifery Journal

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

¹ Master Student in Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

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

³ Associate Professor of Nursing, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Assistant Professor of Infectious Diseases, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran