



بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی

جلال سعیدپور^۱ / مهدی جعفری^۲ / مهسا قاضی عسگر^۳ / حسن دیبانی دردشتی^۴ / احسان تیمورزاده^۵

چکیده

مقدمه: در بین بیماری‌های مزمن که یک مشکل اساسی بهداشت است، دیابت به عنوان بیماری خاموش از اهمیت بسزایی برخوردار است. از آنجایی که ارتقای کیفیت زندگی عموماً از اهداف عمده درمان است، اقدامات خود مراقبتی الزامی می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی بوده است. روش کار: این پژوهش به صورت نیمه تجربی طی دو مرحله قبل و بعد از آموزش بر روی ۶۰ بیمار دیابتی، به صورت تصادفی ساده انجام شد. شرکت کنندگان به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها پرسشنامه استاندارد سنجش کیفیت زندگی بود. که قبل از مداخله، به صورت مصاحبه حضوری تکمیل گردید و بعد از تعیین نیازهای آموزشی، یک برنامه آموزشی برای گروه مداخله انجام شد. داده‌ها، توسط نرم افزار SPSS ۱۷ با استفاده از آمار توصیفی و آزمون زوجی، و آنالیز واریانس تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: از ۶۰ بیمار مورد مطالعه در هر دو گروه شاهد و مداخله، ۴۵ زن با میانگین سنی 40 ± 3.2 سال بودند. در گروه مداخله میانگین تغییرات کیفیت زندگی 5.8 ± 6.5 و در گروه شاهد 3.5 ± 4.1 بود که تفاوت آماری معنی داری مشاهده شد ($p=0.001$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به عمل آمده، ارائه آموزش‌های مناسب در زمینه پیشگیری و بهبود و درمان بیماری دیابت از طریق بالاتر بردن سطح آگاهی می‌تواند سبب ارتقای سلامت عمومی و افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی گردد.

کلیدواژه‌ها: بیماران دیابتی، خود مراقبتی، کیفیت زندگی

• وصول مقاله: ۹۱/۱۰/۱۱ • اصلاح نهایی: ۹۲/۱/۱۷ • پذیرش نهایی: ۹۲/۳/۲۵

۱. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۲. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران؛ نویسنده مسئول (manage_ghazi@yahoo.com)
۴. پزشک عمومی بیمارستان ذوب آهن اصفهان، اصفهان، ایران
۵. دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

مقدمه

یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در جهان معاصر می‌باشد که به سرعت رو به افزایش است. این بیماری که پنجمین علت مرگ و میر جوامع غربی و چهارمین دلیل شایع مراجعه به پزشک است. ۱۵ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در ایالات متحده به خود اختصاص داده است. [۱] سازمان بهداشت جهانی با توجه به آمار و روند رو به تزاید دیابت در سراسر جهان، دیابت را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخوانده است. [۲] در ایران، آمارها در خصوص شیوع دیابت کاملاً متفاوت است. معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شیوع دیابت را ۳.۲۱ اعلام نموده است. به طور کلی شیوع دیابت در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴ درصد و در تمام استان‌ها در زنان بیشتر از مردان است. [۳]

دیابت ملیتوس یک اختلال متابولیک سیستمیک است که موجب متابولیسم غیر صحیح کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و پروتئین‌ها می‌شود. [۴]. تخمین زده می‌شود که تعداد کل افراد مبتلا به دیابت از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. [۵]

سازمان بهداشت جهانی افزایش ۱۷۰ درصدی را در بروز دیابت در کشورهای در حال توسعه گزارش کرده است که این مسأله حاکی از آن است که ۲۲۸ میلیون دیابتی در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند که ۷۵ درصد جمعیت دیابتی‌های جهان را تشکیل می‌دهند. [۲] در سال ۱۳۸۷ در ایران جمعیت دیابتی‌ها در حدود ۴ میلیون نفر تخمین زده شده و برآورد می‌شود که از این تعداد ۷.۴ درصد در تهران، ۷.۸ درصد در اصفهان

۱۳.۵ درصد در بوشهر، ۱۶.۳ درصد در یزد ساکن باشند. [۶] مطالعات نشان داده اند که دیابتی‌ها علیرغم زندگی تقریباً طبیعی در طولانی مدت به عوارض دیابت نظیر نوروپاتی، نفروپاتی، سکته قلبی و... مبتلا می‌شوند. [۷] دیابت ملیتوس مهم ترین علت کوری در بالغین و نارسایی مزمن کلیه است. بعلاوه مبتلایان به دیابت ۲ تا ۴ برابر بیشتر از غیر دیابتی‌ها در معرض ابتلا به عوارض قلبی عروقی قرار دارند و ۲ تا ۵ بار بیشتر دچار مرگ می‌شوند. [۵] 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 این نفروپاتی منجر به نارسایی مزمن کلیه گردد. [۳] از جمله مداخلات آموزشی انجام شده در جهان و ایران برای مبتلایان به دیابت می‌توان به آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، برگزاری کمپ‌های آموزشی، عضویت در کلوپ‌های آموزشی، آموزش و پیگیری مراقبت‌ها با تلفن، آموزش در قالب جلسات بازدید منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه، آموزش فردی، آموزش گروهی، گروهی، اشاره کرد. آموزش به شیوه بحث گروهی روشی است که به افراد فرصت می‌دهد نظرات، عقاید و تجربیات خود را در مورد مسائل مشترکشان به بحث بگذارند [۸-۱۰] مطالعات متعدد در نقاط مختلف دنیا نشان داده است که آموزش‌های داده شده به بیماران دیابتی به شیوه‌های گوناگون سبب کاهش وزن، یا به عبارتی سبب بهبود نمایه هموگلوبین (Hb A_{1c}) در قند خون ناشتا و وضعیت متابولیکی در بیماران دیابتی شده است. [۱۲-۱۴] چگونگی کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت بسیار است. کیفیت پایین زندگی منجر به کم کردن مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش

خطر عوارض بیماری است. [۱۳] اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را کاهش می‌دهد، از طرفی بهبود دانش و عملکرد مبتلایان به دیابت به معنای بهبود کنترل وضعیت متابولیکی و انجام رفتارهای خودمراقبتی صحیح است. به عبارت دیگر برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود به خوبی مراقبت کند، باید در مورد بیماری خود آموزش‌های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از این رو توانمند سازی بیمار و حمایت از خودمراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است. [۱۵]

با توجه به اینکه امروزه در مراقبت پزشکی، کنترل بیماری های مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی مطلوب نمودن کیفیت زندگی است، اگر اصلاح کیفیت زندگی هدف مهم در درمان طبی باشد، باید به عنوان یک برآیند در تحقیقات درمانی در نظر گرفته شود. امروزه بیماران انتظار مشارکت بیشتر در تصمیم گیری های درمانی را دارند بنابراین اطلاع از کیفیت زندگی در این تصمیم گیری‌ها، مهم می‌باشد، لذا کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه ای برخوردار است تا بدین طریق با توجه به نتایج به دست آمده برنامه ریزی‌های مناسب به منظور اصلاح کیفیت زندگی این بیماران صورت گیرد؛ با توجه به اینکه کشورهای مختلف جهان و سازمان جهانی بهداشت برنامه هایی را برای کاهش عوامل خطر ساز بیماری‌های غیرواگیر پیشنهاد کرده اند، در ایران نیز برای اصلاح شیوه ی زندگی و کنترل عوامل خطر ساز بیماری‌های غیر واگیر، لازم است که مداخله‌های مناسب صورت

گیرد. [۱۶] بنابراین مطالعه حاضر به بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌پردازد.

روش کار

این پژوهش از نظر نحوه اجرا از نوع مطالعات نیمه تجربی است. چون به دلیل بعضی محدودیت‌ها، امکان دستکاری برخی متغیرهای موجود وجود ندارد. [۱۳]

این پژوهش بر روی ۶۰ بیمار دیابتی مراجعه کننده به مرکز درمانی سید الشهدای شهر تهران، به صورت تصادفی ساده انجام شد. شرکت کنندگان به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و شاهد (۳۰ نفر) تقسیم شدند.

معیارهای ورود به مطالعه: سن بالای ۱۸، فقدان بیماری های مغزی از قبیل دلیریوم، دمانس، اختلالات یادگیری، عدم وجود اختلالات گفتاری و شنوایی، عدم مصرف داروهای مؤثر بر روان بود. در این راستا ۲ گروه را از لحاظ متغیرهای دموگرافیک همسان نمودیم و متغیر مورد مطالعه (کیفیت زندگی) در بین دو گروه بررسی شد که تفاوت آماری معنی داری نداشت لذا این دو گروه را بر اساس متغیر کیفیت زندگی همسان نکردیم و به مقایسه ۲ گروه مذکور در رابطه با کیفیت زندگی پرداختیم. یکی از محدودیت‌های این مطالعه، تعداد کم نمونه‌های فعال و واجد شرایط مطالعه حاضر بود.

متغیرهای دموگرافیک، اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد SF-36 (Short-form 36-item health survey) گردآوری شد که، پرسشنامه ای برای تعیین کیفیت زندگی است که در سؤالات آن، جنبه‌ها و عوامل مختلف کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است و به روش‌های مختلف امتیازدهی می‌شود. و مشتمل بر دو بخش است: بخش اول اطلاعات دموگرافیک که شامل

در ۳ جلسه یک ساعته در طی ۳ هفته برای گروه مداخله انجام شد.

در جلسات مراجعه، بیماران توسط کارشناس تغذیه رژیم غذایی مخصوص خود را دریافت نمودند و بیماران دیابتی در خصوص نوع و نحوه انجام فعالیت‌های ورزشی مفید به صورت عملی و گروهی به تمرین پرداختند. در ضمن تجارب مثبت خود بیماران یک منبع تقویت کننده محسوب گردید. از گروه مداخله خواسته شد، اصولی که آموزش می‌بینند را، در زمان حضور در منزل به کار گیرند. برای اطمینان از ماندگاری برنامه‌های آموزشی، در ابتدای هر جلسه، یک سناریو مطرح می‌شد و نظر ایشان در مورد مسئله مطرح شده گرفته می‌شد. سوالات در راستای مطالبی بود که در جلسه گذشته به آن‌ها آموزش داده شده بود. این مسئله موجب بکارگیری مطالب یاد گرفته شده و تکرار و تمرین بیشتر و پایایی ذهنیت جدید در مورد مسائل مطرح شده بود. در این راستا، در طول مدت مداخله، برای گروه شاهد، هیچ برنامه آموزشی برگزار نگردید.

پس از گذشت دو ماه مجدداً از هر دو گروه با همان پرسشنامه و همان سوالات، اطلاعات لازم جمع آوری و داده‌های جمع آوری شده بین گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش مقایسه گردید. بدلیل در نظر گرفتن این محدودیت که شاید دسترسی به افراد شرکت کننده در این مطالعه در صورت گذشت مدت زمان نسبتاً طولانی بعد از مداخله آموزشی کاهش یابد لذا فاصله دو ماه برای بررسی اثر بخشی آموزشی مورد تأیید مشاوران این مطالعه قرار گرفت. داده‌های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۷ و آزمون‌های آماری ANOVA و t زوجی در سطح معنی داری کمتر از ۰.۰۵ مورد تجزیه و

سن، جنس، شغل، میزان تحصیلات بود. و بخش دوم سوالات مربوط به کیفیت زندگی است. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت در ۸ بعد شامل عملکرد فیزیکی (۱۰ عبارت)، سلامت روان (۵ عبارت)، وضعیت اجتماعی (۴ عبارت)، ایفای نقش جسمی (۴ عبارت)، دردهای بدنی (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی (۳ عبارت)، انرژی و نشاط (۴ عبارت)، سلامت عمومی (۴ عبارت) می‌باشد که این هشت حیطه به روش مصاحبه در محل کلینیک جمع آوری گردید. در این بررسی مجموع امتیازات قابل محاسبه برای هر بیمار ۱۰۰ امتیاز بود. سطح کیفیت زندگی به سه سطح تقسیم گردید، به طوری که کیفیت زندگی در افراد دارای امتیاز کمتر از ۳۴ پایین، امتیاز بین ۳۴-۶۷ متوسط و امتیاز بالای ۶۷ بالا در نظر گرفته شد. بدلیل اینکه پرسشنامه مذکور قبلاً در پژوهش انجام شده توسط افخمی و همکاران ترجمه و اعتبارسنجی شده است نیاز به سنجش روایی و پایایی مجدد وجود ندارد [۱۷]. مقادیر همبستگی آلفای کرونباخ ($\alpha=0.86$) به دست آمد. در مرحله اول (قبل از مداخله) پرسشنامه به صورت مصاحبه حضوری توسط دو نفر که جزء پژوهشگران این مطالعه نبوده تا احتمال سوگیری شخصی در امتیاز دهی وجود داشته باشند، ضمن اینکه از نحوه امتیازدهی و سوالات پرسشنامه، آن‌ها را به طور کامل مطلع نمودیم، تکمیل گردید و بعد از تعیین نیازهای آموزشی و تدوین یک برنامه آموزشی خود مراقبتی با همکاری متخصصان غدد، دیابت، تغذیه، مداخله آموزشی به صورت چهره به چهره، سخنرانی و پرسش و پاسخ، بحث گروهی و پخش فیلم آموزشی، تراکت و پمفلت در خصوص تک تک عوارض دیررس بیماری دیابت، تغذیه، ورزش، باورهای غلط مربوط به بیماری دیابت،

بود. چهل و یک درصد از بیماران سیگار می کشیدند. کیفیت زندگی کسانی که سیگار می کشیدند، پایین تر از کسانی بود که سیگار نمی کشیدند (۳۲.۶۸ نسبت به ۵۴.۷۶) و رابطه بین استفاده از سیگار و کیفیت زندگی نیز از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.02$). بین شغل با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p = 0.01$) (جدول ۳). کیفیت زندگی بیماران زن قبل و بعد از مداخله بیشتر از بیماران مرد بوده است. افزایش کیفیت زندگی زنان، بعد از مداخله نیز بیشتر از بیماران مرد بوده است. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد در گروه مورد، در قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود ($p = 0.01$) (جدول ۴). رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه مورد قبل و بعد از مداخله در ارتباط با سطح تحصیلات آنها از نظر آماری معنی دار بود ($P < 0.04$). کیفیت زندگی تمام گروه‌های تحصیلی بعد از مداخله افزایش یافت. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد در ارتباط با تحصیلات قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود ($P = 0.02$) (جدول ۵).

تحلیل آماری قرار گرفتند. البته برای پایایی پرسشنامه ۴ ماه، بعد از مداخله آموزشی نیز مجدداً کیفیت زندگی دو گروه بررسی شد و نتایج تا حدود زیادی مشابه با نتایج مطالعه ۲ ماه بعد از آموزش بود.

یافته‌ها

از ۶۰ بیمار مورد مطالعه در هر دو گروه شاهد و مداخله، ۷۵ درصد زن (۴۵ نفر)، با میانگین سنی 40 ± 3.2 سال بودند. دو گروه از نظر سطح سواد و شغل اختلاف معنی داری نداشتند. در میان مشاغل مختلف، عمده افراد شرکت کننده خانه دار و دارای مدرک ابتدایی بودند (جدول ۱). در گروه مداخله، میانگین تغییرات کیفیت زندگی 5.8 ± 6.5 و در گروه شاهد 3.5 ± 4.1 بود. اختلاف میانگین امتیاز کیفیت زندگی قبل و پس از خود مراقبتی در دو گروه با آزمون تی مستقل معنی دار بود ($P < 0.04$) (جدول ۲). بین سن با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p = 0.01$) به طوریکه با افزایش سن کیفیت زندگی افزایش یافت. کیفیت زندگی 56.23 درصد از بیماران در سطح پایین، 24.81 درصد در سطح متوسط، 18.93 درصد در سطح خوب

جدول ۱: مقایسه گروه‌های مداخله و شاهد از نظر متغیرهای دموگرافیک

متغیر	مداخله		شاهد		
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	زن	۲۴	۸۰	۲۱	۷۰
	مرد	۶	۲۰	۹	۳۰
سن	۱۸-۲۴	۵	۱۶.۶	۴	۱۳.۳
	۲۵-۳۴	۸	۲۶.۶	۸	۲۶.۶
	۳۵-۴۴	۶	۲۰	۷	۲۳.۳
	۴۵-۵۴	۸	۲۶.۶	۷	۲۳.۳
	بالای ۵۵	۳	۱۰	۴	۱۳.۳
شغل	خانه دار	۱۶	۵۳.۳	۱۴	۴۶.۶
	کارمند	۳	۱۰	۵	۱۶.۶
	آزاد	۷	۲۳.۳	۵	۱۶.۶
	کارگر	۴	۱۳.۳	۶	۲۰
تحصیلات	بی سواد	۱	۳.۳	۱	۳.۳
	ابتدایی	۱۹	۶۳.۳	۲۵	۸۳.۳
	دیپلم	۴	۱۳.۳	۲	۶.۶
	بالتر از دیپلم	۷	۲۳.۳	۲	۶.۶

جدول ۲: اختلاف میانگین شاخص‌های کیفیت زندگی قبل و پس از خود مراقبتی در دو گروه

p-value	بعد از مداخله		p-value	قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	انحراف معیار ± میانگین			انحراف معیار ± میانگین		
	گروه مداخله	گروه شاهد		گروه مداخله	گروه شاهد	
<۰.۰۰۱	۸۹.۲±۱۵.۳	۵۴.۲±۴۷.۲	۰.۵۲۱	۳۸.۷±۱۷.۲	۴۰.۴±۲.۱۵	عملکرد فیزیکی
<۰.۰۰۱	۶۲.۳±۲۴.۲	۳۰.۳±۷۴.۱	۰.۰۹۲	۶۷.۴۴±۱۸.۸	۶۵.۶±۱۶.۵	ایفای نقش جسمی
<۰.۰۰۴	۶۰.۳±۲۱.۲	۷۰±۵	۰.۳۲۷	۶۳.۵±۱۵.۳	۶۱.۲±۱۴.۴	ایفای نقش عاطفی
<۰.۰۰۱	۸۲.۳±۹.۷	۱۶.۳±۲.۲	۰.۱۲۱	۴۸.۱±۱۱.۶	۵۱±۱۲.۷	انرژی و نشاط
<۰.۰۰۱	۶۸.۸±۱۳.۳	۵۷.۰±۷۵.۳	۰.۵۲۰	۶۶.۵±۱۲.۷	۶۳.۵±۱۴.۳	سلامت روان
<۰.۰۰۲	۹۳.۴±۷.۸	۶۲.۰±۹۷.۲	۰.۲۵۱	۶۸.۹±۱۷.۳	۶۲.۷±۱۳.۵	وضعیت اجتماعی
<۰.۰۰۱	۶۷.۳±۱۰.۷	۵۴.۲±۷۴.۲۱	۰.۲۴۶	۵۸.۹±۱۶.۷	۶۰.۶±۲۰.۷	دردهای بدنی
۰.۰۱	۸۰.۲±۱۰.۸	۳۵.۳±۶۱.۱۸	۰.۱۴۷	۴۷.۵±۱۲.۳	۴۳.۶±۱۳.۳	سلامت عمومی
۰.۰۴	۷۵.۵۲±۱۷.۵	۶۵±۱۵.۸	۰.۶۴۸	۴۶±۱۷.۹	۴۱±۱۳.۵	نمره کل کیفیت زندگی

جدول ۳: تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و شغل در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه مداخله				شغل
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۶	۵.۷۱	۴۹.۱	۱۵.۶۳	۳۵.۲۵	۰.۰۱	۲۱.۸۳	۶۲.۵	۱۳.۶۸	۵۱.۶۳	خانه دار
	۲۰.۲	۶۳.۳	۹.۱۸	۷۶.۱۲		۳.۱۴	۸۹	۱۲.۹۹	۷۴	کارمند
	۱۶.۷	۳۸.۷۸	۲۰.۰۳	۴۸.۲۹		۱۴.۴۹	۵۹.۲	۱۸.۶	۳۷.۸۲	آزاد
	۱۵.۳	۴۶.۳	۲۱.۸۳	۵۱.۹		۱۳.۹۲	۷۲	۱۲.۹۶	۴۶.۳۲	کارگر
	۱۶.۴۴	۵۱.۷۲	۱۹.۵۱	۵۲.۳۶		۱۶.۸۴	۶۰.۴۹	۱۴.۴۱	۴۹.۲۶	جمع

جدول ۴: تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و جنس در گروه مداخله و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه مداخله				جنس
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۰۱	۱۷.۷	۵۵.۷	۲۰.۵	۵۷.۳	۰.۰۳	۲۰.۴	۷۶	۱۸.۸	۶۳.۳۶	زن
	۲۰.۲	۴۴	۱۷.۶	۴۹		۱۲.۲۷	۴۵	۱۶.۶۹	۳۷.۱۶	مرد
	۱۹.۳۷	۵۱.۳	۱۸.۴۹	۵۲		۱۶.۱۴	۶۰.۵	۱۵.۷	۴۹.۹۸	جمع

جدول ۵: تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و تحصیلات در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه آزمون				جنس
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰.۱۲	۱۴.۷	۵۹.۷	۲۰.۳	۴۸.۱۲	۰.۰۴	۱۴.۱	۷۶	۱۸.۶۶	۴۶.۸۲	بی سواد
	۶.۲	۶۴.۲	۹.۱۸	۶۷.۳		۳.۱۴	۷۹	۱۲.۹	۶۴	ابتدایی
	۲۲.۳۷	۵۶.۳	۱۵.۴۹	۶۱.۱		۱۴.۶	۶۹.۵	۱۳.۶۸	۵۱.۳	دیپلم
	۱۶.۷	۴۶.۷۸	۲۱.۰۳	۵۳.۲۹		۲۱.۸	۶۲.۲	۱۲.۹	۴۷.۶۳	بالتر از دیپلم
	۱۶.۲	۵۲.۱	۱۹.۳	۵۲.۴		۱۶.۹	۶۱.۴۹	۱۴.۵	۵۱.۳	جمع

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه در حد پایین بوده است. که با مطالعه گلاسگو و همکاران همخوانی دارد، زیرا آن ها نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه خود را، ضعیف ارزیابی نمودند. [۱۸] در مطالعه حاضر، کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت که از نظر آماری نیز معنی دار بود. این میزان افزایش کیفیت زندگی می تواند در اثر شرکت بیماران در کلاس های آموزشی باشد که برای گروه آزمون برگزار گردید. این یافته با پژوهش مقدم تبریزی و همکاران مطابقت دارد. [۱۹] وجود اختلاف معنی دار آماری بین متغیرهای مختلف و کیفیت زندگی در گروه مداخله، قبل و بعد از مداخله آموزشی و عدم وجود اختلاف معنی دار بین کیفیت زندگی و متغیرهای فوق در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله را که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد، می توان در ارتباط با مداخله آموزشی دانست که برای گروه آزمون ارائه گردید. در مقاله آقا ملایی و همکاران، با عنوان تعیین تاثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، رفتار، نمایه هموگلوبین، در بیماران مبتلا به دیابت نیز، افزایش معنی داری از نظر کنترل شخصی قند خون، کنترل وزن، ورزش و رعایت رژیم غذایی داشت که بعد از مداخله آموزشی مشاهده شد. [۲۰] در راستای نتایج حاصله، نتایج مطالعه بروس و همکاران نشان داد که شرکت در برنامه آموزشی، ملاقات با متخصص تغذیه و انجام رفتارهای خودمراقبتی با داشتن امتیاز بالاتر در عملکرد بیماران مرتبط است. [۲۱] نتایج مطالعه حیدری و همکاران در زاهدان نیز همانند مطالعه ما نشان داد که آموزش به شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ، آموزش چهره به چهره با استفاده از اسلاید، اورهد، پمفلت، تصویر و جزوه به مدت ۶ ماه هر هفته ۲ جلسه سبب افزایش و بهبود

عملکرد مبتلایان به دیابت نوع ۲ شده است. [۲۲] یافته های پژوهش شریفی راد و همکاران در اصفهان [۲۳] و رضایی و همکاران در شهرستان الیگودرز نتیجه مشابهی را نشان داد. [۲۴] نتایج مطالعه دان و همکاران در استرالیا نیز نشان داد که اجرای برنامه آموزشی رسمی درباره دیابت طی ۲ روز، سبب بهبود عملکرد بیماران شد. [۲۵]

در این پژوهش، امتیاز کیفیت زندگی بیماران زن قبل و بعد از مداخله بیشتر از بیماران مرد بود. افزایش کیفیت زندگی زنان بعد از مداخله نیز بیشتر از بیماران مرد بود. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود که با یافته های پژوهش انجام شده توسط مقدم تبریزی و همکاران مطابقت دارد. [۱۹] به مطالعه ای که کیفیت زندگی زنان و مردان دیابتی را با هم مقایسه کرده باشد دست نیافتیم، ولی در بعضی بررسی ها بیان شده است که بیماری دیابت در زنان بیشتر از مردان می باشد. [۲۴]

رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله قبل و بعد از آموزش در ارتباط با سطح تحصیلات آنها از نظر آماری معنی دار بود. کیفیت زندگی تمام گروه های تحصیلی بعد از مداخله افزایش یافت. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد در ارتباط با تحصیلات قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود که با نتایج بررسی انجام شده توسط گلاسگو و همکاران هماهنگ است. [۱۷] ولی با نتایج بررسی باقری هماهنگ نیست، زیرا وی بین سطح تحصیلات بیماران و کیفیت زندگی آنها رابطه معنی دار آماری را گزارش نکرد. [۲۶]

بین سن با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0.01$) به طوریکه با افزایش سن، کیفیت زندگی افزایش یافت که با نتایج جاکوبسون همخوانی دارد. [۲۷] رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله قبل و بعد از آموزش در ارتباط با شغل آنان از نظر آماری معنی دار

References

1. Azizi F. A survey about the prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance (IGT) in peoples in age of over than 30 years old. Deputy of Ministry of Health, Medicine and Medical education; 2002.
2. Rakhshanderou S, Heidarnia AR, Rajab A. [The Effect of Health Education on Quality of Life in Diabetic Patients Referring to Iran Diabetes Association]. *Daneshvar Med.* 2006;13(5):15-20. [in Persian]
3. Mahdavi Hazavah AR, Nourozi nejad A. A project about monitoring and evaluation of country' plan in prevention and control of diabetes, Deputy of Health of Ministry of Health, Medicine and Medical education, Management Centre of Diseases; 2001.
4. Agha Mohammadi M. [A survey and comparison of knowledge of referee' diabetic patients to diabetic centre of Bou-Ali Hospital in Ardabil, about care of their feet, before and after education]. *Abstract book of first congress about health promotion and health education, Yazd; 2003:367.* Persian]]
5. Yun LS, Hassan Y, Aziz NA, Awaisu A, Ghazali R. A comparison of knowledge of diabetes mellitus between patients with diabetes and healthy adults: a survey from north Malaysia. *Patient Educ Couns.* 2007 Dec;69(1-3):47-54.
6. Khabazian A, Rezaee N. A survey about the effect of education on knowledge, attitude and practice of food and control of glycemic in diabetic patients]. *Tooloe Behdasht.* 2003; 2 (2,3): 57. [in Persian]

بود. کیفیت زندگی بیماران در مشاغل مختلف در گروه شاهد بعد از مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنی دار نبود. بررسی که این دو متغیر را با هم مقایسه کرده باشد، یافت نشد؛ اما در یک بررسی انجام شده، بیان شده است که شغل در زندگی بیماران دیابتی، متغیری دارای اهمیت و مؤثر در استانداردهای زندگی آنان است و لازم است مورد توجه ویژه قرار گیرد. [۲۸]

دستاورد اصلی این مطالعه این است که اگر بیماران بیاموزند که چگونه عمر خود را در آرامش و آسایش بگذرانند، می‌توانند عوامل کاهش دهنده کیفیت زندگی خود را به نحو مطلوب تری متعادل سازند. به نظر می‌رسد به کارگیری برنامه‌های آموزشی مرتبط با سلامتی برای بیماران مذکور یک ضرورت بوده و می‌تواند کلیه ابعاد زندگی آنان را بهبود بخشد. لذا با توجه به شیوع بیماری دیابت در کشورمان و با توجه به موفقیت آمیز بودن نتایج حاصل از این مطالعه، ضروری است برنامه ریزی و سیاست گذاری مناسب توسط مسئولین ذیربط برای این مهم، انجام پذیرد. بنابراین، ارائه آموزش‌های مناسب در زمینه پیشگیری و بهبود و درمان بیماری دیابت می‌تواند از طریق بالاتر بردن سطح آگاهی سبب ارتقای سلامت عمومی، عملکرد جسمی، سلامت روانی و افزایش کیفیت کلی زندگی در بیماران دیابتی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از کلیه بزرگوارانی که ما را در اجرای این تحقیق یاری رساندند، خصوصاً مدیریت مرکز درمانی سید الشهداء، کمال تشکر و تقدیر را داریم.

7. Al-Adsani AM, Moussa MA, Al-Jasem LJ, Abdella NA, Al-Hamad NM. The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adult with type 2 diabetes. *Diabetes Metab.* 2009 Apr;35(2):121-128.
8. Ardeña GJ, Paz-Pacheco E, Jimeno CA, Lantion-Ang FL, Paterno E, Juban N. Knowledge, attitudes and practices of persons with type 2 diabetes in a rural community: phase 1 of the community- based diabetes self management education program in san juan, Batangas, Philippines. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010 Nov;90(2):160-166.
9. Neil JA, Knuckey CJ, Tanenberg RJ. Prevention of foot ulcers in patients with diabetes and end stage renal disease. *Nephrol Nurs J.* 2003; 30 (1): 39-43.
10. Bockting WO, Rosser BR, Scheltema K. Transgender HIV prevention: implementation and evaluation of a workshop. *Health Educ Res.* 2009; 14 (2): 177-83.
11. Tan AS, Yong LS, Wan S, Wong ML. Patient education in the management of diabetes mellitus. *Singapore Med J.* 1997; 38 (4): 156-60.
12. Lin WC, Ball C. Factors affecting the decision of nursing students in Taiwan to be vaccinated against hepatitis B infection. *J Adv Nurs.* 2007; 25 (4): 709-18.
13. Hawthorne K, Tomlin Son S. One to one teaching with picture- flash card health education for British Asians with diabetes. *England. Br J Gen Pract.* 2007; 47 (418): 301-304.
14. Gary TL, Bone LR, Hill MN, Levine DM, McGuire M, Saudek C, et al. Randomized controlled trial of the effects of nurse case manager and community health worker interventions on risk factors for diabetes-related complications in urban African Americans. *Prev Med.* 2003 Jul;37(1):23-32.
15. Fritsche A, Stumvoll M, Renn W, Schmülling RM. Diabetes teaching program improves glycemic control and preserves perception of hypoglycemia. *Diabetes Res Clin Pract.* 1998 May;40(2):129-135.
16. Fritsche A, Stumvoll M, Goebbel S, Reinauer KM, Schmülling RM, H?ring HU. Long term effect of a structured inpatient diabetes teaching and treatment programme in type 2 diabetic patients: influence of mode of follow up. *Diabetes Res Clin Pract.* 1999 Nov;46(2):135-141.
17. Afkhami Ardakani M, Mazloomi Mahmoodabad SS [A survey about quality of life of diabetic patients in Yazd]. A research plan in Diabetic Research Centre of Yazd; 2002 .[in Persian]
18. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian I. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care.* 2007; 20 (4): 562- 67
19. Moghadam Tabrizi F, Mohadasi H, Babae H: [A survey about education' needs of diabetic patients in self efficacy in referees' patients to special disease 'clinic of Taleghani Hospital in Orumieh]. Abstract book of second congress of

- public health and preventive medicine]; 2001:270 .[in Persian]
20. Aghamolaei T, Eftekhar H, Mohammad K, Sobhani A, Shojaeizadeh D, Nakhjavani M, et al. [Influence of educational intervention using interaction approach on behavior change, hemoglobin A1c and health – related quality of life in diabetic patients]. J Sch Public Health Inst Public Health Res. 2005; 3(4):1-2 .[in Persian]
21. Beranath C. The health belief model applied to glycemic control. Diabetes Educator. 2009; 21: 321-29.20
22. Heidari Gh, Moslemi S, Montazeri far F, Heidari M. The effect of correct diet on knowledge, attitude and practice of type 2 diabetic patients]. J Tabibe shargh. 2002; 4(4): 207-213 .[in Persian]
23. Sharifi rad GH, Entezari MH, Kamran A, Azadbakht L [The effectiveness of nutritional education on the knowledge of diabetic patients using the health belief model]. J diabet va lipide Iran. 2008; 4(7): 379-386 .[in Persian]
24. Rezaei N, Tahbaz F, Kimiagar M, Alavi majd H. [The effect of nutrition education on knowledge, attitude and practice of type 1 diabetic patients from Aligoodarz]. J shahrekord university of medical sciences. 2006; 2(8): 52-59 .[in Persian]
25. Dunn SM, Beeney LJ, Hoskins PL, Turtle JR. Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. Soc Sci Med. 2000; 31(10): 1135-1141.
26. Bagheri H. A survey in comparison of quality of life of diabetic patient's type 2 on basis of complication of diabetes in emam hossein Hospital of Shahedieh: Abstract book of special diseases congress; Kermanshah University of Medical Sciences. 2004
27. Jacobson AM, Samson JA, Groot M. The evaluation of two measures of QOL in patients with type 1 and type two diabetes. Diabetes Care. 2004; 17 (4): 264- 74.
28. Ensaf S, Gawad A. Quality of life In Saudis with diabetes. Saudi J Disability Rehabil. 2002; 8 (3): 163-68.

The Impact of Self-care Education on Life Quality of Diabetic Patients

Saeid Pour J¹/ Jafari M²/ Ghazi Asgar M³/ Dayani Dardashti H⁴/Teymoorzadeh E⁵

Abstract

Introduction: Among the chronic diseases, diabetes is considered as a silent disease and self caring for these patients deeply affects their treatment and finally their quality of life. This study was conducted to assess the effect of educational programs in promoting the quality of life of diabetic patients.

Methods: In this semi-experimental study, 60 diabetic patients were selected by simple random sampling and were divided into two case and control groups. The instrument was a standard questionnaire of measuring quality of life which was completed during an interview before the intervention. After determining the educational needs of the patients, an educational program was held for the case group. The data were analyzed using SPSS-17 and Paired t-test.

Results: In both groups, from 60 patients under study, 45 women were aged 50 ± 3.2 : The average change of the quality of life was 65 ± 5.8 in case group and 41 ± 3.5 in control group. The results of the data analysis showed a statistical meaningful difference ($p=0.001$).

Conclusion: According to the findings, the educational program was effective in improving the general health and the quality of life of diabetic patients.

Keywords: Quality of life, diabetic patients, Self care

• Received: 31/Dec/2012 • Modified: 6/April/2013 • Accepted: 15/June/2013

1. PhD Student in Health Services Administration, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2. Assistant Professor in Health Services Administration, School of Health Management and Information Sciences, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. MSc of Health Services Administration, Science Research Islamic Azad University, Tehran, Iran; Corresponding Author (manage_ghazi@yahoo.com)

4. General Practitioner in Zob Ahan Hospital, Esfahan, Iran

5. PhD Student in Health Services Administration, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran