# بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه تأمین اجتماعی خرم آباد در تابستان ۱۳۹۲

**احمد ایزدی[۱]، فریباه سپهوند[۲*]، مهین نادری فر[۲]، فاطمه محمدی پور[۲]**

۱- استادیار گروه علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه امام حسین(ع)، تهران، ایران.
۲- دانشجوی دکترای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: فریباه سپهوند - پست الکترونیکی: sepah_8292000@yahoo.com

## چکیده

**مقدمه و هدف:** دیابت یک بیماری مزمن در تمام دوران زندگی است که دارای اثرات مستقیم و غیرمستقیم بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی بوده و با افزایش مشکلات ناشی از این بیماری، کیفیت زندگی نیز کاهش می یابد. لذا این مطالعه به منظور تعیین بررسی تأثیر آموزش بر ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه بیمارستان تأمین اجتماعی شهر خرم آباد در سال ۱۳۹۲ انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی از نوع دو گروهی قبل- بعد بر روی ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به درمانگاه داخلی بیمارستان تامین اجتماعی شهر خرم آباد(۴۸ مرد و ۳۲ زن) انجام شد که به دو گروه ۴۰ نفری(آزمون- شاهد) تقسیم شدند. میانگین سنی آنها بین۷۰-۳۰ سال بود. ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه بود که جهت جمع آوری اطلاعات دموگرافیک واحدهای تحت مطالعه استفاده شد. کیفیت زندگی نیز با استفاده از پرسشنامه SF-20 به روش مصاحبه تعیین گردید. جلسات آموزشی به روش مستقیم و غیر مستقیم برای گروه مداخله برگزار شد و سه ماه بعد هر دو گروه مجدداً با استفاده از پرسشنامه سنجیده شدند. اطلاعات در دو گروه قبل و بعد از آموزش مورد ارزیابی قرار گرفت. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش شماره ۱۷ و آزمونهای ANOVA، تی مستقل و زوجی در سطح معنی داری$P\leq0.05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** در این پژوهش ۴۰٪ نمونه ها زن و ۶۰٪ آنها مرد بودند. میانگین سال‌های ابتلا به دیابت ۷/۷۰±۹/۵۰ سال بود. نمره کیفیت زندگی در ۳۱/۹۲٪ بیماران ضعیف، در ۲۹/۷۸٪ متوسط و در ۳۸/۳۰٪ خوب بود. نتایج نشان داد که بین میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی تفاوت آماری معنی داری وجود داشت($P\leq0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** آموزش منسجم به بیمار، کیفیت زندگی بیماران دیابتی را ارتقاء می دهد و به طور قابل ملاحظه میزان عوارض بیماری را کاهش می دهد. ارائه آموزش خوب و کافی به این بیماران می‌تواند رضایت آنها را به دنبال داشته و کیفیت زندگی آنها را افزایش دهد.

**واژه‌های کلیدی:** مداخله آموزشی، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی نوع دو

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

**مقدمه**

بیماری دیابت یک بیماری شایع و یکی از بزرگترین مشکلات بهداشتی کشور ما می‌باشد. سازمان بهداشت جهانی از آن به عنوان اپیدمی خاموش یاد می‌کند(۱). دیابت به عنوان یک بیماری همه گیر در هزاره سوم مطرح شده و به دلایل متعددی از جمله شیوع بیماری، میزان عوارض، مرگ و میر ناشی از بیماری و هزینه های بسیار هنگفت، توجه سیستم بهداشتی-درمانی را به خود معطوف نموده است(۲). طبق آمار جهانی تعداد افراد مبتلا به دیابت در سال ۲۰۱۲ در جهان حدود ۳۷۱ میلیون نفر بوده که هر ساله به این تعداد نیز افزوده می‌شود. طبق پیش بینی سازمان بهداشت جهانی آمار مبتلایان به دیابت تا سال ۲۰۳۰ دو برابر خواهد شد. در کشور ایران در سال ۱۳۸۹ بیش از حدود ۴ میلیون نفر به دیابت مبتلا بوده اند. آخرین مطالعات نشان داده که ۷/۸ درصد از جمعیت ۶۰-۲۵ ساله کشور مبتلا به دیابت هستند(۳). یکی از علت‌های مهم توجه به این بیماری توسط سیستم های بهداشتی، هزینه بسیار هنگفت جهت درمان بیماری و عوارض آن می‌باشد به گونه ای که برای بیماران دیابتی در کشور آمریکا هزینه ای بالغ بر ۴۷۰ میلیارد دلار در سال هزینه شده که متوسط این هزینه جهت هر فرد ۴۱۴ دلار سالیانه می‌باشد(۴). یکی از مهم‌ترین مشکلات در این بیماران بالا رفتن و کنترل نامناسب سطح قند خون می‌باشد که به مرور باعث ایجاد اثرات سوء بر روی عروق کوچک (نوروپاتی، نفروپاتی و رتینوپاتی) و عروق بزرگ (قلبی و مغزی) می‌شوند که نیازمند کنترل نامناسب و نگه داشتن آن در یک محدوده طبیعی می‌باشد. باید اذعان نمود که کنترل نامناسب قند خون در بیماری دیابت علت اصلی کوری، سر دسته علل قطع عضو و نارسائی مزمن کلیه محسوب می‌گردد. هم چنین بسیاری از مبتلایان در اثر بیماری‌های قلب-عروقی فوت نموده و یا دچار عوارض عصبی می‌شوند. بایستی به این موارد لیست عوارض روحی-روانی همچون افسردگی و اضطراب ناشی از این بیماری مزمن را نیز اضافه نمود(۵). هم چنین در این بیماری امید به زندگی ۱۰-۷ سال نسبت به افراد عادی کمتر بوده و شیوع ناتوانی در این بیماران نیز ۳-۲ برابر افراد معمول جامعه می‌باشد(۶). دیابت بر تمام ابعاد زندگی فرد و بر کیفیت زندگی وی تأثیر می‌گذارد(۷). کیفیت زندگی به عنوان "درک و احساس افراد و گروه‌ها از این که نیازهایشان برآورده شده و فرصتی جهت دسترسی آنها به آرزوها و خواسته هایشان از دست نرفته است" تعریف شده است. کیفیت زندگی یک عامل ذاتی چند بعدی است که ترکیبی از عوامل شناختی(رضایت) واحساسی(شادی) می‌باشد(۸). سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را "ادراک افراد از موقعیت خود در زندگی در متن فرهنگ و نظام های ارزشی که در آن زندگی نموده و در ارتباط با اهداف، انتظارات، ارتباطات و نیازهایشان" تعریف می‌کنند(۹). مقوله کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که در صورت نادیده گرفته شدن می‌تواند منجر به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هر گونه تلاش و کاهش فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، بهداشتی شده و در ابعاد عمیق تر بر توسعه اجتماعی- اقتصادی یک کشور تأثیر می‌گذارد(۱۰). بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم بر روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد(۹). چگونگی کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت بسیار است. کیفیت پائین منجر به کم کردن مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش خطر عوارض بیماری



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

است(۱۱). اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند است بلکه هزینه های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آنها را کاهش می‌دهد(۱۲). بنابراین لازم است اطلاعات بیشتری درباره کیفیت زندگی بیماران دیابتی، خصوصیات ویژه آنها، وضعیت بیماری، سیستم های مراقبت بهداشتی و خصوصیات محیطی- اجتماعی که منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد در معرض خطر می‌شود در دست داشته باشیم(۱۳). دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل نمود. آموزش بهداشت بیماران دیابتی شامل چگونه زیستن با دیابت و چگونگی اصلاح کیفیت زندگی آنها می‌باشد(۱۴). به همین منظور مطالعه حاضر با هدف "بررسی تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو" انجام شد.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی، دوگروهی و سنجش قبل- بعد می‌باشد. روش گردآوری داده ها استفاده از پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد SF-20 بوده که دارای ۲۰ سؤال بوده و پرسشنامه ای است برای تعیین کیفیت زندگی که در سؤالات آن، جنبه ها و عوامل مختلف کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته و به روش‌های مختلف امتیاز دهی می‌شود. 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 پائین، امتیاز بین ۶۷-۳۴ متوسط و امتیاز بالای ۶۷ بالا در نظر گرفته شد. اعتبار این پرسشنامه در آمریکا تعیین گردیده است(۱۵). اعتبار داخلی آن در این بررسی تعیین و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۱ محاسبه گردید. پس از انتخاب نمونه ها، پرسشنامه های مرحله اول به روش مصاحبه تکمیل گردید. تکمیل پرسشنامه ها با حضور پژوهشگر در درمانگاه داخلی بیمارستان تأمین اجتماعی شهر خرم آباد انجام گردید. تعداد نمونه‌ها با توجه به مطالعات قبلی، ضریب اطمینان ۹۵٪، توان آزمون ۹۰٪ و استفاده از فرمول حجم نمونه، ۸۰ نفر تعیین گردید که به طور تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی نیز در دو گروه ۴۰ نفره قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: تأیید بیماری دیابت نوع دو توسط پزشک، قرار گرفتن در رده سنی ۷۰-۳۰ سال و سابقه ابتلا به بیماری حداقل به مدت دو سال بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: غیبت بیش از دو جلسه در مداخلات آموزشی، عدم تمایل فرد به ادامه شرکت در مطالعه و ابتلاء به دیابت نوع یک بود. پس از انتخاب نمونه ها قبل از هر گونه مداخله آموزشی، پرسشنامه جهت بیماران تکمیل شده و سپس مداخله آموزشی ارائه گردید. آموزش‌ها در خصوص بیماری، علت بیماری، انواع بیماری، علائم، تشخیص، عوارض، درمان، اهمیت کنترل قند خون در حد طبیعی، تشخیص علائم افزایش و یا کاهش قند خون، آموزش اقدامات فوری در مواقع لزوم، رژیم غذایی، محاسبه میزان کالری، نقش ورزش در کنترل دیابت، آزمایش های لازم برای بیماران، آموزش نحوه استفاده از گلوکومتر و پیشگیری از عوارض مزمن بود. روش آموزش به دو صورت مستقیم(ترکیبی از روش‌های چهره به چهره، سخنرانی، بحث گروهی و استفاده از فیلم آموزشی) و غیرمستقیم(ارائه پمفلت و جزوه آموزشی) بود. اجرای آموزش به عهده محقق بود. آموزش برای گروه مداخله در طی یک ماه و در قالب ۴ جلسه آموزشی



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

۶۰ دقیقه ای اجرا گردید و در پایان هر جلسه پمفلت‌های آموزشی لازم در خصوص محتوی همان جلسه به بیمار داده شد. مکان آموزش نیز واحد آموزش پس از ترخیص بود. پس از مداخله آموزشی بیماران به مدت سه ماه تحت نظرقرار گرفتند و پس از پایان سه ماه مجدداً از هر دو گروه با همان پرسشنامه و همان سوالات اطلاعات لازم جمع آوری و این داده ها ی جمع آوری شده بین گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش مقایسه گردید. لازم به ذکر است که قبل از انجام مطالعه رضایت نامه آگاهانه شرکت در تحقیق از کلیه شرکت کنندگان گرفته شد، هم چنین اجازه نامه کتبی از ریاست مرکز جهت انجام تحقیق در درمانگاه گرفته شده، به کلیه سؤالات بیماران در طول تحقیق پاسخ داده شده و در صورت نیاز به ویزیت آنها توسط متخصصین هماهنگی های لازم با مسئول درمانگاه به عمل می آمد. در طول تحقیق هیچ کدام از نمونه ها از مطالعه خارج نشدند. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۷ و آزمونهای آماری ANOVA، t مستقل و t زوجی در سطح معنی داری $p\leq ۰.۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها**

یافته‌های پژوهش نشان داد که ۵۵٪ واحدهای مورد پژوهش سن بالای ۵۰ سال و ۴۵٪ نمونه ها زیر ۵۰ سال بودند. در این پژوهش ۴۰٪ نمونه ها زن و ۶۰٪ آنها مرد بودند. میانگین سال‌های ابتلاء به دیابت ۷/۷۰±۹/۵۰ سال بود. نمره کیفیت زندگی در ۳۱/۹۲٪ بیماران ضعیف، در ۲۹/۷۸٪ متوسط و در ۳۸/۳۰٪ خوب بود. میانگین کیفیت زندگی در تمامی افراد گروه آزمون بعد از مداخله ارتقاء پیدا کرده بود که رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود($p<0.05$). افزایش کیفیت زندگی افراد کارمند بیشتر از افراد در رده های دیگر کاری بود کیفیت زندگی بیماران در مشاغل سخت در گروه شاهد بعد از مداخله کاهش یافت. اما این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود($p<0.31$) (جدول شماره ۱). کیفیت زندگی بیماران زن قبل 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 مرد و زن قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود($p<0.03$). در گروه شاهد کیفیت زندگی بیماران زن بعد از مداخله اندکی افزایش یافت ولی این تفاوت معنی‌دار نبود(جدول شماره ۲). آزمون ANOVA رابطه معنی‌داری را بین سن و کیفیت زندگی نشان نداد. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در ارتباط با سطح تحصیلات آن‌ها از نظر آماری معنادار بود($p<0.04$). کیفیت زندگی تمام گروه‌های تحصیلی پس از مداخله افزایش یافت ولی این افزایش در گروه افراد بالاتر از دیپلم بیشتر بود. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد در ارتباط با تحصیلات قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنادار نبود(جدول شماره ۳). نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که ارتباط آماری معنی‌داری بین میانگین نمره کیفیت زندگی در بیماران دیابتی در گروه آزمون قبل و بعد از آموزش وجود داشت($p\leq0.05$). ولی درگروه شاهد، بین میانگین قبل و بعد نمره کیفیت زندگی تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت( جدول شماره ۴).



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

جدول شماره ۱ : تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و وضعیت شغلی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

| وضعیت شغلی | کیفیت زندگی در گروه آزمون | | سطح معنی داری | کیفیت زندگی در گروه شاهد | | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل از مداخله | بعد از مداخله | | قبل از مداخله | بعد از مداخله | |
| | انحراف معیار± میانگین | انحراف معیار± میانگین | | انحراف معیار± میانگین | انحراف معیار± میانگین | |
| خانه دار | ۴۸/۵۱±۱۱/۹۲ | ۵۸/۱۸±۱۲/۸۶ | p<0.05 | ۴۳/۹۸±۱۶ | ۴۳/۸۷±۱۵/۷۹ | p<0.31 |
| آزاد | ۵۴/۱۸±۹/۶۳ | ۶۳/۲۰±۱۷/۱۰ | | ۵۳/۰۳±۱۸/۹۲ | ۵۲/۱۵±۱۸/۶۶ | |
| کارمند | ۶۶/۱۲±۱۲/۱۴ | ۷۸/۲۳±۵/۱۸ | | ۵۹/۹۸±۶/۵۱ | ۶۱/۳۴±۶/۵۹ | |
| کارگر | ۴۵/۳۳±۱۸/۴ | ۵۳/۱۸±۱۵/۳۰ | | ۵۲/۱۶±۲۰/۱۸ | ۵۳/۱۸±۲۱/۲۲ | |

جدول شماره ۲ : تعیین رابطه بین جنس و وضعیت شغلی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

| جنس | کیفیت زندگی در گروه آزمون | | | | سطح معنی داری | کیفیت زندگی در گروه شاهد | | | | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | |
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| مرد | ۴۶/۲۱ | ۱۴/۳۱ | ۵۴/۰۶ | ۱۴/۸۹ | p<0.03 | ۴۷/۲۱ | ۱۷/۴۶ | ۴۷/۹۶ | ۱۴/۲۲ | p<0.35 |
| زن | ۵۳/۲۸ | ۱۶/۳۹ | ۶۶/۸۰ | ۱۸/۲۱ | | ۵۲/۰۶ | ۱۸/۹۷ | ۵۲/۸۶ | ۱۶/۳۶ | |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

جدول شماره۳: تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و وضعیت شغلی در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

| وضعیت تحصیلی | کیفیت زندگی در گروه آزمون | | | | سطح معنی داری | کیفیت زندگی در گروه شاهد | | | | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | |
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| بی سواد و کم سواد | ۴۳/۵ | ۹/۲۱ | ۵۰/۴۹ | ۱۴/۸۴ | p<0.04 | ۵۰/۲۳ | ۲۱/۴۵ | ۴۶/۷۶ | ۱۳/۹۳ | p<0.06 |
| کمتر از دیپلم | ۴۷/۳ | ۱۴/۷۶ | ۶۲/۹۷ | ۱۳/۷۵ | | ۴۸/۵۸ | ۱۶/۶۸ | ۵۰/۶۹ | ۱۷/۳۸ | |
| دیپلم | ۶۲/۹ | ۸/۷۸ | ۷۱/۸۹ | ۱۳/۹۶ | | ۵۷/۹۲ | ۱۶/۳۲ | ۶۴/۷۸ | ۵/۱۳ | |
| بالاتر از دیپلم | ۶۷/۶ | ۹/۳۱ | ۸۰/۵۷ | ۴/۷۸ | | ۶۷/۵۸ | ۴ | ۶۵/۹۸ | ۲/۷۶ | |

جدول شماره٤: میانگین و انحراف معیار امتیازات کیفیت زندگی و حیطه های آن در گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از مداخله

| حیطه های کیفیت زندگی | امتیازات کیفیت زندگی در گروه آزمون | | | | سطح معنی داری | امتیازات کیفیت زندگی در گروه شاهد | | | | سطح معنی داری |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | | قبل از مداخله | | بعد از مداخله | | |
| | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | |
| حیطه فیزیکی | ۱۶/۹ | ۲/۵ | ۳۲/۲ | ۲/۶۱ | p<0.01 | ۱۵/۲ | ۳/۲۲ | ۱۴/۹ | ۳/۰۲ | p<0.51 |
| حیطه روانی | ۲۲/۳ | ۳/۷۸ | ۳۹/۸ | ۴/۰۲ | p<0.01 | ۱۹/۲ | ۳/۲۱ | ۱۹/۰۲ | ۳/۱۹ | p<0.78 |
| حیطه اجتماعی | ۱۹/۸ | ۳/۱ | ۲۴/۲ | ۲/۹۶ | p<0.01 | ۱۶/۳ | ۲/۶۰ | ۱۵/۷۲ | ۲/۴۶ | p<0.58 |
| حیطه محیطی | ۱۷/۲ | ۲/۸۲ | ۲۰/۲۱ | ۲/۳۶ | p<0. 01 | ۲ | ۲/۱ | ۱۳/۷ | ۲/۳ | p<0.43 |



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

**بحث و نتیجه‌گیری**

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه قبل از آزمون در حد متوسط بوده است(۵۴٪). کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت و به (۶۳٪) رسید. این افزایش از نظر آماری معنی‌دار بود($p<0.05$) ولی کیفیت زندگی گروه شاهد بعد از مداخله افزایش نیافت. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های باقیانی‌مقدم(۱۶)، مقدم تبریزی و همکاران (۱۷)، رخشنده رو و همکاران ۱۳۸۰ (۱۸)، آقاملایی۱۳۸۳ (۱۹) و تقدیسی و همکاران۱۳۹۰ (۲۰) مطابقت دارد. هم چنین در مطالعه‌ای که لمون(Lemon) و همکارانش در سال ۲۰۰۴ به منظور بررسی کیفیت زندگی پس از یک مداخله تغذیه‌ای در بیماران نوع دو در آمریکا انجام دادند، نتایج حاصل نشان داد که پس از مشاهده تغذیه‌ای در این بیماران در عرض ۶ ماه، وضعیت سلامت درک شده توسط افراد به طور معنادار بهبود یافت(۲۱). هم چنین نتایج تحقیق تانکووا(Tankova) و همکاران در سال ۲۰۰۰ نیز تحت عنوان(آموزش بیماران دیابتی، یک تجربه یک ساله) نشان داد که بر اساس یافته‌ها، افزایش چشمگیری در کیفیت زندگی آنها مشاهده گردید(۲۲). این میزان افزایش کیفیت زندگی می تواند در اثر شرکت بیماران در کلاس-های آموزشی باشد که برای گروه آزمون برگزار گردیده است. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در اثر ارتباط با شغل آنان از نظر آماری معنی‌دار بوده است($p<0.05$). کیفیت زندگی بیماران در مشاغل مختلف در گروه شاهد از نظر آماری معنی دار نبود. هم چنین نتایج بیانگر آن بود که افزایش کیفیت زندگی در گروه کارمند نسبت به سایر مشاغل بیشتر بود($p<0.05$). نتایج تحقیق باقیانی و همکاران نیز مشابه همین یافته ها بود. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله در رابطه با جنس بیماران در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که کیفیت زندگی بیماران زن قبل و بعد در گروه آزمون بیشتر از گروه شاهد بود. این رابطه در گروه شاهد معنی دار نبود. نتایج مطالعه باقیانی و همکاران با نتایج این مطالعه همخوانی نداشت و نتایج بیانگر آن بود که کیفیت زندگی بیماران مرد در هر دو گروه قبل و بعد از آزمون بیشتر از بیماران زن بود ولی این افزایش در مردان، فقط در گروه آزمون معنی دار بود و در گروه شاهد معنی دار نبود. با عنایت به اینکه به طور کلی تعداد بیماران مبتلا به دیابت بیشتر از جنس خانم ها می‌باشد بالطبع در این گروه از بیماران خانم نیز تعداد افرادی که پیگیر بهبود کیفیت زندگی خود با این بیماری می باشند نیز بیشتر خواهد بود. هم چنین بیماران توجه بیشتری به بیماری خود، درمان‌ها و مراقبت های لازم دارند. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در ارتباط با سطح تحصیلات معنی دار بود. کیفیت زندگی تمام گروه-های تحصیلی در گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت ولی این افزایش بیشتر در گروه افراد بالاتر از دیپلم نمایان بود. در این تحقیق، رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد و سطح تحصیلات آنها قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود. این نتایج با نتایج باقیانی مقدم و



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

همکاران(۱۳۸۷)وگلاسکو(Glasgow)وهمکاران هماهنگ می باشد(۲۳). ولی با نتایج بررسی باقری هماهنگ نمی باشد، زیرا وی بین سطح تحصیلات بیماران و کیفیت زندگی آنها رابطه معنی دار آماری گزارش نگردید. به نظر می‌رسد افراد با سطح تحصیلات بالاتر، انگیزه بیشتری برای یادگیری مطالب در رابطه با بیماری خود و چگونگی پیشگیری از عوارض بیماری، از خود نشان می دهند. در بررسی اختلاف امتیازات کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه به تفکیک حیطه های آن(فیزیکی، روانی، اجتماعی و محیطی) قبل و بعد از آموزش، نتایج آزمون آماری بیانگر این است که اختلاف معنا داری را در همه حیطه ها نشان می‌دهد و میانگین امتیازات حیطه ها ارتقاء یافته که نشان از تأثیر مثبت آموزش بر تک تک حیطه ها دارد. اختلاف امتیازات در حیطه روانی نسبت به سایر حیطه ها بیش تر و قابل ملاحظه است که می توان گفت با توجه به ماهیت مداخله(صرفاً آموزش)، بالطبع نمره حیطه روانی که بیشتر با اطلاعات و نگرش در ارتباطات است، قابل توجه و منطقی است، چرا که در حیطه های دیگر (فیزیکی ، اجتماعی و محیطی) فاکتورهایی متعدد از جمله خدمات درمانی، رفاهی، اقتصادی و ... نقش مهم تر و دخالت بیشتری ایفا می کنند. به طور کلی می توان گفت در عصر حاضر، آموزش به عنوان یکی از اساسی ترین شیوه های درمان و کنترل بیماری های مزمن روز به روز سهم بیشتری را در اعاده و سلامتی و بهبودی بیماران ایفا می کند. نتایج این مطالعه ما را در زمینه شناخت بیماری دیابت و تأثیر آن بر کیفیت زندگی بیماران آگاه ساخته و راه و روش کاهش این اثرات را به ما نشان می دهد و می توان از طریق ارائه آموزش‌ها و مراقبت‌های مناسب به بیماران دیابتی، در جهت کنترل بیماری و کاهش عوارض بیماری گام برداشته و به بهبود کیفیت زندگی آن‌ها کمک نمود. آموزش به بیمار برای بیماری های مزمن ضروری بوده و یک فرآیند پویا و طولانی محسوب می شود. جنبه های مختلف کیفیت زندگی در بیماران متفاوت، اهمیت خاص دارد. در بیماری‌های مزمن به خصوص به علت طول مدت و شدت بیماری مسأله کیفیت زندگی تحت تأثیر قرار می گیرد(۲۴). کیفیت زندگی بیماران دیابتی به طور قابل ملاحظه بعد از برنامه آموزشی به دلیل کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش احساس بهتر بودن بالا می رود.

**قدردانی :**

نویسندگان مقاله از ریاست و مدیر خدمات پرستاری و مامایی مرکز و از مسئول و کلیه پرسنل شاغل در درمانگاه تأمین اجتماعی شهر خرم آباد که در اجرای این تحقیق ما را یاری نمودند، تشکر می نمایند. هم چنین از کلیه بیماران شرکت کننده در این مطالعه قدردانی به عمل می آید.



[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

# The Effect of an Educational Intervention on Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes Referring to Tamin Ejtemaei Hospital in 2013

**Izadi A [1], Sepahvand F[2]*, Naderifar M[2], Mohammadipour F[2]**

1. Assistant Professor, Department of Psychology & Educational Sciences, University of Imam Hussein, Tehran, Iran.
2. PhD Student of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

***Corresponding author:** sepahvand F , E-mail: sepah_8292000@yahoo.com

## Abstract

**Introduction**: Diabetes is a chronic disease, persisting throughout one's life. This condition has direct and indirect impacts on the quality of life (QOL) of diabetic patients. The increased incidence of diabetes-associated problems results in decreased QOL in these patients. The aim of this study was to evaluate the efficacy of an educational program in increasing QOL in diabetic patients, referring to the clinic of Tamin Ejtemaei Hospital in Khoramabad, Iran in 2013.

**Methodology**: This quasi-experimental, with a two-group pretest-posttest design, was carried out on 80 diabetic patients, referring to Tamin Ejtemaei Hospital (48 men, 32 women). The subjects were divided into 2 groups: case group (40 patients) and control group (40 individuals). The subjects were within the age range of 30-70 years. Demographic data were collected using a questionnaire, and QOL was determined using SF-20 questionnaire and interviews. The training sessions were held for the case group, using direct and indirect methods. Three months after the intervention, the two groups were re-evaluated, using the questionnaire; the pre- and post-test data were compared within the groups. ANOVA and paired t-test were performed, using SPSS version 17. P-value $\leq 0.05$ was considered statistically significant.

**Results**: Overall, 40% and 60% of the subjects were females and males, respectively. The mean duration of diabetes was 9.50±7.70 years. QOL in 31.92%, 29.78%, and 38.30% of the subjects was low, medium, and high, respectively. There was a significant difference between the mean QOL before and after the intervention in the case group ($P\leq 0.05$).

**Conclusion**: Integrated educational programs for patients with type 2 diabetes can improve QOL and decrease diabetes-associated complications. The results showed that adequate training for diabetic patients can increase their satisfaction and QOL.

**Key words**: Educational Intervention, Quality of life, Type 2 Diabetes.

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

## References


1. Abdoli S, Ashktorab T, Ahmadi F, Parvizi S. Barriers to and Facilitators of Empowerment in People with Diabetes.Iranian Journal of Endocrinology & Metabolism. 2009; 10(5):455-64.
2. Mirsa R, Lager j. predicators of quality of life among adults with type 2 diabetes mellitus. Journal of Diabetes and its complications. 2008; 22:217-23.
3. Shakoori N. Statistics of diabetes in the world & Iran. Journal of scientific news.2013; (204519).
4. Rahimian Boogar E, Besharat M, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management. IJPCP. 2011; 17 (3) :232-240.[Persian]
5. Fox C, Coady S, Sorlie P, et al. increasing cardiovascular disease burden due to diabetes mellitus The Framingham Heart Study. Circulation. 2007; 115(12):1544-50.
6. Nouhi e, khandan M, Mirzadeh A. Effective of electronic education on knowledge attitude and self-care in patient's diabetic type 2 refer to diabetic center of Kerman University of medical science. Iranian Journal of Nursing Research. 2011; 6(22):73-80.[Persian]
7. Green LW, Kreutev MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 3rd ed: London Mayfield; 1999.
8. Cynthia RK, Pamela SH. Quality Of Life: From Nursing And Patient Perspectives. 3rd ed: Jones & Bartle; 2011.
9. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? Diabetes & metabolism. 2003; 29:639-18.
10. Bradley C, Gamsu DS. Guidelines for Encouraging Psychological Well-being. Diabetic Medicine. 1994; 11(5):510-6.
11. Neil JA, Knuckey CJ, Tanenberg RJ. Prevention of foot ulcers in patients with diabetes and end stage renal disease. Nephrology nursing journal. 2003; 30(1):39-43.
12. Zigheymat F, Naderi Z, Ebadi A, et al. Effect of education based on" precede-proceed" model on knowledge, attitude and behavior of epilepsy patients. Journal of Behavioral Sciences. 2009; 3(3):223-9.[Persian]
13. Dilorio A, longo AL, Mitidieli S & et al. characteristic in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes care. 1998; 10:339-46.
14. Mensing C, Boucher J, Cypress M, et al. National standards for diabetes self-management education. Diabetes care. 2001; 24(1):126-49.
15. Stewart AL, Hays RD, Warejr JE. The Most short-form general health survey: reliability and validity in a patient population. Medical care. 1987; 26(7):724-35.
16. Baghianimoghadam MH, AfkhamiArdekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic research centre of Yazd. Quarterly of Horizon of Medical Sciences. 2008; 13(4):21-8.[Persian]
17. MoghaddamTabrizi F, Mohadesi H, Educational needs of patients with diabetes -specific self-efficacy in the clinic of Taleghani Proceedings of the Second National Congress on Public Health and Preventive Medicine 2001; kermanshah.[Persian]
18. Rkhshandehro S, Heydarnia AR, Rajab A. Effect of health education on the quality of life of patients. Journal of Scientific Research of Shahed University. 2006; 63:15-20.[Persian]
19. Aghamolaei T, Eftekhar H, Mohammad K, et al. Influence of educational intervention using interaction approach on behavior change, hemoglobin $A_1C$ and health-related quality of life in diabetic patients. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2004; 3(4):1-9.[Persian]


[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]

20. Taghdisi MH, Borhani M, Solhi M, Afkari ME, Hosseini ME. Effect of educational program based on precede model on quality of life in patients with typeII diabetes. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011; 13(1):29-36.[Persian]
21. Lemon CC & et al. Outcomes monitoring of health, behavior, and quality of life after nutrition intervention in adults with type 2 diabetes. Journal of the American Dietetic Association. 2004; 104(12):1805-15.
22. Tankova T, Dakovska G, Koev D. Education of diabetic patients--a one year experience. Patient EducCouns. 2001; 43(2):139-45.
23. Glosgow RE Marr foro D, viginati JE & et al. Health - related quality of life from multinational clinical trial of insulin Ispro.Diabetes care. 1996; 19(3):195 - 202.
24. Bagheri H. comparing the quality of life of patients with type 2 diabetes complications, according to Imam Hossein Shahediyeh. Congress particular disease; 2004; Kermanshah.[Persian]
25. Medi nojomi M, Shahin Z. Quality of life in chronic lung disease in hazrate rasoul hospital Iran University of Medical Sciences and Health Services. 1999.[Persian]

[ Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-05-24 ]

[ DOR: 20.1001.1.23455020.1393.2.2.2.7 ]