pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

مقاله اصیل پژوهشی

بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر فیلم برخودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

فرهاد نادریان فر[۱]، **الهام شهرکی مقدم[۲]***، محمد امین حیدری[۱]، مریم سلیمانی[۳]

۱. دانشجوی کارشناسی پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۲. مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.
۳. دانشجوی کارشناسی مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: الهام شهرکی مقدم، دانشگاه علوم پزشکی زابل Elhamshahreki@gmail.com

چکیده

مقدمه و هدف: دیابت یک بیماری متابولیک بوده که با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات ها، چربی ها و پروتئین ها مشخص می شود و شایع ترین نوع آن دیابت نوع ۲ می باشد. مهمترین عامل کنترل کننده دیابت، وضعیت خود مراقبتی افراد می باشد و اولین گام برای کنترل هر چه بهتر بیماری دیابت بهبود رفتار های خود مراقبتی می باشد؛ لذا آموزش رفتار های خودمراقبتی برای افزایش دانش و مهارت این بیماران امری ضروری به نظر می رسد. یکی از روش های آموزشی برای افزایش خودمراقبتی استفاده از فیلم های آموزشی است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر فیلم بر خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی بود که بر روی ۶۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل انجام شد. در این مطالعه برای نمونه گیری از روش احتمالی سیستماتیک استفاده شد و جهت جمع آوری داده ها از دو پرسشنامه مشخصات دموگرافیک و خودمراقبتی در بیماران دیابتی استفاده گردید. محتوای آموزشی طی چهار جلسه به افراد گروه مداخله ارائه شد ضمن اینکه گروه کنترل تنها مراقبت های روتین را دریافت نموده و هیچ آموزشی به آن ارائه نمی شد. داده های پژوهش با استفاده از spss-24 و آزمون های آماری تی زوجی و مستقل، ویلکاکسون و خی دو در سطح معنی داری $p<0/05$ تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: بررسی نتایج با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد نمرات پیش آزمون در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۵۴/۸(۷/۲۹) و ۵۵/۹۶(۱۲/۱۷) بود که از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت. پس از انجام مداخلات و ارائه آموزش مبتنی بر فیلم نمرات پس آزمون سنجیده شد و میزان آن در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۶۷/۸۶(۱۱/۷۷) و ۵۷/۷۶(۱۳/۴۰) گزارش گردید که به لحاظ آماری نشان دهنده یک تفاوت معنا دار بود ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که اجرای روش های آموزشی مبتنی بر فیلم می تواند رفتار های خودمراقبتی بیماران را بهبود بخشد. لذا به کارگیری این روش توسط مراقبین بهداشتی جهت ارتقا خودمراقبتی بیماران دیابتی می تواند موثر باشد.

کلید واژه ها: دیابت، خودمراقبتی، آموزش مبتنی بر فیلم

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Naderyanfar F, Shahrakimoghadam E, Heidari M A, Soleimani M. Evaluation of the Effect of Video-based Education on Self-care of Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (1) :672-682

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

مقدمه و هدف

دیابت، یک بیماری متابولیک بوده که با اختلال در متابولیسم کربوهیدرات ها، چربی ها و پروتئین ها مشخص می گردد. شایع ترین نوع دیابت، دیابت نوع ۲ می باشد به طوری که انجمن بین المللی دیابت در سال ۲۰۱۰ تعداد مبتلایان به این بیماری را ۲۵۸ میلیون نفر در دنیا تخمین زده است (۱). شیوع دیابت در ایران در حال افزایش می باشد و این واقعیت، مسئولیت بزرگی را برای دست اندرکاران حوزه سلامت ایجاد می کند. هم اکنون بیش از ۴/۵ میلیون نفر بیمار دیابتی در ایران وجود دارد و بر اساس پیش بینی های WHO، این تعداد در سال ۲۰۳۰ به ۷ میلیون نفر خواهد رسید (۲). همچنین دیابت موجب تحمیل هزینه های پزشکی و غیر پزشکی گزافی می شود، به گونه ای که این هزینه ها در آمریکا در سال ۲۰۱۰ حدود ۱۵۶ میلیارد دلار بوده و برآورد شده تا سال ۲۰۳۰ به ۱۹۲ میلیارد دلار افزایش یابد. همچنین بر اساس پیش بینی های سازمان جهانی بهداشت، در صورتیکه اقدام فوری در این رابطه صورت نگیرد، آمار مرگ و میر مبتلایان به دیابت تا ۱۰ سال آینده به بیش از ۵۰ درصد افزایش خواهد یافت به گونه ای که بیش از ۲۰۰ هزار نفر در طی سال به دلیل این بیماری از بین می روند (۳).

عواملی از قبیل مصرف تنباکو و مواد الکلی، عدم تحرک و فعالیت بدنی، تغذیه ناسالم و افزایش وزن نقش مهمی در شیوع این بیماری دارند. در صورتیکه بیماری دیابت کنترل نشود می تواند باعث درگیری سیستم های مختلف بدن از جمله سیستم های قلبی عروقی، کلیوی و مشکلات چشمی گردد (۴). بیماری های عروق کرونری، عروق مغزی، عروق محیطی، نفروپاتی،نوروپاتی،رتینوپاتی زخم پای دیابتی و قطع آمپوتاسیون از عوارض مهم دیابت هستند (۵،۶). درمان دیابت قطعی نیست و نیازمند اصلاح سبک زندگی می باشد به طوری که بهبود وضعیت تغذیه، افزایش فعالیت فیزیکی و استفاده از داروهای کاهنده قند خون توصیه می شود (۷،۸). مهمترین عامل کنترل کننده دیابت، وضعیت خود مراقبتی افراد می باشد (۹). اصطلاح خودمراقبتی نخستین بار توسط اورم[1] مطرح شد. از نظر او خودمراقبتی شامل همه فعالیت هایی است که انسان ها به صورت فردی و برای شخص خود آن را انجام می دهند تا بدین وسیله حیات و سلامتی خود را حفظ کنند و دائماً احساس خوب بودن داشته باشند (۱۰).

رفتار خودمراقبتی در بیماران دیابتی اغلب شامل رعایت رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت فیزیکی، خودپایشی قند خون، مصرف دارو، مراقبت از پا و ایجاد مهارت های مقابله با استرس می باشد (۱۱). عدم انجام رفتارهای خودمراقبتی عوارض جدی را متوجه بیمار کرده، به گونه ای که مهترین عامل مرگ و میر در بیماران دیابتی را عدم انجام خودمراقبتی دانسته اند. انجام رفتار های خودمراقبتی ضمن کاهش هزینه های ناشی از بیماری منجر به بهبود سلامتی عمومی بیمار، شرکت فعالانه در روند مراقبت، ارتقای کیفیت زندگی می گردد. مطالعات مختلفی انجام رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی را بررسی کرده و نشان داده اند که پایبندی بیماران به این رفتار ها در سطح پایینی قرار دارد.

در همین راستا، سافرد[2] و همکاران مطالعه ای انجام دادند و مشخص شد ۳۷/۹ درصد از موارد پژوهشی، هیچ مراقبتی در زمینه ی پا نداشتند و حدود ۳۷/۷ درصد ورزش نمی کردند. بنابراین اولین گام برای کنترل هر چه بهتر بیماری دیابت بهبود رفتار های خود مراقبتی می باشد (۱۲،۱۳). لذا آموزش رفتار های خودمراقبتی برای افزایش دانش و مهارت این بیماران امری ضروری به نظر می رسد. مطالعات مختلف روش های متفاوت آموزشی را مورد بررسی قرار داده که با نتایج مختلفی همراه بوده است. آنچه که مشهود است این است که روش های

[1] Orem

[2] Safford

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

آموزشی مختلف اثرات یکسانی ندارند و لازم است اثرات مختلف آنها سنجیده شود (۱۴). یکی از روش های آموزشی برای افزایش خودمراقبتی استفاده از فیلم های ویدیویی است. فیلم ویدویی می تواند برای انتقال مطالب جهت آموزش بیماران در مدت زمان کوتاه استفاده شود و چون دارای محتوای از پیش تعیین شده است از آموزش های فوری مفیدتر خواهد بود. فیلم ویدیویی می تواند به عنوان یک وسیله آموزشی توسط پرستار به کار رود، زیرا ممکن است خصوصیات منحصر به فرد این وسیله تامین کننده بازخورد مستقیم در مورد ظرفیت های فراگیر در ارتباطات بین فردی و یادگیری در حیطه روانی حرکتی باشد. از دیگر مزایای آموزش ویدیویی میتوان به توانایی برای ایجاد ذخیره سازی فراوان اطلاعات، ایجاد تداوم در اطلاعات، عدم ایجاد اضطراب در آموزش و اضافه کردن اطلاعات جدید به مطالب قبلی اشاره کرد (۱۵). همچنین استفاده از نوارهای ویدیویی باعث می شود که در کمترین زمان و بدون نیاز به پرسنل کارآزموده تعداد زیادی از بیماران را آموزش داد (۱۶). با این وجود نباید این نکته را از یاد برد که نقش پرستار بالینی در نحوه استفاده از وسیله آموزشی به مراتب مهمتر از نوع اطلاعات است و زمانی این شیوه آموزش مفید تر خواهد بود که به صورت گروهی انجام شود و به بیمار اجازه بحث گروهی و طرح سوال داده شود (۱۵). بنابراین با توجه به موارد ذکر شده پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر فیلم بر خودمراقبتی بیماران دیابتی نوع دو انجام شد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی همراه با پیش آزمون-پس آزمون در دوگروه مداخله و کنترل بود که در سال ۱۳۹۷ طراحی و اجرا گردید. جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران دیابتی مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان زابل بود. در این مطالعه ۶۰ بیمار دیابتی با روش احتمالی سیستماتیک و با توجه به معیار های ورود و خروج وارد مطالعه شدند.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: ابتلا به دیابت نوع دو، گذشتن یک سال از ابتلا به بیماری، محدوده سنی ۶۵-۱۵ سال، اسکان در شهرستان زابل و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. همچنین فوت بیمار، عدم تمایل به ادامه همکاری، شرکت همزمان در برنامه آموزشی دیگری از معیار های خروج از مطالعه محسوب می شد. جهت بررسی وضعیت خودمراقبتی بیماران از پرسشنامه خودمراقبتی در بیماران دیابتی توبرت[3] و همکاران استفاده شد. این پرسشنامه یک ابزار استاندارد ۱۵ سوالی است که معیارهای خود مراقبتی بیماران را در طول هفت روز گذشته بررسی کرده و دربرگیرنده جنبه‌های مختلف رژیم درمانی دیابت شامل رژیم غذایی عمومی و رژیم غذایی اختصاص دیابت (۵ سوال)، ورزش (۲ سوال)، آزمایش قند خون (۲ سوال)، تزریق انسولین و یا قرص ضد دیابت (۱ سوال)، مراقبت از پا (۴ سوال) و سیگار کشیدن (۱ سوال) است. در این مقیاس به استثنای رفتار سیگار کشیدن که نمره صفر تا یک دارد، به هر رفتار یک نمره از صفر تا هفت داده می‌شود و یک نمره تبعیت کلی از طریق جمع کردن نمره‌های هر سئوال بدست می‌آید امتیاز کل مقیاس بین ۰ تا ۹۹ می‌باشد. بیماران بر اساس نمره ای که کسب می کنند در یکی از دسته های زیر قرار می گیرند:

خودمراقبتی ضعیف (نمره ۰ تا ۳۳)

خودمراقبتی متوسط (نمره ۳۴ تا ۶۷)

خودمراقبتی قوی (نمره ۶۸ تا ۹۹)

روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید بوده و در تحقیق حمد زاده و همکاران (۱۳۹۱) روایی محتوایی (CVI) پرسشنامه توسط۸ نفر از اساتید مورد تایید قرار گرفت که

[3] Toobert

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

میانگین آن ۸۴/۹ بود و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸بود (۱۷).

روش انجام مداخله بدین صورت بود که پس از تصویب طرح تحقیقاتی در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی زابل و کسب مجوز از مسئولین محترم دانشگاه علوم پزشکی زابل، پژوهشگر اقدام به جمع آوری داده ها نمود. بدین صورت که پژوهشگر با مراجعه به کلینیک دیابت شهرستان زابل و با توجه به حجم نمونه موردنیاز برای انجام مطالعه ، با ۸۰ نفر از افرادی را که دارای شرایط ورود به مطالعه بوده تماس گرفته و پس از تبیین اهداف پژوهش و نحوه انجام آن سعی در جلب رضایت افراد برای ورود به مطالعه کرد. سپس افراد برای ملاقات حضوری با پژوهشگر به کلینیک دیابت دعوت شده و در روز ملاقات پژوهشگر پرسشنامه ای که برای سنجش خودمراقبتی انتخاب شده را در اختیار افراد قرار داد تا با توجه به نمره ای که از پرسشنامه کسب می کنند وضعیت خودمراقبتی آنها مشخص شود. پس از مشخص شدن وضعیت خودمراقبتی افراد ، کلیه بیمارانی که دارای وضعیت قوی در خودمراقبتی بوده یا در محل کلینیک حاضر نشده بودند از مطالعه حذف شده و ۶۰ نفر باقیمانده به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (۳۰ نفر در هر گروه) تقسیم شدند. به منظور افزایش کیفیت آموزش ارائه شده افراد گروه مداخله به پنج تیم ۶ نفره تقسیم شده و برای دریافت آموزش ها به کلینیک دیابت دعوت شدند. در کل ۴ جلسه آموزش و پرسش و پاسخ برای بیماران در نظر گرفته شد. در جلسه اول به بیان اهداف تحقیق ، بحث گروهی و تبادل اطلاعات در مورد تعریف بیماری، خودمراقبتی از پاها و کنترل قند خون و عوارض دیابت پرداخته شد و در جلسه دوم فیلم آموزشی به مدت ۳۰ دقیقه برای بیماران نمایش داده شد و پس از آن جلسه پرسش و پاسخ گذاشته شد . موضوع فیلم آموزشی در این جلسه رژیم غذایی سالم، ورزش و خودپایشی قند خون بود. سپس به بیماران ۷ روز وقت داده می شود تا آموزش های داده شده را تمرین نمایند. در این بازه زمانی پژوهشگر هر سه روز یکبار با بیماران تماس گرفته و روند تمرین آموزش ها توسط بیماران را بررسی کرده و به پرسش های آنها پاسخ داد. پس از۷ روز بیماران برای شرکت در جلسه آموزشی سوم به کلینیک دیابت دعوت شدند. در ابتدای جلسه پژوهشگر به سوالات بیماران از جلسه قبل پاسخ داد و سپس فیلم سوم به مدت ۳۰ دقیقه نمایش داده شد و در انتها جلسه پرسش و پاسخ پیرامون فیلم آموزشی انجام شد. موضوع فیلم آموزشی جلسه سوم، خودمراقبتی از پاها، سیگارکشیدن ، تزریق انسولین و قرص ضد دیابت بود. پس از ارائه آموزش ها به بیماران یک هفته وقت داده شد تا آموزش های داده شده را تمرین نمایند. در این بازه زمانی پژوهشگر هر سه روز یکبار با بیماران تماس گرفته و روند تمرین آموزش ها توسط بیماران را بررسی نمود و به پرسش های آنها پاسخ می دهد. پس از یک هفته بیماران برای شرکت در جلسه چهارم به کلینیک دعوت شده و مجددا جلسه پرسش و پاسخ پیرامون پیرامون مطالب جلسه قبل برگزار شد. در نهایت ۴۵ روز بعد پرسشنامه سنجش خودمراقبتی دوباره در اختیار آنها قرار گرفت و تکمیل شد.

یافته ها

در این مطالعه بر اساس آزمون مجذور کای و آزمون دقیق فیشر، دو گروه از نظر ویژگی های فردی شامل سن، جنس، طول مدت بیماری، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، محل اسکان، تحصیلات، وجود فرد دیابتی در خانواده اختلاف معنی داری نداشتند($p>0/05$). بررسی اطلاعات دموگرافیک بیماران نشان داد ۵۰ درصد افراد شرکت کننده در پژوهش زن و ۵۰ درصد افراد مرد بودند. میانگین سنی افراد شرکت کننده در گروه مداخله (۷/۷۵)۵۴/۳۱ و در گروه کنترل (۳/۶۳)۵۳/۰۵ بود. سایر اطلاعات دموگرافیک در جداول شماره۱ و ۲ ذکر گردیده است.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

جدول شماره ۱ : توزیع فراوانی و مقایسه متغیر های دموگرافیک کیفی در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر	طبقات	فراوانی		میزان خی دو	P
		مداخله	کنترل		
جنسیت	مذکر	۱۵(۵۰ درصد)	۱۵(۵۰ درصد)	۰	۱
	مونث	۱۵(۵۰ درصد)	۱۵(۵۰ درصد)		
وضعیت اشتغال	بیکار	۱۷(۵۶ درصد)	۲۰(۶۶ درصد)	۰/۶۳۵	۰/۴۲۶
	دولتی	۱۳(۴۶ درصد)	۱۰(۳۴ درصد)		
	آزاد	۰	۰		
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۱۳(۴۶ درصد)	۱۵(۵۰ درصد)	۰/۲۶۸	۰/۶۰۵
	متوسط	۱۷(۵۶ درصد)	۱۵(۵۰ درصد)		
	قوی	۰	۰		
محل اسکان	شهر	۱۸(۶۰ درصد)	۱۹(۶۳ درصد)	۰۷۱/۰	۷۹۱/۰
	روستا	۱۲(۴۰ درصد)	۱۱(۳۷ درصد)		
وجود فرد دیابتی در خانواده	وجود	۸(۲۶ درصد)	۱۱(۳۶ درصد)	۶۹۳/۰	۴۰۵/۰
	عدم وجود	۲۲(۷۴ درصد)	۱۹(۶۳ درصد)		
تحصیلات	بیسواد	۶(۲۰ درصد)	۵(۱۶ درصد)	۱/۳	۰/۹۳۳
	ابتدایی	۱۰(۳۳ درصد)	۸(۲۳ درصد)		
	راهنمایی	۵(۱۶ درصد)	۸(۲۳ درصد)		
	دیپلم	۵(۱۶ درصد)	۴(۱۳ درصد)		
	فوق دیپلم	۲(۶ درصد)	۳(۱۰ درصد)		
	کارشناسی	۲(۶ درصد)	۲(۶ درصد)		

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار متغیر های دموگرافیک کمی در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	میانگین و انحراف معیار		P
	گروه مداخله	گروه شاهد	
سن	۵۴/۳۱(۷/۷۵)	۵۳/۰۵(۳/۶۳)	0/597
طول مدت بیماری	۶/۶۶(۴/۱۸)	۷/۰۷(۲/۶۹)	0/584

بررسی نتایج با استفاده از آزمون تی مستقل نشان داد نمرات پیش آزمون در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۵۴/۸(۷/۲۹) و ۵۵/۹۶(۱۲/۱۷) بود که از نظر آماری تفاوت معناداری نداشت ($p>0/05$). پس از انجام مداخلات و ارائه آموزش مبتنی بر فیلم نمرات پس آزمون سنجیده شد و میزان آن در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۶۷/۸۶(۱۱/۷۷) و ۵۷/۷۶(۱۳/۴۰) گزارش گردید که به لحاظ آماری نشـــان دهنده یک تفاوت معنا دار بود($p<0/05$).

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

با استفاده از آزمون تی زوجی و ویلکاکسون مشخص شد میانگین نمره کلی خود مراقبتی، پس از ارائه آموزش ها، در گروه مداخله افزایش معنا داری داشته است ($p <0/05$)

حال آنکه در گروه کنترل شاهد افزایش معنا دار در میانگین نمره کلی خود مراقبتی نیستیم ($p >0/05$). تغیرات میانگین نمرات حیطه های مختلف خود مراقبتی در جدول شماره ۳ ذکر گردیده است.

جدول شماره ۳: مقایسه نمرات خودمراقبتی و حیطه های آن قبل و بعد از آموزش در گروه های مداخله و کنترل

متغیر	قبل از مداخله (انحراف معیار) میانگین	بعد از مداخله (انحراف معیار) میانگین	P
گروه مداخله			
تغذیه	۱۸/۶۰(۴/۷۰)	۲۴/۶۰(۴/۷۸)	**0/000
فعالیت بدنی	۲/۹۶(۲/۹۶)	۵/۵۰(۳/۱۰)	**0/000
کنترل قند خون	۲/۸۳(۱/۸۳)	۶/۴۰(۴/۱۴)	*0/000
مراقبت از پا	۲۴/۱۶(۵/۳۰)	۲۴/۷۰(۴/۸۴)	*0/497
رفتار دارویی	۵/۲۳(۱/۱۹)	۵/۶۳(۱/۵۱)	*0/057
نمره کلی	۵۴/۸۰(۷/۲۹)	۶۷/۸۶(۱۱/۷۷)	**0/000
گروه کنترل			
تغذیه	۲۱/۱۶(۶/۸۱)	۲۱/۵۰(۷/۵۲)	**0/4
فعالیت بدنی	۴/۶۳(۴/۴۴)	۵/۰۳(۴/۴۴)	**0/063
کنترل قند خون	۱/۷۰(۲/۲۱)	۲/۴۰(۳/۱۰)	*0/050
مراقبت از پا	۲۱/۸۶(۵/۸۴)	۲۲/۱۳(۵/۶۲)	*0/363
رفتار دارویی	۵/۶۰(۲/۳۲)	۵/۷۰(۲/۳۲)	*0/276
نمره کلی	۵۵/۹۶(۱۲/۱۷)	۵۷/۷۶(۱۳/۴۰)	**0/052

**PAIRED SAMPLE TEST

بحث و نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد تفاوت آماری معناداری بین میانگین نمرات خودمراقبتی بیماران دیابتی قبل و بعد از ارائه آموزش مبتنی بر فیلم در گروه مداخله وجود دارد. این امر نشان دهنده تاثیر آموزش ارائه شده بر خود مراقبتی بیماران دیابتی می باشد. این نتایج با مطالعات خندان و همکاران و کندولا و همکاران همراستا بود (۱۸،۱۹). مطالعه کندولا و همکاران که بررسی تاثیر آموزش مولتی مدیا بر سطح سواد و دانش بیماران دیابتی پرداخته بود، نشان داد آموزش مولتی مدیا موجب افزایش دانش دیابتی بیماران بعد از مداخله می گردد (۱۹). منطقی است که افزایش دانش دیابتی بیماران باعث پایبندی بیشتر آنان به رفتار های خودمراقبتی و در نتیجه تلاش بیشتر آن ها برای ارتقا این رفتار ها می گردد. در مطالعه بزی و همکاران که تاثیر آموزش مجازی را بر روی پیروی دارویی، پیروی از رژیم غذایی، ورزش و کنترل قند خون سنجیده بودند، نتایج حاکی از اثر بخش بودن این آموزش بود. آنان در مطالعه خود با استفاده از نرم افزار Camtasia، لوح فشرده آموزشی چند رسانه ای (multimedia) در ۴ حیطه: رژیم غذایی، ورزش، کنترل قند خون و درمانهای دارویی تهیه نمودند. در لوح فشرده آنها همانند فیلم های نمایش داده شده در مطالعه ما از صوت، تصویر و

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

کلیپ استفاده می شد اما با این تفاوت که بر خلاف مطالعه ما لوح فشرده در اختیار بیمار قرار می گرفت و بیمار باید در منزل و غیاب پژوهشگر آموزش ها را دریافت می نمود. از دیگر شباهت های مطالعه ما با پژوهش بزی و همکاران برگزاری جلسات پرسش و پاسخ پس از دریافت آموزش ها بود(۲۰). به نظر می رسد افزایش نقش فعال بیمار در امر مراقبت و بر عهده گرفتن بعضی از مراقبت ها توسط بیماران و همچنین کاهش وقت و هزینه بدون در نظر گرفتن بعد مکان و زمان در حصول این نتایج تاثیر گذار بوده است. در مطالعه فراهانی و همکاران تاثیر آموزش به شیوه چند رسانه ای بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی سنجیده شد. مطالب آموزش داده شده در مطالعه فرهانی و همکاران با مطالعه ما همپوشانی داشته و به عبارتی بسیاری از مطالب خودمراقبتی را شامل می شود. افزایش کیفیت زندگی دلیلی بر همسویی مطالعه فراهانی با مطالعه ما می باشد (۲۱). همچنین سیدی اندی و همکاران نیز در مطالعه خود تاثیر معنا دار آموزش الکترونیک بر خودمراقبتی بیماران دیابتی را به اثبات رسانیده اند که همراستایی دیگری با مقاله ما بود (۲۲). نتایج مطالعه ما حاکی از آن است که نمرات زیرمقیاس رفتار دارویی در گروه مداخله هیچ گونه افزایش معناداری نداشته است که از این حیث با خان و همکاران و هوانگ و همکاران غیر همسو می باشد (۲۳،۲۴). در مطالعه خان و همکاران که تاثیر مولتی مدیای کامپیوتری را بر خودمدیریتی بیماران دیابتی سنجیده بودند، بیماران برای دریافت آموزش ها به اتاقی مجهز به کامپیوتر هدایت شده و آموزش ها را در حضور پژوهشگر دریافت می نمودند که این امر تا حدود زیادی مشابه روش کار ما می باشد. به عقیده نویسندگان این مقاله تفاوت در شرایط آموزشی و همچنین تفاوت های فردی بیماران در امر یاد گیری می تواند علت این غیر همسویی در بعد رفتار دارویی باشد. در حیطه تغذیه، نتایج نشان دهنده افزایش معنادار نمره خود مراقبتی در گروه مداخله بود که از این جهت همسو با مطالعه صالحی مقدم و همکاران و غیرهمسو با مطالعه خان و همکاران می باشد (۲۵،۲۳). در مطالعه صالحی مقدم و همکاران از یک لوح فشرده به عنوان یک ابزار آموزشی استفاده شد. بر خلاف مطالعه ما که فیلم ها در حضور پژوهشگر به بیماران نشان داده می شد و پژوهشگران از دیدن فیلم توسط بیمار اطمینان حاصل می کردند، در مطالعه آنان آموزش ها از راه دور انجام می شد. بدین صورت که لوح فشرده در اختیار بیماران قرار می گرفت و آنها باید در خانه به تماشای آن پرداختند. با این وجود مداخلات صالحی مقدم و همکاران موثر واقع شده و موجب بهبود عملکرد تغذیه بیماران دیابتی گشته است . چنین به نظر می رسد که آزادی بیماران برای تنظیم وقت خود برای دریافت آموزش ها علت این بهبود عملکرد باشد چراکه آنان می تواند زمانی آموزش ها رابگیرند که انگیزه بیشتری برای آموزش داشته باشند و این باعث می شود عملکرد بهتری داشته باشند (۲۵) . همچنین مطالعه خان و همکاران نشان داد که ارائه آموزش ها به صورت چند رسانه ای در بعد تغذیه تاثیر گزار نبوده است که این حیث با مطالعه ما غیر همسو می باشد. به عقیده خان چنین برنامه هایی می تواند رفتار های خود مدیریتی را فراتر از روش های سنتی دیگر افزایش دهد اما دانش اضافی پیرامون این رفتار ها لزوما برای تغییر رفتار و بهبود سلامت کافی نیست و شاید علت عدم تاثیر گذاری آموزش ها در بعد تغذیه همین مورد باشد. از دیگر نتایج این مطالعه می توان به عدم افزایش معنی دار نمرات خودمراقبتی در حیطه مراقبت از پا اشاره کرد که با مطالعه خان و همکاران همسو می باشد (۲۳). به نظر می رسد قوی بودن بیماران در این بعد خودمراقبتی علت عدم افزایش معنادار بوده است. نتایج مطالعه لوپز و همکاران نشان داد ارائه یک برنامه آموزشی چند رسانه ای موثر بوده و موجب کاهش HbA1c، وزن و پروفایل لیپیدی بیماران دیابتی می گردد. در این مطالعه ۶ کیوسک اطلاعاتی با رایانه مجهز شدند و مطابق با مطالعه ما بیماران ابتدا نسبت به نحوه استفاده از برنامه آموزشی توجیه شده و سپس در حضور یک نفر از اعضای تیم پژوهش آموزش ها را دریافت می کردند. هرچند که در این مطالعه متغیر های خودمراقبتی به طور مستقیم سنجیده نشده است اما از آنجایی که یکی از اهداف انجام خودمراقبتی، کنترل هرچه بهتر بیماری دیابت می باشد که

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

آن هم با استفاده از شاخص های HbA1c، وزن و پروفایل لیپیدی قابل تشخیص است، می توان گفت این مطالعه با پژوهش ما همپوشانی داشته و همراستا می باشد (۲۶). از این مطالعه چنین نتیجه گیری می شود که اجرای روش های آموزشی مبتنی بر فیلم می تواند رفتار های خودمراقبتی بیماران را بهبود بخشد. لذا به کارگیری این روش توسط مراقبین بهداشتی جهت ارتقا خودمراقبتی بیماران دیابتی می تواند موثر باشد. همچنین با توجه با نتایج حاصل از این مطالعه، به کارگیری روش های آموزشی مبتنی بر فیلم در سیاست گذاری های بهداشتی مربوط به بیماری های مزمن از جمله دیابت، می تواند نقش مهمی را در بهبود و ارتقا سلامت جامعه داشته باشد. ازآنجایی که امتناع از خودمراقبتی احتمال بروز عوارض و مشکلات ناشی از آن را افزایش داده و هزینه های زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می کند، پیشنهاد می شود به جای تلاش و صرف هزینه های زیاد روی کنترل مستقیم دیابت ، بر روی آموزش رفتار های خودمراقبتی سرمایه گذاری گردد.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی انجام شده با کد اخلاق IR.ZBMU.REC.1397.111 می باشد. بدین وسیله از حمایت های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زابل، مدیریت بیمارستان امام خمینی زابل و کلیه کسانی که در این مطالعه همکاری داشتند تقدیر وتشکر می گردد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

References

1. Miri A, NaderiyanFar F. The Effects of Olive Oil Consumption on Symptoms and Metabolic Factors of Diabetes: A Review of Clinical Trials. Journal of Diabetes Nursing. 2018;6(3):584-95. [Persian]

2. Salehi F, Ahmadian L, Ansari R, Sabahi A. The role of information resources used by diabetic patients on the management of their disease. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2016;59(1):17-25. [Persian]

3. Afshar M, Khorasani L. The Effect of Group Discussion on The Quality of Life and HbA1C in Patients with Type II Diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2018;6(3):508-16. [Persian]

4. Allahyari J, Shirani N, Sargolzaei MS, Jafari J, Afshari J. Self-care Behavior and Rrelated Factors of Patients with Diabetes Type II in Saravan in 2017. Journal of Diabetes Nursing. 2018;6(3):550-7. [Persian]

5. Fowler MJ. Microvascular and macrovascular complications of diabetes. Clinical Diabetes. 2008;26(2):77-82.

6. Razm Aray Iranogh S, Hemmati Maslakpak M, khalkhali HR. THE EFFECT OF FAMILY-CENTERED EDUCATION ON SELF-CARE IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2016;14(2):118-27. [Persian]

7. Fallah Tafti B, Vaezi A, Moshtagh Z, Shamsi F. The assessment of Barriers to the Self-care Behaviors in Type 2 Diabetic Patients of Yazd Province in 2014. TB. 2016;15(3):115-29. [Persian]

8. Fathabadi J, Izaddost M, Taghavi D, Shalani B, Sadeghi S. The Role of Irrational Health Beliefs, Health Locus of Control and Health-Oriented Lifestyle in Predicting the Risk of Diabetes. Payesh. 2018;17(2):169-78. [Persian]

9. Shabibi P, Mansourian M, Abedzadeh MS, Sayehmiri K. The Status of Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes in the City of Ilam in 2014. Journl of Ilam University of Medial Sciences. 2016;24(2):63-71. [Persian]

10. Ebadi Fard Azar F, Hedari H, Solhi M. Relationship between self-care behavior and health locus of control in patients with type II diabetes. Razi Journal of Medial Sciences. 2016;23(146):84-92. [Persian]

11. Bohanny W, Wu SFV, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. AANP. 2013;25(9):495-502.

12. Mohamadabadi MS, Aflakseir A. Predicting Self-Care Behaviors Based On Patient-Doctor Relationship And Emotional Distress In Adolescents With Diabetes. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2018;17(3):147-56. [Persian]

13. Taghipour A, Moshki M, Mirzaei N. Determination of Effective Factors on Self-care Behaviors in Women With Diabetes Referring to Mashhad Health Centers. Iran J Health Educ Health Promot. 2017;5(4):328-35. [Persian]

14. Ahmadi Z, Sadeghi T, Loripoor M, Khademi Z. Comparative Assessment the Effect of Self-care Behavior Education by Health Care Provider and Peer on HbA1c Level in Diabetic Patients. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2017;19(3):144-50. [Persian]

15. Ataei E, Dalvandi A, Nikpajouh A. The effect of patient education about self-

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

care behaviors with media clips on self-care among patients with permanent pacemaker. Cardiovascular Nursing Journal. 2013;2(3):6-15. [Persian]

16. Moemeni L, Najaf Yarandi A, Kabiri F, Haghani H, Darabian C. The Effect of Education by Visual Compact Disc on Two time- period of Pre-operation Anxiety of Patients who were Candidates for Coronary Artery Bypass Graft (CABG). Iranian Journal of Nursing. 2006;19(45):77-85. [Persian]

17. Hamadzadeh S, Ezatti ZH, Abedsaeidi ZH, Nasiri N. Coping Styles and Self-Care Behaviors among Diabetic Patients. Iranian Journal of Nursing. 2013;25(80):24-33[Persian]

18. Khandan M, Noohi E, Mirzazadeh A. Effect of electronic self-care education and applying continues care on practice in type 2 diabetic patients; a randomized clinical trial. Journal of Kermanshah University of Medical Sciences. 2012;15(6):443-9. [Persian]

19. Kandula NR, Nsiah-Kumi PA, Makoul G, Sager J, Zei CP, Glass S, et al. The relationship between health literacy and knowledge improvement after a multimedia type 2 diabetes education program. Patient education and counseling. 2009;75(3):321-7.

20. Khosravi Bonjar A, Saravani-Aval S, Saleh-Moghadam AR, Delaramnasab M, Shahdadi H, Abdollahimohammad A, et al. The Effect of E-Learning on Adherence to the Therapeutic Regimen in Patients with Type II Diabetes . Journal of Diabetes Nursing. 2017;5(2):95-109. [Persian]

21. Varvani Farahani P, Hekmat pou D, Rezvanfar M R, Talaei A. Comparing The Effect Of Multimedia Education With Live Successful Experiments On Quality Of Life In Type 2 Diabetic Patients. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2016;15(5):320-9. [Persian]

22. Seyedi-Andi SJ, Heidari H, Sefidhaji S, Ghanbari M. The Effect of E-Learning on Self-Care Behaviors of People with Type 2 Diabetes Mellitus in Babol. Iran J Health Educ Health Promot. 2018;6(4):376-82. [Persian]

23. Khan MA, Shah S, Grudzien A, Onyejekwe N, Banskota P, Karim S, et al. A diabetes education multimedia program in the waiting room setting. Diabetes Therapy. 2011;2(3):178-88.

24. Huang MC, Hung CH, Yu CY, Berry DC, Shin SJ, Hsu YY. The effectiveness of multimedia education for patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing. 2017;73(4):943-54.

25. Salehmoghaddam AR, Khosravi Bonjar A, Karimi Moonaghi H, Gholami H. An investigation of The Effect of E-learning Education Method on Dietary Regimen in Type 2 Diabetic Patients. Evidence base care Jurnal. 2013;3(8):51-8. [Persian]

26. Velazquez–Lopez L, Muñoz-Torres AV, Medina-Bravo P, Vilchis-Gil J, Klünder-Klünder M, Escobedo–de la Peña J. Multimedia education program and nutrition therapy improves HbA1c, weight, and lipid profile of patients with type 2 diabetes: a randomized clinical trial. Endocrine. 2017;58(2):236-45.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]

Journal of Diabetes Nursing
pISSN: 2345-5020
eISSN: 2423-5571

Received: 18/2/2019
Accepted: 20/4/2019
Volume **7** Number **1** p: 672-682

Evaluation of the Effect of Video-based Education on Self-care of Patients with Type II Diabetes

Naderyanfar Farhad [1], Shahraki Moghadam Elham[2*], Heidari Mohammad Amin [1], Maryam Soleimani [3]

1. BS Student in Nursing, Student's Research Committee, Nursing and Midwifery Faculty, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran
2. Instructor, MS in Nursing, Faculty Member, Nursing and Midwifery Faculty, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran.
3. BS Student in Midwifery, Student's Research Committee, Nursing And Midwifery Faculty, Zabol University of Medical Sciences, Zabol, Iran

***Corresponding Author**: Elham Shahraki Moghadam, Zabol University of Medical Sciences. **Email**: Elhamshahreki@gmail.com

Abstract

Introduction: Diabetes mellitus is a metabolic disease characterized by impairments in the metabolism of carbohydrates, lipids, and proteins. Type II diabetes is the most common form of diabetes mellitus . The patient's self-care is regarded as the most important factor in metabolic control in diabetic patients. Therefore, the improvement of self-care behaviors is the first step to control type II diabetes. Accordingly, patient education on self-care behavior is necessary to improve the knowledge and skill of these population. Video-based learning is a method to improve self-care behaviors. As a result, the present study aimed to evaluate the effect of video-based learning on self-care behaviors in type II diabetic patients. It is hoped that the results will be used to control this disease.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted on 60 diabetic patients referring to the Diabetes Clinic in Zabol. Systematic probable sampling method was performed for sampling and two questionnaires were utilized for collecting demographic and self-control behaviors in diabetic patients. The intervention group received video-based instructions in four sessions while the control group only received routine cares without any instructions. The data were analyzed in SPSS software (Version 24) through paired and independent t-tests, Wilcoxon signed-rank test, and the Chi-square test. In addition, P-value less than 0.05 was considered statistically significant.

Results: According to the results obtained from the independent t-test, there was no statistically significant difference between the intervention 54.8 (7.29) and control groups 55.96 (12.17) regarding the pretest scores. However, a significant difference was observed between the intervention 67.86 (11.77) and control groups 57.76 (13.40) in terms of the posttest scores after the intervention and video-based instructions ($P<0.05$).

Conclusion: The results revealed that the implementation of video-based learning methods can have an effect on the improvement of self-care behaviors among patients. Therefore, the utilization of these methods by health care providers can be effective in the improvement of self-care behaviors among diabetic patients.

Keywords: Diabetes, Self-care, Video-based learning

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Website: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Naderyanfar F, Shahrakimoghadam E, Heidari M A, Soleimani M. Evaluation of the Effect of Video-based Education on Self-care of Patients with Type II Diabetes. J Diabetes Nurs. 2019; 7 (1) :672-682

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.23455020.1397.7.1.4.8]