Journal of Diabetes Nursing
2021; Volume 9 Number 2

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

Effect of Educational Intervention on Knowledge, Nutritional Behaviors, and Quality of Life of Diabetic Patients in Zabol, Iran

Heydari Azadeh[1*]

1. MSc of Health Education and Promotion, School of Public Health, Zabol University of Medical Sciences and Health Services, Zabol, Iran.

Article information:

Original Article

Received: **2021/05/18**

Accepted: **2021/07/25**

JDN 2021; 9(2)

1385-1394

Corresponding Author:
*H*eydari Azadeh,
Zabol University of Medical Sciences.
azadehhdr@yahoo.com

Abstract

Introduction: Diabetes, as the most common disease caused by metabolic disorders, is a major global challenge and one of the leading causes of death and disability worldwide. Accordingly, the attainment of proper knowledge and behaviors can reduce the complications of this disease. Therefore, the present study aimed to investigate the effect of education on knowledge, nutritional behaviors, and quality of life of diabetic patients.

Materials and Methods: This quasi-experimental study was performed on 144 patients with type 2 diabetes mellitus (72 cases per group) in Zabol, Iran. The patients were selected out of those who were referred to diabetes and health centers. The data were collected using a researcher-made questionnaire that was administered at pretest and posttest. Subsequently, the obtained data were analyzed in SPSS software (version 20) through the relevant statistical tests.

Results: In the case group, there was a significant relationship between age and knowledge, quality of life and behaviors, marital status and quality of life, history of disease and knowledge, as well as the method of education with knowledge and quality of life before intervention. After the intervention, the quality of life showed a significant relationship with age, gender, education level, and occupational status ($P<0.05$). In the control group, the knowledge revealed a significant association with age, education level, occupational status, marital status, history of diseases, income, body mass index, and method of education before the intervention ($P<0.05$). Moreover, there was a relationship between the history of disease and quality of life, as well as the method of education and self-care behaviors ($P<0.05$). After the educational intervention, the results revealed the relationship of the method of education with knowledge and self-care behaviors ($P<0.05$). Among the main variables of the study, in the case group, the quality of life was significantly associated with self-care behaviors after the educational intervention ($P<0.05$). The two groups were significantly different in terms of knowledge (after educational intervention), behaviors, and quality of life before and after the intervention ($P<0.05$).

Conclusion: Health education promotes the patients' quality of life and self-care behaviors; moreover, it prevents disease complications that can cause disability, mortality, and socioeconomic problems in society.

Keywords: *Health education, Knowledge, Nutritional behaviors, Quality of*

Access This Article Online	
Quick Response Code:	Journal homepage: http://jdn.zbmu.ac.ir
	How to site this article: Heydari A. Effect of Educational Intervention on Knowledge, Nutritional Behaviors, and Quality of Life of Diabetic Patients in Zabol, Iran, 2017. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (2) :1385-1394.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

فصلنامه علمی پژوهشی پرستاری دیابت زابل
سال ۹، شماره ۲، بهار ۱۴۰۰
صفحات: ۱۳۹۴-۱۳۸۵

pISSN:2345-5020
eISSN:2423-5571

تأثیر مداخله آموزشی بر آگاهی، رفتارهای تغذیه‌ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان زابل در سال ۱۳۹۶

آزاده حیدری[1*]

۱. مربی ،گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی زابل، زابل، ایران.

نویسنده مسئول: آزاده حیدری، دانشگاه علوم پزشکی زابل azadehhdr@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: بیماری دیابت به عنوان شایع‌ترین بیماری ناشی از اختلالات متابولیسم، یک چالش پر اهمیت جهانی و نیز یکی از علتهای مهم مرگ و ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود. داشتن آگاهی و رفتارهای مناسب می تواند از عوارض این بیماری بکاهد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تاثیر آموزش بر آگاهی،رفتارهای تغذیه ای و کیفیت زندگی بیماران دیابتی طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش ها: این مطالعه نیمه تجربی برروی ۱۴۴ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲(دو گروه ۷۲ نفره) شهر زابل از بین مراجعین به مرکز دیابت و مراکز بهداشتی درمانی انجام و داده ها به وسیله پرسشنامه محقق ساخته در مرحله پیش آزمون و پس آزمون جمع آوری و توسط نرم افزار SPSS20 و آزمون های مربوطه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: در گروه مورد؛ در قبل از مداخله بین سن با آگاهی، کیفیت زندگی و رفتارها، وضعیت تاهل با کیفیت زندگی، سابقه بیماری با آگاهی، و روش آموزش با آگاهی و کیفیت زندگی و در بعد از مداخله آموزشی؛ سن، جنس، تحصیلات و شغل با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشتند(P<۰/۰۵). در گروه شاهد نیز در قبل از آموزش؛ آگاهی با سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، سابقه بیماری، درآمد، BMI و روش آموزش ارتباط معنی داری داشت(P<۰/۰۵). همچنین بین سابقه بیماری با کیفیت زندگی و روش آموزش با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشت(P<۰/۰۵). و در بعد از مداخله آموزشی فقط بین روش آموزش با آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشت(P<۰/۰۵). از بین متغیرهای اصلی تحقیق؛ در گروه مورد، در بعد از مداخله آموزشی کیفیت زندگی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی داری داشت(P<۰/۰۵). دو گروه از نظر آگاهی (بعد از مداخله آموزشی)، رفتارها و کیفیت زندگی در قبل و بعد از مداخله آموزشی با هم اختلاف معنی داری داشتند(p<۰/۰۵).

نتیجه گیری: آموزش بهداشت، دانش، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی بیماران را ارتقا می دهد و از عوارض بیماری که می تواند باعث ناتوانی ، مرگ و میر و مشکلات اقتصادی-اجتماعی در جامعه شود جلوگیری می کند.

کلید واژه ها: آموزش بهداشت ، آگاهی، رفتارهای تغذیه ای، کیفیت زندگی.

How to site this article: Heydari A. Effect of Educational Intervention on Knowledge, Nutritional Behaviors, and Quality of Life of Diabetic Patients in Zabol, Iran, 2017. J Diabetes Nurs. 2021; 9 (2) :1385-1394.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

مقدمه و هدف

دیابت یکی از بیماریهای مزمنی است که باعث مرگ و میر قابل توجهی در سراسر جهان می شود. دیابت با هزینه های بزرگ اقتصادی و عوارض همراه به طور جدی می تواند کیفیت زندگی بیماران را مختل کند(۱). این بیماری یک اختلال بالقوه ناتوان کننده می باشد و با تاثیر بر روی بیش از ۳۰۰ میلیون نفر در سراسر جهان، به سریع ترین بیماری مزمن در حال پیشرفت تبدیل شده است(۳-۲). طبق گزارش فدراسیون بین المللی دیابت، شیوع دیابت در افراد بالاتر از ۱۸ سال در
جهان در سال ۲۰۱۴ حدود ۹ درصد برآورده شده است . درسال ۲۰۱۴ ، حدود ۴۲۲ میلیون نفر از افراد بالغ جهان مبتلا
به این بیماری بودند .پیش بینی میشود این میزان به ۶۴۲ میلیون نفر در سال ۲۰۴۰ برسد(۴). برآورد شده است که حدود ۲ درصد جمعیت عمومی ایران و ۷/۳ درصد از افراد بالای ۳۰ سال مبتلا به دیابت هستند(۵).

کیفیت زندگی از نظر لغوی به معنی چگونگی زندگی کردن و زیستن است(۶) سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را از کیفیت زندگی ارائه نمود: درک فرد از وضعیت کنونی اش با توجه به فرهنگ و نظام ارزشی که در آن زندگی می کند و ارتباط این دریافت ها با اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت های مورد نظر فرد(۷). بیماری دیابت جزو بیماریهای مزمنی است که بر روی کیفیت زندگی تاثیر می گذارد(۸). بیماران دیابتی با تغییرات وسیعی در بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند(۹). مطالعات انجام شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی در ایران را نامطلوب گزارش کرده اند(۱۱-۱۰). در کنار اقدامات پیشگیرانه مانند اصلاح رژیم غذایی و انجام فعالیت بدنی روزانه ، باید تأکید کرد خودمراقبتی، مهمترین فعالیتها در پیشگیری از بروز عوارض جدی در بیماران دیابتی است و به عنوان یک راهبرد جهت تطابق با رویدادها و تنش های زندگی تعریف می شود که باعث ارتقاء سلامت و عدم وابستگی گردیده و مشتمل بر فعالیتهای ویژه ای است که به وسیله آن علایم بیماری تخفیف می یابد(۱۲). برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود به خوبی مراقبت کند، باید در مورد بیماری خود آموزش های لازم را ببیند و دانش و مهارت خود را پیرامون آن بالا ببرد، از این رو توانمند سازی بیمار و حمایت از خودمراقبتی به واسطه آموزش کلید کنترل دیابت است(۱۳) برای دستیابی به این مهم می توان از اصول روانشناسی و آموزش بهداشتی کمک گرفت .آموزش های بهداشتی و روش های اصلاحی و رفتاری مناسب، از مؤثرترین و با صرفهترین راه های پیشگیری و کنترل دیابت است .این آموزشها بر افزایش سطح آگاهی، تقویت انگیزه و مهارت بیماران به منظور همکاری بیشتر در اجرای برنامه های درمانی تجویز شده و مشارکت فعال در مراقبت از خود با کمک سایر اعضاء خانواده تأکید دارد(۱۴). با توجه به اینکه کشورهای مختلف جهان و سازمان جهانی بهداشت برنامه هایی برای کاهش عوامل خطرساز بیماریهای غیرواگیر پیشنهاد کرده اند، در ایران نیز برای اصلاح شیوه زندگی و کنترل عوامل خطرساز بیماریهای غیرواگیر لازم است که مداخله های مناسب صورت پذیرد. لذا مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تاثیر آموزش آگاهی،رفتارهای خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی شهرستان زابل طراحی و اجرا گردید.

مواد و روش‌ها

گروه هدف مورد بررسی در این مطالعه، بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان زابل بودند. در این پژوهش حجم نمونه براساس مرور متون و فرمول زیر محاسبه گردید:

$$n = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_B\right)^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

α=۰/ ۰۵ $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$= ۱/۹۶

μ1=11.1 μ2=12.2 S1=3.43 S2=3.1

که ضریب اطمینان ۹۵٪ ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ =۱/۹۶) و توان ۸۰٪در نظر گرفته شد و با جایگذاری اعداد در فرمول فوق،حجم نمونه ۱۴۴ نفر محاسبه گردید و حجم نمونه در هر یک از دو گروه مداخله و کنترل ۷۲ نفر برآورد گردید(۱۲).

روش انتخاب نمونه ها بصورت نمونه گیری ساده بود. پس از انتخاب نمونه ها، افراد بصورت تصادفی ساده در دو

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۷۲ نفر مجموعا ۱۴۴ نفر). معیارهای ورود افراد به این مطالعه شامل تشخیص و تایید بیماری دیابت نوع ۲ توسط پزشک متخصص و تمایل و رضایت بیماران جهت شرکت در مطالعه بود .از طرفی دیگر،

معیارهای خروج شرکت کنندگان از مطالعه، عدم تمایل بیمار به ادامه شرکت در مطالعه و تکمیل پرسشنامه بود. در ابتدای مطالعه جهت کنترل متغیرهای مخدوش کننده، دو گروه مورد مقایسه از نظرسن و مدت بیماری بصورت گروهی همسان سازی شدند. کنترل سایر متغیرها (شغل،سطح تحصیلات،سابقه خانوادگی) در مرحله آنالیز با استفاده از آزمونهای آماری انجام شد. روش جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه محقق ساخته بود که دارای چهار بخش شامل: متغیرهای دموگرافیک ۹ گویه(سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، سال سابقه بیماری، میزان درآمد ماهیانه، منبع کسب اطلاعات در زمینه دیابت و BMI) ، ۳۰ سوال مربوط به آگاهی شامل گزینه های(بلی،خیر،نمی دانم)(امتیازدهی: پاسخ صحیح۲، نمیدانم ۱ و پاسخ غلط صفر)، ۳۴ سوال مربوط به کیفیت زندگی(طیف ۵ گزینه ای لیکرت)(امتیازدهی بر اساس پاسخ از ۱ تا ۵ متغیر بود)، ابعاد کیفیت زندگی شامل؛ عملکرد فیزیکی(۱۰ گویه)، سلامت جسمی(۱۰ گویه)، انرژی- خستگی(۱۰ گویه) و سلامت هیجانی(۴ گویه) بود. همچنین ۱۰سوال مربوط به رفتارهای خودمراقبتی شامل گزینه های(۱ روز تا ۷ روز)(امتیازدهی هم از ۱ تا۷ متغیر بود) افراد دیابتی می باشد. برای تعیین Validity(تعیین اعتبار پرسشنامه)، از نظرات متخصصین اعم از آموزش بهداشت، علوم تغذیه و پزشک متخصص استفاده گردید. Reliability (قابلیت اطمینان) پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ (۰/۷۰) تعیین شد. روش آموزش به صورت بحث گروهی و پرسش و پاسخ بود. تهیه محتوای آموزشی بر مبنای دستورالعمل های وزارت بهداشت، مقالات، کتب معتبر و کتابچه های آموزشی انجمن دیابت ایران بود (شامل علایم بیماری، ماهیت بیماری، عوارض دیابت ، خودمراقبتی های موثر در ارتقای سلامت بیمارن، نقش فعالیت بدنی و تغذیه در ارتقای سلامت بیماران ، راههای پیشگیری از عفونت اندام ، کنترل قند خون ،نحوه صحیح مصرف داروها و نیز چگونگی تزریق صحیح انسولین) که بعد از بررسی اولیه مخاطبان و تعیین نیازهای آموزشی آنان در مرحله پیش آزمون(pre test) تنظیم شد. مداخله آموزشی با حضور فعال شرکت کنندگان انجام و از نظرات کلیه شرکت کنندگان در بحث استفاده گردید تا نگرش افراد نسبت به موضوع به سمت مناسبی هدایت شود .در مداخله آموزشی و نیز تهیه رسانه آموزشی اهمیت توجه به مراقبت از خود،کنترل قند خون،مراقبت از زخم پا، اصلاح کیفیت زندگی،فعالیت بدنی و تغذیه،چگونگی تزریق انسولین،نحوه صحیح مصرف داروها با آنها به بحث گروهی و ارایه مطالب مفید پرداخته شد و این احساس نیاز برای انجام اعمال خود مراقبتی را در فرد ایجاد کردیم تا نهایتا باعث اصلاح شیوه زندگی و پیگیری درست رفتار در نمونه مورد نظر ما گردد. به منظور انجام پیش آزمون و سنجش آگاهی،شاخصهای کیفیت زندگی و رفتار خودمراقبتی بیماران دیابتی،قبل از شروع دوره آموزشی از افراد هر دو گروه خواسته شد تا پرسش نامه تهیه شده در خصوص بیماری دیابت را تکمیل کنند. بعد از پایان دوره آموزشی و پس از گذشت ۳ماه دو گروه مجددا پاسخگوی سوالات پرسشنامه در مرحله پس آزمون بودند(post test). همچنین بعد از پایان مداخله آموزشی (بنا بر اصول اخلاقی) به گروه کنترل هم رسانه آموزشی داده شد و اطلاعات با نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی افراد، در گروه مورد ۵۱/۷۸ سال و در گروه شاهد ۵۲/۶۵ سال بوده است. همچنین سابقه ابتلا به بیماری بصورت میانگین در گروه مورد ۸/۶۵ سال و در گروه شاهد ۶/۹۷ سال بوده است. سایر یافته های عمومی مربوط به تحقیق در این بخش در قالب جدول ذیل ارائه می شوند:

همچنین نتایج حاکی از وجود ارتباط معنی دار بین برخی از ویژگیهای دموگرافیک و متغیرهای اصلی تحقیق بود: در گروه مورد؛ در قبل از مداخله بین سن با آگاهی، کیفیت زندگی و رفتارها، وضعیت تاهل با کیفیت زندگی، سابقه بیماری با آگاهی، و روش آموزش ترجیحی افراد با آگاهی

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

و کیفیت زندگی و در بعد از مداخله آموزشی؛ سن، جنس، تحصیلات و شغل با کیفیت زندگی ارتباط معنی داری داشتند(P<۰/۰۵).

در گروه شاهد نیز در قبل از آموزش؛ آگاهی با سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تاهل، سابقه بیماری، درآمد، BMI و روش آموزش ترجیحی افراد افراد ارتباط معنی داری داشت(P<۰/۰۵). همچنین بین سابقه بیماری با کیفیت زندگی و روش آموزش ترجیحی افراد با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشت(P<۰/۰۵).

و در بعد از مداخله آموزشی فقط بین روش آموزش ترجیحی افراد با آگاهی و رفتارهای خودمراقبتی ارتباط وجود داشت(P<۰/۰۵). نتایج اصلی تحقیق در جداول ذیل ارائه می گردد:

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی مشخصات دموگرافیک

متغیر		گروه مداخله تعداد (درصد)	گروه مقایسه تعداد (درصد)
جنسیت	زن	(۷۲/۲)۵۲	(۷۷/۸)۵۶
	مرد	(۲۷/۷)۲۰	(۲۲/۲)۱۶
شغل	خانه دار	(۴۵/۸)۳۳	(۷۲/۲)۵۲
	کارگر	-	(۲/۸)۲
	کارمند	(۱۱/۱)۸	(۵/۶)۴
	آزاد	(۶/۹)۵	(۵/۶)۴
	بیکار	(۳۶/۱)۲۶	(۱۳/۹)۱۰
میزان درآمد ماهیانه	زیریک میلیون تومان	(۶۵/۳)۴۷	(۷۹/۲)۵۷
	بین یک تا ۲میلیون تومان	(۳۱/۹)۲۳	(۱۸/۱)۱۳
	بیش از ۲ میلیون تومان	(۲/۸)۲	(۲/۸)۲
سطح تحصیلات	ابتدایی	(۴۴/۴)۳۲	(۵۵/۵)۴۰
	راهنمایی	(۱۵/۳)۱۱	(۱۲/۵)۹
	دیپلم	(۲۲/۲)۱۶	(۱۵/۲۷)۱۱
	دانشگاهی	(۱۸/۱)۱۳	(۱۶/۶)۱۲
تاهل	مجرد	(۲/۸)۲	(۲/۸)۲
	متاهل	(۸۸/۹)۶۴	(۸۱/۹)۵۹
	مطلقه	-	(۱/۴)۱
	بیوه	(۸/۳)۶	(۱۳/۹)۱۰
منبع کسب اطلاعات در خصوص دیابت	پزشک و کارکنان بهداشتی	(۹۰/۲۷)۶۵	(۸۴/۷)۶۱
	خانواده	(۶/۹)۵	(۸/۳)۶
	دوستان	-	(۴/۲)۳
	رادیو و تلویزیون	(۲/۷)۲	(۱/۴)۱
	کتاب و مجلات	-	(۱/۴)۱
	سایر	-	-
BMI	<18.4	(۸/۳)۶	(۱۲/۵)۹
	18.5-24.9	(۲۷/۸)۲۰	(۳۱/۹)۲۳
	>25	(۶۳/۹)۴۶	(۵۵/۶)۴۰

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

همچنین بر اساس نتایج، از بین متغیرهای اصلی تحقیق؛ در گروه مورد، در بعد از مداخله آموزشی کیفیت زندگی با رفتارهای خودمراقبتی ارتباط معنی داری داشت(P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه گیری

لازمه کنترل دیابت خودمدیریتی بیماران است، که کوششی است در تمام عمر برای نگهداری کیفیت زندگی. برنامه های درمانی اصولا موجب اصلاح کیفیت زندگی می شود یا استراتژی هایی که کیفیت زندگی بیماران را افزایش می دهد ممکن است مورد قبول بیماران قرار گیرد و وضعیت متابولیسم آنها را اصلاح نماید(۱۵). مطالعه حاضر با هدف بررسی میزان تاثیر برنامه آموزش بهداشت بر آگاهی، کیفیت زندگی و رفتارهای خودمراقبتی تغذیه ای بیماران دیابتی شهرستان زابل انجام گرفت.

نتایج نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش بر آگاهی، رفتارهای تغذیه ای و کیفیت زندگی بوده است. این یافته با نتایج مطالعه سعیدپور و همکاران(۱۳)، ایزدی و همکاران (۱۶)، تقی زاده و همکاران (۱۴)، باقیانی مقدم (۱۷) و تقدیسی و همکاران (۱۸) هم خوانی دارد. بنابراین، آموزش میتواند نقش مهمی در پیشگیری و کنترل از بیماری دیابت نوع دو داشته باشد(۲۰-۱۹).

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار نمره سازه‌های مدل اعتقاد بهداشتی در گروه‌های مداخله و مقایسه قبل و بعد از مداخله

گروه / نام متغیر	امتیاز کل	مرحله آزمون	گروه مداخله	گروه مقایسه	RM-ANCOVA
			میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	(p-value)
آگاهی	۶۰	پیش آزمون	۳۶/۵۸±۴/۵	۳۵/۴۵±۴/۰۸	۰/۱۱
		پس آزمون	۳۶/۸۶±۰/۳۸	۳۶/۰۱±۲/۶	۰/۰۰۷
رفتارهای تغذیه ای	۷۰	پیش آزمون	۲۶/۹۳±۸/۰۴	۳۴/۱۱±۱۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
		پس آزمون	۲۶/۹۳±۸/۰۴	۳۲/۲۲±۸/۶۹	۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	۸۹	پیش آزمون	۵۲/۰۹±۷/۶۹	۴۷/۴۵±۷/۵۳	۰/۰۰۰۱
		پس آزمون	۶۰/۹۴±۴/۶	۵۲/۲۶±۵/۹۹	۰/۰۰۰۱

جدول شماره ۳: مقایسه ابعاد مختلف کیفیت زندگی در دو گروه موردو شاهد قبل و بعد از مداخله آموزشی

ابعاد کیفیت زندگی	گروه مورد			گروه شاهد			[۲]P.value	
	قبل	بعد	[۱]P.value	قبل	بعد	[۱]P.value	قبل	بعد
عملکرد فیزکی	۹/۲۹±۶/۲۰	۱۵/۵۶±۲/۶۳	۰/۰۰۰	۸/۵۸±۵/۸۹	۱۲/۵۹±۲/۹۰	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۰/۰۰۰
محدودیت نقش سلامت جسمی	۱/۴۸±۰/۸	۳/۹۸±۱/۳۲	۰/۰۰۰	۱/۲۰±۰/۹۹	۱/۳۷±۱/۰۴	۰/۰۹	۰/۰۶	۰/۰۰۰
انرژی- خستگی	۲۷/۲۹±۲/۹۳	۲۷/۳۶±۲/۸۶	۰/۳۲۱	۲۵/۰۴±۳/۸۲	۲۵/۹۱±۴/۰۳	۰/۲۲	۰/۰۰۰	۰/۰۱
سلامت هیجانی	۱۴/۰۲±۱/۹۸	۱۴/۰۲±۱/۹۸	۰/۰۵	۱۲/۶۲±۲/۵۷	۱۲/۳۷±۲/۷۹	۰/۵۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰

[۱]P.value: نتایج بر اساس paried sample

[۲]P.value: نتایج بر اساس T-test

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

مطالعه ای در در هندوستان در سال ۲۰۱۹ نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی بعد از ۶ ماه آموزش بهبود پیدا کرد(۲۱). با وجود این، برخی از مطالعات میزان آگاهی و آموزش در زمینه بیماری دیابت را ضعیف میدانستند (۲۳-۲۲) به عنوان مثال، مطالعه ای در سال ۲۰۰۸ در کشور هندوستان نشان داد که در میان افراد شاغل در صنایع شهری هند که به خدمات سلامت دسترسی داشتند، بخش عمده ای از بیماران دیابتی از ابتلا به این بیماری بی اطلاع بودند. علاوه بر این، با وجود شیوع بالای دیابت نوع دو در گروههای آموزشی پایین تر، سطح آگاهی آنها در زمینه این بیماری کم بود(۲۲). در این مطالعه، ارتباط بین کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله قبل و بعد از آموزش با سطح تحصیلات، سن، جنسیت، وضعیت تاهل و شغل معنی دار بود. این یافته با نتایج مطالعات سعیدپور و همکاران(۱۳)، ایزدی و همکاران (۱۶) و باقیانی مقدم (۱۷) همخوانی دارد. با این وجود، نتایج مطالعه ای در سال ۲۰۱۳ نشان داد که بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و جنسیت ارتباط معناداری وجود نداشت(۲۴)

در بررسی مقایسه امتیازات کیفیت زندگی افراد تحت مطالعه به تفکیک حیطه های آن(جدول۳)، حیطه های عملکرد فیزیکی، محدودیت نقش و سلامت جسمی قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله از نظر آماری معنادار یود. میانگین این حیطه ها ارتقا یافته است که نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش بر این دو حیطه است. کیفیت زندگی بیماران دیابتی بسیار مهم است زیرا کیفیت پایین زندگی موجب کاهش مراقبت از خود، عدم کنترل به موقع قندخون و افزایش عوارض بیماری خواهد شد. بنابراین، اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیماران دیابتی ارزشمند است بلکه منجر به کاهش هزینه های سلامتی مرتبط با آنها میشود(۱۲).

نتیجه گیری

ارائه آموزش های مناسب در زمینه پیشگیری و بهبود و درمان بیماری دیابت می تواند از طریق بالاتر بردن سطح آگاهی سبب ارتقای سلامت عمومی، عملکرد جسمی و افزایش کیفیت کلی زندگی در بیماران دیابتی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

از زحمات کلیه بیماران، همکاران شاغل در کلینیک دیابت و مراکز بهداشتی درمانی و همه عزیزانی که ما را در انجام این پژوهش یاری فرمودند بسیار سپاسگزاریم. لازم به ذکر است پژوهش حاضر برگرفته از نتایج طرح تحقیقاتی با کد zbmu.1.REC.1396.14 می باشد.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

References

1. Didarloo A, Alizadeh M. Health-related quality of life and its determinants among women with diabetes mellitus: a cross-sectional analysis. Nursing and Midwifery Studies. 2016; 5(1): e28937.

2. Desalu OO, Salawu FK, Jimoh AK, Adekoya AO, Busari OA, Olokoba AB. Diabetic foot care: self reported knowledge and practice among patients attending three tertiary hospital in Nigeria. Ghana Medical Journal. 2011; 45(2): 60-5.

3. Matricciani L, Jones S. Who cares about foot care? Barriers and enablers of foot self-care practices among non-institutionalized older adults diagnosed with diabetes: an integrative review. The Diabetes Educator. 2015; 41(1): 106-17.

4. Hedari A, Isfahani P, Sarani M, Rezaei-Kahkha M. Impact of education on quality of life of diabetic patients in Zabol. Journal of Diabetes Nursing. 2020; 8(4): 1250-9.

5. Didarloo A, Shojaeizadeh D, Ardebili HE, Niknami S, Hajizadeh E, Alizadeh M. Factors influencing physical activity behavior among Iranian women with type 2 diabetes using the extended theory of reasoned action. Diabetes & Metabolism Journal. 2011; 35(5): 513-22.

6. Eljedi A, Mikolajczyk RT, Kraemer A, Laaser U. Health-related quality of life in diabetic patients and controls without diabetes in refugee camps in the Gaza strip: a cross-sectional study. BMC Public Health. 2006; 6(1): 1-7.

7. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi ZH, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2006; 8(1): 49-56.

8. Adachi M, Yamaoka K, Watanabe M, Nishikawa M, Hida E, Kobayashi I, et al. Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. BMC Public Health. 2010; 10(1): 1-7.

9. Redmon JB, Bertoni AG, Connelly S, Feeney PA, Glasser SP, Glick H, et al. Effect of the look AHEAD study intervention on medication use and related cost to treat cardiovascular disease risk factors in individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care. 2010; 33(6): 1153-8.

10. Baghiani MH, Afkhami M. The effect of educational intervention on life quality of patient with type II diabetes in Yazd diabetes research center. Ofoghe Danesh. 2007; 13(4): 21-8.

11. Alavi N. Planning and implementing of self-control model in diabetes patients.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

[Doctoral Dissertation]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2005.

12. Bidi F, Hassanpour K, Ranjbarzadeh A, Kheradmand A. Effectiveness of educational program on knowledge, attitude, self care and life style in patients with type II diabetes. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2012; 19(4): 336-44.

13. Pour JS, Jafari M, Asgar MG, Dardashti HD, Teymoorzadeh E. The impact of self-care education on life quality of diabetic patients. Journal of Health Administration (JHA). 2013; 16(52): 26-36.

14. Taghizadeh ME, Bigli Z, Mohtashami T. The effectiveness of behavior modification training program in lifestyle of type 2 diabetic patients. Health Psychology. 2014; 3(1): 29-40.

15. Wu SY, Sainfort F, Tomar RH, Tollios JL, Fryback DG, Klein R, et al. Development and application of a model to estimate the impact of type 1 diabetes on health-related quality of life. Diabetes Care. 1998; 21(5): 725-31.

16. Izadi A, Sepahvand F, Naderifar M, Mohammadipour F. The effect of an educational intervention on quality of life in patients with type 2 diabetes referring to Tamin Ejtemaei Hospital in 2013. Journal of Diabetes Nursing. 2014; 2(2): 18-28.

17. Baghianimoghadam MH, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic research centre of Yazd. The Horizon of Medical Sciences. 2008; 13(4): 21-8.

18. 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 type II diabetes. Journal of Gorgan University of Medical Sciences. 2011; 13(1): 29-36.

19. Shah P, Misra A, Gupta N, Hazra DK, Gupta R, Seth P, et al. Improvement in nutrition-related knowledge and behavior of urban Asian Indian school children: findings from the 'Medical education for children/Adolescents for Realistic prevention of obesity and diabetes and for healthy aGeing' (MARG) intervention study. British Journal of Nutrition. 2010; 104(3): 427-36.

20. Garg R. Diabetes education & prevention. The Indian Journal of Medical Research. 2013; 138(6): 820.

21. Sekhar MS, Unnikrishnan MK, Vijayanarayana K, Rodrigues GS. Impact of patient-education on health related quality of life of diabetic foot ulcer patients: a randomized study. Clinical

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]

Epidemiology and Global Health. 2019; 7(3): 382-8.

22. Ajay VS, Prabhakaran D, Jeemon P, Thankappan KR, Mohan V, Ramakrishnan L, et al. Prevalence and determinants of diabetes mellitus in the Indian industrial population. Diabetic Medicine. 2008; 25(10): 1187-94.

23. Mohan D, Raj D, Shanthirani CS, Datta M, Unwin NC, Kapur A, et al. Awareness and knowledge of diabetes in Chennai - the Chennai urban rural epidemiology study [CURES-9]. Journal of the Association of Physicians of India. 2005; 53: 283-7.

24. Abuawad MS. Assessing quality of life of Palestinian diabetic patients; refugees and non-refugees: UNRWA and MOH health centers attendants. [Master Thesis]. Norway: University in Oslo; 2013.

[Downloaded from jdn.zbmu.ac.ir on 2025-12-19]