



بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو

شهرزاد غیاثوندیان^۱، اصغر سلیمی^{۲*}، مژده نویدحمیدی^۳، حسین ابراهیمی^۴

۱- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری داخلی جراحی- دانشیار.

۲- دانشگاه علوم پزشکی شاهرود- دانشکده پرستاری و مامایی- بیمارستان امام حسین- کارشناس ارشد.

۳- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری داخلی جراحی و علوم پایه- استادیار.

۴- دانشگاه علوم پزشکی تهران- دانشکده پرستاری و مامایی- گروه پرستاری- استادیار.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۲۳، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۲/۴

چکیده

مقدمه: آموزش در دیابت یک مسأله بنیادی و مهم در دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب است. یکی از مؤثرترین عوامل در کیفیت آموزش، انتخاب آموزش‌های مناسب است. این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی بود که بر روی ۹۸ بیمار دیابتی نوع دو انجام شد که از طریق تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL-BCI) به زبان فارسی، پرسشنامه دموگرافیک و مشخصات بیماری بود. قبل از شروع مداخله، پرسشنامه‌ها توسط بیماران تکمیل شد و سپس مداخله به صورت آموزش خودمدیریتی برای گروه مداخله به اجرا درآمد و بعد از دو ماه مجدداً پرسشنامه کیفیت زندگی تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری مجذور کای، آزمون دقیق فیشر، تی زوجی و مستقل و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد. **نتایج:** دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با یکدیگر همگن بودند. میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله بین دو گروه تفاوت معنی‌دار نداشت ($P=0/12$) اما بعد از مداخله، میانگین نمره کیفیت زندگی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار پیدا کرد ($P=0/002$). **نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه حاکی از بهبود کیفیت زندگی به‌دنبال آموزش خودمدیریتی بود. باتوجه به نقش مهم آموزش در مدیریت و کنترل بیماری‌های مزمن از جمله بیماری دیابت، استفاده از این نوع آموزش جهت دستیابی به کیفیت زندگی مطلوب توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: دیابت نوع دو، آموزش خودمدیریتی، کیفیت زندگی.

*نویسنده مسئول: شاهرود، خیابان امام، انتهای ۲۸ متری آیت‌الله توحیدی، بیمارستان امام حسین (ع)، تلفن: ۰۲۳-۲۲۳۴۲۰۰۰-۱۴، نامبر: ۰۲۳-۲۲۳۳۳۹۰۲

Email: asgharsalimi398@yahoo.com

ارجاع: غیاثوندیان شهرزاد، سلیمی اصغر، نویدحمیدی مژده، ابراهیمی حسین. بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو. مجله دانش و تندرستی ۱۳۹۶؛ ۱۲(۱): ۵۰-۵۶.

مقدمه

دیابت یک بیماری مزمن و پیشرونده است که به نسبت‌های همه‌گیر رسیده است و یکی از بزرگ‌ترین چالش‌ها برای سیستم بهداشت و درمان در سال‌های اخیر است (۱). دیابت ۶/۸٪ کل مرگ و میر را تشکیل می‌دهد و یک علت مهم مرگ و میر زودرس می‌باشد (۲). تعداد افراد دیابتی به دلیل رشد جمعیت، پیری جمعیت کشورها، شهرنشینی، صنعتی شدن و افزایش شیوع چاقی و بی‌تحرکی به سرعت در حال افزایش است (۳). بر طبق آخرین آمار فدراسیون بین‌المللی دیابت در سال ۲۰۱۳، تخمین زده شده است ۳۸۲ میلیون نفر، معادل ۸/۳٪ افراد بزرگسال در سراسر جهان مبتلابه دیابت هستند و در صورت ادامه این روند، پیش‌بینی شده این تعداد تا سال ۲۰۳۵ از ۵۹۲ میلیون نفر تجاوز کند، اکثر افراد مبتلابه دیابت در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط زندگی می‌کنند. براساس این گزارش بیشترین شیوع این بیماری در سنین ۴۰ تا ۵۹ سال و در منطقه خاورمیانه و شمال آفریقا با میزان ۱۰/۹٪ بوده است. میزان شیوع دیابت در ایران ۹/۹٪ گزارش شده است (۴). براساس مطالعه استقامتی و همکاران، شیوع دیابت در ایران در افراد بزرگسال، حدود ۷/۷٪ در سال ۲۰۰۵ تخمین زده شده است. این پژوهشگر در سال ۲۰۱۱، این میزان را حدود ۱۱/۳۷٪ گزارش کردند. این امر نشان‌دهنده روند روبه رشد شیوع بیماری دیابت در ایران است. همچنین براساس یافته‌های مطالعه آنها میزان شیوع دیابت در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی و در زنان بیشتر از مردان است (۵).

به علت افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی و همچنین افزایش جمعیت سالمندان، هزینه‌های اقتصادی ناشی از دیابت، مرتباً افزایش می‌یابد. هزینه‌های مربوط به دیابت، تقریباً سالانه ۱۳۲ میلیون دلار تخمین زده شده است که تا سال ۲۰۱۰ به ۱۵۶ میلیون دلار و تا سال ۲۰۲۰ به ۱۹۲ میلیون دلار افزایش خواهد یافت (۶). مدیریت نامناسب این بیماری منجر به بالا رفتن سطح گلوکز خون شده که می‌تواند در نهایت منجر به بیماری‌های قلبی عروقی، نوروپاتی، نفروپاتی و رتینوپاتی شود (۷). مطالعات نشان داده است که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و به عبارتی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیرات منفی داشته باشد. بنابراین در بیماری دیابت یکی از اهداف مهم در مراقبت درمانی، مطلوب نمودن کیفیت زندگی بیمار است (۸). بخش عمده مسؤلیت کنترل و مدیریت بیماری به عهده فرد مبتلا است. از بیماران انتظار می‌رود برای اجتناب از عوارض و مرگ و میر ناشی از دیابت به‌طور روزانه فعالیت‌های خودمدیریتی را انجام دهند (۹). خودمدیریتی، توانایی افراد برای کاهش یا مدیریت بر علائم، درمان مشکلات جسمی، روحی و روانی، اصلاح شیوه زندگی و در

نهایت زندگی مطلوب با داشتن بیماری مزمن تعریف می‌شود (۱۰). برنامه خودمدیریتی شامل پنج مهارت اصلی است: (۱) مهارت حل مسأله (۲) مهارت تصمیم‌گیری (۳) استفاده از منابع (۴) شکل‌گیری ارتباط درمانی بین مراقبت‌کننده و بیمار (۵) برنامه عملیاتی (۱۱). مداخلات خودمدیریتی در بیماران دیابتی، برخی از ابعاد کیفیت زندگی را بهبود بخشیده است (۱۲). برنامه آموزش خودمدیریتی در بیماران انسداد مزمن ریه، در بهبود کیفیت زندگی، کاهش ویزیت و بستری شدن بیماران مؤثر بوده است (۱۳). آموزش خودمدیریتی دیابت به‌عنوان جزء کلیدی مراقبت دیابت به‌شمار می‌آید. بهینه‌سازی کنترل متابولیک، پیشگیری از عوارض حاد و مزمن و ارتقای کیفیت زندگی از اهداف آموزش دیابت است (۱۴). آموزش از وظایف کارکنان سیستم بهداشتی می‌باشد و با توجه به فرصت و طول زمان ارتباط پرستار با بیمار، بیشترین مسؤلیت آموزش، متوجه پرستاران می‌باشد (۱۵). پرستاران نقش حیاتی در توانمندسازی بیماران برای مدیریت بهتر دیابت و ارتقای کیفیت زندگی این بیماران از طریق فراهم نمودن اطلاعات و مشاوره بیمار، خانواده دارند (۱۶). با توجه به ماهیت مزمن بیماری دیابت که نیازمند توانمندی بیماران در تصمیم‌گیری جهت مدیریت بیماری و کمبود مطالعه در این زمینه در ایران، انجام پژوهش با عنوان بررسی تأثیر برنامه آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ طراحی گردید.

مواد و روش‌ها

این مطالعه، یک کارآزمایی بالینی کنترل شده با کد ثبت شده IRCT2015040721637N1 در وب گاه کارآزمایی ایران است، که در آن تأثیر آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلابه دیابت نوع دو بودند. محیط پژوهش کلینیک دیابت بیمارستان امام حسین شاهرود بوده که به جهت کثرت مراجعات و سهولت دسترسی به نمونه‌های پژوهش انتخاب شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: (۱) قادر بودن بیمار به درک و بیان به زبان فارسی (۲) تشخیص قطعی بیماری دیابت (نوع ۲) توسط پزشک متخصص غدد (۳) عدم شرکت در کار پژوهشی مشابه تاکنون (۴) امکان برقراری تماس مستقیم با منزل بیمار (۵) بیمار در شرایط سنی ۷۵-۱۸ سال باشد و بتواند قادر به درک مطالب آموزشی باشد (۶) نداشتن بیماری روحی-روانی شناخته شده و عدم مصرف داروی مؤثر بر روان بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: (۱) بیمار به دلایلی نیاز به بستری و یا مداخله اورژانس داشته باشد به‌طوری‌که شرایط همکاری با پژوهشگر را از دست بدهد. (۲) بیمار دچار محدودیت جسمی جدیدی شود که مانع همکاری وی گردد.

برگزار شد. در آن بیماران به صورت عملی با مشکلاتشان و فرآیند حل مشکل مواجه شده و با یکدیگر تحت نظارت پژوهشگر بحث و گفتگو می کردند و به این ترتیب در انتخاب راه حل ها مشارکت می کردند و پژوهشگر در ادامه نکات تکمیلی را بیان می کرد و در انتها برای حل مشکل تصمیم گیری می شد و توسط بیماران این راهکار اجرا می شد. همچنین مهارت های عملی مورد نیاز بیماران به آنها آموزش داده شدند. به بیماران در استفاده از منابع مشاوره در درمانگاه ها و بیمارستان ها آموزش داده شد. تعداد جلسات چهار جلسه یک ساعته در چهار هفته پیاپی بود و با بیماران جهت زمان جلسات به صورت تلفنی هماهنگ می شد. در پایان هر جلسه، پمفلت های آموزشی در اختیار بیماران قرار گرفت و از بیماران خواسته شد که مطالب آموخته شده را به کار ببرند و در جلسه آخر کتابچه دیابت در اختیار بیماران قرار گرفت و گروه کنترل، مراقبت های معمول مرکز دیابت شامل جلسات آموزشی ماهانه به صورت سخنرانی را دریافت می کردند. جمع آوری داده ها در مرحله پس از اتمام آموزش، در گروه کنترل و مداخله در طی دو ماه پس از مداخله انجام گرفت. بدین صورت که پس از اتمام این مدت، مجدد پرسشنامه کیفیت زندگی توسط بیماران تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS انجام شد. به منظور دسته بندی و خلاصه کردن یافته ها از آمار توصیفی شامل جداول توزیع فراوانی مطلق و نسبی، توزیع شاخص های مرکزی و پراکنندگی و پس از آن برای دسترسی به اهداف اصلی پژوهش از آزمون های آماری کای دو، تست فیشر، تی زوجی و مستقل در سطح معنی داری ۰/۰۵ استفاده شد.

نتایج

اکثریت بیماران مورد مطالعه، زن، متأهل، دارای سطح تحصیلات ابتدایی و راهنمایی، بیمه درمانی، محل سکونت شخصی بودند و سابقه آموزش داشتند و دو گروه کنترل و مداخله از نظر مشخصات فردی همگن بودند (جدول ۱). از نظر مشخصات بیماری، اکثریت بیماران دارای سابقه فامیلی، عوارض دیابت بودند و از داروهای خوراکی برای کنترل بیماری استفاده می کردند و دو گروه از لحاظ مشخصات بیماری همگن بودند (جدول ۲).

میانگین نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله در گروه کنترل (۴۸/۷۵±۹/۱۲) و در گروه مداخله (۴۹/۱۶±۸/۷۱) بود. میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از مداخله در گروه کنترل به (۵۲/۲۰±۸/۱۲) و در گروه مداخله به (۵۷/۳۶±۸/۱۱) رسیده است (جدول ۳).

نتیجه آزمون آماری تی مستقل که جهت مقایسه دو گروه قبل از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان می دهد که بین گروه کنترل و مداخله از نظر میزان نمره کیفیت زندگی قبل از مداخله اختلاف آماری معنی داری وجود ندارد و دو گروه همگن هستند (P=۰/۸۲). این در

باتوجه به مطالعه انجام شده توسط سعیدپور و همکاران در سال ۱۳۹۲ (۱۷) سطح معنی داری برابر با ۰/۰۵، توان آزمون برابر با ۸۰ درصد، اختلاف میانگین در دو گروه برابر با ۱۰، انحراف معیار در گروه مداخله ۱۷/۵، انحراف معیار در گروه کنترل ۱۵/۸، تعداد نمونه های لازم برای هر گروه ۴۴ نفر برآورد شد و با لحاظ ۱۰٪ ریزش تعداد نمونه ها برای هر گروه ۴۹ نفر و در مجموع ۹۸ نفر برآورد شد. ابزار جمع آوری اطلاعات در این مطالعه پرسشنامه اطلاعات فردی، مشخصات بیماری و پرسشنامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL-BCI) به زبان فارسی بود. پرسشنامه اطلاعات فردی و مشخصات بیماری شامل سوالاتی در مورد سن، جنس، وضعیت تأهل، شغل، سطح تحصیلات، نوع زندگی، وضعیت بیمه، وضعیت درآمد، وضعیت محل سکونت، زمان تشخیص بیماری، سابقه فامیلی بیماری، سابقه آموزش، آخرین زمان آموزش، محتوی آموزش، منبع آموزش، نحوه کنترل بیماری، نوع داروهای مصرفی، عوارض جانبی همراه با بیماری، زمان مراجعه به پزشک، مدت زمان اندازه گیری قند خون، استفاده از دستگاه گلوکومتر و یافته های آزمایشگاهی بود. پرسشنامه کلینیکی خلاصه شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی شامل ۱۵ سؤال بود و براساس مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت (کاملاً ناراضی، امتیاز ۱ تا کاملاً راضی، امتیاز ۵) نمره گذاری شده است. حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۷۵ می باشد. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر و نمرات پایین تر نشان دهنده کیفیت زندگی پایین تر می باشد. این پرسشنامه توسط نصیحت کن و همکاران در سال ۱۳۹۱ به فارسی ترجمه شد و پایایی و روایی آن ارزیابی شده بود (r=۰/۷۲ و P=۰/۰۰۱، ICC=۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۷۷ به دست آمد) (۱۸). نمونه گیری در این پژوهش به روش در دسترس انجام شده و از تمام بیماران مبتلا به دیابت نوع دو واجد شرایط که به واحد دیابت مراجعه کردند، نمونه گیری صورت گرفت و سپس به روش بلوک های چهارتایی تخصیص تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. بدین صورت که پس از انجام معرفی و بیان اهداف طرح به بیماران، از آنها درخواست شد تا ابتدا فرم مربوطه موافقت شرکت در پژوهش را مطالعه و امضاء نمایند و سپس پرسشنامه مربوطه اطلاعات فردی و پرسشنامه کیفیت زندگی را تکمیل نمایند. پس از جمع آوری پرسشنامه ها، مداخله مورد نظر یعنی اجرای آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی روی گروه مداخله انجام شد. جلسات آموزشی به صورت بحث گروهی ده نفره آغاز شد. ابتدا اطلاعاتی در مورد ماهیت بیماری دیابت، عوامل خطر، عوارض و راه های کنترل آن به بیماران داده شد تا سطح دانش بیماران در مورد بیماری افزایش یابد و گوشزد شد که عدم کنترل صحیح و به موقع دیابت چه عواقبی برای آنها دارد. سپس حل مسأله به روش گروهی

حالی است که بین دو گروه کنترل و مداخله از نظر میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از اجرای مداخله اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد ($P=0/002$). یعنی اجرای آموزش خودمدیریتی توانسته است سطح کیفیت زندگی بیماران را افزایش دهد (جدول ۳).

جدول ۱- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به تفکیک گروه کنترل و مداخله

متغیر	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	P.V
سن	۵۴/۱۰±۱۰/۰۵	۵۱/۷۹±۷/۵۹	**۰/۲۰
جنس			
مرد	۱۳ (۲۶/۵)	۱۱ (۲۲/۴)	**۰/۶۳
زن	۳۶ (۷۳/۵)	۳۸ (۷۷/۶)	
تأهل			
متأهل	۴۳ (۸۷/۸)	۴۷ (۹۵/۹)	**۰/۱۴
همسر فوت شده	۶ (۱۲/۲)	۲ (۴/۱)	
اشتغال			
بیکار	۲ (۴/۱)	۰ (۰)	
کارمند	۰ (۰)	۱ (۲)	
شغل آزاد	۵ (۱۰/۲)	۷ (۱۴/۳)	***۰/۶۳
خانه‌دار	۳۵ (۷۱/۴)	۳۳ (۶۷/۳)	
بازنشسته	۷ (۱۴/۳)	۸ (۱۶/۴)	
تحصیلات			
بی‌سواد	۱۱ (۲۲/۴)	۵ (۱۰/۲)	
ابتدایی	۱۵ (۳۰/۶)	۱۴ (۲۸/۶)	
راهنمایی	۱۱ (۲۲/۴)	۱۸ (۳۶/۷)	**۰/۳۷
دبیرستان	۹ (۱۸/۴)	۱۰ (۲۰/۴)	
دانشگاه	۳ (۶/۲)	۲ (۴/۱)	
بیمه			
دارد	۴۸ (۹۸)	۴۹ (۱۰۰)	***۰/۹۹
ندارد	۱ (۲)	۰ (۰)	
درآمد			
کفایت می‌کند	۱۲ (۲۴/۵)	۲۰ (۴۰/۸)	**۰/۰۸
کفایت نمی‌کند	۳۷ (۷۵/۵)	۲۹ (۵۹/۲)	
محل سکونت			
شخصی	۸ (۲)	۳ (۶/۱)	***۰/۹۹
استیجاری	۴۵ (۹۱/۸)	۴۶ (۹۳/۹)	
سابقه آموزش			
دارد	۲۷ (۵۵/۱)	۲۳ (۴۶/۹)	**۰/۴۱
ندارد	۲۲ (۴۴/۹)	۲۶ (۵۳/۱)	

Paired sample t test **Chi-square*** Fisher exact test*

جدول ۲- توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای مشخصات بیماری بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به تفکیک گروه کنترل و مداخله

متغیر	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	P.V
سابقه فAMILI			
بلی	۳۸ (۷۷/۶)	۳۳ (۶۷/۳)	**۰/۲۵
خیر	۱۱ (۲۲/۴)	۱۶ (۳۲/۷)	
نحوه کنترل بیماری			

	۳۸ (۷۷/۶)	۳۲ (۶۵/۳)	داروهای خوراکی
**۰/۴۰	۴ (۸/۲)	۶ (۱۲/۲)	انسولین
	۷ (۱۴/۴)	۱۱ (۲۲/۵)	داروهای خوراکی و انسولین
	۱ (۲)	۵ (۱۰/۳)	نوع داروی خوراکی مصرفی
	۱۲ (۲۴/۵)	۱۴ (۲۸/۶)	گلی بن گلامید
**۰/۲۱	۱۹ (۳۸/۸)	۱۸ (۳۶/۷)	مت فورمین
	۱۳ (۲۶/۵)	۶ (۱۲/۲)	گلی بن گلامید و مت فورمین
	۴ (۸/۲)	۶ (۱۲/۲)	گلی کلایید و مت فورمین
			بدون داروی خوراکی
			عوارض دیابت
**۰/۸۳	۳۲ (۶۵/۳)	۳۱ (۶۳/۳)	دارد
	۱۷ (۳۴/۷)	۱۸ (۳۶/۷)	ندارد
			زمان اندازه گیری قند خون
	۱۰ (۲۰/۴)	۱۸ (۳۶/۷)	هفته‌ای
**۰/۱۸	۳۷ (۷۵/۵)	۳۰ (۶۱/۳)	یک هفته تا سه ماه
	۲ (۴/۱)	۱ (۲)	سالیانه
			چک قند خون با دستگاه گلوکومتر
**۰/۶۷	۳۰ (۶۱/۲)	۳۲ (۶۵/۳)	بله
	۱۹ (۳۸/۸)	۱۷ (۳۴/۷)	خیر

Chi-square* Fisher exact test

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کیفیت زندگی بیماران مبتلابه دیابت نوع دو قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

زمان	قبل از مداخله انحراف معیار± میانگین	بعد از مداخله انحراف معیار± میانگین	اختلاف میانگین و انحراف معیار	نتیجه آزمون تی زوجی
کنترل	۴۸/۷۵±۹/۱۲	۵۲/۲۰±۸/۱۲	۳/۴۵±۸/۲۴	t=-۲/۹۲ P=۰/۰۰۵ df=۴۹
مداخله	۴۹/۱۶±۸/۷۱	۵۷/۳۶±۸/۱۱	۸/۲۰±۶/۱۵	t=-۹/۳۳ P=۰/۰۰۰ df=۴۹
نتیجه آزمون تی مستقل	t=۰/۲۲ P=۰/۸۲ df=۹۸	t=۳/۱۴ P=۰/۰۰۲ df=۹۸		

بحث

نتایج مداخله نشان داد که آموزش خودمدیریتی بر کیفیت زندگی بیماران تأثیر مثبتی داشته است. این نتایج همسو با نتایج مطالعه و اتانا و همکاران در بیماران تایلندی مبتلابه دیابت نوع ۲ می‌باشد که میانگین کیفیت زندگی بعد از برنامه خودمدیریتی دیابت در گروه مداخله افزایش پیدا کرد که از نظر آماری معنی‌دار بود (۱۹). همچنین همسو با مطالعه سعیدپور و همکاران در تهران می‌باشد که میانگین نمره کیفیت زندگی بعد از آموزش خودمراقبتی در گروه مداخله افزایش پیدا کرد که معنی‌دار بود (۱۷). باقیانی مقدم و افخمی مطالعه‌ای در یزد انجام دادند. نتایج نشان داد که مداخله آموزشی باعث افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی در گروه مداخله شد که از نظر آماری معنی‌دار بود و این با نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد (۲۰). آقاملایی و همکاران در مطالعه‌ای به تأثیر مداخله آموزشی با استفاده از رویکرد

نتیجه آزمون آماری تی زوجی که جهت مقایسه هر یک از گروه‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله استفاده شده است، نشان می‌دهد بین میانگین نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (P=۰/۰۰۵). این در حالی است که بین میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد از اجرای مداخله نیز اختلاف آماری معنی‌داری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). این اختلاف آماری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر می‌باشد (جدول ۳). باتوجه به وجود تفاوت معنی‌دار بین میانگین‌های دو گروه، مداخله آموزشی خودمدیریتی تأثیر بیشتری داشته است اما وجود تفاوت معنی‌دار در گروه کنترل می‌تواند ناشی از مداخلات آموزش روتین ارایه شده توسط کلینیک دیابت باشد.

5. Esteghamati A, Etemad K, Koohepayezadeh J, Abbasi M, Meysamie A, Noshad S, et al. Trends in the prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in association with obesity in Iran: 2005-2011. *Diabetes Res Clin Pract* 2014;103:319-27. doi: 10.1016/j.diabres.2013.12.034
6. Cheever KH, Hinkle JL BG. Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing. Washington, DC: Lippincott Williams & Wilkins;2010.
7. Whiting DR, Guariguata L, Weil C, Shaw J. IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;94:311-21. doi: 10.1016/j.diabres.2011.10.029
8. Saadatjoo SA, Rezvaneh MR, Tabyee S, Oudi D. Life quality comparison in type 2 diabetic patients and none diabetic persons. *Mod Care J* 2012;9:24-31.
9. Rahimian Boogar I, Besharat MA, Mohajeri Tehrani MR, Talepasand S. Diabetes self- management: social, demographical and disease factors. *Journal of Clinical Psychology* 2010;143:57.[Persian].
10. Redman BK. Patient self-management of chronic disease: the health care provider's challenge. 209th ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning;2004.
11. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003;26:1-7.
12. Balanjani S, Rahimi Z, Sasan A. The effect of self-management programs on the quality of life in patients undergoing hemodialysis 2014;12:815-24.
13. Labrecque M, Rabhi K, Laurin C, Favreau H, Moullec G, Lavoie K, et al. Can a self-management education program for patients with chronic obstructive pulmonary disease improve quality of life? *Can Respir J* 2011;18:e77-81.
14. Abazari P, Vanaki Z, Mohammadi E, Amini M. Barriers to effective diabetes self-management education. *Iranian Journal of Medical Education* 2013;13:221-32.
15. Kalantari S, Najafi K, Abbaszadeh A, Sanagoo A, Borhani F. Nurses' perception of performance of patient education. *Jentashapir Journal of Health Research* 2012;2:167-74.
16. Abazari P, Amini M, Amini P, Sabouhi F, Yazdannik A. Diabetes nurse educator course: from develop to perform. *Iranian Journal of Medical Education* 2011;10:918-26.
17. Saeid pour J, Jafari M, Ghazi Asgar M, Dayani Dardashti H. Effect of educational program on quality of life in diabetic patients. *Journal of Health Administration* 2013;16:26-36.
18. Nasihatkon A, Pishva A, Habibzade F, Tabatabae M, Hojat F, Hafeze E. Reliability and validity of the clinical summary of diabetic quality of life (DQOL) in Farsi. *Diabetes and Lipid Disorders Journal of Iran* 2012;11:483-7
19. Wattana C, Srisuphan W, Pothiban L, Upchurch SL. Effects of a diabetes self-management program on glycemic control, coronary heart disease risk, and quality of life among Thai patients with type 2 diabetes. *Nurs Health Sci* 2007;9:135-41. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00315.x
20. Baghiani Moghadam M, Afkhami Ardekani M. The effect of educational intervention on quality of life of diabetic patients type 2, referee to diabetic research center of Yazd. *Ofogh-E-Danesh* 2008;13:21-9.
21. Aghamolaei T, Eftekhari 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. *SJSPH* 2005;3:1-2.
22. Moattari M, Ghabadi A, Beigi P, Pishdad G. Impact of self management on metabolic control indicators of diabetes patients. *J Diabetes Metab Disord* 2012;10:528-35. doi: 10.1186/2251-6581-11-6

تعاملی بر تغییر رفتار، هموگلوبین A1c و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران دیابتی در بندرعباس پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله افزایش پیدا کرد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۲۱). در مطالعه بالنجانی و همکاران که در بیماران تحت درمان با همودیالیز در ارومیه انجام شد کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله بعد از برنامه‌های خودمدیریتی افزایش پیدا کرد که با مطالعه حاضر همخوانی دارد (۱۲). در مطالعه معطری و همکاران در شیراز، میانگین قند خون ناشتا و HBA1C در گروه آزمون بعد از خودمدیریتی کاهش یافت که از نظر آماری معنی‌دار بود و نشان‌دهنده تأثیر مثبت برنامه‌های خودمدیریتی است (۲۲). از نقاط ضعف این پژوهش می‌توان به خصوصیات روحی، روانی، فرهنگی و سطح دانش بیماران اشاره کرد که بر انگیزه و یادگیری بیماران تأثیر داشته است. طولانی بودن و عدم رعایت کامل آموزش خودمدیریتی توسط بیماران نیز یک مانع بر اجرای پژوهش بود.

نتایج این تحقیق نقش آموزش خودمدیریتی را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را بیان کرده است، آگاهی پرستاران از اهمیت ارایه اینگونه آموزش‌ها می‌تواند نتایج مطلوبی در بهبود ارایه خدمات پرستاری داشته باشد، که براساس این نتایج پرستاران با استفاده از به‌کارگیری آموزش خودمدیریتی در بیماران مزمن می‌توانند گام‌های مؤثری در بهبود وضعیت این بیماران بردارند و وابستگی بیماران به کادر درمانی را کم نمایند و آنها را قادر سازند تا مشکلاتشان را خودشان مدیریت کنند.

تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر بخشی از پایان‌نامه با کد اخلاقی IR.TUMS.REC.1395.9111196031-1 در مقطع کارشناسی ارشد، مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۹۳ می‌باشد که بدین وسیله پژوهشگران مراتب قدردانی و تشکر خود را از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی تهران، مسئولان محترم بیمارستان امام حسین شاهرود و تمامی بیماران که در این طرح ما را یاری دادند، اعلام می‌دارند.

References

1. Jarvis J, Skinner TC, Carey ME, Davies MJ. How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? *Diabetes Obes Metab* 2010;12:9-12. doi: 10.1111/j.1463-1326.2009.01098.x
2. Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87:9-15. doi: 10.1016/j.diabres.2009.10.006
3. van Dieren S, Beulens JW, van der Schouw YT, Grobbee DE, Neal B. The global burden of diabetes and its complications: an emerging pandemic. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010;17:S3-8. doi: 10.1097/01.hjr.0000368191.86614.5a
4. Guariguata L, Whiting D, Hambleton I, Beagley J, Linnenkamp U, Shaw J. Global estimates of diabetes prevalence for 2013 and projections for 2035. *Diabetes Res Clin Pract* 2013;103:137-49. doi: 10.1016/j.diabres.2013.11.002



Assessing the Effect of Self-Management Education on Quality of Life of Patients with Diabetes Mellitus Type 2

Shahrzad Ghiyasvandian (A.P.)¹, Asghar Salimi (M.Sc.)^{2*}, Mojdeh Navidhamidi (Ph.D.)³, Hossain Ebrahimi (Ph.D.)²

1- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2- Dept. of Nursing, School of Nursing & Midwifery, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran.

3- Dept. of Physiology, School of Nursing & Midwifery, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 13 July 2016, Accepted: 24 April 2017

Abstract:

Introduction: Education is a fundamental and important issue to achieve optimal quality of life in diabetes. One of the most effective factors in the quality of education is the choice of appropriate methods of educational. This study with purpose assessing the effect of self- management education on quality of life of patients with diabetes mellitus type 2 was carried out.

Methods: This study was a clinical trial on 98 patients with type 2 diabetes that conducted through Random allocation assigned to two intervention and control groups. Data collection tool contain diabetes quality of life brief clinical inventory (DQOL-BCI) in Farsi, demographic and patient information questionnaire. Before intervention, questionnaires were completed by patients and then self-management educational intervention for the intervention group was implemented and quality of life questionnaire was completed after two months. To analyze the data, SPSS statistical software version 21 and chi-square test, Fisher exact test, independent t-test and significance level ($P < 0.05$) was used.

Results: No significant differences in demographic factors between the two groups before the intervention. Quality of life score before intervention was not significantly different between the two groups ($P = 0.82$). But after the intervention quality of life score was significantly different between the two groups ($P = 0.002$).

Conclusion: The results suggest improved quality of life after the self-management education. According to important role of education in the management and control of chronic diseases such as diabetes, use of this type of training to achieve the desired quality of life is recommended.

Keywords: Diabetes, Self-management education, Quality of life.

Conflict of Interest: No

*Corresponding author: A. Salimi, Email: Asgharsalimi398@yahoo.com

Citation: Ghiyasvandian Sh, Salimi A, Navidhamidi M, Ebrahimi H. Assessing the effect of self-management education on quality of life of patients with diabetes mellitus type 2. Journal of Knowledge & Health 2017;12(1):50-56.