



INTERNATIONAL ASSOCIATION
RAZI
FOR MEDICINE & PSYCHOTHERAPY



UNIVERSITÄT
FREIBURG KLINIKUM

Philipps
Universität
Marburg

PSYCHOLOGISCHES INSTITUT
FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE
UND S.P.S. & L.G.C.H.P.F.
Ulrich Universität
Department of Psychosomatic
Medicine & Psychotherapy

چهارمین کنفرانس بین‌المللی روان‌تنی

ارزیابی و مداخلات روانشناختی در اختلالات روان‌تنی
اعتیاد و اختلالات روان‌تنی

۲۶ تا ۲۸ مهر ۱۳۹۱

دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان)

اثربخشی برنامه آموزشی بر دانش، نگرش، خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو

فاطمه بیدی^۱، کاظم حسن پور^۲، اکبر رنجبرزاده^۳، علی خردمند^۴

چکیده

بیماری قند، شایع‌ترین و مهم‌ترین بیماری ناشی از اختلالات سوخت و ساز بدن است. آموزش‌های بهداشتی و روش‌های اصلاحی و رفتاری مناسب از مؤثرترین و باصرفه‌ترین راه‌های پیشگیری و کنترل دیابت است. هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر آموزش اصلاح رفتار بر دانش، نگرش، خودمراقبتی و کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع دو است. روش پژوهش آزمایشی بوده که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام گرفت. از بین افراد دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز بهداشت بجنورد، ۴۰ نفر متناسب با معیارهای مورد نظر انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) انتساب داده شدند. پرسشنامه‌ای ۵ بخشی برای تعیین اطلاعات دموگرافیک و سنجش دانش (ساخته‌ی غضنفری با پایایی ۰/۸۴)، نگرش (ساخته‌ی غضنفری با پایایی ۰/۸۱)، خودمراقبتی (ساخته‌ی غضنفری با پایایی ۰/۹۱) و کیفیت زندگی (SF-20 با پایایی ۰/۷۹) در دو مرحله اجرا گردید. روایی پرسشنامه‌ها نیز مورد تأیید متخصصان بوده است. برنامه آموزشی مبتنی بر اصلاح عادت‌ها و روش‌های غذایی در پنج جلسه ۳۰ دقیقه‌ای انجام شد. با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS ۱۸ داده‌ها تحلیل شدند. میانگین سن افراد $52/17 \pm 7/58$ بود. نتایج نشان داد مداخله آموزشی بر دانش افراد مورد مطالعه ($p = 0/083$) اثر معناداری نداشته است. اما در متغیرهای نگرش نسبت به بیماری ($p = 0/001$)، خودمراقبتی ($p = 0/001$) و کیفیت زندگی ($p = 0/001$) مداخله اصلاح رفتار، تأثیر معناداری داشته است. بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با بهره‌گیری از روش‌های اصلاح رفتارهای نامناسب، نگرش خود را نسبت به زندگی و سبک زندگی تغییر می‌دهند. بهتر است این مراقبت‌ها مداوم بوده و روش‌های بالینی و روانشناختی در کنار روش دارویی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش، دانش، نگرش، خودمراقبتی، کیفیت زندگی، بیماران دیابتی

^۱ نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی، آموزش و پرورش خراسان شمالی، بجنورد، کارشناس مشاوره. bidi.fatemeh@gmail.com

^۲ استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۳ دکترای حرفه‌ای پزشکی، عضو هیات علمی دانشگاه فرهنگیان، معاون دانشجویی دانشگاه فرهنگیان.

^۴ روانپزشک، پژوهشگر مرکز تحقیقات علوم اعصاب کرمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان.

Effect of Education Based on Behavior Modification on Knowledge, Attitude, Self Care and Life Style in patients with type II diabetes

Abstract

Diabetes is the most widely and important patient that derived from body metabolism disorders. Health education and modification and behavioral methods are more effective and economic way to prevent and control the diabetes. So, the aim of present research is study of the effect of changing behavior on knowledge, attitudes, self-care, quality of life, and lifestyle of type II diabetic patients. Research method was experimental that carried out using the pretest–posttest plan and a control group. From patients with type II diabetes who referenced to Bojnord health center selected forty patients that fitted to identified criteria and assigned to 2 group of experiment (20 patients) and control (20 patients). Five-section questionnaire was implemented to determine the demographic information and to measure knowledge (from Ghanzanfari and reliability 0.84), attitude (from Ghanzanfari and reliability 0.81), self-care (from Ghanzanfari and reliability 0.91) and quality of life (SF-20 and reliability 0.79). These tools conducted in 2 stages. Validity of questionnaires has approved through experts. Educational program based on modification of habits and nutrition method conducted in 5 session 30 minutes. Data analyzed through SPSS 18. The mean age of people was 52.17 ± 7.58 . The results showed that intervention of education had no significant effect on the knowledge of the people under study ($p=0.083$). However, on the variables of attitudes toward the illness ($p=0.001$), self-care ($p=0.001$) and quality of life ($p=0.001$), intervention of changing behavior had a significant effect. Implementing health care and changing inappropriate behaviors, type II diabetic patients would be able to change their attitude toward life and lifestyle. Such cares would be better to be continuous and the clinical and psychological methods to be applied in addition to the pharmaceutical ones.

Keywords: Education, Knowledge, Attitude, Self care, Quality of life, Diabetic patients

مقدمه

دیابت به‌ویژه دیابت نوع دو، یکی از تهدیدهای اصلی برای سلامت انسان در قرن ۲۱ میلادی است. این بیماری به یکی از معضلات سلامت جهانی و علت اصلی و عمده مرگ و میر و ناتوانی تبدیل شده است. عوارض عروقی دیابت در طول زندگی به افزایش بسیار زیاد سکت‌های قلبی و مغزی، نارسایی کلیه، نابینایی و قطع عضو منجر می‌شود (برس ۱ و همکاران، ۲۰۰۸). طبق گزارش سازمان

بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌شود، شیوع دیابت از ۴ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۵/۴ درصد در سال ۲۰۳۵ برسد و در کشورهای درحال توسعه تعداد بیماران از ۸۴ میلیون نفر به ۲۲۸ میلیون نفر افزایش یابد (ابراهیمی و مردانی، ۱۳۹۰).

بیماری دیابت جزو بیماری‌های مزمنی است که بر روی کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (آدچی و همکاران، ۲۰۱۰). بیماران دیابتی با تغییرات وسیعی در بسیاری از ابعاد کیفیت زندگی مواجه هستند (ردمون و همکاران، ۲۰۱۰). کیفیت زندگی به عنوان درک و احساس افراد و گروه‌ها از این که نیازهایشان برآورده شده و فرصتی جهت دسترسی آن‌ها به آرزوها و خواسته‌هایشان از دست نرفته است تعریف شده است. کیفیت زندگی یک عامل ذاتی چند بعدی است که ترکیبی از عوامل شناختی (رضایت) و احساسی (شادی) را در بر دارد (گرین و کریتر، ۱۹۹۹). مطالعات انجام شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی در ایران را نامطلوب گزارش کرده‌اند (باقیانی مقدم و افخمی اردکانی، ۱۳۸۶ و علوی مسعودی، ۱۳۸۴). اندازه‌گیری کیفیت زندگی در ارتباط با سلامت طی ۲۵ سال گذشته تکامل و توسعه یافته (تئودور اپولوس و همکاران، ۲۰۰۲) و به طور جامع تأثیر بیماری‌های مزمن را بر کیفیت زندگی ارزیابی می‌کند.

نکته مهم تری که در مورد بیماران مبتلا به دیابت اهمیت فراوان دارد، اینست که میزان دانش و نوع نگرش افراد نسبت به بیماری نقش بسزایی در کنترل بیماری دارد (غضنفری و همکاران، ۱۳۸۵). نگرش نظام پایدارِ باورها، احساسات و آمادگی برای عمل نسبت به یک موضوع مشخص تعریف شده است. این سازه (نگرش) سه عنصر شناختی، هیجانی و آمادگی برای عمل (رفتار) دارد (کریمی، ۱۳۹۰). بخش شناختی نگرش را باورهای شخص نسبت به بیماری تشکیل می‌دهد. بخش احساسی یا عاطفی نگرش، به عواطف و هیجاناتی مربوط می‌شود که بیماری دیابت در شخص به وجود می‌آورد و در نهایت تمایل برای عمل، مربوط به آمادگی و میزان تمایل فرد در برخورد و رفتار نسبت به بیماری به نحو معینی می‌باشد. در زمینه اهمیت دانش و نگرش نسبت به بیماری و تأثیر آن در کنترل بیماری پژوهش‌های معدودی انجام شده است (علوی مسعودی، ۱۳۸۴ و غضنفری و همکاران، ۱۳۸۵). نتایج این پژوهش‌ها حاکی از تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش نگرش و دانش افراد نسبت به بیماری بوده است.

با افزایش دانش و نگرش نسبت به بیماری دیابت، می‌توان افراد مبتلا را در کنترل رژیم غذایی و به تبع آن بیماری یاری داد. این جنبه از درمان خودمراقبتی نام دارد. طبق تعریف آرم، خودمراقبتی یک عملکرد تنظیمی آموخته‌شده در انسان بوده که مبتنی بر توانایی افراد

-
1. Adachi
 2. Redmon
 3. Green & Kreuter
 4. Theodoropoulou

جهت انجام اعمال مراقبت بر روی خودش است (چن و ونگ، ۱، ۲۰۰۷). خودمراقبتی به عنوان یک راهبرد جهت تطابق با رویدادها و تنش‌های زندگی تعریف می‌شود که باعث ارتقای سلامت و عدم وابستگی می‌شود و مشتمل بر فعالیت‌های ویژه‌ای است که به وسیله آن علایم بیماری تخفیف می‌یابد (نادریان و همکاران، ۱۳۹۰). در زمینه تأثیر آموزش خودمراقبتی پژوهش‌هایی در خارج از کشور (چن و ونگ، ۲۰۰۷، کلارک ۲ و همکاران، ۲۰۰۴ و گلاسگو ۳ و همکاران، ۱۹۹۷) و داخل انجام گرفته است (علوی مسعودی، ۱۳۸۴ و نادریان و همکاران، ۱۳۹۰). برنامه‌های اجرا شده در هر پژوهش اثرات معناداری بر کنترل بیماری داشته است.

تعدادی از تحقیقات نقش مداخلات روانشناختی در دیابت را ارزیابی کرده و نشان داده‌اند، مداخلاتی که به منظور تغییرات رفتاری صورت می‌گیرند، در ارتقای توانایی‌های خودمراقبتی و کنترل دیابت مؤثر بوده‌اند و موجب ارتقای کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت می‌شود. مطالعات جدید نشان دادند مداخلات روانشناختی انگیزه اجرای رفتارهای خودمراقبتی را می‌افزایند (مارتینوس ۴ و همکاران، ۲۰۰۶). در پژوهشی که در بیماران مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ایران در سال ۱۳۸۰ انجام گرفت، نتایج نشان دادند آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی افراد دیابتی تأثیر مثبت دارد به طوری که میانگین امتیازات کیفیت زندگی از $35/2 \pm 9/1$ قبل از آموزش به $53/6 \pm 9/7$ بعد از آموزش افزایش پیدا کرد (رخشنده رو و همکاران، ۱۳۸۵). نجمی و همکاران در پژوهشی به ارزیابی اثربخشی درمان روانشناختی چندجنبه‌ای بر بهبود پایبندی به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک پرداختند. نتایج نشان داد تفاوت معناداری در متغیرهای خودکارآمدی، کارکرد خانواده و $HbA1c$ (هموگلوبین قندی) در گروه‌های مورد مطالعه وجود داشت و گروه‌های تحت کارآزمایی بالینی بهبود قابل ملاحظه‌ای داشتند (نجمی و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهشی دیگر با کاربرد روش PRECED ۵، کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد اگر چه کیفیت زندگی بیماران پس از مداخله افزایش یافته، اما این افزایش از نظر آماری معنادار نبوده است (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۰).

با توجه به آنچه که گفته شد پژوهشگر در این پژوهش علاقه‌مند به تعیین تاثیر آموزش بهداشت و اصلاح رفتار بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو بود. از دیگر اهداف این تحقیق، تعیین اطلاعات دموگرافیک افراد، تعیین میزان دانش و نگرش بیماران نسبت به تغذیه و ورزش و تعیین تاثیر آموزش بر رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت جسمانی بیماران است.

-
1. Chen & Wang
 2. Clark
 3. Glasgow
 4. Martinus
 5. Predisposing Reinforcing Enabling Causes Educational Diagnosis

روش

این پژوهش از نظر کنترل، آزمایشی، از نظر زمانی، آینده‌نگر و از نظر هدف، کاربردی است. طرح آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس-آزمون با گروه گواه بود که در سال ۱۳۹۰ به اجرا درآمد. جامعه مورد بررسی شامل کلیه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز بهداشت بجنورد بودند. ابتدا با بررسی پرونده‌ی افراد و نیز اجرای پرسشنامه‌ی اولیه برای کسب اطلاعات درباره معیارهای انتخاب (شامل مراجعه منظم، گذراندن دوره ابتدایی و تحصیلات بالاتر، سابقه بیماری حداقل یک سال، آموزش رسمی در مورد مراقبت از خود، تغذیه، ورزش ندیده) ۵۷ نفر از افراد، شناسایی و سپس ۴۰ نفر از بین آن‌ها به صورت تصادفی برای پژوهش انتخاب شدند. این افراد به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم‌بندی شدند (جدول ۱). میانگین سنی افراد مورد مطالعه، $52/17 \pm 7/6$ بود. ۳۰ نفر (۷۵ درصد) از افراد مرد و ۱۰ نفر زن بودند.

روش اجرا بدین گونه بود که پس از انتخاب و جایگزینی ۴۰ نفر نمونه، پرسشنامه دموگرافیک، دانش، نگرش، خودمراقبتی و کیفیت زندگی اجرا شد. مداخله آموزشی در پنج جلسه ۳۰ دقیقه‌ای انجام شد. آموزش‌ها بر اساس توصیه‌های تغذیه‌ای سازمان جهانی بهداشت و انجمن دیابت آمریکا مبتنی بر اصلاح عادت‌ها و روش‌های غذایی و تنظیم رژیم غذایی با استفاده از فهرست جانشینی مواد غذایی و نمایه گلیسمی غذاها با هدف اصلاح و بهبود کیفیت تغذیه‌ای و مصرف مناسب میوه و سبزی و کاهش نمایه گلیسمی ارائه شد (غضنفری، ۱۳۸۳). پرسشگر مطالعه فرد ثابتی بود و تمام بررسی‌ها در یک محل انجام شد. یک ماه بعد از مداخله بیماران به طور مجدد مورد ارزیابی قرار گرفتند و اطلاعات به دست آمده از بیماران دو گروه در قبل و یک ماه بعد از مداخله مورد مقایسه و آزمون قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده‌ها با اجرای آزمون تحلیل کوواریانس در محیط نرم‌افزاری SPSS ۱۸ انجام گرفت.

ابزار سنجش

ابزارهای مورد استفاده شامل موارد زیر بود: الف- پرسشنامه دموگرافیک مشتمل بر ۲۰ سؤال درباره وضعیت مشخصات فردی و وضعیت مراقبت فعلی؛ ب- آزمون دانش فرد درباره دیابت: این ابزار توسط غضنفری ساخته شد و پایایی آن ۰/۸۲ بر اساس ضریب آلفای کرونباخ گزارش شده است (غضنفری، ۱۳۸۳). آزمون به صورت چهارگزینه‌ای بوده که تنها یک پاسخ صحیح داشت. به هر پاسخ صحیح، نمره یک و برای پاسخ‌های نادرست نمره صفر تعلق می‌گرفت. روایی پرسشنامه بر اساس روش محتوایی، مورد تأیید متخصصان قرار گرفته است. در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس، ۰/۸۴ به دست آمد که مقدار قابل قبولی است. ج- پرسشنامه نگرش به بیماری: این پرسشنامه توسط غضنفری ساخته شد، دارای ۱۵ سؤال و پایایی آن ۰/۸۰ در مقیاس آلفای کرونباخ گزارش

شده است. هم چنین روایی پرسشنامه مورد تأیید پزشکان قرار گرفته است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد. (غضنفری، ۱۳۸۳). گزینه‌های این پرسشنامه، از کاملاً موافقم با امتیاز ۵ تا کاملاً مخالفم با امتیاز یک را شامل می‌شد. د- پرسشنامه خودمراقبتی: این پرسشنامه توسط غضنفری ساخته شد و مشتمل بر ده سؤال دو گزینه‌ای با پاسخ‌های بلی- خیر بود. پرسشنامه توسط ۵ نفر از پزشکان و متخصصان مورد تأیید قرار گرفت. پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. به پاسخ بلی نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر تعلق می‌گرفت (غضنفری، ۱۳۸۳). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر، ۰/۸۶ به دست آمد. ه- پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-20): این پرسشنامه، ابزاری استاندارد برای تعیین کیفیت زندگی افراد است که در سئوالات آن جوانب و عوامل مختلف کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است. این ابزار به روش مصاحبه انجام می‌شود و مجموع امتیازهای آن ۱۰۰ می‌باشد. کیفیت زندگی در افراد دارای امتیاز کمتر از ۳۴ پایین، امتیاز ۳۴-۶۷ متوسط و بالای ۶۷ بالا در نظر گرفته می‌شود. پایایی ابزار در آمریکا تعیین شده (استوارت، ۱۹۸۸) و در داخل کشور بر اساس روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ محاسبه شده است (باقیانی مقدم و افخمی اردکانی، ۱۳۸۶). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار ۰/۷۸ به دست آمد.

یافته ها

داده‌های جدول ۲، میانگین میزان دانش، نگرش و خودمراقبتی افراد نمونه درباره بیماری دیابت در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. تفاوت‌های اولیه در متغیرهای سه گانه فوق در مرحله پیش‌آزمون در گروه آزمایش کمتر از گروه کنترل بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی نیز در مرحله پیش‌آزمون اجرا شد. نتیجه حاصل از اجرا نشان داد در گروه آزمایش، ۱۰ نفر دارای کیفیت زندگی پایین، ۹ نفر دارای کیفیت زندگی متوسط و ۱ نفر کیفیت زندگی بالایی داشتند. میانگین کیفیت زندگی در این گروه در پیش‌آزمون کمتر از گروه کنترل بود (جدول ۳).

در آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. مهم‌ترین مفروضه‌های این روش خطی بودن، همگنی واریانس-ها، مستقل بودن و نرمالیتی است. وجود رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی و متغیر وابسته که با استفاده از نمودار پراکنش مشخص گردید نقاط حول محور خط رگرسیون پراکنده شده‌اند و بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، رابطه خطی وجود دارد. برای بررسی مفروضه نرمالیتی از آزمون کالموگراف-اسمیرنف (K-S) استفاده شد. میزان آماره کالموگراف اسمیرنف در متغیر دانش (۰/۲۱۵=

$(Z=1/0.5; p=0/187)$ ، در متغیر نگرش $(Z=1/11; p=0/187)$ ، خودمراقبتی $(Z=1/9; p=0/109)$ و کیفیت زندگی $(Z=0/95; p=0/19)$ بیانگر آن است که هر یک از متغیرها در دو گروه دارای توزیع یکسانی هستند و مفروضه مذکور برقرار است. از آزمون لون برای آزمون مفروضه همگنی واریانس‌ها استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار آزمون $(F=2/198)$ در سطح $p=0/146$ معنادار است. چون نحوه نمونه‌گیری تصادفی بوده و گروه‌ها با هم ارتباطی نداشتند، مفروضه مستقل بودن نیز برقرار است. با وجود این نتایج، امکان اجرای تحلیل کوواریانس فراهم شد.

اطلاعات موجود در جدول ۴ نشان داد برنامه آموزشی اجرا شده افزایش دانش بیماران نسبت به دیابت را در پی نداشته است $(F=3/18; p=0/083)$. در متغیر نگرش داده‌های جدول ۴ حاکی از آن بود که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنادار عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود داشت $(F=13/77; p=0/001)$. این نتیجه بدان معناست که مداخلات انجام شده باعث افزایش نگرش مثبت بیماران نسبت به دیابت و راه‌های کنترل آن شده است. این مقدار افزایش برابر $4/15$ امتیاز بوده است (جدول ۴). در متغیر خودمراقبتی نیز نتایج تحلیل کوواریانس موجود در جدول ۴ نشان داد مداخلات انجام شده موجب شده که بیماران توان خودمراقبتی را در خود افزایش داده و به کار گیرند $(F=15/14; p=0/001)$. کیفیت زندگی به عنوان متغیر وابسته اصلی نیز با روش تحلیل کوواریانس مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج موجود در جدول ۴ حاکی از آن بود مداخلات انجام شده موجب شده کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو افزایش یابد $(F=13/37; p=0/001)$. مجذور اتای تفکیکی (η^2) به عنوان شاخص اندازه‌ی اثر حاکی از آن بود برنامه آموزشی به ترتیب بر خودمراقبتی $(0/29)$ ، نگرش $(0/27)$ و کیفیت زندگی $(0/26)$ اثر داشته است. مقادیر بالای $0/14$ به عنوان مقادیر مطلوب در نظر گرفته می‌شود (براس ۱ و همکاران، ۲۰۰۶).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مبتنی بر اصلاح رفتار بر دانش، نگرش، خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو در شهر بجنورد انجام گرفت. نتایج نشان داد برنامه آموزشی اثر معناداری بر افزایش دانش بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نداشته است. دانش توانایی فهم، درک و به کارگیری اطلاعاتی است که از محیط دریافت می‌شود و مهارت‌های شناختی و اجتماعی جهت حفظ و ارتقای سلامتی است. دانش به طرز ویژه‌ای تحت تأثیر میزان سواد فرد قرار دارد. نتیجه به دست آمده در تأیید نتایج پژوهش غضنفری و همکاران (۱۳۸۵) و چن و وانگ (۲۰۰۷) نیست. با بررسی متغیرهای دیگر این پژوهشها شاید بتوان از علل این تفاوت دو مورد را نام برد: تفاوت در سطح سواد افراد شرکت‌کننده در پژوهش و نیز نوع برنامه اجرا شده. در زمینه تغییر نگرش، نشان داد

آموزش اصلاح رفتار، موجب شده نگرش افراد نسبت به بیماری دیابت افزایش داشته باشد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های تقدیسی و همکاران در مورد ارزیابی از سلامت خود (۱۳۹۰)، رخشنده‌رو و همکاران (۱۳۸۵) و غضنفری و همکاران (۱۳۸۵) همسو است. نگرش‌ها با داشتن ابعاد عاطفی، روانی و عملیاتی در کنترل بیماری نقش عمده‌ای دارند. چون نوع مداخله‌ی انجام شده، بیشتر مبتنی بر آگاهی بخشی و خصوصیات روانشناختی بود، این انتظار را نیز ایجاد می‌کرد که بر نگرش افراد تأثیر مثبت داشته باشد.

نتایج حاصل از پرسشنامه خودمراقبتی نشان داد آموزش به شیوه‌ی اصلاح رفتار بر کنترل رفتار مبتنی بر خود (خودمراقبتی) تأثیر داشته است. بنا به گفته‌ی پاکوبسن و همکاران لازمه کنترل دیابت خود مدیریتی بیماران بوده که کوششی است در تمام عمر برای نگهداری کیفیت زندگی. برنامه‌های درمانی که اصولاً موجب اصلاح کیفیت زندگی می‌شود یا استراتژی‌هایی که کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد (جاکوبسون ۱ و دگروت، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش‌های دیگر حاکی از آن بود که مداخلات انجام شده موجب افزایش خودکارآمدی (نجمی و همکاران، ۱۳۸۶) و خودمدیریتی (ردمون و همکاران، ۲۰۱۰ و کلارک و همکاران، ۲۰۰۴) و ارزیابی از سلامت خود (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۰) شده است. پژوهش‌های دیگر نشان داده‌اند ارتقای سطح خودمراقبتی با بهبود کنترل متابولیک، خودکارآمدی و کنترل بهتر قند خون در بیماران مبتلا به دیابت ارتباط دارد (گلاسگو و همکاران، ۱۹۹۷ و نورتام ۲ و همکاران، ۲۰۰۶). خودمراقبتی با بحث کیفیت زندگی ارتباط تنگاتنگی دارد. نتایج حاصل از اجرای پرسشنامه کیفیت زندگی نشان دهنده تأثیر معنادار برنامه اجرا شده بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو بود. نتایج بیشتر پژوهش‌ها نیز حاکی از معنادار بودن اثر مداخلات بر شاخص‌های کیفیت زندگی بوده‌اند (ردمون و همکاران، ۲۰۱۰، علوی مسعودی، ۱۳۸۴ و رخشنده‌رو و همکاران، ۱۳۸۵). اگر چه برخی از پژوهش‌ها به رابطه معناداری دست پیدا نکرده بودند (تقدیسی و همکاران، ۱۳۹۰). چگونگی کیفیت زندگی در بیماران دیابتی دارای اهمیت بسیار است. کیفیت پایین زندگی منجر به کم کردن مراقبت از خود، خوب کنترل نکردن قند خون و افزایش خطر عوارض بیماری است (کوتسانوس ۳ و همکاران، ۱۹۹۷). اصلاح کیفیت زندگی نه تنها برای بیمار دیابتی سودمند و با ارزش است، بلکه هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن‌ها را کاهش می‌دهد. بنابراین لازم است اطلاعات بیشتری درباره کیفیت زندگی بیماران دیابتی، خصوصیات ویژه آنها، وضعیت بیماری، سیستم مراقبت‌های بهداشتی و خصوصیات محیطی، اجتماعی که منجر به کاهش کیفیت زندگی افراد در معرض خطر می‌شود، در دست داشته باشیم (علوی مسعودی، ۱۳۸۴). دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل نمود.

-
1. Jacobson
 2. Northam
 3. Kotsanos

در انجام پژوهش محدودیت‌هایی وجود داشت که از آن جمله می‌توان به عدم حضور به موقع مراجعین و در پاره‌ای از موارد کارکنان در مرکز بهداشت اشاره کرد. گاهی پژوهشگر مجبور به تماس تلفنی می‌شد. از دیگر محدودیت‌ها این بود که ابزارهای کامل‌تر با نسخه فارسی در این زمینه وجود نداشت. لذا در اینجا لازم است پژوهشگران آتی در زمینه‌های اجرایی ابزارهای مربوطه اقدام نمایند. هم‌چنین تعداد کم آزمودنی‌ها (۴۰ نفر در دو گروه) از دیگر محدودیت‌ها بود که شرایط امکان دخالت افراد بیشتر را نمی‌داد.

آموزش، فرایندی پویا و یاریگر است. در آگاهی بخشی، تغییر نگرش و ایجاد اعتماد به نفس نقشی انکارناپذیر دارد و می‌تواند منجر به تغییر سبک زندگی و ارتقای کیفیت آن شود. کیفیت زندگی بیماران دیابتی، یکی از اهداف اصلی کنترل بیماری دیابت است. آموزش منسجم به بیمار، کیفیت زندگی بیماران دیابتی و کنترل متابولیسمی آن‌ها را ارتقا می‌دهد و عوارض روانی و جسمانی بیماری را کاهش می‌دهد.

منابع

- ابراهیمی، ا. و مردانی حموله، م. (۱۳۹۰). بررسی همبستگی هوش هیجانی و کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، طرح های پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کد ۸۹۱۶۲.
- باقیانی مقدم، م. ح. و افخمی اردکانی، م. (۱۳۸۶). تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد (افق دانش)، سال ۱۳(۴)، ۲۱-۲۸.
- تقدیسی، م. ح.، برهانی، م.، صلحی، م.، افکاری، م. ا. و حسینی، ف. (۱۳۹۰). اثر برنامه آموزشی بر اساس الگوی Precede در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد، دوره ۱۳، (۱)، ۲۹-۳۶.
- رخشنده رو، س.، حیدرنیا، ع. و رجب، ا. (۱۳۸۵). بررسی میزان تاثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، مجله پزشکی دانشور، دوره ۱۳ (۶۳)، ۱۵-۲۰.
- علوی مسعودی. ن. (۱۳۸۴). طرح‌ریزی و اجرای الگوی خودمراقبتی در بیماری دیابت قندی، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.

غضنفری، ز. (۱۳۸۳). بررسی تأثیر برنامه طراحی شده آموزشی بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.

غضنفری، ز.، غفرانی پور، ف.، رجب، ا. و احمدی، ف. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی جیمز براون بر دانش و نگرش بیماران دیابتی نوع دو، دوماهنامه دانشور پزشکی، سال ۱۴ (۶۵)، ۴۵-۵۴.

کریمی، ی. (۱۳۹۰). نگرش و تغییر نگرش، چاپ ششم، تهران، موسسه نشر ویرایش.

نادریان، ح.، مروتی شریف آباد، م. ع.، میرزایی، ا.، بهمن پور، ک.، مرادزاده، ر. و شریعتی، م. (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی، وضعیت سلامت و رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به آرتریت روماتوئید در یزد، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایلام، دوره ۱۹ (۲)، ۱۵-۲۵.

نجمی، ب.، احدی، ح.، دلاور، ع. و هاشمی پور، م. (۱۳۸۶). اثربخشی درمان روان شناختی چند جنبه ای بر بهبود پایداری به درمان پزشکی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، مجله تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۵ (۲)، ۱۲۷-۱۳۷.

Adachi, M., Yamaoka, K., Watanabe, M., Nishikawa, M., Hida, E., Kobayashi, I., & Tango T. (2010). Effects of lifestyle education program for type 2 diabetes patients in clinics: study design of a cluster randomized trial. *BMC Public Health*, 10, 742-749.

Barth, J. H., Marshall, S. M., & Watson, I. D. (2008). Consensus meeting on reporting glyciated hemoglobin and estimated average glucose in the UK: report to the National Director for Diabetes, Department of Health. *Annual Clinical Biochemistry*, 45(Pt 4), 343-344.

Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists*, 3rd ed. London: Routledge.

Chen, S. Y., & Wang, H. H. (2007). The relationship between physical function, knowledge of disease, social support and self care behavior in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Research*, 15(3), 183-91.

Clark, M., Hampson, S. E., Avery, L., & Simpson, R. (2004). Effects of a tailored lifestyle self-management intervention in patients with Type 2 diabetes. *British Journal of Health Psychology*, 9, 365-379.

- Glasgow, R. E., Hampson, S. E., Strycker, L. A., & Ruggiero, L. (1997). Personal-model beliefs and social-environmental barriers related to diabetes self-management. *Diabetes Care*, 20, 556-561.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (1999). *Health promotion planning: An education and ecological approach*, 3rd ed. London: Mayfield publishing Co, 54.
- Jacobson, A. M., & DeGroot, M. (1994). The evaluation of two measures of quality of life in patients with type I and type II diabetes. *Diabetes Care*, 4, 267–274.
- Kotsanos, J. G., Marrfero, D., Viginati, J. G., Mathias, A. D., Huster, W., & Boggs, M. B. (1997). Health-related quality of life results from multinational clinical trial of insulin lisper. *Diabetes Care*, 20 (6), 948- 58.
- Martinus, R., Corban, R., Wackerhage, H., Atkins, S., & Singh, J. (2006). Effect of psychological intervention on exercise adherence in type 2 diabetic subjects. *Aging Neurophychology and Cognition*, 1084, 350-60.
- Northam, E. A., Todd, S., & Cameron, F. J. (2006). Intervention to promote optimal health outcomes in children with type 1 diabetes: are they effective? *Diabetic Medicine*, 23(2), 113-121.
- Redmon, J. B., Bertoni, A. G., Connelly, S., Feeney, P. A., Glasser, S. P., Glick, H., Greenway, F., Hesson, L. A., Lawlor, M. S., Montez, M., & Montgomery, B. (2010). 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*, 33, 1153-1158.
- Stewart, AL., Hays, RD., & Ware, JE. (1988). The MOS short-form general health survey. *Medical Care*, 26 (7), 724-35.
- Theodoropoulou, S., Leotsakou, C., Baltathakis, L., Christonakis, A., & Xirodimas, M. (2002). Quality of life and psychopathology of 53 long-term survivors of allergenic bone marrow transplantation. *Hippokratia*, 6, 19-23.

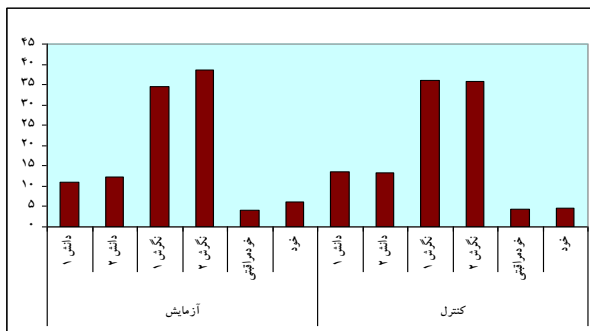
ضمائم و پیوست ها

جدول ۱: طرح کلی آزمایش

پس آزمون	اجرای مداخله (آموزش)	پیش آزمون	گروه آزمایش (n=۲۰)
پس آزمون	---	پیش آزمون	گروه کنترل (n=۲۰)

جدول ۲: میانگین نمره دانش، نگرش و خودمراقبتی افراد مورد پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	متغیر	گروه	Mean±SD	p-value
پیش آزمون	دانش	آزمایش	۱۱/۱±۳/۴۳	-
		کنترل	۱۳/۵±۳/۸۲	-
	نگرش	آزمایش	۳۴/۵±۱۰/۸۲	-
		کنترل	۳۶/۱±۱۱/۰۱	-
	خود مراقبتی	آزمایش	۴/۱۵±۱/۱۳	-
		کنترل	۴/۴±۱/۱۴	-
پس آزمون	دانش	آزمایش	۱۲/۲±۳/۱	-
		کنترل	۱۳/۲±۲/۸۴	-
	نگرش	آزمایش	۳۸/۶۵±۱۳/۱۳	-
		کنترل	۳۵/۷±۱۰/۸۲	-
	خود مراقبتی	آزمایش	۶/۰۵±۱/۴۳	-
		کنترل	۴/۷±۰/۸	-
تفاوت پیش آزمون و پس آزمون	دانش	آزمایش	۱/۱	۰/۰۸۳
		کنترل	۰/۳	۰/۴۸
	نگرش	آزمایش	۴/۱۵	۰/۰۰۱
		کنترل	-۰/۴	۰/۵۲
	خود مراقبتی	آزمایش	۱/۹	۰/۰۰۱
		کنترل	۰/۳	۰/۴۸



نمودار ۱: مقایسه نمرات افراد در متغیرهای مورد بررسی در پیش از موزن و پس از موزن

جدول ۳: میزان کیفیت زندگی افراد مورد پژوهش در پیش از موزن و پس از موزن

مرحله	گروه	سطوح کیفیت زندگی	n	درصد	Mean±SD
پیش از موزن	آزمایش	پایین	۱۰	۵۰	۳۸/۶±۱۴/۱۴
		متوسط	۹	۴۵	
		بالا	۱	۵	
	کنترل	پایین	۸	۴۰	۴۴/۴۵±۱۸/۴۳
		متوسط	۸	۴۰	
		بالا	۴	۲۰	
پس از موزن	آزمایش	پایین	۶	۳۰	۴۲/۹۵±۱۱/۸۹
		متوسط	۱۳	۶۵	
		بالا	۱	۵	
	کنترل	پایین	۹	۴۵	۴۳/۹±۱۶/۵۵
		متوسط	۱۰	۵۰	
		بالا	۱	۵	

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در متغیرهای پژوهش

متغیر	منابع پراکندگی	SS	df	MS	F	p	η^2
دانش	پیش آزمون	۲۷۹/۴۵	۱	۲۷۹/۴۵	۱۷۹/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	گروه	۴/۹۵	۱	۴/۹۵	۳/۱۸	۰/۰۸۳	۰/۰۸
	خطا	۵۷/۵	۳۷	۱/۵۵	-	-	-
نگرش	پیش آزمون	۴۹۴۲/۲۳	۱	۴۹۴۲/۲۳	۳۲۷/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۹۰
	گروه	۲۰۷/۸۱	۱	۲۰۷/۸۱	۱۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۷
	خطا	۵۵۸/۰۷	۳۷	۱۵/۰۸	-	-	-
خودمراقبتی	پیش آزمون	۳/۰۴	۱	۳/۰۴	۲/۳۴	۰/۱۳	۰/۰۶
	گروه	۱۹/۶۹	۱	۱۹/۶۹	۱۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	خطا	۴۸/۱۱	۳۷	۱/۳	-	-	-
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۷۴۵۶/۱۹	۱	۷۴۵۶/۱۹	۶۳۱/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۹۴
	گروه	۱۵۷/۷۶	۱	۱۵۷/۷۶	۱۳/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	خطا	۴۳۶/۵۶	۳۷	۱۱/۸	-	-	-