

تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲

مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد

محمد حسین باقیانی مقدم^۱ - محمد افخمی اردکانی^۲

چکیده

زمینه و هدف: شیوع دیابت در ایران و کشورهای در حال توسعه در حال افزایش است و شیوع آن ۴/۵-۴٪ و در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴٪ می باشد. کیفیت زندگی بیماران دیابتی از اهمیت ویژه ای برخوردار است، بر این اساس مطالعه حاضر با هدف تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش تحقیق: در این مطالعه نیمه تجربی (مداخله ای)، ۱۲۰ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ که در مرکز تحقیقات دیابت یزد پرونده داشتند و سن آنها بین ۲۵-۷۵ سال بود، به صورت تصادفی انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند، اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد SF-20 و به روش مصاحبه جمع آوری گردید. نمونه ها به دو گروه ۶۰ نفری تقسیم شدند که به گروه آزمون در دو جلسه به روش سخنرانی و بحث گروهی، آموزش داده شد. پس از گذشت دو ماه، مجدداً از هر دو گروه با همان پرسشنامه و همان سؤالات اطلاعات لازم جمع آوری و داده ها در دو نوبت بین گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش مقایسه گردید. داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای ANOVA، t و t زوجی در سطح معنی داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: میانگین سالهای ابتلا به دیابت نمونه ها $9/87 \pm 7/19$ سال بود، به طور کلی کیفیت زندگی در ۳۲/۴۶٪ از بیماران ضعیف، در ۳۲/۴۶٪ متوسط و در ۳۵/۰۸٪ خوب بود. بین شغل، جنس، سواد و داشتن و نداشتن عوارض رتینوپاتی و نوروپاتی با کیفیت زندگی در گروه آزمون، قبل و بعد از مداخله از نظر آماری رابطه معنی داری مشاهده شد ($P < 0/017$) ولی در گروه شاهد بین متغیرهای فوق و کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله رابطه معنی دار آماری مشاهده نشد.

نتیجه گیری: بهترین راه برای کاهش عوارض دیابت و افزایش کیفیت زندگی آنها، آموزش است که هزینه زیادی در بر نداشته و برای تمام بیماران قابل اجرا می باشد. بیماران در هر شرایطی می توانند با آموزش و بخصوص با استفاده از یک پرسشنامه استاندارد مانند SF-20 که نیازهای آموزشی بیماران را مشخص می نماید، از بروز عوارض دیابت در خود جلوگیری نمایند.

کلید واژه ها: کیفیت زندگی؛ دیابت نوع ۲؛ SF-20

افق دانش؛ مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی گناباد (دوره ۱۳؛ شماره ۴؛ زمستان سال ۱۳۸۶)

دریافت: ۱۳۸۶/۱۱/۲۵ اصلاح نهایی: ۱۳۸۷/۳/۲۸ پذیرش: ۱۳۸۷/۴/۱۱

۱- نویسنده مسؤول؛ دانشیار گروه آموزشی خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
آدرس: یزد- بلوار دانشجو- دانشکده بهداشت- گروه خدمات بهداشتی

تلفن: ۰۳۵۱-۶۲۳۸۶۲۶-۰۳۵۱-۸۲۳۸۵۵۵ پست الکترونیکی: baghianimoghadam@yahoo.com

۲- فوق تخصص بیماریهای غدد درون ریز و متابولیسم، دانشیار گروه آموزشی داخلی و عضو مرکز تحقیقات دیابت دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد

مقدمه

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 (۱۳). 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 (۱۴). 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 (۱۵). دیابت و عوارض ناشی از آن را می‌توان از طریق مراقبت‌های پزشکی و آموزش بهداشت، پیشگیری و کنترل نمود. آموزش بهداشت بیماران دیابتی شامل چگونه زیستن با دیابت و چگونگی اصلاح کیفیت زندگی آنها می‌باشد (۱۶، ۱۷). مطالعه حاضر با هدف تأثیر مداخله آموزشی بر میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

روش تحقیق

در این مطالعه نیمه تجربی و آینده‌نگر، کلیه بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد که سن آنها بین ۲۵-۷۵ سال بود و در مرکز پرونده داشتند و برای مراقبت و مشاوره مراجعه می‌کردند، مورد مطالعه قرار گرفتند. تعداد نمونه‌ها با توجه به نتایج بررسی‌های انجام شده و برآوردهای آماری، ۱۲۰ نفر تعیین گردید که به صورت تصادفی از بین مراجعه‌کنندگان انتخاب شدند.

اطلاعات از طریق پرسشنامه استاندارد SF-20 که دارای ۲۰ سؤال می‌باشد، به روش مصاحبه در محل کلینیک دیابت جمع‌آوری گردید. SF-20 پرسشنامه‌ای است برای تعیین کیفیت زندگی که در سؤالات آن جنبه‌ها و عوامل مختلف کیفیت زندگی مورد توجه قرار گرفته است و به روشهای مختلف امتیازدهی می‌شود. در این بررسی مجموع امتیازات قابل محاسبه برای هر بیمار ۱۰۰ امتیاز بود. سطح کیفیت زندگی به سه سطح تقسیم گردید، به طوری که کیفیت زندگی در افراد دارای امتیاز کمتر از ۳۴ پایین، امتیاز بین ۳۴-۶۷ متوسط و امتیاز بالای ۶۷ بالا در نظر گرفته شد. اعتبار پرسشنامه SF-20 در آمریکا تعیین گردید

دیابت نوع ۲، بیماری مزمن خطرناکی است که از طریق ناهنجاریهایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. اگرچه دیابت دارای علائم متعددی است، ولی عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون، معمولی‌ترین علائم تفکیکی آن است. فرد مبتلا به دیابت یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد، در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد به عوارض کوتاه مدت و بلند مدت دیابت مبتلا می‌شود (۱). دیابت یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی در جهان معاصر می‌باشد که سرعت رو به افزایش است. این بیماری که پنجمین علت مرگ و میر جوامع غربی (۲) و چهارمین دلیل شایع مراجعه به پزشک است، ۱۵٪ هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در ایالات متحده به خود اختصاص داده است (۳). سازمان بهداشت جهانی با توجه به آمار و روند رو به تزاید دیابت در سراسر جهان، دیابت را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرده و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فراخوانده است (۴). در ایران، آمارها در خصوص شیوع دیابت کاملاً متفاوت است. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران و کرمانشاه، شیوع دیابت را به ترتیب ۱۰-۲٪، بیش از ۱۲٪ و ۷٪ گزارش کرده‌اند (۷-۵). معاونت سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شیوع دیابت را ۲/۳٪ اعلام نموده است (۸). به طور کلی شیوع دیابت در ایران بسار بالا و ۴/۵-۴٪ و در جمعیت بالای ۳۰ سال بیش از ۱۴٪ و در تمام استانها در زنان بیشتر از مردان است (۹). شیوع دیابت در کشورهای در حال توسعه خاورمیانه نزدیک به اپیدمی و در حال افزایش است (۱۰).

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) می‌باشد (۱۱). بایستی تأکید ارزیابی و تشخیص کیفیت زندگی در یک کارآزمایی بالینی، بر بیماری افراد و تجربیات درمانی آنها در گذشته باشد که می‌تواند شامل قضاوت درباره رضایت از درمان، عملکرد اجتماعی، احساس رفاه و علائم جسمانی باشد (۱۲).

زندگی کارمندان بیشتر از دیگران بود. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه مورد قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/04$). کیفیت زندگی بیماران در مشاغل مختلف در گروه شاهد بعد از مداخله کاهش یافت. این کاهش از نظر آماری معنی‌دار نبود. جدول ۲، نشان می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران مرد قبل و بعد از مداخله بیشتر از بیماران زن بوده است. افزایش کیفیت زندگی مردان بعد از مداخله نیز بیشتر از بیماران زن بوده است. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد در گروه مورد قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/017$). در گروه شاهد کیفیت زندگی بیماران مرد بعد از مداخله اندکی افزایش یافت ولی قابل توجه نبود. کیفیت زندگی زنان این گروه بعد از مداخله کاهش یافت. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه مورد قبل و بعد از مداخله در ارتباط با سطح تحصیلات آنها از نظر آماری معنی‌دار بود. کیفیت زندگی تمام گروه‌های تحصیلی بعد از مداخله افزایش یافت ولی این افزایش در گروه افراد بالاتر از دیپلم بیشتر بود (جدول ۳). رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد در ارتباط با تحصیلات قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار نبود. کیفیت زندگی بیماران بی‌سواد و با سواد بالاتر از دیپلم در این گروه، پس از مداخله کاهش و در دو گروه دیگر اندکی افزایش یافت که رابطه آماری بین آنها معنی‌دار نبود. کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون با عارضه رتینوپاتی و بدون عارضه فوق بعد از آموزش افزایش یافت. رابطه بین کیفیت زندگی آنها قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/014$) (جدول ۴). کیفیت زندگی بیماران دیابتی با عارضه رتینوپاتی در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله کمتر از بیماران بدون این عارضه بود. کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد با عارضه رتینوپاتی بعد از مداخله اندکی افزایش ولی در گروه بدون عارضه رتینوپاتی بعد از مداخله کیفیت زندگی کاهش یافت و رابطه بین آنها قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P = 0/117$). افزایش کیفیت زندگی بیماران با عارضه نوروپاتی در گروه آزمون بعد از مداخله اندکی بیشتر از بیماران بدون عارضه نوروپاتی بود ولی کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد قبل و بعد از مداخله در کسانی که عارضه نوروپاتی داشتند با کسانی که نداشتند، تقریباً یکسان بود.

(۱۸،۱۹). اعتبار داخلی آن در این بررسی تعیین و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۹ محاسبه گردید. پس از انتخاب نمونه‌ها پرسشنامه‌های مرحله اول تکمیل گردید. اطلاعات با استفاده از رایانه تجزیه و تحلیل و نیازهای آموزشی بیماران مشخص شد. نمونه‌ها به دو گروه ۶۰ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند. به گروه آزمون در دو جلسه به روش سخنرانی و بحث گروهی آموزش داده شد. پس از گذشت دو ماه مجدداً از هر دو گروه با همان پرسشنامه و همان سؤالات اطلاعات لازم جمع‌آوری و داده‌های جمع‌آوری شده بین گروه آزمون و شاهد قبل و بعد از آموزش مقایسه گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمونهای آماری ANOVA، t و t زوجی در سطح معنی‌داری $P \leq 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته‌ها

این مطالعه بر روی ۱۲۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر یزد انجام گردید. سن حدود ۴۰٪ این افراد زیر ۵۰ سال و ۶۰٪ بالای ۵۰ سال بود. آزمون ANOVA رابطه معنی‌داری را بین سن و کیفیت زندگی نشان نداد. حدود ۵۹٪ از افراد مورد بررسی زن و بقیه مرد بودند. میانگین سالیانه ابتلا به دیابت $9/87 \pm 7/19$ سال بود. رابطه بین کیفیت زندگی با طول مدت بیماری مبتلایان معنی‌دار بود ($P < 0/02$). به طور کلی کیفیت زندگی ۳۲/۴۶٪ از بیماران در سطح پایین، ۳۲/۴۶٪ در سطح متوسط و ۳۵/۰۸٪ در سطح خوب بود. میانگین امتیاز کیفیت زندگی تمامی افراد مورد مطالعه حدود ۵۲ از ۱۰۰ امتیاز بود. حدود ۷۲٪ از بیماران دارای نوروپاتی و ۶۶٪ دارای رتینوپاتی بودند. ۷/۲٪ آنان سیگار می‌کشیدند. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران و داشتن نوروپاتی و رتینوپاتی از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/002$). بیمارانی که دارای رتینوپاتی و نوروپاتی نبودند، دارای کیفیت زندگی بسیار بالاتری بودند. کیفیت زندگی کسانی که سیگار می‌کشیدند، پایین‌تر از کسانی بود که سیگار نمی‌کشیدند (۴۸/۸۷ در برابر ۵۰/۹۹) و رابطه بین استفاده از سیگار و کیفیت زندگی نیز از نظر آماری معنی‌دار نبود.

همان گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، کیفیت زندگی بیماران بعد از مداخله بسیار بهتر شد. البته افزایش کیفیت

جدول ۱- تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و شغل در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه آزمون				شغل
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۷۰۳	۱۴/۹۷	۴۶/۷۸	۲۰/۰۳	۴۸/۲۹	۰/۰۴	۱۳/۹۲	۷۲	۱۲/۹۶	۴۶/۸۲	خانه‌دار
	۱۶/۸۶	۵۹/۱	۱۵/۸۳	۶۰/۹		۲۱/۸۳	۶۲/۵	۱۳/۶۸	۵۱/۳۲	آزاد
	۵/۶۹	۶۴/۳	۹/۱۸	۶۷/۲۵		۳/۱۴	۷۹	۱۲/۹۹	۶۴	کارمند
	۲۲/۲۴	۵۶/۳	۲۱/۶۳	۵۳/۱۲		۱۴/۴۹	۶۹/۲	۱۸/۶	۴۷/۶۳	کارگر
	۱۶/۴۴	۵۱/۷۲	۱۹/۵۱	۵۲/۳۶		۱۶/۸۴	۶۰/۴۹	۱۴/۴۱	۴۹/۲۶	جمع

جدول ۲- تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و جنس در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه آزمون				جنس
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۰۹۲	۱۴/۷۴	۴۷/۰۳	۱۸/۶۴	۴۸/۶۹	۰/۰۱۷	۱۵	۵۵	۱۳/۶۹	۴۸/۲۶	زن
	۱۸/۰۷	۵۸/۷۱	۱۹/۴۷	۵۷/۳۹		۱۷/۳۳	۶۶	۱۵/۷۷	۵۲/۲۱	مرد
	۱۶/۳۸	۵۱/۴۲	۱۹/۴۶	۵۲/۰۹		۱۶/۱۴	۶۰/۴۹	۱۴/۶۲	۴۹/۹۸	جمع

جدول ۳- تعیین رابطه بین کیفیت زندگی و تحصیلات در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه آزمون				تحصیلات
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۰/۱۰۶	۱۵	۴۴	۲۳/۴۷	۵۱/۷۲	۰/۰۱۴	۱۵	۵۱/۹۴	۱۰/۰۲	۴۵/۵	بی سواد و کم سواد
	۱۸/۳۱	۵۰/۹۱	۱۷/۲۷	۴۹/۲۹		۱۴/۱۶	۶۳/۲۸	۱۵/۴۳	۴۸/۲۹	کمتر از دیپلم
	۵/۴۲	۶۶	۱۷/۹۱	۵۹		۱۴/۱	۷۲/۶۶	۹/۱۲	۶۳/۸	دیپلم
	۲/۱۲	۶۷/۵	۳/۵۴	۶۹/۵		۳/۱۲	۸۱/۵	۹/۸	۶۸/۳	بالتر از دیپلم
	۱۶/۳۹	۵۱/۴۲	۱۹/۴۶	۵۲/۰۹		۱۶/۸۴	۶۰/۵	۱۴/۶۳	۴۹/۹۸	جمع

جدول ۴- تعیین رابطه بین کیفیت زندگی بیماران و عوارض رتینوپاتی و نوروپاتی در گروه مورد و شاهد قبل و بعد از مداخله

سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه شاهد				سطح معنی داری	کیفیت زندگی در گروه آزمون				عوارض	
	بعد از مداخله		قبل از مداخله			بعد از مداخله		قبل از مداخله			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۱۱۷	۱۷/۵۳	۴۹/۰۳	۱۶/۳۹	۴۸/۱۷	۰/۰۱۴	۱۹/۴۴	۵۸/۵۷	۱۴/۵۸	۴۶/۲۸	بلی خیر	رتینوپاتی
	۱۳/۰۷	۵۷/۴۲	۲۴/۴۳	۶۰/۷		۱۱/۳۳	۶۴/۲۴	۱۲/۰۷	۵۵/۷۵		
۰/۱۳۳	۱۶/۴۱	۴۹/۳۳	۲۰/۳۷	۴۹/۲۱	۰/۰۱	۱۸/۲۷	۵۸/۹	۱۴/۵	۴۶/۶۴	بلی خیر	نوروپاتی
	۱۶/۰۷	۵۸	۱۴/۸۴	۶۱/۰۸		۱۲/۳۲	۶۵/۲۵	۱۱/۶۶	۵۶/۶۵		

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد مطالعه در حد متوسط بوده است (۵۲ از ۱۰۰). کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت و از ۴۹ امتیاز به ۶۰ امتیاز رسید که از نظر آماری نیز معنی دار بود ($P < 0/04$)، ولی کیفیت زندگی گروه شاهد بعد از مداخله نه تنها افزایش نیافت، بلکه کاهش هم یافت و از ۵۲ به ۵۱ رسید که در مقایسه با نتایج بررسی انجام شده در بیماران دیابتی عربستان بسیار کمتر است. میانگین امتیازات کسب شده توسط بیماران دیابتی عربستان ۳/۵۷ از ۵ گزارش شده است (۲۰). نتایج تحقیق حاضر با مطالعه Glasgow و همکاران همخوانی دارد، زیرا آنها نیز کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی در تحقیق خود را ضعیف ارزیابی کرده‌اند (۱۴).

این میزان افزایش کیفیت زندگی می‌تواند در اثر شرکت بیماران در کلاسهای آموزشی باشد که برای گروه آزمون برگزار گردید. این یافته با پژوهش مقدم تبریزی و همکاران (۲۱) مطابقت دارد. وجود اختلاف معنی دار آماری بین متغیرهای مختلف و کیفیت زندگی در گروه مورد، قبل و بعد از مداخله آموزشی و عدم وجود اختلاف معنی دار بین کیفیت زندگی و متغیرهای فوق در گروه شاهد قبل و بعد از مداخله که با نتایج مطالعات مشابه همخوانی دارد (۲۵-۲۲) را می‌توان در ارتباط با مداخله آموزشی دانست که برای گروه آزمون ارائه گردید.

این یافته‌ها با یافته‌های بررسی متعدد دیگری از جمله Bockting (۲۶) هماهنگ است، وی به این نتیجه رسید که آگاهی نمونه‌های مورد بررسی در خصوص ایدز بعد از مداخله افزایش یافت. یافته این تحقیق با سایر مطالعات مشابه نیز همخوانی دارد (۲۷، ۲۸). این بررسی داده‌های Tan و همکاران را مبنی بر مؤثر بودن مداخله آموزشی در کاهش HbA_{1C} در بیماران دیابتی (۲۷) و Lin و Ball مبنی بر مؤثر بودن مداخله آموزشی در تزریق واکسن هپاتیت B در گروه مورد مطالعه‌شان (۲۸) را نیز تایید می‌نماید. به طور کلی نتایج چند بررسی از جمله نتایج یک مطالعه کلینیکی در انگلستان (۲۹) و نتایج مطالعه دیگری در ایران درباره دیابت (۳۰) با نتایج این بررسی هماهنگ است.

در این پژوهش، کیفیت زندگی بیماران مرد قبل و بعد از مداخله بیشتر از بیماران زن بود. افزایش کیفیت زندگی مردان

بعد از مداخله نیز بیشتر از بیماران زن بود. رابطه بین کیفیت زندگی بیماران زن و مرد در گروه آزمون قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار بود ولی این رابطه در گروه شاهد معنی دار نبود. مطالعه‌ای که کیفیت زندگی زنان و مردان دیابتی را با هم مقایسه کرده باشد نیافتیم، ولی در بعضی بررسیها بیان شده است که بیماری دیابت در زنان بیشتر از مردان می‌باشد (۹). رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در ارتباط با سطح تحصیلات آنها از نظر آماری معنی دار بود. کیفیت زندگی تمام گروههای تحصیلی گروه آزمون بعد از مداخله افزایش یافت ولی این افزایش در گروه افراد بالاتر از دیپلم بیشتر بود.

در این تحقیق، رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه شاهد و سطح تحصیلات آنها قبل و بعد از مداخله از نظر آماری معنی دار نبود. کیفیت زندگی بیماران بی‌سواد و با سواد بالاتر از دیپلم، پس از مداخله کاهش و در دو گروه دیگر اندکی افزایش یافت که با نتایج بررسی انجام شده توسط Glasgow و همکاران هماهنگ است (۱۴) ولی با نتایج بررسی باقری هماهنگ نیست، زیرا وی بین سطح تحصیلات بیماران و کیفیت زندگی آنها رابطه معنی دار آماری گزارش نکرد (۳۱).

از عوارض مهم دیابت که بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد، رتینوپاتی و نوروپاتی است. به طور کلی میزان عوارض مشاهده شده در بیماران مورد بررسی، بسیار بیش از حد انتظار بود و قابل مقایسه با بیماران دیابتی مورد بررسی در دیگر پژوهشهای انجام شده در ایران و خارج از ایران نیست. در این بررسی ۷۲/۷۲٪ از بیماران دارای نوروپاتی و ۶۶/۲۶٪ دارای رتینوپاتی بودند که بین داشتن عوارض دیابت و کیفیت زندگی بیماران رابطه معنی دار آماری مشاهده شد و کیفیت زندگی بیمارانی که رتینوپاتی و نوروپاتی نداشتند، به مراتب بیشتر از بیمارانی است که این عوارض را داشتند (میانگین امتیازات کیفیت زندگی ۴۶ در مقابل ۵۵). بعد از مداخله کیفیت زندگی بیماران با عوارض و بدون عوارض در گروه مورد هر دو افزایش یافت و به ۵۸ برای بیماران با عوارض و ۶۴ برای بیماران بدون عوارض رسید. این امر مشخص می‌کند که مداخله آموزشی در هر شرایطی بر کیفیت زندگی بیماران اثر می‌گذارد و منجر به افزایش کیفیت زندگی آنها می‌شود. نتایج حاصل از بررسیهای انجام شده توسط باقری (۳۱)، جلالی (۳۲) و Hanninen و همکاران (۳۳) نتایج تحقیق حاضر را تأیید

لازمه کنترل دیابت، خود مدیریتی بیماران است که کوششی است در تمام عمر برای نگهداری کیفیت زندگی. ممکن است برنامه‌های درمانی که اصولاً موجب اصلاح کیفیت زندگی می‌شود، یا راهکارهایی را مورد توجه قرار می‌دهد که کیفیت زندگی بیماران را افزایش می‌دهد، مورد قبول بیماران قرار گیرد و وضعیت متابولیسم آنان را اصلاح نماید (۳۴، ۳۶). اگر یکی از هدفهای مراقبت بهداشتی اصلاح کیفیت زندگی باشد، در آن صورت لازم است، مشخص شود که چگونه دیابت بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارد (۳۷). این مطالعه اطلاعات کیفیت زندگی و چگونگی دستیابی به آن، توسط بیماران دیابتی را مورد توجه قرار می‌دهد و چگونگی افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی و در نتیجه چگونگی کنترل دیابت آنان را مشخص می‌کند.

به طور کلی نتایج حاصل از این بررسی همراه با نتایج دیگر بررسیهای انجام شده ما را در زمینه تأثیر بیماری دیابت و عوارض آن بر کیفیت زندگی بیماران آگاه ساخته و راه و روش کاهش این اثرات را به ما نشان می‌دهد و بیان می‌کند که می‌توان از طریق مراقبتهای پزشکی، بهداشتی، آموزش بهداشت و خود مدیریتی بیماران دیابتی، بیماری را در آنان کنترل نمود و از عوارض بیماری در آنها کاست و از این طریق کیفیت زندگی آنان را افزایش داد.

نتیجه گیری

با توجه به این که در این بررسی کیفیت زندگی مورد توجه بوده است و عوامل متعددی بر کیفیت زندگی اثر می‌گذارند و باعث کاهش کیفیت زندگی می‌شوند، لازم است برای بررسی کیفیت زندگی پرسشنامه استاندارد وجود داشته باشد که از تورش جلوگیری نماید که پرسشنامه SF-20 پرسشنامه‌ای استاندارد و مناسب برای بررسی کیفیت زندگی بیماران دیابتی است و بیماران دیابتی مشکلی در تکمیل آن ندارند و به راحتی می‌تواند اختلاف بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی را مشخص نماید و نشان می‌دهد که بهترین راه برای کاهش عوارض دیابت و افزایش کیفیت زندگی آنها آموزش است که اگر آموزش بر اساس معیارهای مشخص و نیاز سنجیده شده فراگیران نباشد، ارزشی ندارد و تغییرات مورد نیاز را ایجاد نمی‌کند که این بررسی تمام این مسائل را مورد توجه قرار داده است. افزایش کیفیت زندگی در گروه آزمون بعد از مداخله گویای تأثیر مداخله است.

نمی‌نمایند. باقری بین کیفیت زندگی بیماران دیابتی و وجود عوارض دیابت در آنان رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نکرد. جلالی بیماران دارای عوارض دیابت را ۳۶/۵٪ گزارش نمود که به مراتب کمتر از میزان مشاهده شده در بررسی حاضر است. Hanninen بیان می‌کند که رتینوپاتی و نوروپاتی تأثیری بر کیفیت زندگی بیماران ندارد. نتایج پژوهش انجام شده در عربستان نیز با نتایج بررسی حاضر در زمینه رابطه بین داشتن عوارض و کیفیت زندگی هماهنگ نیست؛ میزان بیماری که در عربستان دارای عوارض دیابت بودند ۳۰٪ بود که در مقایسه با نتایج بررسی حاضر، تأثیر وجود عوارض دیابت در کیفیت زندگی بیماران نیز مشخص می‌شود؛ زیرا کیفیت زندگی بیماران دیابتی عربستان به مراتب بالاتر از کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد بررسی در پژوهش حاضر است (۲۰). نتایج مطالعه حاضر در زمینه رابطه بین عوارض دیابت و کیفیت زندگی با نتایج Jacobson و همکاران همخوانی دارد (۳۴). رابطه بین کیفیت زندگی بیماران گروه آزمون قبل و بعد از مداخله در ارتباط با شغل آنان از نظر آماری معنی‌دار بود. کیفیت زندگی بیماران در مشاغل مختلف در گروه شاهد بعد از مداخله کاهش یافت که از نظر آماری معنی‌دار نبود. بررسی که این دو متغیر را با هم مقایسه کرده باشد، یافت نشد؛ اما در بررسی انجام شده توسط رحیمی بیان شده است که شغل در زندگی بیماران دیابتی، متغیری دارای اهمیت و مؤثر در استانداردهای زندگی آنان است و لازم است مورد توجه ویژه قرار گیرد (۳۵).

نتایج دیگری که تأثیر آن در کیفیت زندگی بیماران مشاهده گردید، روش کنترل بیماری توسط بیماران بود؛ به طوری که ۸/۳٪ از آنان بیماری خود را با رژیم غذایی کنترل می‌کردند و حدود ۸۰٪ با مصرف قرص و ۷/۳٪ نیز انسولین تزریق می‌کردند. در عین این که بین روش کنترل بیماری توسط بیماران و کیفیت زندگی آنان رابطه معنی‌دار آماری مشاهده نگردید ولی میانگین کیفیت زندگی آنان با یکدیگر متفاوت بود. نتایج بررسی انجام شده در عربستان نیز نشان می‌دهد که روش کنترل بیماری توسط بیماران یکی از عوامل مؤثر در کیفیت زندگی آنان است که نتایج مطالعه حاضر را تایید می‌نماید. در نتایج بررسی عربستان بیان شده است: بیمارانی که بیماری خود را با رژیم غذایی کنترل می‌کردند، دارای کیفیت زندگی بالاتری بودند و از بیماری خود ضربه و فشار کمتری می‌دیدند (۲۰).

References:

- 1- Mahan LK, Arlin MT (eds). Krause's Food, nutrition and therapy. Washington: WB Saunders; 1998.
- 2- Azizi F, Hatami H, Ganghorbani M: Epidemiology and control of prevalence diseases in Iran. Tehran: Eshtiagh Press; 1996.
- 3- Falahati Marvast M. A survey about practice of Diabetic Research Centre of Yazd in control of diabetic patients who referred to this Centre.[dissertation]. Yazd: Shaheed Sadoughi Medical University of Yazd, 2000.
- 4- Mahdavi Hazavah AR, Delavari AR. A project in prevention and control of diabetes disease. Health deputy of ministry of health, medicine and medical education management centre of diseases; 2004.
- 5- Health' Sima of country of Iran, Health Deputy and Research Deputy of Ministry of Health, Medicine and Medical Education. Tehran: Tablvor Press; 2002.
- 6- Azizi F. A survey about the prevalence of diabetes and impaired glucose tolerance (IGT) in peoples in age of over than 30 years old. Deputy of Ministry of Health, Medicine and Medical education; 2002.
- 7- Rahimi MA: Yearly' report of diabetic Centre of Kermanshah; 2003.
- 8- Mahdavi Hazavah AR, Nourozi nejad A. A project about monitoring and evaluation of country' plan in prevention and control of diabetes, Deputy of Health of Ministry of Health, Medicine and Medical education, Management Centre of Diseases; 2001.
- 9- Afkhami Ardakani M, Mazloomi Mahmoodabad SS: A survey about quality of life of diabetic patients in Yazd, A research plan in Diabetic Research Centre of Yazd; 2002.
- 10- Khoja TA, Farid SM. Family Health Survey: Principle report, Riyadh, MOH 2000.
- 11- Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 3rd ed. London: Mayfield; 1999.
- 12- The DCCT Research Group. Influence of intensive diabetes treatment on quality of life outcome in the Diabetes control and Complications Trail. Diabetes Care. 1996; 19 (3): 195- 202.
- 13- Kotsanos JG, Marrfero D, Viginati JG, Mathias AD, Huster W, Boggs MB. et al. Health- related quality of life results from multinational clinical trial of insulin lispro .Diabetes Care. 1997; 20 (6): 948- 58.
- 14- Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian I. Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. Diabetes Care. 1997; 20 (4): 562- 67.
- 15- Di Iorio A, Longo AL, Mitidieri Costanza S, Bandinelli S, Capasso S, Giante M, et al. Characteristics of geriatric patients related to early and late readmission to hospital. Aging (Milano). 1998; 10: 339- 46.
- 16- Roman SH, Harris MI. Management of diabetes mellitus from a public health perspective. Endocrinol Metab Clin North Am. 1997; 26: 443- 74.
- 17- Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K. National standards of diabetes self- management education. Diabetes Care. 2001; 24 (supplement 1) :126- 49.
- 18- Stewart AL, Hays RD, Ware Jr JE. The MOS short- form general health survey. Med. Care. 1988; 26 (7): 724-35.
- 19- Aalto AM, Aro S, Ohinmaa A, Aro M.. The validation of the SF-20 instrument for health related quality of life in the finish general population. STAKES, National Research and Development Center for Welfare and Health 1997; 37 Helsinki, Finland.
- 20- Ensaf S, Gawad A. Quality of life In Saudis with diabetes. Saudi J Disability Rehabil. 2002; 8 (3): 163-68.
- 21- Moghadam Tabrizi F, Mohadasi H, Babaee H: A survey about education' needs of diabetic patients in self efficacy in referees' patients to special disease 'clinic of Taleghani Hospital in Orumieh. [Abstract book of second congress of public health and preventive medicine]; 2001:270.
- 22- Agha Mohammadi M. A survey and comparison of knowledge of referee' diabetic patients to diabetic centre of Bou-Ali Hospital in Ardabil, about care of their feet, before and after education.[Abstract book of first congress about

health promotion and health education, Yazd;] 2003:367.

23- Khabazian A, Rezaee N. A survey about the effect of education on knowledge, attitude and practice of food and control of glycemic in diabetic patients. *Tooloe Behdasht*. 2003; 2 (2,3): 57.

24- Beranath C. The health belief model applied to glycemic control. *Diabetes Educator*. 1999; 21: 321-29.

25- Neil JA, Knuckey CJ, Tanenberg RJ. Prevention of foot ulcers in patients with diabetes and end stage renal disease. *Nephrol Nurs J*. 2003; 30 (1): 39-43.

26-Bockting WO, Rosser BR, Scheltema K. Transgender HIV prevention: implementation and evaluation of a workshop. *Health Educ Res*. 1999; 14 (2): 177-83.

27- Tan AS, Yong LS, Wan S, Wong ML. Patient education in the management of diabetes mellitus. *Singapore Med J*. 1997; 38 (4): 156-60.

28- Lin WC, Ball C. Factors affecting the decision of nursing students in Taiwan to be vaccinated against hepatitis B infection. *J Adv Nurs*. 1997; 25 (4): 709-18.

29 -Hawthorne K, Tomlin Son S. One to one teaching with picture- flash card health education for British Asians with diabetes. *Engl. Br J Gen Pract*. 1997; 47 (418): 301-304.

30- Baghianimoghadam MH, Shafiei F, Haydarneia AR, Afkhami M. Efficacy of BASNEF Model in controlling of Diabetic Patients in city of Yazd. Iran. *Indian J Community Med*. 2005; 30 (4): 144-45.

31- Bagheri H. A survey in comparison of quality of life of diabetic patient's type 2 on basis of complication of diabetes in emam hossein Hospital of Shahedieh: Abstract book of special diseases congress; Kermanshah University of Medical Sciences. 2004.

32- Jalali R. Rates of incidence of acute complication of mellitus diabetes in patients who were admission in Taleghani and Emam Khomainsi Hospitals in Kermanshsh. Abstract book of special diseases congress. Kermanshah University of Medical Sciences. 2004.

33- Hanninen J, Takala J, Keinanen S. Quality of life in NIDDM patients assessed with SF-20. *Diabetes Res Clin Practice*. 1998;42:17-27.

34- Jacobson AM, Samson JA, Groot M. The evaluation of two measures of QOL in patients with type 1 and type two diabetes. *Diabetes Care*. 1994; 17 (4): 264- 74.

35- Rahimi MA. Standards of medicine care in diabetic patients. Abstract book of special diseases congress. Kermanshah University of Medical Sciences. 2004.

36- Wu SY, Fryback DG, Sainfort F, Klein R, Tomar RH. 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.

37- Krein SL, Klamerus ML: Michigan diabetes outreach network: A public health approach to strengthening diabetes care. *J Community Health*. 2000; 25 (6): 495- 511.