

## بررسی اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر سلامت جسمی و روانی در بیماران دیابتی نوع II

شمس الدین شمس<sup>۱</sup>، یاسر مرادی<sup>۲</sup>، محمدرضا ذاکر<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> مربی، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، ارومیه، ایران  
<sup>۲</sup> دانشجوی دکتری، گروه تخصصی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامائی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان، همدان، ایران  
<sup>۳</sup> مربی، گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، ارومیه، ایران

\* نویسنده مسئول: محمدرضا ذاکر، مربی، گروه هوشبری، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ارومیه، ارومیه، ایران. ایمیل: Mrz2013@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-25027

### چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹

### واژگان کلیدی:

دیابت نوع دو

آموزش

خود مراقبتی

کیفیت زندگی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

**مقدمه:** مراقبت از خود، نقش ویژه ای در مراقبت از بیماری های مزمن دارد. رعایت فعالیت های خودمراقبتی تاثیر زیادی بر عملکرد جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت دارد. لذا این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر سلامت جسمی و روانی در بیماران دیابتی نوع II انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه ها بصورت در دسترس انتخاب و با تخصیص تصادفی به دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و مداخله (۴۰ نفر) تقسیم شدند. برای گردآوری داده ها از پرسشنامه های کیفیت زندگی عمومی (SF36) و جمعیت شناختی در طی قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه استفاده گردید. گروه مداخله در طی ۸ جلسه تحت آموزش خود مراقبتی (پاور پوینت، پمفلت، کتابچه) قرار گرفتند. سنجش مجدد افراد سه ماه بعد از انجام مداخله صورت گرفت و نتایج توسط نرم افزار SPSS16 و آزمون تی تست و خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** قبل از انجام مداخله، میانگین کلی کیفیت زندگی  $20/82 \pm 59/34$  در گروه مداخله و  $21/87 \pm 57/66$  در گروه کنترل بود ( $P = 0/31$ ). پس از انجام مداخله این میانگین به  $18/18 \pm 73/18$  در گروه مداخله و  $20/72 \pm 60/05$  در گروه کنترل رسید ( $P = 0/01$ ).  
**نتیجه گیری:** آموزش خود مراقبتی موجب افزایش آگاهی فرد دیابتی در رابطه با مسایل مختلف دیابت، بهبود سلامت جسمی و روانی و همچنین افزایش کیفیت و طول مدت زندگی بیماران می شود.

### مقدمه

بیماری دیابت با سطوح بالای قند خون و اختلالات متابولیسم کربوهیدرات ها، چربی ها و پروتئین ها مشخص می گردد و مشخصه آن بالا رفتن سطح قند خون ناشی از اختلال در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین و یا هر دو این موارد می باشد [۱]. دیابت یکی از بلاهای اخیر می باشد، چرا که سبب افزایش بیماری های قلبی - عروقی، عروق مغز، عروق محیطی، نوروپاتی رتینوپاتی، نوروپاتی پای دیابتی و آمپوتاسیون می شود [۲]. هزینه دیابت در سال ۲۰۱۳ میلادی در جهان حدوداً ۵۴۸ میلیارد دلار بوده و به عبارتی دیگر بیش از ۱۱ درصد بودجه سلامت جهان صرف دیابت شده است [۳]. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۳۵ در دنیا به ۳۶۶ میلیون نفر می رسد [۴] که بین سال های ۲۰۱۰ و ۲۰۳۰ افزایشی برابر با ۹۶ درصد در کشورهای در حال توسعه و ۲۰ درصد در کشورهای توسعه یافته، خواهد داشت و متأسفانه این افزایش در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما چشمگیرتر است [۵]. تاثیر دیابت مربوط به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل: هیپوگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ نمی شود، بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش های متعدد از قبیل فشار های ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه های درمانی - مراقبتی پیچیده و هزینه بردار، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده، احتمال ابتلای فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و

بیماری دیابت با سطوح بالای قند خون و اختلالات متابولیسم کربوهیدرات ها، چربی ها و پروتئین ها مشخص می گردد و مشخصه آن بالا رفتن سطح قند خون ناشی از اختلال در ترشح انسولین یا عملکرد انسولین و یا هر دو این موارد می باشد [۱]. دیابت یکی از بلاهای اخیر می باشد، چرا که سبب افزایش بیماری های قلبی - عروقی، عروق مغز، عروق محیطی، نوروپاتی رتینوپاتی، نوروپاتی پای دیابتی و آمپوتاسیون می شود [۲]. هزینه دیابت در سال ۲۰۱۳ میلادی در جهان حدوداً ۵۴۸ میلیارد دلار بوده و به عبارتی دیگر بیش از ۱۱ درصد بودجه سلامت جهان صرف دیابت شده است [۳]. طبق برآورد سازمان جهانی بهداشت، تعداد مبتلایان به دیابت در سال ۲۰۳۵ در دنیا به ۳۶۶ میلیون نفر می رسد [۴] که بین سال های ۲۰۱۰ و ۲۰۳۰ افزایشی برابر با ۹۶ درصد در کشورهای در حال توسعه و ۲۰ درصد در کشورهای توسعه یافته، خواهد داشت و متأسفانه این افزایش در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما چشمگیرتر است [۵]. تاثیر دیابت مربوط به عوارض زودرس و دیررس آن از قبیل: هیپوگلیسمی، عوارض عروق کوچک و بزرگ نمی شود، بلکه دیابت نیز مانند سایر بیماری های مزمن با روبرو کردن بیمار با چالش های متعدد از قبیل فشار های ناشی از کنترل و درمان بیماری، رعایت برنامه های درمانی - مراقبتی پیچیده و هزینه بردار، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده، احتمال ابتلای فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و

آموزش خودمراقبتی در بیماران دیابتی انجام نشده بود لذا بر آن شدیم تا مطالعه ای را تحت عنوان اثربخشی آموزش خودمراقبتی بر سلامت جسمی و روانی در بیماران دیابتی نوع II انجام دهیم تا بتوانیم گام موثری در جهت افزایش سلامت جسمی و روانی و در مجموع افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت برداریم.

### روش کار

این مطالعه از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل است. حجم نمونه با توجه به اطلاعات موجود در مطالعه وثوقی و همکاران [۱۳]، با در نظر گرفتن انحراف معیار ۳/۸، با فاصله اطمینان ۰/۹۵ و توان آزمون ۸۰ درصد، با احتساب امکان ریزش بر اساس فرمول زیر، در مجموع ۸۰ نفر بدست آمد.

$$N = ((z1 - \alpha/2 + z1 - B)^2 \times (S_1^2 + S_2^2)) / (h1 - h2)^2$$

از بین زونکن های موجود ۶ زونکن بصورت تصادفی انتخاب و با رعایت معیارهای ورود (تایید بیماری دیابت نوع دو توسط پزشک، سن بالای ۱۷ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، فقدان بیماری های مغزی از قبیل دلیریوم، دمانس، اختلالات یادگیری، عدم وجود اختلالات گفتاری و شنوایی و عدم استفاده از داروهای موثر بر وضعیت رفتاری و روانی، عدم سابقه شرکت در پژوهش های مشابه طی شش ماه اخیر، عدم وجود مشکلات ثانویه مانند: بیماری روانی، فشار خون بالای ۱۶۰/۱۰۰، بیماری مزمن کلیوی و ناراحتی قلبی شدید و یا هر بیماری جدی دیگر و تمایل برای شرکت در مطالعه) تعداد ۳۰۰ پرونده انتخاب و با استفاده از جدول اعداد تصادفی بطور یک درمیان به دو گروه کنترل (۴۰ نفر) و مداخله (۴۰ نفر) تقسیم شدند. سپس با تک تک این افراد تماس تلفنی حاصل شد افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند را در یک روز خاص به انجمن دیابت دعوت نموده و معیارهای ورود و خروج از مطالعه دوباره مورد بررسی قرار گرفت. قبل از انجام مداخله پیش آزمونی از همه افراد مورد مطالعه انجام و سپس آموزش گروه مداخله به روش سخنرانی در طی ۸ جلسه و یک بار در هفته و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه در کلاس های انجمن دیابت ارومیه توسط خود پژوهشگر به همراه ارائه کتابچه و پمفلت صورت گرفت که در هر جلسه آموزشی حداکثر ۱۵ نفر حضور داشتند. محورهای آموزش شامل: تعریف بیماری دیابت و مختصری از فرایند بیماری و عوارض دیابت و راه های پیشگیری از پیشرفت عوارض، تغذیه در دیابت و لزوم کنترل وزن، لزوم انجام ورزش در دیابت و چگونگی انجام فعالیت های فیزیکی، اندازه گیری قند خون

خانوادگی، مشکلات جنسی و اختلال در کار منجر به کاهش کیفیت زندگی فرد مبتلا می شود. کاهش کیفیت زندگی سبب کاهش حس رضایت فرد از زندگی می گردد و با تحت تاثیر قرار دادن تعهد فرد نسبت به انجام دستورات درمانی - مراقبتی می تواند بر نتایج حاصل از درمان و مراقبت از بیماری نیز اثر بگذارد [۶] و موجب چالش های فراوان در زندگی روزمره فرد می شود [۷].

یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماران مزمن، کیفیت زندگی است، امروزه در مراقبت های پزشکی، کنترل بیماری های مزمن از اهمیت ویژه ای برخوردار است، بهبودی در بیماران مزمن غیر ممکن بوده ولی مرگ یک واقعه دور دست است، در این موقعیت اهداف مراقبت درمانی مطلوب نمودن کیفیت زندگی است [۸]. یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می گردد ارائه برنامه های آموزشی و همچنین نحوه ارائه برنامه های آموزشی به بیمار است. آموزش به بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مفید آن بارها در تحقیقات مختلف ثابت شده است، علی رغم فوائد متعدد آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر مهم در مراکز بهداشتی و درمانی نادیده گرفته شده است یا مورد بی توجهی قرار می گیرد [۹]. نتایج مطالعه اسماعیلی نشان داد که آموزش بیمار در ایران از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست، به طوری که برنامه آموزش به بیمار یا اجراء نمی شود یا بسیار ناقص و نامنظم اجراء می گردد [۱۰]. رفتار های خود مراقبتی مناسب، سبب ارتقاء توانائی ها، انجام بهتر فعالیت های روزانه و دستیابی به استقلال در بیمار می شود و به این ترتیب وی در انجام عملکرد های اجتماعی تواناتر و برای زندگی امیدوار تر می شود و نهایتاً از کیفیت زندگی مطلوب تری برخوردار می گردد [۱۱]. آموزش به بیمار با هدف توانمند سازی وی با دادن اطلاعات لازم در مورد دیابت و مهارت های خود مراقبتی صورت می گیرد که توسط این مهارت ها بیمار قادر خواهد بود در مورد سلامتی خود تصمیم های مهمی اتخاذ نماید. آموزش به بیمار جزئی از وظایف گروه پرستاری و یک عامل ضروری برای بیمار می باشد تا بدین گونه سبب بهبود کیفیت زندگی و کاهش هزینه های درمانی بیمار گردد [۱۲]. با توجه به موارد گفته شده و با وجود مشکلات فراوان در ابعاد جسمی و روانی بیماران مبتلا به دیابت و ایجاد عوارض مزمن و ناتوانائی های فراوان و هزینه های زیاد و افزایش روز افزون مبتلایان به دیابت مرگ و میر فراوان هم در کشور های توسعه یافته و هم در کشور های در حال توسعه و همچنین با توجه به اینکه مطالعه ای مشابه تا آن زمان در شهر ارومیه در راستای تاثیر

قبل و بعد در بین گروه ها و همچنین آزمون آماری خی دو استفاده گردید.

### یافته ها

مجموعاً ۸۰ نفر بیمار مبتلا به دیابت در دو گروه مداخله (۴۰) و کنترل (۴۰) در این پژوهش شرکت کردند. میانگین سن افراد شرکت کننده در گروه مداخله  $38/35 \pm 3/48$  و در گروه کنترل  $43/44 \pm 4/53$  بود. از نظر توزیع جنس در دو گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۶۲/۵ درصد و ۶۰ درصد از افراد مونث بودند. نتایج آزمون آماری کای دو تفاوت معناداری بین متغیرهای جنس، شغل، وضعیت تاهل، سطح درآمد، سطح تحصیلات، محل زندگی، بیماری زمینه ای و داروهای مصرفی در دو گروه کنترل و مداخله را نشان نداد ( $P > 0/05$ ). جدول ۱ نشان می دهد، بعد از انجام مداخله، میانگین بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی در گروه مداخله افزایش یافته است طوری که بین میانگین نمرات دو گروه بعد از انجام مداخله، اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). قبل از انجام مداخله بین میانگین نمرات دو گروه در هیچ یک از شاخص های سلامت جسمی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. اما پس از انجام مداخله، در هر چهار شاخص، تفاوت معنادار آماری مشاهده گردید ( $P < 0/05$ ).

توسط خود فرد دیابتی، داروها و نحوه مصرف صحیح و مرتب آنها و عوارض دارویی، خود مدیریتی تغییر رفتار و کنترل استرس و ترک رفتارهای ناسالم از قبیل مصرف دخانیات یا الکل بود. سنجش مجدد افراد سه ماه بعد از انجام مداخله صورت گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی (SF36) بود، که به دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی تقسیم می گردد که در بعد سلامت روان خود شامل ۴ بعد فردی ( بعد شادابی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و نقش روان) و در بعد سلامت جسمانی نیز که خود دارای ۴ بعد (عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد بدن و سلامت عمومی) و در مجموع دارای ۸ بعد می باشد. در این بررسی مجموع امتیازات قابل محاسبه برای هر فرد ۱۰۰ امتیاز می باشد. پایائی این ابزار استاندارد نیز با استفاده از تحلیل آماری (همبستگی درونی) و روائی آن با استفاده از روش مقایسه گروه های شناخته شده و روائی همگرائی به اثبات رسیده است (۱۴). در این مطالعه نیز همبستگی داخلی ابزار با آلفای کرونباخ (۰/۸۴) بدست آمد. پس از جمع آوری داده ها تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ۱۶ صورت گرفت و علاوه بر آمار توصیفی، پس از اطمینان از نرمال بودن توزیع متغیرها بوسیله آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف از آزمون تی مستقل به منظور بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی،

جدول ۱: مقایسه میانگین شاخص های بعد سلامت جسمی کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

گروه	مداخله		کنترل		آزمون تی مستقل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
<b>عملکرد جسمی</b>					
قبل	۶۴/۶۲	۹/۹۶	۵۳/۲۲	۹/۷۹	$P = 0/9$
بعد	۷۷/۶۲	۸/۰۱	۵۶/۰۸	۱۰/۷۶	$P = 0/002$
<b>نقش جسمی</b>					
قبل	۴۶/۸۷	۱۸/۰۶	۴۷/۳۷	۲۰/۴۱	$P = 0/1$
بعد	۷۱/۲۵	۲۰/۸۳	۵۹/۲۵	۲۰/۹۹	$P = 0/001$
<b>درد بدن</b>					
قبل	۷۱/۴۲	۱۵/۸۶	۶۶/۶۶	۱۲/۹۴	$P = 0/15$
بعد	۸۰/۳۱	۱۲/۴۹	۷۳/۴۸	۱۳/۵۴	$P = 0/02$
<b>سلامت عمومی</b>					
قبل	۳۹/۹۲	۱۳/۱۲	۳۷/۷۸	۱۷/۸۱	$P = 0/5$
بعد	۵۵/۰۲	۱۳/۶۲	۴۲/۷۱	۱۸/۰۳	$P = 0/001$
<b>بعد کلی</b>					
قبل	۵۵/۷۱	۱۹/۲۸	۵۱/۲۶	۱۹/۰۱	$P = 0/3$
بعد	۷۱/۰۵	۱۷/۴۱	۵۷/۱۳	۱۹/۵۲	$P = 0/001$

جدول ۲: مقایسه میانگین شاخص های سلامت روانی کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله					
گروه	مداخله		کنترل		آزمون تی مستقل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
<b>احساس شادابی</b>					
قبل	۵۱/۸۷	۱۱/۶۸	۵۱/۶۵	۹/۹۵	P = ۰/۹۲
بعد	۶۳/۲۸	۹/۹۲	۵۷/۲۵	۹/۹۸	P = ۰/۰۰۸
<b>عملکرد اجتماعی</b>					
قبل	۶۰	۲۱/۷۵	۶۱/۳۰	۲۵/۲۲	P = ۰/۲۶
بعد	۸۰/۷۵	۱۴/۷۲	۶۶/۵۶	۲۹/۴۳	P = ۰/۰۰۱
<b>نقش عاطفی</b>					
قبل	۵۱/۷۸	۴/۱۰	۵۳/۱۸	۷/۲۹	P = ۰/۱۲
بعد	۶۰/۳	۲۴/۷۵	۵۶/۶۶	۲۹/۴۳	P = ۰/۰۰۱
<b>سلامت روان</b>					
قبل	۸۸/۳۳	۱۹/۳۱	۸۴/۲۵	۱۹/۸۸	P = ۰/۳۵
بعد	۹۶/۶۶	۱۴/۷۱	۸۰	۲۵/۹۳	P = ۰/۰۰۱
<b>بعد کلی روانی</b>					
قبل	۶۲/۹۸	۲۱/۷۲	۶۴/۰۴	۲۲/۶	P = ۰/۶۶
بعد	۷۵/۳۱	۱۸/۷۴	۶۲/۹۷	۲۱/۵۲	P = ۰/۰۰۱

### بحث

یافته های این مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه های گروه کنترل و مداخله را زنان تشکیل داده اند، در مطالعه وثوقی و همکاران (۱۳۹۰) جهت بررسی توان خود مراقبتی بیماران دیابت انجام داده اند نیز ۶۵/۲ درصد از افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل داده بودند [۱۳]. مطالعه ای که توسط ماهوارات و همکاران (۲۰۰۹) با عنوان کیفیت زندگی بیماران دیابتی تحت آموزش خود مراقبتی انجام داده اند نیز ۷۷/۴ درصد از شرکت کنندگان را زنان تشکیل داده اند [۱۴] و در توضیح این علت حسینی و همکاران (۱۳۸۷) می نویسند فعالیت پایین و شیوع چاقی در زنان یکی از عوامل افزایش ابتلاء آنها به دیابت نسبت به مردان می باشد [۱۵]. نتایج این مطالعه نشان داد که دو گروه کنترل و مداخله از نظر متغیر های زمینه ای و مخدوش کننده که می تواند به نوعی بر نتایج مطالعه تاثیر داشته باشند از نظر آماری تفاوت معنا داری نداشته و به عبارتی دیگر این دو گروه همگن می باشند. به علت عدم وجود تفاوت آماری در متغیر های زمینه ای در دو گروه کنترل و مداخله، همگونی مناسب بین گروه ها مشهود بوده و لذا وجود تفاوت معنا دار در متغیر وابسته در گروه مداخله بعد از انجام مداخله، ناشی از تاثیر مثبت اجرای برنامه آموزش خود

جدول ۳: مقایسه میانگین کلی کیفیت زندگی، قبل و بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله

گروه	میانگین	انحراف معیار	آزمون تی مستقل
قبل	۵۹/۳۴ ± ۲۰/۸۲	۵۷/۶۶ ± ۲۱/۸۷	P = ۰/۳۱
بعد	۷۳/۱۸ ± ۱۸/۱۸	۶۰/۰۵ ± ۲۰/۷۲	P = ۰/۰۰۱

جدول ۲ نشان می دهد، بعد از انجام مداخله، میانگین بعد سلامت روانی کیفیت زندگی در هر دو گروه افزایش یافته است و این افزایش در گروه مداخله بارزتر است. نتایج نشان می دهد، بین میانگین نمرات دو گروه بعد از انجام مداخله، اختلاف معنی دار آماری وجود دارد ( $P < ۰/۰۵$ ). قبل از انجام مداخله بین میانگین نمرات دو گروه در هیچ یک از شاخص های سلامت روانی تفاوت آماری معناداری وجود نداشت. اما پس از انجام مداخله، در هر چهار شاخص، تفاوت معنادار آماری مشاهده گردید ( $P < ۰/۰۵$ ). در مجموع نتایج حاصل از جدول ۳ نشان دهنده آن است که میانگین کلی کیفیت زندگی پس از آموزش و ارائه بسته آموزشی در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش بیشتری یافته است و این افزایش از لحاظ آماری معنی دار می باشد ( $P = ۰۰۰/۱$ ).

آن ها بود که ممکن است به طور متفاوت بر یادگیری و عملکرد افراد شرکت کننده در مطالعه تاثیر داشته باشد.

### نتیجه گیری

طبق نظر سازمان بهداشت جهانی، آموزش اساس و بنیان درمان دیابت است. اهداف کلیدی آموزش دیابت تغییر رفتار افراد و ارتقاء خود مراقبتی می باشد. آموزش خود مراقبتی موجب افزایش آگاهی فرد دیابتی در رابطه با مسایل مختلف دیابت از جمله اصول مراقبت از خود و کنترل مستمر قند خون در حد نزدیک به طبیعی، پیشگیری از بروز عوارض زودرس و دیررس بیماری، کاهش هزینه های درمانی، بهبود سلامت جسمی و روانی و همچنین افزایش کیفیت و طول مدت زندگی بیماران می شود طوری که در مطالعه حاضر نیز سلامت جسمی و روانی بیماران نیز بعد از شرکت در برنامه آموزشی خود-مراقبتی افزایش یافته بود.

### تضاد منافع

در این مطالعه تضاد منافع وجود ندارد.

### سپاسگزاری

این مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد به شماره طرح مصوب ۳۳۹۹۴-۰۱-۹۲ و دارای کد اخلاق ir.umsu.rec. ۱۳۹۲، ۱۶۰ دانشگاه علوم پزشکی ارومیه می باشد که با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و مساعدت انجمن دیابت ارومیه اجرا شده است. نویسندگان این مقاله به این وسیله مراتب قدردانی خود را از مراکز بالا و کلیه شرکت کنندگان در پژوهش اعلام می نمایند.

### REFERENCES

- Pinkney J. Prevention and cure of type 2 diabetes. *BMJ*. 2002;325(7358):232-3. PMID: 12153906
- Larijane B, Frouzandeh F. Diabetic foot disorders. *Iranian J Endocrinol Metab*. 2011;5(8):93-103.
- Azizi F, Gouya M, Vazirian P, Dolatshahi P, Habibian S. The diabetes prevention and control programme of the Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2003;9(5-6):1114-21.
- Shahshahani M, Shahshahani S, Dehi M. Diabetes epidemiology and fasting blood sugar disorders in the six areas covered by World Health Organization. *J Diabetes Nurs*. 2014;1(2):1-11.
- Heshmati H, Behnampour N, Khorasani F, moghadam z. [Prevalence of chronic complications of diabete and its related factors in referred type 2 diabetes patients in Freydonkenar diabetes center]. *J Neyshabur Univ Med Sci*. 2014;1(1):36-43.
- Darvishpoor Kakhk A, Abed Saeedi J, Yaghmaie F, Alavi Majid H, Montazeri A. [Quality of life of diabetic patients referred to tehran hospitals]. *Iranian J Endocrinol Metab*. 2006;8(1):49-56.
- Ramandi M, Shareh H, Siltani E, Khormae F, Mirzaee A. [Role of Coping Strategies In The Psychological Problems of Patients With Diabetes]. *J Ilam Univ Med Sci*. 2013;21(3):163-73.
- Huberta E, Henk J, Heyboom-de J, Betty B. Health related quality of life in patient with type 1 diabetes mellitus. *Indian J Med Res*. 2007;12:34-42.
- Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. [Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker]. *Iranian J Cardiovasc Nurs*. 2013;1(4):40-7.
- Esmailie R. Survey of clinical nurses views about the problems of patient teaching. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 1997.
- Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart Lung*. 2000;29(5):319-30. DOI: 10.1067/mhl.2000.108323 PMID: 10986526
- Razavi M, Sabouri A. [An Innovative Educational Method]. *J Med Educ*. 2005;6:6-131.
- Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari G, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. [The study of self-care agency in patients with diabetes]. *J Res Nurs Midwifery Birjand Univ Med Sci*. 2012;8(4):197-204.
- Mahaweerawat Chavepoojnkamjorn W, Schelp F, Pichainarong N. The quality of life type 2 diabetic patient usin a self help group program. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 2009;40(1):169-76.
- Hosainy R, Rasouli A, Baradaran HR. [Risk factors for diabetic foot ulcer in diabetic patients referred to the clinic, training center Qom

- Kamkar]. Qom Univ Med Sci. 2009;2(3):18-26.
16. Taghdisi M, Borhani M, Solhi M, Afkari M, Hosseini M. Effect of educational program based on PRECED model on quality of life in patients with typeII diabetes. J Gorgan Univ Med Sci. 2011;13(1):29-36.
17. Beranath C. The health belief model applied to glycemic control. Diabetes Educ. 1999;21(8):321-9.
18. Heidari G, Moslemi S, Montazeri Far F, Heidari M. [The effect of correct diet on knowledge attitude and practice of type 2 diabetic patient]. Tabibe Shargh. 2002;4(4):207-13.
19. Zendehtalab H, Vaghei S, Emamimoghadam Z. [Effect of intervention based on BASNEF model on quality of life in patients with type 2 diabetes]. Evid Based Care. 2013;3(1):7-16.

## Effectiveness of Self-care Training on Physical and Mental Health of Patients with Diabetes Type II

Shams Al-din Shams<sup>1</sup>, Yaser Moradi<sup>2</sup>, Mohammad Reza Zaker<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> Instructor, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>2</sup> PhD Student, Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Department of Anesthesia, School of Paramedical, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

\* Corresponding author: Mohammad Reza Zaker, Instructor, Department of Anesthesia, School of Paramedical, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran.

E-mail: Mrz2013@yahoo.com

DOI: 10.21859/nmj-25027

Received: 12.04.2016

Accepted: 19.07.2016

### Keywords:

Diabetes II

Self-Care

Quality of Life

Training

### How to Cite this Article:

Shams Sh, Moradi Y, ZakerMR. Effectiveness of self-care training on physical and mental health of patients with diabetes type II. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac.* 2016;**25**(2):54-60.DOI: 10.21859/nmj-25027

© 2017 Scientific Journal of Hamadan Nursing & Midwifery Faculty

### Abstract

**Introduction:** Self-care plays an important role in chronic diseases care. Adherence to self-care activities has an effect on physical and psychological care of patients with diabetes. This study aimed to determine the effectiveness of self-care training on physical and mental health of diabetic patients.

**Methods:** Before and after quasi-experimental study was performed on patients with diabetes, who were referred to the Diabetes Association of Urmia. Samples were selected by convenience method and then randomly assigned to intervention (40) and control (40) groups. Collection of data was performed by the general quality of life questionnaire (SF 36) and demographic, before and after the intervention in both groups. The intervention groups received eight sessions of training in self-care (through PowerPoint, pamphlets, and booklets). Re-assessment was done three months after the intervention and the results were analyzed by SPSS software version 16, t-test and chi-squared test.

**Results:** The total mean of quality of life before the intervention was  $59.34 \pm 20.82$  in the intervention and  $57.66 \pm 20.87$  in the control group ( $P = 0.31$ ). After the intervention, the total mean of quality of life was  $73.18 \pm 18.18$  in the intervention group and  $60.05 \pm 20.72$  in the control group ( $P = 0.001$ ).

**Conclusions:** Diabetes self-care training is crucial to increase individuals' awareness regarding diabetes issues, improve physical and mental health and increase the quality and length of life in patients.