

## بررسی و مقایسه تأثیر دو روش آموزش برنامه خود توانمندسازی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

داود رسولی<sup>۱\*</sup>، یوسف محمدپور<sup>۲</sup>، حسین جعفری‌زاده<sup>۳</sup>، زهرا صفائی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۱/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۴/۱۷

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** دیابت یکی از بیماری‌های مزمن شایع با عوارض فراوان یکی از چالش‌های جدی برای سیستم سلامت می‌باشد که کیفیت زندگی بیمار را تحت تأثیر قرار می‌دهد. آموزش به بیماران یکی از قدیمی‌ترین و بهترین راه‌های کنترل این عوارض می‌باشد. روش‌های آموزشی سنتی و نوین، نتایج مختلفی را بر کیفیت زندگی این بیماران نشان داده‌اند که قابل تأمل است. مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر آموزش برنامه خودتوانمندسازی از طریق بسته آموزشی و کارگاه آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۲ انجام گرفته است.

**مواد و روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد که بر روی ۴۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته است. نمونه‌های موردپژوهش به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های کارگاه آموزشی و بسته آموزشی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از یک ابزار دوقسمتی استفاده شد که شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS(ver16) با استفاده از آزمون‌های آماری کای دو، یو من ویتنی و ویلکاکسون تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کیفیت زندگی نمونه‌های موردپژوهش در گروه مداخله با کارگاه آموزشی قبل و بعد از آموزش به ترتیب  $46.00 \pm 7.56$  و  $40.25 \pm 7.69$  در گروه مداخله با بسته آموزشی  $48.5 \pm 5.56$ ،  $39.9 \pm 9.00$  بود. یافته‌های پژوهش تفاوت معنی‌داری را از لحاظ آماری در نمرات کیفیت زندگی مابین دو گروه موردنظر قبل و بعد از اجرای مداخله نشان نداد ( $P=0/570$ ). ولی تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از اجرای مداخله (درون‌گروهی) در هر کدام از گروه‌ها در نمرات کیفیت زندگی پیدا شد ( $P < 0/001$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** مطالعه حاضر نشان داد که روش غیرمستقیم آموزشی مثل استفاده از بسته‌های آموزشی به‌اندازه روش مستقیم آموزشی مثل کارگاه آموزشی در افزایش نمره کیفیت زندگی و بهبود آن در بیماران مفید و مؤثر است و در مواردی که امکان برگزاری کارگاه‌های آموزشی برای بیماران مبتلا به دیابت وجود ندارد به‌عنوان یک روش آموزشی مؤثر و کارآمد برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی مورد استفاده قرار گیرد.

**کلیدواژه‌ها:** دیابت، توانمندسازی، آموزش دیابت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره چهاردهم، شماره پنجم، پی‌درپی ۸۲، مرداد ۱۳۹۵، ص ۳۹۶-۳۸۹

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، گروه داخلی-جراحی، تلفن: ۰۴۴-۳۲۷۵۴۹۶۲

Email: rasouli\_d@umsu.ac.ir

### مقدمه

سال ۲۰۳۵ به بیش از ۶۰۰ میلیون نفر افزایش یابد (۲). میزان شیوع دیابت در آمریکا در سال ۲۰۱۲ حدود ۲۹/۱ میلیون نفر یعنی ۹/۳ درصد از کل جمعیت برآورد شده است (۳). تعداد افراد دیابتی (۲۰-۷۹ سال) در ایران طبق برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت حدود ۵ میلیون نفر است که میزان شیوع آن ۸/۵ درصد می‌باشد.

دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، یکی از مشکلات عمده بهداشت عمومی است که حدود ۲ تا ۵ درصد از بزرگسالان در جوامع صنعتی را درگیر می‌کند (۱). هم‌اکنون در جهان بیش از ۳۸۰ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند که پیش‌بینی می‌شود این رقم در

<sup>۱</sup> مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۳</sup> مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

<sup>۴</sup> مربی و عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

تعداد مرگ‌ومیر ناشی از دیابت حدود ۳۷/۰۷۵ نفر در سال می‌باشد. هزینه صرف شده برای هر فرد به‌واسطه ابتلا به دیابت ۶۳۶ دلار برآورد شده است (۴). با اینکه این بیماری مزمن کشنده نیست ولی قادر به ایجاد ناتوانی‌های احتمالی دائمی است (۵) و می‌تواند منجر به بروز عوارض وخیمی مانند کوری، قطع اندام تحتانی و بیماریهای کلیوی و قلبی شود (۶). با توجه به افزایش شیوع و پرهزینه بودن بیماری دیابت، انجام مداخلات مؤثر برای کنترل عوارض و کیفیت زندگی بیماران امری ضروری می‌باشد (۷). با ارتقاء روش‌های درمانی و فتآوری و افزایش طول عمر و عدم بهبودی کامل بیماران مزمن، کیفیت زندگی در بیماران مزمن از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. شرایط مزمن و ناتوان‌کننده اثر وسیعی بر توانائی فرد و فعالیت‌های روزمره این بیماران دارد که به‌نوبه خود بر توانائی فرد در زندگی تأثیر می‌گذارد (۸). بیماری دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، به‌طور وسیع بر سبک زندگی و کیفیت زندگی بیماران مؤثر است. عوارض دیابت نظیر بیماری قلبی عروقی، نوروپاتی محیطی، رتینوپاتی، نفروپاتی و غیره سبب ورود بیمار به برنامه‌های توان‌بخشی می‌گردد (۹). روبرتا و همکاران (۲۰۰۵) می‌نویسند: بیماران دیابتی در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به انزوای اجتماعی، به هم خوردن نقش‌های خانوادگی - اجتماعی و کاهش کیفیت زندگی قرار دارند (۱۰). مطالعات مختلف نشان داده است که اداره صحیح دیابت توسط افراد دیابتی نقش اساسی در پیشگیری از عوارض این بیماری داشته است. یکی از فعالیت‌های مهم در کنترل این بیماری برنامه‌های آموزشی می‌باشد خصوصاً برنامه‌های آموزشی توانمندسازی است (۱۱). خودتوانمندسازی به‌عنوان یک برنامه آموزشی از سال ۱۹۸۹ در متون مختلف پزشکی و پرستاری در مراقبت از بیماران دیابتی به کار رفته است. آموزش خود‌مدیریتی اصلی‌ترین رکن جهت نائل شدن به اهداف در برنامه خودتوانمندسازی محسوب می‌شود که بیماران را قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه و ایفای نقش فعال در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در فعالیت‌های مربوط به سلامت می‌کند (۱۲).

برنامه توانمندسازی جهت افزایش آگاهی، دانش، انگیزه و توانمندی منجر به ارتقاء بهداشت و کیفیت زندگی می‌شود. برنامه توانمندسازی فردی، ابزاری کاربردی است که باعث رشد و ارتقای دانش و مهارت افراد می‌شود و بکارگیری راهکارهای آن آرمانی آشکار برای ارتقای سلامت جوامع است. توانمندسازی فردی فرایندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتر بر تصمیم‌گیری‌ها شیوه زندگی و فعالیت‌هایی که بر سلامتی آنان مؤثر است، خواهند داشت (۱۳). این برنامه یک رویکرد مشارکتی در مراقبت از دیابت و آموزش بیماران می‌باشد. آموزش به بیماران باعث تداوم سلامتی و کاستن از عوارض ناشی از بیماری می‌شود (۱۲). معمولاً روش

آموزش غالب به بیماران دیابتی استفاده از کارگاه‌های آموزشی می‌باشد که دارای مشکلاتی همچون گرد هم آوردن دشوار افراد، هزینه‌های بالای برگزار کارگاه، دسترسی مشکل به مدرس دارای می‌باشد ولی با پیشرفت روزافزون فتآوری به‌خصوص در زمینه روش‌های آموزشی می‌توان از این فتآوری‌های پیشرفته جهت آموزش مؤثر به بیماران با بیماری‌های مزمن مانند دیابت سود جست. با توجه به نبود مطالعه در این زمینه مطالعه حاضر باهدف مقایسه تأثیر آموزش برنامه خودتوانمندسازی از طریق بسته آموزشی و کارگاه آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته است.

### مواد و روش کار

پژوهش حاضر مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌باشد که در آن تأثیر دو روش متفاوت آموزش برنامه خودتوانمندسازی، از طریق کارگاه آموزشی و بسته آموزشی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه در سال ۱۳۹۲ موردبررسی قرار گرفته است. با توجه به مطالعه زمانزاده، حجم نمونه لازم در کل ۴۰ نفر برآورد گردید (۱۱) که با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. جهت نمونه‌گیری اسامی و شماره تلفن‌های ثبت‌شده کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در دفاتر مرکز اخذ گردید سپس لیست افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، استخراج شد و بعد از کدگذاری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۳۰ تا ۷۰ سال، تشخیص اخیر یا سابقه قبلی دیابت، هوشیار و قادر به برقراری ارتباط بود. برای دعوت از نمونه‌ها از تماس تلفنی استفاده شد. در صورت عدم تمایل فرد برای شرکت در جلسات آموزشی و یا داشتن مشکلات روحی نمونه موردنظر حذف و از فرد دیگری دعوت به عمل می‌آمد. افراد منتخب جهت شرکت در پژوهش کاملاً آزاد بوده و در صورت تمایل می‌توانستند از قبول آن انصراف دهند. در تمام مراحل اصل محرمانگی داده‌ها رعایت گردید و برای هرکدام از شرکت‌کنندگان کد در نظر گرفته شد. جهت گردآوری داده‌ها از ابزاری دو قسمتی استفاده گردید. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری از جمله سن، جنس، میزان تحصیلات، قد، وزن، نوع دیابت، نحوه درمان بود و بخش دوم مربوط به پرسشنامه ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی بود که از ابزار سنجش کیفیت زندگی مختص بیماران دیابتی که توسط برادلی و همکارانش در سال ۱۹۹۹ تهیه‌شده استفاده شد. این ابزار دارای ۱۳ عبارت می‌باشد که هر عبارت یک بعد مرتبط با کیفیت زندگی بیماران دیابتی را موردبررسی قرار

چندرسانه‌ای تهیه‌شده توسط پژوهشگر با محتوی یکسان به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. دو ماه بعد از اتمام جلسات پرسشنامه‌های مذکور مجدداً توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS(ver16) تجزیه و تحلیل شدند. مباحثی همچون فراوانی، میانگین، انحراف معیار توسط آمار توصیفی بیان شد. پس از بررسی نرمالیت توزیع امتیازات حاصل از سؤالات، برحسب نیاز از آزمون‌های آماری پارامتری یا ناپارامتری استفاده شد (کای دو، یو من ویتنی و ویلکاکسون).

### یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های موردپژوهش  $56/87 \pm 8/35$  بود. اکثر نمونه‌های موردپژوهش (5/52 درصد) از جنس مؤنث، دارای دیابت نوع دو (5/72 درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (45 درصد) بودند. میزان اختلال در فعالیت اکثر بیماران (30 درصد) زیاد، میزان آشنایی اکثر نمونه‌ها با دیابت و درمان آن کم بود (5/42 درصد). قدرت برقراری تناسب بین دیابت و زندگی در (35 درصد) نمونه‌های موردپژوهش کم بوده و بیشتر بیماران در پریش از پزشک معالج در رابطه با دیابت کاملاً احساس راحتی می‌کردند (5/57 درصد). هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان در پژوهش قبلاً در کارگاه توانمندسازی شرکت نکرده بودند. (جدول شماره یک). میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی نمونه‌های موردپژوهش قبل از مداخله در کارگاه آموزشی  $40/25 \pm 7/69$  و در بسته آموزشی  $39/9 \pm 9/00$  و بعد از مداخله به ترتیب  $46/00 \pm 7/56$  و  $48/50 \pm 5/56$  بود. آزمون آماری من ویتنی تفاوت آماری معنی‌داری را قبل و بعد از آموزش بین دو گروه آموزشی نشان نداد (جدول شماره دو). آزمون ناپارامتریک ویلکاکسون تفاوت آماری معنی‌داری را در نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله بین بیماران دیابتی گروه بسته آموزشی و کارگاه آموزشی نشان داد (جدول شماره سه).

می‌دهد. این ابعاد شامل (موقعیت شغلی، مسافرت، روابط خانوادگی، روابط با دوستان، روابط جنسی، تفریح و سرگرمی، زندگی اجتماعی، نگرانی درباره آینده خود، نگرانی درباره آینده خانواده و بستگان، فعالیت‌ها، انگیزه، انتقادپذیری، لذت از غذا خوردن) می‌باشند (14).

تقسیم‌بندی مقیاس لیکرت در پرسشنامه اصلی به این صورت در نظر گرفته شده است که نمره +9 برای پاسخ «بسیار بدتر از الان بود» و نمره -9 برای پاسخ «بسیار بهتر از الان بود» تعیین شده است. برای حذف علامت‌های مثبت و منفی و درک بهتر افراد از پرسشنامه فارسی مقیاس‌ها در هر عبارت از 1 تا 7 در نظر گرفته شد و برای پاسخ «بسیار بدتر از الان بود» نمره 7، و برای پاسخ «خیلی بهتر از الان بود» نمره 1، در نظر گرفته شد.

برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. برای این منظور بعد از ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی، پرسشنامه‌ی مزبور جهت بررسی به 10 تن از اعضای هیئت‌علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه از گروه پرستاری و غدد داده شد و پس از دریافت نظرات اصلاحات لازم اعمال گردید. برای تعیین پایایی ابزار از ضریب همبستگی آلفا کرونباخ استفاده شد که توسط 15 نفر از بیماران دیابتی تکمیل گردید و پایایی ابزار بالاتر از 89 درصد تعیین شد. بیماران انتخاب‌شده برای تعیین پایایی ابزار از مطالعه حذف شدند. قبل از شروع مداخله پرسشنامه توانمندی توسط بیماران تکمیل گردید. در گروه استفاده‌کننده از کارگاه آموزشی، خلاصه‌ای از نحوه تشکیل جلسات، تعداد جلسات، و هدف اصلی از برنامه آموزشی ارائه گردید و در گروه بسته آموزشی نحوه استفاده از بسته آموزشی توضیح داده شد. برای گروه کارگاه آموزشی 5 جلسه 1/30 ساعته به‌صورت آموزش در گروه‌های کوچک 5 نفره با محتوی روش‌های ارتقاء فعالیت‌های روزمره زندگی، بهبود توانمندی جهت غلبه بر موانع مدیریت بیماری و آشنایی با اصول و اهداف کنترل وزن، تغذیه، ورزش و نهایتاً راهکارهای افزایش انگیزه، قدرت تصمیم‌گیری و اداره مناسب استرس اجرا گردید و در گروه بسته آموزشی، لوح فشرده

جدول (1): فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و مربوط به بیماری به تفکیک گروه‌های آموزشی

P Value	آماره	بسته آموزشی		کارگاه آموزشی		گروه	متغیر موردبررسی
		درصد	درصد	درصد	تعداد		
0/147	t = -1/48	8/61 ± 54/95	7/81 ± 58/80			سن (سال)	
0/124	t = -1/33	16/45 ± 78/50	13/36 ± 71/55			وزن (کیلوگرم)	
0/189	t = -1/45	10/06 ± 165/1	8/29 ± 161/10			قد (سانتی متر)	
0/143	t = -1/49	6/87 ± 8/45	7/27 ± 11/80			مدت‌زمان ابتلا به دیابت (سال)	
0/113	X2 = 2/50	60	12	35	7	جنس	مرد

P Value	آماره	بسته آموزشی		کارگاه آموزشی		گروه	
		درصد	درصد	درصد	تعداد	متغیر موردبررسی	
		۴۰	۸	۶۵	۱۳	زن	
۰/۰۵۶	X2= ۸/۰۰	۰	۰	۲۵	۵	بی‌سواد	تحصیلات
		۳۰	۶	۴۰	۸	ابتدایی و راهنمایی	
		۵۰	۱۰	۲۰	۴	دبیرستان	
		۲۰	۴	۱۰	۳	دانشگاهی	
۰/۱۰۶	X2= ۴/۴۴	۸۰	۱۶	۱۰۰	۲۰	بلی	مصرف قرص (در حال حاضر)
		۲۰	۴	۰	۰	خیر	
۱	X2= ۰/۰۰	۳۵	۷	۳۵	۷	بلی	مصرف انسولین (از زمان ابتلا به دیابت)
		۶۵	۱۳	۶۵	۱۳	خیر	
۰/۲۰۴	X2= ۱/۶۱	۴۵	۹	۸۰	۱۳	بلی	مصرف انسولین (در حال حاضر)
		۵۵	۱۱	۶۵	۷	خیر	
۰/۲۸۸	X2= ۱/۱۲	۲۰	۴	۳۵	۷	وابسته به انسولین	نوع دیابت
		۸۰	۱۶	۶۵	۱۳	غیروابسته به انسولین	

**جدول (۲):** مقایسه کیفیت زندگی بیماران دیابتی دو گروه آموزشی قبل و بعد از مداخله (بین گروهی)

Z	P Value	بسته آموزشی		کارگاه		گروه	
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	متغیر	
-۰/۰۱۴	۰/۹۸۹	۳۹/۹±۹/۰۰	۴۰/۲۵±۷/۶۹	قبل از آموزش	کیفیت زندگی (۱۳-۹۱)		
-۰/۹۳۵	۰/۳۵۰	۴۸/۵۰±۵/۵۶	۴۶/۰۰±۷/۵۶	بعد از آموزش	کیفیت زندگی (۱۳-۹۱)		

**جدول (۳):** مقایسه کیفیت زندگی نمونه‌های موردپژوهش قبل و بعد از مداخله در هر گروه‌های آموزشی (درون گروهی)

Z	P Value	گروه آموزشی		متغیر	
		M±SD	M±SD	قبل	بعد
-۳/۹۳	<۰/۰۰۰۱	۴۰/۲۵±۷/۶۹	۴۶/۰۰±۷/۵۶	قبل	کارگاه
		۳۹/۹±۹/۰۰	۴۸/۵۰±۵/۵۶	بعد	
-۳/۷۲	<۰/۰۰۰۱	۳۹/۹±۹/۰۰	۴۸/۵۰±۵/۵۶	قبل	بسته آموزشی
		۴۰/۲۵±۷/۶۹	۴۶/۰۰±۷/۵۶	بعد	

### بحث و نتیجه‌گیری

است. که می‌تواند به معنی تأثیر مثبت تقریباً یکسان هر دو نوع مداخله توانمندسازی باشد. اندرسون و همکاران نیز بیان می‌کنند که برنامه‌های توانمندسازی در بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر مثبت و مهمی دارد (۱۵). گیبسون و همکاران ذکر می‌کنند، برنامه‌های توانمندسازی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شرکت در هر دو برنامه آموزشی خودتوانمندسازی موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی در هر دو گروه بعد از مداخله شده است ولی تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری بعد از مداخله بین دو گروه مشاهده نشده

شرکت‌کننده در مطالعه شده است. آن‌ها همچنین نشان دادند که حتی با گذشت ۶ ماه همچنان خوب بودن و هوش عاطفی آن‌ها در سطح قابل‌قبولی می‌باشد (۲۳). چهرمی و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش نقش مؤثری در افزایش کیفیت زندگی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش داشته است (۲۴). Kate و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که شرکت‌کنندگان در برنامه آموزشی اختلاف معنی‌دار آماری در رفتارهای سلامت مانند (فعالیت، کنترل علائم شناختی و ارتباط با پزشک)، خودمراقبتی و وضعیت سلامت مانند (خستگی، درد، عملکرد، افسردگی) نسبت به گروه کنترل داشتند (۲۵).

بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، استفاده از آموزش برنامه خودتوانمندسازی صرف‌نظر از نحوه آموزش (کارگاه آموزشی یا بسته آموزشی) می‌تواند باعث ارتقاء مهارت‌های خودمراقبتی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت گردد. با توجه به تأثیر استفاده از روش‌های مجازی در آموزش بیماران مبتلا به دیابت به‌اندازه کارگاه‌های آموزشی، می‌توان در صورت عدم توانایی برای برگزاری کارگاه‌های آموزشی و جهت صرفه‌جویی در هزینه‌های برگزاری دوره‌های آموزشی برای این بیماران از روش‌های آموزشی غیرمستقیم مانند بسته آموزشی استفاده کرد.

مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل عدم همکاری تعدادی از شرکت‌کنندگان تا انتهای مطالعه و لزوم حذف آن‌ها از مطالعه و نمونه‌گیری مجدد بود. همچنین به دلیل استفاده از فناوری‌های آموزشی نوین و لزوم استفاده از کامپیوتر برای آموزش از طریق بسته آموزشی نمونه‌ها و یا یکی از مراقبین نزدیک گروه بسته آموزشی باید آشنا به کامپیوتر و نحوه استفاده از آن می‌بودند.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی ارومیه با شماره ۴۷۴-۳۳-۰۲-۹۰ می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل حمایت مالی، دادن مجوز انجام این مطالعه، از بیماران محترم به دلیل شرکت در این مطالعه و از درمانگاه دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کارکنان آن اعلام می‌دارند.

### References:

1. Atak N, Kose K, Gurkhan T. The Impact of Patient Education Diabetes Empowerment Scale (DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes. Turk J Med Sci 2008; 38(1): 49-57.

به‌خصوص در بعد سلامت جسمانی می‌شود (۱۶). پیبرنیک همکاران در این باره می‌گویند، برای پیشرفت سلامتی بیمار و بهبود کیفیت زندگی او دو جنبه دارای اهمیت است اولین بعد مهارت‌هایی است که فرد در ارتباط با بیماری دیابت کسب می‌کند. بعد دوم که از نظر اهمیت برابر با معیار اول است شامل مهارت‌های روانی اجتماعی است که موجب بهبود طرح‌های مراقبت از خود و به دنبال آن بهبود کیفیت زندگی بیمار می‌شود. آن‌ها نشان دادند که کیفیت زندگی افراد شرکت‌کننده در برنامه توانمندسازی بعد از ۳ ماه افزایش پیدا کرده بود درحالی‌که کیفیت زندگی افراد گروه کنترل تفاوت معنی‌داری نشان نداده بود. آن‌ها ذکر کردند که برنامه توانمندسازی موجب کسب مهارت‌های روانی اجتماعی می‌شود که این موضوع نیز موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌گردد. (۱۷). قنبری و همکاران در مطالعه خود بیان کردند که کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی تحت تأثیر آموزش می‌تواند از سطح پایین به سطح بالا و مطلوبی برسد. ارائه مراقبت و آموزش به بیماران دیابتی سبب احساس نشاط، برقراری ارتباط مطلوب‌تر و رضایت بیشتر از روش‌های درمانی می‌شود (۱۸). آقاملائی و همکاران نیز در پژوهش خود بیان کردند که بعد از مداخله آموزشی افزایش معنی‌داری در آگاهی، بعد فیزیکی و روانی کیفیت زندگی ایجاد می‌شود (۱۹). باقیانی مقدم و همکاران نیز نشان دادند که آموزش گروهی برای توانمند کردن بیماران دیابتی باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۲۰). Chaveepojnkamjorn و همکاران نیز در مطالعه خود بیان کردند که مداخله آموزشی باعث بهبود دانش بیماران در رابطه با دیابت، افزایش انگیزه، رفتارهای خودپایشی، کار گروهی، مهارت‌های فیزیکی در انجام کارها و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی بیماران می‌شود (۲۱). در مطالعه فرلانی و همکارانش نیز پس از آموزش برنامه توانمندسازی کیفیت زندگی بیماران دیابتی افزایش پیدا کرده بود. در مطالعه حیدری و همکارانش نیز به دنبال اجرای برنامه توانمندسازی برای نوجوانان مبتلا به دیابت، کیفیت زندگی آن‌ها افزایش یافته بود (۲۲). Bektas Murat Yalcin و همکاران نیز در مطالعه مداخله‌ای خود بیان کردند که آموزش باعث بهبود کیفیت زندگی، خوب بودن و هوش عاطفی بیماران

2. Prevalence of Diabetes in the World, 2013 [Internet]. 2013 [cited 2016 Jul 27]. Available from: <http://healthintelligence.drupalgardens.com/content/prevalence-diabetes-world-2013>

3. Alex. Statistics About Diabetes [Internet]. American Diabetes Association. [cited 2016 Jul 27]. Available from: <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/statistics/>
4. International Diabetes Federation Middle Est and North Africa. Iran vs world prevalence of diabetes [Internet]. International Diabetes Federation. [cited 2016 Jul 27]. Available from: <http://www.idf.org/membership/mena/iran>
5. Ghanbary A. Effect of education based on the notion of self-care on quality of life and metabolic status in non-insulin dependent diabetic patients referred to diabetes education at Tabriz. (Dissertation). Tabriz: School of Nursing - Midwifery; 2002. (Persian)
6. Dowel MCJ, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. *Int J Nurs Pract* 11(4), 177-84.
7. Fauci AS, Brannward E, Kasper DL, Hauser DL. Harrison's principles of internal medicine. Chapter 33. Diabetes mellitus. 17th ed. 2008.
8. Olson R. An update in diabetes management. *J Rehab Nurs* 2003; 25 (5): 177-84.
9. Roberto k, Mark G. The impact of type 2 diabetes and peripheral arterial disease on quality of life. *J Vasc Nurs* 2005; 23(2).
10. Roberto K, Mark G. The impact of type 2 diabetes and peripheral arterial discase on quality of life. *J Vasc Nurs* 2005; 23 (2).
11. Zamanzadeh V, Seyed Rasuli A, Jabbarzadeh F. The effect of empowerment program education on self-efficacy in diabetic patient in Tabriz University of medical science diabetes education center. *Res J Biolo Sci* 2008; 3(8): 850-5.
12. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 1995; 18: 943-9.
13. Karimy M. Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopautic women. *J Shaded Univ* 2011;94. (Persian)
14. Bradley C, Todd C, Gorton T, Symonds E, Martin A, Plowright R. The development of an individualized questionnaire measure of perceived impact of diabetes on quality of life: the ADDQoL. *Quality Life Res* 1999; 8(1-2): 79-91.
15. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 1995;18(7):943-9.
16. Gibson CH. A concept analysis of empowermentnt. *J Adv Nurs* 1991; 16: 354-6.
17. Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns* 2004;52(2):193-9.
18. Ghanbary A. Effect of education based on the notion of self-care on quality of life and metabolic status in non-insulin dependent diabetic patients referred to diabetes education at Tabriz. (Dissertation). Tabriz: School of Nursing - Midwifery; 2002. (Persian)
19. 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. *J School Public Health Inst Public Health Res* 2005; 3(4):1-2.
20. Baghianimoghadam MH, Afkhami Ardekani M. The effect of educational on improvement of quality of life by SF-20 in type 2diabetic patients. *Acta Med Indones* 2009 Oct; 41(4):175-80.
21. Chaveepojnkamjorn W, Pichainarong N, Schelp FP, Mahaweerawat U. A randomized controlled trial to improve the quality of life of type 2 diabetic patients using a self-help group program. *Southeast*

- Asian J Trop Med Public Health 2009; 40(1):169-76.
22. Forlani G, Zannonic C, Tarrini G, Melchionda N, Marchesini G. Empowerment-based educational program Improves psychological well-being and health-related quality of life in type 1 diabetes. J Endocrinol Invest 2006; 29 (5): 405-12.
23. Yalcin BM, Karahan TF, Ozcelik M, Igde FA. The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Educ 2008; 34(6):1013–24.
24. Kargar Jahrom M, Ramezanli S, Taheri L. Effectiveness of Diabetes Self-Management Education on Quality of Life in Diabetic Elderly Females. Global J Health Sci 2015, 7(1): 10-5.
25. Lorig KR, Sobel DS, Ritter PL, Laurent D, Hobbs M. Effect of a self-management program on patients with chronic disease. Eff Clin Pract 2001;4(6):256–62.

# THE EFFECT OF TWO METHODS OF SELF-EMPOWERMENT TRAINING PROGRAM ON QUALITY OF LIFE OF DIABETIC PATIENTS ATTENDING THE DIABETES CLINIC IN URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, 2013

*Davood Rasouli<sup>1</sup>, Yousef Mohammadpour<sup>2</sup>, Hossein Jafarizadeh<sup>3</sup>, Zahra Safaei<sup>4</sup>*

*Received: 4 Apr, 2016; Accepted: 7 Jul, 2016*

## Abstract

**Background & Aims:** Diabetes as one of the most common chronic diseases with serious complications can affect the quality of life. Patient education is one of the oldest and best ways to control these complications. Traditional and modern teaching methods have shown different results on the quality of life of these patients. This study aimed to compare the effect of self-empowerment through training package and workshop programs on the quality of life of diabetic patients referring to diabetes clinics, Urmia University of Medical Sciences in 2013

**Materials & Methods:** This study is an experimental study with pretest - posttest design that has been carried out on 40 diabetic patients referred to diabetes clinic of Urmia University of Medical Sciences. The samples were randomly divided into two groups of workshop and training. In order to collect data a questionnaire with two parts of demographic and quality of life of diabetic patients were used. After collecting the data, they were coded and analyzed with statistical software SPSS (ver16) using chi-square, Mann-Whitney and Wilcoxon tests.

**Results:** Quality of life score were  $40.25 \pm 7.69$ ,  $46.00 \pm 7$ , and  $39.9 \pm 9.00$ ,  $48.5 \pm 5.56$  in the intervention group with training workshop, and in the intervention group with educational package, respectively. The findings didn't show statistically significant differences in quality of life scores between the two groups before and after intervention ( $P = 0.057$ ). But a significant difference was found in any of the groups in quality of life scores ( $P < 0.0001$ ) before and after the intervention (within the group).

**Conclusion:** The study showed that indirect education methods like the use of educational training packages as well as the direct method such as training workshops can increase and improve the quality of life in patients, and it can be used in cases where there is no possibility of holding workshops for patients with diabetes as an effective educational method to improve the quality of life of diabetic patients.

**Keywords:** diabetes, empowerment, diabetes education

**Address:** School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia

**Tel:** (+98) 4432754962

**Email:** rasouli\_d@umsu.ac.ir

<sup>1</sup> Instructor Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding Author)

<sup>2</sup> Instructor Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>3</sup> Instructor Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Urmia, Iran

<sup>4</sup> Instructor Faculty of Nursing and Midwifery, University of Medical Sciences, Urmia, Iran