

## بررسی تأثیر بسته آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به انجمن دیابت ارومیه

شمس‌الدین شمس<sup>۱</sup>، محمدرضا ذاکر\*<sup>۲</sup>، هاله قوامی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۴/۰۶/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹۴/۰۸/۳۰

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** دیابت از بیماری‌های مزمن شایع و یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشتی در جهان است که همراه عوارض جدی و متعدد بوده و سبب ایجاد مشکلات بهداشتی- درمانی و اجتماعی- اقتصادی بسیاری برای جوامع بشری شده و در دهه‌های اخیر نیز گسترش فراوانی یافته است. این مطالعه باهدف تعیین تأثیر بسته آموزش خود مراقبتی بر روی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این مطالعه از نوع مداخله‌ای و تجربی است که بر روی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ارومیه انجام گردید. تعداد ۸۰ نمونه به‌صورت تصادفی و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج انتخاب و سپس با روش تصادفی در دو گروه کنترل و مداخله قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی و پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی (SF36) و پرسشنامه 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 (پرده‌نگار، پمفلت، کتابچه) قرار گرفتند. سنجش مجدد افراد سه ماه بعد از انجام مداخله صورت گرفت و نتایج توسط نرم‌افزار SPSS16 و آزمون تی تست و خی دو مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین کل کیفیت زندگی اختصاصی افراد در گروه مداخله، قبل از مداخله برابر  $36/3 \pm 7/4$  بود که بعد از انجام مداخله آموزشی به  $48 \pm 6/3$  رسید در گروه کنترل نیز این میزان قبل از مداخله برابر  $37 \pm 5/8$  بود که بعد از انجام مداخله این میزان به  $46/4 \pm 5$  رسید و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود ( $P=0/02$ ). میانگین کیفیت زندگی عمومی این مطالعه که به دو بعد کلی سلامت روان و سلامت جسمانی تقسیم شده بود قبل از انجام مداخله میانگین در بعد روان در گروه مداخله برابر  $54/3 \pm 13$  و در بعد سلامت فیزیکی برابر  $42/7 \pm 14$  بود و بعد از انجام مداخله این میانگین به  $65/7 \pm 14/6$  در بعد روان و  $58/7 \pm 15$  در بعد سلامت جسمانی رسید در گروه کنترل نیز میانگین در بعد روان قبل از مداخله برابر بود و در بعد سلامت جسمانی نیز برابر بود که بعد از انجام مداخله این میزان به  $64/7 \pm 14/2$  در بعد روان و به  $55/6 \pm 10/5$  در بعد سلامت جسمانی رسید. این تفاوت از لحاظ آماری در بعد روان معنادار نبود ( $P=0/06$ ) ولی در بعد سلامت جسمانی این تفاوت آماری معنادار بود ( $P=0/000$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** این مطالعه نشان داد که آموزش خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت سبب افزایش بهبود کیفیت زندگی اختصاصی می‌گردد و در کیفیت زندگی عمومی نیز آموزش خود مراقبتی سبب افزایش بهبود کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی شده ولی بر روی بعد سلامت روان تأثیری ندارد. **کلیدواژه‌ها:** دیابت، آموزش، خود مراقبتی، کیفیت زندگی

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره سیزدهم، شماره دهم، پی‌درپی ۷۵، دی ۱۳۹۴، ص ۸۶۸-۸۶۳

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۹۹۱۸۴۱۹

Email: Mrza3013@yahoo.com

### مقدمه

و در دهه‌های اخیر نیز گسترش زیادی یافته است و به سبب پیامدهای فراوان و ایجاد معلولیت‌های مختلف در بین مردم به‌عنوان یک بیماری ناتوان‌کننده شناخته شده است (۱). از دیابت به‌عنوان

دیابت ملیتوس<sup>۱</sup> از بیماری‌هایی است که مشکلات بهداشتی- درمانی و اجتماعی- اقتصادی بسیاری برای جوامع بشری ایجاد کرده

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

<sup>۲</sup> دانش آموخته کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری و مامایی، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> کارشناس ارشد پرستاری، مربی گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

<sup>۱</sup>. Diabetes Mellitus

یک اپیدمی<sup>۲</sup> خاموش نام‌برده می‌شود و به‌عنوان یک مشکل بهداشت عمومی عمده در آمریکا و سایر نقاط جهان و حتی کشور ما قلمداد می‌شود زیرا دیابت شایع‌ترین بیماری متابولیکی با شیوعی رو به افزایش است که امید به زندگی را به یک‌سوم کاهش می‌دهد(۲). طبق آمار سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، تقریباً ۱۵۰ میلیون نفر مبتلا به دیابت در جهان وجود دارد (۳)، بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی، در سال ۲۰۰۰ میلادی تقریباً ۲ میلیون ایرانی مبتلا به دیابت بوده‌اند و پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۳۰ میلادی تعداد افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ به ۴/۶ میلیون نفر افزایش یابد. بر اساس مطالعه‌های صورت گرفته در شهرهای مختلف ایران شیوع دیابت از ۰/۹ تا ۴/۲ درصد متغیر است. در افراد بالای ۳۰ سال در ایران، شیوع دیابت در شهرها ۷/۲ تا ۲ درصد و در روستا ۳/۸ درصد می‌باشد(۴) بیماری دیابت بر جسم و روان و عملکرد فردی - اجتماعی اثرات گسترده‌ای می‌گذارد و درمان‌های پزشکی هرچند سبب بهبود علائم می‌شود ولی خود باعث اختلال در الگوی زندگی می‌گردد. بین بیماری و کیفیت زندگی ارتباط متقابلی وجود دارد و هدف اولیه درمان بیماری‌های مزمن تقویت کیفیت زندگی از طریق کاهش اثرات بیماری است، لذا بررسی وضعیت کیفیت زندگی در این بیماران از شاخص‌های مهم درمانی و مراقبتی در سراسر جهان محسوب می‌شود (۵). در این راستا یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد ارائه برنامه‌های آموزشی و همچنین نحوه ارائه برنامه‌های آموزشی به بیمار است. آموزش به بیمار امر مهمی است که اثرات ارزنده و مفید آن بارها در تحقیقات مختلف ثابت شده است، علی‌رغم فواید متعدد آموزش بیمار در قبال هزینه ناچیزش، این امر مهم در مراکز بهداشتی و درمانی نادیده گرفته شده است یا مورد بی‌توجهی قرار می‌گیرد(۶). با توجه به موارد گفته‌شده و باوجود مشکلات فراوان بیماران دیابت و ایجاد عوارض مزمن و ناتوانایی‌های فراوان و هزینه‌های زیاد و افزایش روزافزون مبتلایان به دیابت مرگ‌ومیر فراوان هم در کشورهای توسعه‌یافته و هم در کشورهای درحال توسعه، ما بر آن شدیم تا مطالعه‌ای را تحت عنوان تأثیر بسته آموزش خود مراقبتی بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت انجام دهیم تا بتوانیم گام مؤثری در جهت افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت برداریم.

## مواد و روش کار

روش نمونه‌گیری در دسترس آسان بود و از فن تخصیص تصادفی جهت تقسیم نمونه‌ها به دو گروه کنترل و مداخله استفاده

شد. بدین ترتیب که از بین زونکن‌های موجود ۶ زونکن به‌صورت تصادفی انتخاب و با رعایت معیارهای ورود و خروج تعداد ۳۰۰ پرونده انتخاب و با استفاده از جدول اعداد تصادفی به‌طور یک‌درمیان به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم شدند. سپس با تک‌تک این افراد تماس تلفنی حاصل شد افرادی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند(۸۰ نفر) را در یک روز خاص به انجمن دیابت دعوت نموده، معیارهای ورود و خروج مجدداً موردبررسی قرار گرفت و سپس همگن بودن گروه‌ها را از نظر مشخصات دموگرافیک، بیماری زمینه‌ای و داروهای مصرفی موردبررسی قرار دادیم. آموزش در طی ۸ جلسه در گروه مداخله در مدت‌زمان هر جلسه ۴۵ دقیقه انجام گرفت و مکان آموزش کلاس‌های انجمن دیابت ارومیه بود و توسط خود پژوهشگر صورت گرفت و حضور همراهان بیمار در جلسه آموزشی آزاد بود و در هر جلسه آموزشی حداکثر ۱۵ نفر حضور داشتند. آزمون آماری کای دو همگن بودن گروه‌ها را مورد تأیید قرارداد. پایانی ثبات پرسشنامه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به دیابت توسط نصیحت‌کن و همکاران (۱۳۹۱) انجام شده است. روایی و پایایی پرسشنامه SF36 نیز قبلاً توسط مطالعه‌ای که توسط منتظری و همکاران انجام دادند تعیین شده است. پایانی آن با استفاده از تحلیل آماری (هم‌خوانی داخلی) و روایی آن با استفاده از روش مقایسه گروه‌های شناخته شده و روایی همگرایی به اثبات رسیده است. در این پژوهش ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه بود که شامل: ۱. پرسشنامه جمعیت شناختی که در ۳ قسمت (۱. مشخصات جمعیت‌شناسی ۲. اطلاعات عمومی ۳. تاریخچه فعلی بیماری) ۲. پرسشنامه بررسی کیفیت زندگی اختصاصی بیماران دیابتی نوع ۲ و ۳ که مشتمل بر ۱۵ سؤال بود که نمره دهی این سؤالات بدین گونه بود که این سؤالات دارای ۵ گزینه بود که کم‌ترین نمره یک و بالاترین نمره پنج برای هرکدام از سؤال‌ها بود که در مجموع نمرات از ۱۵ تا ۷۵ بود که نمره بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر می‌باشد. دومین پرسشنامه، پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی (SF36) بود، که به دو بعد سلامت جسمانی و سلامت روانی تقسیم می‌گردد که در بعد سلامت روان خود شامل ۴ بعد فردی (بعد شادابی، سلامت روان، عملکرد اجتماعی و نقش روان) می‌باشد که در هر بعد میزان میانگین بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر در آن بعد می‌باشد. در بعد سلامت جسمانی نیز که خود دارای ۴ بعد (عملکرد جسمی، نقش جسمی، درد بدن و سلامت عمومی) می‌باشد نیز میانگین امتیازی بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر در آن بعد می‌باشد. علاوه بر آمار توصیفی، پس از اطمینان از طبیعی بودن

3. World Health Organization

2. Epidemic

در بین گروه‌ها و تی زوج در داخل گروه‌ها استفاده گردید.

توزیع متغیرها به وسیله آزمون کولموگروف-اسمیرنوف از آزمون تی مستقل به منظور بررسی میانگین نمرات کیفیت زندگی، قبل و بعد

### یافته‌ها

**جدول (۱): مقایسه مشخصات جمعیتی شناختی واحدهای مورد پژوهش در دو گروه کنترل و مداخله**

P Value	کنترل		مداخله		گروه‌ها	متغیرها
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P=۰/۸	۴۰	۱۶	۳۷/۵	۱۵	مرد	جنس
	۶۰	۲۴	۶۲/۵	۲۵	زن	
p=۰/۶۰	۵	۲	۲۵	۱۰	کارمند	شغل
	۲۰	۸	۱۷/۵	۷	آزاد	
	۵	۲	۲/۵	۱	بیکار	
	۴۲/۵	۱۷	۴۵	۱۸	خانه‌دار	
p=۰/۰۷	۲۷/۵	۱۱	۱۰	۴	بازنشسته	سطح تحصیلات
	۳۶/۵	۲۰	۲۲/۵	۹	سیکل	
p=۰/۸	۶۳/۵	۲۰	۷۵/۵	۳۱	دیپلم و بالاتر	وضعیت تأهل
	۹۵	۳۸	۹۲/۵	۳۷	متأهل	
	۲/۵	۱	۲/۵	۱	مجرد	
	۲/۵	۱	۵	۲	بیوه و مطلقه	

درصد)، سطح تحصیلات دیپلم و بالاتر (۶۳/۵ درصد)، محل زندگی در شهر (۸۰ درصد)؛. نتایج آزمون آماری کای دو نیز تفاوت معناداری بین متغیرهای جنس، شغل، وضعیت تأهل، سطح درآمد، محل زندگی، در دو گروه کنترل و مداخله را نشان نداد.

جدول فوق نشان می‌دهد که در گروه مداخله اکثر واحدهای مورد پژوهش: زن (۶۲/۵ درصد)، متأهل (بالای ۹۲/۵ درصد)، خانه‌دار (۴۵ درصد)، سطح تحصیلات دیپلم (۷۵/۵ درصد)، محل زندگی در شهر (۸۲/۵)، در گروه کنترل نیز اکثر واحدهای مورد پژوهش: زن (۶۰ درصد)، متأهل (۹۵ درصد)، خانه‌دار (۴۲/۵)

**جدول (۲): مقایسه کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به دیابت قبل و بعد از مداخله خود مراقبتی توسط پرسشنامه سنجش کیفیت**

نتیجه آزمون تی آزمون تی مستقل	گروه کنترل		گروه مداخله		کیفیت زندگی اختصاصی
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۶	۵/۸	۳۷	۷/۴	۳۶/۳	قبل از مداخله
P=۰/۲	۵	۴۶/۴	۶/۳	۴۸	بعد از مداخله
P=۰/۰۲	۳/۸	۹/۴	۴/۶	۱۱/۷	تفاضل بعد - قبل

**جدول (۳): مقایسه میانگین بعد سلامت جسمی، کیفیت زندگی عمومی در دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام آموزش خودمراقبتی**

نتیجه آزمون تی مستقل	کنترل		مداخله		ابعاد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
P=۰/۰۳	۱۱/۷	۴۹	۱۴	۴۲/۷	بعد کلی سلامت جسمی (قبل)
P=۰/۲	۱۰/۵	۵۵/۶	۱۵	۵۸/۷	بعد کلی سلامت جسمی (بعد)
P=۰/۰۰۰	۶/۸	۶/۶	۸/۴	۱۶	تفاضل بعد - قبل
P=۰/۳	۱۴	۵۷/۷	۱۳	۵۴/۳	بعد کلی روانی قبل
P=۰/۷	۱۴/۲	۶۴/۷	۱۴/۶	۶۵/۷	بعد کلی روانی بعد
P=۰/۰۶	۴/۸	۷	۷/۲	۱۱/۴	تفاضل کلی بعد - قبل

سطح نامطلوبی می‌باشد که مطالعه ما با آن هم‌خوانی ندارد (۹). در مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقای کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت بعد از انجام آموزش خود مراقبتی افزایش یافته است (۱۰). مطالعه برینس<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۹) نیز نشان داد که شرکت در برنامه آموزشی در بین بیماران مبتلا به دیابت سبب افزایش عملکرد در آن‌ها می‌گردد (۱۱) در بررسی کلی بعد روانی نتایج آماری تی مستقل نشان می‌دهد که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله وجود ندارد. در مطالعه واد استروپ و همکاران تفاوت آماری معناداری بعد از انجام مداخله مشاهده نشد که با مطالعه ما با آن هم‌خوانی دارد (۱۲). در مطالعه‌ای که توسط زنده طلب و همکاران با عنوان تأثیر آموزش‌های مدیریت تنش بر روی کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام داده‌اند تفاوت آماری معناداری در بعد سلامت روان بعد از انجام مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شده که با مطالعه ما با آن هم‌خوانی ندارد در بررسی کیفیت زندگی اختصاصی در این مطالعه آمون آماری تی مستقل اختلاف معناداری در دو گروه کنترل و مداخله نشان داد که این امر نشان‌دهنده تأثیر مثبت آموزش خود مراقبتی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط باقیان مقدم و همکاران با عنوان تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام داده بودن نیز آموزش سبب بهبود کیفیت زندگی در بیماران شده است (۱۳) که مطالعه ما با آن هم‌خوانی دارد. در مطالعه ماهووارات و همکاران نیز آموزش سبب بهبود کیفیت زندگی بیماران شده است (۱۴) که در این تحقیق نیز مطالعه ما با آن هم‌خوانی دارد. در مطالعه تقدیسی و همکاران آموزش بر کیفیت زندگی بیماران مؤثر بود ولی این تأثیر معنادار نبوده است که مطالعه ما با آن هم‌خوانی ندارد (۱۰). شاید علت این نتیجه متفاوت بودن نحوه آموزش در مطالعه تقدیسی و همکاران که بر اساس الگوی پرسید باشد.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر قسمتی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد می‌باشد. و در اینجا از کلیه کارکنان انجمن دیابت ارومیه و افراد شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

جدول فوق نشان می‌دهد که بعد از انجام مداخله، در گروه کنترل و مداخله میانگین کیفیت زندگی افزایش یافته است ولی بیشترین میزان افزایش میانگین نمرات در گروه مداخله می‌باشد. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد امتیاز ابعاد کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمانی به‌جز در بعد سلامت عمومی و بعد عملکرد جسمی در بقیه ابعاد در هر دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله دارای تفاوت آماری معنادار می‌باشد ( $P=0/000$ ). و در بعد روان نیز بعد از انجام مداخله، در گروه کنترل و مداخله میانگین کیفیت زندگی افزایش یافته است و این افزایش در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل بیشتر بود. نتیجه آزمون تی مستقل نشان داد که دارای تفاوت آماری معنادار نبود ( $P=0/06$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که اکثریت نمونه‌های گروه کنترل و مداخله را زنان تشکیل داده‌اند، در مطالعه وثوقی و همکاران (۱۳۹۰) جهت بررسی توان خود مراقبتی بیماران دیابت انجام داده‌اند نیز ۶۵/۲ درصد از افراد مورد مطالعه را زنان تشکیل داده بودند (۷) در این مطالعه ۹۲/۵ درصد از افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله و ۹۵ درصد از گروه کنترل را افراد متأهل تشکیل داده بودند. در مطالعه‌ای که توسط احمدی و همکاران جهت بررسی عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام داده‌اند نیز ۸۷ درصد از افراد شرکت‌کننده متأهل بودند (۸) به‌طور کلی در این مطالعه کیفیت زندگی عمومی افراد شرکت‌کننده در مطالعه قبل از انجام مداخله در سطح پایینی قرار داشت و بعد از انجام مداخله این میزان در گروه مداخله افزایش یافته و این افزایش در بعد سلامت جسمانی معنادار بود. می‌توان علت افزایش در گروه مداخله را آموزش خودمراقبتی پژوهشگر به گروه مداخله دانست. در بررسی ابعاد پرسشنامه کیفیت زندگی عمومی افراد شرکت‌کننده در این مطالعه نتایج به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که در بعد سلامت جسمی نتایج آماری تی مستقل نشان می‌دهد که اختلاف آماری معناداری بین دو گروه کنترل و مداخله بعد از انجام مداخله وجود دارد. که این امر حاکی از تأثیر مثبت آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی عمومی در بعد سلامت جسمی می‌باشد. در مطالعه‌ای که توسط مقدسیان و همکاران (۱۳۸۷) انجام شد نشان داد که کیفیت زندگی در بعد سلامت جسمی و اجتماعی در

<sup>1</sup> Barends

## References:

1. Zimmet P. The burden of type 2 diabetes: are we doing enough? *Diabetes Metab* 2003;29(4):6S9-6S18.
2. Bener A, Al-Suwaidi J, Al-Jaber K, Al-Marri S, Elbagi IEA. Epidemiology of hypertension and its associated risk factors in the Qatari population. *J Hum Hypertens* 2004;18(7):529-30.
3. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assesment, analysis, interpretation. Winner of the first prize in the Basis of Medicine Category of the BMA Medical Book Competition 2001. 2000;2:547.
4. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. *Iran J Endocrinol Metab* 2006; 8 (1) :49-56.
5. Darvishpoor Kakhki A, Abed Saeedi Z, Yaghmaie F, Alavi Majd H, Montazeri A. Survey correlation between quality of life and disease and demographic variables of diabetic patients referred to Tehran hospitals in 2004. *Iran J Endocrinol Metab* 2006; 8 (1) :49-56. (Persian)
6. Ataee E, Haghjoo M, Dalvandi A, Bakhshandeh H. Effect of self-care education on quality of life among patients with permanent pacemaker. *Iran J Cardiovascular Nurs* 2013;1(4):40-7.
7. Vosoghi Karkazloo N Abootalebi Daryasari Gh FarahaniB Mohammadnezhad E SajjadiA. The study of self-care agency in patients with diabetes. *J Res Nurs Midwifery, Birjand Univ Med Sci* 2012;8(4):197-204.
8. Ahmadi A Hassanzadeh J Rahimi Mdys M Lashkari L. Effective factors on quality of life in patients with type 2 diabetes Chahar Mahal Bakhtiari Province. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2012;3(1):7-13.(Persian)
9. Moghadasian S Ebrahimi H Mahdipour N Haririan H. Assessment of quality of life in diabetic patients in Tabriz. *J Nurs Midwifery* 2008;10(38-44). (Persian)
10. Taghdisi MH, Solhi M, Afkari ME. 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):36-44. (Persian)
11. Beranth C. The health belief model applied to glycemic control. *Diabetes Educ* 1999;21(4):321-9.
12. Vadstrupe E Rolich A Perrild H Borge E Roder M. Health related quality of life and self related health in patient with type 2 diabetes. *J Behev Nutr Phys* 2011;9(11):24-43.
13. Baghianimoghadam M, Afkhami ardakani M. Effect of Education on Improvement of Quality of Life by SF-20 in Type 2 Diabetic Patients. *Middle-East J Sci Res* 2009;3(2):67-72.(Persian)
14. Mahaweerawat U,Pichainarong N, Schelp F. 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):16-76.

## EFFECT OF SELF MANAGEMENT EDUCATIVE PACKAGE ON QUALITY OF LIFE AMONG DIABETIC PATIENTS IN URMIA DIABETES CENTERS BETWEEN IN THE YEARS OF 2013

Shams Al-din shams<sup>1</sup>, Mohammad Reza Zaker<sup>\*2</sup>, Haleh Ghavami<sup>3</sup>

Received: 19 Sep, 2015; Accepted: 21 Nov, 2015

### Abstract

**Background:** Diabetes, the most common chronic diseases in the world and one of the most important health problems that cause health problems. It also causes a lot of health and socio-economical problems in many human societies. Self-care education to patients, is very effective in controlling diabetes and to improve the quality of life in people with diabetes. This study aimed to determine the impact of training on the quality of life by self-caring in diabetic patients.

**Method and Materials:** The experimental intervention study was performed on patients with diabetes referring to the Urmia Diabetes Association. 80 samples were randomly selected with regard to the inclusion and exclusion criteria, and then they were randomly assigned to intervention and control groups. To gather the Data, Qol of diabetic patients questionnaire, and general quality of life questionnaire (SF36, and a demographic questionnaire were used before and after the intervention in both groups. The intervention group received 8 sessions of training in self-care (PowerPoint, pamphlets, booklets. Re-evaluation was done after 3 months, and the results of t-test and chi-square test were analyzed by spss16 software.

**Findings:** Average quality of life of in people before interference was  $36/3 \pm 7/4$  which increased to  $48 \pm 6/3$  after the intervention. This difference was statistically significant ( $P=0/02$ ). Regarding both the general mental and physical health, the quality of life had been divided to before intervention psychologically  $54/3 \pm 13$  and physical health  $42/7 \pm 14$  which was increased to  $65/7 \pm 14/6$  psychologically, and  $58/7 \pm 15$  physically after the intervention. This difference was not statistically significant in the mental aspect ( $P=0/06$ ), but this difference was statistically significant for physical health ( $P=0/000$ ).

**Conclusion:** This study showed that self-care education on diabetes-specific quality of life will increase the general quality of life. It has also some effects on physical health, but it has not any effect on mental health.

**Keywords** Diabetes, Self-care, quality of life, Education

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

**Tel:** (+98) 9149918419

**Email:** mrza20132@yahoo.com

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

<sup>2</sup> Master of Critical Nursing Care, Department of Nursing, Nursing and Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences. IRAN (Corresponding author)

<sup>3</sup> Master of Nursing, Instructor, Department of Nursing, Nursing and Midwifery School, Urmia University of Medical Sciences. IRAN