



Effects of Peer-education on Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Mohsenikhah M.¹ MSc,
Esmaili R.² PhD,
Tavakolizadeh J.³ PhD,
Khavasi M.⁴ PhD,
Jaras M.¹ MSc,
Delshad Noughabi A.* MSc

How to cite this article

Mohsenikhah M, Esmaili R, Tavakolizadeh J, Khavasi M, Jaras M, Delshad Noughabi A. Effects of Peer-education on Quality of Life in Adults with Type 2 Diabetes. *Horizon of Medical Sciences*. 2018;24(1):17-22.

*Community & Mental Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
¹"Student Research Committee" and "Community & Mental Health Nursing Department, Nursing & Midwifery Faculty", Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
²Social Development & Health Promotion Research Center" and "Public Health Department, Health Faculty", Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
³Basic Sciences Department, Medicine Faculty, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran
⁴Nursing Department, Nursing Faculty, Abadan University of Medical Sciences, Abadan, Iran

Correspondence

Address: Medical-Surgical Nursing Department, Midwifery & Nursing Faculty, Gonabad University of Medical Sciences, Next to the Asian Road, Gonabad, Iran.
Postal Code: 9691793718
Phone: +98 (51) 57220576
Fax: +98 (51) 57220575
ali_delshad2000@yahoo.com

Article History

Received: January 29, 2017
Accepted: July 18, 2017
ePublished: January 11, 2018

ABSTRACT

Aims Diabetes is the most prevalent metabolic disease in human being. Self-care is the most important way of preventing complications. This study aimed at investigating the effects of peer-education on quality of life in adult patients with type 2 diabetes.

Materials & Methods This semi experimental study was conducted at a diabetes clinic affiliated to Gonabad University of medical sciences, Iran in 2017 among 80 patients with type 2 diabetes. Patients were selected based on available sampling method, and they were randomly divided into two groups, namely intervention and control (40 patients each group). The data of all patients were collected by demographic and disease information questionnaire and diabetic patient quality of life (QOL) questionnaire. The present study was carried out in three main steps: In the first step (before intervention), peers were trained by the researcher during four sessions. In the second step (intervention), quality of life of patients was assessed before training; then, patients in intervention group were trained and instructed during three sessions; the control group received the usual instruction, too. In the third step (one month later), quality of life of patients in both groups was assessed. The data were analyzed by SPSS statistics software Version 20, using Chi-square, Fisher, independent t test, paired t test, Mann-Whitney U, and Wilcoxon.

Findings The mean scores of quality of life in intervention group did not have any significant difference with control group before instruction ($p > 0.05$). After instruction, the mean scores of quality of life in the intervention group compared with the control group increased significantly ($p < 0.001$).

Conclusion Peer education improves quality of life in adult patients with type 2 diabetes.

Keywords Peer Group; Quality of Life; Adults; Type 2 Diabetes

CITATION LINKS

[1] Self care situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes ... [2] The nursing contribution to chronic disease management: A discussion ... [3] The effect of nutrition education on blood sugar level and ... [4] 3: Preventing complications of ... [5] Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late ... [6] Communicative and critical health literacy and self-care behaviors in patients with ... [7] The effect of peer education on diabetes self-efficacy in patients ... [8] Importance of social support in diabetes ... [9] Translation, reliability and validation of persian type SF-36 ... [10] Park textbook of preventive and social ... [11] Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers ... [12] Quality of life index: Development and psychometric ... [13] The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients ... [14] Depression and poor glycemetic control: A meta-analytic review of ... [15] Development of distance education in the higher education ... [16] Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice ... [17] How effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing ... [18] Low-cost on-the-job peer training of nurses improved immunization coverage in ... [19] The effects of peer-led education on anxiety of the family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass surgery (CABG) in Shahid Chamran ... [20] Effect of working memory software on self-esteem ... [21] Effect of educational program on quality of life ... [22] Determining the reliability and validity of a clinical ... [23] Quality of life: From nursing and patient ... [24] Effectiveness of a peer support programme ... [25] The effect of peer-led education on the life quality ... [26] The Effect of educational modification behavior in lifestyle of diabetic ... [27] Effect of peer education on self-management ... [28] Impact of peer-led group education on the quality of life in patients

تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو

میثم محسنی خواه MSc

"کمیته تحقیقات دانشجویی" و "گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی"، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

رضا اسماعیلی PhD

"مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقای سلامت" و "گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت"، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

جهانشیر توکلی زاده PhD

گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

محمد خواصی MSc

گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی آبادان، آبادان، ایران

میترا جرس MSc

"کمیته تحقیقات دانشجویی" و "گروه پرستاری بهداشت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی"، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

علی دلشاد نوقایی MSc*

گروه پرستاری سلامت جامعه و روان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

چکیده

اهداف: دیابت، شایع‌ترین بیماری متابولیک در انسان است. مهم‌ترین روش پیشگیری از عوارض آن، خودمراقبتی است. هدف این پژوهش، بررسی تاثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها: این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل در بین ۸۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت ۲۲ بهمن وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال ۱۳۹۵ انجام شد. این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۰ نفر). ابزار گردآوری داده‌ها، پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک و بیماری و پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی (DQOL) بود. پژوهش طی سه مرحله کلی انجام شد: در مرحله اول (قبل از مداخله) همتایان توسط پژوهشگر طی چهار جلسه آموزش دیدند. در مرحله دوم (مداخله) کیفیت زندگی بیماران قبل از آموزش سنجیده شد، سپس گروه مداخله توسط همتایان طی سه جلسه آموزش دید. گروه کنترل نیز آموزش روتین بخش را دریافت نمود. در مرحله سوم (یک ماه بعد) کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله و کنترل سنجیده شد. داده‌ها به کمک نرم‌افزار SPSS 20 و توسط آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر، T مستقل، T زوجی، من ویتنی یو و ویلکاکسون مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: میانگین نمرات کیفیت زندگی در گروه مداخله با کنترل قبل از آموزش اختلاف معنی‌داری نداشت ($p > 0.05$). پس از آموزش، میانگین کیفیت زندگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنی‌داری افزایش یافت ($p < 0.001$).

نتیجه‌گیری: آموزش همتا باعث بهبود کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

کلیدواژه‌ها: گروه همتا، کیفیت زندگی، میانسالان، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۴/۲۷

*نویسنده مسئول: ali_delshad2000@yahoo.com

مقدمه

بیماری‌های مزمن از عمده‌ترین مسایل بهداشتی- درمانی در جوامع امروزی به شمار می‌رود^[۱]. افزایش چاقی، مصرف دخانیات و تعداد افراد مسن، باعث رشد چشمگیر شیوع بیماری‌های مزمن در جوامع شده است^[۲]. دیابت، یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن متابولیک است^[۳]. دیابت، عوارض بسیار جدی نظیر اختلالات بینایی، کلیوی، قلبی- عروقی و عصبی که منجر به نابینایی، نارسایی شدید کلیه، سکته قلبی یا مغزی و قطع عضو را در پی دارد

و در صورتی که اقدام مناسب برای پیشگیری، کنترل، درمان و آموزش موارد خاص آن به بیمار صورت نگیرد، محدودیت‌ها و معضلات بی‌شماری برای مبتلایان و افراد در معرض خطر به‌وجود خواهد آمد^[۴].

شیوع دیابت نوع دوم که عوارض آن دارای هزینه بالا و نیازمند خدمات گسترده پزشکی است، در حال افزایش است^[۵]. گزارشات فدراسیون بین‌المللی دیابت حاکی از وجود ۳۸۲ میلیون بیمار مبتلا به دیابت در سال ۲۰۱۳ در سراسر جهان بوده است و بنا بر پیش‌بینی این سازمان تعداد این افراد در سال ۲۰۳۵، به حدود ۵۹۲ میلیون نفر خواهد رسید که بیش از ۸۰٪ آنها در کشورهای با درآمد کم و متوسط زندگی می‌کنند^[۶]. در ایران، شیوع دیابت در سنین ۶۴-۱۵ سال، ۸/۷٪ تخمین زده شده است. شیوع دیابت نوع دو در جمعیت ایرانی ۴٪ تا ۴/۵٪ است^[۷]. در ایران سال ۱۳۸۹، بار مالی ناشی از دیابت برای دولت، ۹۰۰ میلیارد تومان در سال برآورد شده است که این میزان عمدتاً هزینه مستقیم دارویی است که ۱۶٪ از هزینه‌های بیمارستانی در ایران را به خود اختصاص می‌دهد^[۸].

امروزه در اندازه‌گیری سلامت، در نظر داشتن ابعاد چندگانه سلامتی و به بیان دیگر کیفیت زندگی، بیش از پیش مطرح شده است و اندازه‌گیری آن به‌عنوان پیامدی از سطح سلامت در حوزه علوم بهداشتی کاربرد گسترده‌ای یافته است^[۹]. کیفیت زندگی دارای مفهومی نسبی، وسیع، چندبعدی و متأثر از زمان و مکان است و دربرگیرنده ابعادی چون سلامت جسمی، سلامت روانی، شرایط اقتصادی، باورهای شخصی و تعامل با محیط است. سازمان جهانی بهداشت، کیفیت زندگی را به مفهوم درک هر فرد از موقعیت خود در زندگی با توجه به شرایط فرهنگی و نظام ارزشی- اجتماعی که در آن زندگی می‌کند، معنی می‌نماید و این درک به طرق مختلف تحت تاثیر وضعیت جسمانی، روانی، باورها، ارزش‌ها و ارتباطات اجتماعی فرد قرار می‌گیرد^[۱۰، ۱۱]. بیماری‌های مزمن با شیوه زندگی، سلامت روانی و کیفیت زندگی بیماران ارتباط تنگاتنگی دارد و در صورت عدم کنترل به‌موقع و مناسب، به عوارض ناخوشایندی منجر می‌شود. کیفیت زندگی پایین باعث فرسودگی روانی، ترک شغل، کاهش بهره‌وری، مشکلات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و کاهش عملکرد فیزیکی می‌شود^[۱۲].

مطالعات نشان داده‌اند که بیماری دیابت می‌تواند بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن، عملکرد فیزیکی، گسترش عوارض، وضعیت روحی- روانی و ارتباطات فردی، خانوادگی و اجتماعی افراد مبتلا تاثیرات منفی داشته باشد و منجر به کاهش کیفیت زندگی آنان شود^[۱۳]. از طرفی آموزش، به‌عنوان حقوق اولیه انسان‌ها شناخته شده است^[۱۴]. هدف اصلی آموزش دادن، یاری‌رساندن به بیماران برای حفظ استقلال آنان در انجام مراقبت از خود است^[۱۵]. یکی از انواع آموزش به بیماران، آموزش همتا است که در تسهیل و پیشرفت بهداشت و ایجاد محیطی برای یادگیری تاثیر بسیار دارد^[۱۶]. آموزش همتا با سایر انواع آموزش تفاوت‌های زیادی دارد. در این رویکرد آموزشی با توجه به ویژگی‌های مشابه اعضا، محیط ساده و مطمئن ایجاد می‌شود و بیماران می‌توانند از تجربیات افراد همتای خودشان در جهت بهبود علایم بهره گیرند^[۱۷]. آموزش همتا یک رویکرد مداوم است، که در آن همتا با بیمار ارتباط دوستانه، صمیمی و طولانی برقرار نموده و اطلاعات خود را با هم تقسیم می‌کنند. آموزش همتا می‌تواند علاوه بر مشکلات درمانی، مسایل اجتماعی و روحی- روانی را در بیماران بهبود بخشد و همتا به‌عنوان یک میانجی بین بیمار و کارکنان درمان عمل نماید^[۱۸]. وقتی افراد در می‌یابند که دیگران به آنها

بررسی، کسب رضایت آگاهانه از تمامی نمونه‌ها و اطمینان لازم از عدم هر گونه آسیب جسمی و روانی ناشی از انجام مداخله، اطمینان‌بخشی به نمونه‌های پژوهش برای محرمانه‌بودن اطلاعات شخصی آنها، مختاربودن نمونه‌ها برای شرکت در پژوهش و دارا بودن حق انصراف برای افراد تحت مطالعه، اطمینان‌بخشی از در دسترس قرار دادن نتایج پژوهش برای اطلاع و استفاده مسئولان و نمونه‌ها، حفظ حق مالکیت در منابع چاپی و الکترونیک مورد استفاده و تعهد در ارائه نتایج به دانشگاه بود.

از پرسش‌نامه اطلاعات دموگرافیک شامل جنس، سن، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، وضعیت بیمه و بیمه تکمیلی، سابقه مصرف دخانیات، زمان تشخیص دیابت، سابقه آموزشی و داشتن برنامه آموزشی، منبع کسب اطلاعات، سابقه بستری بیماران دیابتی و قند خون قبل و بعد استفاده شد و پرسش‌نامه زیر به‌عنوان ابزار پژوهش به‌کار برده شد:

پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی توماس و همکاران (DQOL): این پرسش‌نامه دارای ۱۵ سؤال و هدف آن ارزیابی کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع یک و دو است. طیف پاسخگویی به سؤالات از نوع لیکرت از "کاملاً ناراضی" (با نمره یک)، "ناراضی" (با نمره ۲)، "متوسط/بعضی مواقع" (با نمره ۳)، "راضی" (با نمره ۴) و "کاملاً راضی" (با نمره ۵) بوده است. نمره بین ۱۵ تا ۳۰، نشان‌دهنده کیفیت پایین زندگی بیمار، نمره بین ۳۰ تا ۴۵ کیفیت متوسط زندگی بیمار و نمره بالاتر از ۴۵ کیفیت بالای زندگی بیمار است. در پژوهش نصیحت‌کن و همکاران، روایی محتوایی و روایی ثبات درونی این پرسش‌نامه سنجیده شد و مورد تایید قرار گرفت. به‌منظور بررسی روایی ثبات درونی پرسش‌نامه، از ضریب همبستگی اسپیرمن بین هر سؤال با نمره کل استفاده شد. همچنین برای بررسی پایایی پرسش‌نامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۷۷ به‌دست آمد [22].

در مرحله اول در ۴ جلسه، محتوای مطالب توسط پژوهشگر برای افراد گروه همتا اجرا شد که شامل اهداف پژوهش، مفاهیم، اهمیت و مزایای آموزش همتا و مهارت‌های ارتباطی همتایان با بیماران، دیابت، مقدار ورزش، کنترل قند خون، تزریق انسولین یا مصرف قرص ضد دیابت، مراقبت از پا، سیگار کشیدن و استرس بود و به‌منظور اطمینان از آمادگی همتایان و یکسان‌سازی آموزش آنان، پژوهشگر با استفاده از یک چک‌لیست، موارد آموزشی را که براساس ایفای نقش اجرا می‌کردند بررسی کرد. براساس نیاز و خواسته‌های همتایان، موارد تکمیلی در پایان جلسات آرایه و اصلاح شد. روش آموزشی در این جلسات شامل استفاده از سخنرانی و پرسش و پاسخ بود. بعد از اتمام هر جلسه، کتابچه آموزشی شامل موارد مورد بحث در آن جلسه به همتایان داده شد.

در مرحله دوم با پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی، دو گروه مداخله و کنترل مورد بررسی قرار گرفتند. سپس بیماران گروه پژوهشگر، تحت آموزش قرار گرفتند که شامل آشناسازی بیماران با یکدیگر و آشناسدن با همتا، انتقال اطلاعات در مورد ماهیت، علائم و سیر درمان و کنترل قند خون و مقدار ورزش، روش‌های کنترل قند خون، تزریق انسولین یا مصرف قرص ضد دیابت، مراقبت از پا، سیگار کشیدن و استرس بود. ابتدای هر جلسه با پرسش و پاسخ بین همتا و بیماران آغاز می‌شد که در ابتدا و انتهای هر جلسه براساس نیاز و خواسته‌های شرکت‌کنندگان موارد تکمیلی از جلسات قبل توسط همتایان در حضور پژوهشگر آرایه شد. در پایان هر جلسه افراد همتا و افراد گروه تجربیات موفق خود را بیان

نزدیکند و احساس شباهت می‌کنند، ارتباط برقرار می‌شود. این ارتباط و پیوستگی، یک فهم جامع و عمیق بر پایه تجارب دوجانبه است؛ جایی که محدودیت‌های ارتباط آموزش سنتی (متخصص-مددجو) وجود ندارد. همتامحوری بر پایه فهم موقعیت دیگری به‌صورت همدلانه از طریق عواطف و تجارب مشترک شکل می‌گیرد [19].

هدف این پژوهش آموزش میانسالان است، زیرا میانسالانی است که فرد، تجاربی بسیار متنوع و گه‌گاه ضدونقیض دارد. از یک سو، زندگی در این دوران بحرانی و پرتلاطم است و از سوی دیگر، از آرامشی نسبی برخوردار است. میانسالان توانایی بیشتری در حل مسایل روزمره زندگی دارند. این توانایی به قدرت بیشتر آنها در تلفیق و ترکیب دانش با تجربه‌های زندگی بستگی دارد [20].

با توجه به اهمیت نقش و مزایای آموزش همتا مبنی بر ایجاد مسئولیت در افراد و افزایش استقلال در رفع نیازهای مربوط به خودشان در رویارویی با مسایل و مشکلات و اهمیت موضوع در زمینه آموزش همتا، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش همتا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو اجرا شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش کاربردی حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل در جامعه بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت ۲۲ بهمن وابسته به دانشگاه علوم پزشکی گناباد در سال ۱۳۹۵ اجرا شد. تعداد ۸۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۰ نفر). با توجه به مطالعه سعیدی‌پور و همکاران، حجم نمونه با ۱۵٪ ریزش احتمالی، ۴۰ نفر در هر گروه محاسبه شد [21].

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل گذشت ۶ ماه از تشخیص دیابت توسط پزشک، محدوده سنی بین ۳۰ تا ۵۹ سال، داشتن تمایل به شرکت در پژوهش، سواد خواندن و نوشتن، عدم وجود مشکل شناختی و معلولیت جسمی و روانی شناخته‌شده و امکان وجود برقراری تماس تلفنی مستقیم با بیمار و عضو فعال خانواده وی بود. معیارهای خروج بیماران نیز شامل داشتن دیابت نوع یک و دیابت بارداری، فوت بیمار در طول مطالعه، عدم شرکت در یک جلسه آموزشی برای بیماران گروه مداخله، دچار شدن بیمار به مشکلات جسمی جدیدی مانند نوروپاتی، اختلالات بینایی، فراموشی و عدم یادگیری که منجر به از دست دادن توانایی مراقبت از خود و ادامه روند آموزش‌ها شود و در نهایت، اجتناب بیمار از ادامه همکاری در پژوهش بود. معیارهای ورود همتایان، شامل مشارکت همتا با میل و رغبت درونی، عدم ابتلا به عوارض مزمن دیابت (زخم پای دیابتی یا قطع عضو به‌دنبال آن، نارسایی کلیوی و نابینایی یا کاهش شدید بینایی) به تشخیص پزشک، دارا بودن هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C) در محدوده دامنه نرمال (بین ۵/۷ تا ۶/۴)، برخورداری از کیفیت زندگی متوسط به بالا (پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو) و تجربه موفق در زمینه کنترل بیماری دیابت بود. تعداد ۴ همتا شامل دو مرد و دو زن انتخاب شدند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل کسب اجازه از مسئولان دانشگاه علوم پزشکی گناباد و انجام هماهنگی‌های لازم با شبکه بهداشت و درمان گناباد و مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش، اخذ تاییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد، توضیح کامل هدف و روش انجام مطالعه و ملاحظات اخلاقی برای کلیه نمونه‌های تحت

دیپلم	۱۲ (۳۰/۰)	۱۱ (۲۷/۵)
فوق دیپلم	۷ (۱۷/۵)	۲ (۵/۰)
لیسانس و بالاتر	۴ (۱۰/۰)	۱ (۲/۵)
مصرف دخانیات	۲ (۵/۰)	۱ (۲/۵)
عدم مصرف	۳۸ (۹۵/۰)	۳۹ (۹۸/۵)
سابقه ابتلا به دیابت	۱ (۲/۵)	۱ (۲/۵)
۶ ماه تا یک سال	۸ (۲۰/۰)	۶ (۱۵/۰)
۱-۳ سال	۳۱ (۷۷/۵)	۳۳ (۸۲/۵)
سابقه آموزش دیابت	۴ (۱۰/۰)	۳ (۷/۵)
دارد	۳۶ (۹۰/۰)	۳۷ (۹۲/۵)
ندارد	۲۱ (۵۲/۵)	۲۷ (۶۷/۵)
منبع کسب اطلاعات در زمینه دیابت	۶ (۱۵/۰)	۵ (۱۲/۵)
پزشک و پرستار	۱ (۲/۵)	۲ (۵/۰)
خانواده و اقوام	۳ (۷/۵)	۴ (۱۰/۰)
رادیو و تلویزیون	۴ (۱۰/۰)	۱ (۲/۵)
اینترنت	۴ (۱۰/۰)	۱ (۲/۵)
مجلات و کتب پزشکی	۵ (۱۲/۵)	۱ (۲/۵)
سایر	۳ (۷/۵)	۳۷ (۹۲/۵)
سابقه بستری	۴ (۱۰/۰)	۳ (۷/۵)
دارد	۳۶ (۹۰/۰)	۳۷ (۹۲/۵)
ندارد		

وضعیت کیفیت زندگی بیماران مورد پژوهش قبل از آموزش در دو گروه مداخله و کنترل در حد متوسط بود و تفاوت معنی‌داری نداشتند ($p=0/420$). یک ماه بعد از آموزش، وضعیت کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله خوب بود و وضعیت کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل متوسط بود که نشان‌دهنده اختلاف معنی‌دار یک ماه بعد از آموزش بود ($p=0/015$; جدول ۲).

جدول ۲) توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز درصد هستند) وضعیت کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو، قبل و یک ماه بعد از آموزش در گروه کنترل و مداخله (هر گروه ۴۰ نفر)

وضعیت کیفیت زندگی	قبل از مداخله	بعد از مداخله
گروه مداخله		
ضعیف	۱۴ (۳۵/۰)	۵ (۱۲/۵)
متوسط	۲۲ (۵۵/۰)	۱۲ (۳۰/۰)
خوب	۴ (۱۰/۰)	۲۳ (۵۷/۵)
گروه کنترل		
ضعیف	۱۴ (۳۵/۰)	۱۳ (۳۲/۵)
متوسط	۱۸ (۴۵/۰)	۱۶ (۴۰/۰)
خوب	۸ (۲۰/۰)	۱۱ (۲۷/۵)

اختلاف میانگین کیفیت زندگی در گروه مداخله $13/12 \pm 8/61$ و در گروه کنترل $0/27 \pm 7/29$ بود ($t=7/19$; $p<0/001$). بیماران دو گروه قبل از مداخله با یکدیگر اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند. یک ماه بعد از مداخله، نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل و مداخله، اختلاف معنی‌داری داشت. بین نمرات کیفیت زندگی بیماران قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله اختلاف معنی‌داری مشاهده شد (جدول ۳).

جدول ۳) مقایسه میانگین آماری نمرات کیفیت زندگی، قبل و یک ماه بعد از آموزش بیماران دیابتی نوع دو در گروه‌های مورد مطالعه (هر گروه ۴۰ نفر)

گروه‌ها	قبل از مداخله	بعد از مداخله	سطح معنی‌داری
مداخله	$4/77 \pm 5/78$	$53/90 \pm 7/40$	$0/001$
کنترل	$39/20 \pm 4/01$	$39/47 \pm 5/57$	$0/884$
سطح معنی‌داری	$0/156$	$0/001$	-

می‌کردند. در خاتمه هر جلسه از بیماران پذیرایی به عمل آمد و برای ادامه ارتباط و شرکت در مرحله نهایی، تاریخ جلسه مرحله سوم به گروه آزمون داده شد تا در صورت برقراری مجدد جلسه نهایی آگاهی و شرکت یابند. در نهایت یک ماه بعد با استفاده از پرسش‌نامه کیفیت زندگی بیماران دیابتی، کیفیت زندگی در هر دو گروه بررسی شد. گروه کنترل نیز طی مداخله، از آموزش روتین بخش که شامل آموزش توسط پزشک، پرستار یا پوسترهای داخل بخش بود، برخوردار شد.

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 20 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آزمون کولموگوروف-اسمیرنوف برای بررسی توزیع نرمال داده‌ها استفاده شد. برای مقایسه متغیرهای دموگرافیک در دو گروه از آزمون‌های مجذور کای، دقیق فیشر و T مستقل استفاده شد. آزمون مجذور کای برای بررسی وضعیت کیفیت زندگی (ضعیف، متوسط و خوب) و واحدهای پژوهشی در دو گروه مورد استفاده قرار گرفت. همچنین برای داده‌های نرمال از آزمون‌های T زوجی (مقایسه اختلاف میانگین گروه مداخله، قبل از مداخله و بعد از مداخله) و T مستقل (مقایسه اختلاف میانگین گروه مداخله و کنترل، قبل از مداخله) و برای داده‌های غیرنرمال از آزمون‌های ناپارامتری من‌ویتنی یو (مقایسه اختلاف میانگین گروه مداخله و کنترل، یک ماه بعد از مداخله) و ویلکاکسون (مقایسه اختلاف میانگین گروه کنترل) استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی ۸۰ بیمار مورد مطالعه $48/86 \pm 6/50$ سال بود که این میانگین در گروه مداخله $48/45 \pm 7/37$ سال و در گروه کنترل $49/28 \pm 5/75$ سال بود. اکثر بیماران متأهل، خانه‌دار، دارای مدرک راهنمایی و دیپلم و با سابقه ابتلا به دیابت بالای ۳ سال بودند. دو گروه از نظر متغیرهای دموگرافیک با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند و همسان بودند ($p>0/05$; جدول ۱).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز درصد هستند) اطلاعات جمعیت‌شناختی بیماران دیابتی نوع دو در دو گروه (هر گروه ۴۰ نفر)

متغیرها	گروه مداخله	گروه کنترل
دلمنه سنی (سال)		
۳۰-۳۹	۵ (۱۲/۵)	۴ (۱۰/۰)
۴۰-۴۹	۱۴ (۳۵/۰)	۱۶ (۴۰/۰)
۵۰-۵۹	۲۱ (۵۲/۵)	۲۰ (۵۰/۰)
جنسیت		
مرد	۲۰ (۵۰/۰)	۲۰ (۵۰/۰)
زن	۲۰ (۵۰/۰)	۲۰ (۵۰/۰)
وضعیت تاهل		
متاهل	۳۷ (۹۲/۵)	۳۷ (۹۲/۵)
مجرد	۲ (۵/۰)	۰
بیوه	۱ (۲/۵)	۳ (۷/۵)
وضعیت اشتغال		
کارمند	۲ (۵/۰)	۱ (۲/۵)
آزاد	۵ (۱۲/۵)	۶ (۱۵/۰)
دانشجو	۱ (۲/۵)	۰
خانه‌دار	۱۶ (۴۰/۰)	۱۹ (۴۷/۵)
بیکار	۰	۳ (۷/۵)
کارگر	۲ (۵/۰)	۴ (۱۰/۰)
بازنشسته	۱۴ (۳۵/۰)	۷ (۱۷/۵)
سطح تحصیلات		
ابتدایی	۷ (۱۷/۵)	۱۳ (۳۲/۵)
راهنمایی	۱۰ (۲۵/۰)	۱۳ (۳۲/۵)

محیط آموزشی مناسب و صمیمی بین بیماران به‌منظور تبادل اطلاعات مفید بهره برد و به‌کمک آن، گامی هر چند کوچک برای برآورده‌کردن نیازهای آموزشی بیماران برداشت و میزان کیفیت زندگی بیماران دیابتی را افزایش داد.

از محدودیت‌های این پژوهش، انگیزه کم واحدهای پژوهش در ابتدا برای شرکت در جلسات آموزشی بود که با تشویق و پیگیری نمونه‌های پژوهش این محدودیت مرتفع شد.

پیشنهاد می‌شود مطالعه‌ای مشابه در مدت‌زمان بیشتر و با پیگیری در دفعات مکرر برای تثبیت رفتارهای بهداشتی انجام شود.

نتیجه‌گیری

آموزش هم‌تا باعث بهبود کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد در دانشگاه علوم پزشکی گناباد است. در پایان از استاد محترم جناب آقای علی دلشاد نوقابی، شورای تحصیلات تکمیلی، کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی گناباد، واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان علامه بهلول گنابادی، سرپرستاران محترم بخش کلینیک دیابت و کلیه بیماران شرکت‌کننده در این پژوهش کمال تشکر و امتنان را دارم.

تاییدیه اخلاقی: تاییدیه اخلاقی این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد با شماره IR.gmu.rec.1395.75 اخذ شد.

تعارض منافع: هیچ موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است. سهم نویسندگان: میثم محسنی‌خواه (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث/پژوهشگر اصلی (۳۰٪)؛ رضا اسماعیلی (نویسنده دوم)، تحلیلگر آماری/نگارنده مقدمه (۱۵٪)؛ جهانشیر توکل‌زاده (نویسنده سوم)، تحلیلگر آماری/روش‌شناس (۱۵٪)؛ محمد خواصی (نویسنده چهارم)، روش‌شناس (۵٪)؛ میترا جرس (نویسنده پنجم)، نگارنده مقدمه (۵٪)؛ علی دلشاد نوقابی (نویسنده ششم)، پژوهشگر کمکی/نگارنده بحث/روش‌شناس (۳۰٪).

منابع مالی: این مقاله حاصل پایان‌نامه در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری سلامت جامعه، دانشکده مامایی و پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گناباد است.

منابع

- 1- Baghaei P, Zandi M, Vares Z, Masoudi Alavi N, Adib Hajbaghery M. Self care situation in diabetic patients referring to Kashan Diabetes Center, in 2005. J Kashan Univ Med Sci. 2008;12(1):88-93. [Persian]
- 2- Forbes A, While A. The nursing contribution to chronic disease management: A discussion paper. Int J Nurs Stud. 2009;46(1):119-30.
- 3- Tazakori Z, Zare M, Mirzarahimi M. The effect of nutrition education on blood sugar level and macronutrients intake in IDDM patients in Ardabil, 1999. J Ardabil Univ Med Sci. 2002;2(4):17-22. [Persian]
- 4- Bate KL, Jerums G. 3: Preventing complications of diabetes. Med J Australia. 2003;179(9):498-503.
- 5- Kadirvelu A, Sivalal Sadasivan, Shu Hui Ng. Social support in type II diabetes care: A case of too little, too late. Diabetes Metab Syndr Obes. 2012;5:407-17.
- 6- Reisi M, Mostafavi F, Javadzade H, Mahaki B, Tavassoli E, Sharifirad G. Communicative and critical health

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش هم‌تا بر کیفیت زندگی میانسالان مبتلا به دیابت نوع دو در شهر گناباد اجرا شد. تمام بیماران گروه مداخله یک ماه پس از آموزش هم‌تا دارای سطح کیفیت زندگی بالاتری نسبت به گروه کنترل بودند.

کیفیت زندگی ماهیت چندبعدی دارد. این ابعاد شامل بعد فیزیکی (درک شخص از وضعیت جسمی)، بعد روانی (درک او از وضعیت عاطفی و شناختی خود) و بعد اجتماعی (درک او از روابط بین‌فردی و نقش‌های اجتماعی در زندگی) است. درد و رنج حاصل از بیماری، میزان عملکرد و مشکلات جنسی و خواب، اضطراب و استرس و میزان رضایت‌مندی برای خودمراقبتی و درمان روند بیماری از مواردی هستند که کیفیت زندگی را در دیابت تحت تأثیر قرار می‌دهد. اصلاح کیفیت زندگی علاوه بر با ارزش‌بودن و سودمندی، هزینه‌های مراقبت بهداشتی و پزشکی مرتبط با آن را کاهش می‌دهد^[23].

در مطالعه جانسون و همکاران، حمایت هم‌تایان موجب بهبود کیفیت زندگی و کنترل متابولیک بیماران شده است^[24] که نتایج، همسو با این مطالعه بود. در پژوهش شریف و همکاران نشان داده شده است که بین نمرات کیفیت زندگی بیماران در مرحله قبل از آموزش هم‌تا و بعد از آن در گروه مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت، در حالی که در مورد گروه کنترل این تفاوت معنی‌دار نبود که نتایج، همسو با این پژوهش بود.

فرهنگ از عوامل تأثیرگذار بر تصویر ذهنی است. آموزش هم‌تایان و مشاوره گروهی با ایجاد محیط مطمئن در عملکرد اجتماعی و ذهنی- روانی بیماران و افزایش انگیزه و آمادگی موثر است^[25]. تنی‌زاده و همکاران دریافته‌اند که مداخله آموزشی، در کیفیت زندگی بیماران دیابتی تأثیر معنی‌داری داشته است^[26]. در مطالعه سعیدی‌پور و همکاران، در ابتدای مطالعه کیفیت زندگی بیماران در حد پایین بود و تغییرات کیفیت زندگی بیماران در دو گروه اختلاف معنی‌داری داشته است. این میزان افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌تواند در اثر شرکت بیماران در کلاس‌های آموزشی باشد و مطالعه کنونی با این پژوهش همخوانی داشت^[21]. لیو و همکاران نیز دریافته‌اند که آموزش هم‌تا بر خودکنترلی و عوامل روحی- روانی مانند کیفیت زندگی بیماران دیابتی بسیار موثر بود و گروه مداخله میانگین نمرات بالاتری داشتند^[27]. در مطالعه کایا و همکاران نشان داده شده است که آموزش هم‌تایان، افسردگی حاصل از سطوح کیفیت زندگی را در بیماران اسپوندیلیت آنکیلوزان، پس از ۶ ماه تغییر نداد. با توجه به اینکه برنامه آموزشی براساس نیاز و خواسته‌های شرکت‌کنندگان نبود، با این حال، حفظ سطح کیفیت زندگی ۶ ماه پس از آموزش، سبب تشویق به معرفی این نوع مداخله به‌عنوان یک مداخله موثر منطقی در مراقبت‌های استاندارد پزشکی برای مدیریت بیماران اسپوندیلیت آنکیلوزان است^[28].

بنا بر یافته‌های به‌دست‌آمده در این مطالعه مشخص شد که بیماران دیابتی از نظر کیفیت زندگی در سطح نامطلوبی هستند و این امر با توجه به کمبود کارکنان درمانی، بالابودن بار کاری، خستگی و انگیزه پایین کارکنان درمانی در برقراری ارتباط درمانی مناسب با بیمار و کم‌توجهی به امر آموزش، یافته‌ای کاملاً منطقی محسوب می‌شود. همچنین پس از مطالعه مشخص شد که در گروه مداخله آموزش هم‌تا می‌تواند به‌نحو موثری موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی شود. بنابراین می‌توان گفت که از آموزش هم‌تا می‌توان به‌عنوان یک روش آموزشی نوین در جهت ایجاد

- Organ. 2001;79(2):150-8.
- 19- Ghadiri E, Shahriari M, Maghsoudi J. The effects of peer-led education on anxiety of the family caregivers of patients undergoing coronary artery bypass surgery (CABG) in Shahid Chamran center Isfahan University of Medical Sciences. *J Nurs Educ*. 2016;4(2):50-6. [Persian]
- 20- Daneshnia F, Razmara A, Aghaei A, Molavi H. Effect of working memory software on self-esteem, self-concept and middle aged memory. *Bimon J Hormozgan Univ Med Sci*. 2013;17(1):45-52. [Persian]
- 21- Saeid pour J, Jafari M, Ghazi Asgar M, Dayani Dardashti H, Saeid Pour E. Effect of educational program on quality of life in diabetic patients. *J Health Adm*. 2013;16(52):26-36. [Persian]
- 22- Nasihatkon AA, Pishva AR, Habibzadeh F, Tabatabaei M, Taher Ghashgaezadeh M, Hojat F, et al. Determining the reliability and validity of a clinical questionnaire for quality of life in diabetic patients (DQOL) in Persian. *Iran J Diabetes Metab*. 2012;11(5):483-7. [Persian]
- 23- King CR, Hinds P. Quality of life: From nursing and patient perspectives. 3rd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 1998. pp. 313-7.
- 24- Johansson T, Keller S, Winkler H, Ostermann T, Weitgasser R, Sönnichsen AC. Effectiveness of a peer support programme versus usual care in disease management of diabetes mellitus type 2 regarding improvement of metabolic control: A cluster-randomised controlled trial. *J Diabetes Res*. 2016;2016:3248547.
- 25- Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:74. [Persian]
- 26- Tghizadeh ME, Bigheli Z, Mohtasami T. The Effect of educational modification behavior in lifestyle of diabetic patients. *Sci J Manag Sys*. 2014;3(9):30-45. [Persian]
- 27- Liu Y, Han Y, Shi J, Ruixia L, Li S, Jin N, et al. Effect of peer education on self-management and psychological status in type 2 diabetes patients with emotional disorders. *J Diabetes Investig*. 2015;6(4):479-86.
- 28- Kaya T, Goskel Karatepe A, Atici Ozturk P, Gunaydin R. Impact of peer-led group education on the quality of life in patients with ankylosing spondylitis. *Int J Rheum Dis*. 2016;19(2):184-91.
- literacy and self-care behaviors in patients with type 2 Diabetes. *Iran J Diabetes Metab*. 2016;14(3):199-208. [Persian]
- 7- Khavasi M, Masroor D, Varai S, Joudaki K, Rezaei M, Mehr BR, et al. The effect of peer education on diabetes self-efficacy in patients with type 2 diabetes: A randomized clinical trial. *J Knowl Health*. 2016;11(2):67-74. [Persian]
- 8- Rad GS, Bakht LA, Feizi A, Mohebi S. Importance of social support in diabetes care. *J Educ Health Promot*. 2013;2:62.
- 9- Montazeri A, Gashtasbi A, Vahdani Nia MS. Translation, reliability and validation of persian type SF-36 tool. *J Med Sci Res Inst*. 2005;5(1):49-56. [Persian]
- 10- Park K. Park textbook of preventive and social medicine. 23rd edition. Jabalpur: Bhanot; 2015.
- 11- Easom LR. Concepts in health promotion: Perceived self-efficacy and barriers in older adults. *J Gerontol Nurs*. 2003;29(5):11-9.
- 12- Ferrans CE, Powers MJ. Quality of life index: Development and psychometric properties. *ANS Adv Nurs Sci*. 1985;8(1):15-24.
- 13- Khoshraftar Roudi E, Ildarabadi E, Behnam Voshani HR, Emami Moghaddam Z. The effect of peer education on the mental aspect of quality of life of elderly patients with hypertension. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2016;7(3):585-95. [Persian]
- 14- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, De Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: A meta-analytic review of the literature. *Diabetes care*. 2000;23(7):934-42.
- 15- Moniei R. Development of distance education in the higher education system (Opportunities and challenges). *Rahyaf J*. 2002;31(1):43-52. [Persian]
- 16- Bastable SB. Nurse as educator: Principles of teaching and learning for nursing practice (Jones and Bartlett series in nursing). 2nd edition. Burlington: Jones and Bartlett Learning; 2003.
- 17- Price N, Knibbs S. How effective is peer education in addressing young people's sexual and reproductive health needs in developing countries?. *Child Soci*. 2009;23(4):291-302.
- 18- Robinson JS, Burkhalter BR, Rasmussen B, Sugiono R. Low-cost on-the-job peer training of nurses improved immunization coverage in Indonesia. *Bull World Health*