



۱۴۱۳۰



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گیلان

دانشکده بهداشت

جهت دریافت درجه ی کارشناسی ارشد ناپیوسته در رشته آموزش بهداشت

عنوان:

بررسی تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی

بیماران دیابتی نوع دو

اساتید راهنما:

دکتر محمدحسین تقدیسی

دکتر محمد اسحاق افکاری

اساتید مشاور:

دکتر مهناز صلحی

فاطمه حسینی

نگارش:

محبوبه برهانی دیزجی

۱۳۸۹/۶/۲۵

تابستان ۱۳۸۹

آرشیو کتابخانه مرکزی
تاسیس ۱۳۸۹

۱۴۱۳۶۰

تقدیم به

همسر و فرزندم که به راستی هیچ پیشکشی ، قدر لطف و ایثارگری هایشان را ندارد.
پدر و مادر بزرگوارم که دعای خیرشان همیشه بدرقه راهم است.
برادر و خواهرانم که در دوران تحصیل مشوق من بودند.
این ناچیز تنها بهانه ای است برای ستایش و یادمان آن همه محبت.

تقدیر و تشکر

خدا را سپاسگذارم که با حضور همیشگی اش ارمغانی از آرامش و امید را به من ارزانی داشت. اساتید دانشمندی چون جناب آقای دکتر تقدیسی و دکتر افکاری که با راهنمایی های ارزنده شان کار علمی بزرگی را به من آموختند. سرکار خانم دکتر مهناز صلحی که با همراهی و حمایت بی دریغ خود همواره از رهنمودهای ارزشمندشان بهره بردم. سرکار خانم فاطمه حسینی که همراهی شان روشن گر راهم بود و در مراحل تجزیه و تحلیل بزرگوارانه و با خلوص یاری رسان من بودند. کارکنان گروه مبارزه با بیماریهای معاونت بهداشتی استان گلستان و مرکز بهداشت شهرستان مینودشت و همچنین کارکنان کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت و با تشکر از همراهی و کمکهای بی دریغ خواهر عزیزم دکتر ناهید برهانی در تمام مراحل پژوهش.

چکیده :

زمینه و هدف:

مشکلات ناشی از بیماری دیابت دارای اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی است، یعنی با افزایش مشکلات ناشی از این بیماری کیفیت زندگی نیز کاهش می یابد. این مطالعه به منظور تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت بیماران دیابتی نوع ۲ است.

مواد و روش ها :

این مطالعه مداخله ای نیمه تجربی از نوع قبل و بعد روی ۷۸ نفر از بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهرستان مینودشت انجام شد. طراحی برنامه آموزشی بر اساس مراحل الگوی پرسید و محتوی آموزشی بر اساس نیاز های آموزشی بیماران تدوین گردید. قبل از اجرای مداخله آموزشی پرسشنامه کیفیت زندگی WHOQOL- BREF و پرسشنامه بر اساس سازه های الگوی پرسید جهت بیماران دیابتی نوع ۲ تکمیل گردید. بیماران و خانواده آنها و پرسنل بهداشتی مداخله مورد نظر را دریافت نمودند و پس از چهار هفته میزان تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید بر کیفیت زندگی بیماران با استفاده از پرسشنامه استاندارد کیفیت زندگی تعیین شد. یافته ها با استفاده از برنامه SPSS و آزمون های تی زوج و آنالیز واریانس یکطرفه در سطح معنی دار ۵٪ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

یافته ها :

میانگین نمره کل کیفیت زندگی افراد مورد مطالعه پیش از مداخله آموزشی $11/35 \pm 80/39$ بود که پس از مداخله آموزشی به $8/31 \pm 81/35$ افزایش یافت اما از لحاظ آماری اختلاف معنی داری بین نمره کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله آموزشی دیده نشد. ولی یافته های حاصل در ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد که اختلاف معنی داری در ابعاد سلامت جسمانی ($p < 0/05$) و ارزیابی بیماران از کیفیت زندگی خود ($p < 0/001$) و ارزیابی از سلامت خود ($p < 0/001$) قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد و تفاوت معنی داری بین متغیرهای دموگرافیک و کیفیت زندگی به جز در تعداد فرزندان دیده نشد.

نتیجه گیری :

نتایج این بررسی نشان داد از طریق مراقبت های بهداشتی و آموزش بعد جسمانی کیفیت زندگی بیماران و ارزیابی آنها از وضعیت سلامت و کیفیت زندگی خود افزایش می یابد.

کلید واژه ها :

برنامه آموزشی؛ الگوی پرسید؛ کیفیت زندگی؛ دیابت نوع ۲

فهرست مطالب

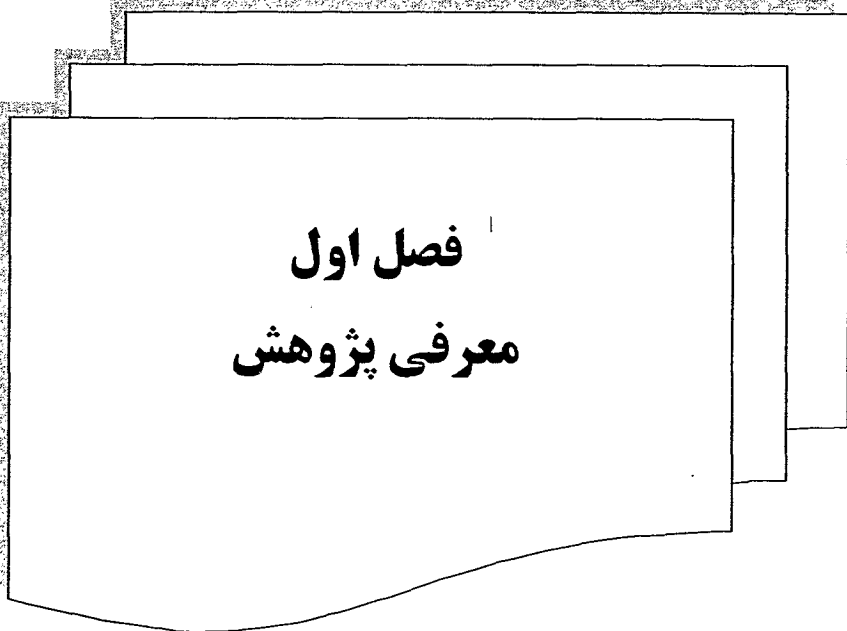
الف	..... چکیده پژوهش
ب	..... فهرست مطالب
ج	..... فهرست جداول
خ	..... فهرست نمودار ها
د	..... قدردانی و تشکر
	فصل اول: معرفی پژوهش
۱	..... ۱-۱ مقدمه
۴	..... ۲-۱ بیان مساله
۷	..... ۳-۱ اهمیت پژوهش
۸	..... ۴-۱ وجوه ممیزه پژوهش
	..... ۵-۱ اهداف پژوهش
۹	..... ۲-۵-۱ هدف کلی
۹	..... ۱-۵-۳ اهداف ویژه
	..... ۱-۶-۱ سوالات و فرضیه های پژوهش
۱۰	..... ۱-۶-۱ سوالات پژوهش
۱۰	..... ۱-۶-۱ فرضیه پژوهش
۱۱	..... ۷-۱ تعریف واژه ها و مفاهیم
	فصل دوم: کلیات
۱۴	..... ۱-۲ مقدمه
۱۴	..... ۲-۲ مبانی نظری پژوهش
۱۴	..... ۲-۲-۱ آشنایی با دیابت و عوامل موثر بر ایجاد دیابت
۲۲	..... ۲-۲-۲ کیفیت زندگی
۴۲	..... ۳-۲-۲ دیابت و کیفیت زندگی
۵۰	..... ۲-۲-۴ آموزش بهداشت
۶۶	..... ۲-۲-۵ پایلوت تئوریک برنامه آموزش سلامت به بیماران دیابتی
	..... ۲-۲-۳ مروری بر پژوهش های مربوطه
۸۶	..... ۱-۳-۲ مطالعات انجام شده در ایران
۹۴	..... ۲-۳-۲ مطالعات انجام شده در خارج از ایران
	فصل سوم: روش و مراحل انجام پژوهش
	..... ۱-۳ مقدمه
۱۰۵	..... ۲-۳ جامعه پژوهش
۱۰۵	..... ۳-۳ محل پژوهش

۱۰۵	..... ۴-۳ تعیین حجم نمونه
۱۰۶	..... ۵-۳ روش نمونه گیری
۱۰۶	..... ۶-۳ نوع پژوهش
۱۰۶	..... ۷-۳ ضوابط انتخاب نمونه و نحوه رعایت نکات اخلاقی
۱۰۷	..... ۸-۳ ابزار و فرآیند جمع آوری اطلاعات
۱۱۰	..... ۹-۳ روش جمع آوری اطلاعات و نحوه تکمیل پرسش نامه
۱۱۰	..... ۱۰-۳ کد گذاری داده ها
۱۱۱	..... ۱۱-۳ روش تجزیه و تحلیل
۱۱۱	..... ۱۲-۳ متغیر های مورد بررسی
۱۱۲	..... ۱۳-۳ روش انجام آزمون ویژه
۱۱۲	..... ۱۴-۳ محدودیت های پژوهش و روش های کاهش آن
۱۱۲	..... ۱۵-۳ مزایای پژوهش
۱۱۳	..... ۱۶-۳ طرح برنامه آموزشی ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی دیابت
فصل چهارم: یافته های پژوهش	
۱۲۱	..... ۱-۴ مقدمه
۱۲۱	..... ۲-۴ یافته های مربوط به مشخصات دموگرافیک
۱۲۶	..... ۳-۴ یافته های مربوط به اجزای مدل پرسید
۱۲۶	..... ۱-۳-۴ یافته های مربوط به عوامل مستعد کننده
۱۳۰	..... ۲-۳-۴ یافته های مربوط به عوامل قادر کننده
۱۳۴	..... ۳-۳-۴ یافته های مربوط به عوامل تقویت کننده
۱۳۵	..... ۴-۴ یافته های مربوط به علل رفتاری
۱۳۸	..... ۵-۴ یافته های مربوط به وضیت کیفیت زندگی
فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری	
۱۴۱	..... ۱-۵ مقدمه
۱۴۳	..... ۲-۵ بحث و نتیجه گیری
۱۵۳	..... ۳-۵ پیشنهادات
۱۵۵	..... منابع و مأخذ
پیوست ها	
۱۶۹	..... پیوست ۱- پرسشنامه
۱۷۹	..... پیوست ۲- جزوه آموزشی
۱۹۱	..... پیوست ۳- جدول برنامه آموزشی بیماران دیابتی و خانواده بیماران و پرسنل
۱۹۳	..... پیوست ۴- پمفلت های آموزشی

فهرست جداول فصل ها

- جدول شماره ۱-۲ طبقه بندی دیابت شیرین و عدم تحمل گلوکز ۱۶
- جدول شماره ۲-۲ ده کشور با بیشترین تعداد بیماران دیابتی بالغ در سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۵ ۲۸
- جدول شماره ۱: توزیع فراوانی جنس واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۱
- جدول شماره ۲: توزیع فراوانی سنی واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۲
- جدول شماره ۳: توزیع فراوانی شغلی واحدهای پژوهش مراجعه کننده واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۲
- جدول شماره ۴: توزیع فراوانی میزان تحصیلات واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۳
- جدول شماره ۵: توزیع فراوانی وضعیت تاهل واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۳
- جدول شماره ۶: توزیع فراوانی تعداد فرزندان واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۴
- جدول شماره ۷: توزیع فراوانی میزان درآمد ماهیانه واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۴
- جدول شماره ۸: توزیع فراوانی مدت زمان ابتلا به بیماری دیابت واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۵
- جدول شماره ۹: توزیع فراوانی شاخص توده بدنی (BMI) واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۵
- جدول شماره ۱۰: توزیع فراوانی سابقه خانوادگی ابتلا به بیماری دیابت واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت ۱۳۸۸ ۱۲۵
- جدول شماره ۱۱: توزیع میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش واحدهای پژوهش بر حسب وضعیت تاهل در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۲۶
- جدول شماره ۱۲: توزیع میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش واحدهای پژوهش بر حسب میزان تحصیلات در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۲۶
- جدول شماره ۱۳: توزیع میانگین و انحراف معیار آگاهی و نگرش واحدهای پژوهش بر حسب میزان درآمد در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۲۷
- جدول شماره ۱۴: مقایسه میانگین پاسخ به سوالات آگاهی در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۲۸
- جدول شماره ۱۵: مقایسه میانگین پاسخ به سوالات نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۲۹
- جدول شماره ۱۶: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل قادر کننده در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸ ۱۳۱

- جدول شماره ۱۷: توزیع فراوانی عوامل قادر کننده (نوع مشکلات برای رعایت رژیم غذایی) در واحدهای پژوهش
 ۱۳۳ مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۱۸: توزیع فراوانی عوامل قادر کننده (نوع مشکلات برای ورزش کردن) در واحدهای پژوهش مراجعه
 ۱۳۳ کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۱۹: توزیع فراوانی مطلق و نسبی عوامل تقویت کننده (در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به
 ۱۳۴ کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۰: توزیع فراوانی مطلق و نسبی رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی در واحدهای پژوهش مراجعه
 ۱۳۵ کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۱: مقایسه تغییر میانگین نمره آگاهی، نگرش، رفتار، عوامل قادر کننده، عوامل تقویت کننده
 ۱۳۷ در واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر حسب شغل در واحدهای پژوهش مراجعه
 ۱۳۸ کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر حسب میزان تحصیلات در واحدهای پژوهش
 ۱۳۸ مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر حسب شاخص توده بدنی در واحدهای
 ۱۳۹ پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۵: مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر حسب تعداد فرزندان در واحدهای پژوهش
 ۱۳۹ مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۶: مقایسه میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی بر حسب درآمد در واحدهای پژوهش مراجعه
 ۱۴۰ کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸
- جدول شماره ۲۷: نمره کل کیفیت زندگی بیماران دیابتی و حیطه های آن قبل و بعد از مداخله آموزشی در
 ۱۴۰ واحدهای پژوهش مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت- ۱۳۸۸



فصل اول
معرفی پژوهش

۱- مقدمه

دیابت یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی و شایع ترین بیماری مزمن متابولیک است که مراقبت های مداوم را می طلبد (۱). و عوارض ناشی از آن یکی از دلایل اصلی مرگ ومیر و ناخوشی است (۲-۳).

دیابت یک بیماری جدی، شایع و پر هزینه می باشد که با وجود امکان کنترل آن نزدیک به ۳۷۱ میلیون نفر در دنیا به این بیماری مبتلا می باشند (۴). دیابت شامل گروهی از اختلالات متابولیکی شایع است که وجه مشترک آن ها فتوتیپ هیپرگلیسمی است. در ایالت متحده، دیابت علت اصلی بیماری مرحله انتهایی کلیوی، آمپوتانسینی غیر تروماتیک اندام تحتانی و کوری بالغین می باشد و با افزایش شیوع دیابت شیرین در سراسر جهان، انتظار می رود که این بیماری همچنان یکی از علل اصلی بیماری زایی و مرگ ومیر باقی بماند (۵).

دیابت یک بیماری مزمن است و کنترل آن نیاز به تغییرات اساسی در سبک زندگی بیماران دارد. انتظار می رود بیماران ۹۵ درصد از کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند (۶). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی طی ۲۵ سال آینده تعداد افراد مبتلا به دیابت دو برابر خواهند شد. به طوری که از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۷).

در هر ۱۰ ثانیه یک نفر در جهان جان خود را بر اثر دیابت از دست می دهد و ۲ نفر نیز در همین زمان به دیابت مبتلا می شوند. فدراسیون بین المللی دیابت اعلام کرد ۷ میلیون نفر دیابتی به آمار هر سال دنیا اضافه می شود در آینده نزدیک بیش از ۳۵۰ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می شوند که بیشتر آنها آسیایی خواهند بود (۸).

با افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سراسر جهان، میزان بودجه ای که این بیماری به خود اختصاص میدهد هر سال رو به افزایش است. بدون پیشگیری اولیه اپیدمی دیابت به رشد خود ادامه خواهد داد و حتی بدتر از آن، پیش بینی می شود که طی ۲۵ سال آینده دیابت به علت اصلی ناتوانی و مرگ در جهان تبدیل شود (۷).

واین تعداد در معرض خطر ابتلا به عوارض وابسته به دیابت از قبیل کوری، بیماری کلیوی، زخم پا و قطع عضو، بیماری قلبی-عروقی، سکت، عفونت و بیماری های دهان می باشند (۹).

تحقیقات نشان می دهد که ۱۵ سال پس از ابتلا به بیماری دیابت، تقریباً ۲٪ بیماران دیابتی نابینا شده و حدود ۱۰٪ مبتلا به ناتوانی شدید بینایی می شوند (۱۰). بیماری قلبی مسئول ۷۵ درصد مرگ و میر بیماران دیابتی در کشور های صنعتی است و ۵۰٪ بیماران از نوروپاتی دیابتی رنج می برند (۱۱).

بسیاری از این عوارض قابل پیشگیری هستند و یا حداقل می توان بروز آنها را با کنترل دقیق قند خون، فراهم نمودن زمینه ای جهت مراقبت های پیشگیرانه از قبیل تشخیص زود هنگام اختلالات، مداخله و درمان، به تاخیر انداختن با وجود آگاهی از فواید کنترل دقیق قند خون و مراقبت های پیشگیرانه، مطالعات اخیر نشان میدهد که بسیاری از افراد مبتلا به دیابت بخش عمده ای از این قبیل مراقبت ها را دریافت نکرده اند و این مساله ناشی از یک اختلاف در نگرش، آموزش و موانع اصولی می باشد (۹). به طور کلی افراد مبتلا به دیابت از سطح سلامت پایین تری برخوردارند و نسبت به سایر افراد جامعه هزینه های بیشتری را جهت درمان صرف می کنند (۱۲).

شواهد متعددی وجود دارد که نشان می دهد عوارض دیابت با افزایش سطح مراقبتها و اصلاح قند خون، فشار خون و اختلالات چربی خون قابل پیشگیری است و یا حداقل میتوان با این روش ها بروز آنها را به تعویق انداخت؛ همچنین اجتناب از سیگار همراه با رژیم غذایی مناسب، افزایش فعالیت بدنی و کنترل وزن نیز به همان اندازه در بهبود این فرایند موثرند. متأسفانه راهنمای عملی در مراقبت های دیابت هنوز با چارچوب اصلی آن، هم در داخل کشورها و هم در بین کشور های مختلف فاصله دارد (۱۳). در ایران بار بیماری دیابت در سال ۱۳۸۰ برابر با ۳۰۶۴۴۰ به دست آمده است (۱۴).

یکی از مسائل بسیار مهم این است که دنیا برای پیشگیری و کنترل دیابت بودجه کمی را صرف نمی نماید ولی روزه روز بر تعداد بیماران دیابتی افزوده می شود و از این مطلب چنان نتیجه می شود که مشکل در جایی دیگر است و باید گفت که نقطه ضعفی وجود دارد و آن عدم وجود آموزش است (۸).

برخلاف تصور نادرست عموم که بیماری دیابت را مختص جوامع ثروتمند می دانند، جوامع محروم استعداد بیشتری برای ابتلا به دیابت دارند، در حالی که امکانات کمتری برای پیشگیری و مراقبت از دیابت دارند. در اغلب موارد این افراد غالباً انتخاب محدودی در غذای خود دارند، از جمله انتخاب غذاهای پرچرب و پرکالری که منجر به افزایش وزن و

خطر ابتلا به بیماری های مزمن مانند دیابت نوع دو می شود. سال ۲۰۲۵، حدود ۸۰ درصد جمعیت مبتلا به دیابت را ساکنان کشورهای کم درآمد یا با درآمد متوسط تشکیل می دهند (۸).

۴ میلیون ایرانی به دیابت مبتلا هستند و بیش از نیمی از این بیماران از ابتلا به دیابت خود بی خبر هستند، در حالی که دیابت منشاء همه بیماری ها است و شایع ترین علت معلولیت های کشور اعم از جسمی، روحی، روانی و عصبی است، اصلا با این بیماری هیچ عضوی از این بیماری در امان نیست (۸). حدود ۱۲۰ هزار نفر به جمعیت دیابتی های کشور هر سال اضافه می شود.

در حال حاضر ۲۳۰ میلیون بیمار دیابتی در دنیا وجود دارند که ۸۰ درصد آنها در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند (۸).

۱-۲ بیان مساله

تغییرات مختلف زیست محیطی موجب پدیده انتقال یا گذر اپیدمیولوژیک شده است. بطوریکه پیش بینی می شود تا سال ۲۰۲۰ بیماریهای غیرواگیر در کشورهای در حال توسعه عامل ۷ مرگ از ۱۰ مرگ خواهد بود.

با توجه به تغییر و گذر اپیدمیولوژیک و بر اساس همه شاخص ها و فاکتورهای تعیین اولویت از جمله میزان بروز، شیوع، مرگ، کشندگی، زیانهای اقتصادی و روانی و اجتماعی و مهمتر از همه بار ناپیدای ناشی از بیماری های غیرواگیر لازم است به مراقبت و برنامه های غیرواگیر توجه شود (۱۵).

۵۹٪ کل مرگ ها ی جهان و ۴۶٪ بار بیماریها ناشی از بیماری های غیر واگیر است و آمارها نشان از افزایش شیوع این بیماریها دارد. خسارت وارده از این بیماریها و هزینه های سر سام آور آنها برای سیستم های بهداشتی، همواره محرکی جدی و قوی برای طرح و اجرای برنامه های پیشگیری در سطوح مختلف بوده است. در این میان دیابت به عنوان یک بیماری با عوارض ناتوان کننده که در ابتدا سیر مزمن و نامحسوسی دارد، جزء اهداف غالب سیاستهای پیشگیرانه است؛ بویژه آنکه برای دیابت نوع ۲ روش های پیشگیری موثر و مفیدی وجود دارد (۱۶).

طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی طی ۲۵ سال آینده تعداد افراد مبتلا به دیابت دو برابر خواهند شد. به طوری که از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۷، ۱۷).

با افزایش تعداد بیماران مبتلا به دیابت در سراسر جهان، میزان بودجه ای که این بیماری به خود اختصاص می‌دهد هر سال رو به افزایش است

بدون پیشگیری اولیه اپیدمی دیابت به رشد خود ادامه خواهد داد و حتی بدتر از آن، پیش بینی می‌شود که طی ۲۵ سال آینده دیابت به علت اصلی ناتوانی و مرگ در جهان تبدیل شود (۷).

هزینه درمان و کنترل بیماری دیابت نیز آنقدر زیاد است که هزینه های دیابت در سال ۲۰۰۷ در ایالت متحده آمریکا برطبق گزارش انجمن دیابت آمریکا به شرح زیر برآورد شده است.

هزینه های مستقیم و غیر مستقیم : ۱۷۴ میلیون دلار

هزینه های پزشکی مستقیم : ۱۱۶ میلیون دلار

هزینه های غیر مستقیم در ارتباط با ناتوانی، از دست دادن کار، مرگ زودرس : ۵۸ میلیون دلار

هزینه های مراقبت شخص دیابتی : ۱ دلار به ازاء ۵ دلار در کل هزینه های مراقبت بهداشتی (۱۸).

به طوریکه فدراسیون بین المللی دیابت (IDF)^۱ عده متوسط مبتلایان به دیابت را بیش از ۱۷۱ میلیون نفر یعنی حدود ۶٪ جمعیت بزرگسالان دنیا، تخمین می‌زند که این رقم میلیون ها انسان را که هنوز به دیابت خود آگاهی ندارند در برمی گیرد.

تعداد جمعیت بزرگسال در هفت منطقه IDF از ۱۹۴ میلیون در سال ۲۰۰۳ به ۲۴۶ میلیون نفر رسید (۱۷).

دیابت یک بیماری مزمن است و کنترل آن نیاز به تغییرات اساسی در سبک زندگی بیماران دارد. انتظار می‌رود بیماران ۹۵ درصد از کنترل دیابت را شخصاً انجام دهند (۱). دیابت در ایران در حال رشد است و نوع ۲ آن از رشد بیشتری برخوردار بوده که از مهمترین علل این افزایش تغییر الگوهای زندگی و محیطی است (۱۹).

دیابت نوع ۲ شایع ترین بیماری متابولیک با شیوعی رو به افزایش، ازدیاد ۱۲۲ درصدی جمعیت مبتلایان از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۲۵، ایجاد هزینه های مستقیم به میزان ۱۵٪-۲۵٪ کل بودجه بهداشتی، هزینه های غیر مستقیم تا چند برابر و هزینه های پنهان تخمین ناپذیر، پدید آورنده عوارضی چون بیماریهای اسکمیک قلبی، هیپر تانسیون، انواع نارسایی های قلبی، رتینو پاتی، نوروپاتی، نفروپاتی، کاتاراکت و غیره. مسئول ۴ میلیون مرگ در سال و ۹٪ کل مرگهای

^۱ - International Diabetes Federation (IDF)

جهان است (۱۶). طبق بررسی های به عمل آمده ایران جزو کشورهایی است که به میزان زیاد در معرض خطر ابتلا به دیابت قرار دارد و بروز دیابت در ایران رو به افزایش است.

تقریباً از جمعیت کل کشور از هر ۵ نفر یک نفر مبتلا به دیابت هستند طبق مطالعات اخیر ۱۴ - ۲۳٪ ایرانیان بالغ بالای ۳۰ سال دیابتی هستند یا دچار عدم تحمل گلوکز (IGT)^۱ می باشند. تقریباً ۲۵٪ موارد IGT در آینده دچار دیابت می شوند.

که این میزان در دنیا به بیش از دویست و سی میلیون نفر رسیده است که در کل زنان بیش از مردان کاندیدای دیابت بوده اند و این مسأله در کشورهای در حال توسعه و کشور ما هم به چشم می خورد.

میزان شیوع بیماری دیابت در نواحی مختلف ایران متفاوت است. به عنوان مثال، طبق بررسی های انجام شده بیشترین میزان شیوع بیماری دیابت در شهر یزد ۶/۳٪ وجود داشته است (۱۹). شیوعی برابر با ۷/۲٪ در جمعیت بالای ۳۰ سال تهران و ۶/۵٪ در اصفهان، وجود حداقل ۲ میلیون مبتلا در کشور که در نیمی از موارد از بیماری خود بی اطلاعند و تنها چیزی که این بیوگرافی تاریک را روشن میسازد، وجود راهکارهای پیشگیرانه است (۱۶). در ایران بار بیماری دیابت در سال ۱۳۸۰ برابر با ۳۰۶۴۴۰ به دست آمده است (۱۴).

۶۰ الی ۷۰ درصد افراد دیابتی دچار آسیب عصبی می شوند که ممکن است منجر به قطع نخاع در آنها گردد. در حدود ۱۵٪ این افراد، زخم پای ناشی از دیابت مشاهده شده است.

ده کشوری که دارای بیشترین تعداد مبتلایان به دیابت هستند به ترتیب عبارت از: هند، چین، ایالات متحده امریکا، اندونزی، روسیه، ژاپن، امارات متحده عربی، پاکستان، برزیل و ایتالیا (۱۹).

طبق پژوهش های انجام شده، اصلاح شیوه های زندگی همراه با یک برنامه آموزشی مداوم در یک دوره زمانی ۶ ساله باعث کاهش ابتلا به دیابت (نوع ۲) در دو سوم موارد شده که نشان دهنده هزینه موثر بودن این روشهاست (۱۶).

بیماران، انجام توصیه های مربوط به شیوه زندگی، مراجعه جهت غربالگری و مصرف داروها را دشوار می یابند و کسانی که مشکل بیشتری دارند، پیامدهای بدتری هم دارند (۲۰). با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و طولانی بودن فرایند آن، یکی از راهکارهای مهم در این بیماران جهت ارتقای کیفیت زندگی استفاده از مدل های آموزشی پرستاری است (۲۱).

^۱ - Impaired Glucose Tolerance (IGT)

امروزه آموزش به عنوان یکی از اساسی ترین شیوه های درمان و کنترل بیماری های مزمن روزبه روز سهم بیشتری را در اعاده سلامت و بهبودی بیماران ایفا میکند که آموزش دیابت بر مهارت های خود مدیریتی مورد نیاز بیمار و چگونگی فراگیری این مهارت ها تاکید دارد. در این میان مشارکت فعال بیمار و خانواده اش در مورد بیماری مزمنی نظیر دیابت از اهمیت ویژه ای برخوردار است. آموزش در مورد بیمار دیابتی آن قدر دارای اهمیت است که ژوسلین گفته است که: "آموزش بیمار دیابتی قسمتی از درمان نیست بلکه خود درمان است. با آموزش خوب میتوان ۸۰٪ از عوارض دیابت را کاهش داد. لذا شروع و استمرار آموزش بیماران گامی در جهت درمان است و باید در درمان دیابت آموزش را امرحیاتی و اثرات آن را غیر قابل انکار دانست.

با توجه به توفیق جنبه های پیشگیری بر درمان در برنامه های آموزشی میتوان با ایجاد عادات صحیح بهداشتی و تغییر سبک زندگی از طریق آموزش از پیشرفت بیماری جلوگیری نمود. الگو های مورد استفاده در آموزش بهداشت متعدد بوده که هر یک از آنها در جامعه ای با خصوصیات ویژه کاربرد دارد. از جمله الگو های که در مطالعات مختلف جهت تشخیص، درمان و یا پیشگیری از بیماری مورد استفاده قرار گرفته و در این مطالعه نیز مورد استفاده است الگوی آموزشی پرسید - پرسید می باشد که برای اولین بار در مورد بیماران دیابتی در ایران مورد استفاده قرار می گیرد (۲۲).

۱-۳ اهمیت پژوهش

مشکلات ناشی از این بیماری دارای اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت زندگی است، یعنی با افزایش مشکلات ناشی این بیماری کیفیت نیز کاهش می یابد. هدف از در مان دیابت دستیابی به سطوح طبیعی گلوکز در خون بدون بروز هیپو گلیسمی و اختلال جدی در شیوه زندگی و فعالیت بیمار می باشد. اگرچه گروه مراقبت بهداشتی مسئول جهت دادن به برنامه درمانی است. به همین دلیل آموزش بیمار و خانواده اش یکی از اجزای اصلی درمان دیابت محسوب می شود (۲۳).

بیماران، انجام توصیه های مربوط به شیوه زندگی، مراجعه جهت غربالگری و مصرف داروها را دشوار می یابند و کسانی که مشکل بیشتری دارند، پیامدهای بدتری هم دارند (۲۰). با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و طولانی بودن فرایند آن، یکی از راهکارهای مهم در این بیماران جهت ارتقای کیفیت زندگی استفاده از مدل های آموزشی پرستاری است (۲۱).

امروزه آموزش به عنوان یکی از اساسی ترین شیوه درمان و کنترل بیماری های مزمن روزبه روز سهم بیشتری را در اعاده سلامت و بهبودی بیماران ایفا می کند (۲۴).

با آموزش مناسب می توان ۸۰ درصد از عوارض دیابت را کاهش داد (۱۰). به همین جهت لازم است تا افراد مبتلا به دیابت تحت آموزش های خود مراقبتی تغذیه ای قرار گیرند، چرا که مهمترین فرد در درمان دیابت و انجام مراقبت های بهداشتی خود بیمار است (۱، ۲۵).

اما ارزش یک آموزش به اثر گذاری آن و تغییر یا ایجاد رفتارهای بهداشتی بستگی دارد و تغییر یا ایجاد رفتارهدفی نیست که به سادگی قابل دستیابی باشد. تاثیر گذاری آموزشی به استفاده مناسب از تئوری های علوم رفتاری دارای پتانسیل عظیمی برای افزایش اثر بخشی برنامه های آموزش بهداشت هستند و ارائه برنامه های آموزش مبتنی بر مبانی تئوریک، مهمترین محور برنامه های آموزش بهداشت است (۲۶).

بنابراین شرایط بیان شده ایجاب میکند که امروزه دیابت در تحقیقات و پژوهشها از موضوعات در اولویت قلمداد گردد (۸).

با توجه به موارد ذکر شده هدف از این مطالعه تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت است. و نتایج حاصل از این مطالعه جهت برنامه ریزی های آموزش و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ و ارائه خدمات بهداشتی درمانی موثر مورد استفاده قرار خواهد گرفت. همچنین علت انتخاب شهرستان مینودشت به عنوان محیط پژوهش این است که این شهرستان به دلایل متعدد فرهنگی و شیوه زندگی و محرومیت و ... در معرض ابتلا به این بیماری و آسیبهای ناشی از این بیماری و در نتیجه کاهش کیفیت زندگی هستند.

۱-۴ وجه تمایز این پژوهش

تحقیقات و برنامه های بهداشتی مختلفی در کشور ایران انجام شده است اما با توجه به درجه مشکلات بهداشتی حاضر در خصوص بیماران دیابتی مطالعات کافی مبتنی بر الگوهای آموزشی بر روی این گروه در کشور ایران صورت نگرفته است. این مطالعه برای اولین بار است که تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوهای آموزش و ارتقای سلامت در افزایش کیفیت زندگی بیماران دیابتی می سنجد. از جمله مزیت های این پژوهش نیاز سنجی گروه هدف پس از انجام پیش آزمون و تعیین اولویت ها و نیازهای آموزشی آنان و اجرای مداخله آموزشی بر اساس این نیازها می باشد.

۱-۵ اهداف پژوهش

۱-۵-۱ هدف کلی

تعیین تأثیر برنامه آموزشی بر اساس الگوی پرسید در ارتقاء کیفیت بیماران دیابتی نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت مرکز بهداشت شهرستان مینودشت.

۱-۵-۲ اهداف ویژه

۱. تعیین علل رفتاری در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید
۲. تعیین عوامل مستعد کننده در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید
۳. تعیین عوامل قادر کننده در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید
۴. تعیین عوامل تقویت کننده در بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید
۵. تعیین کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید
۶. مقایسه کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی قبل و بعد از مداخله آموزشی بر اساس مدل پرسید

۱-۶ سوالات و فرضیه های پژوهش

۱-۶-۱ سوالات پژوهش

۱. کیفیت زندگی قبل و بعد از آموزش چگونه است؟
۲. آیا تفاوتی بین رفتار قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد؟
۳. آیا تفاوتی بین نمرات آگاهی قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد؟
۴. آیا تفاوتی بین نمرات نگرش قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد؟
۵. آیا تفاوتی بین نمرات عوامل قادر کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد؟
۶. آیا تفاوتی بین نمرات عوامل تقویت کننده قبل و بعد از مداخله آموزشی وجود دارد؟

۱-۶-۲ فرضیه های پژوهش

۱. آموزش از طریق مدل پرسید در ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مورد بررسی موثر است.
۲. آموزش از طریق مدل پرسید در ارتقاء علل رفتاری بیماران مورد بررسی موثر است.
۳. آموزش از طریق مدل پرسید در ارتقاء عوامل مستعد کننده بیماران مورد بررسی موثر است.
۴. آموزش از طریق مدل پرسید در ارتقاء عوامل قادر کننده بیماران مورد بررسی موثر است.
۵. آموزش از طریق مدل پرسید در ارتقاء عوامل تقویت کننده بیماران مورد بررسی موثر است.