

تأثیر برنامه‌ی بازدید منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

مینزه دهی^{۱*}، کیان نوروزی^۱، پروانه آقاجری^۲، مریم خوشبخت^۱، نازیلا وثوقی^۱

چکیده

مقدمه: با توجه به شیوع روزافزون بیماری دیابت و کاهش کیفیت زندگی این بیماران، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی بازدید منزل بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی صورت گرفته است.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر یک مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی می‌باشد که ۶۶ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به خانه‌های بهداشت روستاهای اطراف مراغه با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفت و سپس برنامه‌ی بازدید منزل که برنامه‌ی آموزشی ساختار یافته است طی شش ماه برای گروه تجربی صورت گرفت. قبل و بعد از مداخله، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران دیابتی توسط تمامی نمونه‌های پژوهش تکمیل شد. برای تحلیل نتایج از نرم افزار SPSS و آزمون آماری t تست استفاده شد.

یافته‌ها: در گروه تجربی میانگین نمرات کیفیت زندگی در ابعاد مختلف قبل و بعد از انجام مداخله، تفاوت آماری معنی‌داری نشان داد و در گروه کنترل، میانگین نمرات کیفیت زندگی قبل و بعد از انجام مداخله، تفاوت آماری معناداری نشان نداد. و همچنین مقایسه‌ی میانگین نمرات کیفیت زندگی در بین دو گروه بعد از انجام مداخله، اختلاف معنی‌داری نشان داد.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش نشان دهنده‌ی تأثیر قابل توجه برنامه بازدید منزل، در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است، در نتیجه در نظر گرفتن برنامه بازدید منزل به عنوان یکی از اقدامات اصلی در ارائه مراقبت به بیماران دیابتی، ضروری به نظر می‌رسد، به طوری که پرستاران و سایر اعضای تیم بهداشتی می‌توانند با بازدید منزل و ارائه مداخلات مناسب به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت و در نتیجه کاهش مشکلات فردی، خانوادگی و اجتماعی مربوط به این بیماری کمک کنند.

واژگان کلیدی: بازدید منزل، کیفیت زندگی، بعد اجتماعی، بعد روانی عاطفی، بعد رفتاری فعالیتی، دیابت نوع دو

۱- گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

۲- گروه آموزش پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی مراغه، مراغه، ایران

***نشانی:** تهران، اوین، بلوار دانشجو، بن بست کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، کد پستی: ۱۹۸۵۷۱۳۸۳۴، تلفن: ۰۹۱۴۴۲۰۲۱۲۸،

پست الکترونیک: manigehdehister@gmail.com

مقدمه

دیابت، اختلال متابولیک در حال رشد دوران معاصر [۱]، سومین علت اصلی مرگ و میر ناشی از بیماری [۲] و یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن جهان و تحمیل کننده‌ی بار سنگین بر سیستم مراقبت بهداشتی است [۳]. براساس آمار در سال ۲۰۱۵، ۴۲۵ میلیون بزرگسال در سرتاسر جهان مبتلا به دیابت بودند، بروز دیابت به‌طور پاندمیک در حال افزایش است و انتظار می‌رود که در سال ۲۰۴۰ به ۶۴۲ میلیون افزایش یابد. براساس گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت^۱، منطقه‌ی خاورمیانه و آفریقای شمالی در جهان بالاترین شیوع را دارد. دیابت، به‌علت شیوع بالا، افزایش میزان بروز و بار اقتصادی بالا، یکی از مهم‌ترین مشکلات بهداشت عمومی در ایران است [۴]. پیش‌بینی می‌شود که رشد دیابت در ایران، بالاتر از روند جهانی باشد در حال حاضر ۴/۶ میلیون نفر (۸/۵٪ جمعیت) مبتلا به دیابت در ایران وجود دارد، و انتظار می‌رود سال ۲۰۴۰ شود [۵]. دیابت نوع دو یک بیماری مزمن پیچیده است که بار قابل توجهی بر بیمار، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند و نیازمند توجه ویژه‌ای از طرف سیستم مراقبت بهداشتی است [۶].

یکی از مهم‌ترین مفاهیمی که در بیماران مبتلا به دیابت بایستی توجه ویژه‌ای به آن کرد، کیفیت زندگی می‌باشد [۷]، چرا که دیابت با ایجاد چالش‌های متعدد از جمله مشکلات ناشی از کنترل و درمان بیماری، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی منجر به کاهش کیفیت زندگی بیمار می‌شود. و بهبود کیفیت زندگی از عوامل بسیار مهم در انجام رفتارهای خودپایشی و اجرای دستورات درمانی-مراقبتی است و اهمیت ویژه‌ای در پیشگیری از عوارض حاد و مزمن دیابت دارد [۸]. با وجود این، متأسفانه براساس تحقیقات صورت گرفته در ایران، بیماران دیابتی از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردار هستند، که باید در جهت بهبود آن مداخلات ویژه‌ای صورت گیرد [۹]. بازدید منزل می‌تواند یک راهکار مناسب باشد [۱۰].

به‌علت اینکه خصلت دیابت ایجاب می‌کند که بخش اعظم درمان در منزل و به‌دست خود بیمار صورت گیرد [۱۱]. و برای حفظ انگیزه پیگیری درمان از طرف بیمار، روش درمان با شیوه‌ی زندگی بیمار هماهنگ باشد [۹]. بازدید منزل بهترین روشی است

که از طریق آن می‌توان از نزدیک شیوه‌ی زندگی بیمار را شناخته و براساس آن عمل کرد [۱۲]. با توجه به اینکه ملاقات با خانواده در منزل، منجر به ایجاد حس کنترل و مشارکت فعال بیمار و خانواده در رسیدن به نیازهای بهداشتی می‌شود، می‌تواند نقش مهمی در کیفیت زندگی آنان داشته باشد [۱۰].

بازدید منزل به تبادل دانش و تجربه ارزش می‌دهد و پیوند بین بیمار و مراقبین بهداشتی را محکم‌تر می‌کند. این رویکرد مراقبتی انسانی و جامع به‌دنبال احساس نزدیکی بیمار با درمان و مسؤول و خودمختار ساختن وی در قبال سلامتی خود است. در نتیجه می‌تواند بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیمار تأثیرگذار باشد. بازدید منزل یک راهبرد مهم برای آموزش مراقبت بهداشتی در جهت رسیدن به عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است [۱۳]، به‌طوری‌که از طریق توسعه‌ی خودمراقبتی و مهارت‌های حل مسئله بیمار منجر به بهبود فعالیت‌های زندگی روزانه و توان سازگاری بیمار می‌شود [۱۴]، و با حمایت دائمی و ایجاد توان خودمدیریتی در بیمار در نتایج جسمی، متابولیکی و روانی بیمار [۱۵] و ارتقاء اعتماد به نفس وی در مراقبت از خود مؤثر خواهد بود [۱۶].

از سوی دیگر بازدید منزل منجر به دسترسی آسان به خدمات مراقبتی پایه در بیمارانی می‌شود که دسترسی محدودی به خدمات مراقبت بهداشتی دارند، می‌شود [۱۳]، و به‌علت اینکه می‌تواند منافع زیادی برای بیمار، خانواده و جامعه داشته و در بهبود کیفیت زندگی بیماران مؤثر باشد، به‌عنوان، یک روش مؤثر و اقتصادی برای کنترل بیماری‌های مزمن، محسوب می‌گردد [۱۷]، که باعث کاهش هزینه‌های درمانی بیمار نیز می‌شود [۱۸]. لذا با توجه به مطالب ذکر شده و با توجه به اهمیت بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ی بازدید منزل بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو صورت گرفته است.

روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی است، نمونه پژوهش شامل ۶۶ زن گروه سنی ۴۰ تا ۶۰ سال مبتلا به دیابت نوع دو، مقیم روستاهای اطراف شهر مراغه بود که حداقل ۲ سال پیش برای آنها تشخیص دیابت نوع دو داده شده بود، از داروهای خوراکی کنترل دیابت استفاده می‌کردند. دچار عوارض مزمن دیابت نبوده، طی ۶

¹ The International Diabetes Federation

عاطفی است که کسب نمره ۱۵-۰ به معنای کیفیت زندگی نامطلوب، ۳۰-۱۶ به معنای کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، ۴۵-۳۱ به معنای کیفیت زندگی مطلوب و ۶۰-۴۶ به معنای کیفیت زندگی کاملاً مطلوب می‌باشد. اساس پرسشنامه‌ی این پژوهش، پرسشنامه‌ی استاندارد می‌باشد که در سال ۱۹۹۱ توسط هانستاد و آلبرکتسن^۲ در کشور نروژ ساخته شده است، این پرسشنامه در سال ۱۳۷۵ در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان ترجمه شده و روایی و پایایی آن ۰/۸۱ برآورد شده است.

پس از جایگزینی تصادفی بیماران در گروه مداخله و کنترل، برای افراد گروه مداخله در کنار دریافت مراقبت معمول، روند مداخله در طی ۶ ماه بازدید منزل به صورت زیر اجرا شد.

در ماه اول و دوم، ۳ جلسه بازدید منزل یک ساعته در هر ماه برای هر بیمار در نظر گرفته شد. طی این جلسات، مصاحبه با مددجو، بررسی و گرفتن تاریخچه‌ی کامل سلامتی، نیاز سنجی آموزشی مددجو و خانواده‌ی وی، بررسی محدودیت‌های وسایل و امکانات در جهت کنترل بیماری، بررسی باورهای بهداشتی و تأثیر آن بر چگونگی عملکرد، بررسی رژیم غذایی و فعالیت‌های ورزشی با استفاده از "چک لیست مراقبت در منزل بیماران دیابتی" انجام شد. همچنین با بحث و گفتگو به بررسی نگرش مددجو و خانواده‌ی وی درباره‌ی بیماری دیابت پرداخته شد. و در پایان هر جلسه، برای بازدید منزل جلسه‌ی آینده، برنامه‌ریزی و توافق صورت می‌گرفت.

در ماه سوم، چهارم و پنجم، ۳ جلسه یک ساعته در هر ماه برای هر بیمار همراه با پیگیری تلفنی انجام شد. طی این جلسات، آموزش در رابطه با سه حیطه‌ی "دانش، نگرش و عملکرد" به مددجو و خانواده وی و آموزش در جهت بهبود سبک زندگی و سازگاری با بیماری طبق فرم "راهنمای آموزش به بیمار مبتلا به دیابت" صورت گرفت، به طوری که بسته به وضعیت و نیاز بیمار، در مورد بیماری دیابت، عوامل مساعد کننده‌ی بیماری، آزمایشات، نوع درمان، بررسی قند خون و ادرار، نوع تغذیه، نحوه‌ی ورزش، کنترل وزن، عوارض حاد و مزمن دیابت، پیشگیری از عوارض، اقدامات لازم در زمان وقوع عوارض حاد، سازگاری با بیماری، تکنیک‌های آرام سازی و کنترل استرس و تفکر مثبت اطلاعات لازم ارائه گردید، لازم به ذکر است، برای ارزیابی، در ابتدا، انتها و

ماه گذشته جراحی نداشته، و بیماری و ناتوانی دیگری همراه با دیابت نداشته‌اند. معیارهای خروج از مطالعه، شامل ابتلا به عارضه مزمن دیابت یا بیماری و ناتوانی دیگر و بستری شدن در بیمارستان بود.

تعداد نمونه براساس محاسبه‌ی فرمول تعیین حجم نمونه حدود ۶۰ نفر (۳۰ نفر در گروه تجربی و ۳۰ نفر در گروه کنترل) با توان ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد برآورد شد. و با توجه به احتمال ریزش در مطالعات بالینی، تعداد ۳۳ نمونه در هر گروه، مجموعاً ۶۶ نفر، با احتمال ۱۰٪ ریزش، جهت مطالعه فوق در نظر گرفته شد.

جهت نمونه‌گیری، ابتدا ۱۰ روستا از روستاهای اطراف شهر مراغه به صورت نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده، سپس از میان لیست افراد مبتلا به دیابت نوع دو نمونه‌های پژوهش با توجه به معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. لازم به ذکر است که این لیست مربوط به تمام بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سطح روستا بود. سپس پژوهشگر با نمونه‌های پژوهش تماس گرفته و با توضیح کامل طرح و اهداف آن، از آنها دعوت به شرکت در مطالعه نمود. و با تمامی نمونه‌های مورد پژوهش قرار ملاقاتی در خانه بهداشت مورد نظر جهت بررسی مجدد معیارهای ورود به مطالعه، اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه و جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و تکمیل پرسشنامه گذاشت. در ادامه برای اختصاص تصادفی نمونه‌ها به گروه تجربی و کنترل، به هر یک از نمونه‌ها یک شناسه تعلق گرفته و طبق جدول اعداد تصادفی نمونه‌ها به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند.

روش گردآوری اطلاعات در مطالعه‌ی حاضر، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌باشد این پرسشنامه‌ی از دو قسمت تشکیل شده است، قسمت اول پرسشنامه‌ی مربوط به خصوصیات دموگرافیک واحدهای مورد پژوهش می‌باشد (سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان، مدت ابتلا به بیماری) و قسمت دو مربوط به کیفیت زندگی بیماران دیابتی است که سه بعد اجتماعی، رفتاری فعالیتی و روانی عاطفی را اندازه‌گیری می‌کند. هشت سؤال مربوط به بعد اجتماعی و هشت سؤال مربوط به بعد رفتاری فعالیتی است، که کسب نمره‌ی ۴-۰ به معنای کیفیت زندگی نامطلوب، ۸-۵ به معنای کیفیت نسبتاً مطلوب، ۱۲-۹ به معنای کیفیت مطلوب و ۱۶-۱۳ به معنای کیفیت کاملاً مطلوب می‌باشد. ۱۵ سؤال مربوط به بعد روانی

² Hanestad & Albrektsen

شده و با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی پژوهش طی یک جلسه ۲ ساعته، تمامی مسائل آموزشی به بیماران گروه کنترل آموزش داده شده و مواد آموزشی از جمله پمفلت‌ها و کتابچه‌های آموزشی داده شده به گروه مداخله در اختیار آنان قرار داده شد.

در مطالعه‌ی حاضر برای گروه مداخله ۱۷ بازدید منزل برای هر نمونه توسط پژوهشگر و همکاران صورت گرفت. و در فواصل بین بازدیدها ۵۰ مورد تماس تلفنی جهت پیگیری و پاسخ به سؤالات نمونه‌های پژوهش صورت گرفت.

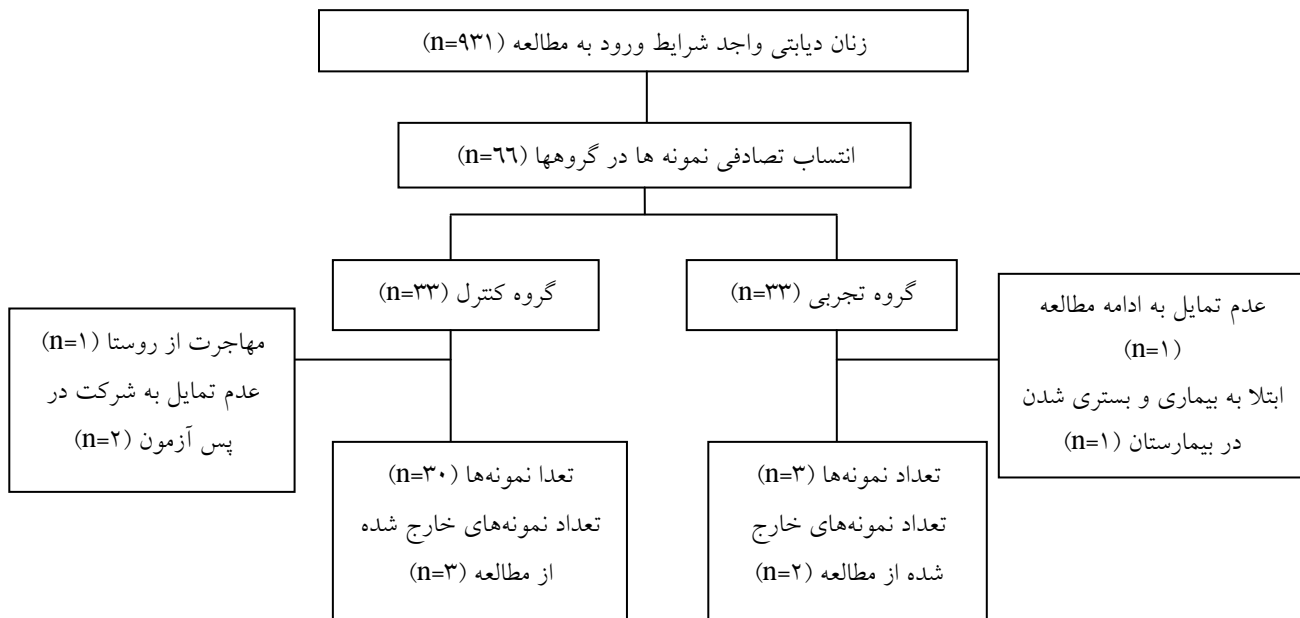
یافته‌ها

از مجموع ۶۶ نفر شرکت کننده در مطالعه، در نهایت ۶۱ نفر مورد ارزیابی و تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. طی ۶ ماه، در گروه تجربی یک نفر به علت عدم تمایل به ادامه‌ی مطالعه و یک نفر به علت ابتلا به بیماری و بستری شدن در بیمارستان، و در گروه کنترل، یک نفر به علت مهاجرت از روستا و تغییر آدرس و دو نفر به علت عدم تمایل به شرکت در پس آزمون از مطالعه خارج شدند (شکل ۱)

حین بازدید منزل از بیمار و خانواده از طریق بحث و پرسش و پاسخ و مشاهده عملکرد، بازخورد صورت می‌گرفت. در رابطه با هر موضوع آموزشی، پمفلت و کتابچه مربوطه به مددجو داده شد و در فواصل بازدیدها بسته به نیاز بیمار، پیگیری تلفنی صورت گرفت. همچنین طی این مدت پژوهشگر شماره تلفن خود را در اختیار مددجویان قرار داد تا در صورت مواجهه با مشکل یا سؤال خاصی با پژوهشگر تماس بگیرند.

در ماه ششم، ۲ جلسه یک ساعته برای هر مددجو در نظر گرفته شد، طی این جلسات، جهت ارزشیابی کلی، بازخورد از بیمار و خانواده در حیطه‌ی دانش، نگرش و عملکرد از طریق پرسش و پاسخ و مشاهده عملکرد بیمار، طبق فرم "چک لیست مراقبت در منزل بیماران دیابتی"، و بررسی خطاهای هنگام مراقبت از خود، اندازه‌گیری قند خون، مصرف دارو و سایر موارد آموزش داده شده قبلی انجام شده و نکات مکمل و تکمیلی یادآوری شد.

ارزشیابی: ارزشیابی شامل دو مرحله‌ی ارزشیابی فرآیند، که طی فرآیند مداخله در تمامی جلسات، صورت می‌گرفت و ارزشیابی نهایی نیز پس از گذشت یک و نیم ماه از مداخله، در دو گروه صورت گرفت. که در این مرحله، پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی بیماران دیابتی در دو گروه تکمیل شد. سپس داده‌ها جمع‌آوری



شکل ۱- فلویدیاگرام کارآزمایی بالینی

میانگین سنی واحدهای مورد پژوهش $52/39 \pm 6/94$ ، میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری $5/37 \pm 2/87$ ، میانگین تعداد فرزندان خانواده $4/29 \pm 2/15$ ، می‌باشد. آزمون تی مستقل، اختلاف آماری معناداری بین دو گروه تجربی و کنترل از نظر سن، تعداد فرزندان خانواده و مدت زمان ابتلا به بیماری نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۱- مقایسه میانگین سن، مدت زمان ابتلا به بیماری و تعداد فرزندان خانواده نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه تجربی و کنترل

متغیر	تجربی	کنترل	نتیجه
سن	$53/9 \pm 6/1$	$50/26 \pm 7/5$	$t = -1/315, df = 9, P > 0/05$
مدت زمان ابتلا به بیماری	$4/7 \pm 2/44$	$6/6 \pm 3/08$	$t = 0/81, df = 9, P > 0/05$
تعداد فرزندان خانواده	$4/7 \pm 1/9$	$3/8 \pm 2/2$	$t = -1/33, df = 9, P > 0/05$

۴۷٪ (۲۳٪) نفر از واحدهای مورد پژوهش با سواد و ۱۴ نفر بی سواد می‌باشند. ۴۳ نفر (۷۰/۵٪) از واحدهای مورد پژوهش متأهل، ۴ نفر (۶/۶٪) مجرد، ۱۳ نفر (۲۱/۳٪) بیوه و ۱ نفر (۱/۶٪) مطلقه می‌باشند. آزمون آماری مجذور کای تفاوت معناداری را بین دو گروه از نظر وضعیت سواد و تأهل نشان نداد (جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه‌ی ویژگی‌های واحدهای مورد پژوهش از نظر وضعیت سواد و تأهل

متغیر	تجربی N(%)	کنترل N(%)	نتیجه
وضعیت سواد			
با سواد	۵ (۱۶/۱٪)	۹ (۳۰٪)	$\chi^2 = 0/23, df = 1, P > 0/05$
بی سواد	۲۶ (۸۳/۹٪)	۲۱ (۷۰٪)	
وضعیت تأهل			
متأهل	۲۲ (۷۱٪)	۲۰ (۶۶/۷٪)	$\chi^2 = 0/78, df = 1, P > 0/05$
مجرد	۰	۴ (۱۳/۳٪)	
بیوه	۹ (۲۹٪)	۵ (۱۶/۷٪)	
مطلقه	۰	۱ (۳/۳٪)	

مطلوب برخوردارند. و در مورد کل نمونه‌های مورد پژوهش، قبل از مداخله اکثر نمونه‌های مورد پژوهش در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، در بعد روانی عاطفی از کیفیت زندگی مطلوب و در بعد رفتاری فعالیتی از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردارند. و بعد از مداخله اکثر نمونه‌ها در هر سه بعد از کیفیت زندگی مطلوب برخوردارند.

براساس جدول ۳ در گروه تجربی قبل از مداخله اکثر نمونه‌های مورد پژوهش در ابعاد اجتماعی و روانی عاطفی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و در بعد رفتاری فعالیتی از کیفیت زندگی نامطلوب برخوردارند. و بعد از مداخله اکثر نمونه‌ها در هر سه بعد از کیفیت زندگی مطلوب برخوردارند. و در گروه کنترل قبل از مداخله اکثر نمونه‌های مورد پژوهش در بعد اجتماعی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب، در بعد روانی عاطفی از کیفیت زندگی مطلوب و در بعد رفتاری فعالیتی از کیفیت زندگی نامطلوب و نسبتاً مطلوب برخوردارند. و بعد از مداخله اکثر نمونه‌ها در ابعاد اجتماعی و رفتاری فعالیتی از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و در بعد روانی عاطفی از کیفیت زندگی

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی کیفیت زندگی واحدهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در ابعاد مختلف

جمع کل (n=61)		کنترل (n=30)		تجربی (n=31)		ابعاد کیفیت زندگی	
تعداد و درصد		تعداد و درصد		تعداد و درصد			
پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون		
۱ (۱/۶٪)	۲ (۳/۳٪)	۱ (۳/۳٪)	۱ (۳/۳٪)	۰	۰	نامطلوب	بعد اجتماعی
۲۳ (۳۷/۷٪)	۴۹ (۸۰/۳٪)	۲۲ (۷۳/۳٪)	۲۱ (۷۰٪)	۱ (۳/۲٪)	۲۴ (۷۷/۴٪)	نسبتاً مطلوب	
۳۵ (۵۷/۴٪)	۱۰ (۱۶/۴٪)	۷ (۲۳/۳٪)	۸ (۲۶/۷٪)	۲۸ (۹۰/۳٪)	۷ (۲۲/۶٪)	مطلوب	
۲ (۳/۳٪)	۰	۰	۰	۲ (۶/۵٪)	۰	کاملاً مطلوب	
۳ (۴/۹٪)	۱ (۱/۶٪)	۲ (۶/۷٪)	۱ (۳/۳٪)	۰	۰	نامطلوب	بعد روانی - عاطفی
۵ (۸/۲٪)	۲۷ (۴۴/۳٪)	۵ (۱۶/۷٪)	۶ (۲۰٪)	۱ (۳/۲٪)	۱۳ (۴۱/۹٪)	نسبتاً مطلوب	
۴۰ (۶۵/۶٪)	۳۰ (۴۹/۲٪)	۱۹ (۶۳/۳٪)	۲۰ (۶۶/۷٪)	۰	۱۸ (۵۸/۱٪)	مطلوب	
۱۳ (۲۱/۳٪)	۳ (۴/۹٪)	۴ (۱۳/۳٪)	۳ (۱۰٪)	۲۱ (۶۷/۷٪)	۰	کاملاً مطلوب	
۱۱ (۱۸٪)	۳۱ (۵۰/۸٪)	۱۱ (۳۶/۷٪)	۱۴ (۴۶/۷٪)	۹ (۲۹٪)	۱۷ (۵۴/۸٪)	نامطلوب	بعد رفتاری - فعالیتی
۱۸ (۲۹/۵٪)	۲۷ (۴۴/۳٪)	۱۷ (۵۶/۷٪)	۱۴ (۴۶/۷٪)	۰	۱۳ (۴۱/۹٪)	نسبتاً مطلوب	
۳۲ (۵۲/۵٪)	۳ (۴/۹٪)	۲ (۶/۷٪)	۲ (۶/۷٪)	۱ (۳/۲٪)	۱ (۳/۲٪)	مطلوب	
۰	۰	۰	۰	۳۰ (۹۶/۸٪)	۰	کاملاً مطلوب	

روانی - عاطفی ($P=0/1$)، بعد رفتاری - فعالیتی ($P=0/5$)، نشان نداد. و آزمون t مستقل، تفاوت آماری معناداری بین پیش‌آزمون گروه تجربی و کنترل، در بعد اجتماعی ($P=0/7$)، بعد روانی - عاطفی ($P=0/6$)، بعد رفتاری - فعالیتی ($P=0/4$)، نشان نداد. در حالی که در پس آزمون، تفاوت معناداری بین دو گروه تجربی و کنترل دیده شد ($P=0/00$).

براساس جدول ۴، آزمون t وابسته، تفاوت آماری معناداری بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه تجربی در ابعاد مختلف کیفیت زندگی نشان داد ($P<0/01$). به طوری که میانگین نمرات ابعاد مختلف کیفیت زندگی در گروه تجربی بعد از مداخله افزایش یافته بود. در حالی که تفاوت آماری معناداری را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل در بعد اجتماعی ($P=0/1$)، بعد

جدول ۴- توزیع فراوانی و مقایسه ابعاد کیفیت زندگی نمونه‌های مورد پژوهش در دو گروه تجربی و کنترل

ابعاد کیفیت زندگی		گروه تجربی (n=31)	گروه کنترل (n=31)	Mean changes	Statistical indicators
		Mean (SD)	Mean (SD)		
اجتماعی	Pre	۷/۵۸ (۱/۶۸)	۷/۴ (۱/۹۷)	۰/۱۸	$P=0/7$
	Post	۱۰/۹۳ (۱/۱۲)	۶/۹۶ (۱/۶۷)	۳/۹۷	$P<0/001$
	Dependent t-Test result	$t=-14/9, df=30, P<0/01$	$t=1/38, df=29, P=0/17$		
روانی - عاطفی	Pre	۳۱/۹ (۵/۰۷)	۳۵/۳۶ (۸/۹۱)	-۳/۷۸	$P<0/001$
	Post	۴۳/۲۹ (۵/۱۶)	۳۶/۲۶ (۹/۷۶)		$P=0/02$
	Dependent t-Test result	$t=-10, df=30, P<0/01$	$t=-1/66, df=29, P=0/1$		
رفتاری - فعالیتی	Pre	۱۱/۳۵ (۶/۳۲)	-۰/۹ (۲/۹۶)		$P<0/001$
	Post	۳/۷۴ (۲/۱۱)	۴/۱۳ (۲/۰۸)	-۰/۳۹	$P=0/4$
	Dependent t-Test result	$t=-18/72, df=30, P<0/01$	$t=-0/64, df=29, P=0/52$		
	Pre -post dif*	-۵/۵۴ (۱/۶۵)	-۰/۱۶ (۱/۴۱)	-۵/۳۸	$P<0/001$

بحث و نتیجه گیری

جلسه کلاس آموزشی و سه جلسه بحث گروهی در بیماران دیابتی پرداخته بود، ارتباط معناداری بین این مداخله و کیفیت زندگی بیماران نشان نداد [۱۶]. به نظر می‌رسد علت این عدم ارتباط، تعداد کم جلسات بازدید منزل در برنامه مداخله‌ای باشد. در شروع مطالعه حاضر، تیم تحقیق برای ورود به منزل بیماران، با محدودیت‌هایی، از جمله عدم پذیرش برخی خانواده‌ها رو به رو بود، ولی با تشکیل جلساتی در خانه‌های بهداشت با حضور نمونه‌های پژوهش و صحبت‌های بهورز، پزشک خانواده و پژوهشگر اعتمادسازی در جهت مشارکت و پذیرش خانواده‌ها برای ورود به منزل صورت گرفت. یکی از محدودیت‌های مطالعه حاضر این است که به دلیل محدودیت‌های فرهنگی و برای تسهیل فرآیند ورود به منزل بیماران، و همچنین دسترسی محدود بیماران مقیم روستا به خدمات مراقبت بهداشتی، محیط روستایی به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد، که از نظر ویژگی‌های فرهنگی، جمعیت شناختی و دسترسی به منابع و خدمات مراقبتی با محیط شهری متفاوت است، بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعه حاضر در محیط‌ها، فرهنگ‌ها و گروه‌های دیگر جمعیتی انجام شود.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، می‌توان گفت که ملاقات در منزل می‌تواند انتخاب مناسبی در ارائه خدمات مراقبت بهداشتی به بیماران دیابتی محسوب گردد، که باید به عنوان یکی از فعالیت‌های مهم در مراقبت از بیماران دیابتی گنجانده شود. چرا که با ارتقاء کیفیت زندگی بیماران دیابتی، و در نتیجه بهبود روند مراقبتی در بیماران، می‌توان به میزان قابل توجهی از عوارض فردی، خانوادگی و اجتماعی ناشی از دیابت کاست.

سپاسگزاری

مقاله‌ی حاضر براساس طرح تحقیقاتی مصوب معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی تبریز می‌باشد. و با توجه به نامه‌ی شماره ۵/۴/۵۵۵۱ در پنجاه و نهمین جلسه‌ی کمیته‌ی اخلاق مطرح و با کد اخلاقی ۹۲۱۶۷ مورد تأیید قرار گرفته است.

نتایج مطالعه‌ی حاضر نشان داد که اجرای برنامه‌ی بازدید از منزل در مددجویان مبتلا به دیابت با ارتقاء کیفیت زندگی آنان همراه است. به طوری که مقایسه میانگین‌ها در دو گروه مداخله و کنترل نشان می‌دهد که میانگین نمرات کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله در ابعاد اجتماعی، روانی عاطفی و رفتاری فعالیت، نسبت به گروه کنترل، به طور معنی‌داری افزایش یافته است. میانگین نمره‌ی کیفیت زندگی در بعد رفتاری فعالیت در مقایسه با سایر ابعاد، بیشترین افزایش را داشته است. به نظر می‌رسد این تفاوت به این دلیل باشد که با توجه به مسائل فرهنگی، نمونه‌های پژوهش قبل از مداخله، وضعیت اجتماعی و روانی عاطفی نسبتاً مطلوبی داشتند، درحالی‌که به دلیل عدم دسترسی به مراقبت و آموزش مناسب، مهارت لازم برای بهبود بعد رفتاری فعالیت در مقایسه با سایر ابعاد را نداشته و از وضعیت نامطلوب برخوردار بودند. در همین راستا نتایج مطالعه‌ی در چین که تأثیر برنامه بازدید منزل پرستار بر بیماران ناتوان و مراقبین آنها را بررسی کرده است، بهبود قابل توجه وضعیت اجتماعی، فیزیکی، روانی، رضایت از زندگی و فعالیت‌های زندگی روزانه گروه تجربی بعد از مداخله را نشان داده است، و بالاترین بهبود مربوط به بعد فیزیکی است [۱۹]. و مطالعه‌ی در ترکیه تحت عنوان بررسی تأثیر پایش منزل پرستار بهداشت جامعه بر کنترل دیابت، که با ۳۴ نمونه مبتلا به دیابت، و طی ۶ ماه مداخله بازدید منزل برای گروه تجربی انجام شد، نشان دهنده‌ی بهبود قابل ملاحظه عملکرد خودمراقبتی بیماران و فاکتورهای مربوط به کنترل دیابت است [۲۰]. مطالعه‌ی دیگر با هدف تأثیر بازدید منزل بر کیفیت زندگی کودکان و نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک، نشان دهنده‌ی تأثیر مثبت ملاقات در منزل و تقویت آموزش بر پارامترهای مربوط به کیفیت زندگی و مراقبت در بیماران است [۱۷]. همچنین نتایج یک مطالعه‌ی مرور سیستماتیک نشان داد که بیماران دیابتی دریافت کننده بازدید منزل در مقایسه با بیماران دریافت کننده مراقبت معمول، بهبود قابل ملاحظه‌ای در کیفیت زندگی و خودمدیریتی دارند [۱۵].

در مقابل برخی مقالات نشان دهنده‌ی عدم ارتباط بین بازدید منزل و کیفیت زندگی بیماران دیابتی هستند، از جمله مطالعه‌ی در استرالیا در سال ۲۰۱۶ که به بررسی تأثیر یک برنامه‌ی مبتنی بر خانواده شامل یک جلسه‌ی بازدید منزل، پیگیری‌های تلفنی، سه

IRCT2013091014617N1 می‌باشد.

شماره‌ی ثبت آن در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی،

مآخذ

1. Trikkalinou A, Papazafiropoulou AK, Melidonis A. Type 2 diabetes and quality of life. *World journal of diabetes* 2017; 8(4):120.
2. Smelter CZ, Bare GB. Brunner S. *Text book of medical surgical nursing*. 12th ed. Philadelphia: lippincott Williams and Wilkins; 2004
3. Lotfi MH, Saadati H, Afzali M. Prevalence of diabetes in people aged ≥ 30 years: the results of screen-ing program of Yazd Province, Iran, in 2012. *Journal of research in health sciences* 2013; 14(1):88-92.
4. Noshad S, Afarideh M, Heidari B, Mechanick JI, Esteghamati A. Diabetes care in Iran: where We stand and where We Are headed. *Annals of global health* 2015; 81(6):839-50.
5. Iran Diabetes Leadership Forum, *The diabetes challenge in the Islamic Republic of Iran*, 2015
6. Javanbakht M, Abolhasani F, Mashayekhi A, Baradaran HR. Health related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus in Iran: a national survey. *PloS one* 2012; 7(8):e44526.
7. Monjamed Z. Aliasgharpoor M. Mehran A. Peymany T. Quality of life in patients with diabetes complications referred to endocrine clinic hospitals of Tehran Medical Sciences University. *Iranian Journal of Hayat* 2007; 12(1): 55-65
8. Darvishpoor A. Epidemiology of Diabetes. *Payam Diabet Scientific Educational Quarterly* 2004; 6(24): 25-27
9. Rajab A. Why 90% failure in diabetes control? *Payam Diabet Scientific Educational Quarterly* 2003; 6(21-22): 6-14
10. Hoseini M. community Health Nursing. Basavantapa. B.P. 1th ed. *Boshra Publication* 2002. [Persian].
11. Moser A. Bruggen H. Widdershoven G. Competency in shaping one life: autonomy of people with type 2 diabetes mellitus in a nurse- led, shared – care setting: a qualitative study. *International journal of nursing study* 2006; 43(4): 417-27
12. Ildarabadi E. *Community Health Nursing* 1, 2, 3. 2th ed. Salemi Publication. Zabol, 2004 [Persian].
13. Torres HdC, Santos LMd, Cordeiro PMCdS. Home visit: an educational health strategy for self-care in diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem* 2014; 27(1):23-8.
14. Karatay G, Akkuş Y, Öztürk B, Sülü B. The Effectiveness of a Home-Based Diabetes Management Program on Diabetes Control. *Arch Prev Med* 2016; 1(1):015-020.
15. Han L, Ma Y, Wei S, Tian J, Yang X, Shen X, et al. Are home visits an effective method for diabetes management? A quantitative systematic review and meta-analysis. *Journal of diabetes investigation*. 2017.
16. Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. *Diabetes research and clinical practice* 2017; 123:37-48.
17. Oduwole A, Uko R, Tade T, Doherty O, Nwodo R, Imafidon E. The effect of home visits on the quality of life of children and adolescents with type 1 diabetes mellitus. *Pediatric diabetes* 2011; 12(4pt1):335-40.
18. Solli O. Diabetes in Norway: costs, health-related quality of life and cost-effectiveness of life-style interventions. 2013.
19. Hung LC. Liu CC. Hung HC. Kuo HW. Effects of a nursing intervention program on disabled patients and their caregivers. Elsevier Science Ireland Ltd, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2003; 36(3): 259-72
20. Kitis Y. Emiroglu O.N. The effects of home monitoring by public health nurse on individual's diabetes control. *Applied Nursing Research* 2006; 19: 134–143

THE EFFECT OF HOME VISIT ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

Manijeh Dehi^{*1}, Kian Norouzi¹, Parvaneh Aghajari², Maryam Khoshbakht Pishkhani¹, Nazila Vosoghi¹

1. Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

2. Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Maragheh University of Medical Sciences, Maragheh, Iran

ABSTRACT

Background: The diabetes is one of the most common chronic diseases in the world. One of the most considerable factor in case of a diabetic patient is quality of life. and the home visit can be effective. The present study aims to investigate the effects of home visits on quality of life type II diabetes.

Methods: the present study is a clinical trial study for which 61 patients suffering type II diabetes visiting healthcare homes in the villages in Maragheh, were selected considering the criteria for entering the study and using random sampling method. Later on, in order to control the limitations, subjects were homogenized according to their age, marital status, education and the period of their illness. Then, they were divided into two control and experimental groups. then all units of study completed Quality of life questionnaire before and after the intervention (6 month structured program of home visits). Data were analysed by SPSS and descriptive and analytic statistics (t test)

Results: The finding showed there was a significant difference between mean Quality of life in case group before and after the intervention ($P < 0/01$). But there was no significant between mean Quality of life in control group before and after the intervention ($P > 0/05$).

Conclusion: Based on the finding of this study, home visit has been effective on the improvement of Quality of life, and the nurses by appropriate intervention and home visit can help to improve quality of life.

Keywords: Home Visit, Quality Of Life, Type II Diabetes

* University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, kodakyar Ave., daneshjo Blvd., Evin, Post code: : 1985713834, Email: manigehdehister@gmail.com