

بررسی تاثیر دیابت و آموزش بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت

طلیعه خادمیان^۱ و سپیده ستایش راد^۲

۱دکتری تخصصی جامعه شناسی

۱کارشناسی ارشد پژوهش علوم اجتماعی

چکیده

هدف اصلی این تحقیق بررسی تاثیر آموزش و خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت می باشد. روش تحقیق در این پژوهش، رویکرد کمی بوده است که با استفاده از تکنیک پیمایش این مطالعه انجام یافته است. نمونه آماری را ۲۰۵ نفر از زنان و مردان ۱۸ تا ۳۶ سال عضو انجمن دیابت ایران تشکیل دادند. افراد نمونه از طریق نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق ساخته شامل ۲۸ گویه استفاده شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه بر اساس نظرات کارشناسان دانشگاه و مسئولین سازمان مربوطه بررسی و تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ بدست آمد که بیانگر هماهنگی درونی گویه ها و تأیید پایایی پرسشنامه بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه با کاربرد نرم افزار SPSS استفاده شد. نتایج نشان داد؛ بین تمایل به ورزش منظم (۰/۱۴۳)، کنترل وزن و تغذیه (۰/۲۲۳) و خودمراقبتی (۰/۶۳۴) با سبک زندگی افراد همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. هم چنین متغیرهای مستقل ۴ درصد از تغییرات متغیر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت را تبیین کرد.

واژه های کلیدی: آموزش، خود مراقبتی، سبک زندگی، افراد مبتلا به دیابت

مقدمه

از جمله عواملی که به طور گسترده بر روند پیگیری، درمان و رفتارهای سالم در بیماران دیابتی تاثیر میگذارد کیفیت زندگی، سبک زندگی و تبعیت از درمان در آنهاست. کیفیت زندگی به این دلیل اهمیت دارد که میتواند در صورت نادیده گرفته شدن به ناامیدی، نداشتن انگیزه برای هر گونه تلاش، کاهش فعالیت های اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی منجر شده و تاثیر عمیقی بر سلامت جسمانی و روانی بیماران بگذارد (بزازیان، ۱۳۸۸: ۱۸).

تلاش برای اندازه گیری حوزه های مختلف کیفیت زندگی از دهه ۱۹۴۰ میلادی آغاز گشت. علیرغم اینکه سنجش این مفهوم محاسن متعددی دارد، ولی تاکنون بخش کوچکی از تحقیقات را به خود اختصاص داده است. با این حال تحقیق بر روی کیفیت زندگی، بسیاری از زمینه ها مثل جامعه شناسی، تاریخ، جغرافیا، روان شناسی، جرم شناسی، هنر و نظایر این ها را در بر گرفته است. (همان، ۲۴)

مطالعات در این زمینه در ایران مخصوصا در بین بیماران دیابتی پیشینه چندانی ندارد. امروزه مردم بسیاری در دنیا از دیابت رنج میبرند و مبتلایان، به عنوان یک گروه در معرض ابتلاء به تعدادی امراض دیگر از قبیل بیماری های قلب و عروق، ناراحتی های اعصاب و کلیه قرار دارند. (برگ^۱، ۱۹۹۱، ۱۹)

به عبارتی میتوان گفت بیماری دیابت بیماری آسانی نیست که بد کنترل میشود و لازمه خوب شدن این بدی، داشتن اطلاعات و شناخت کافی از بیماری و درک چگونگی آن است. امروزه با روشهای کنترل، طول عمر مبتلایان افزایش و عوارض بیماری به نحو چشم گیری کاهش یافته است. (همان، ۲۷)

در سال ۱۹۹۵ حدود ۱۳۵ میلیون نفر در سراسر جهان مبتلا به دیابت بودند و اگر استراتژی موفقیت آمیزی برای پیشگیری و کنترل آن اجرا نشود، پیش بینی می شود که این تعداد به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ برسد. از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۲۵ تعداد مبتلایان به دیابت در کشورهای صنعتی تا ۴۲ درصد (از ۵۱ میلیون نفر به ۷۲ میلیون نفر) و در کشورهای در حال توسعه تا ۱۷۰ درصد (از ۸۴ میلیون نفر به ۲۲۸ میلیون نفر) افزایش خواهد یافت. به عبارت دیگر تا سال ۲۰۲۵ حدود ۷۵ درصد تمام افراد مبتلا به دیابت در کشورهای در حال توسعه زندگی می کنند و دیابت نوع دو گروه های سنی جوانتر و به طور قابل توجهی بزرگسالان جوان و حتی نوجوانان را تحت تاثیر قرار خواهد داد. متداولترین عوارض دیابت، بیماری های قلبی - عروقی، ضایعات چشمی ورتینوپاتی نوروپاتی، نارسایی کلیه و نوروپاتی، ناتوانی جنسی در مرد و عفونت است (شجاعی زاده و همکاران، ۱۳۸۴: ۸۳).

تشخیص زودرس دیابت و انجام اقدامات درمانی لازم میتواند از بسیاری از عوارض این بیماری جلوگیری کند، لذا پیشگیری ثانویه به صورت شناسایی افراد بیماری که از بیماری خود آگاهی ندارند بسیار ضروری است. به طور کلی، دیابت بیماری مزمنی است که موفقیت در درمان آن مستلزم مشارکت فعال و مداوم فرد مبتلا در روند درمان است و از آنجایی که فعالیت های روزمره و نحوه زندگی و عادات غذایی بیمار تاثیر به سزایی بر دیابت و کنترل قند خون دارند، آموزش صحیح بیمار در زمینه فعالیت ها و عادات مناسب تطبیق این موارد با روند درمان دیابت بسیار مهم است. اغلب از بیماران خواسته میشود که در نحوه زندگی خود تغییرات زیادی را اعمال کنند در حالی که انتظار پیروی از این دستورات بدون آنکه بیمار علت و اهمیت آن را درک کرده باشد تا حدی غیر واقعی و غیر ممکن است.

ایجاد انگیزه و تشویق در جهت اعمال دستورات و پشتیبانی از وی نقش مهمی در موفقیت درمان دیابت دارد. آموزش صحیح در زمینه دیابت (ورزش منظم و کنترل وزن و تغذیه) موجب بهبود کنترل متابولیک بیماری شده و از موارد بستری شدن در بیمارستان می کاهد و از همه مهم تر شدت و میزان عوارض طولانی مدت را کاهش میدهد این عوارض ممکن است با درمان و آموزش مؤثر کاهش و یا حتی پیشگیری شوند (همان، ۹).

از آن جا که پژوهش سبک زندگی، درباره رفتارها و فعالیت های واقعی است، این امکان را فراهم می کند تا تغییراتی که ایجاد شده اند مطالعه شود. سوالات اصلی در این پژوهش عبارتند از :

تاثیر آموزش بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت چگونه است؟
تاثیر خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت چگونه است؟

چارچوب نظری تحقیق

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 (درویش پور و عابدسعیدی، ۱۳۹۲: ۶). در این راستا یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد 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 (عطایی و همکاران، ۲۰۱۳: ۲۸). در مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۳۸۹) در زمینه ارتقای کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت بعد از انجام آموزش خودمراقبتی افزایش یافته‌است (تقدیسی و همکاران، ۱۳۸۹: ۳۹). مطالعه برانس^۲ (۲۰۰۹) نیز نشان داد که شرکت در برنامه آموزشی در بین بیماران مبتلا به دیابت سبب افزایش عملکرد در آنها می‌گردد. مطالعات متعدد دیگر نیز نشان داده است که آموزش‌های داده شده به بیماران دیابتی به شیوه‌های گوناگون سبب کاهش وزن، یا به عبارتی سبب بهبود نمایه هموگلوبین در قند خون ناشتا و وضعیت متابولیکی در بیماران دیابتی شده است (لین و بال^۳، ۲۰۰۷؛ هاوترون و توملین سان^۴، ۲۰۰۷؛ گری و همکاران^۵، ۲۰۰۳). در این راستا تغییرات شیوه زندگی مربوط به چاقی، رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های بدنی نقش اصلی را در پیشگیری و درمان دیابت بازی می‌کند.

لذا با توجه به جایگاه ویژه‌ای که آموزش در دیابت دارد و اهمیت برنامه‌های آموزشی در کاهش عوارض ناشی از این بیماری، پژوهش حاضر بر آن است تا به بررسی ارتباط بین آموزش با دو شاخص ورزش منظم و کنترل وزن و تغذیه و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت بپردازد. بنابراین فرضیه اول و دوم تحقیق عبارت است از:

فرضیه اول: ورزش منظم بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تاثیرگذار است.

فرضیه دوم: کنترل وزن و تغذیه بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تاثیرگذار است.

بهبود دانش و عملکرد مبتلایان به دیابت به معنای بهبود کنترل وضعیت متابولیکی و انجام رفتارهای خودمراقبتی صحیح است.

به عبارت دیگر برای آنکه بیمار دیابتی بتواند از خود مراقبت کند باید دانش و مهارت خود را پیرامون بیماری خود بالا ببرد از اینرو توانمندسازی بیمار و حمایت از خودمراقبتی کلید کنترل دیابت است. این بیماران باید بخش عمده‌ای از فعالیت‌های مربوط به کنترل دیابت را شخصا انجام دهند و رفتارهای فردی آن‌ها در کنترل عوارض بیماری نقش بسزایی دارد. کوستنر، برنیری و زاگرم^۶ (۲۰۰۲) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که سطح بالای گرایش خودمختاری با سطوح بالای عزت نفس، رشد خود، خودشکوفایی و یکپارچگی شخصیت مرتبط بوده است (کوستنر، برنیری و زاگرم، ۲۰۰۲). هم‌چنین تحقیقات حاکی از آن است که اتخاذ اهداف بیرونی زندگی (از قبیل کسب دارایی، شهرت و از لحاظ فیزیکی جذاب بودن و...) نسبت به اهداف درونی (از قبیل رشد شخصی، باروری، سلامت فیزیکی و...) به سلامت و تندرستی ضعیف‌تری وابسته است. تمرکز بر روی اهداف بیرونی با رفتارهای بسیار پر خطر و اندکی سالم همراه است (ویلیامز^۷، ۲۰۰۰: ۹۲). به عنوان مثال، کاسر و ریان^۸ (۲۰۰۶)

2 Beranath et al.

3 Lin & Ball

4 Hawthorne & Tomlin Son

5 Gary et al.

6 Koestner, Bernieri, Zukerman

7 Williams

دریافتند که بالاتر گرفتن اهداف بیرونی نسبت به اهداف درونی یقیناً با افسردگی، خودشیفتگی، تاثیر منفی و علائم مرض فیزیکی در ارتباط است و به طور منفی با خودشکوفایی، سرزندگی و تاثیر مثبت مرتبط می‌باشد (کاسر و ریان، ۲۰۰۶: ۴۸). لذا با توجه به جایگاه ویژه‌ای که خودکنترلی در بیماری دیابت دارد و اهمیت رفتارهای خودمراقبتی در کاهش عوارض ناشی از این بیماری، فرضیه سوم تحقیق عبارت است از:

فرضیه سوم: خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تاثیرگذار است.

تعریف مفاهیم تحقیق

ابتلا به دیابت: دیابت دو نوع زیر را شامل می‌باشد:

دیابت نوع ۱: اغلب جوانان لاغر، کودکان و نوجوانان به آن مبتلا می‌شوند. در بدن آنها انسولین یا اصلاً ساخته نمی‌شود و یا به مقدار بسیار ناچیز تولید می‌شود و در نتیجه باید انسولین تزریق کنند حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد دیابتی‌ها را این گروه تشکیل می‌دهند.

دیابت نوع ۲: اغلب این دیابتی‌ها چاق و مسن هستند. این افراد با رژیم غذایی مناسب و بدون تزریق انسولین می‌توانند برای مدتی مورد مداوا قرار گیرند، زیرا در بدن این نوع دیابتی‌ها ابتدا به اندازه کافی انسولین ساخته می‌شود. این نوع دیابتی‌ها بدون استثناء باید وزن خود را کاهش دهند تا انسولین بدنشان دوباره اثر گذشته را باز یابد. ناگفته نماند که در این گروه احتمال نیاز به درمان و انسولین در مراحل بعدی وجود دارد. بررسی‌ها نشان می‌دهد که در ایران بیش از دو میلیون مبتلا به دیابت وجود دارد.

آموزش: منظور از آموزش فعالیتی است که در خدمت پرورش و یادگیری قرار دارد. بنابراین آموزش ابزار پرورش و یادگیری است. آموزش در این مطالعه به صورت فعالیت‌ها یا اقداماتی تعریف می‌شود که طوری طراحی می‌شوند که هدف آنها سهولت بخشیدن یا کمک کردن به یادگیری در جهت بهبود شرایط است.

خود مراقبتی: خودمراقبتی، عملی است که در آن، هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می‌کند تا به طور مستقل از سلامت خود مراقبت کند، منظور از به طور مستقل، تصمیم‌گیری درباره خود و با اتکا به خود است. البته این تصمیم‌گیری می‌تواند شامل مشورت و کسب کمک تخصصی یا غیرتخصصی از دیگران (چه متخصص، چه غیرمتخصص) نیز باشد، خودمراقبتی، فعالیتی است که مردم برای تأمین، حفظ و ارتقای سلامت خود انجام می‌دهند. در تعریف خودمراقبتی، سه ویژگی مستتر است:

(الف) رفتاری است داوطلبانه؛

(ب) فعالیتی است آموخته شده؛

(ج) حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان (رویانی و همکاران، ۱۳۹۵).

سبک زندگی: سبک زندگی، شیوه زندگی فرد است و عواملی هم چون ویژگی‌های شخصیتی، تغذیه، ورزش، خواب، مقابله با استرس، حمایت اجتماعی، و استفاده از دارو را شامل می‌شود. با ارزیابی سبک زندگی افراد می‌توان میزان موفقیت‌های فردی و اجتماعی آنان را در زندگی مورد ارزیابی و بررسی قرار داد (کوکرها^۹، ۲۰۰۸: ۳۰).

روش تحقیق

این تحقیق از لحاظ هدف کاربردی، از لحاظ ماهیت توصیفی-همبستگی و از لحاظ روش پیمایشی است. جامعه آماری این تحقیق را، زنان و مردان ۱۸ تا ۳۶ سال عضو انجمن دیابت ایران (ادا) تشکیل می‌دهند که با توجه به اعلام رئیس انجمن دیابت ایران تعداد ۲۱۷۰ نفر دیابتی ۱۸ تا ۳۶ سال عضو این انجمن می‌باشند. با استفاده از فرمول کوکران، با سطح اطمینان ۹۵ درصد، احتمال خطای ۰/۰۵ درصد و با این فرض که ۵۰ درصد از جمعیت پاسخ یکسانی بدهند، حجم نمونه ۲۰۵ نفر برآورد می‌شود. برای نمونه‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. به منظور گردآوری اطلاعات از پرسشنامه محقق

ساخته استفاده شد. برای بررسی تأثیر آموزش دو بعد ورزش منظم (۴ گویه) و کنترل وزن و تغذیه (۶ گویه) در نظر گرفته شد. برای بررسی خودمراقبتی از ۸ گویه استفاده شد. هم چنین دو بعد روابط اجتماعی (۶ گویه) و خصوصی (۴ گویه) برای بررسی سبک زندگی در نظر گرفته شد. گویه ها در قالب طیف ۵ دجه ای لیکرت از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف تنظیم شد. روایی صوری و محتوایی پرسشنامه بر اساس نظرات کارشناسان دانشگاه و مسئولین سازمان مربوطه بررسی و تأیید شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه بالاتر از ۰/۷ بدست آمد که بیانگر هماهنگی درونی گویه ها و تأیید پایایی پرسشنامه بود. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه با کاربرد نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته های تحقیق

آزمون فرضیه اول: ورزش منظم بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر گذار است.

بر اساس نتایج جدول ۱- بر اساس سطح معنی داری، بین تمایل به ورزش منظم و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت رابطه معناداری وجود دارد. تمایل به ورزش منظم بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم دارد.

جدول ۱- آزمون همبستگی بین تمایل به ورزش منظم و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت

متغیر مستقل: تمایل به ورزش منظم		آزمون همبستگی	
میزان همبستگی	سطح معنی داری	نتیجه	
۰/۱۴۳	۰/۰۴۸	رابطه معنادار ایست	سبک زندگی

آزمون فرضیه دوم: کنترل وزن و تغذیه بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر گذار است.

بر اساس نتایج جدول ۲- بر اساس سطح معنی داری، بین کنترل وزن و تغذیه و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت رابطه معناداری وجود دارد. کنترل وزن و تغذیه بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم دارد.

جدول ۲- آزمون همبستگی بین کنترل وزن و تغذیه بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت

متغیر مستقل: کنترل وزن و تغذیه		آزمون همبستگی	
میزان همبستگی	سطح معنی داری	نتیجه	
۰/۲۲۳	۰/۰۰۱	رابطه معنادار است	سبک زندگی

آزمون فرضیه سوم: خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر گذار است.

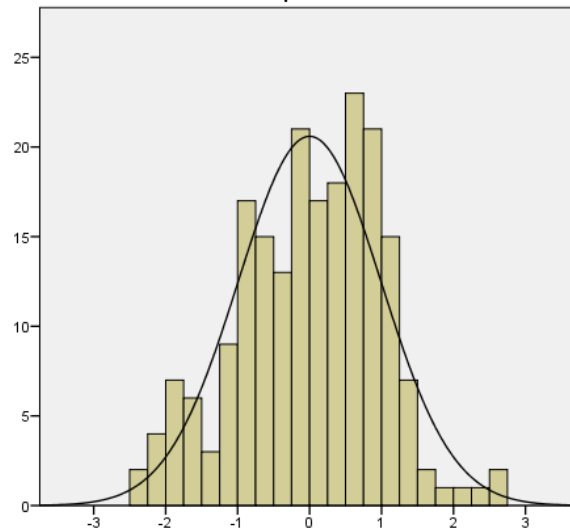
بر اساس نتایج جدول ۳- بر اساس سطح معنی داری، بین خود مراقبتی و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت رابطه معناداری وجود دارد. خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم دارد.

جدول ۳- آزمون همبستگی بین خود مراقبتی و سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت

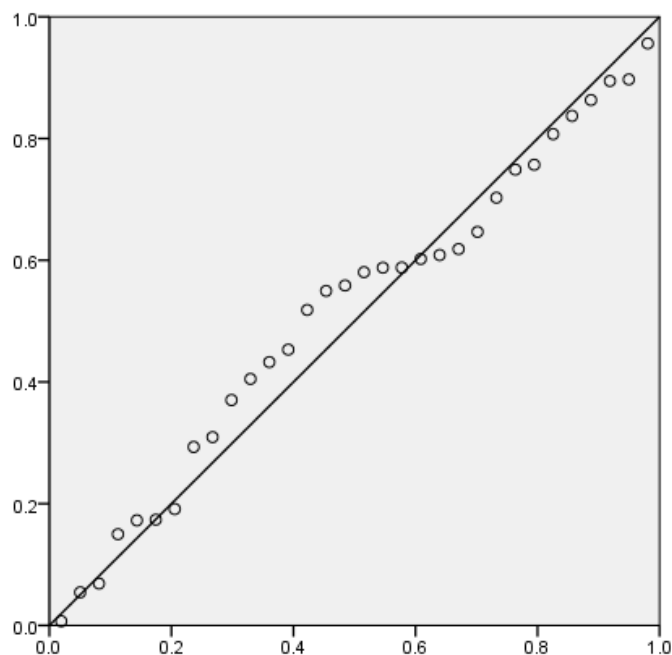
متغیر مستقل: خودمراقبتی		آزمون همبستگی	
میزان همبستگی	سطح معنی داری	نتیجه	
۰/۶۳۴	۰/۰۰۰	رابطه معنادار است	سبک زندگی

تحلیل رگرسیون چند متغیره

برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای مورد بررسی در پیش‌بینی سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت از رگرسیون چند متغیره به شیوه همزمان استفاده شده است. بدین منظور در ابتدا مفروضات تحلیل رگرسیون بررسی می‌شود.
نرمال بودن باقیمانده‌ها: با استفاده از نمودار هیستوگرام (نمودار ۱) و نمودار P-P (نمودار ۲) نرمال بودن باقیمانده‌ها بررسی شد که نتیجه نشان دهنده عدم تخطی از این فرض بود.

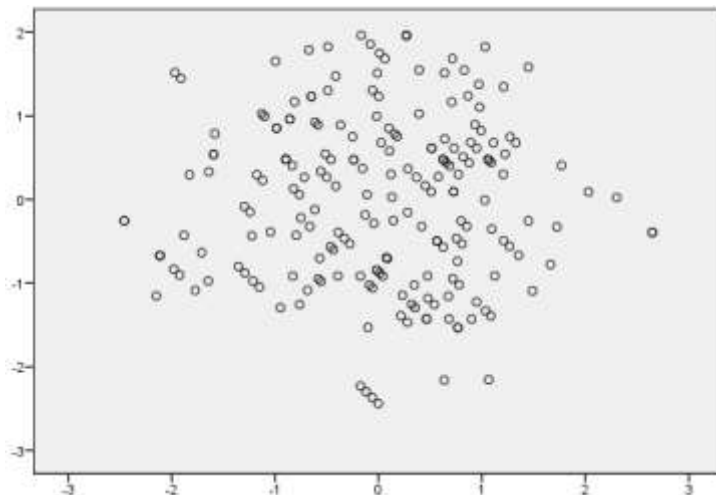


نمودار (۱) نمودار هیستوگرام نمرات باقیمانده سبک زندگی



نمودار (۲) نمودار P-P نمرات باقیمانده سبک زندگی

خطی بودن و یکسانی پراکندگی باقیمانده‌ها: این فرض با استفاده از نمودار پراکنش نمرات پیش‌بینی شده و نمرات باقیمانده‌ها بررسی شده است (نمودار ۳). مشاهده نشدن یک روند مشخص در پراکنش نقاط در صفحه نشان دهنده رعایت این دو پیش فرض بوده است.



نمودار (۳) نمودار پراکنش نمرات باقیمانده سبک زندگی

استقلال باقیمانده ها: برای بررسی استقلال باقیمانده ها از آماره دوربین واتسون استفاده شد که مقدار آن برابر با $2/23$ بود. بنابراین آماره دوربین- واتسون مدل بین $1/5$ و $2/5$ قرار دارد و این نتیجه نشان داد که پیشفرض استقلال باقیمانده ها رعایت شده است.

نبود هم خطی: برای تشخیص وجود هم خطی مقدار شاخص VIF برابر $3/92$ و مقدار شاخص تحمل برابر با $0/25$ است. بر طبق ملاک مقدار شاخص VIF کوچکتر از 10 و مقدار شاخص تحمل بزرگتر از $0/1$ است. نتایج نشان می‌دهد که بین متغیرهای پیش بین همبستگی های بزرگ وجود ندارد و هم خطی جدی مشهود نیست.

با توجه به نتایج جدول شماره ۴، متغیر تمایل به کنترل وزن و تغذیه و خودمراقبتی، دارای تأثیر معنادار بر سبک زندگی هستند (آماره t بزرگتر از $1/965$ و سطح معناداری کوچکتر از $0/05$). ولی متغیر تمایل به ورزش منظم در مدل معنادار نمی باشد. مقدار ضریب تعیین تعدیل شده مدل مورد استفاده حدود 41 درصد در جامعه آماری می‌باشد که نشان می‌دهد حدود 41 درصد از تغییرات متغیر وابسته به وسیله متغیرهای مستقل قابل توضیح است. از بین متغیرهای مورد بررسی، ضریب خودمراقبتی $0/79$ می‌باشد و نشان دهنده این است که تأثیرگذارترین متغیر در پیش بینی سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت می‌باشد.

جدول (۴) آزمون رگرسیون چندگانه

متغیر	ضرایب	خطای استاندارد	آماره t	سطح معناداری
مقدار ثابت	۱۷/۰۸	۶/۶۴	۶/۴۸	۰/۰۰۰
تمایل به ورزش منظم	۰/۱۳۷	۰/۱۳۲	۱/۰۳	۰/۳۰۳
تمایل به کنترل وزن و تغذیه	۰/۶۳۵	۰/۰۹۲	۲/۶۵	۰/۰۱۹
خودمراقبتی	۰/۷۹۱	۰/۰۷۲	۱۱/۰۲	۰/۰۰۰
آماره F		۴۶/۳۹	ضریب تعیین	۰/۴۱
سطح معناداری آماره F		۰/۰۰۰	ضریب تعیین تعدیل شده	۰/۴
دوربین واتسون			$2/23$	

بحث و نتیجه گیری

بر اساس سطح معنی داری، تمایل به ورزش منظم بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم داشت. یعنی با افزایش تمایل به ورزش منظم، سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت سبک زندگی بهبود می‌یابد.

هم چنین بر اساس سطح معنی‌داری، کنترل وزن و تغذیه بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم داشت. یعنی با افزایش کنترل وزن و تغذیه، سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت سبک زندگی بهبود می‌یابد.

در تبیین این دو یافته تحقیق می‌توان گفت؛ آموزش، فرآیندی پویا و یاریگر است. در آگاهی بخشی، تغییر نگرش و ایجاد اعتماد به نفس نقشی انکار ناپذیر دارد و می‌تواند منجر به تغییر در سبک زندگی و ارتقای کیفیت آن شود. بهبود کیفیت سبک زندگی بیماران دیابتی، یکی از اهداف اصلی کنترل بیماری دیابت است. آموزش منسجم به بیمار، کیفیت سبک زندگی بیماران دیابتی و کنترل متابولیسمی آن‌ها را ارتقا می‌دهد و عوارض روانی و جسمانی بیماری را کاهش می‌دهد. یکی از موضوعاتی که سبب افزایش کیفیت زندگی بیماران می‌گردد 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 (عطایی و همکاران، ۲۰۱۳: ۳۱). در مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۳۸۹) در زمینه ارتقای کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت نشان دادند که کیفیت زندگی عمومی بیماران مبتلا به دیابت بعد از انجام آموزش خودمراقبتی افزایش یافته است (تقدیسی و همکاران، ۱۳۸۹: ۹). مطالعه برینس و همکاران^{۱۰} (۲۰۰۹) نیز نشان داد که شرکت در برنامه آموزشی در بین بیماران مبتلا به دیابت سبب افزایش عملکرد در آنها می‌گردد (برینس و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات متعدد دیگر (لین و بال^{۱۱}، ۲۰۰۷؛ هاوترون و توملین سان^{۱۲}، ۲۰۰۷؛ گری و همکاران^{۱۳}، ۲۰۰۳) نیز نشان داده است که آموزش‌های داده شده به بیماران دیابتی به شیوه‌های گوناگون سبب کاهش وزن، یا به عبارتی سبب بهبود نمایه همگلوبین در قند خون ناشتا و وضعیت متابولیسمی در بیماران دیابتی شده است. در این راستا تغییرات شیوه زندگی مربوط به چاقی، رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت‌های بدنی نقش اصلی را در پیشگیری و درمان دیابت بازی می‌کند. نتایج مطالعه سعیدپور و همکاران (۱۳۹۲) در زمینه بررسی تأثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی نشان داد که در گروه مداخله میانگین تغییرات کیفیت زندگی بود بنابراین تفاوت آماری معنی‌داری مشاهده شد. نتایج مطالعه فولادوندی و همکاران (۱۳۹۳) نیز تفاوت معنی‌داری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بعد از مداخله جهت آموزش به آنها نسبت به قبل از مداخله نشان داد. پژوهش تقی زاده و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد آموزش و اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو مؤثر بوده است.

بر اساس سطح معنی‌داری، خود مراقبتی بر سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تأثیر مستقیم داشت. یعنی با افزایش خود مراقبتی، سبک زندگی افراد مبتلا به دیابت تحت تأثیر قرار گرفته و کیفیت سبک زندگی بهبود می‌یابد.

در تبیین این یافته تحقیق می‌توان گفت؛ مطالعات مختلف نشان داده که افرادی که گرایش خودمراقبتی بالایی دارند، دلایل درون‌سازی شده بیشتر، درک شایستگی بیشتر برای تغییر رفتار سلامت و همچنین موفقیت بیشتر در حفظ وادامه تغییر رفتار دارند. بنابراین آنها خودمختاری بیشتری برای سعی در ترک سیگار و یا کاهش چاقی داشته و به نوبه خود احساس شایستگی بیشتری برای تغییر خواهند داشت (ویلیامز و همکاران^{۱۴}، ۲۰۰۲: ۹۰). افراد دارای گرایش خودمراقبتی بالا تمایل بیشتری به نشان دادن رضایت، اطمینان، شادی و اعتماد دارند آغازگری و پایداری (دسی و همکاران^{۱۵}، ۲۰۰۵)، سلامت فیزیکی و روانی و تداوم دستورات تجویز شده دارند. تحقیقات نشان داده است که سطح بالای گرایش خودمراقبتی با سطوح بالای عزت نفس، رشد خود و یکپارچگی شخصیت مرتبط می‌باشد. در واقع زمانی که افراد خود را عامل اصلی اعمالشان می‌دانند و در راستای سیستمی درونی از نیازها و ارزش‌ها عمل می‌کنند، خود ارزشمندی بالایی خواهند داشت (هادگینز و همکاران^{۱۶}، ۲۰۰۷) نیز همبستگی مثبت بین گرایش خودمراقبتی و عزت نفس و علایم انگیزشی جهت بهبود کیفیت سبک زندگی نشان می‌دهند. تحقیق در زمینه خود مراقبتی نشان می‌دهد که نتایج و پیامدهای مثبت بیشتر با سبک انگیزش حامی خود مختاری مرتبط

10 Beranath et al.

11 Lin & Ball

12 Hawthorne & Tomlin Son

13 Gary et al.

14 Willams et al.

15 Deci et al.

16 Hodgin et al.

است تا سبک کنترلی، از قبیل پیامدهای بهزیستی فرد و عملکرد و یادگیری بهتر (کارلوس لوکا و همکاران^{۱۷}، ۲۰۰۷: ۱۸)، ریان و دسی^{۱۸} (۲۰۰۴) معتقدند اگر چه انگیزش درونی به عنوان یک تمایل طبیعی تلقی می‌شود اما این تمایل تحت شرایط خاصی شکوفا خواهد شد. آن ساختارها و رویدادهای بیرونی که در طول انجام یک عمل احساس شایستگی و استقلال را در فرد ایجاد می‌نمایند، افزایش‌دهنده انگیزش درونی برای انجام آن عمل می‌باشند و افزایش انگیزش خودمراقبتی بیماران دیابتی با افزایش شایستگی درک شده ارتباط دارد که آن نیز به نوبه خود ارتباط مهمی با افزایش کیفیت سبک زندگی این بیماران نشان می‌دهد. زیرا بیماران خود را شایسته درک خواهند کرد وقتی که احساس کنند توانایی رسیدن به نتایج مهم (نتایج تندرستی) را دارند (ویلیاس و همکاران^{۱۹}، ۲۰۰۴: ۹۸). دسی و ریان (۲۰۰۵) این مطلب را بیان می‌کنند که رفتارهای هدفمندی که با سیستم ارزشی فرد آمیخته هستند حتی زمانی که خود، راضی‌کننده نباشند، موجب افزایش خرسندی می‌شوند، درواقع پیوند قوی‌تری را بین خودمراقبتی و رضایت از زندگی قائل شد. در واقع توانایی فرد در انجام فعالیت‌های خودمراقبتی، احساس رضایت ایجاد کرده و مکرراً، تبعیت دایمی به خاطر افزایش کارآمدی فردی باعث کنترل بهتر دیابت شده و در نتیجه نشانه‌های وابستگی به دیابت کاهش می‌یابند و این موضوع، منجر به بهبود سطح درک فرد دیابتی شده و باعث رضایت بیشتر از زندگی می‌شود و این با نظریه گری، بولند و دیگران به نقل از سنکال و همکاران (۲۰۰۸) که اعلام می‌دارند نوجوانانی که سطح خودکارآمدی دیابتی بالایی دارند، رضایت بیشتری از کیفیت زندگی‌شان داشته و با موفقیت بیشتری از عهده دیابت خود برآمدند و سطح افسردگی کمتری داشتند، همخوانی دارد. بررسی اثر مشترک رفتار خودمراقبتی و رضایت از زندگی که باعث افزایش نیروی اقدامی با هدف دستیابی به پیامدهای مهم سلامتی می‌شود، دارای اهمیت است. تحقیقات نشان می‌دهند که رفتار خودمراقبتی از منبع علیت درونی ناشی می‌شود و افرادی که باور دارند سلامت تابع رفتار شخصی است (منبع درونی علیت) برای سلامت و تندرستی خود احساس مسئولیت بیشتری نشان می‌دهند (مانند انجام رفتارهای پیشگیرانه از قبیل رعایت عادات غذایی خوب و انجام دادن معاینات پزشکی). همچنین افسردگی، بدبینی، سبک کنار آمدن ناسازگارانه، اضطراب، عادات سلامت ضعیف و سوء مصرف مواد و عزت نفس پایین با سطح پایین خودمراقبتی و در نتیجه کاهش کیفیت سبک زندگی مرتبط بوده است (آندرجز و همکاران^{۲۰}، ۲۰۰۳: ۱۰۱). در بین مطالعات داخلی نیز نتایج مطالعه شمس و همکاران (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش خود مراقبتی در افراد مبتلا به دیابت سبب افزایش بهبود کیفیت زندگی اختصاصی می‌گردد. جلیلیان (۱۳۹۱) نتیجه گرفت که نقش اجرای برنامه آموزشی بر افزایش میزان خود مراقبتی در بیماران دیابتی مثبت بوده و به نظر می‌رسد که اجرای این گونه برنامه‌ها می‌تواند نقش موثری در درمان و پیشگیری از عوارض دیابت داشته باشد. شهباز و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه‌ای نشان دادند که اجرای برنامه خودمراقبتی موجب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در این بیماران می‌شود. خردمند و همکاران (۱۳۹۱) نشان دادند که بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، با بهره‌گیری از روش‌های اصلاح رفتارهای نامناسب، نگرش خود را نسبت به زندگی و سبک زندگی تغییر می‌دهند.

منابع

۱. بزازیان، رضا و بشارت (۱۳۸۸). مقایسه هوش هیجانی با سلامت روانی و جسمانی مشاغل مختلف. فصلنامه روان شناسی کاربردی. سال ۳ (۹): ۲۷-۲۰.
۲. تقدیسی، محمد و همکاران (۱۳۸۹). تاثیر برنامه‌های آموزشی بر کیفیت زندگی ر بیماران دیابتی نوع دو، مجله علوم پزشکی گرگان، ۱۳ (۱): ۳۶-۴۴.
۳. تقی زاده، محمد احسان؛ زهرا بیگلی؛ طیبه محتشمی (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش برنامه اصلاح رفتار در سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو، روانشناسی سلامت، ۳ (۹): ۳۰-۴۵.

17 Carlos Roca et al.

18 Ryan and Deci

19 Willias et al.

20 Andrejs et al.

۴. جلیلیان، فرزاد، فاضل، زینت مطلق، مهناز صلحی (۱۳۹۱). بررسی تأثیر اجرای برنامه آموزشی بر افزایش خودمراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو، مجله علوم پزشکی ارومیه، ۲(۴): ۱۲-۱۸
۵. خردمند، علی؛ رنجبرزاده، اکبر؛ حسن پور، کاظم؛ بیدی، فاطمه (۱۳۹۱). اثربخشی برنامه آموزشی بر دانش، نگرش، خودمراقبتی و کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع دو، مجله علوم پزشکی سبزوار، ۱۹(۴): ۳۳۶-۳۴۴
۶. درویش پور، علی و عابد سعیدی، ژیال (۱۳۹۲). بررسی عوامل مرتبط با کیفیت زندگی وابسته به سلامت سالمندان شهر تهران، نشریه علمی - پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۳(۸۲): ۱-۸
۷. سعیدپور، جلال (۱۳۹۲) بررسی تاثیر آموزش خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران دیابتی، مدیریت سلامت، ۱۶(۵۲): ۳۶-۲۶
۸. شجاعی زاده، داوود؛ استبصاری، فاطمه؛ اعظم، کمال؛ باطبی، عزیزاله؛ مصطفایی، داوود (۱۳۸۴) مقایسه عوامل موثر بر سبک زندگی بیماران دیابتی نوع دو با افراد سالم بیمارستان شهید رجایی تنکابن در سال ۱۳۸۴، مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، ۱۶(۲): ۷۱-۸۵
۹. شمس، شمس‌الدین و همکاران (۱۳۹۴) بررسی تأثیر بسته آموزشی خود مراقبتی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت مراجعه‌کننده به انجمن دیابت ارومیه، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۳(۷۵): ۸۳۶-۸۶۸
۱۰. شهباز، اعظم؛ معصومه همتی مسلک پاک؛ رحیم نژاد رحیم؛ حمیدرضا خلخالی (۱۳۹۵). تأثیر اجرای برنامه خود مراقبتی بر اساس الگوی اورم بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به زخم پای دیابتی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۴(۷۵): ۱۱۷-۱۰۸
۱۱. فولادوندی، معصومه و همکاران (۱۳۹۳) تاثیر آموزش مدیریت تنش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، مدیریت ارتقای سلامت، ۳(۲): ۱۶-۲۴
12. Andrejs R, Ozolin ULF, Stenstorm B, (2003). Validation of health locus of control patterns in swedish adolescents. *J Art excerpt*. (38):651-7
13. Atae 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.
14. Beranath C. (2009). The health belief model applied to glycemic control. *Diabetes Educ*;21(4):321-329
15. Berg.H.C , Elena O.B . (1991). complex patterns formed by motile cells of *Escherichia coli*. *Nature* 349.630-633 14 february 1991
16. Cockerham, W. (2008). *Social Causes of Health and Illness*, London: Polity Press
17. Carlos Roca J, Gagne M. (2007). Understanding e-learning continuance intention in the workplace: A self-determination theory perspective. *comput hum behav*. (24):1585-604 .
18. Deci EL, Ryan RM. (2005). The general Causality orientations scale: Self-determination in personality. *J Res Pers*.3(19):109-34
19. Hodgin SH, Brown AB, Carver B. (2007). Autonomy and control motivation and self-esteem. *Psychology press: Self and Identity*. (6):189-208 .
20. Kesser T, Ryan RM. (2006). Further examining the American dream: Differential Correlates of intrinsic and extrinsic goal. *Pers Soc Psychol Bull*. (22):280-7 .
21. Koestner R, Bernieri F, Zuckerman M. (2002). Self-regulation and health-risk behaviors in adolescents behaviors. *Pers Soc Psychol Bull*. 1992;(18):52-59
22. Ryan RM, Deci EL. (2004). Intrinsic and wxtrinsic motivation: Classic definitions and new directions. *Contemp Educ Psychol*. (25):54-67 .
23. Williams C, Cox M, Hedbrg A, Deci E. (2000). Extrinsic life goals health-risk behaviors in adolescents. *J appl Soc Psychol*. 30(8):1765-71

24. Willams C, Minicucci D, Kouides R, Levesque CH, Chrikov V, Ryan RM, Deci E. (2002). Self-determination, Smoking, diet and health. *Health Educ Res.* 3(17):512- 21
25. Willias CG, McGregor H, Sharp D, Levesque C, Kouides R, Ryan RM, Deci E. (2004). Testing a self- determination theory process model for promoting glycemic control theory diabetes self-mangement. *Health Psychol.* 32(1):58-66 .