

بسمه تعالی



دانشکده علوم پزشکی ساوه  
معاونت پژوهش

فرم پیش نویس طرح پژوهشی  
(PROPOSAL)

عنوان طرح: اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و کنترل قندخون بیماران دیابتی

نام و نام خانوادگی طرح دهندگان :  
محمود کریمی، مرضیه عربان، فرشته زمانی علویجه

گروه: مرکز عوامل اجتماعی موثر بر سلامت

## قسمت دوم - خلاصه مشخصات طرح

عنوان طرح: اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و کنترل قندخون بیماران دیابتی

گروه:

مدیر اجرایی طرح: دکتر محمود کریمی

مدت اجرا:

محیط پژوهش: دانشکده علوم پزشکی ساوه

خلاصه ضرورت اجرا و اهداف کاربردی طرح:

دیابت همواره به عنوان یکی از تهدیدکننده های اصلی سلامت در جهان معاصر بوده که به سرعت رو به افزایش نهاده و

امروزه به یکی از معضلات مهم در سلامتی و علت اصلی مرگ و میر و ناتوانی و ابتلا به سایر بیمارهای مزمن همانند سکت قلبی و نارسایی کلیوی تبدیل شده به یک چالش پر اهمیت جهانی تبدیل شده است، که در صورتی که اقدام مناسبی جهت پیشگیری، کنترل و درمان مناسب آن صورت نگیرد، محدودیت ها و معضلات بیشماری را برای جمعیت رو به تزاید و افراد در معرض خطر، به وجود خواهد آورد. با توجه به افزایش امید به زندگی در ایران و تغییر سبک زندگی، تردیدی نیست که شیوع موارد دیابت به طور روز افزونی در حال افزایش است. لذا بایستی تدابیر و برنامه هایی موثر برای پیشگیری و کنترل دیابت و عوارض آن طراحی و اجرا شود.

یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا به دیابت استرس می باشد. مطالعات مختلف نشان داده اند که استرس و فشار روانی در ایجاد، تشدید و مزمن شدن دیابت نقش مهمی دارد. استرس نقش دوگانه علت و معلول را در رابطه با بیماری دیابت ایفا می کند. بعبارت بهتر استرس را هم میتوان یکی از عوامل ایجاد کننده و هم یکی از پیامدهای دیابت دانست. مقابله سازگارانه با استرسهای مرتبط با بیماریهای مزمنی همچون دیابت آسان نیست و بسیاری از بیماران با مشکلات زیادی رو به رو میشوند، زیرا مدیریت این بیماری تمام جنبه های زندگی شخصی اعم از تغذیه، ورزش، شغل، تفریح و زندگی خانوادگی و اجتماعی را تحت تأثیر قرار میدهد.

دیابت یک بیماری پر تنش است و مواردی چون افزایش و کاهش شدید قند خون، احساس شکست و ناامیدی به دلیل جدال با بیماری و برنامه ریزی درمان آن، احساس خوب بودن روحی و اجتماعی بیماران تحت تأثیر قرار می گیرد. این تنش های عاطفی و روحی بر سلامت عمومی و احساس خوب بودن و کیفیت زندگی بیماران اثرات منفی دارد. با توجه به تأثیر استرس بر کیفیت زندگی بیماران مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش

بر اساس تئوری شناختی اجتماعی بر کنترل قند خون و کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام می شود. و با توجه به اینکه در مدیریت استرس و کاهش آن هم خودکارآمدی فردی و هم برخورداری از حمایت اجتماعی مؤثر می باشد از تئوری شناختی اجتماعی که هر دوی این سازه ها را در کنار هم دارد استفاده می گردد با امید آن که گای در جهت ارتقای سلامت و کیفیت زندگی بیماران برداشته شود.

خلاصه روش اجرای طرح :

مطالعه حاضر در دو بخش انجام خواهد شد، در مرحله اول یک مطالعه مقطعی - تحلیلی جامع جهت تعیین توان پیش گویی کنندگی سازه های شناخت اجتماعی در خصوص عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی در بیماران انجام می شود. در این مرحله همه بیماران در مطالعه شرکت خواهند کرد و پرسشنامه های مورد نظر را تکمیل خواهند کرد. بر اساس این نیاز سنجی انجام شده در این مرحله، محتوی آموزشی مناسب طراحی خواهد شد. با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شده اطلاعات اولیه از نمونه های پژوهش اخذ، برنامه آموزشی برای گروه تجربی، تدوین و اجرا خواهد شد. سپس در مرحله دوم که یک مطالعه نیمه تجربی شاهددار می باشد، افرادی که شرایط ورود به مطالعه را دارا باشند به روش تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم خواهند شد. سپس نمونه ها به مدت ۴ ماه مورد پیگیری قرار گرفته و در نهایت ۴ ماه بعد از مداخله آموزشی اطلاعات مجدداً با همان پرسشنامه اولیه جمع آوری و داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل خواهد شد. ابزار مورد استفاده در این مطالعه، شامل پرسشنامه های استرس ادراک شده کوهن، راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر، پرسشنامه های خودمراقبتی دیابت *Toobert* و *Glasgow*، کیفیت زندگی منتظری و همکاران، خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسنی و همکاران، حمایت اجتماعی درک شده زیمت و همکاران و نگرش خود مراقبتی برهانی دیزجی که همگی در ایران روا و پایا شده اند استفاده خواهد شد.

#### خلاصه هزینه ها

هزینه پرسنلی	۱۷۵۰۰۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	..... ریال
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	۴۰۵۲۵۰۰۰ ریال	هزینه های دیگر	۵۰۰۰۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۱۵۸۰۰۰۰۰ ریال	..... ریال	..... ریال
هزینه وسایل غیر مصرفی	..... ریال	جمع کل	۷۸۸۲۵۰۰۰ ریال

## قسمت سوم - اطلاعات مربوط به عوامل اجرایی طرح

توجه: چنانچه طرح دهنده بیش از یک نفر باشد لازم است هر کدام از ایشان بطور جداگانه این قسمت را تکمیل نمایند.

نام و نام خانوادگی طرح دهنده: محمود کریمی

رتبه علمی:

محل خدمت:

نشانی محل خدمت:

تلفن محل خدمت:

نشانی پست الکترونیک:

نشانی یا تلفن برای دسترسی سریع و پیامهای فوری:

در صورتیکه طرح دهنده دارای سمتهای اجرایی در داخل یا خارج محیط دانشگاه میباشد جدول زیر را تکمیل نمایند

عنوان سمت	نشانی محل کار	تاریخ شروع فعالیت در این سمت	تلفن محل کار

درجات علمی و سوابق تحصیلی طرح دهنده به ترتیب از لیسانس به بعد ذکر گردد

درجه تحصیلی	رشته تحصیلی و تخصصی	دانشگاه یا محل تحصیل	کشور	سال دریافت

آیا تا کنون دوره های روش تحقیق را گذرانده اید؟ بلی -- خیر -- در صورت پاسخ مثبت، جدول زیر را تکمیل فرمایید.

سطح دوره و نوع آموزشهای ارائه شده	تاریخ	محل برگزاری دوره

سابقه طرحهای تحقیقاتی که طرح دهنده قبلا در آن همکاری داشته و یا هم اکنون در حال اجرا دارد، ذکر شود.

عنوان طرح	محل اجرا	مدت اجرا	وضعیت طرح	نوع همکاری	تعداد مقاله
-----------	----------	----------	-----------	------------	-------------

معاونت پژوهشی

استخراج شده در مجلات معتبر					

مشخصات همکاران اصلی طرح :

ردیف	نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری ( باید قید شود)
	مرضیه عربان	هیات علمی	استادیار	
	فرشته زمانی	هیات علمی	دانشیار	

## اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و کنترل قندخون بیماران دیابتی

### *Effectiveness of Stress Management Training on Blood Glucose Control and quality of life in Diabetic Patients*

#### بیان مسئله و ضرورت اجرای طرح :

در قرن ۲۱، روند صنعت گرایی افزایش یافته و به دنبال آن، افزایش طول عمر، پیر شدن جمعیت، کاهش شیوع بیماریهای عفونی و بهبود مراقبتهای بهداشتی درمانی و شیوه نامناسب زندگی سبب افزایش شیوع بیماریهای مزمن در دنیا شده است (۱). از این میان یکی از شناخته شده ترین بیماری های مزمن در سراسر دنیا دیابت است (۲). دیابت همواره به عنوان یکی از تهدیدکننده های اصلی سلامت در جهان معاصر بوده که به سرعت رو به افزایش نهاده و به یک چالش پر اهمیت جهانی تبدیل شده است. (۳). این بیماری به علت شمار بالای افراد درگیر و عوارض مرتبط با آن، نیازمند توجه فوری می باشد (۴). هر چند انتظار میرود در مجموع، بیماریهای واگیر دار کاهش یابد، همانطور که اشاره شد، پیش بینی می شود که مرگ از بیماریهای غیر واگیردار از ۲۸/۱ میلیون مورد در سال ۱۹۹۰ به ۴۹/۷ میلیون مرگ در سال ۲۰۲۰ میلادی صعود کند که با ۷۷ درصد افزایش در رقم مطلق همراه خواهد بود. از دیدگاه نسبی انتظار می رود که سهم مرگ از بیماریهای غیر واگیردار نسبت به کل مرگ ها از ۵۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۷۳ درصد در سال ۲۰۲۰ میلادی افزایش یابد. این رقم جهانی - که به اندازه کافی تکان دهنده است (۵). در هند، پیش بینی می شود که مرگ از بیماریهای غیر واگیردار دو برابر شده و از ۴ میلیون به حدود ۸ میلیون در سال برسد و حال آنکه مرگ از بیماریهای واگیردار از حدود ۵ میلیون به ۳ میلیون در سال خواهد رسید. در کل کشورهای در حال توسعه، مرگ ناشی از بیماریهای غیر واگیردار به احتمال افزایش یافته و از ۴۷ درصد از بار بیماریها به حدود ۷۰ درصد برسد (۶، ۷). بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی تعداد افراد مبتلا به دیابت در دنیا در دهه قبل ۳۰ میلیون نفر بوده و در ده ی حاضر ۱۷۰ میلیون نفر و در سال ۲۰۳۰ در حدود ۳۶۶ میلیون نفر برآورد شده است (۸-۱۰). میزان متوسط شیوع دیابت در کشورهای در حال توسعه، سریع تر از کشورهای در حال توسعه، در حال افزایش است (۱۷۰٪ در مقابل

۴۲٪). به عبارتی بین سال های ۱۹۹۵ و ۲۰۲۵، تعداد دیابتی ها در کشورهای صنعتی از ۵۱ میلیون نفر به ۷۲ میلیون نفر خواهد رسید که این مقدار در کشورهای در حال توسعه، از ۸۴ میلیون نفر به ۲۲۸ میلیون نفر افزایش خواهد داشت (۱۱، ۱۲). در واقع در سال ۲۰۲۵، تقریباً ۷۵٪ موارد مبتلایان به دیابت، در کشورهای در حال توسعه زندگی خواهند کرد. اما در ایران که یکی از همین کشورهای در حال توسعه به شمار می رود، شیوع دیابت در جمعیت بالای سن ۳۰ سال، حدود ۱۰/۶٪ تخمین زده شده است (۱۱، ۱۲) بر اساس آمارهای سازمان جهانی بهداشت، تعداد بیماران مبتلا به دیابت نو 2 در ایران در سال ۲۰۰۰ حدود ۹۷۷۰۰۰ نفر بود که پیش بینی شده است این رقم در سال ۲۰۲۵ به ۵۲۱۵۰۰۰ نفر برسد (۱۳).

از دلایل دیگر مورد توجه در بیماری دیابت هزینه بسیار هنگفت و بار مالی، سرسام آور آن است که واجد اهمیت بیشتری است. بار اقتصادی دیابت در کانادا در سال ۲۰۱۰ حدود ۲۰۳ میلیارد دلار بوده و برآورد شده این رقم تا سال ۲۰۲۰ به ۴۰۷ میلیارد دلار برسد. از این رو، دیابت یک معضل اقتصادی نیز می باشد. در آمریکا، کل هزینه های اقتصادی مربوط به دیابت، بالغ بر ۱۷۴ میلیارد دلار در سال (۲۰۰۷) گزارش شده است. از این رقم، ۱۱۶ میلیارد مربوط به هزینه های مستقیم (طبی) و ۵۸ میلیارد مربوط به هزینه های غیرمستقیم بوده است (۱، ۱۴).

یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا به دیابت استرس می باشد. مطالعات مختلف نشان داده اند که استرس و فشار روانی در ایجاد، تشدید و مزمن شدن دیابت نقش مهمی دارد (۱۵). استرس نقش دوگانه علت و معلول را در رابطه با بیماری دیابت ایفا می کند. بعبارت بهتر استرس را هم میتوان یکی از عوامل ایجاد کننده و هم یکی از پیامدهای دیابت دانست (۱۶). استرس از یک طرف موجب افزایش گلوکز و در نتیجه افزایش هموگلوبین گلیکولیزه ( $HbA1C$ ) شده و از سوی دیگر ابتلا به دیابت و پیامدهای ناشی از آن باعث افزایش استرس در بیماران دیابتی و باعث بروز سایر اختلالات جسمانی، رفتاری و روانی میگردد (۱۷، ۱۸). نتایج پژوهش Eren، نشان داد که افراد مبتلا به دیابت نسبت به کسانی که دیابت ندارند استرس و اضطراب بیش تری دارند (۱۷). نتایج پژوهش برادلی بر روی بیماران دیابتی نشان داد که که حوادث استرس زا در زندگی باعث ایجاد مشکلاتی در اداره و کنترل مؤثر دیابت می شود (۱۸).

محققان نشان داده اند که بیماری دیابت بر روابط اجتماعی، زناشویی، خانواده و شغل اثر گذاشته و عمدتاً کاهش جنبه های مختلف کیفیت زندگی در مبتلایان به دیابت و خانواده ایشان به چشم میخورد (۱۹، ۲۰). کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی در مبتلایان به دیابت نوع ۲ در مقایسه با مبتلایان به دیگر بیماریهای مزمن بیشتر

تحت تأثیر واقع می شود. در زمان ارزیابی سطح سلامتی در مبتلایان به بیماریهای مزمن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامتی، یک مفهوم مهم می باشد (۲۱، ۲۲). در یک مطالعه کوهورت مشخص شد که مبتلایان به دیابت کیفیت زندگی پایینی دارند و با توجه به مزمن بودن این بیماری تلاش در جهت بهبود کیفیت زندگی آنان از اهمیت بسیار بالایی برخوردار می باشد. همچنین طی دو دهه گذشته نتایج مطالعات نشان داده اند که هدف اصلی درمان تنها بر طرف کردن علایم و نشانه های فیزیکی بیماری نیست بلکه باید بهبود کیفیت زندگی بیماران نیز مد نظر باشد (۲۳).

یکی از مهم ترین نظریه های تغییر رفتار در زمینه آموزش سلامت که هم عوامل فردی و هم عوامل محیطی را در کنترل رفتار مؤثر می داند نظریه شناخت اجتماعی باندورا می باشد که عملکرد انسان را نتیجه، تعامل متقابل و پویا بین عوامل روان شناختی، محیط فیزیکی، اجتماعی و رفتار می داند. نظریه شناخت اجتماعی که بعنوان اساس تئوریک در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته دارای سازه های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و نگرش است.

خودکارآمدی امروزه در جنبه های مختلف زندگی و سلامت، جایگاه والایی داشته و در چگونگی رویارویی با مشکلات، سلامت روان، تصمیم گیری، مقابله با استرس و افسردگی نقش مهمی دارد. بندورا (۱۹۹۷) خودکارآمدی، را به عنوان باور فرد از اینکه بتواند به طور موفقیت آمیزی تکالیف خاصی را انجام دهد و نتایج مطمئنی از انجام تکلیف بدست آورد را تعریف کرده است (۲۴). به عقیده بندورا، انتظارات ویژه کارآمدی نسبت به سایر انتظارات نقش حیاتی تری در انگیزش و عمل انسان بازی می کند (۲۵). کریمی و همکاران نشان دادند که خودکارآمدی مهمترین پیشگوی انجام رفتار خودمراقبتی در بیماران زن دیابتی بود (۱). حمایت اجتماعی به عنوان یک عامل روانشناسی - اجتماعی می باشد که به عنوان تسهیل کننده رفتار بهداشتی شناخته شده است. محققان نشان دادند که علیرغم اینکه خود مراقبتی رفتار فردی است اما متاثر از حمایت اجتماعی است (۲۶). همچنین مشاهده گردیده هم حمایت اجتماعی عمومی و هم حمایت مربوط به دیابت با پیروی از رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی همبستگی دارد (۲۷). همچنین، حمایت اجتماعی

در دیابت در بهبود توانایی فرد برای ایجاد سبک زندگی سالم و سازگاری با دیابت موثر است (۲۸) **Pereira et al** نشان داد که حمایت اجتماعی بیشترین تأثیر را در کنترل قند خون بیماران دیابتی دارد (۲۹). مطالعات قبلی نشان داده که رابطه معنی داری بین نگرش و رفتارهای بهداشتی وجود دارد و نگرش بیماران دیابتی در مورد بیماری دیابت و چگونگی کنترل آن مهم است. هر چه نگرش فرد نسبت به یک رفتار مطلوب تر باشد، بیشتر احتمال می رود که او



قصد انجام آن رفتار را داشته باشد و بر عکس، هرچه نگرش نسبت به یک رفتار نا مطلوب تر باشد، بیشتر احتمال می رود که وی قصد انجام آنرا نداشته باشد(۱۱).

یکی از مهمترین نظریه ای تغییر رفتار در زمینه آموزش سلامت که عوامل فردی و محیطی را در کنترل رفتار رفتار موثر میداند نظریه شناختی اجتماعی بندورا می باشد که عملکرد انسان را نتیجه تعامل متقابل و پویا بین عوامل روانشناختی، محیط فیزیکی، اجتماعی و رفتار می داند. نظریه شناخت اجتماعی که بعنوان اساس تئوریک در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته دارای سازه های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی و نگرش است(۳۰، ۳۱). بر اساس مطالعات قبلی این تئوری دانش پایه را در مورد مکانیسم های تأثیر گذار محیطی و روانشناختی بیماران روی پذیرش، تبعیت و پیروی از سبک زندگی توصیه شده که ممکن است نتایج کوتاه مدت و بلند مدت دیابت را بهبود بخشند، افزایش داده است. همچنین دستورالعمل هایی را برای محققان در تلاش هایشان به منظور توسعه و گسترش رویکردهای آموزش به بیماران دیابتی برای مناسب شدن بهتر با رفتارهای انسانی فراهم کرده است. این دستورالعمل ها سبب بهبود پذیرش و پیروی از رژیم غذایی و نتیجتاً کنترل دراز مدت دیابت شده است(۳۱، ۳۲).

مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش بر اساس تئوری شناختی اجتماعی بر کنترل قند خون و کیفیت زندگی بیماران دیابتی انجام می شود. و با توجه به اینکه در مدیریت استرس و کاهش آن هم خودکارآمدی فردی و هم برخورداری از حمایت اجتماعی مؤثر می باشد از تئوری شناختی اجتماعی که هر دوی این سازه ها را در کنار هم دارد استفاده می گردد.



## سابقه طرح و بررسی متون :

حمید (۱۳۹۰) مطالعه‌ای با هدف بررسی اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به روش شناختی رفتاری، بر کنترل قند خون و کاهش افسردگی، اضطراب و استرس زنان دیابتی نوع ۲ انجام داد. نمونه پژوهش شامل ۴۶ زن مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که از لحاظ متغیرهای مورد نظر در پژوهش و عدم ابتلا به بیماری‌های دیگر، هم‌تاسازی شده بودند. این افراد به طور تصادفی به دو گروه آزمایش تقسیم شدند. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس و آزمایش هموگلوبین گلیکوزیله بود. گروه آزمایش در یک دوره آموزش مدیریت استرس که طی ۱۲ جلسه ۲ ساعته هفتگی و به شیوه شناختی رفتاری گروهی شرکت نمودند. داده‌های به دست آمده با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری بررسی شدند. یافته‌ها نشان داد، میانگین نمره های هموگلوبین گلیکوزیله پس از مداخله، در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش داشت. هم چنین، میانگین نمره‌های (افسردگی، اضطراب و استرس) پس از مداخله به طور معناداری از گروه کنترل کمتر بود (۳۳).

عباسیان (۱۳۸۹) مطالعه‌ای با هدف تعیین میزان اثر یک مداخله مدرسه محور براساس نظریه شناختی- اجتماعی بر میزان مصرف میوه و سبزی در دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی انجام داد. این مطالعه یک کارآزمایی میدانی تجربی مدرسه محور بود. نمونه‌ها شامل ۲۹۶ دختر دانش‌آموز ۱۰ تا ۱۳ ساله ( ۱۵۷ نفر آزمون و ۱۳۹ نفر شاهد) منطقه ۷ آموزش و پرورش تهران در سال ۸۹ بود. مداخله به صورت آموزش کلاسی و عرضه میوه و سبزی در بوفه مدرسه به مدت ۳ ماه اجرا شد. عوامل شناختی- اجتماعی مرتبط با دریافت میوه و سبزی با تکمیل پرسشنامه، میزان دریافت میوه و سبزی توسط پرسشنامه یادآمد ۲۴ ساعته، پیش و پس از مداخله ۳ ماهه، ارزیابی شد. برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. در پایان مداخله، دریافت روزانه سبزی و میوه در گروه دانش‌آموزان به ترتیب ۰/۶ و ۰/۶۳ واحد و در مقایسه با گروه شاهد بیشتر بود. میزان مصرف در گروه آزمون در پایان مطالعه تغییر معناداری در مقایسه با ابتدای آن نداشت و میزان فراهمی و یادگیری مشاهده‌ای گروه مداخله در پایان مطالعه کاهش پیدا کرده بود. اما میزان آگاهی تغذیه‌ای و خودبسنده‌گی گروه مداخله در مقایسه با شاهد افزایش معناداری پیدا کرد (۳۴).

کریمی شاهنجرینی (۱۳۹۳) مطالعه‌ای با هدف تأثیر برنامه آموزشی مبتنی بر تئوری شناختی- اجتماعی بر افزایش مصرف میان وعده‌های با ارزش در کودکان ۱ تا ۵ ساله همدان انجام داد. مطالعه وی یک پژوهش مداخله‌ای از نوع

تجربی بود. ابزار پژوهش پرسشنامه مطالعه توصیفی کریمی بود. نتایج نشان داد با استفاده از استراتژی‌های مناسب (ارائه اطلاعات کافی، تشویق کلامی، ارائه راه‌حل‌های عملی برای موانع مطرح شده و ارائه الگوهای موفق از طریق بیان تجارب موفق مادران، پیام‌های اقناع‌کننده، تکرار و جمع‌بندی مطالب برای ایجاد تغییر در سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی) می‌توان میزان مصرف میان وعده‌های با ارزش در کودکان ۱ تا ۵ سال را افزایش و مقدار مصرف میان وعده‌های کم ارزش را کاهش داد. همچنین نتایج تأییدکننده مؤثر بودن مسیر پیشنهادی تئوری در زمینه اصلاح الگوی مصرف میان وعده‌ها در کودکان است و می‌توان آن را به عنوان چارچوبی جهت طراحی مداخلات به کار گرفت (۳۵).

مطالعه‌ای توسط خبازیان و رضایی تحت عنوان «بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد (KAP) <sup>۱</sup> تغذیه‌ای و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت» در سال ۱۳۸۲ انجام شد؛ در این مطالعه که ۳۰ نفر (۲۰ مرد و ۱۰ زن) ۴۵-۱۵ سال شرکت داشتند: بعد از آموزش درصد افراد در گروه آگاهی خوب ۷۰٪ افزایش یافت و آزمون مک نمار تغییر معنی‌داری در نگرش افراد بعد از مداخله آموزشی را نشان داد. همچنین پس از آموزش درصد افراد در گروه عملکرد خوب ۶۰٪ افزایش یافت (۳۶).

در مطالعه‌ای که توسط عشوندی و همکاران تحت عنوان "تاثیر آموزش خود مراقبتی بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع دو: یک کارآزمایی بالینی" که در سال ۱۳۹۲ بر روی ۷۰ نفر از بیماران دیابتی نوع دو (شرکت کنندگان به صورت تصادفی به دو گروه مورد و شاهد (هر کدام ۳۵ نفر) تقسیم شدند) انجام شده است؛ یافته‌ها بدین شرح است: هر چند که نمره آگاهی افراد گروه مورد و شاهد در قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری نداشت، نمره آگاهی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد بعد از مداخله افزایش واضحی داشته است همچنین بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری بین گروه مورد و شاهد در زمینه رعایت رژیم غذایی، نمره‌های فعالیت جسمی، مراقبت از پا و مصرف منظم داروها به دست آمد. بعد از مداخله (۹۱/۴٪) بیماران گروه آزمون دارای عملکرد خوب و (۷۷/۱٪) بیماران گروه شاهد دارای عملکرد متوسط درباره کنترل قند خون بوده و تفاوت معنی‌داری بین دو گروه وجود داشت همچنین تفاوت معنی‌داری بین نمره کل خود مراقبتی بیماران گروه آزمون نسبت به گروه شاهد وجود داشت (۱۰).

جانیکو و همکاران مطالعه‌ای به منظور ارزیابی و پیشرفت در تغییر رفتار جهت کنترل بیماری دیابت انجام دادند. کنترل موفقیت آمیز دیابت با هدف دستیابی به میزان قند خون نزدیک به حد نرمال، نیاز به این دارد که بیماران تغییرات

<sup>۱</sup> Knowledge, Attitude and Practice

وسیع‌تری را در سبک زندگی خود به منظور کاهش خطر عوارض مرتبط با این بیماری بوجود آورند. ۷۵۰ بیمار شرکت کننده در برنامه احساس قوی از تغییرات رفتاری مثبت به منظور کنترل بیماری دیابت نشان دادند. بر اساس نتایج پیشنهاد شد که باید برنامه‌های کنترل بیماری دیابت یک رویکرد مؤثر برای کمک به بیماران دیابتی برای تغییر سبک زندگی آنها باشد. یکی از ضعف‌های آشکار این مطالعه نقص در عدم اندازه‌گیری نتایج بالینی از قبیل تغییر در HbA1c بیماران مورد مطالعه بود (۳۷).

در مطالعه ای که توسط مای بری و همکارانش تحت عنوان " حمایت خانوادگی، تبعیت دارویی و کنترل قند خون در بین بزرگسالان مبتلا به دیابت تیپ ۲ " که در سال ۲۰۱۲ انجام شد، از رویکردی با روشهای مخلوط استفاده شد تا رفتارهای حمایتی و غیرحمایتی خانواده و میزان کنترل قند خون و تبعیت دارویی در شرکت کننده ها سنجیده شود. نتایج نشان داد که شرکت کنندگانی که رفتار حمایت کننده های کمتری داشتند تبعیت دارویی کمتری نیز داشتند (۳۸).

مطالعه دیگری توسط جوان<sup>۲</sup> و همکاران تحت عنوان " یک برنامه آموزشی برای بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ " در سال ۲۰۰۱ انجام شد. هدف این مطالعه اجرای یک برنامه آموزشی در ۱۰ کشور آمریکای لاتین و ارزیابی اثر آن روی جنبه‌های کلینیکی، بیوشیمیایی و درمانی و همچنین هزینه اقتصادی دیابت بود. آموزش دهنده‌ها ئی از هر کدام از این کشورها تربیت شدند تا این برنامه آموزشی را اجرا نمایند. افراد مورد بررسی شامل ۴۴۶ نفر بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ بود، تمام بیماران زیر ۶۵ سال بودند، برای کنترل متابولیک به انسولین نیاز داشتند، دچار عوارض شدید دیابت نبودند و قبلاً نیز در دوره‌های آموزشی دیابت شرکت نکرده بودند. داده‌های کلینیکی و درمانی و هزینه درمان دارویی ۶ ماه قبل از شرکت در برنامه آموزشی، هنگام شرکت در برنامه، ۴، ۸ و ۱۲ ماه بعد از آغاز برنامه جمع‌آوری شد. برنامه آموزشی شامل ۴ جلسه آموزش هفتگی و یک جلسه یادآوری مجدد ۶ ماه بعد بود و علاوه بر بیماران، اعضای خانواده آنها نیز تشویق شدند تا در این برنامه شرکت کنند. تمام پارامترهایی که اندازه‌گیری شده بود در پایان یک سال به طور معنی‌دار بهبود یافت. این پارامترها شامل قند خون ناشتا، هموگلوبین گلیکوزیله، وزن بدن، فشار خون سیستولیک، کلسترول وتری گلیسرید بود. در پایان ۱۲ ماه، کاهش در داروهای مورد نیاز برای کنترل دیابت، فشار خون و هیپر لیپیدمیا، ۶۲٪

کاهش در هزینه سالانه درمان نشان داد. نتایج سودمند این مدل آموزشی که در ۱۰ کشور اجرا شد، ارزش آموزش به بیمار را به عنوان یک بخش ضروری از مراقبت دیابت تقویت می‌کند. همچنین یک رویکرد آموزشی سبک زندگی سالم را ارتقاء می‌دهد و توانمند سازی بیمار یک استراتژی مؤثر با نیروی بالقوه جهت جلوگیری از پیش گیری از دیابت باشد (۳۹).

تعاریف واژه ها یا مخفف هایی که باید توضیح داده شوند:

#### آموزش

تعریف نظری: یک مجموعه و فرایند هدفمند برای تسهیل یادگیری (۴۰)

تعریف عملی: در این مطالعه منظور مداخله آموزشی است که بر مبنای نظریه شناخت اجتماعی برای مدیریت استرس در بیماران دیابتی تحت مطالعه استفاده می شود.

راهبردهای مقابله با استرس

تعریف نظری: راهبردهای مقابله با استرس تلاش‌های شناختی و رفتاری است که افراد در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسایل و مشکلات خود به کار می‌برند و نقش اساسی و تعیین‌کننده در سلامت جسمانی و روانی آن‌ها ایفا می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای مؤثر باعث می‌شود که واکنش فرد به سطوح بالای تنیدگی کاهش یابد و آثار زیانبار آن تعدیل شود (۴۱).

تعریف عملی: در این مطالعه تلاش‌های شناختی و رفتاری که افراد تحت مطالعه در موارد تنیدگی‌زا برای کنار آمدن با مسائل و مشکلات خود به کار می‌برند بر اساس مقیاس ۴۸ سؤالی راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر سنجیده می‌شود.

#### تئوری شناختی اجتماعی

تعریف نظری: یکی از مهم‌ترین نظریه‌های تغییر رفتار در زمینه آموزش سلامت که هم عوامل فردی و هم عوامل محیطی را در کنترل رفتار مؤثر می‌داند نظریه شناخت اجتماعی باندورا می‌باشد که عملکرد انسان را نتیجه، تعامل متقابل و پویا بین عوامل روان شناختی، محیط فیزیکی، اجتماعی و رفتار می‌داند (۴۲).

تعریف عملی: در این مطالعه تعامل بین عوامل فردی و محیطی تئوری شناختی اجتماعی در تغییر رفتار مورد توجه قرار می‌گیرد.

#### خودکارآمدی

تعریف نظری: باندورا خودکارآمدی را باور و قضاوت افراد از توانایی‌هایشان در انجام تکالیف خاص در موقعیت‌های ویژه - تعریف می‌کند (۱).

تعریف عملی: در این مطالعه باور و قضاوت فرد از توانایی‌هایش در جهت کاهش استرس در موقعیت‌های مختلف با استفاده از پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات چسنی و همکاران سنجیده می‌شود.

#### حمایت اجتماعی

تعریف نظری: حمایت اجتماعی به عنوان اطلاعاتی است که شخص را بر این باور هدایت که او دارای ارزش و مورد عشق، علاقه و تأیید خانواده و همسالان است و در معنای وسیع‌تر متعلق به شبکه‌ای از ارتباطات و وظایف متقابل است (۳).

تعریف عملی: در این مطالعه برداشت فرد از میزان برخورداری از محبت، همراهی و توجه اعضای خانواده، دوستان و سایر افراد با استفاده از پرسشنامه حمایت اجتماعی زیمت و همکاران سنجیده می‌شود.

#### نگرش

تعریف نظری: احساس کلی دوست داشتن یا تنفر نسبت به هر گونه رفتار معین (۲-۱).

تعریف عملی: در این مطالعه نگرش عبارتست از باور فرد نسبت به رفتار خودمراقبتی همچون اندازه گیری و کنترل قند خون در منزل که بر اساس پاسخ به سؤالات مربوطه در پرسشنامه مورد سنجش قرار می گیرد.

هموگلوبین گلیکوزیله ( $A1C$ )

تعریف نظری:  $HbA1C$  نام یک ماده شیمیائی در خون است و مقدار آن در یک بیمار دیابتی بیانگر چگونگی کنترل دیابت است. هموگلوبین گلیکوزیله شامل مجموعه‌ای از اجزاء تثبیت شده هموگلوبین است که از اتصال گلوکز و هموگلوبین تشکیل شده است. افراد با سطح بالای قند خون میزان بالاتری  $HbA1c$  دارند. بخاطر اینکه اجزاء هموگلوبین تثبیت شده هستند،  $HbA1c$  شاخص متوسطی از سطح کلی قند خون در طول یک دوره زمانی ۲ تا ۳ ماهه است (۲).

تعریف عملی: در این مطالعه مقادیر مورد انتظار هموگلوبین  $A1c$  در افراد طبیعی ۵-۷/۵ درصد هموگلوبین کلی است. در بیماران دیابتی  $HbA1c$  کمتر از ۷/۵ درصد هموگلوبین کلی بیانگر کنترل مطلوب، بین ۷/۶ تا ۹/۵ درصد هموگلوبین کلی بیانگر کنترل قابل قبول و بیشتر از ۹/۵ درصد هموگلوبین کلی بیانگر کنترل نامطلوب است.

رفتار خودمراقبتی

تعریف نظری: خودمراقبتی در بیماران دیابتی شامل تعدادی رفتار مختلف است که از جمله مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به خودپایشی قندخون، مراقبت مرتب از پاها، عدم استعمال دخانیات، تغذیه سالم، رعایت رژیم دارویی، انجام فعالیت فیزیکی، کنترل فشار خون، بررسی سالانه شبکه چشم اشاره کرد (۱۶-۴۳-۴۴).

تعریف عملی: در این پژوهش، رسیدن تمامی شرکت کنندگان در پژوهش به مرحله حفظ و نگهداری ۶ رفتار خودمراقبتی: خودپایشی قندخون، مراقبت مرتب از پاها، عدم استعمال دخانیات، رعایت رژیم دارویی، انجام فعالیت بدنی

فهرست منابعی که در بررسی متون استفاده شده است (ونکور):



## هدف اصلی طرح :

تعیین میزان تأثیر برنامه آموزشی مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و کنترل قند خون بیماران مبتلا به دیابت دارای پرونده در کلینیک دیابت شهرستان زرنديه

## ۲-۱-۲. اهداف اختصاصی

۱- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات استرس بیماران دیابتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۲- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات مهارت‌های مقابله با استرس بیماران دیابتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۳- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات خودکارآمدی مهارت‌های مقابله با بیماران دیابتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۴- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات حمایت اجتماعی بیماران دیابتی قبل و بعد از مداخله آموزشی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۵- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات نگرش بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۶- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۷- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات کیفیت زندگی بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

۸- تعیین و مقایسه میزان تغییر نمرات *HbA1c* بیماران دیابتی نسبت به رفتارهای خود مراقبتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

## ۳-۱-۲. فرضیات پژوهشی

۱- میانگین تغییر نمرات استرس بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

۳- میانگین تغییر نمرات مهارت های مقابله با استرس بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

۴- میانگین تغییر نمرات خودکارآمدی مهارت‌های مقابله بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

۵- میانگین تغییر نمرات حمایت اجتماعی بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است

۶- میانگین تغییر نمرات نگرش بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است

۷- میانگین تغییر نمرات کیفیت زندگی بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

۸- میانگین تغییر نمرات *HbA1c* بیماران دیابتی در گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آموزش متفاوت است.

## نوع مطالعه

مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می باشد.

## جامعه هدف:

جامعه هدف در این پژوهش بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ شهرستان زرنديه می باشد.

۲-۵-۶. محیط پژوهش

محیط این پژوهش شبکه بهداشت و درمان شهرستان زرنديه می باشد.

## جامعه آماری:

جامعه آماری این مطالعه شامل همه بیماران دیابتی (۴۲۰ نفر) تحت پوشش کلینیک دیابت شهرستان زرنديه (تنها

کلینیک دیابت موجود در شهرستان) می باشد که به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه می شوند.

## جدول متغیرها :

ردیف	عنوان متغیر	نوع متغیر	کمی	کیفی	نحوه اندازه گیری	مقیاس
		مستقل	وابسته	پوشش	گستره	کیفی
۱	آموزش	*				جلسه آموزشی
۲	مدیریت استرس	*		*		پرسشنامه
۳	خودکارآمدی		*	*		پرسشنامه
۳	حمایت اجتماعی		*	*		پرسشنامه
۴	نگرش		*	*		پرسشنامه
۵	کیفیت زندگی		*	*		پرسشنامه
۶	سن	*		*		شناسنامه
۷	جنسیت	*		*		شناسنامه
۸	ابتلا به بیماری دیگر	*		*		پرسشنامه
۹	سطح سواد	*		*	*	پرسشنامه
۱۰	طول مدت بیماری	*		*		پرسشنامه
۱۱	وضعیت تاهل	*		*		پرسشنامه


## روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

با توجه به حجم محدود نمونه در مطالعه حاضر همه بیماران دیابتی (۴۲۰ نفر) تحت پوشش کلینیک دیابت شهرستان زرندیه به روش سرشماری انتخاب و وارد مطالعه می شوند.

## روش اجرا

این مطالعه در دو بخش انجام خواهد شد، در مرحله اول یک مطالعه مقطعی- تحلیلی جامع جهت تعیین توان پیش گویی کنندگی سازه های شناخت اجتماعی در خصوص عوامل تأثیرگذار بر رفتار خودمراقبتی در بیماران انجام می شود. این مرحله با همه بیماران یعنی ۴۲۰ نفر در صورت دادن رضایت آگاهانه انجام خواهد شد. بر اساس این نیاز سنجی انجام شده در این مرحله، محتوی آموزشی مناسب طراحی و تدوین می گردد. سپس در مرحله دوم که یک مطالعه نیمه تجربی شاهدهار می باشد، افرادی که شرایط ورود به مطالعه را دارا بودند به روش تصادفی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم خواهند شد. با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شده اطلاعات اولیه از نمونه های پژوهش گرفته شده، برنامه آموزشی برای گروه تجربی، تدوین و اجرا می شود. سپس نمونه ها به مدت ۴ ماه مورد پیگیری قرار گرفته و در نهایت ۴ ماه بعد از مداخله آموزشی اطلاعات مجدداً با همان پرسشنامه اولیه جمع آوری و داده ها با استفاده از نرم افزار *SPSS* تجزیه و تحلیل شد. بخش دوم مطالعه را میتوان به شرح ذیل خلاصه کرد.

در مرحله اصلی طرح اقدامات زیر انجام شد:

۱- جمع آوری اطلاعات و تکمیل پرسشنامه ها و نمونه گیری خون جهت اندازه گیری *HbA1c* آزمایش قند خون

ناشتا

۲- تقسیم تصادفی نمونه ها به دو گروه آزمون و کنترل

۳- طرح ریزی و اجرای مداخله آموزشی

۴- پیگیری بیماران در ۴ ماه بعد از مداخله انجام شد.

۵- جمع آوری نهائی اطلاعات، تکمیل پرسشنامه ها و اندازه گیری مجدد *HbA1c* آزمایش قند خون ناشتا

۶- تجزیه و تحلیل یافته ها

۷- تهیه گزارش

شرایط ورود به مطالعه

شرایط ورود بیماران به مطالعه در این پژوهش به شرح زیر بود:

۱- مبتلا به دیابت نوع ۲ باشند.

۲- داوطلب بودن بیمار برای شرکت در مطالعه

۳- سن ۶۵-۱۸ سال

۴- داشتن پرونده فعال در کلینیک دیابت

۵- داشتن حداقل یک آزمایش  $HbA1c$  مساوی یا بالاتر از ۷ طی ۳ ماه گذشته برای بررسی هیپرگلیسمی است.

۶- داشتن نمره استرس بالاتر از میانگین (نمره ۲۸ و بالاتر) بر اساس پرسشنامه استرس ادراک شده

۲-۵-۲. شرایط خروج از مطالعه

۱- ابتلاء به بیماری روانپزشکی شدید همزمان با ابتلا به دیابت

۲- ابتلای فرد به دیابت تیپ یک و دیابت بارداری،

۳- بستری شدن در بیمارستان طی ۳ ماه گذشته به دلیل سکته، نارسایی قلبی، ابتلا به یک کانسر متاستاتیک،

شیردهی، قصد به بارداری در طول مطالعه

۴- عدم تمایل به ادامه شرکت در طرح

۵- عدم حضور مستمر در جلسات آموزشی (غیبت بیش از ۲ جلسه).

۶- در دسترس نبودن بیماران در هنگام تکمیل پرسشنامه

مشخصات ابزار جمع آوری اطلاعات و نحوه جمع آوری آن:

۱. پرسشنامه ی از اطلاعات دموگرافیکی و زمینه ای

شامل سوابق دربارہ سن، جنسیت، سطح سواد، وضعیت تاهل، وضعیت اشتغال، قد، وزن و طول مدت ابتلا فرد به

بیماری، و منابع کسب اطلاعات در مورد بیماری بود.

۲. پرسشنامه ی استرس ادراک شده

پرسشنامه ۱۴ ماده ای استرس ادراک شده کوهن و همکاران که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه

گذشته به کار می‌رود. این پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۰، به ندرت = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳ و بسیاری از اوقات = ۴) تنظیم شده است (۱۸).

### ۳. پرسشنامه راهبردهای مقابله با استرس اندلر و پارکر

این مقیاس دارای ۴۸ ماده و شامل سه راهبرد مقابله مسئله مدار (۱۶ ماده)، هیجان مدار (۱۶ ماده) و اجتنابی (۱۶ ماده) است. پاسخ‌ها بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، تا همیشه = ۵) تنظیم شده است. کسب نمره بالاتر در هر سبک نشان دهنده بکارگیری آن سبک توسط بیمار است. (۴۳، ۳).

۴. پرسشنامه خود مراقبتی: جمع‌آوری اطلاعات رفتارهای خودمراقبتی با استفاده از مقیاس خودمراقبتی *Glasgow Toobert* صورت گرفت. لازم به ذکر است این پرسشنامه در چندین مطالعه در ایران نیز مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۲، ۱۰، ۸). این پرسشنامه شامل ۱۱ سؤال است و به ارزیابی رفتار خود مراقبتی بیماران می‌پردازد.

### ۵. پرسشنامه خودکارآمدی مقابله با مشکلات

این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است و پاسخ‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۱۱ درجه‌ای (هیچ وقت نمی‌توانم از پس آن برآیم = ۰ تا مطمئنم که می‌توانم از پس آن برآیم = ۱۰) تنظیم شده است. این پرسشنامه توسط *Mahmoudi* و همکاران در ایران روانسنجی شده، و روایی و پایایی آن تأیید شده است (۴۴). مقیاس خودکارآمدی مقابله‌ای دارای سه زیر مقیاس: استفاده از راهکارهای مقابله مسئله مدار (۱۲ عبارت)، متوقف ساختن افکار و هیجانات منفی (۹ عبارت) و کسب حمایت از جانب دوستان و خانواده (۵ عبارت) است.

### ۶. پرسشنامه ی چند بعدی حمایت اجتماعی درک شده

این مقیاس که در سال ۱۹۹۸ توسط زیمت، داهلم، زیمت و فارلی ساخته شده دارای ۱۲ سؤال ۷ گزینه‌ای است و سه عامل حمایت دوستان، خانواده و افراد مهم را مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ‌ها بر روی طیف لیکرت ۷ گزینه‌ای از صفر تا ۶ (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) تنظیم شده است. این پرسشنامه توسط *Bagherian-Sararoudi* و همکاران در ایران روانسنجی شده و پایایی نسخه فارسی آن با آلفای کرونباخ ۰.۸۴ تأیید شد (۴۵).

### ۷. نگرش در رابطه با خودمراقبتی

پرسشنامه نگرش ۱۴ سئوالی بوده و پاسخ‌ها بر روی طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۱ تا ۵ (کاملاً مخالف تا کاملاً

موافق) تنظیم شده است. پایایی پرسشنامه توسط *BorhaniDizaji* و همکاران ۰,۸۰ گزارش شد (۳). ۷-۴-۲.

#### ۸. پرسشنامه کیفیت زندگی

در این پژوهش برای گردآوری داده ها از پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده گردید. این پرسش نامه دارای ۲۶ گویه است که در یک مقیاس لیکرت ۱ تا ۵ کیفیت زندگی فرد را از جنبه های مختلف بررسی میکند که دو سوال آن در خصوص احساس کلی فرد از کیفیت زندگی خویش و مابقی سوالات احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در زمینه های: بهداشت و سلامت جسمی، روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی نشان می دهد (۷۸).

#### ۹. اندازه گیری HBAIC

برای آزمایش HBAIC از کیت بیوسیستم (*Biosystem*) و روش کروماتوگرافی (*Chromatography*) استفاده شد که از کیت های استاندارد و مورد تایید وزارت بهداشت ایران می باشد.

#### ملاحظات اخلاقی :

- ۱- کسب مجوز و معرفی نامه از سوی معاونت تحقیقات دانشگاه علوم پزشکی ساوه برای کلینیک دیابت
- ۲- کسب رضایتنامه آگاهانه از شرکت کنندگان بعد از اطلاع رسانی کامل در مورد هدف و ماهیت پژوهش
- ۳- دادن اطمینان به شرکت کنندگان جهت خروج از طرح در هر زمان (آزادی شرکت در پژوهش)
- ۴- اطمینان دادن به افراد مورد مطالعه در مورد محرمانه ماندن اطلاعات
- ۵- حفظ حقوق قانونی افراد مورد بررسی علیرغم قطع ادامه همکاری
- ۶- برگزاری کلاس های آموزشی در ساعات مناسب و طبق نظر شرکت کننده ها و ارائه برنامه مدون برای زمان

برگزاری



## محدودیت‌های اجرایی طرح و روش کاهش آنها :

### الف - محدودیت های در اختیار پژوهشگر:

۱- عدم تمایل افراد به مشارکت در مطالعه که جهت رفع این محدودیت می توان با بیان اهمیت این طرح، آنها را به همکاری ترغیب نمود.

۲- پیش بینی می شود خستگی واحدهای مورد پژوهش در هنگام تکمیل پرسشنامه به خاطر تعداد زیاد سوالات، و نداشتن وقت کافی می تواند بر نحوه پاسخگویی آنها اثر بگذارد که با انتخاب مکان و زمان مناسب با نظر افراد مورد پژوهش این محدودیت بطور نسبی کنترل خواهد شد. پرسشنامه ها در زمان حضور بیماران دیابتی برای دریافت مراقبت تکمیل خواهند شد تا نیازی به حضور مجدد افراد نباشد.

۳-عوامل محیطی مثل سر و صدا و نامناسب بودن شرایط محیطی می تواند موجب عدم تمرکز در پاسخ دادن به پرسشنامه شود که سعی خواهد شد با انتخاب مکان مناسب داخل کلینیک این مشکل کنترل شود.

### ب-محدودیت های خارج از اختیار پژوهشگر:

۱-پاسخ واحد های مورد پژوهش به سوالات پرسشنامه در واقع نوعی خود گزارش دهی و اعتراف به خطا است و به مقدار زیاد تحت تاثیر دیدگاه و نگرش افراد مورد پژوهش قرار دارد. لذا احتمال اینکه ملاحظات متعدد و تفاوت های فردی، صداقت در پاسخ دهی را تحت شعاع قرار دهد وجود دارد و این محدودیتی است که در اختیار پژوهشگر نیست.

۲-حالات روحی و روانی افراد مورد پژوهش در هنگام پاسخگویی می تواند بر پاسخ آنها تاثیر بگذارد که در اختیار پژوهشگر نیست



پیش بینی کل زمان لازم برای اجرای کامل طرح به ماه :

جدول زمان بندی مراحل اجرای طرح زمان اجرا به ماه

ردیف	فعالیت های اجرایی	زمان کل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	۱۵	۱۶	۱۷	۱۸	۱۹	۲۰	۲۱	۲۲	۲۳	۲۴	۲۵	۲۶	۲۷	۲۸	۲۹	۳۰	۳۱
۱	مطالعات کتابخانه ای و جمع آوری و تهیه ابزار پژوهش	*																															
۲	پیش آزمون	*																															
۳	تحلیل پیش آزمون و طراحی محتوای آموزش	*																															
۴	اجرای برنامه آموزشی	*																															
۵	پس آزمون								*																								
۶	آنالیز اطلاعات و نوشتن گزارش								*	*																							

توجه :

- ۱- زمان طراحی پیش نویس طرح و تکمیل این فرم جزو زمان اجرای طرح محسوب نمیشود.
- ۲- دریافت گزارشها با توجه به جدول گانت مصوب صورت میپذیرد. بنابر این لازم است مجری طرح زمان ارائه گزارشات طرح را در این جدول مشخص نماید.
- ۳- زمان شروع طرح بعد از تصویب آن، با هماهنگی مدیر اجرایی طرح و حوزه مدیریت امور پژوهشی و از هنگام تامین اعتبار در نظر گرفته میشود.



## قسمت سوم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

هزینه کارمندی (پرسنلی) با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر فرد و حق الزحمه آنها:

ردیف	نوع فعالیت	نام فرد یا افراد	رتبه علمی	تعداد افراد	کل رقم حق الزحمه برای یک نفر	جمع کل
۱.	تکمیل پرسشنامه		کارشناس	۴	۱۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰
۲.	ورود اطلاعات		کارشناس	۲	۲۰۰۰۰۰	۴۰۰۰۰۰
۳.	آنالیز اطلاعات		استادیار	۱	۱۵۰۰۰۰	۱۵۰۰۰۰
۴.	تایپ		کارشناس		۳۰۰۰۰۰	۳۰۰۰۰۰
۵.	آموزش دهنده		استادیار	۱	۵۰۰۰۰۰	۵۰۰۰۰۰
۶.						
۷.						
۸.						

## هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی که توسط دانشگاه و یا دیگر موسسات صورت می گیرد:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات آزمایش	هزینه برای هر دفعه آزمایش	جمع (ریال)
(قند خون ناشتا) FBS		۴۶۰	۲۵,۰۰۰ ریال	۱۱۵۰۰۰۰
اندازه گیری هموگلوبین گلیکوزیله (HbA1C)		۲۵۰	۱۱۶,۱۰۰ ریال	۲۹۰۲۵۰۰۰
جمع هزینه های آزمایشها ۴۰۵۲۵۰۰۰				

## فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

وسایل غیر مصرفی:

نام دستگاه	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد لازم	قیمت واحد	قیمت کل
------------	-------------	-------------	---------------------	------------	-----------	---------

## معاونت پژوهشی


## مواد مصرفی:

نام ماده	کشور سازنده	شرکت سازنده	شرکت فروشنده ایرانی	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل
کاغذ A4	Copi Max : اندونزی			2	250000	500000
خودکار اریک کراوزه مدل R301				۲۳۰	۱۰۰۰	۲۳۰۰۰۰
کیک				۵۰۰	۷۰۰	۳۵۰۰۰۰
شیر				۵۰۰	۱۰۰۰	۵۰۰۰۰۰

## هزینه مسافرت :

مقصد	تعداد مسافرت در مدت اجرای طرح و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
-				-
جمع هزینه های مسافرت				ریال

## هزینه های دیگر

هزینه های تکثیر اوراق	۵۰۰۰۰۰۰	ریال
سایر موارد		ریال

## جمع هزینه های طرح :

هزینه پرسنلی	۱۷۵۰۰۰۰۰ ریال	هزینه مسافرت	..... ریال
هزینه آزمایشها و خدمات تخصصی	۴۰۵۲۵۰۰۰ ریال	هزینه های دیگر	۵۰۰۰۰۰۰ ریال
هزینه مواد و وسایل مصرفی	۱۵۸۰۰۰۰۰ ریال		..... ریال
هزینه وسایل غیر مصرفی	..... ریال	جمع کل	۷۸۸۲۵۰۰۰ ریال

مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن :

.....ریال

باقیمانده هزینه های طرح که تامین آن درخواست می شود :

.....ریال

با مطالعه قسمت اول این فرم و رعایت مفاد آن بدینوسیله صحت مطالب مندرج در پیش نویس را تأیید مینماید و اعلام میدارد که این تحقیق صرفاً به صورت

- ♦ یک طرح تحقیقاتی در دانشکده علوم پزشکی ساوه
  - ♦ بصورت مشترک با .....
  - ♦ در قالب پایان نامه در .....
- ارائه شده است.

### نام و نام خانوادگی

### امضای مجری یا مجریان طرح

۱. Karimy M, Araban M, Zareban I, Taher M, Abedi A. Determinants of adherence to self-care behavior among women with type 2 diabetes: an explanation based on health belief model. *Medical journal of the Islamic Republic of Iran*. 2016;30:368
۲. Mardani Hamuleh M SVA, Piri AR. Effects of Education Based on Health Belief Model on Dietary Adherence in Diabetic Patients. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2010;9:pp 1- 6
۳. Barth J, Marshall S, Watson I. Consensus meeting on reporting glycated haemoglobin (HbA1c) and estimated average glucose (eAG) in the UK: report to the National Director for Diabetes, Department of Health. *Diabetic Medicine*. 2008;25(4):381-2
۴. Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfer R, Kegler MC, Zhu Y, et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC family practice*. 2013;14(1):66
۵. Morowatisharifabad MA, Mahmoodabad SSM, Baghianimoghdam MH, Tonekaboni NR. Relationships between diabetes regimen in a sample of Iranians. *International journal of diabetes in developing locus of control and adherence to countries*. 2010;30(1):27
۶. Lahiry S. Cost of diabetes care in the out-patient department of a tertiary care hospital in Bangladesh 2006
۷. Hazavehei S, Sharifirad G, Mohabi S. The effect of educational program based on health belief model on diabetic foot care. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. 2007;27(1)
۸. Khamseh ME, Abdi H, Malek M, Shafiee G, Khodakarim S. Relationship between patients' perception of the importance of diabetes and metabolic control and pursuing chronic complications of disease. *Koomesh*. 2011;12(3):334-41
۹. ارسنمحر. اثربخشی مداخله آموزشی بر کنترل متابولیک بیماران دیابتی مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران. *مجله دیابت و لیپید ایران*. ۱۳۸۸:۵۷-۶۴.
۱۰. ع عجمخمکجیزمس. بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران دیابتی نوع دو: یک کارآزمایی بالینی *Teach Back* تاثیر آموزش خود مراقبتی به روش. *مجله دیابت و متابولیسم ایران (مجله دیابت و لیپید ایران)*. ۱۳۹۲;۱۳(۱۳):۴۴-۴۴.

- Najafi Mehri S, and Karimi Zarchi AA. Effect of health belief model based education on health beliefs, knowledge, and behavior of diabetic patients. *Iranian Journal of Diabetes & Lipid Disorders* 2006;6(2):169-76. ۱۱  
[Farsi]
- Mann DM PD, Levental H and Halm EA. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* 2009 June;32:278-84 ۱۲
- Zareban I, Karimy M, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F. The effect of self-care education program on reducing HbA1c levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of education and health promotion*. 2014;3 ۱۳
- Zareban I, Niknami S, Haidarnia A, Rakhshani F, Karimy M, Shamsi M. The Effect of Education Program Based on in Diabetic Type 2 Patients in Zahedan. *Health Scope. Health Belief Model on Decreasing Blood Sugar Levels* 2013;2(2):73-8 ۱۴
- Alonso-Morán E, Satyrganova A, Orueta JF, Nuño-Solinis R. Prevalence of depression in adults with type 2 diabetes in the Basque Country: relationship with glycaemic control and health care costs. *BMC Public Health*. 2014;14(1):769 ۱۵
- Brannon L, Feist J, Updegraff JA. *Health psychology: An introduction to behavior and health: Cengage Learning*; 2013 ۱۶
- Eren I, Erdi O, Ozcankaya R. Relationship between blood glucose control and psychiatric disorders in type II diabetic patients. *Turk psikiyatri dergisi= Turkish journal of psychiatry*. 2003;14(3):184-91 ۱۷
- Pitts M, Phillips K. *The psychology of health: an introduction: Psychology Press*; 1998 ۱۸
- Ali L. Non-adherence to self-care practices & medication and health related quality of life among patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC public health*. 2014;14(1):431 ۱۹
- Aghamollaei T, Eftekhari H, Shojaeizadeh D, Mohammad K, Nakhjavani M, Pour FG. Behavior, metabolic control and health-related quality of life in diabetic patients at Bandar Abbas diabetic clinic. *Iranian Journal of Public Health*. 2003;32(3):54-9 ۲۰
- Walker RJ, Smalls BL, Hernandez-Tejada MA, Campbell JA, Egede LE. Effect of diabetes self-efficacy on glycemic control, medication adherence, self-care behaviors, and quality of life in a predominantly low-income, minority population. *Ethnicity & disease*. 2014;24(3):349-55 ۲۱
- Social support, quality of life, and self-care behaviors among African Americans with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2008;34(2):266-76 ۲۲
- Lamoureux EL, Fenwick E, Xie J, Mcauley A, Nicolaou T, Larizza M, et al. Methodology and early findings of the Diabetes Management Project: a cohort study investigating the barriers to optimal diabetes care in diabetic patients with and without diabetic retinopathy. *Clinical & experimental ophthalmology*. 2012;40(1):73-82 ۲۳
- Mahmoudi M, Shojaezadeh D, Dehdari T, Hajizadeh E, Taghdisi MH, Abbasian L, et al. Psychometric Properties (of the Coping Self-Efficacy Scale Among HIV-Infected Iranian Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2015;17(2) ۲۴
- M. Refusal self efficacy, self esteem, smoking refusal Karimy M, Niknami S, Heidarnia AR, Hajizadeh E, Shamsi skills and water pipe (Hookah) smoking among iranian male adolescents. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013;14(12):7283-8 ۲۵
- Koetsenruijter J, van Lieshout J, Lionis C, Portillo MC, Vassilev I, Todorova E, et al. Social support and health in diabetes patients: an observational study in six European countries in an era of austerity. *PloS one*. 2015;10(8):e0135079 ۲۶
- Miller TA, DiMatteo MR. Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*. 2013;6:421 ۲۷
- Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping styles and quality of life in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychosomatics*. 2003;4 ۲۸
- Pereira MG, Berg-Cross L, Almeida P, Machado JC. Impact of family environment and support on adherence, metabolic control, and quality of life in adolescents with diabetes. *International journal of behavioral medicine*. 2008;15(3):187-93 ۲۹
- Zare Shahabadi A, Ebrahimi Sadrabadi F. Impact of cognitive factors on treatment of Type 2 Diabetes in Yazd. *J Clin Psy Stu*. 2012;4(13):1-22 ۳۰
- Based Bashirian S, Jalili M, Karimi-Shahanjarini A, Soltanian A, Barati M. Effectiveness of Educational Program on Social Cognitive Theory Constructs to Promote Nutritional Behaviors among Pregnant Women in Tabriz. *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2017;12(3):1-10 ۳۱



- Samadzade N, Poursharifi H, Babapour J. The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on the psycho-social adjustment to illness and symptoms of depression in individuals with type II diabetes. *Clinical Psychology Studies*. 2014;5(17):77-96. ۳۲
- hamid n. Effects of stress management training on glycemic control in women with type 2 diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011;13(4):346-53. ۳۳
- Abbasian F ON, Bondarianzadeh D, Rashidkhani B, Shakibazadeh E, Hashemi B. Effect of a School-based Vegetable Consumption in Middle School Students in Tehran. *Intervention Based on Social Cognitive Theory on Fruit and* 2011. ۳۴
- Karimi-Shahanjarini A, Sharifi M, Bashirian S, Moghimbeigi A, Pour N. Determinants of healthy snacks choice by mothers of 1-5 years old children in Hamadan based on Social Cognitive Theory (SCT). *Iranian Journal of Nutrition Sciences & Food Technology*. 2015;9(4):19-26. ۳۵
۳۶. خبازیان ارن. بررسی تاثیر آموزش بر آگاهی، نگرش و عملکرد تغذیه‌ای و کنترل گلیسیمیک بیماران مبتلا به دیابت. اولین کنگره سراسری آموزش بهداشت، یزد طلوع بهداشت. تابستان و پاییز ۱۳۸۲: ۵۷-.
- Clarke J, Crawford A, Nash DB. Evaluation of a comprehensive diabetes disease management program: progress in the struggle for sustained behavior change. *Disease management*. 2002;5(2):77-86. ۳۷
- Mayberry LS, Osborn CY. Family support, medication adherence, and glycemic control among adults with type 2 diabetes. *Diabetes care*. 2012;DC\_112103. ۳۸
- Gagliardino JJ, Etchegoyen G. A model educational program for people with type 2 diabetes: a cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). *Diabetes care*. 2001;24(6):1001-7. ۳۹
- Green LW KM. *Health education planning*; Mayfield Pub. Co. 1991. ۴۰
- AA AF. Comparison of copying strategies and personality styles in depressed and non-depressed students. *Sciences*. 2010;4(1):17-21 *International Journal of Behavioral* ۴۱
- Artino AR, La Rochelle JS, Durning SJ. Second-year medical students' motivational beliefs, emotions, and achievement. *Medical education*. 2010;44(12):1203-12. ۴۲