

تأثیر پیگیری تلفنی بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

سکینه سبزواری^۱، طاهره لشکری^۲، فریبا برهانی^۳، عباس عباس زاده^۴

۱. استادیار، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۲. کارشناس ارشد پرستاری، کلینیک دیابت بیمارستان باهنر، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

۳. استادیار، گروه اخلاق پرستاری، مرکز تحقیقات اخلاق و حقوق پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. استاد، گروه پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

مقاله پژوهشی

فصلنامه پرستاری داخلی - جراحی، سال سوم، شماره ۲، تابستان ۱۳۹۳، صفحات ۸۴-۹۰

چکیده

زمینه و هدف: دیابت شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز است. در پیگیری تلفنی با بیماران، در فواصل زمانی خاص با آن‌ها تماس گرفته و به آنان آموزش داده می‌شود. مطالعه حاضر به منظور تعیین میزان تأثیر اجرای برنامه پیگیری تلفنی توسط پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر کرمان انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه نیمه تجربی بر روی ۵۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو در شهر کرمان به صورت در دسترس، در دو گروه کنترل و مداخله (به صورت تصادفی) در سال ۱۳۹۰ انجام گرفت. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه کیفیت زندگی SF۳۶ (Short form health survey) قبل و بعد از مداخله استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های کای دو، آنالیز واریانس یک طرفه، تی مستقل و تی زوجی انجام گردید.

یافته‌ها: بعد از انجام مداخله، بین مجموع نمرات حیطه‌های کیفیت زندگی (نمره کلی) در دو گروه کنترل $(P = ۰/۰۰۵)$ ، در حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی به جز عملکرد جسمی و در عملکرد جسمی نیز در حیطه‌های محدودیت نقش $(P = ۰/۰۰۱)$ ، شادابی $(P = ۰/۰۰۲)$ ، سلامت روانی $(P = ۰/۰۰۳)$ ، عملکرد اجتماعی $(P = ۰/۰۰۳)$ و سلامت عمومی $(P = ۰/۰۰۳)$ ، بین گروه کنترل و مداخله بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد. در مورد ویژگی‌های فردی نیز بین کیفیت زندگی با سن $(P = ۰/۰۴)$ ، تحصیلات $(P = ۰/۰۳)$ و جنس $(P = ۰/۰۴)$ ارتباط آماری معنی‌داری وجود داشت. نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این بررسی، برنامه پیگیری تلفنی توانسته است کیفیت زندگی مددجویان مورد بررسی را بهتر کند. بنابراین استفاده از این روش در مراقبت از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو توصیه می‌گردد.

کلید واژه‌ها: دیابت نوع دو، پیگیری تلفنی، کیفیت زندگی

نویسنده مسؤول:

طاهره لشکری

دانشگاه علوم پزشکی کرمان

پست الکترونیک:

na.lashkari@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۰/۳

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۳/۲/۱۹

مقدمه

دیابت ملیتوس (Diabetes mellitus) شایع‌ترین بیماری غدد درون‌ریز می‌باشد که بیش از ۱۴۰ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند و به جرأت می‌توان آن را به عنوان مهم‌ترین چالش بهداشتی قرن ۲۱ به حساب آورد.^۱ بر اساس آمار موجود در ایران بیش از ۲ میلیون نفر به دیابت مبتلا هستند.^۲ دیابت نوع دو بیشتر در سنین بالا (بیشتر از ۳۰ سال) خود را نشان می‌دهد و همراه با چاقی است.^۳ طبیعت مزمن این بیماری و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد.^۴

مطالعات نشان داده است که کنترل قند خون در حد طبیعی پیشرفت عوارض میکروواسکولار (تخریب رگ‌ها) و عوارض نوروپاتی را تا ۵۰ درصد در مبتلایان به دیابت نوع دو کاهش می‌دهد.^۵ با توجه به شیوع بالای دیابت در جهان و ایران و بروز عوارض کوتاه مدت و دراز مدت و صرف هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم برای درمان عوارض ناشی از آن، توجه به ابعاد

مختلف مراقبت این بیماران حایز اهمیت است. از جمله مفاهیم بسیار مهم در بیماری‌های مزمن مانند دیابت که توجه به آن ضروری است، مفهوم کیفیت زندگی می‌باشد.^۶ بیشتر مطالعات پیشنهاد کرده‌اند که همه مبتلایان به دیابت نوع دو بهتر است در یک برنامه آموزشی و پیگیری ساختارمند شرکت کنند تا کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.^۷ بر اساس این مطالعات، کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت به ویژه در مورد عملکرد جسمی و احساس خوب بودن در مقایسه با عموم مردم پایین‌تر است. در این راستا پرستاران آموزش دیده می‌توانند نقش مهمی را در توانمند کردن بیماران از طریق ارائه اطلاعات و مشاوره‌های لازم به بیمار مبتلا به دیابت و خانواده وی ایفا کنند.^۸

امروزه پرستاران با استفاده از پرستاری از راه دور می‌توانند مراحل فرایند پرستاری اعم از بررسی، برنامه‌ریزی، مداخلات و ارزشیابی پیامدهای مراقبت پرستاری را به خوبی انجام دهند.^۹ پرستاری از راه دور شامل همه انواع

مراقبت‌های پرستاری و سرویس‌های آرایه مراقبت از راه دور می‌باشد و شامل طیف وسیعی از تکنولوژی‌های ارتباطی مثل تلفن، فاکس، پست الکترونیک، اینترنت و فیلم ویدئویی به منظور از بین بردن موانع مکانی و زمانی برای آرایه بهتر مراقبت پرستاری است.^{۱۱} از بین وسایل ذکر شده، تلفن به عنوان وسیله‌ای که در دسترس بیشتر مردم جامعه است به صورت فزاینده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد.^{۱۱} در سیستم تلفنی از طرف مراقبین بهداشتی با بیماران در فواصل زمانی خاص تماس گرفته می‌شود و اطلاعات مورد نیاز به آن‌ها در مورد درمان و مراقبت داده می‌شود.^{۱۲}

شواهد نشان داده است که این تکنولوژی در بیماری‌های مزمن مثل بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (Chronic obstructive pulmonary disease یا COPD)، دیابت و نارسایی احتقانی قلب (Chronic heart failure یا CHF) باعث کاهش بستری شدن و ویزیت‌های پرستاری در منزل و افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی در بیماران شده است.^{۱۳} نتایج مطالعه ذاکری مقدم و همکاران نشان داد که میزان رعایت رژیم غذایی بیماران دیابت نوع دو در اثر پیگیری‌های تلفنی توسط پرستار افزایش می‌یابد.^{۱۴} در مطالعه دیگر این روش برای افراد مبتلا به دیابت که با مشکلاتی مانند بعد مسافت و زمان انتظار برای ویزیت مواجه بودند، مناسب تشخیص داده شد.^{۱۴}

با توجه به نقش‌های حمایتی و مراقبتی پرستار و تأثیر آن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مزمن، لزوم پیگیری وضعیت آنان ضرورت پیدا می‌کند و به نظر می‌رسد پیگیری تلفنی می‌تواند در رسیدن به این هدف کمک کننده باشد.^{۱۱} با عنایت به تفاوت فرهنگی موجود در ایران با سایر کشورها و درک متفاوت افراد از کیفیت زندگی در فرهنگ‌های مختلف، این مطالعه با هدف تأثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر کرمان انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش نیمه تجربی حاضر بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه ($S_1 = 1/63$ ، $S_2 = 1/96$ ، $S_3 = 8/91$ ، $M_1 = 7/04$ ، $M_2 = 7/04$ ، $Effect\ size = 0/9$ ، $\alpha = 0/50$ و $B = 10\%$ درصد) ۲۰ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۲۵ نفر در هر گروه منظور شد.^{۱۱} معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، قادر بودن به انجام اندازه‌گیری قند خون توسط خود فرد (SMBG) یا

مراقبت‌های پرستاری و سرویس‌های آرایه مراقبت از راه دور می‌باشد و شامل طیف وسیعی از تکنولوژی‌های ارتباطی مثل تلفن، فاکس، پست الکترونیک، اینترنت و فیلم ویدئویی به منظور از بین بردن موانع مکانی و زمانی برای آرایه بهتر مراقبت پرستاری است.^{۱۱} از بین وسایل ذکر شده، تلفن به عنوان وسیله‌ای که در دسترس بیشتر مردم جامعه است به صورت فزاینده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد.^{۱۱} در سیستم تلفنی از طرف مراقبین بهداشتی با بیماران در فواصل زمانی خاص تماس گرفته می‌شود و اطلاعات مورد نیاز به آن‌ها در مورد درمان و مراقبت داده می‌شود.^{۱۲}

شواهد نشان داده است که این تکنولوژی در بیماری‌های مزمن مثل بیماری‌های انسدادی مزمن ریه (Chronic obstructive pulmonary disease یا COPD)، دیابت و نارسایی احتقانی قلب (Chronic heart failure یا CHF) باعث کاهش بستری شدن و ویزیت‌های پرستاری در منزل و افزایش معنی‌دار کیفیت زندگی در بیماران شده است.^{۱۳} نتایج مطالعه ذاکری مقدم و همکاران نشان داد که میزان رعایت رژیم غذایی بیماران دیابت نوع دو در اثر پیگیری‌های تلفنی توسط پرستار افزایش می‌یابد.^{۱۴} در مطالعه دیگر این روش برای افراد مبتلا به دیابت که با مشکلاتی مانند بعد مسافت و زمان انتظار برای ویزیت مواجه بودند، مناسب تشخیص داده شد.^{۱۴}

با توجه به نقش‌های حمایتی و مراقبتی پرستار و تأثیر آن بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مزمن، لزوم پیگیری وضعیت آنان ضرورت پیدا می‌کند و به نظر می‌رسد پیگیری تلفنی می‌تواند در رسیدن به این هدف کمک کننده باشد.^{۱۱} با عنایت به تفاوت فرهنگی موجود در ایران با سایر کشورها و درک متفاوت افراد از کیفیت زندگی در فرهنگ‌های مختلف، این مطالعه با هدف تأثیر پرستاری از راه دور بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر کرمان انجام شد.

پژوهش نیمه تجربی حاضر بر روی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به مرکز دیابت بیمارستان باهنر کرمان در سال ۱۳۹۰ انجام شد. تعداد نمونه بر اساس مطالعات مشابه ($S_1 = 1/63$ ، $S_2 = 1/96$ ، $S_3 = 8/91$ ، $M_1 = 7/04$ ، $M_2 = 7/04$ ، $Effect\ size = 0/9$ ، $\alpha = 0/50$ و $B = 10\%$ درصد) ۲۰ نفر محاسبه شد که با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۲۵ نفر در هر گروه منظور شد.^{۱۱} معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن سواد خواندن و نوشتن، قادر بودن به انجام اندازه‌گیری قند خون توسط خود فرد (SMBG) یا

جدول ۱: شماره، تعداد گزینه و طریقه ارزش‌گذاری سؤالات

| شماره سؤالات | تعداد گزینه | طریقه ارزش‌گذاری به ترتیب شماره گزینه |
|----------------------|-------------|---------------------------------------|
| ۵ و ۴ | ۲ | ۰-۱۰۰ |
| ۳ | ۳ | ۱۰۰-۵۰-۰ |
| ۱۰ و ۱۱ (الف، ج) | ۵ | ۱۰۰-۷۵-۵۰-۲۵-۰ |
| ۱، ۲، ۸ و ۱۱ (ب، د) | ۵ | ۰-۲۵-۵۰-۷۵-۱۰۰ |
| ۹ (ب، ج، و، ز، ط) | ۶ | ۱۰۰-۸۰-۶۰-۴۰-۲۰-۰ |
| ۷ و ۹ (الف، د، ه، ح) | ۶ | ۰-۲۰-۴۰-۶۰-۸۰-۱۰۰ |

و انحراف معیار و برای توصیف متغیرهای کیفی از تعداد و درصد فراوانی استفاده گردید. آزمون تی زوجی برای مقایسه نمره کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون مورد استفاده قرار گرفت. به منظور مقایسه نمره کیفیت زندگی بین دو گروه کنترل و مداخله از آزمون تی مستقل و جهت بررسی تفاوت میانگین‌ها بر اساس ویژگی‌های فردی در دو گروه از آزمون تی و بین چند گروه از آزمون آنالیز واریانس یک طرفه استفاده شد.

یافته‌ها

بیشتر بیماران در هر دو گروه کنترل و مداخله از نظر ویژگی‌های فردی در گروه سنی ۶۵-۵۱ سال، زن، متأهل با تحصیلات ابتدایی بودند. یافته‌های موجود بر اساس نتایج آزمون‌های کای دو و تی مستقل نشان داد که واحدهای مورد پژوهش از نظر ویژگی‌های فردی (سن، جنس، شاخص توده بدنی، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات و وضعیت شغلی) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشتند. همچنین تفاوت معنی داری از نظر ویژگی‌ها و مشخصات بیماری [مدت بیماری، سابقه ابتلا به دیابت در خانواده، فواصل اندازه‌گیری قند خون، داروی مورد مصرف برای دیابت، ابتلا به عوارض دیابت، بررسی کلیه‌ها از نظر Microalbuminuria (دفع ادراری آلبومین)، معاینه پاهای توسط پزشک، معاینه قلبی-عروقی، معاینه چشم و رعایت رژیم غذایی بین دو گروه مداخله و کنترل مشاهده نشد. از نظر نمرات ابعاد کیفیت زندگی در دو گروه مداخله و کنترل قبل از آزمون تی مستقل تفاوت معنی داری وجود نداشت (جدول ۲). از این رو بر اساس نتایج حاصل شده، دو گروه از نظر متغیرهای فوق یکسان بودند.

نمرات حیطه‌های مختلف کیفیت زندگی گروه مداخله در پیش آزمون و پس آزمون با استفاده از آزمون تی زوجی مقایسه و تفاوت آماری معنی داری در حیطه‌های محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی ($P = 0/001$)، محدودیت نقش به علت مشکلات روحی ($P = 0/001$)، شادابی ($P = 0/002$)، سلامت روان ($P = 0/003$)، عملکرد اجتماعی ($P = 0/003$)، سلامت عمومی ($P = 0/003$) و نمره کلی کیفیت زندگی مشاهده شد، اما در حیطه‌های عملکرد جسمی و درد جسمی اختلاف آماری معنی داری مشاهده نگردید (جدول ۳).

تماس‌های تلفنی از خط تلفن پژوهشگر از ساعت ۸ صبح تا ۸ شب با واحدهای پژوهش برقرار می‌گردید. با توجه به این که ارتباط تلفنی در ساعاتی از روز ممکن بود باعث زحمت و تداخل در کار پاسخ دهنده شود، بنابراین از قبل جهت تعیین محدوده زمان مناسب تماس تلفنی هماهنگی‌های لازم با بیماران انجام گردید. تماس‌های تلفنی در گروه مداخله توسط پژوهشگر به مدت ۱۲ هفته انجام گرفت که این پیگیری‌ها شامل آموزش مداوم خودمراقبتی و توصیه به تبعیت از رژیم غذایی و ورزش و تعدیل دارو (تیرتیشن انسولین) و مراقبت از پا، مراقبت از دندان، مراقبت از چشم و توصیه به اندازه‌گیری قند خون توسط خود فرد بود.

این تماس‌ها همراه با توصیه‌های ذکر شده به صورت مستمر دو بار در هفته برای ماه اول و سپس هفتگی برای ماه دوم و سوم و ۱۶ بار برای هر فرد در طول مطالعه صورت گرفت. طول مدت مکالمه به طور متوسط ۱۲ دقیقه در نظر گرفته شده بود. در ضمن در هر جلسه مکالمه تلفنی محتوای مکالمه، تعداد دفعات و زمان تماس‌ها در فرم تنظیم شده ثبت می‌گردید. شماره تلفنی در اختیار گروه مداخله قرار گرفت که به طور ۲۴ ساعته و حتی تعطیلات رسمی پاسخگوی سؤالات آن‌ها بود.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شد؛ بدین صورت که پژوهشگر با ارایه معرفی‌نامه کتبی و کسب اجازه از مرکز دیابت اقدام به جمع‌آوری داده‌ها نمود. شرکت بیماران در اجرای مطالعه اختیاری و با رضایت کامل بود و آنان در طول مدت مطالعه مجاز بودند که در صورت عدم تمایل به ادامه کار و در هر مرحله از مطالعه خارج شوند. همچنین به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی آنان به طور کامل محرمانه است. لازم به ذکر است که گروه کنترل نیز مانند گروه مداخله آموزش‌های انجمن دیابت را دریافت کردند ولی هیچگونه پیگیری مانند گروه مداخله نداشتند.

تجزیه و تحلیل داده‌ها بر اساس اهداف پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری کای دو (برای مقایسه دو گروه بر اساس اطلاعات دموگرافیک از نظر جنس، تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل) و برای سن از آزمون تی مستقل استفاده شد. جهت توصیف متغیرهای کمی از میانگین

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات ابعاد آزمون کیفیت زندگی (Short form health survey) SF۳۶ در دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام آزمون

| P* | گروه مداخله | | حیطه‌ها |
|------|------------------------|------------------------|--------------------------------|
| | میانگین ± انحراف معیار | میانگین ± انحراف معیار | |
| ۰/۸۳ | ۲۹/۵۰ ± ۱۵/۲۴ | ۳۰/۳۰ ± ۱۲/۱۹ | عملکرد جسمی |
| ۰/۲۸ | ۵۰/۷۵ ± ۲۵/۸۵ | ۴۴/۰۰ ± ۱۶/۸۷ | محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی |
| ۰/۰۹ | ۵۵/۶۶ ± ۲۷/۱۱ | ۴۵/۶۶ ± ۱۸/۱۸ | محدودیت نقش به علت مشکلات روحی |
| ۰/۰۸ | ۴۱/۷۵ ± ۱۲/۴۶ | ۴۸/۰۰ ± ۱۲/۴۶ | شادابی |
| ۰/۶۹ | ۴۵/۸۰ ± ۱۴/۱۱ | ۴۷/۴۰ ± ۱۴/۲۹ | سلامت روان |
| ۰/۱۰ | ۴۵/۰۰ ± ۱۵/۷۲ | ۴۵/۰۰ ± ۱۳/۹۷ | عملکرد اجتماعی |
| ۰/۷۰ | ۴۵/۰۰ ± ۲۷/۴۸ | ۴۸/۰۰ ± ۲۷/۴۰ | درد جسمی |
| ۰/۰۶ | ۵۶/۴۰ ± ۱۱/۲۲ | ۵۲/۶۰ ± ۱۱/۳۵ | سلامت عمومی |
| ۰/۳۷ | ۴۶/۳۵ ± ۷/۲۹ | ۴۴/۷۴ ± ۵/۳۳ | نمره کلی کیفیت زندگی |

* تی مستقل

جدول ۳: میانگین نمرات ابعاد آزمون کیفیت زندگی SF۳۶ (Short form health survey)

| ابعد | گروه مداخله (پیش آزمون) | گروه مداخله (پس آزمون) | P* | گروه مداخله (پس آزمون) | گروه مداخله (پیش آزمون) | P** |
|--------------------------------|-------------------------|------------------------|--------|------------------------|-------------------------|-------|
| عملکرد جسمی | ۶۰/۶۰ ± ۲۴/۳۸ | ۶۵/۳۳ ± ۱۷/۴۴ | ۰/۲۵ | ۶۵/۳۳ ± ۱۷/۴۴ | ۴۳/۳۳ ± ۱۲/۸۴ | ۰/۲۸۰ |
| محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی | ۴۴/۰۰ ± ۱۶/۸۷ | ۶۱/۱۹ ± ۲۳/۳۰ | ۰/۰۰۲ | ۶۱/۱۹ ± ۲۳/۳۰ | ۴۱/۲۵ ± ۱۳/۹۷ | ۰/۰۰۱ |
| محدودیت نقش به علت مشکلات روحی | ۴۵/۶۶ ± ۱۸/۱۸ | ۶۵/۰۰ ± ۱۵/۷۷ | < ۰/۰۱ | ۶۵/۰۰ ± ۱۵/۷۷ | ۶۱/۱۱ ± ۲۳/۷۸ | ۰/۰۰۱ |
| شادابی | ۴۸/۰۰ ± ۱۲/۴۶ | ۶۳/۰۰ ± ۱۳/۷۵ | ۰/۰۴ | ۶۳/۰۰ ± ۱۳/۷۵ | ۳۵/۹۳ ± ۱۹/۹۵ | ۰/۰۰۲ |
| سلامت روان | ۵۰/۲۰ ± ۲۰/۳۸ | ۶۱/۴۰ ± ۱۷/۱۰ | ۰/۰۱ | ۶۱/۴۰ ± ۱۷/۱۰ | ۴۲/۴۴ ± ۲۴/۵۷ | ۰/۰۰۳ |
| عملکرد اجتماعی | ۵۰/۰۰ ± ۱۹/۴۳ | ۶۷/۵۰ ± ۱۷/۳۰ | ۰/۰۰۵ | ۶۷/۵۰ ± ۱۷/۳۰ | ۵۲/۶۰ ± ۱۹/۴۹ | ۰/۰۳۵ |
| درد جسمی | ۵۵/۴۰ ± ۲۳/۶۳ | ۶۱/۵۰ ± ۲۵/۳۰ | ۰/۳۱ | ۶۱/۵۰ ± ۲۵/۳۰ | ۴۴/۲۷ ± ۲۶/۳۱ | ۰/۱۶۰ |
| سلامت عمومی | ۴۲/۴۰ ± ۱۵/۸۸ | ۶۰/۸۰ ± ۱۷/۷۱ | ۰/۰۱ | ۶۰/۸۰ ± ۱۷/۷۱ | ۳۸/۱۳ ± ۱۵/۸۶ | ۰/۰۰۳ |
| نمره کلی کیفیت زندگی | ۴۹/۸۴ ± ۱۰/۶۲ | ۶۷/۵۹ ± ۷/۴۵ | ۰/۰۰۳ | ۶۷/۵۹ ± ۷/۴۵ | ۵۱/۱۲ ± ۷/۰۲ | ۰/۰۰۳ |

* تی تی ۹۵؛ ** تی تی مستقل

در مورد بررسی ارتباط ویژگی‌های فردی و کیفیت زندگی در گروه کنترل بر اساس آزمون‌های آنالیز واریانس و تی مستقل در مورد سن ($P = ۰/۰۴$)، تحصیلات ($P = ۰/۰۳$) و جنس ($P = ۰/۰۴$) تفاوت معنی‌دار آماری مشاهده شد.

بحث

نتایج مطالعه حاضر حاکی از افزایش نمره کلی کیفیت زندگی در گروه مداخله بود که با نتایج مطالعه صادقی در زمینه پیگیری تلفنی پرستار بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت که با استفاده از ابزار SF۳۶ انجام شد،^{۱۷} مشابه است. همچنین در مطالعه رخشنده‌رو که با هدف تأثیر آموزش بر کیفیت زندگی انجام شد، کیفیت زندگی بیماران به نحو چشمگیری بهبود یافته بود^{۱۸} که از این نظر مشابه پژوهش حاضر می‌باشد. ذاکری مقدم و همکاران بر اساس مطالعه خود گزارش کردند که پیگیری تلفنی بر میزان تبعیت از رژیم غذایی و کنترل بیماری در دیابت نوع دو مؤثر بوده و استفاده از پرستاری از راه دور، پرستار را قادر به پایش بیمار، آموزش، جمع‌آوری اطلاعات و انجام مداخلات پرستاری می‌سازد.^{۱۱}

در مطالعه صادقی شرمه و همکاران در مورد تأثیر پیگیری مراقبتی تلفنی و پیامکی بر کیفیت زندگی بیماران پس از عمل جراحی تعویض دریچه قلب در بیمارستان‌های منتخب شهر تهران نیز پیگیری تلفنی و پیامکی موجب بهبود کیفیت زندگی شد.^{۱۹} لازم به ذکر است که آنچه باعث بهبود کیفیت زندگی شده در اصل آموزش بیمار در حیطه‌های کنترل متابولیک و خودمراقبتی و استفاده از تلفن به صورت تماس تلفنی یا ارسال پیامک جهت یادآوری بوده است. از این رو انتظار می‌رود، استفاده از ابزارهای مختلف و در دسترس و از طرفی با کاربرد آسان برای بیماران نتایج مثبتی را مانند بهبود کیفیت زندگی به دنبال داشته باشد.

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که پیگیری تلفنی توسط پرستار و حمایت و تماس مستمر با بیمار در کنار آموزش اولیه می‌تواند در افزایش

کیفیت زندگی تأثیر داشته باشد؛ به طوری که نه تنها موجب افزایش کیفیت زندگی بیمار از نظر جسمی می‌شود، بلکه بر جنبه‌های روحی و روانی وی نیز تأثیر دارد. یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه Braun و همکاران^۷ در آلمان مشابهت داشت. در پژوهش مذکور که بر روی ۷۱ بیمار مبتلا به دیابت انجام شد، آموزش بیمار و پیگیری و کنترل متابولیک بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله ابعاد روحی و روانی و امید به آینده تأثیر مثبت داشت.^۷ در مطالعه حاضر در عملکرد اجتماعی نیز تفاوت مشاهده شد که مشابه نتایج مطالعه صادقی می‌باشد.^{۱۷}

از ویژگی‌های فردی در مورد سن، جنس و تحصیلات ارتباط معنی‌داری به دست آمد. بر این اساس علاوه بر زنان، با افزایش سن و تحصیلات پایین‌تر کیفیت زندگی از وضعیت مطلوبی برخوردار نبود. در مطالعات مختلف انجام شده در این زمینه از جمله مطالعه صادقی به ویژگی‌های فردی اشاره‌ای نشده است.^{۱۷} در مطالعه ذاکری مقدم و همکاران که در زمینه تأثیر پیگیری تلفنی بر تبعیت از رژیم غذایی بود، در مورد ویژگی‌های فردی تفاوتی مشاهده نشد.^{۱۱} در مطالعه صادقی شرمه و همکاران نیز که با این روش در بیماران قلبی انجام شده بود نیز بین ویژگی‌های فردی گروه کنترل و مداخله تفاوتی وجود نداشت^{۱۹} که از این نظر با مطالعه حاضر متفاوت بود.

نتایج مطالعه احمدی و همکاران^{۲۰} در مورد عوامل مؤثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که در مورد سن، جنس و تحصیلات هیچ گونه ارتباطی وجود ندارد. علت احتمالی این مغایرت می‌تواند ناشی از تفاوت در نوع بیماری و روش مطالعه و ابزار مورد استفاده باشد. در مطالعه انجام شده بر روی بیماران دچار نارسایی قلب که با استفاده از ابزار SF۳۶ توسط یوسفی و همکاران انجام شد بین سن، جنس، تحصیلات و کیفیت زندگی ارتباط وجود داشت^{۲۱} که از این نظر با پژوهش حاضر همخوانی دارد. با این حال به نظر می‌رسد با توجه به مشکلات خاص زنان به ویژه در افرادی که در سنین بالا هستند و تأثیر تحصیلات بر رعایت رژیم درمانی، نتایج حاصل شده قابل انتظار باشد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج این بررسی، برنامه پیگیری تلفنی توانسته است کیفیت زندگی مددجویان مورد بررسی را ارتقا بخشد. با توجه به این که مبتلایان به دیابت نوع دو اغلب در سنین میان‌سالی و بالاتر هستند همچنین مشکلات متعدد جسمی را تجربه می‌کنند پیش‌بینی می‌شود پیگیری تلفنی بتواند با کاهش یا تأخیر عوارض موجب کاهش مراجعات مکرر آن‌ها به مراکز درمانی شود. همچنین از جهت کاهش نیروی انسانی و هزینه مورد نیاز و صرف وقت برای سیستم‌های ارایه مراقبت نیز می‌تواند روش مناسبی باشد. با توجه نقش کلیدی پرستار در این پیگیری‌ها و آموزش از راه دور، می‌توان پرستارانی را در این زمینه تربیت نمود و امکانات لازم را برای این نوع ارتباطات فراهم آورد. از این رو در نظر گرفتن تسهیلات لازم، نیروی انسانی کارآمد ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر احتمال عدم تمایل به همکاری بیماران و خروج افراد از مطالعه به دلیل طولانی بودن زمان وجود داشت که سعی شد با برقراری ارتباط مستمر و تبیین اهداف پژوهش و دادن هدیه نسبت به جلب همکاری آنان اقدام شود. نکته دیگر امکان تبادل اطلاعات بین دو گروه مداخله و کنترل بود، البته اطلاعات توسط مدرس انجمن دیابت در ابتدای طرح به هر دو گروه، یکسان داده شد. با توجه به این که ارتباط تلفنی در ساعاتی از روز ممکن بود باعث زحمت و تداخل در کار پاسخ دهنده شود، لذا از قبل جهت تعیین محدوده زمان مناسب تماس تلفنی،

هماهنگی‌های لازم با بیماران انجام شد. در پایان توصیه می‌شود مطالعه حاضر در سایر بیماری‌های مزمن و با حجم نمونه بیشتری انجام شود و همچنین موانع و مشکلات پیگیری تلفنی از دید بیماران و مراقبت کنندگان نیز بررسی شود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان

سکینه سبزواری: هماهنگی جهت اجرای طرح، تدوین و تأیید نهایی مقاله
طاهره لشکری: جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و همکاری در تدوین مقاله
فریبا برهانی: همکاری در اجرای طرح و مشارکت در تدوین مقاله
عباس عباس زاده: همکاری در اجرای طرح و مشارکت در تدوین مقاله.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد بود. مجری طرح و همکاران از کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شرکت کننده در پژوهش حاضر، پزشکان و کارکنان مرکز دیابت بیمارستان باهنر که امکان انجام پژوهش حاضر را فراهم ساختند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. هزینه انجام پژوهش حاضر در قالب طرح مصوب شماره ۸۹/۳۹ معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی کرمان تأمین شده است.

References

- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2013; 36(Suppl 1): S67-S74.
- Harati H. Diabetes treatment. Tehran, Iran: Chapakhsh Publication; 2007. [In Persian].
- Fonseca VA, Pendergrass M, McDuffie RH. Handbook of diabetes. London, UK: Current Medicine Group; 2006.
- Raaijmakers LGM, Hamers F JM, Marloes K Martens MK, Bagchus C, Vries NK, et al. Perceived facilitators and barriers in diabetes care: a qualitative study among health care professionals in the Netherlands. *BMC Family Practice*. 2013; 14: 114.
- Suksomboon N, Poolsup N, LayNge Y. Impact of Phone Call Intervention on Glycemic Control in Diabetes Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *PLoS ONE* 2014; 9(2): e89207.
- Mohammad pour Y, Haririan H, Moghaddasian S, Ebrahimi H. Surveying the quality of life and its dimensions among the type 2 diabetes patients referred to the Diabetes center of Tabriz university of medical sciences. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2008; 6(1): 26-37. [In Persian].
- Braun A, Samann A, Kubiak T, Zieschang T, Kloos C, Muller UA, et al. Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Educ Couns* 2008; 73(1): 50-9.
- Peymani M, Tabatabaie A, Pajoochi M. Role of nursing in care of diabetes. *Iran J Diabetes Lipid Disord* 2009; 9(2): 107-15. [In Persian].
- Health Resources and Services Administration. Telehealth [Online]. [cited 2012 Nov 20]; Available from: URL: <http://www.hrsa.gov/ruralhealth/about/telehealth/>
- Kumar S, Snooks H. Telenursing. London, UK: Springer Science & Business Media; 2011.
- Zakerimoghadam M, Bassampour SH, Rjab A, Faghihzadeh S, Nesari M. Effect of Nurse-led Telephone Follow ups (Tele-Nursing) on Diet Adherence among Type 2 Diabetic Patients. *Hayat* 2008; 14(2): 63-72. [In Persian].
- Olson S, Board on Human-Systems Integration, Committee on the Role of Human Factors in Home Healthcare, Division of Behavioral and Social Sciences and Education, National Research Council. The role of human factors in home health care. Washington, DC: National Academies Press, 2010. p. 73-117.
- Chorbev I, Sotirovska M, Mihajlov D. Virtual Communities for Diabetes Chronic Disease Healthcare. *International Journal of Telemedicine and Applications* 2011; 2011: 7.
- Dang S, Ma F, Nedd N, Florez H, Aguilar E, Roos BA. Care coordination and telemedicine improves glycaemic control in ethnically diverse veterans with diabetes. *J TelemedTelecare* 2007; 13(5): 263-7.
- Chittleborough CR, Baldock KL, Taylor AW, Phillips PJ. Health status assessed by the SF-36 along the diabetes continuum in an Australian population. *Qual Life Res* 2006; 15(4): 687-94.

16. Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res* 2005; 14(3): 875-82.
17. Sadeghi T, Derakhshan R. Effect of nurse-led telephone follow up (telenursing) on quality of life among diabetic patients. *Payesh* 2011; 11(5): 711-7. [In Persian].
18. Rakhshandero S, Heydarnia AR, Rajab A. The effect of hygiene education on quality of life in diabetic patients. *Daneshvar Med* 2006; 13(63): 15-20. [In Persian].
19. Sadeghishermeh M, Ghafouri F, Tadrissi SD, Tayyebi A. The effect of follow-up care by telephone and short massage services on patient's quality of life after cardiac valve replacement surgery. *Iran J Crit Care Nurs* 2013; 6(1): 65-72. [In Persian]
20. Ahmadi A, Hasanzadeh J, Mohammadrafiei M, Lashkari L. Effective factors on quality of life in patients with type 2 diabetes in Chahar Mahal Bakhtiari Province. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2011; 3(1): 7-13. [In Persian].
21. Yousefi P, Sabzevari S, Mohammad alizadeh S, Haghdoost A. Study of quality of life in heart failure hospitalized patients in Kerman medical university hospital in 2008. *Iran J Nurs Res* 2011; 6(21): 59-67. [In Persian].

Archive of SID

Effect of phone follow-up on quality of life in type II diabetic patients

Sakineh Sabzevari¹, Tahereh Lashkari², Fariba Borhani³, Abbas Abbaszadeh⁴

1. Assistant Professor, Department of Nursing, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
2. MSc in Nursing, Bahonar Hospital, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Nursing Ethics, Medical Ethics and Law Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Professor, Department of Nursing, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Original Article

Medical - Surgical Nursing Journal, 2014; 3(2): 84-90

ABSTRACT

Background and Objective: Diabetes is the most common endocrine disease. In phone follow up, patients with some problems are training in special times by nurses. This study was conducted to determine the effect of follow-up by phone calls on quality of life (QoL) in Kerman, Iran.

Materials and Method: This was a quasi-experimental study on 50 type II diabetic patients in census manner with two randomized control and experimental group in Kerman on 2011. For data collection, short form of QoL (SF36) questionnaire was used before and after the intervention. Chi-square, analysis of variance (ANOVA), independent t-test, and paired t-test were used in SPSS₁₈ to analyze data.

Results: Results showed a statistical significant difference between the control (51.12 ± 7.02) and experimental group (67.59 ± 7.45) in global quality of life scores ($P = 0.005$). In different domains except physical function and pain in other subjects such as role limitation ($P = 0.001$), freshness ($P = 0.002$), psychological health ($P = 0.003$), social performance ($P = 0.03$), spiritual wellbeing ($P = 0.003$), significant difference was observed ($P = 0.003$). In demographic variables there was an association between age ($P = 0.04$), sex ($P = 0.03$), educational level ($P = 0.04$) and quality of life.

Conclusion: According to the results of this study, follow-up by phone calls was able to improve the quality of life in the study. Therefore, this method is recommended for patients with type II diabetes.

Keywords: Type II diabetes, phone follow-up, quality of life

Correspondence:

Tahereh Lashkari
Kerman University of
Medical Sciences

Email:

na.lashkari@gmail.com

Received: 24/12/2013

Accepted: 9/5/2014

Please cite this article as: Sabzevari S, Lashkari T, Borhani F, Abbaszadeh A. Effect of phone follow-up on quality of life in type II diabetic patients. *Medical - Surgical Nursing Journal* 2014; 3(2): 84-90.