

Effectiveness of stress management training on improved quality of life in patients with type 2 diabetes

Fuladvandi M¹, Aziz Zadeh Foroozi M², Asad Abadi A³, Fuladvandi GR⁴, *Lashkari T⁵, Malekian L⁶

Abstract

Introduction: Quality of life in chronic diseases such as diabetes is a very important concept. Quality of life enhancement of these patients is done in different ways. One of these methods is control stress management. Therefore, this study aimed to determine the effectiveness of stress management training on improved quality of life in patients with type 2 diabetes.

Materials and Methods: This study was a quasi-experimental intervention study. The study sample was consisted of 96 female and male patients with type 2 diabetes (48 patients in the control group and 48 patients in the intervention group), that were participated in convenience method. Quality of life in patients before and after the intervention groups was measured with a questionnaire SF36. Data were collected and analyzed with SPSS/20.

Findings: The total mean score of quality of life before and after intervention in the control group was 54.1 ± 15.53 and 54.32 ± 14.79 . The total mean score of quality of life before and after intervention in the intervention group was 54.21 ± 16.69 and 63.52 ± 12.41 . The results showed there is significant difference in quality of life the patients with type 2 diabetes before and after stress management training ($P < 0.0001$).

Conclusions: The results showed that education of stress management will improve the quality of life in intervention group. It is recommended that the supplement treatment to be provided be used for diabetics patients and other chronic patients.

Keyword: Stress management, Quality of life, Type 2 diabetes.

Received: 1 January 2014

Accepted: 11 March 2014

1- MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bam University of Medical Sciences, Bam, Iran.

2- MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman Medical University, Kerman, Iran.

3- MSc in Statistics, Department of Epidemiology and Biostatistics, Faculty of Public Health, Kerman Medical University, Kerman, Iran.

4- MSc in Production and Operations Management, School of Industrial Management, Tehran University, Tehran, Iran.

5- MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman Medical University, Kerman, Iran. (**Corresponding author**).

E-mail: na.lashkari@gmail.com

6- MSc in Nursing, School of Nursing and Midwifery, Kerman Medical University, Kerman, Iran.

تأثیر آموزش مدیریت تنش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

معصومه فولادوندی^۱، منصوره عزیززاده فروزی^۲، آذر اسدآبادی^۳، غلامرضا فولادوندی^۴، *طاهره لشکری^۵، لیلا ملکیان^۶

چکیده

مقدمه: یکی از مفاهیم بسیار مهم در بیماری های مزمن مفهوم کیفیت زندگی است و بیماری دیابت نیز از این قاعده مبرا نیست. ارتقاء کیفیت زندگی این بیماران از طرق مختلف صورت می پذیرد و یکی از این روش ها کنترل یا به عبارتی مدیریت تنش است. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش مدیریت تنش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، صورت گرفت.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر یک مطالعه نیمه تجربی می باشد. نمونه های این پژوهش را ۹۶ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مرکز دیابت شهر کرمان تشکیل دادند (۴۸ نفر در گروه کنترل و ۴۸ نفر در گروه مداخله)، که به صورت در دسترس انتخاب شدند. بیماران گروه مداخله طی یک دوره ۱/۵ ماهه برای ۱۰ جلسه ۲ ساعته (هر هفته دو جلسه) مورد آموزش قرار گرفتند. کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله با استفاده از پرسشنامه "کیفیت زندگی SF36" "36-Item Short Form Health Survey" اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: میانگین و انحراف معیار نمره کل کیفیت زندگی در دو گروه کنترل و مداخله قبل از آموزش به ترتیب $54/1 \pm 15/53$ و $54/32 \pm 14/79$ و بعد از آموزش $54/21 \pm 16/69$ و $63/52 \pm 12/41$ بود. نتایج تفاوت معنی داری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بعد از مداخله نسبت به قبل از مداخله نشان داد ($P < 0/0001$).

نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت تنش موجب بهبود کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله شده است. پیشنهاد می شود از این شیوه به عنوان یک روش مکمل برای بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی و سایر بیماران مزمن استفاده شود.

کلید واژه ها: آموزش مدیریت تنش، کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۰/۱۱

- ۱- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بم، بم، ایران.
 - ۲- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
 - ۳- کارشناس ارشد آمار، گروه آمار زیستی و اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.
 - ۴- کارشناس ارشد مدیریت تولید و عملیات، گروه مدیریت صنعتی، دانشکده مدیریت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
 - ۵- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسؤول)
- پست الکترونیکی: na.lashkari@gmail.com
- ۶- کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

مقدمه

دیابت یکی از بیماری‌های شایع در ایران و جهان می‌باشد. این بیماری مزمن، پیشرونده و پرهزینه است و بعنوان یک مشکل بهداشتی عمومی قلمداد شده و عوارض متعددی را ایجاد می‌کند (۱-۲). دیابت نوع ۲ از شایعترین انواع دیابت می‌باشد که ۹۰ درصد از کل موارد ابتلا به دیابت را شامل می‌شود (۳). گزارش فدراسیون بین‌المللی دیابت نشان می‌دهد که شیوع دیابت به سطح اپیدمی جهانی رسیده است (۴). در ایران بیش از ۳ میلیون نفر دچار دیابت هستند که با میزان شیوع ۷ درصد دیابت و ۱۳ درصد دیابت پنهان در جمعیت بزرگسال مشاهده شده تقریباً ۲۰ درصد جمعیت ایرانی مبتلا به دیابت و یا مستعد ابتلا به آن می‌باشند (۵). دیابت نوع ۲ بیشتر در سنین بالا (بیشتر از ۳۰ سال) خود را نشان می‌دهد و با چاقی همراه است (۶). طبیعت مزمن این بیماری و عوارض ناشی از آن باعث تحمیل بار سنگین اقتصادی و کاهش کیفیت زندگی بیمار و خانواده وی می‌گردد (۷). مطالعات نشان داده که کنترل قند خون در حد نرمال، پیشرفت عوارض میکروواسکولار و عوارض نوروپاتی را تا ۵۰ درصد در این بیماران کاهش می‌دهد (۸). یافته‌های مرکز مطالعات دیابت انگلستان نشان داده که بین عوارض میکروواسکولار و هیپرگلیسمی ارتباط وجود دارد، به طوری که ۱ درصد کاهش در میزان HbA1c حدود ۳۷ درصد بروز عوارض میکروواسکولار را کاهش می‌دهد (۹). با توجه به شیوع این بیماری در ایران و جهان و عوارض ناشی از آن توجه به ابعاد مختلف مراقبت از این بیماران بسیار مهم است، از جمله آن‌ها می‌توان توجه به کیفیت زندگی این بیماران را نام برد.

دیابت یک منبع تنش برای افراد مبتلا است که علاوه بر اثرات سوء جسمی با اثر منفی روانی همراه است که درمان و کنترل بیماری را برای آنان دشوار ساخته است، در نتیجه اثرات مخربی بر کیفیت زندگی آنان دارد (۱۰). سازمان بهداشت جهانی، سلامت را به عنوان عدم وجود بیماری و تندرستی جسمی، روانی، اجتماعی و

معنوی تعریف کرده و بنابراین موضوع کیفیت زندگی به صورت یک شاخص مهم در پژوهش بالینی مطرح گردیده است (۱۱). دیابت درمان پذیر نیست اما می‌توان آن را کنترل کرد (۱۲). Braun & Samna معتقد اند که کلیه مبتلایان به دیابت ملیتوس بهتر است در یک برنامه آموزشی و پیگیری ساختارمند شرکت کنند تا کنترل متابولیک و کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند (۱۳). پرستاران به عنوان عضوی از نظام بهداشتی و درمانی می‌توانند با آرایه‌ی آموزش‌هایی درخصوص مدیریت تنش در ارتقای کیفیت زندگی این بیماران نقش بسزایی داشته باشند. از اینرو بررسی عوامل روانی نقش مهمی در مدیریت دیابت ایفا می‌کند (۱۴). اغلب رفتارهای مورد بحث در ارتباط با مدیریت دیابت از استراتژی‌هایی با هدف مدیریت موقعیت‌های تنش‌زا و اجتناب از آن می‌باشد (۱۵). بنابراین، آموزش روش‌های مقابله و سازگاری با تنش، مانند آرام‌سازی و حل مساله، باعث بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی می‌گردد (۱۶).

تاکنون پژوهش‌های اندکی در مورد اثربخشی آموزش مدیریت تنش بیماران دیابتی در ایران انجام شده است. نقش‌های حمایتی و مراقبتی پرستار بر ابعاد مختلف کیفیت زندگی بیماران مزمن تأثیر دارد (۱۰). انجمن دیابت آمریکا (American Diabetes Association) توصیه می‌کند که تمامی بیماران دیابتی باید سعی کنند تا سطح قند خون خود را در حد طبیعی حفظ نمایند (۱۷). بنابراین، انجام پژوهشی‌هایی که بتواند تأثیر ارائه خدمات روانشناختی بعنوان بخشی از برنامه بازتوانی بیماران بر تغییر و بهبود شیوه زندگی، تصحیح افکار و همچنین افزایش انگیزه و همکاری بیماران در بهبود شیوه زندگی بسنجد لازم به نظر می‌رسد. همچنین با توجه به افزایش روزافزون بیماری دیابت و ناراحتی‌های روانی (اضطراب، افسردگی و ناامیدی) که از هنگام تشخیص بیماری با بیمار همراه می‌شوند، ارائه مراقبت‌هایی که بیمار را به ادامه زندگی با بالاترین سطح کیفیت و پذیرش درمان وادار نماید جزء وظایف مهم پرستاران می‌باشد. لذا این مطالعه با

هدف تعیین تاثیر آموزش مدیریت تنش بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، صورت گرفت.

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع مطالعات مداخله ای نیمه تجربی می باشد که از بین ۴۰۰ بیمار مراجعه کننده به مرکز دیابت شهر کرمان در سال ۱۳۹۲، ۹۶ نفر از بیماران زن و مرد مبتلا به دیابت نوع ۲ (۴۸ نفر در گروه کنترل و ۴۸ نفر در گروه مداخله)، با کسب رضایت وارد مطالعه شدند. قرار گرفتن در هر یک از دو گروه بر اساس روزهای زوج و یا فردی بود که به مرکز مراجعه می کردند و بیمارانی که روزهای زوج برای دریافت اقدامات پزشکی می آمدند به عنوان گروه آزمون و بقیه در گروه کنترل قرار گرفتند. همچنین همسان سازی بین دو گروه بر اساس سن، مدت زمان ابتلا به بیماری، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات صورت گرفت.

در این مطالعه ابتدا کلیه داوطلبان توسط انجمن دیابت Gabric و متخصص تغذیه تحت آموزش خودمراقبتی در دیابت قرار گرفته و پمفلت های آموزشی در اختیار آن ها قرار گرفت. شرایط ورود به این پژوهش شامل: ۱- سن بالای ۱۸ سال ۲- ابتلا به دیابت نوع ۲ حداقل به مدت یک سال ۳- داشتن پرونده در مرکز دیابت ۴- توانایی پاسخگویی به سوالات ۵- رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه و شرایط خروج از مطالعه شامل: ۱- اخذ درمان های روان پزشکی ۲- تمایل به خروج از مطالعه ۳- داشتن سابقه دریافت آموزش مدیریت تنش بود. در این مطالعه از پرسشنامه SF36 (36-Item Short Form Health Survey) استفاده شد. این ابزار دارای ۳۶ سوال است؛ این پرسشنامه کیفیت زندگی را در ۸ حیطه مورد بررسی قرار می دهد که شامل عملکرد جسمی (Physical performance)، محدودیت در ارتباط با مشکلات جسمی (Limitations associated with physical problems)، درد جسمی (Physical pain)، وضعیت سلامت عمومی (Public health)، نشاط (Vitality)، عملکرد اجتماعی (Social

performance)، محدودیت در برقراری ارتباط با مسائل روانی (Restrictions on communication with Mental)، و سلامت روانی (psychological problems) Health می باشد. دو مقیاس کلی از ادغام ۸ مقیاس ذکر شده ۱- سلامت جسمی (عملکرد جسمی، محدودیت جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی) ۲- سلامت روانی (عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی، سلامت روان، نشاط) می باشد. نمره کیفیت زندگی در حیطه های مختلف از صفر تا صد نمره گذاری می شود. نمرات بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. این ابزار در ایران توسط منتظری و همکاران در سال ۱۳۸۴ برای جمعیت ایران بومی سازی شده است. روایی پرسشنامه از طریق روایی محتوا و پایایی به روش آلفای کرونباخ مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج پایایی درونی نشان داد که به جز حیطه نشاط ($\alpha=0/65$) سایر حیطه های گونه فارسی SF36 از حداقل ضرایب در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون آماری مقایسه گروه های شناخته شده نشان داد که این ابزار قادر به افتراق زیر گروه های جمعیتی به تفکیک جنس و سن می باشد و دارای روایی ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ می باشد. (۱۸). کیفیت زندگی بیماران گروه مداخله و کنترل با این ابزار قبل و بعد از اجرای مداخله اندازه گیری شد.

ابتدا پژوهشگر به کسب اجازه از مسئولین مرکز دیابت کرمان پرداخت و بعد از اخذ رضایتنامه از بیماران مورد پژوهش به آنان اطمینان داده شد که اجباری جهت شرکت در این پژوهش ندارند و در هر زمان که مایل بودند می توانند از پژوهش خارج شوند. همچنین به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی آنان کاملاً "محرمانه خواهد ماند و صرفاً در زمینه نیل به اهداف پژوهش استفاده می گردد.

در این پژوهش، جلسات درمانی توسط روانشناس بالینی و پرستار دوره دیده ای انجام شد. واحدهای مورد پژوهش طی یک دوره ۱/۵ ماهه برای ۱۰ جلسه ۲ ساعتی (هر هفته دو جلسه) مورد آموزش قرار گرفتند. محتوای برنامه آموزشی شامل: ۱- آموزش

آرمیدگی: آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۱۶ گروه ماهیچه ای، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، تنفس، تصویر سازی، آرمیدگی عضلانی تدریجی برای ۸ گروه ماهیچه ای، آرمیدگی عضلانی تدریجی منفعل، آموزش خود زاد برای ضربان قلب، تنفس، شکم و پیشانی، آموزش خود زاد همراه با تصویر سازی و خود القایی، آموزش خود زاد برای سنگینی و گرما، جایگزینی افکار منطقی، مراقبه ی شمارش معکوس، تصویر سازی و مراقبه، ۲- مدیریت تنش: تنش و آگاهی، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، مقابله کارآمد، اجرای پاسخ های مقابله ای، مدیریت خشم و حمایت های اجتماعی و مرور برنامه بود. پس از اتمام ۱۰ جلسه آموزشی، پرسشنامه SF36 مجددا جهت تکمیل در اختیار گروه ها گذاشته شد. لازم به ذکر است که ریزش تعداد نمونه در طول مداخله مشاهده نشد. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از شاخص های مرکزی و پراگندگی، آزمون تی مستقل، تحلیل واریانس (ANOVA) و اندازه های تکراری و با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۰ صورت گرفت.

یافته ها

یافته های این مطالعه نشان داد که در مجموع، ۹۶ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ با طیف سنی ۸۰-۲۰ با میانگین و انحراف معیار $53/08 \pm 23/23$ سال در مطالعه شرکت نمودند. بیشتر شرکت کنندگان زن (۸۲/۳ درصد) و اکثرا (۹۱/۷ درصد) متأهل بودند. ۵۸/۳۵ درصد از شرکت کنندگان تحصیلات کمتر از دیپلم داشتند و ۷۲ درصد آنان شاغل بودند. میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه آزمون $53/44 \pm 69/69$ سال و در گروه کنترل $52/72 \pm 5/75$ سال می باشد. ویژگی های جمعیت شناسی نمونه ها در جدول ۱ ارائه شده است. بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ سن، مدت ابتلا به دیابت، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات تفاوت معنی داری وجود نداشت و همسان بودند. نتایج آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس (ANOVA) (با توجه به برقراری شرایط

پارامتریک یعنی نرمال بودن متغیر کیفیت زندگی و همسانی واریانس در گروه ها) و همچنین آزمون اندازه های تکراری برای بررسی ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناسی و متغیر کیفیت زندگی با توجه به اندازه گیری های مکرر در قبل و بعد از مداخله، نشان داد که جنسیت، وضعیت تاهل، وضعیت شغل، در کیفیت زندگی بیماران گروه کنترل و گروه مداخله قبل و بعد از آموزش تاثیر نداشت. با این حال میانگین نمره کیفیت زندگی در افراد رده سنی ۳۰-۲۰ سال و مونث و در افراد دارای مدرک کارشناسی و کارشناسی ارشد و شاغلین و در زنان بیشتر بود (جدول ۱).

جدول ۱: تعیین ویژگی های جمعیت شناسی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون و گروه کنترل

گروه کنترل		گروه آزمون		متغیر	
درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی		جنسیت
۲۰/۸	۱۰	۱۴/۶	۷	مرد	
۷۹/۲	۳۸	۸۵/۴	۴۱	زن	
۱۸/۷۵	۹	۱۴/۶	۷	≤۵	سابقه دیابت
۶۰/۴۱	۲۹	۵۴/۱۶	۲۶	۶-۱۰	
۲۹/۱۶	۱۴	۳۱/۲۵	۱۵	≤۱۱	
۴/۲	۲	۲/۱	۱	۲۰-۳۰	سن
۲/۱	۱	۸/۳	۴	۳۱-۴۰	
۳۱/۳	۱۵	۱۴/۶	۷	۴۱-۵۰	
۳۱/۳	۱۵	۵۰	۲۴	۵۱-۶۰	
۲۷/۱	۱۳	۲۲/۹	۱۱	۶۱-۷۰	
۴/۲	۲	۲/۱	۱	۷۱-۸۰	
۸/۳	۴	۸/۳	۴	مجرد	وضعیت
۹۱/۷	۴۴			متاهل	تاهل
		۹۱/۷	۴۴		
۵۴/۲	۲۶	۶۲/۵	۳۰	کمتر از دیپلم	تحصیلات
۳۱/۳	۱۵			دیپلم	
۶/۳	۳	۳۱/۳	۱۵	کاردانی	
۶/۳	۳			کارشناسی	
۲/۱	۱	۴/۲	۲		
		۲/۱	۱		
۱۲/۵	۶	۹۷/۹	۴۷	شاغل	وضعیت
۸۷/۵	۴۲			بیکار	شغل
		۲/۱	۱		

نتایج آزمون اندازه های تکراری برای بررسی ارتباط بین کیفیت زندگی و ابعاد آن در دو گروه نشان داد که تفاوت معنی داری در میزان کیفیت زندگی گروه های آزمون و کنترل قبل از مداخله وجود نداشت، در حالی که بعد از مداخله تفاوت معنی داری بین دو گروه یافت شد ($P < 0.001$) (جدول ۲).

جدول ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون و کنترل

p-value	بعد از مداخله		قبل از مداخله		ابعاد کیفیت زندگی
	آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	
	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	میانگین $\pm$ انحراف معیار	
< 0.0001	۶۳/۹۶ $\pm$ ۱۳/۴۹	۵۳/۸۰ $\pm$ ۱۶/۷۴	۵۳/۸۵ $\pm$ ۱۵/۸۷	۵۳/۴۷ $\pm$ ۱۷/۴۷	بعد سلامت جسمی
< 0.0001	۶۳/۰۹ $\pm$ ۱۳/۰۱	۵۴/۶۳ $\pm$ ۱۶/۶۵	۵۴/۸۴ $\pm$ ۱۶/۵۷	۵۴/۷۳ $\pm$ ۱۶/۶۵	بعد سلامت روان
< 0.0001	۶۳/۵۲ $\pm$ ۱۲/۴۱	۵۴/۲۱ $\pm$ ۱۶/۶۹	۵۴/۳۲ $\pm$ ۱۴/۷۹	۵۴/۱۵ $\pm$ ۱۵/۵۳	نمره کل کیفیت زندگی

از دیگر نتایج به دست آمده از مطالعه با توجه به آزمون اندازه های تکراری، عدم وجود تفاوت معنی دار در بعد سلامت جسمی قبل و بعد از آموزش در گروه کنترل و تفاوت معنی دار در گروه آزمون ($P < 0.001$) بعد از مداخله می باشد (جدول ۲). نتایج همچنین نشان داد که تفاوت معنی داری در میزان بعد سلامت روان در دو گروه آزمون و کنترل قبل از مداخله وجود نداشت، در حالی که این تفاوت بعد از مداخله بین دو گروه معنی دار بود ($P < 0.001$) (جدول ۲).

بحث

بیماری دیابت تنش زیادی را بر بیماران مبتلا به دیابت وارد کرده و در نتیجه بر کیفیت زندگی آنان تاثیر می گذارد. مدیریت تنش یکی از عوامل افزایش دهنده کیفیت زندگی می باشد. نتایج این مطالعه نشان داد که کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است. در مرور متون انجام شده مطالعه ای که تاثیر مدیریت تنش بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت را سنجیده باشد وجود نداشت؛ ولی بررسی تاثیر این روش بر کیفیت زندگی سایر بیماران از جمله زنان یائسه (۱۹)، زنان مبتلا به سرطان سینه (۲۰)، صرع (۲۱)، آسم (۲۲-۲۳) نشان دهنده ی اثر بخشی مدیریت تنش بر کیفیت زندگی این بیماران بوده است.

یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش مدیریت تنش با روش هایی همچون آرام سازی، حل مسئله و همچنین آموزش مهارت های زندگی، سبب بهبود وضعیت سلامت جسمانی بیماران، کاهش تنش، اضطراب، افسردگی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی آنان شد. این یافته با نتایج پژوهش Goldstein و همکاران (۲۱) و Hampel و همکاران (۲۲) که به ترتیب تاثیر مدیریت تنش را در بهبود وضعیت جسمانی بیماران صرعی و آسمی می سنجیدند، همخوانی دارد. علائم بیماری و اضطراب و افسردگی در بیماران دیابتی می تواند باعث کاهش سطح کیفیت زندگی و سلامت روانی آنان گردد که می توان با آموزش شیوه های چالش با افکار، میزان تنش افراد را کاهش داد و به طبع آن سبب بهبود کیفیت زندگی آنان شد (۲۴-۲۵). Vila و همکاران گزارش کردند که بیمارانی که کیفیت زندگی پایینی دارند، مشکلات روانشناختی (افسردگی، تنش و اضطراب) زیادی را تجربه می کنند و بالعکس این مشکلات نیز باعث افت بیشتر کیفیت زندگی می شوند (۲۶).

بیماران دیابتی نوع ۲ پس از آموزش مدیریت تنش، موفق به کاهش اختلالات خلقی خود می شوند که این مسئله، کنترل بهتر

قند خون را به همراه دارد. از طرف دیگر، با کنترل مطلوب قند خون، بیماران سازگارانه تر با اضطراب و نگرانی ناشی از عوارض جسمی و مشکلات اجتماعی برخورد می کنند. کاهش علائم اضطراب و افسردگی با آموزش مدیریت تنش یکی از عوامل موثر در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت است. اثر بخش بودن این مداخله آموزشی بدین دلیل است که بر بعد سلامت جسمی در حیطه های عملکرد جسمی، محدودیت جسمی و سلامت عمومی و بر بعد سلامت روان درحیطه های عملکرد اجتماعی، مشکلات روانی، سلامت روانی و نشاط از ابعاد کیفیت زندگی تاثیر مستقیم گذاشته است. با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه قابل ذکر است که مدیریت تنش به افراد کمک می کند تا موقعیت های تنش زا را شناسایی کنند و راهکارهای مقابله با آن موقعیت ها را طبق آموزش بکار ببرند (۲۷). Rose و همکاران بر اساس ارائه الگویی به منظور تعیین نقش عوامل مختلف روانی درمانی اجتماعی در کنترل دیابت، آموزش روانشناختی و آموزش مدیریت تنش را عوامل مهم در بهبود کیفیت زندگی افراد دیابتی شناسایی کردند (۲۸). از جمله محدودیت های این مقاله می توان به محدود بودن تعداد نمونه و عدم پیگیری نتایج حاصله اشاره کرد.

نتیجه گیری نهایی

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر آموزش مدیریت تنش بر بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام گرفت. نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری مدیریت تنش سبب بهبود کیفیت زندگی گروه مداخله شده است. پیشنهاد می شود این روش آموزشی در مراکز دیابت و همچنین برای سایر بیماران مزمن ارائه شود.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، طرح پژوهشی با شماره ۹۲/۱۴۹ مصوب معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی

درمانی کرمان بوده است. در پایان از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش یاری رسان بوده اند، به ویژه مسئولین محترم کلینیک دیابت بیمارستان باهنر کرمان و کلیه بیماران دیابتی مراجعه کننده به این کلینیک تشکر و قدردانی می شود.

منابع

- 1- Asslami M. et al. [The relationship between depression and self-care behaviors in depressed and non-depressed patients with diabetes]. Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders. 2010; 3 (10):313-318. (Persian).
- 2- Mousavi A, et al. [Depression and general health status in patients with type 2 diabetes]. Journal of Science and Health. 2008; 3(1): 44-48 (Persian).
- 3- Ahmann A. Guidelines and performance measures for diabetes. Journal Manage Care 2007; (13): 6-41.
- 4- International Diabetes Federation, Diabetes Atlas. 4th Edition. International Diabetes Federation, Brussels. 2009.
- 5- Brownell K, Cohen L. Adherence to dietary regimens: An overview of research. Journal Behavioral Medicine. 1995; 20(4): 54-149.
- 6- Harati H. Diabetes Treatment. Tehran: Chapkhsh. 2007.(Persian).
- 7- Nagelkerk J, Reick K. et al. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self – management. Journal of Advanced Nursing. 2006; 54(2): 151-158.
- 8- Oh JA, Kim H. et al. Telephone- Delivered intervention to improve Glycemic control in type 2 Diabetic patient. Journal Yonsei Medical. 2003; 44(1): 1-8.
- 9- United Kingdom Prospective Diabetes Study Group (UKPDS). Intensive blood- glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). Journal Behavioral Medicine. 1998; 352(9131): 837-853.
- 10- Moghaddasian S, Ebrahimi H. [Three dimensions of quality of life in patients Diabetes Center], Tabriz University of Medical Sciences. Journal of Nursing and Midwifery. 2008; 3(10): 38-44 (Persian).
- 11- Testa M, Simonson D. Assessment of quality of life outcomes. NEJM, 1996;10(334): 835-849.
- 12- Phipps W. Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives. St. Louis: Mosby Co, 2003.
- 13- Braun A, Samna A. Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. Patient Education and Counseling. 2008; 73(5): 50-59.

- 14- Calhoun D, Beals J, Carter EA. Relationship between glycemic control and depression among American Indians in the Strong Heart Study. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2010; 24(4): 217-222.
- 15- Rane K, Wajngot A, Wandell PE. Psychosocial problems in patients with newly diagnosed diabetes: Number and characteristics. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2011; 93(3): 337-378.
- 16- Mehrabi A, et al. [Effectiveness of stress management training based on the theory of cognitive - behavioral therapy on glycemic control in type 1 diabetic patients and decreased emotional problems]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorders*. 2008; 8(2): 103-113 (Persian).
- 17- American Diabetes Association. Standard of medical care for patients with diabetes mellitus care. *Clinical Diabetes*. 1998;16(1): 23-35.
- 18- Montazeri A, Rafate N, Lavare P. [The Reliability of Persian Survey questionnaire SF36]. *Quarterly Monitoring*. 2005; 3(2): 49-56 (Persian).
- 19- Aghili M. The effectiveness of cognitive behavioral stress management intervention on quality of life in menopausal women (MSc Dissertation). Isfahan: University of Isfahan. 2009 (Persian).
- 20- Antoni M. et al. How stress management improves quality of life after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2006; 74(6): 1143-1152.
- 21- Goldstein L. et al. Cognitive behavior therapy with adults with intractable epilepsy and psychiatric co-morbidity: Preliminary observations on changes in psychological state and seizure frequency. *Behaviour Research and Therapy*. 2003; 41(4):447- 460.
- 22- Hampel P. et al. Multimodal patient education program with stress management for childhood and adolescent asthma. *Patient Education and Counseling*. 2002; 49(1): 59-66.
- 23- Lehrer P. et al. Psychological treatment of comorbid asthma and panic disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22(4): 671-683.
- 24- Mehrabi A. et al. Effectiveness of cognitive-behavioral based stress management training on glycemic control and reduction of emotional problems in type 1 diabetic patients. *Journal Diabetes and lipid*. 2009; 8(2): 103-115.
- 25- Zhang CX, Chen YM, Chen W. Association of psychological factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients with type2 diabetes. *Journal Diabetes Research and Clinical Practice*. 2008;79(3):523- 530.
- 26- Vila G, Hayder R, Bertrand C. Psychopathology and quality of life for adolescents with asthma and their parents *Psychosomatics*. 2003.

- 27- Antoni M. et al. Cognitive Behavioral Stress Management. Journal Health Psychology. 2001; 20(1): 20-32
- 28- Rose M. et al. The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. Journal Diabetes Care. 2002; 25(1): 35-42.