

بررسی تاثیر آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در دیابت نوع II

طاهره قطبی^۱، سادات سید باقر مداح^۲، اصغر دالوندی^۳، نرگس ارسلانی^۴، مرجان فرضی^۵

۱. کارشناسی ارشد پرستاری، گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۲. استادیار گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۳. استادیار گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۴. استادیار گروه آموزشی پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
 ۵. کارشناس ارشد مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران
- نویسنده مسئول مکاتبات: نرگس ارسلانی، nargesarsalani@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیماری دیابت نوع دو با انجام رفتارهای خودمراقبتی قابل کنترل است. اما اغلب مبتلایان در اجرای آن کوتاهی می کنند. با توجه به نقش و تاثیر خانواده در اجرا و استمرار رفتارهای خود مراقبتی، این مطالعه با هدف تعیین تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام گرفت.

مواد و روش ها: در قالب یک پژوهش نیمه تجربی ۴۰ بیمار بصورت تصادفی به دو گروه مداخله و شاهد تقسیم شدند آموزش رفتارهای خودمراقبتی در محل سکونت و با حضور خانواده در گروه مداخله انجام شد. سپس رفتارهای خودمراقبتی در چهار حیطه تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، دارو و کنترل عوارض و مراقبت از پا با استفاده از پرسشنامه دارای روایی و پایایی سنجش رفتارهای خودمراقبتی، قبل و بعد از اجرای آموزش، اندازه گیری شده و نمرات توسط نرم افزار spss16 مورد مقایسه و تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: دو گروه مداخله و شاهد قبل از آموزش، تفاوت معناداری از نظر سطح رفتارهای خود مراقبتی نداشتند. بعد از آموزش در گروه مداخله، نمره کل رفتارهای خود مراقبتی و نمره حیطه های آن افزایش یافت که این تفاوت از نظر آماری معنادار بود.

نتیجه گیری: آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، موجب ارتقاء خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو می شود. نتایج این مطالعه می تواند در سایر بیماری های مزمن و در حیطه های مختلف مراقبت های پرستاری جهت آموزش و توانمندسازی بیمار و خانواده مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه: آموزش، خودمراقبتی، الگوی توانمندسازی خانواده محور، دیابت

مقدمه

دیابت بیماری مزمن، غیر واگیر و جدی بوده که پیش بینی میشود طی ۲۵ سال آینده جزء مهمترین عوامل مرگ و

(Jafarian&Heydari, 2000). در مطالعه حمد زاده و همکاران، نیز اکثر بیماران مبتلا به دیابت، از نظر رفتارهای خود مراقبتی، در سطوح متوسط تا ضعیف (به ترتیب ۳۷/۸٪ و ۳۴/۹٪)، قرار داشتند (Hamadzadeh, 2013).

با توجه به پایین بودن سطح رفتارهای خود مراقبتی در بیماران مزمن، چالش مهم قرن ۲۱ اجرای موثر رفتارهای خود مراقبتی و دستیابی به خود کنترلی مطلوب در بیماری‌های مزمن، منجمله در بین مبتلایان به دیابت می‌باشد (Keogh, 2007). از این رو آموزش بیمار و خانواده جهت توانمندسازی در انجام رفتارهای خود مراقبتی و کنترل مطلوب قند خون و در نهایت ارتقاء سطح کیفیت زندگی، از جمله شاخص‌های مهم سلامتی، و از بخش‌های مهم مراقبت در دیابت محسوب می‌شود (Helgson, 2008). آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیمار و خانواده باعث افزایش رضایت مددجو، بهبود کیفیت زندگی، کاهش اضطراب بیمار، کاهش بروز عوارض بیماری، افزایش شرکت در برنامه‌های مراقبت بهداشتی و افزایش استقلال مددجو در انجام فعالیتهای روزمره می‌شود (Koshyar, 2009, Tolouei, 2006).

امروزه در سراسر دنیا، مداخلات متعددی توسط پرستاران جهت آموزش رفتارهای خود مراقبتی و ارتقاء سلامت بیماران دیابتی صورت گرفته است که شامل آموزش فردی، آموزش گروهی، مشاوره گروهی، آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، برگزاری کمپ‌های آموزشی، عضویت در کلوپ آموزشی، تلفن و آموزش در قالب جلسات بازدید از منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه می‌باشد (Shirazi, 2011). اغلب مداخلات صورت گرفته در زمینه آموزش رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت و خانواده آنان، بر اساس الگو و یا تئوری خاصی نبوده بلکه بصورت ابتدایی بر انتقال اطلاعات تاکید داشته اند؛ نه بر افزایش انگیزه و فراهم کردن آموزش مهارت‌های رفتاری.

پیشگامان آموزش دیابت، بر اهمیت استفاده از الگوها و تئوری‌های تغییر رفتار بهداشتی، در جهت تلاش‌های خود مراقبتی تاکید دارند. به نظر می‌رسد این تئوری‌ها بطور موثری موجب تغییر رفتار و حفظ آن می‌شوند (Osborn, 2008). در مطالعه اوترو^۱ و همکاران، پس از اجرای برنامه آموزشی دیابت به مدت ۱۲ ماه، سطح دانش، آگاهی و رفتارهای خود مراقبتی بیماران در مورد دیابت، افزایش یافت (Otero, 2008). اتک^۲، پس از اجرای برنامه آموزشی بیمار محور در مبتلایان به دیابت نوع

ناتوانی در دنیا قرار گیرد (Ding, 2006). در سال ۲۰۱۰ برآوردها نشان داد تقریباً ۲۸۵ میلیون نفر بزرگسال مبتلا به دیابت در سراسر جهان وجود دارد. پیش‌بینی میشود این تعداد به علت رشد جمعیت، پیر شدن جوامع، شهرنشینی و شیوه زندگی کم تحرک و شیوع چاقی، به افزایش خود ادامه دهد (shaw, 2010). دیابت هفتمین علت مرگ و میر در ایالات متحده در سال ۲۰۰۷ شناخته شده است. هزینه مستقیم و غیر مستقیم دیابت در این سال به ترتیب ۱۱۶ و ۵۸ بلیون دلار برآورد شده است. هزینه‌های بهداشتی مربوط به مبتلایان به دیابت ۲-۴ برابر هزینه صرف شده برای افراد غیر دیابتی در بیشتر سیستم‌های بهداشتی دنیاست (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

در سال ۱۳۸۷ در ایران حدود ۴ میلیون نفر مبتلا به دیابت بودند و پیش‌بینی کارشناسان از سه برابر شدن تعداد مبتلایان طی ۱۵ سال آینده خبر میدهد بطوری که تا سال ۱۴۰۰ خورشیدی بیش از ۱۲ میلیون نفر مبتلا به دیابت خواهند بود. در ایران، هزینه‌های مستقیم مربوط به دیابت، سالانه حدود ۵۹۰/۶۷۶ میلیون دلار تخمین زده شده است (Shirazi, 2011). کاهش امید به زندگی (حدود ۱۵ سال)، شانس ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی حدود ۲-۴ برابر و مهمترین علت نارسایی کلیه، قطع عضو در اندام‌های تحتانی و نابینایی در بالغین از جمله عوارض دیابت می‌باشد. لذا این بیماری ششمین علت مرگ در دنیا و تهدیدی جدی و پیشرونده برای سلامت جهانی محسوب می‌شود (Schoenberg, 2008).

با توجه به ماهیت بیماری و عوارض دراز مدت، دیابت در زمره اختلالات مزمن دسته بندی میشود؛ که درمان قطعی ندارد اما قابل کنترل است. اجرا و استمرار رفتارهای خود مراقبتی توسط بیمار، همراه با مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرده و یا بروز آن را به تعویق اندازد (American Diabetes Association, 2004). با این وجود اغلب بیماران در انجام آن کوتاهی می‌کنند (Harvey, 2008). در حال حاضر نتایج متفاوتی در مورد اجرای موثر رفتارهای خودمراقبتی در ایران گزارش شده است جعفریان و حیدری در مطالعه خود دریافتند، ۵۱/۸ درصد از بیماران دیابتی، برنامه منظمی در اجرای مراقبت از خود نداشته، ۶۱/۴ درصد پیگیری هیچ گونه برنامه ورزشی را در زندگی روزانه ذکر نکردند، به علاوه ۴۲/۲ درصد از افراد در میهمانی و مسافرت و ۳۰/۷ درصد آنها در هنگام بهتر شدن حال عمومی، رژیم غذایی خود را ترک می‌کردند و تنها ۲۷ درصد به مراقبت از پاهای خود می‌پرداختند

1. Otero

2. Atak

شد. نمونه گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد، سپس نمونه‌ها بصورت تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص داده شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن تشخیص قطعی دیابت نوع دو از سوی پزشک و گذشت حداقل شش ماه از زمان تشخیص، محدوده سنی ۴۰-۵۵ سال، زندگی کردن با خانواده، عدم ابتلا به عوارض وخیم و ناتوان کننده ناشی از بیماری دیابت مانند نارسایی کلیه، نابینایی و...، قادر به صحبت کردن و برقراری ارتباط، بود. معیارهای خروج، شامل، عدم تمایل به ادامه همکاری در پژوهش و شرکت در تحقیق مشابه، بود. پس از کسب مجوز انجام کار از دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و جلب موافقت مسئولین بیمارستان، بیماران واجد معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش و اخذ رضایت کتبی از آنان، جلسه معارفه با بیماران تشکیل شد. در جلسه معارفه پس از معرفی پژوهش و اهداف آن به بیماران، پیش آزمون در دو گروه مداخله و شاهد انجام شد. ابزارهای پژوهش: شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، و پرسشنامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی بود. پرسشنامه سنجش رفتارهای خود مراقبتی، دارای ۴ بخش و مشتمل بر ۲۹ سوال با دامنه نمرات ۱-۴۵ می‌باشد. حیطه‌های مورد بررسی آن عبارتند از ۷ سوال رژیم غذایی، ۶ سوال فعالیت جسمی و ورزش، ۵ سوال مراقبت از پا و ۱۱ سوال کنترل عوارض و مصرف دارو. کلیه سوالات بر اساس مقیاس لیکرت دارای ۵ گزینه از همیشه تا هیچگاه و نمره ۵-۱ می‌باشند. نمره کلی هر فرد با جمع کردن نمره حیطه‌های مختلف بدست می‌آید. این پرسشنامه توسط فارسی در سال ۱۳۸۵ ساخته شده است. مولف جهت روایی ابزار، از روایی محتوا و پایایی ابزار، روش باز آزمایی (ضریب همبستگی ۰/۶۳ تا ۰/۹۸) و به منظور تعیین همسانی درونی پرسشنامه آلفای کرونباخ (ضریب بین ۰/۵۵ تا ۰/۸۱) را گزارش نموده است (Farsi, 2009). در مطالعه حاضر جهت پایایی ابزار از روش باز آزمایی با فاصله زمانی دو هفته بر روی ۲۰ بیمار دیابتی استفاده شد. ضرایب همبستگی بین دو بار اجرای پرسشنامه (ضریب بین ۰/۷۱ تا ۰/۹۲) نشان دهنده پایایی قابل قبول ابزار بود ($p < 0.05$) (Heydari, 2009).

پس از انجام پیش آزمون، آموزش جهت گروه مداخله شامل آموزش رفتارهای خودمراقبتی، مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور در چهار گام تهدید درک شده، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی انجام شد. مداخله مذکور طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۵ هفته، بصورت جلسات خانوادگی، با مشارکت فعالانه بیمار و اعضای خانواده (یا حداقل مراقب اصلی

دو، بهبودی نسبی را در رفتارهای خودمراقبتی، خودکارآمدی و نگرش بیماران گروه مداخله گزارش نمود (Atak, 2008). در مطالعه مردانی حمله، پس از اجرای آموزش به روش مدل باور بهداشتی، بر تبعیت از رژیم غذایی دیابتی در مبتلایان به دیابت نوع دو، بهبودی قابل ملاحظه در رفتارهای تغذیه‌ای بیماران مشاهده شد (Mardani Hamuleh, 2010). از جمله الگوهایی که به عنوان یک الگوی موفق در آموزش به بیمار در بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی و در سالمندان سالم نیز نتایج مشابه نشان داده است الگوی توانمندسازی خانواده محور است (Vahedian, 2010, Masoodi, 2009, Azimi, 2009). این الگو بخصوص در زمینه استمرار رفتارهای خود مراقبتی در دیابت نیز مورد توجه واقع شده است، زیرا رویکردی نوین به منظور سازگاری با تغییرات سریع مراقبت در دیابت محسوب می‌شود؛ که به دنبال افزایش دانش، مهارت، مدیریت فردی، خود آگاهی و استقلال فردی است، تا با مشارکت خانواده بیماران را در پذیرش مراقبت از خود در دیابت توانا سازد (Funnell, 2004). لذا در این پژوهش آموزش رفتارهای خودمراقبتی به بیماران مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور طراحی شده است. این الگو، شامل چهار گام؛ تهدید درک شده (شامل شدت درک شده و حساسیت درک شده)، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی است که با تاکید بر موثر بودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده، در سه حیطه شناختی، عملکردی و روحی - روانی، توسط الحانی و همکاران در سال ۱۳۸۲ به زبان فارسی ارائه شده است، در راستای نتایج موثر این الگو در مطالعات خارجی آنها نیز طی پژوهشی با استفاده از این الگو نتایج موثری در توانمندسازی بیماران مبتلا به آنمی فقر آهن و خانواده آنان بدست آوردند (Alhany, 2004). با توجه به نقش مهم پرستاران در تشویق خانواده به مشارکت در امر خود مراقبتی بیماران، پژوهشی با هدف بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مداخله ای شبه تجربی می‌باشد. نمونه‌های پژوهش را ۴۰ نفر از بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به واحد دیابت بیمارستان آموزشی شهر لامرد تشکیل دادند. تعداد نمونه بر اساس محاسبه فرمول تعیین حجم نمونه حدود ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه کنترل و همین تعداد در گروه مداخله) با توان آزمون ۸۰ درصد و اطمینان ۹۵ درصد برآورد

نهایی نیز پس از گذشت یک ماه و نیم از انجام مداخله، در دو گروه صورت پذیرفت. که در این مرحله پرسشنامه رفتارهای خودمراقبتی در دو گروه تکمیل شد. سپس داده‌ها جمع آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار آماری 16spss با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به لحاظ رعایت مسایل اخلاقی پژوهش طی یک جلسه ۲ ساعته، تمامی مسایل آموزشی به بیماران گروه کنترل که به همراه مراقب اصلی خانوادگی به مرکز مراجعه کردند، آموزش داده شده و کتابچه و سایر مواد آموزشی در اختیار آنان قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۴۸/۳ و ۴۹/۷ سال بود. بیشترین فراوانی از نظر جنس در هر دو گروه را زنان تشکیل دادند (۶۵ درصد). مدت زمان ابتلا به دیابت در بیماران گروه مداخله ۵/۷ سال و در گروه شاهد ۵/۲ سال بود، ۶۲/۵ درصد باسواد، ۴۰ درصد شاغل و همگی متاهل بودند. دو گروه قبل از مداخله از نظر متغیرهای دموگرافیک هم‌تا بودند.

نتایج آزمون تی قبل از آموزش در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد بین میانگین نمره کل رفتارهای خود مراقبتی و چهار حیطه مربوطه شامل رعایت رژیم غذایی، انجام فعالیت‌های ورزشی، کنترل عوارض و مصرف دارو و مراقبت از پا تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه میانگین نمرات رفتارهای خود مراقبتی و

حیطه‌های آن در دو گروه مداخله و شاهد قبل از مداخله

($p > 0.05$)

حیطه‌ها	گروه	میانگین و انحراف استاندارد	t	Pvalue
تغذیه	مداخله شاهد	۲۳ ± ۳/۴ ۲۳/۴ ± ۴/۷	۰/۳۰۸	۰/۷۶
فعالیت جسمانی و ورزش	مداخله شاهد	۱۶/۷ ± ۳/۳ ۱۶/۷ ± ۳	۰/۱۰۵	۰/۹۶
کنترل عوارض و مصرف دارو	مداخله شاهد	۳۵/۴ ± ۵/۲ ۳۲/۹ ± ۴/۵	۱/۶۲۹	۰/۱۱۱
مراقبت از پا	مداخله شاهد	۱۱/۹ ± ۶/۲ ۹/۷ ± ۵/۴	۱/۱۹۷	۰/۲۳۹
کل	مداخله شاهد	۸۷ ± ۱۳/۵ ۸۲/۶ ± ۱۱/۹	۱/۰۸	۰/۲۸۷

مقایسه میانگین، انحراف استاندارد و تفاضل نمرات رفتارهای خودمراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو در نمره کل و حیطه‌های

خانواده)، بصورت بحث و تبادل نظر و پرسش و پاسخ، توسط پژوهشگر، در منزل بیمار بدین صورت اجرا شد:

گام تهدید درک شده (جلسه اول و دوم): جلسه اول درمورد بیماری و فرایند آن، پیش آگهی، علایم، عوارض، فاکتورهای خطر و اثرات نقص و کوتاهی در برنامه درمان و در جلسه دوم در مورد روش‌های پیشگیری و کنترل بیماری، انجام رفتارهای خود مراقبتی (از جمله تغذیه، ورزش و فعالیت بدنی، مراقبت از پا، کنترل عوارض و مصرف دارو) و اهمیت آن به زبان ساده توضیح داده و بحث شد.

جلسه سوم و چهارم (مبتنی بر گام مشکل گشایی): بدین منظور ۲ جلسه به روش حل مسئله برگزار گردید؛ که مراحل مشکل گشایی شامل: تشخیص مشکل، تبیین اهداف، ارائه راه حلها و انتخاب بهترین راه حل و بحث و بررسی در مورد چگونگی اجرای بهترین راه حل، در جهت نیل به هدف، با توجه به توان و امکانات موجود توسط بیمار و اعضاء خانواده بحث شد. هم چنین در این مرحله مهارت‌هایی آموزش داده شد که لازم است بیمار برای کنترل بهتر بیماری کسب کند؛ از جمله این آموزش‌ها نحوه استفاده از دستگاه گلوکومتر بود که بصورت تئوری و عملی توسط پژوهشگر انجام گرفت. سپس بیمار و اعضاء خانواده نیز آن را تکرار می‌کردند. در این مرحله کتابچه و پمفلت‌هایی در رابطه با مسایل آموزش داده شده، در اختیار بیمار و خانواده او قرار داده شد.

جلسه پنجم (مبتنی بر گام مشارکت آموزشی): این مرحله به گونه ای طراحی شده است که بیماره عنوان یک رابط بهداشتی نقش آموزش به خانواده رابعهده بگیرد، لذا بیمار مطالب فرا گرفته را بصورت مختصر طی یک جلسه به اعضاء خانواده آموزش می‌داد. هدف از این مرحله افزایش اعتماد به نفس بیماران بدلیل مشاهده توانایی خویش در ارائه اطلاعات به اعضاء خانواده و جلب حمایت خانواده بود. جهت اطمینان و پیگیری انجام این مرحله، تعدادی سوال نیز در رابطه با مسایل آموزش داده شده به بیمار داده شد که به همراه اعضاء خانواده آن‌ها را تکمیل نموده و به پژوهشگر تحویل دادند. در طول اجرای پژوهش، پژوهشگر از طریق تلفن، به منظور رفع مشکلات و سوالات احتمالی، با نمونه‌ها در تماس بود.

ارزشیابی

ارزشیابی شامل دو مرحله ارزشیابی فرایند، که طی فرایند مداخله در تمامی جلسات با پرسش و پاسخ در مورد رعایت موارد گفته شده در جلسات قبلی صورت می‌گرفت و ارزشیابی

حاضر بهبود قابل توجه رفتارهای خودمراقبتی بیماران دیابتی را بعد از مداخله تایید کرد.

مطالعه گالگوس نشان دهنده تاثیر مثبت آموزش و مشاوره بر رفتارهای خود مراقبتی مبتلایان به دیابت نوع دو بود (Gallegos, 2006). مطالعه Ayele نیز تاثیر قابل توجه آموزش در بهبود فعالیت‌های خود مراقبتی را نشان داد (Ayele, 2012). مالک قوقانی نیز افزایش معناداری را در نمره رفتارهای خود مراقبتی بیماران پس از آموزش ارائه کرد (Malek Gavvani, 2010). در مطالعه فارسی، پس از اجرای الگوی باور بهداشتی در مبتلایان به دیابت نوع دو، افزایش معناداری در رفتارهای خود مراقبتی آنان در ابعاد رژیم غذایی، ورزش، کنترل عوارض و مراقبت از پا، مشاهده شد (Farsi, 2009).

در مطالعه گارسیا^۱، کانگ^۲ و اتک، مداخله آموزشی خانواده محور و گروهی در مبتلایان به دیابت، موجب بهبودی نسبی در برخی از حیثه‌های مربوط به خودمراقبتی از جمله، مراقبت از پا و کنترل قند خون، گردید که از نظر آماری معنادار نبود؛ در مطالعه کانگ ۱۶ درصد از نمونه‌ها ریزش داشتند و دو گروه نیز قبل از مداخله با یکدیگر همسان نبودند؛ در مطالعه اتک نیز، کوتاه بودن مدت زمان آموزش و محدود بودن تعداد جلسات آموزشی و پیگیری ناکافی ذکر شد که میتواند موجب دستیابی به چنین نتیجه‌ای باشد (Kang, 2010, Garcia, 2011. Atak, 2008).

در مطالعه حاضر، تعداد جلسات آموزشی و مدت زمان در نظر گرفته شده جهت آموزش به بیماران و خانواده آنان، فرصت کافی را جهت یادگیری مطالب، بحث و تبادل نظر و مشارکت فعال آنان فراهم نمود. به علاوه، در تماس بودن پژوهشگر بصورت تلفنی با نمونه‌ها و پاسخ به سوالات و مشکلات احتمالی آنان می‌تواند از جمله نکات قابل ذکر در دستیابی به نتایج مثبت در این مطالعه باشد.

با وجود تاثیر نقش آموزش در بهبود رفتارهای خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت، پژوهشگران معتقدند مداخلات آموزشی خانواده محور، میتواند نقش موثرتری ایفا کند. تانگ^۳ در مطالعه خود نشان داد، بیمارانی که از حمایت اجتماعی بیشتری برخوردار هستند سطح بالاتری از رفتارهای خودمراقبتی را از خود نشان می‌دهند (Tang, 2010). نتایج مطالعه ای در کاستاریکا نشان داد، بیمارانی که خانواده آنان در مورد دیابت

آن قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و شاهد نشان داد که سطح رفتارهای خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش یافته بود (جدول ۲).

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف استاندارد نمرات رفتارهای خود مراقبتی و حیثه‌های آن در دو گروه مداخله و شاهد در مراحل قبل از مداخله - بعد از مداخله ($p < 0/01$)

حیطه‌ها	گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	تفاضل قبل و بعد از مداخله
		میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
تغذیه	مداخله شاهد	۲۳ ± ۳/۴ ۲۳/۴ ± ۴/۷	۲۹/۱ ± ۸/۹ ۲۴/۲ ± ۳/۶	۶/۱ ± ۱۰/۳ ۰/۸ ± ۳/۹
فعالیت جسمانی و ورزش	مداخله شاهد	۱۶/۷ ± ۳/۳ ۱۶/۷ ± ۳	۲۱/۵ ± ۳/۱ ۱۵/۶ ± ۲/۴	۴/۸ ± ۵/۲ -۱/۱ ± ۳
کنترل عوارض و مصرف دارو	مداخله شاهد	۳۵/۴ ± ۵/۲ ۳۲/۹ ± ۴/۵	۴۴/۵ ± ۲/۶ ۲۹/۸ ± ۴/۲	۹/۱ ± ۵/۲ -۳/۱ ± ۴/۱
مراقبت از پا	مداخله شاهد	۱۱/۹ ± ۶/۲ ۹/۷ ± ۵/۴	۱۷/۳ ± ۳/۶ ۴/۸ ± ۱۰/۷	۵/۵ ± ۶ ۴/۶ ± ۱
کل	مداخله شاهد	۸۷ ± ۱۳/۵ ۸۲/۶ ± ۱۱/۹	۱۱۲/۴ ± ۱۱ ۸۰ ± ۸/۹	۲۵/۴ ± ۱۹/۶ -۲/۴ ± ۹/۸

نتایج تحلیل واریانس دو متغیری با اندازه گیری‌های مکرر روی یک متغیر به منظور مقایسه میانگین تفاضل نمرات دو گروه مداخله و شاهد در رفتارهای خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله نشان داد، بین میانگین تفاضل نمرات گروه مداخله در نمره کل و همچنین در هر یک از حیثه‌های رفتارهای خودمراقبتی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/01$). روش پیگیری توکی نشان داد در گروه مداخله میانگین نمرات در تمامی حیثه‌ها (تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، کنترل عوارض و مصرف دارو و مراقبت از پا) بعد از آموزش، در مقایسه با همین گروه، قبل از آموزش و همچنین در مقایسه با گروه کنترل قبل و بعد از آموزش بالاتر و از نظر آماری معنی دار می‌باشد ($p < 0/05$).

بحث

پیگیری و اجرای مستمر رفتارهای خود مراقبتی توسط بیمار مبتلا به دیابت به همراه مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کرده و یا بروز آن را به تعویق اندازد (American Diabetes Association, 2004). نتایج مطالعه

1. Garcia

2. Kang

3. Tang

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، اجرای روش‌های آموزشی مبتنی بر توانمندسازی بیمار، که با مشارکت و محوریت بیمار و خانواده او انجام می‌شود، می‌تواند نقش مهمی را در اتخاذ رفتارهای صحیح بهداشتی و کسب استقلال بیماران مبتلا به دیابت و یا سایر بیماری‌های مزمن، در امر مراقبت از خود ایفا کنند. همچنین با توجه به یافته‌های حاصل از این مطالعه، بکارگیری الگوهای خودمراقبتی در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مربوط به بیماری‌های مزمن، می‌تواند نقش مهمی را در افزایش سطح سلامت جامعه داشته باشد. توصیه می‌شود این مطالعه در مقیاس وسیع‌تر و در سایر انواع دیابت، انجام و نتایج مورد بررسی قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

از همکاری کلیه بیماران و خانواده‌های شرکت کننده در این مطالعه و همچنین پرسنل محترم بیمارستان ولیعصر شهر لامرد در اجرای این پژوهش سپاسگزاریم. از کلیه اساتید محترم دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که بدون نظرات ارزشمند ایشان اجرای این پژوهش امکان‌پذیر نبود متشکریم.

اطلاعات داشته و از رفتارهای بهداشتی توصیه شده حمایت می‌کردند، کنترل بهتری از نظر سطح قند خون و سازگاری بهتری با درمان داشتند (Teufel, 2005). در مطالعه‌ای بر روی بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی، واحدیان عظیمی و همکاران گزارش کردند، پس از اجرای آموزش بیماران مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، بهبودی قابل ملاحظه‌ای در ابعاد سبک زندگی (تغذیه، فعالیت بدنی و...) در این بیماران مشاهده شده است (Vahedian- Azimi, 2009). در یافته‌های حاصل از پژوهش مسعودی و همکاران در مورد بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر کیفیت زندگی سالمندان نیز نتایج مشابه بدست آمد (Masoodi, 2010).

بر اساس یافته‌ها و شواهد بدست آمده در مطالعه حاضر، وجه اشتراک این دو مطالعه بکارگیری رویکردی مشترک (آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور) در جهت اتخاذ رفتارهای صحیح بهداشتی می‌باشد. بدین معنی که آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محوره همراه با مشارکت فعالانه بیمار و اعضای خانواده در بهبود سطح رفتارهای خودمراقبتی این بیماران موثر بوده است.

REFERENCES

- Alhany F (2004). [Design and evaluation of family- centered empowerment model for prevention of iron deficiency], Ph. D Thesis in Nursing. University of Tarbiat Modares, 2004. (Persian).
- American Diabetes Association(2004). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 27(1)5-10.
- Atak N, Kose k, GurkanT(2008). The impact of patient education on diabetes empowerment scale (DES) and diabetes attitude scale(DAS-3) in patients with type 2 Diabete. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 38 (1) 49-57.
- Ayele K, Tesfa B, et al (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: The health belief model perspective. *Public Library of Science One*. 7(4) 1-6.
- Centers for Disease Control and Prevention (2011). National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States, 2011. Atlanta, GA: U. S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 1-12.
- Ding CH, Teng CL, Koh CN(2006). Knowledge of diabetes mellitus among diabetic and non-diabetic patients in Klinik Kesihatan Seremban. *The Medical journal of Malaysia*. 61(4) 399-404.
- Farsi Z, et al(2009). [Application of health belief model in change of self care behaviors of diabetic patients]. *Iran Journal of Nursing*. 22(61)61-72(persian).
- Funnell MM, Anderson R. M(2004). Empowerment and self management of diabetes. *Clinical diabetes*. 23(3) 123-7.
- Gallegos EC, Ovalle-Berumen F, Gomez-Meza MV(2006). Metabolic control of adults with type 2 diabetes

- mellitus through education and counseling. *Journal of Nursing Scholarship*. (4) 344-51.
- Garcia-Huidobro D, et al(2011). Family intervention to control type 2 diabetes: a controlled clinical trial. *Family Practice*. 28 (1)4-11.
- Hamadzadeh S,et al(2013) [Coping styles and self care behaviors among diabetic patients]. *Iran Journal of Nursing*. 25 (80) 24-33. (persian).
- Harvey JN, Lawson VL(2008). The importance of health belief models in determining self-care behavior in diabetes. *Diabetic Medicine*. 26(1)5-13.
- Helgeson VS, Becker D, Mellon C(2008). Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self care: links to health outcomes. *Pediatric psychology*. 33(5)497-508.
- Heydari SH, et al (2009). [Research in Nursing]. 1st edition. Tehran, Nursing Organization of Islamic Republic of Iran publication (Persian).
- Jafarian N, Heydari A(2000). [The role of health beliefs in the adoption insulin in diabetic patients attending the diabetes research center of Hamadan]. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Science*. 7(4) 54-59(persian).
- Kang CM, et al(2010) Comparison of family partnership intervention care vs. conventional care in adult patients with poorly controlled type 2 diabetes in a community hospital: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*. 47(11): 1363-73.
- Keogh KM, et al(2007) changing illness perceptions in patient with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised control trial of a family – based intervention: protocol and pilot study. *BioMed Central Family Practice*. 8(36)1-10.
- Koshyar H(2009). [Nursing Theory and Theorists]. 1st edition. Tehran, Andishe Rafi publication. (Persian).
- MalekGavgani R, Poursharifi H, AliasgarzadehA(2010). Effectiveness of information-motivation and behavioral skill (IMB) model in improving self-care behaviors & HbA1c measure in adults with type2 diabetes in Iran-Tabriz. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 5: 1868–1873.
- Mardani Hamuleh M, Shshraki Vahed A(2010). [Effect of education based on health belief model on adherence to the diabetic diet]. *Iranian Journal of Diabetes and Lipid Disorder*. 9(4): 268-275. (Persian).
- Masoudi R,et al(2010) [The effect of family centered empowerment model on the quality of life in elderly people]. *Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 14(1) 57-64.
- Osborn CY, Fisher JD(2008). Diabetes education: integrating theory, cultural considerations and individually tailored content. *Clinical Diabetes*. 26(4) 148-50
- Otero LM, Zanetti ML, OgrizioMD(2008). Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Revista Latino-America de Enfermagem*. 16(2): 231-7.
- Schoenberg NE,et al(2008). Diabetes self care among a multiethnic sample of older adults. *Journal of Cross Cultural Gerontology*. 23(4) 361-76.
- Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ(2010). Global estimate of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabet Research and Clinical Practice*. 87(1) 4-14.
- Shirazi M, Anoosheh M, Rajab A(2011). [The effect of self care program education by group discussion method on self concept in diabetic adolescent girls referred to Iranian Diabetes Society]. *Iran Journal of Nursing Research*. 6(22) 40-52.(persian. (
- Tang TS, et al (2010). Self-management support in “real-world” settings: An empowerment-based intervention. *Patient Education and Counseling*. 79(2) 178–184.
- Teufel-Shone N, Drummond R, Rawiel U(2005). Developing and adapting a family-based diabetes program at the U. S. -Mexico border. *Preventing Chronic Disease*. 1(2) 1-9.
- Tolouei M, et al(2006). [Motivational factors of nurses in the education of patients]. *Hayat*. 12(2) 43-51. (persian).
- Vahedian- Azimi A(2009). [Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients]. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2(4) 127-32. (persian).

The effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model in type II diabetes

Ghotbi. T¹, Seyed Bagher Maddah. S², Dalvandi. A³, Arsalani. N⁴, Farzi M⁵

-
1. M. S in Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
 2. Assist. Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
 3. Assist. Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
 4. Assist. Professor, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran
 5. M. S in Counseling, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran

■ Corresponding author: Arsalani. N, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Koodakyar Ave, Evin, Tehran, Iran; Email: nargesarsalani@gmail.com

Abstract

Background and aim: Type II diabetes, can be controlled by medical treatment and self care behaviors, however the patients often fail to comply with self care behaviors. Concerning the role of family in supporting patients' self care behaviors, the aim of this study is to determine the effect of a family –centered education of self care behaviors based on family- centered empowerment model on patients with type II diabetes.

Methods and materials: The quasi-experimental design carried out on 40 patients with type II diabetes who were randomly assigned to intervention and control groups. The education of self care behaviors in four domains (nutrition, physical activity and exercise, medications, complications and foot care) for intervention group and their families was performed. Data were collected by a valid and reliable questionnaire. The scores of self care behaviors before and after the education were measured. Data were analyzed by the SPSS16 software.

Findings: Prior to education, there was no significant difference between self-care behaviors scores in both intervention and control groups ($p>0/05$). After education, self-care behaviors of the intervention group in total scores and also in all domains were increased and statistically were significant ($p <0/05$), while there was no significant change in the control group.

Conclusion: The findings showed that this education method improved self -care behaviors among patients with type II diabetes. These results can be used in the other chronic diseases and different levels of nursing care.

Keywords: Education, family-centered empowerment model, diabetes, self-care