

## بررسی تاثیر برنامه توانمندسازی بر نگرش نسبت به بیماری در مبتلایان به دیابت نوع یک

زهرا ایمانی<sup>۱</sup>، مسعود ریانی<sup>۲\*</sup>، فریبا برهانی<sup>۳</sup>، اسحاق درتاج<sup>۴</sup>

### خلاصه

**مقدمه:** دیابت بیماری مزمنی است که عوارض ناتوان‌کننده جدی را ایجاد می‌کند و برای کنترل موفق آن، آموزش بیماران از اهمیت خاصی برخوردار است. بررسی متون نشان می‌دهد که استفاده از برنامه توانمندسازی بدین منظور که بیمار در آن نقش فعالی در مراقبت از خود به عهده می‌گیرد، به میزان کافی انجام نمی‌شود و پژوهش در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

**هدف:** هدف این مطالعه، تعیین تأثیر آموزش در قالب برنامه توانمندسازی بر نگرش نسبت به بیماری، در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک می‌باشد

**روش:** این پژوهش یک مطالعه نیمه‌تجربی است که بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع یک، در دو گروه مداخله و کنترل اجرا شده است. ابزار بررسی، پرسشنامه نگرش‌سنجی در دیابت بود که به هر دو گروه داده شد. سپس برنامه توانمندسازی، در طی ۶ جلسه برای گروه مداخله اجرا گردید. ۱/۵ ماه بعد از مداخله هر دو گروه مجدداً پرسشنامه را تکمیل کردند. جهت تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۵) استفاده شد.

**نتایج:** قبل از اجرای مداخله بین میانگین نمرات نگرش نسبت به بیماری در هر دو گروه مداخله و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ( $p > 0/05$ ). اما پس از مداخله تغییرات مثبت در نگرش در گروه مداخله ایجاد گردید ( $P = 0/000$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج تحقیق مبین این است که اجرای برنامه توانمندسازی بر نگرش نسبت به بیماری بیماران مبتلا به دیابت نوع یک اثر داشته و موجب تغییرات مثبت در مقیاس کلی نگرش نسبت به بیماری و مقیاس فرعی استقلال بیمار گردیده است. اجرای برنامه‌های مشابه می‌تواند موجب ارتقاء نگرش نسبت به بیماری و بالطبع پذیرش مسئولیت خودمراقبتی توسط بیمار، و در نهایت بهبود وضعیت سلامت این بیماران گردد.

**واژه‌های کلیدی:** برنامه توانمندسازی، نگرش نسبت به بیماری، دیابت نوع یک

Email: mrayyani@kmu.ac.ir

\*نویسنده مسئول: کرمان، دانشکده پرستاری و مامایی رازی

- ۱ - دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان
- ۲ - کارشناس ارشد آموزش پرستاری، مربی دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۳ - دکترای پرستاری، استادیار دانشکده پرستاری مامایی رازی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران
- ۴ - دکترای اپیدمیولوژی، استادیار دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، ایران

## مقدمه

دیابت بیماری مزمنی است که نه تنها عوارض زودرس و دیررس شدیدی از قبیل هیپوگلیسمی، عوارض عروق بزرگ و کوچک و غیره را ایجاد می‌کند، مانند سایر بیماری‌های مزمن بیمار را با چالش‌های متعددی از قبیل فشارهای ناشی از کنترل بیماری، رعایت برنامه‌های درمانی، مراقبت‌های پیچیده و پرهزینه، نیاز به مراجعه مکرر به پزشک و انجام آزمایش‌های مختلف و متعدد، نگرانی درباره آینده بیماری و احتمال ابتلاء فرزندان، اختلال در روابط اجتماعی و خانوادگی، مشکلات جنسی، اختلال در کار و... روبرو می‌کند [۱۳].

بروز و شیوع این بیماری مزمن در دنیا و ایران به طور فزاینده‌ای در حال افزایش است. به طوری که بر اساس مطالعه کینگ و همکاران (۱۹۹۸) چهار درصد از جمعیت بیست ساله و بالاتر جهان که حدود ۱۳۵ میلیون نفر برآورد شده‌اند در سال ۱۹۹۵ دیابت داشته‌اند و تخمین زده می‌شود که تا سال ۲۰۲۵ این رقم به ۵/۴ درصد یعنی سیصد میلیون نفر افزایش یابد [۱۷]. بر اساس مطالعات صورت گرفته در شهرهای مختلف ایران شیوع دیابت از ۴/۲ درصد تا ۱۵/۹ درصد متغیر بوده است. بنابراین بنظر می‌رسد متوسط شیوع آن در ایران از میزان متوسط جهانی بالاتر باشد [۱، ۳].

در سالهای اخیر نیز علیرغم اقدامات زیادی که در زمینه درمان دیابت انجام شده است ولی هنوز بسیاری از بیماران به بهترین نتایج دلخواه دست نیافته و از عوارض ویرانگر آن که منجر به کاهش کیفیت و طول زندگی می‌گردد در رنج هستند و از سوی دیگر ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی غالباً در تلاشند در قالب یک سری استانداردهای انعطاف‌ناپذیر و یکسان مراقبت‌های دیابت را ارائه نمایند [۱۴]. در زندگی با یک بیماری مزمن، بیمار با تغییرات زیادی در زندگی روزانه خویش مواجه می‌شود که نه تنها باید در مورد بیماری و درمان آن اطلاعاتی داشته باشد بلکه باید بسیاری از روش‌های جدید زندگی و رفتارهای مربوط به درمان را وارد زندگی خویش نماید، این بیماران

نه تنها در سطح رفتاری بلکه در سطح روانی نیز برای مقابله با بیماری نیازمند تغییرات زیادی می‌باشند، به بیان دیگر می‌توان گفت بیماری مزمن تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد که در نتیجه آن بیمار در مقابل کثرت تغییرات احساس ناتوانی می‌کند [۸] همچنین بیماران دیابتی حدود ۹۰ درصد از کار مراقبت روزانه خویش را انجام می‌دهند، بنابراین موضوع آموزش در آنان اهمیت ویژه‌ای پیدا می‌کند [۱۰]. آموزش‌های سنتی در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت کارآئی چندانی ندارند [۱۴]. بنابراین آموزش بیمار نیاز به رویکرد جامع‌تری برای تشویق بیماران به مشارکت فعال در خود مدیریتی بیماری مزمن دارد [۱۹].

«برنامه توانمندسازی» یک رویکرد مشارکتی در مراقبت از دیابت و آموزش بیماران می‌باشد که در آغاز سال ۱۹۹۰ توسط آندرسن و همکارانش در مرکز آموزش و تحقیق دیابت در دانشگاه میشیگان معرفی گردید [۵]. فلسفه توانمندسازی، قادر ساختن بیماران به اتخاذ تصمیم آگاهانه و ایفای نقش فعال در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در فعالیتهای مرتبط با سلامت است [۶].

آموزش بیمار باعث پایداری سلامتی و کاستن از عوارض ناشی از بیماری مزمن می‌گردد [۶]. به طوری که بدون آموزش در مورد دیابت بیماران ۴ برابر بیشتر در معرض عوارض ناشی از آن قرار می‌گیرند و آموزش تغییرات رفتاری را که منجر به کنترل بهتر قند خون می‌شود را در پی دارد [۱۲]. همچنین برنامه‌های آموزشی باعث تغییر و ارتقای نگرش بیماران دیابتی نسبت به بیماری می‌شود [۱۶]. نگرش در واقع باورها و اعتقادات زیرساز رفتارهای فردی می‌باشد و می‌تواند تحت تأثیر عقاید ذهنی و احساسات افراد قرار گیرد [۴].

مطالعه اندرسن و همکاران (۱۹۹۳) نشان داده که مراقبت نامناسب در دیابت مربوط به نگرش نامناسب کادر درمان و بیماران نسبت به دیابت است و بیماران در مراقبت و کنترل دیابت موفق‌تر هستند که نگرش مثبت‌تری را نسبت به سایر بیماران دارا باشند [۷].

بودن کنترل شدید از دیدگاه بیمار، مقیاس فرعی سوم؛ تاثیر روانی اجتماعی دیابت، و مقیاس فرعی چهارم؛ استقلال بیمار را مورد بررسی قرار دادند.

پس از ترجمه، روایی محتوی پرسشنامه تعدیل یافته با استفاده از نظر ۱۰ نفر از اساتید دانشکده پرستاری و مامایی رازی کرمان تعیین گردید. پایایی آن نیز از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

جهت جمع آوری اطلاعات دنبال اخذ معرفی از مسئولین ذریبط، با مراجعه به مرکز دیابت پس از دریافت فهرست بیماران، با موافقت مسئولین مرکز، قرار ملاقات با بیماران تحت پوشش در یک جلسه تعیین گردید. در روز مقرر ضمن معرفی خود و تبیین اهداف پژوهش و کسب رضایت آگاهانه و کتبی آزمودنی‌ها، اعلام اختیاری بودن شرکت در پژوهش و همچنین امکان خروج از برنامه در صورت عدم تمایل به ادامه همکاری و عدم وجود هیچ گونه خطری برای آنها، پرسشنامه در مرحله قبل از مداخله به دو گروه از قبل تخصیص یافته، داده شد. بدین ترتیب نگرش بیماران نسبت به بیماری در دو گروه کنترل و مداخله قبل از اجرای مداخله با استفاده از پرسشنامه DAS، اندازه گیری شد. برای بیماران بیسواد یا کم سواد پرسشنامه مورد به مورد شرح داده شد و پاسخ مدنظر بیمار توسط پرسشگر علامت گذاری شد. لازم به ذکر است که اطلاعات دموگرافیک بیماران از قبیل: سن، جنس، سابقه دیابت در خانواده، شغل، تحصیلات، وضعیت تاهل، طول مدت بیماری نیز از طریق پرسشنامه‌ای به صورت خود ایفا اخذ و از بیماران بیسواد پرسیده شد. در جلسه‌های بعد، برنامه توانمندسازی حدوداً ده ساعته‌ای که مشتمل بر شش جلسه نود دقیقه‌ای بود، برای گروه مداخله به صورت هر هفته یک جلسه ارائه گردید. در این برنامه با توجه به پروتکل تهیه شده از رویکردهای تعاملی و حل مسأله استفاده گردید و از بیماران خواسته شد تا در انتخاب اهداف کوتاه مدت درمانی مشارکت کنند. همچنین نکات ضروری از جمله ایجاد انگیزه لازم در بیماران با بیان عوارض و تأثیر کنترل بر کاهش آنها، و دعوت از

گائلیاردینو و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی نگرش بیماران و کادر درمان در ارتباط با دیابت پرداختند که نتایج حاصل از آن بیانگر این مهم بود که با ارتقاء نگرش توسط آموزش می‌توان کیفیت مراقبت در این بیماران و در نتیجه آن کیفیت زندگی بیماران را بالا برد [۱۵]. این مطالعه با هدف تعیین تاثیر اجرای برنامه توانمندسازی بر نگرش بیماران دیابتی نوع یک نسبت به بیماری دیابت در مرکز دیابت سیرجان انجام گردیده است.

## روش

این مطالعه یک مطالعه نیمه تجربی است که بر روی کلیه بیماران دیابتی نوع یک تحت پوشش مرکز دیابت سیرجان انجام گرفته است. تعداد کل این بیماران ۴۰ نفر بود، که به صورت تصادفی ساده به دو گروه ۲۰ نفری مداخله و کنترل تقسیم شدند، معیارهای ورود افراد به مطالعه شامل: داشتن پرونده در مرکز دیابت، نداشتن معلولیت ذهنی، برخورداری از توانایی شنیداری و گفتاری جهت پاسخ به سوالات و پرکردن فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در مداخله می‌باشند.

قبل از هر گونه مداخله دو گروه با استفاده از تصادفی سازی از نظر متغیرهای سن و جنس یکسان شدند. ابزار مورد استفاده در این مطالعه پرسشنامه نگرش سنجی در دیابت (DAS)، بود. این ابزار دارای ۳۳ گویه بود که ۵ مقیاس فرعی را شامل می‌شد. با توجه به این که حجم نمونه مورد مطالعه بیماران دیابت نوع یک بودند گویه‌های مربوط به دیابت نوع دو (مقیاس فرعی دوم و یک آیتم از مقیاس فرعی سوم) از این پرسشنامه حذف گردید. سپس این پرسشنامه به صورت Backward-Forward توسط دو نفر متخصص و آشنا به هر دو زبان انگلیسی و فارسی، از انگلیسی به فارسی و بالعکس برگردانده شد و مطابقت دو نسخه انگلیسی با هم سنجیده شد. ۴ مقیاس فرعی باقی مانده در این پرسشنامه نگرش بیمار را در ارتباط با موارد زیر مورد ارزیابی قرار دادند: مقیاس فرعی اول؛ ارزیابی نیاز بیمار به آموزش خاص، مقیاس فرعی دوم؛ ارزشمند

بعد از مداخله با هم، استفاده شد و از آزمون  $t$  زوجی برای مقایسه بررسی تأثیر توانمندسازی بر نگرش بیماران نسبت به بیماری، قبل و بعد از مداخله در هر دو گروه به طور مستقل استفاده شد، قبل از اجرای برنامه توانمندسازی دو گروه از نظر مقیاس کامل نگرش نسبت به بیماری دیابت اختلاف معنی‌داری نداشتند ( $p=0/36$ )؛ و همچنین در مقیاس‌های فرعی نیز این اختلاف معنی‌دار نبود، این مقیاس‌های فرعی شامل: نیاز به مهارت خاص در آموزش ( $p=0/94$ )؛ ارزشمند بودن کنترل شدید ( $p=0/96$ )؛ تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ( $p=0/5$ )؛ و مقیاس فرعی استقلال بیمار ( $p=0/56$ )؛ بودند.

معیارهای مقایسه شده در ارتباط با نگرش نسبت به بیماری بین گروه مداخله و کنترل، بعد از انجام مداخله نشان دهنده وجود اختلاف معنی‌دار بین دو گروه در مقیاس‌های فرعی؛ ارزشمند بودن کنترل شدید ( $p=0/007$ ) تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس ( $p=0/002$ ) و استقلال بیمار ( $p=0/000$ ) و همچنین مقیاس کامل مربوط به سنجش نگرش بیماران نسبت به بیماری ( $p=0/000$ ) بود (جدول شماره ۱).

متخصصین تغذیه، پزشکان و مشاوران در امر دیابت، مورد توجه قرار گرفت. برای جلوگیری از افت آزمودنی‌ها مشوق‌هایی در نظر گرفته شد که در پایان هر جلسه اعمال گردید. دو ماه بعد از اجرای مداخله مجدداً پرسشنامه به دو گروه مداخله و کنترل داده شد و میزان اثربخشی اقدامات صورت گرفته تعیین گردید. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS (ویرایش ۱۵) تجزیه و تحلیل شدند و از آزمون‌های آماری  $t$  مستقل و  $t$  زوج جهت مقایسه نگرش بیماران نسبت به بیماری دیابت قبل و بعد از اجرای مداخله و از آمار توصیفی برای بررسی و مقایسه اطلاعات دموگرافیک استفاده گردید.

## نتایج

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اجرای الگوی توانمندسازی منجر به ارتقای مقیاس کلی نگرش نسبت به بیماری و مقیاس‌های فرعی مرتبط با آن در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک می‌شود. برای بررسی تأثیر توانمندسازی بر نگرش بیماران نسبت به بیماری، از آزمون  $t$  مستقل برای مقایسه دو گروه قبل از مداخله و دو گروه

جدول شماره ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نگرش نسبت به بیماری در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک، قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در گروه کنترل و مداخله

p	کنترل		مداخله			
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۳۶	۰/۱۹	۳/۵۱	۰/۱۱	۳/۵۵	مقیاس کامل نگرش در بیماران مبتلا به دیابت	مقیاس
۰/۹۴	۰/۵۶	۴/۲۲	۰/۳۴	۴/۲۱		
۰/۹۶	۰/۵۳	۳/۱۱	۰/۵۴	۳/۱۲		
۰/۵	۰/۳۶	۳/۲۵	۰/۴۱	۳/۳۳		
۰/۵۶	۰/۴۳	۳/۵۷	۰/۳۸	۳/۶۴		
					نیاز به مهارت خاص در آموزش	زیر گروهها
					ارزشمند بودن کنترل شدید	
					تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس	
					استقلال بیمار	
۰/۰۰۰	۰/۲۲	۳/۵۳	۰/۱۶	۳/۹۲	مقیاس کامل نگرش در بیماران مبتلا به دیابت	مقیاس
۰/۷۶	۰/۵	۴/۱۹	۰/۲۵	۴/۴۲		
۰/۰۰۷	۰/۵	۳/۱۱	۰/۲۸	۳/۴۷		
۰/۰۰۲	۰/۴۱	۳/۲۶	۰/۴۱	۳/۷		
۰/۰۰۰	۰/۴۲	۳/۶۲	۰/۳۴	۴/۱		
					نیاز به آموزش خاص	زیر گروهها
					ارزشمند بودن کنترل شدید	
					تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس	
					استقلال بیمار	

مقیاس فرعی استقلال بیمار ( $p=0/6$ )، و در مقیاس کامل مربوط به سنجش نگرش بیماران نسبت به بیماری ( $p=0/83$ ) بود. اما بعد از اجرای برنامه توانمندسازی اختلاف معنی‌داری در نگرش بیماران نسبت به بیماری بعد از مداخله در مقیاس کامل نگرش بیمار نسبت به بیماری و مقیاس‌های فرعی ( $p<0/05$ ) ایجاد شد (جدول شماره ۲).

همچنین مقایسه معیارهای مربوط به نگرش نسبت به بیماری در گروه کنترل قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون  $t$  زوج نشان‌دهنده عدم وجود اختلاف معنی‌دار در مقیاس‌های فرعی نیاز به مهارت خاص در آموزش ( $p=0/83$ )، ارزشمند بودن کنترل شدید ( $p=0/93$ )، تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس ( $p=0/92$ ) و

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نگرش نسبت به بیماری در واحدهای پژوهش، قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در هر گروه

گروه	مقیاس	شاخص	میانگین	انحراف معیار	p
مداخله	مقیاس کامل نگرش در بیماران مبتلا به دیابت	قبل	۳/۵۶	۰/۱۱	۰/۰۰۰
		بعد	۳/۹۲	۰/۱۶	
	نیاز به مهارت خاص در آموزش	قبل	۴/۲۱	۰/۳۴	۰/۰۴
		بعد	۴/۴۲	۰/۲۶	
	ارزشمند بودن کنترل شدید	قبل	۳/۱۲	۰/۵۵	۰/۰۲
		بعد	۳/۴۸	۰/۲۸	
	تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس	قبل	۳/۳۳	۰/۴۱	۰/۰۱
		بعد	۳/۷	۰/۴۱	
	استقلال بیمار	قبل	۳/۶۴	۰/۳۸	۰/۰۰۰
		بعد	۴/۱	۰/۳۴	
کنترل	مقیاس کامل نگرش در بیماران مبتلا به دیابت	قبل	۳/۵۱	۰/۱۸	۰/۸۳
		بعد	۳/۵۳	۰/۲۲	
	نیاز به مهارت خاص در آموزش	قبل	۴/۲۲	۰/۵۶	۰/۸۳
		بعد	۴/۱۹	۰/۵	
	ارزشمند بودن کنترل شدید	قبل	۳/۱۲	۰/۵۳	۰/۹۳
		بعد	۳/۱۱	۰/۵	
	تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس	قبل	۳/۲۵	۰/۳۶	۰/۹۲
		بعد	۳/۲۶	۰/۴۱	
	استقلال بیمار	قبل	۳/۵۷	۰/۴۳	۰/۶
		بعد	۳/۶۲	۰/۴۲	

### بحث و نتیجه گیری

نتایج مطالعه حاضر بیانگر این مطلب بود که اجرای الگوی توانمندسازی می‌تواند بر نگرش نسبت به بیماری در بیماران مبتلا به تأثیر مثبت داشته باشد. به نحوی که میانگین نمرات در مقیاس کامل نگرش و در مقیاس‌های فرعی ارتقای معنی‌دار را نشان می‌دهد. ارتقای نگرش یکی از عوامل مهم در ارتقای خودمراقبتی است [۲]، که با توجه به مزمن بودن بیماری دیابت و مواجهه روزانه بیمار با شرایط و مشکلات روزانه در مراقبت از آن تقویت نگرش بیماران بسیار با اهمیت بوده و نشان دهنده رسیدن به یکی دیگر از اهداف توانمندسازی است. نتایج مطالعه

از نظر جنسیتی ۴۵٪ افراد در گروه مداخله و ۵۰٪ افراد گروه کنترل زن بودند. تحصیلات اکثریت افراد در هر دو گروه (۵۵٪ در گروه مداخله و ۶۰٪ در گروه کنترل) در مقطع دبیرستان بود. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه مداخله ۱۶/۵ با انحراف معیار ۸ و در گروه کنترل ۱۸/۸ با انحراف معیار ۷/۵ بود. میانگین سن در گروه مداخله ۳۶/۷ با انحراف از معیار ۱۶ و در گروه کنترل ۳۵ با انحراف از معیار ۱۳/۸ بود. همان‌طور که ملاحظه می‌شود بین دو گروه از نظر متغیرهای مذکور اختلاف معنی‌داری مشاهده نگردید و دو گروه یکسان بودند.

اندرسون و همکاران (۱۹۹۵) نیز مؤید این مطلب است که توانمندسازی منجر به ارتقای نگرش نسبت به بیماری در بیماران دیابتی می‌گردد [۶].

مطابق با نتایج جدول ۱، مقایسه میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی بیماران در مقیاس فرعی «ارزشمند بودن کنترل شدید» در گروه کنترل و مداخله پس از اجرای مداخله، اختلاف معنی‌دار آماری را بین دو گروه کنترل و مداخله نشان می‌دهد ( $p < 0/05$ )، این امر مؤید این مطلب است که در صورت کنترل بیشتر بیمار بر بیماری و تلاش در جهت رعایت موارد مرتبط با خودمراقبتی، خود را در این امر توانمندتر احساس کرده و لذا می‌تواند بر احساس خودکارآمدی اثر مثبت بگذارد. به علاوه مطابق با نتایج جدول ۲ بین میانگین و انحراف معیار نگرش در مقیاس فرعی «ارزشمند بودن کنترل شدید» در گروه مداخله، در مراحل قبل و بعد از مداخله تفاوت معنی‌دار وجود دارد. ( $p < 0/05$ )، که نشان‌دهنده مؤثر بودن برنامه توانمندسازی بر نگرش نسبت به بیماری در بعد ارزشمند بودن کنترل شدید می‌باشد که باعث بهبود علائم و ارتقای زندگی روزمره آنان می‌شود. در نتیجه بیمار فعالیت‌های مراقبتی مرتبط با دیابت را با انگیزه بالاتر انجام می‌دهد. از سوی دیگر، کنترل شدید خطر ایجاد عوارض دیابت را کاهش می‌دهد که تنها با مشارکت بیمار امکان پذیر است [۲۰].

همچنین بر طبق نتایج مندرج در جدول ۱، بین میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی در مقیاس فرعی «تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس» نمونه پژوهش پس از اجرای مداخله، با آزمون آماری تی مستقل اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه کنترل و مداخله وجود دارد ( $p < 0/05$ ) تغییرات ایجاد شده در این زیر مقیاس بیان می‌کند که استفاده از برنامه توانمندسازی می‌تواند بر نگرش بیماران نسبت به تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس بر زندگی تأثیر مثبت بگذارد. همراهی با گروه و در کنار هم بودن و یافتن افرادی که مشکلات مشابهی با بیمار دارند به وی کمک می‌کند که به آرامش بیشتری دست یابد و بالطبع اجرای چنین برنامه‌ای می‌تواند موجب

ارتقاء این بخش گردد که نتیجه فوق مؤید آن است. جدول ۲ نیز در مقایسه میانگین و انحراف معیار نگرش در «زیر مقیاس تأثیرات روانی اجتماعی دیابت ملیتوس» در گروه مداخله، نشان می‌دهد که در مراحل قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی زوج تفاوت معنی‌دار وجود دارد ( $p < 0/05$ )، چندرا (۱۹۹۷) بیان می‌کند که برنامه‌های کارآمد آموزشی مانند توانمندسازی به بیماران در غلبه بر مشکلات روانی-اجتماعی کمک نمایند [۱۱].

در مقیاس فرعی «استقلال بیمار» نیز جدول ۱، نشان می‌دهد که بین میانگین و انحراف معیار نگرش بیماران پس از اجرای مداخله، با آزمون تی مستقل اختلاف معنی‌دار آماری بین دو گروه کنترل و مداخله وجود دارد ( $p < 0/05$ )، لذا می‌توان چنین اظهار داشت که افزایش توانمندی منجر به افزایش در حس استقلال بیمار می‌گردد و هرچه بیمار توانمندتر شود موجب تقویت چنین حسی در فرد خواهد شد. همچنین از نتایج ثبت شده در جدول ۲، می‌توان پی برد که مقایسه میانگین و انحراف معیار نگرش در مقیاس فرعی «استقلال بیمار» در گروه مداخله، در بین مراحل قبل و بعد از مداخله با استفاده از آزمون آماری تی زوج تفاوت معنی‌دار آماری را نشان می‌دهد. ( $p < 0/05$ ). طبق بیان سلمان (۲۰۰۵) استقلال بیمار یکی از پنج کلید اصلی در توانمندسازی بیمار می‌باشد که این موارد شامل؛ پذیرش، احساس، استقلال، همکاری و مشارکت فعال هستند. همچنین وی اظهار می‌دارد که تفاوت اصلی مدل توانمندسازی با سایر مدل‌های آموزشی در این است که در این مدل بیمار مسئول مراقبت روزانه از خودش است، این مدل بایستی دانش خودمراقبتی، خودآگاهی و استقلال فردی بیمار را برای قادر ساختن وی در پذیرش مسئولیت مراقبت از دیابت خویش افزایش دهد [۱۸].

تحقیقات نشان داده که نگرش بیماران مبتلا به دیابت خصوصاً در بعد استقلال بیمار پایین می‌باشد، به عنوان مثال گاکلیاردینو و همکاران (۲۰۰۷) جهت بررسی نگرش قادر درمان و بیماران مبتلا به دیابت در ارتباط با این بیماری مطالعه‌ای انجام دادند که نتایج حاصل از آن نشان

رفتارهای خودمراقبتی و به عهده گرفتن مسئولیت مراقبت روزانه از دیابتشان می‌سازد در کمک به بیماران برای مراقبت از خودشان مؤثر است [۱۴].

در پژوهش حاضر شاید بدلیل متفاوت بودن این شیوه آموزش و نحوه اجرای آن برای بیماران، که محور بودن بیمار و نیازهای آنان مورد تاکید فراوان بود، مشارکت و همکاری در حد اعلا و قابل توجهی بالا بود که تأیید کننده تاکیدهای مکرری صاحب‌نظران در مورد توجه به نیازهای بیماران و استفاده از مشارکت آنان در تصمیم‌گیری‌های مرتبط با بیماری، در تمامی مراحل ارائه خدمات می‌باشد. در نهایت باید اذعان کرد اهمیت دادن به بیماران و احترام قائل شدن برای آنان رمز موفقیت اجرای برنامه توانمندسازی بود.

در این مطالعه امکان افت آزمودنی‌ها بدلیل طولانی بودن مدت مطالعه وجود داشت که برای کاهش این محدودیت سعی شد با برقراری ارتباط مستمر و تبیین اهداف پژوهش نسبت به جلب همکاری بیماران اقدام شود، همچنین با قرار دادن مشوق‌هایی در پایان هر جلسه (دادن هدیه‌ای به قید قرعه به یک نفر) به این امر کمک‌رسانی شد. محدود بودن تعداد آزمودنی‌ها از موارد دیگر بود که با شرکت دادن کلیه افراد تحت پوشش مرکز تا حد توان، امکان مقابله با این محدودیت فراهم گردید.

با توجه به نتایج مثبت این پژوهش پیشنهاد می‌گردد این برنامه در سایر مراکز دیابت روی هر دو گروه بیماران بخصوص مبتلایان به دیابت نوع یک و هم چنین سایر بیمارهای مزمن در مراکز مربوط به مراقبت از آن بیمارهای و با حجم نمونه بالاتر اجرا و نتایج مورد ارزیابی قرار گیرد. بعلاوه مطالعاتی جهت بررسی تأثیر طولانی مدت اجرای این گونه برنامه‌ها پیشنهاد می‌گردد.

دهنده پایین بودن نگرش بیماران نسبت به بیماری و مراقبت از آن خصوصاً در بعد مربوط به استقلال بیمار بود و توصیه به انجام مداخلاتی در زمینه بهبود استقلال بیمار شده بود و همچنین در این مقاله بیان شده که آموزش بیماران نه تنها دانش بلکه نگرش بیمار نسبت به بیماری را ارتقاء می‌دهد [۱۵].

همچنین مطالعه‌ای دیگر که توسط گاکلیاردینو و همکاران (۲۰۰۰) در ارتباط با تأثیر آموزش بر ارتقاء نگرش بیماران نسبت به بیماری انجام شد نتایج نشان داد که آموزش منجر به ارتقای نگرش بیماران می‌شود و برنامه‌های آموزشی ارتقاء دهنده نگرش منجر به ارتقای کیفیت مراقبت می‌گردند [۱۶]. تحقیق بدروالدین و همکاران (۲۰۰۲) نیز در این مطلب که آموزش ارتقاء دهنده نگرش بیماران دیابتی است با مطالعه گاکلیاردینو همخوانی دارد [۹].

مطالعه حاضر با به اجرا در آوردن آموزش در قالب برنامه توانمندسازی سعی در مشارکت فعالانه بیمار در امر مراقبت و اتخاذ تصمیم‌های مرتبط با مدیریت جنبه‌های جسمی و روانی دیابت نمود و در نتیجه آن توانست نگرش بیمار را نسبت به بیماری ارتقاء دهد که در بعد استقلال بیمار بارزتر بود، بهبود میانگین نمره قبل و بعد از اجرای برنامه توانمندسازی در این بعد (از ۳/۶۴ به ۴/۱) در گروه مداخله مبین این مطلب است. ارتقاء در این بعد باعث ارتقاء قدرت تصمیم‌گیری و پذیرش مسئولیت خودمراقبتی در بیمار می‌شود. فائل و همکارانش در این زمینه معتقدند که برای مدیریت موفق دیابت، بیماران بایستی قادر به تنظیم اهداف و تصمیم‌گیری‌های مداوم روزانه بوده و این اهداف باید مؤثر و مناسب با شیوه زندگی فرد باشند. استراتژی‌های مداخله‌ای که بیماران را قادر به تصمیم‌گیری درباره اهدافشان، انتخاب‌های درمانی،

## منابع

۱. لاریجانی باقر، ملک افضلی حسین، پژوهشی محمد، سماوات طاہرہ، حجت زادہ علیہ، قاسمی رضوا همکاران. شیوع دیابت قندی و اختلال تحمل گلوکز در افراد بالای ۲۵ سال قزوین، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی قزوین. ۱۳۸۲، شماره ۲۶، ص ۴۵-۴۸.
۲. مروتی شریف آباد م ع، روحانی تنکابنی ن (۱۳۸۷). خودکارآمدی درک شده رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت مراجعه کننده به مرکز تحقیقات یزد، مجله دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. شماره ۱۵، ص ۹۱-۱۰۰.
۳. نوایی لیدا، کیمیاگر مسعود، عزیزی فریدون. بررسی شیوع دیابت در اسلام شهر و مقایسه روش غربالگری با نتایج برای تشخیص اختلالهای تحمل گلوکز، پژوهش در پزشکی. ۱۳۷۶، دوره اول، شماره ۲۱، ص ۸۵-۹۷.
۴. یوسفی علیرضا. واژه نامه توصیفی آموزش، مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی. ۱۳۸۳، دوره ۴، شماره ۱۲، ص ۱۲۹-۱۳۰.
5. Adolfsoon ET, Strain B, Smide B, Wikblad K. Type 2 diabetes experiences of two different educational approach-A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45: 986-994.
6. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care*. 1995; 18: 943-949.
7. Anderson RM, Fitzgerald JT, Oh MS. The relationship between diabetes-related attitudes and patients' self-reported adherence. *Diabetes Education* 1993;19:287-292.
8. Aujoulat I, Hoore DW, Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony. *Patient education and counseling* 2007; 66: 13-20.
9. Badrudin N, Basit A, Hydrie MZI, Hakeem R. Knowledge, Attitude and Practices of patient visiting diabetes care unit. *Pakistan Journal of Nutrition* 2002; 1: 99-102.
10. Barlow JH, Sturt J, Hearnshaw H. Self-Management Interventions for People with Chronic Conditions in Primary Care. *Health Education Journal* 2002; 61:365- 378.
11. Chandra p. Psychological Aspects of Diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries* 1997; 17: 111-112.
12. Cranor W C, Christenson B D. Factors associated with outcomes of a community pharmacy diabetes care program. *Journal of the American pharmaceutical association* 2003.
13. Eisser C, Flynn M, Green E, Havermans T, Kibry R, Sandeman D, et al. Quality of Life in Young Adults with Type 1 Diabetes in Relation to Demographic and Diseases Variables. *Diabetes Med* 1992; 9: 375-378.
14. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self management of diabetes. *Clinical Diabetes* 2004; 22 (3):123-127.
15. Gagliardino J J, Gonzalz C, Caporale J E. the diabetes related attitudes of Health care professionals and persons with diabetes in Argentina. *Rev Pana Salud Publica* 2007; 22(5): 304-307.
16. Gagliardino J J, Jadzinsky M N, Alvarinas J H, et al, Training program for general practitioners: preliminary results, *Diabetes Research Clinical Practice* 2000; 22(5): 304-307.
17. King H, Aubert RE, Herman WTT. Global burden of diabetes, 1995-2005: prevalence and numerical estimates and projection. *Diabetes care* 1998; 21:1414 -1431.
18. Salman R. Empowerment: An approach for diabetes education. *Bahrain Medical Bulletin* 2005, 27(2).
19. Tsay SL, Hung LO. Empowerment of patient with end-stage renal disease – a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 41: 59-65.
20. Uhlmann RF, Inui TS, Pecoraro RE, Carter WB. Relationship of patient request fulfillment to compliance, glycemic control, and other health care outcomes in insulin-dependent diabetes. *J Gen Intern Med* 1998; 3: 458-463.
21. Upadhyay K D, Palaiyan Knowledge, Attitude and Practice about Diabetes among Diabetes Patients in Western Nepal, 2008; available from: [http://www.rmj.org.pk/rmj\\_jan\\_jun](http://www.rmj.org.pk/rmj_jan_jun).