

مقایسه تأثیر آموزش برنامه خودتوانمندسازی از طریق بسته آموزشی و کارگاه آموزشی بر خودکارآمدی بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه ۱۳۹۲

داود رسولی^۱، یوسف محمدپور^۲، زهرا صفائی^۳، حسین حبیبزاده^۴، حسین جعفری زاده^۵

تاریخ دریافت 1393/01/31 تاریخ پذیرش 1393/03/25

چکیده

پیش زمینه و هدف: اداره صحیح دیابت توسط افراد دیابتی نقش اساسی در پیشگیری از عوارض این بیماری دارد. برنامه توانمندسازی یکی از روش‌های مؤثر در آموزش این بیماران می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش برنامه خودتوانمندسازی از طریق بسته آموزشی و کارگاه آموزشی بر خودکارآمدی بیماران دیابتی مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون می‌باشد که بر روی ۴۰ نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته است. نمونه‌های موردپژوهش به‌طور تصادفی در یکی از گروه‌های کارگاه آموزشی و بسته آموزشی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از یک ابزار دوقسمتی که شامل اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه خودتوانمندی بیماران دیابتی بود استفاده شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS(ver16) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین سنی نمونه‌های موردپژوهش در گروه کارگاه ۵۸/۸۰±۷/۸۱ سال و در گروه بسته آموزشی ۵۴/۹۵±۸/۶۱ سال بود. یافته‌های پژوهش اختلاف معنی‌داری را از لحاظ آماری در نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن مابین دو گروه موردنظر قبل و بعد از اجرای مداخله نشان نداد ($P=0/570$). ولی ارتباط معنی‌داری قبل و بعد از اجرای مداخله (درون گروهی) در هر کدام از گروه‌ها در نمرات خودکارآمدی و ابعاد آن پیدا شد ($P < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که آموزش مؤثر و هرچه بیشتر بیماران چه از طریق کارگاه آموزشی و چه از طریق بسته آموزشی باعث بهبود خودکارآمدی بیماران می‌شود.

کلیدواژه‌ها: دیابت، توانمندسازی، آموزش دیابت

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره پنجم، پی‌درپی 58، مرداد 1393، ص 386-393

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۰۴۴۱-۲۷۵۴۹۶۱

Email: rasouli_d@umsu.ac.ir

مقدمه

(۳،۲). گزارش انجمن دیابت آمریکا در سال ۲۰۰۰ نشان می‌دهد که ۱۶ میلیون نفر در آمریکا مبتلا به دیابت ملیتوس هستند و نصف این تعداد از دیابت خود مطلع نبوده و تحت کنترل نیستند هر ساله حدود ۷۹۸۰۰ مورد جدید از بیماری، شناسایی می‌شود (۴). تعداد افراد دیابتی به دلیل افزایش جمعیت، سن، مهاجرت به شهرها، کم‌تحرکی و چاقی رو به ازدیاد است (۵). گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۷۳ در زمینه اپیدمیولوژی دیابت در ایران نشان داد که حدود ۲ درصد افراد جامعه مبتلا به دیابت بوده‌اند، این رقم در افراد ۳۰ سال به بالا حدود ۷/۳ درصد می‌باشد.

دیابت به‌عنوان یک بیماری، تاریخچه‌ای به قدمت تمدن بشر دارد (۱). گزارش سازمان بهداشت جهانی که بر اساس داده‌های مطالعات اپیدمیولوژیک در ۷۵ منطقه از ۳۲ کشور عضو سازمان ملل متحد به‌دست آمده است نشان می‌دهد که به‌طور کلی در دنیا از سال ۱۹۹۵ تا سال ۲۰۳۵، شیوع این بیماری در جمعیت بالغین (بالای ۲۰ سال) ۶۴ درصد افزایش می‌یابد. به عبارتی تعداد افراد دیابتی ۱۲۲ درصد افزایش خواهد داشت. بطوریکه از ۱۳۵ میلیون نفر در سال ۱۹۹۵ به ۳۰۰ میلیون نفر در سال ۲۰۲۵ خواهد رسید

^۱ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۳ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۴ استادیار، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

^۵ مری، عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ایران

استفاده می‌شود برگزاری کارگاه‌های آموزشی است ولی با پیشرفت روزافزون فناوری به‌خصوص در زمینه روش‌های آموزشی می‌توان از این فناوری‌های پیشرفته جهت آموزش مؤثر به بیماران سود جست. با توجه به نبود مطالعه در این زمینه مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی از طریق بسته آموزشی و کارگاه آموزشی بر خودتوانمندی بیماران دیابتی مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه انجام گرفته است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی با طرح پیش‌آزمون^۴ و پس‌آزمون^۵ می‌باشد که در آن تأثیر دو روش متفاوت آموزش برنامه خودتوانمندسازی، از طریق کارگاه آموزشی و بسته آموزشی بر خودکارآمدی بیماران دیابتی مراجعه‌کننده مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه مورد بررسی قرار گرفته است. با توجه به مطالعه زمانزاده و نمره میانگین حاصل از خودکارآمدی، حجم نمونه لازم در کل ۴۰ نفر برآورد گردید (۱۱) که با استفاده از جدول اعداد تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره قرار گرفتند. جهت نمونه‌گیری اسامی و شماره تلفن‌های ثبت شده کلیه افراد مراجعه‌کننده به مرکز آموزش دیابت در دفاتر مرکز اخذ گردید سپس لیست افرادی که واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، استخراج شد و بعد از کدگذاری وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل سن بین ۳۰ تا ۷۰ سال، تشخیص اخیر یا سابقه قبلی دیابت، هوشیار و قادر به برقراری ارتباط بود. برای دعوت از نمونه‌ها از تماس تلفنی استفاده شد. در صورت عدم تمایل فرد برای شرکت در جلسات آموزشی و یا داشتن مشکلات روحی نمونه مورد نظر حذف و از فرد دیگری دعوت به عمل می‌آمد. جهت گردآوری داده‌ها از ابزاری دوقسمتی استفاده گردید. بخش اول مربوط به اطلاعات دموگرافیک و بیماری از جمله سن، جنس، میزان تحصیلات، قد، وزن، نوع دیابت، نحوه درمان بود و بخش دوم مربوط به خودکارآمدی روانی اجتماعی و ابعاد آن بود. جهت ارزیابی آن از پرسشنامه توانمندسازی دیابت^۶ که توسط مرکز آموزش و تحقیقات دیابت میشیگان^۷ در سال ۲۰۰۰ که جهت بررسی خودکارآمدی بیماران می‌باشد، استفاده شد. این ابزار به سه طبقه تقسیم‌بندی می‌شود: اداره جنبه روان‌شناختی بیماران^۸ (۹ عبارت)، ارزیابی نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر^۹ (۹ عبارت) و تعیین اهداف و رسیدن به اهداف مورد نظر (۱۰

به‌عبارت دیگر حدود ۱۲۴۰۰۰۰ نفر در ایران مبتلا به دیابت قندی بودند (۶). طبق تحقیقی که در سال ۲۰۰۸ در دانشگاه تهران انجام شده است ۲۶۶۵۰۰۰ نفر درگیر دیابت ملیتوس و عوارض ناشی از آن بودند. بر طبق تحقیق انجام شده در سال ۲۰۰۸ در دانشگاه تهران بیشترین میزان شیوع دیابت ملیتوس در یزد و کمترین آن در زنجان می‌باشد، در همین تحقیق نشان داده شده است که میزان شیوع آن در مردان ۱/۷٪ و در زنان ۶/۷٪ می‌باشد (۷). این بیماری مزمن اگر کشنده نباشد ولی قادر به ایجاد ناتوانی‌های احتمالی دائمی است (۸) و یا می‌تواند منجر به بروز عوارض وخیمی مانند کوری، قطع^۱ اندام تحتانی و بیماری‌های کلیوی و قلبی شود (۹). با این وجود به نظر می‌رسد در حال حاضر مراکز مراقبتی به هنگام ارائه مراقبت بیشتر به علائم و عوارض حاد بیماری‌ها توجه می‌کنند و به ناتوانی‌ها و بیماری‌های مزمنی مانند دیابت توجه کمتری می‌شود (۱۰). مطالعات مختلف نشان داده است که اداره صحیح دیابت توسط افراد دیابتی نقش اساسی در پیشگیری از عوارض این بیماری داشته است. برنامه‌های آموزشی روتین و سنتی در مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند دیابت منجر به اداره موفقیت‌آمیز دیابت یا بهبود کنترل متابولیکی نشده و کارایی چندانی ندارد (۱۱، ۱۲). از حدود سال ۱۹۹۰ خودتوانمندسازی^۲ به‌عنوان یک روش آموزشی در بیماران در نظر گرفته شد که توسط آندرسون و همکارانش در مرکز آموزش و تحقیق دیابت میشیگان معرفی گردید (۱۱، ۱۳). آموزش اداره خود^۳ اصلی‌ترین رکن جهت نائل شدن به اهداف در برنامه خودتوانمندسازی محسوب می‌شود که بیماران را قادر به اتخاذ تصمیم آگاهانه و ایفای نقش فعال در برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری در فعالیتهای مربوط به سلامت می‌کند (۱۱، ۱۴).

برنامه توانمندسازی جهت افزایش آگاهی، دانش، انگیزه و توانمندی منجر به ارتقاء بهداشت و کیفیت زندگی می‌شود. برنامه توانمندسازی فردی، ابزاری کاربردی است که باعث رشد و ارتقای دانش و مهارت افراد می‌شود و به‌کارگیری راهکارهای آن آرمانی آشکار برای ارتقای سلامت جوامع است. توانمندسازی فردی فرایندی است که افراد از طریق آن، کنترل بیشتر بر تصمیم‌گیری‌ها شیوه زندگی و فعالیت‌هایی که بر سلامتی آنان مؤثر است، خواهند داشت (۱۵). برنامه توانمندسازی یک رویکرد مشارکتی در مراقبت از دیابت و آموزش بیماران می‌باشد. آموزش به بیماران باعث تداوم سلامتی و کاستن از عوارض ناشی از بیماری می‌شود (۱۴). معمول‌ترین روشی که برای آموزش به بیماران

4 Pre test

5 Post test

6Diabetes Empowerment Scale(DES)

7Michigan diabetes research and training

8managing the psychosocial aspects of diabetes

9assessing dissatisfaction and readiness to change

1Amputation

2 Empowerment

3 self management

و در گروه بسته آموزشی نحوه استفاده از بسته آموزشی توضیح داده شد. برای گروه کارگاه آموزشی ۵ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت آموزش در گروه‌های کوچک ۵ نفره با محتوی روش‌های ارتقاء فعالیت‌های روزمره زندگی، بهبود توانمندی جهت غلبه بر موانع، مدیریت بیماری و آشنایی با اصول و اهداف کنترل وزن، تغذیه، ورزش و نهایتاً راهکارهای افزایش انگیزه، قدرت تصمیم‌گیری و اداره مناسب استرس اجرا گردید و در گروه بسته آموزشی، لوح فشرده چندرسانه‌ای تهیه شده توسط پژوهشگر با محتوی یکسان به شرکت‌کنندگان ارائه گردید. دو ماه بعد از اتمام جلسات پرسشنامه‌های مذکور مجدداً توسط شرکت‌کنندگان تکمیل گردید. داده‌ها پس از جمع‌آوری و کدگذاری در نرم‌افزار آماری SPSS(ver16) تجزیه و تحلیل شدند. مباحثی همچون فراوانی، میانگین، انحراف معیار توسط آمار توصیفی بیان شد. پس از بررسی نرمالیت سؤالات برحسب نیاز از آزمون‌های آماری پارامتری یا نا پارامتری استفاده شد (کای دو، یو من ویتنی و ویلکاکسون).

عبارت) می‌باشد. هر عبارت دارای ۵ گزینه بوده که امتیازبندی آن از ۱ تا ۵ می‌باشد (۱۱). امتیازبندی پرسشنامه بر اساس لیکرت ۵ گزینه‌ای بوده و از پاسخ «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» می‌باشد. برای تعیین روایی ابزار از روش اعتبار محتوا استفاده شد. برای این منظور بعد از ترجمه پرسشنامه به زبان فارسی، پرسشنامه مزبور جهت بررسی به ۵ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه داده شد و پس از دریافت نظرات اصلاحات لازم اعمال گردید. برای تعیین پایایی ابزار از ضریب همبستگی آلفا کرونباخ استفاده شد. پایایی ابزار به صورت کلی ۸۹ درصد برآورد شد. (بعد از حذف روان‌شناختی ۸۸ درصد، بعد نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر ۹۱ درصد و بعد تعیین اهداف و رسیدن به اهداف مورد نظر ۸۹ درصد). قبل از شروع مداخله پرسشنامه خودکارآمدی توسط بیماران تکمیل گردید. در گروه استفاده‌کننده از کارگاه آموزشی، خلاصه‌ای از نحوه تشکیل جلسات، تعداد جلسات و هدف اصلی از برنامه آموزشی ارائه گردید

یافته‌ها

میانگین سنی نمونه‌های مورد پژوهش $56/87 \pm 8/35$ بود.

جدول (۱): فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیک و مربوط به بیماری به تفکیک گروه‌های آموزشی

P Value	آماره	گروه		متغیر مورد بررسی		
		بسته آموزشی	کارگاه آموزشی			
		ساده	درصد	ساده	درصد	
۰/۱۴۷	$t = -1/48$	۵۴/۹۵ ± ۸/۶۱		۵۸/۸۰ ± ۷/۸۱		سن
۰/۱۲۴	$t = -1/33$	۷۸/۵۰ (۱۶/۷۵)		۷۱/۵۵ ± ۱۳/۳۶		وزن
۰/۱۸۹	$t = -1/45$	۱۶۵/۰۰ ± ۱۰/۰۶		۱۶۱/۱۰ ± ۸/۲۹		قد
۰/۱۴۳	$t = -1/49$	۸/۴۵ (۶/۸۷)		۱۱/۸۰ ± ۷/۲۷		مدت زمان ابتلا به دیابت (سال)
۰/۱۱۳	$X^2 = 2/50$	۶۰	۱۲	۳۵	۷	مرد
		۴۰	۸	۶۵	۱۳	زن
۰/۰۵۶	$X^2 = 8/00$	۰	۰	۲۵	۵	بی‌سواد
		۳۰	۶	۴۰	۸	ابتدایی و راهنمایی
		۵۰	۱۰	۲۰	۴	دبیرستان
۰/۱۰۶	$X^2 = 4/44$	۲۰	۴	۱۰	۳	دانشگاهی
		۸۰	۱۶	۱۰۰	۲۰	بلی
۱	$X^2 = 0/00$	۲۰	۴	۰	۰	مصرف قرص (در حال حاضر)
		۳۵	۷	۳۵	۷	بلی
۰/۲۰۴	$X^2 = 1/61$	۶۵	۱۳	۶۵	۱۳	مصرف انسولین (از زمان ابتلا به دیابت)
		۴۵	۹	۸۰	۱۳	بلی
۰/۲۸۸	$X^2 = 1/12$	۵۵	۱۱	۶۵	۷	مصرف انسولین (در حال حاضر)
		۲۰	۴	۳۵	۷	وابسته به انسولین
		۸۰	۱۶	۶۵	۱۳	غیر وابسته به انسولین

پژوهش قبلاً در کارگاه توانمندسازی شرکت نکرده بودند. (جدول شماره یک). میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی روانی و اجتماعی نمونه‌های موردپژوهش قبل از مداخله در کارگاه آموزشی $2/4 \pm 0/47$ و در بسته آموزشی $2/45 \pm 0/45$ و بعد از مداخله به ترتیب $2/84 \pm 0/37$ و $2/95 \pm 0/23$ بود که آزمون آماری من ویتنی اختلاف آماری معنی‌داری را قبل و بعد از آموزش بین دو گروه آموزشی نشان نداد (جدول شماره ۲ و ۳).

اکثر نمونه‌های موردپژوهش (۵/۲۲درصد) از جنس مؤنث، دارای دیابت نوع دو (۵/۲۲درصد)، دارای تحصیلات ابتدایی و راهنمایی (۴۵درصد) بودند. میزان اختلال در فعالیت اکثر بیماران (۳۰درصد) زیاد، میزان آشنایی اکثر نمونه‌ها با دیابت و درمان آن کم بود (۵/۴۲درصد). قدرت برقراری تناسب بین دیابت و زندگی در اکثر نمونه‌های موردپژوهش (۳۵درصد) کم بوده و بیشتر بیماران در پرسش از پزشک معالج در رابطه با دیابت کاملاً احساس راحتی می‌کردند (۵/۵۷درصد). هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان در

جدول (۲): تعیین و مقایسه خودکارآمدی روانی اجتماعی و ابعاد آن در بیماران دیابتی دو گروه قبل از مداخله

Z	P Value	کارگاه آموزشی		گروه تحت مطالعه	متغیر موردبررسی
		بسته آموزشی	M±SD		
-۰/۵۶۸	۰/۵۷۰	۲/۴۵±۰/۴۵	۲/۴±۰/۴۷	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (کل)	
-۱/۰۷۲	۰/۲۸۴	۲/۵۲±۰/۶۹	۲/۲۹±۰/۶۵	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد اداره جنبه روان‌شناختی)	
-۰/۵۷۲	۰/۵۶۸	۲/۳۸±۰/۳۶	۲/۴۵±۰/۴۴	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر)	
-۰/۵۲۹	۰/۵۹۷	۲/۴۵±۰/۵۴	۲/۴۵(۰/۵۶)	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد تعیین اهداف و رسیدن به اهداف موردنظر)	

جدول (۳): تعیین و مقایسه خودکارآمدی روانی اجتماعی و ابعاد آن در بیماران دیابتی دو گروه بعد از مداخله

Z	P Value	کارگاه آموزشی		گروه تحت مطالعه	متغیر موردبررسی
		بسته آموزشی	M±SD		
-۰/۸۳۵	۰/۳۹۴	۲/۹۵±۰/۲۳	۲/۸۴±۰/۳۷	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (کل)	
-۱/۲۳۹	۰/۲۱۵	۲/۸۳±۰/۲۵	۲/۶۱±۰/۵۸	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد اداره جنبه روان‌شناختی)	
-۰/۱۵۰	۰/۸۸۱	۲/۹۷±۰/۲۸	۲/۹۱±۰/۴۶	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر)	
-۱/۰۴۸	۰/۲۹۵	۳/۱۳±۰/۳۸	۳/۰۰±۰/۳۶	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد تعیین اهداف و رسیدن به اهداف موردنظر)	

جدول (۴): مقایسه خودکارآمدی روانی اجتماعی و ابعاد آن در بیماران دیابتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه

Z	P Value	بسته آموزشی		Z	P Value	کارگاه آموزشی		گروه تحت مطالعه	متغیر مورد بررسی
		قبل	بعد			قبل	بعد		
-۳/۸۶	<۰/۰۰۰۱	۲/۹۵±۰/۲۳	۲/۴۵±۰/۴۵	-۳/۸۸	<۰/۰۰۰۱	۲/۸۴±۰/۳۷	۲/۴±۰/۴۷	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (کل)	
-۲/۴۳	۰/۰۱۵	۲/۸۳±۰/۲۵	۲/۵۲±۰/۶۹	-۳/۰۸	۰/۰۰۲	۲/۶۱±۰/۵۸	۲/۲۹±۰/۶۵	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد اداره جنبه روان‌شناختی)	
-۳/۵۶	<۰/۰۰۰۱	۲/۹۷±۰/۲۸	۲/۳۸±۰/۳۶	-۳/۷۳	<۰/۰۰۰۱	۲/۹۱±۰/۴۶	۲/۴۵±۰/۴۴	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر)	
-۳/۹۳	<۰/۰۰۰۱	۳/۱۳±۰/۳۸	۲/۴۵±۰/۵۴	-۳/۸۳	<۰/۰۰۰۱	۳/۰۰±۰/۳۶	۲/۴۵(۰/۵۶)	خودکارآمدی روانی - اجتماعی (بعد تعیین اهداف و رسیدن به اهداف موردنظر)	

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که خودکارآمدی روانی اجتماعی و ابعاد آن در دو گروه، قبل از اجرای برنامه آموزشی مشابه یکدیگر است. اندرسون^۱ و همکارانش نیز در مطالعه خود قبل از اجرای برنامه تفاوتی ما بین دو گروه پیدا نکردند و نشان دادند که میانگین نمرات توانمندی روانی اجتماعی و ابعاد آن در بیماران تقریباً مشابه می‌باشد. زمانزاده و همکاران نیز در مطالعه خود ارتباط معنی‌دار قبل از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله پیدا نکردند (۱۱). در مطالعه ریانی و همکاران نیز قبل از مداخله چنین نتایجی به دست آمد (۱۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شرکت در برنامه آموزش توانمندسازی موجب افزایش خودکارآمدی روانی - اجتماعی به‌طور کلی و ابعاد آن (اداره جنبه روان‌شناختی، نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر، تعیین اهداف و رسیدن به اهداف موردنظر) در هر دو گروه بعد از مداخله شده است ولی ارتباط معنی‌داری از لحاظ آماری بعد از مداخله بین دو گروه مشاهده نشد؛ که می‌تواند به معنی تأثیر مثبت تقریباً یکسان هر دو نوع مداخله توانمندسازی باشد. در مطالعه فرنستورم^۲ و همکاران و اندرسون و همکاران نیز در توانمندی بیماران دیابتی بعد از شرکت در جلسات توانمندسازی تغییر معنی‌داری پیدا نشد (۱۷، ۱۰). همچنین در مطالعه اتک^۳ و همکارانش نیز تغییر معنی‌داری ما بین دو گروه مشاهده نشد (۱۸)؛ اما در مطالعه ریانی و همکارانش بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله در خودکارآمدی کل و اکثر زیرگروه‌های آن ارتباط آماری به دست آمد (۱۶) که می‌تواند به دلیل ماهیت مطالعه آن‌ها مبنی بر داشتن گروه کنترل و عدم دریافت آموزش‌های توانمندسازی توسط آن‌ها باشد، چراکه در مطالعه حاضر هر دو گروه تحت آموزش توانمندسازی با روش‌های مختلف قرار گرفتند.

مطالعه حاضر نشان داد که شرکت در برنامه آموزش توانمندسازی به‌طور معنی‌داری از لحاظ آماری موجب افزایش خودکارآمدی روانی - اجتماعی به‌طور کلی و ابعاد آن (اداره جنبه روان‌شناختی، نارضایتی و آمادگی بیمار دیابتی جهت ایجاد تغییر، تعیین اهداف و رسیدن به اهداف موردنظر) در هر دو گروه قبل و بعد از مداخله شده است. زمانزاده و همکاران نیز در پژوهش خود بر روی بیماران دیابتی نشان دادند که خودکارآمدی بیماران و ابعاد آن بعد از مداخله توانمندسازی به‌طور معنی‌داری افزایش پیدا کرده است. آن‌ها در مطالعه خود بیان کردند که بعد از اجرای

برنامه توانمندسازی درک بیماران برای کسب حمایت‌های اجتماعی، اداره استرس‌های بیماری، انگیزه و توانایی داشتن قدرت تصمیم‌گیری برای مراقبت از خود به‌طور معنی‌داری بهبود پیدا می‌کند (۱۱). ریانی و همکارانش نیز ارتباط معنی‌داری را بین نمرات قبل و بعد از مداخله در خودکارآمدی بیماران و زیرگروه‌های آن نشان دادند. آن‌ها ذکر کردند که به اجرا در آوردن آموزش در قالب برنامه توانمندسازی باعث مشارکت فعالانه بیمار در امر مراقبت و اتخاذ تصمیم‌های مرتبط با مدیریت جنبه‌های جسمی و روانی دیابت می‌شود و در نتیجه نگرش بیمار به بیماری را ارتقاء می‌دهد. در مطالعه آن‌ها نیز بیماران در بیماران در ابعاد قدرت تصمیم‌گیری و پذیرش مسئولیت خود مراقبتی بهبود قابل توجهی پیدا کرده بودند (۱۶). مطالعه اندرسون هم نشان داد افراد دیابتی که دارای توانمندی بالاتری بودند، قدرت سازگاری بیشتری داشتند و مشکلات روحی کمتری را تجربه کردند. در مطالعه آن‌ها، بیماران شرکت‌کننده در جلسات آموزشی توانمندسازی از قدرت بیشتر برای مقابله با چالش‌های روانی اجتماعی همراه با بیماری دیابت برخوردار شدند (۱۰). در مطالعه پیبرنیک^۴ نیز برنامه توانمندسازی به بیماران دیابتی باعث افزایش آمادگی بیماران در این بعد شد (۱۹). شجاعی‌زاده و همکارانش نیز در مطالعه خود نشان دادند که آموزش برنامه توانمندسازی بر روی خودکارآمدی بیماران و زیرگروه‌های آن از جمله رژیم دارویی، مراقبت از پا و استعمال دخانیات به‌طور معنی‌داری تأثیر دارد (۲۰). در مطالعه حیدری و همکارانش نیز الگوی توانمندسازی به بهبود کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به دیابت منجر شده بود (۲۱). نتایج تحقیق کریمی و همکاران نشان داد که خودکارآمدی با رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت همبستگی مثبت و معنی‌داری داشته و باعث ارتقاء رفتارهای مراقبتی می‌شود. همچنین آن‌ها اظهار داشتند که خودکارآمدی بالا، باعث افزایش توانایی، قابلیت، لیاقت و کفایت می‌شود و فرد احساس می‌کند که زندگی مفید و مؤثری دارد (۱۵). مطالعه حاضر همسو با مطالعات ذکر شده می‌باشد؛ اما اندرسون و همکارانش تغییر معنی‌داری را مابین گروه کنترل و تجربی مشاهده نکردند (۱۰). اتک و همکارانش نیز تغییر معنی‌داری را مابین گروه کنترل و تجربی مشاهده نکردند (۱۸) که از دلایل آن می‌توان به ماهیت مطالعه آن‌ها و تعداد کم جلسات تشکیل‌شده بخصوص در مطالعه اتک اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه حاضر، استفاده از آموزش برنامه خودتوانمندسازی صرف‌نظر از نحوه آموزش (کارگاه آموزشی یا بسته آموزشی) می‌تواند باعث ارتقاء توانمندی بیماران

¹ Anderson

² Fernstorm

³ Atak

⁴ Pibernick

تشکر و قدردانی خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه به دلیل حمایت مالی، دادن مجوز انجام این مطالعه، از بیماران محترم به دلیل شرکت در این مطالعه و از مرکز دیابت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و کارکنان آن اعلام می‌دارند.

مبتلا به دیابت گردد. لذا توصیه می‌شود از این روش آموزش مؤثر جهت هرچه توانمند کردن بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

مقاله حاضر بخشی از طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی به شماره ۹۰-۰۲-۳۳-۴۷۴ می‌باشد. بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب

References:

1. Black JM, Jackobs EM. Medical – surgical nursing: clinical management for continuity of care Philadelphia: WB. Saunders Co; 1997.
2. World health organization. Epidemiology of diabetes. WHO.com, 2001.
3. Habibian S. National plans to prevent and control diabetes and its integration into the medical system. Tehran: Department of Health 1996. (Persian)
4. American Diabetes Association. Global burden of diabetes (1995-2025)., prevalence, numerical, (Estimate and projection) . Diabetes care 2000; 21(9), 1419-37.
5. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabet Med 14 (Suppl. 5): S1–S85, 1997.
6. Ministry of Health - Medical Education. Report on the epidemiology of diabetes. Tehran: Ministry of Health-Medical Education 1993; 4-3. (Persian)
7. Larijani B, Hasani Ranjbar S. Overview of diabetic foot; novel treatments in diabetic foot ulcer. EMRC 2008; 16. (Persian)
8. Ghanbary A. Effect of education based on the notion of self-care on quality of life and metabolic status in non-insulin dependent diabetic patients referred to diabetes education at Tabriz. (Dissertation). Tabriz; School of Nursing – Midwifery; 2000. (Persian)
9. Dowel McJ, Courtney M, Edwards H, Shortridge-Baggett L. Validation of the Australian/English version of the Diabetes Management Self-Efficacy Scale. Int J Nurs Practice 11(4), 177-84.
10. Anderson RM, Funnell MM, Fitzgerald JT, Marrero DJ. The Diabetes Empowerment Scale. Diabetes Care 2000; 23(6): 739.
11. Zamanzadeh V, Seyed Rasuli A, Jabbarzadeh F. The effect of empowerment program education on self efficacy in diabetic patient in Tabriz University of medical science diabetes education center. Res J Biolog Sci 2008; 3(8): 850-5.
12. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self management of diabetes. Clinical Diabetes 2004; 22 (3):123–7.
13. Adolfoon ET, Strrain B, Smide B, Wikblad K. Type 2 diabetes experiences of two different educational approach-A qualitative study. Int J Nurs Stud 2008;45: 986-94.
14. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM. Patient empowerment: Results of a randomized controlled trial. Diabetes Care 1995; 18: 943-9.
15. Karimy M. Evaluation of the effect of educational intervention based on empowerment model of health promotion behaviors on menopausal women. Scientific-Research J Shahed Univ 2011;94. (Persian)
16. Emani Z, Ryani M, Borhani F, Dortaj E. Effect of empowerment on attitudes toward the disease in patients with type 2 diabetes. J Nurs Midwifery, Kerman 2008; 10; 20. (Persian)
17. Fernstorm L, Wikblad K. Implementing Empowerment Group Education in Diabetes. Patient Education and Counseling 2004; 53, 319-24.

18. Atak N, Kose K, Gurkhan T. The Impact of Patient Education Diabetes Empowerment Scale(DES) and Diabetes Attitude Scale (DAS-3) in Patients with Type 2 Diabetes. *Turk J Med Sci* 2008;38(1):49-57.
19. Pibernik-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z. Effects of an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. *Patient Educ Couns* 2004;52(2):193-9.
20. Shojaeezadeh D, Tol A, Sharifirad G, Alhani F. Effect of education program based on empowerment model in promoting self-care among type 2 diabetic patients in Isfahan. *Razi J Med Sci* 2013; 20: 107. (Persian)
21. Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Moezzi F. The effect of empowerment model on quality of life of Diabetic adolescents. *Iran J Pediatr* 2007; 17 (Suppl 1). (Persian)

COMPARISON OF SELF EMPOWERMENT EDUCATION THROUGH, TRAINING PACKAGES AND TRAINING WORKSHOP ON THE EMPOWERMENT OF DIABETIC PATIENTS IN DIABETES CENTER, URMIA UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES, 1392

Rasouli D^{1*}, MohammadpourY², Safaei Z³, Habibzadeh H⁴, Jafarizadeh H⁵

Received: 20 Apr , 2014; Accepted: 15 June , 2014

Abstract

Background & Aims : Management of diabetes mellitus by patients have an essential role in the prevention of this disease complications. Empowerment programs is one of the effective methods to teach these patients. This study tries to compare the effects of self-empowerment through education, training packages and training workshop on the empowerment of diabetic patients of Diabetes Center, Urmia University of Medical Sciences.

Materials & Methods: This is an experimental study designed with pre-test, post-test which has been done on 40 patients referring to the Diabetes Center, Urmia University of Medical Sciences. Participants randomly assigned into one of the two groups of workshop, and training. A two-part questionnaire with demographic and psychosocial empowerment tool was used for data collection. The data were analyzed after collecting and coding the data by using the SPSS (ver16) statistical software.

Results: Mean age of the workshop, and training package study groups were 58/80±7/81, and 54/95±8/61, respectively. The findings did not show any significant relation of psychosocial empowerment scores between the two groups in terms of its dimensions before and after the intervention (P= 0/570). However, statistically significant correlation were found in the psychosocial dimensions (P<0/0001) before and after the intervention (within the group) in each of the groups in empowerment scores.

Conclusion: The study revealed more effective empowering, whether through workshop or training package to improve the psychosocial empowerment in patients.

Key words: Diabetes, Empowerment, diabetes education

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

Tel: (+98) 441 2754961

Email: rasouli_d@umsu.ac.ir

¹ Structor, Nursing and Midwifery Faculty ,Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran (Corresponding author)

² Structor, Nursing and Midwifery Faculty ,Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

³ Structor, Nursing and Midwifery Faculty ,Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁴ Asistant professor, Nursing and Midwifery Faculty, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

⁵ Structor, Nursing and Midwifery Faculty ,Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran