

بررسی تأثیر بحث گروهی بر توانایی خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ مراجعه کننده به کلینیک دیابت شهر خوی در سال ۱۳۹۲

اکبر صوفیانی^۱، حسین حبیب زاده^{۲*}، حمیدرضا خلخالی^۳، حسن اصلان آبادی^۴، نوشین سنایی^۵

تاریخ دریافت ۱۳۹۳/۰۸/۰۱ تاریخ پذیرش ۱۳۹۳/۱۰/۰۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: دیابت یک بیماری مزمن با عوارض متعدد است که به علت ماهیت مزمن بیماری نیاز به آموزش مستمر دارد. روش آموزشی بحث گروهی به علت مشارکت فعال بیماران در فرآیند آموزش نقش مهمی در بهبود عملکرد، ارتقاء کیفیت زندگی و کنترل عوارض دارند. هدف عمده آموزش به این گروه از بیماران ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی است. این پژوهش باهدف تعیین تأثیر بحث گروهی بر توانایی خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام یافته است. **مواد و روش کار:** در این مطالعه تجربی، ۹۰ بیمار واجد شرایط مرکز دیابت خوی به روش نمونه گیری آسان انتخاب و به روش تخصیص تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله، مداخلات خودمدیریتی مرتبط به روش بحث گروهی در ۸ جلسه اجرا و ۳ ماه بعد پیگیری شد. گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند. ابزار جمع آوری داده ها شامل اطلاعات جمعیت شناختی و ابعاد خودمدیریتی لین بود. تجزیه و تحلیل داده ها به وسیله نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ و آزمون های آماری توصیفی و استنباطی انجام شد.

یافته ها: آزمون تی مستقل و تی زوج شده نشان داد که بعد از بحث گروهی، اختلاف میانگین امتیازات ابعاد پنج گانه خودمدیریتی در بین گروه های کنترل و مداخله معنی دار بود ($p < 001$).

بحث و نتیجه گیری: بحث گروهی یک روش آموزشی مؤثر است که باعث ارتقاء خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت می شود و اجرای بحث گروهی برای تقویت رفتارهای خودمدیریتی نه تنها برای کاهش عوارض همراه دیابت بلکه به منظور ارتقاء سلامت کلی در این گروه از بیماران مؤثر می باشد.

کلیدواژه ها: بحث گروهی، خودمدیریتی، دیابت نوع ۲

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دوازدهم، شماره دوازدهم، پی درپی ۶۵، اسفند ۱۳۹۳، ص ۱۰۸۰-۱۰۷۱

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، تلفن: ۳۲۷۵۴۹۶۱-۰۴۴

Email: Habibz_h@yahoo.com

مقدمه

بر اساس آمار فدراسیون بین المللی دیابت، در سال ۲۰۱۳ بیش از ۳۸۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان مبتلا به دیابت بودند که ۴۶ درصد آن تشخیص داده نشده است. متوسط شیوع جهانی آن ۸/۳ درصد است. در ایران نیز این میزان ۱۱/۳۴ درصد می باشد و این در حالی است که تقریباً نیمی از افراد مبتلا به دیابت، از بیماری خود مطلع نیستند. بر طبق پیش بینی کارشناسان تعداد مبتلایان به دیابت ظرف ۱۵ سال آینده سه برابر شده و از هر ۵ ایرانی، یک نفر مبتلا به دیابت بوده و یا در معرض آن قرار خواهد داشت (۴، ۵).

دیابت ملیتوس یکی از بیماری های مزمن و شایع ترین اختلال متابولیک سیستمیک در جهان می باشد که شیوع آن در حال افزایش است و سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان یک اپیدمی خاموش نام می برد (۱، ۲). دیابت نوع ۲ به عنوان شایع ترین نوع دیابت که اغلب دیابت بالغین یا دیابت مربوط به سبک زندگی نامیده می شود، ۹۰ تا ۹۵ درصد همه انواع دیابت را شامل می شود و در صورت عدم درمان ممکن است به شکل وابسته به انسولین نیز درآید (۳).

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۲ استادیار پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار آمار حیاتی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ارومیه

^۴ متخصص داخلی، بیمارستان شهید مدنی خوی

^۵ کارشناس پرستاری، بیمارستان شهید مدنی خوی

یادگیری فعالانه می‌گردد و باعث می‌شود شرکت‌کنندگان در تجارب یکدیگر سهیم شوند و از تجارب یکدیگر بهره‌جویند (۱۵، ۱۶).
با تعمق در مطالب فوق می‌توان نتیجه‌گیری نمود که افزایش توانایی خودمدیریتی در بیماران مبتلا به دیابت از اهمیت زیادی برخوردار است و استفاده از روش بحث گروهی به‌عنوان روشی مناسب جهت تشکیل جلسات آموزشی فعال، بهبود کیفیت خودمدیریتی و تسهیل در فرآیند یادگیری در محیطی واقعی می‌تواند مؤثر باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر بحث گروهی بر خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ طراحی و اجرا شد.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه تجربی، ۹۰ بیمار واجد شرایط مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت بیمارستان شهید مدنی خوی به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب و به روش تخصیص تصادفی (زوج و فرد) در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ویژگی‌های نمونه، گذشت دست‌کم یک سال از تشخیص دیابت نوع ۲ بیمار، سن بین ۳۰ تا ۷۰ سال و نداشتن بیماری روحی - روانی را در برمی‌گرفت. معیارهای خروج از مطالعه؛ داشتن بیماری جدی جسمی و روحی در حین مداخله، شرکت در جلسات آموزشی و پژوهشی مشابه در طول اجرای مطالعه و غیبت بیش از دو جلسه بودند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش، شامل پرسشنامه جمعیت‌شناختی و پرسشنامه خودمدیریتی لین^۲ بود. پرسشنامه جمعیت‌شناختی دارای ۱۲ گویه است که شامل؛ سن، جنس، وضعیت تأهل، میزان درآمد خانواده، طول مدت ابتلا به دیابت، وجود سابقه خانوادگی دیابت و عوارض همراه با دیابت می‌باشد. پرسشنامه سنجش ابعاد خودمدیریتی لین شامل ۵ بُعد؛ خودنظام یافتگی (۱۰ گویه)، خودتنظیمی (۹ گویه)، تعامل با متخصصان حوزه سلامت و افراد تأثیرگذار (۹ گویه)، خود پایشی قند خون (۴ گویه) و بعد تبعیت از رژیم غذایی (۳ گویه) بوده که در مجموع ۳۵ گویه می‌باشد. روایی و پایایی ابزار در ایران توسط طُل و همکاران در سال ۱۳۹۰ با اطمینان ۸۷ درصد حاصل گردیده است این پرسشنامه توسط مقیاس پنج گزینه‌ای لیکرت اندازه‌گیری شد. نحوه امتیاز دهی برای هر گویه از هیچ وقت (۱) تا همیشه (۵) بود، مجموع امتیازات کل خودمدیریتی از ۳۵ تا ۱۷۵ متغیر بوده و امتیاز بالاتر بیانگر میزان خودمدیریتی بهتر بود. برای گروه آزمون مداخلات خودمدیریتی مرتبط به روش بحث گروهی در ۸ جلسه با مداخله مستقیم

در ایران سرانه هزینه‌های پزشکی ناشی از نابینایی به علت دیابت تقریباً ۲۰۰۰ دلار در سال، نارسایی کلیوی ۴۵۰۰ دلار و قطع عضو ۲۹۵۰۰ دلار در سال بوده و به دلیل کنترل نشدن بیماری دیابت در کشور سالانه ۲۲۶ میلیارد ریال صرف هزینه‌های مستقیم دیابت می‌شود (۶). با توجه به افزایش شیوع و پرهزینه بودن تشخیص و کنترل بیماری دیابت و عوارض حاد و مزمن آن و همچنین کاهش درآمد به دلیل افت بازدهی، ناتوانی و مرگ زودرس ناشی از دیابت انجام مداخلات مؤثر به‌منظور کنترل عوارض و ارتقای کیفیت زندگی بیماران امری ضروری است (۷). ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی به‌ویژه پرستاران نقش حیاتی در ارتقاء خودمدیریتی بیماران ایفا می‌کنند؛ از طرف دیگر برای کنترل عوارض، بیماران نباید به‌عنوان فرد بیمار بلکه به‌عنوان عضوی از تیم مراقبین باشند (۸). چراکه بیماری دیابت به‌عنوان یک بیماری مزمن، نیاز به رویکرد خودمدیریتی دارد (۹).

بر طبق نظر سازمان بهداشت جهانی و فدراسیون بین‌المللی دیابت^۱، بیماری دیابت به‌صورت یک چالش در مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قرن حاضر بوده است و این چالش در خاورمیانه جدی‌تر است (۵). باین حال می‌توان با استفاده از روش‌های مؤثر آموزشی تا ۸۰ درصد عوارض دیابت را کاهش داد (۱۰). آموزش مؤثر باعث ارتقاء سطح آگاهی و عملکردی، سلامت روحی و جسمی، کاهش احتمال ابتلا به عوارض پیش‌رونده و افزایش احساس مسئولیت‌پذیری فرد در حذف یا تغییر رفتارهای غیرصحیح خواهد شد (۱۱). بحث گروهی یکی از روش‌های فعال و نوین و از مفیدترین و معتبرترین روش‌های آموزشی به بیماران مزمن می‌باشد (۱۲) و به‌عنوان روشی محبوب و رایج برای ارزیابی تجارب جمعی (۱۳) و تقویت‌کننده مهم تفکر انتقادی به شمار می‌آید (۱۴).

بحث گروهی روشی است سنجیده و منظم که به افراد فرصت می‌دهد تا نظرات، عقاید و تجربیات خود را در مورد مسائل مشترکشان به بحث بگذارند. روش بحث گروهی با ایجاد وابستگی در اعضا، گروه، بارش افکار، تکاپوی دسته‌جمعی و تلاش در انطباق با گروه میزان قدرت تجزیه و تحلیل و قضاوت در بین گروه را برمی‌انگیزد. بدین شکل بیماران در تعامل با یکدیگر از تجارب و نظرات یکدیگر استفاده می‌کنند (۱۵، ۱۶) ضمن اینکه این جلسات فرصت‌های مناسب جهت طرح مشکلات بیماری نیز ایجاد می‌کند. مشارکت در بحث باعث ایجاد موقعیت‌های مسئولیت‌پذیری و

² lin

¹ International Diabetes Federation

پژوهشگر اجرا و ۳ ماه بعد پیگیری شد و گروه کنترل مداخلات روتین را دریافت کردند. روش کار شامل چهار مرحله بود.

مرحله قبل از بحث گروهی: در این مرحله ابتدا پرسشنامه توسط بیماران برای ارزیابی اولیه هر دو گروه تکمیل شد. برای تهیه و تدوین مطالب آموزشی و مشخص نمودن زمان جلسات بحث گروهی، نیازسنجی جهت انجام مداخلات آموزشی بر اساس شکاف موجود (فاصله سطوح دانش و مهارت موجود و سطوح دانش و مهارت مطلوب در بیمار) انجام گرفت.

مرحله اجرای بحث گروهی: جلسه بحث گروهی با شرکت ۱۵ نفر به شکل دایره ای در طی ۸ جلسه برای هر گروه و هفته ای یکبار بین یک تا یک و نیم ساعت انجام گرفت. تجربیات موفق افراد در اتخاذ سبک زندگی سالم، خودتنظیمی، نحوه تعامل با متخصصان حوزه سلامت و نحوه کنترل قند خون مورد بحث قرار گرفت. شرکت‌کنندگان وارد بحث هدفمند شدند تا تجربیات موفق دیگران را بپذیرند، محورهای مورد بحث شامل تاکید بر فرآیند بیمار محوری مبتنی بر ارزیابی نیاز و توانایی بیماران با مروری بر تجارب و دانسته‌های بیماران، شناخت و ارزیابی نیازهای مختص به دیابت در بیمار، درک موانع مراقبت از خود در بیماری، توسعه استراتژی‌های فردی برای ترویج سلامتی روانی و تغییر رفتار، ترکیب مدیریت تغذیه با شیوه زندگی، حساسیت بر نحوه اندازه گیری قند خون و دیگر پارامترها و تفسیر نتایج توسط خود بیمار مبتلا به دیابت، لزوم انجام ورزش و فعالیت‌های جسمانی بیماران مبتلا به دیابت، پیشگیری، تشخیص و درمان عوارض حاد و ایجاد شرایط مناسب برای برقراری ارتباط مداوم بیمار با تیم حوزه سلامت و پیگیری رفتارهای خودمدیریتی آن‌ها بود. جمع بندی نهایی توسط پژوهشگر (تحت عنوان راهنما و رهبر) تحت نظارت متخصص داخلی صورت گرفت و همزمان با آن گروه کنترل نیز در زمینه دریافت آموزش‌های گروه مداخله تحت کنترل قرار می‌گرفت تا از تورش اطلاعات جلوگیری شود. در طول بحث گروهی پژوهشگر ضمن شرکت در بحث و ارائه نظرات خویش نقش رهبر گروه را نیز بر عهده داشت و سعی کرد تا بحث جهت دار و متناسب با موضوع مورد بحث باشد در پایان، مطالب با کمک شرکت‌کنندگان جمع بندی شد و مطالب جلسه بعدی (مطابق برنامه داده شده) مشخص شد.

مرحله بعد از بحث گروهی: پس از جلسه بحث، یادداشت‌ها به طور دقیق بررسی شد. در زمان یادداشت برداری، محقق نظارت همه جانبه و مطمئن داشته و زمانی را در جریان بحث به هر موضوع خاص اختصاص می‌داد تا نکته‌ها و نقل قول‌های مهم به طور کامل یادداشت گردد، سعی شد یافته‌ها و نقل قول‌های مهم بیماران را یادداشت کرده تا در صورت نیاز از آن‌ها برای تأیید یافته‌ها استفاده گردد.

مرحله پیگیری: در این مرحله به بیماران توصیه شد که محتوای رفتارهای بهداشتی آموخته شده در بحث گروهی را در زندگی روزمره اجرا نمایند هم چنین به بیماران توصیه شد که در صورت داشتن هر نوع سؤال یا مشکلی با تلفن همراه پژوهشگر تماس گرفته شود. پس از اتمام دوره پیگیری (به مدت سه ماه)، مجدداً از کلیه واحدهای مورد پژوهش درخواست گردید که به مرکز دیابت خوی مراجعه نمایند و مجدداً پرسشنامه استفاده شده قبل از مداخله را جهت ارزشیابی نهایی تکمیل کنند.

در این پژوهش بعد از جمع‌آوری اطلاعات جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. جهت بررسی تفاوت دو گروه در مشخصات جمعیتی شناختی به‌عنوان متغیرهای کیفی اسمی، قبل و بعد از مطالعه آزمون کای دو و تست دقیق فیشر به کار رفت و برای مقایسه میانگین نمرات وضعیت خودمدیریتی در حیطه‌های مختلف و کل خودمدیریتی قبل و بعد از مطالعه در دو گروه آزمون تی مستقل و تی زوج شده مورد استفاده قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

یافته‌ها

در مجموع ۹۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲ در مطالعه شرکت کردند که مشخصات آن‌ها در جدول ۱ و ۲ آورده شده است. نتیجه آزمون آماری کای دو اختلاف آماری معناداری بین متغیرهای جمعیتی شناختی در دو گروه مداخله و کنترل نشان نداد. به عبارت دیگر دو گروه از نظر متغیرهای مورد نظر همسان بودند. در هر دو گروه اکثر واحدهای مورد پژوهش زن، متأهل، زیردیلیم، دارای سابقه خانوادگی دیابت نوع ۲ و مدت ابتلا بیش از ۱۰ سال بوده که بیشتر از قرص به‌عنوان درمان استفاده می‌کردند.

جدول (۱): توزیع فراوانی مطلق، نسبی و مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در بیماران مورد پژوهش هر دو گروه

متغیرها	مداخله N=۴۵		کنترل N=۴۵		آزمون آماری کای دو
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۱۴	۳۱/۱	۱۱	P= ۰/۴۸
	زن	۳۱	۶۸/۹	۳۴	
وضعیت تأهل	متأهل	۳۹	۸۶/۷	۴۰	P= ۰/۷۵
	غیرمتاهل	۶	۱۳/۳	۵	
موقعیت شغلی	بیکار	۳۰	۶۶/۷	۳۳	P= ۰/۲۶
	کارمند	۸	۱۷/۸	۳	
	آزاد	۷	۱۵/۶	۹	
وضعیت تحصیلی	زیردیپلم	۳۹	۸۶/۷	۴۲	P= ۰/۲۹
	دیپلم و بالاتر	۶	۱۳/۳	۳	
طول مدت ابتلا به دیابت نوع ۲	کمتر از ۵ سال	۱۳	۲۸/۹	۱۳	P= ۰/۲۷
	۵-۱۰ سال	۱۳	۲۸/۹	۷	
	بیش از ۱۰ سال	۱۹	۴۲/۲	۲۵	
نوع درمان	داروی خوراکی	۳۳	۷۳/۳	۳۳	P= ۰/۸۵
	انسولین	۴	۸/۹	۶	
	رژیم درمانی	۲	۴/۴	۲	
	هرسه	۶	۱۳/۳	۴	
سابقه فامیلی دیابت نوع ۲	دارد	۲۸	۶۲/۲	۳۳	P= ۰/۲۶
	ندارد	۱۷	۳۷/۸	۱۲	
مصرف سیگار	دارد	۲	۴/۴	۳	P= ۰/۶۵
	ندارد	۴۳	۹۵/۶	۴۲	
آموزش	دارد	۶	۱۳/۳	۴	P= ۰/۵۰
	ندارد	۳۹	۸۶/۷	۴۱	
عوارض	دارد	۲۵	۵۵/۶	۲۷	P= ۰/۶۷
	ندارد	۲۰	۴۴/۴	۱۸	

جدول (۲): مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در بیماران مورد پژوهش هر دو گروه

متغیرها	مداخله		کنترل		آزمون آماری تی مستقل	
	انحراف معیار ± میانگین		انحراف معیار ± میانگین		t	df
سن (سال)	۵۲/۶۷ ± ۸/۰		۵۲/۴۷ ± ۷/۱۶		۰/۱۲۵	۸۸
BMI	۲۸/۲۲ ± ۳/۹۶		۲۷/۷۷ ± ۴/۱		۰/۵۳	۸۸
تعداد بچه‌ها	۳/۸۴ ± ۱/۷۶		۴/۱۱ ± ۲/۰۳		-۰/۶۶	۸۸
میزان درآمد ماهیانه (ریال)	۶۳۴۴۴۴۴ ± ۲۵۹۷۶۸۷		۶۰۸۸۸۸۹ ± ۲۶۲۸۸۸۰		۰/۴۶	۸۸

دو گروه مداخله و کنترل با آزمون تی مستقل اختلاف معناداری نشان نمی‌دهد. به عبارت دیگر دو گروه از نظر متغیرهای مورد نظر همسان بودند.

جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین سن واحدهای مورد پژوهش با (P=۰/۹۰)، میانگین شاخص توده بدنی با (P=۰/۶)، میانگین تعداد فرزندان با (P=۰/۵۱) و میانگین درآمد ماهیانه با (P=۰/۶۴) در بین

جدول (۳): مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد خودمدیریتی در بیماران مورد پژوهش در بین دو گروه قبل و بعد از بحث گروهی

ابعاد خودمدیریتی	گروه مداخله	گروه کنترل	آزمون آماری تی مستقل		
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	t	df
خودنظام یافتگی	قبل	$30/38 \pm 7/34$	$29/84 \pm 8/60$	۰/۳۲	۸۸
	بعد	$43/33 \pm 4/60$	$29/80 \pm 6/69$	۱۱/۱۸	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$12/96 \pm 5/80$	$-0/04 \pm 5/16$	۱۱/۲۴	۸۸
خودتنظیمی	قبل	$27/24 \pm 9/26$	$24/96 \pm 8/02$	۱/۲۰	۸۸
	بعد	$38/64 \pm 4/24$	$24/96 \pm 8/0$	۱۰/۱۲	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$11/40 \pm 8/10$	$0/0 \pm 6/13$	۷/۵۳	۸۸
تعامل با متخصصان حوزه سلامت	قبل	$26/67 \pm 7/90$	$24/29 \pm 8/52$	۱/۳۷	۸۸
	بعد	$35/33 \pm 5/05$	$23/98 \pm 7/04$	۸/۷۹	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$8/67 \pm 7/81$	$-0/31 \pm 2/61$	۷/۳۱	۸۸
خودپایشی قند خون	قبل	$12/71 \pm 3/80$	$11/36 \pm 4/30$	۱/۵۹	۸۸
	بعد	$17/73 \pm 1/92$	$11/78 \pm 3/67$	۹/۶۳	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$5/02 \pm 3/95$	$0/42 \pm 2/75$	۶/۴۲	۸۸
تبعیت از رژیم پیشنهادی	قبل	$12/02 \pm 2/46$	$11/29 \pm 2/55$	۱/۳۸	۸۸
	بعد	$14/69 \pm 0/93$	$11/69 \pm 2/52$	۷/۴۹	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$2/67 \pm 2/59$	$0/40 \pm 1/34$	۵/۲۲	۸۸
امتیاز کل خودمدیریتی	قبل	$108/88 \pm 23/81$	$103/30 \pm 28/82$	۰/۹۸	۸۸
	بعد	$149/73 \pm 13/18$	$103/81 \pm 24/13$	۱۱/۳۸	۸۸
	تفاضل بعد از قبل	$40/71 \pm 19/62$	$0/47 \pm 15/42$	۱۰/۸۲	۸۸

را نشان نمی دهد، در حالی که بعد از بحث گروهی، در بین دو گروه در بعد خودنظام یافتگی، بعد خودتنظیمی، بعد تعامل با متخصصان حوزه سلامت، بعد خودپایشی قند خون، بعد تبعیت از رژیم پیشنهادی و معیار کل خودمدیریتی با ($P < 0/001$) اختلاف آماری معناداری نشان داد.

در جدول ۳ آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داد که تفاوت میانگین امتیازات در بعد خودنظام یافتگی ($P = 0/75$)، بعد خودتنظیمی ($P = 0/23$)، بعد تعامل با متخصصان حوزه سلامت ($P = 0/17$)، بعد خودپایشی قند خون ($P = 0/12$)، بعد تبعیت از رژیم پیشنهادی ($P = 0/17$) و معیار کل خودمدیریتی ($P = 0/19$) قبل از بحث گروهی در بین گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معناداری

جدول (۴): مقایسه میانگین و انحراف معیار ابعاد خودمدیریتی در بیماران مورد پژوهش در درون دو گروه قبل و بعد از بحث گروهی

ابعاد خودمدیریتی	قبل	بعد	آزمون آماری تی زوج شده		
			انحراف معیار $\pm$ میانگین	t	df
خودنظام یافتگی	گروه مداخله	$30/66 \pm 7/34$	$43/33 \pm 4/60$	-۱۴/۹۸	۴۴
	گروه کنترل	$29/84 \pm 8/60$	$29/80 \pm 6/69$	۰/۰۶	۴۴
خودتنظیمی	گروه مداخله	$27/24 \pm 9/26$	$38/64 \pm 4/24$	-۹/۴۴	۴۴
	گروه کنترل	$24/96 \pm 8/87$	$24/96 \pm 8/02$	۰/۰۰	۴۴
تعامل با متخصصان حوزه سلامت	گروه مداخله	$26/67 \pm 7/90$	$35/33 \pm 5/05$	-۷/۴۴	۴۴
	گروه کنترل	$24/29 \pm 8/52$	$23/98 \pm 7/04$	۰/۸	۴۴

خودپایشی	گروه مداخله	$12/71 \pm 3/80$	$17/73 \pm 1/92$	-8/54	44	<0/001
قند خون	گروه کنترل	$11/36 \pm 4/30$	$11/78 \pm 3/67$	-1/03	44	0/31
تبعیت از رژیم	گروه مداخله	$12/02 \pm 2/46$	$14/69 \pm 0/93$	-6/92	44	<0/001
پیشنهادی	گروه کنترل	$11/29 \pm 2/55$	$11/69 \pm 2/52$	-2/54	44	0/051
امتیاز کل	گروه مداخله	$109/02 \pm 23/28$	$149/73 \pm 13/18$	-13/92	44	<0/001
خودمدیریتی	گروه کنترل	$101/73 \pm 29/18$	$102/20 \pm 24/79$	-0/20	44	0/84

بیماران وجود دارد (۱۹). توانایی ناکافی مراقبت کنندگان برای جذب بیماران به کلاس‌های آموزشی، مناسب نبودن ساعات آموزش، طولانی بودن کلاس‌های آموزشی، هزینه بر بودن و جزیی بودن بیش از حد مطالب آموزشی، ارائه برنامه‌های آموزش خودمدیریتی بیش از حد کلی از دیگر موانع آموزش خودمدیریتی و توانمندسازی بیماران است (۲۰).

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که اکثریت نمونه‌های هر دو گروه را زنان تشکیل می‌دادند. این مساله نشان دهنده این است که دیابت نوع ۲ در زنان نسبت به مردان دارای فراوانی بیشتری می‌باشد. همسو با نتایج این مطالعه، در مطالعات دیگر درباره بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ چنین وضعیتی کم و بیش دیده می‌شود. یافته‌های این مطالعات نیز نشان می‌دهد که از نظر جنسیت تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشت به طوری که اکثریت نمونه‌های هر دو گروه را زنان تشکیل می‌دادند (۲۱، ۲۲).

جنس و سن از عواملی هستند که در مطالعات مختلف بر رفتارهای خودمدیریتی و پایبندی به درمان تاثیرگذار بوده‌اند. مطالعه کارتر و همکاران^۱ حاکی از آن است که مردان نسبت به زنان پایبندی کمی به خودپایشی قندخون دارند (۲۳). در مطالعه زیر^۲ و سیمون^۳ نیز زنان بیش از مردان پایبند به این رفتار خودمدیریتی داشتند (۲۴).

بر طبق یافته‌ها، ۶۳/۶ درصد افراد دارای سابقه خانوادگی بیماری دیابت بودند که این یافته وجود زمینه ژنتیکی را مطرح می‌سازد که در پژوهش‌های متعدد نیز بر آن تاکید شده است (۲۵).

نتایج حاصله نشان می‌دهد که بین نمرات خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در ابعاد مختلف (خودنظام یافتگی، خودتنظیمی، تعامل با متخصصان حوزه سلامت، خودپایشی قند خون، تبعیت از رژیم پیشنهادی) و کل خودمدیریتی قبل از بحث گروهی در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ولی

در جدول ۴ آزمون تی گروه‌های زوج در گروه کنترل نشان داد که تفاوت میانگین امتیازات در بعد خود نظام یافتگی ($P=0/95$)، بعد خودتنظیمی ($P=1/0$)، بعد تعامل با متخصصان حوزه سلامت ($P=0/58$)، بعد خودپایشی قند خون ($P=0/43$)، بعد تبعیت از رژیم پیشنهادی ($P=0/02$) و معیار کل خود مدیریتی ($P=0/43$) قبل و بعد از بحث گروهی اختلاف آماری معناداری را نشان نمی‌دهد، در حالی که در گروه مداخله در بعد خودنظام یافتگی، بعد خودتنظیمی، بعد تعامل با متخصصان حوزه سلامت، بعد خودپایشی قند خون، بعد تبعیت از رژیم پیشنهادی و معیار کل خودمدیریتی با ($P<0/001$) اختلاف آماری معناداری را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

بحث: در سراسر جهان خدمات سلامتی به سمت روش بیمار محور تمایل نشان می‌دهد و زیر بنای این کار مشارکت فعال بیماران در ارتقاء سطح سلامتی خودشان است (۱۷)؛ اما مطالعات نشان می‌دهد این خدمات در قالب درمان سنتی یعنی متکی به رژیم غذایی، مصرف دارو و فعالیت جسمانی بوده که فقط آموزش دهنده نقش فعال داشته و به همین دلیل اکثر دیابتی‌ها از کنترل مطلوب قند خون برخوردار نبودند. اجرای هر برنامه آموزشی بدون درگیر نمودن و مشارکت فعال بیمار کافی نخواهد بود و هر چه این مشارکت آگاهانه تر و مسئولانه تر باشد بهتر می‌توان به نتایج حاصله امیدوار بود (۱۸). از آنجا که آموزش به بیمار اساساً مستلزم یک فرآیند ارتباطی بین کارکنان بهداشتی و بیماران است درک مشابهت‌ها و تفاوت‌های نگرش این دو می‌تواند در برنامه ریزی بهتر برای هدایت بیمار به سمت خودمدیریتی مؤثر واقع گردد. این بدان معنا است که مراقبت کنندگان برای حفظ صلاحیت خود و درمان و مراقبت از بیمار و جلب اعتماد بیماران، نیازمند دانش و مهارت کافی در زمینه آموزش خودمدیریتی به بیماران هستند. در این ارتباط اگرچه دانش کافی در مورد انواع تئوری‌های یادگیری برای هدایت بیماران به سمت خودمدیریتی وجود دارد، اما دانش بسیار اندکی در مورد چگونگی آموزش کارکنان بهداشتی برای ایجاد این توانایی در

¹ Karter & et al

² Zgibor

³ Simmons

بعد از بحث گروهی بین نمرات خودمدیریتی در ابعاد مختلف در گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد و این تفاوت معنادار در تفاضل میانگین نمرات خودمدیریتی قبل و بعد از مداخله هم مشاهده شد ($P=0/01$)؛ که این امر می‌تواند به دلیل تأثیر بحث گروهی بر واحدهای مورد پژوهش در گروه مداخله باشد.

طبق نظر ساوکا^۱ و میلر^۲ (۲۰۰۱)، فراهم کردن راهکارهای رژیم غذایی لازم است تا به بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ کمک کند تا به دستورالعمل‌های رژیم غذایی توصیه شده پایبند باشند. در این مطالعه راهکارهای تهیه و انتخاب غذا، نظیر کاهش مصرف چربی در رژیم غذایی بیماران (برای مثال، پختن گوشت به صورت کباب)، راهکارهای برنامه غذایی، نظیر انتخاب بیش از سه وعده غذایی در روز در حجم کم و راهکارهای تغذیه بیرون خانه‌ای، نظیر انتخاب درست رستوران، انتخاب غذاهای مناسب پیشنهاد شده است (۲۶).

طبق نظر گلاسکو و همکاران^۳ رفتارهای مختلف خودمدیریتی دیابت به طور نسبی مستقل از یکدیگر هستند. پرهیز غذایی به‌عنوان مشکل‌ترین بخش خودمدیریتی توسط بیماران تجربه شده است و بعد از آن ورزش در مقام دوم قرار دارد، در حالی که اکثر بیماران برای مصرف دارو مشکلی ندارند و به راحتی رژیم دارویی را تبعیت می‌کنند (۲۷). این ممکن است به خاطر این باشد که از طرف عموم مردم، رژیم دارویی رابطه خیلی نزدیکی با «درمان بیماری» دارد (۲۸). به هر حال ممکن است اکثر بیماران داروهای خود را مصرف کنند، در حالی که آن‌ها برای تنظیم زمان مصرف و تبعیت از آن مشکل دارند (۲۹).

مراقبت‌کنندگان به دلیل حجم بالای کاری قادر به برقراری ارتباط مناسب و کافی با بیماران مبتلا به دیابت و ارائه و ارزیابی آموزش خودمدیریتی نیستند این خود باعث شده تا بیماران آموزش کافی در زمینه رفتارهای خودمدیریتی دریافت ننمایند (۳۰، ۳۱). مطالعه براون و همکاران به مهارت ناکافی پزشکان، کمبود امکانات، کمبود وقت برای مشاوره و آموزش بیماران، عدم وجود عوامل انگیزشی مانند پاداش و عدم حمایت از طرف مسئولان عواملی هستند که عملکرد مراقبت‌کنندگان را تحت تأثیر قرار داده بود و از طرفی در آموزش خودمدیریتی و توانمندسازی بیماران مبتلا به دیابت، مشارکت بیماران به‌عنوان یک اصل مهم و جدایی ناپذیر است؛ در حالی که آمادگی لازم برای مشارکت بیماران در برنامه درمانی در مراقبت‌کنندگان وجود ندارد (۳۲).

از طرف دیگر کولزر و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که برنامه گروهی خودمدیریتی موجب بهبود پیامدهای رفتاری می‌شود. این موضوع در راستای بعد تعامل با افراد حرفه‌ای و سایر افراد تأثیرگذار رفتارهای خودمدیریتی دیابت است که در رفتارهای خودمدیریتی دنبال می‌شود. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که بیماران دیابتی با سطح سواد بالاتر و دارای درک بهتر از بیماری، رفتارهای خود مدیریتی مناسب تری اتخاذ می‌نمایند (۳۳).

اما نتایج حاصل از مطالعات نشان می‌دهد که بعد خودپایشی در خودمدیریتی دیابت امتیاز پایینی را از آن خود نمود. رفتار خودپایشی در بیماران مبتلا به دیابت بیشتر نقش ابزاری و انگیزشی در درک چگونگی دیابت دارد به طوری که در این بیماران، فقدان برنامه زمانبندی مناسب و عدم اتخاذ تصمیمات صحیح در فرآیند درمان و مراقبت، دلایل اصلی کنترل نامطلوب قند خون به شمار می‌روند (۳۴، ۳۵). توجه به این بعد از ضروریات ارتقاء رفتارهای خودمدیریتی است که این یافته‌ها با مطالعه نلسون که نشان داد تبعیت از رژیم دارویی، فعالیت فیزیکی و خود پایشی قند خون به سختی تغییر می‌کند و لازمه اتخاذ رفتارهای بهداشتی در این زمینه، ضرورت مداخله با رویکرد افزایش خودکارآمدی را توصیه می‌کند (۳۶).

از آنجایی که بسیاری از بیماران مبتلا به دیابت در طولانی مدت، کنترل منظم قند خون برایشان مشکل می‌باشد، حفظ انگیزه برای خودپایشی قند خون یک مشکل دایمی در مراقبت دیابت است. خودپایشی قند خون از یک طرف نیازمند انگیزه بیمار و از طرفی دیگر نیازمند درک صحیح بیمار از نحوه استفاده از دستگاه گلوکومتر می‌باشد (۳۷، ۳۸).

نتیجه‌گیری: هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر بحث گروهی بر توانایی خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود و نتایج نشان داد که بحث گروهی در تمام ابعاد خودمدیریتی در گروه مداخله مؤثر بوده است. بنابراین بر اساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان گفت که بحث گروهی موجب بهبود وضعیت خودمدیریتی بیماران مبتلا به دیابت می‌شود. با توجه به شیوع بالا و روز افزون بیماری دیابت در کشورمان و از آنجایی که بهترین روش برای پیشگیری از بروز عوارض ناشی از آن، آموزش با مشارکت فعال بیماران می‌باشد لذا بحث گروهی هدفمند باعث توانمندی بیماران شده و از تحمیل هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم سنگین ناشی از بروز و پیشرفت عوارض دیابت به جامعه، خانواده و بیمار و سیستم‌های بهداشتی درمانی ممانعت به عمل آورد. پیشنهاد می‌شود، مطالعه‌ای مشابه پژوهش حاضر در بیماران مبتلا به دیابت با مشارکت حداقل یکی از اعضا فعال خانواده انجام شود.

¹ Savoca

² Miller

³ Glasgow et all

تقدیر و تشکر

این طرح یاری نمودند، همچنین از کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ که بدون حضور و مشارکت آنان اجرای این طرح میسر نبود نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

این مقاله برگرفته از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد است لذا محققین از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه و همکاران محترم بیمارستان شهید مدنی و آنانی که ما را در اجرای

References:

1. Hazavehei S.M. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model for Eye Care in Non-insulin Dependent Diabetic Patients. J Res Health Sci, 2010; 10(2): 81-90.
2. Khorasani P, Eskandari M. Epidemiology of the Health Sciences. Tehran: Tehran community oriented; 2010. p. 24.
3. Trasoff D. Diabetes in the Middle East. Epinex Diagnostics. Inc. Corporate Information Series – 4, 2008.
4. International Diabetes Federation IDF DIABETES ATLAS 5th edition 2012.
5. shirazi M, Anoosheh M, Rajab A. The effect of self care program education through group discussion method on knowledge and practice in diabetic adolescent girls referring to Iranian Diabetes Society. Iranian J Med Educ 2011. 10(5): 982-93.
6. Tol A, Mohebbi B, Rahimi Froshani A. Communication between health workers and patients: An Effective Factor in Living With Diabetes. J hospital 2013. 12(1).
7. International Diabetes Federation IDF DIABETES ATLAS. 6 ed. 2014.
8. Vaccaro JA. Medical advice and diabetes self-management reported by Mexican-American, Black- and White-non-Hispanic adults across the United States. BMC public health 2012; 12: 185.
9. Haas L. National standards for diabetes self-management education and support. Diabetes Care 2013; 36: 100-8.
10. Rezaei N. Effect of nutrition education on metabolic control of subjects with type 1 diabetes. Feyz J Kashan Univ Med Sci 2006. 9(4): 36-42.
11. Piette J. Impact of Automated Calls With Nurse Follow-Up on Diabetes Treatment Outcomes in a Department of Veterans Affairs Health Care System. Diabetes Care 2001; 24(2): 202-8.
12. Donelson F. Group dynamic. 3rd ed. Thompson: Belmon, Wardsworth; 1999.
13. Wong LP. Focus group discussion: a tool for health and medical research. Singapore Med J 2008;49(3):256–60; quiz 261.
14. Siciliano JJ. How to incorporate cooperative learning principles in the classroom: It's more than just putting students in teams. J Manag Educ 2001. 25(1): 8-20.
15. Sherry LM. Technology and education online discussion its in the response. J Distance Learning Admin 2001. 4(2).
16. Safavi A. Teaching methods, techniques and patterns. 4th ed. Tehran: Entesharate samt; 2006.
17. Lorig K, Ritter PL, Ory MG, Whitelaw N. Effectiveness of a generic chronic disease self-management program for people with type 2 diabetes: a translation study. Diabetes Educ 2013;39(5):655–63.
18. 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.
19. Kennedy A, Gask L, Rogers A. Training professionals to engage with and promote self-management. Health Education Research 2005;20(5):567–78.

20. Nagelkerk J, Reick K, Meengs L. Perceived barriers and effective strategies to diabetes self-management. *J Adv Nurs* 2006;54(2):151-8.
21. Ghazanfari Z, Ghofranipour F, Tavafian SS, Ahmadi F, Rajab A. Lifestyle education and diabetes mellitus type 2: a non-randomized control trial. *Iran J Public Health* 2007;36(2):68-72.
22. Shabbidar S, Fathi B. Effects of nutrition education on knowledge and attitudes of type 2 diabetic patients. *J Birjand Univ Med Sci* 2007. 14(1): 9-15.
23. Karter AJ, Ferrara A, Darbinian JA, Ackerson LM, Selby JV. Self-monitoring of blood glucose: language and financial barriers in a managed care population with diabetes. *Diabetes Care* 2000;23(4):477-83.
24. Zgibor JC, Simmons D. Barriers to blood glucose monitoring in a multiethnic community. *Diabetes Care* 2002; 25(10): 1772-7.
25. Ahmadi A, Hasanazadeh J, Ghaem H, Khosravi S, Reisi R. The survey of family history of diabetes in patients with type 2 diabetes in Chaharmahal va Bakhteyari province, Iran, 2008. *J Shahrekord Univ Med Sci* 2009;11(2):1-7.
26. Savoca M, Miller C. Food selection and eating patterns: themes found among people with type 2 diabetes mellitus. *J Nutr Educ* 2001; 33(4): 224-33.
27. Glasgow R.E, Anderson R.M. In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough. Something entirely different is needed. *Diabetes care* 1999. 22(12): 2090-2.
28. Glasgow RE, Wilson W, McCaul KD. Regimen adherence: a problematic construct in diabetes research. *Diabetes Care* 1985;8(3):300-1.
29. Ho PM, Magid DJ, Masoudi FA, McClure DL, Rumsfeld JS. Adherence to cardioprotective medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease. *BMC cardiovascular disorders* 2006;6(1):48.
30. Flemmer MC, Vinik AI. Evidence-based therapy for type 2 diabetes. The best and worst of times. *Postgraduate medicine* 2000;107(5):27-8.
31. Van den Arend IJM, Stolk RP, Krans HMJ, Grobbee DE, Schrijvers AJP. Management of type 2 diabetes: a challenge for patient and physician. *Patient Educ Counseling* 2000;40(2):187-94.
32. Brown JB, Harris SB, Webster-Bogaert S, Wetmore S, Faulds C, Stewart M. The role of patient, physician and systemic factors in the management of type 2 diabetes mellitus. *Fam Pract* 2002;19(4):344-9.
33. Kulzer B, Hermanns N, Gorges D, Schwarz P, Haak T. Prevention of diabetes self-management program (PREDIAS): effects on weight, metabolic risk factors, and behavioral outcomes. *Diabetes Care* 2009;32(7):1143-6.
34. Davidson MB. Daily self-monitoring unlikely to be cost-effective in adults with type 2 diabetes not using insulin in Canada. *Evid Based Med* 2010;15(3):75-6.
35. Clar C, Barnard K, Cummins E, Royle P, Waugh N, Aberdeen Health Technology Assessment Group. Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. *Health Technol Assess* 2010;14(12):1-140.
36. Nelson KM, McFarland L, Reiber G. Factors influencing disease self-management among veterans with diabetes and poor glycemic control. *J Gen Intern Med* 2007;22(4):442-7.
37. Bartels D. Adherence to oral therapy for type 2 diabetes: opportunities for enhancing glycemic control. *J Am Acad Nurse Pract* 2004;16(1):8-16.
38. Ali MK, Shah S, Tandon N. Review of electronic decision-support tools for diabetes care: a viable option for low- and middle-income countries? *J Diabetes Sci Technol* 2011;5(3):553-70.

THE EFFECT OF GROUP DISCUSSION ON THE SELF-MANAGEMENT ABILITY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES REFERRED TO THE DIABETES CLINICS IN KHOY, 2014

Habibzadeh H¹, Sofyani A^{2}, Khalkhali H³, Aslan Abadi H⁴, Sanai N⁵*

Received: 23 Oct, 2014; Accepted: 26 Dec, 2014

Abstract

Background & Aim: Diabetes is a chronic disease with multiple complications due to the nature of the disease that requires continuous education. To the active participation of patients in the education process, group discussion plays an important role in improving the performance, quality of life and controlling the complications. The main aim of this education is enhancing patient's self-management behaviors. This study aims was determining the effects of group discussion on self-management abilities in patients with diabetes type 2.

Materials & Methods: In this experimental study, 90 patients of Khoy Diabetes Center were selected and randomly divided into two groups. For the intervention group, self-management interventions were given in the form of group discussion in 8 sessions for three months. The control group received routine care and treatment. Data collection tools included demographic information and LIN self-management questionnaire. Data analysis was done by using SPSS version 16. Descriptive and inferential statistical analyses were performed.

Results: The independent t-test showed that after the group discussion, difference in the five components of the self-management was significant ($p < 0.01$) between intervention and control groups.

Conclusion: A group discussion is an effective educational method to improve the self-management of patients with diabetes. Group discussions not only reduced the complications of diabetes, but also they enhanced overall health in this group of patients.

Keywords: Discussion group, Self-management, Diabetes Type 2

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran
Tel: (+98)4432754961

Email: Habibz_h@yahoo.com

¹ Graduate Student Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences

² Assistant Professor of Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences
(Corresponding Author)

³ Assistant Professor of Biostatistics, Faculty of Health, Urmia University of Medical Sciences

⁴ Internist, Shahid Madani Hospital of Khoy

⁵ Master of nursing, Shahid Madani Hospital of Khoy