

## رویکرد توانمندسازی در ارتقای کیفیت زندگی و توان مدیریتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲

آذر طل<sup>۱</sup>، فاطمه الحانی<sup>۲</sup>، داود شجاعی زاده<sup>۳</sup>، غلامرضا شریفی راد<sup>۴</sup>

### چکیده

روند رو به رشد بیماری‌های مزمن غیر واگیر، تهدیدی برای سلامت همگان و نوعی اپیدمی جهانی تلقی می‌شود. این بیماری‌ها متأثر از شرایط فراگیر زندگی و به عبارت بهتر تحت تأثیر سبک زندگی افراد و گروه‌های اجتماعی شکل می‌گیرند. دیابت یکی از این بیماری‌هاست که در کشور ما نیز آمار مبتلایان قابل ملاحظه‌ای دارد.

درمان و کنترل این بیماری‌ها از جمله دیابت با عنایت به ماهیت متفاوت آن‌ها با بیماری‌های عفونی و قابل پیش‌گیری از شیوه‌های متفاوتی تبعیت می‌کند. امروزه رویکردهای ناظر به این بیماری اغلب رویکردهای متمرکز بر توانمندسازی بیمار است. چند علتی بودن این گروه از بیماری‌ها، کنترل آن‌ها را از طریق درمان کلاسیک ناکارآمد می‌کند و از آن جا که بیمار در رابطه با سبک زندگی خود اطلاعات بسیار بیشتری از درمانگر دارد، مشارکت او با درمانگر در تغییر سبک زندگی به عنوان علت‌العلل پیدایش و گسترش این بیماری نقشی بسیار کارساز دارد.

در رویکرد توانمندسازی، بیمار و متخصص دست در دست هم برای کنترل و کاهش پیامدهای بیماری برنامه‌ریزی و اقدام می‌نمایند. در این رویکرد همه پتانسیل بیمار برای سازگاری با بیماری، تغییر روند آن و گسترش مسئولیت فردی در برخورد با بیماری مورد توجه و تأکید است و این امر موجب می‌شود که فرایند درمان نه امری مقطعی بلکه به پدیده‌ای مستمر تبدیل شود.

**واژه‌های کلیدی:** توانمندسازی، خود مدیریتی، کیفیت زندگی.

**نوع مقاله:** مروری

دریافت مقاله: ۱۹/۱۱/۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۲/۲۶

### مقدمه

در گذشته، بیماری‌های عفونی و سوء تغذیه محور اصلی سیاست‌گذاری‌های کلان بهداشتی بودند. هر چند هنوز بیشتر کشورهای با درآمد کم و متوسط گریبان‌گیر مسایل فوق هستند، ولی ارتقای مراقبت‌های بهداشتی و افزایش پوشش ایمن‌سازی توانسته است تا حد زیادی با عوامل فوق مقابله کند. از سوی دیگر در کشورهای مختلف، تغییرات سریع شیوه

زندگی به ویژه در جنبه‌های تغذیه‌ای و کمبود فعالیت جسمی با تغییر الگوی بیماری‌های غیر واگیر مانند دیابت، یوکی استخوان، بیماری‌های قلبی و عروقی، چاقی و بسیاری از بیماری‌های بدخیم همراه شده است. کشورهای در حال توسعه در یک گذار اپیدمیولوژیک به همراه تغییرات سریع الگوی غذایی و گرایش به مواد غذایی پر انرژی و کم ارزش از نظر غذایی، کاهش فعالیت جسمی و افزایش مصرف دخانیات که

\* این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار، عضو هیأت علمی، گروه پرستاری، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

۳. استاد، عضو هیأت علمی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۴. استاد، عضو هیأت علمی، گروه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir

www.SID.ir

دیابت در سال ۱۹۹۰، امید به زندگی را در زنان ۰/۲۲ و در مردان ۰/۳۱ سال کاهش داده است، اما اثرات منفی دیابت بر امید به زندگی به سرعت افزایش یافته است و می‌تواند چندین بار بیشتر شده باشد (۸).

دیابت پنجمین علت مرگ و میر جوامع غربی (۳) و چهارمین دلیل شایع مراجعه بیماران به پزشک است. همچنین نزدیک به ۱۵ درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را در ایالات متحده به خود اختصاص داده است (۹). میزان مرگ و میر در افراد مبتلا به دیابت، ۲/۵-۱/۵ درصد بالاتر از جمعیت عمومی است. دیابت در جمعیت زیر ۳۵ سال، ۷۵ درصد مرگ و میرها را موجب می‌شود (۱۰). در مقایسه با جمعیت عمومی جامعه، افراد مبتلا به دیابت به خصوص زنان، ۴-۲ بار بیشتر دچار مرگ و میر ناشی از بیماری‌های قلبی، که در نتیجه دیابت است، می‌شوند (۱۲، ۱۱).

با توجه به ماهیت مزمن و غیر واگیر همراه با پر هزینه بودن این بیماری برای سلامت عمومی، این بیماری بار مالی فراوانی را بر فرد، خانواده، جامعه و کشور وارد می‌کند (۱۳). بر اساس برآورد شاخص دالی، بار مالی بیماری دیابت در سال ۱۳۸۰ در ایران برابر ۳۰۶۴۴۰ سال است که با توجه به روند رو به رشد این بیماری در کشور، این مقدار رو به فزونی است (۱۴). ماهیت مزمن بیماری دیابت به گونه‌ای است که بر جسم، روان و عملکرد فردی و اجتماعی بیمار تأثیر می‌گذارد. بنابراین بررسی ابعاد مختلف سلامتی و کیفیت زندگی در این بیماران از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. دیابت به عنوان یک مشکل بهداشت عمومی جدی، کیفیت زندگی بیماران را تهدید می‌کند و منجر به عوارض حاد و مزمن می‌گردد. همچنین دیابت یک علت مهم ناتوانی و مرگ در بسیاری از کشورها محسوب می‌شود (۱۵).

شواهد علمی حاکی از این است که تنها سهم اندکی از بیماری‌های مزمن مانند دیابت توسط کادر تخصصی درمان می‌شوند، در حالی که اغلب بیماری‌ها توسط خود فرد و خانواده‌اش مدیریت می‌شوند (۱۶). مداخلاتی که بر اساس فراهم نمودن اطلاعات خود مدیریتی صورت پذیرد، موجب

سندرم شیوه زندگی و یا سندرم دنیای جدید نامیده می‌شود، قرار گرفته‌اند که این جوامع را در معرض همه‌گیری بیماری‌های غیر واگیر در سال‌های آتی قرار داده است. یکی از مهم‌ترین آن‌ها، بیماری دیابت نوع ۲ می‌باشد و سهم قابل ملاحظه‌ای را در این میان به خود اختصاص داده است.

دیابت بالغین یک معضل بهداشتی جهان است. سازمان جهانی بهداشت یک اپیدمی آشکار دیابت را که با تغییر سبک و شیوه زندگی و وضعیت اقتصادی بیمار مرتبط است، مطرح می‌کند. این سازمان، با توجه به آمار و روند رو به تزاید در سراسر جهان، دیابت را به عنوان یک اپیدمی نهفته اعلام کرد و از سال ۱۹۹۳ تمام کشورهای جهان را به مقابله با این اپیدمی فرا خواند. شیوع دیابت در جهان به طور نگران‌کننده‌ای در حال افزایش است. تعداد افراد مبتلا به دیابت از ۱۷۱ میلیون نفر به ۳۶۶ میلیون نفر در بازه زمانی سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۳۰ تخمین زده شده است (۱). هم اکنون بیش از سه میلیون نفر در ایران مبتلا به دیابت هستند که بر اساس برآورد سازمان جهانی بهداشت، چنانچه اقدامات مؤثری صورت نپذیرد، این تعداد تا سال ۲۰۳۰ به نزدیک ۷ میلیون نفر خواهد رسید (۲). طبق آخرین گزارش این سازمان، جمعیت بالغ جهان (بالای ۲۰ سال) از سال ۱۹۹۵ تا ۲۰۲۵، ۶۵ درصد افزایش می‌یابد. شیوع دیابت هم از ۴ درصد به ۵/۴ درصد خواهد رسید. کل تعداد افراد مبتلا به دیابت نیز ۱۲۳ درصد افزایش خواهند داشت. در این افزایش سهم کشورهای در حال توسعه بیشتر خواهد بود (۳).

در ایران میزان شیوع دیابت با توجه به آمارهای استخراج شده از منابع مختلف، متفاوت است؛ به طوری که Azizi و همکاران میزان شیوع دیابت را در بزرگسالان بین ۲ تا ۱۰ درصد (۴) و معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۲/۳ درصد (۵) گزارش کردند. با شیوع بیماری دیابت، افراد در معرض خطر پیشرفت عوارض بیماری نیز افزایش می‌یابد. با وجود دستیابی به موفقیت‌های زیاد و گرانه‌ها، دیابت با توجه به تشدید نارسایی‌های قلبی - عروقی و سایر مشکلات و عوارض دیابت هنوز باعث مرگ زودرس بیماران می‌شود (۷، ۶).

مدت زمان ابتلا به دیابت عوامل پیش‌گویی‌کننده افسردگی در بین بیماران مبتلا به دیابت باشد. فاکتورهایی نظیر افسردگی، اضطراب با وضعیت رفاه عمومی بیماران ارتباط دارد. بیماری افسردگی همراه با بیماری‌های زمینه‌ای، عامل پیش‌گویی‌کننده کیفیت زندگی پایین بیماران می‌باشد (۲۲).

در دهه‌های گذشته، رویکرد آموزش به بیماران مبتلا به دیابت تغییر کرد و موجب ارتقای انگیزه آموزش دهندگان و بیماران گردید. در نتیجه آن سودمندی بیشتری نیز عاید بیماران شد. اطلاعات جدید در مورد اهمیت کنترل متابولیک، کشف درمان‌های جدید، ارتقای تکنولوژی در پایش و اندازه‌گیری قند خون امید زیادی در بیماران مبتلا به دیابت ایجاد کرد که به سمت کاهش وابستگی و افزایش خودمدیریتی دیابت پیش روند. همچنین آموزش مبتنی بر تئوری و پژوهش در دیابت وارد شد و ارزش و نقش آن مورد توجه قرار گرفت. در نهایت استانداردهایی برای آموزش دهندگان تهیه و اجرا گردید (۲۳).

آموزش سنتی در برآورده کردن نیازهای مرتبط با دانش بیماران کافی به نظر می‌رسید، اما با شناخت تأثیر موارد روانی اجتماعی و محیط بر رفتار بیماران، تکنیک‌های آموزشی برای تغییر رفتار بیماران به کار گرفته شد. تمرکز از رویکرد «ظرفیت‌سازی برای تبعیت از درمان» به «خودکارآمدی و توانمندسازی» تغییر یافت. تعامل آموزش دهنده و بیمار و قدرت آن‌ها جایگزین آموزش دهنده بیمار گردید (۲۴). در این راستا تمرکز بر مسؤلیت‌پذیری در عدم ظرفیت‌سازی بیمارانی که تبعیت از درمان نامطلوب‌تری داشتند، کم کم به سوی شراکت آن‌ها در مسؤلیت‌پذیری در قبال سلامت خود از طریق تعامل با آموزش دهنده تغییر یافت. تنها بیمار می‌تواند تعیین کند که چه چیزی آموخته است و یا چه رفتاری را کاملاً فرا گرفته است (۲۳). در این مطالعه تلاش بر این بود تا با شفاف‌سازی در مورد بیماری دیابت و جوانب آن، رویکرد مسلط و غالب در مورد آموزش بیماران دیابتی و ارتقای توان مدیریتی و کیفیت زندگی مورد بررسی قرار گیرد.

تغییرات مثبتی در نگرش و باورها، بهبود اطلاعات بهداشتی مرتبط، توسعه مهارت‌های سلامتی و عملکرد در افراد می‌شود (۱۷). فعالیت‌های مرتبط با سبک زندگی مانند فعالیت جسمانی، تغذیه و استراحت، کنترل و پایش قند خون، نحوه ارتباط با افراد متخصص و سایر افراد تأثیرگذار بر فرد، فعالیت‌های خودکنترلی و تبعیت از رژیم درمانی اغلب به عنوان متغیرهای خودمدیریتی، مورد استفاده قرار می‌گیرند (۱۸).

امروزه تصمیمات و انتخاب‌های متعددی در بهداشت و درمان مطرح است. با افزایش هزینه‌های درمان و مراقبت، محدودیت‌های منابع سیستم‌های بهداشتی - درمانی و تغییر الگوی بیماری‌ها، مباحثات مختلفی در مورد تعیین سودمندی انواع درمان‌های سیستم بهداشتی درمانی مطرح می‌گردد که البته اتخاذ انتخاب را نیز کاری مشکل می‌نماید (۱۹). این امر بدان معنی در راستای بیماری‌های مزمن، به خصوص دیابت، اولویت می‌یابد که این بیماری، با اتخاذ رفتارهای خودمراقبتی و خودمدیریتی قابل اداره می‌باشد (۱۹).

بنابراین به نظر می‌رسد مدیریت جامع بیماری دیابت از طریق آموزش و مدیریت بیماری در بهبود کنترل گلیسمیک مؤثر باشد. لازم است افرادی که با دیابت زندگی می‌کنند، رفتار خودپایشی قند خون را اتخاذ نمایند. خود پایشی قند خون، تغییرات سبک زندگی در راستای ایجاد و ارتقای رفتارهای بهداشتی را با استفاده از مکانیسم بازخورد بر کنترل قند خون از طریق رفتارهای تغذیه‌ای و فعالیت بدنی تسهیل می‌کند (۲۰).

مطالعات نشان دادند که نوع درمان بیماران (انسولین درمانی) در بیماران مبتلا به دیابت بر کیفیت زندگی آنان مؤثر است. با وجودی که نوع درمان در دیابت برای بیمار مؤثر واقع می‌گردد، اما لازم است به موارد حمایتی بیماران در ابعاد مختلف در راستای بهبود کنترل متابولیک توجه کافی و وافی مبذول گردد (۲۱).

مطالعه Mosaku و همکاران نشان داد که افسردگی، شایع‌ترین اختلال روانی در بین بیماران است. به نظر می‌رسد عواملی نظیر سن بیمار، وضعیت کنترل نامطلوب قند خون و

## بحث

تعامل تسهیل می‌شود و فرایندهای میان فردی و درون فردی را موجب می‌گردد (۲۹). توانمندسازی یکی از اهداف قابل دسترس از نظر بهداشت برای مردم تا سال ۲۰۱۰ می‌باشد که افراد با مشارکت فعالانه و اتخاذ تصمیم برای ارتقای سلامت خود تلاش می‌کنند (۳۰). توانمندسازی یک استراتژی عملکردی در ارتقای سلامت محسوب می‌گردد (۳۱). مهارت‌های توانمندسازی شامل حل مسأله، اعتماد به نفس و استراتژی‌های ایجاد اعتماد است (۳۲). توانمندسازی بیمار در مراقبت‌های بهداشتی به معنی ارتقای خودتعیینی و خودتنظیمی است. بنابراین پتانسیل افراد برای سلامت و رفاه به حداکثر می‌رسد. توانمندسازی بیمار با دادن اطلاعات و آموزش آغاز می‌گردد و به مشارکت فعال بیمار در اتخاذ تصمیمات در مورد فرایند بیماری و عمل به آن‌ها ختم می‌شود (۳۳). در الگوی توانمندسازی، افراد حرفه‌ای حوزه سلامت به افراد کمک می‌کنند تا تصمیمات لازم و مناسب را با توجه به شرایط خاص خود اتخاذ نمایند. بیماران از طریق به اشتراک گذاشتن اطلاعات و همکاری متقابل در اتخاذ تصمیم، تشویق می‌شوند تا حداکثر مشارکت را در فرایند درمان خود داشته باشند. توانمندسازی، کشف و توسعه ظرفیت ذاتی فرد برای پذیرش مسؤولیت سلامت خود است. مفهوم اصلی این تغییر، تمایل به تغییر است. توانمندسازی چیزی بیشتر از رفتارهای خاص سلامتی است و پتانسیل ارتقای سلامت کلی، گسترش منابع در سایر افراد و حوزه‌های مختلف جوامع را دارد. توانمندسازی، بیشتر یک مداخله یا استراتژی برای کمک به مردم در تغییر رفتار در تبعیت از طرح درمانی است.

توانمندسازی یک استراتژی عملکردی در ارتقای سلامت محسوب می‌گردد (۳۱). Lindsay و Craig، توانمندسازی را فرایندی که از طریق آن افراد بر وضعیت خود سلطه پیدا می‌کنند، تعریف می‌نماید (۳۲). Jones و Meleis مفهوم توانمندسازی را به عنوان «فرایند اجتماعی شناخت، ارتقا و افزایش توانایی افراد برای مواجهه با نیازهایشان، حل مشکلاتشان و بسیج منابع لازم برای کنترل زندگی خود»

تعبیر تمرکز جهانی به طرف توانمندسازی بیمار و افزایش درگیر نمودن بیماران در مراقبت از خود، نشان دهنده تأکید و تمرکز بر سلامتی، پیشگیری و آموزش بهداشت است تا توجه صرف به بیماری و درمان باشد. این تغییر، گامی به سوی فراگیر نمودن احساس مسؤولیت‌پذیری فرد در مورد بیماری خود محسوب می‌گردد. در گذشته، راهنمایی‌های درمانی مطابق با مدل پزشکی که روشی وادارکننده و اجباری در تبعیت از درمان است، ارایه می‌گردید. استراتژی‌های ارتباطی به کار گرفته شده در این مسیر، تنها تلاش برای اداره بیماری فرد مورد نظر بود. تجارب نشان دادند که این استراتژی‌ها به خصوص اگر بیماری مزمن در کار باشد، کارایی لازم را ندارد. افراد زمانی توانمند می‌شوند که اطلاعات لازم را در مورد بیماری خود به منظور اتخاذ تصمیم آگاهانه، کنترل مناسبی بر خود، شرایط مناسبی برای اجرای تصمیم داشته باشند. همچنین تجارب لازم برای ارزشیابی سودمندی این تصمیمات را داشته باشند (۲۵).

حرکت توانمندسازی بیماران از اوایل سال ۱۹۷۰ هم‌زمان با طرح منشور حقوق بیمار آغاز شد. توانمندسازی با هدف ظرفیت‌سازی در بیماران بنیان نهاده شد؛ به طوری که خود عضوی فعال در فرایند مراقبت از خود باشد و قادر شود در اتخاذ تصمیمات بالینی خود سهیم باشد. همچنین بیماران به صورت گسترده در سیستم بهداشتی درمانی مشارکت داشته باشند (۲۶).

توانمندسازی مفهومی مثبت است که به امکانات، توانایی‌های افراد و محیط اطراف آن‌ها به منظور شناسایی مشکلات، نارسایی‌ها و مداخله در آن‌ها اشاره می‌کند. فرایندی است که با قادرسازی مردم و قدرتمند کردن آن‌ها، موجب می‌شود انتقال قدرت از شخصی به شخص دیگر و یا در بین گروه‌ها صورت پذیرد (۲۶). قدرت یک حس درونی خودآگاهی و خودتربیتی است (۲۷). مفهوم توانمندسازی هم یک فرایند و هم یک پیامد را شامل می‌شود. توسعه پتانسیل‌ها یک فرایند است (۲۸). توانمندسازی از طریق

امیدواری به آینده است (۳۴).

فرایند توانمندسازی در بیماری دیابت از طریق حمایت و آموزش قابل دستیابی است. این اقدام از طریق آماده‌سازی، اطلاع‌رسانی، منابع چند رسانه‌ای، استفاده از تکنولوژی اطلاعات و ایجاد مهارت در برنامه‌های خودمدیریتی دیابت عملی می‌گردد. اولین گام نیازسنجی بیماران، درک ترجیحات آنان و گوش دادن فعالانه به آنان است تا دیدگاه خود را در مورد بیماری مشخص نمایند. شواهد علمی نشان دادند زمانی که بیمار درگیر فرایند درمان بیماری خود می‌گردد به نسبت زمانی که در امر درمان خود غیر فعال است، نتایج بهتری به دست می‌آورد (۲۵).

تئوری‌های مختلف یادگیری رفتار نظیر مدل اعتقاد بهداشتی، روانی- اجتماعی، خودکارآمدی و توانمندسازی به منظور ظرفیت‌سازی و تبعیت از برنامه درمانی، اطلاعات را بر پایه مکانیسم‌های روانی- اجتماعی بیماران، تأثیر محیط بر پذیرش، ظرفیت‌سازی و تبعیت از برنامه درمانی از منظر نتایج کوتاه مدت و بلند مدت دیابت مورد بررسی قرار دادند. همچنین راهنمایی‌هایی را برای بررسی توسعه رویکرد آموزش دیابت به منظور تناسب بیشتر با رفتارهای انسانی ارائه نمودند. این امر به افزایش ظرفیت‌سازی، تبعیت از رژیم درمانی و پیامد آن یعنی کنترل بیماری دیابت در افراد مبتلا به دیابت منجر شد (۳۵).

الگو، طرح یا نقشه اصلی است که نظر کلی را در مورد یک موضوع تنظیم می‌کند. الگو، تصور و دیدگاه آموزش دهندگان را درباره این که «چه فعالیت‌هایی» باید انجام شود، واضح می‌کند. الگو یک فرایند آموزشی است که راهنمایی لازم برای بررسی و تشخیص آموزشی و طراحی مداخلات فراهم می‌نماید و فرایند ارزشیابی را تسهیل می‌کند. تدوین یک مدل آموزشی، روش برنامه‌ریزی را مشخص می‌کند و چارچوب تحقیقات را نشان می‌دهد. مدل‌ها برای کمک به مردم در درک یک مشکل خاص و سازماندهی اطلاعات به کار می‌روند. آن‌ها اغلب برای ارائه فرایند و گاهی اوقات برای توضیح و بیان فرایند به کار می‌روند. مدل‌ها چارچوبی برای

تعریف نمودند. به عبارت دیگر توانمندسازی بیمار، فرایند کمک به آن‌هاست تا عواملی را که بر سلامتی آن‌ها تأثیرگذار است، کنترل نمایند (۲۸). از توانمندسازی به عنوان یک مهارت و توانایی در مشارکت نیز نام برده شده است. مهارت‌های توانمندسازی شامل حل مسأله، اعتماد به نفس و استراتژی‌های ایجاد اعتماد است (۳۲). Funnell و همکاران، توانمندسازی را گسترش اعتماد به نفس، تحلیل انتقادی جهان، جلب مشارکت اعضای جامعه و سازماندهی آن‌ها برای ایجاد تغییرات محیطی می‌داند. طبق نوشته‌های آن‌ها، آموزش توانمندسازی مردم را در گروه‌های پر تلاش جای می‌دهد، آن‌ها را قادر می‌سازد که ریشه‌های اجتماعی تاریخی مسأله را بررسی و جامعه را با بهداشت بالاتر تصور کنند. بنابراین آن‌ها را توانمند می‌سازد تا استراتژی‌های حل مسایلیشان را گسترش دهند. در چنین جامعه‌ای شخص اعتقاد پیدا می‌کند که قادر است، تغییر ایجاد کند. بنابراین توانمندسازی، تغییر اشخاص، گروه‌ها و ساختارها را هدف قرار می‌دهد. برای توانمند ساختن اشخاص، انگیزه و مهارت‌هایی را که آن‌ها را در تغییر رفتار قادر می‌سازند، گسترش می‌دهند. طبق این تعریف، توانمندسازی شامل پیش‌گیری، مسایل مربوط به جامعه، تکامل خود، بهبود کیفیت زندگی و عدالت اجتماعی می‌باشد. همچنین Funnell و همکاران بیان می‌کنند که توانمندسازی شامل موارد خود اتکایی، مسؤولیت شخصی و مراقبت از خود می‌باشد، اما آن چه بیشتر از همه گزارش شده است در ارتباط با رفتارهای بهداشتی است (۳۳). پیوند قوی و محکمی در مفهوم توانمندسازی و توسعه در جوامع وجود دارد. واژه‌نامه ارتقای سلامتی سازمان جهانی بهداشت بین توانمندسازی فردی و اجتماعی تفاوت قایل می‌شود. توانمندسازی فردی به توانایی فرد برای اتخاذ تصمیم و کنترل زندگی شخصی خود است. حال آن که توانمندسازی اجتماعی، افراد را برای به حداکثر رسانی تأثیر و کنترل تعیین‌کننده‌های سلامت و کیفیت زندگی در جامعه درگیر می‌کند (۲۵). نتایج حاصل از توانمندسازی شامل اعتماد به نفس مثبت، توانایی داشتن و رسیدن به هدف، داشتن احساس کنترل روی زندگی و فرایندهای تغییر و احساس

مانند کنترل استرس، نگرش روانی، روش‌های سازگاری و تطابق، حمایت اجتماعی، کنترل سلامتی، خودکارآمدی و باورهای بهداشتی تهیه شد. سپس این برنامه‌ها به برنامه سستی آموزش دیابت ملحق گردید تا به بیماران در راستای تغییر در اجزای رفتارهای خودمدیریتی و بهبود سبک زندگی کمک نمایند (۲۳).

در الگوی توانمندسازی، مفاهیم زیادی مستتر است که قابل بررسی می‌باشد. مفاهیم توانمندسازی شامل تهدید درک شده، دانش، نگرش، خودکارآمدی، مهارت، انتظار از خود، تعریف از سلامت، انگیزه، عزت نفس و محور کنترل می‌باشند (۳۶).

مفهوم تهدید درک شده ترکیبی از دو بخش حساسیت درک شده و شدت درک شده است. حساسیت درک شده، به باور ذهنی در مورد ابتلا شخص به شرایط زیان‌بار ناشی از رفتارهای خاص اطلاق می‌شود. دارای یک بعد شناختی قوی است و به میزان دانش فرد بستگی دارد. به منظور ایجاد حساسیت درک شده، بیان عواقب منفی و جلوه دادن به خطرات برای بیماران ضروری است. البته نباید به بروز ترس غیر واقعی و یا بیش از حد در مورد شرایط مورد انتظار دامن زد. شدت درک شده، به باور ذهنی و اعتقاد در مورد گستره و شدت آسیب بیماری و یا شرایط زیان‌بار ناشی از رفتارهای خاص اطلاق می‌شود. دارای جز شناختی قوی وابسته به دانش فرد می‌باشد. این ادراک از شخصی به شخص دیگر متفاوت است. ایجاد شدت درک شده به وسیله بیان عواقب جدی منفی و جلوه دادن آن‌ها به بیمار انجام می‌شود.

یکی دیگر از مفاهیم حیاتی توانمندسازی، خودکارآمدی (Self-efficacy) است. خودکارآمدی توسط Bandura طراحی و تکمیل گردید. یک متغیر کلیدی در روان‌شناسی بالینی، آموزشی، اجتماعی، توسعه‌ای، بهداشتی و شخصیتی است. ثابت شده است که خودکارآمدی علاوه بر انطباق بیماری و درمان، بر فعالیت‌های بهداشتی نیز تأثیر دارد. خودکارآمدی در تغییر رفتار نیز کاربرد فراوانی دارد. Bandura خودکارآمدی را ظرفیت درک شده به وسیله فرد برای اجرای

طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه برای آموزش دهندگان سلامت فراهم می‌کند (۲۲). انتخاب الگوی مناسب در آموزش در حوزه سلامت، اولین گام در فرایند طراحی یک برنامه آموزشی محسوب می‌شود.

یکی از مدل‌هایی که به عنوان یک مدل موفق در متون آموزش به بیمار مطرح شده است، مدل توانمندسازی است. این مدل رویکردی نوین به منظور سازگاری با الگوی تغییرات سریع مراقبت در دیابت محسوب می‌شود. این مدل همراه با اجزای بالینی با اجزای روانی-اجتماعی و رفتاری در ابعاد آموزش خودمدیریتی دیابت گره خورده است. این رویکرد، ماهیت واقعی تجارب دیابت را تشخیص می‌دهد و افراد حرفه‌ای سلامت را به عنوان منبع و مشاور می‌داند. هدف این رویکرد، ایجاد ترکیبی از اطلاعات مرتبط با دیابت و مهارت‌های خودمدیریتی است. همچنین بر خودآگاهی بیماران در راستای ارزش‌ها، عقاید، نیازها و اهداف تأکید دارد. بیمار می‌تواند از این قدرت ایجاد شده در خود برای اتخاذ تصمیمات آگاهانه در مورد رفتار و اقدام برای مراقبت از خود بهره‌بردارد. طرفداران رویکرد توانمندسازی باور دارند که توانمندسازی با تأثیر بر رفتار و با استفاده از منابع فردی و اجتماعی، وضعیت عمومی سلامت را گسترش می‌دهد (۲۳).

آموزش دیابت مبتنی بر توانمندسازی برای ارتقای رفتارهای خودمدیریتی در زمینه‌های جسمی، روانی و اجتماعی بسیار متفاوت‌تر از رویکرد متقاعدسازی بیماران برای تبعیت از رژیم درمانی برای بهبود وضعیت سلامت طراحی می‌گردد. مدل توانمندسازی بر اساس احترام متقابل است. این احترام از ارزش‌گذاری زندگی انسانی و ساخت یک ارتباط مناسب بین بیمار و مراقبش حاصل می‌گردد. در رویکرد توانمندسازی، نیاز به سازگاری با نیازهای متنوع بیماران، انعکاس تجارب بیماران دیابت در زندگی با هدف شناسایی و ارتقای نقاط قوت و اتخاذ انتخاب‌های آگاهانه می‌باشد. مشخص شده است که افزایش آگاهی دیابت به تنهایی برای شروع، حفظ و نگهداری رفتارهای خودمدیریتی و کنترل دراز مدت این بیماری کافی نیست. بدین منظور برنامه‌های مکمل

هستند که به هم مربوط و با هم مکمل هستند و بین آنها ارتباط دو طرفه وجود دارد. مطالعات نشان دادند که افرادی با عزت نفس پایین که برای خود ارزش کمتری قایل می‌شوند، از سلامت خود به نحو نامطلوبی مراقبت می‌کنند. همچنین دیگران را نیز به این مراقبت نامطلوب تشویق می‌نمایند. ناامیدی، علائم افسردگی، عادات تغذیه‌ای نامناسب، احساس قربانی بودن و عدم توانایی گسترش ارتباط با دیگران را نیز تجربه می‌نمایند (۳۹). ارتقای عزت نفس و به تبع آن بهبود خودکارآمدی، می‌تواند در فرایند توانمندسازی بیماران مبتلا به دیابت حایز اهمیت باشد. بین عزت نفس و اتخاذ رفتارهای بهداشتی و نیز بین احساس خودکارآمدی و تصور فرد از توانایی خود ارتباط معنی‌دار وجود دارد. با افزایش عزت نفس از طریق بحث گروهی و کسب مهارت، خودکارآمدی نیز افزایش خواهد یافت. بنابراین می‌توان انتظار داشت که اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه بهداشتی از این طریق افزایش می‌یابد (۳۶).

یکی دیگر از مفاهیم مدل توانمندی، خود کنترلی (Self-control) است. درونی بودن محور کنترل سبب افزایش احساس مسؤلیت فرد نسبت به رفتارهایش می‌شود؛ چرا که اگر فرد خودش را مسؤول سلامتی خود بداند، در حذف یا تغییر رفتارهای غیر صحیح و اتخاذ رفتارهای صحیح تلاش خواهد کرد. افراد با عزت نفس پایین محور کنترل بیرونی و در افراد با عزت نفس بالا محور کنترل درونی می‌باشد. در این مدل منظور از خود کنترلی این است که افراد با شناختی که نسبت به بیماری کسب می‌کنند، شدت درک شده آنها از بیماری افزایش می‌یابد. با عزت نفس بالا و احساس خودکارآمدی کافی نسبت به اتخاذ رفتارهای پیشگیرانه مهارت پیدا می‌کنند، به انجام آن مبادرت می‌ورزند. در نتیجه به خود کنترلی که در اثر شناخت، تصمیم‌گیری، خودکارآمدی و یک سیستم ارزشی کسب شده است، برای ثبات و استقرار رفتارهای پیشگیرانه بهداشتی می‌رسند (۳۶).

رویکرد توانمندسازی بر اساس سه اصل کلیدی در حوزه مدیریت بیماری و تغییر رفتار بنا شده است. ۱) واقعیت دیابت این است که بیشتر از ۹۵ درصد مراقبت دیابت توسط بیمار

موفقیت‌آمیز یک رفتار خواسته شده مطرح می‌کند که یک مفهوم شناختی است. همچنین Bandura نیازهای رفتاری را با ظرفیت‌های فردی مقایسه می‌کند. به تعریف دیگر، احساس خودکارآمدی درک شده عبارت از اعتقادات مردم در زمینه توانایی‌هایشان برای عمل کردن در زمینه‌هایی است که به آنها قدرت کنترل وقایعی را که زندگیشان را متأثر می‌سازد، می‌دهد. معمولاً افراد محرک‌های ناچیزی برای عمل کردن دارند مگر این که به کسب نتایج دلخواهشان، توسط اعمالشان اعتقاد داشته باشند. Bandura مهم‌ترین پیش شرط برای تغییر رفتار را خودکارآمدی می‌داند (۳۷). عواملی که در ایجاد خودکارآمدی در بیماران مؤثر است شامل قابل انجام بودن وظایف از نظر مددجو؛ قابل تقسیم بودن کارها و قابلیت شکسته شدن رفتار مورد نظر به رفتارهای کوچک‌تر، این عمل باعث می‌شود که موفقیت‌های کوچک بسیاری در طی فرایند یادگیری تجربه شوند؛ قابل تکرار بودن مهارت یا رفتار و وجود عامل برانگیزاننده، توجه، تشویق و تقویت برای انجام وظیفه می‌باشند.

چهار رده عمده برای ایجاد خودکارآمدی وجود دارند که شامل تجارب همراه با کسب مهارت (به عنوان عمده‌ترین راه)، الگوسازی اجتماعی، ترغیب اجتماعی و متکی بودن مردم بر وضعیت جسمی و احساسی شدن برای قضاوت درباره قابلیت‌هایشان می‌باشد (۳۸). خودکارآمدی یا درک توانایی انجام موفقیت‌آمیز یک وظیفه، اصل مهمی است که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می‌کند. خودکارآمدی بر انتخاب رفتار، زمان، موقعیت انجام رفتار و میزان کوشش و پافشاری برای انجام دادن یک وظیفه خاص تأثیر می‌گذارد (۳۸). میزان خودکارآمدی در بیماران دیابتی را می‌توان از طریق سنجش رفتارهای خودمدیریتی و پیامدهای آن مشخص نمود.

مفهومی که به دنبال خودکارآمدی در توانمندسازی (Empowerment) ضروری است، عزت نفس (Self-esteem) می‌باشد. منظور از عزت نفس درجه تصویب، تأیید، پذیرش و ارزشمندی است که شخص نسبت به خود و یا خویشتن احساس می‌کند. عزت نفس و خودکارآمدی دو جز اساسی برای یادگیری

متعدد روزانه دارد، از این رو فرد مبتلا به دیابت باید مسؤولیت مراقبت از خود را بپذیرد.

۶) شفاف‌سازی مشکلات و راه‌حل‌ها: مشکلات و راه‌حل‌هایی که توسط بیمار شناسایی می‌شوند، متناسب‌تر و معنی‌دارتر هستند؛ چرا که با توجه به سبک زندگی، عقاید، ارزش‌ها و سیستم حمایتی بیمار تعیین می‌شوند. آموزش دهنده به عنوان یک منبع، بیمار را در شناسایی مشکلات، بیان احساسات، انتخاب راه‌حل‌های متعدد و روشن کردن پیامد هر انتخاب و در نهایت در اتخاذ تصمیم کمک می‌نماید.

۷) تحلیل نارسایی‌ها به عنوان مشکلاتی که باید حل شوند نه این که در افراد نقص وجود دارد: این رویکرد سبب می‌شود افراد برای مدت طولانی برای بیماری مادام‌العمر خود با انگیزه بمانند.

۸) شناخت و افزایش تقویت درونی برای تغییر رفتار: فرد مبتلا به دیابت در صورت برانگیختگی درونی بیشتر از فردی که انگیزه خارجی توسط دیگران به او داده شده است، می‌تواند به صورت دائمی و طولانی مدت با بیماری خود سازگار شود.

۹) ارتقا و تسریع در مشارکت‌پذیری: بیماری که کنترل دیابت خود را از طریق کسب دانش، مهارت حل مسأله و انتقال مهارت به دست می‌گیرد، قادر است هر چه بیشتر مسؤولیت مراقبت خود را بپذیرد. این مسؤولیت‌پذیری در خلال مدت زمان آموزش به بیمار واگذار می‌شود و حمایت می‌گردد.

۱۰) تأکید بر شبکه‌های اجتماعی، امکانات و منابع: این رویکرد بیان می‌کند که اگر چه بیماران مراقبت از خود را فرا می‌گیرند، اما با توجه به این که همواره موانعی در راه سلامت وجود دارد، آن‌ها همواره به یک نیروی محرکه اساسی برای دستیابی به سلامتی و غلبه بر موانع خودمراقبتی ایده‌آل نیاز دارند.

از طرفی، رویکرد توانمندسازی از دیدگاه آموزش دهندگان و بیماران با چالش‌هایی دست به گریبان است. آموزش دهندگان اغلب با دو چالش عمده در اجرای موفقیت‌آمیز

انجام می‌شود. بنابراین بیماری دیابت و تصمیم‌گیری در مورد درمان روزمره در کنترل خود بیمار است (۲) رسالت اولیه تیم بهداشتی درمانی، مهیا کردن تجربه، آموزش و حمایت روانی در مورد بیماری دیابت است. بنابراین بیماران می‌توانند آگاهانه درباره رفتارهای خودمدیریتی روزمره تصمیم‌گیری نمایند و (۳) افراد تصمیمات و تغییراتی که خودشان در آن دخیل هستند را می‌پذیرند؛ چرا که با توجه به سبک زندگی خود آن‌ها تعیین شده است.

مفاهیم کلیدی توانمندسازی در دیابت شامل موارد زیر می‌باشند (۲۵).

۱) نگاه کلی‌نگر به انسان: این رویکرد، جنبه‌های شناختی، جسمی و روانی اجتماعی فرد را در نظر می‌گیرد. ارزش‌ها، باورها و عقاید افراد را مورد احترام قرار می‌دهد. این موارد در آموزش در نظر گرفته می‌شود و از آن‌ها برای برقراری حداکثر ارتباط با اعتماد نفس استفاده می‌نماید.

۲) تأکید بر توانایی‌های فرد به جای توجه به نقصان بیماران: مطابق با این رویکرد، هر فرد دانش و اطلاعات مفیدی دارد. ارزش‌هایی در سنت و فرهنگ او وجود دارند.

۳) انتخاب نیازهای یادگیری بیماران: این امر باعث می‌شود تا با توجه به نیاز بیماران، اطلاعات ارائه شوند و از اطلاعات راکد بیماران استفاده شود. منظور از اطلاعات راکد، اطلاعاتی است که بیماران می‌دانند، ولی قادر به انجام آن نیستند.

۴) تعیین اهداف مشترک: در این رویکرد، درمان و تغییر رفتار مورد توافق دو جانبه هستند. استراتژی‌های رفتاری به عنوان راهی برای آن چه مورد نظر آموزشگر است به کار نمی‌رود، بلکه راهی است که به بیمار در دستیابی اهدافش مانند کنترل قند خون، وزن و غیره کمک می‌کند.

۵) مسؤولیت‌پذیری و اتخاذ تصمیم: با توجه به این که آموزش و مراقبت رایج دیابت دوره‌ای و با پی‌گیری محدود است و چون دیابت نیاز به تصمیم‌گیری‌های

ایجاد ارتباط مناسب و هماهنگ، یک شراکت راضی‌کننده در طرفین ایجاد می‌شود که نتیجه آن بهبود شاخص‌های کنترل دیابت، افزایش خودکارآمدی و ارتقای سطح رضایتمندی دوجانبه می‌باشد.

### نتیجه‌گیری

با توجه به شیوع بالای دیابت در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و ماهیت مزمن بیماری دیابت، شواهد و منابع علمی نشان دادند مداخلاتی که بر اساس فراهم نمودن اطلاعات خودمدیریتی صورت پذیرد، موجب تغییرات مثبتی در نگرش و باورها، بهبود اطلاعات بهداشتی مرتبط، توسعه مهارت‌های سلامتی و عملکرد در افراد می‌شود (۱۷).

ارتقای رفتارهای خودمدیریتی به عنوان پلی برای رسیدن به کیفیت زندگی و رفاه عمومی هر چه بیشتر بیماران مبتلا به دیابت مطرح است. در این راستا لازم است به پنج اصل کلی آموزش خودمدیریتی اشاره گردد. آموزش دیابت برای بهبود و ارتقای نتایج بالینی و کیفیت زندگی مطلوب‌تر حداقل در کوتاه مدت مؤثر است (۴۶-۴۰). برنامه آموزشی خودمدیریتی دیابت از رویکرد سنتی، بیشتر به سمت مدل‌های توانمندسازی تغییر جهت داده است (۴۷، ۴۳). هیچ برنامه یا رویکرد «بهترین» وجود ندارد؛ چرا که عوامل متعددی در انتخاب رویکرد آموزشی دخیل هستند و بسته به نیازها و اهداف بیمار متغیر می‌باشد. همچنین آموزش گروهی مؤثر است (۵۰-۴۸، ۴۴، ۴۰). حمایت مداوم در طول برنامه آموزشی برای پایداری تغییرات ایجاد شده در شرکت‌کنندگان حیاتی است (۵۳-۴۳). تعیین اهداف رفتاری یک استراتژی بنیادی در حمایت از رفتارهای خودمدیریتی است (۵۴).

توانمندسازی به عنوان رویکرد غالب و مسلط در حمایت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله دیابت نوع ۲ مطرح است. امید است با ایجاد بستر مناسب و ظرفیت‌سازی در زیر ساختارهای موجود، تغییر رویکرد سنتی به توانمندسازی در مواجهه با بیماران مزمن ممکن گردد و در نتیجه، این مهم به ارتقای کیفیت زندگی دست یابد.

رویکرد توانمندسازی در مراقبت دیابت مواجه هستند. اول احساس ناراحتی افراد حرفه‌ای سیستم بهداشتی درمانی، زمانی که بیماری دیابت در یک فرد تشخیص داده می‌شود. دیابت و مراقبت از آن همواره یک مفهوم قوی عاطفی برای اکثر بیماران است. افراد بزرگسال به ندرت در رفتار خود تغییر ایجاد می‌کنند و یا تغییر ایجاد شده را حفظ می‌نمایند مگر این که نیاز به تغییر را شدیداً احساس کنند. اگر فرایند تغییر موفقیت‌آمیز باشد، برای اعضای حرفه‌ای سلامت، درک احساس بیمار موضوعی حیاتی به شمار می‌آید. اگر بیمار در شرایط موجود احساس محکم و قوی نداشته باشد (که معمولاً همین طور است)، پایداری و تغییر رفتار معمولاً ناچیز است. لازم نیست افراد حرفه‌ای احساسات و مشکلات بیمار را حل نمایند، اما باید محیطی را فراهم نمایند که بیمار بتواند احساسات خود را بیان کند. چالش عمده دوم، تمایل بعضی از اعضای حرفه‌ای سلامت به حل مشکلات بیماران است تا این که بیماران خود مشکلشان را حل نمایند. اگر بیمار به طور واضح درخواست کمک نمود، این رفتار پذیرفته شده است. اغلب مشکلات بیماران مبتلا به دیابت ابعاد روانی اجتماعی دارد تا تکنیکی باشد. فرایند کمک به بیماران باعث ظرفیت‌سازی در آنان برای حل مشکلات مربوط به مدیریت بیماری خود می‌شود. خودکارآمدی و مسؤلیت‌پذیری در مورد دیابت نیز تقویت می‌شوند (۳۵).

بیماران نیز در اجرای موفقیت‌آمیز رویکرد توانمندسازی مراقبت دیابت با چالش‌هایی مواجه هستند. در گذشته بیماران مبتلا به دیابت در مورد درمان و مراقبت از بیماری خود مورد سرزنش واقع می‌شدند یا مورد انتقاد قرار می‌گرفتند که این برخوردها منجر به بی‌میلی بیمار برای ملاقات با افراد حرفه‌ای سلامت می‌گردید. بحث در مورد مشکلات دیابت، بیان هر گونه مخالفت با افراد حرفه‌ای و دفاع از نیازهای خود در مورد دیابت همگی بیانگر این نکته هستند که بیمار مبتلا به دیابت باید در فرایند مراقبت از خود به صورت فعالانه سهیم باشد (۳۵). مراقبت مؤثر از دیابت نیاز به ایفای نقش‌های جدید بیمار و افراد حرفه‌ای گروه سلامت دارد. با

## References

1. World Health Organization. Prevalence of diabetes [Online]. 2008 [cited 2008 Des 11]; Available from: URL: <http://www.who.int/diabetes/facts/en/>
2. Recommendations for healthcare system and self-management education interventions to reduce morbidity and mortality from diabetes. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 Suppl): 10-4.
3. Azizi F, Hatamei H, Jangorbane M. Epidemiology and control of common diseases. Tehran: Eshtiagh Publication; 2000. p. 40-52.
4. Azizi F, Hatamei H, Jangorbane M. Epidemiology and Communicable disease control in Iran. Tehran: Eshtiagh Publication; 2000. p. 34-39.
5. Deputy of Health Deputy for research and technology. National health situation states. Tehran: Tabalwor Publishing Group; 2003. p. 59
6. Roglic G, Unwin N. Mortality attributable to diabetes: estimates for the year 2010. *Diabetes Res Clin Pract* 2010; 87(1): 15-9.
7. Roper NA, Bilous RW, Kelly WF, Unwin NC, Connolly VM. Excess mortality in a population with diabetes and the impact of material deprivation: longitudinal, population based study. *BMJ* 2001; 322(7299): 1389-93.
8. Olshansky SJ, Passaro DJ, Hershow RC, Layden J, Carnes BA, Brody J, et al. A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *N Engl J Med* 2005; 352(11): 1138-45.
9. Falahatei Marvast M. Assessment of function of Diabetes center in diabetes control, [MSc Thesis] Yazd: Yazd University of Medical Sciences; 2000.
10. Roglic G, Unwin N, Bennett PH, Mathers C, Tuomilehto J, Nag S, et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care* 2005; 28(9): 2130-5.
11. Dale AC, Vatten LJ, Nilsen TI, Midthjell K, Wiseth R. Secular decline in mortality from coronary heart disease in adults with diabetes mellitus: cohort study. *BMJ* 2008; 337: a236.
12. Lee WL, Cheung AM, Cape D, Zinman B. Impact of diabetes on coronary artery disease in women and men: a meta-analysis of prospective studies. *Diabetes Care* 2000; 23(7): 962-8.
13. Bharati DR, Pal R, Rekhac R, Yamuna TV. Evaluation of the burden of type 2 diabetes mellitus in population of Puducherry, South India. *Diabetes and Metabolic Syndrome: Clinical Research and Reviews* 2011; 5(1): 12-6.
14. Abolhasanei F, Mohajerani Tehranei MR, Tabatabaei Molazai A, Larijane MB. Burden of diabetes and its complications in Iran in year 2000. *Iranian Journal of Diabetes & Lipid Disorders* 2005; 5(1): 35-48.
15. Harrison TR, Kasper DL. Harrison's principles of internal medicine. 16<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill; 2005. p. 2152-80.
16. Coons SJ, McGhan WF, Bootman JL, Larson LN. The effect of self-care information on health-related attitudes and beliefs of college students. *J Am Coll Health* 1989; 38(3): 121-4.
17. Marks R, Allegrante JP. Falls-prevention programs for older ambulatory community dwellers: from public health research to health promotion policy. *Soz Praventivmed* 2004; 49(3): 171-8.
18. Lin CC, Anderson RM, Chang CS, Hagerty BM, Loveland-Cherry CJ. Development and testing of the Diabetes Self-management Instrument: a confirmatory analysis. *Res Nurs Health* 2008; 31(4): 370-80.
19. Issa BA, Baiyewu O. Quality of life of patients with diabetes mellitus in a Nigerian Teaching Hospital. *Hong Kong Journal Psychiatry* 2006; 16: 27-33.
20. Lau DC. The Cost of Diabetes: A Game Changer. *Canadian diabetes Journal* 2010: 16-9 [Online]. Available from: URL: [www.diabetes.ca/publications/cjd/2010/03/](http://www.diabetes.ca/publications/cjd/2010/03/)
21. Funnell MM. Quality of Life and Insulin Therapy in Type 2 Diabetes Mellitus. *Insulin* 2008; 3(1): 31-6.
22. Mosaku K, Kolawole B, Mume C, Ikem R. Depression, anxiety and quality of life among diabetic patients: a comparative study. *J Natl Med Assoc* 2008; 100(1): 73-8.
23. Corabian P, Harstall C. Patient Diabetes Education in the Management of Adult Type 2 Diabetes. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Health Technology Assessment [Online]. 2001 Feb; Available from: URL: [http://www.ihe.ca/documents/FINAL\\_WEB.pdf](http://www.ihe.ca/documents/FINAL_WEB.pdf)
24. Eigenmann C, Colagiuri R. National Diabetes Services Scheme (Australia) Diabetes Australia. Outcomes and indicators for diabetes education: a national consensus position. Melbourne: NDSS, National Diabetes Services Scheme, Diabetes Australia; 2007.
25. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ* 1991; 17(1): 37-41.

26. Henderson DJ. Consciousness- Rising as a feminist nursing action. Promise and practice, present and future. In: Thorne SE, Hayes VE, Editors. *Nursing praxis: knowledge and action*. London: Sage Publications; 1997. p. 157-79.
27. Laverack G. *Public health: power, empowerment and professional practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2005.
28. Jones PS, Meleis AI. Health is empowerment. *ANS Adv Nurs Sci* 1993; 15(3): 1-14.
29. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *J Adv Nurs* 1995; 21(6): 1201-10.
30. Dashiff C, Bartolucci A. Autonomy development in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus. *J Pediatr Nurs* 2002; 17(2): 96-106.
31. Naidoo J, Wills J. *Health promotion: foundations for practice*. 2<sup>nd</sup> ed. London: Elsevier Health Sciences; 2000.
32. Craig PM, Lindsay GM. *Nursing for public health: population-based care*. New York: Elsevier Health Sciences; 2000. p. 143-4.
33. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly M, Johnson PD, et al. Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*. 1991; 17(1):37-41.
34. Tobacco control Research Report. *Youth Empowerment and Health Promotion* [Online]. 1999 Jul 1; Available from: URL: <http://www.ftcc.fsu.edu/resreports/july99/index.html>
35. Stanhope M, Lancaster J. *Community & public health nursing*. Philadelphia: Mosby; 2004.
36. Anderson RM, Funnell MM. Using the Empowerment Approach to Help Patients Change Behavior. In: Anderson BJ, Rubin RR, American Diabetes Association, Editors. *Practical Psychology for Diabetes Clinicians*. 2<sup>nd</sup> ed. Texas: American Diabetes Association; 2003. p. 3-12.
37. Bandura A. Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and Health* 1998; 13: 623-49.
38. Alhani F. *Designing and evaluation of family based empowerment model in anemia prevention* [PhD Thesis]. Tehran: Tarbiat Modares University; 2003
39. Nouri K, Shojaei Zadeh D. *Health Education and Behavior Change*. Tehran: Resaneh Press; 2004.
40. Emler N. *Health education and behavior change*. New York: YPS; 2001.
41. Deakin T, McShane CE, Cade JE, Williams RD. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; (2): CD003417.
42. Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L, et al. Increasing diabetes self-management education in community settings. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22(4 Suppl): 39-66.
43. Brown SA. Interventions to promote diabetes self-management: state of the science. *Diabetes Educ* 1999; 25(6 Suppl): 52-61.
44. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes: a meta-analysis of the effect on glycemic control. *Diabetes Care* 2002; 25(7): 1159-71.
45. Norris SL. Self-management education in type 2 diabetes. *Practical Diabetology* 2003; 22(1): 7-13.
46. Gary TL, Genkinger JM, Guallar E, Peyrot M, Brancati FL. Meta-analysis of randomized educational and behavioral interventions in type 2 diabetes. *Diabetes Educ* 2003; 29(3): 488-501.
47. Renders CM, Valk GD, Griffin SJ, Wagner EH, Eijk VJ, Assendelft WJ. Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 2001; 24(10): 1821-33.
48. Funnell MM, Anderson RM. Patient empowerment: a look back, a look ahead. *Diabetes Educ* 2003; 29(3): 454-8, 460, 462.
49. Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998; 36(8): 1138-61.
50. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns* 2002; 48(2): 177-87.
51. Skinner TC, Cradock S, Arundel F, Graham W. Four Theories and a Philosophy: Self-Management Education for Individuals Newly Diagnosed With Type 2 Diabetes. *Diabetes Spectrum* 2003; 16(2): 75-80.
52. Polonsky WH, Earles J, Smith S, Pease DJ, Macmillan M, Christensen R, et al. Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment program. *Diabetes Care* 2003; 26(11): 3048-53.
53. Anderson RM, Funnell MM, Nwankwo R, Gillard ML, Oh M, Fitzgerald JT. Evaluating a problem-based empowerment program for African Americans with diabetes: results of a randomized controlled trial. *Ethn Dis* 2005; 15(4): 671-8.
54. Bodenheimer T, MacGregor K, Sharifi C. *Helping Patients Manage Their Chronic Conditions*. California: California Healthcare Foundation; 2005.

## Empowerment Approach to Promote Quality of Life and Self-Management among Type 2 Diabetic Patients

Azar Tol<sup>1</sup>, Fatemeh Alhani<sup>2</sup>, Davoud Shojaeazadeh<sup>3</sup>, Gholamreza Sharifirad<sup>4</sup>

### Abstract

Type 2 Diabetes is one of the most serious health concerns and policy agendas around the world. Epidemiological evidence suggests that it will likely continue to increase globally. Diabetes is strongly associated with the patients' unhealthy lifestyle and behavioral patterns and socio-economic changes.

New model of thinking is required to recognize whether the patients are in control of and responsible for the daily self-management of diabetes. Such a new approach should be based on 'empowerment and involvement' to be more applicable to daily activities in diabetic patients.

Rapid changes toward patient empowerment and increasing involvement of patients in their care plan indicate more emphasis on disease prevention and health promotion and education than on mere disease and its treatment. Such changes make a step toward pervasive sense of responsibility among patients about their illness for their daily activities.

Using the empowerment approach, healthcare professionals would help patients make informed decisions in accordance with their particular circumstances. Patient empowerment implies a patient-centered, collaborative approach that helps patients determine and develop the inherent capacity to be responsible for their own life.

Empowerment is something more than certain health behaviors. Empowerment is more than an intervention, technique or strategy. It is rather a vision that helps people change their behavior and make decisions about their health care. It has the potential to improve the overall health and well-being of individuals and communities, and to change the socio-environmental factors that cause poor health conditions. The main concept of this change is the tendency to change.

**Key words:** Empowerment, Self-Management, Quality of Life.

\* This article derived from PhD thesis.

1- PhD Candidate, Department of Health Education and Promotion, School of Public health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Nursing , School of Medicine, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran.

3- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

4- Professor, Department of Health Education and Promotion, School of Public Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. (Corresponding Author), Email: sharifirad@hlth.mui.ac.ir