

بررسی تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی به روش بحث گروهی بر تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک مراجعه کننده به انجمن دیابت ایران

مریم شیرازی^۱، منیره انوشه^۲، اسداله رجب^۳

چکیده

مقدمه: دیابت بیماری مزمنی است که به رفتارهای خودمراقبتی ویژه‌ای تا پایان عمر نیازمند است. چنانچه ابتلا به این بیماری مزمن با دوران نوجوانی همراه شود به علت ماهیت و خصوصیات دوران نوجوانی مشکلات سازگاری با بیماری و مشکل در انجام رفتارهای خودمراقبتی را برای نوجوان و والدین او ایجاد می‌کند. از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که در بیماری‌های مزمن از جمله دیابت خودمراقبتی با تصور از خود در تعامل است و این در حالیست که نوجوانان مبتلا به دیابت در تصور از خود مشکل دارند لذا از آنجایی که در این نوجوانان چگونگی تأثیر خودمراقبتی بر تصور از خود از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است این مطالعه با هدف تعیین تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی به روش بحث گروهی بر تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک انجام شده است.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که در سال ۱۳۸۸-۱۳۸۷ و با انتخاب ۸۰ دختر نوجوان ۱۵ تا ۱۹ ساله مبتلا به دیابت (۴۰ نفر گروه آزمون و ۴۰ نفر گروه شاهد) در انجمن دیابت ایران انجام شده است. بعد از گردآوری داده‌های حاصل از مرحله قبل از مداخله با استفاده از پرسشنامه دانش، عملکرد و تصور از خود و نیازسنجی آموزشی در هر دو گروه، برنامه خودمراقبتی طراحی شد و سپس برنامه خودمراقبتی طی ۸ جلسه بحث گروهی برای گروه آزمون اجرا شد. سپس بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله مجدداً دانش، عملکرد و تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک در هر دو گروه آزمون و شاهد اندازه‌گیری شد.

یافته‌ها: نتایج حاصله پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که با آزمون t مستقل و کای دو ($p > 0/05$) دو گروه آزمون و شاهد از نظر گزینه‌های اطلاعات دموگرافیک (سن، قد، وزن، شغل پدر و ...) همسان بودند. در گروه آزمون در مقایسه بین قبل، بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله تفاوت معناداری در جهت افزایش نمره دانش، عملکرد و تصور از خود مشاهده شد ($p < 0/0001$) اما این اختلاف در گروه شاهد معنادار نشد ($p > 0/05$) و نیز آزمون t مستقل ($p > 0/05$) تفاوت معناداری در زمینه دانش، عملکرد و تصور از خود بین دو گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله نشان نداد. بلافاصله و یک ماه بعد از پایان مداخله بین دو گروه با آزمون t مستقل اختلاف معناداری از نظر میانگین نمره دانش، عملکرد و درک از خود دیده شد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که اجرای برنامه خودمراقبتی به شیوه بحث گروهی در بهبود تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک مؤثر بوده است و پیشنهاد می‌شود آموزش رفتارهای خودمراقبتی به شیوه بحث گروهی به عنوان یک روش مؤثر جهت بهبود تصور از خود نوجوانان مبتلا به سایر بیماری‌های مزمن به کار گرفته شود.

کلید واژه‌ها: دیابت، دختران نوجوان، تصور از خود، برنامه خودمراقبتی، بحث گروهی

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۶/۲۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۱/۱۶

۱ - دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پرستاری گرایش بهداشت جامعه، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس

۲ - دانشیار، عضو هیأت علمی گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسؤل)

پست الکترونیکی: anoosheh@modares.ac.ir

۳ - متخصص اطفال و رئیس انجمن دیابت ایران

مقدمه

دیابت ملیتوس یک اختلال متابولیک سیستمیک است که موجب متابولیسم غیر صحیح کربوهیدرات‌ها، چربی‌ها و پروتئین‌ها می‌شود (۱). تخمین زده می‌شود که تعداد کل افراد مبتلا به دیابت از ۱۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۳۶۶ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۲). همچنین پیش‌بینی می‌شود که در سال ۲۰۲۵ بیش از ۷۵٪ کل جمعیت دیابتی‌ها در کشورهای در حال توسعه باشند (۳). آمار مبتلایان به دیابت در ایران در سال ۱۳۸۷، حدود ۴ میلیون نفر اعلام شده و پیش‌بینی کارشناسان از سه برابر شدن تعداد مبتلایان به دیابت ظرف ۱۵ سال آینده خبر می‌دهد (تا سال ۱۴۰۰ خورشیدی بیش از ۱۲ میلیون نفر مبتلا به دیابت خواهند بود) (۴). دیابت تیپ ۱ یکی از انواع دیابت است که در آن به دلایل ناشناخته‌ای سلول‌های بتای جزایر لانگرهانس پانکراس تخریب شده و میزان انسولین کاهش می‌یابد (۵). شیوع دیابت نوع ۱ به ترتیب در سه کشور فنلاند، ساردینا و سوئد از سایر کشورهای جهان بالاتر است (۶). از جمله عوامل مؤثر در بروز دیابت تیپ ۱ می‌توان به ژنتیک، تاریخچه خانوادگی مثبت، بلوغ و نوجوانی اشاره کرد (۷-۹). نوجوانی یکی از دوران‌های حیاتی برای افراد مبتلا به دیابت است (۱۰). کنترل دیابت در طول دوره نوجوانی یک چالش بزرگ محسوب می‌شود (۱۱). نوجوانان مبتلا به دیابت تیپ ۱ برای کسب استقلال تلاش می‌کنند اما آن‌ها مجبورند به محدودیت‌هایی که به واسطه بیماریشان برایشان ایجاد شده است نیز توجه کنند (۱۲). نوجوانان مبتلا به دیابت اغلب احساس می‌کنند که والدینشان تلاش می‌کنند تا رفتارهای خودمراقبتی آن‌ها را در زمینه دیابت کنترل کنند و این مسأله سبب به وجود آمدن ناسازگاری میان آن‌ها و والدینشان می‌شود (۱۳). بنابراین نوجوانی که با تغییرات گوناگون در زمینه‌های متعدد همراه است و یکی از بحرانی‌ترین ادوار زندگی به حساب می‌آید (۱۴) چنانچه با ابتلا به دیابت همراه شود به علت مراقبت‌های خاص و زمان لازم برای اجرای آن‌ها با ویژگی‌های نوجوانی تداخل می‌کند. دیابت با کم کردن استقلالی که نوجوان در پی کسب آن بوده است باعث خودداری نوجوان از پذیرش مداخلات مربوط به خودمراقبتی می‌شود (۱۵) و این در حالیست که مطابق با توصیه‌های انجمن دیابت آمریکا،

کودکی که بزرگ‌تر از ۱۰ سال است سن مناسبی برای پذیرش مسؤولیت در زمینه مهارت‌های خودمراقبتی را داراست. از طرفی خودمراقبتی در نوجوانان دیابتی تنها به وسیله یک عامل قابل پیشگویی نیست بلکه خودمراقبتی با تعامل میان سن نوجوان، درک از خود و شرکت در فعالیت‌های خارج از منزل در ارتباط است به عبارتی یکی از عواملی که بر خودمراقبتی اثر می‌گذارد تصور از خود (درک از خود) است (۱۶) و این در حالیست که نوجوان دیابتی در درک از خود، هویت جنسی، تصور از جسم خویشتن، تعادل میان استقلال و وابستگی مشکل دارد (۱۷). از جمله مشکلات و تغییرات به وجود آمده در درک از خود در نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن نظیر دیابت، کاهش اعتماد بنفس، تغییر در تصویر ذهنی از جسم خویشتن به علت لیپودیستروپی ناشی از تزریق مکرر انسولین، به وجود آمدن تضاد میان استقلال و وابستگی و در نتیجه ایجاد اختلال در پذیرش نقش و بالا رفتن آمار افسردگی در میان آن‌ها است (۱۸) که این موارد می‌تواند به دلایلی از جمله بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان، عوارض جانبی درمان‌ها، غیبت از مدرسه و در نتیجه کاهش موفقیت‌های تحصیلی باشد (۱۹). از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که دختران نوجوان دیابتی بیشتر از پسران مشکلاتی نظیر افسردگی، اعتماد بنفس پایین و مشکلات درونی‌سازی را تجربه می‌کنند و این مسأله می‌تواند به دلیل توجه بیشتر دختران نوجوان به تصور از خود و عاطفی‌تر بودن دختران نوجوان نسبت به پسران باشد (۲۰). علاوه بر این مشکلات، نوجوانان دیابتی عوارض زیادی که ناشی از بیماری آن‌ها است را نیز تجربه می‌کنند (۲۱) که این عوارض هزینه‌های سنگین اقتصادی را بر نوجوان و خانواده او تحمیل می‌کند و این در حالیست که عوارض این بیماری در این گروه سنی با دادن آموزش‌های صحیح در مورد خودمراقبتی قابل پیشگیری است به طوری که با آموزش خودمراقبتی می‌توان ۸۰٪ از عوارض دیابت را کاهش داد (۲۲). اهمیت آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی از دهه ۱۹۲۰ زمانی که انسولین کشف شد شناسایی شد (۲۳). امروزه مقالات متعدد نشان داده‌اند که پرستاران جایگاه منحصر به فردی در فراهم کردن مراقبت برای بیماران دیابتی جهت بهبود وضعیت متابولیکی و بهتر شدن کیفیت زندگی آن‌ها دارند. بخش مهمی از آموزش خودمراقبتی دیابتی‌ها توسط

در دو گروه آزمون و شاهد انجام گرفته است. نمونه پژوهش ۸۰ دختر نوجوان مبتلا به دیابت نوع ۱ عضو انجمن دیابت ایران می‌باشند که حداقل سابقه ابتلا به دیابت به مدت ۶ ماه داشته باشند، تحت سرپرستی والدین زیستی بوده، به غیر از دیابت بیماری جسمی و روحی روانی دیگری نداشته باشند و حداقل تجربه سه سیکل قاعدگی داشته باشند. در مرحله قبل از مداخله پژوهشگر با دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهشی دانشگاه تربیت مدرس به انجمن دیابت ایران مراجعه و لیست اسامی ۳۶۴ دختر نوجوان دیابتی ۱۲ تا ۲۰ سال را از رئیس انجمن دیابت ایران دریافت کرده است. سپس از داخل لیست اسامی دختران نوجوان ۱۵ تا ۱۹ سال که ۲۳۴ نفر بوده‌اند را جدا کرده و با والدین آن‌ها تماس تلفنی گرفته و روند کار را برای آن‌ها توضیح داده و از آن‌ها دعوت کرده تا جهت تکمیل پرسشنامه‌های *pre test* به انجمن دیابت ایران مراجعه کنند (از نوجوانان دیابتی خواسته شد تا دستگاه گلوکومتر، سرنگ و انسولین‌های مصرفی خود را برای انجام نیازسنجی در این مرحله با خود به انجمن دیابت بیاورند). از ۲۳۴ دختر نوجوان، ۱۰۴ نفر جهت تکمیل پرسشنامه‌های *pre test* و نیازسنجی آموزشی در هر دو گروه شاهد و مداخله به انجمن دیابت ایران مراجعه کردند. در این مرحله پژوهشگر پس از معرفی خود و بیان اهداف پژوهش برای دختران نوجوان و جلب مشارکت آن‌ها، پرسشنامه‌های اطلاعات دموگرافیک، دانش و تصور از خود را به نوجوان ارائه و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دختران، پژوهشگر چک لیست عملکرد خودمراقبتی را بعد از مشاهده رفتارهای خودمراقبتی انجام شده توسط نوجوان تکمیل کرده است. پرسشنامه دانش، پرسشنامه‌ای محقق ساخته و شامل ۱۵ سؤال ۴ گزینه‌ای بود که جهت سنجش میزان دانش دختران نوجوان درباره بیماری دیابت و نیازسنجی آموزشی قبل از طراحی محتوی آموزشی جلسات طراحی شد و هر سؤال علاوه بر ۴ گزینه اصلی یک گزینه نمی‌دانم هم داشت. حداقل و حداکثر نمره‌ای که دختران نوجوان از پاسخ‌دهی به این پرسشنامه کسب می‌کردند به ترتیب صفر و ۱۵ بود که صفر تا ۵ بیانگر دانش ضعیف، ۶ تا ۱۰ بیانگر دانش متوسط و ۱۱ تا ۱۵ بیانگر دانش خوب دختران نوجوان درباره دیابت است. این پرسشنامه توسط نوجوان تکمیل شده است. این چک لیست شامل ۱۰ سؤال بود که جهت سنجش عملکرد

پرستاران انجام می‌گیرد (۲۴). از جمله مداخلات آموزشی انجام شده توسط پرستاران در جهان و ایران می‌توان به آموزش فردی، آموزش گروهی (۲۸-۲۵)، مشاوره گروهی (۲۹)، آموزش از طریق اینترنت، کامپیوتر، برگزاری کمپ‌های آموزشی، عضویت در کلوپ‌های آموزشی (۲۵)، آموزش و پیگیری مراقبت‌ها با تلفن (۳۰)، آموزش در قالب جلسات بازدید منزل توسط پرستاران بهداشت جامعه (۲۴-۳۳-۳۱) اشاره کرد. از طرفی یکی از وظایف مهم پرستاران در ارتباط با نوجوانان دیابتی، کمک و حمایت و تقویت نوجوان در جهت سازگاری با عوامل تنش‌زایی است که منجر به اختلال در تصور از خود می‌شود به عبارتی پرستار باید جهت اصلاح تصور از خود به نوجوان کمک کند (۳۴). بنابراین با توجه به خصوصیات دختران نوجوانان دیابتی و برجسته‌تر بودن تأثیر دیابت در زندگی یک دختر نوجوان در مقایسه با یک پسر نوجوان (۳۵) و مسایل خودمراقبتی مربوط به فرآیند بیماری و درمان دیابت در ابعاد جسمی و روحی روانی نظیر تغذیه، کنترل قندخون، مشکلات مربوط به سیکل قاعدگی، تغییر در درک از خود، اعتماد بنفس، افسردگی و اضطراب و تأثیرات متقابل خودمراقبتی و تصور از خود و نیز با توجه به جایگاه منحصر به فرد پرستاران در زمینه آموزش خودمراقبتی به بیماران دیابتی در نقاط مختلف جهان و با توجه به خصوصیت مهم دوران نوجوانی (گرایش به سمت گروه‌های همسال حامی) پژوهشگر که خود در بیمارستان و انجمن دیابت با این گروه سنی مواجه بوده است و از نزدیک مشکلات جسمی و روحی روانی آن‌ها را مشاهده کرده است بر آن شد تا به این سؤال پاسخ دهد که آیا با مشارکت دادن دختران نوجوان دیابتی در گروه‌های آموزشی درباره مسایل خودمراقبتی به شیوه بحث گروهی با همسالان دیابتی، می‌توان تغییرات به وجود آمده در تصور از خود ناشی از این بیماری را در این گروه سنی بهبود بخشید؟

روش مطالعه

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی است که به منظور تعیین تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی به شیوه بحث گروهی بر تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک در انجمن دیابت ایران واقع در شهر تهران طی سه مرحله و

در این مقیاس به دست می‌آورد ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ بود. آزمودنی باید عبارت‌های هر گروه را به دقت می‌خواند و در هر یک از صفات و خصوصیات، خود را با دیگران مقایسه کرده، سپس مناسب‌ترین و دقیق‌ترین عبارت را انتخاب می‌کرد. عدد ۷۱ و کمتر تصور از خود بسیار ضعیف، ۸۱-۷۲ ضعیف، ۹۱-۸۲ متوسط، ۱۰۱-۹۲ قوی و ۱۰۲ و بیشتر بسیار قوی تفسیر شد. اعتبار ابزار تصور از خود بک به شیوه اعتبار محتوی و با نظرسنجی از ده نفر از اعضای هیأت علمی علوم پزشکی اصفهان، قزوین و بقیه‌الله سنجیده شد و پایایی ابزار به شیوه آلفا کرونباخ (۰/۸۱) مورد ارزیابی قرار گرفت. در پایان نیازسنجی یک سؤال باز از دختران نوجوان درباره نیاز آموزشی آن‌ها درباره دیابت پرسیده می‌شد که اغلب مواردی نظیر آموزش درباره عوارض طولانی مدت و کوتاه مدت، ورزش و تغذیه در دیابت، چگونگی کنترل استرس، چگونگی تأثیر دیابت روی قاعدگی و بارداری را خواستار بودند. سپس داده‌های حاصل از مرحله قبل از مداخله و نیازسنجی آموزشی جمع‌آوری شده و مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. پس از تجزیه و تحلیل داده‌های مرحله اول (قبل از مداخله) که منجر به شناسایی منابع، محدودیت‌ها و نیازهای دختران نوجوان دیابتی در ابعاد مختلف خودمراقبتی شد، محتوی آموزشی جلسات تدوین شد و روز و ساعت برگزاری کلاس طبق نظر نوجوان و والدین او تنظیم گردید. پس از انجام نیازسنجی آموزشی از بین ۱۰۴ نفر مراجعه‌کننده، با توجه به این که با استفاده از فرمول پوکاک حجم نمونه لازم برای گروه آزمون ۴۰ نفر و برای گروه شاهد نیز ۴۰ نفر تخمین زده شده بود لذا با استفاده از قرعه‌کشی اسامی ۸۰ دختر نوجوان دیابتی که معیارهای ورود به مطالعه و تمایل برای شرکت در مطالعه را داشتند، استخراج شد و نوجوانانی که امکان شرکت در ۸ جلسه بحث گروهی را به طور منظم و پیگیر داشتند در گروه آزمون و بقیه در گروه شاهد قرار گرفتند و از نوجوانان و والدین آن‌ها جهت شرکت در مطالعه رضایت‌نامه کتبی گرفته شد.

فرمول پوکاک برای تخمین حجم نمونه لازم:

$$n = \frac{S_1^2 + S_2^2}{(\mu_2 - \mu_1)^2} f(\alpha, \beta)$$

فرمول (میانگین و انحراف معیار) از میانگین و انحراف معیار به دست آمده در قسمت خود سازه‌گاری در مطالعه‌ای که توسط طهماسبی و همکاران با عنوان بررسی تأثیر

دختران نوجوان مبتلا به دیابت در زمینه خودمراقبتی و نیازسنجی آموزشی قبل از طراحی محتوی آموزشی جلسات طراحی شد. پژوهشگر با استفاده از این چک لیست رفتارهای خودمراقبتی دختران نوجوان دیابتی در مورد مراحل کشیدن و تزریق انسولین، تنظیم مقدار واحد انسولین با نوع سرنگ، مراحل تست قندخون، تعیین محل‌های تزریق انسولین، ورزش کردن، مراقبت از پا و نتیجه آخرین جواب آزمایش HbA1C در گروه آزمون و شاهد را مورد ارزیابی قرار داده و پس از مشاهده رفتارهای خودمراقبتی نوجوانان گزینه بلی یا خیر را در چک لیست علامت زده است. در صورت اشتباه در انجام دادن حتی یکی از مراحل تزریق انسولین یا تست قندخون، باز هم گزینه خیر انتخاب شده و در قسمت ملاحظات مرحله‌ای که اشتباه انجام شده یادداشت شده است. حداقل نمره‌ای که نوجوانان از چک لیست عملکرد کسب کرده‌اند صفر و حداکثر ۱۰ است که عدد صفر تا ۳ بیانگر عملکرد ضعیف، ۴ تا ۶ بیانگر عملکرد متوسط و ۷ تا ۱۰ بیانگر عملکرد خوب نوجوانان بوده است. لازم به ذکر است که اعتبار پرسشنامه مشخصات دموگرافیک، دانش، چک لیست عملکرد و چک لیست خودگزارش‌دهی خودمراقبتی به شیوه اعتبار محتوی و با نظرسنجی از ده نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه تربیت مدرس، علوم پزشکی اصفهان، اراک و ارومیه سنجیده شده و پایایی ابزارها به شیوه آلفا کرونباخ (۰/۷۱) برای پرسشنامه دانش و ۰/۷۶ برای چک لیست عملکرد و ۰/۷۳ برای چک لیست خودگزارش‌دهی خودمراقبتی) مورد ارزیابی قرار گرفت. همچنین برای سنجش تصور از خود از پرسشنامه تصور از خود بک استفاده شد که این پرسشنامه شامل ۲۵ سؤال درباره قیافه، معلومات، آزمندی، بذله‌گویی، هوش، محبوبیت، حافظه، جاذبه جنسی، شخصیت، تنبلی، خودخواهی، وضع ظاهر، خوش خلقی، استقلال، مرتب و پاکیزه بودن، موفقیت، مهربانی، یادگیری، حسادت، سخت‌کوشی، توانایی خواندن، به اتمام رساندن کارها، هوشیاری از خود، ورزشکاری و بی‌رحمی بود، استفاده شد. هر سؤال در این پرسشنامه یک معیار لیکرتی ۵ قسمتی از، از همه کسانی که می‌شناسم بهتر است تا از همه کسانی که می‌شناسم بدتر است برای پاسخ دادن داشت. سؤال‌های آزمون بر اساس ارتباط آن‌ها با تصور از خود از یک تا پنج نمره‌گذاری شد. بدین ترتیب حداقل نمره‌ای که آزمودنی

مداخله، μ_1 برابر است با میانگین خود سازگاری نمونه‌های مطالعه فوق‌الذکر قبل از مداخله و μ_2 برابر است با میانگین خود سازگاری نمونه‌های مطالعه فوق‌الذکر بعد از مداخله. α بیانگر خطای نوع اول و β بیانگر خطای نوع دوم است. ($F(\beta)$ و α) از جدول گیگی (۱۹۷۰) به دست می‌آید که برابر با عدد ۱۳ می‌شود (α) و β برابر با ۰/۰۵).

	β				
	۰/۰۵	۰/۱	۰/۲	۰/۵	
α	۰/۱	۱۰/۸	۸/۶	۶/۳	۲/۷
	۰/۰۵	۱۳	۱۰/۵	۷/۹	۳/۸
	۰/۰۲	۱۵/۸	۱۳	۱۰	۵/۴
	۰/۰۱	۱۷/۸	۱۴/۹	۱۱/۷	۶/۶

$$\frac{(3/88)^2 + (2/82)^2}{(41/54 - 38/74)^2} \times 13 = 38/22$$

اصلی جلسات بحث گروهی (مدیر جلسه، منشی و منشی تخته) برای نوجوانان و والدین آن‌ها توضیحاتی ارائه کرد و سپس در مورد نحوه تکمیل کردن چک لیست خودگزارش‌دهی رفتارهای خودمراقبتی در منزل توسط نوجوان و والدین او (به مدت یک هفته) توضیحاتی ارائه کرد و چک لیست‌ها را در اختیار نوجوانان و والدین آن‌ها قرار داد و قرار شد تا هر زمان که پژوهشگر از نوجوان و والدین او خواست، چک لیست‌ها را به مدت یک هفته در منزل تکمیل نمایند. همچنین در جلسه مقدماتی برای هر جلسه یک نفر به عنوان مدیر جلسه (جهت اداره کردن جلسه)، یک نفر به عنوان منشی (جهت نوشتن خلاصه‌ای از مطالب بحث شده طی یک جلسه روی کاغذ) و یک نفر هم به عنوان منشی تخته (جهت نوشتن خلاصه‌ای از مطالب بحث شده طی یک جلسه روی تخته وایت برد) انتخاب شد. سپس از جلسه دوم تا نهم (۸ جلسه)، مسایل خودمراقبتی در بیماری دیابت و نیز مسایل روان‌شناسی نظیر تصور از خود و استرس که در مرحله قبل از مداخله در نیازسنجی به دست آمده بود مورد بحث قرار گرفت. در طی برگزاری جلسه اول بحث گروهی پژوهشگر خود مدیر جلسه بود و اداره جلسه را بر عهده داشت اما از جلسه دوم به بعد پژوهشگر به مدیر در اداره جلسه کمک می‌کرد. مطالبی که در هر جلسه به صورت خلاصه توسط منشی جلسه نوشته می‌شد در پایان مرحله مداخله به صورت

روش بحث گروهی بر میزان تصویر ذهنی نوجوانان تالاسمی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۹ انجام گرفته اقتباس شده است که $S_1=3/88$ و $S_2=2/82$ و $\mu_1=38/74$ و $\mu_2=41/54$ است. در فرمول پوکاک S_1 برابر است با انحراف معیار خود سازگاری نمونه‌های مطالعه فوق‌الذکر قبل از مداخله، S_2 برابر است با انحراف معیار خود سازگاری نمونه‌های مطالعه فوق‌الذکر بعد از

عدد به دست آمده به سمت ۴۰ گرد شد و به عنوان حداقل نمونه لازم جهت انجام پژوهش در هر یک از گروه‌های آزمون و شاهد در نظر گرفته شد. پس از انجام مرحله pre test مرحله مداخله آغاز شد. از آنجا که این مطالعه به صورت آزمون و شاهد انجام شد، مرحله مداخله فقط روی گروه آزمون انجام گرفت و گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در گروه آزمون مداخله به صورت برگزاری ۸ جلسه آموزش درباره مسایل خودمراقبتی و روان‌شناسی مرتبط با دیابت به شیوه بحث گروهی بود. در این مرحله پژوهشگر اعضای گروه آزمون را که ۴۰ نفر بودند را به سه گروه (دو گروه ۱۳ نفره و یک گروه ۱۴ نفره) تقسیم کرده و برای هر گروه اقدام به برگزاری ۸ جلسه آموزشی به شیوه بحث گروهی (برای هر گروه دو روز در هفته) کرده است به این صورت که کلاس‌های گروه اول روزهای یکشنبه و سه‌شنبه ساعت ۳ تا ۴ عصر، کلاس‌های گروه دوم روزهای دوشنبه و چهارشنبه ساعت ۳ تا ۴ عصر، کلاس‌های گروه سوم روزهای پنجشنبه ساعت ۳ تا ۴ عصر و جمعه ساعت ۱۰ تا ۱۱ صبح از ۲۰ بهمن ماه لغایت ۲۳ اسفند ماه سال ۱۳۸۷ برگزار شد. در مرحله مداخله قبل از برگزاری جلسه اول در هر گروه طی یک جلسه مقدماتی، پژوهشگر ابتدا در مورد چگونگی برگزاری جلسات بحث گروهی و اصول و مقررات کلاس به شیوه بحث گروهی و وظایف کارکنان

جزوه کوچکی درآمد و در اختیار نوجوانان قرار گرفت. پژوهشگر در این مرحله سعی کرد تا در هر گروه یک نفر را که HbA1C مطلوبی داشت، قرار دهد تا نوجوانان طی بحث گروهی بتوانند از تجرب او در کنترل مطلوب قندخون استفاده کنند. همچنین نوجوانان این اختیار را داشتند که در صورت تمایل مادر خود را نیز با خود به کلاس بیاورند. در جلسه ششم پژوهشگر چک لیست رفتارهای خودمراقبتی را به نوجوانان و والدین آنها داده تا به مدت یک هفته رفتارهای خودمراقبتی آموزش دیده را اجرا کنند و در چک لیستها علامت بزنند و والدین نیز این رفتارها را در نوجوان خود مشاهده کرده و در چک لیست خود علامت می‌زدند. در آخرین جلسه بحث گروهی در هر سه گروه پس از پایان یافتن جلسه پژوهشگر مجدداً پرسشنامه دانش و تصور از خود را به نوجوانان داده و پس از مشاهده رفتارهای خودمراقبتی، خود چک لیست عملکرد را تکمیل کرده است و مجدداً چک لیست خود گزارش‌دهی رفتارهای خودمراقبتی را به نوجوانان و والدین آنها در گروه آزمون داده تا به مدت یک هفته رفتارهای خودمراقبتی انجام داده را در چک لیستها علامت بزنند و والدین نیز این رفتارها را در نوجوان خود مشاهده کرده و در چک لیست خود علامت بزنند. هم‌زمان با پایان یافتن مرحله مداخله در گروه آزمون پژوهشگر با اعضای گروه شاهد برای تکمیل کردن مجدد پرسشنامه دانش و تصور از خود تماس گرفته و پس از مراجعه آنها پژوهشگر مجدداً رفتارهای خودمراقبتی آنها را مشاهده کرده و در چک لیست مربوطه علامت زده است. در مرحله بعد از مداخله، پژوهشگر اعضای گروه آزمون و شاهد را به مدت یک ماه رها کرده و پس از یک ماه دختران نوجوان مجدداً پرسشنامه دانش و تصور از خود را تکمیل کرده‌اند و پژوهشگر با چک لیست عملکرد خودمراقبتی رفتارهای آنها را طی یک ماه پس از پایان مداخله ارزیابی کرده است. همچنین یک جلسه آموزشی به شیوه سخنرانی و پرسش و پاسخ به منظور رعایت ملاحظات اخلاق پژوهش برای گروه شاهد برگزار کرده است.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مرحله نیازسنجی نشان داد که در زمینه دانش، اکثریت نوجوانان نمونه پژوهش در مورد سوالات تغذیه، ورزش، مکان نگهداری انسولین، سرعت

جذب انسولین مشکل داشتند و از نظر عملکرد، نداشتن شکلات یا آبنبات در جیب یا کیف، وجود داشتن جای زخم و میخچه روی پا، داشتن HbA1C در محدوده غیرطبیعی، تطابق ندادن دقیق و صحیح واحد انسولین با سرنگ، پوشیدن کفش جلو باریک و نامناسب، گرفتن سرنگ با زاویه نامناسب هنگام تزریق انسولین، ضد عفونی کردن سوزن سرنگ پس از هر بار تزریق انسولین با الکل، تست نکردن قندخون با دستگاه به مدت ۴ سال و فراموش کردن مراحل آن، تغییر ندادن محل تزریق انسولین، ورزش نکردن، انجام ورزش به طور غیر منظم، زدن لانست به نوک انگشتها، وارد کردن هوا اول در ویال انسولین رگولار و دوم در ویال انسولین NPH، چک نکردن ظاهر انسولین، تکان دادن سریع ویال NPH، شستشوی پاها با آب سرد، فرو رفتن ناخن در پا، نشستن و ضد عفونی نکردن دستها قبل از تست قندخون، نشستن پاها در طول روز، کشیدن انسولین NPH ابتدا در سرنگ، اطلاع نداشتن در مورد امکان تزریق انسولین روی باسن و شکم، از جمله مشکلات نوجوانان بود که نیاز به آرایه آموزش در این زمینه‌ها را ایجاب می‌کرد. یافته‌های پژوهش در قسمت مشخصات دموگرافیک و اطلاعات مربوط به بیماری دیابت دختران نوجوان دیابتی نشان داد که میانگین سن دختران نوجوان در گروه آزمون $17/32 \pm 1/59$ و در گروه شاهد $16/80 \pm 1/63$ بوده است. میانگین قد در گروه آزمون $159/35 \pm 5/96$ سانتی‌متر و در گروه شاهد $161 \pm 6/54$ سانتی‌متر و میانگین وزن در گروه آزمون $59/13 \pm 9/49$ کیلوگرم و در گروه شاهد $59/77 \pm 10/74$ کیلوگرم بوده است. میانگین شاخص توده بدنی در گروه آزمون $23/20 \pm 3/14$ و در گروه شاهد $23/05 \pm 3/92$ و میانگین سن اولین قاعدگی واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون $13/20 \pm 1/53$ سال و در گروه شاهد $12/92 \pm 1/30$ سال می‌باشد و بیشتر از سه سال از اولین عادت ماهیانه بیشتر دختران در گروه آزمون و شاهد می‌گذشت. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری دیابت در واحدهای مورد پژوهش در گروه آزمون $7/94 \pm 4/66$ سال و در گروه شاهد $6/97 \pm 3/42$ سال بوده است. میانگین مقدار انسولین مصرفی در روز در گروه آزمون و شاهد $54/32 \pm 18/38$ واحد و $55/35 \pm 19/71$ واحد بوده است. همچنین نتایج نشان داد که در هر دو گروه آزمون و شاهد بیشتر دختران نوجوان دبیرستانی بوده‌اند و به ترتیب ۴۰٪ و ۳۷/۶٪ پدران و ۵۷/۶٪ و ۶۰٪ مادران دختران در دو گروه

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که اختلاف در میانگین نمره دانش دختران در گروه آزمون قبل از مداخله و بلافاصله پس از پایان مداخله از نظر آماری معنادار می‌باشد ($p < 0.05$) اما اختلاف در میانگین نمره دانش دختران در گروه آزمون بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله از نظر آماری معنادار نمی‌باشد ($p > 0.05$).

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که اختلاف در میانگین نمره عملکرد دختران در گروه آزمون قبل از مداخله و بلافاصله پس از پایان مداخله و نیز بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله از نظر آماری معنادار می‌باشد ($p < 0.05$).

لازم به ذکر است که یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون بهبود قابل ملاحظه‌ای در عملکرد دختران نوجوان مشاهده شد به نحوی که اغلب آن‌ها یا در کلاس‌های ورزشی (شنا و ایروبیک) ثبت نام کرده بودند یا برنامه منظم کوهنوردی و پیاده‌روی در طول هفته برای خود گذاشته بودند. همچنین سایر رفتارهای خودمراقبتی آموزش دیده را طبق اصول و با تکنیک صحیح انجام می‌دادند. ضمن این که نوسانات قندخون در آن‌ها کاهش یافته بود و میزان قندخون سه ماهه اغلب آن‌ها کاهش چشم‌گیری داشت. از آنجایی که آزمایش قندخون سه ماهه هر سه ماه یک بار در انجمن دیابت ایران و توسط آزمایشگاه طرف قرار داد انجمن (آزمایشگاه رفرانس وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی) برای مبتلایان به دیابت تیپ ۱ انجام می‌گیرد، پژوهشگر جهت کنترل وضعیت متابولیسی دختران نوجوان و بررسی تأثیر آموزش‌های داده شده درباره خودمراقبتی روی وضعیت قندخون آن‌ها در مرحله قبل از مداخله و یک ماه پس از پایان مداخله نتایج جدیدترین آزمایش هموگلوبین A1C آن‌ها را مورد ارزیابی قرار داده است که نتایج حاکی از کاهش قابل ملاحظه مقدار A1C در گروه آزمون بعد از مداخله بود.

در گروه آزمون میانگین نمره تصور از خود از $91/87 \pm 12/37$ قبل از مداخله به $95/82 \pm 10/89$ بلافاصله پس از پایان مداخله و $96/02 \pm 10/79$ یک ماه پس از پایان مداخله رسیده است و میانگین و انحراف معیار نمره تصور از خود دختران در گروه آزمون در مقایسه بین قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله اختلاف آماری معناداری نشان می‌دهد ($p < 0.001$) و این در حالیست که در گروه شاهد میانگین نمره تصور از خود از $90/37 \pm 10/40$ قبل از مداخله به $90/42 \pm 10/39$ بلافاصله پس از پایان

آزمون و شاهد تحصیلات در حد دیپلم داشته‌اند. 45% پدران در گروه آزمون و $47/6\%$ پدران در گروه شاهد کارمند و 85% مادران در دو گروه خانه‌دار بوده‌اند. در گروه آزمون و شاهد 50% و $57/6\%$ دختران در یک خانواده ۴ نفره زندگی می‌کرده‌اند همچنین در $57/6\%$ و $47/6\%$ دختران گروه آزمون و شاهد بیشتر از سه سال از شروع عادت ماهیانه می‌گذشت. در دو گروه به ترتیب 55 و $62/6\%$ دختران عادت ماهیانه منظمی داشتند و بیشترین تعداد دفعات تزریق انسولین در روز در هر دو گروه سه بار بوده است و در گروه آزمون و شاهد در 55 و $52/5\%$ دختران ابتلا به دیابت در سایر اعضای خانواده هم مشاهده شد. در گروه آزمون و شاهد 75 و $82/6\%$ دختران تاکنون به علت دیابت در بیمارستان بستری شده بودند و $27/6\%$ در هر دو گروه به علت بالا بودن قندخون بستری بوده‌اند و به ترتیب در گروه آزمون و شاهد $37/5$ و $52/56\%$ یک بار در بیمارستان به علت دیابت بستری شده‌اند. همچنین در گروه آزمون و شاهد به ترتیب 100 و $97/4\%$ درباره دیابت تا کنون اطلاعات کسب کرده‌اند و مهم‌ترین منبع کسب اطلاعات در هر دو گروه پزشک بوده است. همچنین در گروه آزمون و شاهد $97/4\%$ در طول هفته تنقلات مصرف می‌کرده‌اند و بیشترین نوع تنقلات مصرفی در هر دو گروه چیپس بوده است و $52/6\%$ دختران در گروه آزمون تنقلات در حد متوسط (8 تا 14 بار در هفته) و 50% دختران در گروه شاهد تنقلات در حد کم (کمتر از 7 بار در هفته) مصرف می‌کرده‌اند. از طرفی نتایج حاصله نشان می‌دهد که در گروه آزمون و شاهد به ترتیب 65 و $67/6\%$ دختران از وسایل آرایشی استفاده می‌کرده‌اند و در گروه آزمون ریمل و در شاهد خط چشم بیشترین وسیله آرایشی مصرفی بوده است و در گروه آزمون 35% دختران از وسایل آرایشی در حد زیاد (بیشتر از 16 بار در هفته) و در گروه شاهد 30% دختران از وسایل آرایشی در حد متوسط (بین 8 تا 15 بار در هفته) استفاده می‌کردند. نتایج حاصل از نیازسنجی آموزشی در جدول شماره ۱ و ۲ آورده شده و حاکی از بهبود میانگین نمره دانش و عملکرد دختران بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه آزمون و نیز معنادار بودن اختلاف میانگین نمره دانش و عملکرد دختران بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد می‌باشد.

گروه از لحاظ آماری معنادار شده است به عبارتی در گروه آزمون بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله بهبود چشمگیری در میانگین نمره تصور از خود مشاهده شد. نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که اختلاف در میانگین نمره تصور از خود دختران در گروه آزمون قبل از مداخله و بلافاصله پس از پایان مداخله و نیز بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله از نظر آماری معنادار می‌باشد ($p < 0.05$).

مداخله و $90/47 \pm 10/45$ یک ماه پس از پایان مداخله رسیده است و میانگین و انحراف معیار نمره تصور از خود دختران در گروه شاهد در مقایسه بین قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله اختلاف آماری معناداری نشان نمی‌دهد ($p = 0/16$). همچنین میانگین نمره تصور از خود در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله اختلاف آماری معناداری نشان نداد ($p = 0/55$) اما بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله اختلاف نمره تصور از خود بین دو

جدول ۱- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره دانش دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون و شاهد

repeated measures	یک ماه پس از پایان مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		قبل از مداخله		مرحله گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	۲/۱۴	۱۱/۲۷	۲/۱۴	۱۱/۲۲	۲/۳۰	۹/۵۵	آزمون
$p = 0/09$	۲/۱۶	۹/۹۰	۲/۰۸	۹/۷۵	۲/۷۰	۹/۱۵	شاهد
	$p = 0/006$		$p = 0/003$		$p = 0/47$		t مستقل

جدول ۲- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون و شاهد

repeated measures	یک ماه پس از پایان مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		قبل از مداخله		مرحله گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	۱/۷۱	۷/۱۲	۱/۶۰	۶/۷۲	۱/۵۶	۶/۱۰	آزمون
$p = 0/12$	۱/۸۳	۵/۹۷	۱/۸۴	۵/۹۲	۱/۶۹	۵/۸۰	شاهد
	$p = 0/005$		$p = 0/04$		$p = 0/41$		t مستقل

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره دانش دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون

t زوجی	یک ماه پس از پایان مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		قبل از مداخله		مرحله نمره دانش
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p = 0$	-	-	۲/۱۴	۱۱/۲۲	۲/۳۰	۹/۵۵	گروه آزمون
$p = 0/59$	۲/۱۴	۱۱/۲۷	۲/۱۴	۱۱/۲۲	-	-	

جدول ۴- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره عملکرد دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون

t زوجی	یک ماه پس از پایان مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		قبل از مداخله		مرحله نمره عملکرد
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p = 0$	-	-	۱/۶۰	۶/۷۲	۱/۵۶	۶/۱۰	گروه آزمون
$p = 0$	۱/۷۱	۷/۱۲	۱/۶۰	۶/۷۲	-	-	

جدول ۵- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تصور از خود دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون و شاهد

repeated measures	یک ماه پس از پایان مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		قبل از مداخله		مرحله گروه
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
$p < 0/001$	۱۰/۷۹	۹۶/۰۲	۱۰/۸۹	۹۵/۸۲	۱۲/۳۷	۹۱/۸۷	آزمون
$p = 0/16$	۱۰/۴۵	۹۰/۴۷	۱۰/۳۹	۹۰/۴۲	۱۰/۴۰	۹۰/۳۷	شاهد
	$p = 0/23$		$p = 0/27$		$p = 0/55$		t مستقل

جدول ۶ - مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره تصور از خود دختران قبل از مداخله، بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در گروه آزمون

مرحله	قبل از مداخله		بلافاصله پس از پایان مداخله		یک ماه پس از پایان مداخله	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نمره تصور از خود	۹۱/۸۷	۱۲/۳۷	۹۵/۸۰	۱۰/۸۹	-	-
گروه آزمون	-	-	۹۵/۸۰	۱۰/۸۸	۹۶/۰۲	۱۰/۷۹

بحث

بیماران دیابتی برای انجام رفتارهای خودمراقبتی صحیح باید دانش قابل قبولی درباره بیماری خود داشته باشند و نیز برای انجام صحیح رفتارهای خودمراقبتی باید تغییر در عملکرد این بیماران ایجاد کرد. لذا جهت نیازسنجی آموزشی قبل از تدوین محتوی آموزشی جلسات، دانش و عملکرد بیماران دیابتی مورد ارزیابی قرار گرفت تا نیازهای این گروه از بیماران در مورد بیماری دیابت مشخص گردد سپس پس از پایان جلسات آموزشی و یک ماه پس از پایان جلسات نیز مجدداً دانش و عملکرد آن‌ها مورد بررسی قرار گرفت تا میزان تأثیر جلسات آموزشی بررسی گردد. در همین رابطه مطالعه Yun و همکاران (۲۰۰۷) در مالزی نشان داد که دانش بیماران دیابتی نسبت به افراد سالم درباره عوامل خطر، علائم، عوارض مزمن، درمان و خودمراقبتی و پارامترهای کنترل بالاتر است. سطح آموزشی بهترین فاکتور پیش‌گویی‌کننده برای آگاهی در مورد دیابت بود. میانگین نمره دانش در گروه بیماران دیابتی $24/4 \pm 3/83$ و در افراد سالم $20/2 \pm 5/97$ بود. دانش در بیماران دیابتی درباره بیماری دیابت خیلی خوب و در افراد سالم خوب بود (۳۶). همچنین یافته‌های مطالعه Al-Adsani و همکاران (۲۰۰۹) در کویت روی ۵۱۱۴ دیابتی نوع ۲ نشان داد که $58/9 \pm 22/1\%$ این افراد به همه سوالات پرسشنامه دانش پاسخ صحیح داده بودند (۳۷). نتایج مطالعه حاضر نیز حاکی از بهبود میانگین نمره دانش و عملکرد دختران بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله در مقایسه با قبل از مداخله در گروه آزمون و نیز معنادار بودن اختلاف میانگین نمره دانش و عملکرد دختران بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله بین دو گروه آزمون و شاهد می‌باشد. نتایج مطالعه حیدری و همکاران (۱۳۸۱) در زاهدان نیز همانند مطالعه ما نشان داد که آموزش به شیوه سخنرانی، پرسش و پاسخ، آموزش چهره به چهره، بحث گروهی با استفاده از اسلاید، اورهد، پمفلت، تصویر و جزوه به مدت ۶ ماه هر هفته ۲ جلسه سبب افزایش آگاهی،

نگرش و عملکرد مبتلایان به نوع ۲ شده است (۳۸). یافته‌های پژوهش شریفی‌راد و همکاران (۱۳۸۷) در اصفهان و رضایی و همکاران (۱۳۸۵) در شهرستان الیگودرز نتیجه مشابهی را نشان داد که با نتایج مطالعه ما هم‌خوانی داشت (۳۹ و ۲۲). افراد معمولاً وقتی در شرایط خاصی مثلاً بیماری قرار می‌گیرند اغلب سعی می‌کنند دانش خود را پیرامون آن بیماری افزایش دهند و این امر در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن که نیازمند آموختن و انجام دادن رفتارهای خودمراقبتی هستند بیشتر به چشم می‌خورد لذا بیماران دیابتی معمولاً دانش بیشتری در مقایسه با افراد سالم دارند. از طرفی معمولاً در لحظه‌ای که آموزش خودمراقبتی به بیمار دیابتی داده می‌شود دانش وی پیرامون بیماری بالا می‌رود اما گذشت زمان تأثیر خیلی زیادی بر افزوده شدن دانش این بیماران ندارد چون اغلب به مطالب آموخته شده اکتفا می‌کنند و کمتر به دنبال مطالب آموزشی بیشتر می‌روند اما عملکرد بیماران دیابتی پس از آموزش دیدن با گذشت زمان بهبود می‌یابد چرا که بیمار فرصت می‌کند تا رفتارهای خودمراقبتی آموخته شده را اجرا نماید. مطالعات نشان داده که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در مقایسه با همسالان سالم خود در معرض ابتلا به مشکلات روانی اجتماعی بیشتری قرار دارند. از جمله مشکلات نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن شامل تصویر ذهنی ناخوشایند، ترس از طرد شدن، مشکل ارتباط با همسالان و ترس از استقلال و نگرانی از بابت خودکفایی می‌باشد که باعث تغییر در خودپنداره آنان می‌گردد (۴۰). مطالعات متعدد نشان داده‌اند که در نوجوان دیابتی تغییراتی در درک از خود ایجاد می‌شود که از جمله این تغییرات می‌توان به اختلال در تصویر ذهنی از جسم خویشتن به واسطه ایجاد لیپودستروفی ناشی از تزریق مکرر انسولین و افزایش وزن ناشی از مقاومت به انسولین، کاهش اعتماد بنفس، به وجود آمدن تضاد میان استقلال و وابستگی و در نتیجه ایجاد اختلال در پذیرش نقش و بالا رفتن آمار افسردگی در میان آن‌ها اشاره کرد (۱۸) که این موارد می‌تواند به دلایلی از

بهبود وضعیت حافظه آن‌ها شده اما تأثیری روی تصور از خود نوجوان، اضطراب والدین و اعتماد بنفس کودکان و نوجوانان نداشته است (۴۵). پژوهشگر در طی انجام مطالعه حاضر دریافت که تصویر ذهنی دختران مورد پژوهش به علل مختلفی نظیر افزایش وزن به دنبال مصرف انسولین، ایجاد عوارضی نظیر لیپودستروفی به ویژه روی شکم و بازوها و سوراخ کردن مکرر سر انگشتان دست برای تست قندخون مخدوش شده است. همچنین اعتماد بنفس برخی از نمونه‌ها تا حدی به واسطه دیابت تا حدی کاهش یافته بود که آن‌ها اعتقاد داشتند به خاطر دیابت توان ذهنی برای درس خواندن را ندارند و به همین جهت ترک تحصیل کرده بودند. از طرفی از آنجایی که معمولاً والدین این دختران نقش اساسی در انجام رفتارهای خودمراقبتی دخترانشان داشتند و این امر تا حدی بود که در برخی از آن‌ها علی‌رغم گذشت ۴ سال از ابتلا به دیابت هنوز تست قندخون توسط والدین انجام می‌شد و این مسأله سبب ایجاد وابستگی به والدین در دختران شده بود و به گفته والدین این وابستگی سبب شده تا دخترانشان از پذیرش نقش‌ها و مسؤولیت‌های جدید به تنهایی خودداری نمایند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از مطالعه حاضر نشان داد که آموزش برنامه خودمراقبتی بر تصور از خود دختران نوجوان دیابتیک تأثیر مثبت داشته است لذا بنابر نتایج مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود که با انجام مطالعات دیگر تأثیر آموزش برنامه خودمراقبتی بر تصور از خود مبتلایان به سایر بیماری‌های مزمن و مبتلایان به دیابت در سایر رده‌های سنی و جنسی بررسی گردد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از کلیه دختران نوجوان دیابتیک و خانواده‌های آنان که در مطالعه حاضر شرکت نموده‌اند و نیز کارکنان انجمن دیابت ایران ابراز می‌دارند.

جمله بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان، عوارض جانبی درمان‌ها، غیبت از مدرسه و در نتیجه کاهش موفقیت‌های تحصیلی باشد (۱۹). در رابطه با تصور از خود نوجوانان مبتلا به بیماری‌های مزمن مطالعه Raty و همکاران (۲۰۰۴) در سوئد نشان داد که در نوجوانان و جوانان ۱۳ تا ۲۲ ساله مبتلا به صرع تصور از خود با شدت بیماری رابطه دارد (۴۱). در پژوهش حاضر نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره تصور از خود در گروه آزمون و شاهد قبل از مداخله در حد متوسط بوده و بلافاصله و یک ماه پس از پایان مداخله میانگین نمره تصور از خود در گروه آزمون بهبود پیدا کرده و به حد قوی رسیده است ولی در گروه شاهد در همان حد قبلی باقیمانده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که در گروه آزمون یک ماه پس از پایان مداخله تصور دختران نسبت به معلومات، حرص و طمع، هوش، محبوبیت، حافظه، تنبلی، خودخواهی، استقلال، موفقیت، مرتب بودن، یادگیری، تلاش و سخت‌کوشی، توانایی برای اتمام کارها و ورزشکاری خود بهبود یافته است. نتایج مطالعه Pek و همکاران در ترکیه نشان داد که نمره کلی اعتماد بنفس به عنوان یکی از مؤلفه‌های تصور از خود در نوجوانان دیابتی بیشتر از نوجوانان سالم بود که این افزایش اعتماد بنفس دیابتی‌ها با افزایش سال‌های ابتلا به دیابت دیده می‌شد و نمره اعتماد بنفس نوجوانان دیابتی در قسمت اعتماد بنفس عمومی، اجتماعی و تحصیلی بالاتر از نوجوانان سالم بود اما نمره اعتماد بنفس نوجوانان دیابتی در قسمت اعتماد بنفس خانواده و اعتماد بنفس در محیط خانه تفاوت معناداری با گروه شاهد نداشت (۴۲). همچنین یافته‌های مطالعه مشکو و همکاران (۱۳۸۰) در گناباد نشان داد که آموزش به شیوه بحث گروهی سبب افزایش نمره خودپنداشت نوجوانان پسر دبیرستانی شده است (۴۳) و نیز نتایج مطالعه طهماسبی و همکاران (۱۳۸۴) در شهرکرد حاکی از آن بود که برگزاری جلسات آموزشی به شیوه بحث گروهی باعث افزایش میانگین نمره تصویر ذهنی نوجوانان مبتلا به تالاسمی شده است (۴۴) اما نتایج مطالعه Conant و همکاران (۲۰۰۸) در بوستون آمریکا نشان داد که اجرای برنامه کاراته به مدت ۱۰ هفته برای کودکان و نوجوانان مبتلا به صرع سبب

منابع

1 - Christensen BL, Kockrow EO. Text book of foundations and adult health nursing. Richman RL, United states of America, Mosbey press Icn; 2004. P. 1784.

- 2 - Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes. *J Diab Care*. 2004; 5(27): 1047-1053.
- ۳ - لاریجانی ب، رضا قلی زاده ع، ابولحسنی ف، امیری مقدم س، مهاجری م. گزارشی از بار دیابت در ایران. پیام دیابت، ۳۰ (۸): ۲۹-۳۲.
- 4 - Ministry of health. Diabetes mellitus.1387.[about 2 pages]. Available at <http://www.mohme.gov.ir/health/index.htm>. Accessed 15/6/2008
- 5 - Black JM, Hokanson Hawks J. Text book of medical surgical nursing. Bruno V, Saunders press Icn, 2005. P. 1243-1245.
- ۶ - نیکوسخن ا، اقبالجو م. دیابت وابسته به انسولین در کودکان، نوجوانان و بزرگسالان. چاپ دوم، تهران، نشر آبی، ۱۳۸۵، صفحه ۴.
- 7 - Aye T, Levitsky LL. Type 1 diabetes: an epidemic disease in childhood. *J Curr Ped*. 2003; 2(15): 411-415.
- 8 - Rosenbloom AL. Emerging epidemic of type 1 diabetes in youth. *J Diab Care*. 1999; 1(22): 345-354.
- 9 - American diabetes association. Type 1 diabetes in children and adolescents. *J Diab Care*. 2000; 5(23): 381-389.
- 10 - Gage H, Hampson S, Skinner TC, Hart J, Stoery L, Foxcroft D, Kimber A, Cradock S, Mcevilly WA. Educational and psychosocial programmes for adolescents with diabetes : approaches, outcomes and cost-effectiveness. *J Pat Educ Couns*. 2004; 53: 333-346.
- 11 - Eriksson EH. Ungdomens identitetskriter (identity, youth and crisis). *J Natu Och Cult*. 1998; 28: 111-117.
- 12 - Karlsson A, Arman M, Wikblad K. Teenagers with type 1 diabetes- a phenomenological study of the transition towards autonomy in self management. *J Nurs Stud*. 2008; 45: 562-570.
- 13 - Kyngas H, Barlow J. Diabetes: an adolescents perspective. *J Advanc Nurs*. 1995; 22(5): 941-947.
- ۱۴ - شفیع آبادی ع. مبانی روانشناسی رشد. چاپ ششم، تهران، انتشارات چهر، ۱۳۷۲، صفحه ۷۵.
- 15 - Plein S. Guide diabet. *J Quebec Diab Assoc*. 1994; 31(2): 67-71.
- 16 - Chun Chien S, Larson E, Nakamura N. Self care problems of adolescents with type 1 diabetes in southern Taiwan. *J Ped Nurs*. 2007; 5(22): 404-409.
- 17 - Sullivan BJ. Adjustment in diabetic adolescent girls I: development of the diabetic adjustment scale. *J Psycho Med*. 1979; 41(2): 345-348.
- 18 - Sullivan BJ. Adjustment in Diabetic Adolescent Girls II: Adjustment, Self-Esteem, and Depression in diabetic adolescent girls . *J Psycho Med*. 1979; 41(2): 127-138.
- 19 - Arden L, Lorie DH, Sherman E. Self-Concept in Adolescents with Epilepsy: Biological and Social Correlates. *J Ped Neuro*. 2008; 38: 335-339.
- 20 - Lena KA, Larsson G, Birgitta A, Bodil M. Psychosocial aspects of health in adolescence: the influence of gender, and general self-concept. *J Adoles Healt*. 2005; 36: e21-e28.
- 21 - Ramachandran A, Snehalatha C, Sasikala R, Satyavani K, Vijay V. Vascular complications in young Asian Indian patients with type 1 diabetes mellitus. *J Diab Rsrch Clin Prac*. 2000; 48: 51-56.
- ۲۲ - رضایی ن، طاهباز ف، کیمیایگر م، علوی مجد ح. بررسی تأثیر آموزش تغذیه بر آگاهی، نگرش و عملکرد بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ در شهرستان الیگودرز. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد ۱۳۸۵؛ ۲(۸): ۵۲-۵۹.
- 23 - Jiang YD, Chuang LM, Wu HP, Shiau SJ, Wang CH, Lee YJ, Juang JH, Lin BJ, Tai TY. Assessment of the function and effect of diabetes education programs in Taiwan. *J Diab Rsrch Clin Prac*. 1999; 46: 177-182.
- 24 - Kitis Y, Emiroglu On. The effect of home monitoring by public health nurse on individuals diabetes control. *J Appl Nurs Rsrch*. 2006; 19: 134-143.
- 25 - Lee RL, Kim SA, Yoo JW, Kang YK. The present status of diabetes education and the role recognition as a diabetes educator of nurses in korea. *J Diab Rsrch Clin Prac*. 2007; 77s: s199-s204.
- 26 - Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernstrom L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *J Pat Educ Couns*. 2004; 53: 319-324.
- 27 - Sarkadi A, Veg A, Rosengvist U. The influence of participants self perceived role on metabolic outcomes in a diabetes group education program. *J Pat Educ Couns*. 2005; 58: 137-145.
- 28 - Sarkadi A, Rosen Qvist. Study circles at the pharmacy-a new model for diabetes education in groups. *J Pat Educ Couns*. 1999; 37: 89-96.
- 29 - Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad BR, Bru E. Effects of group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *J Pat Edc Couns*. 2004; 53: 299-308.

- 30 - Dale J, Caramlau I, Sturt J, Friede T, Walker R. Telephone Peer-delivered intervention for diabetes motivation and support: The telecare exploratory RCT. *J Pat Educ Couns*. 2009; 75: 91-98.
- 31 - Mollaoglu M, Beyazit E. Influence of diabetes education on patient metabolic control. *J Appl Nurs Rsrch*. 2009; 1-8.
- 32 - Kibria MG, Ali L, Banik NG, Azad khan AK. Home monitoring of blood glucose (HMBG) in type 2 diabetes mellitus in a developing country. *J Diab Rsrch Clin Prac*. 1999; 46: 253-257.
- ۳۳ - صادقیان ح، رجب ا، انوشه م. بررسی تأثیر برنامه‌های بازدید منزل بر کنترل قندخون کودکان دیابتی شهر تهران در سال ۱۳۷۴. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۵.
- ۳۴ - طهماسبی س، غفرانی پور ف، رواقی ک. بررسی تأثیر روش بحث گروهی بر میزان تصویر ذهنی نوجوانان تالاسمی شهرستان شهرکرد در سال ۱۳۷۹. پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه تربیت مدرس، ۱۳۷۹.
- 35 - Joranovic L. Advanced in diabetes for millennium : diabetes in women. *J Medscape Gen Med*. 2004; 6(3): 3.
- 36 - Yun LS, Hassan Y, Aziz NA, Awaisu A, Ghazali R. A comparison of knowledge of diabetes mellitus between patients with diabetes and healthy adults: a survey from north Malaysia. *J Pat Educ Couns*. 2007; 69: 47-54.
- 37 - Al-Adsani AMS, Moussa MAA, Jasem LI. The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adult with type 2 diabetes. *J Diab Metab*. 2009; 35: 121-128.
- ۳۸ - حیدری غ، مسلمی س، منتظری فر ف، حیدری م. تأثیر آموزش رژیم صحیح غذایی بر آگاهی، نگرش و عملکرد افراد دیابتی تیپ ۲. *طبیب شرق* ۱۳۸۱؛ ۴(۴): ۲۰۷-۲۱۳.
- ۳۹ - شریفی‌راد غ، انتظاری م، کامران ع، آزادبخت ل. اثربخشی آموزش تغذیه به بیماران دیابتی نوع ۲: کاربرد مدل اعتقاد بهداشتی. *مجله دیابت و لیپید ایران* ۱۳۸۷؛ ۴(۷): ۳۷۹-۳۸۶.
- ۴۰ - طهماسبی س، غفرانی پور ف، رواقی ک، مقدسی ج، صادق مقدم ل، کاظم نژاد ا. بررسی اثربخشی بحث گروهی بر تصویر ذهنی نوجوانان (۱۸-۱۱ سال) تالاسمیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد* ۱۳۸۴؛ ۴(۷): ۵۷-۵۰.
- 41 - Raty LKA, Soderfeldt BA, Larsson G. The relationship between illness severity, sociodemographic factors, general self concept adolescents with epilepsy. *J Seizure*. 2004; 375: 382.
- 42 - Pek H, Yildirim Z, Akdovan T, Yilmaz S. Self-esteem in Turkish diabetic children. *J Ped Nurs*. 2002; 17: 279-282.
- ۴۳ - مشکى م، غفرانى پور ف، اللهيارى ع. اثربخشی بحث گروهی بر خودپنداشت نوجوانان پسر دبیرستان‌های گناباد. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین* ۱۳۸۰؛ ۱۹: ۱۷.
- ۴۴ - طهماسبی س، غفرانی پور ف، رواقی ک، مقدسی ج، صادق مقدم ل، کاظم نژاد ا. بررسی اثربخشی بحث گروهی بر تصویر ذهنی نوجوانان (۱۸-۱۱ سال) تالاسمیک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد*. ۱۳۸۴؛ ۴(۷): ۵۷-۵۰.
- 45 - Conant KD, Morgan AK, Muzykewicz D. A karate program for improving self concept and quality of life in childhood epilepsy: result of a pilot study. *J Epilep Behave*. 2008; 12: 61-65.

The effect of self care program education by group discussion method on self concept in diabetic adolescent girls referred to Iranian Diabetes Society

Shirazi¹ M (MSc.) - Anosheh² M (Ph.D) - Rajab³ A (MD).

Introduction: Diabetes is a chronic illness which needs the self care behaviors up to the end of life. If this illness attends with adolescence because of the nature and properties of the adolescence creates problems of adapting to the illness and doing self care behaviors for adolescent and his/her family. On the other hand studies have shown that in chronic illnesses such as diabetes, self care interacts with self concept. How ever diabetes adolescents affiliating has problem for self concept and since adolescence the effect of self care on self concept has important value. So this study has been done to assess the effect of self care program with group discussion on self concept of diabetic young girls.

Methods: This research is a semi experimental study has been done in 2008-2009 with 80 diabetic adolescent girls between 15-19 (40 as test group and 40 as evidence group) in Iranian Diabetes Society. After data collection result in pre intervention stage with knowledge, practice and self concept questionnaire and need measuring in each group, self care program was designed and then self care program was discussed in 6 sessions for test group. Then immediately and after one month of intervention again the same questionnaire completed for test and evidence group of diabetic adolescent girls.

Results: Results after data analysis showed that test and evidence group were same for independent sample t test and X^2 test for demographic information (age, height, weight, fathers job...). In test group in comparison among before, immediately after and after one month of intervention there was significant difference in increasing score of knowledge, practice and self concept ($P<0.0001$). But this difference was not significant in evidence group ($P>0.05$) and independent t-test ($P>0.05$) showed no significant difference in knowledge, practice and self concept between test group, and evidence group before intervention. Immediately and after one month of intervention between two groups with independent t-test, was seen significant difference in mean score of knowledge, practice and self concept ($P<0.05$).

Conclusion: Generally results of the research showed that performing the self care program by group discussion was effective in increasing self concept of diabetic adolescent girls and it is suggested that teaching self care behavior by group discussion is used as a effective method to improve self concept in other adolescents with chronic disease.

Key words: Diabetes, adolescent girls, self concept, self care program, group discussion

1 - Nursing Student, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

2 - Corresponding author: Associate Professor, Department of Nursing, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

e-mail: anosheh@modares.ac.ir

3 - Head of Iranian Diabetis Society, Tehran, Iran