

مقایسه تأثیر آموزش خانواده‌محور با فردمحور بر کیفیت زندگی مبتلایان به دیابت نوع ۲

مریم‌سادات کاتبی^۱، آسیه مودی^۲، فائزه دهقان^۳، مینا قلعه‌نوئی^{۴*}

۱. کارشناسی ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۲. دانشجوی دکتری مامایی، مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۳. کارشناسی پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
۴. کارشناسی ارشد مامایی، مربی گروه مامایی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۱۰
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۲۸

زمینه و هدف دیابت یکی از شایع‌ترین بیماری‌های مزمن است که محدودیت‌های زیادی در فعالیت‌های بیمار ایجاد می‌کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش بیمارمحور با خانواده‌محور در کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

مواد و روش‌ها این پژوهش یک بررسی شاهددار تصادفی بود که بر روی ۷۵ بیمار دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان قاین در سال ۱۳۹۵ صورت گرفت. نمونه‌گیری به روش مبتنی بر هدف انجام شد. نمونه‌ها به سه گروه ۲۵ نفری، شامل گروه کنترل، گروه آموزش فردمحور و گروه آموزش خانواده‌محور مبتنی بر الگوی توانمندسازی، تقسیم شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی (SF-36) بود. این پژوهش به روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) و آزمون‌های آماری تی زوجی و کروسکال والیس انجام شد.

یافته‌ها بین ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، مشکل روحی، انرژی و خستگی، مشکل جسمی و همچنین نمره کل کیفیت زندگی در تمام بیماران، قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد ($p = 0/001$). در نمره کل کیفیت زندگی بین سه گروه خانواده‌محور ($p = 0/001$)، فردمحور ($p = 0/001$) و کنترل ($p = 0/001$)، قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد.

نتیجه‌گیری آموزش خانواده‌محور نیز می‌تواند همانند آموزش فردمحور به‌طور مؤثری کیفیت زندگی بیماران دیابتی را بهبود بخشد؛ از این رو باید برای حفظ و بهبود کیفیت زندگی بیماران دیابتی از اعضای خانواده بیماران به‌عنوان عضوی از تیم درمان استفاده شود.

کلیدواژه‌ها:

کیفیت زندگی، دیابت نوع ۲، آموزش خانواده‌محور، آموزش فردمحور، الگوی توانمندسازی.

۱. مقدمه

درصد هزینه مراقبت‌های بهداشتی را در ایالات متحده به خود اختصاص داده است. [۲] سازمان جهانی بهداشت دیابت را اپیدمی نهفته اعلام کرده و از سال ۱۹۹۳م تمام کشورهای جهان را به مقابله با آن فراخوانده است. [۳] کنترل نامناسب آن در نهایت منجر به بیماری قلب و عروق، نوروپاتی، رتینوپاتی،

دیابت مشکل عمده بهداشت عمومی است که به‌سرعت رو به افزایش است و پنجمین علت مرگ‌ومیر جوامع غربی [۱] و چهارمین دلیل شایع مراجعه به پزشک است. این بیماری ۱۵

* نویسنده مسئول: مینا قلعه‌نوئی

نشانی: خراسان رضوی، سبزوار، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، گروه مامایی

تلفن: ۰۳۵۹۴۴۵۳۶۰ - ۴۴۲۲۶۹۵۸

رایانه: minaghalenovi@yahoo.com

شناسه ORCID: 0000-0002-0442-5546

شناسه ORCID نویسنده اول: 0000-0002-6935-4590

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۲۷، شماره ۶، بهمن و اسفند ۱۳۹۸، ص ۷۵۵-۷۶۱
آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانه: journal@medsab.ac.ir
شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

کند. [۱۸] با توجه به ماهیت بیماری دیابت و لزوم خودمراقبتی در بیماران، الگوی توانمندسازی می‌تواند چارچوب مناسبی برای مداخلات در زمینه آموزشی باشد. [۱۹] مسعود علوی و همکاران [۲۷] از نامطلوب بودن کیفیت زندگی در بیماران دیابتی خبر می‌دهد و آموزش به بیماران دیابتی و حمایت از آن‌ها را گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی‌شان می‌داند.

البته برنامه‌های آموزشی برای بیماران مبتلا لزوماً منجر به کنترل موفقیت آن‌ها یا بهبود کنترل متابولیک نمی‌شود. با توجه به ماهیت بیماری و عوارض درازمدت آن، دیابت در زمره اختلالات مزمن دسته‌بندی می‌شود که درمان قطعی ندارد، اما کنترل‌شدنی است. اجرا و استمرار رفتارهای خودمراقبتی توسط بیمار در کنار مشارکت خانواده می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کند یا بروز آن را به عقب بیندازد. [۱۹]

یکی از شیوه‌های مؤثر توانمندسازی بیماران، اجرا با الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است. مراقبت خانواده‌محور یک فلسفه مراقبتی است که اهمیت واحد خانواده را به‌منزله نقطه تمرکز اصلی در تمام مراقبت‌های بهداشتی به‌رسمیت می‌شناسد. آموزش به خانواده در کنترل بیماری و حتی پیشگیری از آن می‌تواند بسیار مفید باشد؛ چراکه ارتباطی قوی بین خانواده و وضعیت سلامت اعضای آن وجود دارد. افراد خصوصاً در بیماری‌های مزمن به اعضای خانواده خود وابسته‌اند و حتی نگرش آن‌ها تحت تأثیر خانواده قرار می‌گیرد. [۲۰] همچنین محیط خانواده نقش مهمی در سازگاری بیماران دیابتی با تغییرات شیوه زندگی جهت کنترل مناسب قند خون و پیشگیری از عوارض دارد. [۲۱] الگوی توانمندسازی خانواده محور در سه بُعد انگیزشی، روان‌شناختی (خودباوری، خودکنترلی، خودکارآمدی) و ویژگی‌های خودمشکل (دانش، نگرش و تهدید درک‌شده) طراحی شده است. در تحقیقات قبلی، نتایج مثبت آموزش براساس الگوی توانمندسازی در بیماران دیابتی مشاهده شده است. [۲۲-۲۳] همچنین تأثیرات مثبت به‌کارگیری این الگو به‌صورت خانواده‌محور در بیماران مبتلا به تالاسمی، مولتیپل اسکلروزیس [۲۴-۲۵] و انفارکتوس میوکارد [۲۶] به‌اثبات رسیده است.

در تحقیق مسرور رودسری و همکاران [۲۶]، در تمام ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معناداری بین قبل و بعد از آموزش وجود داشت؛ اما در برخی مطالعات دیگر فقط در برخی از ابعاد تغییر چشمگیری دیده شد که این اختلاف برخاسته از شیوه زندگی افراد در جوامع مختلف از نظر دستیابی به گروه‌های حمایتی است. در پژوهش قشقایی و همکاران [۲۸]، میانگین همه ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل

نفرورپاتی، پای دیابتی، قطع عضو و افسردگی می‌شود. [۴] دیابت افزون‌بر مرگ‌ومیر زیاد، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی، اجتماعی و مالی بسیاری را به‌همراه دارد. افزایش شدید قند خون، محدودیت‌های غذایی و ورزش، تزریق‌های مکرر انسولین، عوارض اسکلتی - عضلانی، ناتوانی‌های فیزیکی، اختلالات جنسی و مشکلات عروقی، زندگی این بیماران را تحت تأثیر قرار داده است. [۵] از یک سو این بیماران به‌دلیل جدال با بیماری به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی می‌شوند و احساس خوب بودن روحیه اجتماعی آنان تحت تأثیر قرار می‌گیرد و از سوی دیگر بسیاری از آنان احساسات خشم، گناه و ترس را درباره بیماری‌شان گزارش می‌کنند و اغلب انگیزه مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری را ندارند. [۶] افسردگی در بیماران دیابتی سه‌برابر بیماران غیردیابتی است. [۷] مطالعات نشان داده با توجه به شیوع زیاد دیابت و بروز عوارض زودرس و بلندمدت و صرف هزینه گزاف برای درمان عوارض آن، کیفیت زندگی اهمیت ویژه‌ای دارد. [۸-۹]

چنانچه در این بیماران مقوله کیفیت زندگی مطرح و مهم نباشد، چه بسا به ناامیدی، نداشتن انگیزه و کاهش فعالیت‌های اجتماعی آن‌ها منجر شود. تعریف کیفیت زندگی مشکل است؛ زیرا با احساس رضایت و خوشحالی شناسایی می‌شود و با ادراک هر فرد از زندگی خویش مرتبط است. [۱۰] اصلاح کیفیت زندگی نه‌تنها برای بیماران دیابتی سودمند است، بلکه هزینه‌های مراقبت و پزشکی مرتبط با آن‌ها را کاهش می‌دهد. [۱۱] سانچز [۱۲-۱۳] نشان داد که کیفیت زندگی در بیماران دیابتی وابسته به انسولین در سطح پایینی قرار دارد. عوارض دیابت بر کیفیت زندگی فرد اثرات منفی دارد که با مراقبت و کنترل مناسب می‌توان از بروز مشکلات جدی ناشی از آن جلوگیری کرد. [۱۴] با توجه به اینکه هدف مراقبت‌های پرستاری ارتقای کیفیت زندگی بیماران است، در تحقیقات پرستاری برای ارزشیابی اثر درمان و آموزش بر بیماران دیابتی، بررسی کیفیت زندگی مهم تلقی می‌شود. [۱۵] آموزش بیمار نقش مهمی در کنترل دیابت دارد. باوجود این، اغلب بیماران در آن کوتاهی می‌کنند. [۱۶]

بیمار با اجرای رفتارهای خودمراقبتی و استمرار در آن، با مشارکت خانواده‌اش، می‌تواند از عوارض حاد و مزمن بیماری جلوگیری کند یا بروز آن را به‌تعویق اندازد. [۱۷] از همین رو یکی از مؤثرترین عوامل در کیفیت آموزش، انتخاب روش مناسب آموزشی است. از حدود سال ۱۹۹۰م، توانمندسازی از روش‌های آموزش در بیماران تلقی شد. این برنامه آموزشی بیشتر نقش راهنما را برای بیماران و مراقبان بهداشتی ایفا می‌کند.

فردمحور و گروه آموزش خانواده‌محور تقسیم شدند. ابزار گردآوری اطلاعات شامل فرم انتخاب واحد پژوهش، پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک مخصوص بیمار، پرسش‌نامه دموگرافیک عضو فعال خانواده و پرسش‌نامه استاندارد بین‌المللی کیفیت زندگی (SF-36) وار و شریون بود. پرسش‌نامه استاندارد کیفیت زندگی، کیفیت زندگی را در هشت بخش می‌سنجد و دارای ۳۶ سؤال است. هشت بخش آن شامل عملکرد جسمی، مشکل جسمی، مشکل روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت عاطفی، انرژی و خستگی و سلامت عمومی است. هر بخش بین صفر تا ۱۰۰ نمره‌گذاری شد. امتیاز صفر نشان‌دهنده پایین‌ترین سطح و ۱۰۰ نمودار بالاترین سطح کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی به سه دسته نامطلوب (نمرات صفر - ۵۰)، نسبتاً مطلوب (۵۰-۷۵) و مطلوب (بالاتر از ۷۵) دسته‌بندی شد. این پرسش‌نامه در ایران توسط منتظری و همکاران [۲۵] ترجمه شده و اعتبار و پایایی آن به‌اثبات رسیده است. جهت تعیین روایی فرم‌ها و پرسش‌نامه‌های پژوهشگر ساخته، روایی محتوا به‌کار برده شد. در این پژوهش، برای تعیین پایایی از روش محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که میزان آن ۰/۹۴-۰/۶۰ بود.

پرسش‌نامه‌ها در اختیار بیماران قرار گرفت و نحوه تکمیل آن به ایشان توضیح داده شد. به‌منظور یکسان‌سازی پاسخ‌ها در بیماران باسواد و بی‌سواد و همچنین اطمینان از پاسخ‌گویی به تمام سؤالات، طی مصاحبه با هریک از واحدهای پژوهش، پژوهشگر شخصاً سؤالات را برای هریک از آنان قرائت و پاسخ‌ها را دقیقاً در پرسش‌نامه ثبت می‌کرد. در این پژوهش، بیماران در سه گروه کنترل (C)، مداخله‌ای آموزش فردمحور (B) و مداخله‌ای خانواده‌محور (A) به‌صورت تخصیص تصادفی قرار گرفتند. در این پژوهش، از روش پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد؛ به این صورت که بیماران گروه کنترل (C) تحت آموزش پژوهشگر نبودند و صرفاً آموزش‌های روتین مرکز را دریافت کردند؛ آموزش فردمحور برای بیماران گروه B در چهار محور رژیم غذایی، دارودرمانی، فعالیت‌های بدنی و مراقبت از پا انجام گرفت؛ برای بیماران گروه A آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور در چهار محور رژیم غذایی، دارودرمانی، فعالیت بدنی و مراقبت از پا و براساس مراحل الگوی توانمندسازی (درک تهدید، مشکل‌گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی) انجام شد. در مرحله اول (درک تهدید) در جلسه اول، آموزش عضو فعال خانواده به‌منظور حساس‌سازی و افزایش سطح اطلاعات صورت گرفت. در مرحله دوم، مشکل‌گشایی به صورت جلسات بحث گروهی برگزار شد؛ به این صورت که عضو فعال خانواده در این جلسه تحت نظارت پژوهشگر درباره مشکلات بیمارشان و چگونگی رفع آن‌ها به بحث پرداختند که

افزایش یافته بود؛ اما در بررسی مهدی و همکاران [۳۱]، به‌طور متوسط کیفیت زندگی با تبعیت از مراقبت‌ها و درمان‌های دیابتی مرتبط بود نه با سایر موارد. همچنین نتایج واکاوی‌های صادقی و همکاران [۳۲] نشان داد دو گروه از متغیرهای دموگرافیک همگن بودند و بین نمره دانش و میزان هموگلوبین A1C قبل و بعد در گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما در گروه آزمون این تفاوت معنادار بود.

با توجه به کاستی‌هایی در پژوهش در این زمینه و همچنین ضعف‌های آموزش سنتی و نتایج ضدونقیض فعالیت‌های انجام شده درباره مقایسه تأثیر آموزش خانواده‌محور (مبتنی بر الگوی خانواده‌محور) با فردمحور و مشارکت بیماران در فرایند درمان، مطالعه حاضر با هدف مقایسه تأثیر آموزش بیمارمحور با خانواده‌محور در کیفیت زندگی بیماران دیابتی نوع ۲ انجام شد.

۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش یک تحقیق نیمه‌تجربی قبل و بعد است که بر روی ۷۵ بیمار دیابتی نوع ۲ مراجعه‌کننده به کلینیک دیابت شهرستان قاین انجام شد. پس از تصویب طرح و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند و دریافت مجوزهای لازم، به کلینیک دیابت شهرستان قاین مراجعه شد. جامعه پژوهش تمام بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ بود که در کلینیک دیابت شهرستان قاین پرونده پزشکی داشتند. شرایط ورود به مطالعه عبارت بود از: سن بالاتر از ۱۸ سال، تشخیص قطعی بیماری دیابت نوع ۲، سلامت روحی، روانی و مغزی که برای فرد مشکلات یادگیری ایجاد کند، دارا بودن توانایی شرکت در برنامه‌های آموزشی و داشتن پرونده پزشکی در مرکز دیابت. افرادی که به هر دلیلی برای ادامه همکاری در پژوهش رضایت نداشتند، در طی مطالعه با استرس شدیدی (مانند تغییر محل زندگی، تشخیص بیماری مزمن و بستری شدن و...) روبه‌رو شدند، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نکردند و افرادی که در جلسات آموزشی شرکت نکردند، از مطالعه خارج شدند. بیماران واجد شرایط پس از توضیح اهداف پژوهش و کسب رضایت کتبی آگاهانه از آن‌ها و در صورت تمایل وارد مطالعه شدند. به تمامی واحدهای پژوهش درباره محرمانه ماندن اطلاعات پژوهش اطمینان داده شد.

نمونه‌گیری به‌روش مبتنی بر هدف انجام شد. پژوهشگر پس از تصویب در کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی قاین با مراجعه به کلینیک دیابت، ابتدا فهرستی از بیماران تحت پوشش را تهیه و جهت شرکت در مطالعه از آن‌ها به‌صورت تلفنی دعوت کرد. نمونه‌ها به سه گروه ۲۵ نفری شامل گروه کنترل، گروه آموزش

۳. یافته‌های پژوهش

این مطالعه به منظور بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش خانواده‌محور با فردمحور در کیفیت زندگی افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ انجام شد. میانگین سن واحدهای پژوهش در گروه خانواده‌محور 52 ± 15 سال، در گروه فردمحور 52 ± 16 سال و در گروه کنترل 14 ± 51 سال بود. بیشتر افراد متأهل (۸۰ درصد) و درصد کمی مجرد، مطلقه و بیوه بودند. سن بیشترین درصد اعضای فعال خانواده $27-24$ سال بود. $34/66$ درصد از کل نمونه مرد و $65/33$ درصد متعلق به زنان بود. بیشترین بیماران شرکت‌کننده بی‌سواد و کمترین آن‌ها دارای مدرک دیپلم بودند. $89/33$ درصد دارای بیمه بودند و $10/66$ درصد بیمه نداشتند. $34/6$ درصد هم نقش نان‌آور خانواده را داشتند.

در نهایت به یک راه‌حل ختم شد و ضمن اینکه در این مرحله پاره‌ای از مهارت‌های عملی مورد نیاز بیماران به عضو فعال خانواده آموزش داده شد. در مرحله سوم (مشارکت)، از عضو فعال خانواده خواسته شد تا آموزش‌ها را در اختیار سایر اعضای خانواده قرار بدهد. مرحله چهارم (ارزشیابی) به دو صورت فرایند و ارزشیابی نهایی انجام شد: ارزشیابی فرایند طی فرایند مداخله و قبل از شروع هر مرحله با پرسش شفاهی و چک‌لیست‌های محقق‌ساخته درباره مسائل آموزش‌داده‌شده در جلسه قبل صورت گرفت؛ ارزشیابی نهایی نیز به صورت تلفنی یا حضوری، یک ماه پس از مداخله به همین ترتیب انجام شد. پس از کسب اطمینان از صحت ورود اطلاعات به رایانه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز واریانس، تی زوجی و کروسکال والیس انجام شد. در تمام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۹۵ درصد و سطح معناداری $0/05$ در نظر گرفته شده بود.

جدول ۱. مقایسه میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله در سه گروه خانواده‌محور، فردمحور و کنترل

گروه	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	نتایج آزمون تحلیل
خانواده‌محور	89 ± 6	۲۵	واریانس یک‌طرفه
فردمحور	87 ± 13	۲۵	$F=1$
کنترل	85 ± 9	۲۵	$df=2$
مجموع	87 ± 10	۷۵	$p=0/001$

محور، فردمحور و کنترل دارای تفاوت معناداری است ($p = 0/05$).

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی قبل از مداخله در سه گروه خانواده

جدول ۲. مقایسه میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در سه گروه خانواده‌محور، فردمحور و کنترل

گروه	انحراف معیار \pm میانگین	تعداد	نتایج آزمون تحلیل
خانواده‌محور	91 ± 9	۲۵	واریانس یک‌طرفه
فردمحور	90 ± 6	۲۵	$F=1$
کنترل	85 ± 10	۲۵	$df=2$
مجموع	88 ± 8	۷۵	$p=0/001$

جسمی، مشکل جسمی، عملکرد اجتماعی، سلامت عمومی و انرژی و خستگی در سه گروه خانواده‌محور، فردمحور و کنترل دارای تفاوت معناداری است ($p = 0/05$)؛ در حالی که در بُعد سلامت عاطفی تفاوت معناداری وجود نداشت.

طبق نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه، میانگین کیفیت زندگی بعد از مداخله در سه گروه خانواده‌محور، فردمحور و کنترل دارای تفاوت معناداری است ($p = 0/05$). طبق نتایج آزمون کروسکال والیس، میانگین عملکرد

جدول ۳. مقایسه میانگین کل کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در مبتلایان به دیابت نوع ۲

کیفیت زندگی	انحراف معیار	میانگین	تعداد	نتایج آزمون تی زوجی
قبل از مداخله	$10/000$	۸۷	۷۵	$p=0/001$
بعد از مداخله	$8/000$	۸۸	۷۵	$df=64$
تفاوت دو مرحله	$12/000$	$0/000$	۷۵	$t=0/000$

و کنترل دارای تفاوت معناداری است ($p = 0/05$).

نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد میانگین کیفیت زندگی قبل و بعد از مداخله در سه گروه خانواده‌محور، فردمحور

۴. بحث و نتیجه‌گیری

کیفیت زندگی قبل از مداخله، در سه گروه تفاوت معناداری داشت ($p = 0/068$). پس از مداخله بین ابعاد سلامت عمومی، عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، مشکل روحی، انرژی و خستگی، مشکل جسمی و همچنین نمره کل کیفیت زندگی در تمام بیماران، قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری وجود داشت ($p = 0/001$). در پژوهش مسرور رودسری و همکاران با عنوان بررسی تأثیر آموزش خانواده‌محور در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، بین نمرات دو گروه آزمون و کنترل پس از مداخله در تمامی ابعاد کیفیت زندگی اختلاف معناداری وجود داشت ($p = 0/01$). [۲۶]

همچنین در نمره کل کیفیت زندگی بین سه گروه خانواده‌محور، فردمحور و کنترل قبل و بعد از مداخله تفاوت معناداری مشاهده شد ($p = 0/001$). کیفیت زندگی در گروه خانواده‌محور در مقایسه با گروه فردمحور، بعد از مداخله، از سطح بالاتری برخوردار بود.

در دو بُعد درد بدنی و سلامت عاطفی، قبل و بعد از مداخله، تفاوت معناداری به چشم نخورد ($p > 0/05$). این یافته با نتایج تحقیق مسرور رودسری همخوانی نداشت؛ شاید علت این اختلاف شیوه زندگی افراد در جوامع مختلف از نظر دستیابی به گروه‌های حمایتی باشد.

مسعودی و همکاران [۲۷] از کیفیت زندگی نامطلوب در بیماران دیابتی خبر می‌دهند و آموزش به بیماران دیابتی و حمایت از آن‌ها را گامی مؤثر در بهبود کیفیت زندگی آن‌ها می‌دانند.

در مطالعات قشقایی و همکاران [۲۸]، میانگین تمام ابعاد کیفیت زندگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود که با نتایج پژوهش حاضر همخوانی داشت.

همچنین در مقاله حیدری و همکاران [۲۹]، آزمون آماری

پیرسون هم‌بستگی معکوس معناداری را بین حمایت خانواده و متغیرهای سن، جنسیت، وضعیت تأهل، بُعد خانوار و نوع ساختار خانواده نشان داد که نتایج حاکی از آن است حمایت خانواده سبب بهبود کنترل قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ می‌شود. این دستاورد پژوهشی با نتایج تحقیق حاضر که نشان از افزایش سطح کیفیت زندگی در بیماران دیابتی نوع ۲ داشت، سازگار بود.

در تحقیق حاضر، تعدادی از ابعاد کیفیت زندگی بعد از آموزش در مقایسه با قبل از مداخله در گروه خانواده‌محور (مبتنی بر الگوی توانمندسازی) بالاتر از گروه فردمحور بود. با توجه به ماهیت بیماری دیابت و لزوم خودمراقبتی در بیماران، الگوی توانمندسازی می‌تواند چارچوب مناسبی برای مداخلات در زمینه آموزشی باشد. [۱۹] یکی از شیوه‌های مؤثر توانمندسازی بیماران مزمن اجرا با الگوی توانمندسازی خانواده‌محور است. در مطالعات پیشین، نتایج مثبت آموزش براساس الگوی توانمندسازی در بیماران دیابتی مشاهده شده است. [۲۲-۲۳]

با توجه به اینکه هدف مراقبت‌های پرستاری ارتقای کیفیت زندگی بیماران است، در تحقیقات پرستاری برای ارزشیابی اثر درمان بر بیماران دیابتی و آموزش به آن‌ها، بررسی کیفیت زندگی مهم تلقی می‌شود. [۱۵]

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد پرستاری رشته داخلی جراحی در دانشگاه علوم پزشکی سبزواری است. بدین وسیله از مدیریت پژوهشی و تحصیلات تکمیلی دانشگاه علوم پزشکی سبزواری و تمام کارکنان پرستاری بخش‌های بیمارستان های سبزواری که در اجرای این پژوهش همکاری کردند، صمیمانه سپاس‌گزاری می‌شود.

References

- [1]. Azizi F, Hatami H, Ganghorbani M. Epidemiology and control of prevalence diseases in Iran. Tehran: Eshtiaq Press; 1996. (Persian)
- [2]. Falahati Marvast M. A survey about practice of Diabetic Research Centre of Yazd in control of diabetic patients who referred to this Centre [dissertation]. Yazd: Shaheed Sadoughi Medical University of Yazd; 2000. (Persian)
- [3]. Mahdavi Hazavah AR, Delavari AR. A project in prevention and control of diabetes disease. Health deputy of ministry of health, medicine and medical education management centre of diseases; 2004.
- [4]. Brunner and suddarths textbook of medical surgical Nursing 11thed.
- [5]. Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and prediabetes in the United States; 2011. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 1-12.
- [6]. Gregg EW, Beckles GL, Williamson DF, Leveille SG, Langlois JA, Engelgau MM, et al. Diabetes and physical disability among older U.S. adults. Diabetes Care 2000; 23: 1272-7.
- [7]. Polonsky WH. Emotional and quality-of-life aspects of diabetes management. Curr Diab Rep. 2002; 2: 153-9.
- [8]. [8] Phipps. Medical-Surgical Nursing, concept and clinical practice. 5th edition. Mosby; 1996: 225
- [9]. Moghadacian S, Ebrahimi H, Zareh M. Three dimensions of quality of life in diabetic patients referred to the diabetes center. Journal of nursing and midwifery Tabriz. 2008; 10:38-44. (Persian)
- [10]. Sadeghieh Ahary S, Arshi S, Iranpour M, Amini F, Sivahposh H. Type II diabetes on quality of life in diabetic patients. Journal of Ardabil university of medical science. 2008; 8(4): 394-402. (Persian)

- [11]. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an education and ecological approach. 3rd ed. London: Mayfield; 1999.
- [12]. Glasgow RE, Ruggiero L, Eakin EG, Dryfoos J, Chobanian I. Quality of life and associated characteristics in a largenational sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*. 1997; 20 (4): 562- 67.
- [13]. Sanchez J. Quality of life in insulin treated diabetic out patients. *Diabetes care*. 2005; 27; 10-66-10-70.
- [14]. Alavni M, Ghofranipour F, Ahmadi F, Rajab A, Babaei G. Quality of life in patients with diabetic mellitus referred to the diabetes association of Iran. *Behbood J*. 2004; 8(2): 47-56. (Persian)
- [15]. Jaarsma T, Halfens R, Senten M, Abu Saad HH, Dracup K. Developing a supportive-educative programfor patients with advanced heart failure within Orem's general theory of nursing. *NursSciQ*. 1998 Summer; 11(2): 79-85.
- [16]. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosev GM, Jensen B, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diabetes care*. 2009 Jan; 32 Suppl 1: S87-94.
- [17]. Smeltzer S, Bare B, Hinkle J, Cheever K. Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-SurgicalNursing. 11th ed. 2007; Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- [18]. Faulkner M. A measure of patient empowerment in hospital environments catering for olderpeople. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 34(5): 676-686.
- [19]. Funnell M, Anderson R, Arnold M, Barr P, Donnelly M, Johnson P, et al. Empowerment: an ideawhose time has come in diabetes education. *Diabetes Educ*. 1991; 17(1): 37.
- [20]. YoonKH, Kim HS. A short message service by cellular phone in type 2 diabeticpatientfor 12 months. *Diabetes research and clinical practice*. 2008; 79(2): 256-61.
- [21]. Barrera Jr M, Toobert DJ, Angell KL, Glasgow RE, MacKinnon DP. Social support and social ecological resources as mediators of lifestyle intervention effects for type 2 diabetes. *Journal of healthpsychology*. 2006; 11(3): 483-95.
- [22]. Zamamzadeh V, SevyedRasuli E, Jaberzadeh F. The effect ofempowermen progrom educationon self efficacy in diabetic patients in Tabriz university. *Research journal of biological sciences*. 2008; 3(8): 850-5.
- [23]. Tol A, Shojaezadeh D, Sharifirad GFA, Mohajeri Tehrani M. Determination of mpowermentscore in type 2 diabetes patients and its related factors. *J Pak Med Assoc*. 2012; 62(1). (Persian)
- [24]. Allahyari A. The effect of family-centered empowerment model on the quality of life of schoolageb-thalassemic children. master's thesis. Tarbiat Modares university. Tehran. Iran 2006. (Persian)
- [25]. Montazeri A, Gashtasbi A, Veidani Nia M. Translation, determining reliability and validity of the persian type of standard tool SF- 36. *Pavesh*. 2004; 5(1): 49-56. (Persian)
- [26]. Masror Rudsari D, Ashrafi Z, Parsa Yekta Z, Haghani H. Evaluation of quality of life of type ii diabetic patients referring to tehran imam khomeini hospital in the summer of 2012. *Journal of knowledge & health* . 2015; 10(1): 58-63. (Persian)
- [27]. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowermentmodel on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *Journal of Birjand universityof medical sciences*. 2010; 9: 175-82. (Persian)
- [28]. Ghashghaie S, Naziry G, Farnam R. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality-of-life in outpatients with diabetes. *Ijdd*. 2014; 13 (4): 319-30. (Persian)
- [29]. Heidari SH, Noori Tajer M, Hoseini F, Inanlo M, Golgiri F, Shirazi F. Geriatric family support and diabetic type-2 glyvemic control. *Iranian elderly magazine*. 2008; 8(3): 573-80. (Persian)
- [30]. Snoek FJ .Quality of life: A closer look at measuring patients well being. *Diabetes Spectrum*. 2000; 13(4): 24-31.
- [31]. Mohammadi H, Maddah SMB, Mahammadi F. The effectiveness of self-care training on quality of life among elderlies with diabetes . *IJRN*. 2016; 2 (4): 32-9. (Persian)
- [32]. Sadeghi M, Razi S, Nikbakht Nasrabadi A, Ebrahimi H, Kazemnejad A. Comparison of the impact of education based on the empowerrment model and family-center empowerment model on knowledge and metabolic control of patients with type 2 diabetes mellitus. *3 JNE*. 2013; 2 (3): 18-27. (Persian)

Comparing the Effects of Family-Center Education with Person-Center on the Quality of Life in Patient with Type 2 of Diabete

Maryam Sadat katebi¹, Asieh Moodi², Faezeh Dehghan³, Mina Ghalenovi^{4*}

1. MSC. Instructor Department of Midwifery, Birjand University of medical science, Birjand, Iran
2. Ph.D candidate of Midwifery. Department of Midwifery, Birjand University of medical science, Birjand, Iran
3. Nurse, nursing school, Birjand University of medical science, Birjand, Iran
4. MSC. Instructor Department of Midwifery, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran

Abstract

Introduction: Diabetes is one of the most common chronic diseases is the most influential and many restrictions on patients' experiences can create. This study aimed to compare the effect of patient-centered quality of life in patients with type2diabetes were Family-centered.

Methods: This study was a randomized controlled trial of 75 type II diabetic patients who referred to Qaen Diabetes Clinic in order to investigate the effect of family-centered education on the quality of life of diabetic patients. training of family-centered empowerment model-based groups. The instrument of this study was standard quality of life questionnaire(SF-36).This research was done pre and posttest. data analysis using SPSS22statistical software and statistical tests were performed t test and Kruskal.

Results: Between Dimensions (general health, physical functioning, social functioning, emotional problems, vitality, physical problems) as well as the total score quality of life in all patients there was a significant difference between before and after the intervention. (P=0/000) as well as in quality of life scores between the three groups of family-centered (P=0/000), the axis (P=0/000), controls (P=0/000), there is a significant difference before and after the intervention.

Conclusion: family - oriented education as well as individual - oriented education can be effectively the quality of life of diabetes patients from this should improve to maintain and improve the quality of life for the diabetics patients from family members as a member of the team will be used as treatment.

Received: 2018/10/02

Accepted: 2018/10/20

Keywords: Quality of Life, Type II Diabetes, Family-Centered Education, Training, Person-Centered Empowerment.