



# The Effect of Education Based on Family-Centered Empowerment Model on the Self-Care Behaviors of the Women Suffering from Stress Urinary Incontinence

Nadia Kolbadinezhad<sup>1</sup>, Mohsen Hasanpur<sup>2</sup>, Mehdi Mahmudi<sup>1</sup>, Mitra Ayyasi<sup>3,\*</sup>

<sup>1</sup> Instructor, Department of Nursing, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran

<sup>2</sup> Instructor, Department of Nursing, Gonabad Branch, Islamic Azad University, Gonabad, Iran

<sup>3</sup> Instructor, Department of Nursing, Behshahr Branch, Mazandaran University of Medical Sciences, Behshahr, Iran

\* **Corresponding author:** Mitra Ayyasi, Instructor, Department of Nursing, Behshahr Branch, Mazandaran University of Medical Sciences, Behshahr, Iran. E-mail: mayyasi89@yahoo.com

**Received:** 12 Apr 2019

**Accepted:** 22 Jul 2019

## Abstract

**Introduction:** Stress urinary incontinence (SUI) is a common health problem in women which is not revealed to the family most of the times. One of the ways for promoting the health level is taking into account the individuals' level of self-care behaviors which was examined in this study. SO in this study, the impact of family-centered empowerment model on quality of life in women with stress urinary incontinence is discussed.

**Methods:** This study is a randomised clinical trial. Sampling was done through convenience sampling method, the subjects (N=64) were divided into intervention and control groups, using the blocked random method. For the intervention group, the interventions based on family-centered empowerment model which included four stages (perception of threat, problem solving, educational participation and evaluation) were performed using group discussion, representation, and training participation. Research tools included questionnaires of demographic and disease information, and researcher-made questionnaire of self-care behaviors for women with urinary incontinence.

**Results:** The total score of self-care behaviors after intervention was 55.90 in the intervention group and 42.75 in the control group. The independent t-test showed a significant difference after intervention between the two groups ( $P = 0.001$ ).

**Conclusions:** The results of the study indicated that the intervention based on the family-centered empowerment model has been effective in the promotion of the self-care behaviors of the women suffering from the stress urinary incontinence. Therefore, it is suggested that the health team uses this model as an appropriate solution so as to support the non-hospitalized women living in the society and enhance their adjustment with the available conditions.

**Keywords:** Family-Centered Empowerment Model, Stress Urinary Incontinence, Women, Self-Care Behaviors



# تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار

نادیا کلبادی نژاد<sup>۱</sup>، محسن حسن پور<sup>۲</sup>، مهدی محمودی<sup>۱</sup>، میترا ایاسی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup> مربی، گروه پرستاری، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران

<sup>۲</sup> مربی، گروه پرستاری، واحد گناباد، دانشگاه آزاد اسلامی، گناباد، ایران

<sup>۳</sup> مربی، گروه پرستاری، واحد بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهشهر، ایران

\* نویسنده مسئول: میترا ایاسی، مربی، گروه پرستاری، واحد بهشهر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، بهشهر، ایران. ایمیل:

mayyasi89@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۱/۲۳

## چکیده

**مقدمه:** بی‌اختیاری استرسی ادرار یکی از مشکلات شایع بهداشتی زنان می‌باشد که اغلب از خانواده پنهان شده و به دلیل عدم مراجعه و پی‌گیری بیماران به صورت مزمن درآمد و پیامدهای منفی روی جنبه‌های مختلف سلامتی به جا گذاشته است. یکی از راههای ارتقای سطح سلامتی، توجه به سطح رفتارهای خودمراقبتی افراد است. لذا در این مطالعه تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار مورد بررسی قرار گرفته است.

**روش کار:** این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده است. پس از نمونه‌گیری به روش در دسترس، ۶۴ آزمودنی به صورت تصادفی بلوکه چهارتایی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. برای گروه مداخله آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر اساس مراحل چهارگانه (تهدید درک شده، ارتقای خودکارآمدی، عزت نفس و ارزشیابی) از طریق بحث گروهی، نمایش و آموزش مشارکتی اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل فرم‌های اطلاعات جمعیت شناختی و اطلاعات پایه بیماری و همچنین پرسشنامه ارزیابی رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار بود. پرسشنامه‌ها قبل و بعد از مداخله تکمیل و داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و نرم افزار SPSS نسخه بیست آنالیز شدند.

**یافته‌ها:** آزمون‌های آماری نشان داد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر اطلاعات جمعیت شناختی و شدت بی‌اختیاری همسان بودند. بر اساس آزمون تی مستقل میانگین نمره کل رفتارهای خود مراقبتی آزمودنی‌ها قبل از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد ( $P=0/213$ ) اما بعد از مداخله این اختلاف معنی دار بود ( $P<0/001$ ). همچنین میانگین نمره کسب شده از حیطه‌های مختلف رفتارهای خود مراقبتی شامل (کنترل ادرار، بهداشت فردی، رژیم ضد یبوست و اجرای ورزش کف لگن) آزمودنی‌ها قبل از مداخله در دو گروه آزمون و شاهد با آزمون آماری تی مستقل اختلاف آماری معنی داری را نشان نداد، اما بعد از مداخله اختلاف آماری معنی داری مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج مطالعه نشان داد که آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور با تأکید بر خود بیمار و مشارکت اعضای خانواده در ارتقای رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار مؤثر بوده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود تیم بهداشتی درمانی از این الگو به عنوان راه کار مناسب برای حمایت زنان غیر بستری و ساکن در جامعه و تقویت سازگاریشان با شرایط موجود استفاده کنند.

**کلیدواژه‌ها:** الگوی توانمندسازی خانواده محور، بی‌اختیاری استرسی ادرار، زنان، رفتارهای خودمراقبتی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

## مقدمه

کشور ما مورد بررسی قرار نگرفته است [۳]. در ایالات متحده آمریکا هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم این مشکل را حدود ۱۹/۵ میلیارد دلار تخمین زده است [۴]. میزان بروز آن با افزایش سن بیشتر می‌شود

بی‌اختیاری ادراری به عنوان یکی از تظاهرات بالینی ناپایدار مجموعه کف لگن و از مضلّات جدی و شایع بهداشتی و اجتماعی خصوصاً در زنان بالغ می‌باشد [۱، ۲]. متأسفانه بار اقتصادی ناشی از این مشکل در

دهد [۲۶]. خانواده می‌تواند برنامه مراقبتی بیماران را از نظر دارو، تغذیه، فعالیت‌های فیزیکی، انجام آزمایشات روزانه، بررسی علائم مرتبط با بیماری کنترل و حتی در ایجاد تغییر در برنامه بر اساس شرایط جدید بیمار، با همکاری پرسنل سیستم بهداشتی و درمانی مشارکت داشته باشد [۲۷، ۲۸]. این الگو شامل چهار گام تهدید درک شده، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی است که با تأکید بر مؤثر بودن نقش فرد و سایر اعضای خانواده، توسط الحانی در سال ۱۳۸۲ به زبان فارسی ارائه شده است [۲۶]. تا کنون از این الگو در توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله انفارکتوس قلبی، مولتیپل اسکروزیس، دیالیز، تالاسمی و آسم استفاده شده است [۲۹-۳۳] اما به نظر می‌رسد با توجه به پایگاه‌های داده‌های در دسترس، تاکنون مطالعه‌ای مبنی بر استفاده از این الگو جهت توانمندسازی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادراری انجام نشده است. لذا پژوهشگران بر آن شدند با توجه به شرایط خاص این بیماران، اثر اجرای مداخلات رفتاری مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور را بر رفتارهای خود مراقبتی زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار مورد ارزیابی قرار دهند.

### روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده با گروه کنترل که در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران با کد IRCT2013041913064N1 ثبت شده است. جامعه پژوهش، زنان مبتلا به بی‌اختیاری استرسی ادرار تحت پوشش مراکز بهداشتی درمانی شهر گناباد بودند. حجم نمونه در هر گروه بر اساس مطالعه مشابه [۳۴] و فرمول مقایسه میانگین‌ها، با اطمینان ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪، ۱۶ نفر برآورد شد که به منظور کاهش مشکلات احتمالی در فرآیند پژوهش مانند احتمال ریزش نمونه‌ها و همچنین جهت افزایش دقت آماری ۳۲ نفر وارد مطالعه شده است. پس از کسب مجوزهای لازم از مسولین و واحدهای مربوطه و موافقت از سوی کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد (کد اخلاق ۹۲۱۳ ک/الف) و دریافت معرفی نامه از دانشگاه اقدام به نمونه‌گیری شد. ابتدا از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب نمونه‌های مبتلا به بی‌اختیاری ادراری استفاده شد. معیار این انتخاب پاسخ مثبت به سؤالات آیا دچار بی‌اختیاری ادرار (دفع خودبخودی ادرار و بدون کنترل) هستید؟ آیا در مواقع انجام فعالیت، سرفه و عطسه یا خندیدن دچار ریزش ادرار می‌شوید؟ سپس فرم اطلاعات جمعیت شناختی و طبی که شامل شرح مختصر از وضعیت دفع ادرار آنها نیز بود، توسط این افراد تکمیل شد. این فرم تا دستیابی به حجم نمونه لازم (۶۴ نفر) توسط ۱۱۰ نفر در مدت ۲/۵ ماه تکمیل شد. افراد شناسایی شده به عنوان مبتلایان به بی‌اختیاری ادرار در این مرحله توسط پزشک متخصص زنان برای تأیید تشخیص بی‌اختیاری استرسی ادرار و پرولاپس درجه ۱ و ۲، معاینه واژینال می‌شدند و سپس با توجه به سایر معیارهای ورود و خروج از بین این ۱۱۰ نفر، ۶۴ نفر به عنوان نمونه‌های پژوهش انتخاب شدند. معیارهای ورود به این مطالعه شامل دو بخش ویژگی‌های جمعیت شناختی: تمایل بیمار و یکی از اعضای خانواده‌اش به شرکت در پژوهش، سن ۶۰-۲۰ سال، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن و ویژگی‌های مربوط به بیماری شامل: عدم بارداری، گذشت حداقل یک سال از زمان زایمان، داشتن توانایی حرکتی، عدم ابتلا به

که شایع‌ترین انواع آن در زنان به ترتیب بی‌اختیاری استرسی، فوریتی و ترکیبی می‌باشد [۵]. بی‌اختیاری استرسی ادرار به خروج غیر ارادی ادرار از مجرا هنگام سرفه، عطسه، دویدن، راه رفتن، پریدن و یا هر فعالیتی که منجر به افزایش فشار داخل شکمی شود اطلاق می‌گردد [۶-۹]. شیوع این بیماری در زنان قبل از یائسگی ۵۰-۱۵ درصد گزارش شده است. اتیولوژی آن چند فاکتوری و متأثر از عوامل خطر محیطی و ژنتیک است. از جمله عوامل خطر این بیماری می‌توان به افزایش سن، تعداد حاملگی، تعداد و نوع زایمان، اپی زیوتومی، وزن نوزاد، ضعف عضلات کف لگن، چاقی، عدم تحرک، یبوست، مصرف سیگار، جراحی‌های ادراری تناسلی و حتی در دسترس نبودن توالیت یا مراقب بیمار اشاره کرد [۹-۱۲]. بی‌اختیاری ادراری باعث ایجاد مشکلاتی مثل احساس نهم، کثیف شدن لباس، بوی نامطبوع و حساسیت پوستی می‌شود که می‌تواند بر کیفیت زندگی و فعالیت‌های روزانه فرد مبتلا مؤثر باشد [۲، ۳]. در صورت عدم کنترل و درمان این بیماری فرد دچار عفونت‌های ادراری می‌شود که دومین عفونت شایع در بدن می‌باشد [۱۳، ۱۴]. علاوه بر این ممکن است با انزوای اجتماعی به علت نگرانی از بی‌اختیاری ادرار در مکان و زمان نامناسب و شرمساری ناشی از آن همراه شود که به اضطراب، افسردگی و کاهش اعتماد به نفس منجر می‌شود [۱۵-۱۷]. بی‌اختیاری ادراری در زنان مسلمان که به طهارت اعتقاد دارند از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین توانایی فرد را در لذت بردن از فعالیت‌های روزانه، روابط اجتماعی و روابط شخصی محدود می‌کند [۳]. بی‌اختیاری استرسی ادراری اغلب به دلیل عدم مراجعه و پیگیری بیماران به دنبال کمبود آگاهی از وجود درمان و عدم دریافت آموزش‌های لازم بدون تشخیص و گزارش نشده باقی مانده و به صورت مزمن در می‌آید. به گونه‌ای که پیامدهای منفی بر شاخصه‌ها و فعالیت‌های جسمانی، اجتماعی، عاطفی و روانی زنان داشته و حتی فعالیت جنسی آنان را تحت تأثیر قرار داده است [۱۷-۲۱].

روش‌های درمانی موجود بی‌اختیاری ادراری به شیوه‌های مختلف و به صورت درمان‌های محافظه کارانه، دارودرمانی و جراحی می‌باشد [۳، ۱۸، ۲۲]. درمان‌های محافظه کارانه شامل اصلاح شیوه زندگی از جمله چگونگی و زمان مصرف مایعات، رژیم غذایی، شاخص توده بدنی، پیشگیری از یبوست و رفتاردرمانی می‌باشد [۲۲]. رفتاردرمانی شامل آموزش تمرینات بازآموزی مثانه، ورزش‌های عضلات کف لگن، بهداشت فردی و رژیم غذایی است که به عنوان اولین خط درمان محافظه کارانه، توسط پرستاران در مراحل خفیف و متوسط این بیماری و قبل از مداخلات جراحی و دارویی انتخاب می‌شود [۴، ۲۳، ۲۴]. انتخاب یک الگو برای آموزش بهداشت، اولین گام در فرآیند برنامه ریزی هر برنامه آموزش بهداشت است و الگوی مناسب برنامه را در مسیر صحیح نگه می‌دارد [۲۵].

از آنجایی که این بیماری ابعاد اجتماعی، روانی و فیزیولوژیک را در بر می‌گیرد، بنابراین الگوی مورد استفاده باید جامع باشد. یکی از الگوهای پیشنهادی الگوی خودکارآمدی بندورا است. خودکارآمدی به معنای قضاوت شخصی از توانایی انجام یک کار می‌باشد که در مطالعات متعدد بررسی و تأیید شده است [۱۶]. از سوی دیگر الگوی توانمندسازی خانواده محور نیز یکی از الگوهای بهداشتی ایرانی است که مشارکت اعضای خانواده را به عنوان حامیان مددجو خصوصاً در مورد بیماری‌های مزمن که نیازمند مراقبت در منزل می‌باشند مورد تأکید قرار می‌

گام سوم عزت نفس (ارتقای خودباوری): در این مرحله از بیمار خواسته شد که در آموزش به عضو فعال خانواده خود در زمینه شناخت مسائل مرتبط با بی اختیاری ادراری مشارکت کرده و آنان را برای کمک به خودش ترغیب نماید. مطالب بحث شده در جلسات قبلی به صورت پمفلت آموزشی از طریق بیمار به عضو فعال خانواده وی منتقل شد. در واقع بیمار به عنوان یک رابط بهداشتی، نقش آموزش دهنده به سایر اعضای خانواده را بر عهده می‌گیرد و با افزایش قدرت عزت نفس می‌تواند مشکلاتش را با خانواده بازگو کند. همچنین یک جلسه آموزشی برای اعضای فعال خانواده برگزار گردید.

گام چهارم (ارزشیابی): ارزشیابی، در تمامی مراحل مداخله انجام شد. به این ترتیب که مطالب آموزشی جلسه قبلی در جلسه بعدی مورد ارزیابی (پرسش و پاسخ) قرار می‌گرفت. بعد از اینکه پژوهشگر اطمینان حاصل کرد که ۳ گام قبلی را با موفقیت به انجام رسانیده، مدت ۱/۵ ماه به بیمار جهت اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور فرصت داده شد. در این مدت پژوهشگر با تلفن بیماران را از طریق خود آنها و عضو فعال خانواده پی گیری می‌کرد. ارزشیابی نهایی یک و نیم ماه پس از مداخله با تکمیل ابزارهای پژوهش توسط آزمودنی‌ها انجام شد. داده‌های حاصل از پرسشنامه‌ها جمع آوری شد و مورد تجزیه تحلیل آماری قرار گرفت و تأثیر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خود مراقبتی بیمار محاسبه و در هردو گروه مقایسه گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار تحلیلی تی مستقل، تی زوجی و کای اسکور و با کمک نرم افزار SPSS نسخه بیست انجام شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی بیماران گروه مداخله ۴۳/۹۱ و در گروه کنترل ۴۳/۱۹ سال بود که نتیجه آزمون آماری  $t$  مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر سن اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت ( $P=0/742$ ). میانگین تعداد بارداری در گروه مداخله ۳/۹۱ و در گروه کنترل ۳/۱۹ بود که نتیجه آزمون آماری  $t$  مستقل نشان داد بین دو گروه از نظر تعداد بارداری اختلاف آماری معنی داری وجود نداشت و دو گروه از نظر این متغیر همگن بودند ( $P=0/152$ ). یافته‌ها نشان دادند که توزیع سایر متغیرهای جمعیت شناختی از قبیل شاخص توده بدنی، وضعیت تأهل، شغل و سطح تحصیلات در دو گروه آزمون و شاهد یکسان بودند (جدول ۱).

مقایسه میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی و هر یک از رفتارها به تفکیک، قبل و بعد از مداخله در گروه‌های مداخله و کنترل در جدول ۲ نشان داده شده است.

نتایج آزمون تی مستقل قبل از اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد، بین میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی و حیطه‌های مربوطه شامل کنترل ادرار، اجرای ورزش، رژیم غذایی، بهداشت فردی و انجام ورزش کف لگن به طور روزانه تفاوت آماری معنی داری وجود نداشت ( $P>0/05$ ) اما نتایج این آزمون بعد از اجرای الگو در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد، بین میانگین نمره کل رفتارهای خودمراقبتی و حیطه‌های مربوطه تفاوت آماری معنی داری وجود دارد ( $P<0/001$ ) (جدول ۲). مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره کل رفتارهای خودمراقبتی و حیطه‌های آن قبل و بعد از اجرای الگو در

بیماری‌های سیستم عصبی-عضلانی مانند بیماری مولتیپل اسکلروزیس، صدمه نخاعی و ابتلا به بی اختیاری استرسی ادرار و پرولاپس درجه ۱ و ۲ در معاینه واژینال، بدون نیاز به عمل جراحی برای اصلاح بی اختیاری که با تأیید پزشک متخصص زنان بود. معیارهای خروج از مطالعه عدم تمایل و رضایت بیمار و عضو خانواده وی به ادامه همکاری در برنامه توانمندسازی و نیز بروز هر بیماری و شرایط مؤثر بر بی اختیاری استرسی ادراری مانند حاملگی بود. ابزارهای بکار رفته در این پژوهش عبارت بودند از: الف) فرم مشخصات جمعیت شناختی و طبی که سولاتی در خصوص وضعیت بی‌اختیاری ادرار بر اساس منابع و مقالات معتبر [۸، ۹، ۳۴] و نظرات همکار متخصص زنان و زایمان و اورولوژی نیز در آن لحاظ شده و توسط اعضای هیات علمی دانشگاه نیز روایی محتوای آن نیز تأیید شده بود.

ب) پرسشنامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی یک پرسشنامه پژوهشگر ساخته مرتبط با بی اختیاری شامل ۱۸ سؤال ۴ گزینه‌ای (همیشه، گاهی، به ندرت و هرگز) که به ترتیب از راست به چپ نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ به هر یک تعلق می‌گرفت. طبقه بندی امتیازات به دست آمده از پرسشنامه به صورت خیلی پایین (۳۵-۱۸)، پایین (۵۴-۳۶)، خوب (۶۳-۵۵) و خیلی خوب (۷۲-۶۴) بود. سولات این پرسشنامه در برگیرنده اقدامات کنترلی ادراری، اجرای ورزش عضلات کف لگن، رعایت اصول بهداشت فردی و رژیم غذایی مناسب بود. روایی ابزار با استفاده از روایی محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ تعیین شد. پس از ارائه توضیحات در مورد پژوهش و اخذ رضایت کتبی از بیماران، به روش تخصیص تصادفی بلوکه چهارتایی در دو گروه مداخله و کنترل انتخاب شدند. قبل از مداخله ابزارهای پژوهش (پیش آزمون) توسط نمونه‌ها تکمیل شدند. سپس الگوی توانمندسازی خانواده محور به صورت گروهی در دو گروه ۱۶ نفره و در طی چهار جلسه یک ساعته مجموعاً ۸ جلسه برای گروه مداخله به همراه عضو فعال خانواده و بر اساس گام‌های الگو به ترتیب زیر اجرا شد، در حالی که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد.

گام اول (درک تهدید): در این مرحله ابتدا گروه مداخله به دو گروه ۱۶ نفره تقسیم شد. سپس با استفاده از یک جلسه آموزشی برای هر گروه در مورد فرایند بیماری، شدت عوارض و خطرات آنها و نیز وضعیت فعلی خودشان، فرآیند درمان و رفتارهای مؤثر بر پیشگیری و عود بیماری به روش سخنرانی، پرسش و پاسخ و به زبان ساده توضیح داده شد.

گام دوم ارتقای خودکارآمدی (مشکل گشایی): که طی ۲ جلسه یک ساعته برای هر گروه ۱۶ نفره به روش حل مساله، بحث گروهی و با نمایش اسلاید انجام شد. در این جلسات بیماران در ارتباط با مشکلات ناشی از بیماری (مانند احساس نم، کثیف شدن لباس، بوی نامطبوع و حساسیت پوستی، عفونت ادراری، ترس از حضور در اجتماع، نگرانی از رابطه جنسی با همسر) با یکدیگر و تحت نظر پژوهشگر، با ذکر مثال‌های عینی از وضعیت خودشان و اینکه برای بهبود مشکل تا کنون چه اقدامی انجام داده‌اند، بحث و گفتگو می‌کردند. به این ترتیب در انتخاب راه حل‌ها عملاً مشارکت می‌کردند و در نهایت پژوهشگر ضمن جمع بندی گفتگوها راه حل مناسب را ارائه می‌داد. همچنین در این مرحله مهارتهایی شامل نحوه رعایت بهداشت فردی، انقباض عضلات کف لگن، تغذیه مناسب برای پیشگیری از یبوست که بر شدت بی اختیاری مؤثر است و موارد مربوط به کنترل بی اختیاری آموزش داده شد.

یافته‌ها نشان داد مداخلات مبتنی بر الگو، درصد بروز بی اختیاری استرسی ادرار را در وضعیت‌های مختلف (هنگام عطسه و سرفه، خندیدن و گریه کردن، قبل از رسیدن به دستشویی، بلندکردن اجسام سنگین و فعالیت‌های شدید) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل کاهش داده است (جدول ۳).

دو گروه مداخله و کنترل نشان داد که سطح رفتارهای خودمراقبتی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل افزایش یافته بود و همچنین بر اساس آزمون تی زوجی اختلاف معنی داری قبل و بعد از مداخله در گروه مداخله مشاهده شد ( $P < 0/01$ ) ولی در گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد ( $P > 0/05$ ) (جدول ۲). سایر

جدول ۱: مقایسه مشخصات جمعیت شناختی در دو گروه مداخله و کنترل

شاخص	گروه مداخله		گروه کنترل		نتیجه آزمون
	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	
سن (سال)					تی مستقل ( $P = 0/742$ )
۲۰-۴۰	۱۰	۳۱/۲	۱۱	۳۴/۴	
۴۰-۶۰	۲۲	۶۸/۸	۲۱	۶۵/۶	
شاخص توده بدنی (کیلوگرم بر مترمربع)					مجذور کای ( $P = 0/318$ )
۱۷-۲۵	۵	۱۵/۶	۸	۲۵	
۲۵-۳۰	۲۱	۶۵/۶	۱۵	۴۶/۹	
۳۰-۳۵	۶	۱۸/۸	۹	۲۸/۱	
تعداد حاملگی					تی مستقل ( $P = 0/152$ )
۰-۶	۲۵	۷۸/۱	۲۷	۸۴/۳	
۶-۱۲	۷	۲۱/۹	۵	۱۵/۷	
وضعیت تأهل					دقیق فیشر ( $P = 0/238$ )
متأهل	۲۹	۹۰/۶	۳۲	۰	
بیوه (همسر فوت شده)	۳	۹/۴	۰	۰	
سطح تحصیلات					مجذور کای ( $P = 0/206$ )
ابتدایی	۱۵	۴۶/۹	۱۰	۳۱/۳	
راهنمایی	۶	۱۸/۸	۶	۱۸/۸	
متوسطه	۶	۱۸/۸	۱۴	۴۳/۸	
دانشگاهی					دقیق فیشر ( $P = 0/708$ )
شغل					
خانه دار	۲۷	۸۴/۴	۲۹	۹۰/۶	
کارمند	۵	۱۵/۶	۳	۹/۴	

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره رفتارهای خودمراقبتی قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

متغیر / گروه	مداخله		کنترل	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
نمره کل رفتارهای خود مراقبتی	۷/۱۹ ± ۴۴/۸۴	۵۵/۹۰ ± ۴/۷۴	۴۲/۶۵ ± ۵/۳۸	۴۲/۷۵ ± ۵/۳۸
کنترل ادرار	۲۲/۵ ± ۴/۴۲	۳۲/۴ ± ۳/۲۸	۲۱/۷۵ ± ۳/۹۹	۲۱/۵ ± ۳/۵۶
اجرای ورزش	۳/۷۵ ± ۱/۳۴	۶/۴۳ ± ۱/۰۴	۴/۰۶ ± ۱/۰۴	۴/۰۳ ± ۱/۰۳
بهداشت فردی	۹/۹۶ ± ۲/۳۰	۱۳/۰۳ ± ۱/۷۱	۹/۱۲ ± ۲/۶۳	۹/۱۸ ± ۲/۳۶
رژیم غذایی	۶/۰۰ ± ۱/۸۱	۸/۵۶ ± ۱/۴۱	۶/۷۱ ± ۱/۸۵	۷/۰۳ ± ۱/۳۵
انجام ورزش کف لگن به طور روزانه	۰/۹۴ ± ۱/۹۸	۳۰/۰۰ ± ۱۴/۲۵	۰/۷۸ ± ۱/۸۴	۱/۰۹ ± ۲/۱۰

جدول ۳: مقایسه "وضعیت‌های بروز بی اختیاری استرسی ادراری" قبل و بعد از مداخله در دو گروه مداخله و کنترل

وضعیت‌های بروز بی اختیاری ادراری	گروه مداخله		گروه کنترل	
	قبل از مداخله	بعد از مداخله	قبل از مداخله	بعد از مداخله
سرفه و عطسه کردن	۲۹	۹۰/۶	۲۸	۸۷/۵
خندیدن و گریه کردن	۲۳	۷۱/۹	۲۰	۶۲/۵
قبل از رسیدن به دستشویی	۱۱	۳۴/۴	۴	۱۲
بلندکردن اجسام سنگین و فعالیت‌های شدید	۱۷	۵۳/۱	۱۱	۳۴/۴

در انجام رفتارهای خود مراقبتی اصل مهم و ضروری معرفی می‌کنند، لذا لزوم ارزیابی مشارکت خانواده این بیماران را در تدابیر پرستاری توصیه می‌نمایند [۳۸]. نوردوس و همکاران نیز در پژوهش خود بر روی بیماران مبتلا به سرطان پروستات به این نتیجه رسیدند که آموزش به بیمار در مورد بیماری، درمان و رفتارهای خودمراقبتی با مشارکت همسر، منجر به افزایش کیفیت زندگی این بیماران، ارتقای ارتباط مؤثر بین زن و شوهر، کاهش ناامیدی و نگرش منفی نسبت به بیماری می‌شود [۳۹]. همچنین اگر چه محققین مداخلات خانواده محور مشابه بر روی بیماری بی اختیاری استرسی ادراری را نیافتند اما مطالعاتی وجود داشت که اثر قابل توجه مداخلات خانواده محور را بر ارتقای کیفیت زندگی، دانش، عزت نفس و توان خودمراقبتی سایر بیماران نشان می‌داد [۳۰، ۳۲، ۴۰، ۴۱]. نتایج این مطالعات با پژوهش حاضر در ارتباط با تأثیر مثبت مشارکت خانواده همسو است. بر اساس مطالعه هالپر، خانواده اغلب حامی بیماران مزمن است و اگر برنامه‌هایی با رویکرد خانواده محور به بررسی و کنترل مشکلات بپردازند اثر بخشی برنامه‌ها و جامعیت و پویایی آن مؤثرتر خواهد بود [۴۲].

جمع آوری داده‌ها به صورت خودگزارشی، نداشتن گروه مداخله دوم بدون مشارکت خانواده برای مقایسه میزان تأثیر این الگو و نیز طراحی برنامه در حداقل زمان ممکن از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشند.

### نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد، اجرای روشهای آموزشی مبتنی بر توانمندسازی، که با مشارکت و محوریت بیمار و خانواده او انجام می‌شود، می‌تواند نقش مهمی را در اتخاذ رفتارهای صحیح بهداشتی و کسب استقلال بیماران مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری، در امر مراقبت از خود ایفا کند. لذا در میان الگوهای متعدد بهداشتی، کاربرد الگوی بهداشتی توانمندسازی خانواده محور برای ارائه مداخلات رفتاری به عنوان اولین سطح مداخله پیش بینی شده در اصلاح بی اختیاری ادراری استرسی توسط پرستاران، برای ارتقای سطح کیفیت زندگی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری غیر بستری و ساکن در جامعه پیشنهاد می‌شود.

### سپاسگزاری

این مقاله حاصل از پایان نامه کارشناسی ارشد پرستاری دانشگاه علوم پزشکی گناباد است. بدینوسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد و تمامی بیماران عزیز و خانواده محترمشان که در مطالعه شرکت نمودند و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی شهر گناباد، به واسطه همکاری‌های بی‌دریغشان تشکر و قدردانی می‌شود.

### References

1. Dehghan Manshadi F, Parnianpour M, Sarrafzadeh J, Ghanbari Z, Azghani M. Standing Pelvic Postures and Continence Ultrasonic Parameters in Women with and without Stress Urinary Incontinence. J Res Rehabil Sci. 2013.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده تأثیر مثبت اجرای الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی زنان مبتلا به بی اختیاری استرسی ادراری بود. در یافته‌های حاصل از پژوهش قطبی و همکاران در مورد تعیین تأثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو نیز نتایج مشابه بدست آمد و حاکی از ارتقای رفتارهای خودمراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو شده است [۲۸]. براساس یافته‌ها و شواهد بدست آمده در مطالعه حاضر، وجه اشتراک این دو مطالعه بکارگیری رویکردی مشترک (آموزش‌های مبتنی بر توانمندسازی خانواده محور) در جهت اتخاذ رفتارهای صحیح بهداشتی می‌باشد. بدین معنی که آموزش رفتارهای خودمراقبتی مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور همراه با مشارکت فعالانه بیمار و اعضای خانواده در بهبود سطح رفتارهای خودمراقبتی این بیماران مؤثر بوده است.

نتایج مطالعه تاننوم و همکاران نشان داد که آموزش کنترل ادرار و خودمدیریتی مبتنی بر شواهد منجر به بهبود علایم بی اختیاری ادراری، ارتقای سطح دانش و اصلاح رفتارهای بهداشتی در زنان سالمند مبتلا به بی اختیاری ادراری گردید [۳۵] که همسو با نتایج مطالعه حاضر است. دلیل تشابه نتایج، می‌تواند ماهیت مشابه تکنیک آموزشی در دو مطالعه باشد.

شاهعلی و همکاران در یک کارآزمایی بالینی گزارش کردند که با انجام ورزش‌های کف لگن بروز بی اختیاری استرسی ادراری بدنال سرفه، عطسه، خنده و یا انجام فعالیت‌های شدید کاهش یافته و عملکردهای اجتماعی، روانی و فیزیکی زنان نیز بهبود یافته است [۳۴] که این نتایج با نتایج مطالعه ما همخوانی دارد.

هیتر و همکاران در مطالعه‌ای که اثر مداخله پرستار محور را در بیماران مبتلا به بی اختیاری ادراری سنجیده‌اند، به این نتیجه دست یافتند که در دسترس قرار گرفتن یک پرستار بصورت حضوری برای رفع نیازهای آموزشی و بهداشتی منجر به بهبود شدت بی اختیاری ادراری در بیماران شده بود [۳۶] همچنین کیم در مطالعه خود با به کارگیری مداخله مبتنی بر توانمندسازی، با ارائه یک برنامه مدون در خصوص چگونگی انجام تمرینات لگنی و پی‌گیری تلفنی اجرای آن توسط پرستار منجر به تداوم انجام ورزش‌ها و افزایش تعداد دفعات انجام آن به طور روزانه در بیماران گروه آزمون شده بود [۳۷] نتایج این دو مطالعه با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد با این تفاوت که در پژوهش ما برنامه پی‌گیری به صورت غیرمستقیم از طریق پرستاران و به واسطه عضو فعال خانواده انجام می‌شد. میزان تأثیر این دو نوع برنامه، هزینه و فایده آن نیاز به مطالعات بیشتر دارد.

آلبرتو و کارا کاسیکسی در مطالعه خود، حمایت خانواده را در بهبود اعتماد به نفس بیماران مبتلا به بیماری ریوی مزمن و ارتقا توانایی وی

2. Farznmehr A, Moezzi A, Koohpayezadeh J. A Combination Training of Pelvic Floor Muscles and Core Muscles in Improvement of Stress Urinary Incontinence. Razi J Med Sci. 2013;20(109).
3. Kheiri L, Afshari P, Goharpey S, Mousapour A. Effect of kegel exercise and interferential current in treatment



- women with stress urinary incontinence. *Jundishapur Sci Med J*. 2011;10(5):527-34.
4. Faiena I, Patel N, Parihar JS, Calabrese M, Tunuguntla H. Conservative Management of Urinary Incontinence in Women. *Rev Urol*. 2015;17(3):129-39. [pmid: 26543427](#)
  5. Jokhio AH, Rizvi RM, Rizvi J, MacArthur C. Urinary incontinence in women in rural Pakistan: prevalence, severity, associated factors and impact on life. *BJOG*. 2013;120(2):180-6. [doi: 10.1111/1471-0528.12074](#) [pmid: 23240797](#)
  6. Trantafylidis SC-A. Impact of urinary incontinence on quality of life. *Pelvipereineology*. 2009;28(28):51-3.
  7. Lamiiian M, Shagerd Hadad M, Gashtasbi A, Masoomi R. Comparison of surgical and medical therapy on quality of life in women with urinary incontinence. *Payesh J*. 2010;10(4):530-23.
  8. Brunner LS. *Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing*; Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
  9. Keshavarzi F, Nankali A, Fakheri T, Jalilian N, Rezaie M, Mohammadi N, et al. Comparison of stress urinary incontinence four months after normal vaginal delivery and elective cesarean section. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility*. 2015;18(148):1-7.
  10. Fritel X, Ringa V, Quiboeuf E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause: a review of epidemiological and pathophysiological findings. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(8):901-10. [doi: 10.1111/j.1600-0412.2012.01419.x](#) [pmid: 22497363](#)
  11. Phelan S, Kanaya AM, Subak LL, Hogan PE, Espeland MA, Wing RR, et al. Prevalence and risk factors for urinary incontinence in overweight and obese diabetic women: action for health in diabetes (look ahead) study. *Diabetes Care*. 2009;32(8):1391-7. [doi: 10.2337/dc09-0516](#) [pmid: 19487639](#)
  12. Zhu L, Lang J, Liu C, Han S, Huang J, Li X. The epidemiological study of women with urinary incontinence and risk factors for stress urinary incontinence in China. *Menopause*. 2009;16(4):831-6. [doi: 10.1097/gme.0b013e3181967b5d](#) [pmid: 19240656](#)
  13. Jackson MA. Evidence-based practice for evaluation and management of female urinary tract infection. *Urol Nurs*. 2007;27(2):133-6. [pmid: 17494453](#)
  14. Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med*. 2007;23(3):585-94, vii. [doi: 10.1016/j.cger.2007.03.001](#) [pmid: 17631235](#)
  15. Cheater FM, Baker R, Gillies C, Wailoo A, Spiers N, Reddish S, et al. The nature and impact of urinary incontinence experienced by patients receiving community nursing services: a cross-sectional cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2008;45(3):339-51. [doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.09.006](#) [pmid: 17178120](#)
  16. Broome BA. The impact of urinary incontinence on self-efficacy and quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:35. [doi: 10.1186/1477-7525-1-35](#) [pmid: 12969511](#)
  17. Smeltzer S, Bir B, Hinkel J, Cheever K. *Kidney and urinary tract*. Tehran: Jamenegar-salemi; 2010.
  18. Berek JS, Hillard PJA. *Gynecology* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin; 2012.
  19. Cardozo L. Pharmacotherapy in Stress and Mixed Incontinence. *Euro Urol Suppl*. 2006;5(16):854-9. [doi: 10.1016/j.eursup.2006.07.003](#)
  20. Culligan PJ, Heit M. Urinary incontinence in women: evaluation and management. *Am Fam Physician*. 2000;62(11):2433-44, 47, 52. [pmid: 11130230](#)
  21. Subak LL, Brubaker L, Chai TC, Creasman JM, Diokno AC, Goode PS, et al. High costs of urinary incontinence among women electing surgery to treat stress incontinence. *Obstet Gynecol*. 2008;111(4):899-907. [doi: 10.1097/AOG.0b013e31816a1e12](#) [pmid: 18378749](#)
  22. Shaw C, Das Gupta R, Williams KS, Assassa RP, McGrother C. A survey of help-seeking and treatment provision in women with stress urinary incontinence. *BJU Int*. 2006;97(4):752-7. [doi: 10.1111/j.1464-410X.2006.06071.x](#) [pmid: 16536767](#)
  23. Borello-France D, Burgio KL, Goode PS, Ye W, Weidner AC, Lukacz ES, et al. Adherence to behavioral interventions for stress incontinence: rates, barriers, and predictors. *Phys Ther*. 2013;93(6):757-73. [doi: 10.2522/ptj.20120072](#) [pmid: 23431210](#)
  24. Wyman JF, Burgio KL, Newman DK. Practical aspects of lifestyle modifications and behavioural interventions in the treatment of overactive bladder and urgency urinary incontinence. *Int J Clin Pract*. 2009;63(8):1177-91. [doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02078.x](#) [pmid: 19575724](#)
  25. Safarzadez S, Behboodi Moghaddam Z, Saffari M. The impact of education on performing postpartum exercise based on health belief model. *Med J Mashhad Univ Med Sci*. 2014;57(6):776-84.
  26. Alhani F. *Design and evaluation of the family-oriented prevention of iron deficiency Anemia*. Tehran: Tarbiyat Modarres University; 2003.
  27. Rosland A-M. *Sharing the care: the role of family in chronic illness*. Oakland, California: California Healthcare Foundation; 2009.
  28. Ghotbi T. *The Effect of education of self care behaviors based on family-centered empowerment model on self-care behaviors in patients with type 2 diabetes in Lamerd 2012*: Tehran, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2013.
  29. Vahedian Azimi A, Alhani F, Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. *Iran J Crit Care Nurs*. 2010;2(4):1-2.
  30. Teymouri F, Alhani F, Kazemnejad A. The effect of family-centered empowerment model on the Quality of life of school-age asthma children. *Iranian J Nurs Res*. 2011;6(20):52-63.
  31. Davarpanah M, Fayazi S, Shariati A, Mirhosseini SD. The Effect of Family-Centered Empowerment Model on the Quality of Life of Patients with Leukemia. *Jundishapur J Chronic Dis Care*. 2017;6(1).
  32. Masoodi R, Alhani F, Moghadassi J, Ghorbani M. The effect of family-centered empowerment model on skill, attitude, and knowledge of multiple sclerosis caregivers. *J Birjand Univ Med Sci*. 2010;17(2):87-97.

33. Borhani F, Najafi MK, Rabori ED, Sabzevari S. The effect of family-centered empowerment model on quality of life of school-aged children with thalassemia major. *Iranian J Nurs Midwifery Res.* 2011;16(4):292.
34. Shahali S, Kashanian M, Azari A, Salehi R. Effects of pelvic floor muscle exercises on quality of life outcomes in women with stress urinary incontinence. *Med J Islamic Repub Iran* 2010;24(3):159-62.
35. Tannenbaum C, Agnew R, Benedetti A, Thomas D, van den Heuvel E. Effectiveness of continence promotion for older women via community organisations: a cluster randomised trial. *BMJ Open.* 2013;3(12):e004135. doi: [10.1136/bmjopen-2013-004135](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004135) pmid: [24334159](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24334159/)
36. Albers-Heitner PC, Lagro-Janssen TA, Joore MM, Berghmans BL, Nieman FF, Venema PP, et al. Effectiveness of involving a nurse specialist for patients with urinary incontinence in primary care: results of a pragmatic multicentre randomised controlled trial. *Int J Clin Pract.* 2011;65(6):705-12. doi: [10.1111/j.1742-1241.2011.02652.x](https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2011.02652.x) pmid: [21564445](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21564445/)
37. Kim JI. Continence efficacy intervention program for community residing women with stress urinary incontinence in Japan. *Public Health Nurs.* 2001;18(1):64-72. doi: [10.1046/j.1525-1446.2001.00064.x](https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00064.x) pmid: [11251875](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11251875/)
38. Kara Kasikci M, Alberto J. Family support, perceived self-efficacy and self-care behaviour of Turkish patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Clin Nurs.* 2007;16(8):1468-78. doi: [10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01782.x) pmid: [17655535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17655535/)
39. Northouse LL, Mood DW, Schafenacker A, Montie JE, Sandler HM, Forman JD, et al. Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer.* 2007;110(12):2809-18. doi: [10.1002/cncr.23114](https://doi.org/10.1002/cncr.23114) pmid: [17999405](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17999405/)
40. Rabiei L, Mostafavi F, Masoudi R, Hassanzadeh A. Effects of family-centered interventions on empowerment of the elderly. *Health Syst Res.* 2012;8(24).
41. Sanaie N, Nejati S, Zolfaghari M, Alhani F, KazemNejad A. The effect of family-centered empowerment in self efficacy and self esteem in patients undergoing coronary bypass graft surgery. *J Res Dev Nurs Midwifery.* 2013(2):44-53.
42. Halper J. The Evolving Role of the Nurse in the Treatment of Multiple Sclerosis. *J Neurosci Nurs.* 2009;41(4):E1-E13. doi: [10.1097/JNN.0b013e3181ac3a95](https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e3181ac3a95)