



Effect of the Intervention based on Partnership Care Model on Self-Concept Promotion in Patients with Type II Diabetes

ARTICLE INFO

Article Type

Original Research

Authors

Sajjadi M.¹ PhD,
Tavakolizadeh J.² PhD,
Heidary Marghzar M.* MSc

How to cite this article

Sajjadi M, Tavakolizadeh J, Heidary Marghzar M. Effect of the Intervention based on Partnership Care Model on Self-Concept Promotion in Patients with Type II Diabetes. *Horizon of Medical Sciences*. 2017;23(1):41-47.

*Student Research Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

¹Medical-Surgical Nursing Department, Nursing & Midwifery School, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

²Basic Medicine Department, Medicine School, Gonabad University of Medical Sciences, Gonabad, Iran

Correspondence

Address: Student Research Committee, Gonabad University of Medical Sciences, Near the Asian Road, Gonabad, Iran

Phone: +98 (51) 3821751

Fax: -

heidarymarghzar@gmail.com

Article History

Received: March 3, 2016

Accepted: October 16, 2016

ePublished: January 19, 2017

ABSTRACT

Aims As a chronic worldwide spreading disease, diabetes negatively affects the persons' self-concept. Since self-concept plays an important role in daily life, it should be under consideration especially in the patients with chronic diseases. The aim of the study was to determine the effects of the partnership-care model intervention on self-concept enhancement in persons with type II diabetes.

Materials & Methods In the controlled randomized clinical trial, 60 patients with type II diabetes referred to Imam Zaman Hospital were studied in Mashhad in 2015. The subjects, selected via available sampling method, were divided into two groups including control and experimental groups. Data was collected using a three-section questionnaire including demographic information, the disease information, and Beck self-concept test sections. The self-concept of the subjects having been determined, seven 90-minute partnership-care intervention sessions were conducted in experimental group. Then, the self-concept was measured in both groups. Data was analyzed by SPSS 20 software using paired T, independent T, and Chi-square tests.

Findings Before and after the intervention, the mean self-concept scores were not significantly different in control group ($p=0.066$). However, the difference was significant in experimental group ($p<0.001$). In addition, the mean scores of control and experimental groups were not significantly different before the intervention ($p=0.537$). Nevertheless, the mean self-concept scores of the groups were significantly different after the intervention ($p<0.001$).

Conclusion The intervention based on the partnership care model enhances the self-concept in patients with type II diabetes.

Keywords Partnership Care Model; Self-Concept; Diabetes Mellitus, Type 2

CITATION LINKS

[1] Diagnosis and classification of ... [2] The effect of complications of type ... [3] Global and societal ... [4] Lifestyle modifications and erectile dysfunction: What can be expected? ... [5] World Health ... [6] The effect of education intervention on quality of life of diabetic patients' type 2 referee to ... [7] Racial disparities in the treatment of depression in low-income persons with ... [8] Nursing education: Current themes, puzzles and ... [9] Effect of a physical fitness program on physical self-concept and physical fitness elements in primary school ... [10] Quality of life in vitiligo patients: A report from Razi Referral University Hospital in ... [11] The association between adult attachment style and delusional-like experiences in a community sample of ... [12] Identifying the fundamental of care within Cochrane Systematic reviews: the role of ... [13] Metabolic control in adolescent girls: Links to relationality and the female sense of ... [14] Physical activity practice, body image and visual impairment: A comparison between ... [15] Partnership caring: a theory of high blood pressure control ... [16] The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for ... [17] Comprehensive system of empowering people to take care of your ... [18] Effect of using partnership care model on quality of life in coronary artery disease ... [19] The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with ... [20] Study of the effect of partnership care model on the quality of life in ... [21] The effect of partnership care model on ... [22] Effect assessment of applying the partnership care ... [23] A Survey of the effect of partnership care model on ... [24] Impact of Quality of Life Education on ... [25] Beck self-concept ... [26] The relationship between ... [27] Impact of comorbid panic and ... [28] Effect of using collaborative model of care on quality of life of ... [29] Coping Styles and Quality of Life in Patients With ...

تاثیر مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو

موسی سجادی PhD

گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

جهانشیر توکلی زاده PhD

گروه علوم پایه، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

مهدی حیدری مرغزار MSc

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی گناباد، گناباد، ایران

چکیده

اهداف: دیابت، بیماری مزمن در حال گسترش در سطح جهان است که بر خودپنداره افراد تاثیر منفی می‌گذارد. خودپنداره در زندگی روزمره انسان نقش مهمی ایفا می‌کند و توجه به آن، خصوصاً در مبتلایان به بیماری‌های مزمن، اهمیت بسزایی دارد. هدف این مطالعه، تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی‌شده در سال ۱۳۹۴، تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان امام زمان^(ع) شهر مشهد به‌روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه‌ای متشکل از سه بخش: اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط به بیماری و پرسش‌نامه خودپنداره بک بود. ابتدا خودپنداره افراد دو گروه تعیین شد. سپس برای گروه آزمون مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی طی ۷ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد و در انتها مجدداً خودپنداره دو گروه اندازه‌گیری شد. داده‌ها به‌کمک نرم‌افزار SPSS 20 توسط آزمون‌های T زوجی، T مستقل و مجذور کای تحلیل شدند.

یافته‌ها: میانگین نمرات خودپنداره قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف معنی‌دار نداشت ($p=0/066$)، اما در گروه آزمون این اختلاف معنی‌دار بود ($p<0/001$). همچنین بین دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/537$)، اما بعد از مداخله میانگین نمرات خودپنداره بین دو گروه اختلاف معنی‌دار نشان داد ($p<0/001$).

نتیجه‌گیری: مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی باعث ارتقای خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

کلیدواژه‌ها: مدل مراقبت مشارکتی، خودپنداره، دیابت نوع دو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۷/۲۵

*نویسنده مسئول: heidarymarghar@gmail.com

مقدمه

دیابت ملیتوس از بیماری‌های متابولیک است که با هایپرگلیسمی مشخص می‌شود و در نتیجه کمبود ترشح انسولین، نقص در عملکرد آن یا هر دو به‌وجود می‌آید^[1]. این بیماری که از آن به‌عنوان اپیدمی خاموش تعبیر می‌شود یک بیماری متابولیک مزمن و مشکل بهداشتی عمده و جهانی است که منجر به نقص در ارگان‌های مختلف فرد به‌خصوص چشم، کلیه، اعصاب، قلب و رگ‌های خونی می‌شود^[2]. طی سال‌های اخیر تغییر در شیوه زندگی افراد، به‌ویژه عادات تغذیه‌ای منجر به افزایش چشمگیر بروز دیابت در سطح جهانی شده است^[3]، به‌گونه‌ای که براساس آمار جهانی بیشتر از ۳۷۱ میلیون نفر در سال ۲۰۱۲ مبتلا به دیابت بودند^[4]. به‌علاوه سازمان جهانی بهداشت تخمین زده است که مرگ‌ومیر ناشی از دیابت در فاصله سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۳۰ دوبرابر خواهد شد. بیش از ۸۰٪ مرگ‌ومیر مرتبط به دیابت، در کشورهای با درآمد کم و متوسط رخ می‌دهد^[5]. در ایران نیز به‌طور کلی شیوع دیابت بسیار بالا بوده و ۴ تا ۴/۵٪ جمعیت کلی و بیش از ۱۴٪ جمعیت بالای ۳۰ سال مبتلا به دیابت هستند^[6].

همانند سایر بیماری‌های مزمن، دیابت ملیتوس علاوه بر بیماری‌زایی و مرگ‌ومیر بالا، گرفتاری‌های فردی، خانوادگی و مالی بسیاری به‌همراه دارد. این بیماران به‌طور شایع دچار احساس شکست و ناامیدی در مقابله با بیماری شده و احساس خوب‌بودن روحی و اجتماعی آنان تحت تاثیر قرار می‌گیرد. بسیاری از این بیماران احساس ترس، خشم و گناه در ارتباط با بیماری را گزارش نموده و اغلب انگیزه کافی برای مراقبت از خود و کنترل دقیق بیماری ندارند^[2]. از این رو این افراد بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلالات روانی مانند افسردگی قرار دارند^[7]. همچنین دیابت از جمله بیماری‌هایی است که می‌تواند بر خودپنداره بیماران تاثیر منفی بگذارد^[8].

خودپنداره، تصویر روانی هر فرد و شامل تمام ادراکات فرد (ظواهر، ارزش‌ها و عقاید) است که بر رفتار وی تاثیر داشته و به زمانی که فرد از کلمه "من" استفاده می‌کند، اشاره دارد^[8]. خودپنداره موجودی در درون فرد نیست، بلکه یک ساختار نظری از توانایی بالقوه برای تشریح و پیشگویی اعمالی است که فرد آن را انجام می‌دهد^[9]. حفظ و ارزیابی خودپنداره هر فرد یک فرآیند مداوم و بی‌پایان است. حوادث و موقعیت‌های روزانه ممکن است سطح خودپنداره را در طول زمان تغییر دهند. به‌عبارت دیگر، انسان با خودپنداره متولد نمی‌شود، بلکه خودپنداره در نتیجه تعاملات اجتماعی با سایرین حاصل می‌شود^[10, 11]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که وضعیت سلامتی نظیر وضعیت روانی- اجتماعی، غمگین‌بودن و احساس فقدان و ابتلا به بیماری جسمی بر خودپنداره افراد اثرگذار است^[8, 12]. همچنین نشان داده شده که خودپنداره در ابعاد رفتار می‌تواند به‌طور مستقل یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های میزان هموگلوبین A1C (که شاخص مهمی در پایش قند خون است) در مبتلایان به دیابت باشد^[13]. براساس متون افراد با خودپنداره پایین، احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی نموده، خود را عضو موثر و مورد قبول جامعه نمی‌دانند و دارای منابع درونی برای تحمل یا کاهش اضطراب و استرس در زندگی روزمره نیستند^[14]. لذا توجه به این متغیر خصوصاً در مبتلایان به بیماری‌های مزمن اهمیت بسزایی دارد^[2].

کمبود درک و شناخت ناکافی بیماران از بیماری، ارتباط تنگاتنگی با پیروی نکردن از درمان دارد. علت اصلی مشکل، فقدان رابطه مراقبتی موثر بین ارکان اصلی درمان و مراقبت از بیماری است و راه حل این معضل، اصلاح این ساختار یعنی بهبود روابط مراقبتی است. برای بهبود و برقراری رابطه مراقبتی موثر می‌توان از مفهوم و رویکرد "مشارکت" در فرآیند مراقبت استفاده نمود که به‌دنبال آن رابطه مراقبتی موثری بین سه رکن اصلی فرآیند مراقبت، یعنی بیمار، پرستار و پزشک به‌وجود می‌آید^[15].

مدل‌های پرستاری می‌توانند راهنمای مناسبی برای ارتقای کیفیت مراقبت باشند. از این رو استفاده از این مدل‌ها در مراقبت از بیماران مورد تاکید قرار گرفته است^[16]. مدل مراقبت مشارکتی، اولین بار در سال ۱۳۸۰ توسط محمدی طراحی و برای کنترل فشار خون بالا در شهرستان بابل اجرا و ارزشیابی شد^[15]. مراقبت مشارکتی طیفی از خودمراقبتی ۱۰۰٪ تا مراقبت حرفه‌ای ۱۰۰٪ است که در آن خانواده‌ها یا فراهم‌کنندگان سلامت اعم از کارکنان بهداشتی، پزشکان، پرستاران، کارکنان اجتماعی و داروسازان شریک هستند^[17]. در این مدل، در واقع به‌خدمت‌گرفتن نظریه مشارکت در مراقبت و پرستاری برای اولین بار در ایران صورت گرفته است. در مدل‌های دیگر از تئوری‌هایی مانند سازگاری، تئوری سیستم‌ها و نظریه رفتار استفاده شده است. در این مدل، از مراقبت و مشارکت،

درآمد، تعداد اعضای خانواده، منابع حمایتی و سرپرست خانواده بود. بخش اطلاعات مربوط به بیماری نیز براساس منابع موجود در کتب و مقالات، نظرات اساتید این زمینه و رویکرد مدل مراقبتی مشارکتی تهیه شد و از آن به منظور سنجش علت بستری، دفعات بستری در بخش، طول مدت ابتلا به بیماری، میزان آگاهی بیمار از بیماری خود و راه‌های کنترل آن، منبع اطلاعات، میزان تمایل به کسب اطلاعات، میزان حمایت خانواده و مصرف سیگار استفاده شد.

پرسش‌نامه خودپنداره بک (BSCT) شامل ۲۵ آیتم با مقیاس لیکرت از یک تا ۵ (کاملاً مثبت، مثبت، خنثی، منفی، کاملاً منفی) است که ۲۵ ویژگی را مورد سنجش قرار می‌دهد. نحوه نمره‌دهی در سئوال‌ات منفی معکوس می‌شود. دامنه امتیازات این پرسش‌نامه از ۲۵ تا ۱۲۵ متغیر بوده و نمره بیشتر به معنی خودپنداره بهتر است.^[25] این پرسش‌نامه ابزاری روا و پایا است که در بیماران مبتلا به دیابت هم مورد استفاده قرار گرفته است. پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش همسانی درونی ۰/۸۰ و با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۸ به دست آمده که نشان‌دهنده پایایی عالی این مقیاس است.^[26]

پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد، ثبت در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران، اخذ معرفی‌نامه کتبی از دانشکده پرستاری و مامایی و کسب موافقت مسئولان محترم بیمارستان امام زمان^(ع)، با مراجعه به اورژانس بیمارستان پس از معرفی خود، برای تمام افراد هدف از مطالعه توضیح داده شد و فرم رضایت آگاهانه کتبی از آنها اخذ شد. فرم اطلاعات فردی و بیماری براساس اظهارات بیمار و پرونده درمانی وی تکمیل شد و پرسش‌نامه خودپنداره بک در اختیار آنها قرار گرفت تا به شیوه خودگزارشی تکمیل شود. سپس برای گروه آزمون مداخله براساس مراحل مدل مراقبت مشارکتی (انگیزش، آماده‌سازی، درگیرسازی و ارزش‌یابی) انجام شد و گروه کنترل تنها مراقبت‌های معمول را دریافت نمود.

انجام مداخله در گروه آزمون براساس مراحل مدل به این ترتیب اجرا شد که؛ یک فاصله سه‌ماهه (براساس ساختار مدل) از زمان شروع مراحل مدل برای انجام انگیزش، جلسات مشارکت آموزشی و پیگیری تا انتهای مداخله مقرر شد.

با توافق بیماران و پزشک یک فاصله دوهفته‌ای (براساس ساختار مدل) برای هر ویزیت تعیین شد. آموزش‌ها و نوشته‌ها به زبان ساده و مطابق با تحصیلات، فرهنگ و شرایط اقتصادی اجتماعی بیماران تدوین شد.

انگیزش: اولین مرحله در مدل مراقبت مشارکتی "انگیزش" است. بهترین مکانیزم برای ایجاد انگیزش آگاه‌ساختن بیماران نسبت به وضع موجود در مورد عواقب و پیامدهای خطرناک احتمالی برای آنهاست. هدف از این مرحله، برانگیختن مددجو است. ایجاد انگیزش در مددجو از طریق آشناسازی با مشکلات مراقبتی، شرایط فعلی، تهدیدات و عوارض ناشی از بیماری است. نتایج و یافته‌ها براساس فلسفه مشارکت بین کلیه اعضای تیم اعم از مددجویان، پرستار و پزشک (با توجه به حیطه‌های مسئولیتی) مورد بحث و تبادل نظر قرار می‌گیرد. در این مرحله بررسی و شناخت بیماران انجام گرفته و لیست مشکلات در زمینه درمان و مراقبت بیماران تهیه شد. سپس توسط پزشک تیم ویزیت در حضور پرستار صورت گرفت. مددجویان در این مرحله با سایر بیماران همگروه خود آشنا شدند و سپس در مورد شناخت بیماری دیابت، علائم بیماری

آمیزه‌ای ایجاد شده که یکی از عناصر ساختاری مدل را تشکیل داده و آن مفهوم "مراقبت مشارکتی" است. از دیدگاه این مدل اصالت و اثربخشی مراقبت در گرو شکل‌گیری درست و مطلوب ماهیت و کیفیت رابطه مراقبتی است. مراقبت مشارکتی عبارت است از فرآیند منظم و منطقی برقراری ارتباط موثر، متعادل و پویا بین مددجو (مشارکت‌جو) و ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و مراقبتی (مشارکت‌کننده) به منظور درک و شناخت بیشتر نیازها، مشکلات و انتظارات، در روند کنترل بیماری و برانگیختن و درگیرساختن مددجویان برای پذیرش مسئولیت و کمک به بهبودی و ارتقای سلامت آنها^[15]. برای دستیابی به اهداف مدل، مراحل زیر در قالب یک ساختار منظم ارائه شده که با رعایت ارتباط و توالی منطقی و تکاملی به صورت مجموعه‌ای بهم‌پیوسته و پویا عمل می‌کنند. این گام‌ها عبارتند از: (۱) انگیزش، (۲) آماده‌سازی، (۳) درگیرسازی و (۴) ارزش‌یابی که برای هر مرحله برنامه‌های عملی مشخص پیش‌بینی شده است.^[18]

مطالعاتی در زمینه تأثیر استفاده از این الگو بر کیفیت زندگی و افسردگی در بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مختلف انجام شده که نتایج آنها حاکی از تأثیر مثبت بر این متغیرها بوده است.^[19-23] با توجه به اهمیت بیماری دیابت و نقش مهمی که خودپنداره این بیماران در کنترل بیماری و کیفیت زندگی آنها دارد و با عنایت به اینکه تاکنون اثربخشی این مدل بر خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مطالعه نشده است، بنابراین استفاده و بررسی تأثیر این مدل مراقبتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو که شامل ۹۰٪ مبتلایان به دیابت هستند^[5]، ضروری و بااهمیت به نظر می‌رسد.

لذا این پژوهش با هدف تعیین تأثیر مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

مواد و روش‌ها

این مطالعه یک کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده است که در سال ۱۳۹۴ در بین کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به اورژانس بیمارستان امام زمان^(ع) شهر مشهد انجام شد. با توجه به داده‌های مطالعه مشابه^[24] و با در نظر گرفتن احتمال ریزش ۲۰ درصدی نمونه‌ها، تعداد ۳۰ نفر برای هر گروه و در مجموع ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و به طور تصادفی با روش بلوک‌های جایگشتی (بلوک‌های چهارتایی) در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: رضایت برای شرکت در مطالعه، سن بین ۲۱ تا ۶۰ سال، گذشت حداقل ۶ ماه از تشخیص بیماری و عدم وجود مشکلات ذهنی و مشکل در یادگیری بود. افراد در صورت عدم تمایل به ادامه شرکت در مطالعه و غیبت بیش از یک جلسه در ویزیت‌های آموزشی یا پیگیری، از مطالعه حذف شدند. در گروه آزمون ۳ نفر از شرکت‌کنندگان (به دلیل غیبت در جلسات و مخالفت خانواده برای حضور در برنامه‌ها) و در گروه کنترل یک نفر از شرکت‌کنندگان از مطالعه خارج شدند. بنابراین تعداد نمونه در گروه آزمون به ۲۷ نفر و در گروه کنترل به ۲۹ نفر تقلیل یافت.

ابزار مورد استفاده در پژوهش پرسش‌نامه‌ای متشکل از سه بخش؛ اطلاعات فردی، اطلاعات مربوط به بیماری و پرسش‌نامه خودپنداره بک بود.

بخش اطلاعات فردی پرسش‌نامه شامل مواردی مانند سن، جنسیت، وزن، قد، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، سطح

جلسات نیز به لحاظ ترکیب و شرایط مانند جلسات مشارکتی آموزشی تشکیل می‌شوند. تعداد جلسات مشارکتی پیگیری دو جلسه به فاصله دو هفته برای هر مددجو تعیین شد. محتوای این جلسه به نوعی برآورد و ارزش‌یابی نهایی اجرای مدل و دادن بازخورد لازم به مددجو و اطلاع از میزان مشارکت آنها بود. در این جلسات ضمن بررسی مشکلات مددجویان، نتایج مثبت و منفی اعمال آموزش‌ها و اقدامات قبلی مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و راهنمایی‌های لازم برای تصحیح ایرادات ارائه شد.

ارزش‌یابی: در ارزش‌یابی نهایی برای سنجش تاثیر اجرای مدل مراقبتی مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد، مجدداً نمره خودپنداره افراد در گروه آزمون سنجیده شد و همین نحوه سنجش و ارزیابی برای گروه کنترل همزمان به عمل آمد.

داده‌های مطالعه پس از گردآوری به دقت وارد رایانه شده و با نرم‌افزار آماری SPSS 20 تجزیه و تحلیل شد. از آمار توصیفی (تعیین شاخص‌های تمایل مرکزی و پراکندگی) برای اهداف تعیین خودپنداره در قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون و کنترل استفاده شد. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها توسط آزمون کولموگوروف- اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت. برای مقایسه نمرات خودپنداره در قبل و بعد از مداخله در هر گروه از آزمون T زوجی و برای مقایسه آن در دو گروه آزمون و کنترل از T مستقل استفاده شد. تفاوت گروه‌ها از نظر متغیرهای دموگرافیک با توجه به نوع آنها با آزمون‌های T مستقل و مجذور کای مورد بررسی قرار گرفت. آنالیز داده‌ها در سطح معنی‌داری ۵٪ و توان آماری ۹۰٪ انجام شد.

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی (اعداد داخل پرانتز درصد هستند) متغیرهای دموگرافیک در دو گروه (هر گروه ۳۰ نفر)

| شاخص | گروه آزمون | گروه کنترل |
|--------------------------|------------|------------|
| جنسیت | | |
| مرد | ۱۶ (۵۳/۳) | ۱۶ (۵۳/۳) |
| زن | ۱۴ (۴۶/۷) | ۱۴ (۴۶/۷) |
| دفعات بستری | | |
| کمتر از دو بار | ۲۰ (۶۶/۷) | ۱۹ (۶۳/۳) |
| بیشتر از دو بار | ۱۰ (۳۳/۳) | ۱۱ (۳۶/۷) |
| وضعیت شغلی | | |
| شاغل | ۲۱ (۷۰/۰) | ۱۸ (۶۰/۰) |
| خانه‌دار | ۶ (۲۰/۰) | ۷ (۲۳/۳) |
| بازنشسته | ۳ (۱۰/۰) | ۵ (۱۶/۷) |
| سطح تحصیلات | | |
| کمتر از دیپلم | ۷ (۲۳/۳) | ۹ (۳۰) |
| دیپلم | ۱۲ (۴۰/۰) | ۱۲ (۴۰/۰) |
| دانشگاهی | ۱۱ (۳۶/۷) | ۹ (۳۰/۰) |
| سطح درآمد (تومان) | | |
| کمتر از یک میلیون | ۵ (۱۶/۷) | ۶ (۲۰/۰) |
| بین یک تا دو میلیون | ۱۴ (۴۶/۷) | ۱۷ (۵۶/۷) |
| بیش از دو میلیون | ۱۱ (۳۶/۷) | ۷ (۲۳/۳) |
| وضعیت تاهل | | |
| مجرد | ۲ (۶/۷) | ۲ (۶/۷) |
| متاهل | ۲۸ (۹۳/۳) | ۲۸ (۹۳/۳) |
| میزان ورزش | | |
| خیلی کم | ۲۲ (۷۳/۳) | ۱۸ (۶۰/۰) |
| کم | ۷ (۲۳/۳) | ۷ (۲۳/۳) |
| زیاد | ۱ (۳/۳) | ۵ (۱۶/۷) |
| مصرف سیگار | | |
| مصرف نمی‌کند | ۱۷ (۵۶/۷) | ۱۷ (۵۶/۷) |
| کمتر از نصف پاکت | ۴ (۱۳/۳) | ۶ (۲۰/۰) |
| بیشتر از نصف پاکت | ۹ (۳۰/۰) | ۷ (۲۳/۳) |

و انواع دیابت به‌طور ساده با روش سخنرانی توسط پرستار مطالبی ارائه شد. در پایان ویزیت، زمان و مکان ویزیت بعدی براساس جدول زمانی تعیین شده یادآوری شد.

آماده‌سازی: دومین مرحله در مدل مراقبت مشارکتی "آماده‌سازی" است. آماده‌سازی به‌منظور ایجاد زمینه تدوین برنامه مناسب، برای درگیر شدن همه اعضای تیم مشارکت یعنی مددجو، پرستار و پزشک است. در این مرحله مددجویان گروه آزمون به سه گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند (براساس تشابه مشکلات و نیازها، سهولت در دسترسی و هماهنگی برای برگزاری جلسات گروهی) و سپس زمان انجام هر جلسه از ویزیت‌ها، با مددجویان و پزشک هماهنگ شد و سه جلسه ویزیت مشارکتی آموزشی برگزار شد.

- جلسات مشارکتی آموزشی (ویزیت اول): هدف از این مرحله، آشنایی مددجو با عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدت بیماری دیابت، آشنایی مددجو با اثرات و مشکلات روانی ناشی از بیماری دیابت و بررسی مشکلات بیماران است. این جلسه با حضور کلیه افراد تیم مشارکتی اعم از پزشک، پرستار، بیماران و خانواده آنها برای هر سه گروه مداخله تشکیل شد. در ابتدا ویزیت‌های معمول توسط پزشک و پرستار برای تک‌تک بیماران انجام گرفت. اطلاعات مورد نیاز مربوط به این هدف به‌طور ساده با روش سخنرانی و نمایش تصویر توسط پرستار ارائه شد. مدت‌زمان این جلسه حدود ۹۰ دقیقه به‌طول انجامید.

- جلسات مشارکتی آموزشی (ویزیت دوم): هدف از این مرحله، برنامه ورزشی و فعالیت بدنی منظم و بیان اهمیت و فواید آن، آشنایی با رژیم غذایی مناسب و اهمیت کاهش وزن و بررسی مشکلات بیماران است. در این جلسه نیز ویزیت بیماران، بررسی مشکلات بیماران براساس تشخیص‌های پرستاری و مرور مطالب جلسه قبل انجام شد. همچنین اهمیت ورزش و فعالیت منظم، رژیم غذایی مناسب، نحوه محاسبه وزن مطلوب برای هر فرد با توجه به قد و وزن، به‌طور ساده با روش سخنرانی توسط پرستار و پزشک ارائه شد. مدت‌زمان این جلسه نیز ۹۰ دقیقه بود.

- جلسات مشارکتی آموزشی (ویزیت سوم): هدف از این مرحله، بیان نحوه مصرف داروهای خوراکی و تزریقی و آشنایی با عوارض آنها در صورت قطع خودسرانه یا سهل‌انگاری در مصرف، آموزش تزریق انسولین و مخلوط کردن انواع انسولین، عوارض ناشی از تزریق مکرر انسولین، مکان‌های مناسب برای تزریق انسولین، اهمیت پایش و اندازه‌گیری قند خون و بررسی مشکلات بیماران است. در این ویزیت بررسی مشکلات بیماران براساس تشخیص‌های پرستاری، مرور مطالب جلسه قبل، طرح سئوال‌ات، کنترل و اندازه‌گیری منظم قند خون و همچنین نحوه مصرف داروها با نمایش عملی انجام شده و نحوه تزریق انسولین، مخلوط کردن انواع انسولین، عوارض تزریق مکرر انسولین در یک عضله و مکان‌های مناسب برای تزریق و سایر اطلاعات مورد نیاز مربوط به این مرحله به‌طور ساده با روش سخنرانی و اسلاید توسط پرستار و پزشک ارائه شد. مدت‌زمان این جلسه نیز حدود ۹۰ دقیقه بود.

درگیرسازی: مراحل قبلی برای زمینه‌سازی این مرحله است. در واقع این مرحله یکی از مهم‌ترین و حساس‌ترین هدف‌های راهبردی مدل است. این مرحله با دو جلسه ویزیت مشارکتی پیگیری که بتواند آمادگی لازم برای مددجو به‌منظور تمکین و مشارکت در فرآیند درمان و مراقبت را ایجاد نماید، به‌پایان رسید. هدف از این ویزیت‌ها استمرار برنامه مراقبتی و درگیری مددجویان است. این

یافته‌ها

دامنه سنی نمونه‌ها بین ۲۷ تا ۵۸ سال با میانگین $45/63 \pm 7/37$ سال در گروه آزمون و $47/6 \pm 6/89$ سال در گروه کنترل بود. میانگین تعداد اعضای خانوار در گروه آزمون $3/8 \pm 1/09$ نفر و در گروه کنترل $4/13 \pm 1/13$ نفر بود. طول مدت بیماری شرکت‌کنندگان حداقل ۲ سال و حداکثر ۱۵ سال بود و ۷۰٪ نمونه‌ها بیش از ۳ سال سابقه بیماری داشتند. میانگین طول مدت بیماری در گروه آزمون $5/26 \pm 2/54$ سال و در گروه کنترل $6/63 \pm 3/71$ سال بود. میانگین شاخص توده بدن (BMI) نیز در گروه آزمون $28/83 \pm 3/61$ و در گروه کنترل $28/66 \pm 1/92$ کیلوگرم بر متر مربع بود. بین دو گروه از نظر BMI، تعداد اعضای خانواده، طول مدت بیماری، دفعات بستری، سن، جنسیت، وضعیت تاهل، شغل، سطح تحصیلات، سطح درآمد، میزان ورزش و همچنین مصرف سیگار، اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت ($p > 0/05$; جدول ۱).

بین میانگین نمرات خودپنداره قبل و بعد از مداخله در گروه کنترل اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p = 0/066$)، اما در گروه آزمون این اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0/001$). همچنین بین دو گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود نداشت و $p = 0/537$ ، در حالی که بعد از اجرای مداخله میانگین نمرات خودپنداره بین دو گروه دارای اختلاف معنی‌دار بود ($p < 0/001$; جدول ۲).

جدول ۲) مقایسه میانگین آماری نمرات خودپنداره بیماران دیابتی نوع دو در دو مرحله قبل و بعد از مداخله در دو گروه

| مراحل آزمون | گروه کنترل (۳۰ نفر) | گروه آزمون (۳۰ نفر) | سطح معنی‌داری |
|---------------|---------------------|---------------------|---------------|
| قبل از مداخله | $58/26 \pm 7/90$ | $57/03 \pm 7/47$ | ۰/۵۳۷ |
| بعد از مداخله | $56/89 \pm 6/82$ | $73/37 \pm 8/81$ | ۰/۰۰۱ |
| سطح معنی‌داری | ۰/۰۶۶ | ۰/۰۰۱ | - |

بحث

این مطالعه با هدف تعیین تاثیر مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد. میانگین نمرات خودپنداره در گروه کنترل و آزمون قبل از مداخله به ترتیب $58/26 \pm 7/90$ و $57/03 \pm 7/47$ بود که نشان از پایین بودن نمره خودپنداره در هر دو گروه دارد. مشابه با این یافته‌ها میانگین نمره خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در مطالعه صمدی و همکاران^[24] و همچنین مطالعه صفوی و همکاران^[26] پایین بود. اختلاف در خودپنداره، سلامتی و سازگاری افراد را متاثر می‌کند و آنها را مستعد ابتلا به ضعف، ناتوانی، ناامیدی و افسردگی می‌نماید^[26]. این نتایج حاکی از ضرورت انجام مداخلات موثر با هدف ارتقای خودپنداره مبتلایان است.

یافته‌های مطالعه حاضر تفاوت معنی‌داری را در نمره خودپنداره گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله نشان داد. این در حالی بود که میانگین نمره خودپنداره قبل از مداخله در دو گروه تفاوت معنی‌داری نداشت. به‌علاوه براساس این یافته‌ها مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی منجر به افزایش معنی‌دار خودپنداره گروه آزمون نسبت به گروه کنترل شد و درصد تغییر خالص حاصل از مداخله آموزشی حاضر $31/49\%$ بود. در واقع در مطالعه حاضر آموزش گروهی، مشارکت فعال، حمایت روانی، تعامل با تیم مراقبتی و به‌اشتراک‌گذاری تجارب با همدیگر در چارچوب مدل مراقبت مشارکتی منجر به ارتقای خودپنداره بیماران شد. ارتقای خودپنداره باعث می‌شود افراد دیابتی سطح نگرانی کمتر، توانایی بیشتر برای مقابله با دیابت و متعاقباً کیفیت زندگی بهتری داشته

تاثیر مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی بر ارتقای خودپنداره افراد مبتلا به دیابت نوع دو ۴۵ باشند. نتایج در مورد تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر دیگر ابعاد روانی بیماران دیابتی محدود است. با این حال در مطالعات مختلف کارایی این مدل بر اختلالات روانی و جسمی متعدد مورد بررسی قرار گرفته است. در این راستا هگل و همکاران تاثیر مراقبت مشارکتی را در کنترل افسردگی سالمندان بررسی کردند و یافته‌های مطالعه آنها نشان داد که این نوع مراقبت تاثیر بیشتری بر کنترل افسردگی افراد سالمند نسبت به مراقبت معمولی دارد^[27].

در مورد اثربخشی مدل مراقبت مشارکتی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن نیز مطالعاتی در دسترس است. به‌عنوان مثال خوش‌نویس و همکاران اثربخشی این مدل را در بهبود کیفیت زندگی مصدومان شیمیایی مبتلا به برونشیت مزمن گزارش کردند^[28]. در مورد اثربخشی دیگر مداخلات بر خودپنداره افراد دیابتی نیز مطالعاتی در دسترس پژوهشگر است. به‌عنوان مثال صمدی و همکاران، تاثیر مداخله مبتنی بر کیفیت زندگی را بر نمره خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به بیمارستان امام‌خمینی شهر اردبیل مورد سنجش قرار دادند که یافته‌های تحقیق آنها نشان‌دهنده موثر بودن این برنامه در ارتقای خودپنداره این بیماران بود^[24]. با این حال اثربخشی خالص مداخله انجام شده در مطالعه صمدی $13/92\%$ بوده است که نسبت به پژوهش حاضر کمتر است که نشان از اثربخشی بیشتر مداخله براساس مدل مراقبت مشارکتی بر خودپنداره بیماران دیابتی نوع دو است. با توجه به مزمن بودن ماهیت بیماری دیابت و درگیر شدن طولانی‌مدت بیمار با آثار و مشکلات بیماری به‌نظر می‌رسد مدل مراقبت مشارکتی مدلی کارآ است که می‌تواند با برقراری یک رابطه موثر و دوطرفه بین بیمار و کادر درمان از مشکلات و عوارض کوتاه و درازمدت بیماری بکاهد که این مورد یعنی برقراری رابطه، اصلی‌ترین ویژگی مدل مراقبت مشارکتی است. مشابه با یافته‌های مطالعه حاضر در مطالعه صمدی نیز بعد از اتمام بازه زمانی مداخله میانگین نمره خودپنداره در گروه کنترل کاهش یافت. این موضوع ممکن است ناشی از استرس‌ورهای مختلفی باشد که افراد دیابتی در گذر زمان با آن مواجه می‌شوند. در واقع عوارض دارویی و روانی مختلف دیابت منجر به محدودیت عملکرد و اثرات منفی بر سبک زندگی و احتمالاً کاهش خودپنداره می‌شود^[29].

محدودیت این مطالعه در زمان پیگیری این بیماران است از این رو برای به‌دست‌آوردن شواهد دیگری در زمینه تاثیر مدل مراقبت مشارکتی بر خودپنداره بیماران مزمن نیاز است این مطالعه در زمان طولانی‌تر پیگیری شود. همچنین با توجه به مطالعات محدود در زمینه بررسی اثربخشی مدل مراقبت مشارکتی، پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتر به‌منظور بررسی تاثیر این مدل بر سایر ابعاد بیماری‌های مزمن مورد بررسی قرار گیرد.

یافته‌های این مطالعه در مجموع نشان‌دهنده مفید و موثر بودن مدل مراقبت مشارکتی در افزایش خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو است. با توجه به تاثیر منفی خودپنداره پایین در عملکرد جسمی و اجتماعی، توصیه می‌شود که از این مدل به‌طور گسترده برای آموزش بیماران دیابتی نوع دو استفاده شود. با توجه به کاربرد فراگیر، آسان و ارزان و همچنین تاثیر مثبت مدل، توصیه می‌شود این مدل در سایر بیماری‌های مزمن از قبیل انواع سرطان‌ها و ام‌اس بررسی شود.

نتیجه‌گیری

مداخله مبتنی بر مدل مراقبت مشارکتی باعث ارتقای خودپنداره بیماران مبتلا به دیابت نوع دو می‌شود.

[Persian]

- 11- Varghese D, Scott JG, Bor W, Williams GM, Najman JM, McGrath JJ. The association between adult attachment style and delusional-like experiences in a community sample of women. *J Nerv Ment Dis.* 2013;201(6):525-9.
- 12- Kitson A, Robertson-Malt S, Conroy T. Identifying the fundamental of care within Cochrane Systematic reviews: the role of the Cochrane Nursing Care Field Fundamentals of Care Node. *Int J Nurs Pract.* 2013;19(2):109-15.
- 13- Maharaj S, Daneman D, Olmsted M, Rodin G. Metabolic control in adolescent girls: Links to relationality and the female sense of self. *Diabetes Care.* 2004;27(3):709-15.
- 14- Greguol M, Gobbi E, Carraro A. Physical activity practice, body image and visual impairment: A comparison between Brazilian and Italian children and adolescents. *Res Dev Disabil.* 2014;35(1):21-6.
- 15- Mohammadi E, Abedi HA, Gofranipour F, Jalali F. Partnership caring: a theory of high blood pressure control in Iranian hypertensives. *Int J Nurs Pract.* 2002;8(6):324-9.
- 16- Speer WP, Jackson CB, Peterson NA. The relationship between social cohesion and empowerment: Support and new implications for theory. *Health Educ Behav.* 2001;28(6):716-32.
- 17- Rafiei-Far SH, Atarzadeh M, Ahmadzad-Asl M. Comprehensive system of empowering people to take care of your health. Tehran: Mehravash; 2005. pp. 609-15.
- 18- Azadi F, Mohammadi I. Effect of using partnership care model on quality of life in coronary artery disease patients. *Iran J Nurs Res.* 2006;1(2):23-9. [Persian]
- 19- Alijany-Renany H, Tamaddon A, Haghighi-zadeh M, Pourhosein S. The effect of using partnership care model on the quality of life in the school-age children with β -thalassemia. *J Shahrekord Univ Med Sci.* 2012;14(1):41-9. [Persian]
- 20- Borhani F, Khoshab H, Abbaszadeh A, Rashidinejad H, Mohammadi E. Study of the effect of partnership care model on the quality of life in patients with heart failure. *Iran J Crit Care Nurs.* 2012;5(1):43-8. [Persian]
- 21- Parviniannasab AM, Rosta S, Vojdani MA, Dehghani A, Keshtkaran Z, Shamsizade M, et al. The effect of partnership care model on depression of adolescents with β -thalassemia. *Iran J Psychiatr Nurs.* 2014;1(4):25-35. [Persian]
- 22- Ghavidel F, Mohammadzadeh S, Pirasteh H, Majd HA. Effect assessment of applying the partnership care model on quality of life in hemodialysis patients referring to Be'sat Hospital of IRI Air Force. *Ebnesina.* 2009;12(2&3):22-7. [Persian]
- 23- Hoseini S, Khoshnevis M. A Survey of the effect of partnership care model on quality of life of chemical Victims Suffering From COPD. *Ebnesina.* 2007;9(3):17-22. [Persian]
- 24- Samadi N, Safavi M, Mahmoodi M. Impact of Quality of Life Education on Self-Concept among Type 2 Diabetes Patients. *J Diabetes Metab.* 2011;2:132-9.
- 25- Beck AT, Steer RA, Epstein NB. Beck self-concept test. *Psychol Assess.* 1990;2(2):191-7.
- 26- Safavi M, Samadi N, Mahmoodi M. The relationship between self-concept and quality of life in patients with type 2 diabetes. *Med Sci.* 2013;23(2):148-53. [Persian]
- 27- Hegel MT, Unutzer J, Tang L, Areal PA, Katon W, Noel

تشکر و قدردانی: این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی‌ارشد آموزش پرستاری مهدی حیدری مرغزار و به راهنمایی آقای دکتر موسی سجادی و آقای دکتر جهانشیر توکلی‌زاده در دانشگاه علوم پزشکی گناباد مصوب سال ۱۳۹۴ است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش، ریاست محترم و کلیه کارکنان بخش اورژانس بیمارستان امام زمان^(ع) و همچنین معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گناباد صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

تاییدیه اخلاقی: این پژوهش به‌تایید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گناباد (IR.GMU.REC.1394.23) رسید و در مرکز کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT2015071522682N3 ثبت شد. همچنین از همه نمونه‌ها فرم رضایت آگاهانه کتبی اخذ شد. تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

سهم نویسندگان: موسی سجادی (نویسنده اول) مشارکت در تجزیه و تحلیل داده‌ها (۴۰٪)؛ جهانشیر توکلی‌زاده (نویسنده دوم) ویراستاری علمی (۴۰٪)؛ مهدی حیدری مرغزار (نویسنده سوم) اجرای پژوهش و تدوین مقاله (۲۰٪)

منابع مالی: منابع مالی این پژوهش توسط دانشگاه علوم پزشکی گناباد تامین شده است.

منابع

- American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2010;33(Suppl 1):S62-9.
- Sadeghie Ahari S, Arshi S, Iranparvar M, Amani F, Siahpoosh H. The effect of complications of type ii diabetes on patients' quality of life. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2008;8(4):394-402. [Persian]
- Zimmet P, Alberti KG, Shaw J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature.* 2001;414(6865):782-7.
- Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Lifestyle modifications and erectile dysfunction: What can be expected?. *Asian J Androl.* 2015;17(1):5-10.
- World Health Organization. Diabetes (Fact sheet No. 312) [Published 2011, 28 August; Cited 2016, 17 July]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/> accessed 28/Aug/2011
- Baghianimoghadam MH, Afkhami Ardekani M. The effect of education intervention on quality of life of diabetic patients' type 2 referee to diabetic research center of Yazd. *Horizon Med Sci.* 2008;13(4):21-8. [Persian]
- Osborn CY, Trott HW, Buchowski MS, Patel KA, Kirby LD, Hargreaves MK, et al. Racial disparities in the treatment of depression in low-income persons with diabetes. *Diabetes Care.* 2010;33(5):1050-4.
- Tanner CA. Nursing education: Current themes, puzzles and paradoxes. *Commun Nurs Res.* 2007;40:3-14.
- Mayorga-Vega D, Viciano J, Cocca A, de Rueda Villén B. Effect of a physical fitness program on physical self-concept and physical fitness elements in primary school students. *Percept Mot Skills.* 2012;115(3):984-96.
- Feizy V, Ghazi P, Dolatshahi M, Hatmi Z. Quality of life in vitiligo patients: A report from Razi referral University Hospital in Tehran. *Tehran Univ Med J.* 2007;65(4):50-4.

collaborative model of care on quality of life of chemical injuries with chronic bronchiolitis. Iran J Crit Care Nurs. 2009;2(2):47-50. [Persian]

29- Coelho R, Amorim I, Prata J. Coping Styles and Quality of Life in Patients With Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. Psychosomatics. 2003;44(4):312-8.

PH, et al. Impact of comorbid panic and posttraumatic stress disorder on outcomes of collaborative care for late-life depression in primary care. Am Geriatr Psychiatry. 2005;13(1):48-58.

28- Khoshnevis M, Javadinasab M, Ghanei M, Hoseini Y, Karimi Zarchi AK, Ebadi A, et al. Effect of using