مقاله اصیل پژوهشی

مقایسه تأثیر آموزش گروهی و مشاوره گروهی بر بُعد عاطفی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

محبوبه فیروز[1,2]، سیدرضا مظلوم[3]، سید جواد حسینی[4]، فرزانه حسن‌زاده[5]، سید علی کیمیایی[6]

چکیده

زمینه و هدف: بیماران مبتلا به دیابت برای شناخت و درک موقعیت سلامتی خود، تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های سلامتی، تغییر رفتارهای سلامتی و بهبود خودمراقبتی، نیازمند کمک و آموزش هستند. طبق نظر WHO؛ آموزش، اساس و شالوده درمان دیابت است. اهداف کلیدی آموزش دیابت، تغییر رفتار افراد و ارتقای خودمراقبتی است. خودمراقبتی عاطفی که توجه خاص به آن ضروری است، در برگیرنده احساسی است که نسبت به خود و توانایی‌های خود برای مدیریت احساسات و مقابله با مشکلات داریم و توجه به آن ضروری است. هدف از این مطالعه، مقایسه تأثیر آموزش گروهی و مشاوره گروهی بر بعد عاطفی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود.

روش تحقیق: در یک مطالعه کارآزمایی بالینی، 112 بیمار دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز دیابت پارسیان مشهد در سال 1393، به‌صورت دردسترس انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در سه گروه مشاوره (37 نفر)، آموزش گروهی (37 نفر) و کنترل (38نفر) قرار گرفتند. برنامه مشاوره گروهی و آموزش گروهی شامل پنج جلسه 1/5 ساعته بود که با فاصله سه روز، در قالب گروه‌های 8 تا 10 نفره، اجرا شد. پرسشنامه بُعد عاطفی خودمراقبتی بیماران دیابتی، قبل از مداخله و دوماه پس از اتمام مداخله تکمیل گردید. داده‌های اصلی با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (11/5) و با کمک آزمون‌های آماری تی‌زوجی و آنالیز واریانس یک‌طرفه، در سطح معنی‌داری 0/05 تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: بُعد عاطفی خودمراقبتی بیماران دیابتی، قبل از مداخله در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت (P=0/834). در مرحله بعد از مداخله، میزان خودمراقبتی به‌طور معنی‌داری در گروه مشاوره (36/3±14/7) و آموزش گروهی (31/5±11/4) نسبت به گروه کنترل (50/5±19/1) کاهش داشت؛ که به معنی بهبود است (P<0/001). اما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آموزش گروهی و مشاوره گروهی وجود نداشت (P=0/394).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج این مطالعه می‌توان گفت که نه‌تنها آموزش گروهی، بلکه مشاوره گروهی می‌تواند به ارتقای بُعد عاطفی مراقبت از خود بیماران مبتلا به دیابت کمک کند؛ از این رو هر دو روش مؤثر است. بنابراین توصیه می‌شود با توجه به توان، تجربه و دانش پرستاران و امکانات مددجو، از هر یک از این دو روش، در خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: آموزش گروهی، مشاوره گروهی، بعد عاطفی خودمراقبتی، دیابت نوع دو

مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند. 1394؛ 22 (4): 293-303 .

دریافت: 1394/02/16 **پذیرش: 1394/10/01**

***کد ثبت کارآزمایی بالینی:**N12014122220394

[1]. مربی، گروه داخلی- جراحی، دانشکده علوم پزشکی اسفراین، اسفراین، ایران؛
آدرس: اسفراین، خیابان امام رضا(ع)، دانشکده علوم پزشکی
تلفن: 05837241602 پست الکترونیکی: mahbobehfirooz@yahoo.com
[2] دانش آموخته کارشناسی ارشد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛
[3] دانشجوی دکترای پرستاری، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛
[4] دانش‌آموخته کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛
[5] مربی، گروه داخلی- جراحی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران؛
[6] استادیار، گروه مشاوره خانواده، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

مقدمه

شیوع دیابت در جهان حدود 6/4درصد می‌باشد که بین 3/8 تا 10/2 درصد بسته به منطقه جغرافیایی متغیّر می‌باشد. تعداد افراد مبتلا به دیابت تشخیص داده نشده هم در بعضی از مناطق جغرافیایی بیش از 50/0 درصد می‌باشد. انتظار می‌رود تا سال2030 تعداد افراد مبتلا به دیابت به 366میلیون نفر برسد (1). بیش از 90درصد انواع دیابت را دیابت نوع دو شامل می‌شود.

هدف نهایی در درمان بیماری دیابت، کنترل قندخون در سطح طبیعی بدون افت قندخون می‌باشد (2). در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، بیش از 95درصد فرآیند درمان توسط بیمار انجام می‌شود و تیم درمانی در فواصل بین ملاقات‌ها کنترل کمی بر بیمار دارند (3)؛ از این رو ارتقای فعالیت‌های خودمراقبتی که شامل ابعاد مختلفی همچون: فیزیولوژیک، اجتماعی، عاطفی و معنوی است، مهم می‌باشد (4). این بیماران نیازمند رعایت رفتارهای خودمراقبتی ویژه در تمام عمر هستند (5). در واقع خودمراقبتی، فرآیندی فعال و عملی است که توسط بیمار هدایت می‌شود و برای پیشگیری از بروز عوارض کوتاه‌مدت و بلندمدّت ضروری است (6). بررسی‌های انجام‌شده بیانگر آن است که رعایت فعالیت‌های خودمراقبتی علاوه بر بهبود کیفیت زندگی فرد و خانواده افراد مبتلا به بیماری مزمن، نقش بسیار مهمی در کاهش هزینه‌های درمانی دارد (5). حدود 14درصد از هزینه‌های درمان در ایالات متحده، صرف بیماری دیابت می‌شود که حداقل یک‌چهارم این هزینه‌ها مرتبط با عوارض بیماری مانند: سکته قلبی، سکته مغزی و مرحله نهایی بیماری کلیوی (ESRD) می‌باشد (1). طبق بررسی‌های موجود، مهم‌ترین عامل زمینه‌ساز مرگ و میر بیماران دیابتی، عدم انجام خودمراقبتی می‌باشد (7). بر اساس نتایج مطالعات دیگر، بیش از 50درصد بیماران مبتلا به دیابت، رفتارهای خودمراقبتی را انجام نمی‌دهند (8، 9).

یکی از دلایل افزایش عوارض بیماری دیابت و عدم خودمراقبتی صحیح در بیماران، فقدان انگیزه برای پیگیری درمان می‌باشد (10). از جمله عوامل تأثیرگذار بر ارتقای خودمراقبتی، افزایش دانش و آگاهی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو با استفاده از روش‌های آموزشی مختلف می‌باشد (11). امروزه رویکرد آموزشی به بیماران، دست‌خوش تغییرات گسترده‌ای شده و از حالت سنتی خود خارج شده است و بیماران به‌عنوان افرادی فعال در فرآیند درمان درنظرگرفته می‌شوند و می‌بایستی قادر باشند تا تصمیم‌گیری صحیح داشته باشند؛ مهارت‌های کاربردی در ارتباط با بیماری خود را فرا بگیرند و در نهایت به خودمراقبتی دست پیدا کنند (12).

بیماران برای شناخت و درک موقعیت سلامتی خود، تصمیم‌گیری برای مراقبت‌های سلامتی و تغییر رفتارهای سلامتی نیازمند کمک و آموزش هستند (13). آموزش به بیمار، یک روش مقرون به صرفه است. در شرایط کنونی که هزینه‌های مراقبتی- درمانی در حال افزایش است، باید به این روش به‌عنوان یک روش مؤثّر و کارا در آموزش بیماران دارای نیازهای آموزشی مشابه توجه شود (14). به‌طور کلی، عمق آموزش ارائه‌شده به‌وسیله آموزش‌های سازمان‌یافته بیش از روش‌های غیرسازمان یافته است.

آموزش فرد به فرد و آموزش گروهی، دو روش اصلی آموزش‌های سازمان‌یافته است (15). علاوه بر اقتصادی‌تر بودن روش آموزش گروهی نسبت به آموزش فرد به فرد، این روش باعث ایجاد یادگیری فعال، فراهم‌آوردن فرصتی برای به‌اشتراک‌گذاشتن ایده‌ها و دریافت حمایت از گروه می‌شود (14). جلسات آموزش گروهی، جریان یاری‌رساندن به مددجوست تا بتواند آگاهانه و داوطلبانه تصمیم بگیرد. در این جلسات به بررسی عمیق مشکلاتی که فرد با آن‌ها مواجه است، پرداخته می‌شود (16).

مطالعات صورت‌گرفته که به بررسی ارتقای خودمراقبتی بیماران دیابت نوع دو پرداخته‌اند، از روش‌های آموزشی متفاوتی بهره جسته‌اند. نقطه مشترک همه این روش‌ها،

ارتقای دانش و آگاهی بیماران مبتلا به دیابت بوده است؛ ولی در روش‌های آموزشی، کمتر به مواردی همچون ایجاد انگیزه، ارتقای فرآیند تصمیم‌گیری و تعیین هدف پرداخته می‌شود. این در حالی است که خودمراقبتی در این بیماران تحت تأثیر ایجاد انگیزه، هدف‌گذاری و تصمیم‌گیری می‌باشد (11).

مشاوره نقش مهمی در مدیریت بیماری‌های مزمن بازی می‌کند و به‌عنوان اساس مدیریت بیماری دیابت محسوب می‌شود (17). مشاوره، امید به زندگی را در این بیماران توسعه داده و مکانیسم‌های از عهده برآئی را در آنان تقویت می‌کند (18). اگرچه مشاوره به‌طور فردی هم می‌تواند انجام گیرد، اما مشاوره گروهی می‌تواند احساس امنیت لازم برای قبول خطر و تعامل خودجوش و آزادانه با اعضای گروه را فراهم کند و بدین‌سان با استفاده از تجارب همتایان، احتمال پرداختن به نیازهای تک تک اعضا، فراهم می‌شود؛ علاوه بر آن، از نظر زمان و هزینه مقرون به‌صرفه‌تر است (19).

در اکثر مطالعات صورت‌گرفته، آموزش و مشاوره به‌صورت ادغام‌شده برای آموزش به بیماران در نظر گرفته شده است. در مطالعه Gallegos و همکاران (2006) نیز ترکیبی از آموزش و مشاوره به‌منظور ارتقای کنترل متابولیک بیماران مبتلا به دیابت نوع دو استفاده شده است (20). آموزش و مشاوره دو جزء از نقش‌های اصلی تیم سلامت از جمله پرستاران است؛ با این وجود، کمتر به آنها پرداخته می‌شود (21).

جستجوی گسترده بانک‌های اطلاعاتی داخلی نشان داد، هیچ مطالعه‌ای در مورد آموزش گروهی و مشاوره گروهی در بیماران دیابتی نمایه نشده است؛ همچنین در بین ابعاد خودمراقبتی که توسط سازمان جهانی بهداشت معرفی شده است، طبق مطالعات انجام‌شده بیشتر بر بُعد فیزیولوژیک توجه شده است و کمتر به سایر ابعاد از جمله بُعد عاطفی پرداخته شده است. با توجه به محدودیت منابع و امکانات، یافتن راه‌های اثربخش‌تر برای ارتقای سلامت از دغدغه‌های مهم نظام سلامت محسوب می‌شود. بنابراین این تحقیق با هدف مقایسه تأثیر آموزش گروهی و مشاوره گروهی بر بعد عاطفی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام شد.

روش تحقیق

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شاهددار می‌باشد. پس از اخذ تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد و معرفی‌نامه برای ارجاع به کلینیک دیابت پارسیان، فهرست بیماران دیابتی از پرونده‌های الکترونیکی موجود در کلینیک دیابت تهیه و برای شرکت در پژوهش با آنان تماس تلفنی گرفته شد.

معیارهای ورود به مطالعه شامل: سن 18 تا60 سال، تابعیت ایرانی، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، داشتن توانایی برقراری ارتباط، تسلّط به زبان فارسی، ابتلا به دیابت به‌مدت بیش از شش ماه و همچنین عدم ابتلا به سایر بیماری‌های شدید یا مزمن ازجمله بیماری قلبی و سرطان بود. معیار خروج از مطالعه نیز عدم حضور در بیش از یک جلسه آموزش یا مشاوره بود.

بیمارانی که شرایط ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب و به‌صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به سه گروه مشاوره (37 نفر)، آموزش گروهی (37نفر) و کنترل (38نفر) تقسیم شدند. برای تعیین حجم نمونه، از مطالعه راهنما و فرمول مقایسه میانگین با ضریب اطمینان 95% و توان آزمون 80% استفاده شد که 35 نفر در هر گروه برآورد گردید. با در نظر احتمال ریزش نمونه، در هر گروه 38 نفر وارد مطالعه شدند. ابزار پژوهش شامل: پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک و سوابق بیماری (که توسط خود بیمار تکمیل می‌شد) و پرسشنامه پژوهشگرساخته بعد عاطفی خودمراقبتی بیماران دیابتی بود که از تلفیق پرسشنامه‌های موجود ساخته شد و توسط همکار پژوهشگر تکمیل می‌گردید. این پرسشنامه حاوی 20 سؤال بود. امتیازبندی برای هر سؤال به‌ازای هر یک از چهار گزینه «اصلاً، تاحدودی، زیاد و خیلی‌زیاد» به‌ترتیب مقادیر «3، 2، 1، 0» درنظر گرفته شد.

حداقل نمره در این پرسشنامه صفر و حداکثر آن 60 بود که صفر به‌منزله بُعد عاطفی خوب و 60 به منزله بُعد عاطفی ضعیف درنظر گرفته شد (بُعد عاطفی همچنین به‌صورت کیفی و در قالب سه گروه ضعیف، متوسط و خوب دسته‌بندی شد. نمره 20-0 به‌منزله خوب، 40- 21به‌منزله متوسط و 60-41 به‌منزله ضعیف بود)(یک نمونه آیتم پرسشنامه «وقتی که درباره زندگی با بیماری دیابت فکر می‌کنم، احساس ترس دارم» می‌باشد).

برای تعیین روایی ابزار، از روش اعتبار محتوا استفاده شد. برای این منظور، پرسشنامه بعد از ترجمه به زبان فارسی، برای بررسی به 10نفر از اعضای هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد داده شد. پس از دریافت نظرات آنها، اصلاحات لازم اعمال گردید. برای تعیین پایایی ابزار، از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و پایایی آن 0/95 تعیین شد.

روش کار بدین صورت بود که بیماران برای برگزاری کلاس‌ها و تکمیل پرسشنامه خودمراقبتی، در محل دانشکده پرستاری و مامایی مشهد حضور می‌یافتند. تعداد جلسات آموزش و مشاوره، پنج‌جلسه 1/5 ساعته بود که دوبار در هفته برگزار می‌شد. جلسات مشاوره گروهی به این صورت بود که ابتدا مشاور خود را به گروه معرفی نموده و اطلاعاتی پیرامون تخصص و تجربه‌های خود، با مراجعان در میان می‌گذاشت. آنگاه از تک‌تک اعضا می‌خواست که خود را معرفی نمایند. سپس مشاور، هدف از تشکیل گروه و وظایف خود و اعضا را به بحث گذاشته و به سؤالات پاسخ می‌داد. این اهداف شامل تعیین مشکلات مددجویان، اولویت‌بندی آنها، بررسی راه‌حل‌های موجود برای حل مشکلات و مزایا و معایب آنها و تصمیم‌گیری برای انتخاب روش‌ها با نظر خود مددجویان بود. وظیفه مشاور، هدایت گروه، تشویق به مشارکت در گروه و تسهیل‌گری بود. فرآیند قوانین گروه، توسط مشاور مطرح می‌شد و او به‌دنبال ایجاد رابطه درمان‌بخش بود که به کمک مهارت‌های گوش‌دادن، همدلی، درک احساسات، همدردی، همراهی، توجه و سایر تکنیک‌ها انجام می‌شد. آنگاه مشاور از اعضا می‌خواست به شیوه‌ای مشکل‌مدار به‌نوبت مشکلات خود را مطرح کنند و اعضا در مورد آن اظهار نظر کرده و به کمک بارش فکری راه‌حل ارائه دهند. راه‌حل‌های پیشنهادی توسط مشاور جمع‌بندی می‌شد. سپس با استفاده از تکنیک حل مسئله گروهی، به بررسی راه‌حل‌های پیشنهادی پرداخته، آنها را اولویت‌بندی کرده و بهترین راه‌حل انتخاب می‌شد و قرار گذاشته می‌شد که افراد آن را پس از جلسه اجرا نمایند. پس از اجرا، نتایج در جلسات بعدی توسط مراجعان گزارش می‌شد و توسط اعضای گروه مورد ارزیابی قرار می‌گرفت.

مشاوره گروهی به‌صورتی اجرا می‌شد که مراجعان را قادر سازد تا مشکلات خود را کشف کنند و آنها را با دیگران به اشتراک بگذارند و نیز در برابر مشکلات و تجارب دیگران قرار گیرند. تأکید می‌شد به‌جای مواجهه انفرادی با مشکلات خود، آن را در جمع دیگران مورد توجه قرار دهند. مشاور گروه در قالب موارد نقش تسهیل‌گر داشته و سعی می‌کرد اعضا را به فعالیت وادارد و به کمک بازخورد، جهت‌دهی، روشن‌سازی و غالب‌دهی، جلسات را هدایت نماید؛ اما تأکید می‌شد که تصمیم‌گیری فقط توسط خود مددجویان انجام شود.

فرآیند برگزاری هر پنج جلسه مشاوره، به شرح ذکرشده بود (بجز معرفی اعضا که در اولین جلسه انجام شد). با انتخاب اعضا و هدایت مشاور، جلسات شامل: بررسی مشکلات تغذیه و رژیم غذایی، ورزش، عوارض دیابت، مسائل روانی مرتبط با دیابت، داروهای دیابت و خودکنترلی قند خون بود. در گروه آموزش گروهی، پژوهشگر تمام محتوای مورد بحث در هر جلسه را با استفاده از پاورپوینت و روش‌های سخنرانی (روش غالب)، پرسش و پاسخ و بحث گروهی برای بیماران ارائه می‌داد. محتوای جلسات آموزش گروهی، همسو با محتوای جلسات مشاوره گروهی بود و پژوهشگر (کارشناس ارشد پرستاری) با نظارت مستقیم مشاور تخصصی (دکترای روانشناسی بالینی با گرایش مشاوره خانواده) هر دو روش آموزشی را اجرا کرد. تا جایی که امکان داشت تلاش گردید تا افراد سه گروه با هم در ارتباط نباشند.

پس از اتمام آخرین جلسه، دو ماه به بیماران فرصت داده شد تا مطالب فراگرفته را در زندگی روزمره خود به‌کار ببرند. هر دو هفته نیز به‌صورت تلفنی با بیماران برای پیگیری، تماس گرفته شد. در گروه کنترل هم از بیماران خواسته شد که در روز مشخصی، در دانشکده پرستاری و مامایی حضور یابند. در این جلسه، پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک توسط خود بیماران و پرسشنامه خودمراقبتی بیماران دیابتی توسط همکار پژوهشگر تکمیل شد. در این مدت، گروه کنترل آموزش‌های روتین مؤسسه که شامل جلسات ماهیانه در مورد تغذیه و جلسات هفتگی در مورد مفاهیم پایه بود، دریافت می‌نمودند این آموزش‌ها را بیماران گروه آموزش و مشاوره نیز دریافت می‌کردند. دوماه پس از اتمام مداخله، از بیماران گروه مشاوره و آموزش خواسته شد تا برای تکمیل پرسشنامه خودمراقبتی، در محل کلینیک دیابت پارسیان حضور یابند.

این مقاله حاصل پایان‌نامه تحصیلی در مقطع کارشناسی ارشد پرستاری با کد طرح 922652 مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد که با حمایت مالی معاونت محترم پژوهشی این دانشگاه به انجام رسیده است. این مطالعه در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران نیز با کد N12014122220394 به ثبت رسیده است. طی مطالعه، دو نفر از افراد گروه مشاوره و دو نفر از افراد گروه آموزش به‌دلیل عدم حضور در جلسات، از مطالعه حذف شدند. تجزیه و تحلیل نهایی بر روی 108 نفر انجام شد. درنهایت داده‌های مطالعه در نرم‌افزار آماری SPSS (ویرایش 11/5) وارد شد و توسط آزمون‌های آماری تی‌زوجی، آنالیز واریانس یک‌طرفه، کای‌اسکوئر و تست تعقیبی توکی، در سطح معنی‌داری P<0/05 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی افراد مورد مطالعه 49/1±8/3 با دامنه 60-18 سال بود. اکثر افراد مورد مطالعه را در سه گروه مشاوره گروهی 77/1درصد (27نفر)، آموزش گروهی 77/1درصد (27نفر) و گروه کنترل 68/4درصد (26 نفر)، زنان تشکیل می‌دادند. میانگین مدت ابتلا به دیابت 9/4±5/6 با دامنه 25-1 سال بود. میانگین شاخص توده بدنی افراد مورد مطالعه 29/1±4/7 با دامنه 35/7-20/5 کیلوگرم بر مترمربع بود.

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و مجذور کای نشان داد که سه گروه از نظر سن، جنسیّت، مدت ابتلا و شاخص توده بدنی، تفاوت معنی‌داری نداشته و همگن بودند (جدول 1).

نتایج آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه نشان داد، میانگین نمره بُعد عاطفی خودمراقبتی در مرحله قبل از مداخله در سه گروه تفاوت معنی‌داری نداشت و همگن بود (P=0/144). اما در مرحله بعد از مداخله، طبق نتیجه آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه و آزمون تعقیبی توکی، میانگین نمره بُعد عاطفی خودمراقبتی در گروه‌های آموزش گروهی (P<0/001) و مشاوره گروهی (P<0/001) به‌صورت معنی‌داری کمتر از گروه کنترل بود؛ اما تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آموزش گروهی و مشاوره گروهی وجود نداشت (P=0/394). همچنین میانگین تفاضل نمره بُعد عاطفی خودمراقبتی، قبل و بعد از مداخله در سه گروه تفاوت معنی‌دار داشت که این تفاوت مربوط به گروه‌های آموزش گروهی (P<0/001) و مشاوره گروهی (P<0/001) با گروه کنترل بود (جدول 2).

نتیجه آزمون تی‌زوجی برای مقایسه درون‌گروهی نشان داد که در گروه آموزش گروهی و مشاوره گروهی، میانگین نمره بُعد عاطفی خودمراقبتی در مرحله بعد از مداخله به‌صورت معنی‌داری کمتر از مرحله قبل از مداخله بود (P<0/001)؛ اما در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری ملاحظه نشد (P=0/979)(جدول2)

جدول 1- مقایسه مشخصات فردی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سه گروه مشاوره گروهی، آموزش گروهی و گروه کنترل

متغیّر		گروه			سطح معنی‌داری
		مشاوره گروهی N=35	آموزش گروهی N=35	کنترل N=38	
جنس زن	(تعداد (درصد))	(%77/1)27	(%77/1)27	(%68/4)26	0/61*
سن	(میانگین±انحراف‌معیار)	48/3±8/1	47/2±8/8	51/7±7/6	0/06**
مدت ابتلا	(میانگین±انحراف‌معیار)	9/3±5/1	8/4±4/6	10/4±6/7	0/33**
شاخص توده بدنی	(میانگین±انحراف‌معیار)	28/2±3/0	28/5±3/0	30/4±6/7	0/11**

*: آزمون مجذورکای **: آزمون آنالیز واریانس یک‌طرفه

جدول 2- مقایسه میانگین و انحراف‌معیار امتیاز بُعد عاطفی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در سه گروه آموزش گروهی، مشاوره گروهی و کنترل در مراحل قبل و بعد از مطالعه

بُعد عاطفی خودمراقبتی	گروه			سطح معنی‌داری آزمون بین‌گروهی آنالیز واریانس یک‌طرفه
	آموزش گروهی (میانگین±انحراف‌معیار)	مشاوره گروهی (میانگین±انحراف‌معیار)	کنترل (میانگین±انحراف‌معیار)	
قبل ازمداخله	42/2±14/0	50/9±20/7	50/4±25/3	0/144
بعدازمداخله	31/5±11/4	36/3±14/7	50/5±19/1	<0/001
تفاضل قبل و بعد	-10/7±7/6	-14/5±18/1	0/0±10/2	<0/001
نتیجه آزمون درون‌گروهی تی‌زوجی	<0/001	<0/001	0/98	---

جدول 3- مقایسه توزیع فراوانی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بر حسب سطح خود مراقبتی در بعد عاطفی درسه گروه مشاوره گروهی، آموزش گروهی و کنترل در مراحل قبل و بعد از مداخله

مرحله	سطح‌خودمراقبتی	گروه			سطح معنی‌داری آزمون کای‌اسکوئر
		مشاوره گروهی تعداد (درصد)	آموزش گروهی تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	
قبل از مداخله	ضعیف	(20/0) 7	(5/7)2	(23/7)9	0/063
	متوسط	(60/0) 21	(77/1)27	(44/7)17	
	خوب	(20/0) 7	(17/1)6	(31/6)12	
بعد از مداخله	ضعیف	(2/9)1	(0/0)0	(21/1)8	<0/001
	متوسط	(45/7)16	(42/9)15	(57/9)22	
	خوب	(51/4)18	(57/1)20	(21/1)8	

بررسی سطوح بعد عاطفی خودمراقبتی نشان داد در مرحله قبل از مداخله، در گروه مشاوره گروهی 60/0 درصد (21 نفر)، در گروه آموزش گروهی 77/1 درصد (27نفر) و در گروه کنترل 44/7درصد (17 نفر) در سطح متوسط بودند که نتیجه آزمون آماری کای‌دو تفاوت معنی‌داری نشان نداد (p=0/063)؛ اما در مرحله بعد از مداخله، در گروه مشاوره گروهی 51/4درصد (18نفر) و در گروه آموزش گروهی 57/1درصد (20 نفر) خودمراقبتی عاطفی در سطح خوب بود و در گروه کنترل 57/9درصد (22 نفر) در حد متوسط بودند که آزمون آماری کای‌دو تفاوت معنی‌داری نشان داد (p<0/001)(جدول 3).

بحث

هدف از این مطالعه، مقایسه تأثیر آموزش گروهی و مشاوره گروهی بر بعد عاطفی خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو بود. یافته‌های مطالعه حاضر، بیش از همه نشان‌دهنده این بود که انجام مشاوره گروهی و آموزش گروهی در قالب پنج‌جلسه 1/5 ساعته می‌تواند خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو در بعد عاطفی را در گروه مشاوره گروهی و آموزش گروهی بهبود بخشد.

نتایج مطالعه Karlsen و همکاران (2004) که به بررسی تأثیر مشاوره گروهی بر استرس، تطابق، سلامت روانی و کنترل متابولیک در بیماران مبتلا به دیابت نوع یک و دو پرداختند، نشان داد که استرس‌های مربوط به بیماری و خودسرزنشی، به‌طور معنی‌داری کاهش یافتند (P=0/02)(22) که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مطالعه باقری و همکاران (2007) که بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به انفارکتوس میوکارد انجام شد، نشان داد که مشاوره گروهی به‌طور معنی‌داری موجب ارتقای کیفیت زندگی بیماران گردید (P<0/05). این نتیجه با نتایج مطالعه حاضر که نشان داد بعد عاطفی خود مراقبتی، بر کیفیت زندگی تأثرگذار است، همخوانی دارد (23).

در مطالعه هروی کریموی و همکاران (2006) نیز کیفیت زندگی جنسی، عملکرد و لذت جنسی بیماران مبتلا به سرطان پستان تحت شیمی‌درمانی، در اثر مشاوره گروهی، در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد افزایش معنی‌داری یافته بود (P<0/001)(25) که با نتایج مطالعه حاضر همسو می‌باشد (24).

در مطالعه فخّار و همکاران (2008)، مشاوره گروهی با رویکرد معنادرمانی، موجب افزایش سطح سلامت روان، کاهش میزان اضطراب و فشار روانی (P=0/015) و نیز کاهش اختلال در کنش اجتماعی زنان سالمند گردید (P=0/005)(25). در مطالعه حاضر، افراد مورد مطالعه شامل بیماران مبتلا به دیابت زیر شصت سال بودند؛ اما با توجه به افزایش طول عمر بیماران مبتلا به دیابت در اثر ارتقای روش‌های درمانی و نیز افزایش جمعیت سالمندی که به‌طور مسلّم بیماران مبتلا به دیابت را هم شامل می‌شود، اثرات مشاوره می‌تواند برای بیماران دیابتی سالمند هم مفید باشد.

در مطالعه پورابراهیم و همکاران (2006) بین مشاوره‌گروهی معنادرمانی و مشاوره فردی چندالگویی در افسردگی زنان سالمند آسایشگاه تهران، تفاوت آماری معنی‌داری وجود نداشته؛ اما میزان افسردگی سالمندان نسبت به گروه شاهد و نسبت به پیش‌آزمون کاهش معنی‌داری داشت (P<0/05)(26). همچنین در مطالعه دیگری خوش‌کنش و همکاران (2009) نشان دادند که مشاوره گروهی شناختی، به‌طورمعنی‌داری منجر به کاهش افسردگی و کاهش اضطراب سالمندان زن مقیم آسایشگاه شهر سبزوار شد (P<0/05)(27) که نتایج هر دو مطالعه، با نتایج مطالعه حاضر همخوانی دارد.

Liu و همکاران (2014) در مطالعه خود، به بررسی تأثیر آموزش خودمدیریتی و روان‌شناسی بر بیماران دیابتی نوع دو که مشکل عاطفی داشتند، پرداختند. آنها در مطالعه خود، از روش سخنرانی و مشاوره از طریق گروه همسالان در قالب شش جلسه دوساعته استفاده کردند. در مطالعه آنها، اضطراب

و افسردگی هر یک به‌ترتیب: به‌میزان 9/5 و 11/0 درصد کاهش یافتند (28). در مطالعه حاضر، مداخله موجب بهبود بعد عاطفی به‌میزان 25/3درصد گردید که این اختلاف در دو مطالعه را می‌توان احتمالاً به فرد آموزش‌دهنده مربوط دانست؛ به‌طوری که در مطالعه حاضر، پژوهشگر و کمک‌پژوهشگر با نظارت مستقیم مشاور تخصصی آموزش‌ها را ارائه دادند؛ ولی در مطالعه Liu و همکاران، آموزش توسط افراد با تفاوت‌های فردی و سطح دانش متفاوت اجرا گردید.

Okanovic و همکاران (1996) در مطالعه خود، به بررسی قضاوت‌های عاطفی و کنترل متابولیک در بیماران دیابتی که تازه تشخیص داده شده بودند، پرداختند. آنها در مطالعه خود به این نتایج دست یافتند که افرادی که از نظر عاطفی قدرت تطابق بیشتری با بیماری داشتند، پس از یکسال پیگیری، کنترل متابولیک بهتری را نسبت به افرادی که قدرت تطابق ضعیف‌تری داشتند، از خود نشان دادند (29). همچنین در مطالعه دیگری Kokoszka و همکاران (2009) که به بررسی تأثیر افسردگی به‌عنوان یک مشکل عاطفی در بیماران دیابتی نوع دو پرداختند، نشان دادند که فقط 14درصد از بیمارانی که افسردگی نداشتند، بیش از چهار مورد از عوارض دیابت را تجربه کردند. این در حالی بود که این مقدار در بیمارانی که افسردگی داشتند، 49درصد بود (30). در واقع این دو مطالعه بیانگر اهمیت و توجه به بعد عاطفی بیماری دیابت می‌باشد که می‌بایستی مورد توجه کادر درمان باشند. همچنان که در مطالعه حاضر نیز این بعد مورد توجه قرار گرفت.

Van Son و همکاران (2013) که به بررسی تأثیر آموزش شناختی بر مشکلات عاطفی بیماران دیابتی نوع دو پرداختند، نشان دادند که استرس ($P<0/001$) و علایم افسردگی ($P=0/006$) و اضطراب ($P=0/019$) بیماران، پس از مداخله به‌طور معنی‌داری بهبود یافت که با نتیجه مطالعه حاضر همخوانی دارد (31).

Awan و همکاران (2013) که به بررسی تفاوت‌های جنسیتی و مشکلات عاطفی مرتبط با بیماری دیابت نوع دو پرداختند، به این نتیجه دست یافتند که مشکلات عاطفی در زنان در مقایسه با مردان به‌طور معنی‌داری بیشتر است ($P<0/05$)(32). در مطالعه حاضر نیز نتایج نشان داد که بین جنسیّت و خودمراقبتی عاطفی، رابطه وجود دارد و زنان خودمراقبتی ضعیف‌تری نسبت به مردان داشتند. در مطالعه حاضر به گفته‌های افراد برای انجام خودمراقبتی اتکا شد. هر چند از صحّت و سُقم دقیق این گفته‌ها اطلاعی در دست نیست، اما از آنجا که محرمانه‌بودن اطلاعات رعایت شد؛ بنابراین می‌توان اثر افزایش در خودمراقبتی عاطفی را به مشاوره گروهی و آموزش گروهی نسبت داد. بنابراین فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تأثیر مشاوره گروهی و آموزش گروهی بر خودمراقبتی مورد تأیید قرار گرفت.

نتیجه‌گیری

با توجه به روند رو به رشد بیماری دیابت و آمار بالای مبتلایان، شایسته است که پرستاران، از برنامه‌های آموزش گروهی و مشاوره گروهی، تا حدّ امکان، استفاده لازم را ببرند و به نقش مشاوره‌ای و آموزشی خود توجه بیشتری نمایند. همچنین با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که نشان داد تأثیر مشاوره گروهی بیشتر از آموزش گروهی است (ولی میزان تفاوت آنها از نظر آماری معنی‌دار نیست)، لازم است که پرستاران بتوانند با به‌کارگیری برنامه مشاوره گروهی و آموزش گروهی، به بررسی وضعیت بیماران، تشخیص مشکل و یافتن بهترین راه‌حل برای مشکلات آنان بپردازند و از این طریق، بیماران را در پیشگیری و یا کنترل عوارض بیماری خود یاری نمایند. در این رابطه، انجام مطالعاتی در زمینه اثر سایر روش‌های مشاوره‌ای و پیگیری طولانی‌مدت در آینده پیشنهاد می‌شود.

تقدیر و تشکر

به این وسیله، از تمامی اساتید محترم دانشکده پرستاری و

مامایی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، اساتید و مسئولان مسئولان و کارکنان کلینیک دیابت پارسیان مشهد محترم حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و سپاس‌گزاری می‌شود.

منابع:

1- McCulloch DK, Nathan DM, Mulder JE (eds). Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. 2013. Available at: http://www.uptodate.com/contents/overview-of-medical-care-in-adults-with-diabetes-mellitus.// Accessed 2014 Nov 9.

2- Suzanne CS, Brenda GB, Janice LH, Kerry HC. Brunner and Suddarths textbook of medical-surgical nursing. Translate by: Asadi Nooghabi AA, Dehghan Nayeri N. 12th ed. Tehran: Andishe Rafi; 2010. pp: 144-145

3- Vinter-Repalust N, Petricek G, Katic M. Obstacles which patients with type2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life qualitative study. Croat Med J. 2004; 45(5): 630-6.

4- Whole Person Associates. Self-Care Domains. 2012. Availabl at: https://www.researchpress.com/sites/default/files/books/addContent/8548-samples.pdf./ Accessed 2014 May 4.

5- Morowaty Sharifabad M, Rouhani Tonekaboni N. Diabetes Self-Care Determinants Model of Diabetic Patients Referred to Yazd Diabetes Research Center. Medical Daneshvar. 2009; 16(81): 29-36. [Persian]

6- Aghvamy M, Mohammadzadeh SH, Gallalmanesh M, Zare R. Assessment the Education Compariment to Two Ways: Groupe Education and Computer Education on Quality of Life in the Children 8-12 Years Suffering from Asthma in the Valiasr Hospital of Zanjan. Zanjan Univ Med Sci J. 2010; 19(74): 78-5. [Persian]

7- Vosoghi Karkazloo N, Abootalebi Daryasari Gh, Farahani B, Mohammadnezhad E, Sajjadi A. The study of self-care agency in patients with diabetes (Ardabil). Mod Care J. 2012: 8(4); 197-204. [Persian]

8- Parham M, Riahin AA, Jandaghi M, Darivandpour A. Self Care Behaviors of Diabetic Patients in Qom. Qom University of Medical Sciences Journal. 2013; 6(4): 81-7. [Persian]

9- Khezerloo S, Feizi A. A survey of relationship between perceived self-efficacy and self-care performance in diabetic patients referring to Urmia Diabetes Center. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2013; 10(3): 369-75. [Persian]

10- Gagliardino JJ, Etchegoyen G, PENDID-LA Research Group. A model educational program for people with type 2 diabetes. a cooperative Latin American implementation study (PEDNID-LA). Diabetes Care. 2001; 24(6): 1001-7.

11- Ramezani T. Degree of Depression and the Need for Counseling among Women with Breast Cancer in Kerman Chemotherapeutic Centers. Iranian Journal of Psychiatry and psychology. 2001; 6(4): 70-80. [Persian]

12- Adler AI, Stratton IM, Neil HA, Yudkin JS, Matthews DR, Cull CA, etal. Association of systolic blood pressure with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 36): prospective observational study. BMJ. 2000; 32(7258): 412-9.

13- Hazavehei MM, Khani Jyhouni A, Hasanzade A, Rashidi M. The Effect of Educational Program Based on BASNEF Model on Diabetic (Type II) Eyes Care in Kazemi's Clinic, (Shiraz). Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism. 2008; 10(2): 145-54. [Persian]

14- Heshmati Nabavi F, Ghavam-nasiri MR, Sadeghnejad Forotaghe M, Anvari K, Hassanzadeh A, Abdollahi H, et al. The Effect of Individual and Group Self-Care Education on Anxiety in Patient Receiving Chemotherapy: A Randomized Clinical Trial. Journal of Evidence-Based Care. 2012; 2(3): 79-87. [Persian]

15- Ghavam-nasiri MR, Heshmati Nabavi F, Anvari K, Habashi Zadeh A, Moradi M, Neghabi GR, et al. The effect of individual and group self-care education on quality of life in patients receiving chemotherapy: a randomized clinical trial. Iran J Med Educ. 2012; 11(8): 874-84. [Persian]

16- Aliakbari F, Delaram M, Heidari M. Effect of nurse-led group educational sessions on the quality of lifeamong patients with implanted pacemakers. Journal of Urmia Nursing And Midwifery Faculty. 2012; 10(3): 403-10. [Persian]

17- Hanninen J, Takala J, Kein?nen-Kiukaanniemi S. Good continuity of care may improve quality of life in type 2 diabetes. Diabetes Res Clin Pract. 2001; 51(1): 21-7.

18- Carlsson R, Lindberg G, Westin L, Israelsson B. Influenc of coronary nursing management follow up on lifestyle after acute myocardial infarction. Heart. 1997; 77(3): 256-9.

19- Robert L, Marianne H. Introduction to Counseling and Guidance. Translate by: Koosha M. 6th ed. Tehran: Besat; 2011; p 249. [Persian]

20- Gallegos EC, Ovalle-Ber?men F, Gomez-Meza MV. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. J Nurs Scholarsh. 2006; 38(4): 344-51.

21- Taylor C, Lillis C, Lemone P, Lynn P. Fundamental of Nursing: The Art and Science of Nursing Care. Translate by: Azizi D. 6th ed. Tehran: Andishe Rafi; 2008.

22- Karlsen B, Idsoe T, Dirdal I, Hanestad B R, Bru E. Effects of a group-based counselling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. Patient Educ Couns. 2004; 53(3): 299-308.

23- Baghery H, Memarian R, Alhani F. Survey the effect of group counselling on quality of life in myocardial infarction patients who have been referred to the clinics of Imam khomeini and Shariati Hospitals in Tehran. Hakim. 2004; 6(4): 89-95. [Persian]

24- Karimoi HM, Pourdehghan M, Faghihzadeh S, Montazeri A, Milani GM. The effects of Group counseling on symptom scales of life quality in patients with breast cancer treated by chemotherapy. J Kermansha Univ Med Sci. 2006; 10(1): 10-22. [Persian]

25- Fakhar F, Navabinejad Sh, Froghan M. The role of group counseling with logo-therapeutic approach on the mental health of older women. Salmand, Iranian Journal of Ageing. 2008; 3(1): 58-67. [Persian]

26- Porebrahim T. Comparison of the therapeutic efficacy of group counseling, individual counseling with a model of depression in elderly sanatoriums in Tehran [PhD Disseration]. [Tehran]: Allameh Tabatabai University; 2006. [Persian]

27- Khoshkonesh A, Taghi Pour E, Bashiri E. The Examination of Effects of cognitive group counseling on the anxiety and depression factors in female senior citizens staying at nursing homes in Sabzevar in 2008-2009. Salmand, Iranian Journal of Ageing. 2010; 4(4): 7-14. [Persian]

28- Liu Y, Han Y, Shi J, Li R, Li S, Jin N, et al. Effect of peer education on self-management and psychological status in type 2 diabetes patients with emotional disorders. J Diabetes Investig. 2015; 6(4): 479-86.

29- Pibernik-Okanovi CM, Rogli CG, PraSek M, Metelko Z. Emotional adjustment and metabolic control in newly diagnosed diabetic persons. Diabetes Res Clin Pract. 1996; 34(2): 99-105.

30- Kokoszka A, Pouwer F, Jodko A, Radzio R, Muc´ko P, Bien´kowska J, et al. Serious diabetes-specific emotional problems in patients with type 2 diabetes who have different levels of comorbid depression: A Polish study from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. Eur Psychiatry. 2009; 24(7): 425–30.

31- van Son J, Nykl?cek I, Pop VJ, Blonk MC, Erdtsieck RJ, Spooren PF, et al. The effects of a mindfulness-based intervention on emotional distress,quality of life, and HbA1c in out patients with diabetes (DiaMind): a randomized 32-controlled trial. Diabetes Care. 2013; 36(4): 823-30.

32- Kausar R, Awan B, Khan N. Gender Differences in Risk Perception and Emotional Distress in Patients with Type 2 Diabetes. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 2013; 39(2): 222-7.

Abstract *Original Article*

Comparison between the effect of group education and group counseling on emotional self-care in type II diabetics

Mahboobeh Firooz[1,2], Seyed Reza Mazlom[3], Seyed Javad Hoseini[4], Farzaneh Hasanzadeh[5], Seyed Ali Kimiae[6]

Background and Aim: Diabetics are in need of assistance and education in order to know and understand their health status; decision making for health care, health behavior changes, and improving health care. According to WHO, education is the cornerstone of diabetes treatment. Key goals of diabetes education are behavior change and promotion of self-care. Emotional self-care, which requires special attention, is a type of self-feeling an individual has regarding himself/herself and his/her own abilities to manage different emotions; and fight against various problems.

The current study aimed at comparing between the effect of group education and that of group counseling on emotional self-care in type II diabetics.

Materials and Methods: In a clinical trial, 112 type II diabetics referring to Mashhad Parsian Diabetes Clinic in 2014 were selected through convenient sampling.

They were randomly allocated into three groups; i.e. counseling (n=37), education (n=37), and control (n=38). Group counseling and group education were held for five sessions (1.5 hours each) every three days; each group consisting of 8 to 10 patients. A researcher-designed diabetes emotional care questionnaire was filled out before and two months after the intervention per each subject.

Finally the obtained data was analyzed by means of SPSS (V. 11.5) applying paired. T-Test and ANOVA at the significant level of P=0.05.

Results: The groups did not show any significant differences in emotional self-care before the intervention (P=0.834). After the intervention, however, self-care significantly decreased in patients who had group counseling (36.3±14.7) and group education (31.5±11.4) compared to the control group (50.5±19.1); P=0.001.

Conclusion: Regarding the results, one can say not only group education but also group counseling can improve emotional self-care in diabetics. Thus, it is recommended that with regard to ability, experience, and knowledge of nurses and capabilities of the subjects either of these two methods should be used in self- care of. type II diabetics.

Key Words: Group counseling, Group education, Self-care, Emotional, type II diabetics

Journal of Birjand University of Medical Sciences. 2016; 22 (4): 293-303

Received : May 6, 2015 Accepted: December 22, 2015

1 Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, Esfarayen University of Medical Sciences, Esfarayen, Iran
2. MSc in Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
3. PhD Student in Nursing, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
4 MSc in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
5 Lecturer, Department of Medical-Surgical Nursing, Faculty of Nursing and Midwifery, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
6. Assistant Professor, Department of Family Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran