

بسمه تعالی

حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی

چکیده‌ای از طرح تحقیقاتی

اقدام پژوهی

عنوان طرح:

بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم

کلید واژه‌ها:

برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده، رژیم دارویی، رژیم غذایی، دیابت نوع دوم

:Key Words

... family-based Self-Care program, Home Visite, drug regimen, diet regimen, patients with type II diabetes

مجری اصلی:

توصیف مشکل و ضرورت اجرای طرح (به صورت خلاصه):

دیابت نوع 2، بیماری مزمن خطرناکی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. اگر چه دیابت دارای علائم متعددی است، ولی عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون، معمولی‌ترین علائم تفکیکی آن است. فرد مبتلا به دیابت یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد؛ در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد به عوارض کوتاه مدت و بلندمدت دیابت مبتلا می‌شود (1). کنترل دیابت شامل پنج جزء تغذیه، ورزش، اندازه‌گیری قند خون، درمان دارویی و آموزش به بیمار می‌باشد (17). تعدیل رژیم غذایی یک عامل مهم در درمان همه انواع دیابت است (18). به طوری که 30٪ افراد دیابتی تنها با تعدیل رژیم غذایی به همراه ورزش می‌توانند بیماریشان را کنترل کنند (19). پرستار در نقش آموزش دهنده دیابت، باید با برقراری ارتباط موثر با بیماران و خانواده‌های آنان، ترس‌ها و نگرانی‌های بیمار را ارزیابی کرده و اطلاعاتی در مورد راهبردهای تغییر رفتار و حل مسئله ارائه دهد تا بیمار بتواند تصمیمات آگاهانه بگیرد (33). آموزش مراقبت از خود، به عنوان جزء حائز اهمیت در عملکرد پرستاری از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است (34-35). یکی از روش‌هایی که می‌تواند جهت آموزش بیماران به کار رود انجام مراقبت در منزل است. به اعتقاد لانکستر، مراقبت در منزل بهترین راه ارائه‌ی برنامه‌های آموزشی برای فرد در خانواده می‌باشد (36). با توجه به اهمیت حمایت خانواده و تاثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم، به ویژه در کشور ایران با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد خانواده‌های ایرانی و فرهنگ حاکم بر آن پژوهش‌چندانی در

این مورد گزارش نشده است (41). بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم صورت می گیرد.

هدف یا اهداف طرح:

تعیین تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم

روش اجرا (به صورت خلاصه):

در پژوهش حاضر بعد از انتخاب نمونه و تخصیص تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل، گروه مداخله برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) را دریافت می کنند قبل از اجرای برنامه مراقبتی مبتنی بر خانواده هر دو گروه به پرسشنامه رژیم درمانی پاسخ می گویند.

قسمت اول- اطلاعات مربوط به مجری طرح و همکاران

مجری اصلی طرح (مجری اول):

نشانی مجری اصلی:

محل کار:

تلفن:

منزل:

تلفن:

تلفن همراه:

نام مؤسسه بانکی و شماره حساب مجری (مجری اصلی طرح): بانک

شعبه جاری

شغل و سمت فعلی مجری اصلی طرح: ...

E-Mail: @

سازمان متبوع: ...

محل اجرای طرح: ...

درجات علمی و سوابق تحصیلی مجری اصلی طرح:

سال دریافت	کشور	دانشگاه	رشته تحصیلی	درجه تحصیلی

مشخصات سایر مجریان و یا همکاران اصلی:

نام و نام خانوادگی	شغل	درجه علمی	نوع همکاری	امضای همکار

--	--	--	--	--

الف) عنوان طرح به فارسی:

بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم

ب) عنوان طرح به انگلیسی:

...

The effect of family-based Self-Care program (Home Visite) on compliance with the drug regimen and diet in patients with type II diabetes

مقدمه

1. بیان مسئله یا مشکل، توصیف وضعیت موجود، ضرورت و دلیل انتخاب موضوع، مروری به مطالعات و متون مربوطه:

دیابت نوع 2، بیماری مزمن خطرناکی است که از طریق ناهنجاری‌هایی در متابولیسم کربوهیدرات، پروتئین و چربی توصیف می‌شود. اگر چه دیابت دارای علائم متعددی است، ولی عدم تحمل گلوکز یا ازدیاد قند خون، معمولی‌ترین علائم تفکیکی آن است. فرد مبتلا به دیابت یا انسولین تولید نمی‌کند و یا به انسولین پاسخ نمی‌دهد؛ در نتیجه ازدیاد قند خون به وجود می‌آید و فرد به عوارض کوتاه مدت و بلندمدت دیابت مبتلا می‌شود (1). سازمان بهداشت جهانی¹ (WHO) تعداد بیماران دیابتی در جهان را در سال 2000 میلادی 2103000 نفر اعلام نموده که تا سال 2030 میلادی این رقم به 6421000 افزایش خواهد یافت (2). دیابت در حال حاضر در ایران یک و نیم میلیون نفر است که تخمین زده می‌شود در سال 2025 به پنج و یک دهم میلیون نفر برسد (3). بر طبق آمارهای فدراسیون بین‌المللی دیابت IDF در سال 2010 حدود 6/1٪ جمعیت 20 تا 79 ساله ایران یعنی دو میلیون و هشتصد و هفتاد و یک هزار و پانصد نفر (2871500) به دیابت آشکار و 9/7 یعنی چهار میلیون و پانصد و چهار هزار و پانصد نفر (4540500) به اختلال در تحمل گلوکز مبتلا هستند که مجموعاً هفت میلیون و چهارصد و دوازده هزار نفر (7412000) می‌باشد (4). شیوع دیابت نوع 2 در منطقه خاورمیانه بالا است. این میزان در ایلات متحده عربی 29 درصد (5)، در عمان 16/1 درصد (6)، در ایران 7/7 درصد (7) و در تهران 14 درصد (8) گزارش شده است.

شواهد قوی وجود دارد که عوامل خطر مثل چاقی و کم بودن میزان فعالیت بدنی، عوامل اصلی غیر ژنتیکی پیشگویی کننده دیابت هستند (9-11). از طرفی دیابت به واسطه عوارض ناشی از آن یک بیماری پر هزینه

¹-world health organizatio

است (12). به علاوه حضور عوارض مزمن دیابت حتی در حد خفیف تاثیر قابل توجهی بر کیفیت زندگی این بیماران دارد (13). دیابت درمان پذیر نیست اما می توان آن را کنترل کرد (12). معنای کنترل دیابت تا قبل از کشف انسولین در سال 1921 اجتناب از مرگ زودرس و کما بود؛ اما در حال حاضر کنترل دیابت نه تنها طبیعی نگه داشتن قند خون بلکه طبیعی نگه داشتن سایر پارامترها نظیر لیپیدهای خون و فشار خون است (12). بنابراین کنترل دیابت به معنی پیشگیری و به تاخیر انداختن عوارض ناشی از آن است (14). کنترل ضعیف دیابت منجر به بالا رفتن سطح قند خون در طولانی مدت می گردد که رابطه بسیار قوی با ایجاد عوارض مزمن همچون رتینوپاتی، نفروپاتی و بیماری های قلب و عروق دارد. این عوارض با هزینه های درمانی بالا و کاهش کیفیت زندگی همراه است (15). کیم و او به نقل از یوکیپدس اعلام کردند بین هیپرگلیسمی و عوارض میکرو و سکولار ناشی از دیابت ارتباط وجود دارد بدین صورت که کاهش هموگلوبین گلیکوزیله به میزان 1٪ منجر به کاهش بروز عوارض میکرو و سکولار به میزان 35٪ می گردد (16).

کنترل دیابت شامل پنج جزء تغذیه، ورزش، اندازه گیری قند خون، درمان دارویی و آموزش به بیمار می باشد (17). تعدیل رژیم غذایی یک عامل مهم در درمان همه انواع دیابت است (18). به طوری که 30٪ افراد دیابتی تنها با تعدیل رژیم غذایی به همراه ورزش می توانند بیماریشان را کنترل کنند (19). بنابراین فرد مبتلا به دیابت بعد از تشخیص بیماری باید هر چه سریعتر جهت تعیین یک برنامه غذایی انعطاف پذیر و متناسب با سبک زندگی به یک متخصص تغذیه ارجاع داده شود (12). اما با وجود این تبعیت از رژیم غذایی دیابتی یکی از مهم ترین چالش ها در کنترل دیابت است (19). به دلیل اینکه تعدیل روزانه این رژیم پیچیده به عهده بیمار است، آموزش به بیمار و خانواده اش جزء اساسی در کنترل دیابت است (20).

طبق بررسی های موجود، عدم انجام خودمراقبتی، مهم ترین عامل مستعد کننده ابتلا به عوارض دیابت و مرگ و میر بیماران مبتلا به دیابت می باشد (21 و 22). در واقع کنترل موفقیت آمیز دیابت به خودمراقبتی بیماران وابسته است، زیرا بیش از 95 درصد از مراقبت های دیابت به وسیله بیمار انجام می شود (23). این بیماری رفتارهای خود مراقبتی ویژه ای را در تمام عمر نیاز دارد (24). خودمراقبتی مجموعه فعالیت و رفتارهای موثر، آموخته شده، آگاهانه و هدف دار شخص را شامل می شود که توسط فرد در موقعیت های عینی زندگی، توسط خود فرد و یا بستگان او انجام می شود. هدف از خودمراقبتی، تنظیم عوامل موثر در رشد و عملکرد فرد در ارتباط با زندگی، سلامتی و تندرستی وی می باشد. رفتار خودمراقبتی تحت تاثیر مجموعه ی دانش و مهارت ها می باشد که فرد دارا بوده و از آن برای استفاده در تلاش های عملی بهره می برد (25). ابعاد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت طیف وسیعی از رفتارهای خودمراقبتی را شامل می گردد که پایش و کنترل سطح گلوکز خون، انسولین درمانی، و استفاده از قرص های خوارکی ضد دیابت، ورزش و فعالیت های فیزیکی، تغذیه و رژیم های غذایی، پیشگیری از ایجاد عوارض حاد دیابت از قبیل هیپوگلیسمی، پیشگیری از ایجاد عوارض مزمن دیابت، مراقبت از پاها، ترک سیگار و سایر رفتار های بهداشتی از اهم این رفتارها می باشد (23). یک فرد مبتلا به دیابت با انجام رفتارهای خودمراقبتی همانند مصرف داروهای تجویز شده، پیروی از رژیم های تغذیه ای و فعالیت های روزانه،

خودپایشی، می تواند این بیماری را کنترل نماید (26). ارتقای خودمراقبتی با آموزش امکان پذیر است و آموزش به بیمار جزء اساسی در کنترل دیابت می باشد (27).

آموزش موجب می شود که بیمار ماهیت بیماری دیابت و اهداف مراقبتی-درمانی را بهتر درک نماید، در نتیجه انگیزش بیشتری برای پذیرش بیماری و مراقبت طولانی مدت داشته باشد (28). بسیاری از صاحب نظران، کنترل و مراقبت از دیابت را وظیفه اصلی فرد و خانواده دانسته و معتقدند مددجویان باید مسئولیت کنترل بیماری خود را پذیرفته و با توجه به زمینه و فرهنگ زندگی خود بتوانند دیابت را به مناسب ترین شیوه کنترل نمایند (29). خانواده به عنوان اساسی ترین رکن جامعه، مسئول ارائه مراقبت های صحیح و مناسب بهداشتی به بیمار و اطرافیان وی می باشد. آموزش به اعضای خانواده در امر کنترل بیماری و حتی پیشگیری می تواند بسیار مفید باشد، چرا که یک ارتباط قوی بین خانواده و وضعیت سلامتی اعضای آن وجود دارد (30). با توجه به اینکه بخش عمده ای از مراقبت های این بیماران در منزل انجام می شود، نمی توان نقش خانواده را در سازگاری بیماران مبتلا به دیابت با تنش های ناشی از بیماری نادیده گرفت (31). آموزش مبتنی بر خانواده با هدف تقویت آگاهی، بهبود عملکرد و نگرش در تبعیت از رژیم دارویی و غذایی، در حمایت از بیماران مبتلا به دیابت که مشکلات خود مراقبتی دارند بسیار موثر باشد (32).

از این رو پرستار در نقش آموزش دهنده دیابت، باید با برقراری ارتباط موثر با بیماران و خانواده های آنان، ترس ها و نگرانی های بیمار را ارزیابی کرده و اطلاعاتی در مورد راهبردهای تغییر رفتار و حل مسئله ارائه دهد تا بیمار بتواند تصمیمات آگاهانه بگیرد (33). آموزش مراقبت از خود، به عنوان جزء حائز اهمیت در عملکرد پرستاری از دیرباز مورد توجه قرار گرفته است (34-35). یکی از روش هایی که می تواند جهت آموزش بیماران به کار رود انجام مراقبت در منزل است. به اعتقاد لانکستر، مراقبت در منزل بهترین راه ارائه ی برنامه های آموزشی برای فرد در خانواده می باشد (36).

هدف از آموزش به بیمار در منزل افزایش توانایی برای سازگاری با بیماری خود، انجام مراقبت از خود و تسریع بهبودی متعاقب بیماری و به حداقل رساندن بروز هرگونه عارضه می باشد (37). به ویژه در دیابت نوع دوم جهت تداوم داشتن رفتارهای مراقبت از خود در زمینه رفتارهای تغذیه و ورزش، اعضای خانواده نقش خیلی مهمی دارند (38-39). با پیدایش تحول در امر مراقبت های بهداشتی درمانی و ایجاد توسعه روش های درمان سرپایی و نیز کاهش طولانی مدت اقامت بیماران در بیمارستان، لزوم ارایه ی آموزش های لازم در زمینه مراقبت از خود در منزل اهمیت بیشتری پیدا کرده است (40).

با توجه به اهمیت حمایت خانواده و تاثیر آن بر رفتارهای خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم، به ویژه در کشور ایران با توجه به ویژگی های منحصر به فرد خانواده های ایرانی و فرهنگ حاکم بر آن پژوهش چندانی در این مورد گزارش نشده است (41). بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم صورت می گیرد.

رزم آرای و همکاران در سال 1395 پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش خانواده محور بر خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام دادند. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای تجربی از نوع قبل و بعد می‌باشد. 60 نفر از بیماران مبتلا به دیابت که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت تصادفی انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه کنترل (30 نفر) و مداخله (30 نفر) تخصیص داده شدند. آموزش خانواده محور در گروه مداخله، به مدت سه ماه انجام شد. ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و پرسشنامه فعالیت‌های خودمراقبتی در دیابت بود که به روش مصاحبه قبل و بعد از مداخله در دو گروه تکمیل گردید. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS ویرایش 21 و با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی و استنباطی انجام گردید. یافته‌های مطالعه نشان داد که بعد از آموزش خانواده محور، میانگین نمرات خودمراقبتی و ابعاد آن (تغذیه، فعالیت جسمانی، کنترل قند خون و مراقبت از پا) بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت معنی‌داری از نظر آماری داشت. میانگین نمرات بعد تبعیت از رژیم دارویی بعد از مداخله بین دو گروه کنترل و مداخله تفاوت آماری معنی‌داری نداشت (42).

فیروز و همکاران در سال 1394 پژوهشی با هدف خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو انجام دادند. در این مطالعه توصیفی - تحلیلی 108 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه کننده به کلینیک دیابت پاریسیان مشهد در سال 93 که شرایط ورود به مطالعه را داشتند به صورت دسترس انتخاب شدند. پرسشنامه خودمراقبتی بیماران دیابتی و پرسشنامه توصیف مشخصات واحدهای پژوهش توسط بیماران تکمیل گردید و داده‌های اصلی با استفاده از نرم افزار آماری spss 11.5 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های این تحقیق نشان داد که 47.2 درصد از افراد خودمراقبتی ضعیفی داشتند و بین خود مراقبتی و جنس ($p=0.018$) و فعالیت بدنی ($p=0.019$) ارتباط معناداری وجود دارد (43).

امیدی و همکاران در سال 1393 پژوهشی با هدف بررسی تأثیر آموزش مراقبت در منزل بر کنترل قند خون بیماران دیابتی نوع دو مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت شهر همدان انجام دادند. این مطالعه کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده، در 60 بیمار دیابتی نوع دو انجام شد. نمونه‌ها به روش بلوک جایگشتی به دو گروه آزمون و کنترل تقسیم شدند. مداخله آموزشی به روش بازدید منزل، در سه جلسه 40 دقیقه‌ای بصورت چهره به چهره انجام شد. قبل و سه ماه پس از مداخله، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه و چک لیست جمع‌آوری شدند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS/20 و از آمار توصیفی و آزمون‌های آماری کای دو، فیشر و تی زوج شده و آنالیز کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که پس از آموزش مراقبت در منزل، قند پلاسمای خون وریدی ناشتای بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل از نظر آماری اختلاف معنی‌داری دارد ($p > 0/05$). مقادیر نمایه‌ی توده بدنی و اندازه نسبت دور کمر به دور باسن در بیماران گروه آزمون نسبت به گروه کنترل پس از آموزش تفاوت معناداری را نشان نداد ($P > 0/05$) (44).

قطبی در سال 1392 بررسی تاثیر آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور بر رفتارهای خود مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو شهر لامرد سال 1391 انجام دادند. این پژوهش از نوع مداخله ای نیمه تجربی است، که بر روی 40 بیمار مبتلا به دیابت نوع دو که بصورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند، صورت گرفت. آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور جهت گروه مداخله، طی 5 جلسه 90-60 دقیقه ای، در چهارگام (تهدید درک شده، مشکل گشایی، مشارکت آموزشی و ارزشیابی) بصورت جلسات خانوادگی، در منزل بیماران اجرا شد. سطح رفتارهای خودمراقبتی بیماران در چهار حیطة تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، کنترل عوارض و مصرف دارو و مراقبت از پا با استفاده از پرسشنامه سنجش رفتارهای خودمراقبتی، در دو مرحله قبل و بعد از اجرای مداخله، سنجیده شد. داده های جمع آوری شده توسط نرم افزار spss16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته ها نشان دادند، دو گروه، قبل از مداخله، تفاوت معناداری از نظر سطح رفتارهای خودمراقبتی با یکدیگر ندارند ($p < 0/05$). پس از اجرای آموزش مبتنی بر الگوی توانمندسازی خانواده محور، سطح رفتارهای خودمراقبتی گروه مداخله، به تفکیک در تمامی حیطة ها (تغذیه، فعالیت جسمی و ورزش، کنترل عوارض و مصرف دارو، مراقبت از پا) و در نمره کل رفتارهای خودمراقبتی افزایش یافت ($p > 0/05$). در حالیکه در گروه شاهد تغییر معناداری مشاهده نشد (45).

وثوقی کرکزلو و همکاران در سال 1390 پژوهشی با هدف بررسی توان خودمراقبتی بیماران مبتلا به دیابت انجام دادند. در این مطالعه توصیفی- مقطعی، 92 فرد 20 تا 65 ساله مبتلا به دیابت که در فاصله زمانی یک ماه از زمستان سال 1388 در بیمارستان امام خمینی (ره) اردبیل بستری شده بودند، مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها به روش مصاحبه گردآوری و تحقیق با استفاده از ابزار توان مراقبت از خود بیماران دیابتی انجام شد. توان خودمراقبتی واحدهای پژوهش با میانگین و انحراف معیار در حد ضعیف بود. عواملی از قبیل نوع دیابت ($P=0.02$)، محل سکونت ($P=0.01$)، سن ($P=0.01$)، سطح تحصیلات ($P=0.01$) و سابقه آموزش ($P=0.02$)، ارتباط معنی داری با توان خودمراقبتی افراد داشتند (46).

مروتی شریف آباد و همکاران در سال 1388 پژوهشی با هدف الگوی تعیین کننده های خود مراقبتی دیابت در بیماران مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد انجام دادند. این مطالعه تحلیلی مقطعی بر روی 120 نفر از بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز تحقیقات دیابت یزد، که به صورت آسان در تحقیق وارد شدند، انجام شد. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر سازه های الگوی اعتقاد بهداشتی توسعه یافته شامل منافع، موانع، شدت، حساسیت، خود کار آمدی، حمایت اجتماعی و کنترل متابولیک درک شده و منبع کنترل بانضمام متغیر های دموگرافیک بود و از طریق مصاحبه با بیماران تکمیل گردید. پایایی و روایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفت و تایید گردید. بر اساس نتایج، خودکارآمدی، شدت \times حساسیت و منافع خالص به طور مستقیم بر رفتارهای خود مراقبتی موثر بودند که در این مبان تاثیر خودکارآمدی بر رفتار قوی تر بود. منبع کنترل شانس و

حمایت اجتماعی از طریق تاثیر بر منافع خالص به طور غیرمستقیم بر رفتار تاثیر گذار بودند. همچنین منافع خالص و منبع کنترل درونی با تاثیر بر خودکارآمدی به طور غیر مستقیم بر رفتار موثر بودند(47).

کایی و هیو¹ در سال 2016 به بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر خانواده بر خودمردیتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم در میان چینی ها پرداختند. طراحی شبه تجربی با اندازه گیری های مکرر استفاده شد. 57 بیماران چینی مبتلا به دیابت نوع دوم اعضای خانواده خود را به 2 گروه تقسیم شدند. گروه مداخله (29 نفر) یک مداخله آموزشی 7 جلسه طراحی شده و گروه شاهد (28 نفر) در جامعه مراقبت معمول را دریافت نمودند. داده ها در قبل و بعد از مداخله در پایان از 3 ماه پیگیری جمع آوری شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها تجزیه و تحلیل توصیفی و تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد در گروه مداخله شاخص توده بدن و دور کمر و بهبود قابل توجه در دانش دیابت، خودکارآمدی، فعالیت های مراقبت از خود، و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مقایسه با گروه شاهد نشان داده بودند. اعضای خانواده در گروه مداخله پیشرفت های قابل توجهی در دانش دیابت و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کرده بودند(48).

بیگ² و همکاران در سال 2015 به بررسی تاثیر مداخلات مبتنی بر خانواده بر بهبود علائم در بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. از آنجا که اعضای خانواده می توانند نقش حیاتی در مدیریت بیماری، مشارکت دادن آنها در مداخلات مراقبت از خود داشته باشند می توانند بر نتایج دیابت بیماران نقش مثبتی بازی کنند. در این پژوهش به طور سیستماتیک مداخلات مبتنی بر خانواده برای بزرگسالان مبتلا به دیابت که در سال های 2014-1994 منتشر شده بررسی و تاثیر آن را بر نتایج دیابت بیماران و میزان دخالت خانواده ارزیابی شده است. 26 مطالعه در زمینه توصیف مداخلات دیابت مبتنی بر خانواده برای بزرگسالان پیدا شده است. میزان مشارکت خانواده در مطالعات متفاوت بود. نتایج نشان داد میزان مشارکت خانواده موجب بهبود در خودکارآمدی بیماران، حمایت اجتماعی ادراک شده، دانش دیابت و دیابت مراقبت از خود می شود. با توجه به ناهمگونی طرح های مورد مطالعه، نوع مداخلات، گزارش از نتایج، و دخالت خانواده، چگونگی مشارکت خانواده در مداخلات دیابت ممکن است پیامدهای بالینی بیماران را تحت تاثیر قرار است(49).

تورس³ و همکاران در سال 2014 به بررسی بازدید در منزل: راهبردهای بهداشتی خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت پرداختند. مطالعه کیفی با استفاده از 25 بازدیدکننده در خانه بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم انجام شد، کسی

¹ Cai, C & Hu, J

² Baig, A.A

³ TORRES, H, C

که در برنامه آموزش دیابت ارائه شده توسط واحد مراقبت های بهداشتی اولیه حضور نداشتند. تجزیه و تحلیل اطلاعات سازماندهی به وسیله تحلیل محتوای انجام شدند. نتایج نشان داد چهار دسته بندی موضوعی پدید آمده است که عبارتند از احساسات؛ دانش در مورد این بیماری؛ پایبندی به برنامه غذایی و فعالیت فیزیکی؛ و موانع مراقبت از خود. بنابراین باید در منزل، یک استراتژی مهم برای آموزش بهداشت و درمان به بیماران مبتلا به دیابت نوع 2 در شیوه های مراقبت از خود است (50).

سوال کلی (برگرفته از مشکل)

آیا برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم موثر است؟

اهداف :

هدف کلی

- تعیین تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم

اهداف جزئی

2. تعیین و مقایسه پیروی از رژیم دارویی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite)
3. تعیین و مقایسه پیروی از رژیم دارویی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite)
4. تعیین و مقایسه پیروی از رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite)
5. تعیین و مقایسه پیروی از رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite)

فرضیه ها

فرضیه اصلی

- برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم موثر است.

فرضیه های جزئی

1. بین پیروی از رژیم دارویی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) تفاوت وجود دارد.
2. بین پیروی از رژیم دارویی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) تفاوت وجود دارد.
3. بین پیروی از رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه مداخله قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) تفاوت وجود دارد.
4. بین پیروی از رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم گروه کنترل قبل و بعد از اجرای برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) تفاوت وجود دارد.

تعریف واژه ها (نظری و عملی):

برنامه بازدید منزل

تعریف نظری: برنامه بازدید منزل یک تعامل هدفمند در خانه یا محیط اقامتی افراد، خانواده‌ها یا سایر افراد مهم معطوف می‌باشد که دارای پنج مرحله قبل از برنامه ریزی، شروع، اجرا، پایان و مرحله بعد از برنامه ریزی می‌باشد (51) و بین 30 دقیقه تا 2 ساعت به طول می‌انجامد (52).

تعریف عملی: در این تحقیق نیز برنامه بازدید منزل مبتنی بر الگوی رفتار برنامه ریزی شده در طی پنج مرحله انجام می‌شود. این فرآیند شامل 6 جلسه مداخلات پرستاری در 3 حیطه‌ی رژیم درمانی شامل: رژیم دارویی و غذایی و فعالیت بدنی بمدت 30 دقیقه تا 2 ساعت می‌باشد. نتیجه مداخلات با سنجش نمره هر بیمار از پرسشنامه رژیم درمانی بدست خواهد آمد.

رژیم درمانی

تعریف نظری: رژیم درمانی به معنای، انجام و پیگیری مراقبت‌های پزشکی، تجویز دارو و مصرف مناسب آنها، انجام واکسیناسیون و پیگیری برای مراجعات بعدی، حضور در قرارهای ملاقات تعیین شده، اصلاح سبک زندگی در رفتارهای نادرست شخصی، داشتن رژیم غذایی سالم و داشتن فعالیت بدنی مناسب می‌باشد (53).

تعریف عملی: در تحقیق حاضر این مفهوم با استفاده از نمره نهایی اخذ شده و نیز ریز نمرات مربوط به بخش های رژیم دارویی، رژیم غذایی و فعالیت جسمانی اندازه گیری می شود.

دیابت نوع دوم

تعریف نظری: دیابت نوع 2 شامل گروه ناهمگونی از اختلالات است که با درجات متفاوتی از مقاومت به انسولین، اختلال ترشح انسولین و افزایش گلوکز همراه اند (1).

تعریف عملی: در این پژوهش منظور از بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم، افرادی هستند که مبتلا به دیابت بوده و توسط پزشک تشخیص داده شده است و تحت درمان دارویی می باشند.

فهرست منابع مورد استفاده در این طرح¹:

1. Baghianimoghadam, M H, Afkhami, A. The effect of educational intervention on quality of life in type 2 diabetic patients referred to Yazd Diabetes Research Center. Horizon Science, Faculty of Medical Sciences and Health Services, Gonabad. 2007, 13, 4: 29-21.

قسمت سوم- روش اجرای طرح

روش اجرا:

5. روش مطالعه: اقدام پژوهی

نوع پژوهش: پژوهش حاضر براساس اهداف و ماهیت آن یک مطالعه نیمه تجربی¹ تصادفی است. در این پژوهش تاثیر متغیرهای مستقل² (برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده) بر روی متغیر وابسته³ (پیروزی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم) سنجیده خواهد شد.

6. محل اقدام پژوهی، نمونه پژوهش، تاریخ پژوهش، روش اجرای طرح به ترتیب مراحل جامعه پژوهش: بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم مراجعه کننده به انجمن دیابت شهر اصفهان.

روش محاسبه حجم نمونه :

طبق نظر مشاور محترم آمار، حجم نمونه پس از یک مطالعه ی مقدماتی (پایلوت) تعیین خواهد شد.

معیارهای ورود:

- 1-وجود تشخیص قطعی دیابت نوع دوم توسط پزشک متخصص
- 2- موافقت اولیه بیماران و یکی از اعضای خانواده آنها جهت شرکت در مطالعه
- 3-داشتن وضعیت پایدار فیزیولوژیک جهت پاسخ دادن به سوال ها
- 4-توانایی صحبت کردن و درک کامل زبان فارسی
- 5-سن 30 سال و بالاتر
- 6-عدم اعتیاد به الکل و مواد مخدر
- 7-نداشتن بیماری عضلانی-اسکلتی یا گوارشی در زمان ایجاد بیماری دیابت نوع دوم
- 8-نداشتن بیماری روحی و روانی
- 9-عدم کاهش سطح هوشیاری و بیهوشی در زمان ظهور علائم.
- 10-عدم اعتیاد به مواد مخدر و مصرف داروهای ضد اضطراب و مسکن

معیارهای خروج:

1. عدم تمایل بیمار جهت ادامه ی شرکت در مطالعه
2. بستری شدن در بیمارستان در طول مطالعه

روش اجرای طرح

تحقیق حاضر یک مطالعه ی نیمه تجربی است که به بررسی تاثیر برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده (Home Visite) بر پیروی از رژیم دارویی و رژیم غذایی در بیماران دارای دیابت نوع دوم می پردازد. پژوهشگر پس از تصویب موضوع در شورای پژوهشی دانشکده و تایید معاونت پژوهشی دانشگاه و اخذ مجوز از کمیته ی اخلاق دانشگاه اقدام به کسب معرفی نامه از دانشکده کرده و با مجوز مسئولین ذیربط به انجمن دیابت شهر اصفهان مراجعه و پس از معرفی خود به مسئولین مربوطه و کسب اجازه از ایشان نمونه های واجد شرایط را تعیین خواهد کرد. سپس پژوهشگر اطلاعات کافی در مورد اهداف پژوهش و اهمیت آن به شرکت کنندگان داده و در مورد محرمانه بودن اطلاعات شخصی و پاسخ های آن ها اطمینان داده می شود. قبل از پاسخ دهی رضایت کتبی از هر شرکت کننده گرفته می شود. واحد های مورد پژوهش کلیه ی بیمارانی و یکی از اعضای خانواده آنها هستند که به انجمن دیابت شهر اصفهان مراجعه کرده و واجد شرایط معیار های ورود به مطالعه هستند. پس از انتخاب نمونه ها به روش ذکر شده و بعد از توضیح اهداف به واحدهای مورد پژوهش و کسب رضایت از آنها پرسشنامه ی حاوی اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه ی خودمراقبتی بیماران دیابتی در اختیار آنها قرار می گیرد. پس از جمع آوری پرسشنامه ها نمونه ها به طور تصادفی ساده به دو گروه کنترل و مداخله تقسیم می شوند. آموزش حضوری در منزل بیمار و بازدید توسط پرستار در گروه مداخله، به مدت سه ماه انجام خواهد شد. محتوای کلاس های آموزشی، شامل ارزیابی وضعیت خودمراقبتی واحد مورد پژوهش در حیطه ی رژیم غذایی، و رژیم دارویی و پاسخ به سوالات واحدهای مورد پژوهش خواهد بود. در صورت وجود مواردی نظیر عدم خودمراقبتی و یا خود مراقبتی ضعیف، تلاش در جهت یافتن علت به کمک خود فرد و عضوی از خانواده که در کلاس ها حضور دارند انجام می شود و در نهایت راه حل پیشنهادی به خود فرد و همراهش جهت رفع مشکل ارائه و به سوالات آنها پاسخ داده می شود. بعد از اتمام آموزش اعضای هر دو گروه به پرسشنامه خود مراقبتی پاسخ خواهند داد.

نوع و مشخصات داده های پژوهش:

در این پژوهش داده ها بر اساس نوع داده ها کمی¹ (سن)، کیفی² (میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، خستگی و ...)، رتبه ای (سطح تحصیلات) و بر حسب مقیاس سنجش بصورت اسمی³ (جنس و وضعیت تاهل) و بر حسب تعداد متغیرها، چند متغیره (متغیر مستقل برنامه خودمراقبتی مبتنی بر خانواده و متغیر وابسته پیروزی از رژیم دارویی و رژیم غذایی) و بر حسب تعداد گروه ها، دو گروه (مداخله و کنترل) می باشند.

7. جمع آوری داده ها در مرحله برنامه ریزی (شواهد 1) (نوع داده ها، روش جمع آوری و محل جمع آوری داده ها):

پرسشنامه استفاده شده در این مطالعه، پرسشنامه فعالیت های خودمراقبتی در دیابت اکتباس شده از توبرت می باشد که مشتمل بر دو بخش اطلاعات جمعیت شناختی و سوالات خودمراقبتی است. فرم استاندارد خلاصه رفتارهای خودمراقبتی دارای 17 سوال می باشد که 5 بعد خودمراقبتی را تحت پوشش قرار می دهد. طیف پاسخ ها از صفر (در هفت روز گذشته هیچ فعالیت خودمراقبتی را انجام نداده است) تا 7 (هر هفت روز گذشته فعالیت های خودمراقبتی را انجام داده است) بود. نمرات بالاتر نشان دهنده این است که بیمار طی هفت روز گذشته خودمراقبتی مطلوب تری داشته است. پرسشنامه مذکور در پژوهش انجام شده توسط همتی و همکاران ترجمه و اعتبار سنجی شده است، پایایی پرسشنامه در پژوهش مذکور، از روش آلفای کرونباخ محاسبه شده و 0/80 بود (42).

8. تجزیه و تحلیل شواهد 1 یا روش آن:

در این پژوهش داده های گردآوری شده با استفاده از روش های آمار توصیفی⁴ (تهیه جدول، نمودار، درصد، میانگین، انحراف معیار) و برای تحلیل اطلاعات از آمار استنباطی⁵ (t زوج⁶)، با نظر استاد محترم آمار استفاده خواهد شد و نهایتاً برای تجزیه و تحلیل داده ها نرم افزار آماری SPSS به کار می رود.

ملاحظات اخلاقی:

1. تصویب پروپوزال پس از تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام خواهد پذیرفت.
2. در صورت تشخیص دانشگاه نسبت به ارائه مدارک به شورای اخلاق، مدارک فوق به این شورا تحویل می گردد.
3. پژوهشگر توسط نامه ای که به وسیله ریاست محترم دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تأیید خواهد شد به مراکز مربوط معرفی می شود.
4. پژوهشگر خود را به واحدهای مورد پژوهش معرفی و رضایت آن ها را جهت شرکت در پژوهش جلب می نماید.

5. هدف از انجام پژوهش، کیفیت و ماهیت آن برای کلیه واحدهای مورد پژوهش و مسئولان توضیح داده می شود.
6. به واحدهای مورد پژوهش اطمینان داده خواهد شد که کلیه اطلاعات محرمانه تلقی شده و نام و نام خانوادگی آنان ذکر نمی گردد.
7. پژوهشگر هیچگونه اعمال نظر شخصی در جمع آوری اطلاعات و یافته های به دست آمده انجام نخواهد داد.
8. نتایج حاصله از این پژوهش در صورت تمایل مسئولان در اختیار آنان قرار خواهد گرفت.
9. امانت داری و صداقت در ارائه منابع رعایت شده است.
- به واحدهای مورد پژوهش توضیح داده خواهد شد که در هر یک از مراحل پژوهش می توانند از آن خارج شوند.

جدول زمانی مراحل اجرا و پیشرفت کار

ردیف	نوع فعالیت	فرد مسئول	طول مدت به ماه	زمان اجرا (ماه)														
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		

جمع کل: ماه

قسمت چهارم - اطلاعات مربوط به هزینه‌ها

4-1. آیا برای این طرح از سازمانهای دیگر نیز درخواست اعتبار شده است؟ بلی خیر

4-2. هزینه‌های حق الزحمه تحقیقاتی با ذکر مشخصات کامل و میزان اشتغال هر یک و حق الزحمه آنها:

نوع فعالیت	تعداد افراد	درجه تحصیلی	مجموع ساعات	حق الزحمه در ساعت	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های حق الزحمه تحقیقاتی					

4-3. هزینه آزمایشات و خدمات تخصصی:

موضوع آزمایش یا خدمات تخصصی	مرکز سرویس دهنده	تعداد کل دفعات	هزینه برای هر دفعه	جمع (ریال)
جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی				

4-3. فهرست وسایل و موادی که باید از اعتبار این طرح از داخل یا خارج کشور خریداری شود:

نام دستگاه و یا مواد	شرکت سازنده یا فروشنده	کشور	مصرفی یا غیر مصرفی	تعداد یا مقدار لازم	قیمت واحد	قیمت کل

	جمع کل					

4-5. هزینه مسافرت:

مقصد	دفعات مسافرت و منظور آن	نوع وسیله نقلیه	تعداد افراد	هزینه به ریال
جمع کل				

4-6. هزینه‌های دیگر: هزینه تکثیر نشریات کتب و پرسشنامه‌ها ریال

4-7 جمع هزینه‌های طرح :

ریال	الف) جمع هزینه حقالزحمه تحقیقاتی
ریال	ب) جمع هزینه‌های آزمایشات و خدمات تخصصی
ریال	پ) جمع هزینه‌های مسافرت
ریال	ت) جمع هزینه‌های وسایل و مواد
ریال	ث) جمع هزینه‌های دیگر
ریال	جمع کل

4-8 مبلغی که از منابع دیگر کمک خواهد شد و نحوه مصرف آن:

4-9 باقیمانده هزینه‌های طرح که تامین آن درخواست می‌شود:

نام و امضای مجری اصلی طرح

مشکلات اجرایی در انجام طرح و روش حل مشکلات :

1. ...

پیشنهادات و کاربرد یافته‌های طرح :

1. ...

ضمائم

1. در صورت نیاز به اخذ رضایت نامه کتبی از واحدهای مورد پژوهش، نمونه‌ای از فرم مذکور ضمیمه گردد.
2. در صورتی که روش و یا ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه و یا چک لیست می‌باشد لطفاً نمونه‌ای از آن ضمیمه شود.
3. در صورت نیاز موافقت کتبی محیط پژوهش اخذ و ضمیمه گردد.
4. علمی مجری ضمیمه گردد. CV در مورد مجریان خارج دانشگاهی، لطفاً