

بررسی تاثیر حمایت همتا بر سطح آگاهی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو

کبری رشیدی^۱، محبوبه صفوی^۲، سید حسین یحیوی^۳، حجت اله فراهانی^۴

۱. مربی، دانشکده پرستاری بروجرد، دانشگاه علوم پزشکی لرستان، بروجرد، ایران

۲. استادیار، گروه پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۳. استاد، گروه پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴. استادیار، گروه پرستاری مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

افلاک / سال هفتم / شماره ۲۵ و ۲۴ / پاییز و زمستان ۱۳۹۰

چکیده

مقدمه: فقدان آگاهی کافی و عملکرد نامناسب بیماران دیابتی، سبب بروز عوارض وخیم آن می‌گردد. ارتقاء سطح آگاهی مهم‌ترین راه کنترل این بیماری است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر حمایت همتا بر سطح آگاهی بیماران دیابتی نوع دو انجام شده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش تجربی؛ ۸۰ بیمار مبتلا به دیابت نوع دو به صورت تصادفی طبقه‌ای نسبی انتخاب و به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند. برای گروه تجربی ۱۰ جلسه‌ی حمایتی آموزشی به مدت سه ماه پی در پی توسط افراد همتا برگزار شد. در حالی که گروه کنترل فقط مراقبت معمول را دریافت نمودند. ابزار سنجش سطح آگاهی یک پرسشنامه‌ی پیش ساخته بود که بعد از تأیید روایی به روش اعتبار محتوا و پایایی به روش آزمون مجدد ($r=0/85$) مورد استفاده قرار گرفت. جمع آوری اطلاعات در شروع مطالعه و ۳ ماه بعد از مداخله در هر دو گروه به روش مصاحبه انجام شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری کای دو، تی زوجی و تی مستقل آنالیز گردید.

یافته‌ها: آزمون کای دو نشان داد که دو گروه تجربی و شاهد از نظر مشخصات دموگرافیک همسان بودند. آزمون تی مستقل تفاوت معناداری را بین میانگین نمره سطح آگاهی دو گروه قبل از مطالعه نشان نداد ($p=0/59$)، لیکن بعد از اجرای مداخله تفاوت معناداری ملاحظه شد ($p<0/001$). همچنین آزمون تی زوجی افزایش معناداری در سطح آگاهی گروه تجربی بعد از مداخله نشان داد ($P<0/001$)، در حالی که همین آزمون تفاوت معناداری را در سطح آگاهی گروه شاهد نشان نداد ($p=0/07$).

نتیجه گیری: نتایج پژوهش نشان داد که برای تکمیل عملکرد مراقبین بهداشتی رسمی می‌توان از حمایت همتایان در بطن جامعه، بعنوان یک روش حمایتی - آموزشی تاثیرگذار و مقرون به صرفه، در جهت بهبود سطح آگاهی و رفتارهای خود مدیریتی بیماران استفاده نمود.

واژه های کلیدی: بیماران دیابت نوع دو، حمایت همتا، سطح آگاهی



مقدمه

رشد سریع شاخص امید به زندگی در جهان از جمله ایران نشانه‌ی آغاز سالمندی جوامع است. از طرفی سن عامل مهمی در بروز بیماری‌های مزمن است (۲۰۱). بنابراین در صورت عدم توجه و چاره‌اندیشی، بیماری‌های مزمن و غیر واگیر مانند دیابت به معضلی جدی برای کشورها تبدیل خواهند شد. براساس برآورد فدراسیون بین‌المللی دیابت شیوع آن در جهان از ۲۸۵ میلیون نفر در سال ۲۰۱۰ به بیش از ۴۳۸ میلیون نفر در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید. همچنین پنجمین علت مرگ و میر و عامل تقریباً ۴ میلیون مورد مرگ در جهان در سال ۲۰۱۰ بوده است (۴،۳). هم‌اکنون بالغ بر ۶ میلیون نفر (۸ درصد) از جمعیت ایران به بیماری دیابت مبتلا هستند، که ۹۰ درصد آنها دیابت نوع دو می‌باشد (۵). هزینه‌های بهداشت جهانی برای پیشگیری و درمان و کنترل بیماری‌های مزمن بسیار بالا است. هزینه بیماری دیابت به خصوص برای عوارض قلبی - عروقی، کلیوی، چشمی و زخم پا از ۳۷۶ بلیون دلار در سال ۲۰۱۰ به ۴۹۰ بلیون دلار در سال ۲۰۳۰ خواهد رسید (۶،۱). امروزه درمان موفقیت‌آمیز دیابت به توانایی حفظ رفتارهای موثر خود مدیریتی بیماران وابسته است. اما در حال حاضر موانع متعددی برای خود مدیریتی موثر دیابت مانند: نداشتن دانش کافی در رابطه با دیابت یا درمان آن، کمبود اعتماد به نفس و مهارت برای مدیریت دیابت وجود دارد (۷). اخیراً ۱۴ کشور در جهان گزارشی با موضوع بررسی نگرشها، امیال و نیازهای دیابتی‌ها به سازمان بهداشت جهانی ارائه نموده‌اند، مبنی بر این که: اکثر افراد دیابتی عقیده دارند، آنها در تداوم رژیم غذایی، ورزشی، دارویی و رفتارهای کلیدی دیگر برای خود مدیریتی دیابت موفق نمی‌باشند (۳). یکی از راه‌های افزایش توانایی بیماران ارتقاء سطح آگاهی آنها بوده که مهمترین راه پیشگیری از عوارض وخیم دیابت است (۸). تا کنون مدیریت بیماری دیابت به عهده نیروهای حمایت اجتماعی (خدمات بهداشتی سنتی) همچون پزشکان، پرستاران و دیگر افراد بوده است. این نیروها

در ویزیت سرپایی بیماران اغلب به دلیل دیدارهای کوتاه مدت، ارتباط نامنظم، عدم وجود تماس چهره به چهره با تک تک بیماران زمان کافی برای پاسخ‌دهی به همه سوالات آنها برای خود مراقبتی را ندارند. از این رو مدیریت مراقبت‌ها ناکافی بوده است (۹،۷،۱۰). بیماران برای موثر بودن و پایداری رفتارهای خود مراقبتی نیاز به حمایت مداوم به خصوص نیروهای حمایتی آموزشی گسترده در بطن جامعه دارند (۳). در جوامع مختلف برای افزایش توانایی خود مدیریتی بیماران، بر درمان بیمار محور تاکید دارند. از این رو می‌بایستی از نیروهای حمایتی - آموزشی مختلف موجود در شبکه اجتماعی بیماران بیشتر استفاده نمود. این شبکه اجتماعی شامل خانواده، خویشاوندان، دوستان، همکاران، همسایگان، مراقبین بهداشتی، روحانیون و همسالان یا به عبارتی هم‌تایان می‌باشند (۱۱،۱۲). ما به جای اصرار در استفاده از افراد حرفه‌ای به تنهایی برای ارائه آموزش مراقبت بهداشتی، بهتر است بررسی کنیم که چه سیاست‌ها و تکنیک‌های متنوعی برای آموزش گسترده‌تر دیابت در بطن جامعه وجود دارد. تا از آنها برای توانمندسازی افراد داوطلب در جامعه، در جهت حمایت بیماران دیابتی در محیط زندگی و کار استفاده نمائیم (۹،۱). با این تفاسیر نیاز به افزایش نیروهای حمایتی مانند هم‌تایان موفق برای بهبود سطح آگاهی و خود مدیریتی دیابت در جوامع مختلف احساس می‌شود (۱۰). هم‌تا فردی است که در یک سری ویژگی‌های خاص نظیر سن، جنس، شغل، وضعیت اقتصادی - اجتماعی یا وضعیت سلامتی با شخص دیگر مشابه باشد (۷،۱۳،۱۴). حمایت هم‌تا در نوع بشر موضوعی قدیمی، طبیعی و داوطلبانه است و به وسیله عوامل فرهنگی، سازمانی و ملی شکل می‌گیرد (۳) و به معنی استفاده از حمایت فردی است با دانش تجربی که بهترین راه مدیریت را برای سلامت خود به کار می‌گیرد (۱۵). هم‌تا قادر است نقاط ضعف، قوت و تجارب رایج خود را با کمترین هزینه‌ی استفاده از خدمات بهداشتی درمانی برای مدیریت و تنظیم اهداف بیمار محور، با بیماران به اشتراک بگذارد. وی با



قرار گرفته است ولی در دیابت مطالعه‌ای صورت نگرفته است. به همین دلیل محقق برای سهیم شدن در ایجاد یک روش جدید از کاربرد حمایت همتا، این تحقیق را با هدف تعیین تاثیر حمایت همتا روی سطح آگاهی بیماران دیابتی نوع دو انجام داده است.

مواد و روش ها

مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش تجربی، در نیمه اول سال ۱۳۹۲ است. ابتدا به روش نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای نسبی^۲ از میان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مراجعه‌کننده به درمانگاه دیابت شهید چوبکار بروجرد جامعه‌ی آماری دارای شرایط ورود (۱۷۵۱ نفر) تعیین شده و به دو طبقه‌ی مونث ۱۲۶۲ نفر (۷۲/۰۷٪ از کل جامعه) و مذکر ۴۸۹ نفر (۲۷/۹٪) تقسیم شدند. از هر طبقه با رعایت نسبت طبقات مشابه نسبت آنها در جامعه‌ی کل، نمونه‌ی مورد نیاز به صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) ۸۰ نفر انتخاب شدند. سپس با رعایت نسبت طبقات، به هر گروه تجربی و شاهد ۴۰ نفر تخصیص داده شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مردان و زنان بزرگسال با سن بیش از ۳۰ سال، با تشخیص ابتلا به دیابت نوع دو، واجد پرونده پزشکی در درمانگاه دیابت، دارای سواد خواندن و نوشتن، ثبات فیزیکی و روانی در مراقبت از خود، وقت کافی جهت شرکت در جلسات گروهی و معیارهای خروج شامل: داشتن بیماری‌های دوران سالمندی که مانع یادگیری می‌شوند (مشکل حافظه، آلزایمر...)، مصرف داروهای مؤثر بر سطح هوشیاری و یادگیری، داشتن تحصیلات پزشکی و پیراپزشکی، سابقه شرکت در پژوهش مشابه، وارد مطالعه شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه سنجش جمعیت شناختی از جمله سن، جنس، قد، وزن، وضعیت تاهل، میزان تحصیلات، شغل، میزان درآمد و اطلاعات مربوط به بیماری (مدت ابتلا به دیابت، سابقه بستری،

ایجاد آمادگی عملی، عاطفی، اطلاعاتی، تداوم پیگیری‌ها، انگیزه و بحث در مورد استرس بیماری مزمن آنها را به انتخاب رفتارهای بهداشتی مناسب تشویق می‌کند (۳، ۷، ۱۰، ۱۶، ۱۹). این آمادگی‌ها برای تداوم تغییر رفتار حیاتی بوده و سبب بهبود سطح آگاهی و اهداف خود مدیریتی دیابت در جوامع مختلف می‌شوند (۳). چلبوی^۱ و همکاران حمایت همتا را در راستای اتخاذ رفتارهای خود مدیریتی در دیابت نوع دو، به عنوان عامل کنترل خارجی با نقش تسهیل‌کنندگی تایید می‌کنند (۲۰). حمایت همتا به روش‌های مختلفی از جمله حمایت گروهی، فردی، ارتباط غیر حضوری مانند تلفن و اینترنت ارائه می‌شود، این ارتباطات غیر حضوری در تحقیقات کاربردی در حال ارزیابی هستند (۳، ۱۰، ۱۵) سازمان بهداشت جهانی در حال بررسی اسناد و مدارک دیابت و مشاوره‌هایی برای توسعه و ارزیابی حمایت همتا به عنوان یک رویکرد استراتژیک و بهترین شیوه می‌باشد. همچنین توصیه‌هایی برای تحقیقات بیشتر قبل از معرفی مداخلات حمایت همتا به عنوان یک سیاست قابل انتخاب برای مدیریت دیابت را خواستار است (۲۱، ۲۲). با این تفاسیر آموزش، مدیریت و سازماندهی در سطح بالایی نیاز است تا بتوانیم با یک آموزش رسمی به استراتژی جهت پیشگیری و حمایت از بیماران دیابتی برسیم. بهتر است که طیف وسیعی از مدل‌های مختلف برای روان‌سازی حمایت همتا، همراه با ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی برای پشتیبانی و بهبود نتایج، مورد آزمایش و ارزیابی قرار گیرند (۷، ۲۳). با توجه به این که حمایت همتا در مدیریت عملکرد دیابتی‌ها به سوی برنامه جهانی می‌رود و در مداخلات در حال ارزیابی دیابت، تازگی، کم هزینه بودن مداخلات طراحی شده، رسیدگی به نیازهای اطلاعاتی و حمایتی بیماران بسیار با اهمیت است و در ایران نیز این رویکرد در بیماری‌های دیگر چون ایدز (۲۴-۲۷)، اضطراب بیماران مبتلا به ام اس (۱۶)، شروع تغذیه با شیر مادر (۲۸)، آموزش تغذیه (۸)، خودآزمایی پستان (۲۹)، کیفیت زندگی بیماران ماستکتومی (۳۰)، عملکرد جنسی (۳۱) و... مورد بررسی

1. Chlebowy

2. Proportional Stratified Sampling



تشابهات فرهنگی اجتماعی و اقتصادی، روابط اجتماعی خوب، سازگاری بهتر برای کنترل بیماری، توانایی اداره جلسات و علاقمند به رهبری کردن گروه بودند. قبل از شروع مطالعه پرسشنامه سطح آگاهی توسط همتایان تکمیل و سپس آنها توسط محقق تحت آموزش‌های لازم شامل ۱- تعریف حمایت همتا و هدف و نقش و مسئولیت همتا ۲- اصول آموزشی درباره دیابت (شناخت بیماری دیابت، علائم، عوارض، ریسک فاکتورها و درمان‌های آن از جمله توصیه‌های تغذیه‌ای مورد تایید کارشناس تغذیه، توصیه‌های ورزشی به خصوص ورزش‌های پا، دارو درمانی و خودپایشی قند خون) ۳- پاسخ به سوالات آنها و رفع و اصلاح نگرانی‌های شایع و داستان‌ها و باورهای غلط درباره درمان دیابت بر اساس کتب علمی، طی ۳ جلسه دو ساعته در درمانگاه دیابت منتخب قرار گرفتند. به منظور تسهیل فرآیند آموزش، از کتابچه راهنمای آموزشی تهیه شده توسط محقق بر اساس کتب و منابع علمی به روز و لوح فشرده فیلم آموزشی تهیه شده از پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی تهران و انجمن دیابت گابریک نیز استفاده شده است. در انتها بعد از اتمام جلسات گروه همتایان مجدد پرسشنامه سطح آگاهی را تکمیل نمودند. از داوطلبانی که دوره آموزشی را گذرانده و حداکثر نمره مطلوب پرسشنامه سطح اطلاعات (۵۶ نمره) را پس از آموزش کسب نموده بودند، تعداد ۴ نفر با توجه به حجم نمونه گروه تجربی؛ به عنوان حامیان همتا انتخاب گردیدند.

واحدهای مورد پژوهش ابتدا پرسشنامه‌ها را تکمیل نموده و به صورت تصادفی طبقه‌ای نسبی به دو گروه تجربی و شاهد تقسیم شدند، سپس گروه تجربی به ۴ گروه ۱۰ نفره تقسیم شده و برای هر گروه یک فرد همتا به صورت تصادفی اختصاص داده شد. آنها بیماران گروه خود را به مدت سه ماه پی در پی هر هفته به صورت جلسات چهره به چهره (۱۰ جلسه ۲ ساعته) همراه با بحث گروهی، پرسش و پاسخ و رفع موارد مورد اشکال تحت آموزش و حمایت قرار دادند. محتوای جلسات شامل:

سابقه خانوادگی ابتلا به دیابت، نوع درمان دارویی یا غیر دارویی) بود. که در ابتدای مطالعه توسط بیماران گروه تجربی و شاهد به روش مصاحبه با کمک محقق تکمیل گردید. ابزار دیگر پرسشنامه سنجش سطح آگاهی بیماران در مقیاس لیکرت بود که توسط محقق با استفاده از بررسی کتب و منابع علمی معتبر ساخته شده و حاوی ۵۶ سوال در رابطه با شناخت بیماری دیابت و روش‌های کنترل و درمان آن از جمله رژیم غذایی، ورزش، دارودرمانی، خودپایشی قند خون، مراقبت از پاها و... بود. هر سوال دارای ۳ گزینه بلی، خیر، نمی‌دانم بود که به هر پاسخ صحیح یک نمره و هر پاسخ ناصحیح نمره ۱- و نمی‌دانم نمره صفر تعلق می‌گرفت. لذا دامنه نمره این پرسشنامه از ۵۶- تا ۰ تا ۵۶ بود. جهت تعیین روائی پرسشنامه از روش اعتبارسنجی محتوایی با توجه به نظرات جمعی از اعضاء هیات علمی دانشگاه‌های علوم پزشکی تهران و شهید بهشتی) و پزشکان دیابت انجام شد. اصلاحات مورد نظر برای آماده شدن پرسشنامه انجام شد. جهت سنجش پایایی پرسشنامه از روش آزمون مجدد در مورد ۱۰ نفر از بیماران واجد شرایط مشابه واحدهای مورد پژوهش در دو نوبت با فاصله دو هفته انجام شد که ضریب همبستگی درونی معادل ۰/۸۵ برآورد شد. که جهت سنجش میزان اطلاعات همتایان و سطح آگاهی بیماران هر دو گروه تجربی و شاهد قبل و بعد از مداخله به روش مصاحبه با کمک محقق تکمیل گردید. روش اجرای مطالعه به موازات گروه تجربی در محیط بهداشتی معمولی شرکت‌کنندگان در دو فاز (انتخاب همتایان و آموزش آنها - مرحله مداخله) انجام شد. انتخاب و آموزش حامیان همتا بسیار مهم و یک جزء حیاتی در این پژوهش است. همتایان بالقوه، شامل ۱۰ نفر بیمار دیابتی داوطلب از هر دو جنس بودند؛ که از نظر پزشک دیابت و شواهد موجود در پرونده، در مدیریت بیماری خود موفق بودند. آنها در اکثر موارد واجد شرایط مشابه واحدهای مورد پژوهش مانند: سن ۳۰ سال به بالا، سابقه ابتلا به دیابت بیش از یکسال، دارای سواد دیپلم به بالا، ایرانی و ساکن بروجرد، دارای



برخی مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در جدول شماره یک ذکر شده‌اند.

جدول شماره ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش

متغیرها	مورد/فراوانی (درصد)	شاهد/فراوانی (درصد)	مجذور خی	P
تحصیلات ابتدایی	۱(۲/۵)	۹(۲/۵)	۷/۵۷	۰/۱
راهنمایی	۱۹(۴۷/۵)	۱۷(۴۲/۵)		
دیپلم	۱۳(۳۲/۵)	۹(۲۲/۵)		
وضعیت دانشگاهی	۷(۱۷/۵)	۵(۱۲/۵)	۴/۲۱	۱/۲
متاهل	۳۶(۹۰)	۴۰(۱۰۰)		
مجرد	۱(۲/۵)	۰(۰)		
فوت شده	۲(۷/۵)	۰(۰)	۱/۹۲	۰/۲
دارودرمانی تزریقی	۴(۱۰)	۱(۲/۵)		
خوراکی	۳۶(۹۰)	۳۹(۹۷/۵)		
سابقه هردو	۰(۰)	۰(۰)	۲/۰۶	۰/۴
بستری ندارد	۳۵(۸۷/۵)	۳۷(۹۲/۵)		
یکبار	۲(۷/۵)	۲(۷/۵)		
< یکبار	۲(۵)	۰(۰)		

با نتایج آزمون تی مستقل مشخص گردید که بین میانگین نمره سطح آگاهی بیماران هر دو گروه شاهد و تجربی قبل از شروع مطالعه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت ($p=0/59$). اما بعد از مداخله افزایشی در میانگین نمره سطح آگاهی در گروه تجربی مشاهده شد. در نهایت آزمون آماری تی مستقل تفاوت معناداری در بین میانگین نمره سطح آگاهی گروه شاهد و تجربی بعد از مداخله نشان داد ($p<0/001$) (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات سطح آگاهی پیش آزمون و پس آزمون در دو گروه تجربی و شاهد

گروه‌ها	شاهد	مورد	آزمون تی مستقل
قبل	۷/۴۱	۸/۹۱	$P=0/59$
انحراف معیار	۳/۱۳	۳/۰۳	$t=0/54$
بعد	۶/۲۹	۴/۵۵	$p<0/001$
انحراف معیار	۳/۲۳	۵/۰۹	$t=15$
تغییرات قبل و بعد	$0/95 \pm 3/19$	$2/05 \pm 9/55$	
میانگین \pm انحراف معیار			
P	۰/۰۷	$P<0/001$	
آزمون pair T	۱/۹	۱۳/۴	
فاصله اطمینان (95% CI)	۰/۰۷ تا ۱/۹۷	۱۷/۴ تا ۲۳/۴	

شناخت بیماری دیابت، انواع دیابت، علائم، ریسک فاکتورهای آن، عوارض، نقش رژیم غذایی، ورزش، خود کنترلی قند خون، داروها و اصول مراقبت از پاها در درمان و کنترل بیماری دیابت بود. همچنین هم‌تایان تجربیات و موفقیت‌های شخصی خود را در مورد اجراء آنها با بیماران در میان می‌گذاشتند. برای پیگیری اجراء برنامه در طول سه ماه مداخله، بیماران چک لیستی از اجراء برنامه روزانه خود تهیه کرده که هر جلسه توسط هم‌تایان مورد بحث و بررسی قرار می‌گرفت. در پایان جزوه آموزشی نیز به بیماران ارائه شد. در حالی‌که شرکت کنندگان گروه شاهد مراقبت معمول شامل ویژگی‌های دوره‌ای پزشک دیابت و شرکت در کلاس‌های آموزشی دیابت را دریافت نمودند. سه ماه بعد از شروع مداخله مجدد پرسشنامه سطح آگاهی توسط هر دو گروه با کمک محقق تکمیل شد. در پایان جهت رعایت اخلاق پژوهشی، جزوه آموزشی مربوط به جلسات گروه تجربی در اختیار بیماران گروه شاهد نیز قرار داده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss نسخه ۱۸ و آزمون‌های آماری کای دو، تی مستقل و تی زوج انجام گردید.

یافته‌ها

تعداد ۵۶ نفر از شرکت کنندگان در مطالعه زن (۷۲/۰۷٪) و ۲۷ مرد (۲۷/۹) بودند. محدوده‌ی سنی شرکت‌کنندگان ۳۰ تا ۷۰ سال بود، که ۴۸/۷۵ درصد آزمودنی‌ها در گروه سنی ۶۰-۵۱ سال قرار داشتند. اکثریت بیماران دارای سابقه خانوادگی مثبت ابتلا به دیابت (۵۵٪)، ۹۷/۵ درصد دارای حق بیمه و ۳۶/۲۵ درصد سابقه ابتلا به دیابت بین ۵-۱ سال داشتند. اکثریت متاهل، دارای تحصیلات راهنمایی، رژیم دارویی خوراکی و عدم سابقه بستری بودند. از طرفی آزمون کای دو بین کلیه‌ی متغیرهای جمعیت شناختی تفاوت آماری معناداری بین دو گروه آزمون و کنترل نشان نداد، بنابراین نمونه‌ها همگن بودند.



بحث

یافته‌ها نشان داد سطح آگاهی بیماران در گروه تجربی، که از حمایت و تجربیات گروه همتا استفاده کرده بودند نسبت به گروه شاهد افزایش چشم‌گیری داشته است. با توجه به اینکه میانگین سطح آگاهی در دو گروه شاهد و مورد قبل از مطالعه یکسان بوده است. بنابراین تفاوت فاحش حاصل شده، بعد از مداخله در گروه مورد نشان دهنده تاثیر همه جانبه‌ی حمایت همتا می‌باشد. این یافته با یافته‌های سایر مطالعات انجام شده در این زمینه همخوانی دارد. از جمله مطالعه‌ی چی یونگ^۱ و همکاران در خصوص بررسی تاثیر حمایت همتا بر خود مدیریتی بیماران قلبی مبتلا به دیابت نوع دو نشان داد که برنامه حمایت همتا سبب افزایش خودکارآمدی، خودمراقبتی و سطح دانش و کاهش میزان بستری مجدد آنها می‌شود (۲۱).

همچنین سیمونز^۲ و همکاران در یک مطالعه‌ی مروری که به بررسی ۳۳ مقاله ISI در رابطه با استفاده از حمایت همتا در آموزش بیماران دیابتی در زلاند نو پرداخته بودند؛ به این نتیجه رسیدند که در همه مطالعات برنامه‌های حمایت همتا بر سطح آگاهی، حمایت روانی و پایبندی به رژیم درمانی بسیار مفید واقع شده است (۲۳). در مطالعه‌ی دال^۳ و همکاران نیز که به بررسی تاثیر حمایت همتا مبتنی بر استفاده از تلفن در بیماران دیابتی پرداخته شد، نتایج نشان داد که حمایت همتا سبب افزایش خودکارآمدی و کاهش سطح هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران شده است (۳۱). اسمیت^۴ و همکاران در یک مطالعه با عنوان " بررسی تاثیر حمایت همتا برای بیماران دیابتی نوع دو". طی نه جلسه آموزش گروهی (در ماه اول، ماه دوم، و سپس هر ۳ ماه تا دو سال)، نشان دادند که حمایت همتا سبب کاهش میزان چربی خون، فشار خون سیستولیک و به طور ناچیز کاهش میزان هموگلوبین گلیکوزیله و بهبود میزان سلامتی بیماران دیابتی می‌شود (۱۵).

در پژوهش حاضر حمایت همتا به عنوان یک نوع حمایت اجتماعی بکار گرفته شد. حمایت اجتماعی قوی‌ترین و

نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای مواجهه‌ی موفقیت آمیز و آسان فرد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا است و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۳۲). در تایید این موضوع زارع شاه‌آبادی و همکاران در سال ۱۳۸۹ در بررسی تاثیر حمایت اجتماعی بر درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع دو به این نتیجه رسیدن که هر چقدر شخص بیمار، تحت حمایت اجتماعی بیشتری قرار گرفته باشد، نسبت به کسب آگاهی و پیروی از فعالیت‌های خود مراقبتی جدی‌تر می‌باشد (۳۳).

با توجه به این که افراد مشابه فهم مشترکی از مسائل و نیازهای یکدیگر دارند و این ویژگی مهم آنها را به سمت یکدیگر سوق می‌دهد. در نتیجه بیشتر قادر به ارائه اطلاعات مرتبط و معنادار، درک همدلی و کمک متقابل می‌باشند (۱۱). در این پژوهش نیز سعی شده است همتایان از جنبه‌های بسیاری؛ مانند تجارب زندگی، سن، جنس، ... با هم‌دیگر شباهت داشته باشند. مطالعاتی در تایید تاثیر این شباهت نیز انجام شده است. برای مثال؛ اکبرزاده و همکاران طی یک مطالعه‌ی مقایسه‌ای تایید نمودند؛ که آموزش خودآزمایی پستان توسط همتایان به دانشجویان مؤثرتر از پرسنل بهداشتی است (۲۹).

پیشنهاد می‌گردد با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی و اقتصادی و ... در کشور، پژوهش مشابه‌ای در سایر مناطق کشور و همچنین در دیگر انواع دیابت مانند نوع یک نیز انجام گردد و نتایج با هم مقایسه شود.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به حجم کم نمونه اشاره نمود. تحقیقات بعدی می‌توانند با برطرف کردن این کاستی تعمیم‌پذیری بیشتر یافته‌ها را میسر سازند.

1. Chiung
2. Simmons
3. Dall
4. Smith



نتیجه گیری

بر اساس نتایج این پژوهش استفاده از همتایان به عنوان نیروهای حمایتی- آموزشی در کنار کادر درمان، بعثت لمس کردن دیابت، کنترل خوب آن، سهولت برقراری ارتباط و قدرت تاثیر آموزشی آنها باعث می‌شوند که بیماران نگرانیهای خود را به بحث گروهی کشانده و به زبانی کاملاً ساده اطلاعات لازم را کسب نمایند. این نتایج در حیطه مدیریت درمان به معنی جذب و پرورش نیروی انسانی توانمند، مقرون به صرفه با کمترین هزینه و با بیشترین کارایی در جهت افزایش بهروری مدیریت درمان است. که برای متخصصان بالینی و کلینیک‌های دیابت اهمیت کاربردی و علمی دارد، و می‌تواند سرآغاز ایجاد شبکه‌های اجتماعی درمانی در بین افراد مشابه جامعه باشد.

تقدیر و تشکر

این مقاله نتیجه‌ی بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد رشته پرستاری گرایش آموزش داخلی جراحی، دانشگاه آزاد علوم پزشکی تهران می‌باشد. بدین وسیله از کلیه بیمارانی که با وجود مشکلات فراوان در این پژوهش شرکت داشتند، مسئولین محترم درمانگاه دیابت شهید چوبکار بروجرد و مساعدت‌های معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.



منابع

1. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes, *Diabetes Care*. 2012; 35(1): 511-563.
2. Najimi A, Azadbakht L, Hassanzadeh A, Sharifirad GH. The Effect of Nutrition Education on Risk Factors of Cardiovascular Diseases in Elderly Patients with Type 2 Diabetes: a Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2011; 13(3): 256-263. [In Persian]
3. Boothroyd RI, Fisher EB. Peers for Progress: Promoting peer support for health around the world. *Family Practice an international journal*. 2010; 27: i62-i68.
4. Longo D, Kasper D, Jameson L, Fauci A, Hauser A, Loscalzo J. *Harrison's Internal Medicine (Metabolic & Endocrine Disorders)*. 18th ed. 2012: 252-253
5. Endocrine Research Center, Research Institute for Endocrine Sciences, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran: <http://emrc.sbm.ac.ir/> Assessed on the 2011.
6. Zhang P, Zhang X, Brown B, Vistisen D, Sicree R, Shaw J, Nichols G. Economic impact of Diabetes IDF Diabetes Atlas 4 th ed. Published by Elsevier. 2010: 1-28
7. Hisler M. Overview of Peer Support Models to Improve Diabetes Self-Management and Clinical Outcomes *Diabetes Spectrum*. 2007; 20(4): 214-221
8. Morowatisharifabad MA, Alizadeh Mradkandi E, Mozaffari Khosravi H, Fallahzadeh H, Momeni Sarvestani M. Comparison of the Effect Nutrition Education by Peers and Health Personnel on Knowledge, Attitude and Nutritional Indices of 18-35 years old Women of Orumieh Health Care Centers. 2012;1(11): 64-75
9. Nettles A, Belton A. An overview of training curricula for diabetes peer educators. *Family Practice Advance Access* published on 8 January. *Family Practice an international journal*. 2009; 27: i33-i39.
10. Lapka ch, Haire-Joshu D, McBride T. Peer Support: The Secret Weapon in the Fight Against Diabetes. *coppr. www.docstoc.com*. May 29, 2010
11. Rambod M, Rafi F, Sareban M. *Social Support Text Book*. Tehran, Khosravi Publisher . 2010:32-33 [In Persian].
12. Mousavi, M, Mostafaei A. Tehran quality of life of retired elderly (with emphasis on formal and informal social support). *Journal of Welfare and Social Development Plan planning*. 2011;7: 163-137. [In Persian]
13. Tsimikas AP, Walker C, Fortmann A, Gallo LC, Lleva-Ocana L. Peer-Led Diabetes Education Programs in High-Risk Mexican Americans Improve Glycemic Control Compared With Standard Approaches. *Diabetes Care*. 2011; 34: 1926-1931
14. Dennis CL. Peer support within a health care context: a concept analysis. *Int J Nurs Stud*. 2003; 40(3): 321-32
15. Smith .SM, G Paul, A Kelly, D L Whitford, E O'Shea, T O'Dowd. Peer Support for patients with type diabetes .a cluster randomized controlled trial. *British Medical Journal*. BMJ 2011; doi:10.1136/ d715
16. Dehghani A, Mohammadkhan Kermanshahi S, Memarian R, Baharlou R. The Effect of Peer Group Education on Anxiety of Patients with Multiple Sclerosis. *Iranian Journal of Medical Education*. 2012; 12(4): 249-257 [In Persian].



17. Azzopardi R, Buckley T. Peer Support for Chronic and Complex Conditions. Department of Health Peer Support Network Chronic Disease Self-Management Special Interest Group, A Literature Review. 2011; 1-32
18. Heisler M. Different models to mobilize peer support to improve diabetes self-management and clinical outcomes: evidence, logistics, evaluation considerations and needs for future research. *Fam Pract. an international journal*. 2010; 27(1):i23-32.
19. Pfeiffer p, Heisler M, Piette J, Rogers M.A.M. and Valenstein M. Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*. 2011; 33(1): 29-36.
20. Chlebowy, DO, Hood S, LaJoie AS. Facilitators and barriers to self-management of type 2 diabetes among urban African American adults: focus group findings. *American Association of Diabetes Educator*. 2010; 36(6): 897-905.
21. Chiung-Jung Jo Wu, Chang AM, Courtney M, Shortridge-Baggett LM, Kostner K. Development and Pilot test of a Peer-support base Cardiac-Diabetes Self-Management Program. *Studey Protocol. BMC Health Services Research* 2011, 11:74 /1472-6963
22. World Health Organization. Peer Support Programmes in Diabetes: Report of a WHO Consultation 5-7 November 2007. Geneva, Switzerland: www.who.int/diabetes/.../Diabetes_final_13_6 Jun 13, 2008
23. Simmons D, Voyle J A, Rush E, Dear M. The New Zealand experience in peer support interventions among people with diabetes. Published by *Family Practice an international journal*. 2010; 27: i53-i61.
24. Khalaj Abadi Farahani F, Ebadifar Azar F. Comparing the effect of peer-led versus adult-led AIDS education on knowledge, attitude and self-efficacy of female students in high schools in 4th region of education ministry in Tehran, using socio-cognitive theory, 2002-03. *Medical Journal of Reproduction & Infertility*. 2004; 5:77-91 [In Persian].
25. Azizi A, Amirian F, Amirian M. Effects of Peer Education, Education by Physician and Giving Pamphlets on HIV Knowledge in High School Students: A Comparative Study. *Hayat*. 2008; 14(1): 5-12 [In Persian]
26. Abbaspour Z, Saidian M, Abedi P. Peer education vs. health provider education in knowledge and attitude about prevention and transmission of AIDS in high school students. *Pak J Med Sci* January. 2007; 23(1): 108-110. [In Persian].
27. Jodati AR, Nourabadi GR, Hassanzadeh S, Dastgiri S, Sedaghat K. Impact of education in promoting the knowledge of and attitude to HIV/AIDS prevention: a trial on 17,000 Iranian students. *Int J STD AIDS*. 2007 Jun; 18(6): 407-9 [In Persian].
28. Tafazzoli M, Moody A, Boskabadi H, Ebrahimzadeh S. Comparison of peer support and training healthcare workers in breastfeeding the first time in Mashhad in 1389 nulliparous women. *Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility IJOGI* 2012; 15(4): 19-28
29. Akbarzadeh M, Zangiabadi M, Moattari M, et al. Comparing the Effect of Teaching Breast Self-Examination by Peers and Health Care Personnel on Students Knowledge and Attitude. *Iranian Journal of Medical Education* 2009; 8 (2) :195-203 [In Persian].



- 30.Sharif F, Abshorshori N, Tahmasebi S, Hazrati M, Zare N, Masoumi S. The effect of peer-led education on the life quality of mastectomy patients referred to breast cancer-clinics in Shiraz, Iran 2009. Health Qual Life Outcomes. 2010; 8: 74. [In Persian]
- 31.Dale J, Caramlau IO, Lindenmeyer A, Williams SM. Peer support telephone calls for improving health. Cochrane Database of Systematic reviews. 2008; Issue 4 Art, no D006903
doi:10.1002/14651858.CD006903.pub2
- 32.Shareh H, Soltani E, Ghasemi A. Prediction of Quality of Life of Non – Insulin – Dependent Diabetic Patients Based on Perceived Social Support. ZJRMS,2012; 14 (2):82-85
- 33.Zare Shahabadi A, Hajizadeh Meymand M, Abraham Sadrabadi F. The effect of social support on management and treatment of type II diabetic patients in Yazd. Journal of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences. 2010; 18(4):277-283



This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.