

بررسی تاثیر آموزش برنامه های خود مراقبتی در دانش آموزان

غزاله کاهنی^۱

^۱ کارشناسی تربیت بدنی، دانشگاه آزاد واحد چابهار و آموزش و پرورش شهرستان چابهار

چکیده

خود مراقبتی از مهمترین اصول آموزش در مدارس می باشد که به فراموشی سپرده شده است خود مراقبتی مهمترین اصل بهداشت در همه ابعاد رشد و زندگی فرد می باشد، هجمه های فراوان برنامه های ضد فرهنگی دشمن در فضای مجازی و واقعی نیاز و لزوم آموزش برنامه های خود مراقبتی در دانش آموزان را روز به روز بیشتر می نماید، در این پژوهش که از نوع توصیفی کاربردی است، با روش نمودنه گیری تصادفی ساده از جامعه آماری معین با استفاده از فرمول کوهن تعداد ۶۰ نفر دانش آموز ابتدایی پسرانه آموزش و پرورش شهرستان نیمروز برای جامعه آماری انتخاب شدند. برای جمع آوری داده ها میدانی از پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود میلر (۱۹۸۲) استفاده شد. این پژوهش در دو مرحله پیش از اجرای برنامه ها و پس از اجرای برنامه ها اجرا شد، یافته های پژوهش نشان اجرای برنامه های آموزش خود مراقبتی در بین دانش آموزان می تواند در افزایش انگیزش و آگاهی دانش آموزان در خود مراقبتی تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: خود مراقبتی، آموزش، بهداشت، دانش آموزان

۱. مقدمه

خودمراقبتی عملی است که در آن هر فردی از دانش، مهارت و توان خود به عنوان یک منبع استفاده می کند تا (بطور مستقل) از سلامت خود مراقبت کند. خود مراقبتی شامل خود مدیریتی و خوداتکایی است و خودمراقبتی به مسئولیت پذیری افراد و در مقابل سلامت خود از طریق اتخاذ سبک سالم زندگی، تدبیر اندیشی جهت جلوگیری از رخداد حوادث در بیماری ها، نگهداری و استفاده صحیح از دارو های بدون نسخه در بیماری های جزئی و مراقبت بهینه بیماری های مزمن اطلاق می شود. خود مدیریتی را می توان اینگونه توضیح داد که چگونه افراد بیشتر زندگی شان را با اینکه با سختی ها و مشکلات کنار بیایند و از داشته هایشان استفاده حداکثر می کنند. خوداتکایی به توانایی و اعتماد به نفس فرد برای حفظ استقلال، انجام امور روزمره و دستیابی به اهداف زندگی با حداقل وابستگی به دیگران گفته می شود (وزارت بهداشت و درمان و آموزش سلامت، ۱۳۹۳).

خودمراقبتی به وضوح موجب افزایش کارایی و مهارت فردی می شود و یکی از مفاهیم اصلی برای تاکید بر رفتار سالم است. در تعریف خودمراقبتی پنج ویژگی زیر مستتر است:

- (۱) رفتاری است داوطلبانه
- (۲) فعالیتی است آموخته شده
- (۳) حق و مسئولیتی است همگانی برای حفظ سلامت خود، خانواده و نزدیکان.
- (۴) بخشی است از مراقبت های نوزادان، کودکان، نوجوانان و سالمندان.
- (۵) برزگسالانی که قادر به خودمراقبتی نیستند، نیازمند دریافت مراقبت های بهداشتی از ارائه دهندگان خدمات اجتماعی یا بهداشتی خواهند بود (وزارت بهداشت و درمان و آموزش سلامت، ۱۳۹۳).

انواع خودمراقبتی

انواع خودمراقبتی را می توان در چهار گروه کلی زیر طبقه بندی کرد:

- ۱- خودمراقبتی برای حفظ سلامت
- ۲- خودمراقبتی در ناخوشی های جزئی
- ۳- خودمراقبتی در بیماری های حاد
- ۴- خودمراقبتی در بیماری های مزمن (وزارت بهداشت و درمان و آموزش سلامت، ۱۳۹۳).

نظریه اورم

امروزه در مراکز درمانی و مراقبتی پیشرفته، بیماران و مراقبین بهداشت تحت تاثیر آموزش سیستم هایی هستند که از یک طرف اقامت بیمار را در بیمارستان کاهش داده و از سوی دیگر میزان شناخت و ادراک او را نسبت به بیماریش افزایش می دهد و همچنین وابستگی وی را به منابع کمک کمتر می نماید. به هر حال استراتژی مراکز درمانی بر روی ایجاد انگیزه و آموزش بیماران برای انجام مراقبت از خود متمرکز است و هم زمان با این سیاست الگوی خودمراقبتی توسط اورم بیان شده است. اورم یکی از نظریه پردازان پرستاری است که نظریه خودمراقبتی را ارائه نموده است. اورم (۱۹۹۰) در مورد ایده اصلی نظریه پردازان خودمراقبتی می نویسد که زندگی روزمره، فرد بالغ و یا در حال رشد فعالیت های آگاهانه یا ناآگاهانه برای شناخت و مواجه شدن با شرایط گوناگون محیط و کنترل مؤثر بر آن انجام می دهد که هدف وی ایجاد حالتی است که بتواند به بهترین وضع در سلامت زندگی نماید.

او چهار پیش فرض را برای ارائه نظریه خود مطرح کرده است که عبارتند از:

- ۱- انسان بالقوه استعداد تکامل و کسب مهارت های عملی را برای خودمراقبتی و مراقبت از اعضا خانواده دارد.
- ۲- تفاوت های فردی، فرهنگی و بزرگی و کوچکی گروه های اجتماعی بر نحوه مراقبت از خود است.
- ۳- خودمراقبتی مراقبت از اعضای خانواده و اشکالی از فعالیت های سنجیده و معلول است که تحت شرایط معینی کسب و به مرحله اجراء در می آید.

۴- تشخیص و به کار گیری خودمراقبتی و مراقبت از اعضاء خانواده موجب رهنمود هایی برای برخورد با شرایط گوناگون و شکل گیری عادات مراقبتی می شود (اورم، ۱۹۹۰).

همچنین اورم (۱۹۹۰) در تشریح نظریه خود اعتقاد دارد که:

- ۱- سطوح بلوغ و پنداشت فرد از خود در نحوه خودمراقبتی تاثیر دارد؛
- ۲- خود مراقبتی تحت تاثیر اهداف و عملکرد می باشد؛
- ۳- اطلاعات و آگاهی های بهداشتی منطبق بر اصول علمی فرد، در نحوه انجام خودمراقبتی تاثیر دارد؛
- ۴- (خودمراقبتی) تحت تاثیر جایگاه و موقعیت و شرایط فرد در خانواده می باشد؛
- ۵- عضویت و ارتباط فرد و خانواده او در گروه های اجتماعی در نحوه انجام خودمراقبتی تاثیر دارد؛
- ۶- افراد بالغ ممکن است برای انجام خودمراقبتی در شرایط خاص انتخاب شوند؛

۷- پائین بودن سطح اطلاعات و آگاهی های مطابق با اصول علمی در مورد نحوه خودمراقبتی، نوع بیماری، موجب ناکافی بودن عادات مراقبتی و محدودیت در توانایی فرد در انجام خودمراقبتی می گردد؛ بنابراین برای اجرای بهتر الگوی خودمراقبتی لازم است که فرد، دانش و آگاهی های کلی از اهداف و عمل (خودمراقبتی) و همچنین اطلاعاتی در مورد وضعیت سلامتی، محیط اجتماعی و محل زندگی خود داشته باشد؛ زیرا داشتن دانش و نگرش مثبت منجر به مشاهده، قضاوت و راهبرد مناسب برای درک نیازهای خود مراقبتی می گردد. لذا بیماران بایستی جهت کسب اطلاعات و راهنمایی ها مناسب تماس و ارتباط مداومی با کارکنان خدمات بهداشتی داشته باشند.

در همین زمینه اورم (۱۹۹۰) می افزاید، آگاهی های اجتماعی و فرهنگی افراد از سلامتی و مراقبت از سلامتی و مقدار مراقبتی که فرهنگ و خانواده او، نظیر پذیرش یا عدم قبول نیاز های درمانی می پذیرند از موارد مهم و قابل توجه است. به طور مثال تعیین میزان سطح سرمی دارو از طرف پزشک توصیه می گردد بستگی به آگاهی های فرهنگی و اجتماعی آنان دارد به این ترتیب شناخت کافی و کامل پرستار از بیمار و خانواده وی، فرهنگ و سیستم های ارزشی بیمار و خانواده او، به علاوه منابع قابل دسترس و کفایت آن ها در انتخاب و نحوه برآورده کردن نیازهای خودمراقبتی همگی در فرایند درمان مؤثر می باشد.

نظریه دوگاس

دوگاس (۱۹۸۷) در مورد الگوی خودمراقبتی می گوید، اورم اعتقاد دارد که انسان قادر است، برای حفظ زندگی و سلامتی خود تصمیم بگیرد. این تصمیم گیری ارتباط مستقیم با آموزش و تمرین اعمالی دارد که برای مراقبت از خود لازم است؛ بنابراین خودمراقبتی اعمال و تصمیماتی است که به افراد کمک می کند تا حداکثر توانایی خود را برای عملکرد خوب و مناسب، نگهداری و حفظ نماید. تمرکز الگوی خودمراقبتی اورم، روی مسئولیت پذیری افراد است که چهار چوب مفید و قابل دسترس برای استقلال فرد به خصوص در بیماران مبتلا به بیماری های مزمن می باشد. در واقع، خودمراقبتی عملی است که افراد با آن آشنا شده و آن را به منظور حفظ زندگی، سلامتی و بهبودیشان انجام می دهند. افراد بالغ به طور داوطلبانه از خودشان مراقبت به عمل می آورند ولی نوزادان، کودکان و افراد مسن و بیمار و آن هایی که توانایی کافی ندارند، نیازمندند که به طور کامل از آنان مراقبت به عمل آید یا به آن ها در انجام مراقبت از خود کمک گردد (گیلبراند و استونسون، ۲۰۰۶).

در همین رابطه دوگاس (۱۹۸۷) هفت پیش فرض را تحت عنوان کلی خودمراقبتی بیان کرده است که عبارتند از:

- ۱- خودمراقبتی برای هر فرد امری لازم و ضروری است.
- ۲- همه انسان ها لازم است از خود مراقبت نمایند.
- ۳- خودداری و بی توجهی به خودمراقبتی منجر به ایجاد بیماری ها و صدمات می شود؛
- ۴- هر فرد بالغی می تواند مسئولیت خودمراقبتی را به عهده بگیرد؛
- ۵- خودمراقبتی رفتار آموختنی است که سطح بلوغ و پنداشت فرد از خود در نحوه انجام آن مؤثر است.
- ۶- خودمراقبتی رفتاری سنجیده و معقول است.
- ۷- شناخت و آگاه از عوامل مختلف که بر نحوه انجام مراقبت از خود مؤثر می باشد لازم و ضروری است.

البته توانایی افراد برای پذیرش مسئولیت خودمراقبتی بستگی به سن، وضعیت جسمانی، تجارب زندگی، آگاهی های اجتماعی، فرهنگی، سلامتی و منابع در دسترس دارد. نیازهای مراقبت از خود همگی با فرایند زندگی و نگهداری ساختار فردی و عملکرد او ارتباط دارد و برای همه انسان ها در طول مراحل مختلف زندگی لازم است و بایستی به عنوان فاکتورهایی که در ارتباط با یکدیگر و همچنین موثر بر یکدیگر در نظر گرفته شوند.

دوگاس (۱۹۸۷) معتقد است خودمراقبتی درمانی ممکن است برای افراد، خانواده ها و گروه های اجتماعی به درستی روشن و آشکار نباشد. لذا ارزش و لزوم اجرای خودمراقبتی درمانی به وسیله مراقبین بهداشتی باید تشریح شود.

خودمراقبتی در زمان بیماری در واقع کمک به خود و یک نوع خودکنترلی است که شامل تشخیص علائم و نشانه ها، ارزیابی شدن و وضعیت خود، چاره اندیشی و مراقبت حرفه ای از خود می باشد. مطالعات اخیر نیز نشان داده است که کوشش های عامه مردم برای خودمراقبتی به هنگام بیماری موجب پیشگیری از شدت بیماری و مرگ و میر بیماران در مراکز درمانی شده است. این مراقبت های شامل درک و تشخیص علائم، نشانه های بیماری ها، کنترل آن ها و پاسخ مناسب به این نشانه ها، از قبیل احتیاطات لازم در مورد اصول مراقبتی، استفاده از داروهای تجویز شده و روش های خاص درمانی، مشاوره کردن و استفاده از خدمات بهداشتی می باشد. خودمراقبتی موجب افزایش توانایی بیمار موثر بودن نقش او باز توانی و تطابق موثر با بیماری های مزمن می شود. به این ترتیب فرد می تواند فعالیت های مناسب در زندگی روزمره داشته باشد. به علاوه خودمراقبتی شامل کوشش هایی است که به منظور تغییر رفتار، افزایش موثر بودن نقش خود، کاهش فشار و تنیدگی در ارتباط با علائم نشانه های بیماری و تطابق با وضعیت فرد انجام می پذیرد (همان منبع).

نظریه فیس

فیس (۱۹۹۱) اعتقاد دارد، الگوی خودمراقبتی در بیماری های مزمن، کاربرد مناسب و مفیدی دارد. زمانی که بیمار دچار محدودیت های مختلف می شود، به کارگیری روش های خودمراقبتی و تغییر در رفتار او به شکلی بتواند نیاز های روزانه ی خود را برآورده نماید، موجب تقویت جسمی و روانی او شده که خود انگیزه قوی برای پذیرش این مسئولیت به شمار می آید. در نهایت این امر موجب غلبه وی بر مشکلات و ناتوانی هایش می گردد. هم چنین وی اعتقاد دارد که خودمراقبتی نوعی تقویت و پیشبرد فرد است و در حالی که محدودیتی مواجه است: زمانی که بیمار به علت ابتلا به بیماری مزمن دچار محدودیت هایی در عملکرد روزانه خود می شود با آموزش نحوه (خودمراقبتی)، دادن اطمینان به او که با به کارگیری روش های فوق به طرف استقلال پیش خواهد رفت، می توان او را تشویق به یادگیری اصول (خودمراقبتی) نمود که تغییر رفتار روزانه بیمار اولین نشانه قبول این مسئولیت و تغییر نگرش او می باشد.

بطور کلی شرکت فعال بیماران در امر آموزش، موجب تقویت یادگیری می شود؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که انسان ها وقتی بطور عمیق، اصیل و پایدار چیزی را یاد می گیرند که بطور آگاه و فعال در آن شرکت نموده و خود از آن کوشش ها نتیجه گیری کنند (هنری و برنارد، ۱۹۸۶).

بیمار و خانواده او نیاز به کسب اطلاعات و آگاهی در مورد بیماری، روش درمان و مراقبت های مربوطه را دارند. مشارکت بیمار و خانواده او در فرایند درمان و مراقبت، در پیش آگاهی بیماری و افزایش طول عمر بیمار تاثیر قابل انکاری دارد. لذا آموزش دهنده بایستی با پیش بینی نیاز های آموزشی بیمار و فراهم کردن شرایط مناسب، اقدام به آموزش بیمار و خانواده او نماید (همان منبع).

با توجه به مطالب ذکر شده در زمینه پژوهش در چارچوب نظری، می توان به همین مساله آموزش و تاثیر آن در افزایش آگاهی و تغییر نگرش به منظور خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت پی برد و به همین دلیل در دهه های اخیر موضوع آموزش بیماران اهمیت بسیاری پیدا کرده است به ویژه در افرادی که به طور مادام العمر با بیماری و یا مشکلات ناشی از آن رو به رو هستند. علل افزایش این اهمیت را می توان شامل مواردی نظیر:

۱- حق برخورداری از آگاهی و بینش در زمینه بیماری و کسب مهارت در امر مراقبت از خود

۲- نیاز به کسب اطلاعات در مورد پیشگیری از عوارض بیماری

۳- کاهش مشکلات و پیامد های نامطلوب در مبتلایان به بیماری های مزمن

۴- اعتقاد و ایمان مراقبین بهداشت به تاثیر مطلوب آموزش در قبول بیماری و برگشت سریع تر سلامتی ذکر کرد.

در تائید این مطلب بیان گردیده است که مبتلایان به بیماری های مزمن در صورت داشتن آگاهی و بینش در مورد بیماریشان و روش کنترل آن، توانایی و میزان همکاری آن ها در امر خودمراقبتی افزایش یافته و در نتیجه با مشکلات و عوارض کمتری روبرو می شوند.

۲- آموزش برنامه های خودمراقبتی

با توجه به گذار بیماریها از واگیر به غیر واگیر و حرکت از درمان قطعی بیماریها به مراقبت مادامالعمر، نقش مردم در مراقبت از سلامت خود و اعضای خانواده برای سالم زیستن، مدیریت ناخوشی های جزیی، مدیریت بیماریهای مزمن و حاد روز به روز در حال افزایش است به گونهای که طبق برآوردها ۶۵ تا ۸۵ درصد تمام مراقبتها از نوع خودمراقبتی است.

«خودمراقبتی» شامل اعمالی است اکتسابی، آگاهانه و هدفدار که مردم برای خود، فرزندان و خانواده شان انجام میدهند تا تندرست بمانند، از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی خود حفاظت کنند، نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی خود را برآورده سازند، از بیماری ها یا حوادث پیشگیری کنند، بیماریهای مزمن خود را مدیریت کنند و نیز از سلامت خود بعد از بیماری حاد یا ترخیص از بیمارستان، حفاظت کنند.

حیطه های خودمراقبتی شامل ارتقای سلامت، اصلاح سبک زندگی، پیشگیری از بیماری، خود ارزیابی، حفظ سلامت، مشارکت در درمان و توان بخشی است. خودمراقبتی موجب ارتقای سلامت و کیفیت زندگی، افزایش رضایت بیماران، منطقی شدن استفاده از خدمات (نیاز کمتر به مشاوره ارایه دهندگان خدمات در مراکز بهداشتی، کاهش ویزیت بیماران سرپایی و کاهش استفاده از منابع بیمارستانی) و نیز کاهش هزینههای سلامت میشود (در انگلستان کاهش ویزیت پزشکان عمومی تا ۴۰ درصد، کاهش ویزیت های سرپایی تا ۱۷ درصد، کاهش ویزیت های بعدی بیماریها تا ۵۰ درصد، کاهش بستری شدن در بیمارستان تا ۵۰ درصد، کاهش طول دوره اقامت بیمار در بیمارستان تا ۵۰ درصد، کاهش و یا تعدیل مصرف داروها و کاهش روزهای غیبت از کار تا ۵۰ درصد گزارش شده است). شواهد متقن، نشان از آن دارند که با ترویج خودمراقبتی به عنوان یک رویکرد سلامت متکی بر مردم، میتوان پیشبینی صرفهجویی ۷ درصدی را در هزینه ها شاهد بود. این صرفهجویی ها، هزینه مراقبتهای سطوح پایه و تخصصی و همچنین پذیرش برنامه ریزی شده و بدون برنامه بیماران و پذیرش های سرپایی را کاهش میدهد. در انگلستان، ارزش مالی این صرفهجویی ۷ درصدی معادل ۴/۴ میلیارد پوند است. البته شواهد دیگری هم هستند که گرچه خیلی واقعبینانه نیستند اما از ظرفیت صرفهجویی ۲۰ درصدی با اجرای رویکرد سلامت متکی بر مردم، خبر میدهند. در برنامه تحول نظام سلامت، برنامه ملی خودمراقبتی به عنوان پنجمین برنامه ملی تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت طراحی و بسته خودمراقبتی در تاریخ ۱۳۹۴/۷/۱۸، طی نامه شماره ۳۶۰۱۱۰۳۶/د معاونت محترم بهداشت برای اجرا، ابلاغ گردید.

پیشینه تحقیق

هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی نقش ویژگی های شخصیت و راهبردهای مقابله ای در خود-مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ پرداختند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که روان رنجوری، برون گرایی و وظیفه شناسی توانستند رفتارهای خود مراقبتی را در بین بیماران دیابتی نوع ۲ پیش بینی کنند و هر دو راهبرد مقابله ای هیجان-مدار و مساله-مدار قادر به تعدیل روابط بین ویژگی های شخصیت و رفتارهای خود مراقبتی بودند.

نتایج مطالعه محمودعلیلو و همکاران (۱۳۹۳) نشان داد که از بین ویژگی های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان تنها مؤلفه باز بودن توانست رفتارهای، رژیم غذایی، ورزش منظم، پیامد ورزش را پیش بینی کند و مؤلفه عصبیت نیز تغییرات مراقبت از پا و پیامد مراقبت از پا را پیش بینی کرد. مؤلفه وجدانی بودن نیز پیامد رژیم غذایی را پیش بینی کرد ($p < .05$). نتیجه آنکه از آنجا که میزان وقوع جهانی دیابت به خصوص دیابت شیرین به نحو چشمگیری افزایش یافته است، با توجه به یافته های پژوهش، پیشنهاد می شود برنامه های آموزشی و مداخله ای در ارتباط با رفتار خودمراقبتی و برخی از عوامل ویژگی

های شخصیتی به خصوص باز بودن و عصبیت و وجدانی بودن که می تواند منجر به ارتقای حس توانایی بیمار به مهار بیماری و پذیرش مسؤولیت شود جهت توانمندسازی بیماران ترتیب داده شود.

نتایج مطالعه شجاعی زاده و همکاران (۱۳۹۲) نشان می دهد تداوم مراقبت از خود و دریافت مراقبت های اولیه با کنترل بهتر قند خون در بیماران دیابتی نوع دو ارتباط دارد و اجرای برنامه های آموزشی توانمندسازی در افزایش توان خودمراقبتی بیمار موثرند. در مطالعه بهنام و همکاران (۱۳۹۱) تحت عنوان مطالعه و بررسی توانمندسازی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن نتایج نشان داد در صورتی که آموزش با فعالیت و مشارکت بیمار همراه شود تاثیر گذارتر شده و باعث افزایش آگاهی و خود مراقبتی در این بیماری می گردد.

سوگلی تپه (۱۳۹۱) در تحقیق خود با عنوان «نقش ویژگی های شخصیت در رفتارهای خود مراقبتی و پیامدهای درمان در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ با توجه به نقش تعدیل کننده سبک های مقابله ای» نتیجه گرفتند که مدل یابی معادلات هر دو راهبردهای مقابله ای، خود مراقبتی، کیفیت زندگی، رضایت از درمان، سلامت روانی، افسردگی، اضطراب و سطح هموگلوبین گلیکوزیله را با توان بالا پیش بینی نمایند. شاخص CFI برابر ۰/۹۸، IFI به میزان ۰/۹۹ و GFI برابر ۰/۹۷ به دست آمد. نتایج پژوهش حاضر ضمن تأیید مدل ارائه شده نشان داد که راهبردهای مقابله ای رابطه ای بین ویژگی های شخصیت با خود مراقبتی و پیامدهای درمان در بین بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ را تحت تاثیر قرار می دهند. نتایج حاصل از این پژوهش می تواند در برنامه ریزی های پیشگیرانه و شناسایی بیماران در معرض خطر بالا در تبعیت ضعیف از برنامه های خود-مراقبتی و طراحی مداخله های روان شناختی برای بیماران دیابتی مفید باشد (هاشمی و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج مطالعه شکیب زاده و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که میزان رفتارهای خودمراقبتی در بین شرکت کنندگان از وضعیت مطلوبی برخوردار نیست و عوامل چندگانه ای از متغیرهای دموگرافیک تا متغیرهای روانی بر رفتارهای خودمراقبتی در دیابت تأثیر می گذارند. با توجه به قدرت پیشگویی بالای سازه های این مطالعه، پیش بینی می شود که سازه های دیگر از نظریه های مختلف نیز در رفتارهای خودمراقبتی مؤثر باشند. این مطالعه نشان داد عواملی که بر رفتارهای خود مراقبتی در دیابت تأثیر می گذارند، عوامل چندگانه ای از متغیرهای جمعیت شناختی تا متغیرهای روانی هستند. به نظر می رسد، غلبه بر این موانع نیاز به تمرکز و مطالعه خصوصیات فردی بیماران از جانب آموزشگران دیابت دارد. لذا لازم است روش های مناسبی برای ارایه خدمات آموزشی مناسب به بیماران فراهم شود.

تعیین حجم پژوهش

روش محاسبه حجم نمونه با فرمول کوهن

شاخصی است که قدرت اثرگذاری متغیرهای مستقل مدل را نشان می دهد. براساس نظر کوهن (۱۹۸۸) میزان این شاخص به ترتیب ۰/۰۲ (ضعیف) ۰/۱۵ (متوسط) و ۰/۳۵ (قوی) می باشد. بنابراین بهتر است این مقدار حداقل روی ۰/۱۵ تنظیم شود. توان آزمون مقداری بین ۸۰ تا ۹۰ درصد انتخاب می شود. آزمون حداقل باید توانی برابر با ۰/۸ داشته باشد. تعداد متغیرهای پنهان و آشکار نیز براساس پرسشنامه و مدل پژوهش قابل تعیین است. در نهایت سطح اطمینان را می توانید ۹۹٪ یا ۹۵٪ در نظر گرفته و به ترتیب از ۰/۰۵ یا ۰/۰۱ استفاده کنید. بعد از قرار گرفتن در فرمول مذکور تعداد ۶۰ نفر انتخاب شدند.

بیان مساله

بررسی تاثیر آموزش های خود مراقبتی در دانش آموزان پایه ششم

فرضیه

آموزش برنامه های خود مراقبتی باعث افزایش انگیزه و دانش خود مراقبتی دانش می شود.

روش های تحقیق:

این پژوهش که در سه مرحله انجام می شود:

در مرحله اول پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود میلر (۱۹۸۲) و در بین ۶۰ نفر دانش آموز پایه ششم ابتدایی توزیع و تکمیل شد و نتایج پرسشنامه استخراج گردید.

سپس برنامه راهنمای خودمراقبتی جوانان مسعود احمدزاد اصل و همکاران (۱۳۹۵) به مدت ۸ هفته با انواع شیوه های تجسمی و آزمون و تاکید و.... به دانش آموزان آموزش داده شد.

در مرحله سوم مجددا پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود میلر (۱۹۸۲) و در بین ۶۰ نفر دانش آموز پایه ششم ابتدایی توزیع و تکمیل شد و نتایج پرسشنامه استخراج گردید.

ابزار سنجش

۱- پرسشنامه رفتارهای مراقبت از خود میلر (۱۹۸۲)

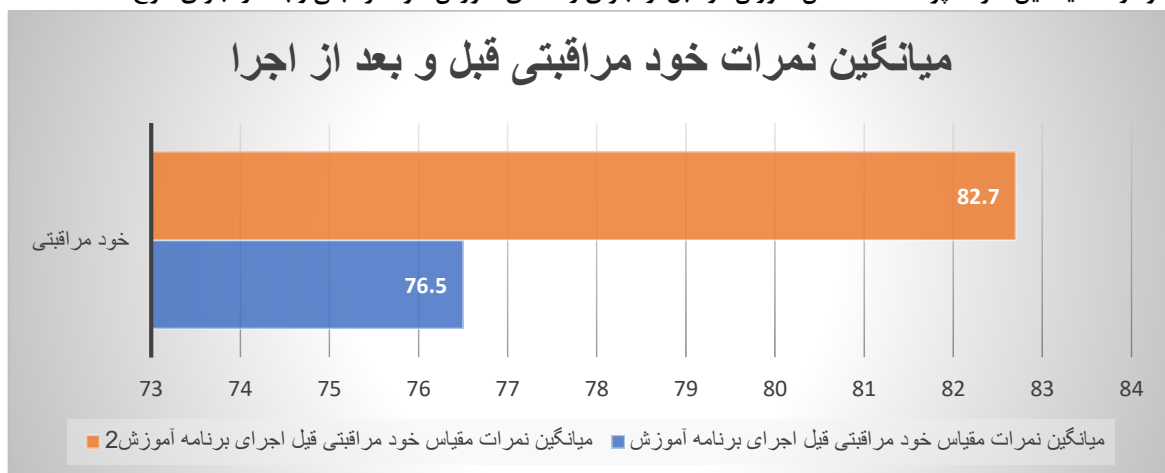
جهت سنجش خود مراقبتی از پرسشنامه تعیین رفتارهای مراقبت از خود میلر در سال ۱۹۸۲ استفاده خواهد شد. این ابزار در مطالعات کان و همکاران در سال ۱۹۹۱، (۵۷) و همچنین کوپل در سال ۲۰۰۹ مورد استفاده قرار گرفته است و شامل ۲۰ گویه در طیف لیکرت پنج درجه ای در حیطه های پیگیری رژیم غذایی تجویز شده، عدم استفاده از سیگار، فعالیت های جسمانی، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی است. حداقل نمره این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ می باشد. با توجه به طیف لیکرت، نمره یک تا چهار نشان دهنده احتمال کم و نمره پنج نشان دهنده احتمال زیاد پیروی از رفتارهای خود مراقبتی می باشد. بدین ترتیب نمره ۲۰ تا ۷۹ موید رفتارهای مراقبت از خود نامطلوب و نمره ۸۰ تا ۱۰۰ نشاندهنده رفتار مراقبت از خود مطلوب می باشد.

روایی و پایایی

روایی و پایایی این پرسش نامه توسط نیاکان و همکاران (۱۳۹۲) بررسی شده است. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ در حیطه پیشگیری رژیم غذایی، عدم استفاده از سیگار، فعالیت جسمانی، استفاده از رژیم دارویی تجویز شده و تعدیل اثر متغیرهای تنیدگی آور بعد از ترخیص از بیمارستان به ترتیب ۰،۹۵، ۰،۹۲، ۰،۸۱، ۰،۹۸، ۰،۸۰ تعیین گردید. که مبین سازگاری درونی حیطه های ابزار بوده است. این پرسشنامه در سه مرحله (قبل مداخله، بلافاصله و دو ماه بعد از مداخله) و همزمان در گروه کنترل تکمیل خواهد شد.

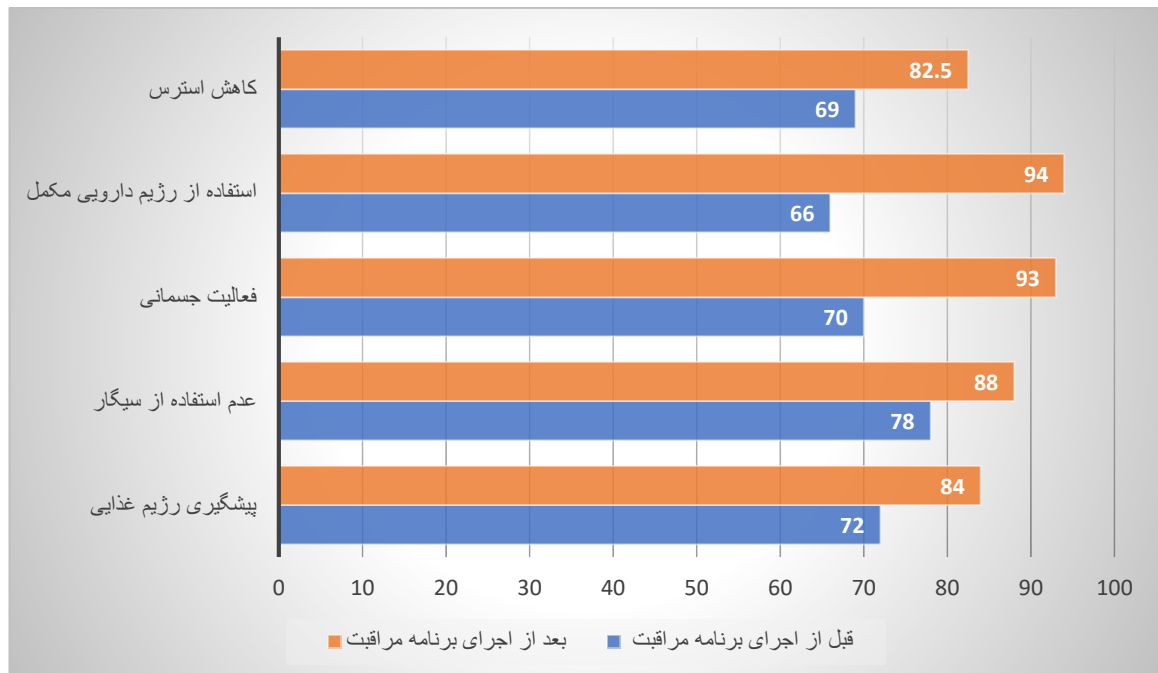
نتیجه گیری

نمودار (۱) میانگین نمرات پرسشنامه دانش آموزان در قبل از اجرای راهنمای آموزش خود مراقبتی و بعد از اجرای طرح



بررسی نمودار (۱) مقایسه ای نمرات پرسش نامه خود مراقبتی میلر (۱۹۸۲) در قبل از اجرای برنامه های راهنمای خود مراقبتی مسعود احمدزاد اصل و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که اجرای برنامه مذکور در افزایش مراقبت از خود دانش آموزان مفید واقع شده است. واریانس نمرات دانش آموزان در قبل و بعد از اجرای برنامه ۶،۲ نمره بود.

نمودار (۲) میانگین نمرات مولفه های پرسشنامه دانش آموزان در قبل از اجرای راهنمای آموزش خود مراقبتی و بعد از اجرای طرح



بررسی نمودار (۲) مقایسه ای نمرات مولفه های پرسش نامه خود مراقبتی میلر (۱۹۸۲) در قبل از اجرای برنامه های راهنمای خود مراقبتی مسعود احمدزاد اصل و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که در مولفه های استفاده از دارو های مکمل و فعالیت جسمانی دانش آموزان در قبل و بعد از اجرای طرح بیشترین واریانس را داشته اند و همچنین در مولفه پیشگیری از رژیم غذایی احتمالاً به دلیل شرایط اقتصادی خانواده کمترین واریانس وجود داشت.

منابع

- بقایی، پ؛ زندی، م؛ وارث، ز؛ مسعودی علوی، ن؛ و ادیب حاج باقری، م. (۱۳۸۷). وضعیت مراقبت از خود در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت کاشان در سال ۲۰۰۵. *مجله دانشگاه علوم پزشکی کاشان (فیض)*، ۱۲(۱)، ۸۸-۹۳.
- بهنام، ح؛ شیرین زاده، س؛ قائمی، ن؛ و کریمی مونوقی، ح. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر آموزش خودمراقبتی. همگلوبین A1c در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع یک. *مجله دانشکده پزشکی سبزوار*، ۱۸(۴)، ۴۴-۵۵.
- جلیلیان، فرزاد؛ زینت مطلق، فاضل؛ و صالحی، مهناز. (۱۳۹۱). *بررسی تاثیر اجرای برنامه آموزش بر افزایش خود مراقبتی در بیماران دیابتی نوع دو*، ۲(۱)، ۲۴-۲۶.
- خضزلو، س؛ و فیضی، ا. (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین خود کارآمدی درک شده و عملکرد خودمراقبتی در بیماران دیابتی مراجعه کننده به مرکز دیابت ارومیه. *مجله پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۰(۳)، ۳۶۹-۳۷۵.
- دباغی، پ؛ اصغرنژاد، ف ع؛ عاطف وحید، م؛ و بوله‌ری، ج. (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در و معنوی طرحواره فعال سازی در پیشگیری از مواد مخدر عود تخلف. *IJBCP*، ۱۳(۴)، ۳۶۶-۳۷۵.

شجاعی زاده، د؛ شریفی زاد، ق؛ آذر، ط؛ مهاجر، ت؛ و الحانی، ف. (۱۳۹۲). اثر الگوی توانمندسازی در پریشانی و کنترل دیابت در بیماران مبتلا به دیابت نوع دوم است. *مجله آموزش پرستاری*، ۱۱(۱)، ۳۸-۴۷.

شکيبازاده، الهام؛ رشیدیان، آر؛ لاریجانی، باقر؛ شجاعی زاده، داود؛ فروزانفر، محمدحسین؛ کریمی شاهنجری، اکرم. (۱۳۸۸). ارتباط بین خودکارآمدی و موانع درک شده با عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو، *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۵(۴)، ۶۹-۷۸.

عابدینی، ز؛ شوری بیدگلی، ع ر؛ و احمري تهران، ح. (۱۳۸۷). بررسی آگاهی و عملکرد خود مراقبتی در بیماران دیابتیک. *دانشگاه علوم پزشکی قم*، ۲(۲)، ۳۷-۴۲.

محمود علیلو، مجید؛ اسبقی پور، مهری؛ نریمانی، محمد؛ آقامحمدزاده، نا صر. (۱۳۹۳). رابطه بین ویژگی های شخصیتی با رفتارهای خودمراقبتی و پیامد درمان در بیماران دیابتی، *مجله روان پرستاری*، ۲(۳)، ۷۷-۸۵.

هاشمی، تورج؛ محمودعلیلو، مجید؛ پور شریفی، حمید؛ بیرامی، منصور؛ نعمتی سوگلی تپه، فاطمه. (۱۳۹۴). نقش ویژگی های شخصیت و راهبردهای مقابله ای در خود - مراقبتی بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲، *نشریه روان شناسی بالینی*، ۵(۲) پیاپی ۱۸، ص ۸۹-۹۹.