اثر بخشی توانمندسازی مراقبین بر خودباوری خانواده مصدومین شیمیایی

خالد بیت سعید[۱]، اکرم پرنده[۲*]، فاطمه الحانی[۳]،محمد مهدی سالاری [۴]

[۱]دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت پرستاری بهداشت جامعه، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)
[۲]دانشجوی دکتری پرستاری، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله(عج)، تهران، ایران
[۳]دانشیار، عضو هیئت علمی گروه آموزش پرستاری دانشکده پزشکی دانشگاه تربیت مدرس، [۴]مربی پرستاری، عضو هیئت علمی، دانشکده پرستاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(عج)، گروه بهداشت جامعه

نویسنده پاسخگو: Akram.parandeh@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به تأثیر بیماری‌های مزمن بر خانواده، به منظور ارائه مراقبت مناسب و درک صحیح از بیماری، توانمندسازی مراقبین بیمار امری ضروری است. این پژوهش به منظور بررسی اثر بخشی تاثیرمداخله مبتنی بر توانمندسازی بر خودباوری مراقبین خانوادگی مصدومین شیمیایی انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش یک مطالعه شبه تجربی تک گروهی قبل و بعد است. نمونه ها شامل ۴۰ نفر از اعضای خانواده مصدومین شیمیایی ساکن شهر تهران وحومه اطراف که به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل چهار پرسشنامه(اطلاعات جمعیت شناختی، پرسشنامه خودباوری آیزینگ و پرسشنامه محقق ساخته جهت تعیین میزان دانش و نگرش) بوده که روایی و پایایی پرسشنامه مورد سنجش قرار گرفته است. برنامه مداخله مبتنی بر توانمندسازی طی ۵ جلسه برای افراد مورد مطالعه انجام شد. به منظور تعیین اثربخشی مداخله میزان دانش، نگرش و خودباوری مراقبین مصدومین شیمیایی قبل و یک ماه بعد از مداخله اندازه گیری شد. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش(۲۰) و با استفاده از آزمون آماری استباطی تی زوجی در سطح معنی داری (۰.۰۵) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که میانگین نمرات دانش ، نگرش و خود باوری مراقبین نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بطوریکه آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان داد($p<۰.۰۰۰۱$).

بحث: نظر به اثربخشی اجرای مداخله مبتنی بر توانمندسازی مراقبین خانوادگی، پیشنهاد می‌شود که به منظور کاهش عوارض ناشی از سلاح‌های شیمیایی و ارائه مراقبت مطلوب، توانمندسازی مراقبین این عزیزان مورد توجه قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: توانمندسازی، مراقبین خانوادگی، خودباوری، دانش، نگرش، مصدومین شیمیایی

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۱۵
تاریخ پذیرش : ۹۲/۱۱/۱۴

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

مقدمه

پیامدهای ناشی از گاز خردل مشکلات فراوانی در دستگاه تنفسی، چشم، پوست، ایمنی، دستگاه گوارش و غدد درون ریز و نیز بر سلامت و کیفیت زندگی مصدومین شیمیایی داشته به طوری که اثرات مختلف و عوارض متعدد ناشی از آن چشمگیر بوده است (۱). عوارض ناشی از گازخردل سبب ایجاد محدودیت‌هایی در فعالیت‌های معمول زندگی، انجام وظایف شغلی، مشکلات روحی، مشکلات اجتماعی و اقتصادی برای فرد و خانواده، تغییرات مادام العمر در وظایف ، شیوه زندگی، بستری شدن‌های مکرر، مشکلات اقتصادی، کاهش تعاملات اجتماعی بین افراد خانواده و فشارهای روانی زیادی برای مددجو و خانواده می‌شود (۲-۴). فراهم کنندگان مراقبت از بیماران مبتلا به بیماریهای مزمن ، با توجه به ویژگی های فردی خود و بیمارانشان به صورت گوناگونی تحت تأثیرعوارض بیماری قرار می گیرند(۵-۸).

اکثر فراهم کنندگان مراقبت(مراقبین غیر رسمی)[xxxviii] از بیماران مزمن به عنوان عضوی از خانواده حس آزادی فردی را به دلیل مسئولیت‌پذیری در قبال مراقبت از بیمار خود از دست داده (۹) و میزان های متفاوتی از ترک شغل، درگیری روزانه، تأخیر در سرکار آمدن و بازنشستگی زودرس را به منظور ارائه مراقبت گزارش نموده‌اند (۵و۱۰). در طی دهه اخیر، نقش خانواده در امر مراقبت از بیماران مزمن بیشترمورد توجه قرار گرفته است (۱۱). با توجه به تأثیر بیماری‌های مزمن بر خانواده، در جریان مراقبت از یک بیمار، خانواده وی نیازمند درک صحیحی از بیماری است و وظیفه پرستار در کنار مراقبت از بیمار، کمک به خانواده در جهت افزایش امید و اعتماد است؛ چنین رویکردی باعث ارتقای سلامت و رفاه خانواده خواهد شد (۶). ارتقاء توانمندیهای اعضاء خانواده در حیطه‌های مختلف ، سبب توانایی غلبه بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی می گردد. در همین راستا پرستاران می توانند خانواده‌ها را در حل مشکل راهنمایی نموده، خدمات مراقبتی کاربردی را تدارک و یک احساس پذیرش و مهربانی را با گوش دادن دقیق به نگرانی‌ها و پیشنهادات اعضاء خانواده القاء نمایند (۱۲).

خانواده‌های دارای بیمار مزمن ، به علت اضطراب و ترس از آینده وضعیت بالینی بیمار خود، نگران بوده و ارائه اطلاعات به درک آنان از بیماری و تغییرات آینده کمک خواهد نمود (۱۳). دانش و نگرش از عناصر و عوامل مهم ارتقای خودباوری هستند و تغییر در این دو عامل باعث تغییر در خودباوری فرد می‌شود (۱۲). آموزش می‌تواند باعث یادگیری در فراگیر شود چراکه یادگیری فرایندی است در جهت دستیابی به دانش و مهارت، توسعه توانایی افراد در تصمیم گیری‌های بهداشتی و در نتیجه موجب تغییر رفتار در افراد می‌گردد (۱۴). مراقبین غیر رسمی باید اطلاعات کافی در خصوص بیماری عضو بیمار خود داشته باشند زیرا بیمار برای انجام امور روزمره خود به آنان متکی است (۱۵) این افراد به همراه خانواده ، خود را مسئول مراقبت از بیمار می‌دانند ولی به دلیل عدم آگاهی و دانش کافی در ارائه مراقبت با مشکل مواجه می گردند (۱۶). لذا با توجه به نقش مهم مراقبین در امر پیش‌بینی، مراقبت و فرایند تصمیم گیری، توانمند سازی آنان از اهمیت خاصی برخوردار است (۱۷).

پرستاران با توجه به جایگاه ویژه خود در تیم درمان و تماس بیشتر با خانواده‌ها می‌توانند دانش، مهارت و حمایت لازم را برای حفظ کیفیت مراقبت در خانه فراهم کنند و خانواده‌هایی را که داری بیمار هستند حمایت و مراقبت کرده و به افزایش آگاهی و بهبود نگرش آن‌ها در زمینه‌های مختلف مراقبت و درمان کمک نمایند (۱۸-۲۰). شیوه‌های کمک به افراد خانواده‌به منظور کسب یک نقش فعال در مراقبت بهداشتی‌شان، بایستی هرچه بیشتر بر توانمندسازی تأکید نماید. فقدان دانش و آگاهی موجب کاهش انگیزه ، خودکارآمدی و خودباوری می‌شود و درنهایت با کاهش خودباوری ، احساس ضعف و ناتوانی در فرد ایجاد شده و فرد برای خود ارزش کمتری قائل شده و به نحو نامطلوبی از خود مراقبت نموده و دیگران را نیز به این مراقبت نامطلوب تشویق خواهد نمود. بر عکس، با افزایش احساس توانمندی ، میزان خودباوری و ارزشمندی در فرد احیاء می‌شود و تغییرات مثبتی چون افزایش پیشرفت کاری، افزایش تلاش برای کسب موفقیت، داشتن اعتماد به نفس، با اهمیت بودن، توجه بیشتر به سلامتی ، لذت بردن از روابط با دیگران و پیش بینی مثبت نسبت به موفقیت‌های بعدی در او

[xxxviii] Informal Care giver

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

پدیدار می‌شود. بنابراین افزایش خودباوری و خودکارآمدی بیمار موجب اتخاذ رفتارهای بهداشتی پیشگیرانه خواهد شد . لذا با این رویکرد پرستار، مددجو، خانواده، جامعه و کسانی که در ارتباط با مددجو نقش فعالی را به عهده دارند توانمند می‌شوند که این فرآیند توانمندسازی می‌تواند انگیزه‌ای برای گسترش سلامت جوامع باشد (۱۲). در واقع هدف اصلی توانمندسازی، افزایش دانش و مهارت و توانایی خانواده و مددجو بوده تااینکه بتوانند عملکرد موثری در زندگی خود داشته باشند (۲۱). از سوی دیگربررسی ها نشان می دهد که کمبود آگاهی حق انتخاب در مسائل درمانی و مراقبتی را از بیمار می گیرد (۲۲) و فقدان دانش و بینش نسبت به بیماری و عدم حمایت‌های لازم از سوی خانواده بیماری را برای بیمار مزمن دوچندان می‌کند (۱۳). نتایج تحقیقات انجام شده پیرامون ارتقاء بهداشت حاکی از آن است که در فرآیندهای پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش خانواده، محوری اساسی است (۲۳). ویژگی‌های خانواده‌های توانمند شده شامل دسترسی و کنترل بر منابع مورد نیاز، توانایی تصمیم‌گیری و حل مشکل و توانایی ارتباط برقرار کردن و دستیابی به منابع مورد نیاز می‌باشد. این ویژگی ها به این واقعیت اشاره می‌کند که خانواده‌ها ممکن است نیاز پیدا کنند که چگونه منابع در دسترس را تعیین نمایند، چگونه سؤالات خود را بپرسند و چگونه راه حل مشکلات خود را یافته و با سازمان‌ها مشورت نمایند. پرستار اعتماد به نفس بیماران و خانواده آن‌ها را با کمک کردن در تصمیم‌گیری و تشخیص نقاط قوت آن‌ها با در نظر گرفتن اعتقادات مذهبی، فرهنگی و اجتماعی تقویت می‌کند (۱۲و۲۴). نتایج حاصل از مطالعه واحدی و همکاران (۱۳۹۱) دانش و نگرش مراقبین جانبازان رادر سطح پایین گزارش کردند (۲۵). همچنین مطالعه مسعودی(۱۳۹۱) عزت نفس(خودباوری) مراقبین بیماران مولتیپل اسکلروزیس را نامطلوب بیان کرده و نشان داد که بکارگیری الگوی توانمندسازی خانواده محور در بهبود عزت نفس مراقبین موثر بوده است (۲۶). همچنین والین[xxxix] و همکاران (۲۰۰۹) اظهار نمودند که ارائه اطلاعات و توانمند کردن خانواده و دخالت دادن آن‌ها در روند مراقبت، منجر به اعتمادسازی می‌شود (۲۷). لذا از آنجایی که هدف از توانمندسازی، ایجاد مشارکت بین پرستار و خانواده از طریق مسئولیت‌پذیری و همکاری و ارتقای توانایی‌های اعضای خانواده در حیطه‌های معینی می‌باشد تا بر موانع موجود در زمینه‌های بهداشتی و سلامتی چیره شوند (۲۸) و از سوی دیگرنتایج مطالعات انجام شده بیانگر دانش، نگرش و خودباوری پایین مراقبین بیماران مزمن می‌باشد. لذا با توجه به ماهیت مزمن بیماری در مصدومین شیمیایی و تأثیرات فراوان آن بر خانواده، توانمند کردن یک عضو از خانواده بر توانمندی کل خانواده و نحوه مراقبت آنان تأثیر می‌گذارد و از سوی دیگر با توجه به این که مطالعات انجام شده در گذشته به موضوع توانمند سازی مراقبین این عزیزان کمتر پرداخته، پژوهش حاضر در راستای بررسی اثر بخشی تاثیر مداخله مبتنی بر توانمندسازی بر خودباوری مراقبین خانوادگی مصدومین شیمیایی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

مطالعه حاضر نوعی مطالعه شبه تجربی تک گروهی قبل و بعد، برروی مراقبین خانوادگی(یک نفر به نمایندگی از خانواده و معرفی شده توسط بیمار) مصدومین شیمیایی مراجعه کننده به درمانگاه‌های تخصصی ریه منتخب شهر تهران در سال ۱۳۹۱ انجام شده است . معیار ورود نمونه ها به مطالعه عبارت بودند از: یکی از اعضای خانواده-مصدوم شیمیایی که با وی زندگی می نماید، قدرت تصمیم گیری در مورد درمان ، داروی و مراقبت از وی را داشته باشد. معیار خروج در این پژوهش، عدم تمایل عضو خانواده به ادامه همکاری می‌باشد. درضمن مصدومین شیمیایی با ویژگی های مانند داشتن درصد جانبازی مورد تأیید بنیاد جانبازان، دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم سابقه مصرف هر گونه مواد مخدر به عنوان معیارهای ورود به مطالعه انتخاب شدند. جهت تعیین حجم نمونه با استناد به مطالعات گذشته (۲۹) و با استفاده از نوموگرام آلتمن و احتساب میزان ریزش ده درصد نمونه ۴۰ نفر برآورد گردید. به منظور گردآوری اطلاعات از چهار پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، سنجش دانش، نگرش و خودباوری استفاده شد. پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک حاوی سؤالات در خصوص(سن، جنس، تحصیلات

[xxxix] Wahlin

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

و...)مصدوم و مراقبین خانوادگی وی ، پرسشنامه سنجش دانش و نگرش هر کدام شامل ۲۳ سؤال (در خصوص علایم هشدار دهنده، وسایل کمک تنفسی، ورزش، رژیم غذایی، داروها و ...) می‌باشد که با طیف لیکرتی ۶ قسمتی و از صفر تا ۱۰۰ امتیاز بندی شده که در سؤالات مثبت گزینه بسیار زیاد موافقم(امتیاز ۱۰۰)، گزینه زیاد موافقم (امتیاز ۸۰) ، گزینه موافقم (امتیاز ۶۰) ، گزینه مخالفم (امتیاز ۴۰) ، گزینه زیاد مخالفم(امتیاز ۲۰) و بسیار زیاد مخالفم(امتیاز صفر) تعلق می‌گیرد. برای سؤالات منفی به طور معکوس امتیاز بندی شد. به منظور تعیین خودباوری یا عزت نفس بیمار از پرسشنامه استاندارد شده آیزینگ که حاوی ۳۰ سؤال(در خصوص ارزش، احترام، موفقیت و ...) می‌باشد استفاده گردید. جواب سؤالات به صورت سه گزینه بلی، خیر و میانه است. آزمودنی در مقابل هر سؤال تا حد امکان بکوشد جواب بله یا خیر بدهد در صورتی که واقعاً برای او امکان نداشته باشد گزینه میانه را بر می‌گزینند. به جواب درست نمره ۱۰۰، جواب غلط نمره صفر و به گزینه میانه امتیاز ۵۰ تعلق می‌گیرد. جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه های دانش و نگرش از روش اعتبار صوری و محتوی استفاده گردید. بدین‌صورت که ابتدا با مطالعه کتب، مقالات جدید، تحقیقات متفاوت، تجربه پژوهشگر و نظرات اساتید متخصص و نیز بر اساس نیاز بیماران و مراقبین آنان طی مصاحبه حضوری با این عزیزان ابزار ساخته شده و سپس جهت تعیین روایی صوری و محتوایی به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌های شهر تهران و متخصصین داخلی و فوق ریه داده و نظرات اصلاحی آنان در پرسشنامه اعمال گردید. برای تعیین پایایی یا اعتماد علمی پرسشنامه‌های دانش، نگرش در این پژوهش از آزمون- آزمون مجدد[XL] استفاده شد که بترتیب ۰.۸۷، ۰.۹ گزارش گردید. روایی و پایایی پرسشنامه عزت نفس آیزنگ به استناد مطالعات گذشته در ایران(α=۰.۷۹ و r=۰.۸۸) گزارش شده است (۳۰). در این مطالعه پژوهشگر پس از دریافت معرفی‌نامه از معاونت پژوهش و انتخاب محیط پژوهش و ارائه معرفی‌نامه به مراکز مربوطه به مدت ۴ ماه در محل‌های پژوهش حاضر و پس از ارائه توضیح در خصوص هدف پژوهش ، کسب موافقت و رضایت آگاهانه شرکت کنندگان در تحقیق و همچنین دادن اطمینان به آن‌ها در خصوص محرمانه بودن اطلاعات، مبادرت به نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام داد. در ابتدا پرسشنامه‌های مطالعه به منظور سنجش اطلاعات قبل از مداخله بین مراقبین توزیع گردید سپس به منظور اجرای مداخله مبتنی بر توانمندسازی مراقبین مصدومین(از هر خانواده یک نفر) در طی سه جلسه یک‌ساعته آموزشی جهت بالا بردن سطح دانش و نگرش در خصوص بیماری و عوارض ناشی از گازهای شیمیایی، مراقبت و تأثیر کوتاهی در برنامه درمان و نیز اهمیت رژیم غذایی، ورزش، تفریح، خواب و... به روش بحث گروهی و کتابچه آموزشی شرکت داده شدند. سپس به صورت گروهی طی دو جلسه یک‌ساعته برای هر گروه در قالب گروه‌های ۶ و ۷ نفره جلسات حل مسئله برگزار گردید. بدین ترتیب که پس از توضیح در رابطه با هر کدام از مهارت‌های مورد نیاز آن مهارت به صورت عملی به مراقبین نمایش داده شد. سپس از مراقبین خواسته شد تا مهارت یاد گرفته را انجام دهند، جهت تسلط در انجام مهارت به نمونه‌ها فرصت تمرین و تکرار داده شد تا حدی که بتوانند بدون حضور پژوهشگر مهارت را به نحو احسن اجرا کنند. زمانی که فرد خود را در گروه در مراحل حل مسئله، تبیین اهداف، ارائه و شناخت راه حل، برنامه ریزی و اجرا موفق یابد، احساس موفقیت کرده که این امر موجب افزایش خودباوری و انگیزه وی خواهد شد؛ لذا از مراقبین درخواست می‌شد تا موارد یاد گرفته شده در هر جلسه را به دیگر اعضا خانواده خود انتقال داده تا سبب تسلط کامل و کافی به مطلب، اعتماد به نفس و افزایش خودباوری در خود ایجاد گردد. در جلسه آخر مداخله یک جلسه جمع بندی به عمل آمد به مدت یک ماه جهت بکارگیری آموخته‌ها به مراقبین خانوادگی مصدومین فرصت داده شد تا تکرار و تمرین نمایند. در پایان زمان در نظر گرفته شده ابزارهای پژوهش مجدداً توسط نمونه‌ها تکمیل گردید و پس از جمع‌آوری اطلاعات به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۰ استفاده گردید. در این پژوهش به منظور تعیین نرمال و یا غیر نرمال بودن داده

[XL] Test-Retest

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

ها از آزمون یک نمونه‌ای کولموگروف اسمیرنوف[XLI] استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری اطلاعات با توجه به نرمال بودن داده‌ها با آزمون پارامتریک t زوجی و آمارهای توصیفی(درصد و میانگین) انجام شد.

یافته‌ها:

نتایج حاصل از مطالعه براساس ویژگی های جمعیت شناختی در هر دو گروه از مصدومین شیمیایی و مراقبین خانوادگی آنان بر اساس سن، وضعیت تاهل، تحصیلات و در صد جانبازی در جداول ارائه گردید (جدول شماره ۱و ۲).

جدول شماره ۱: مشخصات دموگرافیک مراقبین خانوادگی

متغیر		تعداد	درصد
سن	۳۰-۲۰ سال	۱۰	۲۵
	۴۰-۳۰ سال	۱۴	۳۵
	۵۰-۴۰ سال	۱۶	۴۰
جنس	مذکر	۴	۱۰
	مؤنث	۳۶	۹۰
تأهل	متأهل	۳۲	۸۰
	مجرد	۸	۲۰
نسبت	همسر	۳۰	۷۵
	فرزند	۱۰	۲۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۶	۴۰
	دیپلم	۱۸	۴۵
	دانشگاهی	۶	۱۵
شغل	کارمند	۱۰	۲۵
	آزاد	۶	۱۵
	خانه دار	۱۸	۴۵
	سایر	۶	۱۵

جدول شماره ۲:مشخصات دموگرافیک مصدومین شیمیایی

متغیر		تعداد	درصد
سن	کمتر از۴۶ سال	۲۲	۵۵
	بیشتر از ۴۶ سال	۱۸	۴۵
درصد	کمتر از۲۵ درصد	۲۳	۵۷.۵
	بیشتر از ۲۵ درصد	۱۷	۴۲.۵
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۴	۳۵
	دیپلم	۱۴	۳۵
	دانشگاهی	۱۲	۳۰
شغل	کارمند	۱۳	۳۲.۵
	آزاد	۱۰	۲۵
	بازنشسته	۹	۲۲.۵
	بیکار	۸	۲۰

همچنین نتایج مطالعه نشان داد پس از اجرای مداخله میانگین و انحراف معیار نمرات دانش، نگرش و خودباوری مراقبین مصدومین شیمیایی نسبت به قبل از مداخله افزایش یافته بطوریکه آزمون آماری تی زوجی تفاوت معنی داری نشان داد(جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳: مقایسه میانگین نمرات دانش، نگرش و خودباوری مراقبین خانوادگی قبل و بعد از مداخله

میانگین متغیر	میانگین و انحراف معیار قبل از مداخله	میانگین و انحراف معیار بعد از مداخله	آزمون آماری tزوجی
دانش	۶۹.۴۷ ±۸.۶۰	۷۴.۱۵±۸.۳۵	t=۱۰.۶۶ df=۳۹ P<۰.۰۰۱
نگرش	۶۹.۶۷ ±۸.۳۲	۷۴.۰۶ ±۷.۴۹	t=۱۰.۲۶ df=۳۹ P<۰.۰۰۱
خودباوری	۸۰.۰۰ ±۸.۱۹	۸۷.۰۸ ±۶.۲۷	t=۷.۷۸ df=۳۹ P<۰.۰۰۱

[XLI] One - Sample Kolmogorov - Smirnov Test

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی مداخله مبتنی بر توانمندسازی بر خودباوری مراقبین خانوادگی مصدومین شیمیایی انجام گرفت. نتایج حاصل از مطالعه نشان دادکه میانگین نمرات مراقبین در ابعاد دانش و نگرش و خودباوری بعد از اجرای الگوی توانمند سازی افزایش داشته است . نتایج قبل از مداخله بیانگرسطح خوبی ازدانش و نگرش مراقبین بوده که احتمالاً به دلیل ماهیت مزمن بودن بیماری و مراجعات مکرر همراه بیمار به مراکز درمانی و کسب اطلاعات از پزشک، پرستار و سایر کادر درمان می‌تواند باشد همچنین نتایج بعد از اجرای مداخله مبتنی بر توانمندسازی افزایش در میانگین نمرات را داشته و آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان داد. با افزایش دانش و نگرش مراقبین و به تبع آن اعضای خانواده نسبت به بیماری عضو بیمار به خصوص در زمینه پیشگیری، رژیم غذایی، تفریح و زمینه‌های دیگر مشارکت فعالانه بیشتری خواهند نمود. دانش و نگرش از عوامل زمینه‌ساز یک رفتار بهداشتی محسوب می‌شوند. دانش و نگرش پایین افراد می‌تواند در عملکرد نامناسب افراد دخیل باشد زیرا وقتی فرد خود را در معرض یک بیماری بداند و از عواقب وخیم آن با خبر باشد برای جلوگیری از بدتر شدن شرایط دست به اقدامات پیشگیرانه خواهد نمود. افزایش دانش و آگاهی در خصوص یک موضوع آموزشی بر روی بهبود نگرش فرد تأثیر داشته و منجر به تقویت نگرش مثبت به آن موضوع و به تبع آن بهبود خودباوری در وی می‌شود. زاوادزکی[XLII] و همکارن در مطالعه خود بر مراقبین بیماران آلزایمر نشان دادند که آموزش مراقبین و پشتیبانی از آنها نباید محدود به توسعه دانش و مهارت باشد بلکه نگرش نسبت به بیماری را نیز باید هدف قرار دهد (۳۳). نیگارد[XLIII] و همکاران در مطالعه خود بر بیماران دیالیزی نشان دادند که دانش و توانایی حمایت به موقع لزوم در مورد توانمندسازی خانواده از اهمیت بیشتری برخوردار بودند و حمایت آن‌ها از بیمار باعث کاهش اضطراب و ایجاد یک نیروی مثبت در بیمار جهت تغییر رفتار و روش زندگی وی شده است (۲۲). در توافق با یافته‌های مطالعه در پژوهش واحدی و همکاران میانگین نمرات آگاهی و نگرش مراقبین جانبازان با اختلال اتونومیک دیس رفلکسی پایین بوده است که بعد از مداخله آموزشی افزایش یافته است (۲۵). از سوی دیگر نتایج مطالعه حاکی از خودباوری بالای مراقبین خانوادگی است بطوریکه بعد از اجرای مداخله مبتنی بر توانمندسازی آزمون آماری تفاوت معنی داری را نشان داد. مراقبین خانوادگی طی کسب شناخت نسبت به بیماری عضو بیمارشان و نگرش صحیح نسبت به ابتلا وی به بیماری این امر باعث می‌شود بیمارشان رفتارهای بهداشتی ناصحیح و غیراصولی خود را ترک، کاهش و یا تعدیل کرده و به جای آن رفتارهای پیشگیرانه اتخاذ نماید از آنجایی که موفقیت‌های ناشی از انجام رفتارهای پیشگیرانه و درست توسط بیمارشان را به توانایی و سعی و کوشش خود نسبت داده باعث افزایش اعتماد به خود و عزت نفس شده است. رحمانی در پژوهش خود که به منظور مقایسه عزت نفس(خودباوری) فرزندان جانباز و غیر جانباز انجام داد نشان داد که عزت نفس فرزندان جانباز از غیر جانباز بالاتر است که با مطالعه حاضر هم خوانی دارد (۳۴). همچنین مطالعه سیلویرا[XLIV] بر روی مراقبین بیماران سرطانی بیانگر این است که دادن اطلاعات و راهنمایی مناسب مراقبین باعث افزایش خودباوری در مراقبین و بهبود کیفیت زندگی و کاهش بیماران شده است (۳۵). خودباوری(عزت نفس) بالا در امر پیشگیری و درمان بیماران مهم است چون که یکی از روش‌های مؤثر ایجاد سازگاری بهتر با محدودیت‌های جسمی و روانی کمک به افراد جهت کسب عزت نفس بالاست (۳۶). در مطالعه حاضر بالا بودن خودباوری اعضا فعال خانواده احتمالاً به دلایلی همچون بالا بودن اعتقادات دینی، مذهبی و حسن میهن دوستی در جانبازان و خانواده آنان باعث تأثیر کمتر پیامدهای منفی ناشی از مشکلات جانبازی بر خودباوری خانواده شده است، برخی اعضا خانواده فرزندان آن‌ها هستند که بیشتر جوان بودند، نمونه‌ها غالباً کسانی بودند که تا حدودی می‌توانستند کارهای خود را انجام دهند و تأثیر آن‌ها بر خانواده متفاوت‌تر از جانبازان با درصد بالا و معلولین

[XLII] Zawadzky
[XLIII] Nygårdh
[XLIV] Silveira

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

است، وجود برخی تسهیلات و کمک‌های مادی در حد امکانات و ارزش نهادن به آن‌ها سبب احساس وجود امنیت بیشتر از سوی خانواده و به تبع آن افزایش خودباوری شده است. اعضای خانواده با عزت نفس(خودباوری) بالای خود می‌توانند نقش موثری در سازگاری بیمارشان با وضعیت کنونی خود داشته باشند. در توافق با این یافته‌ها مطالعه مسعودی و همکاران(۱۳۹۱) بر روی ۷۰ نفر مراقبین بیمار مولتیپل اسکلروزیس نشان داد بکارگیری الگوی توانمندسازی مبتنی بر خانواده محور باعث بهبود عزت نفس مراقبین گشته است (۲۶). در مطالعه حبیبی و همکاران(۱۳۹۰) که به منظور بررسی تأثیر مداخله حل مسئله خانواده محور بر عزت نفس ۶۰ نفر مددجوی وابسته به مواد مخدر انجام شد نشان داد عزت نفس مددجویان بعد از مداخله بهبود یافته است (۳۷). همچنین در مطالعه ضیغمی و همکاران(۱۳۸۴) عزت نفس بیماران بعد از مداخلات درمانی خانواده محور نسبت به قبل از مداخله افزایش داشته است (۳۸). با توجه به اینکه این مطالعه با نمونه های ساکن در شهر تهران و حومه انجام گردیده عدم امکان دسترسی به نمونه های با حجم بیشتر به عنوان یکی از محدودیت‌های مهم مطالعه بوده و از طرف دیگر با توجه به این محدودیت، امکان داشتن گروه کنترل مقدور نبوده است لذا پیشنهاد می‌شود جهت انجام مطالعات بیشتر از گروه کنترل و نمونه های ساکن شهرهای مختلف استفاده و نیز اثربخشی الگوی مداخله‌ای با مراقبین سایر جانبازان انجام گردد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه نشان داد که اجرای مداخله مبتنی بر توانمندسازی مراقبین خانوادگی موجب افزایش دانش، نگرش و خودباوری مراقبین گردیده بطوریکه بتوانند با توجه به ماهیت مزمن عوارض ناشی از گازهای شیمیایی بهتر و مطلوب‌تر با همسر و والد جانباز خود رفتار نمایند. امروزه جامعه ما با تعداد زیادی جانباز که جان خود را در طبق اخلاص گذاشته و از میهن خود دفاع کرده و با جانبازی خود مشکلات زندگی خود و خانواده خویش را دوچندان کرده اند، مواجه است بر ما لازم است با بررسی دقیق مشکلات این عزیزان به حل و فهم بخردانه امور آن‌ها همت گمارده و کوتاهی نکنیم.

تشکر و قدردانی: از کلیه مصدومین شیمیایی عزیز و مراقبین آنان که در انجام این پژوهش ما را یاری کردند کمال تشکر را داریم. این مقاله بخشی از نتایج پایان نامه تحصیلی دوره کارشناسی ارشد مستخرج گردیده که با حمایت مالی مرکز تحقیقات علوم رفتاری صورت گرفته است.

منابع

1- Razavi SM, Salamati P, Saghafinia M, Abdollahi M. A review on delayed toxic effects of sulfur mustard in Iranian veterans. Daru. 2012;20:51.

2- Kehe K, Thiermann H, Balszuweit F, Eyer F, Steinritz D, Zilker T. Acute effects of sulfur mustard injury—Munich experiences. Toxicology. 2009;263(1):3-8.

3-. Tavassoli Kh. Informant effect of breathing exercises on fatigue and respiratory symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease admitted to the Civil Hospital, Tehran University of Medical Sciences. Master's thesis. Tehran University of Medical Sciences, 2006.

4-. Jamali H. Quality of life in chemical warfare pulmonary complications due to mustard gas in 1383 lived in Sardasht city. Tehran

University of Medical Sciences and Health Centers. Master's thesis. Tehran, 2005.

5- Rahimi A. Effect of continuous care model on quality of life in hemodialysis patients. Tehran: Master's thesis. Tarbiat Modarres University, 2005.

6- Bland R, Darlington Y. The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness. Perspectives in Psychiatric Care. 2002;38(2):61-8.

7- Brodaty H, Luscombe G. Psychological morbidity in caregivers is associated with depression in patients with dementia. Alzheimer

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

disease and associated disorders. 1998;12(2):62-70.

8- Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. International Journal of Geriatric Psychiatry. 1998;13(4):248-56.

9- Esbensen BA, Thomé B. Being next of kin to an elderly person with cancer. Scandinavian journal of caring sciences. 2010;24(4):648-54.

10-. Katz R, Lowenstein A, Prilutzky D, Halperin D. Employers' Knowledge and Attitudes Regarding Organizational Policy Toward Workers Caring for Aging Family Members. Journal of Aging & Social Policy. 2011;23(2):159-81.

11-. Pitceathly C, Maguire P. The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. European Journal of Cancer. 2003;39(11):1517-24.

12-. Alhani F. Design and evaluation of family-centered empowerment model to prevent iron deficiency anemia. Tehran: PhD thesis. Tarbiat Modarres University,2005.

13-. Öhman M, Söderberg S. The experiences of close relatives living with a person with serious chronic illness. Qualitative health research .2004; 14(3):396-410.

14- Stanhope M, Lancaster J. Community & public health nursing: Mosby St Louis; 2004.

15- Hellesø R, Eines J, Fagermoen MS. The significance of informal caregivers in information management from the perspective of heart failure patients. Journal of clinical nursing. 2012;21(3-4):495-503.

16- Barrett P, Hale B, Butler M. Family Care and Social Capital. Family Care and Social Capital: Transitions in Informal Care: Springer; 2014. p. 1-15.

17- de Vugt ME, Verhey FR. The impact of early dementia diagnosis and intervention on informal caregivers. Progress in neurobiology. 2013.

18- Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. BMJ: British medical journal. 2000;320(7234):569.

19- Larsen LS. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. Journal of psychosocial nursing and mental health services. 1998;36(8):26-32.

20- Hassanpoor Dehkordi A, Delaram M, Safdari Dehkordi F, Salehi Tali S, Hasheminiya S, Kasiri K .Comparison between lecture method and self education in knowledge parent of children have major talasemia on caring for their children. ShahreKord Med J. 2008;10(2):52-8.

21- Heidari M, Alhani F, Kazemnejad A, Farzaneh M. Effect of family centered empowerment model on quality of life in adolescents with diabetes. Iranian Journal of Pediatrics. 2007;17(1):87-94.

22-Nygårdh A, Wikby K, Malm D, Ahlstrom G. Empowerment in outpatient care for patients with chronic kidney disease-from the family member's perspective. BMC nursing. 2011;10(1):21.

23-Alhyary A, Alhani F, Kazemnejad A, M Izadyar. Effect of family centered empowerment model on quality of life of school-age children with thalassemia. Iranian Journal of Pediatrics. 2006;16 (4) :455-61.

24- Browning AM. Empowering family members in end-of-life care decision making in the intensive care unit. Dimensions of Critical Care Nursing. 2009;28(1):18-23.

25- Vahedi M, Fizi F, Ebadi A, Kachuei H. Effect of physical training (lectures) and presence (booklet - Reminder) on knowledge, attitude and practice of caregivers of Tehran's veterans with spinal cord dysfunction in 1389. Veteran Medical Journal. 2012;4 (4):21-8.

26- Masoudi R, Soleimani M, Alhani F, Rabie L, Bahrami A, Ismaili p. Effects of family empowerment model - based on perceived satisfaction and self-care of patients with multiple sclerosis. Koomesh. 2012;14 (248-240).

27- Wåhlin I, Ek AC, Idvall E. Empowerment from the perspective of next of kin in intensive care. Journal of Clinical Nursing. 2009;18(18):2580-7.

28- Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing: Population-centered health care in the community: Mosby St. Louis, MO; 2008.

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]

29- Mehdizadeh S. Effect of applying continuous care model on quality of life in chemical warfare victims with bronchiolitis obliterans. Tehran: Master's thesis. Baghyotollah of Medical Sciences University (BMSU), 2009.

30- Ghasemzadeh A, Younesi R. A comparative study of self-esteem and psychological Slant new students with senior students. Journal of Educational Psychology, Islamic Azad University Tonkabon. 2010;1 (4) :39-58.

31- Mohammadi Shahblaghy M. Self-efficacy and family caregivers to care for Elderly with Alzheimer pressure on Tehran. Journal of Ageing.2006;1(1):26-33 .

32- Vahedian Azimi A, Alhani F ,Ahmadi F, Kazemnejad A. Effect of family-centered empowerment model on the life style of myocardial infarction patients. Iranian Journal of Critical Care Nursing. 2009;2(4):127-32.

33- Zawadzki L, Mondon K, Peru N, Hommet C, Constans T, Gaillard P, et al .Attitudes towards Alzheimer's disease as a risk factor for caregiver burden. International Psychogeriatrics. 2011;23(9):1451.

34- Rahmani N, Akbar nataj K, Alipour H. A comparative study of self-esteem and depression in middle-school children, veterans and non-veterans in the city of Sari 90-1389. Veteran Medical Journal. 2012;4(4):29-34.

35- Silveira MJ, Given CW, Cease KB, Sikorskii A, Given B, Northouse LL, et al. Cancer Carepartners: Improving patients' symptom management by engaging informal caregivers. BMC palliative care. 2011;10(1):21.

36- Antle BJ. Factors associated with self-worth in young people with physical disabilities. Health & Social Work. 2004;29(3):167-75.

37- Habibi R, Salleh moghadam A, Talaee A, Ebrahimzadeh S, Karimi moneghi H. Effects of family-based problem-solving instruction on self-esteem of drug-dependent patients. Hakim Research Journal, 2011;14(4):249-254.

38- Zeighami B, Dzhbkhsh T, Nyksrsht A, Hazrati M, Zahmtkeshan N. The effect of rehabilitation on quality of life in patients with multiple sclerosis. Armaghan danesh, 2005:3 (39): 53-64. .

[Downloaded from ijwph.ir on 2025-11-05]