

ارایه راهنمای عملکردی پرستاران برای برنامه‌ریزی ترخیص بر خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو

عالمه ده نبی، حسن ناوی پور[■]، حمید رادسپهر، موسی الرضا تدین‌فر

چکیده

مقدمه: برنامه‌ریزی ترخیص سبب بهبود خودکارآمدی در بیماران دیابتی نوع دو می‌شود ولی نحوه عملکرد پرستاران با شرایط موجود در بخش‌ها همواره چالش اصلی است.

هدف: پژوهش حاضر بررسی تأثیر برنامه‌ریزی ترخیص بر خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو است که در نهایت بتوان نحوه اجرای انرا به‌عنوان راهنمای عملکرد پرستاران ارایه داد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی و نمونه‌های پژوهش ۷۰ نفر از بیماران دیابت ملیتوس نوع دو بستری در بیمارستان واسعی سبزوار بودند. مشارکت‌کنندگان با روش نمونه‌گیری در دسترس در دو گروه کنترل و آزمون قرار گرفتند. پس از تأسیس دفتر برنامه‌ریزی ترخیص توسط پژوهشگر، برنامه‌ریزی ترخیص طی دو مرحله، قبل از ترخیص بیمار از بیمارستان پس از نیازسنجی آموزشی بر اساس مراحل فرایند پرستاری اجرا و سپس بعد از ترخیص به همراه ویزیت در منزل و پیگیری تلفنی به مدت ۴ ماه ادامه یافت. ابزار گردآوری اطلاعات چک‌لیست خودگزارش‌دهی و پرسشنامه خودکارآمدی در مدیریت دیابت نوع دو (DMSES) بود که توانایی بیماران دیابتی را در رعایت رژیم غذایی (۸ گویه)، میزان فعالیت بدنی (۴ گویه)، مصرف دارو (۳ گویه) و اندازه‌گیری قندخون (۴ گویه) می‌سنجید.

یافته‌ها: آزمون‌های آماری نشان داد که بین میانگین نمره خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله در گروه آزمون ($P=0/000$) تفاوت معنی‌داری وجود داشت که در گروه کنترل ($P=0/62$) در قبل و بعد از مداخله مشاهده نشد. همچنین تفاوت معنی‌داری در پارامتر فوق ($P=0/000$)، بین گروه آزمون و کنترل بعد از مداخله وجود داشت. لذا، برنامه طراحی شده مراقبتی دارای اثر بخشی است.

نتیجه‌گیری: به مدیران پرستاری پیشنهاد می‌شود که با تأسیس دفتر برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان برای بیماران دیابتی تداوم و کیفیت مراقبت را تضمین نمایند.

کلمات کلیدی: برنامه‌ریزی ترخیص، خودکارآمدی، پرستار، دیابت نوع دو، استاندارد مراقبتی

عالمه ده نبی

کارشناسی ارشد پرستاری، گرایش داخلی جراحی
گروه پرستاری، دانشکده علوم پزشکی، دانشگاه
تربیت مدرس تهران، ایران

■ مؤلف مسؤول: حسن ناوی پور

استادیار پرستاری، گروه پرستاری، دانشکده علوم
پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
آدرس: h-nvaipour@modares.ac.ir

حمید رادسپهر

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم
پزشکی سبزوار، سبزوار، ایران

موسی الرضا تدین‌فر

کارشناسی ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی
دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی
سبزوار، سبزوار، ایران

فصلنامه
مدیریت پرستاری

سال ششم، دوره ششم، شماره دوم

تابستان ۱۳۹۶

■ مقدمه

امروز تخمین زده می‌شود که بین ۳۴۰-۵۳۶ میلیون بزرگسال (با رنج سنی ۲۹-۷۰ سال) مبتلا به دیابت نوع دو در سراسر جهان وجود دارد، در سال ۲۰۱۵ تخمین زده شده است که عامل حدود ۱۴/۵٪ از کل علل مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌ها، دیابت است [۱]. به هر حال شیوع بیماری دیابت در دهه گذشته در کشورهای کم درآمد و متوسط رشد فزاینده‌ای داشته است [۲]. مدیریت ضعیف دیابت سبب ایجاد عوارض عروقی کوچک و بزرگ و بروز بیماری‌های مانند بیماری‌های قلبی عروقی، نارسایی کلیه، نابینایی، آسیب‌های عصبی و عوارض عروق محیطی شده که منجر به ناتوانی یا مرگ می‌شود [۳]. کنترل دیابت باید از طریق فرد بیمار و خانواده او و تیم پزشکی با همدیگر انجام شود. لازمه این کنترل، انجام مشاوره و آموزش خودمراقبتی و پیگیری مستمر بیمار است [۴]. خودمراقبتی به تصمیمات و اقدامات فرد برای سازگاری با بیماری و بهبود وضعیت سلامتی اشاره دارد که در مبتلایان به دیابت نوع دو این اقدامات شامل رفتارهایی چون تبعیت از رژیم غذایی سالم، انجام فعالیت فیزیکی، خودپایشی قندخون، مصرف دارو و مراقبت از پا می‌شود [۵]. جهت ارتقا خودمراقبتی، بیماران باید توانمندی شناخت مشکلات خود را داشته باشند، بتوانند تصمیمات آگاهانه‌ای در خصوص مدیریت بیماری اتخاذ نمایند، اهداف منطقی و استراتژی‌های مناسبی برای دستیابی به آنها در نظر بگیرند و از همه مهم‌تر به توانمندی خود برای انجام اقدامات فوق‌بایور داشته باشند. این موارد در علوم رفتاری تحت عنوان خودکارآمدی در نظر گرفته می‌شود [۶].

خودکارآمدی به باورهای شخص در ارتباط با توانایی‌اش برای انجام وظایف و اعمال مختلف دلالت دارد و احتمالاً پس از بازخورد سازنده و تأیید فرد افزایش می‌یابد [۷]. اگرچه عوامل دیگری وجود دارند که به عنوان برانگیزاننده‌های رفتار انسان عمل می‌کنند، اما همه آنها تابع باور فرد هستند. چنانچه بندورا مهم‌ترین پیش شرط جهت تغییر رفتار را خودکارآمدی می‌داند که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می‌کند [۸]. خودکارآمدی، اطمینان خاطر فرد نسبت به خود در انجام یک فعالیت خاص می‌باشد و افراد را قادر می‌سازد تا با استفاده از مهارت‌ها در برخورد با موانع، کارهای فوق‌العاده‌ای انجام دهند. بنابراین خودکارآمدی عاملی مهم برای انجام موفقیت‌آمیز عملکرد و مهارت‌های انسانی لازم برای انجام آن است. عملکرد مؤثر، هم به داشتن مهارت و هم باور در توانایی انجام آن مهارت‌ها نیاز دارد. از طرفی خودکارآمدی بر میزان تلاش برای انجام یک وظیفه اثر می‌گذارد و از منابع مختلف از جمله

توفیق‌ها و شکست‌های فرد، مشاهده موفقیت یا شکست دیگران و ترغیب کلامی سرچشمه می‌گیرد [۹]. در مطالعه رحیمیان بوگر عامل خودکارآمدی به تنهایی (۸۵٪) از تغییرات خودمراقبتی را در بیماران دیابتی به خود اختصاص داد [۱۰]. در مطالعه سرکار و همکاران نیز به ازای هر (۱۰٪) افزایش در میزان خودکارآمدی بیماران دیابتی وضعیت رژیم غذایی، انجام فعالیت فیزیکی، پایش قندخون و مراقبت از پا به میزان قابل توجهی بهبود می‌یافت [۱۱]. آگاهی به عنوان یکی از عواملی است که ارتباط مستقیم آن با خودمراقبتی و خودکارآمدی و نهایتاً کنترل قندخون در مبتلایان به دیابت گزارش شده است [۱۲]. مداخلات آموزشی که پرستاران انجام می‌دهند دانش مددجو را پیرامون سلامتی وی افزایش داده و اثرات منفی بیماری را بر کیفیت زندگی کاهش می‌دهد [۱۳]. امروزه این درک ایجاد شده است که مدیریت مؤثر در شرایط و بیماری‌های مزمن بایستی بر اساس تصمیم‌گیری مشترک بین بیمار و فراهم‌کنندگان مراقبت بهداشتی باشد [۱۴]. به عبارتی امروزه یکی از مهم‌ترین پیشرفت‌ها در مراقبت از بیماران دیابتی این مسئله است که مهم‌ترین فرد در مراقبت از یک بیمار دیابتی خود وی است [۱۵]. امر مسلم این است که افراد با بیماری‌های مزمن، نیاز به تعاملات مکرر با سامانه مراقبت بهداشتی دارند و لازم است که مراقبت‌هایی با کیفیت بالا، به طور مکرر و بر پایه راهکارهای پزشکی مستند، به تعداد زیادی از این بیماران ارائه گردد [۱۶]. این در حالی است که خدمت‌رسانی در حوزه بهداشت و سلامت جامعه در بیشتر کشورهای دنیا از جمله ایران با چالش‌های مهمی مواجه است، خودکارآمدشدن افراد موجب می‌شود تا وابستگی به سازمان‌های بهداشت و درمان کاهش یابد [۱۸]. توجه به این مسئله نیز حائز اهمیت است که پژوهش‌ها نشان داده است آموزش خودمراقبتی در قالب برنامه‌ریزی ترخیص توانسته مدت زمان بستری بیمار و نیاز به مراقبت‌های پزشکی پس از ترخیص را کاهش دهد [۱۷]. رز و هاگون در مطالعه‌ای که روی بیماران و پرسنل در مورد فرایند ترخیص انجام دادند، دریافتند زمانی که فرایند ترخیص از طریق ایجاد یک تاریخ مشخص پیش‌بینی شده برای ترخیص در اتاق بیماران و تعریف‌شدن نقش‌های بعد از ترخیص سازماندهی می‌شود، درک پرسنل و بیماران نسبت به آمادگی جهت ترخیص و مراقبت در منزل ارتقاء می‌یابد [۱۸].

برنامه‌ریزی ترخیص را می‌توان به عنوان "مدیریت مداوم" در بیماری‌های بالینی مزمن و پیچیده تلقی نمود [۱۹]. برنامه‌ریزی ترخیص، ایجاد یک طرح ترخیص فردی برای آمادگی اولیه بیمار جهت خروج از بیمارستان است که هدف آن حفظ هزینه‌ها و

بهبود پیامدهای بیماران است. برنامه‌ریزی‌های ترخیص باید اطمینان حاصل کنند که بیماران در زمان مناسب و با دانش کافی از بیمارستان ترخیص شده‌اند. بررسی‌ها نشان می‌دهد که یک برنامه ترخیص ساختاری با توجه به نیازهای فردی بیمار احتمالاً موجب کاهش در طول مدت اقامت بیمار و افزایش رضایتمندی بیمار می‌شود [۲۰]. فرایند برنامه‌ریزی ترخیص بررسی نیازهای بیمار طی بستری در بیمارستان به منظور تعیین تداوم مراقبت بعد از ترخیص را درگیر می‌کند [۲۱]. این فرایند شامل ارزیابی فیزیکی و روانی، آموزش، مشاوره با بیماران و خانواده، ارجاعات و هماهنگی با سایر افراد تیم بهداشتی و سپس پیگیری به منظور ارزشیابی برنامه ترخیص می‌باشد [۲۲]. آموزش به بیمار می‌تواند به عنوان طراحی تجربیات یادگیری برنامه‌ریزی شده و سازماندهی شده تعریف شود که از افراد برای مدیریت زندگی خود مطابق با شرایط موجود و بهبود وضعیت سلامتی خود و احساس خوب بودنشان حمایت کرده و آنها را توانمند سازد [۲۳]. هدف آموزش به بیمار بهبود خودکارآمدی بیماران است که به عنوان یک عنصر پیش‌بینی‌کننده در توانایی خودمدیریتی و سایر پیامدهای مرتبط با سلامتی در نظر گرفته می‌شود [۲۴]. بنابراین پرستاران نقش کلیدی در کنترل دیابت به وسیله آموزش دارند. آنها بیش از سایر اعضای تیم در دسترس هستند و وقت بیشتری را در کنار بیماران صرف می‌کنند در نتیجه در زمینه آموزش به بیمار که نیازمند صرف وقت و ارتباط مستقیم پرستار با بیمار است می‌توانند مفید باشند [۲۵]. با وجود این که برنامه ترخیص یک جزء کلیدی از نقش پرستار در شرایط مراقبت بهداشتی است اغلب اجرای فرایند ترخیص به علت عواملی از قبیل فقدان وقت و ... مورد غفلت و بی‌توجهی قرار می‌گیرد [۲۶].

هر برنامه‌ای برای اجرا بایستی از اصول خاصی پیروی کند ما در این پژوهش برنامه‌ریزی ترخیص را بر اساس اصول فرایند پرستاری اجرا نموده‌ایم. برنامه‌ریزی ترخیص شبیه مراحل فرایند پرستاری است. پرستار باید به بررسی نیازهای بیمار و شناسایی مشکلات وی پرداخته، اهداف دو جانبه را تعیین کند و اقدام به ارائه آموزش نموده و ارجاع دهد [۱۹]. الگوریتم‌های درمان مؤثر برای هدایت مراقبت از دیابت در بیمارستان برای بیماران مبتلا به دیابت نوع دو مورد نیاز است [۲۷] با این حال، کار کمی در گذر بیماران سرپایی برای مراقبت از دیابت و یا برنامه‌ریزی دقیق دیابت و پیگیری پس از ترخیص منتشر شده است [۲۸]. پذیرش به بیمارستان نشان‌دهنده یک فرصت مهم برای بهبود کنترل گلیسمی در میان بیماران مبتلا به دیابت در زمان ترخیص

و ارائه پیگیری بالینی مناسب سرپایی بعد از ترخیص است. از سوی دیگر نیز با توجه به این که برنامه‌ریزی ترخیص یکی از ابعاد مهم مراقبت پرستاری می‌باشد که برای بیمار و تیم درمان فواید زیادی در پی دارد و نبایستی مورد غفلت و بی‌توجهی مدیران پرستاری قرار بگیرد و نیازمند نظارت و برنامه‌ریزی مدیران جهت اجرایی شدن در بخش‌های بالینی می‌باشد لذا پژوهشگر بر آن شد تا پس از اختصاص دادن واحدی تحت عنوان دفتر برنامه‌ریزی ترخیص پژوهش خود را با هدف بررسی تأثیر برنامه‌ریزی ترخیص بر خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو انجام دهد.

■ مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه تجربی بود که در شهر سبزوار انجام شد. جمعیت هدف بیماران دیابتی نوع دو مراجعه‌کننده به مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی واسعی شهرستان سبزوار بودند. حجم نمونه مورد نیاز برای این پژوهش با توجه به قضیه حد مرکزی و با در نظر گرفتن ریزش‌ها تعداد ۷۰ بیمار (۳۵ نفر گروه کنترل و ۳۵ نفر گروه آزمون) انتخاب شد. مشارکت‌کنندگان به شکل غیر تصادفی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده (به دلیل احتمال بستری شدن مجدد بیماران در بیمارستان به منظور جلوگیری از تورش، ابتدا گروه کنترل و سپس گروه مداخله) و در دو گروه قرار داده شدند. افراد دو گروه از نظر متغیرهای سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به دیابت، ساعات کار در شبانه روز و میزان درآمد خانواده با استفاده از آزمون کای دو تفاوت معنی‌داری نداشتند و دو گروه همسان بودند.

افراد گروه کنترل، مداخله رایج در بیمارستان را دریافت نمودند درحالی‌که افراد گروه مداخله پس از بستری در بیمارستان برنامه‌ریزی ترخیص را بر اساس فرایند پرستاری دریافت نمودند و سپس به مدت ۴ ماه پس از ترخیص مورد پیگیری قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل حداقل ۲ سال سابقه ابتلا به دیابت نوع دو و تحت درمان با داروهای کاهنده قندخون، از نظر تکلم و شنوایی سالم، توانایی خواندن و نوشتن بیمار و یا همراه وی، ساکن شهر سبزوار بودن و عدم شرکت در هیچ برنامه آموزشی دیابت در مدت پژوهش و معیارهای خروج از مطالعه ابتلا به سندرم هایپرگلاسمیک هایپراسمولار غیر کتونی، اختلال قابل توجه شناختی، ابتلا به نارسایی کلیوی و کبدی بود.

پژوهشگر پس از هماهنگی با مدیریت پرستاری و تخصیص یک اتاق به عنوان دفتر برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان به عنوان مسؤول برنامه‌ریزی ترخیص بیماران دیابتی، کار خود را آغاز کرد. در ابتدا واجد شرایط بودن افراد، توسط پژوهشگر

۴- اجرا:

اجرای برنامه ترخیص از زمان پذیرش مددجو می‌باشد. و تا ۲ ماه بعد از ترخیص از بیمارستان ادامه داشت. در این مرحله برنامه طراحی شده در مرحله قبل، اجرا شد. پژوهشگر برنامه مراقبتی طراحی شده را به صورت فردی و گروهی (هم‌زمان شدن بستری تعدادی از بیماران) برای بیماران اجرا کرد. در کل، با توجه به نیازهای مراقبتی استخراج شده، محدوده سنی و نظر بیماران جهت شرکت در جلسات، برنامه مراقبتی در سه گروه ۴ نفره، دو گروه ۳ نفره، پنج گروه ۲ نفره برگزار شد. ۷ نفر از بیماران هم به صورت فردی آموزش‌ها را دریافت نمودند. با توجه به نظرات افراد و همچنین با توجه به نوع برنامه آموزشی و حجم مطالب، برنامه جلسات به صورت یکبار و یا دو بار در روز در نوبت صبح و بعدازظهر، در اتاق بیماران (در موارد گروهی طبق نظر خود بیماران)، سالن کنفرانس درون بخشی، برگزار شد. در ابتدای هر جلسه از مطالب و آموزش‌های جلسه قبل، به شیوه‌های گوناگون (پرسش و پاسخ و اجرای عملی رفتارهای آموزش داده شده) بازخورد گرفته شد و نتایج آن به بیماران منتقل می‌شد. همچنین به منظور حمایت بیماران و تشویق همراهیان و توجه دادن آنان به رعایت نکات گفته شده به طور عملی و تشویق بیمار به انجام آن در تمامی جلسات، در پایان هر جلسه آموزشی، برنامه ترخیص در قالب برنامه خودمراقبتی به صورت جزوه آموزشی به بیماران ارائه شد. لازم به ذکر است که در تمامی جلسات، به همراه بیمار، یکی از اعضای خانواده وی که با او زندگی می‌کرد حضور داشت. و با توجه به این‌که اکثر بیماران دارای تحصیلات پایین بودند، موارد آموزشی به صورت کاملاً ساده و قابل فهم، با استفاده از وسایل کمک آموزشی شامل نمایش فیلم، وایت بورد و مژیک، پاورپوینت، و کاردرستی (چراغ راهنمای رژیم غذایی) استفاده شد. در روز ترخیص مرور اجمالی کلیه مطالب با بیمار و خانواده وی شد و مطالب در قالب بسته آموزشی در اختیار بیمار قرار داده شد. این بسته که شامل یک پوشه با محتوای کتابچه آموزشی به بیمار دیابت نوع دو، یک عدد خودکار، شماره تلفن پژوهشگر و دفتر برنامه‌ریزی ترخیص به همراه چک‌لیست‌های خودگزارش‌دهی در مورد نوع و میزان مصرف مواد غذایی روزانه، میزان فعالیت روزانه، نحوه مصرف داروها بود، به صورت فرم‌های دو هفته‌ای در اختیار بیمار قرار داده شد، تا موارد فوق توسط خود وی گزارش شوند. ضمناً در روز ترخیص طی هماهنگی با بیمار ویزیت منزل جهت امکان‌سنجی در تاریخی مشخص صورت گرفت. و در صورت نیاز آموزش‌ها با محیط زندگی بیمار تعدیل شد.

از طریق مراجعه حضوری ارزیابی شد. سپس وی با افرادی که مایل به مشارکت بودند در بخش اورژانس مصاحبه نمود تا هم واجد شرایط بودن آنها را بررسی و تأیید کند و هم فرم رضایت آگاهانه را به امضای مشارکت‌کنندگان برساند. اندازه‌گیری اولیه خودکارآمدی و جمعیت-شناختی در همان ابتدای بستری انجام شد و مشارکت‌کنندگان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. از گروه مداخله خواسته شد که در برنامه‌ریزی ترخیص با ۴ ماه پیگیری شرکت کنند. در حالی که به گروه کنترل گفته شد برنامه مراقبت روتین این بیماران شامل خدمات پرستاری رایج در بیمارستان است. و بسته‌های آموزشی پس از اتمام پژوهش در اختیار آنان قرار می‌گیرد. همچنین فرم بررسی و شناخت نیازهای آموزشی بیمار و فرم بسامد خوراکی خانوار (با توجه به اهمیت تغذیه و رژیم درمانی در بیماران دیابتی نوع دو و عدم آگاهی اکثر واحدهای پژوهش) توسط بیماران گروه مداخله تکمیل شد. و برنامه‌ریزی ترخیص بر اساس مراحل فرایند پرستاری در مورد گروه مداخله اجرا گردید.

مداخله

اجرای برنامه ترخیص توسط پژوهشگر از زمان پذیرش مددجو بر اساس فرایند پرستاری در بخش داخلی و تا ۴ ماه بعد از ترخیص بیماران ادامه داشت و طی دو مرحله به شرح ذیل خودکارآمدی بیماران سنجیده شد. (نمودار ۱)

الف: مرحله اول (۲۴ ساعت بعد از پذیرش و بستری در بخش داخلی)
روند برنامه‌ریزی ترخیص بر اساس مراحل فرایند پرستاری، برای بیمار بستری در بخش داخلی آغاز شد.

۱- مرحله بررسی و شناخت:

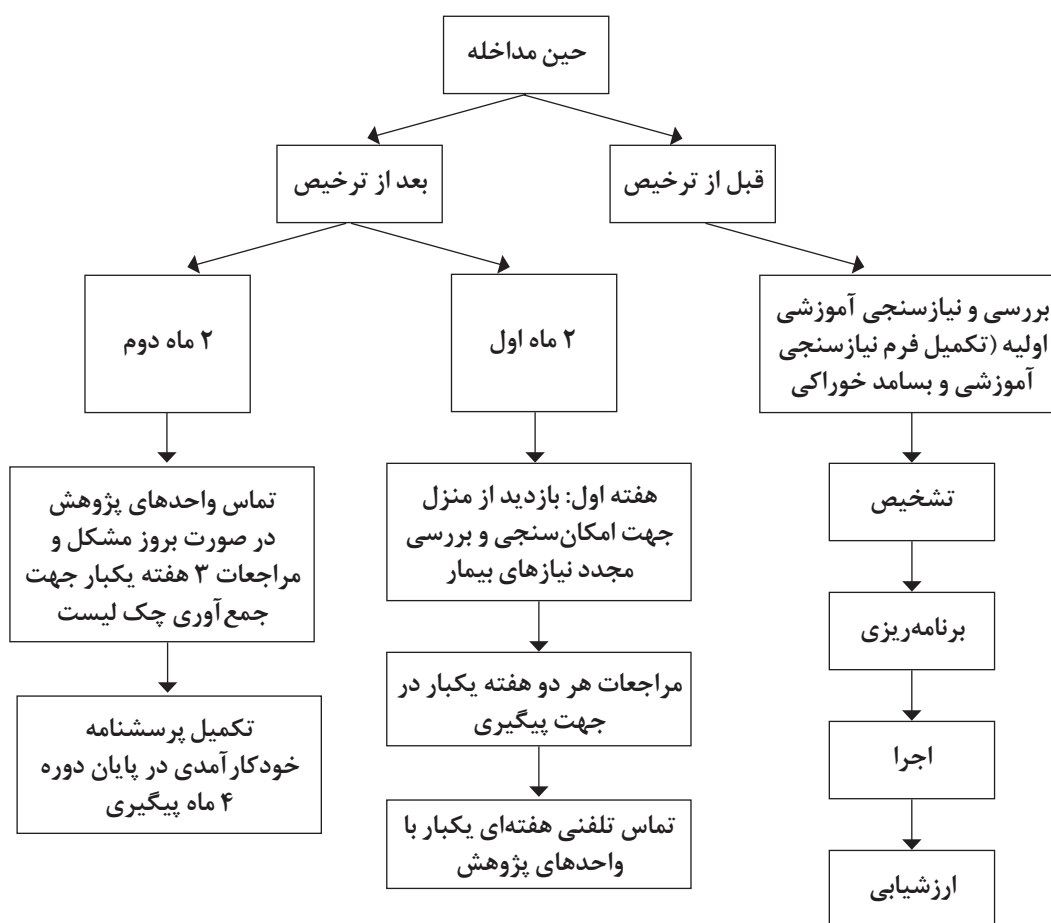
در مرحله اول، که مرحله بررسی و شناخت مددجو است، طی مصاحبه حضوری و تکمیل فرم بررسی نیازهای آموزشی بیمار و فرم بسامد خوراکی خانواده نیازهای آموزشی وی مشخص گردید.

۲- تشخیص پرستاری:

پس از جمع‌آوری اطلاعات توسط پرستار، در مرحله بعد تشخیص‌های پرستاری در حیطه‌های تغذیه، فعالیت، دارو در مورد مددجوی مذکور صورت گرفت. سپس بر اساس تشخیص‌های پرستاری برنامه‌ریزی ترخیص و جلسات آموزشی برای بیمار آغاز شد.

۳- برنامه‌ریزی:

بر اساس برنامه تنظیمی و بسته به میزان یادگیری و سطح نیازهای آموزشی بیماران، برنامه آموزشی پیش-بینی شده و برنامه پیاده روی منظم در قالب ۶ جلسه آموزشی و خودمراقبتی با هر بیمار و هر جلسه به مدت ۳۰-۴۵ دقیقه، اجرا شد.



نمودار (۱): الگوریتم خلاصه مرحله مداخله

ب: مرحله دوم (مرحله بعد از ترخیص بیمار از بیمارستان)

پس از ترخیص نمونه‌ها، دوره پیگیری به دو بخش ۲ ماهه تقسیم‌بندی شد. در ۲ ماهه اول بعد از ترخیص، پیگیری این بیماران با استفاده از تماس تلفنی هفته‌ای یکبار که وقت آن نیز توسط مددجو از قبل تعیین شده بود و مراجعات حضوری هر دو هفته یکبار انجام شد. در ۲ ماهه دوم بعد از ترخیص، واحدها به حال خود رها شدند و فقط در صورت وجود مشکل با پژوهشگر (مسئول واحد برنامه‌ریزی ترخیص) تماس می‌گرفتند و یا مراجعات حضوری به بیمارستان داشتند. همچنین پژوهشگر پس از اتمام جلسات آموزشی و تا زمان ارزشیابی مجدد، جهت پاسخگویی به سؤالات احتمالی بیماران، شماره تلفن خود را نیز در اختیار واحدهای پژوهش قرار داده بود. در پایان دوره ۴ ماهه پیگیری پس از ترخیص، خودکارآمدی بیماران مجدداً اندازه‌گیری شد.

مقیاس‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی و اطلاعات مربوط به بیماری با استفاده از یک پرسشنامه پایه که برای انجام این پژوهش طراحی شده بود، جمع‌آوری گردید. همچنین به منظور بررسی خودکارآمدی از

پرسشنامه خودکارآمدی در مدیریت دیابت نوع دو، استفاده شد. که اولین بار در سال ۱۹۹۹ توسط وندریل و همکاران، با همکاری چند تیم پژوهشی بین‌المللی ابداع شد و شامل ۲۰ سؤال است. روایی و پایایی نسخه ایرانی آن نیز در سال ۸۸ توسط حقایق و همکاران، با آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۳ و $P=0/000$ اثبات شده است و شامل ۱۹ سؤال است که توانایی بیماران دیابتی را در رعایت رژیم غذایی (۸ گویه)، میزان فعالیت بدنی (۴ گویه)، مصرف دارو (۳ گویه) و اندازه‌گیری قندخون (۴ گویه) می‌سنجد. سؤالات در یک طیف لیکرتی ۱۰ درجه‌ای از « اصلاً نمی‌توانم» (۵) تا « حتماً می‌توانم» (۱۰) نمره‌گذاری شده‌اند. حداکثر نمره خودکارآمدی ۱۹۰ و حداقل نمره صفر است. در این پژوهش برای سنجش اعتماد ابزار گردآوری داده‌ها پس از این که در اختیار ۱۰ تن از بیماران واجد شرایط قرار گرفت، از نرم افزار SPSS و آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد و ضریب همبستگی مربوط به پرسشنامه ۸۱٪ بود.

تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی

آزمون ۵/۵٪ در نظر گرفته شد. اطلاعات گردآوری شده به وسیله نرم افزار SPSS V20 مورد آنالیز قرار گرفت.

■ یافته‌ها

در مجموع ۷۰ مشارکت‌کننده جهت ورود به مطالعه انتخاب شدند. گروه سنی ۶۰-۵۵ سال بیشترین فراوانی را داشته و میانگین سنی نمونه‌ها به طور متوسط ۷۲٫۵۲ سال بود. اغلب شرکت‌کنندگان در این مطالعه مؤنث (۶۰٪)، متأهل (۴۵/۷۱٪) و خانه‌دار (۱۵/۵۷٪) بودند. از آنجایی که یکی از معیارهای ورود به مطالعه، داشتن سواد خواندن و نوشتن بود، حداقل میزان تحصیلات نمونه‌های تحت آزمون، ابتدایی (۳/۹۴٪) بود.

استفاده شد. دو گروه از نظر متغیرهای مخدوش‌کننده از جمله سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، مدت ابتلا به دیابت، ساعات کار در شبانه روز و میزان درآمد خانواده همسان بودند. برای اطلاعات حاصل معیارهای مرکزی و پراکندگی مشخص گردید و پس از مشخص نمودن توزیع نرمال داده‌ها با توجه به آزمون کلوموگروف-اسمیرنوف، جهت مقایسه میانگین‌های قبل و بعد از مداخله در هر گروه (گروه آزمون و گروه کنترل) از آزمون t زوج‌ها استفاده شد و جهت مقایسه میانگین پارامترهای کمی بین دو گروه از آزمون t مستقل و جهت مقایسه پارامترهای کیفی بین دو گروه، از آزمون کای دو استفاده شد. در این پژوهش سطح معنی‌داری

جدول (۱): مشخصات جمعیت شناختی به تفکیک گروه‌ها

مقدار P (آزمون کای دو و تی مستقل)	کنترل		مداخله		متغیرهای دموگرافیک	
	تعداد افراد	درصد	تعداد افراد	درصد	گروه‌ها	
P=۰/۶۱	۳	۸/۶	۲	۵/۷	۴۰-۴۴	وضعیت سنی
	۹	۲۵/۷	۸	۲۲/۹	۴۵-۴۹	
	۹	۲۵/۷	۹	۲۵/۷	۵۰-۵۴	
	۱۴	۴۰	۱۶	۴۵/۷	۵۵-۶۰	
P=۰/۶۲	۲۰	۵۷/۱	۲۲	۶۲/۹	مؤنث	جنس
	۱۵	۴۲/۹	۱۳	۳۷/۱	مذکر	
P=۰/۵۳	۱	۲/۹	۰	۰	مجرد	وضعیت تأهل
	۳۱	۸۸/۶	۳۳	۹۴/۳	متأهل	
	۳	۸/۶	۲	۵/۷	همسر فوت شده	
P=۰/۱	۱	۲/۹	۲	۵/۷	کارمند	شغل
	۱۹	۵۴/۳	۲۱	۶۰	خانه‌دار	
	۲	۵/۷	۸	۲۲/۹	آزاد	
	۱۳	۳۷/۱	۴	۱۱/۴	بیکار	
P=۱	۳۳	۹۴/۳	۳۳	۹۴/۳	ابتدایی و پایین‌تر	سطح تحصیلات
	۲	۵/۷	۲	۵/۷	دیپلم	
P=۰/۸۲	۲۸	۸۰	۲۵	۷۱/۴	۱-۴	دفعات بستری
	۷	۲۰	۹	۲۵/۷	۵-۹	
	۰	۰	۱	۲/۹	۱۰-۱۵	
P=۰/۷۱	۱۹	۵۴/۳	۱۸	۵۱/۴	۱-۴	مدت ابتلا
	۴	۴۰	۵	۴۲/۹	۵-۹	
	۲	۵/۷	۲	۵/۷	۱۰-۱۵	
P=۰/۵۸	۲۵	۷۱/۴	۲۷	۷۷/۱	کمتر از ۸ ساعت	ساعات کار در شبانه روز
	۱۰	۲۸/۶	۸	۲۲/۹	بیشتر از ۸ ساعت	

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی به تفکیک گروه‌ها (آزمون تی زوجی)

نمونه‌ها				خودکارآمدی
آزمون		کنترل		
بعد از آزمون	قبل از آزمون	بعد از آزمون	قبل از آزمون	
۸۰/۵۴	۳۲/۱۸	۳۱	۳۱/۴۵	میانگین
۱۱/۷۱	۱۳/۱۹	۷/۳۵	۹/۵۷	انحراف معیار
P=۰/۰۰۰		P=۰/۶۲		مقدار p در آزمون تی زوجی

جدول (۳): میانگین و انحراف معیار خودکارآمدی به تفکیک گروه‌ها (آزمون تی مستقل)

نمونه‌ها				خودکارآمدی
آزمون	کنترل	آزمون	کنترل	
بعد از آزمون	قبل از آزمون	بعد از آزمون	قبل از آزمون	
۸۰/۵۴	۳۱	۳۲/۱۸	۳۱/۴۵	میانگین
۱۱/۷۱	۷/۳۵	۱۳/۱۹	۹/۵۷	انحراف معیار
P=۰/۰۰۰		P=۰/۶۴		مقدار p در آزمون تی زوجی

($P = ۰/۰۰۰$)، بعد از مداخله در دو گروه کنترل و مداخله به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در حالی‌که قبل از مداخله در میانگین نمره خودکارآمدی در دو گروه ($P = ۰/۰۶۴$) اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

■ بحث

در گروه مداخله، پس از اجرای برنامه طراحی‌شده ترخیص، نمره خودکارآمدی بیماران نسبت به قبل بهبود یافته و به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری را نشان داده است. و در گروه کنترل که برنامه‌ی طراحی‌شده ترخیص را دریافت نکرده‌اند، بهبودی در پارامترهای فوق نسبت به قبل نداشته و به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری نسبت به قبل مشاهده نشد. همچنین نتایج مطالعه نشان می‌دهد که بین میانگین خودکارآمدی پس از مداخله بین گروه مداخله و کنترل به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد که می‌تواند تأییدکننده تأثیر برنامه‌ریزی ترخیص روی میزان خودکارآمدی بیماران فوق در گروه مداخله باشد. لذا بر اساس مراقبت‌های مبتنی بر شواهد، می‌توان برنامه‌ریزی ترخیص را به عنوان یک رویکردی جهت ارائه هر چه بهتر استانداردهای مراقبت پرستاری در نظر گرفت که مدیران پرستاری می‌توانند با برنامه‌ریزی به منظور تخصیص پرستار حرفه‌ای و واحدی به عنوان دفتر برنامه‌ریزی ترخیص در بیمارستان سبب انتقال بهتر بیمار از سیستم بهداشتی درمانی به منزل شوند. که این

بیش از نیمی از واحدهای پژوهش سطح فعالیت کمتر از ۸ ساعت در شبانه‌روز (۲۵/۷۴٪) داشتند. میانگین تعداد دفعات بستری در بیمارستان به دلیل دیابت در هر دو گروه بین ۴-۱ بار بستری در بیمارستان و میانگین طول مدت ابتلا به بیماری دیابت در نمونه‌ها به طور کلی ۸،۴ سال بود. وضعیت بیمه درمانی در این مطالعه در بیشتر افراد شرکت‌کننده، از نوع خدمات درمانی (۸۵/۶۲٪) بوده و تقریباً تمامی بیماران شرکت‌کننده در پژوهش تحت پوشش یکی از انواع بیمه‌های درمانی بودند (جدول ۱). هم‌ارزی گروه‌ها بر پایه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی با استفاده از آزمون مجذور کای دو برای داده‌های گسسته و تی‌تست برای داده‌های پیوسته انجام شد که دو گروه از نظر ویژگی‌های فوق به لحاظ آماری اختلاف معنی‌داری نداشتند.

اثرات مداخله: تفاوت بین گروه‌ها در تغییر نمرات تفاوت گروه‌ها در تغییر نمرات و نتایج آزمون‌های آماری تی‌زوجی در جدول (۲) و تی مستقل در جدول (۳) نشان داده شده است.

آزمون تی‌زوجی نیز نشان می‌دهد که بین میانگین نمره خودکارآمدی ($P = ۰/۰۰۰$)، قبل و بعد از مداخله، در گروه مداخله به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در مورد گروه کنترل با میانگین نمره خودکارآمدی ($P = ۰/۶۲$)، به لحاظ آماری تفاوت معنی‌داری قبل و بعد از مداخله وجود نداشت.

آزمون تی مستقل نشان می‌دهد که بین میانگین نمره خودکارآمدی

سال ۲۰۱۰ با هدف اهمیت اندازه‌گیری خودکارآمدی در بیماران دیابتی انجام دادند. آزمون پیرسون ارتباط معنادار و مثبتی بین فعالیت و پیروی از توصیه‌های غذایی و خودکارآمدی نسبت به توصیه‌های مختلف نشان داد. بالاترین نمره مقاومت به درمان، با کمترین اعتماد به نفس بیماران در توانایی‌شان برای تبعیت از توصیه‌های درمانی مرتبط بود [۳۲]. که از نتایج پژوهش حاضر در زمینه خودکارآمدی در مدیریت دیابت نوع دو حمایت می‌کند. به‌علاوه در همین راستا، مارکویوس و همکارش در پژوهش خود نشان دادند که بیمار در هنگام ترخیص از بیمارستان دانش و اطلاعات کافی نداشته و کمتر از نصف آنان در هنگام ترخیص قادرند، تشخیص بیماری، نام داروها، عوارض جانبی اصلی آن‌ها و شرایط فراموشی و حذف دوز را فهرست کنند. و عدم آگاهی از این عوامل توانایی‌های بیمار برای تبعیت کامل از برنامه درمانی ترخیص را تحت تأثیر قرار می‌دهد [۳۳]. نکات یافته شده در مطالعه مذکور به لزوم دانش و آگاهی و توانمندی مراقبتی بیماران پس از ترخیص اشاره دارد که به نحوی نیاز به خودکارآمد شدن بیماران را به عنوان اساسی برای بهبودی بهتر بیماران در نظر می‌گیرد. همانگونه که در پژوهش حاضر نیز هدف پژوهشگر اجرای برنامه‌ریزی ترخیص، به عنوان یکی از اجزای اساسی استانداردهای مراقبت پرستاری در بالین بود که سبب بهبود میزان خودکارآمدی بیماران می‌شود و لذا بایستی درخصوص پیاده‌سازی و اجرای آن در بالین توسط مدیران پرستاری برنامه‌ریزی و نظارت صورت گیرد.

شکیبازاده و همکاران نیز در پژوهشی تحت عنوان "ارتباط بین خودکارآمدی و موانع درک‌شده با عملکرد خودمراقبتی در بیماران مبتلا به دیابت نوع دو" نشان دادند که بین خودکارآمدی با موانع درک‌شده همبستگی منفی برقرار است ($P=0/004$) به عبارتی افزایش میزان خودکارآمدی موانع درک‌شده را کاهش داده است. به‌علاوه همبستگی معنادار و منفی بین موانع درک‌شده و رفتارهای خودمراقبتی برقرار بود ($P=0/001$)، همچنین آزمون همبستگی نشان داد که بین خودکارآمدی و رفتارهای خودمراقبتی همبستگی مثبت و معناداری وجود داشته است ($P=0/01$) [۳۴]. ژائو و همکاران نیز در پژوهش خود در زمینه خودمراقبتی، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی روی کنترل گلاسمیک بیماران دیابتی نوع دو نشان دادند که بهبود عوامل مذکور سبب ارتقاء رفتارهای خودمراقبتی بیماران گردیده و بهبود کنترل گلاسمیک را در برداشته است [۳۵]. همانگونه که در این مطالعات ذکر شده است بین رفتارهای

امر سبب اطمینان از تداوم مراقبت‌های لازم برای بیمار پس از ترخیص شده و به دنبال آن عوارض بیماری و همچنین بستری مجدد بیماران کاهش می‌یابد.

جک و همکارانش یک کارآزمایی بالینی تصادفی روی ۷۴۹ بیمار انجام دادند و دریافتند بیمارانی که برنامه ترخیص ویژه را دریافت کرده بودند، که شامل برنامه اصلاح دارویی، آموزش به بیمار به صورت مکتوب و پیگیری تلفنی به وسیله یک داورشناس بعد از ترخیص بود، آمادگی بیشتری بعد از ترخیص در مقابل گروه کنترل گزارش کردند. این یک فرایند ترخیص بیمارمحور بود که روی نقش برنامه مشارکتی چندرشته‌ای و مسئولیت‌پذیری در فرایند ترخیص و برنامه آموزش ویژه تأکید می‌کرد که میزان پذیرش مجدد بعد از ترخیص را کاهش داد [۲۹]. در واقع می‌توان گفت که دریافت این برنامه به نحوی سبب ارتقا خودمراقبتی و خودکارآمدی بیماران پس از ترخیص گردیده و منجر به کاهش نیاز به سیستم بهداشتی درمانی گردیده است. که از یافته‌های این مطالعه حمایت می‌کند. و تأییدی بر اختصاص دادن واحد برنامه‌ریزی ترخیص توسط مدیران پرستاری در بیمارستان می‌باشد. کیو ایفانگ و همکاران نیز در مطالعه خود تحت عنوان "ارتقاء خودکارآمدی کنترل گلاسمیک و رفتارهای کنترل گلاسمیک در بیماران چینی مبتلا به دیابت نوع دو" نشان دادند که در گروه آزمون به لحاظ آماری ارتقاء معنی‌داری در خودکارآمدی کنترل گلاسمیک و رفتارهای کنترل گلاسمیک بلافاصله و بعد از چهار ماه مداخله وجود دارد [۳۰]. نتایج مطالعه حاضر نیز به بهبود خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو، چهار ماه پس از ترخیص اشاره دارد که هم‌راستا با مطالعه ایفانگ و همکاران است لذا پابندی به مدیریت بیماری مزمن برای دستیابی به بهبود پیامدهای مرتبط با سلامتی، کیفیت زندگی و مراقبت‌های بهداشتی مقرون به صرفه حیاتی است. و بیانگر این نکته است که بایستی مدیران پرستاری جهت اجرای برنامه‌ریزی ترخیص در بالین برنامه‌ریزی نمایند.

در همین راستا نیز ویچیت و همکاران در سال ۲۰۱۶ در پژوهش خود در زمینه برنامه خودمراقبتی خانواده محور به منظور بهبود خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو، پس از گذشت سه ماه از مداخله به نتایج مشابه پژوهش حاضر دست یافتند [۳۱]. که مطالعه حاضر نیز با اجرای فرایند برنامه‌ریزی ترخیص که از آغاز بستری بیمار در بیمارستان آغاز گردید و تا ۴ ماه در منزل ادامه یافت توانست بهبود معنی‌داری را در خودکارآمدی بیماران در پی داشته باشد. همچنین در مطالعه‌ای که میشالی و همکاران در

■ نتیجه گیری

نتایج مطالعه نشان می دهد که بین میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله بین گروه مداخله و کنترل به لحاظ آماری تفاوت معنی داری وجود دارد که می تواند تأیید کننده تأثیر برنامه ای اجرا شده روی فاکتور فوق در گروه مداخله باشد. نتیجه کلی نشان داد که برنامه طراحی شده ترخیص در بهبود میزان خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو مؤثر است. برنامه ریزی ترخیص یک ویژگی معمول سیستم های بهداشتی در بسیاری از کشورها است. هدف از برنامه ریزی ترخیص کاهش طول مدت بستری و پذیرش مجدد در بیمارستان و بهبود هماهنگی خدمات پس از ترخیص از بیمارستان است. لذا با توجه به تأثیر برنامه ریزی ترخیص بر خودکارآمدی بیماران دیابتی پیشنهاد می شود که مدیران پرستاری جهت اجرای این فرایند با تخصیص پرستار مخصوصی به عنوان مسؤول برنامه ریزی ترخیص بیماران و واحدی جهت پیگیری و مراجعه بیماران در بیمارستان و به خصوص در زمینه بیماری های مزمن برنامه ریزی نموده تا شاهد اجرای هر چه بهتر استانداردهای مراقبت پرستاری در بالین باشیم. که هم سبب بهبود پیامدهای بیمار و هم کاهش هزینه های سیستم مراقبت بهداشتی و درمانی می گردد.

■ تشکر و قدرانی

تأییدیه اخلاقی این پژوهش از کمیته اخلاق دانشگاه تربیت مدرس تهران به شماره ۵۲/۴۹۷۴ صادر شد. نویسندگان از شرکت کنندگان در این مطالعه که وقت و تلاش خود را سخاوتمندانه در اختیار گذاشتند سپاسگزاری و تشکر می کنند. همچنین از کلیه مدیران و پرسنل محترم بیمارستان واسعی و معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه تربیت مدرس که پژوهشگران را در انجام این مطالعه یاری رسانیده اند تشکر و قدردانی می گردد.

خودمراقبتی با خودکارآمدی بیماران دیابتی ارتباط مثبت وجود دارد که می توان مطابق پژوهش حاضر برنامه ریزی ترخیص را به عنوان روش پایه ای در جهت خودکارآمدی بیماران دیابتی نوع دو معرفی نمود. که سبب افزایش رفتارهای خودمراقبتی در بیماران دیابتی می گردد.

از جمله محدودیت های پژوهش این که افراد مورد پژوهش دارای خصوصیات مختلف فردی بوده اند که در نتیجه ممکن است نسبت به برنامه طراحی شده پاسخ های متفاوتی، از نظر شدت تأثیر بر خودکارآمدی نشان دهند. به علاوه برخی متغیرها مانند حالات روانشناختی و انگیزه های متفاوت، عوامل محیطی و سطح فرهنگ بر میزان درک فرد از سلامت، یادگیری آموزش ها و اجرای آنها متفاوت بوده و این امر در دقت آن ها در بکارگیری برنامه ریزی ترخیص تغییر ایجاد می نماید. همچنین می توان به وجود سوگیری اشاره کرد. با توجه به ماهیت مداخله ای بودن مطالعه روند کورسازی مشارکت کنندگان یا کسانی که مداخله را به اجرا درآورده اند امکان پذیر نیست. به علاوه خطر سوگیری در اندازه نمونه در مطالعات آینده را می توان با فراهم کردن یک نمونه بزرگتر کاهش داد. علاوه براین، طول مدت پیگیری ما ۴ ماه بود، بنابراین پایداری طولانی مدت اثر مداخله شناخته نشد. در پژوهش های آتی می توان از تأثیر خودکارآمدی بر دوز دریافتی داروهای خوراکی کاهنده قندخون در مقایسه با داروهای تزریقی و همچنین تأثیر خودکارآمدی روی تعداد دفعات بروز علائم هیپوگلیسمی شدید نیازمند به کمک در بیماران دیابتی نوع دو پرداخت. همچنین پیشنهاد می شود در زمینه تأثیر خودکارآمدی بر دوز دریافتی انسولین و فاکتورهای متابولیک بیماران دیابتی نیز پژوهش های بیشتری صورت پذیرد.

■ References

- 1- International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 7 ed. 2015. Available: <http://www.diabetesatlas.org>.
- 2- World Health Organization. Global Report on Diabetes. 2016.
- 3- Stratton IM, Adler AI, Neil HAW, Matthews DR, Manley SE, Cull CA, et al. Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study. British Medical Journal. 2000;321(7258):405-12. pmid:10938048
- 4- Norris SL, Nichols PJ, Caspersen CJ, Glasgow RE, Engelgau MM, Jack L. Increasing diabetes self management education in community settings: a systematic review. American Journal of Preventive Medicine 2002; 22(4): 39- 66.
- 5- Bohanny W, Wu SF, Liu CY, Yeh SH, Tsay SL, Wang TJ. Health literacy, self-efficacy, and self-care behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. Journal of American Association of Nurse Practitioner 2013; 25: 495-502.

- 6- Chen AM, Yehle KS, Albert NM, Ferraro KF, Mason HL, Murawski MM, et al. Health Literacy Influences Heart Failure Knowledge Attainment but Not SelfEfficacy for Self-Care or Adherence to Self-Care over Time. *Nursing Research and Practice* 2013; 2013: 353290.
- 7- Rudolph JW, Foldy EG, Robinson T, Kendall S, Taylor SS & Simon R. Helping without harming: the instructor's feedback dilemma in debriefing—a case study. *Simulation in Healthcare: Journal of the Society for Simulation in Healthcare*. 2013; 8: 304–316.
- 8- Hosseini S. The effect of applying modified program "group aggression replacement training" on selfefficacy and HbA1c of teenagers with insulin-dependent diabetes. [Msc Thesis]. Mashhad, Iran: Nursing and Midwifery Faculty of Mashhad University of Medical Sciences; 2015. (Persian).
- 9- Sharifirad G, Azad Bakht L, Feizi A, Mohebi S, Kargar M, Rezaie A. The role of self-efficacy in self-care among diabetic patients. *Journal of Health System Research* 2013; 7(6):648-59. (Persian).
- 10- Rahimian Boogar E, Besharat MA, Mohajeri Tehrani M, Talepasand S. Predictive Role of Self-Efficacy, Belief of Treatment Effectiveness and Social Support in Diabetes Mellitus Self-Management. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2011; 17: 232-40. (Persian).
- 11- Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care* 2006; 29: 823-9.
- 12- McCleary-Jones V. Health literacy and its association with diabetes knowledge, self-efficacy and disease selfmanagement among African Americans with diabetes mellitus. *The ABNF Journal* 2011; 22: 25 32.
- 13- Soltani Khabisi A, Azizzade Fruzi M, Haghdust A, Mohammad Alizade S. Study of nurses working in hospitals, Kerman University of Medical sciences of the patients are discharged from the Internal and surgical Ward, *Journal of Steps of Medical Education Development*, 2007; 1(3): 51- 57. [Persian].
- 14- Chewning B, Bylund CL, Shah B, et al. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Education and Counseling* 2012;86:9–18.
- 15- Charron- Prochownik D, Hannan MF, Sereika Sm. How to develop CD- ROM for diabetes education: exemplar reproductive- health education awareness of diabete in youth for girls. *Diabetes Spectrum* 2006, 19 (6): 19.
- 16- Ismail K, Winkley K, Rabe-Hesketh S. systematic review and meta- analysis of randomized controlled trials of psychological interventions to improve glycaemic control in patients with type 2 diabetes. *Lancet*. 2004; 363(9421): 1589-97.
- 17- Kuelling, T., Johnson, M., & Cody, R. Discharge education improves clinical out comes in patients with chronic heart failure, 2005; 111, 85- 179.
- 18- Rose K, & Haugen M. Discharge planning: Your last chance to make a good impression. *Medsurg Nursing*, 2010; 19(1), 47- 53.
- 19- Shepperd S, Parkes J, McClaren J, Phillips C. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Systematic Reviewe* 2004; (1): CD000313.
- 20- Watts, R., Gandner, H. Nurses' perceptions of discharge planning. *Nursing and Health Sciences* 2005; 7 (3): 175–183.
- 21- Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Barras SL. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Jan 31;(1):CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4.
- 22- Zangi HA, Ndosi M, Adams J, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Disease* 2015;74:954–62.
- 23- Marks R. Self-efficacy and arthritis disability: an updated synthesis of the evidence base and its relevance to optimal patient care. *Health Psychology Open* 2014. doi:10. 1177/2055102914564582.
- 24- Bauer, M., Fitzqerald, L., Haesler, E., Manfrin, M. Hospital discharge planning for frail older people and theirfamily. Are we delivering best practice? *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18 (18): 2539–2546.
- 25- Krapp K. Patient education. *Encyclopedia of nursing and applied health*. 2002. Available at: [http://www.enotes.com/nursing/Encyclopedia/Patient education](http://www.enotes.com/nursing/Encyclopedia/Patient%20education). Accessed 24/4/2010.
- 26- Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital.

Journal of Advanced Nursing 2002; 39: 450–458.

27- Umpierrez GE, Reyes D, Smiley D, Hermayer K, Khan A, Olson DE & et al. Hospital Discharge Algorithm Based on Admission HbA1c for the Management of Patients with Type 2 Diabetes Diabetes Care 2014; 37(11): 2934-2939.

28- Griffith ML, Boord JB, Eden SK, Matheny ME. Clinical Inertia of Discharge Planning among Patients with Poorly Controlled Diabetes Mellitus. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism 2012; 97(6):2019-2026.

29- Jack B, Chetty V, Anthony D, Greenwald J, Sanchez G, & Johnson A. et al. A reengineered hospital discharge program to decrease rehospitalization. Annals of Internal Medicine, 2009; 150, 178- 187.

30- Qifang Shi, Sharon K Ostwald and Shaopeng Wang, improving glycaemic control self- efficacy and glycaemic controlbehaviour in Chinese patients with Type 2 diabetes mellitus: randomised controlled trial, Journal of Clinical Nursing, 2010; 19, 398–404.

31- Wichit N, Mnatzaganian G, Courtney M, Schulz P, Johnson M. Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with Type 2 diabetes. Journal of Diabetes Research And Clinical Practice 2017; 123: 37-48.

32- Mishali M, Omer H, Heymann AD. The importance of measuring self- efficacy in patients with diabetes. Journal of Family Practice 2010; 0: 1–6.

33- Makaryus AN, Friedman EA. Patients' understanding of their treatment plans and diagnosis at discharge. Mayo Clinic Proceedings 2005; 80(8): 991- 994.

34- Shakibazadeh E, Rashidian A, Larijani B, Shojaezadeh D, Forouzanfar M, Karimi Shahanjarini A. Perceived Barriers and Self- efficacy: Impact on Self- Care Behaviors in Adults with Type 2 Diabetes. Hayat. 2010; 15 (4): 69- 78. (Persian).

35- Gao J, Wang J, Zheng P, Haardörfe R, Kegler MC, Zhu Y & et al. Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. BMC Family Practice 2013; 14:66.

Presentation of nurses' functional guide for discharge planning on self-efficacy of type II diabetic patients

Alemeh Dehnabi, Hasan Navipour[■], Hamid Radsepehr, Mosaalreza Tadayonfar

Dehnabi A.

MSc, Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

■ Corresponding author:

Navipour H.

Assistant Professor of Nursing, Faculty of Medical Sciences, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran

Address: h-nvaipour@modares.ac.ir

Radsepehr A.

MSc, Clinical Psychology, Faculty of Medical Sciences, Sabzevar University, Sabzevar, Iran

Tadayonfar M.

MSc, Nursing, Faculty of Medical Sciences, Sabzevar University, Sabzevar, Iran

Introduction: Discharge planning improves self-efficacy in type II diabetic patients. But the way nurses work with the conditions in the sectors is always the main challenge.

Aim: The purpose of this study was to investigate the effect of discharge planning on self-efficacy of type II diabetic patients, which can be used as a guide to nurses' performance.

Material & Method: This was a quasi-experimental study with 70 patients with type 2 diabetes mellitus in Vasei Hospital in Sabzevar. Participants were randomly divided into two groups: control and intervention. After the establishment of the discharge planning office by the researcher, discharge planning was performed in two stages before the patient was discharged from the hospital and the educational needs assessment was performed on the basis of the nursing process and then proceeded after discharge with home visit and telephone follow up For 4 months. The data collection tool was self-report checklist and self-efficacy questionnaire on type 2 diabetes management (DMSES). It assessed the ability of diabetic patients to observe diet (8 items), physical activity (4 items), drug use (3 items) and blood glucose (4 items). **Results:** The statistical tests showed that there was a significant difference between the mean score of self-efficacy before and after the intervention in the experimental group ($P=0.000$), which was not seen before and after intervention in the control group ($P=0/62$). Also, there was a significant difference in the above parameter ($P=0/000$) between the experimental and control groups after the intervention. Therefore, the designed care plan is effective.

Conclusion: It is recommended that nursing managers ensure continuity and quality of care with the establishment of a hospital discharge planning office for diabetic patients.

Key words: discharge planning, self-efficacy, nurse, type II diabetes, care standard

**Nursing
Management**

Quarterly Journal of Nursing Management

Vol 6, No 2, 2017