

Quarterly Journal Of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

The Effectiveness of the Family-Oriented Program on Psychological Distress and Adherence to Treatment in People with Diabetes and Hypertension

Bahareh Mirahmadi^{1*}, Masoud Gholamali Lavasani², Ahmad Alipour³, Gholam Ali Afrooz⁴

¹ Ph.D. Student, Department of Psychology, University of Tehran Campus, Kish, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

³ Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

⁴ Excellent Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

Correspondence

Bahareh Mirahmadi

Email:

Bahareh.mirahmadi@yahoo.com

How to cite

Mirahmadi, B. (2024). The Effectiveness of the Family-Oriented Program on Psychological Distress and Adherence to Treatment in People with Diabetes and Hypertension. Quarterly Journal Of Health Psychology, 13(1). 129-142.

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the family-oriented program on psychological distress and adherence to treatment in people with diabetes and hypertension. **Method:** The present study was a semi-experimental with pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up. 40 people with diabetes and hypertension were selected to enter the study. Then, 40 volunteers participating in the research and eligible to enter the research were randomly assigned to two groups of 20 people by matching them in terms of age and history of diabetes. The data collection tool included demographic information questionnaire, depression, anxiety and stress scale and Madanlo's questionnaire of adherence to treatment orders. **Results:** The comparison of means indicates the effectiveness of the family-based program against the control group. Considering the different experimental and control groups, there is a significant difference between the anxiety scores in the pre-test, post-test, and follow-up stages. For the depression variable, the main effect of the group is substantial ($\eta^2=0.423$ $\eta^2=0.423$ $\eta^2=0.423$, $p<0.05$ $p<0.05$ $p<0.05$, $F=27.846$ $F=27.846$ $F=27.846$), indicating a significant overall difference in mean depression scores between the two groups. The results show that the main effect of time is substantial ($\eta^2=0.781$ $\eta^2=0.781$ $\eta^2=0.781$, $p<0.05$ $p<0.05$ $p<0.05$, $F=135.824$ $F=135.824$ $F=135.824$). For the stress variable, the main effect of the group is significant ($\eta^2=0.634$ $\eta^2=0.634$ $\eta^2=0.634$, $p<0.05$ $p<0.05$ $p<0.05$, $F=65.767$ $F=65.767$ $F=65.767$), indicating a significant overall difference in mean stress scores between the two groups. For the treatment adherence variable, the main effect of the group is substantial ($\eta^2=0.80$ $\eta^2=0.80$ $\eta^2=0.80$, $p<0.05$ $p<0.05$ $p<0.05$, $F=172.726$ $F=172.726$ $F=172.726$). The main effect of time is significant ($\eta^2=0.985$ $\eta^2=0.985$ $\eta^2=0.985$, $p<0.05$ $p<0.05$ $p<0.05$, $F=2516.562$ $F=2516.562$ $F=2516.562$), meaning that the changes in mean scores from the pre-test to the post-test and follow-up stages are significant regardless of the experimental and control groups. **Conclusion:** The results of this research showed that the family-based program is efficacious in improving treatment adherence and psychological distress in employees with diabetes and

hypertension. Family empowerment involves providing and teaching a health-promoting lifestyle to families of individuals with chronic disorders, helping families cope with familial problems related to chronic disorders, and strengthening family strengths to improve the safety, well-being, and adaptation of the affected individual. Family empowerment in self-management and self-care for chronic disorders is an intervention that focuses on strengthening the core values of caregivers (families). Family empowerment can also increase positive control of mind and body, preventive care, and constructive relationships with the environment, enhance positive emotions, and improve the family's ability to manage the disorder independently. The more individuals control and master their living environment, particularly stressful life conditions, the greater their sense of inner satisfaction, self-efficacy, and self-belief, leading to better psychological well-being. Conversely, individuals suffering from stress-induced hypertension often lack cognitive and behavioral skills to control stressful environmental events, generally doubting their abilities and constantly worrying about negative evaluations from others regarding themselves and their behaviors.

KEY WORDS

Family-Centered Program, Psychological Distress, Adherence to Treatment, Diabetes, Hypertension.

© 2024, by the author(s). Published by Payame Noor University, Tehran, Iran.

This is an open access article under the CC BY 4.0 license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

<https://hpj.journals.pnu.ac.ir/>

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

نشر به علمی

روانشناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر پریشانی روانشناختی و تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دیابت و فشارخون

بهاره میراحمدی^{۱*}، مسعود غلامعلی^۲، لوسانی^۳، احمد علی پور^۴، غلامعلی افروز^۴

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر پریشانی روانشناختی و تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دیابت و فشارخون بود.

روش: پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. ۴۰ فرد مبتلا به دیابت و فشارخون برای ورود به مطالعه انتخاب شدند. سپس نمونه انتخابی با هم‌تاسازی به لحاظ سن و سابقه ابتلا به دیابت، به‌طور تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره گمارش شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس و پرسشنامه تبعیت از دستورات درمانی مدانلو بود.

یافته‌ها: مقایسه میانگین‌ها حاکی از اثربخشی گروه برنامه خانواده‌محور در برابر گروه کنترل بود. بین نمرات اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر افسردگی اثر اصلی گروه ($F=۲۷/۸۴۶$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۴۲۳$) معنادار می‌باشد. نتایج نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=۱۳۵/۸۲۴$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۷۸۱$) معنادار است. در متغیر استرس اثر اصلی گروه ($F=۶۵/۷۶۷$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۶۳۴$) معنادار می‌باشد. در متغیر تبعیت از درمان اثر اصلی گروه ($F=۱۷۲/۷۲۶$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۸۰$) معنادار می‌باشد. یعنی بدون در نظر گرفتن گروه آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که برنامه خانواده‌محور در بهبود تبعیت از درمان و پریشانی روانشناختی در کارکنان مبتلا به دیابت و فشارخون مؤثر است. توانمندسازی خانواده ارائه و آموزش سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت به خانواده افراد با اختلال‌های مزمن بوده، که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا با مشکلات خانوادگی مرتبط با اختلال مزمن مقابله کنند و نقاط قوت خانواده را در تلاش برای ارتقای ایمنی، رفاه و سازگاری فرد مبتلا تقویت نمایند.

واژه‌های کلیدی

برنامه خانواده‌محور، پریشانی روانشناختی، تبعیت از درمان، دیابت، فشارخون.

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، پردیس دانشگاه تهران، کیش، ایران.
^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
^۳ استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران.
^۴ استاد ممتاز، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

نویسنده مسئول:

بهاره میراحمدی

رایانامه:

Bahareh.mirahmadi@yahoo.com

استناد به این مقاله:

میراحمدی، بهاره (۱۴۰۳). اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر پریشانی روانشناختی و تبعیت از درمان در افراد مبتلا به دیابت و فشارخون. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت، ۱۳(۱)، ۱۲۹-۱۴۲.

مقدمه

افسردگی، دارای دوره‌های طولانی خلق افسرده^{۱۵} نسبت به افراد بدون دیابت هستند (برکوویتز، مارکوس، اندرسون، دلاهانته، گرور، کریسکا^{۱۶}، ۲۰۱۸). دیابت، علائم افسردگی را بدتر می‌کند و افسردگی باعث می‌شود مراقبت از دیابت سخت‌تر گردد. افسردگی با رژیم غذایی نامناسب، عدم انجام ورزش، عدم توجه به استفاده از دارو و نظارت بر گلوکز مرتبط است. هر کدام از این سهل انگاری‌ها نیز می‌تواند گلوکز خون را افزایش دهد (نعمتی‌زاده، رفیعی‌پور، ثابت، ابوالمعالی الحسینی، ۱۴۰۱).

افسردگی به تنهایی دردآور است ولی ترکیب افسردگی و دیابت، ترکیب خطرناکتری است. به علت افسردگی، ممکن است به‌نظر برسد که هر چیزی که انجام می‌گیرد یا به دست می‌آید «هرگز به حد کافی خوب نیست». از این رو، ممکن است فرد مبتلا، احساس کند که مدام در کنترل دیابت نیز شکست می‌خورد. حتی اگر درست نباشد، بسیار سخت است که فرد مبتلا بانگیزه بماند و تلاش خود را برای کنترل و مدیریت دیابت ادامه دهد (رودل، اکسالته، گیلسنز، بسلس، کسنبری و هیتمر^{۱۷}، ۲۰۱۸). بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی و اضطراب در مبتلایان به دیابت با کیفیت پایین زندگی و خودمراقبتی ضعیف همراه است. برای همین، در افراد دیابتی که از مشکلات اضطراب و استرس و افسردگی رنج می‌برند، بهبود شرایط روان‌شناختی می‌تواند به نتایج مثبت درمانی منجر شود (ساسترا، رانی^{۱۸}، ۲۰۲۲).

یک دیابتی افسرده و دچار استرس و درماندگی، در تبعیت از درمان نیز زود خسته و درمانده می‌شود و در واقع با از دست دادن انگیزه برای خودمراقبتی و تبعیت از دستورات پزشکی، دست از تلاش برای کنترل و مدیریت اختلال بر می‌دارد (اکبرزاده، غلجایی، ۲۰۲۲). این در حالیست که خودمراقبتی و تبعیت از دستورات پزشکی در دیابت نوع ۲، درمان اساسی برای این افراد است. بنابراین، افسردگی و اضطراب و تبعیت از درمان، از متغیرهای روان‌شناختی هستند که در این مطالعه بعنوان متغیر وابسته، مورد مطالعه قرار خواهند گرفت. از اینرو، پژوهش حاضر قصد دارد، مداخلات روانشناختی توانمندسازی برای مبتلایان دیابتی دارای فشارخون را بصورت خانواده‌محور، با همراهی همسر، ارائه نماید.

دیابت به‌عنوان یک اپیدمی در حال ظهور است که تقریباً بر همه کشورها، گروه‌های سنی و اقتصاد در سراسر جهان تأثیر منفی دارد (لو، لی، شو^۱، ۲۰۲۲). عوارض دیابت در مبتلایان به دیابت، شایع است. عوارض مزمن دیابت به طور گسترده‌ای به میکروواسکولار و ماکروواسکولار^۲ تقسیم می‌شود که شیوع اولی بسیار بیشتر از دومی است (شو، گالانت، ژاکومه، سپوکانه^۳، ۲۰۱۹). عوارض میکروواسکولار (تخریب رگهای خونی کوچک نظیر مویرگ‌ها)، شامل نوروپاتی (آسیب به اعصاب)، نوروپاتی (آسیب به کلیه) و رتینوپاتی (آسیب به چشم) است، در حالی که عوارض ماکروواسکولار شامل اختلال‌های قلبی عروقی، سکتة مغزی و اختلال عروق محیطی^۴ می‌باشد (لین، هسو، وانگ، کورنیوان و چو^۵، ۲۰۱۹). اختلال عروق محیطی یک عارضه شایع و همراه دیابت است (استولپ، کوال و استنگ^۶، ۲۰۲۰). برای نمونه، فشار خون بالا بین مبتلایان به دیابت شایع است و دیابت و فشار خون بالا اغلب با هم اتفاق می‌افتند (لو، تیان، یان، جنگ، چن^۷، ۲۰۱۹). یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بیماری دیابت پریشانی روانشناختی^۸ است (تاما، ایم و لی^۹، ۲۰۲۰). پریشانی روانی، حالت ذهنی نامطلوب افسردگی، اضطراب و استرس است (اسپیندلو و جوهرت^{۱۰}، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهند که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب در دیابت دو برابر می‌شود (بران، گرهارد و ون^{۱۱}، ۲۰۲۰). محققان به این نتیجه رسیده‌اند که افسردگی بالینی^{۱۲} مشکل رایج افراد مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ می‌باشد (دیموسکی، اوهو - ملاندر و دریک^{۱۳}، ۲۰۱۹). دیابت می‌تواند علائم افسردگی را بدتر کند. از سوی دیگر، استرس روزانه برای کنترل و مدیریت دیابت و تأثیرات دیابت بر مغز نیز ممکن است در افسردگی دخیل باشد (بنگنر، مرالس، پست و براس^{۱۴}، ۲۰۱۷).

محققان نشان داده‌اند که یک نفر از چهار فرد مبتلا به دیابت در طول زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کنند. افراد مبتلا به دیابت و

1. Liu, R., Li, L., Shao, C.
2. microvascular and macrovascular
3. Shaw BA, Gallant MP, Jacome MR, Spokane LS.
4. peripheral artery disease (PAD)
5. Lin, Hsu, Lee, Wang, Kurniawan,
6. Stolpe, S., Kowall, B., & Stang, A
7. Liu, S., Tian, Y., Yan, H., Jing, L., Chen, K.
8. Psychological distress
9. Tama, B. A., Im, S., & Lee, S
10. Spendelow & Jouber
11. Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E
12. clinical depression
13. Dimovski, K., Orho-Melander, M., & Drake, I
14. Bongner, Morales, Post & Bruce

15. depressed mood

16. Berkowitz, R. I., Marcus, M. D., Anderson, B. J., Delahanty, L., Grover, N., Kriska.

17. Rodill, L. G., Exalto, L. G., Gilsanz, P., Biessels, G. J., Quesenberry, C. P., & Whitmer, R. A.

18. Sastra, L., & Reni, I.

حداکثر استفاده ۲۰-۶ نفر می‌باشد (کری، ۱۳۹۱). ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص بیماری دیابت همراه با فشار خون، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، داشتن سن بین ۳۵ تا ۵۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و سابقه بستری در بیمارستان، عدم سوء مصرف مواد، توانایی شرکت در جلسه‌های گروه درمانی، تمایل به همکاری و ملاک‌های خروج از مطالعه برای گروه آزمایش عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله بود. به جهت رعایت ملاحظات اخلاقی این پژوهش، کد اخلاق با شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1401.018 از دانشگاه تهران واحد مرکز بین‌المللی کیش دریافت کرد. و رضایت نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد و محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان کتیباً اعلام به آزمودنی‌ها شد. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ انجام شد.

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس: مقیاس ۴۲ سوالی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) یک پرسشنامه استاندارد است که توسط لوویباند و لوویباند (۱۹۹۵) برای اندازه‌گیری همزمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس که در این مطالعه به عنوان پریشانی روانشناختی عنوان شده، ساخته شده است. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این آزمون در یک نمونه هنجاری ۷۱۷ نفری، برای افسردگی ۰/۸۱، برای اضطراب ۰/۷۳ و برای استرس ۰/۸۱/۳ به دست آمده است. این پرسشنامه دارای گزینه‌هایی مربوط به علائم و نشانه‌های افسردگی (۱۴ سؤال)، اضطراب (۱۴ سؤال) و استرس (۱۴ سؤال) است.

برای پاسخ‌گویی به هر سؤال، امتیازات به صورت اصلاً (۰)، تا حدی (۱)، تا حد زیادی (۲) و خیلی زیاد (۳) اختصاص یافته که مجموع امتیازات کسب شده توسط بیماران، میزان افسردگی، اضطراب و استرس آنها را به صورت تخمینی با دامنه نمراتی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۲ نشان می‌دهد.

در ایران روایی و اعتبار این مقیاس توسط صاحبی و همکاران بررسی شد و اعتبار بازآزمایی برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۶ و ۰/۷۷ و ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۴ و ۰/۷۸ گزارش شده است (صاحبی، عسگری، سالاری، ۱۳۹۸).

از امتیازاتی که مداخلات روان‌شناختی خانواده‌محور دارد، اینست که روانشناس یا مشاور تلاش می‌کند همه اعضای مؤثر خانواده را با هم اندیشی و همدلی، ایجاد نگرش مثبت و انگیزه غنی، مستقیم و غیرمستقیم، برای تحقق بخشیدن به اهداف برنامه تدوینی، با خود همراه نماید (شن، ژو، هورن، بنکارت، بسخ، ۲۰۲۲).

رویکردهای مبتنی بر خانواده برای مدیریت اختلالات مزمن بر زمینه ایجاد اختلال از جمله محیط فیزیکی خانواده و همچنین نیازهای آموزشی، ارتباطی و شخصی مبتلایان و اعضای خانواده تأکید می‌کند. در واقع، درگیری اعضای خانواده در مداخلات آموزشی ممکن است حمایت از مبتلایان به دیابت را حمایت کند، به ایجاد رفتارهای سالم خانوادگی کمک کند و خود مدیریتی دیابت را ارتقا بخشد (مندل^۲، ۲۰۱۹). یک مطالعه نشان داده که فشار همسر در رابطه با رژیم غذایی فرد مبتلا، با افزایش دیابت در بزرگسالان مبتلا به دیابت نوع دو بیشتر است (یولیاستوتی، استتی، وینارنو^۳، ۲۰۲۲). لذا، لازم است سواد سلامت خانواد نیز همراه با سواد سلامت خود فرد مبتلا به اختلال مزمن، ارتقا یابد. زیرا، رفتارهای انسدادی خانواده ممکن است در میان بزرگسالان دارای سواد سلامت محدود و مبتلایانی که سایر عوامل استرس‌زا یا علائم افسردگی عمده را تجربه می‌کنند مضرت‌تر باشد. پژوهش حاضر، براساس مبانی نظری و یافته‌های پژوهش‌های موجود، این پژوهش در پی پاسخ به این پرسش است که آیا برنامه خانواده‌محور بر پریشانی روانشناختی و تبعیت از درمان در کارکنان مبتلا به دیابت و فشارخون مؤثر بوده و تاثیر پایدارتری می‌گذارد؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه کارکنان صنعت نفت هرمزگان که همزمان مبتلا به دیابت و هم فشارخون بودند و مراجعه کننده به کلینیک سلامت درمانگاه صنعت نفت در شهر بندرعباس در ماه‌های اسفند ۱۴۰۰ تا اردیبهشت در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. نمونه پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بر هدف شامل ۴۰ نفر (n=20) برای هر گروه، ۰/۵= حجم اثر، a=0/۵۰ (استیونس، ۲۰۰۷) (هر گروه ۲۰ نفر؛ گروه آزمایش و گروه کنترل) است. در این پژوهش مداخلات به صورت گروه درمانی انجام گرفت که اندازه مناسب برای این گروهها جهت

جدول ۱. پروتکل توانمندسازی خانواده‌محور در راستای افزایش سلامت زیستی، روانی معنوی و رضایت‌مندی زوجین مبتلا به فشار خون و دیابت

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی اعضاء، اهداف و اهمیت جلسات، افزایش انگیزه	معرفی شرکت کنندگان به یکدیگر، توضیح مشکلات خود از قبیل دیابت یا فشارخون، بیان شفاف اهداف برنامه درمانی و انتظارات حاصل از آن، توضیح اهداف جلسات توسط درمانگر، تکلیف: نگارش انگیزه‌ها و مزایای شرکت در جلسات
دوم	بیان ابعاد بیماری دیابت و فشارخون، و اهمیت آگاهی از ابعاد بیماری	درمانگر به کمک یک پزشک، ابعاد بیماری‌های دیابت و فشار خون را تشریح می‌کند، توضیح نحوه اندازه‌گیری دقیق فشار خون و دیابت با ابزارهای موجود، تکلیف: زوجین برای جلسه بعد میزان فشار خون و قند خون را با ابزارهای موجودشان اندازه‌گیری کرده و جلسه بعد در کلاس شرح می‌دهند.
سوم	اطمینان از اندازه‌گیری دقیق قندخون و فشار خون، آشنایی با داروها	کنترل تکلیف مرتبط با اندازه‌گیری قند و فشار خون در جلسه قبلی، توضیح کارکرد و مکانیزم اثرگذاری هر یک از قرص‌ها و داروها و آمپول‌ها را در کنترل فشار خون و قند خون، اثرات سبک زندگی سالم، تکلیف: بررسی و کنترل داورهای موجود در منزل، شناسایی نزدیک‌ترین مراکز درمانی
چهارم	آگاهی‌های زناشویی ضمن بیماری	توضیح تغییرات زیستی و جنسی که ممکن است بیماری دیابت و فشارخون بروز بدهد، توضیح نقش و اهمیت آموزش مستمر و حمایت‌های زوجین، تکلیف: مشاهده کلیپ‌های ارسالی در خصوص تغییرات جنسی مرتبط با دیابت و فشارخون
پنجم	کاهش نگرانی و نشخوار فکری	بعد از توضیحات در خصوص ماهیت بیماری‌های فشار خون و قند خون، در این مرحله به مدیریت و کنترل هیجانات، خصوصا ترس و نگرانی زوجین از بیماری‌های دیابت و قند خون پرداخته می‌شود. تکلیف: زوجین نگرانی‌ها و افکار منفی خود را در طول روز یادداشت می‌کنند.
ششم	آموزش رهاسازی و مدیتیشن	آموزش جهت کاهش استرس و مدیریت آن، مراحل سه‌گانه تنفس صحیح شرح داده می‌شود، سپس اصول درست آرام‌سازی عضلانی و بدنی بر اساس واریسی دقیق بدنی و هماهنگی با تنفس آموزش داده می‌شود. تکلیف: اعضا در منزل مراحل رها سازی را انجام می‌دهند.
هفتم	پذیرش و تعهد	آموزش رهاسازی، تمرینات ذهن آگاهی و واریسی بدنی، ارزش‌ها و اهداف زوجین توسط خودشان تصویرسازی ذهنی می‌شود و سپس به صورت کتبی نوشته می‌شود و زوجین زندگی متعهدانه خود را بر مبنای نتایج این جلسه، تکلیف خانگی: تمرین واریسی بدنی و ذهن آگاهی در منزل
هشتم	شناسایی سوء ارزیابی‌های شناختی	بررسی یادداشت‌های زوجین، شناسایی سوء ارزیابی‌های شناختی موجود در هر یک از افکار نگران‌کننده، بحث گروهی، اعضاء در خصوص سوء‌دار بودن افکار با هم بحث و تبادل نظر می‌کنند. تکلیف: مطالعه خطاهای شناختی به صورت خلاصه در منزل و تمرین دو طرفه زوجین
نهم	پرهیز از سرزنش خود و دیگران	پیدا کردن دلایل خشم، احساس گناه بیماران نسبت به بیماری، شناسایی عوامل فردی و رفتاری ارادی، شناسایی منابع سرزنشی خود و دیگران، به بیمار آموزش داده می‌شود که بیماری را مورد پذیرش قرار دهد. بحث در مورد افکار سرزنش‌گرایانه تکلیف: واریسی روزانه افکار سرزنش‌گرایانه و ثبت منابع سرزنش خود و دیگران و ارایه بازخورد زوجین به هم
دهم	خداآوری و توکل به خدا و شاکر بودن (تقویت معنویت)	توضیح معنای زندگی، گفتگو در مورد معنای زندگی، بحث در مورد اهمیت خداآوری، بحث در مورد اهمیت شکرگذاری و نحوه ذکر و نیایش و تاثیرات روانشناختی آن، تکلیف: نوشتن معنای زندگی و دلایل شکرگذاری و بررسی نوشته‌ها توسط زوجین
یازدهم	افزایش تحمل پریشانی	بیماران دارای فشار خون و قندخون بالا به صورت متناوب با هیجانات منفی، حالات ناخوشایند و پدیده‌های استرس‌زا مواجهه می‌شوند، لذا در این مرحله زوجین به کمک درمان گر از هیجانات خود و منابع آنها آگاه می‌شوند، تکلیف: زوجین در طول روز منابع پریشانی خود را شناسایی و بهترین راهکار ممکن برای مقابله با آن را یادداشت می‌کنند.
دوازدهم	مرور و جمع بندی	در این مرحله مباحث جلسات قبلی یکبار دیگر به صورت کلی مرور می‌شود، به سوالات شرکت کنندگان پاسخ داده می‌شود، یکبار دیگر تمرینات آرام‌سازی و تنفس صورت می‌گیرد و زوجین متعهد می‌شوند که برای بهبودی هم، افزایش کیفیت زندگی و کنترل بیماری در کنار هم باشند و موارد آموزش داده شده را تا حد امکان در طول زندگی زناشویی خود رعایت نمایند. همچنین در این جلسه یک گروه مجازی جهت تبادل نظر و پیگیری‌های بعدی ایجاد شد.

مشاهده نمی‌شود همچنین بین پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش نیز تفاوت قابل ملاحظه‌ای دیده نمی‌شود که این مطلب همگن بودن گروه کنترل و آزمایش را تایید می‌کند. سایر یافته‌ها در جدول (۳) نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین متغیرهای «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» در حالت پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل کاهش و در متغیر «تبعیت از درمان» افزایش یافته است که می‌تواند حاکی از اثر بخشی برنامه خانواده محور باشد. قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش ابتدا داده‌های پژوهش به تفکیک گروه‌ها (کنترل-آزمایش) و موقعیت (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در نشان داد که مفروضه نرمال بودن داده‌ها در ابعاد افسردگی، اضطراب، استرس و تبعیت از درمان در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از توزیع نرمال برخوردار است ($P > 0.05$). جهت بررسی اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر افسردگی، اضطراب، استرس و تبعیت از درمان از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بین گروهی استفاده شد. مفروضه همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لون بررسی شد و نتایج این تحلیل نشان داد که این مفروضه برای مؤلفه‌های اضطراب، افسردگی، استرس و تبعیت از درمان برقرار است ($P > 0.05$).

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بین گروهی در جدول (۳) نشان داد که در متغیر اضطراب اثر اصلی گروه ($\eta^2 = 0.065$)، ($F = 2.644$ ، $p > 0.05$) معنادار نمی‌باشد، یعنی بین دو گروه از نظر میانگین نمرات اضطراب به طور کلی تفاوت معناداری وجود ندارد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($\eta^2 = 0.1875$)، ($F = 2.66/16$ ، $p < 0.05$) معنادار است، یعنی بدون در نظر گرفتن گروه آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار می‌باشد.

(۲) پرسشنامه تبعیت از دستورات درمانی مدانلو^۱ این پرسشنامه در سال ۱۳۹۲ در پایان‌نامه مدانلو ساخته و روانسجی شده است. دارای ۴۰ گویه در قالب ۷ خرده‌مقیاس؛ اهتمام در درمان، گرایش به همکاری در درمان، توانایی انطباق، تلفیق، چسبیدن و متعهد بودن به درمان و مردد بودن در انجام درمان است و با استفاده از مقیاس ۶ گزینه لیکرت امتیازدهی می‌شود. در نهایت کل مقیاس ۰ تا ۲۰۰ نمره را به خود اختصاص می‌دهد. هر قدر نمره کل بالاتر باشد شخص تبعیت از درمان بیشتری دارد. در پژوهش مدانلو، میانگین روایی و محتوایی ابزار ۰/۹۱ است و ضریب همبستگی آن ۰/۸۷۵ گزارش شده است. درمان به صورت گروهی طی ۱۲ جلسه یکبار در هفته به مدت دو ساعت برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اجرا شد. افراد گروه کنترل هیچ مداخله درمانی دریافت نکردند. به دلیل اصل اخلاقی عدالت در پژوهش و همچنین با توجه به اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر کاهش اضطراب، افسردگی، استرس و تبعیت از درمان شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، بعد از انجام پژوهش و مرحله پیگیری، جلسات برنامه خانواده‌محور برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل نیز اجرا شد.

یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب، استرس همچنین تبعیت از درمان بر ۴۰ بیمار مبتلا به دیابت و فشار خون بالا (۲۰ نفر در گروه کنترل، ۲۰ نفر در گروه آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. جدول (۲) فراوانی و درصد فراوانی اطلاعات جمعیت شناختی این بیماران را به تفکیک دو گروه ارائه می‌دهد. توزیع شرکت‌کنندگان پژوهش در گروه کنترل و آزمایش را نشان می‌دهد که از نظر متغیرهای دموگرافیک دقیقاً به صورت مشابهی در دو گروه پژوهش توزیع یافته‌اند. لازم به توضیح است که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب برابر با ۴۳/۰۵ و ۴۳/۰۵ بود. بیشترین تحصیلات مربوط به سطح تحصیلات دیپلم بود.

نتایج جدول (۲) نشان داد که در گروه کنترل بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته تفاوت محسوسی

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بین گروهی به منظور بررسی اضطراب، افسردگی،

استرس و تبعیت از درمان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در ۳ مرحله پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذور	F	سطح معناداری	مجذور اتا
افسردگی	اثر اصلی گروه	۲۰۳۳/۶۳۳	۱	۲۰۳۳/۶۳۳	۲۷/۸۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۳
	خطا	۲۷۷۵/۱۶۷	۳۸	۷۳/۰۳۱			
	اثر اصلی زمان	۴۹۳/۰۱۷	۱/۴۲۴	۳۴۶/۲۰۵	۱۳۵/۸۲۴	۰/۰۰۱	۰/۷۸۱
	خطا	۱۳۷/۹۳۳	۵۴/۱۱۴	۲/۵۴۹			
	اثر تعاملی زمان × گروه	۶۹۱/۷۱۷	۱/۴۲۴	۴۸۵/۷۳۶	۱۹۰/۵۶۵	۰/۰۰۱	۰/۸۳۴
	خطا	۱۳۷/۹۳۳	۵۴/۱۱۴	۲/۵۴۹			
اضطراب	اثر اصلی گروه	۷۷/۴۶۹	۱	۷۷/۴۶۹	۲/۶۴۴	۰/۱۱۲	۰/۰۶۵
	خطا	۱۱۱۳/۵۲۸	۳۸	۲۹/۳۰۳			
	اثر اصلی زمان	۹۷۷/۳۱۷	۱/۱۱۱	۸۷۹/۴۵۸	۲۶۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵
	خطا	۸۹۷/۵۱۷	۱/۱۱۱	۸۰۷/۶۴۸	۲۴۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۶
	اثر تعاملی زمان × گروه	۱۳۹/۱۶۷	۴۲/۲۲۸	۳/۲۹۶			
	خطا	۵۲۵/۶۲۵	۳۸	۱۳/۷۰۶			
استرس	اثر اصلی گروه	۵۲۵/۶۲۵	۱	۵۲۵/۶۲۵	۶۵/۷۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۴
	خطا	۳۰۳/۷۰۶	۳۸	۷/۹۹۲			
	اثر اصلی زمان	۶۵۲/۲۱۷	۱/۷۲۷	۳۷۷/۶۸۹	۳۵۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۹۰۴
	خطا	۶۹/۴۳۳	۶۵/۶۲۱	۱/۰۵۸			
	اثر تعاملی زمان × گروه	۶۴۶/۳۵	۱/۷۲۷	۳۷۴/۲۹۲	۳۵۳/۷۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۳
	خطا	۶۹/۴۳۳	۶۵/۶۲۱	۱/۰۵۸			
تبعیت از درمان	اثر اصلی گروه	۱۴۷۹۶/۸۴	۱	۱۴۷۹۶/۸۴	۱۷۲/۷۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۲
	خطا	۳۲۵۵/۳۳۳	۳۸	۸۵/۶۶۷			
	اثر اصلی زمان	۲۴۰۰/۰۵	۲	۱۲۰۰/۰۲۵	۲۵۱۶/۵۶۲	۰/۰۰۱	۰/۹۸۵
	خطا	۲۱۶۲۲/۲۱۷	۲	۱۰۸۱۱/۱۰۸	۲۲۶۷/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
		۳۶۲/۴	۷۶	۴/۷۶۸			

وجود دارد. در متغیر استرس اثر اصلی گروه ($F=۰/۶۳۴$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۶۳۴$) وجود دارد. در متغیر استرس اثر اصلی گروه ($F=۶۵/۷۶۷$) معنادار می‌باشد، یعنی بین دو گروه از نظر میانگین نمرات استرس به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=۳۵۶/۹۵$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۹۰۴$) معنادار است، یعنی بدون در نظر گرفتن گروه آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار می‌باشد. نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه در زمان ($F=۳۵۳/۷۳۹$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۹۰۳$) معنادار است. به عبارتی بین نمرات استرس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر تبعیت از درمان اثر اصلی گروه ($F=۱۷۲/۷۲۶$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۸۰$) معنادار است، یعنی بین دو گروه از نظر میانگین نمرات تبعیت از درمان به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=۲۵۱۶/۵۶۲$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۹۸۵$)

نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه در زمان ($F=۲۴۵/۰۷$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۸۶۶$) معنادار است. به عبارتی بین نمرات اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در متغیر افسردگی اثر اصلی گروه ($F=۲۷/۸۴۶$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۴۲۳$) معنادار می‌باشد، یعنی بین دو گروه از نظر میانگین نمرات افسردگی به طور کلی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول فوق نشان می‌دهد اثر اصلی زمان ($F=۱۳۵/۸۲۴$ ، $p<۰/۰۵$ ، $\eta^2=۰/۷۸۱$) معنادار است، یعنی بدون در نظر گرفتن گروه آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پی‌گیری معنی‌دار می‌باشد. نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه در زمان نمرات افسردگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری

نداشته است ولی در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری از نمرات پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد که این حاکی از اثربخشی توانمندسازی خانواده‌محور بر بهبود اضطراب مبتلایان به دیابت و فشار خون است. در گروه کنترل نمرات افسردگی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنی‌داری نداشته است ولی در گروه آزمایش کاهش قابل توجه و معنی‌داری از نمرات پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد که این حاکی از اثربخشی توانمندسازی خانواده‌محور بر بهبود افسردگی مبتلایان به دیابت و فشار خون است. در گروه کنترل نمرات استرس از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنی‌داری نداشته است ولی در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری از نمرات پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد که این حاکی از اثربخشی توانمندسازی خانواده‌محور بر بهبود استرس مبتلایان به دیابت و فشار خون است.

معنادار است، یعنی بدون در نظر گرفتن گروه آزمایش و کنترل تغییرات میانگین نمرات از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد. نتایج جدول فوق همچنین نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه در زمان ($F=0/984, I^2=$)، از درمان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر تعاملی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه (آزمایش و کنترل) از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

با توجه به جدول (۴) می‌توان مشاهده کرد که در گروه کنترل نمرات اضطراب از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون تغییر معنی‌داری

جدول ۴. آزمون بنفرونی برای مقایسه متغیرهای وابسته در سه مرحله پژوهش با توجه به گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	I مرحله	II مرحله	(I - J) تفاوت میانگین	معناداری
اضطراب	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۲	۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۳	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱	۱
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۶۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱۲/۰۵	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۴	۰/۰۳
افسردگی	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۸۵	۰/۲۶
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۷۵	۰/۴۱۳
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱	۱
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۰۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۹/۷	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۵	۰/۰۴۸
استرس	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۰/۰۵	۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۰۴	۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۵	۱
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	۱۰/۲	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۷	۰/۰۶۶
تبعیت از درمان	کنترل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱/۵	۰/۱۰۷
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۱/۵۵	۰/۱۵۲
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۵	۱
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۵۸/۵۵	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون	پیگیری	-۵۸/۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۱۵	۱

این طریق پیامدهای آن سلامت را بهبود بخشند (رونهیانتو، نورسلام، کوسانتو و ملانیانی^۵، ۲۰۲۲).

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، در راستای توانمندسازی خانواده درگیر با اختلال مزمن، می‌توان دانش و مهارت‌ها را افزایش داد، راهکارهایی جهت کنترل استرس ارایه کرد، حس انسجام و کنترل موقعیت را افزایش داد، رشد و توسعه توانایی‌های فردی را افزایش داد (واهلین^۶، ۲۰۱۶). توانمندسازی خانواده همچنین می‌تواند کنترل مثبت ذهن و بدن، مراقبت‌های پیشگیرانه و روابط سازنده با محیط را افزایش دهد، احساسات مثبت را تقویت کند و توانایی خانواده برای مدیریت مستقل اختلال را ارتقا بخشد (ساکاناچی و فوجیتا^۷، ۲۰۱۷).

از این رو، توانمندسازی ارتباط تنگاتنگی با فرآیند آموزش و ارتقا سلامت دارد. موفقیت این فرآیند به حمایت‌های دریافتی از عوامل درونی و بیرونی خانواده بستگی دارد. عوامل بیرونی شامل حمایت اطلاعاتی دریافتی از محیط فرد مبتلا است، در حالی که عوامل داخلی شامل انگیزه و خودکارآمدی خود خانواده است. از این رو، اجرای ارتقای سلامت از طریق آموزش سلامت از یک فرآیند جامعه محور به فرد مبتلا محور منتقل شده است که به طور مناسب با نقش و کارکرد روانشناسان سلامت و پرستاران همخوانی دارد. لیکن موفقیت آموزش بهداشت ارائه شده به خانواده می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت شناختی مانند سطح تحصیلات، شغل و وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانواده باشد (نورهای، روستینا، آگوستینی و انیس روسولیانی^۸، ۲۰۱۸).

در تبیین دیگر یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت هر چه افراد کنترل و تسطشان بر محیط زندگی و به‌خصوص شرایط استرس آفرین زندگی بیشتر باشد، احساس رضایت درونی، خودکارآمدی و خودباوری آن‌ها بیشتر و از بهزیستی روانی مطلوب‌تری برخوردار می‌شوند و برعکس افرادی که از فشار خون ناشی از موقعیت‌های استرس آفرین زندگی رنج می‌برند، از آنجا که فاقد مهارت‌های شناختی و رفتاری در کنترل رویدادهای فشارزای محیطی می‌باشند، معمولاً به دیده تردید به توانایی خود می‌نگرند و همواره نگران ارزیابی‌های منفی دیگران در مورد خود و رفتارهای خویش می‌باشند. لذا کاهش استرس، اضطراب و افسردگی این بیماران در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی، به عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف

در گروه کنترل نمرات تبعیت از درمان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری تغییر معنی‌داری نداشته است ولی در گروه آزمایش افزایش معنی‌داری از نمرات پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد که این حاکی از اثربخشی توانمندسازی خانواده محور بر بهبود تبعیت از درمان مبتلایان به دیابت و فشار خون است.

نتیجه‌گیری و بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه خانواده‌محور بر اضطراب، افسردگی، تبعیت از درمان استرس بیماران مبتلا به بیماری دیابت همراه با فشار خون بالا بود. نتایج این پژوهش با نتایج (باجاج و همکاران، ۲۰۱۶؛ لوکسری و همکاران، ۲۰۱۹؛ فرهادی و همکاران، ۱۳۹۲؛ رهنما و همکاران، ۱۳۹۶ و برادران و همکاران، ۱۳۹۵) همسو می‌باشد. در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، بهداشت عمومی^۱ به عنوان «آنچه ما به عنوان یک جامعه با هم انجام می‌دهیم تا شرایطی را که در آن تمام افراد بتوانند سالم باشند، را فراهم کنیم» تعریف شده است. به این ترتیب، ارتقای سلامت تأکید بر مشارکت خانواده‌ها در برنامه‌های بهداشت عمومی دارد (بارنس^۲ و همکاران، ۲۰۲۰).

توانمندسازی خانواده^۳ ارائه و آموزش سبک زندگی ارتقا‌دهنده سلامت به خانواده افراد با اختلال‌های مزمن بوده، که به خانواده‌ها کمک می‌کند تا با مشکلات خانوادگی مرتبط با اختلال مزمن مقابله کنند و نقاط قوت خانواده را در تلاش برای ارتقای ایمنی، رفاه و سازگاری فرد مبتلا تقویت نمایند. توانمندسازی خانواده در خود-مدیریتی و خود-مراقبتی اختلال‌های مزمن مداخله‌ای است که بر تقویت ارزش‌های اساسی مراقبین (خانواده) تمرکز دارد (مینویی، غزوی، ابدیازدان، قیصری و همتی^۴، ۲۰۱۶).

در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت، مشارکت دادن خانواده در مدیریت اختلال‌های مزمن یکی از راهکارهایی است که کادر درمان می‌توانند جهت دستیابی به نتایج بهینه پیشگیری ثانویه انجام دهند. در این راستا نتایج چندین مطالعه نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی برای خانواده‌ها می‌تواند رفتارهای خانوادگی سالم را ایجاد کند، به‌طوری که خانواده‌ها بتوانند حمایت عاطفی و روانی از فرد مبتلا داشته، رفتارهای خود مدیریتی را ارتقا داده و از

5. Rondhianto, R., Nursalam, N., Kusnanto, K., & Melaniani, S.
6. Wählin, I.
7. Sakanashi, S., & Fujita, K.
8. Nurhaeni, N., Rustina, Y., Agustini, N., & Enis Rosuliana, N

1. Public Health
2. Barnes, M. D.
3. Family Empowerment
4. Minooei, M. S., Ghazavi, Z., Abdeyazdan, Z., Gheissari, A., & Hemati, Z.

می‌تواند جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه موثر باشد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دانشجویی در مقطع دکتری روانشناسی سلامت دانشگاه تهران واحد مرکز بین‌المللی کیش می‌باشد و دارای تاییدیه کمیته اخلاق پزشکی با شماره IR.UT.PSYEDU.REC.1401.018 می‌باشد نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از تمامی کارکنان صنعت نفت هرمزگان که در به ثمر رسیدن این تحقیق، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

درمان می‌باشد (آسا کهنه فرودی و همکاران، ۱۳۹۹). پژوهش حاضر، همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، محدودیت‌هایی داشت. از محدودیت‌های این پژوهش، استفاده از مطالعه مقطعی بود. ماهیت بین رشته‌ای بودن پژوهش (روان‌شناختی و پزشکی) نیز باعث شد که درمان پزشکی کنترل نشود. پیشنهاد می‌شود کارکنان صنعت نفت هرمزگان که مبتلا به دیابت و هم فشارخون بالا هستند غربالگری و شناسایی شوند و درمان‌های مذکور جهت کنترل موارد ذکر شده انجام گیرد. غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس در مراحل اولیه تشخیص و درمان ارجاع آن‌ها به روانشناس نیز

References

- Akbarizadeh, M., & Ghaljaei, F. (2022). Prevalence of depression and anxiety among children with type 1 and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Pediatrics*, 18(1), 16-25. <https://doi.org/10.1007/s12519-021-00485-2>.
- Alzahrani, A., Alghamdi, A., Alqarni, T., Alshareef, R., & Alzahrani, A. (2019). Prevalence and predictors of depression, anxiety, and stress symptoms among patients with type II diabetes attending primary healthcare centers in the western region of Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International journal of mental health systems*, 13(1), 1-7. DOI: 10.1186/s13033-019-0307-6.
- Berkowitz, R. I., Marcus, M. D., Anderson, B. J., Delahanty, L., Grover, N., Kriska, A., & TODAY Study Group. (2018). Adherence to a lifestyle program for youth with type 2 diabetes and its association with treatment outcome in the TODAY clinical trial. *Pediatric diabetes*, 19(2), 191-198. DOI: 10.1111/pedi. 125 55.
- Bogner, H. R., Morales, K. H., Post, E. P., & Bruce, M. L. (2017). Diabetes, depression, and death: a randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes care*, 30(12), 3005-3010. DOI: 10.2337 /dc07-0974.
- Brown, J. C., Gerhardt, T. E., & Kwon, E. (2020). Risk Factors for Coronary Artery Disease. In *StatPearls*. StatPearls Publishing https://doi.org/10.4103%2FHEARTVIEWS.HEARTVIEWS_106_17.
- Chindankutty, N. V., & Devineni, D. (2023). Self-Efficacy and Adherence to Self-Care among Patients with Type 2 Diabetes: A Systematic Review. *Journal of Population and Social Studies* [JPSS], 31, 249-270. <https://doi.org/10.1016/j.jdiacom.2011.11.002>.
- Chlebowy, D. O., Batscha, C., Kubiak, N., & Crawford, T. (2019). Relationships of depression, anxiety, and stress with adherence to self-management behaviors and diabetes measures in African American adults with type 2 diabetes. *Journal of racial and ethnic health disparities*, 6(1), 71-76. DOI:10.1007/s40615-018-050 0-3.

- Dimovski, K., Orho-Melander, M., & Drake, I. (2019). A favorable lifestyle lowers the risk of coronary artery disease consistently across strata of non-modifiable risk factors in a population-based cohort. *BMC public health*, 19(1), 1575. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7948-x>. <https://sid.ir/paper/965786>. (persian).
- Kohnehe Forroudy, A., Gholian Aval, M., Tehrani, H., & Esmaily, H. (2021). Evaluation of Self-Care Status and Its Relationship with Self-Efficacy of Patients with Hypertension. *JOURNAL OF HEALTH EDUCATION AND HEALTH PROMOTION*, 8(4), 336-347. SID.
- Liu, R., Li, L., Shao, C., Cai, H., & Wang, Z. (2022). The impact of diabetes on vascular disease: Progress from the perspective of epidemics and treatments. *Journal of Diabetes Research*, 2022. DOI: 10.1155/2022/1531289.
- McInerney, A. M., Lindekilde, N., Nouwen, A., Schmitz, N., & Deschenes, S. S. (2022). Diabetes distress, depressive, and anxiety symptoms in people with type 2 diabetes: a network analysis approach to understanding comorbidity. DOI: 10.2337/dc21-2297.
- Minooei MS, Ghazavi Z, Abdeyazdan Z, Gheissari A, Hemati Z. The Effect of the Family Empowerment Model on Quality of Life in Children with Chronic Renal Failure: Children's and Parents' Views. *Nephrourol Mon*. 2016 Jul 2;8(4):e36854. doi: 10.5812/numonthly.36854. PMID: 27713 868; PMCID: PMC5045527. doi: 10.5812/numonthly.36854.
- Neamatizade, Z., Rafiepoor, A., Sabet, M., & Abolmaali Alhosseini, K. (2022). Development and Validation of a Type 2 Diabetes Self-Care Questionnaire. *Health Psychology*, 11(43), 1-20. doi: 10.30473/hpj.2022.62482.5449. (persian).
- Nefs, G., Hendrieckx, C., Reddy, P., Browne, J. L., Bot, M., Dixon, J., & Pouwer, F. (2019). Comorbid elevated symptoms of anxiety and depression in adults with type 1 or type 2 diabetes: Results from the International Diabetes MILES Study. *Journal of Diabetes and its Complications*, 33(8), 523-529. DOI: 10.1016/j.jdiacomp.2019.04.013.
- Nurhaeni, N., Rustina, Y., Agustini, N., & Rosuliana, N. E. (2018). Impact of family empowerment model on satisfaction and children's length of stay in hospital. *Enfermería Clínica*, 28, 36-40. 10.1016/S1130-8621(18)30033-0.
- Rodill, L. G., Exalto, L. G., Gilsanz, P., Biessels, G. J., Quesenberry Jr, C. P., & Whitmer, R. A. (2018). Diabetic retinopathy and dementia in type 1 diabetes. *Alzheimer disease and associated disorders*, 32(2), 125. doi: 10.1097/WAD.0000000000000230.
- Rondhianto, R., Nursalam, N., Kusnanto, K., Melaniani, S., Ahsan, A. (2019). Analysis of the Sociodemographic and Psychological Factors of the Family Caregivers' Self Management Capabilities for Type 2 Diabetes Mellitus. *Jurnal Ners*, 14(2), 215-223. doi: <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v14i2.16592>.
- Sahebi, A., Asghari, M.J., and Salari, R.S. (1384). Validation of depression, anxiety and stress test scale (DASS-21) for Iranian population. *Evolutionary Psychology (Iranian Psychologists)*, 1(4), 299-312. SID. <https://sid.ir/paper/450626>. (persian).

- Sakanashi, S., & Fujita, K. (2017). Empowerment of family caregivers of adults and elderly persons: A concept analysis. *International Journal of Nursing Practice*, 23(5), e12573. <https://doi.org/10.1111/ijn.12573>.
- Sastra, L., & Reni, I. (2022). The Effect of Indonesian Traditional Music on Stress in Type II Diabetes Mellitus Patients. *KnE Life Sciences*, 706-717. DOI 10.18502/kls.v7i2.10371.
- Seyed Fatemi N, Rafii F, Hajizadeh E, Modanloo M. Psychometric properties of the adherence questionnaire in patients with chronic disease: A mix method study. *Koomesh* 1397; 20 (2) :179-191. (persian).
- Stolpe, S., Kowall, B., & Stang, A. (2020). Decline of Type II diabetes disease mortality is strongly effected by changing patterns of underlying causes of death: an analysis of mortality data from 27 countries of the WHO European region 2000 and 2013. *European Journal of Epidemiology*, 36(1), 57-68. <https://doi.org/10.1007/s10654-020-00699-0>.
- Tama, B. A., Im, S., & Lee, S. (2020). Improving an intelligent detection system for coronary heart disease using a two-tier classifier ensemble. *BioMed Research International*, 2020. <https://doi.org/10.1155/2020/9816142>.
- Vidyulatha, J., Pramodkumar, T. A., Pradeepa, R., Deepa, M., Poongothai, S., Venkatesan, U., & Mohan, V. (2022). Prevalence and Impact of Stress among Individuals with Type 2 Diabetes Attending a Tertiary Diabetes Center in South India. *Journal of Diabetology/ Volume*, 13(1), 123. Reviews, 4(<https://doi.org/10.1002/14651858>). CD001841.pub3.
- Yu, S., Xing, L., Du, Z., Tian, Y., Jing, L., Yan, H., & Li, C. (2019). Prevalence of obesity and associated risk factors and cardiometabolic comorbidities in rural Northeast China. *BioMed research international*, 2019. <https://doi.org/10.1155/2019/6509083>.
- Yuliastuti, C., Astuti, N. M., Winarno, D. D., Sari, M. A., & John, N. (2022). Family Support Related to Quality of Life in Diabetes Mellitus Patients with Ulcer. *The Malaysian Journal of Nursing (MJN)*, 14(2), 96-100. <https://doi.org/10.31674/mjn.2022.v14i02.016>.